

12226.

2 of 51



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General de Zona No. 3 con Medicina Familiar  
Mazatlan, Sinaloa.

**EDUCACION PARA LA SALUD Y EL MEDICO FAMILIAR**

**T E S I S**

para obtener el Diploma de  
Especialista en Medicina Familiar

presenta

**DR. ADOLFO LIZARRAGA GARCIA**



**I. M. S. S.**

Mazatlan, Sinaloa

1988

**FALLA DE ORIGEN**



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.

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	7
JUSTIFICACION.....	8
HIPOTESIS.....	9
OBJETIVOS.....	9
GENERALIDADES.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	16
GRAFICA 1 y CUADRO 1.....	20
GRAFICA 2 y CUADRO 2.....	21
GRAFICA 3 y CUADRO 3.....	22
GRAFICA 4 y CUADRO 4.....	23
GRAFICA 5 y CUADRO 5.....	24
GRAFICA 6 y CUADRO 6.....	25
GRAFICA 7 y CUADRO 7.....	26
GRAFICA 8 y CUADRO 8.....	27
GRAFICA 9 y CUADRO 9.....	28
GRAFICA 10 Y CUADRO 10.....	29
GRAFICA 11 y CUADRO 11.....	30
GRAFICA 12 y CUADRO 12.....	31
GRAFICA 13 y CUADRO 13.....	32
GRAFICA 14 y CUADRO 14.....	33
DISCUSION Y COMENTARIOS.....	34
RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	36
CUESTIONARIO Y EVALUACION.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

## I N T R O D U C C I O N

La crisis mundial por la que se atraviesa actualmente, no ha sido ajena a nuestro país, pues ha traído como consecuencia un deterioro en el standar de vida de la población más desprotegida, lo que ha ocasionado un incremento desmesurado en la demanda de atención médica dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El aumento en la demanda de consulta ha provocado una disminución en el tiempo dedicado a la atención de cada demandante del servicio, aunado a esto, el dispendio económico que representa para la Institución en medicamentos, conlleva a dar un giro en los esquemas de atención dentro del Instituto dando actualmente mayor prioridad al primer nivel del servicio médico y en esto el primer nivel de prevención primaria (educación para la salud, promoción de la salud, protección específica).

Siendo el Médico Familiar, el responsable de la atención primaria, es en este donde descansa la responsabilidad de dichos programas, ya que del cumplimiento de éstos, depende el diagnóstico de salud de la población adscrita, lo que se reflejará en un incremento o decremento en la demanda de la atención médica.

El presente documento trata de poner de manifiesto la importancia del médico familiar como educador y promotor de la Salud.

## JUSTIFICACION

Durante mi estancia como Médico Residente de Medicina Familiar en la C.H.G.Z. # 3, con M.F. en Mazatlán Sin., me di cuenta del incremento en la demanda de atención médica del derechohabiente al Médico Familiar, debido al deterioro del estado de salud, así como, de la falta de educación médica del derechohabiente en la prevención y conocimiento de las enfermedades y por ende el desconocimiento de las mismas.

Esta información que debe ser proporcionada por el Médico Familiar el cual ante el número creciente de demandantes de consulta médica ha tenido que optimizar tiempo de estancia laboral, desplazando este programa de prevención, en el cual desempeña un papel importante como lo es la educación y promoción para la salud y la prevención específica que constituyen la prevención primaria en los niveles de atención médica de Leavell-Clark, abocándose sólo al aspecto de prevención secundaria como lo es el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Esto al mismo tiempo, en que se incrementa la demanda de atención médica de la población adscrita que conlleva al mismo tiempo la pérdida de horas de trabajo del derechohabiente, así como, el consabido dispendio económico que significan para la institución en medicamentos, mismo que se podría evitar si el Médico Familiar asumiera el papel tan preponderante que guarda como educador de la salud de su población adscrita.

## HIPOTESIS

### ALTERNA

A mayor educación médica, menor deterioro de salud y demanda de atención médica.

### NULA

A mayor educación médica, mayor deterioro del estado de salud y demanda de atención médica.

### OBJETIVOS

- a).- Investigar la importancia del papel del Médico Familiar como educador para la salud.
- b).- Incrementar la educación médica del derechohabiente del I.M.S.S.
- c).- Disminuir la incidencia de las principales 10 enfermedades del consultorio IBD.
- d).- Incrementar el número de derechohabientes en la integración de grupos para control de patología específicas.

### GENERALIDADES

#### EDUCACION Y PROMOCION PARA LA SALUD

El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de la raza, credo político o condición económica o social. (1)

El derecho de todo ser humano esta inscrito en las constituciones de los paises, y se considera hoy en día indiscutible, ya que la salud

es el elemento esencial para mejorar el nivel de vida de la población y lograr su desarrollo y proceso (1)

Entendiéndose como salud el estado de bienestar completo (físico, psíquico y social), y como enfermedad el desequilibrio en lo ya mencionado ó, como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos externos a los que está expuesta. (2)

En la última década y como consecuencia del incremento de la población y de su morbilidad así como, de las repercusiones económicas que de esto se originaba, de la crisis financiera mundial de la cual tampoco el país ha escapado, ha dado pauta que la medicina diera un giro repentino abandonando su conducta curativa abocándose a la labor preventiva.

