



**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**

SEDE

HOSPITAL REGIONAL "IGNACIO ZARAGOZA"

TÍTULO DEL TRABAJO

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL
CONSULTORIO 5 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
MOCTEZUMA EN EL DF Y LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA ATENDIDAS.**

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

MARÍA SOLEDAD SONIA CADENA PINEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL
CONSULTORIO 5 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
MOCTEZUMA EN EL DF Y LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA ATENDIDAS.

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

MARÍA SOLEDAD SONIA CADENA PINEDA

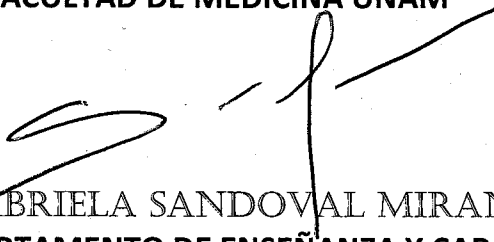
AUTORIZACIONES:



DRA. HILDA MARTHA RODEA FUENTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE



DRA. ANA MARÍA NAVARRO GARCÍA
ASESOR DE TESIS
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL
CONSULTORIO 5 DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
MOCTEZUMA EN EL DF Y LAS PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA ATENDIDAS.

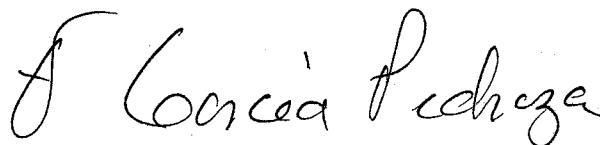
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:


MARIA SOLEDAD SONIA CADENA PINEDA



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

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y mi querida Facultad de Medicina por mi formación académica.

Al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado en donde he madurado como profesionista.

Al Departamento de Medicina Familiar de la UNAM, por su interés para la culminación de mi proyecto como especialista.

A la Dra. Ana María Navarro por todo su apoyo y orientación.

A los Profesores del Departamento de Medicina Familiar por darme su tiempo y su dedicación.

A las personas que colaboraron para la realización de este estudio de investigación y.

A mis queridos pacientes.

DEDICATORIAS.

A Raymundo y Soledad mis amados padres que sin ellos no hubiera logrado que mi sueño se hiciera realidad: ser Médico. Y a Dios por dármelos.

A Isidro mi esposo, mi compañero de tantos años, de quien he tenido siempre palabras de comprensión, de amor y de ayuda para culminar mi proyecto como especialista, mil gracias. Te amo.

A Víctor Hugo, Sonia Eugenia y Norma Alejandra, mis adorados hijos, los que han sido mi fuerza para seguir adelante, gracias por su tolerancia y su ayuda. Los Amo.

A Oscar Raymundo mi nieto querido, que sea para ti un ejemplo en tu vida y que tus sueños cristalicen en realidad.

A los Médicos Familiares para que sigan siempre adelante.

ÍNDICE GENERAL

Título.....	..1
Marco teórico.....	..2
Planteamiento del Problema.....	..22
Justificación.....	..26
Objetivos.....	..28
Metodología.....	..29
Tipo de Estudio.....	..30
Población.....	..30
Tipo de Muestra.....	..30
Criterios de Inclusión.....	..30
Criterios de Exclusión.....	..30
Criterios de Eliminación.....	..31
Variables.....	..31
Estudio.....	..32
Recursos Humanos Materiales y Financieros.....	..33
Método para capturar la Información.....	..33
Consideraciones Éticas.....	..33
Resultados.....	..34
Discusión.....	..42
Conclusiones.....	..45
Referencias Bibliográficas.....	..47
Anexos.....	..49

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS
USUARIAS DEL CONSULTORIO 5
DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
MOCTEZUMA EN EL DF
Y LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
ATENDIDAS**

MARCO TEÓRICO

MOSAMEF es un modelo, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Dado a conocer desde 1995. (1)

Definición: Es el modelo sistemático de atención médico familiar (conjunto de procedimientos administrativos, clínicos y operativos) que fundamentan el desarrollo de las actividades del médico familiar. (2)

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

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

El MOSAMEF incluye los cinco campos de acción planteados por la Carta de Ottawa (Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud).

- Reorientar los servicios de salud.
- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- Crear medioambientes saludables.
- Elaborar políticas explícitas para la salud.
- Reforzar la acción comunitaria en salud.(3)

White, menciona que la salud es un estado natural que se ve afectado por factores como: el micro y macro ambiente (físico y social), el acceso a los servicios de salud, factores hereditarios y estilo de vida de los cuales el MOSAMEF comparte esta idea.

Por tal motivo es de vital importancia mantener una actualización continua, una evaluación, así como encontrar estrategias para la solución de problemas y su prevención.

En la práctica médica el objetivo principal es curar la enfermedad, poniendo énfasis para perfeccionar el diagnóstico y el tratamiento, dejando a un lado la promoción de la salud.

Los sistemas de salud y los profesionales deben garantizar, no únicamente el diagnóstico y tratamiento correcto del paciente sino mantenerlo sano (3)

En el siglo XIX, en Europa como en Norteamérica, los profesionales de la medicina eran en su mayoría médicos generales. Para la mitad de éste siglo se empieza a formar la medicina moderna (hasta ese momento había solo curadores basados en la práctica empírica-barberos, boticarios y un pequeño número de médicos). Es en esta época cuando surgen las especialidades, provocando una ruptura en la relación médico-paciente. Después de la Segunda Guerra Mundial como consecuencia surgen los Servicios Nacionales de Salud.

A partir de la década de 1970, en la conferencia de la OMS de Alma Ata (1978), en gran parte de las naciones se vio la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios.

La conferencia de la OMS- UNICEF de Alma –Ata (1978) definió la Atención Primaria a la salud como” la asistencia esencial, basada en métodos y tecnología práctica, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.La atención primaria es parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. (4, 5)

Su objetivo esta dirigido a resolver las necesidades y los problemas de cada comunidad, en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como la participación de la comunidad (3,4)

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), surgió a partir de la Medicina Comunitaria, se inicia, en la década de 1940 en Pholela, en el área rural de Sudáfrica por Sydney y Emily Kart. Combinaban la atención curativa con la preventiva a través de la atención del individuo, la familia y la comunidad.

Los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud son:

- Integral; considera al ser humano desde el punto de vista biopsicosocial.
- Integrada; promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Continuada y permanente; a lo largo de la vida en sus distintos ámbitos.
- Activa; resolviendo las necesidades de salud, aunque estas no sean expresadas.
- Accesible; facilidad para contactar los recursos sanitarios y utilizarlos.
- Basada en el trabajo de equipo; integrada por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Comunitaria y participativa; atender los problemas de salud, individual y colectivo, con la participación activa de la comunidad.
- Programada y evaluable; basada en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecida.
- Docente e investigadora; actividades de docencia pre y postgrado, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica. (4, 6)

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad surge a partir de la década de los cincuentas, donde empiezan los cambios importantes de los servicios de salud, sus elementos se encuentran dirigidos a la comunidad y su participación para resolver los principales problemas de salud.

El interés por la Atención Primaria y su reorientación se concretan en todo el mundo durante la década de 1970 a través de la OMS, primero con su estrategia “Salud para todos en el año 2000” (1977) y posteriormente, en la conferencia de Alma Ata de 1978. Propone que el principal objetivo social para todos los países miembros sea el logro de un estado de salud para todos los ciudadanos, que les permita llevar a cabo una vida social y económicamente productiva. Dirigida a las principales necesidades de salud de la comunidad, igualdad ante la salud, añadir vida a los años, añadir salud a la vida, estilo de vida sana, medio ambiente saludable, una correcta utilización de las prestaciones de salud, calidad de los servicios y la investigación, desarrollo de los recursos humanos y evaluación de la tecnología de sanidad. La accesibilidad, la aceptabilidad social y la participación de la comunidad, forman parte también. Se consideró la salud como un derecho humano que debe garantizar el Estado. (1, 4).

En la situación actual de fragmentación de los servicios de salud (curativo-preventivo; medicina clínica-salud pública; público-privado; generalista-especialista), la medicina familiar y la APOC pueden cumplir un rol constructivo para evitar los efectos no deseables de esta fragmentación (6).

La WONCA (The World Organization of National Colleges Academics and Academia Associations of General Practitioners/Family Physicians). Es una organización no gubernamental cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población del mundo, a través de proporcionar un intercambio de conocimientos e información entre los miembros de las organizaciones de médicos de familia.

La responsabilidad del médico de la práctica de la APOC, supera la responsabilidad clínica sobre los pacientes que demandan su atención. Como clínico tiene las funciones clásicas de atención curativa, preventiva, educativa y de rehabilitación.

La práctica de la APOC debe ser no solo una prestación de servicios de salud, sino también una actividad que genere conocimientos y experiencias que deben ser compartidas. La enseñanza debe incluir a todos los profesionales de la atención primaria que desean orientar sus servicios a la comunidad, “tratar a la comunidad como un paciente “. (6, 7)

El sistema local de salud (SILOS), constituye sistemas escalonados de servicios de complejidad variable, en los que los canales de comunicación y de referencia y contrarreferencia del paciente, están claramente establecidos (4)

Constituyen el punto focal de planificación y gestión periféricas de los servicios de salud.

La gestión de los SILOS supone una capacidad de adaptación y respuesta a los requerimientos cambiantes y específicos de comunidades afectadas por problemas socioeconómicos, epidemiológicos y ambientales, a partir de una mayor coordinación de la infraestructura y los recursos intra y extra sectoriales para la atención de la salud. Su principal desafío es extender la cobertura bajo los principios de equidad, eficiencia y eficacia frente a las unidades geográficas poblacionales delimitadas. (4, 8)

Las funciones complementarias de la práctica clínica individual y la práctica comunitaria, son importantes para llegar a un diagnóstico, tratamiento, seguimiento del problema y una evaluación del tratamiento prescrito:

Funciones
complementarias
de la práctica
clínica

Desde el punto de vista individual: interrogatorio, exploración, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y auto cuidado del paciente

Desde los puntos de vista comunitarios: recolección de datos, habilidad diagnóstica, planificación de programas, actividades grupales, y participación de la comunidad (6)

No olvidar la atención de pacientes con enfermedades y problemas poco comunes pero con implicación diagnóstica y/o terapéutica importante.

Decidir la colaboración de otros especialistas con el consentimiento del paciente.

Atención al niño y al adolescente.

Atención a la mujer: control de embarazo normal, planificación familiar, detección de cáncer cervicouterino.

Atención al paciente en situación terminal.

Atención integral al anciano en el contexto familiar.

Actividades preventivas integradas. (9)

Para estimar la situación de salud es necesario conocer un conjunto numeroso de indicadores, siempre buscando el equilibrio entre lo ideal y lo factible. La gran mayoría de indicadores son de estados de salud negativos, como la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo, las incapacidades, etc.

