



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA HOSPITAL HUAUCHINANGO, PUEBLA

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA Y
FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN ZACATLÁN, PUEBLA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARÍA ARACELI ESCOBEDO GARRIDO



ZACATLÁN, PUEBLA.

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.

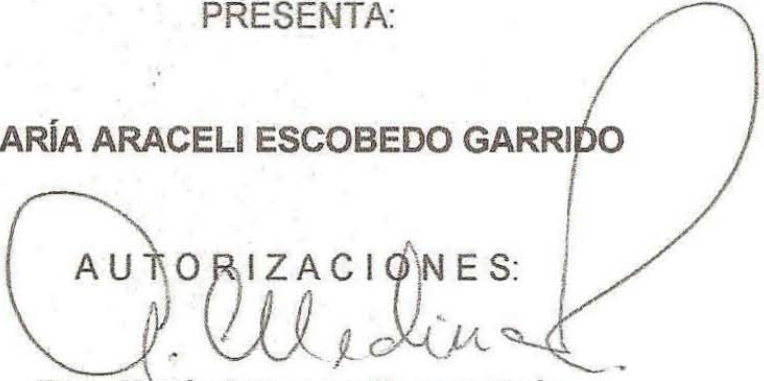
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA Y FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN ZACATLÁN, PUEBLA.


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

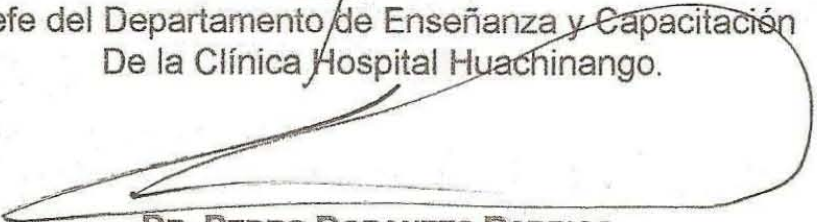
PRESENTA:


MARÍA ARACELI ESCOBEDO GARRIDO

AUTORIZACIONES:


DRA. MARÍA AMAPOLA MEDINA RUÍZ
Directora de la Clínica Hospital Huauchinango


DR. MANUEL BAZAN HERNÁNDEZ
Jefe del Departamento de Enseñanza y Capacitación
De la Clínica Hospital Huachinango.


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


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

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA Y FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN ZACATLÁN, PUEBLA.

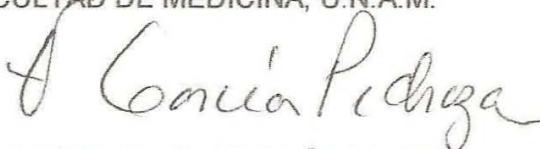
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

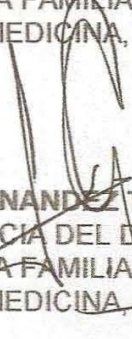
PRESENTA:

MARIA ARACELI ESCOBEDO GARRIDO

AUTORIZACIONES


DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


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


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ZACATLÁN, PUEBLA.

2008.

DEDICATORIA.

ABUNDIO

DANIEL

ANDREA

MI GRAN FAMILIA

POR SU TOLERANCIA.

INDICE

1.	TÍTULO	1
2.	INDICE GENERAL	4
3.	ANTECEDENTES	5
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	48
5.	JUSTIFICACIÓN	50
6.	OBJETIVOS	52
	GENERAL	
	ESPECÍFICOS	
8.	METODOLOGÍA	53
	- TIPO DE ESTUDIO	
	- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
	- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN	
	- INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR	
	- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
	- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
8	RESULTADOS	66
	TABLAS CUADROS Y GRÁFICAS	
	DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	
9	DISCUSIÓN (ANÁLISIS DE RESULTADOS)	106
10	CONCLUSIONES	111
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
12	ANEXOS	116

ANTECEDENTES

Familia.

Etimológicamente el término **familia**, es explicado por diferentes autores: Taparelli nos dice que la palabra familia deriva del latín **fames** que es una necesidad que resuelve ésta asociación humana; el Marqués de Morante escribe que proviene de la palabra latina **famulus**, que significa sirviente o esclavo doméstico; Mendizábal nos dice que se origina de la palabra **fames** que significa hambre.¹

Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.²

Historia.

Revisar el origen de la familia nos lleva a la explicación de la evolución de ella misma, y es vista como la más antigua de las instituciones humanas.³

Darwin con su publicación: El origen de las especies por medio de la selección natural o la preservación de razas favorecidas en la lucha por la supervivencia, en 1859 produjo una revolución en el pensamiento humano y Morgan en 1877 influenciado por ésta publicación da a conocer su obra La Sociedad Antigua, iniciándose el estudio en forma científica de la familia. Así como Federico Engels trata de explicar también en su Teoría de la evolución de las especies los pasos del salvajismo de su estadio inferior al estadio medio.³

Varios decenios de estudio sobre el origen de la institución familiar, aunado a los conocimientos psicoanalíticos y de la dinámica de la población, dieron una visión evolucionista de ella.³

Antes de realizar un repaso de la historia evolutiva de la familia llama la atención la insistencia de los estudiosos en aclarar la importancia del matriarcado como elemento indiscutible en el origen de la familia moderna.³

En la evolución de las poblaciones predominantemente nómadas, dedicadas especialmente a la caza y cría de animales, carentes de técnicas adecuadas para el cultivo de la tierra, los hombres partían a la caza o bien para llevar el ganado a grandes pastizales; en tanto que las mujeres se constituían en un elemento de estabilidad social, permaneciendo en campamentos con los hijos, desarrollándose así, ineludiblemente bajo la influencia materna.³

Todas las sociedades habrían sido matriarcales en su origen, y luego, progresivamente habrían pasado al régimen patriarcal, debido entre otros factores al desarrollo de la agricultura, la cual trajo consigo un sin número de ventajas sociales, ya que obligo a los padres a ser quien trasmitieran a sus hijos las técnicas agrícolas, y los conocimientos que habían adquirido a lo largo de su vida.³

El desarrollo de la humanidad según Federico Engels.

El origen de la familia, vista como la más antigua de las instituciones. Darwin con su libro "Origen de las especies por medio de la selección natural o la preservación de razas favorecidas en la lucha por la supervivencia" revoluciono el pensamiento humano sobre ello. Morgan años después basado en ésta obra, presenta su obra fundamental "La sociedad Antigua"; basado en ésta obra Engels nos muestra el siguiente cuadro.

NOMBRE	ESTADIO	CARACTERÍSTICAS
Salvajismo	Estadio inferior:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infancia del género humano ✓ Los hombres permanecían en los bosques y vivían en los árboles. ✓ Información del lenguaje articulado. ✓ Ningún pueblo reconocido en el período histórico se encontró en tal estado primitivo.
	Estadio medio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empleo del fuego en la preparación de sus alimentos. ✓ El hombre se independiza del clima. ✓ Invención de la primera arma. ✓ Nace la antropofagia.
	Estadio superior	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Invención del arco y la flecha. ✓ La caza es una ocupación frecuente. ✓ Inicia la residencia fija en aldeas. ✓ Producción de vasijas, trabajo en madera y el tejido a mano. ✓ Aparece la piragua de un solo tronco de árbol.
Barbarie	Estadio Inferior	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aparece la alfarería. ✓ Domesticación y cría de animales y cultivo de plantas.
	Estadio medio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Domesticación de animales y formación de grandes rebaños. ✓ Desaparece la antropofagia.
	Estadio Superior	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicia la fundición de hierro. ✓ Invención de la escritura alfabética y la notación literaria. ✓ Utilización del arado de hierro tirado por animales domésticos.

De éste cuadro Federico Engels concluye: Por el momento podemos generalizar la

clasificación de Morgan como sigue: SALVAJISMO: Período en que predomina la apropiación de productos de la naturaleza. BARBARIE. Aparece la agricultura y ganadería y se aprende a incrementar la producción de la naturaleza por medio del trabajo humano. CIVILIZACION. El hombre sigue aprendiendo a elaborar productos naturales, periodo de la industria propiamente dicha y del arte.³

La evolución de la familia según Morgan es:

FASE	NOMBRE	CARACTERÍSTICAS
I	Promiscuidad inicial.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promiscuidad absoluta ✓ Nula reglamentación entre padres e hijos. ✓ El parentesco es por la línea materna.
II	Familia Punaluena "Punalúa"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familia en grupo. ✓ Dos grupos completos están casados entre si.
III	Familia Sindiásmica "emparejada"	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoridad matriarcal. ✓ Economía doméstica común. ✓ Coexisten varias parejas, pero mantienen su independencia.
IV	Familia Patriarcal Monogénica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoridad absoluta del jefe de familia. ✓ Desarrollo de la agricultura. ✓ El padre de familia es el dueño absoluto del patrimonio familiar. ✓ El padre de familia se consolida como el representante religioso.

V	Familia extensa compuesta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprende abuelos, padres, hijos colaterales, amigos y sirvientes. ✓ Organización familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico.
VI	Familia extensa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relaciones muy estrechas entre abuelos, padres hijos, primos. ✓ Familias características de las zonas rurales.

Correlacionando la evolución y la historia tenemos:

Salvajismo	Estadio inferior Estadio medio Estadio superior	Promiscuidad inicial. Familia Punalúa. Familia Sindiásmica
Barbarie	Estadio inferior Estadio medio Estadio superior	Familia sindiásmica. Familia poligámica Familia Patriarcal Monogámica.
Civilización		Familia conyugal moderna

3

Los siguientes párrafos de la clasificación de la familia, dinámica familiar, salud familiar, ciclos de la familia y función de la familia son tomados del 5º. Coloquio Nacional y 3º. Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar. 15-17 junio de 2005. Unidad de seminario Dr. Chávez” Vivero Alto, Ciudad Universitaria, Coyoacán, México, D. F.²

Clasificación de la familia.

Con el propósito de facilitar la clasificación se identifican cinco ejes fundamentales:

- ✓ Parentesco
- ✓ Presencia física en el hogar o convivencia
- ✓ Medios de subsistencia
- ✓ Nivel económico
- ✓ Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales. 2

Con base en el eje del parentesco.

Se define que el parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad de afinidad análoga a ésta. La trascendencia de ésta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyen en el proceso de salud enfermedad y cuya importancia se relaciona con las consecuencias propias del parentesco.

Con parentesco:

FAMILIA NUCLEAR. Familia formada por hombre y mujer sin hijos.

FAMILIA SIMPLE. Familia formada por padre y madre con 1 a 3 hijos.

FAMILIA NUMEROSA. Familia formada por padre y madre con 4 hijos o más.

FAMILIA BINUCLEAR ó RECONSTRUIDA. Familia formada por padre y madre, en dónde alguno ó ambos han sido divorciados ó viudos y tienen hijos de su unión anterior.

FAMILIA MONOPARENTAL. Familia formada por padre ó madre con hijos.

FAMILIA MONOPARENTAL EXTENDIDA. Familia formada por padre ó madre con hijos, más otras personas con parentesco.

FAMILIA MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA. Familia formada por Padre ó madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

FAMILIA EXTENSA. Familia formada por padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

FAMILIA EXTENSA COMPUESTA. Familia formada por padres y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

FAMILIA NO PARENTAL. Familia con vínculos de parentesco que realizan funciones ó roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo, tíos, y sobrinos, abuelos y nietos, primos y hermanos).

Sin parentesco:

FAMILIA MONOPARENTAL EXTENDIDA SIN PARENTESCO. Familia formada por padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco.

GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS. Son grupos de personas sin vínculos de parentesco que realizan funciones o roles familiares. (Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, asilos, hospicios.)

Clasificación de familias con base a su presencia física y convivencia.

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia y esta vinculada con la identidad del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia.

FAMILIA CON NÚCLEO INTEGRADO. Presencia de ambos padres en el hogar.

FAMILIA CON NÚCLEO NO INTEGRADO. Familias que no tiene presencia física de alguno de los padres del hogar.

FAMILIA EXTENSA ASCENDENTE. Familia cuyos hijos casados ó en unión libre viven en la casa de alguno de los padres.

FAMILIA EXTENSA DESCENDENTE. Familia cuyos padres viven en la casa de alguno de sus hijos.

FAMILIA EXTENSA COLATERAL. Núcleo ó pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos)

Clasificación de familias con base en sus medios de subsistencia.

Esta clasificación se basa en los medios que son origen esencial de subsistencia. Se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

Familias de origen agrícola y pecuario.

Familias de origen industrial.

Familias de origen comercial.

Familias de origen de servicios

La clasificación corresponde al origen de medios de subsistencia aportado por el jefe de familia.

Clasificación de las familias con base en su nivel económico.

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. La pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo se toma en cuenta los elementos que integran una visión multifactorial del fenómeno.

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, realizó un estudio para la medición de la pobreza, se siguieron varios indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.

Familias con pobreza de nivel 1.

Son familias que tienen los siguientes indicadores.

- ✓ Ingreso per capita SUFICIENTE para cubrir el valor de la canasta básica.
- ✓ Recursos SUFICIENTES para cubrir los gastos en: Vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- ✓ CARENCIA de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustible, comunicación, transporte fuera del lugar en que radica, cuidados y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Familias con pobreza de nivel 2.

Son familias que tienen los siguientes indicadores.

- ✓ Ingreso per cápita SUFICIENTE para cubrir el valor de la canasta básica.
- ✓ CARENCIA de recursos para cubrir los gastos en: Vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- ✓ CARENCIA de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustible, comunicación, transporte fuera del lugar en que radica, cuidados y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Familias pobreza de nivel 3.

Son familias que tienen los siguientes indicadores.

- ✓ Ingreso per cápita INFERIOR para cubrir el valor de la canasta básica.
- ✓ CARENCIA de recursos para cubrir los gastos en: Vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aún dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- ✓ CARENCIA de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustible, comunicación, transporte fuera del lugar en que radica, cuidados y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales.

Se toman en consideración los cambios que se han presentado en las sociedades modernas y que han originado otros estilos de convivencia que repercuten en la salud individual y familiar.

PERSONAS QUE VIVEN SOLAS.

Sin ningún familiar, independientemente de su estado civil ó etapa del ciclo vital.

MATRIMONIOS Ó PAREJAS DE HOMOSEXUALES.

Parejas del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.

MATRIMONIOS Ó PAREJAS DE HOMOSEXUALES CON HIJOS ADOPTIVOS.

Parejas del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.

FAMILIA GRUPAL.

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

FAMILIA COMUNAL.

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

POLIGAMIA.

Incluye la poliandria y la poliginia.

Dinámica Familiar.

Es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.²

Salud Familiar.

Homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.²

Evaluación de la familia.

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

Para lograr ésta evaluación el médico familiar deberá realizar un ESF Estudio de Salud Familiar. Pero no debe ser realizado a todas las familias, hay algunas circunstancias clínicas que recomienda realizar un ESF, y son los siguientes:

- ✓ Pacientes con síntomas y signos mal definidos.
- ✓ Problemas de salud mental. (Ansiedad, depresión, Obsesiones, fobias, somatización, duelos)
- ✓ Hiperutilización de los servicios.
- ✓ Incumplimiento de la prescripción.
- ✓ Problemas de adicción. (Drogas, alcohol, abuso de psicofármacos, tabaquismo)
- ✓ Niños problemas. (Trastornos de alimentación, de conducta, de aprendizaje, enuresis, encopresis)
- ✓ Crisis familiar.
- ✓ Disfunción familiar.
- ✓ Enfermedades congénitas y hereditarias.
- ✓ Acontecimientos vitales como mal manejo del estrés.
- ✓ Mal control de de enfermedades crónico degenerativas.
- ✓ Violencia intrafamiliar y problemas de adaptación social.
- ✓ Enfermedades de transmisión sexual, (VIH/SIDA y VPH)
- ✓ Embarazo no deseado.
- ✓ Abuso sexual y violación.

Ciclo vital de la familia

La familia tiene su inicio, desarrollo y ocaso, como todo grupo humano. La familia sigue un patrón similar en su desarrollo; propuesto en 1980:

FASE DE MATRIMONIO: Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo cuando arriba el primer hijo.

FASE DE EXPANSION: Es el momento en que se incorporan a la familia nuevos miembros.

FASE DE DISPERSIÓN: Todos los hijos asisten a la escuela y aun no se encuentran trabajando, los hijos se encuentran en plena adolescencia se prepara el camino para la próxima independencia de los hijos mayores.

FASE DE INDEPENDENCIA: Es difícil precisar cuanto dura esta etapa, La pareja debe aprender a vivir nuevamente su independencia, sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos entre padres a hijos se deben fortalecer sin olvidar el profundo respeto a las nuevas familias recién formadas.

FASE DE RETIRO Y MUERTE. La incertidumbre y nostalgia, marca esta fase del desarrollo de la familia, presentando cuatro circunstancias: Incapacidad para laborar, Desempleo, Agotamiento de recursos económicos, las nuevas familias en expansión sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen ó recluyéndolos en asilos.

Funciones de la familia.

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo.

SOCIALIZACION. Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales patrones conductuales propios de cada familia.

AFECTO. Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y del desarrollo psicológico personal.

CUIDADOS. Protección y asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar.

ESTATUS. Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia determinada posición ante la sociedad.

REPRODUCCION. Provisión de nuevos miembros a la sociedad.

DESARROLLO Y EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD.²

MEDICINA FAMILIAR.

Definición

Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia.⁶

Historia.

La rama de la historia que estudia los conocimientos y prácticas médicas a lo largo del tiempo es la historia de la medicina. El ser humano desde su origen trata de explicar los acontecimientos más importantes que le ocurren, como es la vida y la muerte y como consecuencia la enfermedad.⁶

Las primeras civilizaciones su práctica médica la realizan basándose en el EMPIRISMO primitivo y de carácter pragmático (uso de hierbas y remedios naturales) y una medicina mágico-religiosa, que acuden a los dioses tratando de explicar lo inexplicable. En el año 500 a.C. Alcmeón de Crotona inicia una etapa en la cual trata de dar a conocer que las enfermedades se originaban de fenómenos naturales susceptibles de ser modificados o revertidos, aplicando tekhné (técnica) para ello. Esto fue el germen de la medicina; de la medicina moderna, posteriormente durante dos milenios surgieron otras muchas corrientes, desde mecanicismo, vitalismo, así como modelos médicos de las diferentes civilizaciones China, Grecia, etc. A finales del siglo XIX los médicos franceses Bérnard y Gubler resumían el papel de la medicina como “Curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre” La medicina en el siglo XX se consolida como resolutive, impulsada por el desarrollo científico y técnico, se torna una medicina científica, biologicista, pero admitiendo un modelo salud-enfermedad determinado por factores biológicos-psicológicos y socioculturales.⁵

Tratando de encontrar el origen de la medicina familiar, se encuentra un evento muy importante, en 1848, bajo los efectos filosóficos y políticos de la revolución francesa y el deseo de desarrollar una atención médica de alta calidad, integral, accesible y que cumpla con el ideal de verdadera equidad, se encuentra una declaración “Todo hombre debe recibir asistencia médica por el solo hecho de serlo y ésta debe ser digna y adecuada” citada en: Libro de ponencias del Congreso Internacional de Medicina Familiar en Madrid. 1996. Siendo los principios que rigen en forma digna y adecuada a la medicina familiar.⁵

Esto no se encuentra en ningún texto legal, hasta 1883 el parlamento de Prusia, aprueba la ley del seguro obligatorio de enfermedad. Bismarck, aristócrata campesino del partido conservador Prusiano, asume una actitud paternalista ante la situación de inseguridad de las clases sociales con marginación, autoriza la realización de lo que en el futuro se conoce como seguros sociales.⁸

En México el período de creación y crecimiento es lento, en las instituciones de salud; de 1917 a 1958. En 1948 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia.⁸

En la década de los cuarenta el modelo francés, de destrezas clínicas con exploración del cuerpo humano y una satisfactoria relación médico-paciente, sobrevivió con una leve tendencia hacia la especialización médica, modifico su trayectoria hacia el modelo fluxneriano, que proponía el diseño de cursos para la formación de médicos, de acuerdo con las especialidades médicas, ponderando el uso del hospital como el principal escenario para el entrenamiento médico. Así como la sustitución de las habilidades sensoriales por los resultados de laboratorio y la dramática disminución de los médicos generales.⁸

Medicina Científica en México (1959-1967) Se adoptó oficialmente el curriculum flexneriano, incorporando un año de internado rotatorio en 1962 que implicaba la práctica hospitalaria de tiempo completo. En éste período surge en el IMSS el modelo de médico familiar de menores y de adultos, que desaparece posteriormente. En 1969-1979 Período de crisis, reduce el ritmo de crecimiento de la infraestructura de atención a la salud, relacionándose con la fatídica crisis económica del país, alcanzando una devaluación del 100 por ciento.⁸

En 1971 se crea el curso de especialización en medicina familiar en el IMSS. En 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM llevó a la medicina familiar a la categoría de especialidad, al otorgar reconocimiento universitario al programa respectivo, se instituye el primer Departamento de medicina familiar en Latinoamérica en la UNAM (1975). Se inicia un audaz intento por reorientar el currículo médico, hacia la atención primaria a la salud.⁷

En el año de 1978, la facultad de medicina de la UNAM entró en contacto con las autoridades de las grandes instituciones de salud; S.S.A. y con el ISSSTE, con el propósito de evaluar la factibilidad de desarrollar un curso de especialización en medicina familiar. Ambas instituciones aceptaron y bajo el liderazgo del Dr. José Narro Robles, Jefe del Departamento de medicina familiar y comunitaria y apoyo de la fundación Kellogg, se desarrollo un proyecto de un curso de especialidad bajo la forma de residencia médica, dos unidades de educación continua para médicos generales y un programa para la formación de profesores de medicina familiar. Todo esto en convenio con las instituciones mencionadas.⁷

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se inicia el curso en 1980, y se han ido extendiendo las sedes, en los primeros diez años se prepararon cerca de diez mil estudiantes y se graduaron cerca de 3 mil.