La prevención es un aspecto de la Medicina General; ésta incluye prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, es pues el Médico práctico el que debe ejercer la Medicina Preventiva junto con la Medicina General, de aquí, que actualmente se enseñen juntas para que sean aplicadas ya sea por el Médico que ejerce su consulta privada, como por el Médico que desempeña su trabajo en las instituciones estatales donde las técnicas de la Medicina Curativa y Preventiva se aplican colectivamente a grandes masas de la población (2).

La Medicina Preventiva incluye todas las técnicas médicas para prevenir la enfermedad y para fomentar la salud aplicadas al individuo como unidad. Dentro de la Medicina Preventiva como rama se encuentra englobada la educación para la salud, la cual junto con la promoción para la salud así como, la protección específica constituyen la prevención primaria de la historia natural de la enfermedad.

La educación para la salud es una ciencia aplicada que estudia y desarrolla los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes

\*(1) CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS Y DECLARACION DE PRINCIPIOS DE LA O.M.S.

y valores tendientes a crear en los individuos, conductas favorables que ayuden a mejorar y preservar la salud. (4)

Es uno de los programas prioritarios del Sector Salud, ya que la situación actual de la población mexicana en Salud Pública siendo deficiente, dado que aún sigue teniendo entre sus principales padecimientos, las enfermedades infecciosas y parasitarias, así como, la desnutrición y la mala alimentación.

La aplicación práctica de la educación para la salud es:

- Lograr que la población eleve el concepto de salud en su escala de valores.
- Que la población acepte y coopere con la enseñanza que le facilite el aprendizaje de mejores conductas con el propósito de conservar y mejorar la salud.
- Que la población de derechohabientes haga uso oportuno de los servicios de prevención de la enfermedad y restauración de la salud.

Para las actividades educativas que realiza el personal de salud sean efectivas se requiere que comprenda los diferentes elementos que intervienen en la enseñanza.

En la enseñanza de la educación para la salud se deben considerar los siguientes elementos:

1. El universo de educandos.
2. Los objetivos
3. El contenido
4. Los procedimientos o técnicas
5. Los medios auxiliares
6. El educador
7. La situación didáctica

Los elementos anteriores repercuten en el resultado del programa de educación para la salud y se encuentran interrelacionados entre sí.(4)

Otro de los pasos más importantes del educador de la salud es la selección adecuada de los medios o procedimientos didácticos ya que de éstos depende el éxito del programa de educación para la salud; dentro de los didácticos contamos: (4)

1. La exposición oral (plática o charla)
2. Demostración
3. Simposio (panel o foro)
4. Discusión en grupo
5. Discusión entre pequeños grupos
6. Estudio dirigido
7. Mesa redonda
8. Diálogos
9. Dramatización
10. Entrevista entre pequeños grupos
11. Entrevista del grupo educador
12. Jornadas comunales
13. Entrevista individual

## EL EDUCADOR DE LA SALUD EN EL I.M.S.S.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Médico Familiar es uno de los integrantes más importantes en la organización del equipo para la salud, junto con enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes de consultorio, (3) en virtud de que el derechohabiente es un ser racional con el cual nos podemos comunicar y de que las Unidades Médicas existen para otorgar atención médica.

La educación para la salud tiene una gran importancia y trascendencia de dicha atención médica, ya que a través de ella será posible lograr a mediano plazo que los derechohabientes participen en el fomento y la conservación de un buen estado de salud que les permita un bienestar físico, mental y social adecuado. (4)

Al lograr que el derechohabiente coopere en las acciones preventivas, en sus diferentes niveles, se estará logrando un beneficio incalculable, para él y su familia que a su vez repercutirá en beneficio para el Médico Familiar, quién verá disminuida su población enferma y por lo tanto el número de consultas.

### MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO.- Derechohabientes adscritos al consultorio 1-BD de Medicina Familiar de H.G.Z. # 3.

TIEMPO.- 1o. de marzo de 1987 a 31 de agosto de 1987.

AREA GEOGRAFICA.- Consultorio 1-BD de Medicina Familiar.

TIPO DE ESTUDIO.- Retrospectivo-prospectivo.

