

11226⁴⁰₇₁.

**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**

U.M.F. ERMITA

**DIAGNOSTICO DE MORBILIDAD Y FAMILIA EN
EL CONSULTORIO NO. 6 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR ERMITA**

DRA. MANUELA FUENTES ALQUICIRA

MEXICO, D.F.

1997

RECEIVED
SECRETARIA DE SALUD
ESTADO DE QUERETARO
SECRETARIA DE SALUD
ESTADO DE QUERETARO

**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.

TITULO:
**DIAGNOSTICO DE MORBILIDAD
Y FAMILIA EN EL CONSULTORIO
No. 6 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR ERMITA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

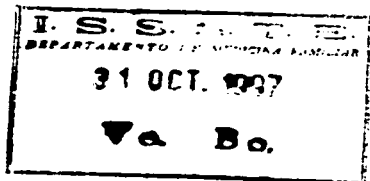
DRA. MANUELA FUENTES ALQUICIRA



DR. LUIS VELASCO CRUZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRA MEDICOS GENERALES DEL
ISSSTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ERMITA.



DR. JOSÉ CASTRO CANTE.
asesor de tesis.



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.
jefe del departamento de medicina
familiar
jefatura de servicios de enseñanza
ISSSTE.

**DIAGNOSTICO DE MORBILIDAD Y FAMILIA EN EL
CONSULTORIO NO. 6 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR ERMITA.**

PRESENTA:

DRA. MANUELA FUENTES ALQUICIRA

A U T O R I Z A C I O N E S :



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

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

INDICE

- 1. MARCO TEORICO**
- 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- 3. JUSTIFICACION**
- 4. OBJETIVOS**
- 5. HIPOTESIS**
- 6. METODOLOGIA**
 - 6.1 Tipo de Estudio
 - 6.2 Población, Lugar y Tiempo.
 - 6.3 Tipo de la muestra y Tamaño de la Muestra
 - 6.4 Criterios de Inclusión, exclusión y de eliminación.
 - 6.5 Información a recolectar.
 - 6.6 Método o procedimiento para captar la información.
 - 6.7 Consideraciones eticas.
- 7. RESULTADOS**
 - 7.1 Tablas, cuadros y gráficas.
 - 7.2 Descripción de resultados.
- 8. ANALISIS, DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.**
- 9. CONCLUSIONES**
- 10. BIBLIOGRAFIA**
- 11. ANEXOS.**

1. MARCO TEORICO:

Hipótesis etimológica del origen de la palabra familia.

FAMILIA. La etimología del termino familia, es propuesta por el Marques de Morante como proveniente de la palabra latina "famulus", que significa sirviente o esclavo doméstico.

DEFINICION DE FAMILIA. El grupo formado por marido, mujer e hijos, sigue siendo la unidad básica de la cultura de occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

AUTOR

CONCEPTO ETIMOLOGICO

Taparelli	La palabra familia deriva del latín "fames" ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.
Marqués de Morante	La palabra familia deriva de "famulus" (siervo) a su vez del primitivo "famul", originado de la voz osca famel que significa esclavo.
Mendizabal.	El origen de la palabra familia deriva de "fames" (hambre), por lo que tenemos en castellano hambriento de hambre,
Rodríguez de Zepeda.	Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.
Trendelenburg.	Existen en la familia tres sociedades unidas; la conyugal y la filial.
Anónimo del S. XIII	Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.
Fernández de Moratín	Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Góngora.

Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.

Alarcón

Gente que el señor sustenta dentro de su casa⁽¹⁾

Evolución Histórica de la Familia.

Historia de la Familia. Todo induce pensar que la familia es lo más antiguo.

La expresión de Mark: nos dice que nada es continuo y duradero como el matrimonio. Sin embargo siguen siendo oscuros tanto los orígenes de la familia como las etapas que han atravesado en el curso de su desarrollo, hasta llegar a la actual multiplicidad de formas. Todo lo que se diga sobre la evolución de la familia son suposiciones, pero ninguna se ha demostrado científicamente.

En el siglo XIX los europeos estaban dominados por la teoría de la evolución, recientemente formulada, y por un etnocentrismo que colocaba a sus propias instituciones sociales en el centro mismo de toda la línea de desarrollo en donde el tipo de la familia europea occidental y en especial, la Inglaterra Victoriana era la culminación definitiva para sistematizar las demás formas de la familia. El punto más alejado era la promiscuidad sexual; matrimonio en grupo, poliandria, poligamia y finalmente la monogamia.

Existen dos grupos o agrupaciones que son la familia conyugal y la familia consanguínea. Es indudable que el tipo conyugal de familia como una unidad funcional fue el primero en la historia humana, y el primero que se integro en la estructuras sociales.

La relación consanguínea es tan antigua, pero su reconocimiento y especialmente, su utilización como criterio para delimitar la pertenencia de grupos sociales organizados funcionales deben de haber exigido un grado considerable de refinamiento de civilización. Las modificaciones que ha experimentado el grupo conyugal, poseen para nosotros un interés algo más que académico porque parecen respuestas a situaciones que puedan surgir a nuestra propia sociedad.

En cambio las familias extensas, el linaje y el clan y las múltiples complicaciones de los sistemas de parentesco pueden quedar como estudio de la sociedad primitiva.

El matrimonio plural es un fenómeno muy extendido, lo aprueban la mayoría de las sociedades (matrimonio grupo, poliandria, monógamos).

La expansión sin precedente de la economía de Europa occidental y de los Estados Unidos durante el pasado siglo y las grandes posibilidades que ha abierto a los individuos que han destruido las raíces mismas de la organización familiar consanguínea.

En la comunidad urbana moderna, los alimentos preparados, las conservas, las lavanderías automáticas, los vestidos de confección y sobre todo la apertura a las mujeres de ocupaciones atractivas y bien pagadas han contribuido mucho más a minar la santidad del matrimonio en toda posible pérdida de fe en sus sanciones religiosas. En las actuales condiciones los hombres y las mujeres adultos pueden satisfacer sus

necesidades básicas aunque no exista ningún tipo de asociación familiar, conyugal o consanguínea.

En el anonimato de la vida urbana, y con el desarrollo de una serie de técnicas anticonceptivas efectivas, incluso las necesidades sexuales pueden satisfacer sin una unión permanente o sin exponerse a una serie de enfermedades. En todas las sociedades, las relaciones matrimoniales más satisfactorias y duraderas son las que inician después de una adecuada deliberación y sin esperar demasiado de ellos.

Si insistimos en que el matrimonio ha de ser una condición preliminar a toda relación sexual y dejamos que la selección de los cónyuges se haga por la vía romántica y accidental. Hemos de esperar una creciente fragilidad de los matrimonios jóvenes a medida que pierden fuerzas las antiguas sensaciones religiosas y sociales especialmente las económicas.⁽²⁾

CLASIFICACION DE LA FAMILIA.

Moderna: Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.

Tradicional: Es la familia en que solo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.

Urbana: es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua entubada (intra y extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Suburbana: Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de algunos de los servicios básicos de urbanización.

Nuclear: Es la familia constituida por padre madre e hijos.

Extensa: Es la familia en la cual además de la madre el padre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.⁽³⁾

La familia desde el punto de vista social.

Con base en su desarrollo es: Moderna
Tradicional
Arcaica o primitiva.

En base a su demografía es: Urbana
Rural

En base a su integración:

Integrada: En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Semiintegrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio o separación.