En 1990 se convocó a todas las instituciones asistenciales y educativas al Primer taller para la revisión de las normas mínimas en medicina familiar, dónde se definieron las características del médico familiar, los requisitos mínimos de los programas académicos de formación. Así se asegura la calidad y la excelencia académica de esta disciplina. En 1994 había en el país trece mil quinientos médicos familiares y la mayoría ha sido certificado.⁷

La medicina familiar actual tiene 3 tipos de acción:

Integralidad. Integra las etapas de evolución, todos los sistemas: hombre-familia-comunidad.

Continuidad. Se continúa en todas las etapas y enfermedades aún cuando acuden los pacientes a especialidad.

Enfoque de riesgos. Determinar riesgos, según edad, sexo, tipo de familia, etapa de la familia, ciclo de la familia.⁴

MOSAMEF.

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Es un conjunto de procedimientos administrativos, clínicos y operativos que fundamentan el desarrollo de las actividades del Médico familiar.⁸

Lo referido en el propósito, ejes, fundamentos y etapas de MOSAMEF son extraídos de: Arnulfo Irigoyen C. Herlinda ML. MOSAMEF. Bases conceptuales. Editorial Medicina Familiar Mexicana.2000. ⁸

Propósito.

Describir el escenario en que el médico familiar desempeña sus actividades infraestructura, perfil demográfico de las familias, perfil epidemiológico y otros.

Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planear y organizar estrategias.

Desarrollar actividades fundamentadas en los principios esenciales de la medicina familiar.

Evaluar resultados de las estrategias.

Ejes.

Prevención o enfoque de riesgos.

Estudio de familia.

Continuidad y seguimiento.

Fundamentos.

El estudio de la familia,

La continuidad de la atención y

La acción anticipatorio basada en un enfoque de riesgo.

Etapas.

Diagnóstica.

Análisis de la situación.

Priorización de problemas.

Planeación de estrategias y modelos de evaluación.

Escenarios.⁹

De esto surgen dudas como:

¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar?

¿Como identificar las necesidades de atención a la salud de las familias?

¿Como verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de la familia?⁸

MOSAMEF surge en base a las premisas mencionada, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios.⁸

El estado de salud de las familias se obtiene mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapas del ciclo vital familiar y elementos económicos y sociales.⁸

Los fundamentos del MOSAMEF son:

El análisis de morbilidad familiar aunado a la evolución demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Ésta información ofrece la oportunidad de desarrollar proyectos de investigación multidisciplinaria y permite un uso más eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específica para un consultorio.

El primer nivel de atención para la salud es el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventiva y terapéuticas.

La promoción de la salud cuyos múltiples beneficios pudieran resumirse en dos cualidades sustantivas del ejercicio médico:

Incremento en la calidad de vida de los miembros de las familias.

Disminución de los costos de atención, el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas del personal médico, sobre todo un nuevo tipo de relación con el paciente.

Ya que la atención primaria de la salud accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico, es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción a la salud.

El médico familiar debe ser un profesional de la salud con imaginación ágil, señalando como una característica más importante el desarrollo de actividades no necesariamente asistenciales que repercutan en la salud de la comunidad bajo su cuidado, es decir incrementar actividades preventivas, de consejo y educación sanitaria.

Así el médico familiar debe entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y, observar permanentemente a sus pacientes como una población de riesgo.⁸

En 1991 se organizó una reunión de expertos, con el propósito de señalar las actividades que desarrollan y las que deberían incorporar los médicos familiares. La reunión se llevó a cabo en Perugia, Italia; con la participación de 17 médicos familiares de diferentes países, para que la medicina familiar marcara la contribución a “Salud para todos en el año 2000”.

Elaborando conclusiones muy explícitas:

1. La medicina familiar es el elemento de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de “salud para todos”.
2. El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no solo por su papel de “portero del sistema”, sino también por el de ser abogado de la salud de sus pacientes.
3. La medicina familiar es, para cualquier país, la base más adecuada de su sistema sanitario.
4. La creación de departamentos universitarios de medicina familiar ó de atención primaria a la salud es vital para el desarrollo de una medicina familiar efectiva.
5. El reconocimiento de la medicina familiar como una disciplina específica, con una identidad propia y un claro perfil, es un requisito previo para realizar una investigación, formación y educación efectiva.⁸

Varela Rueda señala que debe fomentarse la concepción científica de la práctica médica con la idea fundamental de la salud de la familia y el bienestar de la comunidad, con una tendencia hacia atender más los problemas comunitarios masivos que los aspectos comunitarios particulares.¹⁰

El perfil profesional del médico y de su equipo de trabajo debe ser moldeado por las demandas sociales de asistencia médico-sanitaria y en particular los cuidados de salud que la comunidad considere importantes.¹¹

Los profesionales de la medicina familiar deben ser capaces de aplicar un modelo biopsicosocial que permita proporcionar asistencia integral de calidad, una gran variedad de marcos asistenciales y a personas que sufren muy diversos problemas de salud, Así como incorporar, aspectos sociales de la medicina preventiva y de promoción a la salud.¹¹

El modelo de atención primaria a la salud es decir la práctica medica familiar tiene como condición SINE QUA NON anticiparse al daño y actuar sobre factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que esta sujeta una población especifica mediante la identificación de factores de riesgo a que esta expuesto cada miembro de la población. La acción consecuente es tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo.¹¹

Las cualidades del médico familiar deberán ser:

Buen clínico, científico, consejero, asesor, educador, trabajador, receptivo, accesible, simpático, sistemático, racional, respetuosos, comunicativo, con actitud de búsqueda, con afán de superación, que coordina la asistencia, preocupado por su paciente y preocupado de su propia formación.

Las actividades del médico familiar son:

Actividades en el área de atención al individuo.

Actividades en el área de atención a la familia.

Actividades en el área de atención a la comunidad.

Actividades en el área de formación, docencia e investigación.

Actividades en el área de apoyo, en trabajo de equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos-administración sanitaria y por último la garantía de calidad.

El médico familiar es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de salud, y su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conducta de salud erróneas. Reconoce que esta en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorara la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área.

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarle como prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades.

El médico familiar debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social dado cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos. El médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas.

El médico familiar debe cumplir una función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizando por grandes y rápidos adelantos tecnológicos, El médico también debe tomar en cuenta los patrones cambiante de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto ala salud.

La función del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen enfermedades comunes y mostrarles como prevenir o por lo menos reducir, la posibilidad de futuras enfermedades. También debe cumplir esta función dentro de la trama de un sistema social cada vez más complejo, caracterizado por rápidos adelantos tecnológicos. Tomado en cuenta los patrones cambiantes de la enfermedad y las expectativas cambiantes respecto de la salud.¹²

Otra característica de los Médicos familiares es la de investigadores operativos, es decir: que labore en el sistema de salud, que tenga a su cargo la responsabilidad de brindar atención a la población de una comunidad delimitada y claramente definida. Que analice la realidad de los servicios de salud en el que esta inmerso en forma sistemática, con el propósito de tomar decisiones racionales en cuanto a los cambios que deben introducirse en los servicios de salud con el fin de hacerlos más eficientes y efectivos. (Lilia Durán-González)

El MOSAMEF modelo ecológico comparte sus principios con el denominado *Modelo De Asistencia Medica* , propuesto por White, sus elementos esenciales parten de que la salud es un estado natural que se ve afectado por innumerables factores, entre los que destacan:

El microambiente y macroambiente (físico y social)

El acceso a los servicios de salud.

Factores hereditarios.

Estilo de vida.

La filosofía del modelo ecológico de la salud, señala a la medicina como una institución de la sociedad que tiene como tarea primordial recuperar la salud de las poblaciones, ya sea por medio de la curación o mediante la prevención de factores que pudieran generar enfermedades. De ésta manera en el mundo desarrollado se ha motivado prestar una atención médica orientada hacia la población y no solo para corregir el daño desde una perspectiva individual.¹³

J. Menárguez Puche, Nos comenta que las encuestas son uno de los elementos

médicos utilizados habitualmente para recoger información sociosanitaria. Los datos que nos aportan permiten, junto a los obtenidos a través de otras fuentes, tener elementos de juicio para la toma de decisiones en materia de planificación sanitaria. Son el método más válido para conocer la morbilidad sentida y algunos aspectos no recogidos de forma rutinaria en otros registros.⁸

A decir de Shires la continuidad constituye la quinta esencia de la medicina familiar, MOSAMEF incluye un proceso de:

- ✓ Actualización periódica
- ✓ Evaluación operativa.
- ✓ Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño.

En otras palabras deberá responder a los programas propios de calidad total que incluyen siempre cuatro fases. Caracterizada por las siguientes acciones:

- ✓ Identificación de características de la comunidad a estudiar.
- ✓ Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población.
- ✓ Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones en la práctica asistencial.
- ✓ Seguimiento del impacto de la intervención.⁸

Retomando que la medicina familiar actual tiene 3 tipos de acción:

Integralidad. Continuidad. Enfoque de riesgos. 4 se revisa:

FACTORES DE RIESGO.

El término factores de riesgo implica que la presencia de una característica o factor

aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.¹

El ejercicio de la ciencia médica en cualquier nivel de atención es un arte en el que influye la profesionalidad médica, resulta meritorio aplicar tecnología de avanzada para curar a un enfermo y salvarlo de la enfermedad o la muerte, pero, ¿cuán hermoso es el hecho de detectar la amenaza, anunciar la llegada del peligro, reconocer la señal, el detonante, la alarma, para no llegar a enfermar o a complicarse la enfermedad y mucho menos a morir? ¹⁴

En los últimos años el vertiginoso desarrollo de la epidemiología fortaleció la tendencia a utilizar el término "Enfoque de Riesgo", para planificar y organizar decisiones colectivas e individuales para la conservación de la salud. ¹⁴

Ésta estrategia deriva de los conocimientos sobre los factores determinantes de enfermedades y entre sus propósitos está la conducción a la adopción de medidas apropiadas para evitar los efectos perjudiciales de estos factores, se trata en un sentido inverso a la producción del daño, eliminarlo o reducirlo. ¹⁴

Los "Factores de Riesgo" son universales y omnipresentes. La lucha contra los "Factores de Riesgo" constituye el sentido de la actividad médica profesional: Los factores opositores procedentes de la naturaleza, la sociedad y del propio organismo humano, al interactuar determinan un estado de equilibrio que se llama salud (entendido como estudio de bienestar, asociado a una adecuada morfología, función, rendimiento y conducta), o de desequilibrio que se llama enfermedad (estado defectivo de la salud, resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales, favorecido por el modo y estilo de vida de las personas). ¹⁴

Los "Factores de Riesgo" son universales y omnipresentes, como también son universales y omnipresentes los esfuerzos del organismo y la ciencia médica por detener o contrarrestar su "movimiento" y evitar que su influencia negativa aparezca, se acumule, supere el oficio de los factores benefactores y originen nuevas cualidades

negativas (enfermedades y muerte).

Las actividades educativas, diagnósticas, terapéuticas e investigativas que constituyen las tareas de la profesión, representan los esfuerzos por lograr este objetivo, procurando así, la conservación y el mejoramiento de la salud. Cuando se habla de promoción de Salud y prevención de Enfermedades, se está estimulando el desarrollo de actitudes en contra de los "Factores de Riesgo", para que su influencia cuantitativa no se convierta en nueva calidad negativa.¹⁴

Cuando hablamos de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, estamos tratando de reconocer y controlar los daños causados por los "Factores de Riesgo", antes de que los recursos del organismo y la ciencia médica (como su auxiliadora) sean incapaces de lograrlo.¹⁴

Los factores de riesgo se dividen según su acción en: físicos, biológicos, psicofisiológicos y ergonómicos.

Físicos

- ✓ Temperatura y humedad.
- ✓ Iluminación y cromatismo.
- ✓ Campos electrostáticos.
- ✓ Radiación electromagnética y campos magnéticos.

Biológicos

- ✓ Insectos, bacterias, parásitos y, ciertos hongos.

Psicofisiológicos y ergonómicos.

- ✓ Carga neurosíquica mental, monotonía del trabajo, carga emocional y estrés.
- ✓ El diseño de los trabajos.
- ✓ El estilo de dirección.
- ✓ Las relaciones interpersonales.
- ✓ Las funciones de trabajo.
- ✓ Las condiciones ambientales.
- ✓ Los factores del entorno.
- ✓ Los factores relacionados con la organización. .
- ✓ Los factores propios del individuo. ¹⁴

La Organización mundial de la salud (OMS) calcula que casi la mitad de las 57 millones de muertes que se producen cada año se deben a 20 factores principales de riesgo. En la publicación reciente de COMPARATIVE QUANTIFICATION OF HEALTH RISKS. Se hace una estimación del número de casos de defunción y discapacidad provocados por las principales enfermedades que tienen sus causas prevenibles y hace un estudio comparativo de las repercusiones de los 26 factores de riesgo más importantes asociados a enfermedades y los traumatismos, a fin de ayudar a las instancias normativas y a los investigadores a comparar esos riesgos a nivel mundial.

Entre los factores riesgos prevenibles estudiados, la publicación de la OMS señala los diez siguientes, que se consideran los más importantes a escala mundial.

La insuficiencia ponderal del niño y de la madre.

Las practicas sexuales de riesgo

La Hipertensión arterial

El consumo del tabaco

El consumo del alcohol

La insalubridad del agua

La falta de saneamiento y de higiene

La hipercolesterolemia

El humo de combustibles sólidos en espacios cerrados.

La ferropenia

El sobre peso y la obesidad.

La suma de ellos se debe más del 40% de los 57 millones de muertes que se producen en todo el mundo y un tercio de la pérdida mundial de años de vida sana.

Reducir los riesgos y promover una vida sana, señala la OMS hace que la esperanza de vida puede aumentar hasta nueve años en todo el mundo, si los gobiernos y las personas aúnan sus esfuerzos en la lucha contra los principales riesgos para la salud, los habitantes de las regiones pobres del mundo podrían ser los principales y más beneficiados.¹⁵

En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado el 16 de Junio del año 2006, en Ginebra se demuestra que gran parte de los riesgos ambientales pueden evitarse y que son:

- La diarrea (58 millones de AVAD (Años de vida ajustados según discapacidad) por año; el 94% de la carga de morbilidad por enfermedades diarreicas), provocada en gran medida por la insalubridad del agua y de los servicios de saneamiento, y por la falta de higiene.
- Las infecciones de las vías respiratorias inferiores (37 millones de AVAD por año; el 41% de los casos registrados a nivel mundial), producidas en gran medida por la contaminación del aire en espacios tanto exteriores como interiores.
- Los traumatismos involuntarios distintos de los causados por el tránsito (21 millones de AVAD por año; el 44% de los casos registrados a nivel mundial), incluida una amplia variedad de accidentes industriales y en el lugar de trabajo.

- La malaria (19 millones de AVAD por año; el 42% de los casos registrados a nivel mundial), provocada en gran medida por deficiencias en el abastecimiento de agua, en la vivienda y en la ordenación del uso de la tierra, que impiden reducir efectivamente las poblaciones de vectores.
- Los traumatismos causados por el tránsito (15 millones de AVAD por año; el 40% de los casos registrados a nivel mundial), en gran medida como resultado de deficiencias en la planificación urbana o en la ordenación ambiental de los sistemas de transporte.
- La neumopatía obstructiva crónica - enfermedad en ligero aumento que se caracteriza por la pérdida gradual de la función pulmonar (12 millones de AVAD por año; el 42% de los casos registrados a nivel mundial) -, provocada en gran medida por la exposición a polvos y humos en el lugar de trabajo y otras formas de contaminación del aire en espacios exteriores e interiores.
- Afecciones perinatales (11 millones de AVAD por año; el 11% de los casos registrados a nivel mundial).¹⁵

ZACATLÁN.

El municipio de Zacatlán, se localiza en la parte noroeste del estado de Puebla, sus coordenadas geográficas son los paralelos 19° 50' y 20° 51', su superficie es de 512.32 kilómetros cuadrados, se ubica en un espacioso valle, colindando con un nudo montañoso de la sierra norte, formando la Sierra madre oriental, caracterizada por su escabrosidad y numerosas depresiones, saltos y cascadas. El municipio se encuentra en un gran altiplano de 14 kilómetros de largo y 9 de ancho, que se alza a 2,040 metros sobre el nivel del mar. Lo rodean 5 cerros importantes.

El tipo de clima en Zacatlán es templado semihumedo, la temperatura media es entre 12 a 18 grados centígrados y en los meses más fríos, entre menos 3 y 8 grados centígrados.

CLIMA DE ZACATLAN.

ESTACIÓN	PERIODO	TEMPERATURA PROMEDIO	TEMPERATURA DEL AÑO.
VERANO	ABRIL	16.6°	MAS CALUROSO
	MAYO	17.1°	18.7°
	JUNIO	16.7°	MAYO 2004
INVIERNO	NOVIEMBRE	13.2°	MAS FRÍO – 9°
	DICIEMBRE	12.6°	ENERO 2007
	ENERO	12.1°	

CGSNEGI. Carta de temperaturas medias anuales. 2007.

Existe una desnivelada distribución en el asoleamiento, en virtud de que el porcentaje de días nublados de 45 %, medio nublados 33% y el restante 22% son días soleados.

Una característica muy particular de ésta ciudad es que en un día se presentan tres tipos de clima, por la mañana temperaturas de 3 grados centígrados con heladas, a medio día es soleado y por la tarde se presenta lluvia de agua nieve.

En el sector educativo, Zacatlán cuenta con diferentes planteles de todos niveles

educativos: Educación Inicial, básica, secundaria, bachilleratos, capacitación para el trabajo, educación técnica y superior, con licenciaturas y maestrías.

Habiendo una gran oferta de planteles educativos.

Sus actividades económicas son en los tres sectores.

SECTOR	PORCENTAJE
PRIMARIO.	31.9
SECUNDARIO	22.1
TERCIARIO	46

FUENTE. Censo de Población y vivienda 2000.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN ZACATLÁN.

El Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE) en Zacatlán, ha existido desde 1964 con servicios médicos y farmacia subrogados, posteriormente en consultorio particular con médico pagado por honorarios; esto por un período de 28 años.

En el año de 1992 se establece una unidad de medicina familia propiedad del Instituto, para servicio medico de primer nivel, que consta de dos consultorios, dos médicos, dos enfermeras; exclusivamente para consulta externa, con un servicio de 12 horas diarias, de lunes a viernes, es dependiente de la clínica hospital de Huauchinango.