**RECURSOS HUMANOS.-** Residente de Medicinas Familiar, y Trabajo Social.

**METODOLOGIA.-** Se elaboró un diagnóstico de salud en el consultorio 1-BD para poner de manifiesto la patología más frecuente como causa de requerimiento de consulta. En donde se tomaron las principales patologías de acuerdo a la forma 4-30-6, de dicho consultorio, de acuerdo a estos datos se procedió a exponer dichos padecimientos en pláticas programadas a miembros de las familias afectadas con las patologías detectadas, al mismo tiempo se invitó a otros derechohabientes del mismo consultorio. Las pláticas estuvieron encaminadas al aspecto preventivo de las patologías y fueron de fácil asimilación de acuerdo al nivel cultural de nuestros derechohabientes, al término de las pláticas en grupos se procedió a evaluar los objetivos en forma directa mediante un formato compuesto por 10 preguntas de respuesta sencilla que se anexan en hojas posteriores y se evaluó en forma indirecta mediante un diagnóstico de salud final. Al mismo tiempo se integraron grupos de pacientes crónicos a los cuales se controló y se les explicó adecuadamente la patología de la cual eran portadores y las medidas preventivas necesarias para su control formándose un grupo de hipertensos, así como, de diabéticos, a los cuales se les daban pláticas y consulta al mismo tiempo una vez al mes.

#### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- a).- Derechohabientes asignados al consultorio 1-BD, que demanden consulta no importa edad y sexo.
- b).- Derechohabientes que cursen con alguna patología de las 10 principales las cuales sean expuestas en las pláticas y asistan en un 80% de las mismas.

#### **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

- a).- Pacientes de otro consultorio
- b).- Pacientes adscritos al consultorio 1-BD, que cursen patologías que no estén incluidas dentro de las 10 principales.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- a).- Pacientes reuuentes a dichas pláticas con asistencia menor al 80%.
- b).- Pacientes que fallezcan.

## RESULTADOS

Se realizó el diagnóstico de salud del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

DE 395 CONSULTAS SE ENCONTRO:

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS, 75 casos que corresponden al 18.98%.

POLIPARASITOSIS, 39 casos que corresponden al 9.87%.

DERMATOSIS, 37 casos que corresponden al 9.36%.

ENFERMEDADES TRAUMATOLOGICAS, 32 casos que corresponden al 8.10%.

HIPERTENSION ARTERIAL, 25 casos que corresponden al 6.32%.

DIABETES MELLITUS, 16 casos que corresponden al 4.05%.

ENF. ARTICULARES DEGENERATIVAS, 15 que corresponden al 3.79%. (Gráfica I.).

Se procedió a realizar las pláticas tanto con grupos afectados, como no afectados del mismo consultorio siendo la asistencia total a las pláticas de 845 personas que corresponden al 24.85%.

Al término de las sesiones se procedió a evaluar directamente los objetivos mediante un formato consistente en 10 preguntas de fácil entendimiento y respuestas con los siguientes resultados. (anexo 1).

## PREGUNTAS

1.- LAS PLATICAS EXPUESTAS PERIODICAMENTE POR SU MEDICO FAMILIAR QUE LE PARECEN A USTED:

BUENAS: 41 respuestas afirmativas que corresponden al 82%.

REGULARES: 8 respuestas que corresponden al 16%.

MALAS: 1 que corresponden al 2% (gráfica 2).

2.- LAS PLATICAS OFRECIDAS SON DE FACIL ENTENDIMIENTO PARA USTED Y SU FAMILIA:

SI: 45 respuestas que corresponden al 90%.

NO: 5 respuestas que corresponden al 10% (gráfica 3).

3.- LAS PLATICAS DADAS LE HAN PROPORCIONADO NUEVOS CONOCIMIENTOS MEDICOS:

SI: 47 respuestas afirmativas que corresponden al 94%.

NO: 3 respuestas que corresponden al 6%.

4.- ESTOS CONOCIMIENTOS SON DOCUMENTADOS Y DISCUTIDOS CON SU FAMILIA:

SI: 41, respuestas afirmativas que corresponden al 82%.

NO: 9, respuestas que corresponden al 18%.

5.- ESTAS PLATICAS HAN ERRADICADO VICIOS EN CUANTO AL ORIGEN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES:

SI: 49 respuestas afirmativas que corresponde al 98%.

NO: 1 respuestas que corresponden al 2%.

6.- HA PUESTO EN PRACTICA ALGUNAS DE LAS INDICACIONES EXPUESTAS POR SU MEDICO FAMILIAR.

SI: 47 respuestas afirmativas que corresponden al 94%.

NO: 3 respuestas que corresponden al 6%.

7.- CREE USTED QUE LAS PLATICAS EXPUESTAS SIRVAN PARA DISMINUIR LA PROBLEMATICA DE SALUD DE SU FAMILIA:

SI: 46 respuestas afirmativas que corresponden al 92%.

NO: 4 respuestas que corresponden al 8%.

8.- CUANDO ENFERMA ALGUN COMPONENTE DE SU FAMILIA HA APLICADO USTED ALGUNA MEDIDA PREVENTIVA EXPUESTA POR SU MEDICO FAMILIAR:

SI: 49 respuestas afirmativas que corresponden al 98%.

NO: 1 respuesta que corresponde 2 %.

9.- LE GUSTARIA QUE EL MEDICO FAMILIAR PERIODICAMENTE Y DURANTE TODO EL AÑO LE DIERA ESTAS PLACTICAS:

SI: 46 respuestas afirmativas que corresponden al 92%.

NO: 4 respuestas que corresponden al 4%.