Tipología: Campesina
Obrera
Tradicional.

En base a su composición o estructura:

Nuclear: Padre, madre e hijos

Extensa: Padre, madre e hijos, abuelos, etc.

Extensa Compuesta: Padre, madre e hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

ETAPAS DE LA FAMILIA: Hay diferentes etapas por las cuales va pasando la familia de acuerdo con su propio proceso existencial.

Prenupcial.

La nupcial.

Formación y educación de los hijos.

Etapas Prenupcial. Esta etapa se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro cónyuge, al escoger la pareja con la cual se requiere contraer matrimonio, fenómeno que en otra época y en otra sociedad no aparece, sino los padres o abuelos eran los que determinaban la boda.

Se considera el noviazgo una etapa de exploración y de preparación de acuerdo con las normas religiosas que nuestra sociedad acepta. En el noviazgo en donde se presupone el conocimiento real de los futuros esposos, deben decidir en un acto que debería tener mayor objetividad la aceptación para la formación de su futuro hogar, de acuerdo a la sociedad en que vivimos impide la libre y espontánea expresión de las manifestaciones emocionales impidiendo que se logre una relación real y efectiva.

Por lo que el noviazgo debe practicarse con madurez y sin perder la objetividad tomando en cuenta ciertos factores externos como: el nivel socioeconómico, la atracción física, el status social, los que son factores determinantes en la aceptación o no de una relación.

Algunos autores han señalado los principales antecedentes a tomarse en cuenta para formar un nuevo hogar:

1. Haber alcanzado un grado de madurez físico, psicológico y social. Donde para los contrayentes es indispensable el reconocimiento y la aceptación de la responsabilidad de lo común, de la maternidad y la paternidad. La madurez social que ambos cónyuges han logrado configurar los roles que la sociedad les demanda para integrar un matrimonio; la independencia económica.
2. Tener intereses y aptitudes semejantes.
3. Reconocer creencias afines. Cuando tienen un marco de referencia doctrinario, filosófico o religiosos similar, sus relaciones se estimulan.
4. Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes. El matrimonio no viene a ser mas que una comunicación y una responsabilidad permanente.
5. Contemplar expectativas económicas semejantes. Aunque es de valor por los antecedentes expuestos en los incisos anteriores, que el nivel económico del que proviene la pareja sea lo más semejante, más que el origen importa la expectativa de vida que ellos tengan, el que sean conscientes objetivamente de cual es el estatus al que van a tratar de integrarse.
6. Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual. Una de las grandes fallas culturales de la sociedad es la falta de información relacionada acerca de la vida sexual en los individuos.

7. Situar la relación con familias políticas. Las relaciones que se van manteniendo con la familia política son determinantes en la estabilidad del matrimonio.

Etapa Nupcial. Esta etapa se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos.

Se considera que siempre el primer año de vida en común representa el momento más difícil de ajuste y de conocimiento de la pareja. En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegará a ser en el futuro.

Es al inicio del matrimonio donde se empiezan a afirmar los roles que el padre y la madre van teniendo. La familia tradicional, con el padre como el centro de acción donde gira la actividad económica y social, el da el marco de referencia de valores filosóficos, morales y religiosos, la mujer y los hijos y de acuerdo a su ocupación y con el monto de su ingreso determina la clase social a la que pertenecen.

La madre viene a representar el centro afectivo de la seguridad emocional. Por las modificaciones tan rápidas que la sociedad esta teniendo, pueden afectar o influir la estructura interna de la familia sobre todo la transformación de la mujer.

Ha sido motivado a buscar una área en donde puede trascender y tener una valoración personal, un mundo donde obtenga un reconocimiento en lo jurídico, político, cultural y económico.

1. En primer lugar el rol esposa-madre tradicional: con una serie de derechos y privilegios reconocidos unánimemente, dependencia del mando, autoridad afectiva reconocida, demanda de fidelidad al marido, gratitud y correspondencia emocional, constitución del hogar, prestación de servicios domésticos.
2. En segundo lugar el rol esposo-compañero: En este caso la esposa más que nada busca con su presencia fortalecer el papel social de su marido, debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad.
3. En tercer lugar esta la mujer colaboradora: Que en cierta forma ha venido a constituir la familia igualitaria.

En los tres tipos de papeles hay una interrelación permanente entre ellos, aunque uno es el que va a predominar; que es un conflicto de la mujer, cual de estos roles es el que va a desencadenar. Con frecuencia la mujer tiene que variar de un papel a otro.

Uno de los principales problemas que se presentan en la etapa de la familia es la adecuación sexual. En nuestra cultura falta una correcta educación sexual. La sexualidad implica un logro en tres áreas que se complementan: la biológica, la psicológica y la social, que son inseparables.

Etapa de formación de los hijos. Una de las principales expectativas de todo matrimonio es la de tener hijos, en muchas ocasiones el razonamiento que lleva a los padres a tener hijos es en darle gusto a los abuelos, pero es importante enfatizar que la paternidad y la maternidad son actos eminentemente culturales y que tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación, de un conocimiento real y de una absoluta responsabilidad.

Es necesario que los hijos sean amados, y llegar a un hogar que haya sido valorado con toda objetividad; por lo que los matrimonios antes de decidir la procreación hayan logrado efectivamente una madurez física, psíquica y social, para que permita a los futuros hijos entrar en un ambiente de protección física, de seguridad emocional y de

integración social adecuada para que logren crecer en donde el ser humano va formando una personalidad emotiva y social que le ira fortaleciendo o disminuyendo en todos los casos un conjunto de capacidades.

El individuo es flexible y más condicionado, pero también el que depende de una mayor seguridad en sus relaciones personales y del logro de su permanente deseo de compañía. La familia debe de cumplir con las siguientes expectativas biopsíquicas y sociales de cada uno de sus miembros.

1. Satisfacer las necesidades físicas: Alimentos, vestido, medicina, techo.
2. Cubrir las necesidades afectivas.
3. Fortalecer la personalidad.
4. Formar los roles sexuales.
5. Estimular las actitudes de aprendizaje.

Un modo importante de estimular en el niño reacciones sensitivas positivas, se halla en el cuidado del cuerpo, esto incluye la alimentación, el baño, el vestido y los arreglos para los periodos del sueño. Aquí el papel activo le toca a la madre, la habilidad y ternura con que dichas actividades se llevan al cabo, contribuyen a hacer surgir los primeros sentimientos de amor del niño hacia otras que le hacen confort.

Esta seguridad afectiva deben proporcionarla en primer lugar los padres y hacerla extensiva también en los adultos que entran en contacto con el niño, como los abuelos, tíos, educadores y maestros, sin caer en la sobreprotección, que impida al niño lograr una independencia emocional.

Los hijos deben crecer afirmando su propia personalidad y llegar a ser lo que quieran con su propia capacidad.⁽³⁾

CICLO VITAL DE LA FAMILIA. El esquema más utilizado en México es el expuesto por Geryman en 1980.

Fase de Matrimonio: Inicia al consolidares el vinculo matrimonial, concluye al llegar el primer hijo.

Fase de Expansión: Inicia desde que nace el primer hijo, hasta el nacimiento del último.

Fase de Dispersión: Período en que todos los hijos asisten a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.

Fase de Independencia: Se inicia cuando los hijos han formado nuevas familias.