Actualmente tiene una población adscrita de 5.099 derechohabientes.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y

cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Clasificación clínica:

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg

Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de H

Etapa 3: $\geq 180 / \geq 110$ mm de Hg

Prevención Primaria. La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición, la estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra, a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25. En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar,

centros. Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos a tres copas) al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo. Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia, deberá evitarse el tabaquismo.

Prevención de la HAS entre los individuos de alto riesgo. Los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, alcohol, insuficiente ingesta de potasio, P.A. normal alta, antecedentes familiares de HAS y los de 65 años de edad en adelante, integran el grupo en mayor riesgo de llegar a desarrollar hipertensión arterial, deben ser informadas y apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida. La prevención específica de hipertensión arterial debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención, así como de los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas y sus familias.

Detección. El objetivo de la detección es identificar a individuos de 25 años de edad en adelante, que padecen HAS no diagnosticada o P.A. normal alta. Esta actividad se llevará a cabo, de manera rutinaria, entre los pacientes que acuden a las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, y en forma de campaña entre la población general en el ámbito comunitario y en los sitios de trabajo. El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre, corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos.

Tratamiento y control. El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa. En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HAS, etapas 1 y 2.

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una P.A. <140/90 y, en el caso de las personas con diabetes, mantener una P.A. <130-85. Otras metas complementarias

para la salud cardiovascular son mantener un IMC <25; colesterol <200 mg/dl; y evitar el tabaquismo, el consumo excesivo de sodio, y alcohol.

Educación del paciente. El control de la hipertensión arterial requiere la modificación de los factores de riesgo anteriormente señalados y, en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. Para tal propósito, es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento y establecer los cambios necesarios en su estilo de vida.

Medicamento	Dosis habitual* mg/día (frecuencia/día)	Principales efectos secundarios
Diuréticos (lista parcial)		Acción de corta duración, aumento de los niveles de colesterol y glucosa, alteraciones bioquímicas.
Clortalidona	12.5-50 (1)	
Hidroclorotiacida	12.5-25 (1)	
Agentes ahorradores de potasio		Hipercalemia
Clorhidrato de espironolactona	25-100 (1)	Ginecomastia
Alfa-agonistas centrales		Sedación, boca seca, bradicardia, rebote de hipertensión por supresión.
Clorhidrato de clonidina	0.2-1.2 (2-3)	Mayor rebote por supresión
Metildopa	250-500 (3)	
Alfa- bloqueadores		Hipotensión postural
Mesilato de doxazocin	1-16 (1)	

Clorhidrato de prazosina	2-30 (2-3)	
Terazosina	1-20 (1)	
Beta-Bloqueadores		
Atenolol Tartrato de metoprolol Nadolol Pindolol Maleato de timolol	25-100 (1-2) 50-300 (2) 40-320 (1) 10-60 (2) 20-60 (2)	Broncoespasmo, bradicardia, insuficiencia cardiaca, puede enmascarar a la ipoblusemia inducida por insulina, alteraciones de la circulación periférica, insomnio, fatiga, disminución de la tolerancia al ejercicio físico, hipertrigliceridemia excepto en los agentes con actividad simpaticomimética intrínseca.
Alfa y Beta Bloqueadores combinados		Hipotensión postural, broncoespasmo.
Carvedilol	12.5-50 (1-2)	
Vasodilatadores directos		Dolores de cabeza, retención de líquidos, taquicardia.
Clorhidrato de hidralacina	50-300 (2)	Síndrome de Lupus
Antagonistas del calcio		
Nohidropiridínicos		Alteraciones de la conducción, disfunción sistólica, hiperplasia gingival
Clorhidrato de verapamil	90- 480 (2)	Constipación
Dihidropiridínicos		Edema de la rodilla, cefalea,

		hipertrofia gingival.
Besilato de amlodipina	2.5-10 (1)	
Felodipina	2.5-20 (1)	
Isradipina	5-20 (2)	
Nicardipina	60-90 (2)	
Nifedipina	30-120 (1)	
Nisoldipino	20-60 (1)	
Inhibidores ECA		Tos común; rara vez angioedema hipercalemia, rash, pérdida del sabor, leucopenia.
Clorhidrato de benazepril	5-40 (1-2)	
Captopril	25-150 (2-3)	
Maleato de enalapril	5-40 (1-2)	
Lisinopril	5-40 (1)	
Clorhidrato de quinaprilo	5-80 (1-2)	
Ramipril	1.25-20 (1-2)	
Trandolapril	1-4 (1)	
Bloqueador del receptor de Angiotensina II		Angioedema Infrecuente, hipercalemia.
Losartán potásico	25-100 (1-2)	
Valsartán	80-320 (1)	
Irbesartán	150-300 (1)	
Candersartan cilexetil	8-12 mg(1)	

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica.

Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos. El 99% de los casos que se notifican afectan vías respiratorias superiores y solamente el 1% a vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía.

Infección aguda de las vías respiratorias: enfermedad infecciosa causada por microorganismos, que afecta al aparato respiratorio durante un período menor de 15 días. Infección aguda de las vías respiratorias superiores: enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio por arriba de las cuerdas vocales. Infección aguda de las vías respiratorias inferiores: enfermedad infecciosa que afecta al aparato respiratorio de las cuerdas vocales hacia abajo.

Medidas de Prevención. La prevención de las I.R.A. se llevará a cabo mediante acciones de educación para la salud y promoción de la participación social.

Las actividades estarán dirigidas a la población general con énfasis a procurar la atención a los niños menores de 5 años.

En materia de educación para la salud, las acciones estarán encaminadas a:

Informar y orientar a la comunidad sobre la importancia y consecuencia de estos padecimientos;

Orientar a la población sobre medidas preventivas que comprenden:

Aplicación del esquema completo de vacunación de acuerdo con la Cartilla Nacional de Vacunación.

Alimentación al seno materno a los lactantes por un período mínimo de 6 meses y de preferencia hasta un año.

Evitar el hábito de fumar cerca de los niños.

Evitar la quema de leña o el uso de braseros en habitaciones cerradas.

Evitar los cambios bruscos de temperatura.

Evitar el contacto con personas enfermas.

Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas que contengan vitamina "A" y "C".

Medidas de control. El control de las I.R.A. comprende la identificación del caso, su diagnóstico, su manejo y tratamiento oportuno.

DIAGNOSTICO. Niño menor de 5 años con infección aguda de las vías respiratorias que presenta uno o más de los siguientes síntomas o signos:

- Obstrucción o secreción nasal
- Dolor o secreción por el oído
- Dolor o enrojecimiento de garganta con o sin placas purulentas
- Tos
- Polipnea
- Dificultad respiratoria

MANEJO. El manejo y tratamiento de las I.R.A. comprende las opciones siguientes: tratamiento sintomático y cuidados generales, tratamiento antimicrobiano y referencia al hospital.

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS I.R.A

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	DOSIS	VIA ADMO	REACCIONES ADVERSAS
ACETAMINOFEN	Fco. Sol. 100 mg/1 ml Fco. Jarabe 160 mg/5ml	Recién nacidos: 30 mg./kg/día, dividido c/4 o 6 hrs., sin pasar de 5 dosis al día Niños mayores de un mes 40-60 mg/kg/día, dividido c/4, o 6	ORAL	Contraindicado en pacientes con deficiencia de G6PDd conocida. Hipersensibilidad ocasional. Hepatotoxicidad

		hrs., sin pasar de 5 dosis al día. En caso de fiebre o dolor		en sobre dosis.
AMPICILINA a	Susp. 125 mg/5 ml. Susp. 250 g/5ml.	100 mg/kg/día < 7 días de vida, dividido c/12 hrs. 2 a 4 semanas de vida, dividido c/8 hrs. > 4 semanas de vida, dividido c/6 hrs. Por 7 días.	ORAL	Varían desde dermatitis hasta el choque anafiláctico.
PENICILINA BENZATINICA COMBINADA b	Fco. Amp. 3ml con Penicilina Benzatínica 600,000 U Penicilina G. Potásica 300,000 U. Penicilina Procaínica 300,000 U	< 6 años o 25 kg 1 frasco ámpula Dosis única	IM	Varían desde dermatitis hasta el choque anafiláctico.
TRIMETOPRIM CON SULFAMETOXAZOL c	Fco. Susp. 40mg TMP 200mg SMZ/5ml.	8 mg. de TMP /kg/día, dividido C/12 hrs Por 7 días	ORAL	Erupción cutánea que varía de leve a grave (S.Stevens Johnson)
AMOXICILINA	Susp. 125 mg\5ml Susp. 250 mg\5ml.	40 mg\kg\ día Por 7 días.	ORAL	Varían desde dermatitis hasta el choque anafiláctico.

Las medidas generales que complementan la atención de los pacientes en el hogar son:

- Mantener la alimentación habitual
- No suspender la lactancia materna
- Aumentar la ingesta de líquidos
- Mantener permeables las fosas nasales
- Evitar enfriamientos

- Proporcionar líquidos, de uso común en el hogar, para mitigar las molestias de la garganta
- Humidificar el ambiente con paños mojados colgados en la habitación
- Cambios frecuentes de posición mientras el niño esté acostado
- Evitar la quema de leña y el uso de braseros en habitaciones cerradas
- Evitar fumar en la habitación donde duerme el niño
- Educar a la madre en la identificación de los signos de gravedad

Evaluación del tratamiento. Todos los casos de I.R.A. deberán ser revalorados a las 24 horas, o antes si presentan signos de complicación o gravedad. Un niño con I.R.A. puede considerarse en la revaloración:

- Curado: Caso que cumplió un tratamiento regular y desaparecieron los signos clínicos respiratorios.
- Caso no mejorado o complicado: Caso que al momento de la revaloración no ha respondido al tratamiento o presenta signos clínicos respiratorios agregados a los identificados inicialmente y que amerita reconsiderar su diagnóstico y tratamiento.
- Grave: Caso que ha empeorado y presenta signos de gravedad y que requiere hospitalización inmediata.

DIABETES MELLITUS.

DEFINICION. Enfermedad sistémica crónico degenerativo de carácter heterogéneo con predisposición hereditaria y diversos factores ambientales cursando con hiperglicemia, por deficiencia en la producción y acción de la insulina que afecta al metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas.

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 a 69 años es diabético 30% no lo saben. Es el tercer lugar de la mortalidad.

SINTOMAS. Poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.

PREVENCIÓN PRIMARIA. Puede ser prevenida ó retardar su aparición.

Control de peso Evitar la obesidad.

Actividad física adecuada No sedentarismo, recreación y ejercicio.

Alimentación saludable Moderado consumo de alimento de origen animal, evitar exceso de azúcar, sal y grasas. Ingerir frutas verdura y leguminosas.

PROMOCIÓN DE LA SALUD. Entre la población en general educación, para la salud, participación social, y comunicación educativa. A nivel de familia, de comunidad y grupos de alto riesgo.

DETECCIÓN OPORTUNA. Programas y campañas comunitarias.

DIAGNOSTICO. Síntomas clásicos y glicemias:

Glicemia mayor a 200 mg/dl

Glicemia en ayunas mayor a 126 mg/dl.

TRATAMIENTO. Aliviar síntomas, control metabólico, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad.

No farmacológico. Alimentación, control de peso y actividad física,

Educación al paciente y a la familia para el autocuidado y apoyo.

Monitoreo 3 veces a la semana.

Farmacológico. Sulfonil ureas, biguanidas, insulina, inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolinedio.

Sulfonilureas. Estimulan la secreción de insulina.

Tolbutamida (tabletas de 0,5 a 1,0 g). Se recomienda una dosis inicial de 250 a 500 mg ajustando la dosis de acuerdo con la respuesta, sin exceder de 3 g al día.

Cloropropamida (tabletas de 250 mg). Dosis inicial de 125 a 250 mg, ajustándola de acuerdo con la respuesta, sin exceder de 500 mg al día.

Glibenclamida (tabletas de 5 mg). Inicialmente 2.5 a 5.0 mg, ajustándose de acuerdo con la respuesta, sin exceder de 20 mg al día.

Glimepirida (tabletas de 2 mg). Su rango terapéutico es de 1 a 8 mg en una sola toma al día. La dosis inicial es de 1 mg y se ajusta de acuerdo con el nivel de control metabólico.

Las sulfonilureas están contraindicadas en la diabetes tipo 1, en el embarazo y durante la lactancia, en complicaciones metabólicas agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar) y en pacientes alérgicos a las sulfas. Las sulfonilureas pueden provocar hipoglucemias graves, dermatosis, discracias sanguíneas, colestasis, hiponatremia y fenómeno disulfirán. No se deberá usar en pacientes diabéticos obesos de reciente diagnóstico, ya que éstos presentan hiperinsulinemia.

Biguanidas. De primera línea, de moderada potencia, disminuye la producción hepática de glucosa y aumenta la acción de la insulina en el músculo. Es la METFORMINA 500 a 850 mg/día, no más de 3 gr. No se administra en I.R.C., infecciones graves, alcoholismo, coma diabético y cirugías mayores.

La metformina; se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis de 500 a 850 mg al día, ajustando la dosis de acuerdo con la respuesta sin exceder de 3 g al día.

La dosis recomendada para la acarbosa es de 50 a 100 mg masticada con el primer bocado de cada alimento, y la dosis máxima es de 300 mg. Durante su administración deberán vigilarse los efectos secundarios a nivel del tubo digestivo.

La falla de los hipoglucemiantes orales a dosis máximas, se utilizará la insulina. La dosis inicial no debe ser mayor de 0,5 UI/kg de peso. En algunos casos, es posible administrar una sola dosis de acción intermedia aplicada por la mañana.

VIGILANCIA Y PREVENCIÓN

Monitorización.

Prevenir complicaciones. Exámenes de ojos, Neuropatía, Pie diabético, Nefropatía, dislipidemia, Hipertensión arterial, Hipoglicemia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Uno de los principales problemas de salud que existe en México, es que no existe una cultura de prevención de factores de riesgo que influyen en la salud de las personas. Mientras que en Europa y Estados Unidos las personas asisten a realizarse un chequeo cuando menos una vez al año, en nuestro país se acude al médico cuando se manifiestan los síntomas de la enfermedad, incluso, en ocasiones se acude cuando el padecimiento está muy avanzado.¹⁶

Para evitar esto último el médico familiar deberá conocer el tipo de familias y las causas de consulta más frecuentes, así como para determinar los factores de riesgo de cada familia y poder trabajar con ellos.¹⁶

La entrevista clínica es un instrumento eficaz, pieza clave del arsenal con que cuenta el médico familiar para investigar las causas de consulta y si esta entrevista es familiar los riesgos son identificados con más exactitud.¹⁶

Las causas de consulta médica nos indican el diagnóstico familiar y el planear actividades médicas.

En México las cinco causas más frecuentes de consulta o morbilidad, según la Dirección de Epidemiología en base a los informes del SUIVE, de la SSA. En el año 2006 son los siguientes:

Infecciones respiratorias agudas	22 671.1
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.	4 496.8
Infección de vías urinarias	2 933.5
Úlceras, gastritis y duodenitis	1422.0
Otitis media aguda	657.6
Amebiasis intestinal	631.4
Hipertensión arterial	497.2

Fuente: SSA.SUIVE.DIRECCIÓN General de Epidemiología. (4 de septiembre del 2007)¹⁸

En la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla, no se conoce el causas más frecuentes de consulta de los derechohabientes, encontrando esto como obstáculo para la identificación de riesgos y la planeación de actividades médicas para la unidad, por lo tanto, para resolver éste problema surge lo siguiente:

¿Cuáles con las características de las familias, las causas más frecuentes de consulta médica y los factores de riesgo de la población adscrita que acude al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE, en Zacatlán, Puebla?

JUSTIFICACIÓN

El desconocimiento de los tipos de familia, las causas más frecuentes de consulta y los factores de riesgo en la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, imposibilita el planteamiento de las acciones a seguir para la detección de factores de riesgo y se van a seguir dando consultas curativas exclusivamente sin poder enfocar la atención a la disminución de los factores de riesgos a los derechohabientes.

Las familias que tiene registradas en el año 2007 la Jurisdicción No. 2 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la que pertenece, Zacatlán son 9, 652 (nueve mil seiscientos cincuenta y dos), sin clasificación.

La región Zacatlán no tiene número de familias ni clasificación familiar.

Al identificar el tipo de familias con las que cuenta la unidad, así como determinar las causas más frecuentes de consulta de primera vez y subsecuentes y saber los riesgos a que están expuestos se beneficiará a la población en elaborar y aplicar programas y medidas preventivas epidemiológicas, en el Instituto se otorgará un mejor servicio médico; mejorando la calidad de la atención; además se fomentará la educación a la población y disminución de riesgos de enfermedad, a los derechohabientes enfermos se les evitará complicaciones y los que ya cuenta con daños capacitarlos y adaptarlos a su nueva vida y sigan siendo productivos.

La determinación de las familias, causas de enfermedad y el conocimiento de riesgos, de la unidad llevará a descubrir los elementos a trabajar cada día, se generará información a los derechohabientes de sus riesgos, de ellos y de sus familias y como disminuirlos para que no presenten la enfermedad, las decisiones a tomar en cuanto a las estrategias para la educación de los pacientes y sus familias y el modelo de atención a las familias será excelente.

Al aplicar los programas ya establecidos por el Instituto de los problemas de la atención médica; así como la determinación del estudio de familia y el diagnóstico familiar de cada una de ellas y se demostrará el impacto y la utilidad de planear el trabajo de la unidad, involucrando a todo el personal de la unidad y que éstos sepan su rol de trabajo en la unidad. Y como clímax la aplicación de los ejes de la medicina familiar: continuidad de cada uno de los diagnósticos familiares y darles el seguimiento adecuado para establecer la funcionalidad familiar.

La unidad de medicina familiar del ISSSTE de Zacatlán, Puebla, cuenta con dos consultorios, con población fija, así como archivos con los expedientes ordenados alfabéticamente, además las hojas de reporte diario del médico (SM-1-10), Cédulas básicas de información familia (CEBIF) y personal auxiliar.

Si en la unidad se conocen las causas de consulta mas frecuentes y las características de las familias que acuden a consulta se aplicarán los programas del Sector Salud y del Instituto que más convenga a la población atendida, así como educar a los derechohabientes para evitar dichas enfermedades y capacitar al personal que labora en este consultorio para prevenir las mismas causas y mejorar la calidad de la atención médica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Establecer las características de las familias, las causas más frecuentes de consulta y los factores de riesgo de la población adscrita que acude a consulta médica, al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla. De junio a octubre del 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Establecer la gráfica poblacional.
- ✓ Identificar las características sociodemográficas de las familias.
- ✓ Establecer las 10 causas de consulta más frecuentes de primera vez
- ✓ Establecer las 10 causas de consulta más frecuentes subsecuentes.
- ✓ Identificar los factores de riesgo de las familias.

METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es observacional, descriptivo, del tipo retrospectivo, trasversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Todas las familias que acuden a consulta médica al consultorio 2, de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla, Mex., de Junio a Octubre del 2008.

Hojas de Informe diario de labores del medico (SM-10-1). Del 01 de junio del 2007 al 30 de mayo del 2008.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

INCLUSIÓN.

1. Familias adscritas y usuarias del consultorio 2 de la unidad de medicina familiar ISSSTE, Zacatlán, Pue., Mex. Que acuden del mes de junio al mes de octubre del 2008, que deseen participar.
2. Hojas de informe diario de labores del médico (SM-10-1) del consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue, Mex. Del período de 01 de junio al 30 de mayo del 2008.

EXCLUSIÓN.

1. Familias que no están adscritas ni son usuarias del servicio del consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., Mex.
2. Familias foráneas
3. Familias que no deseen participar.
4. Hojas de informe diario del médico extraviadas, con letra ilegible hojas rotas y/ o sin diagnóstico.

ELIMINACIÓN.

1. Entrevistas incompletas.
2. Entrevistas ilegibles, con datos no ciertos.

MUESTRA

TIPO DE MUESTRA. Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

100 familias.

No aleatoria, por cuota.

METODO Y PROCEDIMIENTO

La información se capta con la aplicación de un cuestionario, administrado por el entrevistador, diseñado por el Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM. Llamada cédula básica de identificación familiar.