La calidad de los servicios, es la preocupación constante en la atención primaria, ésta será mejorada de acuerdo a los resultados obtenidos de las estrategias para la identificación del problema (8)

La efectividad de la aplicación de la APOC hasta fines de la década de 1980, ha sido documentada por Abramson en 1988 enfermedades transmisibles y no transmisibles, anemias en el embarazo y en la infancia, control de la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular, a cambios en los comportamientos de la salud, incremento en la lactancia materna, cambios en los hábitos dietéticos, reducción del tabaquismo, reducción de embarazo en adolescentes, incremento en la detección de cáncer de cuello uterino, crecimiento y desarrollo infantil y a la participación comunitaria. (4, 6, 7)

Se ha demostrado que la Atención Primaria:

- 1.- Mejora y aumenta la capacidad de resolución de los problemas, y la participación de los propios ciudadanos.
- 2.- Incide sobre la disminución de algunos problemas y disminuye las incapacidades, gracias a las actividades de tratamiento, promoción y prevención.
- 3.- Puede resolver la mayoría de los problemas de asistencia sanitaria que se genera en la comunidad.
- 4.- Puede facilitar la atención a enfermos crónicos y terminales en su domicilio, evitando, o disminuyendo la asistencia hospitalaria, permitiendo una mejor integración de los enfermos en su medio.

¿Cuáles han sido desde Alma-Ata los problemas y los progresos en la Salud Para Todos en el 2000?

Se ha producido un compromiso político que ha dado lugar a presupuestos y programas en apoyo a la APS.

En 1985 se realizó una evaluación, encontrando en Europa y América del norte una grave dificultad en los aspectos de prevención y promoción, debido al aumento en la tecnología clínica, los costos y de la despersonalización de la atención médica.

Uno de los objetivos de la Salud Para Todos (SPT) es propiciar un marco conceptual para reflexionar sobre la multiplicidad de problemas y para orientar las prioridades, decisiones y acciones.

La equidad, eficacia, costeabilidad y la participación comunitaria, son los principios básicos que se mantendrán para más allá del año 2000, ya que seguirán existiendo nuevos problemas de salud.

Sistemas más eficaces de participación en las actividades de salud, con personal bien adiestrado, motivado y apoyado y con sistemas informáticos capaces de respaldar la vigilancia y la evaluación.

Apoyo a las actividades de salud basadas en la comunidad y el hogar.

La ciencia, la tecnología y el liderazgo en apoyo a la Salud Para Todos

ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN MÉXICO

A partir de los cuarentas, el modelo francés, que preconizaba el uso de destreza clínica en la exploración del cuerpo humano y la relación medico-paciente; sobrevivió con una leve tendencia hacia la especialización médica y el uso de hospitales como principal escenario para el entrenamiento del médico, una evidente sustitución de las habilidades sensoriales, por los resultados de laboratorio y en consecuencia la disminución de médicos generales. Es en ésta época que se crean las instituciones de salud con el surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La medicina familiar surge en la década de 1960, debido a que estaba dominada por especialistas, los que veían al paciente como un conjunto de órganos. En 1962 se incorporó un año de internado rotatorio al pregrado, situación que implicaba la práctica hospitalaria de tiempo completo. (7)

En este período se empieza a consolidar el modelo médico familiar en el IMSS.

La reducción en el ritmo de crecimiento de la infraestructura de atención a la salud, se relacionó en forma estrecha con la crisis económica en 1974 y su peor momento en 1976 con una devaluación de 100 por ciento.

Se inicia un audaz intento por reorientar al médico en su formación hacia la atención primaria a la salud. Se experimentan nuevas opciones a nivel de postgrado como los cursos de especialización en medicina familiar. (1)

En el ISSSTE, se inicia un programa piloto en la clínica Dr. Ignacio Chávez, el 10 de septiembre de 1979, el que posteriormente serviría de modelo a otras unidades, brindando una atención al individuo y su familia sin tomar en cuenta su edad, sexo o padecimiento, sin olvidar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, brindando una atención integral con una estrecha relación medico-paciente, lo que permitiría acciones para la promoción y mantenimiento de la salud.

El 1° de marzo de 1980, dio inicio el primer curso de especialización en Medicina Familiar en el ISSSTE con reconocimiento universitario, siendo rector el Dr. Guillermo Soberón Acevedo y el director del ISSSTE Carlos Rivapalacio Velasco (10)

La medicina familiar es la fuerza integradora que coordina los avances tecnológicos. Además, ha asumido el liderazgo en la asistencia, docencia e investigación en atención primaria. La aparición de áreas como la geriatría, la medicina del adolescente y la promoción a la salud, así como la introducción de nuevas revistas, hablan de la vitalidad de la disciplina. Su campo de acción es la atención de la salud orientada a la familia. Y van desde tratar al paciente en el núcleo familiar hasta que la propia familia se involucre en su cuidado. (11)

El estudio de familia es trabajo del equipo de salud en el primer nivel de atención, fundamental para realizar promociones y medidas preventivas a favor de la salud, establecer un diagnóstico, manejo y tratamiento o rehabilitación en su caso, de acuerdo a la información obtenida del estudio del individuo y su familia, así como los elementos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, y poder analizar y planear estrategias adecuadas en el contexto biopsicosocial (Estudio Salud Familiar ESF) (12).

En la medicina familiar la investigación tiene como propósito, generar conocimientos para una mejor comprensión y utilización de los recursos propios de su disciplina, de sus áreas de trabajo, su campo de acción y retroalimentación, para medir sus alcances de la influencia que pueda propiciar en el entorno biológico, psicológico y social relacionados con la salud-enfermedad de los individuos, las familias y la comunidad (12).

Perfil del Médico Familiar en el IMSS.

“Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficacia, funciones técnico –médicas, funciones técnico-administrativas, funciones de enseñanza e investigación específicas que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales “.

Perfil del Médico Familiar en el ISSSTE/ SSA

“El médico general/familiar, será profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia “.Actuando en la mayoría de los casos como vía de entrada al sistema de salud del paciente y su familia. Dará atención médica sin distinción de edad, sexo o padecimiento, dirigiendo sus acciones a mantener y promocionar la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas así como su rehabilitación. En los casos que lo considere podrá solicitar ínter consultas o referirlos a otros profesionales de la salud, para investigaciones adicionales, tratamiento o evaluación de resultados del mismo.

Funciones del Médico Familiar

En el área Técnico Médica:

- Brindar atención médica integrada y continua, tanto al individuo como a su familia contribuyendo a la salud comunitaria.
- Una atención médica eficiente tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente.
- Reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, siendo capaz de consultar a otros especialistas y derivar a otros niveles de atención.

- Realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo propuesto en la historia natural de la enfermedad.
- Usa los recursos de la familia, la institución y la comunidad para la adecuada solución de problemas de salud individual y familiar.
- Integra y aplica sus conocimientos sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención médica del paciente y su familia.
- Reconoce los aspectos inherentes a la relación médico –paciente, médico-familia y es capaz de emplearlas en la solución de problemas.
- Se responsabiliza del manejo de cierto tipo de padecimientos como agudos o crónicos, infecciosos, degenerativos, orgánicos o psicosociales.
- Tiene conocimientos suficientes que le permiten realizar estudios de estructura y dinámica familiar para establecer planes de manejo para la solución de situaciones disfuncionales en la familia.
- Funciones de asistencia quirúrgica.
- Realiza el diagnóstico de algunos padecimientos que ameriten tratamiento quirúrgico y es capaz de establecer las medidas esenciales de manejo preoperatorio.
- Efectúa actos quirúrgicos de cirugía menor, que no requieren de atención en el quirófano ni de anestesia general.
- Reconoce cuando la evaluación postoperatoria a mediano y largo plazo es o no satisfactoria y deriva al paciente para la reintervención o asistencia quirúrgica cuando es necesario.
- Funciones de salud pública y medicina preventiva.
- Realiza periódicamente el estudio de su población derechohabiente y con base en ellos identifica grupos específicos de riesgo.
- Efectúa acciones de promoción de la salud y protección específica de su población derechohabiente, con la colaboración del equipo de salud.
- Sus acciones se orientan a la conservación de la salud más que a la restauración del daño de su población.
- Diseña y participa junto con su equipo de salud, en programas específicos de salud pública y medicina preventiva tales como: Planificación familiar, orientación nutricional, educación higiénica, detección de padecimientos crónico-degenerativos y todos aquellos programas de salud pública que son prioritarios dentro de la institución.

Área Técnico-Administrativa.

- Funciones de planeación y organización.
- Planifica sus acciones para la atención médica de pacientes que requieren un cuidado breve prolongado.
- Indica a la población derechohabiente sus derechos y obligaciones y les enseña el uso de recursos institucionales y extra institucionales para elevar su nivel de salud.
- Organiza los recursos disponibles en el primer nivel para ofrecer a su población derechohabiente una atención eficiente, oportuna y con sentido humano.
- Funciones de dirección.

- Establece niveles de responsabilidad en su personal para desarrollar eficientemente las actividades de atención médica.
- Señala a cada uno de los miembros de su equipo de salud funciones y actividades específicas para la atención del paciente y su familia.
- Utiliza los recursos de la familia para la solución de sus problemas.
- Funciones de evaluación y su control.
- Identifica el grado en el que logran las metas personales e institucionales, empleando para ello instrumentos de evaluación apropiados.
- Define junto con su equipo de salud los factores que influyen como facilitadores u obstaculizadores en el desarrollo de acciones sanitarias.
- Aplica medidas correctivas que estimulen la consecución de objetivos de salud en la población derechohabiente a su cargo.

En el área de enseñanza e investigación.

- Funciones de enseñanza.
- Desarrolla actividades de enseñanza dirigidas a su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación.
- Participa en actividades de educación continua oficialmente reconocidas por la institución, tales como cursos monográficos, adiestramiento en servicios, visita de profesores extranjeros, etc.
- Desarrolla su auto enseñanza con el propósito de elevar la calidad y cantidad de sus conocimientos, que le permitan tener estándares de atención médica satisfactorios.
- Funciones de investigación.
- Participa en programas de investigación promovidos por la institución.
- Diseña y realiza investigaciones de problemas de salud de su población y aplica los resultados a la solución de los mismos. (1)

El médico familiar puede resolver el 80% de los problemas, con una relación médico paciente adecuada, permitirá una respuesta directa accesible y a un costo económico y el 20 % restante canalizarlo a alguna especialidad cuando así fuera necesario (4, 7)

El estado salud-enfermedad, del individuo como de la sociedad, es el resultado de factores genéticos, sociales y culturales, Las inmunizaciones infantil y del adulto, la salud buco dental, el estado nutricional, las enfermedades crónico degenerativas, son algunos indicadores que nos dan información en forma periódica y sistemática del estilo de vida, los factores sociales y medioambientales como el tabaquismo, el alcoholismo, sedentarismo, obesidad, adicciones, prácticas sexuales de riesgo, son hábitos que difícilmente cambiará el individuo, por lo que se requerirá de la acción comunitaria. Por ello la formación de los grupos de ayuda mutua, que forman parte de la atención primaria, este tipo de organización suele orientarse hacia enfermedades crónicas y discapacidades haciendo énfasis en el auto cuidado. (9)

El médico familiar es el responsable de la atención integral del individuo que lo solicite, dentro de la familia, la comunidad y cuando así se requiera a través de alguna especialidad, tiene que ser capaz de entender los valores y los intereses de la comunidad, aceptarlos, e iniciar la interrelación que permita el respeto mutuo, debe tener actitudes, principios y valores morales dirigidos a las personas sanas o enfermas, que soliciten su atención como miembros de una familia y de la sociedad, esta debe ser con calidad, responsabilidad moral, respeto y tolerancia sin olvidar el compromiso de cumplir con el individuo sano, enfermo, la familia y la sociedad (13)

Por otra parte ellos, se verán obligados a tener los conocimientos necesarios y una habilidad para poder manejar las actividades preventivas, educación sanitaria, conocer las enfermedades mas frecuentes y no perder de vista la población en riesgo.

