

11226 138
71.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
**UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA ORIENTE**

**"MODELO SISTEMICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR"**

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. JOSEFINA SANTIAGO OLIVARES

ASESOR DE TESIS DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES



ISSSTE

MEXICO, D. F.

ENERO DE 1997

**TESIS CON
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

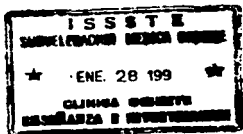
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :
DRA. JOSEFINA SANTIAGO OLIVARES



TITULO :

"MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR"

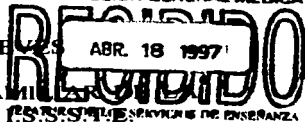

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO. CLINICA ORIENTE ISSSTE

ASESOR DE TESIS

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U N A M I. S. S. S. T. E.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVEDO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENSEÑANZA DEL I. S. S. S. T. E. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA



TITULO DEL TRABAJO

"MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR"

**PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JOSEFINA SANTIAGO OLIVARES


AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DR. ARNULFO RIQUOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

“MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR”

INDICE

I.- MARCO TEORICO :	PAGS.
I.1.- ANTECEDENTES.	5
I.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
I.3.- JUSTIFICACION.	40
I.4.- OBJETIVOS.	42
II.- METODOLOGIA :	
II.1.- TIPO DE INVESTIGACION.	43
II.2.- POBLACION , LUGAR Y TIEMPO.	43
II.3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	43
II.4.- CRITERIOS DE INCLUSION , EXCLUSION Y ELIMINACION.	44
II.5.- DEFINICION DE VARIABLES.	45
III.- RESULTADOS	48
III.1.- GRAFICAS Y CUADROS.	50
IV.- ANALISIS.	72
V.- CONCLUSIONES	75
VI.- SUGERENCIAS	77
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	78

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES:

En los últimos años ha adquirido gran importancia el tema de control de las enfermedades, en la atención primaria de nuestro país.

Se han realizado múltiples investigaciones en base a la existencia de un control inadecuado de los pacientes, por lo que se ha trabajado sobre la línea de crear una metodología de abordaje y control adecuado. Por lo que se han extendido conceptos bastantes desconocidos y menos aun puesto en practica; necesidad de orientación comunitaria de estas actividades, del tratamiento para que lo lleven acabo, los problemas del bajo cumplimiento de la terapéutica, etc.

Esta sensibilización ha tenido elementos positivos y probablemente un grado de control ha mejorado en algunos casos. Por lo que se ha creado la necesidad de abordar y control de las enfermedades y sus familias; así en nuestro sistema público, se han construido unidades de atención o dispensarios específicos, separados de la asistencia habitual para el mejor control de los pacientes. No obstante, parece observarse en algunas practicas un olvido de las diferencias entre la Metodologia de trabajo de la Epidemiologia y de la Clínica Individual, ofrece pequeños beneficios a cada individuo particularmente y su familia (2,3).

Ya que desde los inicios de la civilización han existido evidencias de que las alteraciones de la salud se encuentran estrechamente ligadas al nivel de la vida. (9).

Las guerras, los Desastres naturales, Las crisis Económicas y en general el deterioro del nivel de la vida de las poblaciones, tienen un impacto directo sobre la salud colectiva. (1,8).

En la época clásica, en la antigüedad, Hipócrates recalco la estrecha relación entre las condiciones higiénicas (vivienda, alimentación, vestido) y la aparición de la enfermedad. (6).

Galeno desde el siglo II de nuestra era hasta el renacimiento reconocio explícitamente la influencia del ambiente físico y social sobre la salud de los pacientes. (6).

En 1884 el celebre Patólogo Rudolf Virchow señalo que la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina a gran escala.

Durante este siglo (XIX) se presentaron 5 epidemias mundiales de cólera, peste bubónica, la tuberculosis se hizo enfermedad endémica, difteria, disenteria, tifo, tifoidea y sarampión. Ya que la gente que moría era de extrema pobreza y de la clase trabajadora (6,2).

Esta toma de conciencia por parte del médico, hizo que paulatinamente la medicina cambiara su preocupación por lo individual para inclinarse lentamente hacia el cuidado de la salud colectiva. La preocupación por la salud se incorporo lentamente a la conciencia pública, creandose, desde el último tercio XIX organismo internacional de salud que existen en la actualidad.

Al final del siglo pasado todo apuntaba entonces hacia el fortalecimiento de las instituciones públicas de salud, con la aparición y desarrollo de políticas de atención colectiva.

Sin embargo, la combinación entre las condiciones sociales poco maduras para una medicina socializadas y otros problemas médicos (nueva Bacteria descubiertas) no se dio adecuadamente

El impacto de esta investigación orientaron las manifestaciones sobre el hombre enfermo durante los siguientes 70 años, localizando el origen de la enfermedad en la lesión de los órganos, tejidos y células. Como consecuencia una respuesta social a la enfermedad obedeciendo a los mismos principios del tratamiento individual, curativo y clínico sobre las intervenciones colectivas, preventivas y sociales.

En 1910 se forma una comisión procedida por Abraham Flexner elaboró un diagnóstico de la situación que prevalecía en esos años en las escuelas de medicina de los Estados Unidos. Conoció desde entonces como "Informe Flexner" en el cual se propone una serie de recomendaciones para los Servicios de Salud, y de las escuelas de Medicina. Posteriormente se presentó el Informe Dawson en el cual fortalece la medicina generalizada.

Los Gobiernos de los países económicamente dependientes importaron, hacia la tercera década del siglo, tanto el modelo Flexneriano de formación de recursos como el esquema de prestaciones de servicios médicos propios de los países industrializados, sin conciderar que la situación de sus países difieren radicalmente de la de estos últimos. Proponen una serie de medidas como es fortalecer a los hospitales con una alta Tecnología con instrumental costosos, impropios para el enfrentamiento de los pobres, escasa cobertura a la población rural, y por los problemas actualmente en los países subdesarrollados como el nuestro y el crecimiento o la concentración de agente en las

zonas urbanizadas ha creado la falta de recursos para sostener la demanda ya tan alta de derecho-habientes que actualmente son insuficientes., aun en el Distrito Federal. Y algo muy importante una medicina deshumanizada de escaso contenido social y ético. (6,12).

Por otro lado tenemos de la aparición de la Atención Primaria de Salud. Como se ha mencionado, existe una estrecha vinculación entre la situación de salud de un país y su situación económica y social.

A pesar del desarrollo Técnico y Científico de la medicina su bajo impacto frente a las desigualdades sociales entre unos países y otros y aun dentro de los mismos países, ha sido uno de los motivos para que los distintos foros mundiales de la salud busquen el camino más racional para lograr una situación más justa. (12,3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado en diversos documentos oficiales, que la medicina que se basa en métodos exclusivamente clínicos no ha resuelto de manera satisfactoria los problemas de salud más frecuentes y poco complicados que afectan a la población mundial. ().

La Organización de las Naciones Unidas, por su parte reconoció recientemente que la mayoría de los países dependientes poseen sistemas de salud organizados deficientemente que estos servicios benefician a una mínima parte de la población , y que el personal de salud actual no está preparado para las tareas asignadas por este personal.

(12,14).

Pero, en las páginas anteriores ha dado a conocer un panorama generalizado de la atención primaria de la salud pero;

¿ Que es la atención primaria de la salud ?

La atención primaria de la salud es un concepto relativamente novedoso, ya que surgió hace apenas unos 20 años como respuesta a las evaluaciones de los servicios de salud que demostraron la mayoría de la población mundial no tenía acceso a una atención apropiada (14).

El concepto surgido de la experiencia obtenidas durante el trabajo comunitario de salud realizado en Tanzania, Angola, India, Afganistán, Bangla-Desh y Sri-Lanka, fue avalado y

recomendado por los países miembros de la región de las Américas en su XXIV Reunión del Consejo Directivo, llevado a cabo en 1976.

En 1977, tras la adopción de la meta " Salud para todos en el año 2000 " por los países miembros de la OMS, el concepto fue ampliamente promovido y recomendado en todo el mundo, sin embargo, solo hasta 1978, como resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma-Ata, URSS, fue adoptada con el fin de salud para todos en el año 2000, de los cuales faltan escasamente cuatro años. (15).

Para atender mejor que es Atención Primaria de la Salud (APS) existen varios conceptos; se entiende por atención médica aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud que, actuando sobre las personas en forma directa, promueven la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral. (7, 1 2, 1 5)

La atención médica puede llevarla a la práctica el mismo interesado (paciente). En otras palabras, la atención médica es la asistencia directa inmediata e individual de la persona o al paciente y de sus familias, como una consulta, una inmunización, un consejo higiénico, una intervención quirúrgica, etc. La atención médica se puede efectuar en el domicilio de los pacientes, en el hospital, en los servicios de consulta externa en los laboratorios de análisis clínicos, en la comunidad etc.

Debe quedar claro que la salud de los hombres como conjunto no puede lograrse por métodos basados en la atención individual, que para hacer una comunidad enferma una comunidad sana no basta curar este o aquel paciente, que la atención médica no es sustituto de la salud y que en frecuencia de los servicios de salud no se ocupa de mejorar la salud en el conjunto de población.

Atención médica en salud pública para hacer Salud de atención primaria. (16).

Para llevar a cabo esto, la Atención Primaria de la Salud debe presentar varias funciones que protejan, fomenten y restablezcan la salud del individuo y en consecuencia, de su familia, de la colectividad, legislativa y administrativa.

Funciones en general de Atención primaria de la Salud son:

- a) Promoción a la Salud
- b) Protección Específica
- c) Diagnóstico Temprano y Tratamiento Oportuno
- d) Rehabilitación
- e) Educación
- f) Investigación
- g) Legislación
- h) Administración. (16)

La atención médica cuando se integra a la salud pública se hace o se forma como Atención Primaria de Salud.

Las funciones de la atención de la salud de acuerdo con los organismos y personas que los llevan a cabo, se clasifican en la forma siguiente:

I.- Realizadas básicamente por Autoridades Gubernamentales

- Purificación del Agua
- Disposición de la basura
- Inmunización Obligatoria
- Reglamento en cuanto al medicamento o saneamiento, etc.

II.- Realizadas por el personal de salud que realiza en forma directa:

- Toma de la Atención Arterial
- Inmunizaciones
- Pruebas de gabinete (pruebas de RX, EKG, Pruebas de funcionamiento pulmonar)
- Exámenes de Laboratorio (Análisis de orina, Destrotrix, etc.)
- Atención Domiciliaria

- **Exámenes Médicos** periodicos
- **Toma de papanicolau**

III.- Realizadas por los pacientes. En este caso los individuos deben aprender e implementar ciertas prácticas de salud.

- **Evitar fumar**
- **Evitar tomar bebidas embriagantes (Alcohol, etc.)**
- **Evitar accidentes dentro y fuera del hogar (no tener el medicamento de alcance de los menores, no conducir su automovil a alta velocidad y otras causas etc. (9,10,7)**

También comprende aspectos relativos a la dieta, bajar de peso, tomar su medicamento adecuadamente cuando se trata de una enfermedad crónica degenerativa, pero esto no basta debe estar concientes de sus necesidades y funciones personales (Bañarse , aseo dental , cambio de ropa, etc.)

Debe decirse que no se ha demostrado en forma objetiva de las funciones de la Atención Primaria en su totalidad sea eficaces (II).

Por lo siguiente; Una buena atención a la salud a una comunidad o de una Institución debe reunir los siguientes requisitos:

- 1.- Igualdad
- 2.- Calidad
- 3.- Integral
- 4.- Oportunidad y accesibilidad

La atención médica consta de tres componentes básicos:

- 1.- **Beneficiarios.** Son los usuarios (pacientes)
- 2.- **Recursos.** Son el personal, el equipo, los locales, la tecnología, las instalaciones y el financiamiento
- 3.- **Administración**

La atención médica esta sujeta a dos fenómenos:

La demanda y la oferta, lo que quiere decir que sus servicios en cuanto a número de hospitalizaciones, consultas, inmunizaciones, etc. Debe aclararse que los terminos demanda y oferta, en un sentido económico escrito, no son de todo aplicables a los servicios médicos ya que la demanda económica siempre se relaciona con el precio y la salud no se compara, se adquiere en diversas formas (Atención Primaria de la Salud). (3,11)

En cuanto a la oferta, esta se limita solo a servicios (edificios, instalaciones y equipo). En la demanda deben considerarse tres componentes; el Biológico, Socioeconómico y el Psicológico. ().