Con preguntas de tipo literal.

Los datos obtenidos se codifican y se trabajan en un equipo de cómputo.

Así como se revisan las hojas diarias del médico codificando las causa más frecuentes de consulta de primera vez y subsecuente.

Realizando una tabla con todos los datos necesarios, en forma numérica, sistematizando la recolección.

INSTRUMENTOS:

- ✓ La cédula básica de identificación familiar. elaborada por el departamento de medicina familiar. Facultad de Medicina. UNAM. (anexos)
- ✓ Hojas de Informe Diario del Médico. SM 10 – 1 (anexos)

Ya teniendo los instrumentos se procedió a:

- ✓ Las hojas diarias del médico son recolectadas del archivo muerto de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla.
- ✓ Se revisaron las hojas del informe diario del médico por meses, para reconocer su integridad y que estén completas.
- ✓ Se capacita a una persona, para que a través de un sistema de computación se fuera registrando las causas de consulta de primera vez y subsecuentes en el período del 01 de julio del 2007, al 30 de mayo del 2008.
- ✓ Las cédulas básicas de identificación familiar, fueron obtenidas de un correo electrónico, enviado por el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM.
- ✓ La aplicación de las cédulas se llevó a cabo del 01 de julio al 31 agosto del 2008, en la U.M.F. del ISSSTE Zacatlán, Pue.
- ✓ Se aplicó al integrante de la familia que acude a consulta, explicando el objetivo de la cédula, obteniendo su aprobación.
- ✓ Se procuró que la entrevista se realizara con el padre ó la madre de la familia.

MANIOBRAS PARA CONTROL DE SESGOS.

En la selección de familias se encuentran sesgos debido al tipo de escogimiento de muestreo de las familias.

Además de tener sesgo en la información, la cédula tiene una expectativa honesta del entrevistado.

En la medición no se encuentran sesgos por que no hay mediciones.

Sesgo en el análisis, no lo hay porque es un estudio descriptivo.

RECURSOS:

HUMANOS.

La responsable del proyecto.

Personal capacitado para la recopilación de datos.

MATERIALES.

200 Hojas bond blancas

10 Lápiz

2 Lapicero

1 Libreta de anotaciones

1 Equipo de cómputo.

200 Copias fotostáticos de artículos y cédulas.-

FINANCIEROS.

Los suministra el responsable del proyecto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación es conforme al Título quinto de la Ley General de Salud con el nombre de INVESTIGACION PARA LA SALUD en su Capítulo único; en el artículo 96 en su inciso II que se refiere al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

Así como en el artículo 100 en sus VII incisos.

Se toma en cuenta los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos dados a conocer en la:

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996

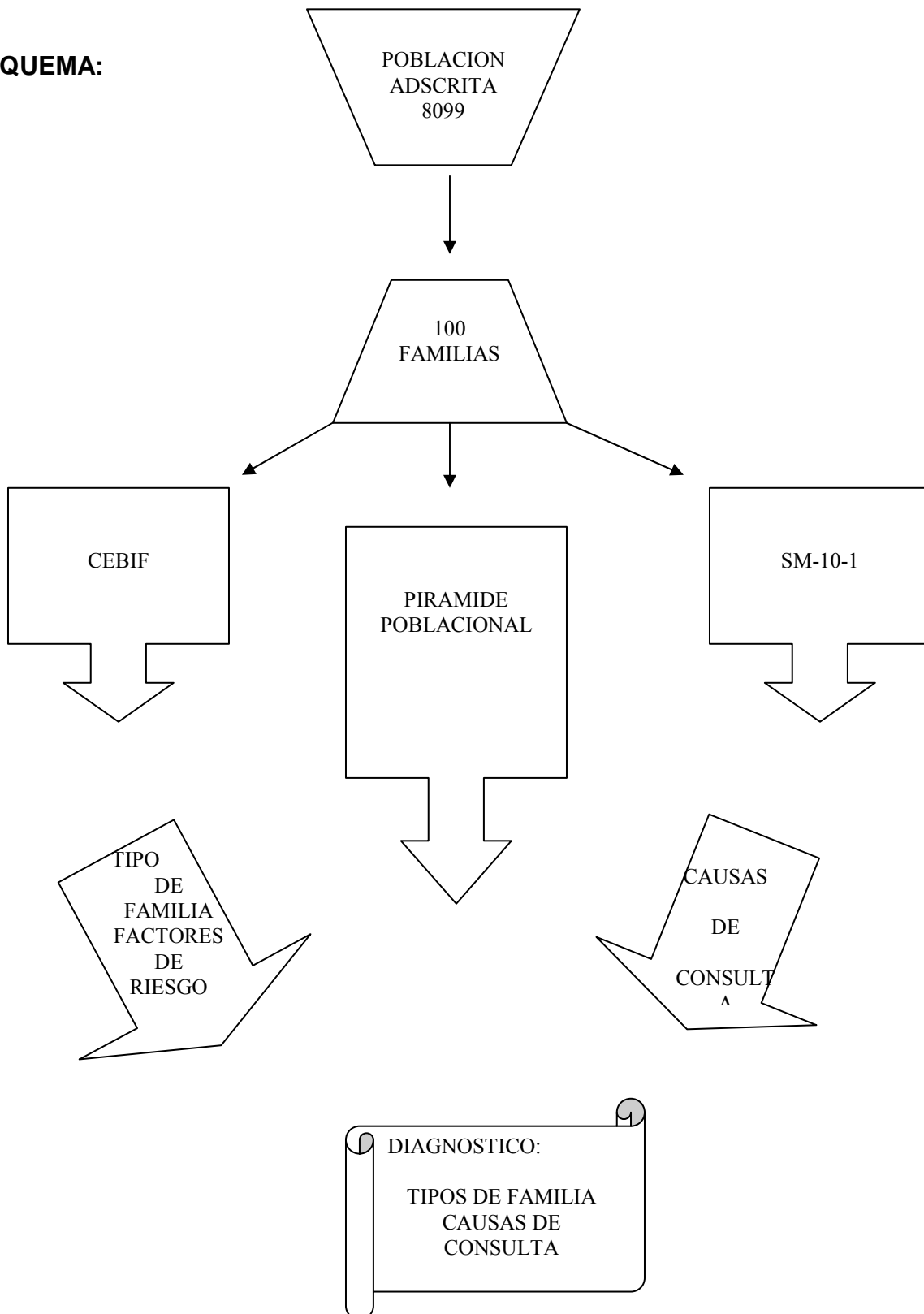
Y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

DISEÑO DE ESTUDIO.

ESQUEMA:



VARIABLES.

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO
Estado civil	Persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	1 Casados 2 Unión libre 3 Otro Estado civil	Nominal
Años de unión conyugal	Años de unión de esposa con marido.	Años cumplidos	Discontinua
Edad del padre	Tiempo que un Jefe ó cabeza de familia tenga o no tenga hijos ha vivido a contar desde que nació.	Años cumplidos	Discontinua
Edad de la madre	Tiempo que una mujer cabeza de familia tenga o no tenga hijos ha vivido a contar desde que nació.	Años cumplidos.	Discontinua
Ocupación	Empleo u oficio	1 Desempleado. 2 Empleado. 3 Profesor(a)	Ordinal
Escolaridad del padre.	Conjunto de cursos que un padre ha seguido en un establecimiento escolar	1 Analfabeta 2 Básica, 3. Media básica. 4. Media superior 5. Técnica 6. Superior	Ordinal

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO
Escolaridad de la madre.	Conjunto de cursos que una madre a seguido en un establecimiento escolar	1 Analfabeta. 2 Básica, 3. Media básica. 4. Media superior 5. Técnica 6. Superior	Nominal
Número de Hijos	Número de persona nacida de la unión de los padres.	1 De 0 10 años. 2 De 11 a 19 años. 3 De 20 años y más.	Discontinua
Familia con parentesco	Familia con vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.	1 Nuclear 2 Nuclear simple. 3 Nuclear numerosa. 4 Reconstruida. 5 Monoparental. 6 Monoparental extendida. 7 Extensa. 8 Extensa compuesta 9 No parental	Nominal
Familia sin parentesco	Familia sin consanguinidad	1 Monoparental extendida sin parentesco 2 Grupos similares a familias.	Nominal

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO
Familias con base en la presencia física y convivencia	Identificación del jefe de la familia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia	1 Núcleo integrado. 2 Núcleo no integrado. 3 Extensa ascendente. 4 Extensa descendente. 5 Extensa colateral	Nominal
Nuevos estilos de vida en base de cambios sociales	Cambios sociales que forman otros tipos de convivencia y que repercuten en la salud individual.	1 Persona que vive sola. 2 Parejas homosexuales sin hijos. 3 Parejas homosexuales con hijos adoptivos. 4 Familia grupal. 5 Familia comunal. 5 Poligamia.	Nominal
Familia con base a su subsistencia	La inserción de la familia en los medios de subsistencia.	1 Agrícola. 2 Industrial. 3 Comercial. 4 Servicio	Nominal
Etapa del ciclo vital de la familia	Etapa en que se encuentra viviendo la familia.	1 Matrimonio 2 Expansión 3 Dispersión 4 Independencia 5 Retiro y muerte.	Nominal

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO
Factores de riesgo familiares	Presencia de una característica que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas.	1 Enfermedades crónico degenerativas. 2 Enfermedades infecciosas 3 Trastornos de la alimentación. 4 Farmacodependencia. 5 Psicosociales y laborables.	Nominal
Factores de enfermedades crónico degenerativas.	Presencia de un agente ó característica que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad, que avanza progresivamente hasta que termina con la vida de la persona sin que exista cura para detenerla. ²¹	1 Diabetes mellitus. 2 Hipertensión arterial. 3 Enfermedades del corazón. 4 Cáncer cervicouterino. 5 Cáncer de mama. 6 Cáncer de próstata. 7 Otro tipo de cáncer. 8 Insuficiencia renal 9 Enfermedad cerebrovascular. 10 Asma Bronquial.	Nominal

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO
Factores de enfermedades infecciosas.	Situación que provoca alteración del organismo por la presencia de un agente microbiano. ²²	1 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida y virus de la inmunodeficiencia humana. 2 Otras enfermedades de transmisión sexual. 3 Hepatitis tipo b ó c. 4 tuberculosis pulmonar	Nominal.
Factores de trastornos de la alimentación.	Presencia de un agente que provoca la perturbación en la alimentación.	1 Desnutrición. 2 Obesidad. 3 Anorexia/bulimia.	Nominal.
Factores de la farmacodependencia.	Presencia de un generador que provoca el uso regular y excesivo de un fármaco en la vida diaria.	1 Tabaquismo. 2 Alcoholismo. 3 Otra farmacodependencia.	Nominal
Factores psicosociales y laborales.	Presencia de una situación que provoca alteraciones del afecto y del pensamiento.	1 Enfermedades psiquiátricas. 2 Violencia intrafamiliar. 3 Discapacidad. 4 Riesgo ocupacional.	Nominal

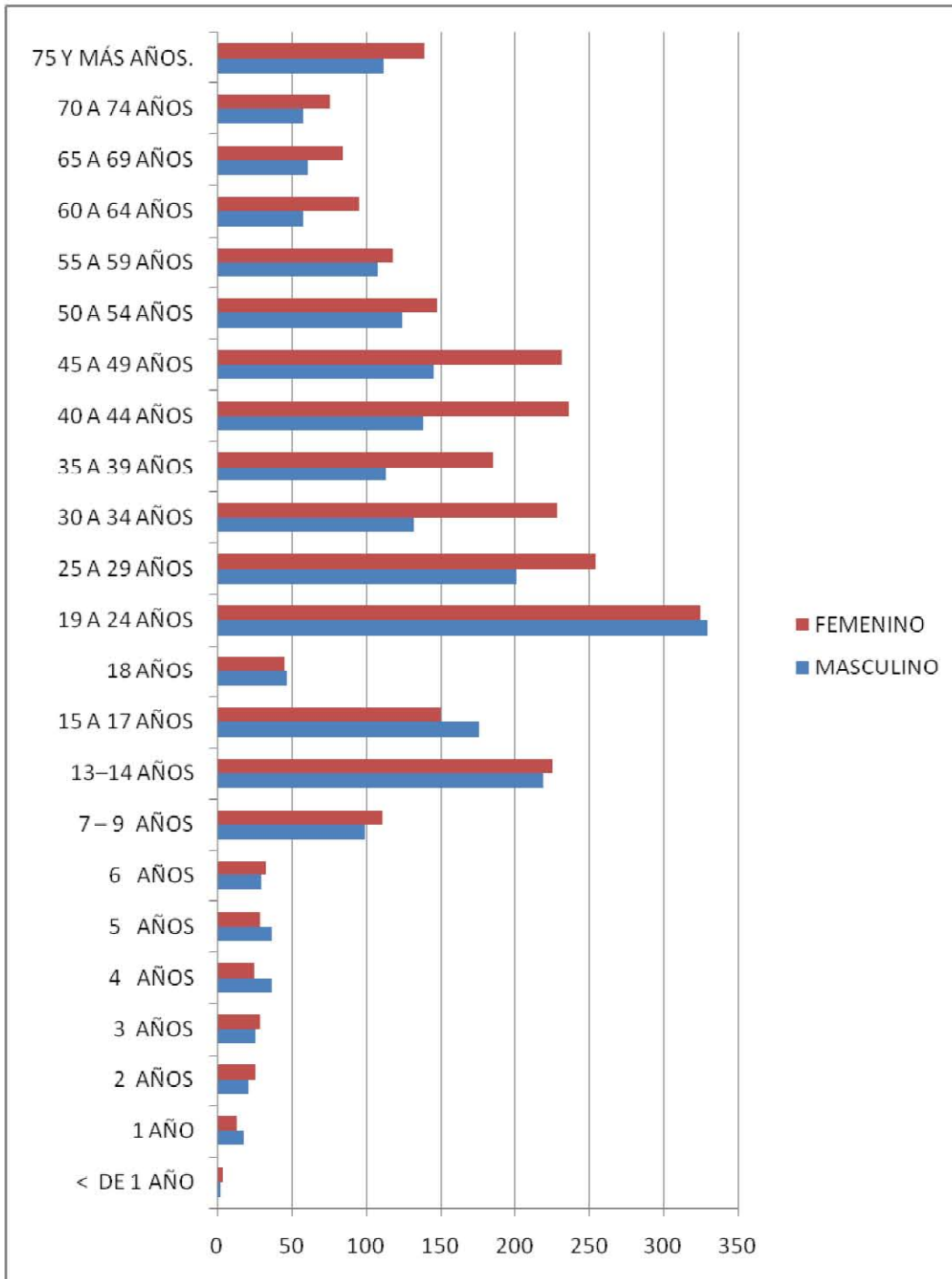
METODO ESTADÍSTICO.

De los datos obtenidos se realizará los siguientes métodos estadísticos: datos cuantitativos nominales. Frecuencia y porcentaje de las variables cuantitativas nominales.

Se mostrarán en cuadros y gráficos.

RESULTADOS.

Gráfico 1. Población por grupo etáreo y sexo de la unidad de medicina familia del ISSSTE en Zacatlán, Puebla. Mayo 2008.



FUENTE: Departamento de vigencia de derechos. Delegación estatal Puebla.

En la población de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla, resaltan tres rangos de edad: el primero de 19 a 24 años donde se encuentra el mayor número de derechohabientes tanto masculino como femenino; el segundo grupo de 25 a 60 años, en donde predomina el sexo femenino y la mayor cantidad de población de la población, el tercero, menores de 7 años registra pocos derechohabientes. Otro grupo que llama la atención son los mayores de 60 años, en lo numeroso y sobresaliendo también el sexo femenino.

En relación al género se encuentra que la mayor población se encuentra en el sexo femenino con un 55% y el sexo masculino con el resto 45%. En el grupo de edad: de menos de un año encontramos 6 niños; 4 mujeres y dos varones.

En el grupo de mayores de 75 años se encuentra un número importante, un total de 251, de los cuales el 45% son hombres y 55% son mujeres.

La población mayor de 25 años suma un grupo de 3,044, siendo el 59.7% de la población total.

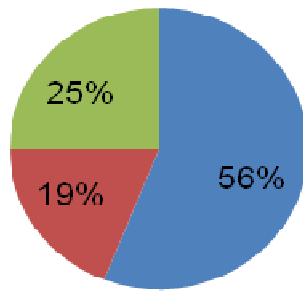
TABLA 1 Estado civil de las familias encuestadas en el consultorio 2 de la unidad de medicina familia del ISSSTE en Zacatlán, Pue., De junio a octubre del 2008.

	CASADO	SOLTERO	OTRO ESTADO CIVIL
NUMERO DE FAMILIAS	56	19	25
PORCENTAJE	56%	19%	25%

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRAFICO 2. Estado civil de las familias adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla. De junio a octubre del 2008.

■ CASADO ■ SOLTERO ■ OTRO ESTADO CIVIL



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

El estado civil encontrado en el grupo de familias estudiadas es de 56% casados, el 19% solteros y en otros estado civil el 25%.

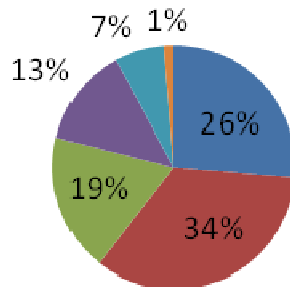
TABLA 2. Años de unión conyugal de las familias adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familia del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de junio a octubre del 2008.

Años de unión conyugal	Número de familias
1 a 10 años	20
11 a 20 años	26
21 a 30 años	14
31 a 40 años	10
41 a 50 años	5
51 a 60 años	1

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 3. Años de unión conyugal de las familias adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE, de Zacatlán, Pue. De junio a octubre 2008

■ 1 a 10 años ■ 11 a 20 años ■ 21 a 30 años
 ■ 31 a 40 años ■ 41 a 50 años ■ 50 a 60 años



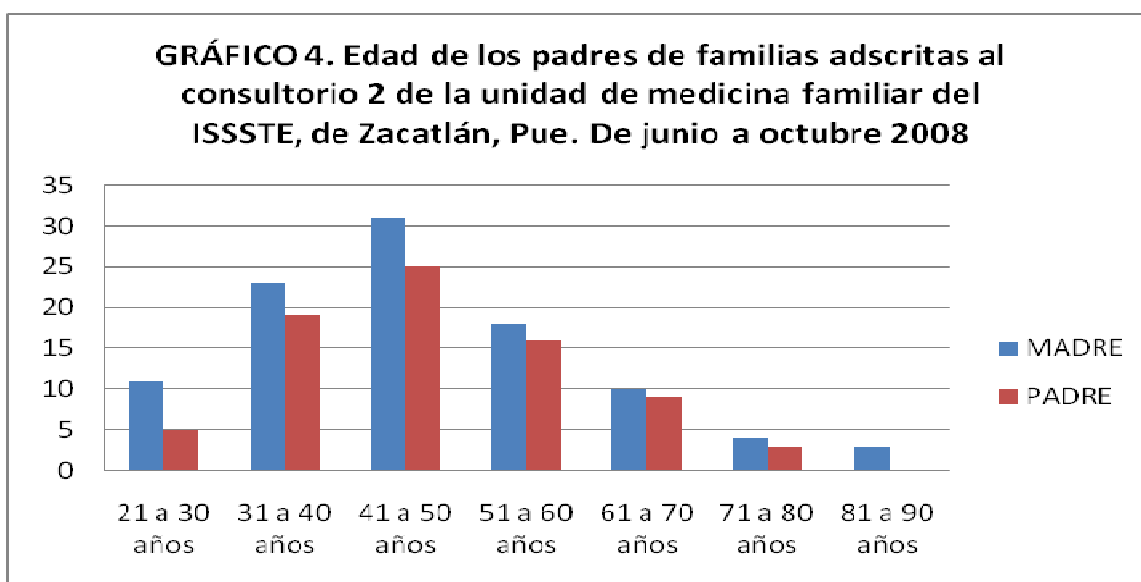
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

En los años de unión conyugal se identificó que la mayoría de las familias tiene de 11 a 20 años, de 1 a 10 años son 20 familias, de 41 a 50 años de unión conyugal se encuentran 5 y una familia con 51 a 60 años de unión conyugal.