En la consulta médica, es importante determinar los problemas de salud, crear un clima adecuado con una comunicación que nos permita una información veraz del estilo de vida del paciente, para encontrar una terapia adecuada y modificar los hábitos higiénico-dietéticos, que pongan en riesgo su salud.

La información obtenida de la situación sociodemográfica, medioambiente, situación socioeconómica, la utilización de los servicios, la pirámide poblacional atendida en los últimos 5 años, son indicadores importantes para conocer las necesidades de salud de la población, ya que la calidad de los servicios, se mejorará a través de la información del individuo y los datos obtenidos de documentos en donde se identifica el problema. Aplicar la mejor evidencia disponible para mejorar la salud de una población, es la esencia de la asistencia sanitaria basada en la población, siendo ésta su mayor desafío. (7, 8)

Los beneficios que se pueden obtener de los conocimientos de los investigadores y académicos, serán de gran utilidad para el médico de primer contacto y es por esta razón la importancia de mantener una relación de intercambio y así tener, una base de entrenamiento

Es importante conocer las características demográficas y epidemiológicas, para el médico, ya que la historia natural de las enfermedades son datos importantes para un buen manejo de los problemas de una comunidad, sin embargo estos datos no son obtenidos con facilidad, lo que dificulta nuestro trabajo.

La accesibilidad del equipo de salud, el manejo global, la atención en todas las etapas de la vida del individuo, el trabajo en equipo y el de campo, son factores importantes para iniciar acciones adecuadas para mantener y mejorar la salud, identificar a los individuos y familias en riesgo y dirigir la atención no solo a los enfermos. Es así que la comunidad juega un papel importante en las acciones para mejorar su estado de salud (6).

Una característica del ser humano es vivir en sociedad y la base de ésta es la familia, en ella se realizan todas sus actividades y satisfacen sus necesidades. Es el ambiente familiar un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, favoreciendo o inhibiendo su desarrollo. Por tal motivo se ha puntualizado que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad. Es por eso que el personal de salud en general y el médico familiar particularmente, enfoque en forma integral al individuo como una unidad biopsicosocial. (14)

Los primeros años de vida del individuo se viven en familia, en la cual se recibe la información y los estímulos determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización.

La estructura de la familia y sus funciones biopsicosociales y culturales nos muestran su influencia no solo en los miembros que la conforman sino también en los extraños con los cambios socioculturales. El poder de muchas familias unidas por lazos culturales es importante, conformando así la sociedad. (14)

Definición de Familia.

Es una organización social tan antigua como la humanidad, y que, simultáneamente con la evolución histórica ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. (14)

La palabra familia, proviene de la raíz latina fámulos, que significa sirviente o esclavo

El diccionario de la lengua española define a la familia como: al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, otorgarles el apoyo emocional y físico, para hacer individuos independientes y que se puedan desarrollar en la misma sociedad. Son los ascendientes, descendientes, colaterales o afines de una familia.

La familia se define como “Un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar”, es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud – enfermedad (14).

Es indispensable para el estudio de las familias conocer:

- Ciclo de vida familiar.
- Estructura y dinámica familiar.
- Tipología familiar.
- Funciones de la familia.
- Principios sobre la teoría general de la comunidad.
- Principios sobre la teoría general de sistemas.

- Principios sobre la teoría general de los grupos humanos.
- Relaciones entre médico-paciente y médico y familia.
- Fenómenos de transferencia y contrarreferencia.
- Técnicas de entrevista.(14)

El estudio demográfico es importante porque con él podemos conocer aspectos relacionados de la familia como pueden ser: su estructura, los cambios en su composición, el número de hijos, etc. (8)

La influencia que ejerce la familia en sus miembros es importante, sobre todo en los niños y jóvenes para el desarrollo de su personalidad. La transmisión de normas y valores contribuyen a definir el comportamiento en la sociedad.

Los mexicanos dan más importancia a la familia que a otros aspectos de su vida; el 85% considera que la familia es muy importante, el 67% al trabajo, la religión 34 %, la recreación 28%, los amigos 25% y la política 12% (15)

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 propicie la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia. La tarea fundamental es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con “independencia” para desarrollarse en la sociedad.

Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal. También es definido como el objeto fundamental de “transacción dentro de la familia”.

Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar. Se identifican cuatro determinantes: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

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

Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad: durante siglos se observó como la función esencial de la familia. La “misión” de la familia era vista como casi exclusivamente el suministrar nuevos miembros a la sociedad.

Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

El conocimiento de estas funciones será de gran utilidad para determinar la integración de la familia y facilitará su diagnóstico. (1, 19)

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS.

Con base en su demografía:

Urbana. Cuentan con los servicios básicos de urbanización.

Rural: carecen de algún servicio básico de urbanización.

Con base en su Integración.

Integrada: cuando ambos cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Semintegrada: cuando ambos cónyuges viven juntos pero no cumplen con sus funciones.

Desintegrada: cuando falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte.

Clasificación con base en el parentesco.

La importancia de ésta clasificación, radica en la necesidad del médico familiar de conocer las características de los integrantes de las familias, que puedan influir en el proceso salud-enfermedad y su relación con las consecuencias propias del parentesco

Con parentesco

Nuclear: hombre y mujer sin hijos

Nuclear simple: padre madre y de 1 a 3 hijos

Nuclear numerosa: padre y madre con 4 hijos o más.

Reconstruida: padre y madre con hijos de sus uniones anteriores

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 realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos etc.)

Sin parentesco

Monoparental extendida sin parentesco: padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco.

Grupos similares a familias: personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares (grupo de amigos, estudiantes, religiosos, asilos etc.).

Clasificación con base en la presencia física y convivencia

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia, cuya importancia para la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles:

Núcleo integrado: presencia de ambos padres en el hogar

Núcleo no integrado: no presencia física de alguno de los padres

Extensa ascendente: hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres

Extensa descendente: padres que viven en la casa de alguno de los hijos.

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

Clasificación con base en sus medios de subsistencia; se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

Agrícolas y pecuarias.

Industrial.

Comercial.

Servicios.

Clasificación con base en su nivel económico.

El nivel económico influye en forma importante con elementos relacionados con la salud. La pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar.

Con base en el estudio realizado 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 suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.
- Recurso suficiente para cubrir los gastos en vestido, calzado, vivienda, salud.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustible, comunicaciones, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 2

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

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 en la sociedad moderna, que tienden a conformar otros estilos de convivencia y que repercuten en la salud individual y familiar.

- Personas que viven solas: sin familiar alguno, independientemente de estado civil o etapa de ciclo vital.
- Matrimonios o parejas de homosexuales: parejas en convivencia conyugal sin hijos.
- Matrimonios o parejas de homosexuales: con hijos adoptivos parejas del mismo sexo e hijos adoptivos
- Familia grupal: unión matrimonial de varios hombres o mujeres, que cohabitan indiscriminadamente sin restricción dentro del grupo.
- Familia comunal: parejas monógamas con sus respectivos hijos que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
- Poligamia: incluye la poliandria y la poliginia

Ciclo vital de la familia (Geyman)

Fase de Matrimonio: se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.

Fase de Expansión: se incorporan nuevos miembros a la familia

Fase de Dispersión: corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.

Fase de Independencia: los hijos de mayor edad (usualmente se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

Fase de Retiro y Muerte: etapa en la que deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono. (1)

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 medio cambiante, en cada etapa de la familia y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.

Con el término de salud familiar se entiende:

Al equilibrio de la familia desde el punto de vista biológico, psicológica y social dando como resultado un funcionamiento satisfactorio de la misma el cual influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, resultando una adecuada interacción con otros sistemas familiares y con su ambiente social. (16)

Un mal funcionamiento influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad.

El médico debe saber la historia natural de las enfermedades de su población, así como los conocimientos básicos de la epidemiología y una relación con otros profesionales para poder realizar investigaciones basadas en la consulta y poder integrarlas en la clínica (7)

La participación comunitaria es una de las actividades que el médico familiar debe desempeñar en forma rutinaria

Los grupos de autoayuda y las organizaciones de voluntariado, son recursos comunitarios que están tomando mucha importancia en el primer nivel de atención (9)

La asistencia del paciente a consulta en forma regular, nos puede indicar problemas de salud de nuestra comunidad sin olvidar que en ocasiones se solicita consulta por problemas que no son propiamente de enfermedad.

La morbilidad de una población está relacionada con la planificación de servicios de salud y vinculada con la demografía, recursos financieros e investigación. (8)

Uno de los aspectos de mayor interés, ha sido la calidad de vida, sin haber logrado encontrar un indicador válido y útil para el análisis de la población general.

El crecimiento de la población a la que se le tiene que dar servicio, ha provocado la necesidad de planificar y adecuar los servicios a las características y estado de salud de la misma.

A mayor conocimiento de los problemas de salud es necesario evaluar los servicios, su organización, así como los logros de sus actividades y programas y estar preparados para reestructurarlos si fuera necesario de acuerdo al entorno de la comunidad, sin olvidar el desarrollo y la evolución de la política sanitaria que pueda afectar a los servicios prestados.

La utilización de servicios puede ser considerada como un indicador de salud. Al analizar el uso de los servicios en cuanto a su frecuencia, el tipo de recurso utilizado, y su demanda nos pueden proporcionar información de importancia y darnos cuenta de la cobertura, los grupos por edad y sexo que lo solicitan así como conocer a los que menos demandan el servicio (8)

La atención médica en México es una de las preocupaciones del gobierno y de los ciudadanos, ya que un gran número de mexicanos carecen de seguridad social. México tiene poco más de cien millones de habitantes y de acuerdo con la valoración de especialistas, menos del 40% cuentan con alguna atención médica.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) el sistema de seguridad social busca garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual o colectivo.

