



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE QUERETARO, QRO

CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y
CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES DE LOS PACIENTES
ADSCRITOS AL CONSULTORIO NUMERO 7 DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR, TURNO MATUTINO DE EL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO, EN EL ESTADO DE QUERETARO, QUERETARO,
MEXICO.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ISELA VEGA GONZALEZ



QUERETARO, QRO. 2008



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.

2. INDICE GENERAL

1. Título.
2. Índice general.
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).
4. Planteamiento del problema.
5. Justificación.
6. Objetivos.
 - General.
 - Específicos.
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos).
8. Metodología.
 - Tipo de estudio.
 - Población, lugar y tiempo de estudio.
 - Tipo de muestra y tamaño de la muestra.
 - Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.
 - Variables a recolectar.
 - Método o procedimiento para captar la información.
 - Consideraciones éticas.
9. Resultados.
 - Descripción de los resultados.
 - Tablas y gráficas.
10. Discusión de los resultados encontrados.
11. Conclusiones.
12. Referencias bibliográficas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Historia de la medicina familiar

En el siglo XIX cada familia contaba con un médico de la comunidad o algo parecido a un médico, entonces este personaje era algo importante dentro de la comunidad, conocedor de ella, era un consejero, un líder en todos los sentidos impulsaba cambios socioeconómicos, promovía transformaciones comunitarias y además era un epidemiólogo práctico.

En el siglo XX debido a cambios sociales, económicos a la explosión de la tecnología, la informática, se observa al paciente de manera “vertical” en 1966 la comisión Millis observa la necesidad de un médico que vea al paciente de forma integral y así se establecen las normas para formar a este especialista denominado médico familiar. Pero es hasta 1972 que se crea oficialmente el colegio mundial de médicos familiares, y en 1991 se emite la declaración de “El papel del médico familiar en los sistemas de atención a la salud”. (1)

Los servicios de salud plasman estos compromisos en la llamada declaración de Sevilla. (2)

La medicina familiar: Es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimiento derivado de otras disciplinas que provienen principalmente de la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la ginecoobstetricia y la psiquiatría y que establece una unidad coherente, combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas. El núcleo del conocimiento abarcado por la medicina familiar prepara al médico para un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de problemas, el consejo, y en la coordinación total para la atención de la salud.(3)

La medicina familiar quedará conceptualizada como especialidad médica y disciplina académica

Principios básicos del médico familiar:

- El médico familiar está comprometido con la persona que con un cuerpo particularmente de conocimientos, su compromiso no termina con la enfermedad.
- El médico familiar intenta comprender el contexto de la enfermedad.
- El médico familiar considera cada contacto con su paciente una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.
- El médico familiar considera al conjunto de sus pacientes como una Población en riesgo.
- El médico familiar se considera así mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria, utilizando todos sus recursos.
- El médico familiar debe compartir el mismo hábitat que sus pacientes.
- El médico familiar atiende a sus pacientes en la consulta, en su domicilio y en el hospital.
- El médico familiar concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina.
- El médico familiar es un gestor de recursos como médico general y de primer contacto. (4)
- El médico familiar como profesional de la salud encargado de iniciar y llevar a cabo la atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud que presentarán sus servicios cuando sea necesario.
- Así que debe ser un buen clínico, científico , docente, consejero de sus pacientes, educador actualizado ,compañero, accesible competente, etc. (5)

Se podría definir al médico familiar según la 1ª reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud llevada a cabo en el año del 2005 : “Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud enfermedad en forma integral, continúa y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico”.(6)

Así se establecen cinco grandes áreas de acción del médico familiar:

- 1.-Área de atención al individuo.
- 2.-Área de atención a la familia.
- 3.-Área de atención a la comunidad.
- 4.-Área de docencia e investigación.
- 5.-Área de apoyo en las que se incluyen trabajo en equipo, los sistemas de registro de información, la gestión de registros y administración sanitaria y por último la garantía de calidad. (5)

Que se podrían resumir en: Área asistencial.
 Área administrativa.
 Área educativa.
 Área de investigación.(6)

3.1.2.-Definición de 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. (6)

3.1.3.-Axiomas del Médico Familiar

Se fundamenta en tres elementos esenciales:

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

3.1.4.- Atención primaria

Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas puestas 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 cada una de sus etapas de desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con el individuo, la familia y la comunidad. (3)

La atención primaria de salud es el ámbito donde se desarrolla dicha especialidad y así la atención primaria según el Institute of Medicine debe ser: prestada por médicos que “ejercen en el contexto de la familia y su comunidad”; describen los principios de que la familia se comprende mejor cuando se examina de manera directa.

Las familias poseen unos patrones de interacción repetitivos que regulan y modifican la conducta de sus miembros. (7)

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituyen la base de la medicina familiar y de ahí se desencadenan todas las actividades que pudiera realizar el médico; así que la actividad que realiza será recolectar la información sobre la estructura y la composición familiar resaltando los antecedentes patológicos, familiares y estructurándolos de preferencia en forma de genograma de donde tomará todos los registros necesarios como es: la historia clínica, historia familiar, hoja de problemas familiares, etc. y así poder llegar a un diagnóstico situacional de dicha familia y ayudarla en los problemas que pueden tener en los períodos críticos del ciclo vital y anticipar, posteriormente trasladar y hacer un análisis de la comunidad en la que dichas familias se desarrollan para llevar a cabo acciones preventivas y específicas para dicha comunidad. (5)

3.2.-Familia.

La familia es considerada uno de los grupos sociales que requieren una atención especial, por tratarse de la unidad funcional, base de nuestra sociedad; ya que es la preocupación de nuestra desordenada sociedad y solicita atención en todos los ámbitos y así tratamos de mantener saludable a la familia.

Las Naciones Unidas proclaman en 1994 “el año internacional de la familia” con lo que los gobiernos enfatizaron su interés por la familia promoviendo la cooperación internacional en la investigación sobre la familia; se fortalecieron los vínculos entre las Naciones Unidas y la sociedad civil, colaboraron con organizaciones no gubernamentales e instituciones de investigación y enseñanza; proporcionaron asistencia técnica por medio de la O.N.U. quien también decretó el día de la familia: 15 mayo.(8)

Así que debemos conocer a nuestras familias tratarlas ya que estas tienen diferentes características y para esto es importante hablar del significado de familia y saber como estudiarlas para poder actuar.

3.2.1 Definición de Familia

Se define a la familia según el Marqués de Morante como proveniente de la palabra latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.

Dicho término tiene muchas definiciones; la cultura occidental la define como el conjunto formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica con responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.(2)

La familia se define desde la perspectiva del médico familiar como 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 defender 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.(6)

3.2.2 Clasificación de la Familia

- a) Con base en su parentesco: el parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta:

Nuclear: hombre y mujer sin hijos.

Nuclear simple: padre y madre con uno a tres hijos.

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

Reconstruida binuclear: padre y madre donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

Monoparental: padre o madre con hijos.

Monoparental extendida: padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta: padre o madre con hijos más otras personas con y sin parentesco.

Extensa: padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta: padre y madre con hijos mas 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 (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera). (6)

b) Sin parentesco se clasifica en:

Mono parental extendida sin parentesco: padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.

Grupos similares a familias: personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera.

c) Con base a su presencia física y convivencia: la presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia, también esta vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

Núcleo integrado: presencia de ambos padres en el hogar.

Núcleo no integrado: no hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.

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

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

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

d) Estilos de vida originados por cambios sociales : 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.

Persona que vive sola: sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.

Parejas homosexuales sin hijos: parejas del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.

Parejas homosexuales con hijos adoptivos: parejas del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.

Familia grupal: unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.

Familia comunal: conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales incluye la poliandria y la poliginia.

- e) Con base en sus medios de subsistencia: 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:

Agrícola o agropecuaria

Industrial.

Comercial.

Servicios.

Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia. (6)

3.2.3.-Etapas del Ciclo Vital Familiar

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere, la familia por su parte sigue un patrón similar; nos ayudará a identificar factores de riesgo relacionadas con cada etapa:

Clasificación de Geyman.

Matrimonio: se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.

Expansión: es el momento en el que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros de la familia. la familia se dilata, se “expande”.

Dispersión: etapa en que todos los hijos acuden a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

Independencia: es difícil precisar el número de años transcurridos; al principio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en “independencia”, sus hijos han formado nuevas familias; los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto; esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años.

Retiro y muerte: fase final en la que preocupa la incapacidad para laborar (debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas), desempleo,

agotamiento de los recursos económicos, las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidades de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos.(2)

3.2.4.-Funciones de la Familia

Es importante hablar de las Funciones de la Familia son las que nos darán pauta para hablar de la funcionalidad de ésta.

I.- Socialización: 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.

II.-Cuidado: lo que permitirá la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella, alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

III.- Afecto: se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia, recibirlo y proporcionarlo determina nuestras relaciones familiares.

IV.-Reproducción: institución encargada de “proveer de nuevos miembros a la sociedad” con el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad.

V.- Estatus y el nivel socioeconómico: equivale a transferir derechos y obligaciones, así como para formar familias correspondientes al mismo nivel socioeconómico, es una medida de perpetuar privilegios y logros familiares. (2)

VI.-Desarrollo y ejercicio de la sexualidad: término agregado últimamente. (6)

3.2.5.-Roles de los Integrantes de las Familias

Roles de los integrantes de una familia: estos son cultural y socialmente definidos y se transmiten de una generación a otra. Rol: “Es el papel que juega cada uno de los integrantes de una familia”, así podemos encontrar algunos de los principales.

Rol materno: Esposa madre tradicional.
Esposa compañera.
Esposa colaboradora.
Esposa proveedora.

Rol paterno: Esposo compañero.
Esposo colaborador.
Esposo proveedor.

Algunos otros roles de grupo:

Portavoz: Denuncia el acontecer del grupo y de él, tanto vertical como horizontal.

Chivo espiatorio: se hace depositario de aspectos negativos o atemorizantes, usa mecanismos de segregación.

Líder: Depositario de aspectos positivos del grupo y obtiene el liderazgo que se centra en una o varias categorías, pertenencia, cooperación, etc.

Saboteador liderazgo: Esta en relación directa con la resistencia al cambio. (9)

3.2.6.- Instrumentos de estudio familiar:

Todo lo antes descrito, nos dará un panorama suficiente para mejorar la atención de esas familias, así como conocer la frecuencia de dichas características, saber con qué tipo de población atendemos, por qué sabremos a qué factores de riesgo se exponen y podremos prevenir en qué momento se trata de una crisis normativa, quizá propia de la etapa del ciclo en el que se encuentra.

No basta quedarnos en el intento sabemos que existen instrumentos específicos para valorar a las familias con conocimiento de causa y valores de cada actitud, acción, situación, etc.

