

Características familiares, factores de riesgo y principales motivos de atención en la consulta externa

Norma Palomares Vargas*

RESUMEN

Objetivos: identificar las características, las 10 causas más frecuentes de consulta matutina y los factores de riesgo de las familias del consultorio núm. 4 de la Clínica de Medicina Familiar (CMF) 5 de Febrero, ISSSTE, DF.

Participantes y métodos: se estudiaron 1,607 pacientes del consultorio núm. 4 de esta unidad. La muestra no aleatoria fue de $N = 126$. Se aplicó la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) a los pacientes del turno matutino para detectar sus factores de riesgo y sus características familiares. Se realizó la pirámide poblacional mediante el informe diario del médico y los expedientes y se obtuvieron las 10 causas más frecuentes de consulta, realizada de marzo de 2010 a enero de 2011.

Resultados: la pirámide poblacional reflejó: predominio del sexo femenino, grupo etario de 65 años y más y promedio de años de casados de 25 a 29. Las características familiares predominantes fueron: tipo nuclear simple, Apgar mayor a 13, fase de retiro, promedio de hijos de 2.66, escolaridad promedio de 9.8 años y trabajo de empleados. Sus redes de apoyo eran buenas: viviendas con todos los servicios y sin hacinamiento. Su ingreso mensual era de tres salarios mínimos, que eran aportados por dos personas. Sus principales factores de riesgo eran: obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y adicciones. Las mujeres fértiles no contaban con métodos anticonceptivos y acudían anualmente a citología vaginal y a revisión mamaria, cuyos resultados fueron negativos.

Conclusiones: la mayoría de los sujetos estudiados conforman familias nucleares de nivel socioeconómico medio, tienen escolaridad media superior y factores de riesgo que corresponden a los de la mayoría en las etapas de desarrollo de las grandes ciudades. Predominan las familias de la tercera edad, cuyas enfermedades son las mismas que se reportan en las estadísticas nacionales correspondientes a este grupo.

Palabras clave: Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF), Atención Primaria a la Salud (APS), médico familiar, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objectives: To identify the characteristics, the ten most frequent causes of morning consultation and risk factors of families attending to the consulting room No. 4 of the Family Medicine Clinic 5 de Febrero of ISSSTE in Mexico City.

Participants and methods: We studied 1,607 patients of the consulting room No. 4 of this unit. Nonrandom sample was $N = 126$. CEBIF was applied to patients who came to this turn, so as to identify risk factors and family characteristics. The population pyramid was performed by reviewing the medical journal report and records, obtaining the 10 most frequent causes of consultation. This was done from March 2010 to January 2011.

Results: The population pyramid reflected: female predominance, age group 65 years or older. Average years of marriage: from 25 to 29. The predominant family characteristics were simple nuclear type, Apgar score greater than 13, retirement stage, average children: 2.66, average education: 9.8 years and occupation: employees. Their support networks were good. Their home had all basic services, without overcrowding. Their monthly income was of three minimum wages being provided by two persons. Their main risk factors: obesity, diabetes mellitus, hypertension, and addiction. The fertile women did not have birth control; Pap smear and breast revision were performed annually, finding negative results.

Conclusions: Most participants integrated nuclear families, middle-class, upper middle school and risk factors corresponding to those of most stages in the development of large cities. Senior families predominated, in which their illnesses were the same as reported in national statistics according to this group.

Key words: Family Information Basic Certificate (CEBIF), Primary Health Care (APS), family medicine, family doctor, risk factors.

* Médico familiar adscrito a la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, DF.

Correspondencia: Dra. Norma Palomares Vargas. Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero. Calle 5 de Febrero núm. 111, colonia Centro, CP 06080, México, DF.

Correo electrónico: normapalomaresvargas@hotmail.com

Recibido: marzo, 2012. Aceptado: agosto, 2012.

Este artículo debe citarse como: Palomares-Vargas N. Características familiares, factores de riesgo y principales motivos de atención en la consulta externa. Rev Esp Méd Quir 2012;17(3):157-163.