1.- Biológico. Se estudia en base al estado de salud-enfermedad, la edad y el sexo.

a) Estado de salud-enfermedad. Es el elemento mas importante de la demanda, su participación depende en gran parte de la urgencia que presente, del dolor y de la incapacidad que deja la enfermedad.

b) Edad. Se decía que es en los extremos de la vida. Pero actualmente se ha incrementado en las dos etapas de la vida.

c) Sexo. Se piensa que las personas que mas acuden son los del sexo femenino.

2.- Socioeconómicos. Tiene diversos factores, al mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida, aumenta la demanda de servicios médicos. Los aspectos de mayor relevancia:

a) Residencia. Los habitantes de los medios urbanos solicitan mas servicios que los rurales.

b) Escolaridad, a medida que el padre de familia o algunos miembros de la familia tienen mejor preparación la petición de los servicios aumenta

c) Tamano de la Familia. Los integrantes de la Familia grande solicita más los servicios médicos, que los de las pequeñas.

d) Estado Civil es muy importante ya que se refiere que en promedio casados viven más y que solicitan menos la consulta que los solteros.(1 1,5)

e) Actividad. Las personas que desarrollan actividades comerciales o intelectuales

solicitan mas atención médica que los individuos dedicados al campo.

f) Ingresos económico o Familiar. En terminos generales la demanda aumenta junto con el ingreso percapita o familiar.

La situación se agrava actualmente más. (3,12).

g) Legislaciones. La atención médica de las personas esta a las legislaciones existentes y al tipo de servicios que hay (público, privado, gratuito, etc.)

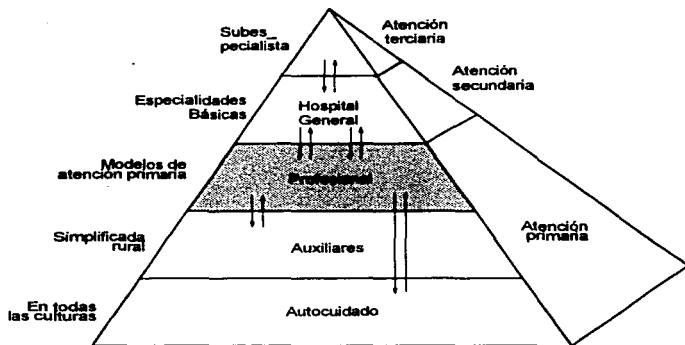
3.- Psicológico. La situación psicológica va a condicionar al paciente con respecto al fenómeno salud-enfermedad y la creencia de la afectividad terapeutica. Esta influida por el estado emocional, las actitudes, las experiencias previas y las creencias.

OFERTA. Comprende:

a) Accesibilidad se refiere a los dias y horas de servicio costo de los servicios y tiempo, distancia fisica entre pacientes y recursos.

b) Calidad, Cantidad y tipo estan dados por diversos elementos, número, variedad y tipo de recursos humanos y equipo médico y reproductividad de los servicios. (4,12).

" ATENCION PRIMARIA PARA LA SALUD "



** PIRAMIDE DE 5 NIVELES EN CUANTO LOS DISTINTOS TIPOS DE ATENCION PRIMARIA, DENTRO DEL SISTEMA DE ATENCION DE LA SALUD **

NIVELES DE ATENCION MEDICA

Los servicios médicos y en particular los de una área geográfica, debe de otorgar una atención integral, oportuna accesible y eficaz. Una de las formas de lograrlo es recurriendo a un procedimiento administrativo llamado Niveles de Atención Médica y que enfoca las necesidades de salud curativas y cualitativas de las comunidades, las acciones mismas en favor de la salud. Habitualmente se concideran tres niveles de atención médica: Primario, Secundario y Terciario.

PRIMER NIVEL

Es el más importante por la magnitud de las necesidades de sanud, por ser el sitio de mayor demanda por la población y por coordinar todas las acciones. El primer nivel debe ser el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud, en este nivel se previene y se promueven programas para mejorar resultados con respecto a la salud. Se tratan los problemas agudos y se controlan enfermedades crónicas. Sus funciones estan dadas por características ya establecidas. (11 , 13).

- Problematica. Se ocupa de la población sana, protegido y promoviendo su salud, de problemas de salud comunes e inespecificos, y de cierto tipo de enfermedades crónicas.
- Cobertura. Atiende a los vecinos de una pequeño lugar a comunidades determinadas a familias.
- Ubicación. Esta ubicada en la propia comunidad a la que sirve.
- Tipo de Atención. Los beneficiarios tienen acceso directo.
- Funciones. Estan orientadas hacia la protección de la salud, el formato de la salud y el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos (control de embarazo, normal de vigilancia al niño sano, se practica inmunizaciones y se otorgan medidas de urgencia).

- **Recursos Humanos.** Son personas de la comunidad y personal técnico y profesional., formado por Médicos Familiares o Generales, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales, Técnicos en Radiología o laboratorio.
- **Recursos Físicos.** Son Consultorios Generales, Centros de Salud, Clínicas Generales o familiares.
- **Recursos Humanos.** Son personas de la comunidad y personal técnico y profesional., formado por Médicos Familiares o Generales, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales, Técnicos en Radiología o laboratorio.
- **Recursos Físicos.** Son Consultorios Generales, Centros de Salud, Clínicas Generales o familiares.

Este primer nivel forma parte de la atención primaria de salud, y en el los recursos humanos deben estar debidamente integrados, teniendo experiencia y preparación cerca de las condiciones de vida, salud y trabajo de los beneficiarios y de sus gustos en cunato alimentación y recreo; esto es ; una atención eficaz de primer nivel se basa en el conocimiento de las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, a los que debe darse sentimientos de seguridad y calma, lo que significa que en primer nivel se otorgan servicios curativos y preventivos en la consulta externa y se trata de elevar la situación sanitaria de la comunidad.

Todo esto señala que los servicios médicos deben planearse a partir de la base y no desde el vertice y que los pacientes deben recibir tratamiento lo más cerca posible de su hoga. (4.15,17).

SEGUNDO NIVEL

Por lo regular en beneficiario llega a este nivel despues de haber sido referido por el primer nivel. Se identifica con servicios de consulta externa y hospitalizacion general, en los que se encuentran Médicos Familiares o Generales, algunos especialistas y algunos tecnicos especializados.

A este nivel acuden todos aquellos pacientes que requieren cierta atención especializada. Su enfoque no es integrador, es funcion de individuos, organos, aparatos o sistemas aislados. (17)
Sus características son:

- 1.- **Problemática.** Se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada.
- 2.- **Cobertura.** Sirve a grandes grupos de poblacion o a varias comunidades.
- 3.- **Ubicacion.** Esta a una distancia media del domicilio del paciente.
- 4.- **Tipo de Atención.** La atencion que se proporciona es de tipo intermitente y por lo tanto, discontinuo.
- 5.- **Funciones.** Se orientan hacia el diagnóstico y el tratamiento tempranos y la limitación del año.
- 6.- **Personal.** Es el personal profesioal y técnico con preparación de concentrado y de amplitud y profundidades medias (3,17,18).
- 7.- **Recursos físicos.** Son hospitales generales, consultas externas generales y de gineco-obtetricia, pediatria medicina interna y cirugia general, y centros de salud con servicio de hospitalización.

TERECER NIVEL

Se identifica con la alteración médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o ya la participación de servicios alternamente tecnificados. Sus características son las siguientes:

- 1.- Problemática. Se ocupa de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes.**
- 2.- Cobertura. Sirve a grupos de población muy grandes o muchas comunidades.**
- 3.- Ubicación. Puede estar ubicada a gran distancia del hogar del paciente.**
- 4.- Tipo de atención. La atención que se proporciona es de tipo episódico, y por ello discontinuo. Los pacientes no tienen acceso directo a este nivel, habitualmente son enviados desde el nivel secundario y esporádicamente por el primero.**
- 5.- Funciones. Son fundamentalmente la curación y la rehabilitación**
- 6.- Personal. Requiere personal médico, paramédico y técnico altamente especializado y no pocas veces numeroso; su preparación es estrecha en amplitud y de gran profundidad. (18).**
- 7.- Recursos Físicos. Son hospitales especializados, Centros Médicos, Centros Hospitalarios y Hospitales Universitarios.**

Todos los niveles tienen igual importancia en el panorama general de la salud de las comunidades, aunque se debe enfatizar que la piedra angular para mejorar las condiciones de la salud es la Atención Primaria de la Salud.

Esto significa que la atención médica por niveles es una forma más de afirmar que la salud es parte integrante de la vida y que la atención médica es, además, parte de la actividad del individuo y de la sociedad. (15,18).

DAÑOS A LA SALUD

Los daños de la salud, desde el punto de vista de la Salud Pública, son las enfermedades que afectan a una determinada población, agrupadas y analizadas según alguna característica común: causa, evaluación, frecuencia y distribución geográfica, etc. de forma tal que permitan deducir medidas para su prevención y control.

Describir en termino cuantitativo la situación de salud y enfermedad de una población requiere cuantificadores de la fase de salud no se han logrado establecer satisfactoriamente, cosa que si ha ocurrido con la enfermedad y la muerte. (19).

I.- MORTALIDAD

1.1.- DEFINICION.- Número proporcional de muertes en una población y tiempos determinados. Actual o anual, en los grupos de vida. Número por 1.000 asegurados por año.

Los indicadores de mortalidad son un reflejo importante de las transformaciones económicas, sociales, sanitarias, ambientales y demográficas de las comunidades, por lo que se resultan un valioso indicadores de los niveles de desarrollo de los pueblos del mundo. (19).

Es un parametro útil para la medición de las condiciones de salud, por lo cual es de gran trascendencia su conocimiento preciso para determinar las causas que intervienen en los procesos Salud-Enfermedad, y actuar contra ellas por medio de la modificación de los riesgos existentes y, como consecuencia, evitar los daños con una atención médica integral y de la calidad eminentemente preventiva.

La mortalidad segura siendo un elemento fundamental en la formación de las bases para la toma de decisiones durante el proceso gerencial, y para la planeación, dirección y evaluación de los servicios médicos y los programas sanitarios. La mortalidad debe aprovecharse mejor en el campo de la Epidemiología, en especial en la vigilancia de esta misma de la cual es un elemento clave, impulsando su analisis meticoloso para definir sus principales caracterizaciones tendencias y proyecciones. (20).

I.III.- CAUSAS GENERALES DE LA MORTALIDAD

Las causas que proceden las definiciones en México se agrupan en tres grandes apartados:

- A) Las enfermedades Trasmisibles
- B) Las enfermedades no Trasmisibles
- C) Los accidentes y muertes es por violencia

A) Enfermedades transmisibles.

Este grupo de enfermedades, que vistas en conjunto, constituyeron la principal causa de muerte en México hasta hace unos años, fue desplazada por el grupo de la no Transmisible. Las neumonías, la influenza, otra enfermedad del aparato respiratorio y de las contenidas en el primer capítulo de la clasificación internacional de enfermedades, referente a las enfermedades infecciosas y parasitarias. La viruela y el paludismo han desaparecido como causa de muerte y otras causas (peste, fiebre amarilla). (20,21).

B) Enfermedades no Trasmisibles.

La mortalidad de anginas enfermedades degenerativas, metabólicas y neoplásicas, casi todas ellas ligadas al aumento de la población adulta y vieja; en su conjunto son ya la principal causa de muerte en México, pues provocan el mayor porcentaje de defunciones.

C) Accidentes y muerte por violencia.

La industrialización, el crecimiento del sector urbano y las deficiencias en la educación para la salud han dado lugar a un aumento cada vez mayor de los accidentes en sus diversas modalidades. Los accidentes del trabajo y por vehículos de motor ocupan un lugar preponderante

en zonas industrializadas y urbanas; los accidentes domésticos y otros ocurridos en las vías públicas predominan en las zonas rurales y en la periferia de las zonas urbanas.