La familia dependiendo de la etapa del ciclo vital que este viviendo y quizá sea normal ya que toda familia deberá pasar por diferentes momentos de logros, tristezas, estrés, pérdidas etc., y mientras éstas sean superadas hablaremos de familias funcionales por encontrar la forma de apoyo entre ellos y cooperación mutua para salir de alguno de estos eventos. Para su estudio se han creado instrumentos específicos que nos limitaremos sólo a referirlos:

Genogramas: Instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistemático familiar en todo su contexto y estructural valiéndose de simbología específica. (4,10)

Cuestionario de Apgar familiar: Reporta funcionalidad en base a adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución.

Círculo familiar: Es un método gráfico, breve y útil para obtener datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios integrantes de la familia.

Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar: (escala de Holmes) permite observar a la familia y permite evaluar cuantitativamente los acontecimientos vitales estresantes. Contiene 43 preguntas.

Evaluación del subsistema conyugal: Que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo.

Sólo por citar alguno de los instrumentos de evaluación más usados comúnmente. (6, 11)

3.3.-MOSAMEF:

Es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México (UNAM) fue dado a conocer desde 1995 .

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?, y ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?.

Así es como éste modelo nos ayudará a saber evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapas en el ciclo vital familiar además de los elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del denominado diagnóstico de salud familiar. Aunado a esto patologías que con mayor frecuencia se presentan en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad que juntos facilitan al medico familiar y a su equipo de trabajo el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. (7,3)

3.3.1.-Propósito del MOSAMEF

- Describir el escenario en el que el médico familiar desempeña sus actividades.
- Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planear y organizar.
- Desarrollar actividades fundadas en los principios esenciales de la medicina familiar (atención integral del individuo y la familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo).
- Evaluar los resultados de las estrategias.(12)

3.4.-EPIDEMIOLOGIA.

Ahora que podemos tener un panorama más amplio de la familia es también interesante saber que tipo de población atenderemos, aplicar una cedula de identificación de la población adscrita y/o usuaria para ubicarla tanto geográfica como demográfica y socialmente y así saber en que entorno se desarrollan nuestras familias. Actualmente México cuenta con una población agrupada en hogares familiares total de 97.9 millones de familias que representan un 97.7% de la población total y en promedio cada familia mexicana está conformada por 4.3 integrantes. (13)

En México de la población total según el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) nos reporta que 10,798,167; son pacientes directos y familiares afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (14) .- es necesario estratificar por grupos etéreos y sexo realizando una pirámide poblacional que nos servirá para valorar grupos de edades a atender y con esto, padecimientos más frecuentemente esperados, trabajar en identificar los factores de riesgo de mi población. (7)

La morbilidad de consultas en primer nivel en diferentes instituciones, tal vez valga recalcar que el tipo de población en cada una es diferente y quizás esto haga el cambio para encontrar diferentes causas de consulta. La S.S.A. en el año 2001 reporta como las primeras veinte causas las enumeradas;

1. Exámenes generales: investigación de personas sin quejas o sin patología.
2. Diagnóstico informado.
3. Faringitis aguda.
4. Rinofaringitis aguda (resfriado común).
5. Exámenes y contactos para fines administrativos.
6. Amigdalitis aguda.
7. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
8. Caries dental.
9. Supervisión de embarazo normal.
10. Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias.
11. Otros trastornos del sistema urinario.
12. Otra atención médica.
13. Enfermedades de la pulpa y de los tejidos peri apicales.
14. Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin queja o sin diagnóstico.
15. Gastritis y duodenitis.
16. Atención para la anticoncepción.
17. Amibiasis.
18. Otras dermatitis:
19. Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva.
20. Conjuntivitis. (15)

La referencia del IMSS reporta del 2003 donde señala en un estudio de un año en clínica de medicina familiar se otorgaban 67 millones de consultas y los motivos principales fueron ;

1. Hipertensión esencial
2. Faringitis aguda.
3. Rinofaringitis aguda.
4. Diabetes mellitus no insulino dependiente.
5. Diabetes mellitus no específica.
6. Supervisión del embarazo.
7. Infecciones agudas de vías respiratorias superiores.
8. Diarrea y gastroenteritis.
9. Otros trastornos del sistema urinario.
10. Examen general de personas.
11. Dorsalgias.
12. Otras artrosis.
13. Atención para la anticoncepción.
14. Gastritis y duodenitis.
15. Amigdalitis aguda.
16. Conjuntivitis.

17. Epilepsia.
18. Dermatofitosis.
19. Enfermedad inflamatoria del cuello uterino.
20. Anemias. (16)

En el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado las primeras veinte causas de consultas en México son en clínicas periféricas en el estado de Querétaro. En un estudio que se realizó en un periodo de un año 2005 al 2006 como sigue:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1.- Faringitis. | 11.- Embarazo. |
| 2.- Rinofaringitis. | 12.- Cefalea tensional. |
| 3.- Gastroenteritis. | 13.- Amibiasis. |
| 4.- Infecciones de vías urinarias. | 14.- Dorsalgia. |
| 5.- Dispepsia. | 15.- Asma. |
| 6.- Otitis media. | 16.- Alergias. |
| 7.- Hipertensión arterial. | 17.- Dermatitis. |
| 8.- Conjuntivitis. | 18.- Esguince cervical. |
| 9.- Lumbalgias. | 19.- Micosis. |
| 10.-Diabetes Mellitus. | 20.- Esguinces de tobillo. (17) |

3.5.- FACTORES DE RIESGO:

Riesgo como probabilidad de que una persona libre de una enfermedad o desarrolle esa enfermedad durante un periodo de tiempo determinado (Román,1998).Un factor de riesgo de una enfermedad es cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar dicha enfermedad dentro de las cuales se citan las ambientales, sociales, hereditarias, físicas y psíquicas.

Las medidas de efecto e impacto; son las medidas que comparan el riesgo entre grupos expresando el grado de asociación entre la enfermedad y las características que definen los grupos, entre los expuestos y no expuestos.

El riesgo relativo: responde a cuantas veces es más probable que el grupo expuesto desarrolle la enfermedad relacionándolos con los no expuestos.

El riesgo Atribuible: nos señala cuál es el riesgo adicional de enfermarse que es consecuencia de la exposición, riesgo responsable de que aparezca la enfermedad en el grupo de comparación. Esto es la proporción de casos

que podríamos prevenir si se elimina dicho factor, dicha medida se conoce como proporción de riesgo atribuible en la población. (18,11)

Dentro de estos factores de riesgo para la aparición de una enfermedad cual quiera que ésta sea, queda entendido que todas las vivencias, la herencia, genética, pensamientos, costumbres (cultura), estructura de familia, medio ambiente, etc.; que rodee al individuo será un factor de riesgo para desarrollar algún tipo de enfermedad, por lo cual considero de suma importancia el conocimiento exacto y minucioso de cada individuo para saber sus riesgos potenciales de desarrollar enfermedad y así poder actuar antes de que estas aparezcan y darle una mejor calidad de vida al individuo, familia y comunidad para mejorar la salud.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de conocer la atención primaria; Según la declaración de ALMA ATA en la que se afirma desde 1978 : “la atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial, basado en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y 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 auto responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma 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. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevándolo más cerca al lugar donde residen y donde trabajan las personas, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. (19)

Razón por la cual la medicina familiar ha demostrado que puede aplicar una atención primaria excepcional a individuos y familias; para actuar de manera eficaz en el marco del sistema asistencial sanitario del futuro, los médicos de familia deberán ir más allá del modelo tradicional de relación individual médico-paciente y adquirir conocimientos y capacidades necesarias para una práctica clínica básica en la población. (20)

Así consideremos de vital importancia el conocer a nuestra población para poder aplicar los programas prioritarios de atención médica que establece el sistema nacional de salud, comprenden actividades relacionadas con la

aplicación permanente de vacunas, el tratamiento de enfermedades diarréicas, infecciones agudas de vías respiratorias superiores y enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial; no obstante, la problemática de salud de la población requiere de una clara identificación de los más importantes factores que la determinen y afectan para optimizar los recursos y hacer más racional la planeación de los servicios.(21)

Se sabe que Querétaro cuenta con un total de 111,530 habitantes afiliados en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, pero ahora debemos saber cuáles son las necesidades de esa población que nos corresponde atender. Para esto debemos saber las características familiares y factores de riesgo que les afectan, con lo que podremos mejorar la atención y satisfacción de los usuarios. (22)

Para llegar a un análisis de nuestra población debemos inquietarnos por saber:

¿Cuáles son las características familiares, factores de riesgo que la afectan y causas más frecuentes de la consulta en la población del consultorio 7 del turno matutino de la clínica de medicina familiar de Querétaro, Qro, México. En el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado?

5. JUSTIFICACIÓN

Querétaro ciudad en pleno desarrollo etapa de transición y crecimiento y con ello cambian las necesidades cambian continuamente por eso es necesario día con día evaluar y conocer a la población que a nuestro cargo se encuentra. Para el mes de marzo del 2008 la clínica de medicina familiar de Querétaro cuenta con un total de 51,503 afiliados. (23)

La clínica CMF cuya población es muy diversa así también sus demandas de atención médica. Considerando lo anterior nos vemos en la necesidad de estudiar las características de las familias asignadas, factores de riesgo y causas mas frecuentes de la consulta así como investigar la pirámide de población adscrita al consultorios 7 de dicha clínica.

Es importante y necesario por no decir urgente evaluar ese primer nivel de atención, pero a cada uno de los involucrados y esta es actividad que le compete a el médico de familia, primero que nada conocer a su población, saber sus características de cada núcleo familiar y así sus factores de riesgo

para determinar sus acciones, anticipar el daño en su población, atender a tiempo y en forma a cada integrante de familia, administrar los recursos con los que cuenta la institución, buscar capacitación de acuerdo a ese resultado y sobre todo satisfacer al paciente y a el mismo, al saber que ha hecho lo mejor y de la mejor forma pero siempre con conocimiento de causa.

Lo que beneficia a los pacientes, la institución, el médico y sobre todo a la salud que es nuestro principal objetivo preservarla, mantener a nuestra población controlada y satisfecha con la atención que se otorgue pues ellos recibirán la atención esperada y requerida según la solicitud, pero sobre todo puntualmente anticipándonos al daño gracias a que conoceremos esos factores de riesgo para cada familia y población asignada, menos gastos debido a la prevención y promoción de medidas específicas según resultados, logrando disminuir la referencia a un segundo nivel y lograr ser mas preventivos que curativos, sin olvidar que esto permitirá valorar los cursos que se necesitan para capacitar a todo el personal, tanto médicos, trabajo social, enfermeras etc.