La familia es considerada la unidad social más inmediata y significativa de la ciencia demográfica. En ella se logra la salud o la enfermedad de sus integrantes, por lo que su estudio es de gran interés.¹⁻³

La medicina familiar surge como respuesta a las necesidades de salud de la población que requiere una atención médica no fragmentada, integral y personalizada, así como de los estados, que deben otorgársela de manera muy económica, con eficiencia y de calidad. Forma parte del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo social y económico global de la comunidad y representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad.⁴⁻⁸

La función del médico familiar en la estrategia de atención primaria es la de detectar los factores de riesgo de una familia mediante una entrevista integral con un individuo de cualquier edad y sexo y la de incidir sobre los factores de riesgo con el equipo multidisciplinario de salud, que es capaz de resolver 95% de los problemas que surjan. El médico familiar se capacita e investiga con la finalidad de proporcionar un mejor servicio.⁶⁻²²

La familia es la más antigua de las ilusiones sociales humanas y es tan añeja como la propia humanidad, según Ralph Linton, es una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Según Minuchin, constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Rodríguez de Zepeda la considera un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinadas a un superior común y unidas por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural. Es considerada el espacio social de interacción individual y colectiva, escenario de aprendizaje para la maduración del individuo y de ella misma.^{13,23-33}

La práctica de la medicina familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipada, basada en un enfoque de riesgo.¹³

Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociados con mayor probabilidad de experimentar un daño a la salud. En el consultorio existe la metodología para detectarlos, ya sea de manera individual, familiar o comunitaria; hay que clasificarlos y planear acciones que logren evitar daños y mejorar su calidad de vida. El médico deberá

realizar reportes oportunos de ellos y de las enfermedades que observe en su práctica diaria.^{10,11,30,34-38}

Los objetivos de este estudio son determinar las características familiares y detectar los factores de riesgo, cuya detección es una acción anticipada a la presentación de las enfermedades más frecuentes en la consulta para incidir en ellas; en el consultorio el médico familiar cuenta con una herramienta más: la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF). Habrá que trabajar aún más en los factores de riesgo que se detecten, calificarlos e incidir en el individuo y su familia para lograr en ellos cambios de hábitos, con el apoyo del equipo multidisciplinario de salud.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y clínico. La población fue de 1,607 derechohabientes del consultorio núm. 4 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero del ISSSTE, quienes acudieron a consulta, en turno matutino, durante los meses de marzo de 2010 a enero de 2011. La muestra fue no aleatoria, por cuota y su tamaño fue de 126 familias; a cada uno de sus miembros se les aplicó la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) para identificar sus características familiares.

Las principales causas de consulta se obtuvieron de la hoja de informe diario del médico (SM1-10) del consultorio 4 del turno matutino, en el periodo de marzo de 2010 a enero de 2011. La pirámide de población y el número de familias se obtuvieron de las CEBIF y de cada uno de los expedientes clínicos.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes adscritos a la CMF 5 de Febrero y usuarios del consultorio núm. 4 que acudieron a consulta en el turno matutino de marzo de 2010 a enero de 2011 y que aceptaron participar, mayores de edad, de uno y otro sexo, con expedientes clínicos del consultorio núm. 4 y hoja de informe diario de labores del médico legible. Criterios de exclusión: pacientes no derechohabientes y de otra zona o foráneos, cuyo motivo de consulta fue por urgencia médica, que no quisieron participar o menores de edad. Criterios de eliminación: cédulas incompletas y cédulas ilegibles.

Las variables utilizadas fueron de tipo cualitativo y cuantitativo, nominal y discreto. Se aplicó la CEBIF a los

pacientes que voluntariamente accedieron a contestarla en forma personalizada, durante la consulta otorgada en el consultorio médico y durante la jornada de trabajo. Se capturó la información, se efectuó la recolección de datos con el programa Excel y se obtuvieron tablas y cuadros. Se analizaron los resultados y se obtuvieron las características de las familias y las 10 principales causas de consulta médica. Como el muestreo fue por cuota, se obtuvo una muestra no aleatoria; por tanto, existe una gran probabilidad de sesgo de la información. El análisis de la información se hizo mediante estadística descriptiva, medidas de tendencia central, resumen y medidas de dispersión. Los recursos humanos utilizados fueron investigador y pacientes; los recursos materiales, papelería, fotocopiadora, consultorio médico, computadoras, calculadora, etc., y los recursos financieros, los otorgados por la institución.