De los datos obtenidos en el 11 conteo de población y vivienda 2005, la población era de 103.3 millones, de los cuales los hombres ocupan el 48.7% y las mujeres 51.3%. (17)

Algo importante de mencionar es la morbilidad mundial que reporta la Organización Mundial de la Salud, en la cual refiere que para hombres son las siguientes:

- 1.- VIH/SIDA
- 2.- Enfermedad isquémica del corazón
- 3.- Enfermedad cerebrovascular
- 4.- Depresión unipolar
- 5.- Accidentes de tránsito
- 6.- Tuberculosis
- 7.- Desórdenes del alcoholismo
- 8.- Traumatismos
- 9.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 10.- Pérdida de la audición en el adulto

Para mujeres:

- 1.- Depresión unipolar
- 2.- VIH/SIDA
- 3.- Enfermedad isquémica
- 4.- Enfermedad cerebrovascular
- 5.- Catarata
- 6.- Pérdida de la audición en el adulto
- 7.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 8.- Tuberculosis
- 9.- Osteoartrosis
- 10.- Diabetes mellitus

Algunas de éstas enfermedades pueden ser prevenibles lo que nos lleva a pensar en la importancia que tiene los factores de riesgo dado que las buenas condiciones económicas y sociales mejoran el estado de salud y el buen estado de salud mejora la productividad. El mejoramiento de la salud poblacional, en cualquier sociedad, se ve determinado por la influencia genética, el estadio biológico y la forma en que viven las personas y la sociedad misma, el estado del medio ambiente y la disponibilidad de los servicios de salud.

Cada individuo tendrá un modo de vida como integrante de una sociedad, necesita de una alimentación adecuada, hábitos de higiene personales en el hogar y la comunidad, actividad física y descanso, diversión y afecto para satisfacer necesidades mentales y espirituales, la ausencia de alguno de estos factores provoca daños para su salud.

Las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, la urbanización, deficiencia en la salud pública, el tabaquismo, los malos hábitos alimenticios, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a medidas sanitarias preventivas y el aislamiento de familiares y amigos representan factores de riesgo que actuando en forma continua y gradualmente influirán en el proceso salud- enfermedad, es por eso que se habla del cambio en el estilo de vida.

“Los factores genéticos dominan la susceptibilidad individual a la enfermedad, pero el ambiente y el estilo de vida dominan la incidencia y la prevalencia “aseveración expresada por Geofreg Rose.

Los factores de riesgo son universales, así como los esfuerzos de organismos y la ciencia médica por detener o contrarrestar su movimiento y evitar que su influencia negativa aparezca

Los 10 principales factores de riesgo son:

- 1.- el bajo peso del niño y de la madre
- 2.- prácticas sexuales sin protección
- 3.- hipertensión arterial
- 4.- tabaquismo
- 5.- alcoholismo
- 6.- agua saneamiento e higiene insalubre
- 7.- hipercolesterolemia
- 8.- humos procedentes de combustibles sólidos en ambientes interiores
- 9.- deficiencia de hierro

10.-sobrepeso u obesidad.

La OMS hizo un llamado de atención sobre estos factores que pueden ser prevenibles reflexionando en que los países pobres tiene niños con bajo peso al nacer y que en los países ricos los adultos tiene sobrepeso, el tabaco ha causado millones de muertes en el mundo, una información sobre los riesgos del sexo sin protección puede prevenir a millones de personas que puedan resultar afectadas.

Las actividades educativas, diagnósticas, terapéuticas e investigadoras que constituyen la tarea del médico representa un esfuerzo por logara la conservación y salud del individuo.
(18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención del médico familiar al individuo, se realiza en todas las etapas del ciclo vital de la familia y al conocer las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, y será la clave para detectar y manejar correctamente una gran parte de los pacientes mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La atención del individuo como un ser biopsicosocial tiene en el médico familiar un experto, capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas.

La familia en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura, como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad y la muerte.

El obtener información sobre la estructura y composición familiar, así como los antecedentes patológicos, son de vital importancia para un buen resultado en el tratamiento.

Es importante mencionar que los tipos de hogares en México son con 68.7% nucleares, no nucleares 23.8% y monoparentales 7.5%. Para el Distrito Federal se reporta un total de 2 180 243 hogares, en la delegación Venustiano Carranza son 120 197 hogares, de los cuales el 61.5% son nucleares, extensos 28.4 % y monoparentales 9.2%

En el Distrito Federal, se cuenta con 8.7 millones de habitantes, de los cuales los hombres son 4.17 millones y las mujeres 4.54 millones.

En la delegación Venustiano Carranza, nos encontramos con una población de 462 806 habitantes, de los cuales el 47.4% son hombres y el 52.6% son mujeres. Con un crecimiento anual de -1.12

La edad media en el país es de 24 años; en el D. F. para el hombre es de 28 y para la mujer es de 30

El número de hijos deseados promedio es de 2, de acuerdo con su escolaridad en la población femenina es:

Sin escolaridad. 4.3 hijos

Primaria incompleta: 3.8 hijos

Primaria completa: 3.3 hijos

Secundaria: 2.7 hijos

De 1976 a 1997 el porcentaje para conocer algún método anticonceptivo aumentó de 89 a 96.6%, el que más conoce la gente es el de anticonceptivos orales 90.0% seguida del dispositivo intrauterino (DIU) con 89.7% y el tercer lugar lo ocupa la obliteración tubaria bilateral (OTB) con 89.4%. En el D. F. se reportó el desconocimiento de algún método solo 0.8% y conocer algún método el 99.2%, el 79.0% usan algún método anticonceptivo. El método más usado en mujeres de 30 a 49 años es la OTB 43.7% seguida del uso del DIU 24.3% el uso de pastillas con 8.3%, y operación masculina (vasectomía) 3.6%. La población activa de planificación familiar en la delegación Venustiano Carranza es de 7, 023 usuarias.

La esperanza de vida para el 2006 a nivel nacional es en el hombre de 71.8 y en la mujer 77.2 años; en el D. F. para el hombre es de 72.8 y para la mujer 78.1 años.

El promedio de escolaridad en la población general para el 2005: hombres 8.4 y mujeres 7.8 años se encontró que a mayor edad menos escolaridad, de 15 a 29 años el promedio de escolaridad para hombres y mujeres es de 9.4 años. En el D. F. para el hombre es de 10.5 años y para la mujer de 9.8 años.

El estado civil predominante de 1970 a 2000 es el casado con aproximadamente 50%, gran parte de la población son solteros con 40%. La viudez refleja la mayor sobre vivencia de las mujeres. En el D. F. se reporta que entre los hombres el 40.7% son solteros, 53.9% son casados y 5.1% divorciados; las mujeres solteras 36.2%, casadas 48.3% y 15.2% divorciadas.

El tipo de hogar creció de 16.2 a 24.8 millones prevaleciendo la jefatura masculina; de cada 100 hogares 77 son dirigidos por hombres y 23 por mujeres.

Los hogares nucleares predominaron con 16.9 millones (68.7%), los no nucleares 5.9 millones (23.8%), 3 de cada 20 hogares son monoparentales con 1.8 millones 7.5%. En el D. F. con un total de hogares de 2 180 243, familiares 1 982 585, nucleares 1 433 358, extensas y compuestas 539 389 y monoparentales 179 483. Con un promedio de integrantes en el hogar de 3.9. En la delegación Venustiano Carranza se encuentran 421 740 familias de las cuales 61.5% con 243 197son nucleares, 28.4% son extensas con 161 779, 9.2% son monoparentales con 12 784 y compuestas 3 980 1.9%. (23)

El parentesco que predomina entre la población masculina son los hijos con 47.8%, padres 39.2% nietos 5.8%.

México se encuentra en la transición de las enfermedades infecciosas a las crónicas degenerativas, como son las enfermedades del corazón, cerebro vascular, cáncer, diabetes entre otras, que son de las primeras causas de muerte en el país. Esto se debe principalmente a que la esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado a 73 años en los hombres y a 78 años en las mujeres. (17)

De acuerdo a la información de morbilidad 2004 dada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), conformado por las instituciones públicas, privadas y sociales que prestan servicios de salud a la población en general. Las primeras diez causas de morbilidad son: (22)

- Infecciones respiratorias agudas.
- Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.
- Infecciones de vías urinarias.
- Úlceras, gastritis y duodenitis.
- Amibiasis intestinal.
- Otitis media aguda.
- Hipertensión arterial.
- Otras helmintiasis.
- Diabetes tipo 2
- Varicela. (34)

Se reporta que el 96.4 % de la población usan algún servicio médico, 47 de cada 100 mexicanos son derechohabientes, de ésta el 46.1 % son hombres y 47.1% son mujeres.

De las investigaciones realizadas por el INEGI se reportan que la población

Derechohabiente en el D. F. del ISSSTE en el 2002 es 3 158 806 afiliados, que la que existe en la delegación Venustiano Carranza es de 261, 614, la existente en la delegación oriente del ISSSTE es de 203,996 incluyendo a los trabajadores y sus familias con derecho al servicio médico, en la clínica Moctezuma la población es de 61 089 derechohabientes.

Se otorgaron 14 512 103 consultas generales en el D. F.

Conocemos las causas de morbilidad en México, de las que se destacan; (17)

	Causas de Morbilidad en México	Tasa por 100,000 Habitantes
1	Enfermedades Respiratorias Agudas	22,671.10
2	Infecciones Intestinales por otros Organismos y las no definidas	4,496.80
3	Infecciones en Vías Urinarias	2,933.50
4	Enfermedades Gástricas	1,422.00
5	Otitis Media	675.60
6	Amibiasis Intestinal	631.40
7	Hipertensión Arterial	497.20
8	Gingivitis	483.80
9	Diabetes Mellitus Tipo 2	376.00
10	Helmintiasis	334.80

Las primeras causas de enfermedad reportadas en la delegación Oriente del ISSSTE son:
(24)

	Causas de Consulta Delegación Oriente ISSSTE	N°
1	Infecciones Respiratorias Agudas	24,874
2	Hipertensión Arterial	13,222
3	Diabetes Mellitus	11,036
4	Caries Dental	4,176
5	Enfermedad Articular Degenerativa	3,761
6	Gastroenteritis Probablemente Infecciosa	3,057
7	Cardiopatías	2,886
8	Lumbalgias	2,583
9	Infecciones de Vías Urinarias	2,488
10	Otros	67,247
	TOTAL	135,330

Se conocen las primeras causas de consulta de la clínica Moctezuma, mismas que se mencionan en el cuadro abajo expuesto

	Principales Causas de Consulta de la Clínica Moctezuma	N° de Casos al Año
1	Infección Respiratoria Aguda	9,808
2	Infección Intestinal por otros Organismos y las no definidas	1,935
3	Hipertensión Arterial	1,791
4	Diabetes Mellitus Tipo 2	1,575
5	Infección de Vías Urinarias	1,293
6	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	738
7	Amibiasis Intestinal	437
8	Gardiasis	427
9	Candidiasis Urogenital	412
10	Lumbalgias	341

Es importante conocer las causas de consulta de la población en México, en el D. F., en la delegación oriente del ISSSTE, el número de derechohabientes, los tipos de hogares, pero desconozco las de la población que atiendo por lo que me pregunto:

¿Cuáles son las características de las familias usuarias del consultorio 5 de la clínica de medicina Familiar Moctezuma en el D. F. y las principales causas de consulta atendidas?