En cuanto a realizarlo es factible; el médico familiar será quien recopile todos los datos, se cuenta con registros de hoja diaria que se solicitó al departamento de estadística, la cédula básica de información se recolectó durante el tiempo de consulta, así que no necesitó tiempo extra, obtuvimos una pirámide de población lo más cercana a la realidad y conocimos las características familiares de nuestra población; grupos de edades, factores de riesgo que están presentes y que no se han distinguido formalmente. Con estos datos podré actuar a la brevedad y anticipadamente en cada grupo familiar para la prevención de futuras enfermedades, los pacientes se beneficiaran con una atención más coherentemente respaldada por factores de riesgo reales y así también recibirán la información que a cada familia principalmente le interesa, ya que buscaré los medios para capacitarme en determinados puntos que encuentre como importantes y desarrollar estrategias que impacten la prevención de la evolución natural de la enfermedad, pero sobretodo estaremos satisfechos de haber cumplido con nuestro cometido a tiempo, así que considero que estaremos beneficiados tanto pacientes como médicos e institución.

6. OBJETIVOS

6.1.- Objetivos generales:

Determinar e identificar en la población asignada al consultorio 7 turno matutino de la clínica de medicina familiar del ISSSTE, las características de las familias, los factores de riesgo, las veinte causas mas frecuentes de consulta y su pirámide de población.

6.2.- Objetivos específicos:

-Determinar la pirámide de población del consultorio 7 de la clínica de medicina familiar de I S S S T E en Querétaro Qro.

-Determinar las primeras veinte causas de consultas de primera vez y subsecuentes del consultorio 7 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Qro.

-Identificar los factores de riesgo presentes en las familias a estudiar.

-Clasificar a las familias en base a su parentesco, sin parentesco, en base en la presencia física y convivencia, estilos de vida originados por cambios sociales, en base a sus medios de subsistencia y etapa del ciclo vital familiar.

-Identificar los datos generales de las familias a estudiar como son: años de unión conyugal, edad, sexo, parentesco, ocupación, religión, escolaridad y número de hijos.

7.- HIPOTESIS

No se requiere por ser un estudio descriptivo.

8.- METODOLOGÍA

8.1.-Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, ambiespectivo transversal.

8.2.- Población lugar y tiempo:

Población: Derechohabientes adscritos al consultorio 7 turno matutino de la clínica de medicina familiar del I S S S T E Querétaro.

Tiempo: La fase retrospectiva abarcará del día 01 de febrero del 2007 al 31 de enero del 2008.

La fase prospectiva será del 01 de abril del 2008 al 31 de mayo del 2008.

8.3.-Tipo de muestra y tamaño de muestra

Fija 100 familias encuestadas.
Tipo no probabilística por cuota.

8.4.- Criterios:

8.4.1.- Criterios de Inclusión:

-Familias adscritas del consultorio 7 turno matutino de la clínica de medicina familiar del I S S S T E Querétaro, Qro , que acudan a consulta y acepten contestar la cédula.

-Cedulas contestadas por completo.

-Todos los pacientes inscritos en la hoja de informe diario SM10, registradas en tiempo y forma, para las causas de consulta.

8.4.2.- Criterios de Exclusión:

-Todos aquellos que no deseen participar.

-Los que no pertenezcan a la población adscrita al consultorio 7.

-Para las causas de consulta serán las hojas maltratadas así mismo ilegibles e incompletas.

8.4.3.- Criterios de Eliminación:

-Cédulas básicas de identificación familiar fuera de tiempo.

-Diagnósticos dudosos o ilegibles en las hojas SM10.

8.5.- Variables

8.5.1.- Variables cuantitativas

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Valor de la variable
Edades de integrantes fam.	Tiempo vivido en años	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros en años.
Número de hijos Por grupos de edades	Conteo de hijos y clasificación por edades.	Cuantitativa	Discontinua	Número de hijos entre 0 a 10 años, 11 a 19 años y de 20 años o más.
Años de unión conyugal	Tiempo transcurrido desde la unión en años	Cuantitativa	Discontinua	Números enteros en años.

8.5.2.- Variables cualitativas

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala	Valor de la variable
Genero	Categoría gramatical por la que se clasifican en masculinos y femeninos. (24)	cualitativas	Nominal	Masculino Femenino
Ocupación	Actividad o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa .sin. de empleo.(24)	Cualitativa	Nominal	Profesión, servicios, técnico,comerciante,empleado ,oficio ,hogar , pensionado.
Escolaridad	Grado de enseñanza alcanzado.(24)	Cualitativa	Nominal	Analfabeta,básica,media,media superior y superior.
Clasificación de la familia con base en el parentesco.	Es un vinculo por consanguinidad, afinidad ,adopción ,matrimonio u otra relación estable ,de afectividad análoga a ésta.(6)	Cualitativa	Nominal	Nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, monoparental, monoparental ext., monoparental ext. compuesta ,extensa ,extensa compuesta y no parental.
Clasificación de las familias sin parentesco.	Aquellas familias sin vinculo por consanguinidad, afinidad, adopción ,matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.(6)	Cualitativa	Nominal	Monoparental extendida sin parentesco, y grupos similares a familias.

Clasificación de las familias con base a la presencia física y convivencia.	La presencia física en el hogar implica un grado de convivencia .la presencia física esta vinculada también con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de la s familias.(6)	Cualitativa	Nominal	Núcleo integrado, núcleo no integrado, extensa ascendente, extensa descendente, extensa colateral.
Clasificación de la familia con base en sus medios de subsistencia	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.(6)	Cualitativa	Nominal	Agrícolas y pecuarias, industrial, comercial y servicios.
Clasificación de la familia por estilos de vida originados por los cambios sociales.	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 repercute en la salud individual y familiar.(6)	Cualitativa	Nominal	Persona que vive sola, parejas homosexuales sin hijos, parejas homosexuales con hijos adoptivos, familia grupal, familia comunal, y poligamia.
Etapas del ciclo vital familiar	En el curso del desarrollo familiar cada familia pasa por varias etapas en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. Toda organización viva tiene su inicio desarrollo y ocaso(según Geyman).(25)(2)	Cualitativa	Nominal	Matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte.
Factores de riesgo	Probabilidad de que una persona libre de una enfermedad desarrolle esa enfermedad durante un periodo de tiempo determinado. probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.(determinación de	Cualitativa	Nominal	Dm2, HAS, Enf.corazón, Cacu., Ca mama. Ca. Próstata, otro cáncer, Insuf.renal, Enf.Cerebrovascular, Asmab,Sida/VIH Otras ETS,

	factores de riesgo)(18,11)			Hepatitis B o C,TBP. Desnutrición, Obesidad, Anorexia/bulimia,Tabaquismo, Alcoholismo,Otra farmacodep., Enfisema, psiquiátricas, Violencia intrafamiliar., Discapacidad, Riesgo ocupacional.
--	----------------------------	--	--	---

8.6.- Tipo de muestra:

Muestra no probabilística por cuota; fija 100 encuestas (Familias).

8.7.- Método o procedimiento para recolectar la información:

Primero se solicite el apoyo de las autoridades de la clínica de medicina familiar para realizar dicho estudio y posteriormente se investigaron todos los antecedentes posibles y lugar donde pudimos obtener la información, fui al departamento de estadística para solicitar las hojas de informe de consulta o actividades del médico diaria SM-10 (anexo 2)la cual nos otorgaron y así en una hoja blanca procedimos a hacer el concentrado por medio de paloteo de todas y cada una de las enfermedades ahí registradas día a día en un periodo de un año 01 de febrero del 2007 a el 31 de enero del 2008, actividad que nos llevó dos semanas, posteriormente se realizó el conteo por paloteo y obtuvimos las veinte causas más frecuentes. En un periodo de dos meses se llevo durante la consulta la aplicación de las cédulas familiares (anexo 1) informando a cada paciente su utilidad y si estaban de acuerdo en participar, posteriormente se hizo el conteo de los resultados obtenidos por cada dato recolectado. Se llevo el análisis estadístico para calcular frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas por último los resultados se representan en graficas y tablas

además de elaborar la pirámide de población que se obtuvo de las cien cédulas aplicadas.

8.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

LEY DE HELSINKI.

De acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación donde participan seres humanos manifestado en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en octubre del 2000, que consta de 32 párrafos. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte de ella. (26,27)

Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y en su personalidad.

LEY GENERAL DE SALUD.

El congreso de los Estados Unidos Mexicanos decreta la ley general de salud. Título primero (Disposiciones Generales).Capítulo único:(Última reforma DOF-30-05-08).

Artículo 1º la presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federales en materia de salubridad general.

Es de aplicación en toda la república mexicana y sus disposiciones son de orden público y de interés social.

Artículo 2º. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades en la fracción VII, el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (27)

LEY GENERAL DEL ISSSTE.

El Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los trabajadores del estado. Órgano del gobierno constitucional de los estados unidos mexicanos. Tomo DCXLII No22 México, D.F: sábado 31 de marzo del 2007.

En materia de salud, Capitulo II. Sec. I; Art. 27 El instituto establecerá un seguro de salud que tiene por objeto establecer, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando, servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad.

El seguro de salud incluye los componentes de atención medico preventiva, atención medica curativa, de maternidad y de rehabilitación física y mental.

Artículo 28; El instituto diseñara, implantara y desarrollara su modelo y programa de salud en atención a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de sus derechohabientes. (28)

9.- Resultados

9.1.- descripción de los resultados:

Los resultados se presentaran en tres grandes rubros el primero censo poblacional, diagnostico familiar y Morbilidad.

9.1.1.- Censo poblacional.

9.1.1.1.- Pirámide poblacional.

De la población adscrita al consultorio No.7 de la clínica de medicina familiar Querétaro se tomo una muestra de 100 familias a estudiar de estas se cuenta con un total de 215 pacientes femeninos y 189 del sexo masculino por tanto el sexo femenino un 53.21 % de la muestra total, dentro de las cuales predominan las de edad entre 15-19 años, así también en los masculinos. (Tabla 1, Grafica 1).

9.1.2.- Diagnóstico Familiar: Con la aplicación de 100 encuestas se analizó.