Los homicidios, siempre vinculados a las condiciones de la salud mental y al momento actual que vive nuestro país debido a su economía, ya que esto desajusta totalmente a sus habitantes que trae una serie de consecuencias y que ha pasado a ser dentro de las 10 principales causas de mortalidad. (20,21).

Otro fenómeno ligado a las condiciones colectivas de salud mental son los suicidios posiblemente por carestía, falta de trabajo, desempleo, los despidos masivos, cambios en el medio ambiente (falta de lluvia) para los agricultores y ganaderos que hace que emigre a las zonas de mayor concentración, aumentando sus problemas tanto económicos y familiares.

I.II.- MORTALIDAD GENERAL POR CAUSAS.

La mortalidad general descendió marcadamente en lo que va del siglo; en 1900 se estima en 33.6 defunciones por 1.000 habitantes; en 1950 se redujo a la mitad, en 1960 a la tercera parte y en 1980 a la quinta parte; a partir de 1980 el descenso fue más lento llegando a 4.8 en 1991. La mortalidad registrada en 1990 varío entre 6.7 defunciones por 1.000 habitantes en Oaxaca, estado de alto grado de marginación y 3.2 en Quintana Roo, debajo grado de marginación.

En las tres últimas décadas del descenso de la mortalidad fue más notorio en los grupos de 1 a 4 años y de 5 a 14 años de edad que en los menores de 1 año y en las demás edades. La tasa de mortalidad infantil se redujo 76% y de los niños de 5 a 14 66%; las disminuciones de la mortalidad en los grupos de 15 a 44 años, 45 a 64 y 65 años y más fueron 41, 33 y 13%, respectivamente.

Las tasas de mortalidad de los hombres se mantuvieron consistentemente más altas que las de las mujeres en todos los grupos, excepto en el 1 a 4 años. En los hombres el descenso de la tasa fue menor que en las mujeres; entre estas, el descenso más notorio se produjo en el grupo de 15 a 44 años, por lo que la reducción de la mortalidad materna. En 1991, la tasa de mortalidad general fue de 41.57 por 100.000 para las mujeres y de 54.3 para los hombres, lo que significa una sobremortalidad masculina de 32%. (19,20,21)

Para los grandes causas, la mortalidad por enfermedades transmisibles descendió entre 60 y 87 % en todos los grupos de edades durante las tres últimas décadas, contribuyendo en gran medida al descenso de la mortalidad general; la mortalidad por tumores aumento en los lactantes, preescolares y escolares, y permaneció relativamente estable en los demás grupos: la debida a causa externas aumento en los menores de 1 año y en los mayores de 15.

En 1994 las principales causas de mortalidad general fueron las enfermedades del corazón (CIE - 9.390-429) con una tasa de 63.4 defunciones por 100.000 habitantes (13.5% del total de defunciones por causas definidas); los tumores malignos 49.2 (10.4%); los accidentes 45.7 (9.7%); la diabetes millitus 31.8 (6.7%) ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 26.2 (5.6%); las enfermedades cerebrovascular 24.4 (5.2%); la neumonia e influenza 22.0 (4.7%); la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 21.8 (4.6%); Las enfermedades intestinales 22.0 (4.7%) y los homicidios y lesiones infligidas internacionalmente por otra persona 17.7 (3.8%). (21,22).

Estas 10 causas representaron el 68.2% del total de defunciones por causas definidas.

II.- MORBILIDAD - MORBIDIDAD

2.1.- DEFINICION.- Numero proporcional de personas que enferman en población en un tiempo determinado

La función de la medicina es prevenir, recuperar y conservar el estado de salud de los individuos, por lo cual la planificación, la organización y la evolución de los servicios debe sustentarse en las necesidades de la población según su problemática, la causa es gran parte se determina mediante los niveles de morbilidad, expresión cuantitativa de la enfermedad. (21).

El análisis de la situación de los pueblos del mundo es algo que preocupa a todos los miembros del equipo de salud, por lo cual el estudio de la morbilidad resulta prioritario, ya que es un parámetro fundamental para definir el perfil de la salud de las comunidades y un elemento valioso en la epidemiología, Ciencia que estudia los Factores y Condicionantes que intervienen en el Proceso de Salud. Enfermedad, mediante la recolección de informaciones que miden el estado de salud, la prevalencia de los riesgos y los impactos de las acciones desarrolladas, de cuyo análisis e interpretación se deciden las alternativas para la prevención y control de los daños, y se establecen las políticas y estrategias a seguir. Dentro de dichas informaciones destaca la morbilidad, cuyo estudio es explicado debido a que la enfermedad no es un suceso único si no múltiple, pudiendo afectar al ser humano en momento de su vida, o a lo largo de toda su existencia. (22).

El estudio de las enfermedades debe sustentarse en el reconocimiento de que muchas de ellas son prevenibles, y que gran proporción de la patología predominante que afecta a la población es susceptible de ser evitada. Los datos sobre la enfermedad pueden resumirse en lo relativo a su frecuencia, gravedad, duración, características de los pacientes, variables referentes a cada afección, las secuelas e invalidez que provocan, etc. Las que son medidas por una serie de indicadores, recomendados a un nivel internacional para asegurar su comparabilidad, siendo sus fuentes de obtención la notificación de enfermedades transmisibles y no transmisibles. (22,24).

Los médicos generales - familiares recopilan mucha información sobre morbilidad en el

curso de su trabajo diario, y las historias médicas reflejan mas exactamente las verdaderas frecuencias relativas a muchas enfermedades que los registros hospitalarios o de mortalidad. En los países en que los médicos Familiares son responsables de una relacion definida de datos poblacionales sobre las cifras de consultas por distintos transtornos, estos datos pueden convertirse facilmente en tasas de morbilidad. Los cuadros frecuentes pueden estudiarse utilizando los registros de un solo consultorio, o de un grupo de consultorios vecinos, pero el estudio de enfermedades menos frecuentes precisa de un gran número de historias clinicas precedentes de muchas consultas. (24).

La tarea de obtener datos confiables sobre frecuencia de las enfermedades que afectan a la población de México presentan obstaculos hasta el momento no superados. Si bien es cierto que con base en las defunciones puede calcularse el número de enfermos, también lo es que muchas enfermedades no conducen a la muerte, aunque pueden representar problemas de salud pública por magnitud o sus consecuencias sociales.

2.2.- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Aunque la información oficial disponible es incompletas se usa para la evolución que estos problemas han tenido atraves del tiempo debido a variaciones estacionales, epidemias etc., y comprender la eficiencia de las acciones sanitarias y los resultados de la introduccion de nuevos recursos médicos.

III.- ESPERANZA DE VIDA

Como se ha expresado, morbilidad, y la mortalidad y la invalidez no son indicadores de salud estrictamente hablando, sino de daños a la misma. Uno de los indicadores positivos disponibles en México es la esperanza de vida que expresa la posibilidad de prolongar esta o acortarla, sin conciderar la calidad de la misma. La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad, unido a otros indicadores positivos de una población e incluso estudio de su supcetibilidad, bienestar, vitalidad, felicidad etc., y de los que miden sanamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y trabajo, que puedan en un futuro ofrecer la forma de vida satisfactoria de la familia y una salud colectiva. 2,20,21).

El progreso se debe fundamentalmente a la mejoría de los niveles de vida en general, los adelantos tecnológicos en las presentaciones y en la cobertura de los servicios médicos (principalmente primer nivel)

LA FAMILIA

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad, el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente realizando sus actividades dentro de conglomerados, como la Familia, el equipo deportivo, el trabajo, la escuela, el lugar donde vive, la vecindad, la ciudad, etc., ya que todos ellos requieren del complemento de la conducta de otros individuos. Es por medio de esa permanente interrelación como valiosos obteniendo los satisfactores que nos permiten cubrir las amplias necesidades que todo ser humano tiene. De estos grupos resalta por su importancia la Familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo. (26).

La Familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento. Para el hombre la autosuficiencia es algo imposible; solo puede existir un grado relativo de autonomía. En la Familia humana existen miembros masculinos y femeninos, jóvenes y viejos, corpulentos y pequeños, altos y bajos, fuertes y débiles, inteligentes y tontos, de tez blanca y de tez oscura, apuestos y feos. (23,26)

De la diferencia nace la unión, de la unión nace la diferencia, y nuevamente la unión y asía perpetuar. Para que la Familia tenga asegurada la supervivencia y el crecimiento debe manejar en forma creativa dos factores siempre presentes; lo incompleto y lo diferente. (27)

La familia es tan antigua como la historia; en todas las comunidades es factor social de gran influencia para el desarrollo humano, en ella se encuentran entrelazados todos los sectores de la vida. Desde hace tiempo es bien conocida que la Familia es componente importante en el cuidado de la salud

Su participación se hace más manifiesta cuando se conocen los problemas que producen la

enfermedad, un accidente, la muerte , el embarazo no deseado, el alcoholismo, la demencia o la delincuencia de algunos de los miembros de la familia; si no se eliminan o atenuan dichos problemas, los individuos, y por lo tanto las familias, tienen dificultades para realizarse plenamente.

De aquí que el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos exprese en su última parte: **La Familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene el derecho a la protección de la sociedad y el Estado . (27,28)**

La familia , como se conoce, ha sufrido una serie de modificaciones. No siempre ha existido con las características actuales, hay un denominador común que tiende a considerar las siguientes etapas;

- 1.- Promiscuidad inicial
- 2.- Cenogamia
- 3.- Poligamia
 - a) La poliandria
 - b) La poligenja
- 4.- Familia patriarcal monogamica
- 5.- Familia conyugal moderna.

La etapa llanada de promiscuidad inicial se caracteriza por la nula existencia de vinculos permanentes en el padre y la madre, no hay una reglamentación con respecto a sus relaciones y de las responsabilidades que el padre puede tener hacia los hijos y por tanto en relación a estos no aparece como una figura importante . Es la madre la que mantiene un vinculo constante de cuidado y protección del hijo, este no sabe quien es su padre y el parentesco se señala por la línea materna. (30)

La cenogamia se caracteriza porque un grupo específico de mujeres mantienen relaciones sexuales con grupos determinados de hombres. En esta etapa si existe una reglamentación de la relación de los diferentes esposos y del cuidado y la crianza de los hijos. (30,31)

La Poligamia es uno de los fenómenos que la historia nos muestra con más claridad en su evolución que presenta dos aspectos;

a) La poliandria, en la que una mujer tiene varios maridos, en un tipo de familia que lleva el matriarcado. La mujer es el centro de la familia, ejerce la autoridad, fija los derechos y obligaciones de la descendencia y por lo tanto el parentesco determinado por la línea femenina. Se considere una etapa en la que el hombre era sedentario, aparece la agricultura la ganadería en forma incipiente, la mujer se convierte en el principal agente económico y afectivo, el hombre se dedicaba a la guerra y la caza.

b) La poligenia se da cuando un hombre tiene varias mujeres, fenómeno social mucho más aceptado, que inclusive en la actualidad se observa. (8, 12)

La familia patriarcal monogámica es el antecedente de la familia moderna. En la cultura occidental la influencia que la religión católica ejerció en el desarrollo jurídico político sobre todo en el imperio romano, fue decisiva para institucionalizarse el concepto de familia patriarcal monogámica; que se caracteriza porque la figura preponderante es la ser padre, que representa el centro de las actividades económicas, religiosas, políticas y jurídicas. La familia estaba formada por el padre, su mujer, sus hijos hasta que el moría, sus hijas hasta la boda, las esposas de sus hijas, los clientes y los esclavos. Entre otros derechos el padre tenía que reconocer a los hijos o rechazarlos a su nacimiento; repudiar a la mujer, casar a los hijos a las hijas, emancipar, adoptar, designar al morir el tutor de su esposa y de sus hijas, ser el único propietario del patrimonio y el representante religioso en el culto doméstico, etc. La mujer debía tener un sometimiento absoluto a la autoridad del padre. Como vemos, toda la estructura social de este tipo de familia gira en torno a la voluntad del padre, quien además es el único que tiene derecho a una participación pública de la vida de la sociedad en la que vive. Tenían que presentarse una serie de influencias para la familia patriarcal cambiara en su estructura interna, las modificaciones de la sociedad fueron haciendo que las actividades económicas técnicas interiores de la familia fueron desapareciendo. Surgen instituciones externas a la casa que vienen a suplir una serie de funciones antes inherentes, como por ejemplo médico asistenciales, las de educación, las religiosas, las recreativas, etc. Se va modificando el concepto tradicional de familia patriarcal y vamos viendo aparecer las características que actualmente tiene la familia occidental moderna (30,31).