Fase de Retiro y Muerte: Inicia cuando los hijos han abandonado el núcleo familiar, los padres ya se han jubilado.⁽⁴⁾

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA.

A) **Socialización:** La tarea primordial de la familia es transformar en u tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

B) **Cuidado.** Significa para la familia el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud en cada uno de los miembros.

C) **Afecto.** En la familia referida hay que proporcionar animo, amor y cariño.

D) Reproducción. Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc. Nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad. 1) El ámbito sexual 2) La reproducción.

E) Status y Nivel Socioeconómico. Aceptando el concepto dinámico de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos como conferir claramente a un miembro de la familia, tal o cual nivel socioeconómico que equivale a transferir derechos y tradiciones, esto se ejemplifica claramente en la expectativas al nacimiento del primer hijo, los mayores recursos de la familia son invertidos en el primer hijo.

CRISIS FAMILIAR. Se puede definir una crisis como un estado de descompensación mental funcional, resultado de la reacción del individuo ante un suceso que ha percibido como tan peligroso que lleva a sentirse impotente e incapaz de enfrentarse a él de forma eficaz con los medios habituales.

Para las frecuentes crisis que se presentan en forma de que son somáticas sin signos de angustia psicológica, hay muchas situaciones capaces de desencadenarla en el paciente y sus familias como:

- La muerte de un ser querido.
- Perdida de un embarazo.
- Muerte súbita del lactante y muerte accidental.
- Suicidios.
- Nacimiento del primer hijo.
- Desorganización y violencia familiar, etc.

Muchos de los pacientes no presentan problemas psiquiátricos, pero han perdido su capacidad para enfrentarse con los problemas y resolverlos.

A veces ya se encuentra en una situación de tensión nerviosa por una transición normal del desarrollo vital (adolescencia, matrimonio y divorcio).

El nuevo problema se ce como una amenaza para la supervivencia, ya sea físico o psicológico, de si mismo o de su familia esto desencadena una crisis.

La crisis es subjetiva y puede resultar difícil para el profesional entender el impacto que ha tenido la situación desencadenante. ⁽⁵⁾

La meta principal del funcionamiento es la realización de una variedad de tareas, algunas de ellas definidas culturalmente y otras propias de cada familia. Todas están determinadas por valores derivados en gran medida de las vivencias que los padres tuvieron con sus familias de origen, también reciben la influencia de la historia compartida dentro de la propia familia y de las condiciones socio culturales prevalentes. ⁽⁶⁾

Las relaciones interpersonales inadecuadas pueden desempeñar funciones homeostasis al mantener unida a la familia a costa de sufrimientos personales.

Las peleas con agresiones físicas serias, generalmente son destructivas y carecen de sentido porque no resuelven problemas comunes ni contribuyen a corregir relaciones disfuncionales en la vida de la pareja.

El fenómeno de la violencia conyugal con maltrato a la mujer es bastante común y se presenta en todos los estratos sociales. Predomina en las familias de escasos recursos donde la presencia de estresores socioeconómicos y de creencias culturales arraigadas como el machismo propician actitudes pseudomasculinas y agresivas con el esposo, quien puede llegar a sentirse con el derecho de controlar así a su pareja.⁽⁷⁾

Atención primaria se ofrece como complemento a la medicina tecnificada y altamente calificada de las especialidades, una visión global de la mujer que sobrepase la atención por órganos y aparatos, una ubicación en el sistema sanitario que facilite la integración de actividades preventivas y de promoción de salud, junto a las curativas y un modelo de atención que evite medicalizar o psuicologizar momentos del ciclo vital de la mujer.⁽⁸⁾

Describir las características de la demanda, la estructura familiar y el proceso de derivación de las familias atendidas en una unidad de terapia familiar.⁽⁹⁾

Se realizó un estudio en donde se distribuye la muestra por grupo de edad y sexo, observándose que la población que más consulta, que acostumbra ser de los más enfermos, y los de mayor edad y por lo tanto la que menos se beneficiaría de las medidas preventivas, es precisamente la que más cuidados preventivos recibe, en detrimento de las personas jóvenes y sanas.

Las acciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen pilares en la actuación profesional del médico de familia.⁽¹⁰⁾

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario, donde la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico.

Hacer promoción de la salud significa en definitiva intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

La conclusión más importante de este estudio es que las actividades de prevención de la salud no pueden quedarse en la maniobra o el registro, sino que deben continuar con algún tipo de intervención mínima y seguimiento del problema.⁽¹¹⁾

El problema de la carrera profesional de los médicos, en particular los de atención primaria es uno de los que tienen pendientes de resolver las administraciones sanitarias de nuestro país.

No se parte de cero y es preciso tener en cuenta la situación actual y diseñar un "periodo de transición" que facilite la implantación de los cambios que se pretenden introducir, un ejemplo sería actualizando las pruebas de evaluación mediante la utilización de cuestionarios informatizados y otras medidas que tiendan a disminuir el volumen excesivo de los expedientes.

Uno de los elementos clave en la carrera profesional en atención primaria es el de la capacitación para la docencia pre y postgraduada, buscando soluciones coherentes que contribuyan a conseguir los mejores profesionales para prestar la mejor atención de salud posible a la población.⁽¹²⁾

Los actuales conocimientos sobre la historia natural de las enfermedades posibilitan la orientación hacia la medicina preventiva. El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud es un instrumento técnico profesional para la realización de una serie de actividades preventivas, creado en 1988 por la sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Dentro de las conclusiones proponen lo siguiente:

Desarrollar programas de formación continuada con el fin de modificar las actividades de los profesionales sanitarias respecto a actividades preventivas.

- Revisar el modelo de la hoja de registro.
- Aprovechar todas las oportunidades que se presenten para realizar actividades preventivas en grupo de población aparentemente sanos.⁽¹³⁾

La participación comunitaria necesita una revisión de enfoque para adaptarla tanto a los nuevos conceptos teóricos como a las realidades actuales, los antiguos conceptos con los que se ha trabajado hasta ahora han entrado en crisis con el paso del tiempo y la puesta en practica de los servicios de atención primaria.

En síntesis se piensa que es necesario realizar un esfuerzo de renovación de los conceptos y los instrumentos que se están manejando en relación con la participación comunitaria. En concreto se precisa una nueva conceptualización en la idea de comunidad, en la que recojan la influencia de las diferencias entre grupos y la importancia de los elementos externos.

Por otro lado los consejos de salud deben dejar de estar idealizados y se debe pasar a pensar en ellos como una forma de participación social en los servicios de salud, pero no como la forma única, ni siquiera las más importante.

En la propia practica de trabajo con orientación comunitaria están las claves para realizar esta necesaria reorientación.⁽¹⁴⁾

Para conseguir una atención integral a la población que incluya tanto la medicina preventiva como los problemas psicosociales es necesario disponer de un mayor tiempo de consulta ya que estas cuestiones no se abordan en las consultas cortas.

Una disminución de la presión asistencial, puede conseguirse mediante la educación de la población, estudiando las características de los pacientes frecuentadores y de modo muy importante, fomentando la distribución del trabajo en el equipo multidisciplinar.⁽¹⁵⁾

Es posible identificar el perfil económico de la población a partir de la posesión de determinados bienes de consumo. Los ingresos declarados son un indicador fiable del nivel socioeconómico de la población. Aunque exista una tendencia a la baja respuesta a la pregunta sobre ingresos estos no tienden a infra declarar. Plantear que el análisis del equipamiento de la vivienda debe utilizarse complementariamente a los ingresos para dimensionar adecuadamente el nivel socioeconómico en las encuestas de salud.⁽¹⁶⁾

Se puede definir la prescripción de ejercicio como el proceso mediante el cual se recomienda a una persona un régimen de actividad física de manera sistemática individualizada.