9.2.1.-Ficha de identificación familiar:

En cuanto a los años de unión conyugal predomino los que tienen de 0-4 años de unión conyugal con 16 (16.49%), de 20-24 años de casados 14 (14.43%) y de 30-34 años de unión conyugal fueron 13 (13.40%). (Tabla 2 Grafica 2)

La escolaridad estudiada según nivel de estudios terminados e incompletos, se encuentra predominio de la licenciatura completa con un 26.3% seguida de los que cuentan con secundaria terminada en un 16.4% y en tercer lugar carrera técnica con un 14.4%. (Tabla 3 Grafica 3)

El número total de hijos en las familias encuestadas es de 258, de estos la mayoría son mayores de 20 con 61.24%. (Tabla 4, gráfico 4). Así también el número de hijos por familia es de 2 hijos por familia en un 33.71% (30) en segundo lugar están las familias que se encontraban con 3 hijos por familia lo que equivale a un 24.72% (22) y en tercer lugar las familias con un solo hijo 17.98% (16). (Tabla 5 y Grafico 5)

Ocupación de los integrantes de cada una de las familias, encontramos una mayor incidencia de estudiantes 121 que representa 29.23%, le siguen 76 que desempeñan una profesión es decir un 18.36% y en tercer lugar los que se dedican al hogar con 72 igual a un 17.39%. (Tabla 6 y gráfico 6)

Religión de las familias estudiadas el mayor porcentaje profesan la religión católica con un 90.55% correspondiente a 364 individuos. (Tabla 7 y Grafica 7)

9.1.2.2.-Clasificación de las familias.

La clasificación de las familias con base a su parentesco nos reporto como nuclear simple a un 55% de las familias encuestadas, en segundo lugar nuclear numeroso con 15% y en tercer lugar Monoparental con un 11%. (Tabla 8 y gráfica 8)

En la clasificación de familias sin parentesco se encontró sólo un caso como grupos similares a familias. (Tabla 9)

La clasificación de las familias en base a su presencia física y convivencia reporto la mayoría de nuestras familias bajo el rubro de núcleo integrado en un 73% (73 fams.), y el segundo grupo que le sigue es el de núcleo no integrado con 16% (16 fams.), así en tercer lugar las del grupo de extensas descendentes con un 5% (5 fams.). (Tabla 10 grafica 10)

En cuanto a la clasificación de estilos de vida originados por cambios sociales solo se encuentran 3 familias en el rubro de persona que vive sola. (tabla11)

En la clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia reportaron en servicios un 66.15% (86 personas), comercial un 21.54% (28 personas) y en tercer lugar industriales con un 10.77% (14 personas). (Tabla 12 y gráfico 12)

Ciclo vital en esta variable se encontraron algunas familias que compartían etapas así que los resultados son en primer lugar la etapa de independencia con un 47.71% (52 familias), segundo lugar etapa de dispersión con un 26.61% (29 familias) y por último etapa de retiro y muerte con un 22.02% (24 familias). (Tabla 13 y gráfico 13)

9.1.3.- Morbilidad.

9.1.3.1.- Factores de riesgo de las familias:

En este apartado mencionamos los factores de riesgo en los cuales reportaron en primer lugar la DM2 con 131, segundo lugar HAS con 114 y en tercer lugar Obesidad con 83 casos. (Tabla 14 gráfico 14)

9.1.3.2.- Veinte causas mas frecuentes de consulta:

Las principales veinte causas de consulta de primera vez nos señalan como la principal causa de consulta a la Rinofaringitis con un 20.96 % del total de las consultas, segundo lugar las Gastroenteritis con un 4.92% del total y en tercer lugar Dermatitis con un 4.42%. (Tabla 15 y Grafica 15).

Las primeras veinte causas de consulta subsecuentes encontramos como primer causa la HTA con un 31 % del total, segundo lugar Diabetes Mellitus 2 con un 14.52% del total y en tercer lugar Rinofaringitis con un 4.42%. (Tabla 16 y grafica 16)

9.2.- Tablas y graficas:

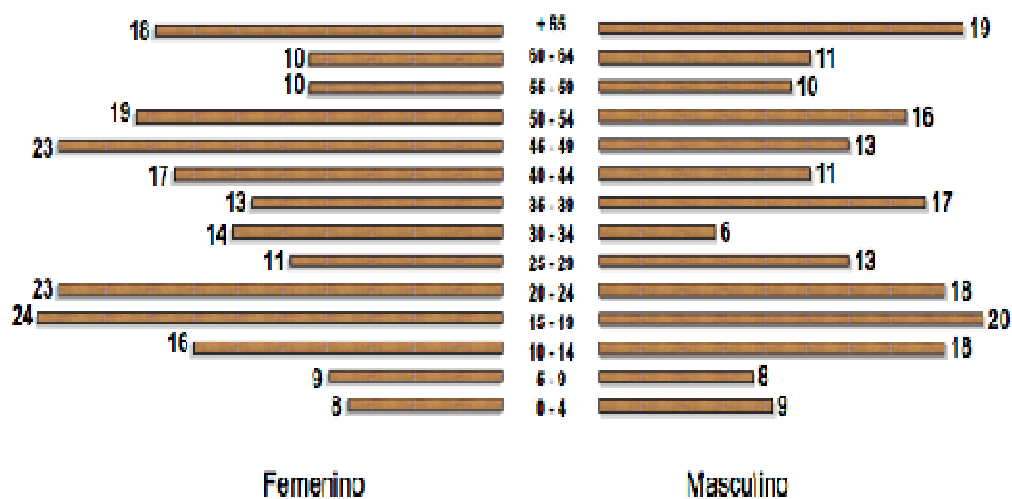
TABLA 1 PIRAMIDE DE POBLACION DEL CONSULTORIO 7 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE QRO.QRO.

MASCULINO	MASCULINO	FEMENINO
9	0 - 4	8
8	.5 - 9	9
18	.10 - 14	16
20	.15 - 19	24
18	.20 - 24	23
13	.25 - 29	11
6	.30 - 34	14
17	35 - 39	13
11	40 - 44	17
13	45 - 49	23
16	50 - 54	19
10	55 - 59	10
11	60 - 64	10
19	.+ - 65	18

FUENTE: CEBIF Aplicada a pacientes adscritos
al c.7 de la CMF.ISSSTE QRO.2008

**GRAFICA 1 .Derechohabientes de la C:M:F: consultorio 7
ISSSTE Qro.**

Pirámide de Población



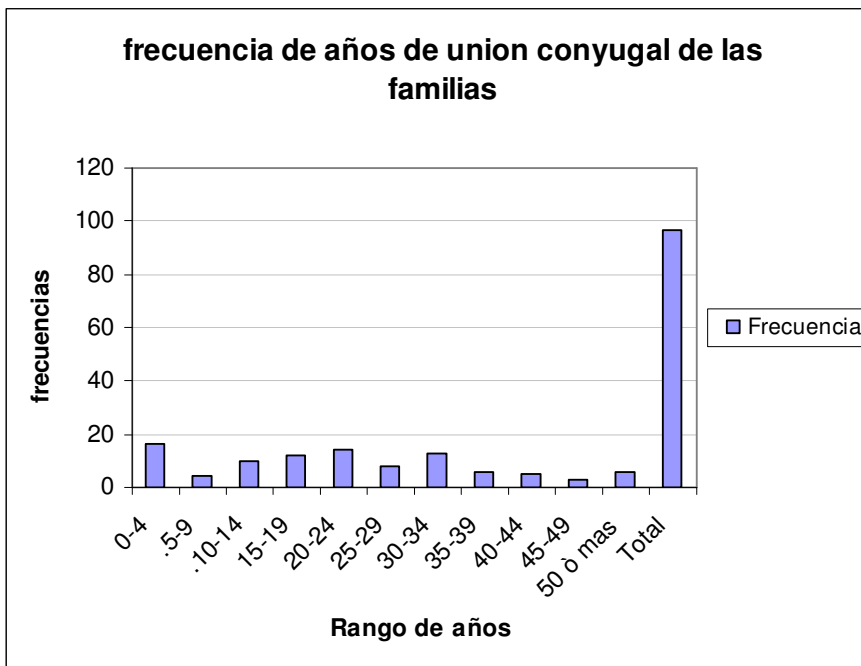
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Tabla 2: Frecuencia de años de unión conyugal en las familias del consultorio 7 CMF ISSSTE Qro.Qro.

AÑOS DE UNION	Frecuencia	Porcentaje
0-4	16	16,49
.5-9	4	4,12
.10-14	10	10,31
15-19	12	12,37
20-24	14	14,43
25-29	8	8,25
30-34	13	13,40
35-39	6	6,19
40-44	5	5,15
45-49	3	3,09
50 ò mas	6	6,19
<i>Total</i>	97	100,00

Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 2:



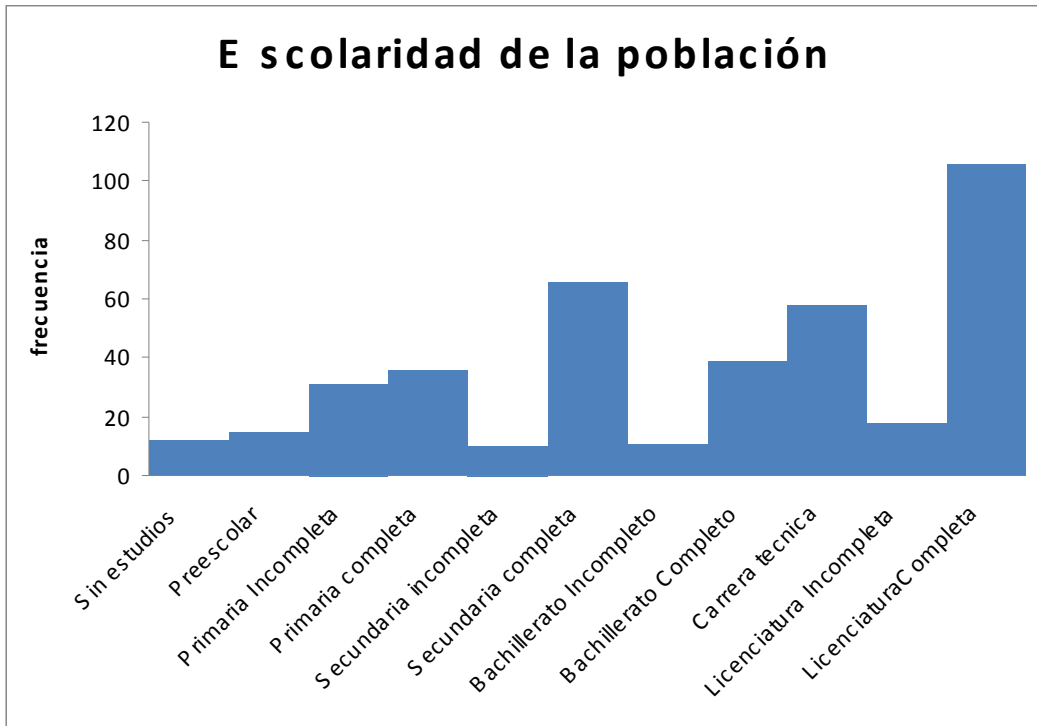
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 3: FRECUENCIA DE GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS DE CADA INTEGRANTE DE LAS FAMILIAS, DEL CONSULTORIO 7 CMF,ISSSTE ,QRO.QRO.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	12	2,99
Preescolar	15	3,73
Primaria Incompleta	31	7,71
Primaria completa	36	8,96
Secundaria incompleta	10	2,49
Secundaria completa	66	16,42
Bachillerato Incompleto	11	2,74
Bachillerato Completo	39	9,70
Carrera tecnica	58	14,43
Licenciatura Incompleta	18	4,48
Licenciatura Completa	106	26,37
<i>Total.</i>	402	100,00

Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio 7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 3



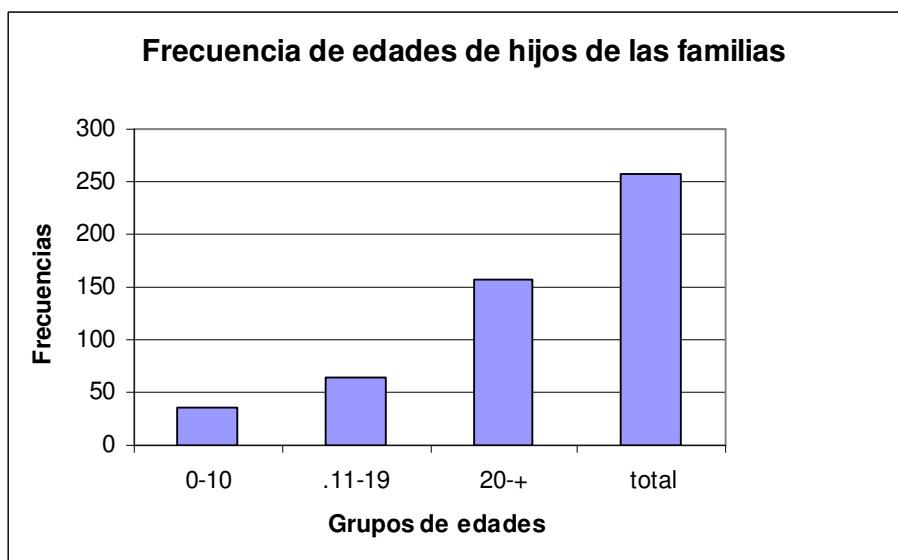
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 4: PREVALENCIA DE EDADES DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 7, CMF, ISSSTE, Qro. Qro.

grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
0-10	35	13,57
.11-19	65	25,19
20-+	158	61,24
Total	258	100,00

Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio 7 CMF ISSSTE. Qro. Qro. 2008

Grafica 4



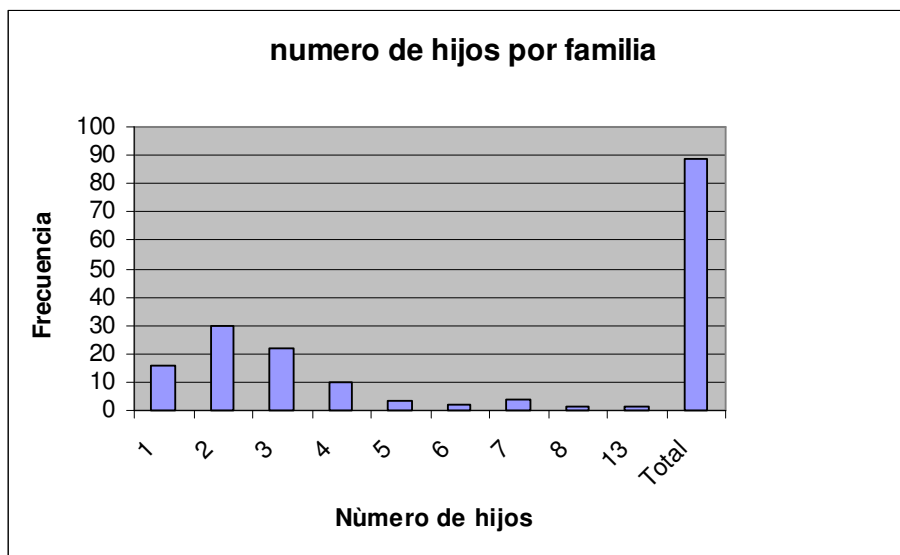
Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 5 : FRECUENCIA DE NÚMERO DE HIJOS EN CADA FAMILIA,
DEL CONSULTORIO 7 DE LA CMF, ISSSTE,Qro.Qro.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	16	17,98
2	30	33,71
3	22	24,72
4	10	11,24
5	3	3,37
6	2	2,25
7	4	4,49
8	1	1,12
13	1	1,12
<i>Total</i>	89	100,00

Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 5



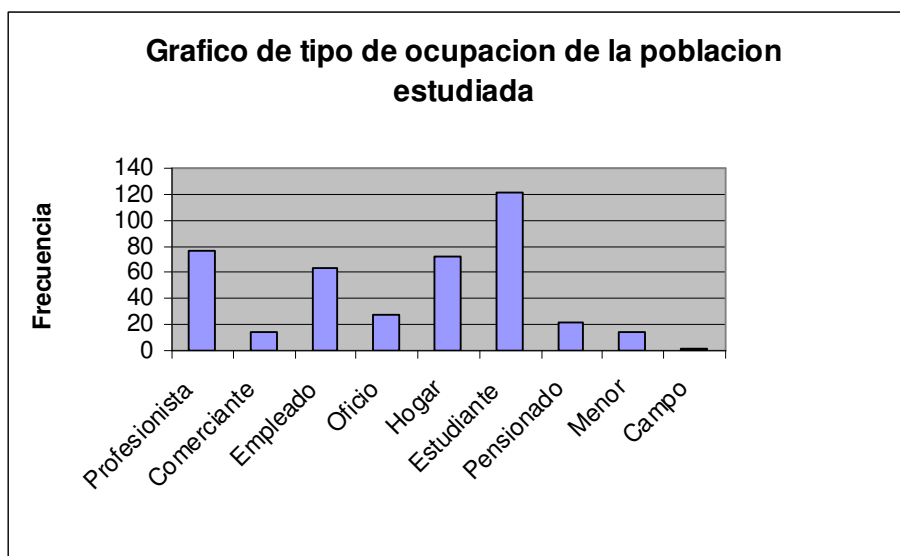
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 6 : OCUPACIONES MAS FRECUENTES EN LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 7 DE LA CMF, ISSSTE, Qro, Qro.

Tipo de ocupacion	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	76	18,36
Comerciante	15	3,62
Empleado	64	15,46
Oficio	28	6,76
Hogar	72	17,39
Estudiante	121	29,23
Pensionado	21	5,07
Menor	15	3,62
Campo	2	0,48
<i>Total.</i>	414	100,00

Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio 7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 6



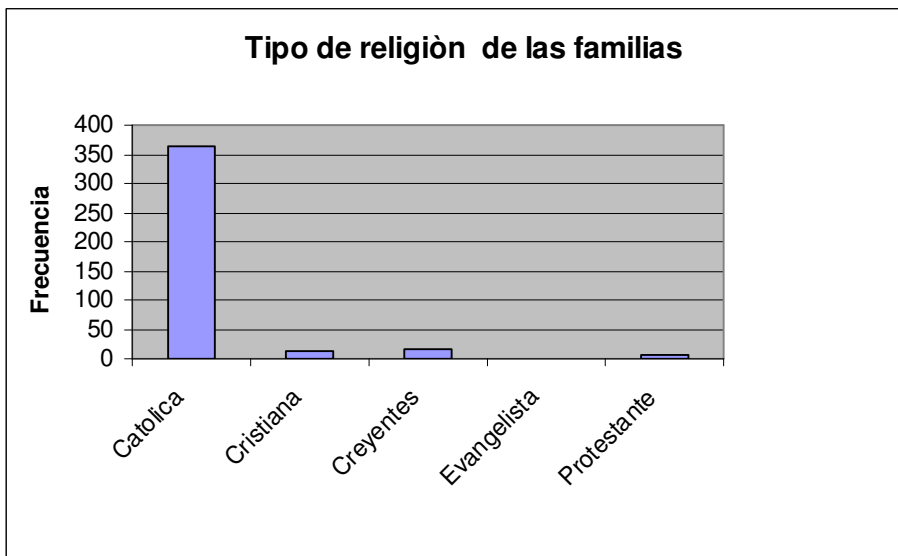
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Gro.Qro.2008

TABLA 7 : TIPO DE RELIGIONES ENCONTRADAS EN LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 7 DE LA CMF, ISSSTE, Qro.Qro.

Tipo de religión	Frecuencia	Porcentaje
Catolica	364	90,55
Cristiana	14	3,48
Creyentes	17	4,23
Evangelista	1	0,25
Protestante	6	1,49
<i>Total</i>	402	100,00

Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio 7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 7



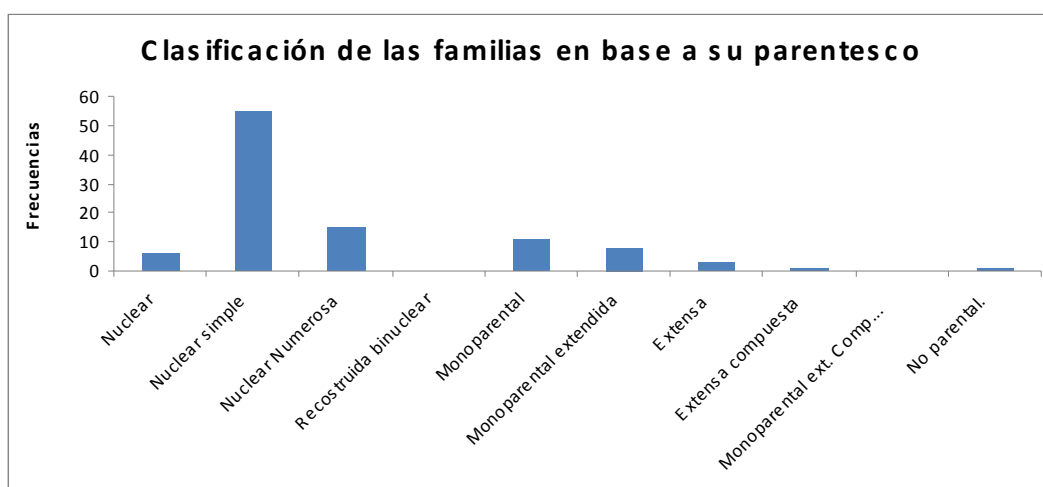
Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 8 CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS EN BASE A SU PARENTESCO.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	6	6,00
Nuclear simple	55	55,00
Nuclear Numerosa	15	15,00
Reconstruida binuclear	0	0,00
Monoparental	11	11,00
Monoparental extendida	8	8,00
Extensa	3	3,00
Extensa compuesta	1	1,00
Monoparental ext. Compuesta	0	0,00
No parental.	1	1,00
<i>total.</i>	100	100,00

Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Gro.Qro.2008

Grafica 8



Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 9: CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SIN PARENTESCO.