Cambia su número de miembros, quedando circunscrita a la generación de los abuelos y los padres y los hijos, y aunque los tiene relaciones muy estrechas con los parientes colaterales estos

quedan fuera del núcleo familiar. A este tipo de familia se le denomina familia conyugal extensa, que sigue siendo muy común sobre todo en las zonas rurales. Pero en las ciudades de los países que tienden a caracterizarse por su alto grado de industrialización, la familia conyugal extensa se ha reducido, quedando limitada a la institución del matrimonio, como un grupo en el cual se comprende solo al marido, la esposa y los hijos menores o solteros, excepcionalmente los hijos casados. En estos casos el parentesco se establece a través de la línea masculina y femenina. Los parientes colaterales ascendientes y descendientes no solo no vienen a formar parte de la propia familia, sino que se mantienen relaciones cercanas con ellos. La patria potestad ya no está exclusivamente en manos del padre sino también de la madre, y en general las relaciones que se dan dentro de esta clase de familia tienden a democratizarse. (30,32).

DEFINICION DE FAMILIA

El vocablo familia se origina de la palabra latina Famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. La cual fue propuesta por el Marqués de Morante.

Consenso Canadiense

Una familia esta compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más, niños, que viven bajo el mismo techo. (28)

Consenso Norteamericano.

Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y estan relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción . (28)

Aunque el termino familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura del Occidente, conservando aun la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y fisico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aun cunado la forma de la familia varian en las diversas sociedades , toda la sociedad mantiene algun sistema tipico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene valor primario dentro de la sociedad. La característica principal de la familia es la de formar una unidad en relación a otros grupos semejantes o diferentes. Siendo una unidad tiene rasgo especiales: establece relaciones e interactua en la sociedad. Esto no significa que la familia sea indisoluble y permanente. Por otra parte , la familia ha cambiado con el tiempo de acuerdo a las situaciones socioeconómicas. (29).

Para el estudio de la familia, desde el punto de vista social se clasifica en ;

I.-EN BASE A SU DESARROLLO

- Moderna
- Tradicional

- Arcaica o Primitiva.

2.- EN BASE A SU DEMOGRAFIA.

- Urbana - Rural.

3.- EN BASE A SU INTEGRACION.

- Integrada
- Semi-Integrada
- Desintegrada.

4.- DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO.

- Campesina
- Obrera
- Profesional

5.- EN BASE A SU COMPOSICION O ESTRUCTURA.

Se pueden considerar dos tipos de estructuras entre las familias: la reproductiva y la de convivencia, que en cierta forma traducen o no relaciones sanguíneas.

- Nuclear.- Está formado formado por uno o los progenitores y sus hijos. En este tipo de familia el factor importante es genético : Es la familia tradicional.

- Tipo de Convivencia . Conocida como familia doméstica, más o menos amplia de la cual la familia nuclear puede formar parte. Este último caso hay dos variedades; la Extensa formada por padres , hijos y otros parientes consanguíneos , abuelos ; Extensa Compuesta, cuando se agregan otros integrantes no consanguíneos , como compadres, amigos, servidumbre. (29,30)

La familia nuclear no es siempre un modelo a seguir, pues aleja a los menores de los contactos afectivos y experiencias con los otros familiares que puedan contribuir a formar su personalidad. (30).

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso. Hay diferentes épocas por las cuales va pasando, de acuerdo con su propio proceso existencial destacando las siguientes:

- FASE DE MATRIMONIO
- FASE DE EXPANSION
- FASE DE DISPERSION
- FASE DE INDEPENDENCIA
- FASE DE RETIRO Y MUERTE

Este esquema propuesto por Geyman en 1980; es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. (31)

La Fase de matrimonio se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegará a ser en el futuro; representa el ambiente natural donde el ser humano debe encontrar la plena realización de sus expectativas. Es al inicio del matrimonio donde se empiezan a firmar los roles que el padre y la madre van teniendo de acuerdo con los antecedentes señalados.

En la cultura que vivimos se da un tipo de familia cuyo denominador común la ubica como la familia Tradicional con el padre como centro donde gira la actividad económica y social.

El da el marco de referencia de los valores filosóficos, morales y religiosos para la mujer y para los hijos, y además el que de acuerdo con su ocupación y con el monto de sus ingresos, determina la clase social a la que pertenecen. Por otro lado, la madre viene a representar el centro afectivo, da la seguridad emocional a los miembros de la casa, es la administradora del hogar tanto en lo económico como en lo emocional.

Por las modificaciones tan rápidas que la sociedad está teniendo, vales la pena mencionar como estos cambios han afectado o pueden llegar a influir la estructura interna de la familia, sobre todo la transformación de la mujer, con una nueva serie de expectativas que le permiten ampliar

su campo fuera de los nuestros límites del área tradicional. La estructura económica de las sociedades contemporáneas ha venido a integrar en un grado creciente a la mujer al campo de la producción.

La mujer pasa a tener diferentes papeles que la sociedad urbana de clase media le va permitiendo tener a la mujer ;

- En primer lugar esta el rol de esposa - madre tradicional con una serie de derechos y privilegios reconocidos únicamente por el esposo y los hijos. (28,31).

Un segundo papel es el de la esposa-compañera, que por lo regular se da en las clases acomodadas y representa un modelo al que irracionalmente se trata de copiar por clase media.

Por último, en tercer lugar, esta la mujer colaboradora aparece en la clase media , siendo la modificaciones socioeconómicas de la sociedad las que han propiciado este papel, la esposa dedica una parte muy importante de su vida diaria a un trabajo remunerado fuera del hogar y representa una parte muy considerable dentro de los ingresos familiares, por lo que es considerada como un igual en relación a su marido , es frecuente que la mujer varíe de un papel a otro según las condiciones de cada familia.(31)

Fase de expansión . Es el momento en que a mayor velocidad se incorpora nuevos miembros a la familia. Ya que una de las principales expectativas de todo matrimonio es la de tener hijos. (31)

Fase de dispersión. Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar , se para el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes. (31)

La fase de Independencia. Es difícil precisar el número de nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximadamente entre 20 y 30 años.

Fase de retiro y muerte; al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que se han encontrado;

- Incapacidad para laborar (por la edad de ellos mismos, y las enfermedades crónicas

- degenerativas que les aquejan).
- Desempleo.
 - Agotamiento de los recursos económicos.(por pensiones bajas)
 - Las familias de los hijos casados en fase expansión, sin posibilidades de proporcionar recursos a los padres: abandonandolos en sus hogares de origen,o recluyendolos en asilos para ancianos. (31)

LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las funciones de la familia son cambiantes, se inician con la creación de la misma, suelen madurar a través del tiempo y terminar con su disolución.

Algunas de las funciones son ejercidas por todos los miembros de la familia, otros son realizados predominantemente por un solo miembro, o en algunos casos se necesita, para el mejor desempeño de la familia, la colaboración externa de otras personas, grupos sociales o el gobierno.

Las funciones de la familia interesan en salud porque su ausencia o alteración traen problemas a sus integrantes y porque son factores decisivo para la creación y operación del servicio de salud.

Porque el problema de ajustes que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. (31, 32)

Las funciones son las siguientes;

- 1.- Socialización
- 2.- Cuidado
- 3.- Afecto
- 4.- Reproducción
- 5.- Estatus y Nivel Socioeconómico.

1.- Socialización. La tarea primordial de la familia es tras formar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependientes de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y pre-escolar. Ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartida por los profesores , como es el caso de las escuelas primarias. (32)

2.- Cuidado Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera mas adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, apoyo emocional, etc en cada uno de sus miembros. (32')

3.- **Afecto.** Según los académicos de la lengua el affectus de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios en alguna dependencia. En cuanto a institución familiar referido a proporcionar; animo, amor y cariño .

Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, que la componen como son el; conyugal, paternal, filial, etc. se encuentran estrechamente relacionadas , por la -necesidad de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando así, la recompensa básica de la vida familiar (32)

4.- **Reproducción.** LLanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de proveer de nuevos miembros ala sociedad, aun cuando se debe aclarar , que esta función va más alla de tal propósito ya que lleva compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente ; salud reproductora. (32)

5.- **Nivel Socioeconómico.** Aceptando el concepto dinámico de familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, se entiende como el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico; es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares (32)

SALUD FAMILIAR : LA FAMILIA COMO UNIDAD DE SALUD.

El término salud familiar incluye el total o la suma de los estados de salud de cada uno de los miembros de la familia pues toma en cuenta las interrelaciones y la interdependencia de los estados de salud física, social y mental de los individuos que viven juntos, los cuales determinan el funcionamiento de la familia como una unidad biológica, psíquica y social dentro del ambiente cultural. Sin embargo, en realidad el termino tiene un significado superior a la suma de sus partes, ya que en el se incluyen tanto la prevalencia como la frecuencia de enfermedades en la familia. Por lo tanto, la familia en una unidad de atención de la salud, pero también una unidad de salud. (28,33)

La salud familiar comprende las relaciones de interdependencia física, mental y social de los individuos que la componen. Complementa las funciones de salud pública y la atención médica; su ámbito de acción permite afrontar en forma con gruente e integral numerosos problemas de salud que no pueden abordarse de otra forma. Cuando la comunidad se considera, no como un conjunto de individuos diferenciados por edad, sexo y clase social sino como un conjunto de familias diferenciadas por razones sociales, económicas y biológicos, se manifiestan nuevas formas y gamas de variación y pueden dar lugar a nuevas posibilidades. La necesidad se considerara la familia como unidad de salud tiene bases biológicas, demográficas, sociales, económicas y practicas. Esto queda bien entendido si recor damos que las enfermedades transmisibles o las parasitosis intestinales se propagan facilmente en el seno de la familia, que los padecimientos genéticos dan lugar a tensiones entre los integrantes de la familia, que la pobreza, miseria e ignorancia de los miembros de la familia impiden el desarrollo pleno de los mismos, y que las enfermedades crónicas o invalidantes dan lugar a trastornos psicológicos y sociales. La familia ofrece la posibilidad de abordar los problemas de salud en forma integral y práctica, los que así son más fáciles de resolver; por ejemplo:

- a) En la promoción de la salud las medidas de higiene personal, la lucha contra la desnutrición y los exámenes médicos a la familia entera permiten combatir o descubrir padecimientos que puedan afectar a todo el grupo familiaa.
- b) En la prevención de padecimientos mediante vacunaciones.

- c) En la curación lo más adecuado es abordar el problema atendiendo a todos los miembros de la familia. Esta necesidad es clara en ciertos padecimientos (obesidad, parasitosis, caries, amigdalitis, diabetes, etc.)
- d) En la rehabilitación se debe cuidar al afectado e instruir a los familiares para favorecer la readaptación.
- e) En la educación para la salud la transmisión de mensajes educativos se facilita en la familia si un miembro lo hace. Así para la planificación familiar el padre puede ser el portavoz que trasmite el mensaje, en la prevención de accidentes en el hogar puede ser la madre.