RESULTADOS

Se contabilizaron 604 familias y 1,607 pacientes pertenecientes al consultorio 4. La pirámide poblacional obtenida se muestra en el Cuadro 1. En relación con las 126 familias encuestadas mediante la CEBIF, se obtuvie-

ron los siguientes resultados familiares: 384 personas ($N = 126$) reportadas en el apartado de datos demográficos de la familia. En cuanto a edad y sexo, se reportó lo siguiente: predominó el sexo femenino; se encuestó a 203 (52.8%) mujeres y a 181 hombres (47.2%); el grupo etario con mayor número de pacientes fue el de 65 años y más; el promedio de escolaridad fue de 9.8 años; las ocupaciones más frecuentes fueron: empleado, ama de casa y jubilado.

Estado civil: 55 personas casadas, 10 en unión libre, 21 divorciadas, 26 viudas y 14 solteras. Respecto al parentesco, quien más respondió esta cédula fue la madre (94 personas). El número promedio de hijos fue de 2.66. Las familias vivían con nietos, tíos, hermanos, abuelos, sobrinos, nueras y cuñadas. Respecto a la clasificación estructural de la familia, se encontró que predominó la familia nuclear simple (Cuadro 2). También se encontró a cinco familias con otra variante familiar; 13 familias monoparentales simples y ocho monoparentales ampliadas; 19 personas vivían solas. De las 19 familias extensas, seis de ellas fueron ascendentes, y 13, descendentes. La etapa del ciclo vital de las familias se describe en el Cuadro 3. En 63.5% el Apgar familiar fue de 10. En general, el número de personas que contribuían al ingreso familiar fueron dos personas. De las 126 familias, 88 de ellas contaban con casa propia. Todas las familias tenían todos los servicios públicos; la mayoría contaba con auto y computadora, y sus hijos acudían a escuela pública. El promedio de ingreso económico familiar mensual se encontraba por arriba de tres salarios mínimos. Ochenta y cinco familias ya no tenían hijos que dependieran económicamente del jefe de familia. Ochenta y siete por

Cuadro 1. Pirámide poblacional del consultorio núm. 4 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero, ISSSTE, Distrito Federal

Grupo etario (años)	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
65 y más	123	223	346	21.5
60-64	42	74	116	7.2
55-59	44	83	127	7.9
50-54	48	81	129	8
45-49	59	102	161	10
40-44	38	68	106	6.5
35-39	37	59	96	5.9
30-34	39	42	81	5
25-29	15	23	38	2.3
20-24	27	24	51	3.1
15-19	68	56	124	7.7
10-14	53	60	113	7
5-9	33	39	72	4.4
0-4	29	18	47	2.9
Total	655	952	1,607	100

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) y expedientes clínicos del consultorio núm. 4.

Cuadro 2. Clasificación de las familias nucleares del consultorio núm. 4 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero, ISSSTE, Distrito Federal

Tipo	Frecuencia <i>n</i> (%)
Simple	41 (66.1)
Numerosa	17 (27.5)
Ampliada	2 (3.2)
Binuclear	2 (3.2)
Reconstruida	0
Total	62 (100)

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).

Cuadro 3. Etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias del consultorio núm. 4 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero, ISSSTE, Distrito Federal

Etapa	Frecuencia n (%)
Matrimonio o unión conyugal	4 (3.8)
Expansión	13 (12.1)
Dispersión	28 (26.2)
Independencia	29 (27.1)
Retiro	33 (30.8)
Total	107 (100)

Fuente: Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).

ciento de las madres contaban con posprimaria; el resto la tenía incompleta o no la cursó. Ciento doce familias vivían sin hacinamiento y ocho vivían en él. Las 126 familias contaban con el servicio del ISSSTE, y sus principales redes sociales y de apoyo eran la pareja e hijos mayores. Respecto a la salud reproductiva, 43 personas utilizaban métodos anticonceptivos y 77 no los usaban. Asimismo, 84 se realizaban cada año un examen mamario y citología cervical. No se encontraron pacientes con cáncer cervicouterino o mamario. Tres pacientes no se han realizado nunca estas pruebas.

Las 10 primeras causas de consulta se encuentran esquematizadas en el Cuadro 4. Los principales factores de riesgo encontrados en las familias fueron: obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y adicciones, entre otros.