Categoria	Frecuencia
Monoparental ext. Sin parentesco	0
Grupos similares a familias	1

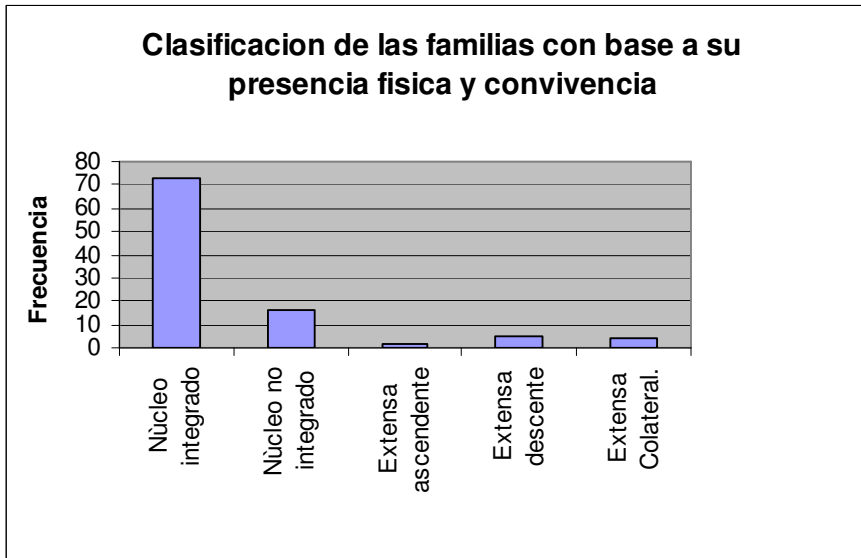
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 10: CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIA.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Núcleo integrado	73	73
Núcleo no integrado	16	16
Extensa ascendente	2	2
Extensa descente	5	5
Extensa Colateral.	4	4
<i>Total.</i>	100	100

Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 10



Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 11: CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS POR ESTILOS DE VIDA ORIGINADOS POR CAMBIOS SOCIALES.

Categoria	Frecuencia	Porcentaje
Persona que vive sola	3	100
Parejas homosexuales sin hijos	0	0
Parejas homosexuales con hijos adoptivos	0	0
Familia grupal	0	0
Familia comunal	0	0
Poligamia	0	0
<i>Total</i>	3	100

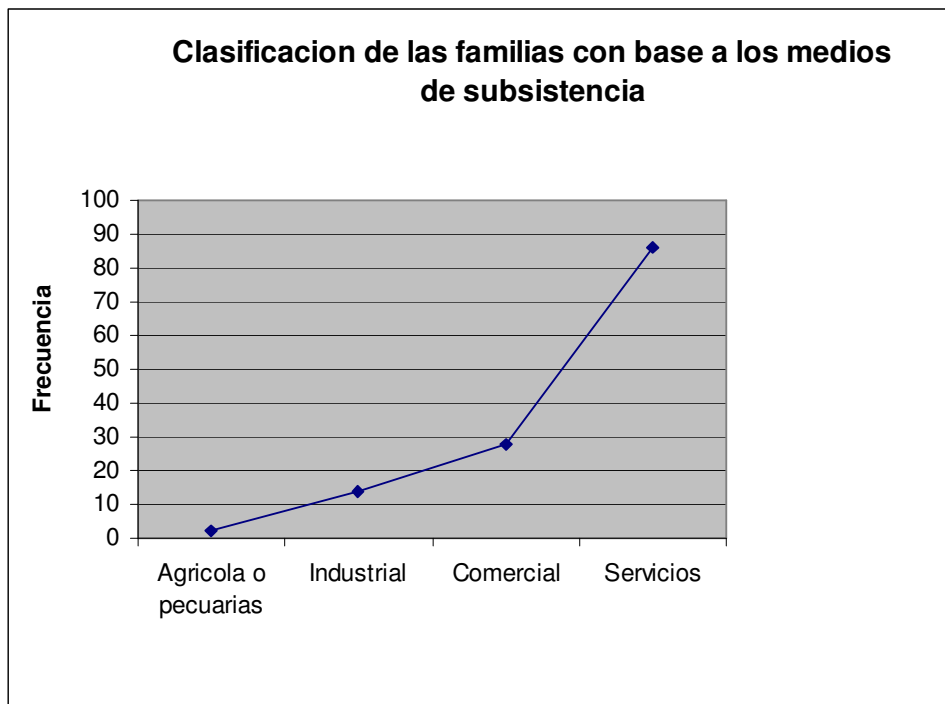
Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Gro.Gro.2008

TABLA 12 : CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Agrícola o pecuarias	2	1,54
Industrial	14	10,77
Comercial	28	21,54
Servicios	86	66,15
<i>Total</i>	130	100,00

Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 12



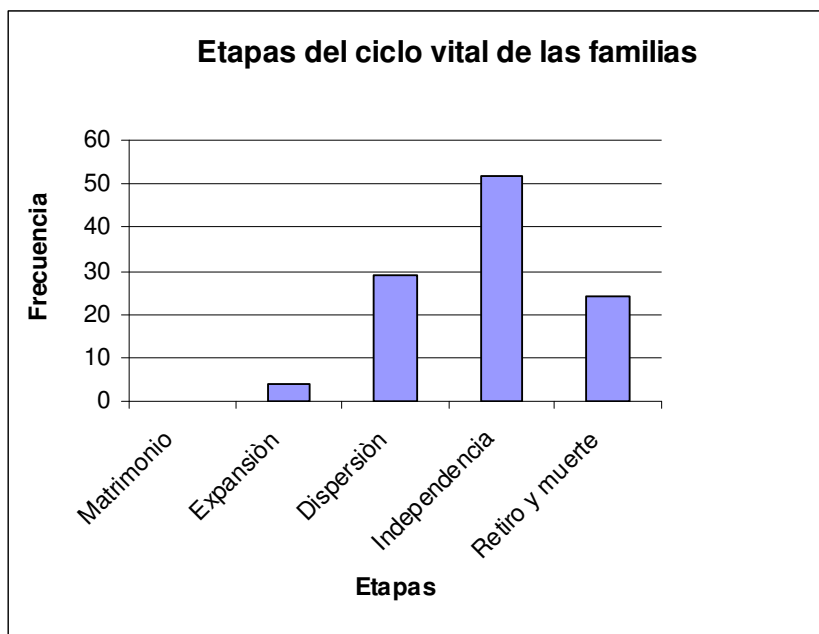
Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 13: ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR.

Etapa del ciclo vital	Frecuencia	Porcentaje
Matrimonio	0	0,00
Expansión	4	3,67
Dispersión	29	26,61
Independencia	52	47,71
Retiro y muerte	24	22,02
<i>Total</i>	109	100,00

Fuente: CEBIF aplicada a las familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 13



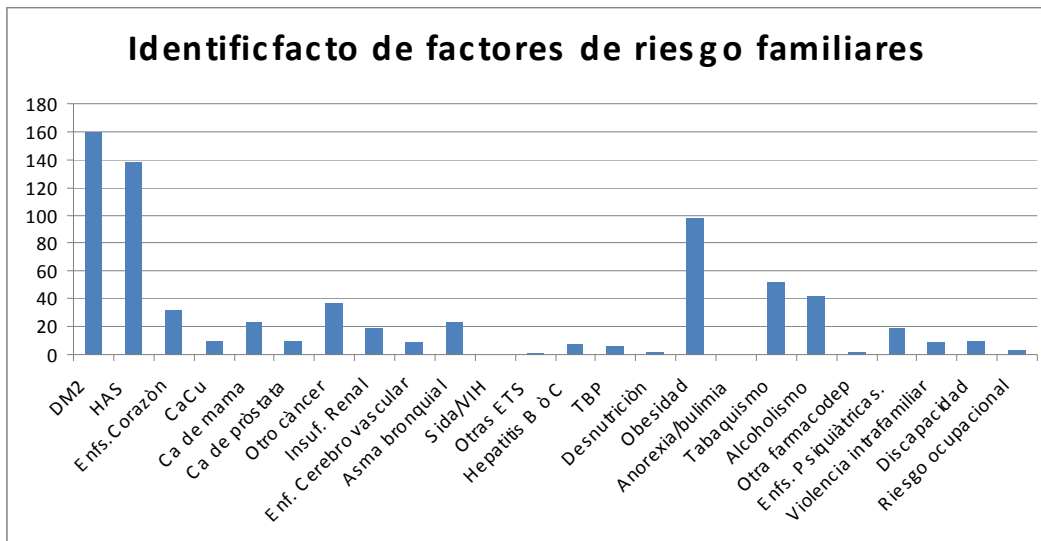
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 14: FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS EN LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 7 CMF ISSSTE, Qro, Qro.

Factores de riesgo	Padre	Madre	Hijos	Abuelos	Tios	Total
DM2	30	19	3	50	29	131
HAS	32	33	1	23	25	114
Enfs. Corazòn	9	0	0	15	4	28
CaCu	0	4	0	2	2	8
Ca de mama	0	1	0	1	11	13
Ca de próstata	2	0	0	4	2	8
Otro càncer	0	1	1	11	12	25
Insuf. Renal	2	2	2	5	4	15
Enf. Cerebro vascular	0	0	0	7	1	8
Asma bronquial	4	4	4	7	2	21
Sida/VIH	0	0	0	0	0	0
Otras ETS	0	1	0	0	0	1
Hepatitis B ò C	1	0	0	1	3	5
TBP	0	0	0	1	3	4
Desnutriciòn	0	2	0	0	0	2
Obesidad	16	27	12	13	15	83
Anorexia/bulimia	0	0	0	0	0	0
Tabaquismo	14	7	10	6	8	45
Alcoholismo	14	1	4	2	11	32
Otra farmacodep	0	0	0	0	1	1
Enfs. Psiquiàtricas.	2	2	2	3	5	14
Violencia intrafamiliar	1	1	2	1	2	7
Discapacidad	2	0	8	0	0	10
Riesgo ocupacional	2	0	1	0	0	3

Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

Grafica 14



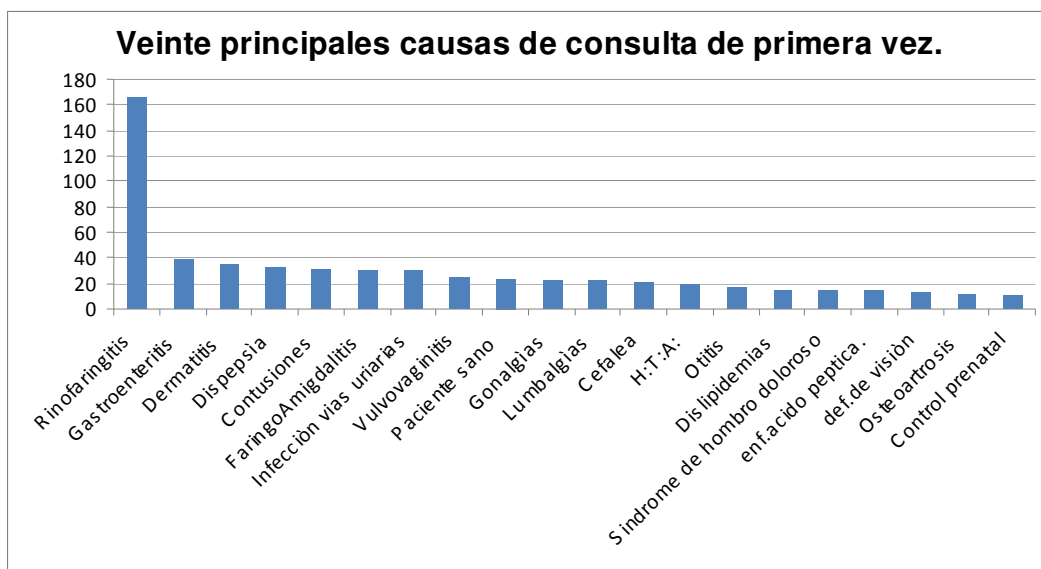
Fuente: CEBIF aplicada alas familias del consultorio
7 CMF ISSSTE. Qro.Qro.2008

TABLA 15:VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL CONSULTORIO 7 DE LACMF,ISSSTE, Qro.Qro.