Es preciso tener una mentalidad físicamente activa, es decir, intentar aprovechar aquellas oportunidades que ofrecen la actividad diaria o el tiempo de ocio, incluso buscar ocasiones nuevas que permiten a las personas mantenerse físicamente activas.⁽¹⁷⁾

Un alto porcentaje de las prescripciones realizadas por los facultativos de atención primaria tiene su origen en el nivel especializado, porcentaje que se eleva de manera notable en los consultorios de manera tradicional, y que la calidad de prescripción viene condicionada fundamentalmente por el modelo organizativo, mejorando de forma apreciable en los centros de salud.⁽¹⁸⁾

El método resulta sencillo de aplicar, poco costo, sensible para detectar los problemas sentidos por los usuarios, y factible en nuestro medio como complemento a otros sistemas utilizados.

Como prolongación de la acción evaluadora, este sistema posibilita a participar en el análisis de los problemas y la propuesta de medidas correctoras. ⁽¹⁹⁾

Por lo tanto en nuestro país, la vigilancia epidemiológica se comprende cada día más como un sistema de inteligencia, capaz de recolectar información sobre los diversos eventos de interés médico epidemiológico. El análisis de dicha información proporciona un panorama sólido que permite iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control la información respecto a los daños y riesgos para la salud representa el insumo más importante de la vigilancia epidemiológica. ⁽²⁰⁾

Una de las causas de consulta frecuente son las parasitosis entre ellas la amibiasis. La prevención de la amibiasis debe de enfocarse hacia aspectos profilácticos en materia de higiene personal, con especial énfasis en los grupos de riesgo, como manejadores de alimentos, así mismo es necesario establecer medidas de salud pública (potabilización de agua y adecuados sistemas de manejo, eliminación de excretas y desechos sólidos). ⁽²¹⁾

En la prevención de múltiples enfermedades ocasionadas por el tabaquismo es necesario concientizar a los pacientes de estos problemas, entre las enfermedades asociadas a dicho consumo se pueden señalar a diversos tipos de cáncer en particular los de pulmón, boca faringe, laringe, esófago, estómago, etc. Bronquitis crónica, enfisema, enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo, etc. Un aspecto importante es que el riesgo de morir por estos padecimientos disminuye si se deja de fumar aún cuando se haya fumado con anterioridad por varios años. ⁽²²⁾

Dentro de las enfermedades diarreicas infecciosas se clasifican aquellas que origina la escherichia coli, por lo que se debe de orientar al paciente sobre los mecanismos de transmisión, así como, el uso de suero vida oral en caso de deshidratación de leve a moderada. ⁽²³⁾

Dentro de la consulta diaria uno de los padecimientos Más comunes es la osteoartritis. Se conocen sus características clínicas y el diagnóstico se establece con facilidad. La etiopatogénesis de la enfermedad aún no se conoce con precisión. Solo recientemente fueron elaboradas la definición y clasificación de la osteoartritis por la asociación norteamericana de reumatismo.

El tratamiento debe de abarcar cuatro áreas: educacional, psiquiátrica, médica y quirúrgica, y el objetivo del tratamiento debe esta destinado a proveer alivio sintomático y a la restauración de la función. ⁽²⁴⁾

Entre los factores que contribuyen al desarrollo de la osteoporosis se encuentran: episodios de amenorrea y oligomenorrea, menopausia temprana (menos de 40 años) ingestión de alcohol (tóxico para los osteoblastos), tabaquismo (incrementa la degradación de los estrógenos), corticoterapia, endocrinopatías (síndrome de Cushing, acromegalia, hipertiroidismo), deficiencias nutricionales (vitamina c, d, fósforo, flúor, proteínas). Sedentarismo y antecedentes familiares. ⁽²⁵⁾

las líneas generales de actuación que se establecen para la ordenación de servicios sanitarios necesarios para atender la diabetes están basadas en los siguientes ejes. El paciente diabético y la importancia de la educación para la salud, la atención primaria y la atención especializada y la coordinación en el área sanitaria. ⁽²⁶⁾

En la declaración de San Vicente se considera deseable la creación en los niveles con competencias en planificación de comités asesores, que según las recomendaciones de la OMSS, deberían estar constituidos al menos por profesionales sanitarios de atención primaria y atención especializada administración y colectivos de personas con diabetes. El papel de estos comités sería el de aconsejar a las instituciones sanitarias sobre el desarrollo de las actuaciones relacionadas con la atención a las personas con diabetes mellitus. ⁽²⁷⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cual es la frecuencia de morbilidad por grupos de edad y sexo cómo esta formada la estructura familiar de la población que se atiende en el consultorio No 6 de la colonia Sector Popular en la Unidad de Medicina Familiar Ermita (ISSSTE)?

3. JUSTIFICACION:

Es pertinente que exista un mejor conocimiento de la estructura familiar atendida, puesto que en la actualidad se detectan deficiencias que provocan insatisfacción en los organismos públicos de salud, tanto de los usuarios como en los médicos, referente a los servicios prestados dentro de las instituciones mencionadas, debido a la falta de recursos o desconocimiento de los ya existentes.

Para poder implementar un mejor nivel de salud en las familias y teniendo ya conocimiento de la frecuencia de la morbilidad más las características de la pirámide poblacional se pospondrán los correctivos técnicos, médicos y administrativos para satisfacer las necesidades médicas, socioeconómicas y culturales dando a la posteridad un mejor sistema público de salud a la comunidad y al país en general.

Dentro de los correctivos podemos mencionar los siguientes:

- A) Abatir costos de gastos institucionales y del país mediante la ayuda con recursos del gobierno como son: La difusión por los medios masivos de comunicación (tv, radio, periódico) y las mismas instituciones de salud mediante la orientación sobre los propios padecimientos.
- B) Canalización adecuada al segundo y tercer nivel de atención médica a los pacientes y con ello evitar la deficiente atención de los mismos.
- C) Mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel.
- D) Reforzar la continuidad de la promoción de la salud.

Todos estos correctivos apoyados con la última tecnología de punta, como lo es la utilización de la informática (computación).

4. OBJETIVOS

- A) **Objetivo General.** Detectar las principales causas de morbilidad y la formación de la estructura familiar de la población asignada al consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE.
- B) **Objetivos Específicos.**
- B1) Identificar las 10 principales causas de morbilidad, clasificadas por grupos de edad y sexo.
- B2) Identificar la Estructura Familiar, su clasificación en cuanto a su desarrollo, demografía y composición y determinar el ciclo vital en que se encuentra.

5. HIPOTESIS.

No es necesario en un estudio descriptivo.

6. METODOLOGIA.

- 6.1 **Tipo de Estudio.** Observacional
Transversal
Retrospectivo
Descriptivo.

6.2 **Población, Lugar y Tiempo.** Familias adscritas al consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE, durante el año de 1996.

6.3 **Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra.**

Tipo de muestra. Cuota y al azar.

Tamaño de la Muestra. Todas las familias adscritas al Consultorio Familiar No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE.