Cuadro 4. Diez primeras causas de consulta en el turno matutino del consultorio núm. 4 de la Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero, ISSSTE, DF

- 1^a: faringitis aguda, no especificada
- 2^a: lumbago, no especificado
- 3^a: hipertensión arterial sistémica esencial (primaria)
- 4^a: diabetes mellitus no insulinodependiente
- 5^a: gastritis, no especificada
- 6^a: infección de vías urinarias, sitio no especificado
- 7^a: hiperlipidemia, no especificada
- 8^a: diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- 9^a: episodio depresivo leve
- 10^a: conjuntivitis, no especificada

Fuente: hojas de informe diario del médico (SM1-10) de marzo de 2010 a enero de 2011.

CONCLUSIONES

El estudio realizado a las 126 familias del consultorio 4 de la Clínica de Medicina Familiar (CMF) 5 de Febrero muestra que la pirámide poblacional, al igual que la nacional, se está invirtiendo y que el grupo etario predominante es el de 65 años y más, como lo menciona el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el II conteo de 2010. En el estudio los factores de riesgo detectados se relacionaron con enfermedades crónico-degenerativas, y éstas forman parte de las 10 principales causas de consulta en esta unidad; entre éstas no está la obesidad, que en las estadísticas de México no figura, tal vez por un subregistro, entre las causas más frecuentes de enfermedad. Por lo anterior, habrá que reforzar las acciones preventivas en el primer nivel de atención, con la participación del equipo multidisciplinario de salud en tomas de signos vitales frecuentes, toma de Dextrostix® y mediciones de peso y cintura a todos los pacientes que acuden a consulta y a todos los que sean captados en el módulo prevenISSSTE.³⁹⁻⁴⁵

La impartición de pláticas y entrevistas educativas a pacientes en sala de espera, así como las entrevistas informativas durante la consulta, realizadas por trabajadoras sociales, personal de enfermería y médicos, son de vital importancia en la prevención y conocimiento de estas entidades. A los pacientes con sobrepeso habrá que insistirles en la conservación del peso ideal, ya que el sobrepeso podría ser la puerta de entrada de dichas enfermedades; la finalidad es evitarles estos padecimientos o retrasar su aparición el mayor tiempo posible, sobre todo en los pacientes con factores de riesgo. Quienes ya tienen estos padecimientos se encauzarán a los pasantes en nutrición y a los médicos familiares, encargados de los módulos de hipertensión arterial, del Programa de Prevención y Regresión del Sobre peso y Obesidad y del Programa de Manejo Integral de Diabetes por Etapas (MIDE), para realizarles una estricta vigilancia.

Debido a que la mayor parte de las familias se encuentra en el grupo etario de 65 años y más y a que la fase de retiro fue la más frecuente, habrá que proporcionarles apoyo psicológico por la pérdida del trabajo, la disminución del ingreso económico, la limitación de sus funciones físicas y la muerte de alguno de los cónyuges,

así como reforzar sus redes de apoyo institucionales y familiares.⁴⁵⁻⁴⁷

La mujer fue la que acudió con mayor frecuencia a la consulta médica; por tanto, contestó el mayor número de cédulas; esto pudiera deberse a que muchas de ellas son amas de casa o a que por su edad ya se encuentran jubiladas, como lo mostró este estudio, y esto les permite acudir a la consulta en cualquier momento que necesitan el servicio; sin embargo, a los varones habrá que insistirles en que acudan a su médico para la detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas y cáncer prostático, así como lo hacen anualmente las mujeres para la prueba de Papanicolaou y la revisión mamaria. Es importante agregar a la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) el rubro de detección oportuna de cáncer prostático, ya que está enfocada a mujeres, y éste es uno de los más frecuentes en el hombre; en esta unidad se realiza en ellos la cuantificación de antígeno prostático y el ultrasonido de próstata.