TABLA 3. Edad de las madres y padres de las familias adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familia del ISSSTE en Zacatlán, Puebla. De junio a octubre del 2008.

AÑOS DE EDAD	MADRE	PADRE
21 a 30 años	11	5
31 a 40 años	23	19
41 a 50 años	31	25
51 a 60 años	18	16
61 a 70 años	10	9
71 a 80 años	4	3
81 a 90 años	3	0

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

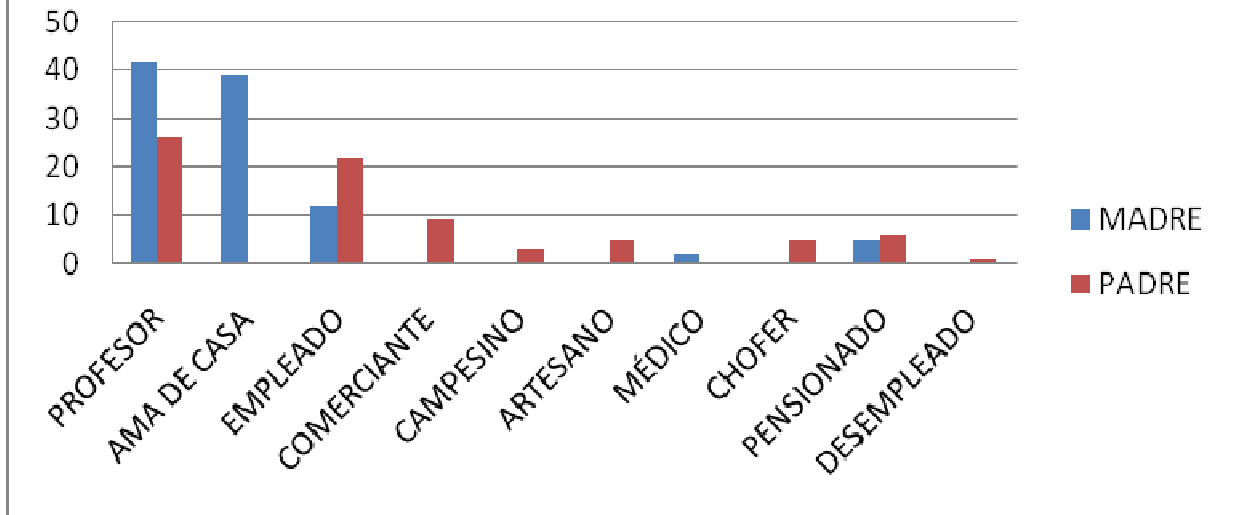
La mayoría de padres de familia se encuentran en el grupo de edad 41 a 50 años, 42 padres están en el grupo de 31 y 40 años de edad; 34 se encuentran en el grupo de 51 a 60 años de edad y en la edad de mayor de 81 se encuentra una madre.

TABLA 4. Ocupación de las madres y padres de familia adscritos al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., De junio a octubre del 2008.

OCUPACION	MADRE	PADRE
PROFESOR	42	26
AMA DE CASA	39	
EMPLEADO	12	22
COMERCIANTE		9
CAMPESINO		3
ARTESANO		5
MEDICO	2	
CHOFER		5
PENSIONADO	5	6
DESEMPLEADO		1

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 5. Ocupación de los padres de familia adscritos al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre 2008.



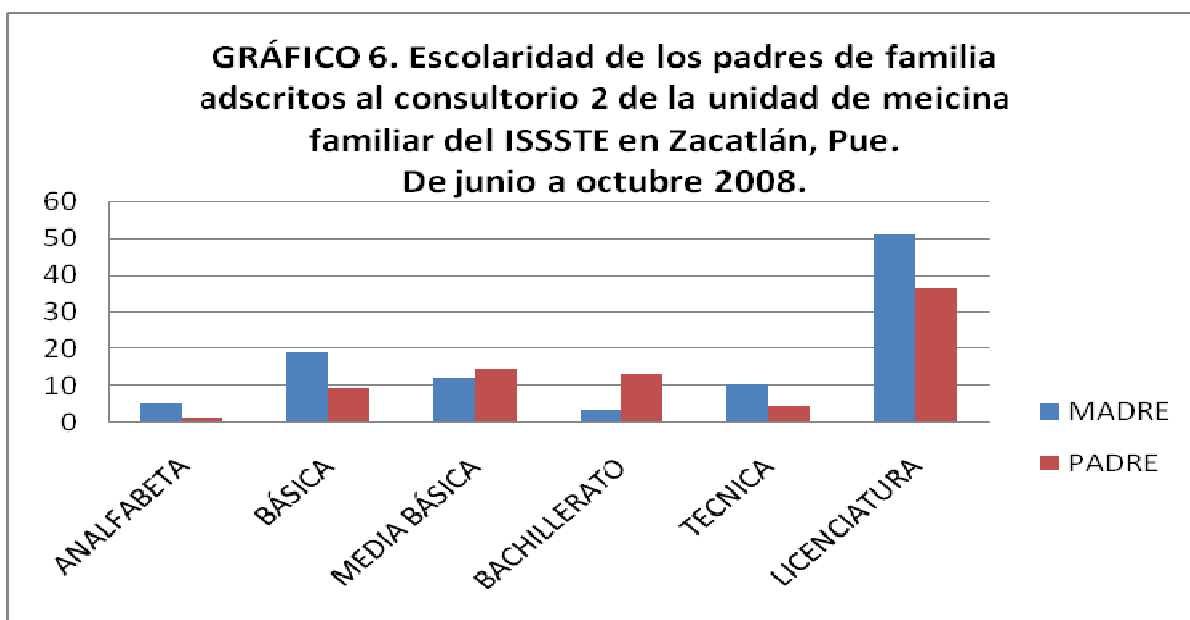
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

La ocupación de los padres de familia que se identifica en su mayoría son profesores, 68 de los cuales 42 son femeninos y el resto masculinos; 39 amas de casa y empleados 34, 11 pensionados y 1 padre desempleado.

TABLA 5. Escolaridad de las madres y padres de familia adscritos al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., De junio a octubre del 2008.

ESCOLARIDAD	MADRE	PADRE
ANALFABETA	5	1
BÁSICA	19	9
MEDIA BÁSICA	12	14
BACHILLERATO	3	13
TECNICA	10	4
LICENCIATURA	51	36

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



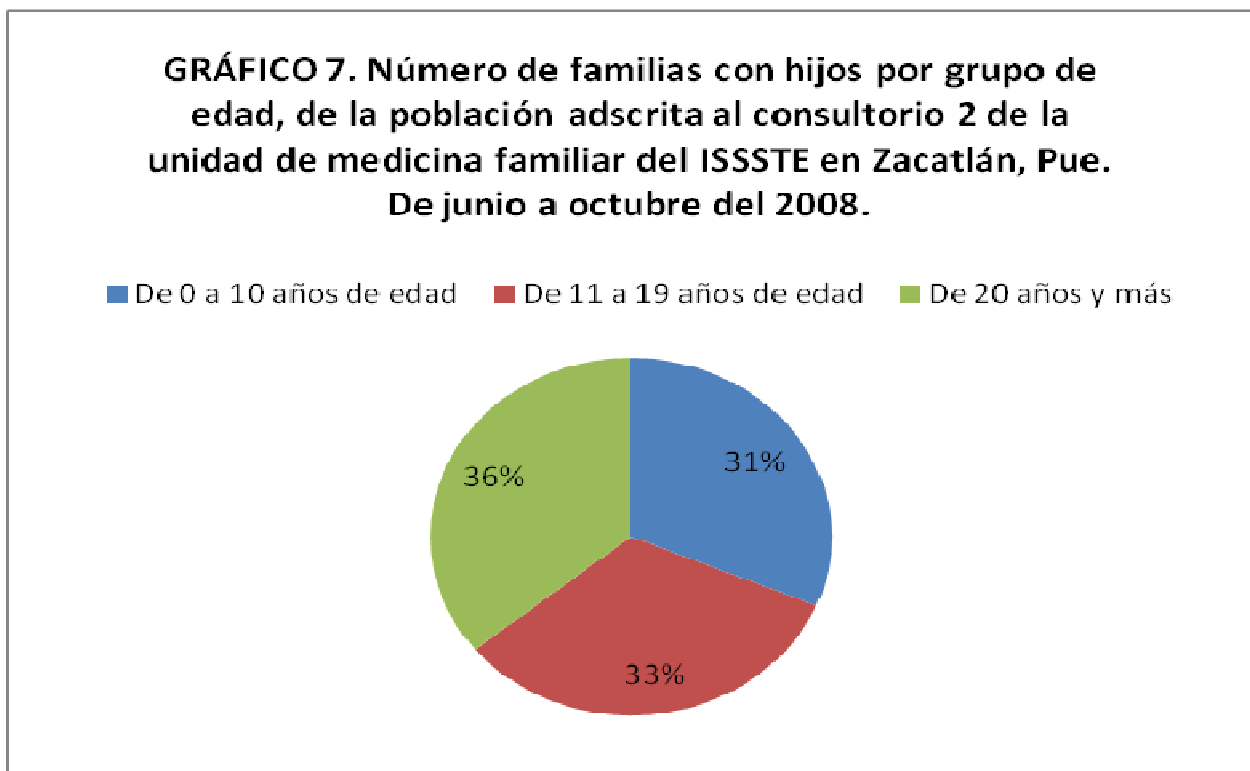
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

La escolaridad de los padres de familia identificadas son en la mayoría licenciatura, le sigue la educación básica, se localizaron 6 analfabetas de los cuales 1 es padre y 5 son madres.

TABLA 6. Grupo de edad de los hijos de las familias adscritas del consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre del 2008.

	De 0 a 10 años de edad	De 11 a 19 años de edad	De 20 años y más	Total
Número de familias con hijos.	41	43	47	131
Número de hijos	60	69	175	304

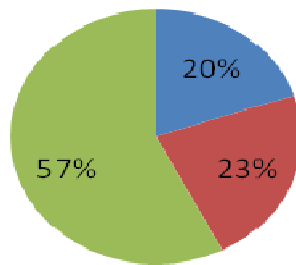
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 8. Número de hijos por grupo de edad de las familias adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán. Pue. De junio a octubre del 2008.

■ De 0 a 10 años de edad ■ De 11 a 19 años de edad ■ De 20 años y más



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

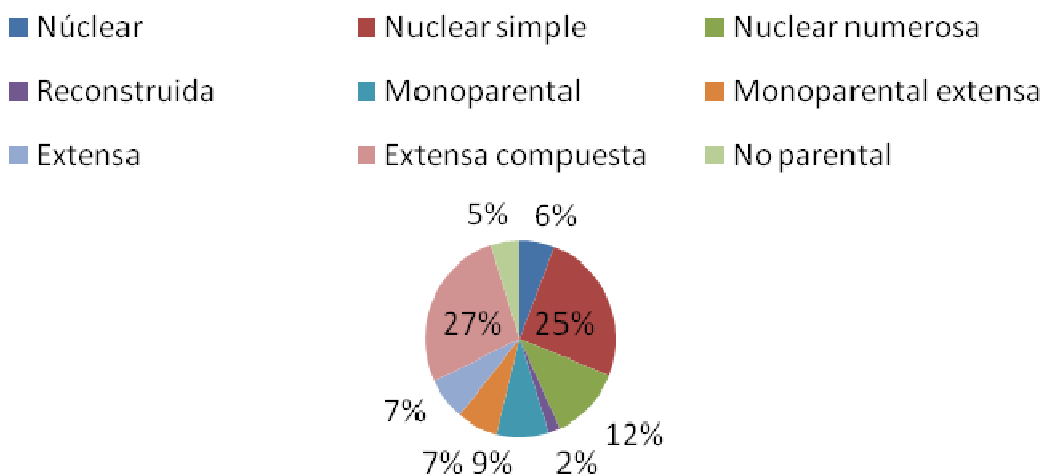
El número de hijos en los diferentes grupos edad, se identificaron: 60 de 0 a 10 años, 69 de 11 a 19 años y mayores de 20 años 175 hijos; siendo un total de 304. Así como se localizaron 9 familias sin hijos.

TABLA 7 Clasificación de familias según su parentesco de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. Junio a octubre 2008.

TIPO DE FAMILIA	NUMERO DE FAMILIAS
NÚCLEAR	6
NÚCLEAR SIMPLE	25
NÚCLEAR NUMEROSA	12
RECONSTITUIDA	2
MONOPARENTAL	9
MONOPARENTAL EXTENSA	7
EXTENSA	7
EXTENSA COMPUESTA	27
NO PARENTAL	5

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 9. Clasificación de familias en base a su parentesco, adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., De junio a octubre 2008.



FUENTE: Aplicación de la Cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

La clasificación de familias según su parentesco, arrojo que 27 son familias extensas, 25 son nuclear simple, nuclear numerosa 12, así como reconstituida 2 y además 9 monoparental.

TABLA 8. Clasificación de familias sin parentesco del consultorio 2 de la unidad de medicina familia del ISSSTE EN Zacatlán, Pue. De Junio a octubre 2008.

Sin parentesco	Monoparental extendida sin parentesco	Grupos similares a familias
Número de familias	1	0

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

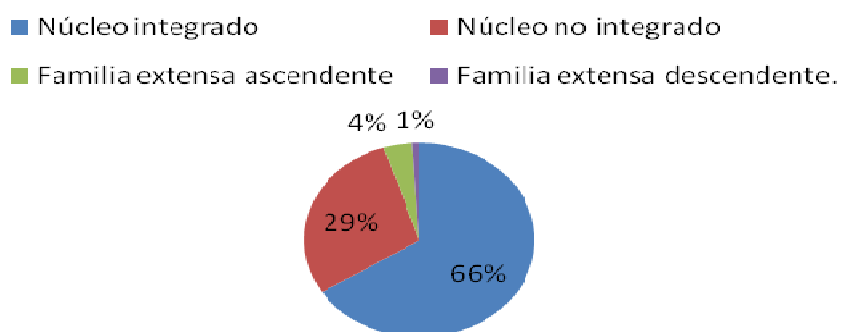
En la clasificación de familias sin parentesco se identifico una sola familia monoparental extendida sin parentesco.

TABLA 9. Clasificación de familias con base en la presencia física y convivencia de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. Junio a octubre 2008.

Núcleo integrado	66
Núcleo no integrado	29
Familia extensa ascendente	4
Familia extensa descendente.	1

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 10. Tipo de familia con base en la presencia física y convivencia adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre del 2008.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

En el 66% de las familias encuestadas se encontró con núcleo integrado, pero también se encontró que el 29%, el núcleo familiar se encuentra desintegrado, así como las familias extensas ascendente y extensa descendente son mínimas.

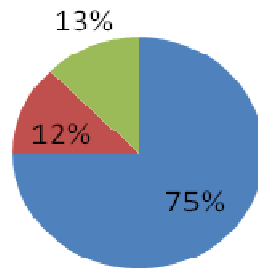
Tabla 10. Clasificación de estilos de vida originados por cambios sociales: de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre 2008.

Personas que viven solas.	6
Personas que viven en familia grupal	1
Familia que vive en poligamia	1

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 11. Estilos de vida originados por cambios sociales, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del issste en Zacatlán, Pue., De Junio a Octubre 2008.

- Personas que viven solas.
- Personas que viven en familia grupal
- Familia que vive en poligamia



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

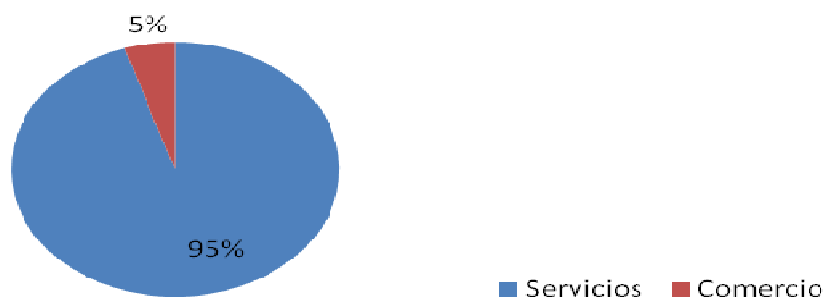
Los estilos de vida originados por cambios sociales, en las familias se encuentran 6 personas que viven solas, una que vive en familia grupal y una que vive en poligamia.

TABLA 11. Clasificación de familias en base a sus medios de subsistencia de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre 2008.

Medios de subsistencia	Número de familias
Servicios	95
Comercio	5

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 12. Clasificación de familias con base en sus medios de subsistencia de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre 2008.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los medios de subsistencia de este grupo de familias son el 95% en el servicio y el 5% son comerciantes.

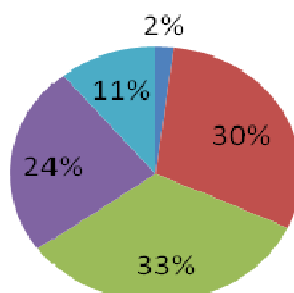
TABLA 12. Clasificación de familias en base a su ciclo vital de la familia en que se encuentra, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre 2008.

Ciclo vital de la familia	Número de familias
Matrimonio	2
Expansión	30
Dispersión	33
Independencia	24
Retiro y muerte	11

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 13. Etapas del ciclo vital familiar de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre del 2008.

■ Matrrimonio ■ Expansión ■ Dispersión ■ Independencia ■ Retiro y muerte



FUENTE: Aplicación de la Cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

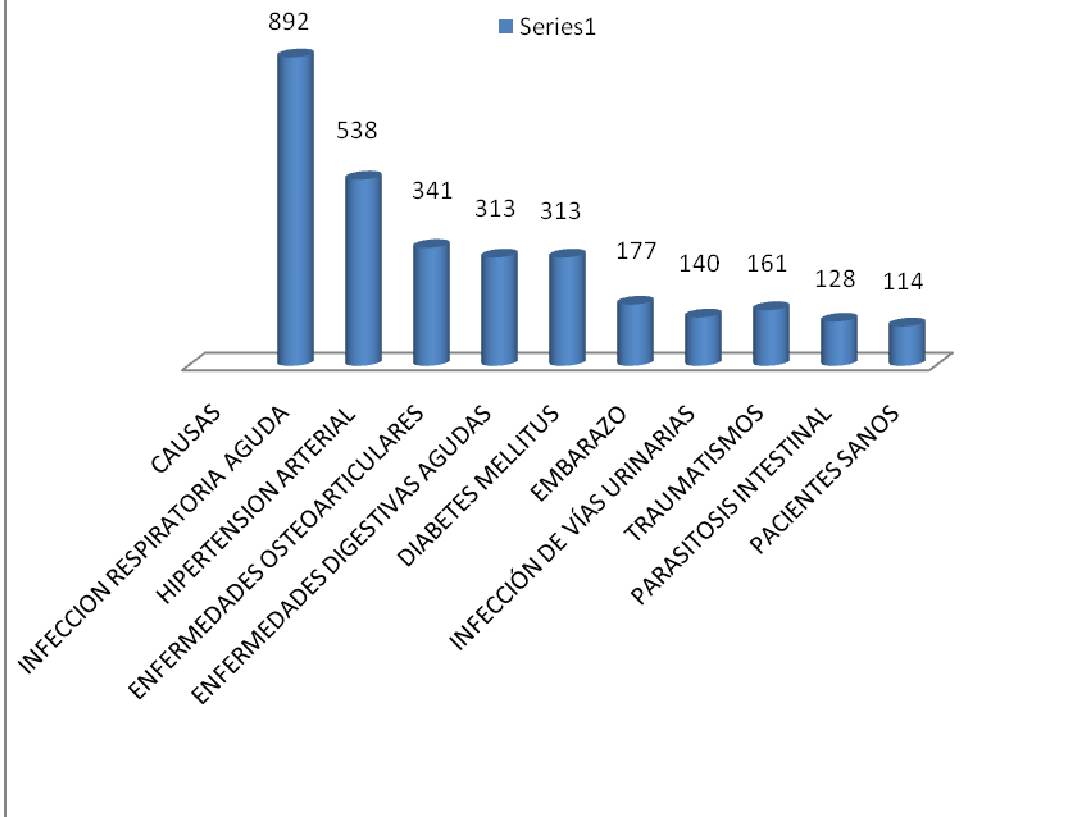
Las familias se encuentran en diferentes etapas del ciclo vital familiar, identificando en la fase de dispersión 33%; en la de expansión el 30%, así como en la fase de independencia hay 24 familias, en la etapa de retiro y muerte en el 11% y el 2% en la etapa de matrimonio.