6.4 **Criterios de Inclusión, Exclusión y de Eliminación.**

Criterios de Inclusión.

- A) Población adscrita al consultorio No. 6 de la Colonia Sector Popular, en ambos sexos y a todos los grupos de edad.
- B) Causas de Consulta de Primera Vez.
- C) Padecimientos Agudos y Crónicos.

Criterios de Exclusión. Población no adscrita al Consultorio No. 6 de la Colonia Sector Popular.

Criterios de Eliminación. Población ausente al realizar las encuestas y hojas de encuestas incompletas.

6.5 Información a Recolectar (variables de medición). Dentro de las variables para la recolección de datos tenemos los siguientes:

Censo Poblacional. Las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primera y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso. Se consideran las variables de:

- Numero total de Individuos.
- Numero total de individuos del sexo masculino.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número total de individuos de sexo masculino por grupos etareos.
- Número total de individuos de sexo femenino por grupos etareos.

Estudio de Comunidad. Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal. Se identifican:

- Nombre de la Familia.
- Estado Civil.
- Años de unión conyugal.
- Escolaridad.
- Edad del padre.
- Edad de la madre.
- Número de hijos (hasta 10 años de edad).
- Número de hijos (de 11 a 18 años de edad).
- Número de hijos (de 20 o más años de edad).
- Ocupación de los padres de familia.
- Ingresos económicos.
- Tipo de familia.
- Etapa del ciclo vital familiar.

Identificación de las Causas de consulta. Las variables son de tipo cualitativo en escala nominal. Se utilizaron las hojas de consulta diaria para sacar las primeras 10 causas de morbilidad de consulta.

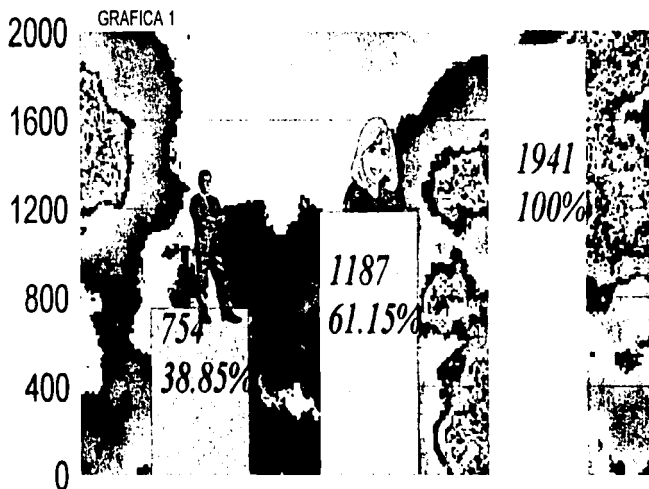
6.6 Método o Procedimiento para Captar la Información. Se acudió al archivo clínico captando los datos por medio de las hojas del informe médico diario, expedientes clínicos y formatos de identificación familiar, (encuestas domiciliarias y/o en el consultorio, aplicadas por el investigador a mayores de 18 años y por familia y única vez.

6.7 Consideraciones Éticas. El presente trabajo se apega a los lineamientos establecidos e la Declaración de Helsimki, para la realización de trabajo de Investigación Biomédica.

7. RESULTADOS

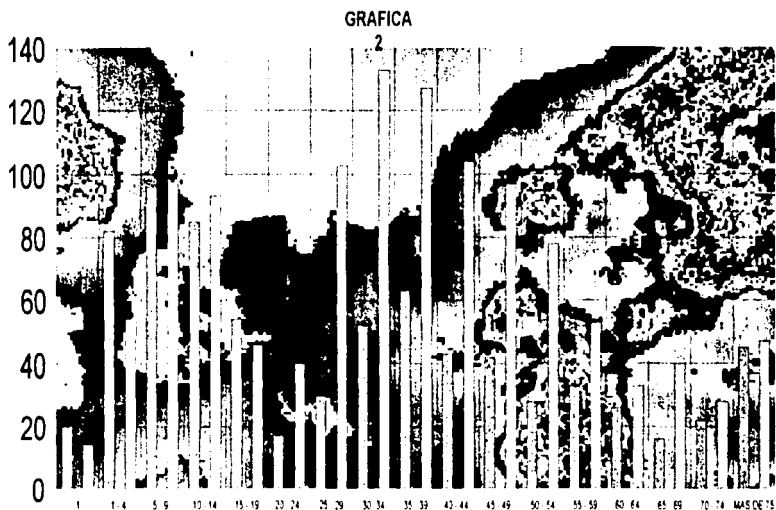
7.1 Tablas, Cuadros y Gráficas.

PIRAMIDE POBLACIONAL *POBLACION POR SEXO*



PIRAMIDE POBLACIONAL

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDADES



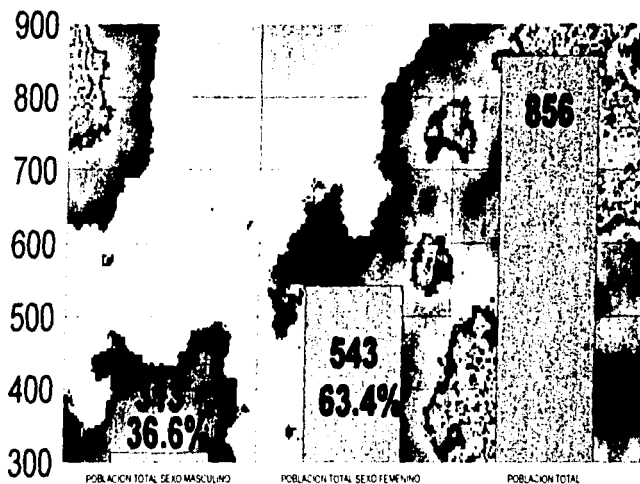
POBLACION TOTAL REBO MARSLING POR GRUPOS ETARENS 194

POBLACION TOTAL REBO MARSLING POR GRUPOS ETARENS 194

PIRAMIDE POBLACIONAL

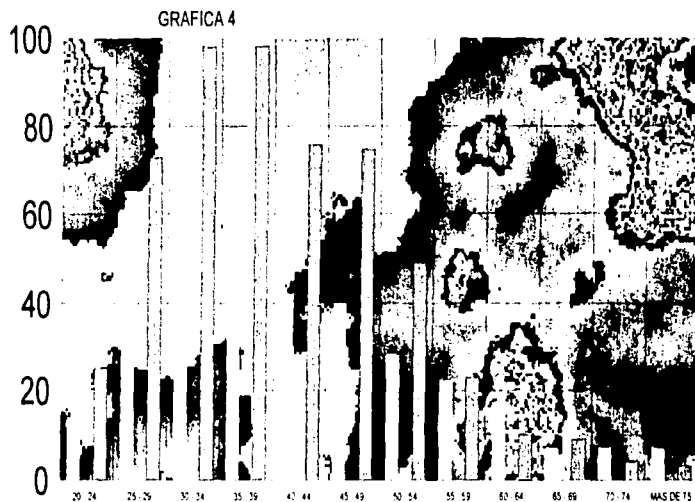
*GRAFICA SOBRE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA,
EN FORMA TOTAL Y POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO*

GRAFICA 3



PIRAMIDE POBLACIONAL

*GRAFICA SOBRE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA,
EN FORMA TOTAL Y POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO*