JUSTIFICACIÓN

Desde su aparición en México, la medicina familiar se ha practicado conforme a esquemas que aunque han tenido una base médica con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos asignados al cuidado del médico. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones en el ejercicio profesional de la medicina familiar (estudio de la familia, continuidad de la atención y acción preventiva), efectuando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente insatisfacción de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico no es constante, curativo y con limitaciones en la capacidad resolutive y de seguimiento.(14)

Esta insatisfacción se ha creado porque no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características socio-sanitarias y los recursos que puedan ser implementados para mejorar el nivel de la salud de las familias; por lo tanto me veo en la tarea de investigar cuales son las características de las familias y las principales causas por las cuales existe mayor asistencia médica.

En la clínica donde laboro se cuenta con una población de 61,089 derechohabientes, la población asignada a mi consultorio es de 4, 196, un dato importante es lo reportado de los principales motivos de consulta en la delegación oriente del ISSSTE, las que menciono a continuación.

Infecciones respiratorias agudas: 24, 874
Hipertensión arterial: 13,222
Diabetes mellitus: 11,036
Caries dental: 4,179
Enfermedad articular degenerativa: 3, 761
Gastroenteritis probablemente infecciosa: 3, 057
Cardiopatías: 2, 886
Lumbalgias: 2,583
Infecciones de vías urinarias: 2,488
Otros: 67, 247.

Como ignoro las características de las familias que componen mi población, sería de gran utilidad poder conocerlas, para lo cual, en la clínica cuento con el archivo clínico en donde obtendré el número de usuarios adscritos a mi consultorio, en el departamento de estadística podré obtener las causas más frecuentes de consulta en mi población, en la coordinación médica se me proporcionarán datos referentes a las enfermedades más frecuentes de la población adscrita a la clínica y en el consultorio podré llevar a cabo la investigación de las familias a mi cargo.

Si conozco las características de las familias y sus factores de riesgo, así como las principales causas de consulta, puedo anticiparme al daño al canalizarlos a tiempo al servicio de odontología, nutrición, laboratorio e imagen; y en los casos donde detecte necesidades especiales puedo apoyarme con el servicio de trabajo social, psicología, radiología de mi unidad y aquellos casos que ameriten otros servicios, puedo canalizarlos con oportunidad al segundo nivel de atención.

Derivado de los conceptos expresados, y de mi práctica diaria en la que observo las carencias que sufren las familias de la comunidad bajo mi responsabilidad, y en virtud de que la medicina familiar nos amplía el horizonte de conocimientos para ayudar a las familias mexicanas, es por eso que presento y pienso que está bien fundamentada esta justificación, que me permitirá llegar a alcanzar las metas para lograr una vida de calidad en la comunidad que atiende el consultorio 5 de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma del ISSSTE.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de las familias usuarias del consultorio 5 de la clínica de medicina Familiar Moctezuma en el DF y las principales causas de consulta atendidas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Conocer la pirámide poblacional adscrita al consultorio cinco de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma del ISSSTE.

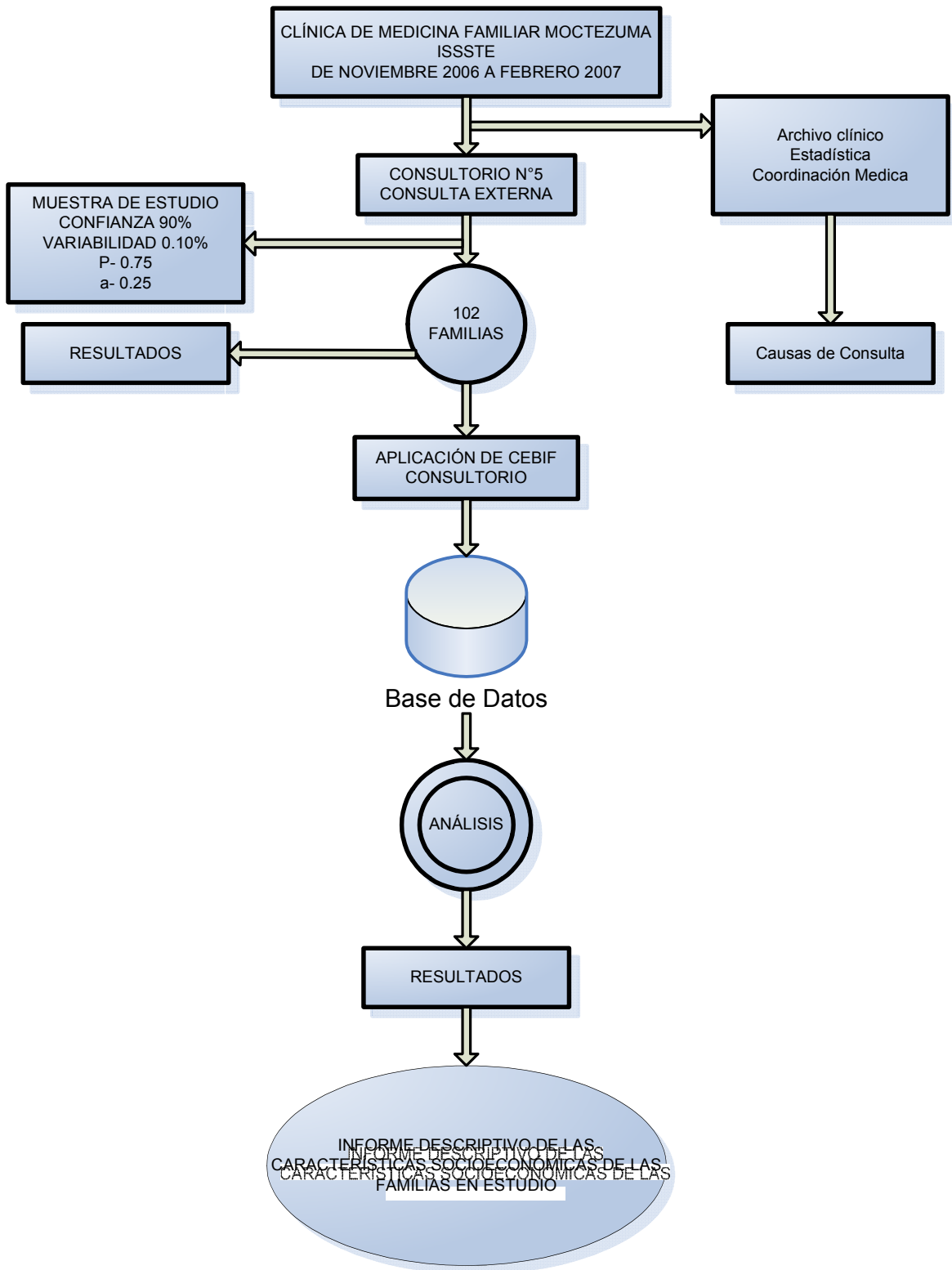
2.- Conocer, a través del modelo sistemático de atención médico familiar, de la población en estudio, a su familia en cuanto a su:

Escolaridad general
Parentesco
Ocupación
Edad de los padres
Escolaridad de los padres
Años de unión conyugal
Cantidad de hijos
Métodos de planificación familiar
Estado civil
Edad de los hijos
Estructura familiar
Etapas del ciclo de vida familiar
Factores de riesgo

3.- Enfermedades más frecuentes agudas

4.- Enfermedades más frecuentes crónicas

METODOLOGIA



TIPO DE ESTUDIO

Observacional, transversal, descriptivo.

POBLACIÓN

Las familias entrevistadas que acuden al consultorio cinco de la Clínica de Medicina Familiar Moctezuma del ISSSTE. De noviembre del 2007 a Febrero del 2008.
Hojas de informe diario del médico del período de junio de 2006 a junio del 2007.

TIPO DE MUESTRA

No probabilística, muestreo por cuotas efectuado a 102 familias con un 90% confianza, error 10%, p de .75 y q de .25

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

A la población adscrita al consultorio cinco de la clínica de medicina familiar Moctezuma del ISSSTE sin distinción de sexos, no importa la edad, y que acepten contestar la cédula.
Hojas de informe diario del consultorio 5 de la clínica de medicina familiar Moctezuma del período junio de 2006 a junio de 2007.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

A la población que no pertenezca al consultorio, menores de edad, que no deseen participar voluntariamente y hojas de informe diario ilegibles.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

A los que se nieguen a contestar las preguntas.

VARIABLES

1.- Pirámide poblacional

Definición: la que tiene como base un polígono regular y cuya altura cae en el centro de la base; acción de poblar.

Operacionalización: gráfico

Cualitativas y cuantitativas.

2.- Escolaridad.

Definición: conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio.

Operacionalización: de 0 a n años.

Cuantitativa.

3.- Parentesco.

Definición: relación de consanguinidad o alianza.

Operacionalización: hijo, madre, padre, nieto, yerno, abuelos maternos, hermanos maternos, nuera, sobrinos.

Cualitativa.

4.- Ocupación.

Definición: empleo, oficio.

Operacionalización: estudiante, ama de casa, empleado, jubilado, profesional, servicios diversos, comerciante, otras ocupaciones, chofer, técnico, obrero, artista, desempleado, subempleado, menor de edad, estudia y trabaja, empresario.

Cualitativo.

5.- Edad de los padres.

Definición: tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Operacionalización: 30 a n años

Cuantitativa.

6.- Escolaridad de los padres.

Definición: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un colegio.

Operacionalización: 0 a n años

Cuantitativo.

7.- Años de unión conyugal.

Definición: consorte, asociación de manera que formen un todo

Operacionalización: 1 a n años

8.- Total de hijos.

Definición: descendientes.

Operacionalización: 0 a n años

Cuantitativo.

9.- Método de planificación familiar.

Definición: modo razonado de actuar, establecimiento de programas con objetivo propuesto, perteneciente a la familia.

Operacionalización: obliteración tubaria bilateral (OTB), dispositivo intrauterino (DIU), hormonales, preservativo, ritmo, coito interrumpido, vasectomía.

Cualitativo.

10.-Estado civil.

Definición: situación de una persona, ciudadano, sociable, urbano.

Operacionalización: casados, unión libre, divorciados, viudos, solteros.

Cualitativos.

11.-Edad de los hijos.

Definición: tiempo transcurrido desde el nacimiento, descendientes.

Operacionalización: menores de un año, de 1 a 4, de 5 a 10, de 11 a 19 y más de 20.

Cuantitativo.

12.-Estructura de la familia:

Definición: modo como está constituida todas las personas de la misma sangre.