La tercera parte de las mujeres se encontraban en edad fértil, y muy pocas de ellas utilizaban métodos anticonceptivos, por lo que deberán incrementarse las campañas de planificación familiar. En cuanto a la funcionalidad de la familia, los resultados obtenidos no se consideraron fidedignos, ya que durante el llenado de la cédula algunas de las pacientes mencionaron sentirse bien en sus familias; sin embargo, en consultas médicas previas, sin que mediara la aplicación de la CEBIF, habían mencionado sentirse tristes, desesperadas o deprimidas por no tener una buena relación familiar; por tal motivo el Apgar familiar fue más alto de lo esperado; además, su respuesta de violencia familiar fue muy baja.²⁹⁻³⁶ Las 126 familias estudiadas contaban con el servicio del ISSSTE, y algunas acudían también a otras instituciones o a médicos privados; respondieron que lo hacían debido a que sus problemas de salud no habían tenido una respuesta administrativa favorable (lo que retrasó su atención médica), al retardo para ser atendidas por un médico especialista o al desabasto frecuente de medicamentos, además de que algunos pacientes trabajaban en la Secretaría de Salud o en la Secretaría de Marina.

En este consultorio médico deben reforzarse las actividades preventivas, no sólo en los factores de riesgo o los motivos de consulta encontrados con mayor frecuencia, sino también en el consumo de drogas, las

enfermedades psiquiátricas, el cáncer de próstata, la insuficiencia renal en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión y la sospecha de VIH-SIDA; esto debe realizarse con todo el equipo de salud, incluidos jefes de servicio y autoridades de la unidad.⁴⁸⁻⁵⁷

REFERENCIAS

1. Orgimon P, Comín E, De Peray ., .nálisis de la situación y programas de salud. En: Martín Durro , Cano Pérez F, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2003:327-344.
2. Martín Durro , Atención primaria de salud. En: Martín Durro , Cano Pérez F, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2003:3-15.
3. Torres R. Atención primaria de la salud. Nuevas dimensiones. Buenos Aires: Ediciones ISD, 2001:1-12.
4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Olmata, RSS. Del 6 al 12 de septiembre de 1978. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pinalma/ata/declaracion.htm>
5. Valencia , Marco V, Serrano V. Indicadores compuestos para atención primaria a la salud. El caso de México. Salud Pública Mex 1990;32(5):552-565.
6. Audino V, Bonanno , Domíjan M, Echegoyen MV y col. Programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3.htm>
7. Turabian ., ¿Qué es la atención primaria? Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1995:1-36.
8. Alvarez Manilla M. Atención primaria a la salud. Salud Pública Mex 1988;30:676-682.
9. López Delgado CE. La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. Iatreia 2005;18(1):225-234.
10. Salleras ., La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Med Clin (Barc) 1994;102(Supl 1):5-12.
11. Goldberg ., Atención primaria basada en la población. En: Taylor R, Fields S, Phillips DM, editores. Medicina de familia: principios y práctica. 6^aed. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006:44-50.
12. Chaves V. Introducción a la medicina familiar. Ciudad de México: Editorial Universitaria Potosina, 1992:17-20.
13. Irigoyen Coria . Nuevos fundamentos de medicina familiar. 3^a ed. Ciudad de México: Medicina Familiar Mexicana, 2006.
14. Allo Vallejo F, Lluisent Trota R, Díez Espino , Fernández Sánchez C y col. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria 1999;23(4):236-245.
15. Medicina familiar. Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_familiar
16. Fuertes C, Casado V. La especialidad de medicina familiar y comunitaria en 2004 con la aplicación del nuevo programa de formación. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n2/cartas1.html>