10.- LE HAN OCASIONADO MOLESTIAS Y NO ESTA DE ACUERDO EN ESTAS PLACTICAS:

SI: 5 respuestas afirmativas que corresponden al 10%.

NO: 45 respuestas que corresponden al 90%.

Al mismo tiempo se logró la integración de pacientes crónicos en grupos, formándose un grupo de diabéticos y otro de hipertensos que eran controlados periódicamente cada mes, a los cuales se daba una plática sobre su patología y las medidas preventivas de control de las mismas.

#### CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS

MARZO:

23 pacientes, dos con cifras tensionales leve-moderada.

ABRIL:

30 pacientes, cuatro con cifras tensionales leve-moderada.

MAYO:

28 pacientes, dos pacientes con descontrol tensional.

JUNIO:

20 pacientes con cifras tensionales normales.

**JULIO:**

21 pacientes, dos con cifras tensionales leve-moderada.

**AGOSTO:**

22 pacientes, un paciente con cifras tensionales leves.

#### **CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS**

**MARZO:**

17 pacientes, dos pacientes con descontrol metabólico.

**ABRIL:**

22 pacientes, tres con descontrol metabólico.

**MAYO:**

30 pacientes, siete con descontrol metabólico.

**JUNIO:**

25 pacientes, dos con descontrol metabólico.

**JULIO:**

23 pacientes, uno con descontrol metabólico.

**AGOSTO:**

28 pacientes, dos con descontrol metabólico.

#### **DIAGNOSTICO DE SALUD POSTERIOR**

Se realizó en el mes de septiembre.

De 310 consultas se encontraron los siguientes resultados:

INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS: 72 casos que corresponden al 23.22%.

DERMATOSIS: 56 casos que corresponden al 18.06%.

POLIPARASITOSIS: 35 casos que corresponden al 11.29%.

ENFERMEDADES TRAUMATOLOGICAS: 35 casos que corresponden al 11.29%.

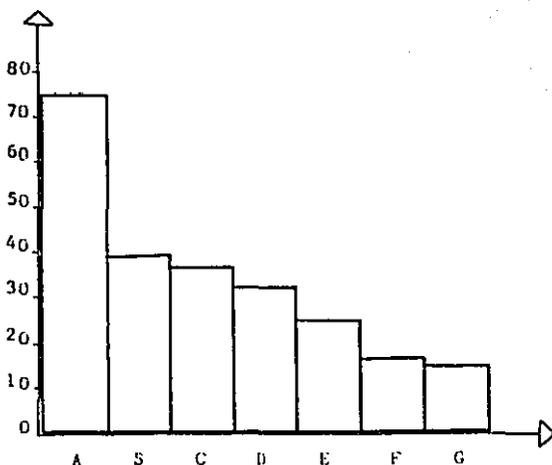
DIABETES MELLITUS: 25 casos que corresponden al 8.06%.

HIPERTENSION ARTERIAL: 24 casos que corresponden al 7.79%.

ENF. DEGENERATIVAS ARTICULARES: 13 casos que corresponden al 4.19%.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 H.G.Z. # 3, CON N.F. 1º marzo-agosto 87  
 NAZATLAN, SINALOA.

DIAGNOSTICO DE SALUD CONSULTORIO 1-BD  
 MES DE FEBRERO 1987



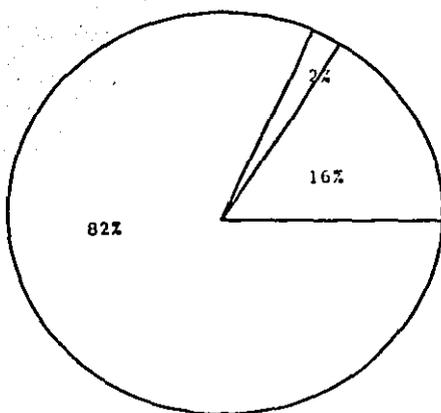
	PAATOLOGIAS	CASOS	%
A	INF. VIAS RESPIRATORIAS	76	18.98
B	POLIPARASITOSIS	39	9.87
C	DERMATOSIS	37	9.36
D	ENF. TRAUMATOLOGICAS	32	8.10
E	HIPERTENSION ARTERIAL	25	6.32
F	DIABETES MELLITUS	16	4.05
G	ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA	15	3.79

\*FUENTE: forma 4-30-6

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
H.G.Z. # 3, CON M.F. 1º.marzo-agosto 87  
MAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION

PREGUNTA 1

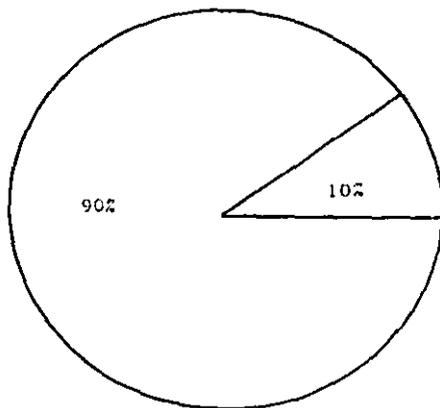


	número	%
BUENAS	41	82
REG.	8	16
MALAS	1	2

\* FUENTE: Cuestionario anexo.

INSITITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
R.G.Z. # 3, CON N.F. 1º marzo-agosto 87  
HAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION  
PREGUNTA 2



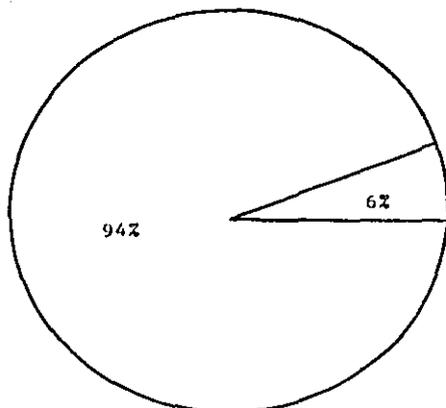
	número	%
SI	45	90
NO	5	10

\*FUENTE: cuestionario anexo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
H.G.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87  
MAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION

PREGUNTA 3



	número	%
SI	47	94
NO	3	6

\*FUENTE: cuestionario anexo

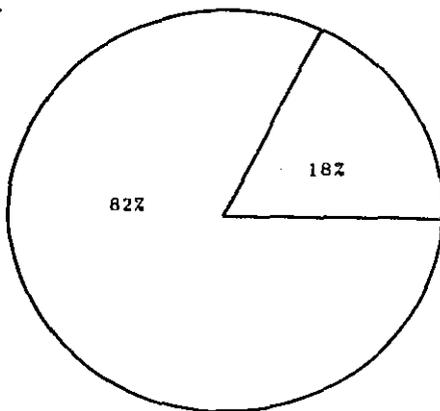
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87

MAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION

PREGUNTA 4

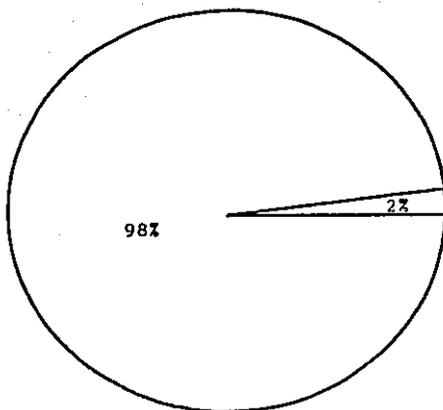


	número	%
SI	41	82
NO	9	18

\*FUENTE: cuestionario anexo

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
II.G.2. # 3, CON M.G. 1º marzo-agosto 87  
HAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION  
PREGUNTA 5

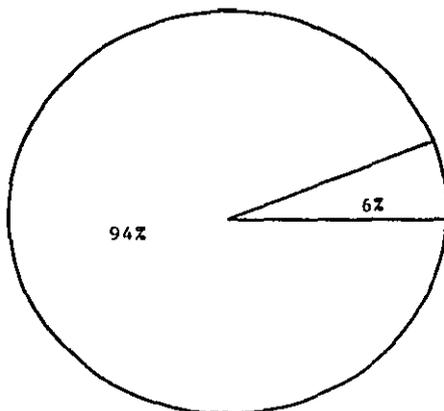


	número	%
SI	49	98
NO	1	2

\*FUENTE: cuestionario anexo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
H.G.Z. # 3, CON H.F. 1º marzo-agosto 87  
MAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION  
PREGUNTA 6



	número	%
SI	47	94
NO	3	6

\*FUENTE: cuestionario anexo.

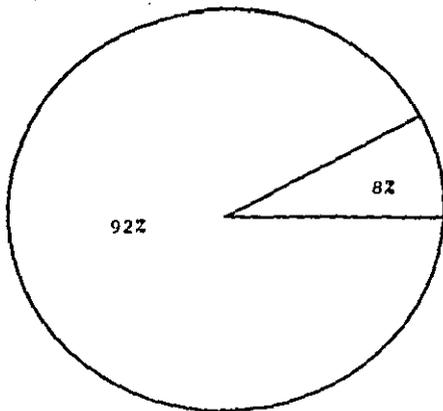
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. # 3, CON N.F. 1º marzo-agosto 87

MAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION

PREGUNTA 7



	número	%
SI	46	92
NO	4	8

\*FUENTE: cuestionario anexo.