Operacionalización: nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, extensa ascendente, monoparental simple, ampliada, personas solas.

Cualitativa.

13.-Etapas del ciclo de vida familiar

Definición: serie de fenómenos que se siguen en un orden, espacio de tiempo que transcurren el ser vivo, personas de la misma sangre.

Operacionalización: matrimonio, expansión, dispersión, independencia y retiro.

Cualitativa

14.-Factores de riesgo.

Definición: elemento, causa, peligro daño.

Operacionalización: diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer de próstata, cáncer de mama, desnutrición, enfermedad cerebro vascular, asma, tuberculosis pulmonar.

Cualitativo.

15.-Enfermedades agudas.

Definición: alteraciones de salud delicadas de no larga duración.

Operacionalización: lo indicado en la CIE-10.

Cualitativas.

16.-Enfermedades crónicas.

Definición: alteraciones de salud de larga duración.

Operacionalización: lo indicado en la CIE-10.

Cualitativa.

ESTUDIO

Descriptivo

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

Éste proyecto lo ha realizado el investigador responsable.

Se utilizó hojas de papel, lápiz, goma, sacapuntas, computadora, impresora, copias fotostáticas

Los recursos financieros correrán por cuenta del investigador.

MÉTODO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN.

Las causas de consulta, se obtuvieron de las hojas de informe diario de labores del médico.

La pirámide poblacional se obtuvo de expedientes clínicos y de las cédulas de evaluación.

A los pacientes que acudieron a consulta de noviembre del 2007 a febrero del 2008 se les aplicó la ficha de identificación familiar, en el consultorio después de atender el motivo de consulta por la autora del trabajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio 1964, y en la 52ª asamblea general en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y nota de clarificación en Tokio 2004.

El estudio no pone en riesgo a ningún paciente y se maneja respetando la confidencialidad de la información de los participantes.

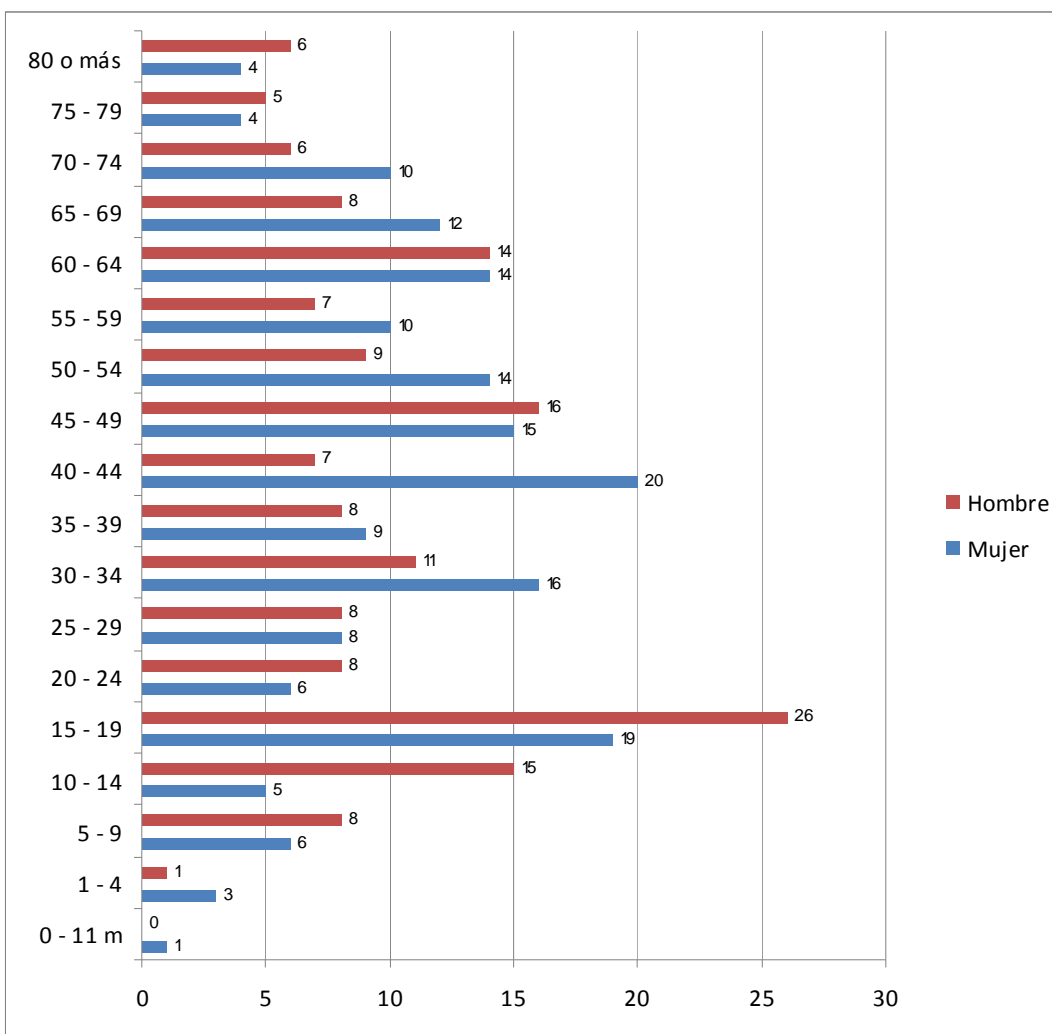
RESULTADOS

Resultados

De las 102 cédulas elaboradas resultaron 339 personas, de las cuales 176 fueron mujeres con 51.9% del total y los hombres con 163 y un 48.1 %. Gráfica 1

Gráfica 1

Gráfica por sexo y grupos etáreos del consultorio 5 de la Clínica Moctezuma de Medicina Familiar.

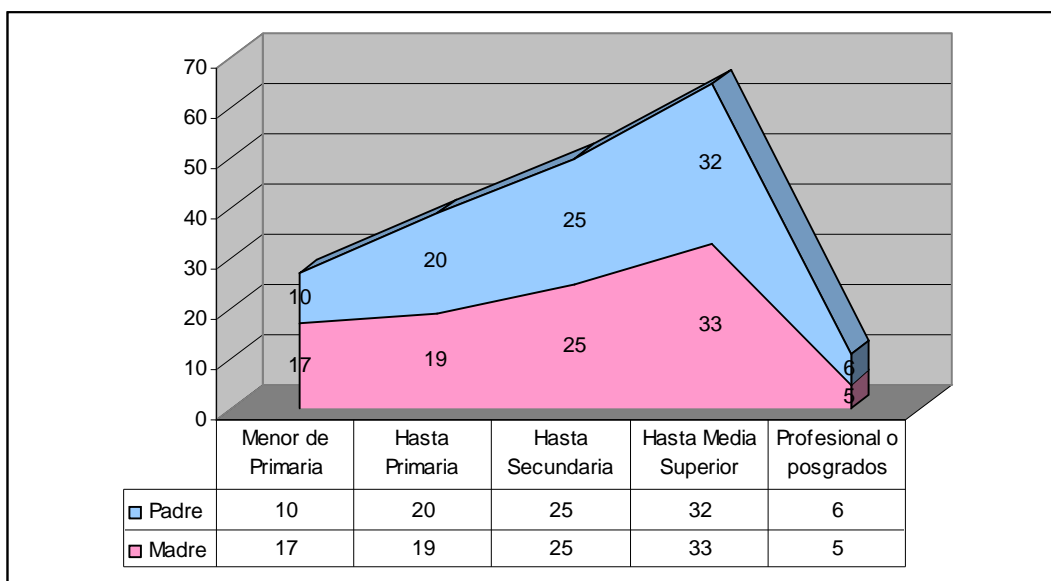


Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

La edad promedio es de 40.6 años con una mínima de 7 meses y una máxima de 89 años.

Referente a la escolaridad va desde 0 a 22 años con una media de 9.4 años de estudio.

Gráfica 2
Índice de Escolaridad



Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

Con respecto al parentesco, los hijos ocuparon el primer lugar con una frecuencia de 119 y un porcentaje de 35.1, seguida de la madre con 99 y 77 del padre de frecuencia, el resto se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1
Parentesco

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Hijo	119	35.1
Madre	99	29.2
Padre	77	22.7
Nieto	24	7.1
Yerno	7	2.1
Abuelos Maternos	6	1.8
Hermanos Maternos	3	0.9
Nuera	2	0.6
Sobrinos Maternos	2	0.6

Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

La ocupación la encabeza el estudiante con una frecuencia de 90 y un porcentaje de 26.5, en segundo lugar el ama de casa con frecuencia de 73 y 21.5%, en tercer lugar el empleado con 68 de frecuencia y un 20.1%: el pensionado y el profesional ocupan el cuarto lugar. El resto se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2
Ocupación de las familias encuestadas

Ocupaciones de las Familias encuestadas	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	90	26.5
Ama(o) de casa (hogar)	73	21.5
Empleado	68	20.1
Jubilado/Pensionado	34	10.0
Profesional	34	10.0
Servicios Diversos	15	4.4
Comerciante	5	1.5
Otras Ocupaciones	5	1.5
Conductor de Auto (chofer)	3	0.9
Técnico	3	0.9
Obrero	2	0.6
Artista	2	0.6
Desempleado	1	0.3
Subempleado	1	0.3
Menor de edad (menos de 4 años)	1	0.3
Estudia y trabaja	1	0.3
Empresario	1	0.3

Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

Con respecto a la edad de la madre, 30 años es la edad mínima y 83 la máxima con una media de 54.5 años. Su escolaridad va desde 0 a 22 años con un promedio de 9.08. Los antecedentes gineceo-obstétricos reportan gestaciones que van de 0 a 13, el resto los podemos observar en el cuadro 3.

Cuadro 3
Eventos obstétricos

Evento Obstétrico	Mínimo	Máximo	Media
Gestaciones	0	13	2.8
Partos	0	13	2.7
Abortos	0	2	0.06
Cesáreas	0	1	0.04

Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

La edad de los padres va de los 32 a los 89 años con un promedio de 57.0 y su escolaridad de 1 a 22 años con un promedio de 9.67 años de estudio.

Los años de unión conyugal son desde uno a 62 con una media de 26.7 años.

El total de hijos reportados en las familias fue de 13 como máximo y ningún hijo como mínimo con un promedio de 2.74 hijos.

No se reportó ningún embarazo en las madres encuestadas.

Con respecto a los métodos de planificación familiar 49 mujeres llevaron algún método, 58 negaron su uso y solo una desconocía su existencia.

El método más usado es la obliteración tubaria bilateral (OTB) seguida del dispositivo intrauterino (DIU) el resto se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4
Método de Planificación

Método	Frecuencia	Porcentaje
OTB	19	18.6
DIU	18	17.6
Hormonales Orales	1	1
Preservativos	1	1
Métodos Naturales	1	1
Histerectomía	2	2

Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

De los padres encuestados solo uno reportó planificación definitiva con vasectomía.