Lo anterior, lleva a términos reales, significa que el personal de salud debe incorporar a su trabajo diario los conocimientos sobre la familia, y que los miembros de esta deben estar concientes de la dinámica familiar y de la importancia que tienen para la salud las relaciones intra, inter y extrapersonales. (33)

INDICADORES DE LA SALUD FAMILIAR

Los indicadores de la salud familiar son de cuatro tipos:

1.- DEMOGRAFICO

2.- VITALES

3.- DE SERVICIOS

4.- DE MORBILIDAD

- 1.- Indicadores demográficos.** Tamaño de la familia, composición de la familia (estado civil, edad, sexo, grado de escolaridad, empleo, etc.), residencia urbana o rural, ingresos económicos .
- 2.- Indicadores vitales.** Tasas de mortalidad, tasas de natalidad , tasas de fecundidad, esperanza de vida, etc.
- 3.- Indicadores de servicio.** Tasas de demanda de servicios médicos, número de consultas a la familia, días promedios de estancias en el hospital, etc. Cuando disminuye el papel integrador de los miembros de la familia hay aumento de la demanda de servicios.
- 4.- Indicadores de morbilidad.** Tasas de aborto (abortos provocados, abortos espontáneos), tasas de infecundidad, tasas de incapacidad, tasas de frecuencia y prevalencia de enfermedades, tasas de ausentismo al trabajo o escuela, tasas de jubilación temprana por incapacidad, indicadores de salud mental (ingresos en un servicio de salud mental antecedentes familiares de enfermedad mental , falta de armonía conyugal, etc). (34)

CONOCIMIENTO ETICO

La ética, que trata de las obligaciones del ser humano, se amplía con la moral de los derechos y deberes del hombre y de la sociedad hacia la naturaleza, como base cultural que propicia el buen orden que debe prevalecer en toda acción personal e institucional. Así la ética, traslada al derecho social, se indentifica con todas las instancias que cuidan y protegen el entorno de la vida, su ambiente y atmosfera, fuera del cual no se podría subsistir.

El desempeño de la profesión no puede quedarse al margen del conocimiento de la ética y la moral, pues sin duda alguna todas y cada una de las actividades que realizan conllevan estos preceptos, ya que debe tomarse en cuenta que son seres humanos quienes estan a nuestro cuidado. La sociedad actual se caracteriza por sus avances tecnológicos, por el cambio acelerado y la deshumanización; es por ello que la atención de la salud debe estar a cargo de profesionales con una formación integral, sobre todo en el aspecto humanístico. ()

Es por ello que el médico dentro de sus labores cotidianos como es curar la enfermedad, el dolor, debe enfocarse y ha enfrentarse con responsabilidad, delicadeza, habilidad y bondad, de tal modo que su ayuda sea un acto de dignificar a la persona. Tal dignidad es una necesidad, un llamado a replantearse los fines y los medios, aún en las situaciones del quehacer cotidiano con la atención de los pacientes, en los ratos de crisis y de angustia, en el momento de la muerte.

Aspectos eticos

Lo que corresponde a este trabajo, no se concidera que represente algún riesgo para la salud del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las características familiares y médicas de los derecho-habientes de la Clínica Oriente del I.S.S.T.E., son desconocidas de manera sistematizada para el equipo de salud.

La población vista en el consultorio 4 de esta clínica, por su situación social vive en condiciones higiénico, dietéticas deficientes, situación observada de manera empírica durante el trabajo cotidiano.

Por otra parte, se sabe que además del subsistema biológico, cuyos factores son sexo, edad, peso, corporal, herencia, etc. También existen algunos factores pertenecientes a los subsistemas psíquicos, sociales y culturales como el tipo de personalidad, creencias, estado civil, posición social, educación, etc., que juegan un papel patológico dependiendo del área donde se ubique el grupo humano estudiado, contribuyendo a no a incrementar la problemática familiar. (2,3,10).

Actualmente en nuestro país se observa un incremento de las enfermedades agudas igualándose a las crónicas degenerativas, ó probablemente por arriba de ellas. Aún con la tecnología y la cobertura de la atención a la salud.

Por lo anterior, como problema de este trabajo se plantea la importancia de señalar;

¿Cuáles son las características familiares y médicas de la población adscrita al consultorio 4 de la clínica oriente que pueda influir para un buen control de su salud ?

JUSTIFICACION:

Actualmente en nuestro país y otros más desarrollados se establecen programas para enfermedades crónicas degenerativas, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, etc.

Pero se descuidan programas básicos para la atención primaria como es el caso de la promoción a la salud, contaminación, cuidado al medio ambiente, deporte, etc., para que haya una mejor calidad de vida de los integrantes de las familias, son insatisfactorias tanto para el médico, como en los pacientes ya que no se han observado resultados positivos en la salud de los derechohabientes. (4).

Por otra parte se presentan una serie de problemas que van desde servicios administrativos, y algo muy importante los pacientes que son canalizados a un segundo ó aun tercer nivel de atención, y que algunos no son justificados, el tiempo para darle la cita; la contrareferencia que es 0.5% ó nula en la gran mayoría de los casos por los especialistas. (1).

Se sabe que el 98% de la población acude con el médico familiar por lo que sería conveniente que este cuente con los medios adecuados para elaborar mejor su trabajo, ya que un manejo adecuado de los pacientes evitara complicaciones graves en los sujetos, por ello es necesario identificar las características familiares y médicas, ya que el mismo paciente tome cuenta de los factores llamense biológicos, psíquicos, sociales o culturales que influyen en seguimiento.

En las unidades de atención primaria las enfermedades de primer causa de consulta son de tipo agudo por referir algunas de ellas Infecciones del Tracto Respiratorio alto, y bajo, posteriormente las diarreas de tipo viral, parasitarias, las dermatológicas (Neurodermatitis, dermatitis de contacto, Dermatitis de pañal, etc.). Problemas emocionales o Psicológicos. Hasta las Crónicas Degenerativas, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardíacas, insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Obstructiva Crónica

Un manejo adecuado de los pacientes con estas enfermedades un control y seguimiento por parte

del médico, Trabajo social, y Enfermería y por el propio paciente, se evitaría complicaciones graves, se fortalecen los programas ya establecidos para las causas ya mencionadas.

Además, otras ventajas que se puedan obtener es profundizar en el conocimiento y frecuencia de dichas características obteniéndose beneficios no solo para el paciente, si no también para su familia, para las instituciones de salud, ya que representaría menor número de consulta, menor cantidad de medicamento y evitar hospitalizaciones, con un consecuente reducción de la morbimortalidad. (6).

OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características de tipo socio-médicas de los derecho-habientes del consultorio 4 de la Clínica oriente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- **Determinar la Pirámide Poblacional del consultorio 4**
- 2.- **Determinar las 10 principales causas de Atención**
- 3.- **Conocer el tipo de Familia en la que se encuentra**
- 4.- **Identificar el ciclo vital de la Familia**
- 5.- **Identificar en el nivel socioeconómico de los Pacientes**
- 6.- **Identificar el grado de Escolaridad**
- 7.- **Identificar el número de mujeres en edad Fertil**
- 8.- **Identificar el número de niños en edad para la vacunación**
- 9.- **Determinar el número de mujeres susceptibles a detección del Cáncer.**

METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION :

Según la clasificación de Liliendfeld, en la presente investigación se efectua un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal y retrospectivo - prospectivo. (25).

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO :

Se estudiarán pacientes y hojas de informe diario del médico, para conocer las características socio-médicas, derechohabientes de la Clínica Oriente del I.S.S.T.E. en México, D.F. En el período comprendido entre los meses de Septiembre a Noviembre de 1996 así como las hojas de registro de Enero a Diciembre de 1995.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA :

Los pacientes con los que se trabajo se obtuvieron mediante un muestreo no aleatorio, por cuotas hasta completar un total de cien pacientes y el total de hojas de registro diario del año de 1995.

Los criterios para la selección de pacientes fueron los siguientes :

A) CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que pertenezcan al consultorio 4.
- Derechohabientes de la Clínica Oriente del ISSSTE.
- Pacientes que aceptan colaborar con el estudio.
- De ambos sexos.
- Pacientes de diferentes grados de escolaridad.
- De todos los niveles de socioeconómicos

B) CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no aceptan colaborar con el estudio.
- No derechohabientes de la Clínica Oriente del ISSSTE.
- Pacientes que presenten problemas psiquiátricos.
- Pacientes que no pertenezcan al consultorio 4.

C) CRITERIOS DE ELIMINACION

- Hojas de informe diario del médico incompletas.
- Pacientes que no deseen operar con el estudio

INFORMACION A RECOLECTAR

Para la obtención de la información se utilizará cuestionario con 13 variables (Cédula de recolección de datos) (Anexo 1), el cual se llenará con datos que otorgue el paciente y son las siguientes :

- Nombre de la familia
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Número de hijos (hasta de 10 años en adelante)
- Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- Número de hijos (de 20 años en adelante)
- Ocupación de los padres de familia
- Ingresos económicos
- Tipo de familia
- Etapa del ciclo vital de la familia

Para la identificación de las causas de consulta las variables son :

- **Los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo (hoja de informe diario del Médico) (Anexo 2)**

Para el censo Poblacional sus variables son :

- **Número total del individuo**
- **Número total de individuos de sexo masculino**
- **Número total de individuos de sexo femenino**
- **Número de individuos de sexo femenino por grupo etáreo.**
- **Número de individuos del sexo masculino por grupo etáreo (Anexo 2)**

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

A) Para el estudio de la comunidad :

- 1.- Se hablara con el encargado del servicio para obtener lo primero la información y su autorización.
- 2.- Se aplicara el cuestionario para el estudio de la comunidad del consultorio 4, a la poblacin mayor de 18 años, en el horario de 14 - 20 hrs. Del 1° de Octubre de 1996 al 30 de Noviembre del mismo años.
- 3.- Se aplicara el cuestionario al padre o madre de la familia que den los datos para su correcto llenado, que se incluye. (Anexo 1) (Identificación familiar)

B) Para conocer el cuestionario aplicado por el médico de las diez principales causas de enfermedad y censo de la población.

- 1.- Se utilizara la hoja del informe iario del médico formatos SM 10 - 1 (Anexo 2)
- 2.- Datos registrados en el servicio de estadísticas el cual se hablara con el encargado del servicio, así como la persona encargada de la computadora.
- 3.- La recolección de los datos la llevamos acabo en el hospital.

RESULTADOS :

Las características médicas se estudiaron en base a las diez causas de padecimiento de las cuales se detecto que las más frecuentes que se presentan son : Rinofaringoamigdalitis 474 pacientes, Hipertensión arterial sistémica 332, Enfermedad Acido peptica 237 , Colitis 227 , Diabetes mellitus 201 , Síndrome diarreico 201 , Osteocondritis 113 , Lumbalgias 103 , parasitosis intestinal 88 , Tiña pedis 60 , como se observa en la tabla No. 1.

Se tomó como rango de edad de 0 a 70 años y se formaron grupos etáreos , por cada cinco años :

Encontrando mayor frecuencia de padecimiento agudo , en los grupos de menos de 34 años.

Procesos crónicos degenerativo de 35 años en adelante.

En cuanto al sexo femenino en 9 de los diez padecimientos obtuvieron mayor porcentaje.

En cuanto que el sexo masculino obtuvo el menor.

Por lo que se refiere a las características sociales este estudio se realizó en cien pacientes con los criterios de inclusión.

Con respecto al estado civil (cuadro y gráfica 3) , el mayor porcentaje fue de los casados con 73 , y el menor es para los de union libre con 24 , hallando a tres madres solteras.

En los años de unión conyugal (gráfica 4) , la mayor frecuencia se encontró en el grupo que comprende de 1 - 5 años con 27 pacientes, en tanto que el menor porcentaje fue en grupo de 46 - 50 años con solo dos pacientes.

Por lo que se refiere al número de integrantes por familia (gráfica 5) la mayor frecuencia fué en grupo de integrantes de 3 - 4 por familia en un total de 45 , y se hace notar que el grupo de 5 - 6 el número de integrantes no es bajo con respecto al anterior con un total de 38 , los grupos con menor integrantes los obtuvieron 9 - 10 y 11 - 15 con 1 integrante por familia.

El tipo de familia (gráfica 6) en base a su desarrollo predominó la familia tradicional 70 pacientes y el restante con 30 la moderna.

En base a su situación demográfica (gráfica 7) fue el 100 % urbana.

En cuanto a la escolaridad del cónyuge encuestado (gráfica 8) la mayor frecuencia se encontró en el grupo de escolaridad primaria con 29 pacientes , y un total de 27 en dos grupos de secundaria y profesional , preparatoria en 12. En tanto que la menor frecuencia fue para el grupo de analfabetas con 5 pacientes .

Por su composición familiar (gráfica 9) en 53 familias extensas, nuclear en 43 , y extensa compuesta 40.