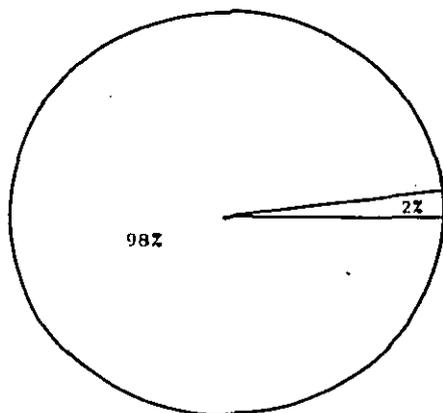
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87

NAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION

PREGUNTA 8

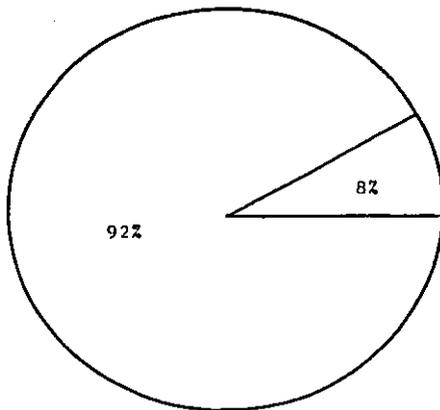


	número	%
SI	49	98
NO	1	2

\*FUENTE: cuestionario anexo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
H.C.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87  
HAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION  
PREGUNTA 9



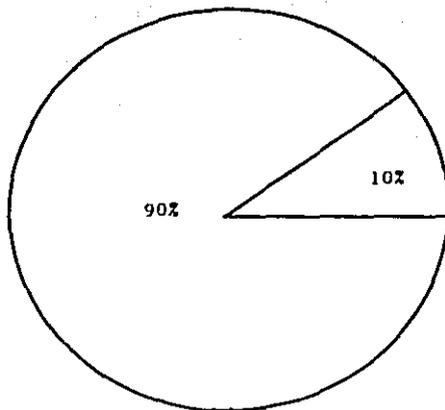
	número	%
SI	46	92
NO	4	8

\*FUENTE: cuestionario anexo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
H.G.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87  
MAZATLAN, SINALOA

CUESTIONARIO DE EVALUACION

PREGUNTA 10

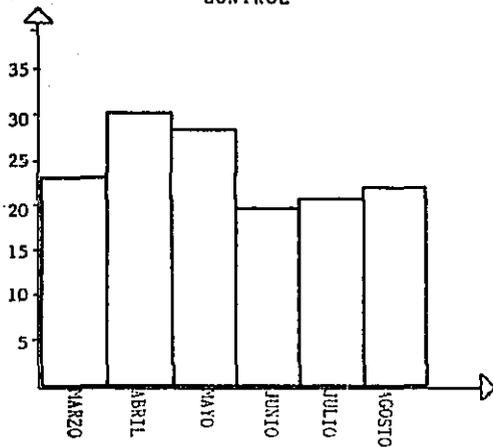


	número	%
SI	5	10
NO	45	90

\*FUENTE: cuestionario anexo.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
H.C.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87  
MAZATLAN, SINALOA

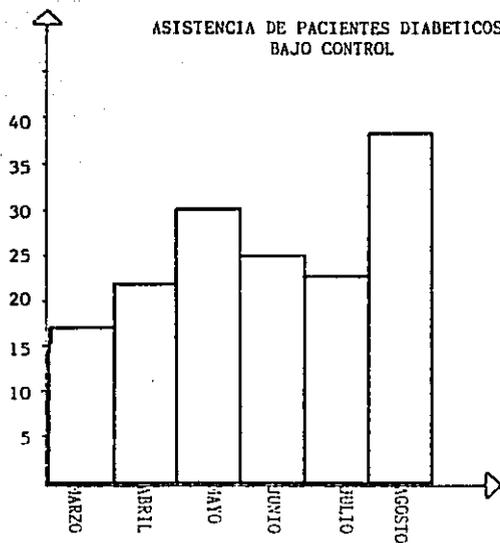
ASISTENCIA PACIENTES HIPERTENSOS BAJO CONTROL



MES	número
MARZO	23
ABRIL	30
MAYO	28
JUNIO	20
JULIO	21
AGOSTO	22

\*FUENTE: control de asistencia.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 H.G.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87  
 NAZATLAN, SINALOA

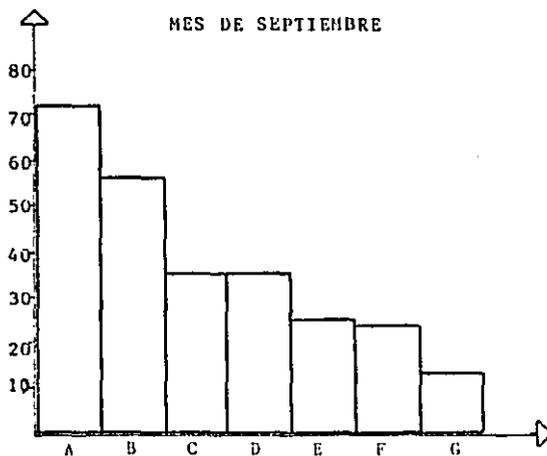


MES	Z
MARZO	17
ABRIL	22
MAYO	30
JUNIO	25
JULIO	23
AGOSTO	28

\*FUENTE: lista de asistencia.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 H.G.Z. # 3, CON M.F. 1º marzo-agosto 87  
 NAZATLAN, SINALOA