Con respecto al estado civil se encontró en primer lugar los casados con porcentaje de 63.7, en segundo lugar la viudez con 12.7% y los siguientes los muestro en el cuadro 5.

Cuadro 5
Estado Civil de Cónyuges

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casados	65	63.7
Unión Libre	10	9.8
Divorciados	8	7.8
Viudos	13	12.7
Solteros	6	5.9

Fuente: cédula básica de identificación CEBIF

La edad de los hijos por grupo de edades se muestra en el cuadro 6.

Cuadro 6
Número de hijos por grupo de edad

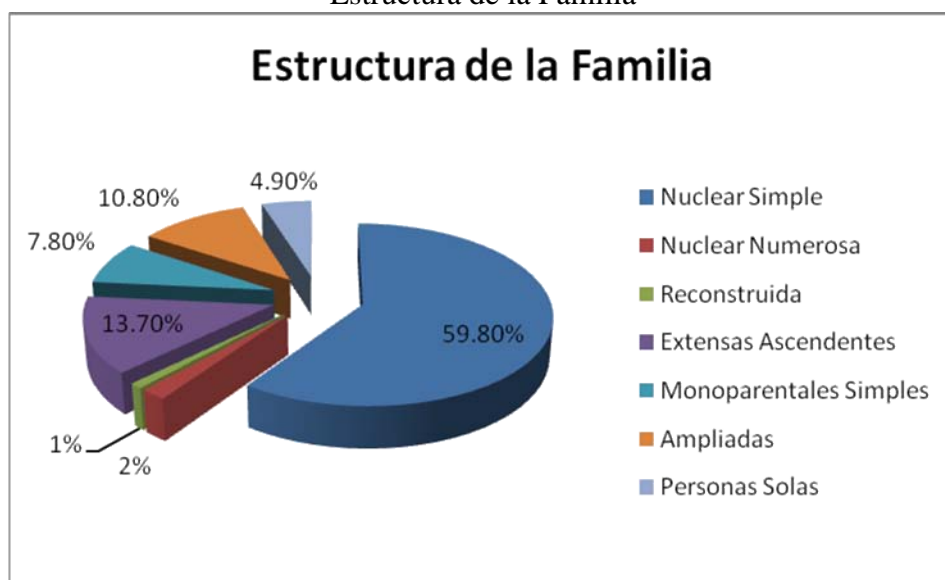
Grupos de edades de los hijos	Promedio de Hijos
Menores de 1 año	0.01
1 a 4 años	0.05
5 a 10 años	0.08
11 a 19 años	0.30
mayores de 20 años	0.69

Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

En la estructura de la familia, la nuclear simple ocupa el primer lugar con una frecuencia de 61 y un porcentaje de 59.8, la nuclear numerosa 2.0% y la reconstruida con 1.0%.

14 de las familias fueron extensas ascendentes, 11 monoparentales simples, 5 ampliadas y 8 personas viven solas. Se muestra en la gráfica 3.

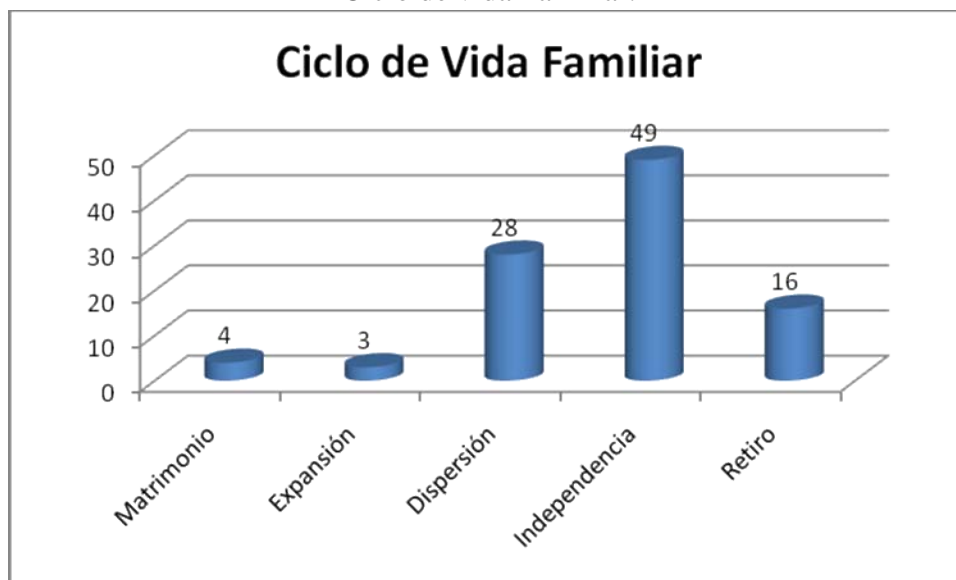
Gráfica 3
Estructura de la Familia



Fuente: cédula básica de identificación CEBIF

La etapa de independencia en el ciclo de vida familiar ocupa el primer lugar con una frecuencia de 49 y 48%, seguida de la de dispersión con una frecuencia de 28 y un 27.5% el resto se presenta en la gráfica 4.

Gráfica 4
Ciclo de vida Familiar.



Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

Los factores de riesgo familiar más relevantes son en primer lugar la diabetes mellitus con 38.2%, la obesidad con 36.3%, hipertensión 34.3%. los otros factores se presentan en el cuadro 7.

Cuadro 7
Factores de riesgo Familiar

	Factores de Riesgo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
1	Diabetes Mellitus	39	38.2%
2	Obesidad	37	36.3%
3	Hipertensión Arterial	35	34.3%
4	Insuficiencia Renal	4	3.9%
5	Cáncer de Próstata	3	2.9%
6	Cáncer de Mama	3	2.9%
7	Desnutrición	3	2.9%
8	Enfermedad Cerebro Vascular	2	2.0%
9	Asma	1	1.0%
10	Tuberculosis Pulmonar	1	1.0%

Fuente: cédula básica de identificación CEBIF.

A continuación se presentan las enfermedades más frecuentes de consultas agudas y crónicas. Cuadro 8.

Cuadro 8

AGUDAS

	Causa de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
1	Enfermedades Respiratorias	192	50.26%
2	Infecciones Urinarias	52	13.61%
3	Colitis parasitaria	26	6.82%
4	Diarreas	22	5.75%
5	Lumbalgias	19	4.98%
6	Artralgias	19	4.98%
7	Leucorreas	15	3.92%
8	Mialgias	13	3.40%
9	Enfermedad ácido-péptica	12	3.14%
10	Cervicalgia	12	3.14%
	TOTAL	382	100.00%

CRÓNICAS

	Causa de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
1	Hipertensión Arterial	214	33.29%
2	Diabetes Mellitus	176	27.38%
3	Faringitis	59	9.17%
4	Infecciones Urinarias	56	8.71%
5	Cardiopatías	31	4.82%
6	Enfermedad Articular	25	3.89%
7	Control de Embarazo	24	3.73%
8	Esguinces	23	3.57%
9	Dislipidemias	18	2.80%
10	Nefropatías	17	2.64%
	TOTAL	643	100.00%

Fuente: informe diario de consulta.

Discusión

Después de revisar las cédulas, se observa que al igual que en la población general la mujer se encuentra por arriba del porcentaje de los hombres, con una diferencia no significativa. Las personas que respondieron a las preguntas efectuadas, son también más mujeres lo que me puede hacer pensar que son las que más asisten a consulta.

Aunque las edades recabadas son muy diversas, es notoria la presencia de adultos mayores que rebasan los 80 años en ambos sexos, siendo similar en lo reportado en los indicadores demográficos de la república Mexicana por la INEGI (26) en donde nos indican que la esperanza de vida generales de 73.73 años, para hombres 71.83 y para mujeres de 77.63. es probablemente debido al cuidado que actualmente se tiene a este sector de la población. Sin olvidar los avances que en medicina se tienen. Es importante señalar que al observar la pirámide poblacional, las edades que fluctúan por arriba de los 20 y 40 años son de consideración, lo que me obligaría a pensar que se trata de una población joven en la cual existe la posibilidad de usar medidas preventivas.

Algo que me llama la atención es la disparidad referente a la escolaridad ya que encuentro personas con un nivel académico elevado y solo un caso que no sabe leer ni escribir, y el grueso de la población con un nivel medio; sin embargo a pesar de esta situación las personas asisten con regularidad a la consulta con el fin en su mayoría de mantener su salud o prevenir alguna situación, es a través de la consulta que me percaté de ésta sin embargo es importante mencionar que en ocasiones acuden solo con el deseo de ser escuchados.

En la población estudiada los hijos ocupan un porcentaje elevado, en algunos casos se encuentran ya formando nuevas familias, en su mayoría son estudiantes en diferentes niveles, lo que indica que la población es joven y la posibilidad de modificar cambios en sus hábitos.

Las amas de casa que son en un gran porcentaje parte de la población en estudio son piezas clave para lograr cambios, ya que son la base de la familia en nuestra sociedad.

Es importante mencionar que varias personas atraviesan por la etapa de jubilación, con una orientación adecuada podría evitarse situaciones depresivas que con frecuencia se encuentran en estas personas.

Ya que la población que se atiende en el ISSSTE son empleados en su mayoría, tienen una escolaridad media y superior, lo que permite que la atención médica sea exitosa para la orientación y entendimiento de las indicaciones, sin olvidar que muchos adultos mayores son dependientes del trabajador.

Las familias encuestadas en su mayoría tienen 3 hijos solo una con multiparidad, lo que corresponde como lo refiere INEGI (26) en donde indica que los hijos deseados en promedio es de 2 en general, pero hay variables de acuerdo a su escolaridad a menor estudio más hijos

De los métodos anticonceptivos el más usado es el definitivo, por las mujeres (OTB) ya que los hombres no aceptan abiertamente éste método para ellos (vasectomía). Lo que me hace pensar es que la mujer tiene que tomar una decisión para el control de la natalidad. Una parte de la población que no lleva ningún método de planificación se debe a que por su edad ya no es necesario el uso.

Las familias estudiadas en su mayoría casados con uniones que van desde uno a 62 años, por lo que reflexiono en que aun en nuestra sociedad la tradición es lo que predomina, por que muy pocas viven en unión libre, sin embargo con varios años de unión.

Con respecto a la viudez me percaté que son las mujeres las que viven solas, ningún hombre.

Siendo los hijos la mayor parte de la población, en la investigación se observó que sus edades de mayor frecuencia es de 20 años en adelante y en la edad escolar pocos recién nacidos, esto me da como resultado que la etapa del ciclo de la familia es la de independencia seguida de dispersión, es razonable por la edad de los padres

Las familias encuestadas en su mayoría nucleares con no más de 3 hijos, al igual que lo referido en INEGI

Las familias que se encontraron extensas todas viven en la casa de los padres, lo que podría deberse, a no dejarlos solos o al apoyo que los padres brindan (para no quedarse solos), la dificultad de pagar una vivienda que sostener.