Tomando en cuenta los ingresos mensuales de las familias (gráfica 10) los resultados obtenidos muestran que el 90 % fue de 1 a 2 salarios mínimos y el 10 % restantes fue de 10 a 3 ó más salarios mínimos.

Respecto a la etapa del ciclo vital de la familia (gráfica 11) la etapa de dispersión obtuvo el 55 % y por orden subsecuente, independencia 22 , expansión 14 , y en menor frecuencia el matrimonio 3 y retiro 6.

Según la ocupación actual de los padres (gráfica 12) , la mayor frecuencia la tuvieron las dedicadas a labores del hogar en 80 pacientes , obrero en 38 pacientes , técnicos 49 , profesionales 21.

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES. C- 4 TURNO VESPERTINO . CLINICA ORIENTE**

ENERO - DICIEMBRE 1995

ENFERMEDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTALES	
	No.	%	No.	%	No.	%
RINOFARINGOAMIGDALITIS	225	11.05	249	12.22	474	23.2
HIPERTENSION ARTERIAL	160	7.85	172	8.44	332	16.3
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	118	5.79	119	5.84	237	11.6
COLITIS	82	4.02	145	7.12	227	11.1
DIABETES MELLITUS	97	4.76	104	5.1	201	9.87
SINDROME DIARREICO	85	4.17	116	5.69	201	9.87
OSTEOCONDRIITIS	54	2.65	59	2.89	113	5.55
LUMBALGIAS	67	3.29	36	1.76	103	5.05
PARASITOSIS INTESTINAL	41	2.01	47	2.3	88	4.32
TIÑA PEBIS	30	1.47	30	1.47	60	2.94
TOTALES	959	47.06	1077	52.83	2036	99.84

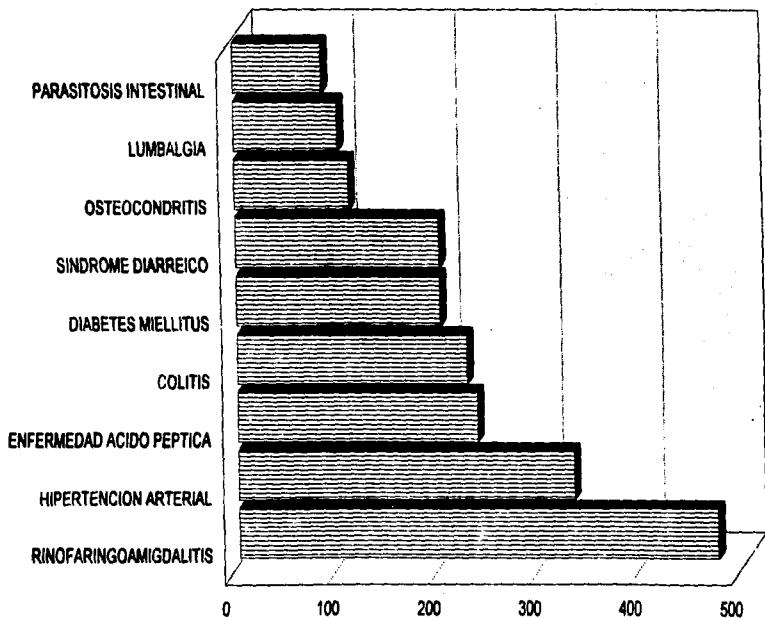
FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 1

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No.1

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES. C-4
TURNO VESPERTINO. CLINICA ORIENTE



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
CARACTERISTICAS FAMILIARES
POBLACION ESTUDIADA
ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No.	%	TOTALES
CASADOS	73	73	73
U. LIBRE	24	24	24
MADRE SOLTERA	3	3	3
TOTALES	100	100	100

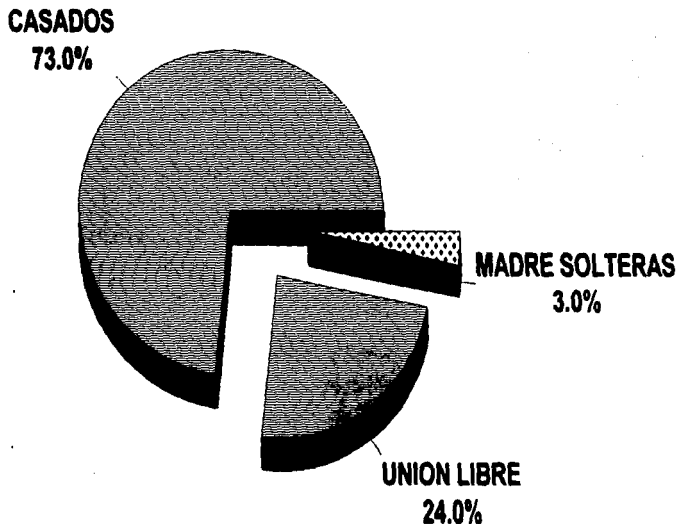
FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

TABLA No. 3

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No. 3

CARACTERISTICAS FAMILIARES POBLACION ESTUDIADA. ESTADO CIVIL



FUENTE : CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

AÑOS DE UNION CONYUGAL

AÑOS DE V. CONYUGA	No.	%	TOTALES
1 - 5	27	27	27
6 - 10	19	19	19
11 - 15	13	13	13
16 - 20	12	12	12
21 - 25	10	10	10
25 - 30	8	8	8
31 - 35	3	3	3
36 - 40	1	1	1
41 - 45	2	2	2
46 - 50	2	2	2
TOTALES	97	97	97

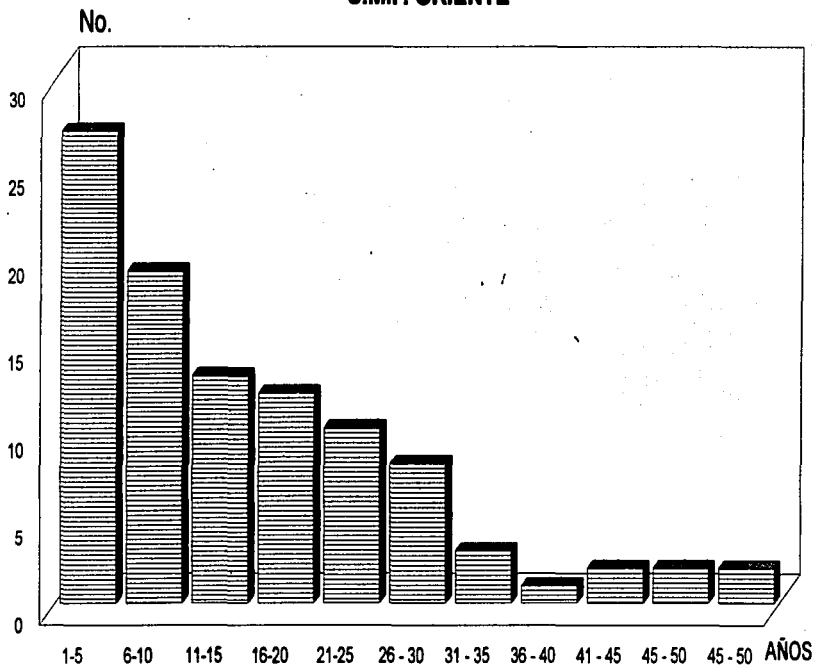
NOTA : 3 MADRES SOLTERAS

TABLA No. 4

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No.4

AÑOS DE UNION CONYUGAL
C.M.F. ORIENTE



FUENTE : CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (RECOLECCION DE DATOS)

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

No. DE INTEGRANTES POR FAMILIA

No. DE INTEGRANTES	No.	%	TOTALES
1-2	4	4	4
3-4	45	45	45
5-6	38	38	38
7-8	11	11	11
9-10	1	1	1
11-15	1	1	1
TOTALES	100	100	100

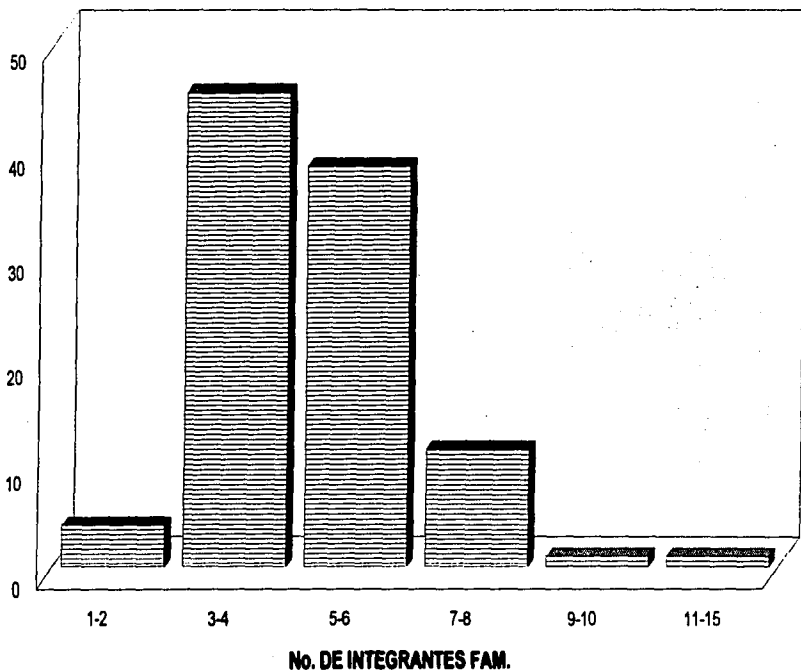
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 5

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No.5

No. DE INTEGRANTES POR FAMILIA



FUENTE : CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (RECOLECCION DE DATOS)

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO

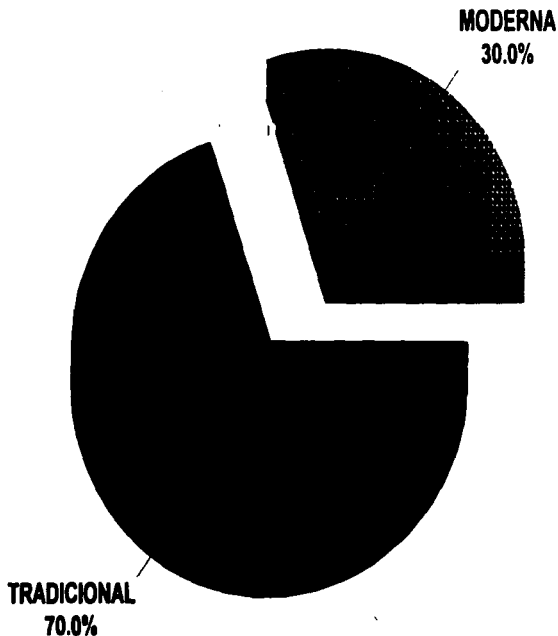
TIPO DE FAMILIA	No.	%	TOTALES
MODERNA	30	30	30
TRADICIONAL	70	70	70

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 6

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No. 6 TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DEMOGRAFIA

DEMOGRAFIA	No.	%	TOTALES
RURAL	0	0	0
URBANA	100	100	100

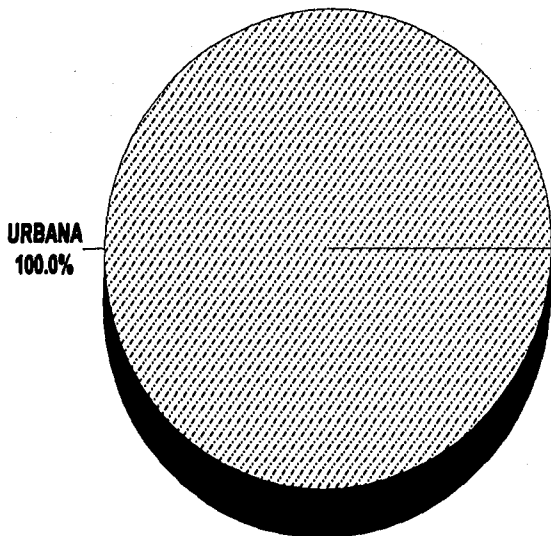
FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 7

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA EN BASE A SU DEMOGRAFIA

GRAFICA No.7



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

ESCOLARIDAD DE CONYUGE ENCUESTADO

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	No.	%	TOTALES
ANALFABETA	5	5	5
PRIMARIA	29	29	29
SECUNDARIA	27	27	27
PREPARATORIA	12	12	12
PROFESIONISTAS	27	27	27
TOTALES	100	100	100