DIAGNOSTICO DE SALUD CONSULTORIO 1-BD  
 MES DE SEPTIEMBRE



	PAILOGIA	CASOS	%
A	INF. VIAS RESPIRATORIA	72	23.22
B	DERMATOSIS	56	18.06
C	PARASITOSIS	35	11.29
D	ENF. TRAUMATOLÓGICAS	35	11.29
E	DIABETES MELLITUS	25	8.06
F	HIPERTENSION ARTERIAL	24	7.74
G	ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA	13	4.19

\*FUENTE: forma 4-30-6

## DISCUSION Y COMENTARIOS

En el presente estudio realizado en el H.G.Z. # 3, con M.F. en Mazatán Sin., consultorio 1-BD. En el cual la hipótesis alterna a comprobar "a mayor educación médica, menor deterioro de salud y demanda de atención médica".

Se realizó un diagnóstico de salud previo al estudio en el cual la demanda de consulta fué de 395 pacientes que representó el 11.6% de la población adscrita a dicho consultorio.

Al término del estudio se realizó otro diagnóstico de salud en donde se encontró una demanda de consulta de 310 pacientes que representa el 9.11% de la población con lo cual se aprecia una leve pero significativa disminución de la demanda de atención médica.

En cuanto a los objetivos que se perseguían:

- Incrementar la educación médica del derechohabiente que se evaluó en la pregunta 3 del cuestionario anexo el cual se practicó al azar en 50 de nuestros oyentes de los cuales 47 del total respondieron afirmativamente que representa un 94% del total con lo cual se valora el incremento en educación médica del derechohabiente del I.M.S.S.
- Disminuir la incidencia de las principales enfermedades en el consultorio 1-BD

El objetivo no se logró como se demuestra en los resultados del diagnóstico inicial y posterior, ya que la incidencia es la misma y la frecuencia es en una de las patologías ligeramente más alta. Pero esto probablemente se debe al poco tiempo transcurrido entre la terminación del estudio y la aplicación del diagnóstico de salud final.

En el objetivo de incrementar el número de derechohabientes en la integración de grupos de control de patología específica se logró que el promedio de asistencia se mantuviera como se aprecia en la gráfica correspondiente.

El objetivo principal que era demostrar la importancia del Médico Familiar como educador y promotor de la salud, se cumplió, como se demuestra en este documento. Y si los resultados no fueron muy significativos, esto se debió al poco tiempo del estudio. Pero el Médico Familiar con un tiempo ilimitado de contacto con los derechohabientes hará más significativos estos resultados.

En tiempo ya que el Médico Familiar se aboque a su principal objetivo de su especialidad, el estudio real e integral de familias adscritas a su consultorio asignado.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

En el presente documento se trató de demostrar la importancia del médico familiar como educador y fomentador de la salud a través de la demostración de la hipótesis "a mayor educación médica, menor deterioro de la salud y demanda de atención médica".

Para esto se hizo un diagnóstico de salud inicial en el cual se encontró una demanda de consulta del 11.6% de la población adscrita al Instituto, se llevaron a cabo pláticas con derechohabientes sobre las patologías encontradas en dicho estudio apoyándose en diversos documentos (vease bibliografía), encaminados siempre al aspecto preventivo de dichas patologías, a pacientes portadores y no portadores de éstas, simultáneamente se procedió a la creación de grupos de control de pacientes crónicos como son diabéticos e hipertensos con aceptable participación. Como se aprecia en gráficas anteriores, así mismo se evaluó directamente el cambio de conducta y educación médica del derechohabiente para lo cual se realizaron encuestas (ver hoja anexa) con resultados positivos en todos los cuestionamientos planteados.

En cuanto a la pregunta 3 que evalúa la adquisición de conocimientos médicos el 94% contestó positivamente con esto se cumple el objetivo de incrementar la educación médica, finalmente se aprecia, en el diagnóstico posterior de salud una ligera disminución en la demanda de atención médica, ya que el requerimiento de consulta fue del 9.11% con lo que se cumplió la hipótesis.

## CONCLUSIONES

- La importancia del papel que desempeña el médico familiar como educador y fomentador de la salud, es de suma importancia, ya que disminuyó la demanda de atención médica del 11.6% al 9.11%.

- El objetivo de incrementar la educación médica se cumplió como se aprecia en la pregunta 3 del cuestionario anexo contestado positivamente en un 94%.
- Las ventajas que se obtienen con la creación de grupos de enfermos crónicos son insuperables ya que se disminuye el porcentaje, de complicaciones y como resultado de esto una disminución en la demanda de atención médica por estas patologías.
- Asimismo existe disposición de los derechohabientes para incrementar su educación médica.
- Es cuestión que el médico familiar se aboque al papel que le corresponde como educador y fomentador de la salud.

ADELANTE PUES.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE OBJETIVOS.