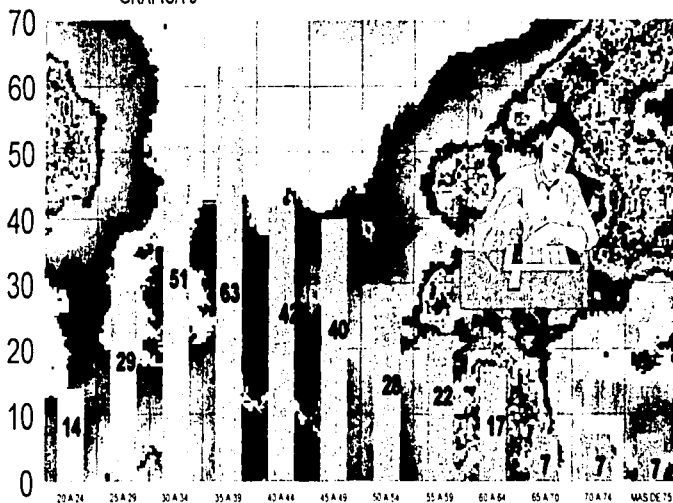
POBLACION MASculINA POR EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA

3

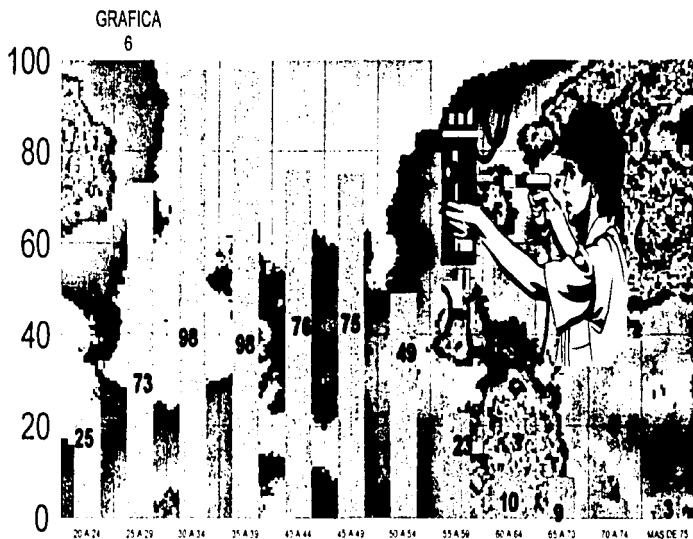
POBLACION FEMENINA POR EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA

PIRAMIDE POBLACIONAL TRABAJADORES

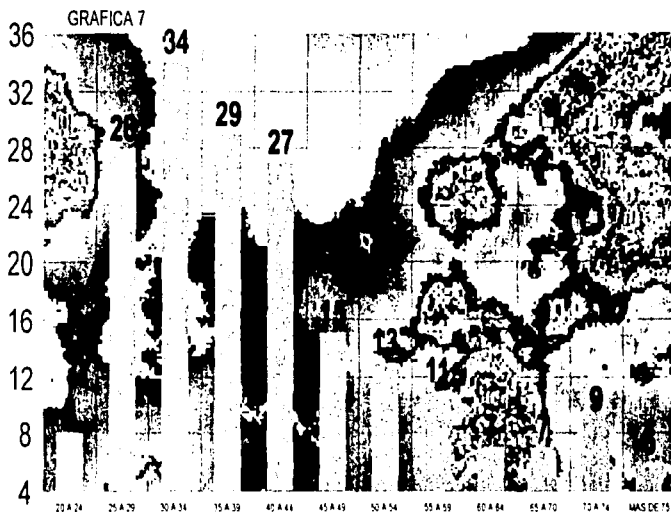
GRAFICA 5



PIRAMIDE POBLACIONAL TRABAJADORAS



PIRAMIDE POBLACIONAL *ESPOSA O CONCUBINA*



PIRAMIDE POBLACIONAL

PENSIONADO (A)

GRAFICA 8

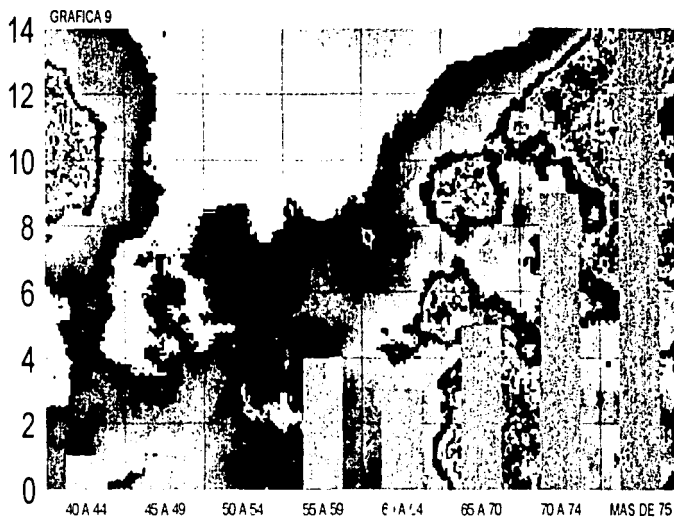
24



POBLACION MASCULINA
POBLACION FEMENINA

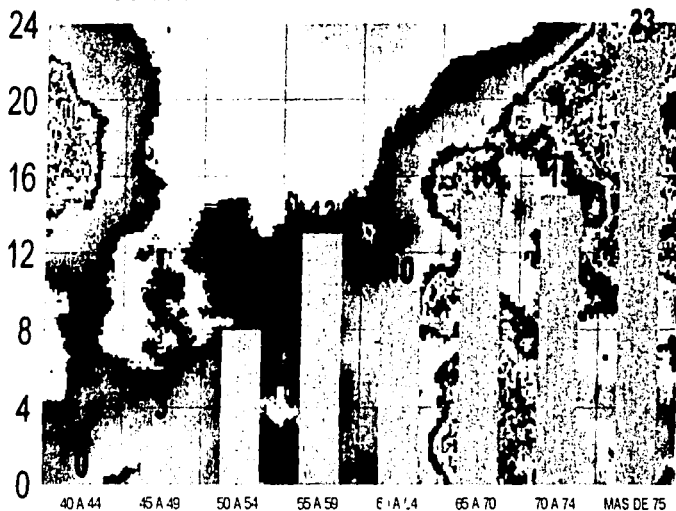
Fuente: Expedientes Clínicos del Año de 1995 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE.