Número	Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
1	Rinofaringitis	166	20,96
2	Gastroenteritis	39	4,92
3	Dermatitis	35	4,42
4	Dispepsia	33	4,17
5	Contusiones	31	3,91
6	FaringoAmigdalitis	30	3,79
7	Infección vías urinarias	30	3,79
8	Vulvovaginitis	25	3,16
9	Paciente sano	24	3,03
10	Gonalgias	22	2,78
11	Lumbalgias	22	2,78
12	Cefalea	21	2,65
13	H:T:A:	19	2,40
14	Otitis	17	2,15
15	Dislipidemias	15	1,89
16	Síndrome de hombro doloroso	15	1,89
17	enf.acido peptica.	14	1,77
18	def.de visión	13	1,64
19	Osteoartrosis	12	1,52
20	Control prenatal	10	1,26
total	Consultas	792	100,00

Fuente: hojas de informe diario cotejadas en un año.(SM10) del consultorio7 de la CMF, ISSSTE,Qro.Qro.2008

Grafica 15



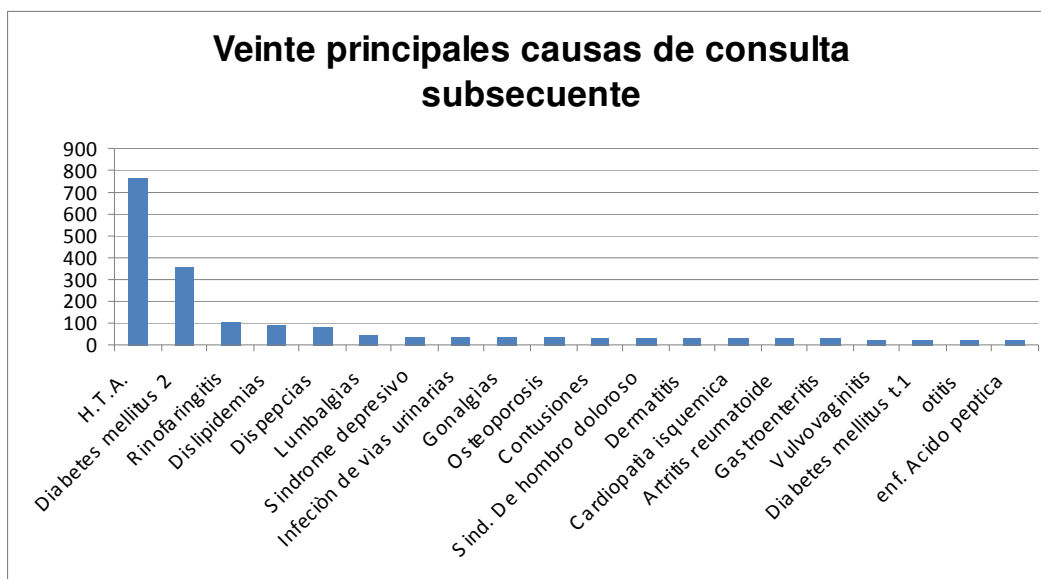
Fuente: hojas de informe diario cotejadas en un año.(SM10)
del consultorio 7 de la CMF, ISSSTE, Qro. Qro. 2008

TABLA 16: VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL CONSULTORIO 7 DE LA CMF, ISSSTE, Qro. Qro.

Número	Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
1	H.T.A.	771	31,00
2	Diabetes mellitus 2	361	14,52
3	Rinofaringitis	110	4,42
4	Dislipidemias	91	3,66
5	Dispepcias	87	3,50
6	Lumbalgias	43	1,73
7	Síndrome depresivo	39	1,57
8	Infeción de vías urinarias	37	1,49
9	Gonalgias	36	1,45
10	Osteoporosis	35	1,41
11	Contusiones	33	1,33
12	Síndrome De hombro doloroso	32	1,29
13	Dermatitis	31	1,25
14	Cardiopatía isquémica	30	1,21
15	Artritis reumatóide	30	1,21
16	Gastroenteritis	27	1,09
17	Vulvovaginitis	26	1,05
18	Diabetes mellitus t.1	25	1,01
19	Otitis	24	0,97
20	enf. ácido péptica	24	0,97
total	Consultas	2487	100,00

Fuente: hojas de informe diario cotejadas en un año.(SM10) del consultorio7 de la CMF, ISSSTE,Qro.Qro.2008

Grafica 16



Fuente: hojas de informe diario cotejadas en un año.(SM10)
del consultorio7 de la CMF, ISSSTE,Qro.Qro.2008

10.- Discusión.

De acuerdo a las familias estudiadas mediante la encuesta o cédula de identificación familiar pude darme cuenta de lo importante que es conocer la población del consultorio objeto de investigación ya que se realizó una pirámide poblacional en la cual se detectó que el grupo de edad que prevalece son pacientes entre los 15 a 19 años y posteriormente los de 45 a 49 seguidos de 20 a 24 años, lo cual es relevante ya que de esta forma se pueden realizar estudios o medidas preventivas sobre todo encaminadas a la reproducción, enf. de transmisión sexual, educación sexual, climaterio y menopausia, cuidados durante el embarazo y adolescencia, predominó el sexo femenino.

La mayoría de la población entrevistada son casados y estos datos coinciden con el registro de INEGI sobre la población casada en el estado de Querétaro (13). Estos a su vez encontramos que tienen relaciones que van desde los 0 a 4 años de unión hasta el grupo de los que cuentan con 20 a 24 años de casados.

La unión conyugal de las familias que en la mayoría son nucleares simples nos da un panorama de que se trabajó con familias con valores éticos y morales en la que todas las encuestadas son católicas, la mayoría de las mujeres son profesionistas que están insertadas en el área laboral y desempeñan otros roles familiares respecto a los hijos casi todos cuentan con una educación media y profesional.

Este sector de la población estudiada vive en las colonias del centro de la ciudad de Querétaro y su medio de subsistencia es por servicios

Las etapas del ciclo vital en que se desarrolla la mayoría es de independencia/dispersión, por lo tanto esto se correlaciona con la pirámide poblacional que presenta un mayor número de personas que se encuentran en edad reproductiva y va en relación a la escolaridad de la mayoría de la población .

De la información recolectada de las hojas diarias de labores del médico se determinaron las causas más frecuentes de consulta de primera vez y la que

ocupa el primer lugar son las enfermedades respiratorias de vías superiores altas como son la rinofaringitis y la faringitis aguda de causa desconocida lo cual coincide con el panorama epidemiológico de las enfermedades de primera vez a nivel nacional y mundial, datos reportados en el año 1999 a 2004 en la Secretaría de Salud.

En cuanto a la Morbilidad Estatal del ISSSTE en Querétaro en el año del 2007, las infecciones de vías respiratorias altas ocuparon el primer lugar.

Estos cuadros de vías respiratorias son más frecuentes durante las temporadas de clima frío, templado y en lluvias; lo cual indica la necesidad de realizar medidas preventivas en los grupos más vulnerables y realizar aplicación de vacuna anti-influenza en caso de ameritarlo.

Es de gran importancia enfatizar que dentro de las consultas subsecuentes las de mayor prevalencia son la Hipertensión Arterial y la Diabetes costo en la 3^a y 4^a décadas de la vida de un 5 a 10% de la población en general.

Dentro de los factores de riesgo mas frecuentemente encontrados están la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial con un alto porcentaje en los padres y también en los abuelos, por lo que concluyo el porqué la alta morbilidad por hipertensión y no sólo el consultorio No 7, sino que en toda la clínica de medicina familiar de Querétaro.

11.-CONCLUSIONES.

De inicio podemos concluir que logramos conocer las características y familiares, factores de riesgo y causas de consulta mas frecuentes de las familias adscritas al consultorio 7 de la CMF del ISSSTE Querétaro.

Así concluimos unas familias en su mayoría casadas desde 0 a4 años, con 2 hijos por familia, mayores de 20 años, de religión católica, escolaridad en el total de los integrantes es licenciatura, pero en base a su subsistencia dedicados a los servicios, familias nucleares simples, con núcleo integrado ,cursando su ciclo vital en etapa de independencia/dispersión, siendo sus factores de riesgo primordiales diabetes mellitus 2,hipertensión arterial y obesidad.

Las causas de consulta resultaron en el rubro de primera vez encontramos hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y rinofaringitis .

La población en su mayoría pertenece al sexo femenino entre los 15-19 años y 20-24 años de edad.

Así que ahora contamos con la mejor herramienta pues conocemos a nuestra población y sabemos que es una población joven que podemos

Educación en todos los programas y en lo que se refiere a esa cultura de salud de prevención .

Primer lugar son personas que será fácil explicar ya que su escolaridad es suficiente, la religión que predomina nos ayudara a los tratamientos y medidas preventivas ya que no los limita, por ser familias nucleares simples son familias pequeñas y por ser integradas la presencia de ambos padres nos ayudara a la comunicación y educación familiar, y debido a ciclo vital tenemos que actuar en muchos programas como son: Adolescencia, sexualidad, natalidad, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cervicouterino y próstata , etc.