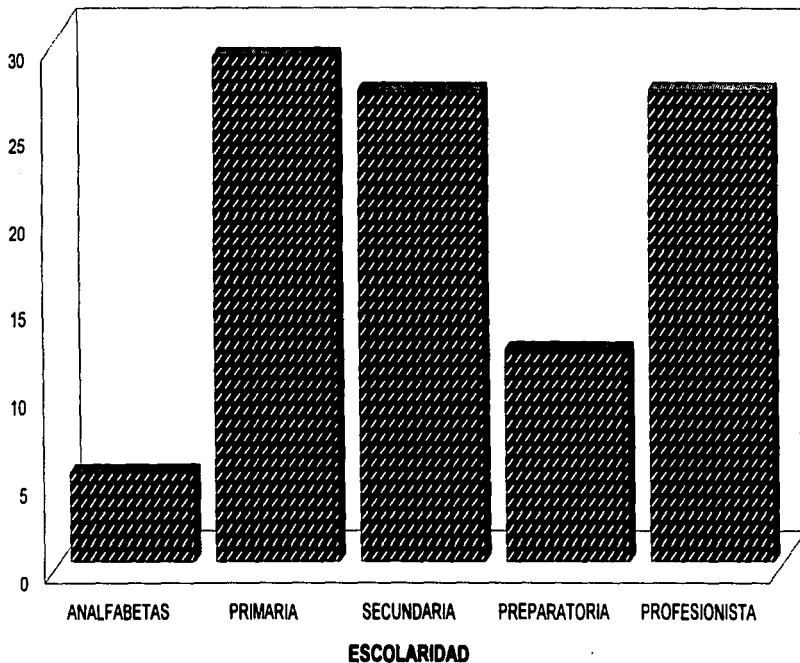
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No.8

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

ESCOLARIDAD DEL CONYUGE ENCUESTADO

GRAFICA No.8



FUENTE : CEDULA DE IRECOLECCION DE DATOS (C.M.F. ORIENTE)

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

COMPOSICION DE LA FAMILIA

COMPOSICION DE LA FAMILIA	No.	%	TOTALES
NUCLEAR	43	43	43
EXTENSA	53	53	53
COMPUESTA	4	40	4
TOTAL	100	100	100

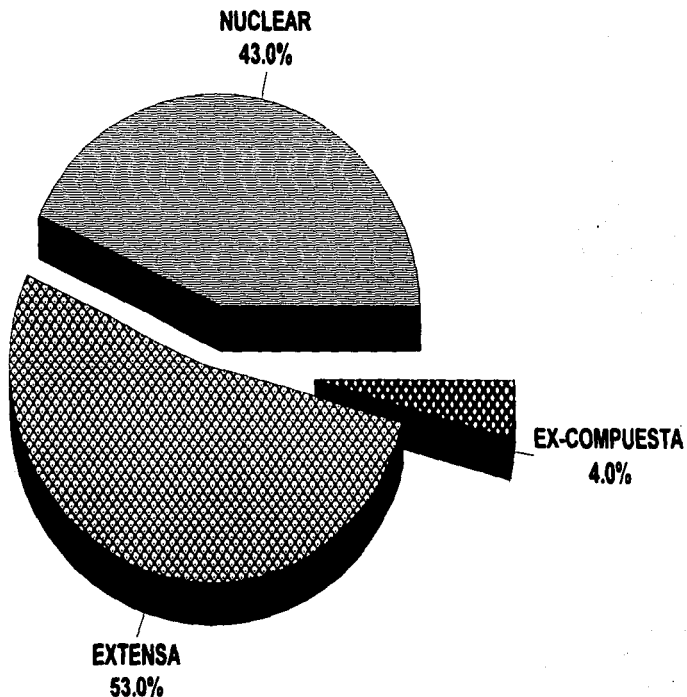
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No.9

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No. 9

COMPOSICION DE LA FAMILIA



FUENTE : CEDULA DE RECOPILACION DE DATOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA

INGRESOS MENSUALES	No.	%	TOTALES
< DE 1 SALARIO MINIMO	0	0	0
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS	90	90	90
DE 3 ó MAS SALARIOS MINIMOS	10	10	10
TOTAL	100	100	100

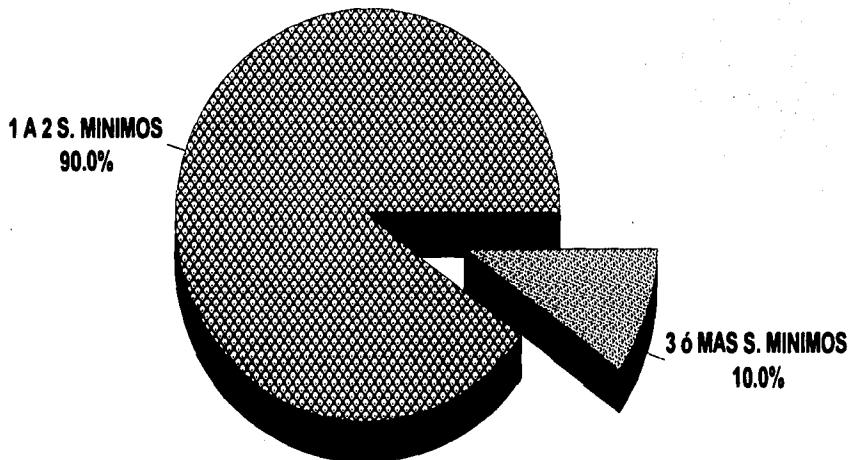
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS C.M.F. ORIENTE

TABLA No. 10

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No.10

INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

CICLO VITAL DE LA FAMILIA	No.	%	TOTALES
MATRIMONIO	3	3	3
EXPANCIÓN	14	14	14
DISPERSION	55	55	55
INDEPENDENCIA	22	22	22
RETIRO	6	6	6
TOTAL	100	100	100

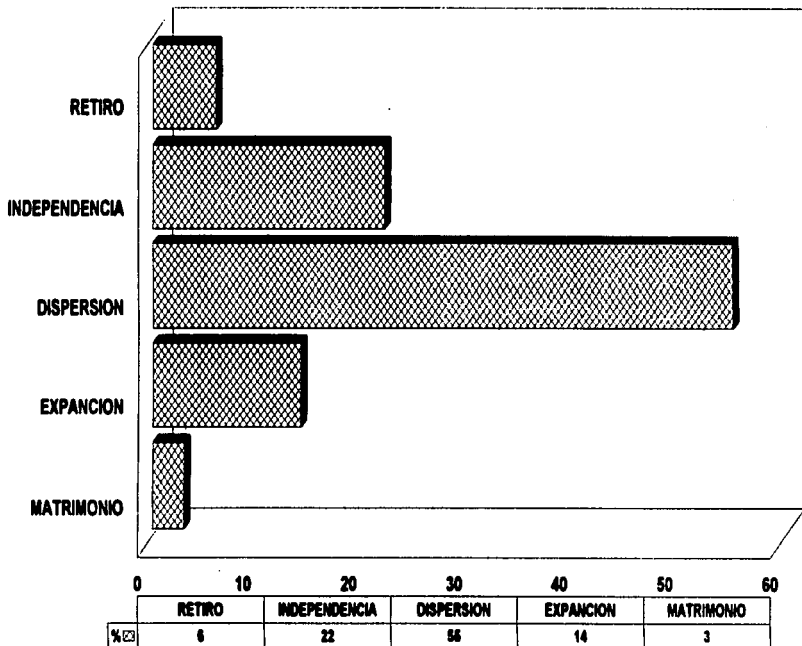
FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA No. 11

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No.11

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

OCUPACION PADRES DE FAMILIA	No.	%	TOTALES
HOGAR	80	80	80
OBRERO	38	38	38
TECNICO	49	49	49
PROFESIONAL	21	21	21
TOTAL	188		188

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

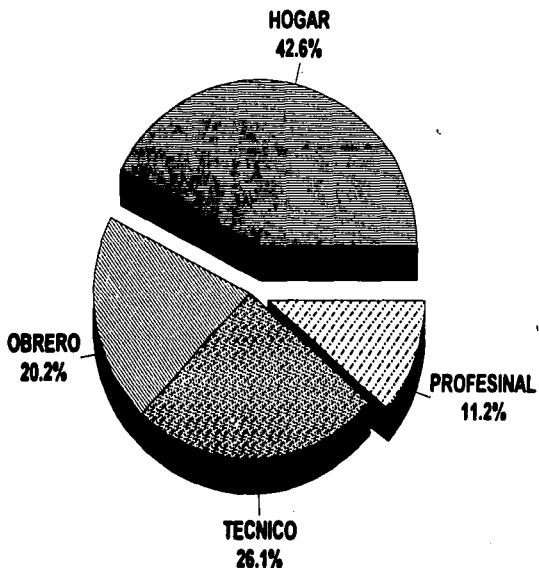
TABLA No. 12

NOTA : 12 PENSIONADOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

GRAFICA No.12

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA



FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOTA ; 12 PENSIONADOS

ANALISIS :

Este estudio se realizó para conocer las características socio-médicas de acuerdo a los criterios de inclusión y los resultados obtenidos son válidos únicamente para la muestra estudiada.

De las características más frecuentes de los pacientes que asisten a la consulta diaria, ya sea que estén englobados dentro de los subsistemas biológicos, sociales y culturales (II) se analizan las que se consideran más importantes y se incluyeron en el presente estudio.

De las diez enfermedades estudiadas se tiene que las infecciones respiratorias agudas son las principales causas de atención, lo cual es satisfactorio ya que esto demuestra que este tipo de problemas en la gran mayoría de los casos se resuelven en el primer nivel de atención. Ya que del total de consultas, de acuerdo con la lista de morbilidad general, las afecciones principales agudas según la frecuencia son las respiratorias, según los estudios reportados por el Instituto de Epidemiología.

Otros padecimientos frecuentes correspondieron a las enfermedades crónicas degenerativas Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y del Sistema Digestivo, estos resultados son los esperados, ya que este tipo de padecimientos en un gran número de pacientes se diagnostican y se controlan por el mismo servicio.

Las enfermedades del sistema Osteomuscular son en menor frecuencia dentro de nuestras principales causas de consulta resultando también esperado, y reportado por el mismo Instituto antes mencionado.

Los grupos de edad en los que se encontraron la mayor frecuencia de los padecimientos de proceso agudo, tres fueron en las primeras décadas de la vida, 0-35 años lo cual es el resultado esperado por la clasificación por grupos de edad, y motivos de consulta por afección por grupos de edad, y motivos de consulta por afección morbosa principales agrupadas según magnitud. (dando a conocer por el Servicio de Estadística del centro de documentación OMS en México.

En personas de 40 a 70 años son las enfermedades degenerativas resultados por igual ya esperados de acuerdo a la misma clasificación anterior.

Estos datos son los esperados y resulta muy interesante que la transición epidemiología por edad es : en los menores de 15 años, las enfermedades infecciosas son las más trascendentes : en las personas de 15 a 44 años, los traumatismos y procesos agudos también ; y en los de 45 años y más las enfermedades crónicas degenerativas. Es reportado por el Instituto Nacional de Epidemiología con respecto a los procedimientos transmisibles.

El sexo más frecuente afectado por las patologías más comunes fue el femenino, que es el resultado esperado, pues es ya conocido por su mayor frecuencia, aunque esto no sea notable como para pensar en que fueron un factor determinante, y sobre todo porque en el presente estudio se

hallaron más mujeres que hombres, por lo que se requería de un estudio que controlara específicamente estas variables.

En cuanto al estudio de las características familiares estudiadas :

El Estado Civil el que se observa fue el de los casados, el cual ya se conocía porque viven más y por el medio en que nos desenvolvemos. Como se observa en la ya estudiada.

Y por lo que se refiere a los años de unión conyugal la mayor frecuencia fueron las familias con menor año unión, resultados favorables porque en los primeros años donde se crean los cimientos de los que llegarán a ser la familia en un futuro y se establecen los roles del padre y de la madre. Como es mencionado en el estudio del Dr. Joel Potash el cual señala estos puntos.