PIRAMIDE POBLACIONAL *PADRES*



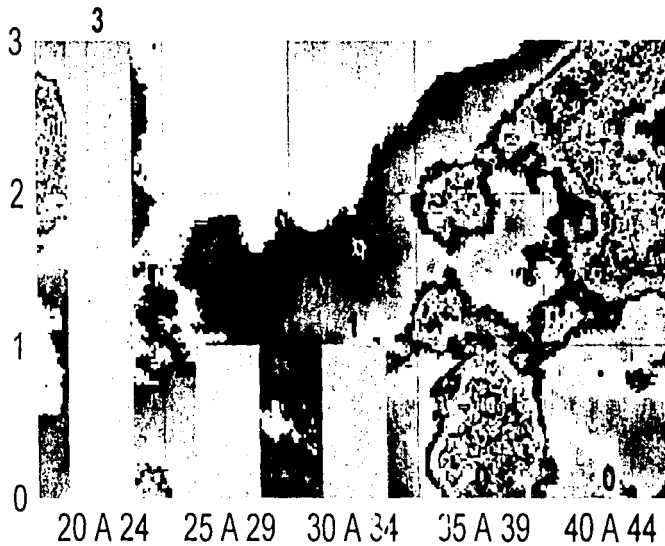
PIRAMIDE POBLACIONAL MADRES

GRAFICA 10



PIRAMIDE POBLACIONAL *HIJO*

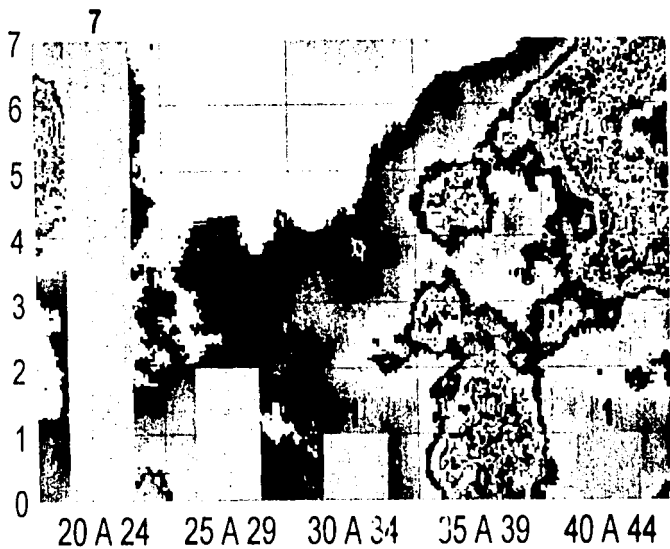
GRAFICA 11



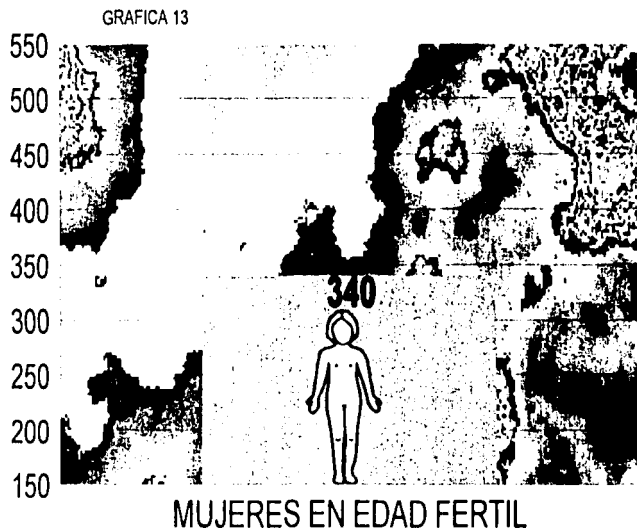
PIRAMIDE POBLACIONAL

HIJA

GRAFICA 12

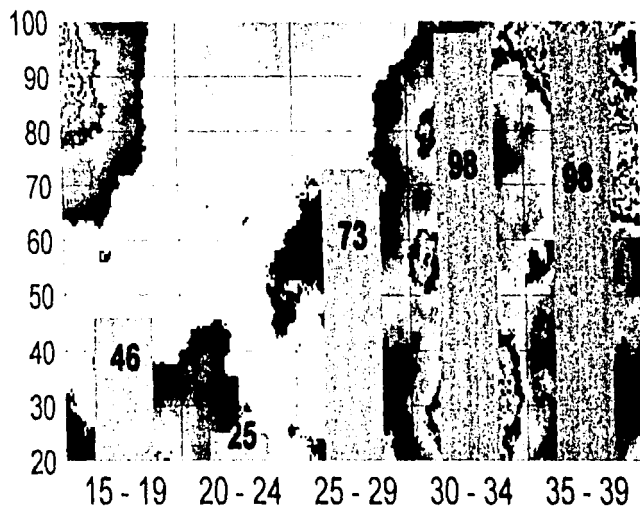


GRAFICA SOBRE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL EN FORMA TOTAL Y POR GRUPOS DE EDAD

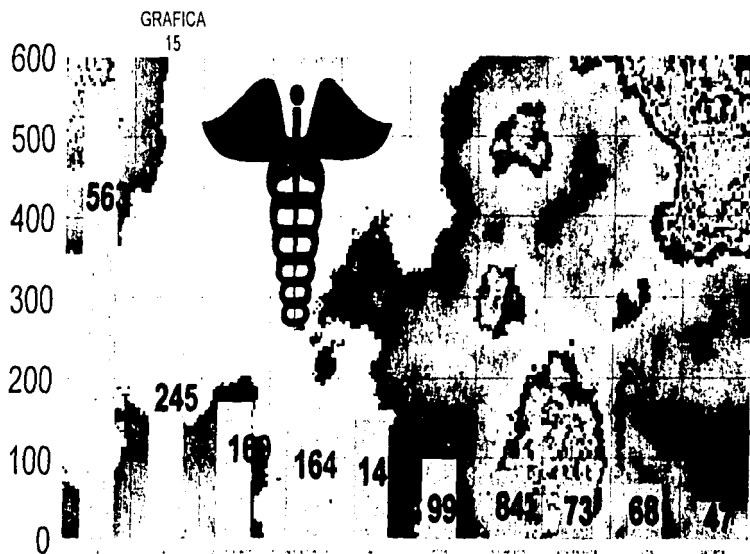


POBLACION FEMENINA EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD

GRAFICA 14



GRAFICA SOBRE LAS 10 CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBILIDAD



CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBILIDAD

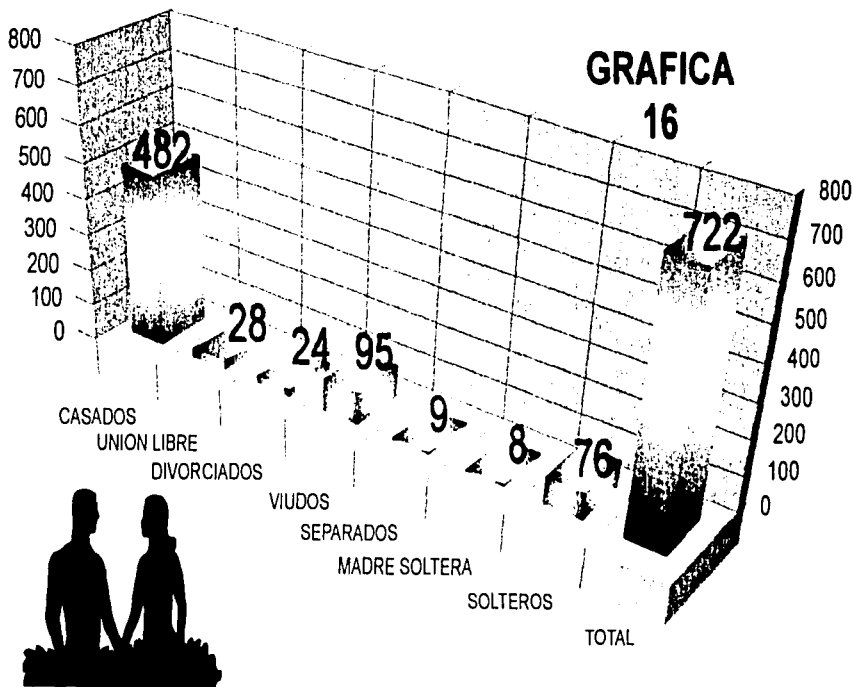
ENFERMEDAD	CASOS
INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS	563
HIPERTENSION ARTERIAL	245
VULVOVAGINITIS	169
ESGUINCE DE TOBILLOS	164
DIABETES MELLITUS	148
CISTITIS	99
OSTEOARTRITIS	84
GASTROENTERITIS	73
COLITIS	68
GASTRITIS	47