**TABLA 13. Diez causas más frecuentes de consulta médica
en el consultorio 2 de la unidad de medicina familiar en Zacatlán, Puebla.
Del 01 de junio del 2007 al 30 de mayo del 2008.**

No.	Causas de consulta	Consultas	Porcentaje
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	892	17.14
2	HIPERTENSION ARTERIAL	538	10.34
3	ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	341	6.55
4	ENFERMEDADES DIGESTIVAS AGUDAS	313	6.02
5	DIABETES MELLITUS	313	6.02
6	EMBARAZO	177	3.40
7	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	140	2.70
8	TRAUMATISMOS	161	3.09
9	PARASITOSIS INTESTINAL	128	2.46
10	PACIENTES SANOS	114	2.19

FUENTE. Informe diario de labores del médico (SM-10-1).

GRÁFICO 14. Causas más frecuentes de consulta en el consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. Junio 2007 a mayo 2008.



FUENTE. Informe diario de labores del médico (SM-10-1).

La causa más frecuente de consulta de la unidad son los padecimientos de vías respiratorias agudas, en un 17.4% de frecuencia, le sigue la hipertensión arterial en un porcentaje de 10.34%, en el tercer lugar se encuentran las enfermedades osteoarticulares; en el lugar cuarto se localizan las enfermedades digestivas, en el quinto lugar se encuentra la diabetes mellitus. Así como en el décimo lugar un grupo de pacientes sanos.

TABLA 14. Diez causas más frecuentes de consulta médica de primera vez en el consultorio 2 de la unidad de medicina familiar en Zacatlán, Puebla. Del 01 de junio del 2007 al 30 de mayo del 2008.

No.	Causas de consulta de primera vez	Consultas	PORCENTAJE
1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	806	23.58
2	ENFERMEDAD DIGESTIVA AGUDA	284	8.31
3	ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES.	262	7.66
4	INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS	122	3.57
5	PARASITOSIS INTESTINAL	127	3.72
6	PACIENTE SANO	108	3.16
7	TRAUMATISMOS	102	2.98
8	CERVICOVAGINITIS	90	2.63
9	DISLIPIDEMIA	88	2.57
10	DERMATITIS	73	2.14

FUENTE. Informe diario de labores del médico (SM-10-1).



FUENTE. Informe diario de labores del médico (SM-10-1).

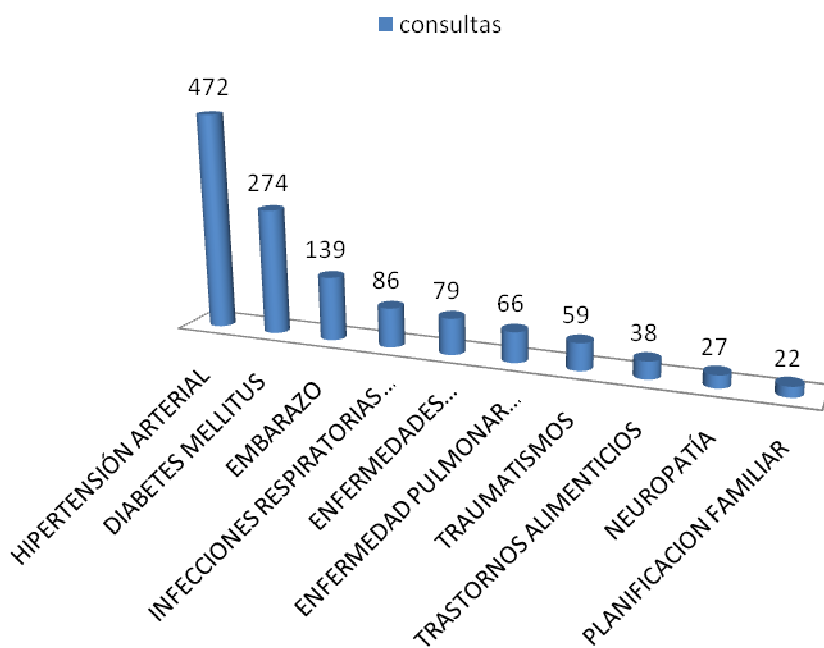
En las diez causas más frecuentes de consulta de primera vez se encuentra en el lugar número uno, las infecciones de vías respiratorias agudas, con un porcentaje de 23.58%, como segundo lugar las infecciones digestivas agudas con un porcentaje de 8.31%, así como en tercer lugar las enfermedades osteoarticulares 7.66%; las infecciones de vías urinarias, las parasitosis intestinales y pacientes sanos son los siguientes, en el séptimo lugar los traumatismos, en el octavo lugar se hallan las cervicovaginitis con el 2.63%, en el noveno lugar consultas por dislipidemias con un porcentaje del 2.57%.

**TABLA 15 Diez causas más frecuentes de consulta médica subsecuente en el consultorio 2 de la unidad de medicina familiar en Zacatlán, Puebla.
Del 01 de junio del 2007 al 30 de mayo del 2008.**

No.	Causas de consulta	consultas	Porcentaje
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	472	26.44
2	DIABETES MELLITUS	274	15.35
3	EMBARAZO	139	7.79
4	INFECCION ES RESPIRATORIAS AGUDAS	86	4.82
5	ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES	79	4.42
6	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	66	3.70
7	TRAUMATISMOS	59	3.30
8	TRASTORNOS ALIMENTICIOS	38	2.13
9	NEUROPATÍA	27	1.51
10	PLANIFICACION FAMILIAR	22	1.23

FUENTE. Informe diario de labores del médico (SM-10-1).

GRAFICO 16. Causas más frecuente de consulta subsecuente de la población adscrita a la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre 2008.



FUENTE. Informe diario de labores del médico (SM-10-1).

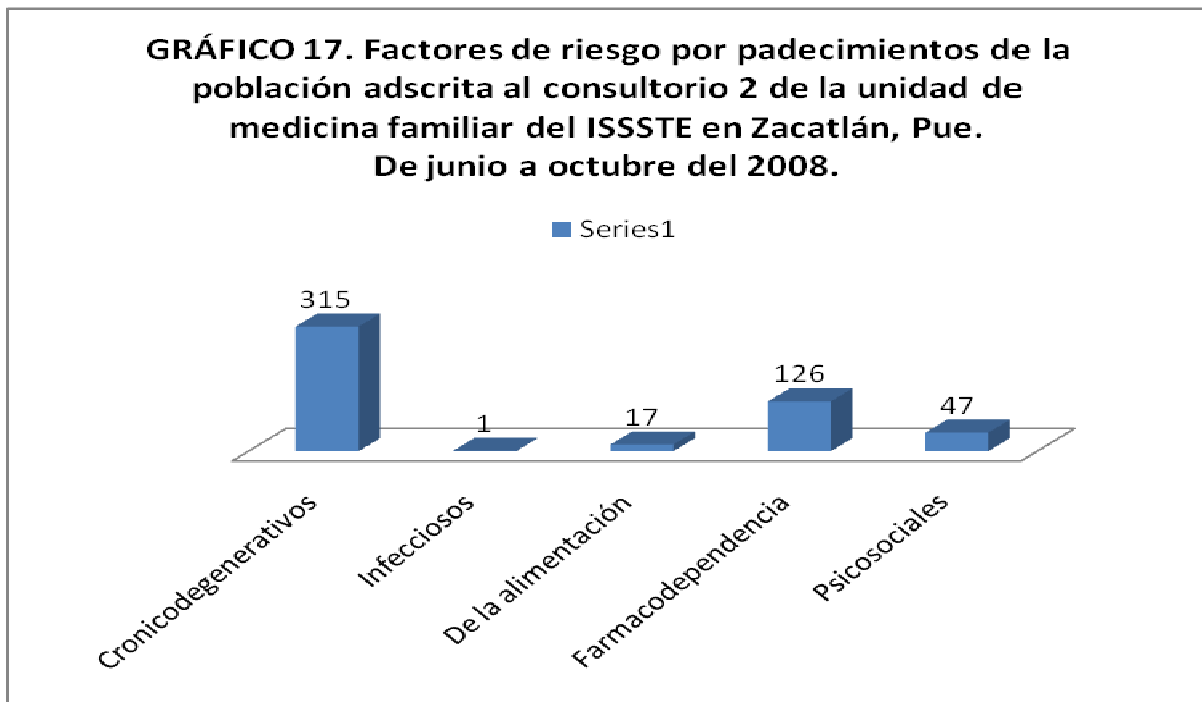
En las consultas subsecuentes se encuentra como primer lugar la hipertensión arterial en un porcentaje de 26.44% de las consultas subsecuentes, seguido de la diabetes en un porcentaje de 15.35%, y en tercer lugar la atención a embarazos en un 7.79%, le siguen las infecciones de vías respiratorias subsecuentes, las enfermedades osteoarticulares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en el séptimo lugar se hallan los traumatismos siguiendo los trastornos alimenticios; en el noveno lugar se encuentran las neuropatías con un 1.51% y como décimo la planificación familiar con un 1.23%.

TABLA 16 Determinación de factores de riesgo de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla. De Junio a Octubre del 2008.

TIPO DE RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PADRE		MADRE		HIJOS		ABUELOS		TIOS		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
Enfermedades crónicas degenerativas	DM2	13	12.8	13	12.8	2	1.9	51	50.4	22	21.78	101	100
	HAS	24	23.3	13	12.6	1	0.9	52	50.4	13	12.62	103	99.9
	Enfs. Corazón	1	2.43	4	9.75	1	2.4	27	65.8	8	19.51	41	99.9
	CaCu.			2	33.3			2	33.3	2	33.3	6	99.9
	Ca mama.							3	75	1	25	4	100
	Ca. Próstata.	1	50					1	50			2	100
	Otro Cáncer.			3	10.3	1	3.4	12	41.3	13	44.82	29	99.9
	Insuf. renal												
	Enf. Cerebrovascular	1	7.14					11	78.5	2	14.28	14	99.9
	Asma bronquial.			5	33.3	3	20	6	40	1	6.66	15	99.9
Infecciosas	Sida/VIH											0	
	Otra ETS											0	
	Hepatitis B ó C											0	
	TBP			1								1	100
Trastornos de la alimentación	Desnutrición.					1						1	100
	Obesidad.	3	20	4	26.6	3	20	2	13.3	3	20	15	99.9
	Anorexia /bulimia.					1						1	100
Fármaco dependencia	Tabaquismo	15	27.7	10	18.5	6	11.1	8	14.8	15	27.7	54	99.9
	Alcoholismo.	25	34.7	9	12.5	4	5.5	15	20.8	19	26.3	72	99.9
	Otra fármaco-depen.											0	

TIPO DE RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PADRE		MADRE		HIJOS		ABUELOS		TIOS		TOTAL	
Psico-sociales y laborales.	Enfs. Psiquiátricas.	1	33.3			1	33.3	1	33.3			3	99.9
	Violencia intrafamiliar	16	69.5	6	26	1	4.3					23	99.9
	Discapacidad.	1	5.88			3	17.6			13	76.4	17	99.9
	Riesgo ocupacional	4	100									4	100
TOTALES		105	20.7	70	13.8	28	5.5	191	37.7	112	22.1	506	99.9

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



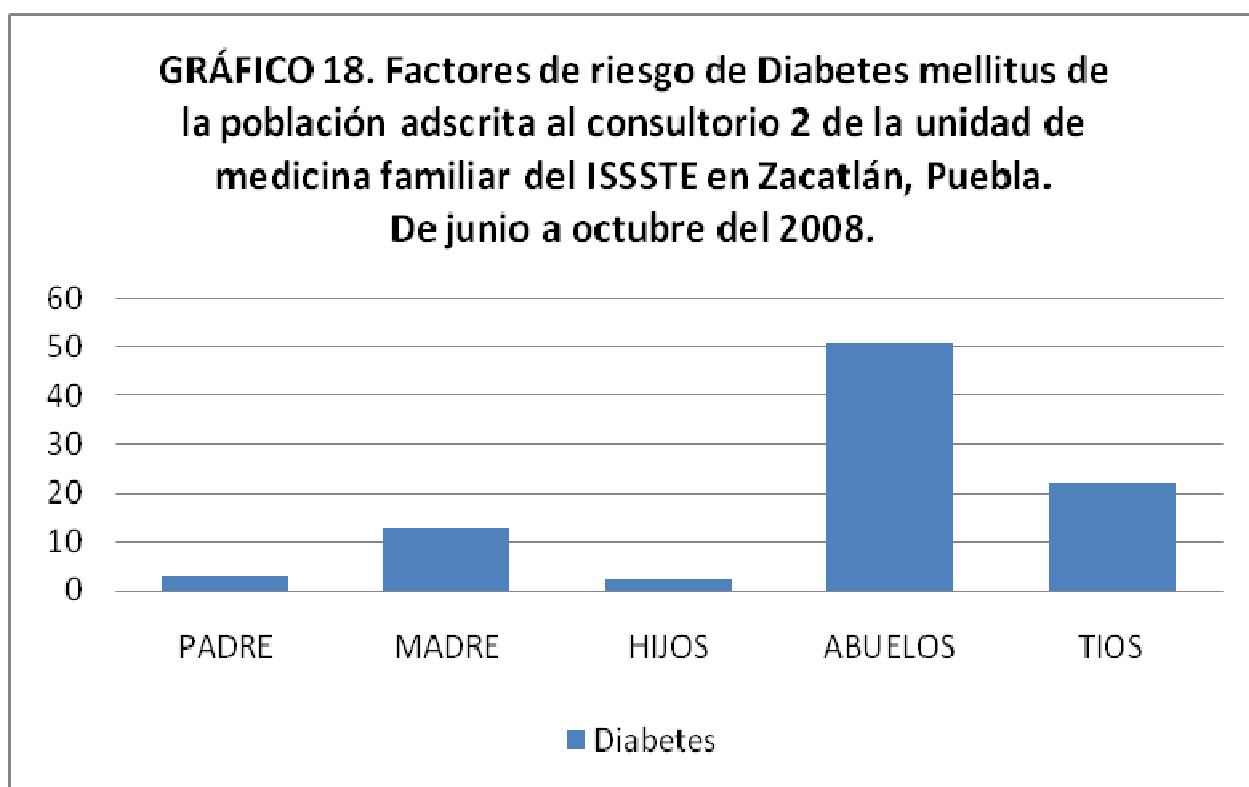
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

El padecimiento que da mayores factores de riesgo son los crónico degenerativos, el de menor riesgo es en los infecciosos, la farmacodependencia da también factores en cantidad importante.

TABLA 17. Factores de riesgo de diabetes mellitus, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
DIABETES	3	13	2	51	22
PORCENTAJE	3	14	2	56	24

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

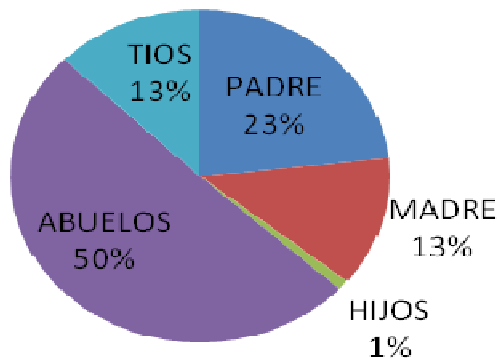
En los factores de riesgo para la diabetes mellitus se identifican en mayor cantidad en los abuelo en el 56%, en los tíos el 24%, el mínimo riesgo se encuentra en los hijos.

TABLA 18. Factores de riesgo de hipertensión arterial, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	24	13	1	52	13
PORCENTAJE	23	13	1	50	13

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 19. Factores de riesgo de hipertensión arterial de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar de ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre del 2008.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los factores de riesgo para la hipertensión arterial los da en mayor proporción los abuelos con un 50% , posteriormente las padres en un 23%, las madres aportan el 13% en el riesgo de padecer hipertensión arterial y el grupo menor son los hijos con 1%.

TABLA 19 Factores de riesgo de enfermedades cardíacas, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

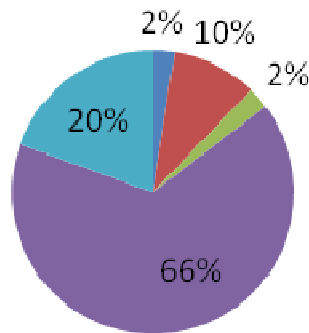
	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
ENFERMEDADES CARDIACAS	1	4	1	27	8
PORCENTAJE	2	10	2	66	20

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 20. Factores de riesgo para enfermedades cardíacas de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue.

De junio a octubre del 2008.

■ PADRE ■ MADRE ■ HIJOS ■ ABUELOS ■ TIOS



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

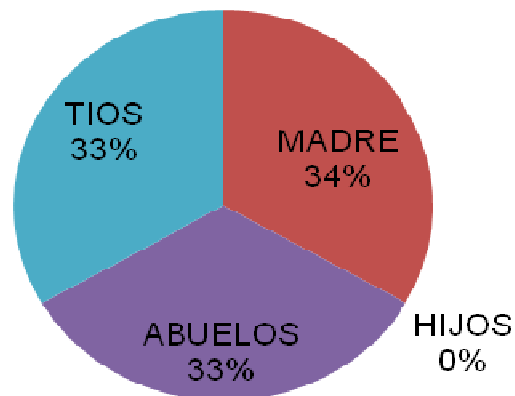
Para las enfermedades cardíacas, los abuelos proporcionan el mayor número de factores de riesgo, el menor los padres y los hijos. Pero también proporcionan factores de riesgo en forma importante las madres y aún los tíos.

TABLA 20. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
CÁNCER CERVICAL	0	2	0	2	2
PORCENTAJE	0	34	0	33	33

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRAFICO 21. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino. De la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla. De junio a octubre del 2008.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

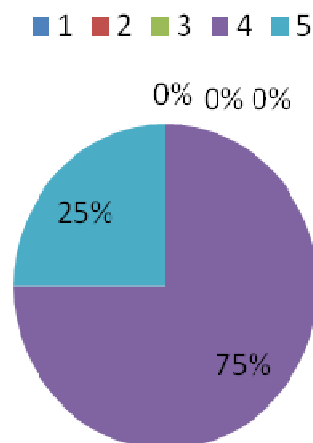
Los factores de riesgo para al cáncer cervicovaginitis son proporcionados en igual cantidad por madres, tíos y abuelos.

TABLA 21. Factores de riesgo de cáncer de mama, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
CÁNCER DE MAMA	0	0	0	3	1
PORCENTAJE	0	0	0	25	75

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRAFICO 22. Factores de riesgo de cáncer de mama de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. De junio a octubre del 2008.