Las familias monoparentales que encontré fueron mujeres únicamente, me hace pensar que por su fortaleza puede manejar y sostener a la familia ante las adversidades en la sociedad y en el trabajo. Dejando claramente que es el pilar de la familia.

En la investigación encontré factores de riesgo importantes para los descendientes los que pueden ser prevenibles ya que la población es más o menos joven.

La diabetes, obesidad e hipertensión que en la actualidad tanto nacional como mundial de gran importancia por la morbi mortalidad que implica. Los grupos de apoyo son una buena opción

Al consultar el informe diario de labores de mi población me di cuenta que al igual que lo reportado en el anuario estadístico 2000 morbilidad de las enfermedades notificadas en el distrito federal de la Secretaría de Salud, al igual que los de la delegación oriente del ISSSTE y los de la Clínica Moctezuma coinciden que las enfermedades de vías respiratorias ocupan el primer lugar sin tener relación estacional es obligado pensar que los cambios climáticos, la automedicación, la gran variedad de sepas patógenas pueden ser la causa. Seguidas de las infecciones urinarias, hipertensión, diabetes, diarreas enfermedades ácido pépticas, lumbalgias enfermedades articulares, no es posible olvidar que la comida informal en malas condiciones de higiene, sin control de calidad por las autoridades y las reglas de higiene de parte del consumidor, la chatarra, la falta de ejercicio, el estrés son factores que influyen en estos problemas que salen del control médico. Es importante no olvidar la carga genética que se trae consigo.

Las lumbalgias son frecuentes entre la base trabajadora, debido a los malos hábitos en la postura, o a la forma de cargar objetos.

Algunas enfermedades como la infecciones de vías urinarias por su frecuencia con que se presentan, me hacen pensar en la relación con las enfermedades crónicas degenerativas en forma primaria o secundaria.

Es importante orientar a los derechohabientes con medidas higiénico dietéticas, auto cuidado para tener como resultado una esperanza de vida en aumento con calidad.

Conclusiones

Con la información obtenida de las cédulas para el estudio de las familias de mi población encontré que: en la pirámide poblacional los grupos más grandes son los comprendidos en las edades de 15 a 19, 40 a 44, 44 a 49 y 60 a 64 los más pequeños están en los menores de un año y los de 1 a 4, con más ancianos que infantes.

La escolaridad como máximo fue de 22 años y como mínima de 1 año, lo que indica que las oportunidades de trabajo están poco calificadas y mal retribuidas.

Con respecto al parentesco los hijos son los que ocupan el primer lugar correspondiendo a la pirámide de población seguida de los padres, hay más madres que padres correspondiendo a las familias monoparentales. Se identifican tres subsistemas familiares: conyugal, parental y fraternal.

La ocupación la encabeza el estudiante, seguidas por amas de casa que probablemente sean las madres y empleadas

La edad de las madres es de 30 a 83 años, no hay madres adolescentes, y la media corresponde a 54.5 años lo que nos habla de que se atienden muchas mujeres pos menopáusicas en mi consultorio.

La escolaridad de la madre va de 0 a 22 años de estudio. La baja escolaridad puede ser un factor de riesgo para la salud familiar.

Antecedentes ginecobstétricos. Son de 0 a 13 gestaciones, mujeres maduras que en su época no usaban métodos de planificación familiar.

La edad de los padres es de 32 a 89 años, promedio de 57 años son más viejos.

Escolaridad de los padres: de 1 a 22 años promedio de 9.6 años, escasa escolaridad.

Años de unión conyugal: 1 a 62 años promedio de 26.7.

Total de hijos: de 0 a 13 con un promedio de 2.7

Métodos de planificación familiar: 49 mujeres usan algún método, 58 no lo usan y una lo desconoce.

El método más usado: OTB, DIU, solo un hombre tenía vasectomía.

Estado civil casados 63.7%, viudez 12.7%.

Edad de los hijos los mayores de 20 años son los que ocupan el primer lugar.

En la estructura familiar, la nuclear simple se encuentra con un 59.8%.

Etapas del ciclo de vida familiar: independencia con 48%.

Factores de riesgo; diabetes mellitus 38,2%, obesidad 36.3% hipertensión 34.3%.

Enfermedades agudas: enfermedad respiratoria 50.2%.

Enfermedades crónicas: hipertensión arterial 33.2% diabetes 27.3%.

Con esta población los programas prioritarios del ISSSTE que puedo aplicar en mi consultorio son los grupos de apoyo (diabéticos, hipertensos, obesos, adolescentes, fortalecer el control del niño sano) y con el equipo de salud conformado por geriatra y ginecologista, dental, psicología, nutrición, medicina preventiva, laboratorio, enfermería, trabajo social, ortopedia y epidemiología serán de gran ayuda para lograr el cambio deseado en el estilo de vida para modificar los factores de riesgo que pueden ser modificados y controlar adecuadamente lo que no se pueda cambiar.

Referencias Bibliográficas

- 1.-Irigoyen A, Morales H, Vaters I, Watson W, Wetzel W, Fernández M. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3th ed. México; 2007.
- 2.- Fernández OMA, Hernández TI, Navarro GA, Valencia IYE, Hernández VCI, Compiladores. Material de apoyo curso de especialización en medicina familiar. México.UNAM.2005.
- 3.- Zurro AM, Cano PJ. Atención Primaria 5th ed. España; 2003.
- 4.-Turabián JL, Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria Madrid España; 1995.
- 5.- González, Blasco. Los cuatro pilares de la Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar. 2004; 6 (2): 31-33.
- 6.- Foz Gil G, Gofin J, Montaner I. Atención Primaria Orientada a la Comunidad: M Zurro, J F Cano. Atención Primaria. España: Elsevier; 2003. p 345-364.
- 7.-Taylor R, David A, Field S, Phillips M, Scherger J. Medicina de Familia Principios Prácticos. 6th ed. Barcelona; 2003.
- 8.- Arginon P, De Peray B. Análisis de la Situación de Salud: M Zurro, J.F Cano. Atención Primaria. España: Elsevier; 2003. p 327-344.
- 9.- Gallo FJ, Altisent R, Díez J, Fernández C, Foz G, Granados M. Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria. 1999; 23; 124-144.
- 10.- Monroy C, Irigoyen A. La formación de Médicos Familiares en el ISSSTE, México: 25 años de evolución. Archivos de Medicina Familiar. 2005; Vol 7 (2) 31-33.
- 11.-López S, Actualización del Especialista en Medicina Familiar en la Sociedad Actual. Revista médica IMSS: 1999, 33: 317-320.
- 12.- Monroy C, Irigoyen A, Elementos esenciales de la Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar. 2005; Vol. 7 (1) 13-23.
- 13.-Domínguez del Olmo J. La Medicina Familiar en México y en el Mundo. Archivos en Medicina Familiar. 2003; 5 (4): 136-139.
- 14.-Santacruz J. La Familia como Unidad de análisis. Revista Médica IMSS. 1983; 21:348-357.
- 15.-Saucedo J, Lineamientos para Evaluar la Vida Familiar. Revista Médica IMSS 2000, 9: 249-255.

16.-López, Caudana. El reto de superar limitaciones en Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2003; 5 (4):103.

17.-Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario estadístico 2007.

18.-OMS capítulo 1: Salud Mundial. Retos actuales.

19.-Código de Bioética en Medicina Familiar. Archivo de Medicina Familiar. 2005; 7(1):13-23.

20.-Irigoyen A, Gómez F. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar; Piedra de Rosetta para la Medicina Familiar: Archivos de Medicina Familiar. 2000; 2(1): 5-6.

21.-Plan único de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM. 2003

22.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Secretaria de Salud México. 2005 junio Vol. 22, N° 23, semana 23.

23.- Ramos J. Reporta CONAPO disminución de integrantes por familia. El Universal. 2007, julio 25.

24.-Subdelegación Médica. Delegación Oriente ISSSTE. 2007 diciembre.

25.- Aréchiga, Urtuzuástegui. Tiempos hubo en que toda la medicina fue familiar. Archivos de Medicina Familiar. 2003; 5: 101-102.

26.-Ponce E, Irigoyen A, Gómez F, Terán M, Landgrave S, Sánchez R. Código de ética para la Investigación en Medicina Familiar: Una investigación cualitativa. Archivos de Medicina Familiar. 2003; 5 (3): 81-88.

ANEXOS

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA CAUSA DE CONSULTA

GRUPO DE EDAD Y SEXO

Diagnóstico	0-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-30		31-34		34 o más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Roxas ER, Irigoyen-Coria A, Terán Trillo M.

IDENTIFICACIÓN		Fecha: _____	Folio: _____
Familia: _____, No. Exp.: _____		Consul./Turco: ____/____	
Domicilio: _____		Teléfono: _____	
SALUD REPRODUCTIVA			
Edad	Ocupación	Esc. (años)	A.G.O.
			G P A C
			Embarazo
			PF
			Método
Madre			Si No Si No
Padre			Si No
Estado civil de los cónyuges: Casados __, Unión Libre __, Divorciados __, Viudos __, Solteros __. Años de unión conyugal: ____			
Nombre de la persona que responde esta cédula: _____, Parentesco familiar: _____			

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
Número de Hijos: _____	Si viven otras personas en el hogar, ¿Cuántas y cuáles? _____
<ul style="list-style-type: none"> • RN a un año _____ • 1 a 4 años _____ • 5 a 10 años _____ • 11 a 19 años _____ • 20 o más años _____ • Total _____ 	<p>Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nuera, yernos) Num. _____, Especifique: _____</p> <p>Sin parentesco familiar. (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes) Num. _____, Especifique: _____</p>
Clasificación Estructural de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear <ul style="list-style-type: none"> Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () • Extensa <ul style="list-style-type: none"> Ascendente () Descendente () 	<ul style="list-style-type: none"> • Monoparental <ul style="list-style-type: none"> Simple () Ampliada () • Equivalentes familiares () • Persona que vive sola () <p>Vive en casa de la familia de origen () La familia de origen vive en casa de la familia monoparental ()</p>
Etapas del Ciclo Vital de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio o unión conyugal () • Expansión () • Dispersión () 	<ul style="list-style-type: none"> • Independencia () • Retiro ()

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA						
	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo 1= mujer 2= hombre	Escolaridad en años	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Escriba en el margen izquierdo un asterisco () junto al nombre de la persona que responde el cuestionario
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexar sus datos en una hoja adicional.

	FACTORES DE RIESGO PATOLOGÍA FAMILIAR																								
	Crónico Degenerativas						Infecciosas				Trastornos de la Nutrición		Otros												
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Art.	Enf. Corazón	CaCu	Ca Mama	Ca Próstata	Otro cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovas.	Asma	Sida/VIH	Otro ETS	Hepatitis B y C	TB. Pulmonar	Desnutrición	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otras farmacod.	Violencia intraf.	Enf. Psiquiátricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad	
Madre																									
Hijos																									
Abuelos																									
Tíos																									
Total																									

en control = con control = sin control