La familia tradicional ocupó el primer lugar de nuestro estudio lo cual también se esperaba, demostro que por la cultura en que vivimos se da ese tipo de familias cuyo denominador común es la familia tradicional. Ya que según lo estudiado por el Dr. Irigoyen y colaboradores señalan a la familia tradicional con un maximo de 60 %.

En cuanto a los integrantes por familia : los resultados no son favorables ya que estas están compuestas por varios integrantes y se observa que las familias grandes solicitan más los servicios médicos y por el lugar donde habitan se observó en este estudio ya que su lugar de residencia es en zonas urbanas, comparados con los habitantes de zonas rurales.

De acuerdo a lo mencionado marque en los estudios de Historia Clínica Familiar.

El grado de escolaridad del cónyuge encuestado, demostró que existía un nivel de escolaridad adecuado porque a medida que el padre de familia ó uno de ellos tiene mejor preparación la petición de los servicios médicos se mejorara de acuerdo a sus problemas que se presentan en cada uno de sus integrantes.

Al alcanzar los resultados de la composición de la familia son satisfactorios ya que se encontró que son extensas en la cual hay una serie de relaciones entre padre e hijos, y parientes consanguíneos y otros no consanguíneos que hace que la familia se fortalece. Otros resultados obtenidos fue la familia nuclear, que no es un modelo a seguir porque se dice que aleja a los miembros del contacto afectivo y experiencias de otros familiares que pueden contribuir a su personalidad según el Dr. Narvaez.

Respecto al nivel económico de las familias no es favorable ya que sus ingresos no son satisfactorios para cumplir con sus necesidades como es la alimentación , vestido , vivienda, transporte , etc., en términos generales la demanda aumenta junto con el ingreso per cápita o familiar. Y actualmente en el que comprueba la mayor asistencia a la consulta diaria por cada uno de los integrantes de las diarias familias la situación se agrava. Por la situación que atraviesa nuestro país actualmente

Se analizó el ciclo vital de la familia el cual se encuentra en la etapa de expansión con frecuencia regular , y cuyo resultado es favorable ya que es en esta etapa donde se incorporan nuevos miembros de la familia , aunque cuando se debe aclarar que esta función va más allá de tal propósito ya que se lleva a cabo con compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad. (32)

Otra etapa que se observó con una alta frecuencia y cuyos resultados son buenos fue la desición de la cual algunos investigadores comentan que los hijos dependen de los padres unicamente y es algo muy importante ya que en esta etapa donde se dan las siguientes funciones de la familia: socialización , cuidado, afecto y un nivel económico y ellos mismos se ven sometidos a nuevos retos por los hijos que se encuentran en la adolescencia lo cual los padres deben ajustarse a ellos. (32, 7).

Con respecto a la ocupación de los padres de familia se observó mayor frecuencia en las dedicados a labores del hogar lo cual se da por que la madre representa el centro afectivo , de la seguridad emocional de los miembros de la casa. Vale la pena mencionar la transformación de la mujer con una nueva serie de expectativas actualmente que le permite ampliar su campo fuera de los límites del área tradicional. Y lo que se encontró en orden de frecuencia decreciente , ya sea obreros, técnicos, profesionistas no son satisfactorios ya que son los individuos dedicados al campo y obreros los que menos solicitan los servicios médicos. Por una serie de circunstancias como son menor grado de escolaridad lo cual es descrito por el Dr. Narvaez en su estudio Familia Mexicana.

CONCLUSIONES

Se logro detectar las características socio-médicas de los derechohabientes, las cuales incluyeron además del factor médico, el social y el cultural.

Las características médicas más frecuentes en base a las diez causas principales de atención de las consultas diarias fueron: Rinofaringoamigdalitis, Hipertensión Arterial, Enfermedad Ácido péptica, Colitis, Diabetes Mellitus, Síndrome Diarreico, Osteocondritis, Lumbalgias, Parasitosis Intestinal, Tiña pedis, por orden subsecuente.

Se identificaron las características familiares en su totalidad de la muestra estudiada de las cuales las más frecuentes fueron: Estado Civil, fueron los casados en grupo más común. años unión conyugal son lo que predominan.

Los de 5 años, el número de integrantes por familia es de 3 a 4 integrantes por familia más frecuente en base a su desarrollo fue la familia tradicional con respecto a su demografía es la urbana, la escolaridad de los padres se encontró un grado de primaria terminada. Acerca de la composición familiar, se observa la familia extensa. Los grupos familiares fueron de 1 a 2 salarios mínimos. La etapa del ciclo vital de la familia se dio la etapa de dispersión, la ocupación más común de los padres de familia, son los dedicados a labores del hogar.

Se debe tomar en cuenta que el tipo de estudio que se realizó, los resultados solo tienen validez para la muestra estudiada.

En base a las características encontradas el médico debe ser capacitado por responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia; debe fortalecerse el desarrollo de la medicina familiar en unidades del primer nivel de atención médica.

En la mayoría de las ocasiones actuara como la vía de entrada del paciente y su familia, coordinara la utilización de los recursos para la atención de los mismos y dará atención independientemente de la edad, sexo o los padecimientos agudos, crónicas y rehabilitación.

En el cuestionario utilizado para el presente estudio se sugiere integrarle un párrafo o pregunta para conocer aun más a la familia en base a su integración.

FALTA PAGINA

No. 76 a la 77

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Jack H. Mandalie. La contribución de la investigación al mejoramiento de la **PRACTICA FAMILIAR**. ED. LIMUSA, 1987, Pág. 325 - 337
- 2.- A Delgado y L. A. López. La participación comunitaria : una revisión necesaria. **Atención Primaria**. Vol. 9 . Núm. 8 1992. Pág. 457 - 459.
- 3.- J. Rodríguez Morúa , P. Ruiz Jauregizuria. Cumplimiento de actividades de prevención y promoción de la salud en las de Atención Primaria . Vol. 13 Núm. I. Enero 19924 . Pág. 39 - 41
- 4.- M.P. Estebanell Arnal, J. A. Uriel Pérez, Martín Miguel, et al. Actuación derivada a la aplicación de un programa de actividades preventivas. **Rev. Atención Primaria**. Vol. 10 Núm I. 15 de Junio 1992. Pág. 539 - 542
- 5.- A. Martín Zurro . C. Brotons Cuixart, R. Ciurana Misol. Actividades de prevención y promoción de la salud en las de Atención Primaria. **Rev. de Atención Primaria**. Vol. 12 Núm. 5 1993: 665 - 675
- 6.- C. Jimenéz Mena. Et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. **Rev. de Atención Primaria**, 1992 (42) **Pá. 269 - 272**
- 7.- Dr. Rafael Alvarez Alba. **Salud Pública y Medicina Preventiva**. Ed. Manual Moderno 1990 **Pág. 8 - 55**
- 8.- S. Cheeseman Gloria, Seleknaw Janice. **Manual de Educación Sanitaria del Paciente**. Ed. Doyma 1994. **Pág. 267 - 276**
- 9.- Dr. Moreno Ramírez Ernesto. **Educación para la salud**. Ed. Limisa. 1993 **Pág. 391 - 437**
- 10.- Mustar Harry S. Ernest. L. Stebbins. **Introducción a la Salud Pública**. **Manual Moderno** 1990. **Pág. 71 - 84**

- 11.- **Bernett L. Claire. Sarah Searl. Manual de Enfermedades Transmisibles. Ed. Limusa. Pág. 9 - 51**
- 12.- **Raymonds Greenberg. Epidemiología Médica. Ed. Limusa. 1992
Pág. 1 - 17**
- 13.- **Moereno Altamirano C. Epidemiología Clínica. Ed. Interamericana. 1992.
Pág. 11 - 30**
- 14.- **Harnan San Martín. Tratado General de la salud. Ed. La Prensa Médica Mexicana. Tomo II.
Págs. 3 - 9, 14 - 25, 27 - 29, 46 - 50, 83 - 89**
- 15.- **Hernan San Martín . Tratado General de la Salud . Ed. Prensa Médica Mexicana. Tomo II.
Págs. 235 - 282, 311 - 331, 420 - 464**
- 16.- **Hernan San Martín. Tratado General de la Salud. Ed. La Prensa Médica Mexicana. Tomo III.
Págs. 617 - 691**
- 17.- **Orosco Tenorio José A. Metodología Documental para la Investigación en ciencias de la Salud. Ed. Salvat.
Pág. 34 - 48**
- 18.- **J.N. Morris. Aplicaciones de la Epidemiología. Ed. Salvat
Pág. 33 - 74**
- 19.- **D.J.P. Barker. G. Rose. Epidemiología en la Práctica Médica. Ed. Salvat.
Pág. 99 - 110**
- 20.- **Fletcher H. Robert. Epidemiología Clínica. Ediciones Consulta.
Pág. 157 - 171**
- 21.- **Dubos Rene. Hombre Medicina y Ambiente. Ed. Monte Avila. 1992
Pág. 109 - 141**
- 22.- **W.H. Green. Educación para la Salud. Ed. Interamericana. 1988
Pág. 151 - 307**
- 23.- **L. Soberón Acebedo Guillermo. La Protección de la Salud en México. Ed. Miguel A. Porrúa. 1989
Pág. 319 - 339**

- 24.- **S. Benenson Abraham. El control de las Enfermedades Transmisibles en el hombre. Ed. Organización Mundial de la Salud. Pág. 89 - 104**
- 25.- **Las condiciones de la Salud en las Americas. Edición 1994, Vol. II.- Editorial Organización Panamericana de la Salud. Centro de Documentación OPS - OMS. México. Pág.308 - 320**
- 26.- **Atlas Epidemiologia 1985 - 1990 IMSS. 1990 Primera Edición. Capitulo VI. Mortalidad. Pág. 60 - 98**
- 27.- **Atlas Epidemiologico. 1985 - 1990. IMSS. 1990. Primera Edición . Capítulo III Morbilidad. Pág. 60 - 98**
- 28.- **Irigoyen Coria Arnulfo, Fernández Ortega Miguel Angel, Col. IV Edición Internacional. Ed. Medicina Familiar Mexicana. 1996
Pág. 3 - 59 , 105 - 109 y 152 - 173**
- 29.- **C. Levis Strauss. La Familia. Ed. Hoermé. Buenos Aires. 1993.
Pág. 654 - 670**
- 30.- **Organización Mundial de la Salud ; Índice de la salud de la familia. Serie de informes técnicos. Ginebra. 1989.
Pág. 654 - 670**
- 31.- **Ibarra Aspuro fernando. Aspectos Éticos de la Familia Mexicana. Ed. Limusa. 1988.
Pág. 345 - 370**
- 32.- **Madalie JH. Historia Clínica Familiar, Bases de datos, Arbol Familiar de Diagnóstico cap. 27. Medicina Familiar Principios y Practicas. Ed. Limusa, México. 1989.
Pág. 465 - 480**
- 33.- **Chavez. Instrumentos de Abordaje para el estudio integral de la Salud Familiar. Revista Mexicana de Medicina Familiar. 1989.
Pág. 47 - 67**
- 34.- **Narvaez Pinto M. La Familia Mexicana. Revista Mexicana de Medicina Familiar. 1990. 5;
Pág. 50 - 60**
- 35.- **Mendez Ruiz Ignacio. El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su Elavoración. 1995.
Pág. II - 89**

IDENTIFICACION FAMILIAR

ESTUDIO DE LA COMUNIDAD

(ANEXO 1)

Familia _____ Edo. Civil Casados ()

U. Libre ()

Años de unión conyugal _____

Nombre de la persona que responde el Test _____

Edad _____ Sexo M F Escolaridad _____

Edad del Padre _____ Edad 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 o más años de edad) _____

TOTAL _____

Tipo de Familia ; marque con una equis (X)

Desarrollo; Moderna () Demografía ; Urbana ()

Tradicional () Rural ()

Composición ; Nuclear ()

Extensa ()

Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados ; De 1 salario mínimo () ()

De 1 a 2 salarios mínimos () ()

3 o más salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de la familia: _____

Etapas del ciclo vital de la Familia; Expansión () Dispersión ()

Independencia () Retiro ()

Observaciones; _____