Tomando en cuenta tanto los factores de riesgo como las causas de consulta tendremos que incluir los cuidados para prevenir la aparición de estas tanto enfermedades infectocontagiosas gastroenteritis, infección de vías respiratorias, dermatitis, como las crónicas degenerativas, diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, principalmente.

Como médico familiar es importante proporcionar una atención médica continua, conocer al individuo con su familia, su entorno y aspecto biopsicosocial, realizar acciones anticipatorias y preventivas con la finalidad de evitar se presenten tempranamente enfermedades que se pueden prevenir.

De acuerdo a los factores de riesgo y las características familiares de los individuos estudiados el médico familiar pueden realizar acciones encaminadas a la prevención.

Llama la atención la gran demanda de consultas crónicas degenerativas y en primer lugar la Hipertensión Arterial en donde es importante realizar las actividades encaminadas a educar a la población en los cambios de estilos de vida, como los factores de riesgo que conllevan a dicha enfermedad: como la obesidad, tabaquismo, sedentarismo, dieta rica en sal, stress y herencia familiar. Es de gran importancia hacer énfasis en la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y obesidad ya que son los factores de riesgo encontrados en la mayoría de familias.

Llama la atención la aparición de las enfermedades crónicas degenerativas en edades cada vez más tempranas en hijos adultos lo cual coincide con la transición epidemiológica observada en la población nacional.

Los resultados encontrados nos permite a los médicos familiares ofrecer servicios en forma integral, continua; enfocada a la detección temprana y anticipación del daño, optimizar el otorgamiento de servicios, disminuir costos y abrir líneas de investigación médica cuyos resultados sean útiles para la toma de decisiones.

Es de importancia reorientar en los servicios de salud hacia medidas educativas, fomento a la salud y prevención de enfermedades infecto-

contagiosas, manejo de las enfermedades respiratorias y diarreicas en el hogar y detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas, haciendo énfasis de manera prioritaria por las características de la población.

Dentro de las acciones que se realizan en la Clínica de Medicina Familiar Querétaro, contamos con círculos de apoyo y autoayuda para cada programa de acuerdo a la enfermedad, en los cuales se realizan pláticas a los pacientes para otorgarles información, prevención y control sobre su padecimiento.

Cabe mencionar también que es importante otorgar información, tratamiento y control sobre los riesgos en las personas con adicción al tabaquismo, alcoholismo y en la obesidad.

Como médico familiar se otorga orientación psicológica y se incluye al individuo en todos los aspectos de su vida familiar.

Para tomar acción de acuerdo a lo estudiado del consultorio No 7 se tomarán las siguientes medidas:

Recordar siempre cada consulta es una oportunidad para prevenir además de atender la solicitud de nuestro paciente y recordarles la importancia de estas actividades.

INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS

Fomento a la Salud

- a) Dar a conocer a la población las épocas y factores de mayor riesgo.
- b) Orientación sobre los síntomas y signos para que los identifiquen tempranamente y acudir a la atención medica oportunamente.
- c) Evitar contacto con personas enfermas.
- d) Evitar cambios bruscos de temperatura
- e) Nutrición adecuada

Protección específica:

Si se ha presentado la Enfermedad.

Tratamiento sintomático específico de acuerdo a etiología.

Medidas generales en casa.

Prevenir complicaciones con la educación individual.

Identificar factores de riesgo en la comunidad.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- a) Toma de TA a población en general al acudir a consulta.
- b) Detectar a la población en riesgo.
- c) Información sobre la enfermedad.
- d) Control de la obesidad.
- e) Información sobre factores de riesgo.
- f) Laboratorio periódico.

Si la enfermedad está presente:

- a) Control de peso.
- b) Rutina de ejercicios.
- c) Laboratorio periódico.
- d) Control nutricional.
- e) Disminución de ingesta de sal.
- f) Medicamentos adecuados a cada individuo.
- g) Detección temprana de complicaciones.
- h) Involucrar a la familia (apoyo).
- i) Uso de servicios de segundo nivel en tiempo y forma.

Promoción del Examen Médico Preventivo que incluye:

Examen Médico que incluye historia clínica completa.

Laboratorio periódico.

Revisión de hábitos de vida.

Condiciones de su ambiente familiar y social.

DIABETES MELLITUS

Fomento a la Salud:

- a) Detectar a la población con factores de riesgo.
- b) Información sobre la enfermedad.
- c) Examen de laboratorio periódico.
- d) Control de obesidad.
- e) Cambios de hábitos de vida a edad temprana
- f) Realización de carteles informativos.
- g) Grupos de autoayuda.

Si la enfermedad esta presente:

- a) Adecuado control de glicemia.
- b) Valoración oftalmológica, laboratorio, cardiovascular para detección temprana de complicaciones o limitación del daño.
- c) Hacer participe de la enfermedad al entorno familiar recalcando la importantancia.
- d) Control nutricional por personal especializado.
- e) Rutina de ejercicios individualizada.
- f) Medicamentos adecuados para cada individuo.
- g) Fomentar la asistencia a los grupos de autoayuda.

Recordando que cuento con una población joven podemos ya iniciar una cultura de prevención, que tomen en cuenta lo importante que es acudir periódicamente con su medico familiar.

Pero sin olvidar que debemos capacitarnos adecuadamente en cada punto y con los profesionistas adecuados, para saber actuar a tiempo en cada uno de nuestras familias y ser un buen gestor de recursos y oportunidades.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Domínguez del O J, et al. La Medicina Familiar en México y el Mundo Arch. Med. Fam. 2003; Vol 5 (4). pág. 136-139.BUENA
- 2.- Irigoyen CA, Gómez CFJ, Jaime AH, Hernández RC, Farfan SG, Fernández OMA. Fundamentos de medicina familiar.5ª Ed. St. Medicina Familiar Mexicana: 1998.
- 3.- Irigoyen CA, Morales LH, WATERS IMC, Watson WMC, WETZD wm, Fernández OMA. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 3ª Ed. St. Medicina Familiar Mexicana, 2006.
- 4.- Fernández OMA, Irigoyen CA, Gómez CFJ, Ponce RER, Terán TM, Mazón RJJ et al. Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación de Genogramas. Arch. Med. Fam. 1999,1(1):5-12.
- 5.- Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz IGG, Granados MMI, et al. Perfil Profesional del Médico Familiar. Atención Primaria. 1999; 23 (4): 236-248.
- 6.- 1ª. Reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 5º. Coloquio Nacional y 3º. Internacional de profesores investigadores en Medicina Familiar del 5 al 17 de Junio del 2005. Vol 7, Sup 1.
- 7.- Carrillo LM, Lomeli GLE, Irigoyen CA, et al. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch. Med. Fam. 2000; 2(2): 41-46.
- 8.- Naciones Unidas. Centro de Información [homepage on the Internet]. México, Cuba y República Dominicana: CINU, 2000,[UPDATED 2007 apr 25;] available from. <http://www.cinu.org.mx/temas/familia.htm>.
- 9.- Membrillo A. Roles Familiares y de grupo. Mecnograma. Editor: Dpto. de M.F. UNAM. México 2004.
- 10.-Revilla AL, Fleitas CL, Taylor RB. Medicina de Familia Principios y Practica. Edición; Española. Barcelona, Springer. 1999.
- 11.- Farfán GS. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar.L.1. 1ª Ed. Intersistemas, editor. Mexico D.F. 1999.P.44-73.

- 12.- Irigoyen CA, Gómez CFJ, et al. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch Med. Fam;2000;2(1):5-6.
- 13.- Estadística a propósito del día de la familia Mexicana. [homopage on the internet]. México D.F: INEGI; [2001, citado 2007 marzo 4]. Available from: www.un.org/esa/socdev/family/int.obs/D.F./infontesp.htm.
- 14.- Anuario Estadístico del ISSSTE <http://estadisticaissste.gob.mx>.
- 15.- <http://www.edo.mex.gob.mx/ISEM>. Instituto de salud del estado de México 2001. Consulta abril 02 2008, 3 ventanas.
- 16.- Fernández CS, et al. Motivos de Consulta en Medicina Familiar en el IMSS, 1999-2002. ed. Rev. Med. IMSS 2003;41(5):441-448.
- 17.- Anuario estadístico del ISSSTE Qro. Clínicas periféricas, Nov. 2005- Abril-2006, SIEL; ISSSTE, Qro.
- 18.- González SCA, Aguado TA. Factores de Riesgo: Aspectos Generales. Atención Primaria, Concepto, Organización y Práctica Clínica. 5ª Ed. España. El Sevier, 2003, P. 752-763.
- 19.- Cano VF, et al. México a 10 años de Alma ata. Fac. Med. UNAM, 1988;31(5):121-125.
- 20.- Goldberg B W. , Asistencia Sanitaria Basada en la Población. Medicina de Familia. 5ª Edición. Ed. Springer-Verlag Ibérica, Año 1999, pág 36-3
- 21.- Irigoyen C A., Ponce R E., Bannac D. , Rodríguez L M A. , Gómez C F J., Kahan E., et al. Diagnóstico de Salud Comunitaria a través del Análisis Factorial. Atención Primaria. 1998; Volumen 21 (1); 28-39.
- 22.- Anuario Estadística del ISSSTE. Responsable. Lic. Hilda Morales Molina, 2006.
- 23.- Manual de Vigencia de Derechos de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Querétaro, Fuente de Información de la población por zona. Emisión Marzo 2008.
- 24.- Everest Escolar. Gran Diccionario en Color. 4ª ed, España: 2000. p. 691, 545, 279.

25.-Huerta GL,La Familia Como Unidad de Estudio. Estudio de salud familiar,.Programa de actualización continua en medicina familiar México;Edit. Intersistemas,1999.P.11-37.

26.-Dec. De Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en Helsinki Finlandia,Junio 1964 y enmendada en 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocía, Octubre del 2000.

27.-Reglamento de la ley General de Salud en Materia de investigación para la Salud,Secretaria de Salud de México Capt.1, Art. 17, Aspectos éticos de la investigación en seres humanos, apartado 1º.

28.-Diario Oficial de la federación.Organo del Gobierno Constitucional De los Estados Unidos Mexicanos. Tomo DCXLII, N°22 México, D.F. sábado 31 de marzo del 2007. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

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 ()

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

FACTOR DE RIESGO	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
DM2					
HAS					
Enfs. Corazón					
CaCu.					
Ca mama.					
Ca. Próstata.					
Otro Cáncer.					
Insuf. Renal					
Enf. Cerebro vascular.					
Asma bronquial.					
Sida/VIH					
Otra ETS					
Hepatitis B ó C					
TBP					
Desnutrición.					
Obesidad.					
Anorexia/bulimia.					
Tabaquismo					
Alcoholismo.					
Otra farmacodep.					
Enfs. Psiquiátricas.					
Violencia intrafamiliar.					
Discapacidad.					
Riesgo ocupacional.					

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