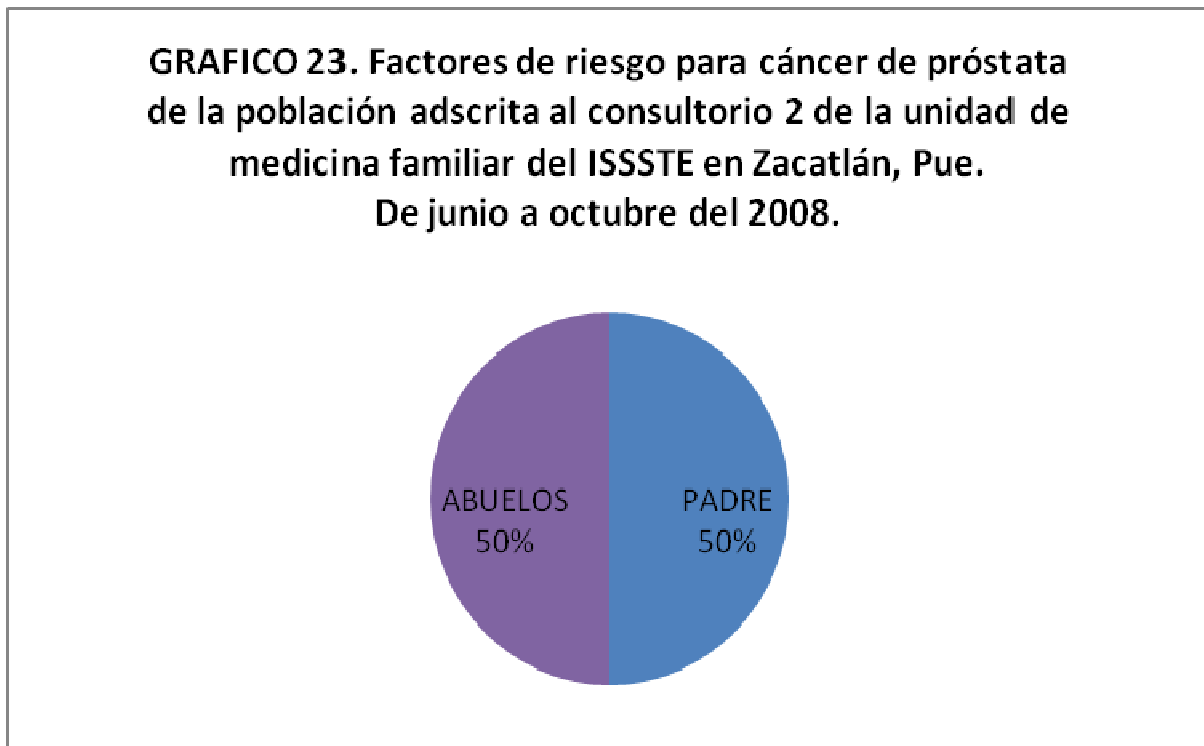
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los factores de riesgo para cáncer de mama, únicamente son proporcionados por abuelos y tíos. Y en mayor proporción los abuelos.

TABLA 22 Factores de riesgo de cáncer de próstata, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
CÁNCER DE PROSTATA	1			1	
PORCENTAJE	50	0		50	

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



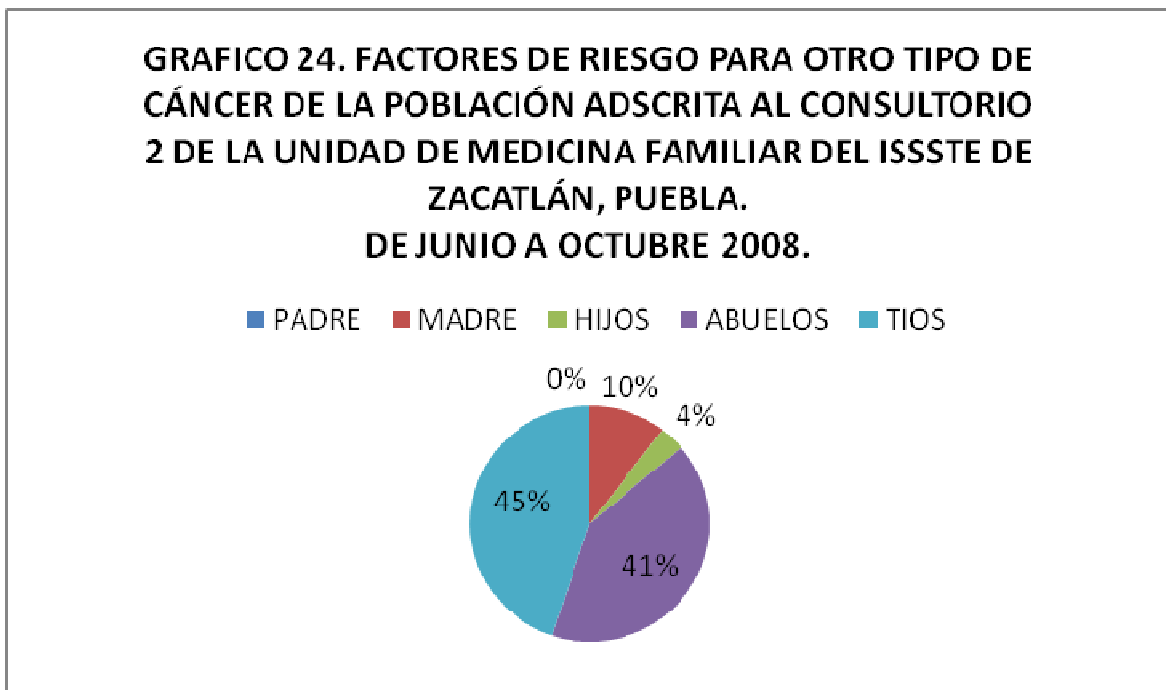
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los factores de riesgo para cáncer de próstata son mínimos, encontrándolos en padre y abuelo. Con un solo caso en cada grupo.

TABLA 23. Factores de riesgo de otro tipo de cáncer, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
OTRO CÁNCER		3	1	12	13
PORCENTAJE	0	10	4	41	45

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los que aportan más factores de riesgo para otro tipo de cáncer son los tíos y los abuelos; en menor proporción son las madres y los hijos, los padres no aportan.

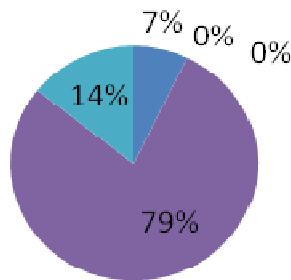
TABLA 24. Factores de riesgo de enfermedades cerebro vasculares, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	1			11	2
PORCENTAJE	7	0	0	79	14

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRAFICO 25. FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN ZACATLÁN, PUE. DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2008.

■ PADRE ■ MADRE ■ HIJOS ■ ABUELOS ■ TIOS



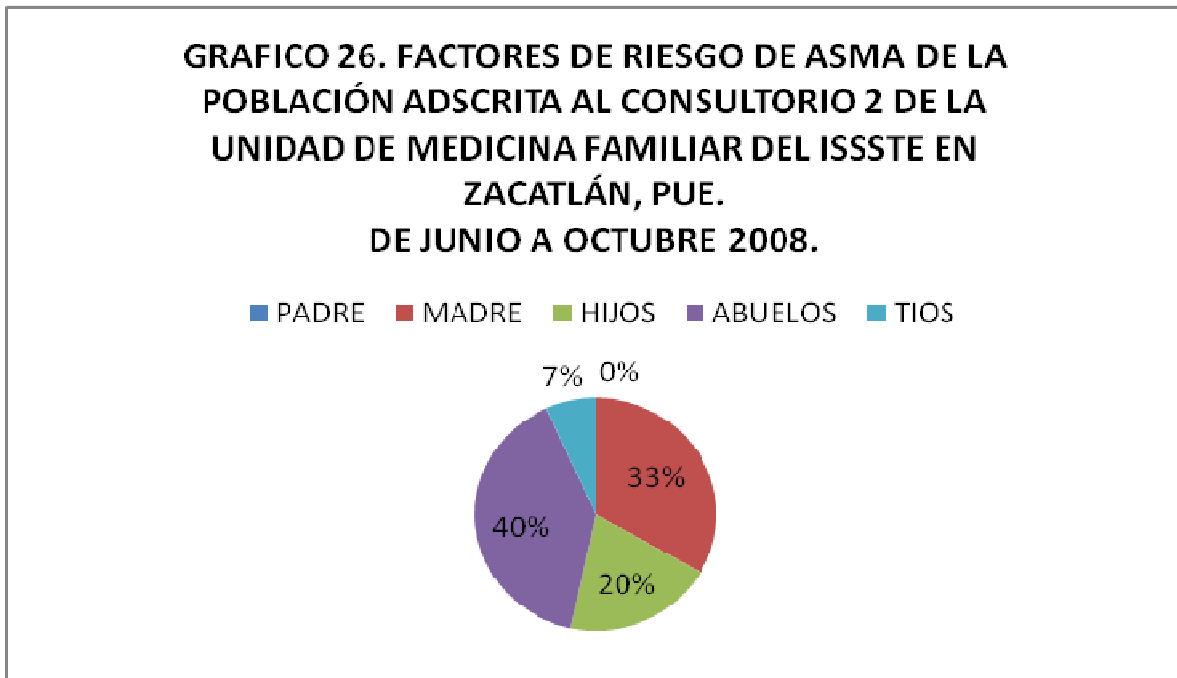
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los abuelos aportan los mayores factores de riesgo de enfermedades cerebro vasculares, en un 79%, los tíos un 14% y los padres un 7%. Sin aportes las madres y los hijos.

TABLA 25. Factores de riesgo de asma, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
ASMA		5	3	6	1

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

En los factores de riesgo para el asma se encuentra en el 40% los abuelos, 33% las madres, y 7% los tíos. Los hijos aportan el 20% y los padres no aportan factores de riesgo.

TABLA 26 Factores de riesgo de Tuberculosis pulmonar, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
TUBERCULOSIS PULMONAR		1			

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Solo se encontró a una madre con este aporte de tuberculosis pulmonar.

TABLA 27 Factores de riesgo de desnutrición, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
DESNUTRICIÓN.			1		

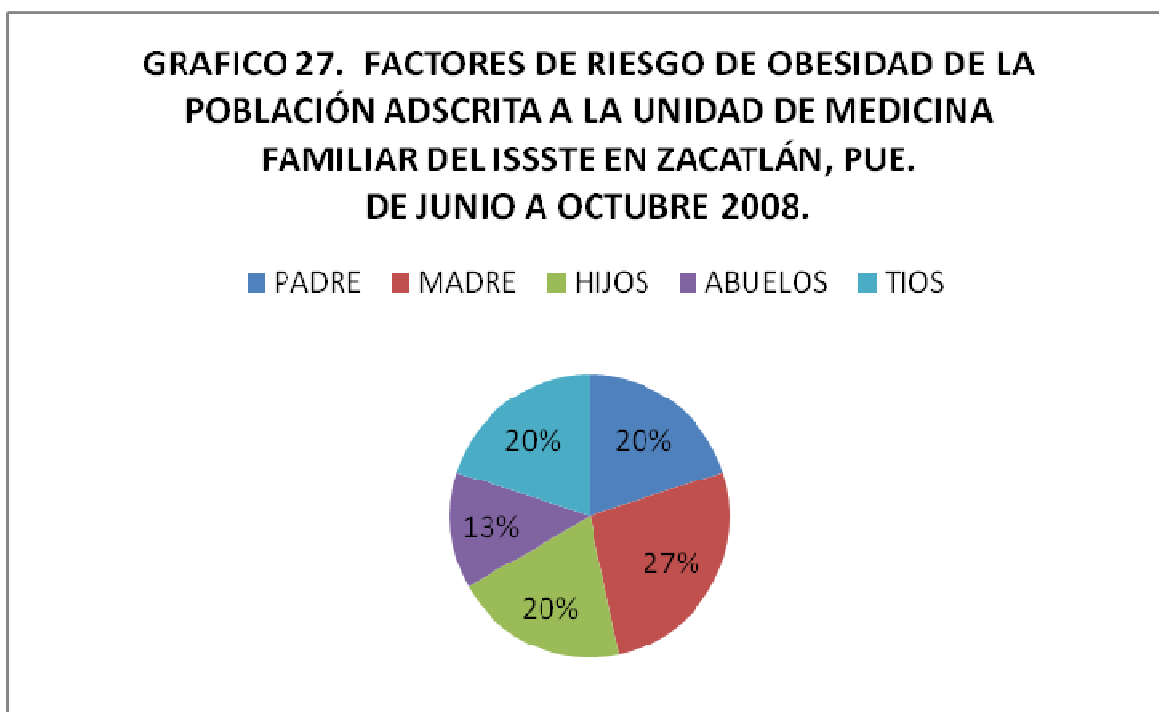
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Se identificó un solo factor de riesgo para desnutrición, siendo un hijo.

TABLA 28 Factores de riesgo de obesidad, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
OBESIDAD	3	4	3	2	3
PORCENTAJE	20	27	20	13	20

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Para la obesidad los factores de riesgo se encontraron en un mayor porcentaje en las madres, aún cuando los padres, hijos y abuelos presentan éstos riesgos.

TABLA 29. Factores de riesgo de anorexia, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
ANOREXIA			1		

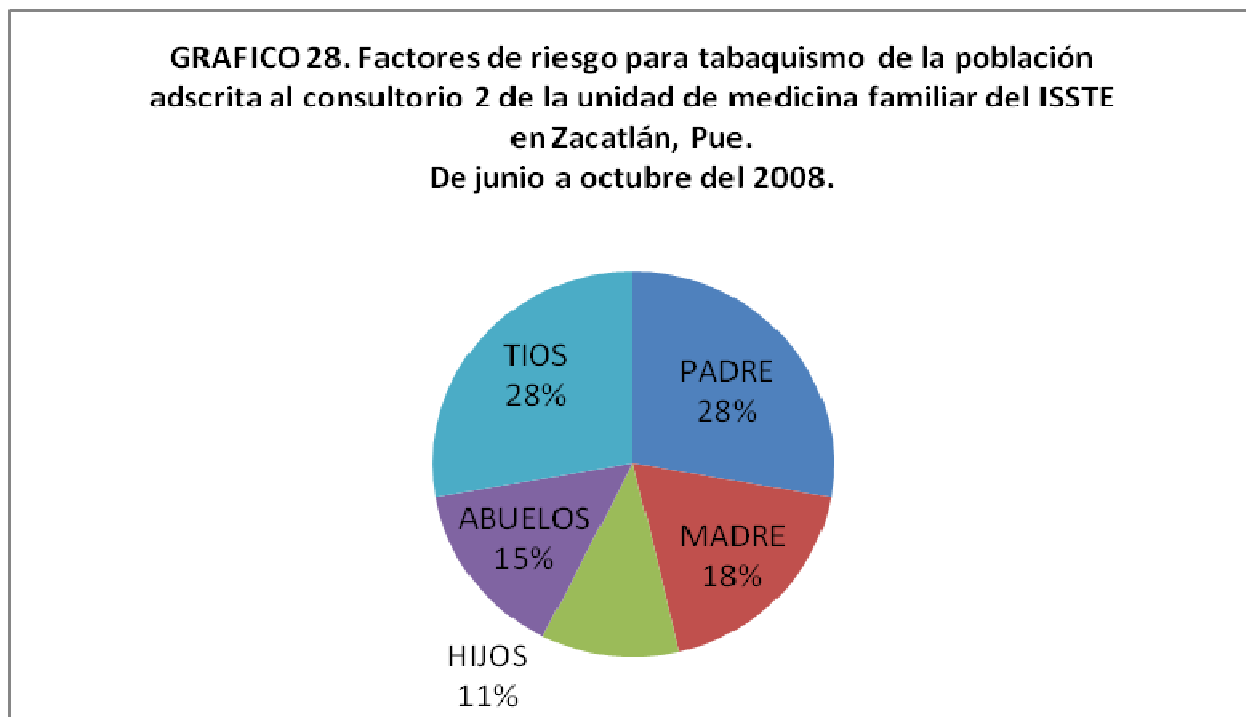
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los factores de riesgo solo los aporta un hijo.

TABLA 30. Factores de riesgo de tabaquismo, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
TABAQUISMO	15	10	6	8	15

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

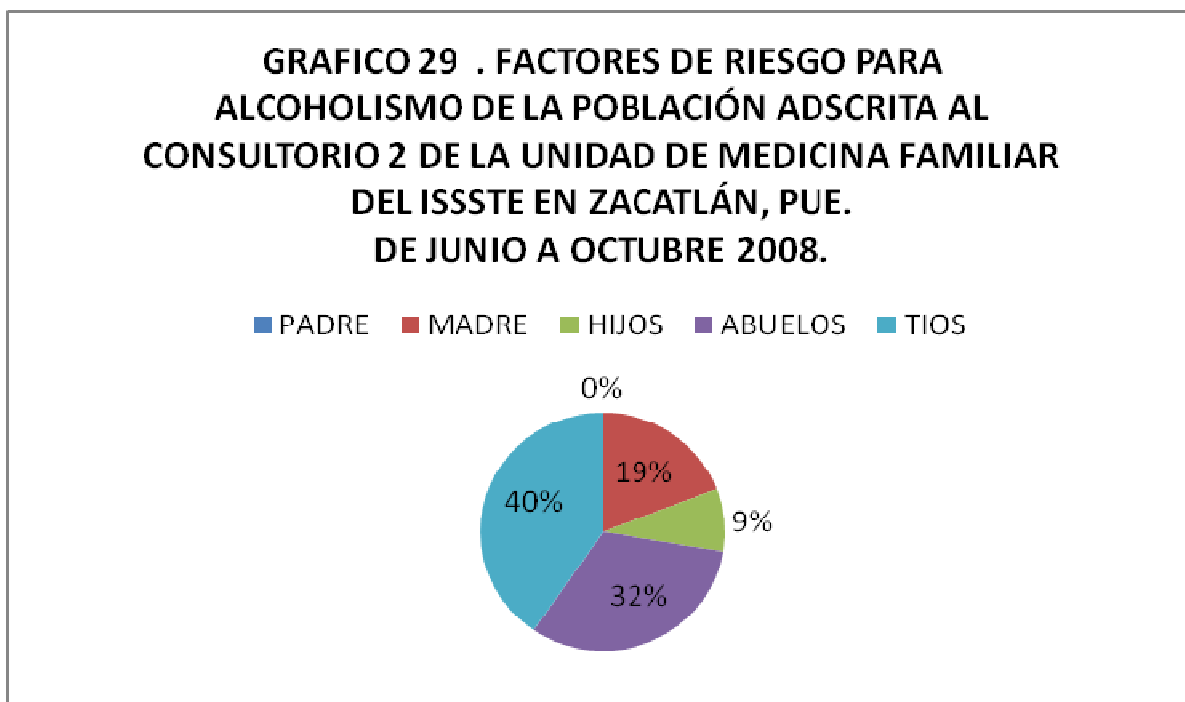


El factor de riesgo de tabaquismo se encuentra aportado, por los padres en un 28%, las madres un 18%, los hijos el 11% y los tíos 28%.En los abuelos el 15%.

TABLA 31 Factores de riesgo de alcoholismo, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
ALCOHOLISMO	25	9	4	15	19

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



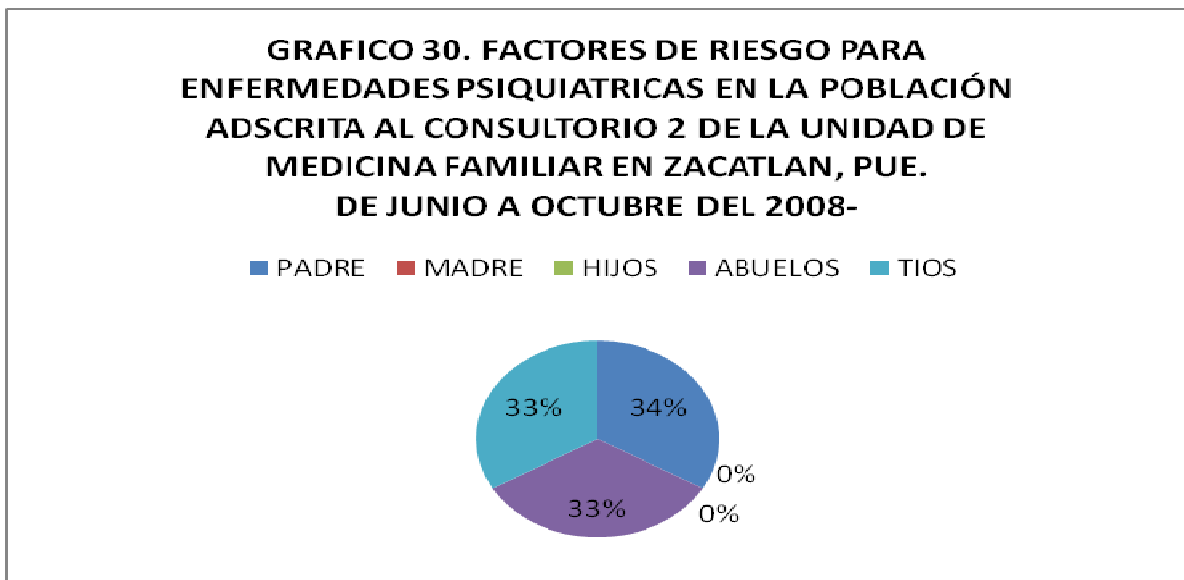
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los factores de riesgo de alcoholismo se encuentra en los padres con un 25%, en los abuelos en un 32%, las madres un 19% y en los hijos un 9%. Los tíos el mayor grupo con 40%.