17. Foz Gil G, Gofin J, Montaner Gomis I. Atención primaria orientada a la comunidad. En: Martín Durro F, Cano Pérez F, editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier, 2003:345-364.
18. ¿Qué es la medicina familiar? Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/75386863/2-que-es-la-Medicina-Familiar>
19. De Peray Lages M. La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/documentos/medicina.pdf>
20. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública* 2007;21(2-3):feb..imar.
21. POC-Grupo de Trabajo en Atención Primaria orientada a la Comunidad. Disponible en: <http://www.apoc-copc.org/cast/home.htm>
22. De Peray M, Foz M. POC en la encrucijada. *Rev Comunidad* 2000;3:97-98.
23. Farfán S. Programa de actualización continua en medicina familiar, POC MF-1. 1ª ed. Ciudad de México: Intersistemas, 1999:44-69.
24. Baird MA, Grant WD. Familia y salud. En: Medalie HJ, editor. *Medicina familiar: principios y práctica*. 1ª ed. Ciudad de México: Limusa, 1987:85-90.
25. Hennen BK. Estructura y función de la familia. En: Shires DB, Hennen BK, editores. *Medicina familiar, guía práctica*. Madrid: McGraw-Hill, 1980.
26. Wall C, Hidalgo RE, Gómez ME. La familia. En: Jaime AH, Irigoyen C, editores. *Fundamentos de medicina familiar*. Ciudad de México: Ed. Francisco Méndez Cervantes, 1984:10-19.
27. La Familia. Psicosociología, núcleo familiar, mecanismos (homeostático y red comunicativa), emociones, sociedad, Pollak, parejas, fases críticas, Kaplan. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/la-familia.html>
28. Baird M, Brant D. Familia y salud. Curso especial de posgrado en atención integral para médicos generales, módulo 1. Universidad de Costa Rica, Costa Rica, 2003:14-18.
29. Saultz M. La atención centrada en la familia. En: Medalie HJ, editor. *Medicina familiar: principios y práctica*. 1ª ed. Ciudad de México: Limusa, 1987:31-37.
30. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. El expediente clínico familiar. POC MF-1 Medicina familiar. Ciudad de México: Intersistemas, 1999.
31. Irigoyen CA, Morales de IH. Nuevo diagnóstico familiar. 1ª ed. Ciudad de México: Medicina Familiar Mexicana, 2005.
32. Olegre P, Suárez M. Instrumentos de atención a la familia: el familiograma y el Índice familiar. *REMP* 2006;1(1):48-57.
33. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Hernández RC, Farfán SG. Diagnóstico familiar. 4ª ed. Ciudad de México: Medicina Familiar Mexicana, 1994.
34. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo Orias M. Consistencia interna y análisis de factores de la escala Índice para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2006;35(1):23-29.
35. Árias CL, Herrera MJA. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb Med* 1994;25:26-28.
36. De Francisco VC, Cerón Y, Herrera MJA. Salud familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. *Colomb Med* 1995;26:51-54.
37. Alvarez-Manilla M. Atención programada: metodología para la programación de la atención a través del enfoque de riesgo. Academia Nacional de Atención Primaria a la Salud. Serie Prisa (Atención primaria a la salud), Secretaría de Salud, Dirección General de Enseñanza en Salud y Fundación WK Kellogg, México, 1986.
38. Batista Moliner R. El médico de la familia en la vigilancia de salud. *Rev Cub Med* en Integr 1997;13(1):63-77.
39. Cuéntame de México. Número de habitantes. Disponible en: <http://cuéntame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
40. Ramos Pérez M. En México hay 26.7 millones de hogares: Conapo. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/486590.html>
41. Estudio de mercado de vivienda del DF. Hipotecaria Nacional. Mayo de 2007.
42. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. SS. Veinte principales causas de enfermedad en el ISSSTE (población general), México, 2006. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario.html/anuarios.html>
43. Población, 2000-2003. Disponible en: <http://docencia.itz.uam.mx/hcg/231236/practicas/pob/00/03.pdf>
44. Chavarría M. Fortalecer política de población, reto demográfico de México: Conapo. Disponible en: <http://www.cimac.org.mx/noticias/00jul/00071108.html>
45. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México, 1987.
46. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76030/declaracion-de-helsinki-de-la-asociacion-medica-mundial>
47. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioeth 2000;6(2):321-334.
48. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994. Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.
49. Dolor agudo. Disponible en: <http://www.sunasa.gob.pe/publicaciones/indexguia1.htm>
50. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
51. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SS-2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SS-2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
52. Friedman S, Peterson D, Cicero Péptica y trastornos relacionados. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, editores. Harrison: principios de medicina interna. 14ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1998;1812-1825.
53. Stamm E. Infecciones de las vías urinarias y pielonefritis. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, editores. Harrison:

- principios de medicina interna. 14^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1998:933-940.
54. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
55. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
56. Reus VI. Trastornos mentales. En: Fauci S, Braunwald E, Kasper DL, editores. Harrison: principios de medicina interna. 14^a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1998:2837-2843.
57. Schubert IR, Chandler R, Dawson MD. Conjuntiva. En: Vaughan D, Asbury T, Riordan EP, editores. Oftalmología general. Ciudad de México: El Manual Moderno, 1994:107-120.