1.- LAS PLATICAS EXPUESTAS PERIODICAMENTE POR SU MEDICO FAMILIAR QUE LE PARECEN A USTED:

BUENAS \_\_\_\_\_ REGULARES \_\_\_\_\_ MALAS \_\_\_\_\_

2.- LAS PLATICAS OFRECIDAS SON DE FACIL ENTENDIMIENTO PARA USTED Y SU FAMILIA:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3.- LAS PLATICAS DADAS LE HAN PROPORCIONADO NUEVOS CONOCIMIENTOS MEDICOS:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4.- ESTOS CONOCIMIENTOS SON DOCUMENTADOS Y DISCUTIDOS CON SU FAMILIA:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5.- ESTAS PLATICAS HAN ERRADICADO VICIOS EN CUANTO AL ORIGEN Y EL TRATAMIENTO DE ESTAS ENFERMEDADES:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

6.- HA PUESTO EN PRACTICA ALGUNAS DE LAS INDICACIONES EXPUESTAS POR SU MEDICO FAMILIAR:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7.- CREE USTED QUE LAS PLATICAS EXPUESTAS SIRVAN PARA DISMINUIR LA PROBLEMÁTICA DE SALUD DE SU FAMILIA:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

8.- CUANDO ENFERMA ALGUN COMPONENTE DE SU FAMILIA HA APLICADO O TOMADO  
ALGUNA MEDIDA PREVENTIVA EXPUESTA POR SU MEDICO FAMILIAR:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

9.- LE GUSTARIA QUE EL MEDICO FAMILIAR PERIODICAMENTE Y DURANTE TODO  
EL AÑO LE DIERA ESTAS PLATICAS:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

10.- LE HAN OCASIONADO MOLESTIAS Y NO ESTA DE ACUERDO EN ESTAS PLATICAS:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. VELAZQUES D., MEDICINA PREVENTIVA, LABOR PRIORITARIA, REV. UNIDAD DE PROMOCION. VOL. I.M.S.S. 1980, 267, - MEXICO.
2. SAN MATIN H. SALUD Y ENFERMEDAD., MEXICO, PRENSA MEDICA MEXICANA, 1984,pp. 372-403.
3. JAIME ALARID H., IRIGOYEN CORIA A., FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR, MEXICO, D.F., ED. FCO. MENDEZ CERVANTES, 1985, p.p. 173-180.
4. GUIA PARA EL EDUCADOR DE LA SALUD. FOLLETO DE LA S.S., MEXICO, IMPRESORA GALVEZ, 1982, p.p. 6-13.
5. JOHN R. AUSBAND. AMIGDALITIS AGUDA Y CRONICA EN ENFERMEDADES DEL OIDO NARIZ Y GARGANTA 2ª. EDIC. EDIT. MANUAL - MODERNO, MEXICO, D.F., 1983, PAG. 93-95.
6. JOHN R. AUSBAND. RESFRIADO COMUN "EN" ENFERMEDADES DEL OIDO NARIZ Y GARGANTA., 2ª. EDICION EDIT. MANUAL MODERNO, - MEXICO, D.F., 1983, PAG. 76-77.
7. ABRAM S. BEHENSON AMIBIASIS "EN" CONTROL ENF. TRANSMISIBLES EN EL HOMBRE 12ª. EDICION O.P.S., WASHINGTON D.C., 1978, PAG. 2-5.
8. GAIL L. BONGIOVANNI M.D. ASCARIDIASIS, "EN" MANUAL CLINICO DE GASTROENTEROLOGIA, EDIT. MC. GHAW-HILL, MEXICO, D.F. 1983 PAG. 487-490.
9. SAUL AMADO ESCABIASIS "EN" LECCIONES DE DERMATOLOGIA, 10ª. EDICION. EDITOR FCO. MENDEZ CERVANTES, MEXICO, D.F., 1986 PAG. 169-178.
10. SAUL AMADO: MICOSIS SUPERFICIALES "EN" LECCIONES DE DERMATOLOGIA, 10ª. EDICION. EDITOR FCO. MENDEZ CERVANTES, MEXICO, D.F., 1986 PAG. 104-119.

11. HARRISON, THORN, ADAMS Y COL.: DIABETES MELLITUS "EN" PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA , 5ª. EDIC. EDIT. PRENSA MEDICA MEXICANA, MEXICO, D.F., PAG. 915-941.
12. KRUPP-CHATTON: ARTRITIS REUMATOIDE "EN" DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. EDIC. EDIT. MANUAL MODERNO MEXICO, D.F., 1987 PAG. 504-508.
13. KRUPP-CHATTON: ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA "EN" DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, 22ª. EDIC. EDIT. MANUAL MODERNO MEXICO, D.F. 1987, PAG. 583-584 519-521.
14. KRUPP-CHATTON: BRONQUITIS AGUDA "EN" DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO , 22ª EDIC. MANUAL MODERNO, MEXICO, D.F., 1987 PAG. 130-133.
15. HARRISON, THORN, ADAMS Y COLS.: HIPERTENSION ARTERIAL "EN" PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, 6ª EDIC. EN ESPAÑOL, EDIT. PRENSA MEDICA MEXICANA, MEXICO, D.F. 1986 PAG. 243-245 - 2055-2072.