TABLA 32 Factores de riesgo de enfermedades psiquiátricas, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	1		1	1	

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



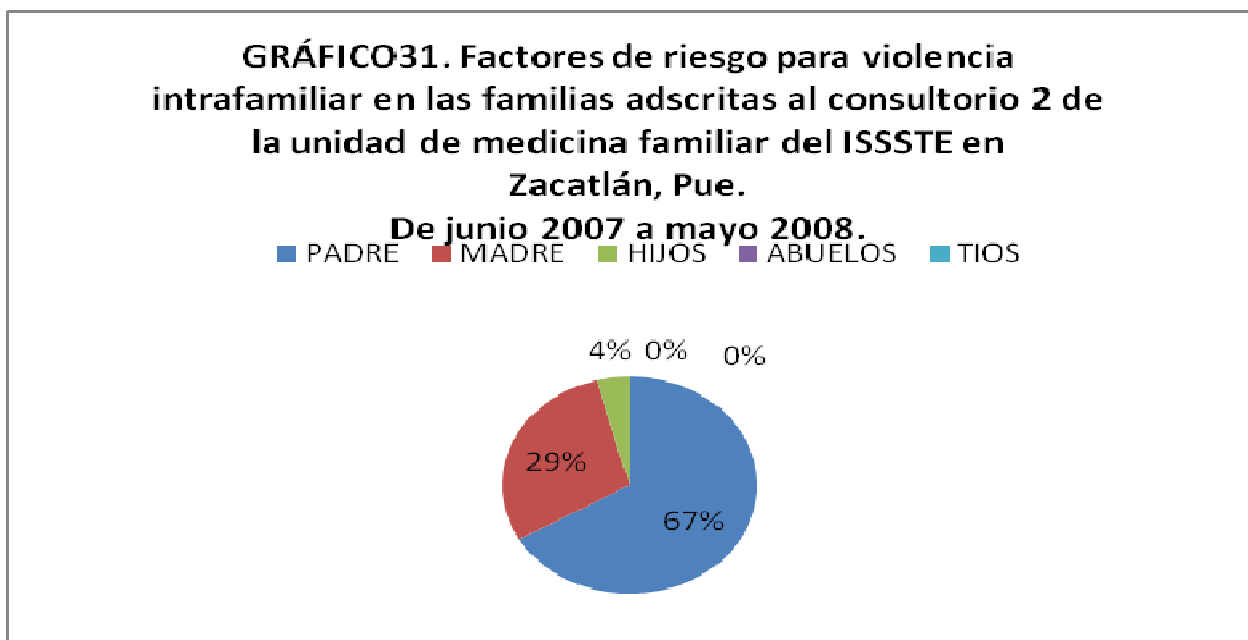
FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los factores de riesgo para enfermedades psiquiátricas solo se encontraron en un padre, en un hijo y en un abuelo.

TABLA 33. Factores de riesgo de violencia intrafamiliar, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	16	7	1		

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

La violencia intrafamiliar se encontró como factor de riesgo en 16 padres, en 7 madres y en 1 hijo.

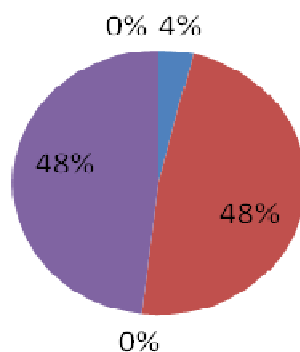
TABLA 34.. Factores de riesgo de discapacidad, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
DISCAPACIDAD	1	13		13	

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

GRÁFICO 32. Factores de riesgo de discapacidad de las familias adscritas al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. Junio 2007 a mayo 2008.

■ PADRE ■ MADRE ■ HIJOS ■ ABUELOS ■ TIOS



FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Los factores de riesgo de discapacidad se encuentran en

TABLA 35 Factores de riesgo de riesgo laboral, de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue., de Junio a octubre del 2008.

	PADRE	MADRE	HIJOS	ABUELOS	TIOS
RIESGO LABORAL	4				

FUENTE: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar. Del Departamento de medicina familiar de la facultad de medicina. UNAM.

Solo se detectan 4 padres con riesgo laboral.

Los menores de 15 años es una población que ha disminuido por los programas de planificación familiar, las trabajadoras que han tenido paridad satisfecha solicitan en ésta unidad un método definitivo, por lo tanto hay una población menor a la media nacional.

La cantidad de jóvenes y adultos se encuentran cercanos a la media nacional,

El número de adultos mayores es mayor ya que es un grupo de edad que frecuentemente padece enfermedades crónico degenerativas, con tratamientos de por vida y se les hace más fácil acudir cada mes a su consulta de control que ir a comprar el medicamento. Así como, en el Instituto se ha dado la facilidad de dar de alta a los padre, abuelos y bisabuelos del trabajador aumentando la población en éste grupo de edad.

Las características sociodemográficas de las familias de la unidad es que son casados, con un promedio de 20 años de unión conyugal, la edad de los padres varía entre 21 y 90 años siendo un promedio de 47 años, la ocupación de los padres son profesor y empleado, la de las madres profesor y ama de casa; la escolaridad de ambos padres es la licenciatura en la mayoría, siguiendo en frecuencia primaria y secundaria, se encuentran 6 padres de familia analfabetas que son el 3 % de la población, siendo el promedio nacional de 5.6; la cantidad de hijos en promedio son 3.3 hijos por familia y encontrándose 9 familias sin hijos.

En la unidad las características de las familias son: según su parentesco extenso compuesto y nuclear simple. Con núcleo integrado dedicados a los servicios y se encuentran en el ciclo vital familiar de dispersión y expansión.

A nivel nacional el número de familias nucleares son las de mayor porcentaje; las extensas en un 23.7%, en la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue, se encuentran familias nucleares incluyendo las simples y las extensas, nos da un porcentaje de 43%, y las extensas se encuentran en un 27%, encontrando que la mayoría de las familias tiene una figura paterna, de unidad de la familia.

DISCUSION.

La población mundial al 18 de octubre del 2008 es de 6,730,961,844 en una proporción por género de 51% femenino y 49 masculino,²⁵ en México su población es de 106.7 millones del cual 50.8 son femeninos y 49.2 son masculinos; por grupo de edad se encuentra: menores de 15 años 29.9% identificados como niños, de 15 a 29 años el 27.3 % que son jóvenes, de 30 a 59 años de edad son el 35.1% son adultos y el resto 8.2% mayores de 60 años, son mayores²⁶.

La población de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán se encuentra el 55% son femeninos y el 45% son masculinos; en el grupo de menos de 15 años el 19.2%, que son los niños, de 15 a 29 años, los jóvenes son el 30%, de 30 a 59 años es el 37% que son los adultos y los mayores de 60 años en un porcentaje de 13% y son los mayores.

Se encuentran en la unidad mayor población femenina, ya que la población, trabajadora es mayor en las mujeres,

En el siguiente cuadro se muestra la comparación de grupos de edad a nivel nacional y nivel local.

Grupos de edad	MÉXICO	U.M.F. ZACATLAN
Menores de 15 años Niños	29.9	19.2
De 15 a 29 años Jóvenes	27.3	30
De 30 a 59 años Adultos	35.1	37
De mayores de 60 años Adultos mayores	8.2	13

Los menores de 15 años es una población que ha disminuido por los programas de planificación familiar, las trabajadoras que han tenido paridad satisfecha solicitan en ésta unidad un método definitivo, por lo tanto hay una población menor a la media nacional,

La cantidad de jóvenes y adultos se encuentran cercanos a la media nacional,

El número de adultos mayores es mayor ya que es un grupo de edad que frecuentemente padece enfermedades crónico degenerativas, con tratamientos de por vida y se les hace más fácil acudir cada mes a su consulta de control que ir a comprar el medicamento. Así como, en el Instituto se ha dado la facilidad de dar de alta a los padre, abuelos y bisabuelos del trabajador aumentando la población en éste grupo de edad.

Las características sociodemográficas de las familias de la unidad es que son casados, con un promedio de 20 años de unión conyugal, la edad de los padres varía entre 21 y 90 años siendo un promedio de 47 años, la ocupación de los padres son profesor y empleado, la de las madres profesor y ama de casa la escolaridad de ambos padres es la licenciatura en la mayoría siguiendo en frecuencia primaria y secundaria, se encuentran 6 padres de familia analfabetas que son el 3 % de la población, siendo el promedio nacional de 5.6, la cantidad de hijos en promedio son 3.3 hijos por familia y encontrándose 9 familias sin hijos.

En la unidad las características de las familias son: según su parentesco extenso compuesto y nuclear simple. Con núcleo integrado dedicados a los servicios y se encuentran en el ciclo vital familiar de dispersión y expansión.

A nivel nacional el número de familias nucleares son las de mayor porcentaje; las extensas en un 23.7%, en la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Puebla, se encuentran familias nucleares incluyendo las simples y las extensas, nos da un porcentaje de 43%, y las extensas se encuentran en un 27%, encontrando que la mayoría de las familias tiene una figura paterna, de unidad de la familia.

Las diez primeras causas de consulta en la unidad difieren un poco de las causas internacionales y nacionales.

Se muestran en el siguiente cuadro:

Causas	Nacionales	Causas	U.M.F. Zacatlán
Infecciones respiratorias agudas.	1	Infecciones respiratorias agudas.	1
Enfermedades digestivas agudas	2	Hipertensión arterial	2
Infección de vía urinarias	3	Osteoartritis	3
Ulceras y gastritis	4	Enfermedades digestivas agudas	4
Otitis	5	Diabetes mellitus	5
Amebiasis	6	Embarazos	6
Hipertensión arterial	7	Infección de vía urinarias	7
Gingivitis	8	Traumatismos	8
Diabetes mellitus	9	Parasitosis intestinal	9
Helmintiasis	10	Pacientes sanos.	10

Las infecciones de vías respiratorias en ambas son la primera causa, debido al clima especial y a los cambios bruscos de temperatura existentes en ésta localidad, además de la exposición prolongada a temperaturas bajas en la mayoría de los días nublados y la exposición a enfermos de IRA en las escuelas, en lugares de trabajo ó lugares de concentración de personas ya que es frecuente que enfermos asistan a la escuela ó al trabajo, provocando el contagio a personas sanas ó a personas mayores.

La hipertensión arterial a nivel nacional es el lugar 7, en la unidad es la segunda, por la cantidad de pacientes adultos mayores que conforman la población.

Las enfermedades osteoarticulares que no están registrada como causa frecuente de consulta, en esta unidad ocupa el tercer lugar, debido al clima y cambios bruscos de temperatura que son factores desencadenantes de la sintomatología;

Las infecciones digestivas agudas en esta unidad ocupa el cuarto lugar y a nivel nacional el segundo debido a que en la unidad se aplican los programas de hidratación oral.

La diabetes a nivel nacional está en el noveno lugar, en la unidad ocupa el quinto, por la cantidad de adultos mayores en la población.

En el lugar sexto en la unidad se encuentran la atención a embarazadas, que no se hace notar en las estadísticas nacionales, en ésta unidad como la mayoría de pacientes son trabajadoras, le es necesario llevar su control como lo marca la NOM para que gocen de la licencia médica por 90 días para cuidados del último mes de embarazo y 60 días cuidar al recién nacido, las consultas son frecuentes.

Las I.V.U. se da en una proporción semejante a nivel nacional y local aunque en la primera ocupa el tercer lugar y en la siguiente está en el siete.

Los traumatismos son frecuentemente causas de consulta, ya que la población trabajadora viaja diariamente y está expuesta a traumatismos por accidentes automovilísticos o en general del medio de transporte.

Las parasitosis se encuentran en menor proporción a la media nacional,

Y finalmente el grupo de pacientes sanos que acuden a consulta se debe a que dos períodos en el año en las escuelas se solicitan constancias de buena salud y acuden a revisión de paciente sano.

CONCLUSIONES.

Con el presente trabajo de investigación llamado: Característica familiares, causas de consulta y factores de riesgo de la población adscrita al consultorio 2 de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Zacatlán, Pue. es útil para poder planear el trabajo futuro, en la determinación de la población se encontró que la mayoría de la población es mayor de 20 años, son familias nucleares con un núcleo integrado, encontrándose la mayoría de las familias en fase de dispersión; con factores de riesgo de hipertensión arterial, diabetes mellitus, así como de alcoholismo, tabaquismo enfermedades de corazón y violencia intrafamiliar.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

CLÍNICAS. Tener de cada familia expediente familiar y solicitar consultas familiares. Mejorar el tratamiento integral, tanto no farmacológico como farmacológico, así como las medidas generales de las enfermedades más frecuentes en ésta unidad, tales como Infecciones de vías respiratorias, Hipertensión, Enfermedades osteoarticulares, diabetes, Infecciones de vías urinarias, embarazo, Infecciones digestivas agudas, traumatismos, parasitosis intestinal y revisión del paciente sano.

EDUCATIVAS Mejorar el conocimiento, del personal de apoyo y médico del consultorio 2, para que imparta platicas y demostraciones, de las causas de mayor asistencia a la consulta, así como las medidas preventivas y disminución de factores de riesgo de la población.

ADMINISTRATIVAS. Disminuir complicaciones graves de las principales causas de consulta, así como realizar las concertaciones de medicamentos adecuada para que la cantidad de medicamentos sea conveniente para el manejo de los enfermos identificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Pita Fernández, S. Vila Alonso MT, Carpente Montero J. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A. Coruña (España) CAD ATEN PRIMARIA 1997;4. 75-78. Actualizada 10/2002
- 2.- 5º.Coloquio Nacional y 3º. Internacional de Profesores Investigadores en Medicina Familiar. 15-17 junio de 2005. Unidad de seminario Dr. Chávez” Vivero Alto, Ciudad Universitaria, Coyoacán, México, D. F.
- 3.-Arnulfo Irigoyen C, Ma. Eugenia P. de L. C., Clemencia HR,, Georgina Fs., M. Ángel FO, J. José MR. Fundamentos de Medicina Familiar, Editorial Medicina Familiar Mexicana. MCMXCVI. Cuarta edición. Pag. 11-20.
- 4.-Irigoyen CA, Fernández OMA, Mazón RJJ, Fundamentos de Medicina Familiar. Cuarta Edición. 1996. pag.3-38.
- 5.-Laín Entralgo, Pedro (1978, reimpresión 2006), Historia de la Medicina., Elsevier, MASSON, Barcelona. ISBN 978-84-458-0242-7.
[http://es.wikipedia.org/wiki/Historia de la medicina.](http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_medicina)
- 6.-Archivo en Medicina Familiar MG S13 edigraphic.com Vol 7 supl 1 2005. pp 13-14.
- 7.- Galindo Barrientos Rosa Isela. Plan único de especializaciones médicas. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de Facultad de Medicina Familiar. Pag 5-7.
- 8.- Arnulfo Irigoyen C. Herlinda ML. MOSAMEF. Bases conceptuales. Editorial Medicina Familiar Mexicana.2000.
- 9.- Gómez CFJ.Irigoyen CAE, Ponce RER. Material didáctico del curso de Metodología de la investigación para tesis. Curso de especialización en Medicina Familiar. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. 2008.
- 10.- Gené-Badia J. La medicina familiar en la nueva Europa. Atención primaria 1992; 10:703-704.
- 11.- Soberón G., Martuscelli-Quintana J. Álvarez manilla JM. La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México. Salud pública Mex. 1988; 30:683-690.

12.- Hennen BK. Continuity of Care .In;Shires D, Hunnen B. Eds. Family Medine A Guidebook for practitioners of the art. Mac Graw-Hill, INC. 1980: p 3.

13.- Golberg B. Asistencia sanitaria basada en la población. Taylor B. Fundamentos de medicina familiar. Barcelona Springer Verlag. 1999 p-36-38.

14.- Puerto Quintana C del, Granda Ibarra A, Rodríguez Fernández AL, Moreno Carbonell C, Padrón Alfonso A, Sopena Totaut A, et al. Higiene del medio. La Habana: Pueblo y Educación; 1981.p.833-5.

http://www.wikilearning.com/monografia/salud_ocupacional-factores_de_riesgo_nocivos_y_peligrosos/8130-4

15.-Nada o., Hartl G. OMS La exposición a riesgos ambientales provoca casi una cuarta parte de las enfermedades. Documento editado el 16 junio 2006. Ginebra. pag.1-2.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/es/>

16.- Masson. Estadística médica, Descripción de la atención primaria.2000.pag 59-76.

17.- Mazón Ramírez J,J,. Departamento de Medina Familiar Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

18.- SSA.SUIVE.DIRECCIÓN General de Epidemiología. (4 de septiembre del 2007)

19.- INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI Conteo de población y vivienda 2005.

20.http://www.ssep.puebla.gob.mx/ssep/resultadosdep.jsp?palabra=morbilidad&servicios=0&boletines=3&legal=4&trans=0&otros=67&id_servicio=1&valtodas=1&valfrases=1&valalgunas=1&palabras=%20&frase=%20&alguna=%20&contx=5

21. <http://www.nutremuevetuvida.uady.mx/articulos/articulos.php?id=1>

22. García R., Pelayo y Gross. Pequeño Larousse Ilustrado. Décima quinta edición. Ediciones Larousse 1991.

23. Gudiño Coronado Mauricio. Una visión de futuro Zacatlán. Fundación de occidente. 2002. Pags. 45 a 146.

24. <http://www.zacatlan.com.mx/clima.html>

25 Colaboradores de Wikipedia. Población mundial [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2008 [fecha de consulta: 17 de octubre del 2008]. Disponible en <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Poblaci%C3%B3n_mundial&oldid=21030677>.

26.
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2008/poblacion0.doc>

ANEXOS. 1



Folio:

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ No. Expediente del informante: _____

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:

Edo. Civil de los padres: Casados () U. libre () Otro ()
Años de unión conyugal _____
Edad del padre _____ Edad de la madre: _____
Ocupación del padre: _____
Ocupación de la madre: _____
Escolaridad del padre: _____
Escolaridad de la madre: _____
Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____
Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____
TOTAL: _____

CLASIFICACION DE LA FAMILIA: MARQUE CON UNA EQUIS (X)

A) Parentesco:

Nuclear () Nuclear simple () Nuclear numerosa ()
Reconstruida (binuclear) () Monoparental ()
Monoparental extendida () Extensa () Extensa compuesta ()
No parental ()

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

C) Con base en la presencia física y convivencia:

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

D) Estilos de vida originados por cambios sociales:

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

E) Con base en sus medios de subsistencia:

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

F) Etapa del ciclo vital familiar:

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

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Factor de riesgo	Padre	Madre	Hijos	Abuelos	Tíos
Diabetes					
Hipertensión					
Cardiopatía					
Ca. Cu					
Ca. Mama					
Ca. Próstata					
Otro cáncer					
Insuf. Renal					
Enf. cerebrovascular					
Asma bronquial					
VIH/SIDA					
Otras ETS					
Hepatitis B o C					
Tuberculosis pulmonar					
Desnutrición					
Obesidad					
Anorexia/bulimia					
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Otra adicción					
Enf. Psiquiátrica					
Violencia familiar					
Discapacidad					
Riesgo ocupacional					

Departamento de Medicina Familiar Facultad de Medicina. UNAM.
--

INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO

Día	Mes	Año

Dirección General Médica

CLAVE SM-10-1

MARIA ARACELI ESCOBEDO GA	87192	MED. GENERAL	08:00 A 16:00 HRS.	21 07 05	ZACATLAN, PUEBLA
Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario de consultas	Unidad
LOCALIDAD Y ENTIDAD					

Para sustituciones:

Nombre y firma del Médico sustituto	Clave:	Causa:
-------------------------------------	--------	--------

NOMBRE Y FORMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHOS

N.º de consulta	Nombre del Paciente	Expediente	vigencia		Tipo de Caso	Sexo		Foraneo	Solicitud			Aprobado	Motivo de la Licencia			Número de serie de Licencia Médica	Días de L.M.	N.º de medicamentos	Motivo de Consulta						
			si	no		M	F		Lab	RX	Interons		subrog	PRT	RT				NP	Código	Diagnostico	1a. Vez	sub-sec.	No otorgadas	
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									