IDENTIFICACION FAMILIAR

ESTADO CIVIL

CASADOS	482
UNION LIBRE	28
DIVORCIADOS	24
VIUDOS	95
SEPARADOS	9
MADRE SOLTERA	8
SOLTEROS	76
TOTAL	722

IDENTIFICACION FAMILIAR ESTADO CIVIL



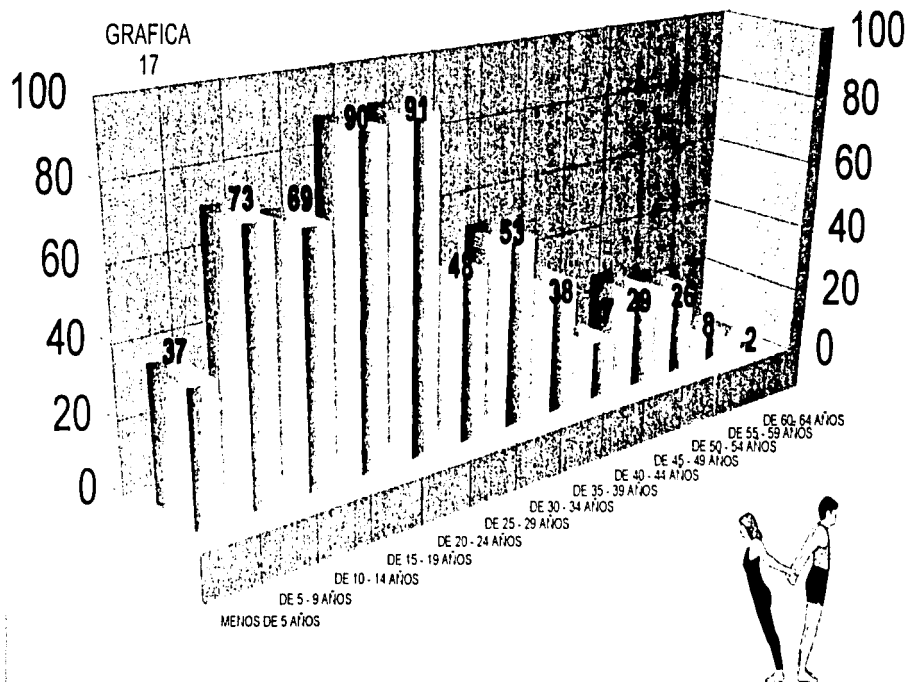
Fuente: Hojas Fichas de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No.6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita. ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1996.

IDENTIFICACION FAMILIAR

AÑOS DE UNION CONYUGAL

MENOS DE 5 AÑOS	37
DE 5 - 9 AÑOS	73
DE 10 - 14 AÑOS	69
DE 15 - 19 AÑOS	90
DE 20 - 24 AÑOS	91
DE 25 - 29 AÑOS	48
DE 30 - 34 AÑOS	53
DE 35 - 39 AÑOS	38
DE 40 - 44 AÑOS	17
DE 45 - 49 AÑOS	29
DE 50 - 54 AÑOS	26
DE 55 - 59 AÑOS	8
DE 60 - 64 AÑOS	2

IDENTIFICACION FAMILIAR AÑOS DE UNION CONYUGAL



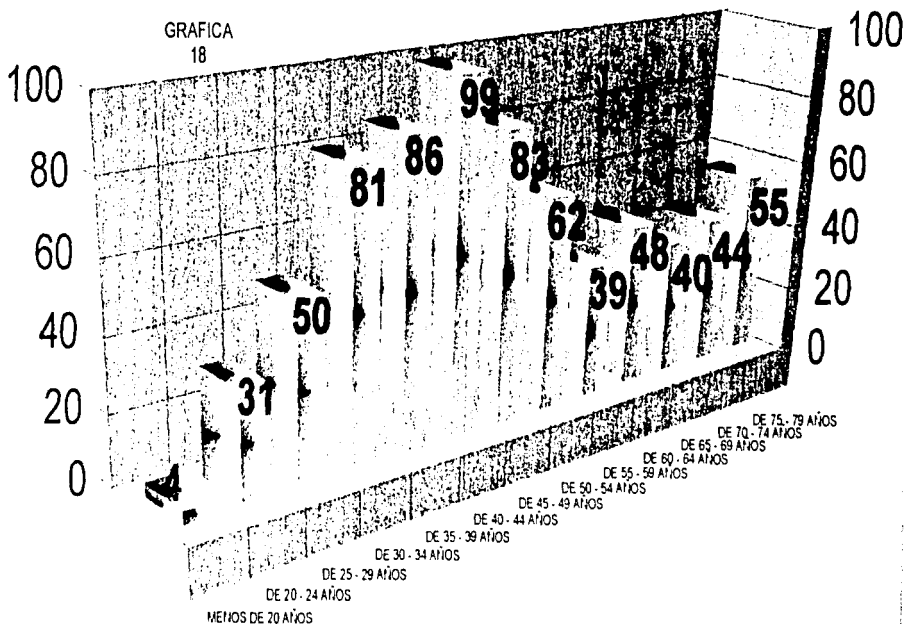
Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No.6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita. ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990.

IDENTIFICACION FAMILIAR

EDAD

MENOS DE 20 AÑOS	4
DE 20 - 24 AÑOS	31
DE 25 - 29 AÑOS	50
DE 30 - 34 AÑOS	81
DE 35 - 39 AÑOS	86
DE 40 - 44 AÑOS	99
DE 45 - 49 AÑOS	83
DE 50 - 54 AÑOS	62
DE 55 - 59 AÑOS	39
DE 60 - 64 AÑOS	48
DE 65 - 69 AÑOS	40
DE 70 - 74 AÑOS	44
DE 75 - 79 AÑOS	55

IDENTIFICACION FAMILIAR EDAD



Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita, ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990.

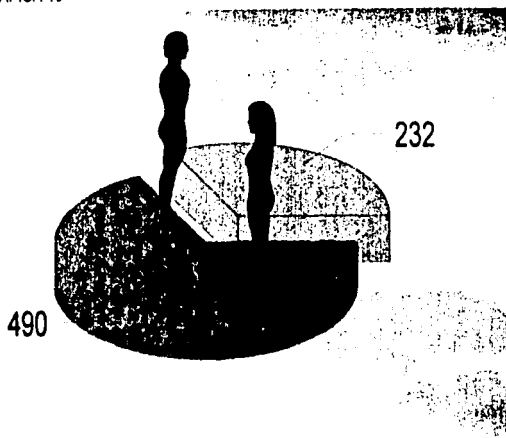
IDENTIFICACION FAMILIAR

SEXO DE LA PERSONA ENCUESTADA

FEMENINO	490
MASCULINO	232
TOTAL	722

IDENTIFICACION FAMILIAR *SEXO DE LA PERSONA ENCUESTADA*

GRAFICA 19



MASCULINO

FEMENINO

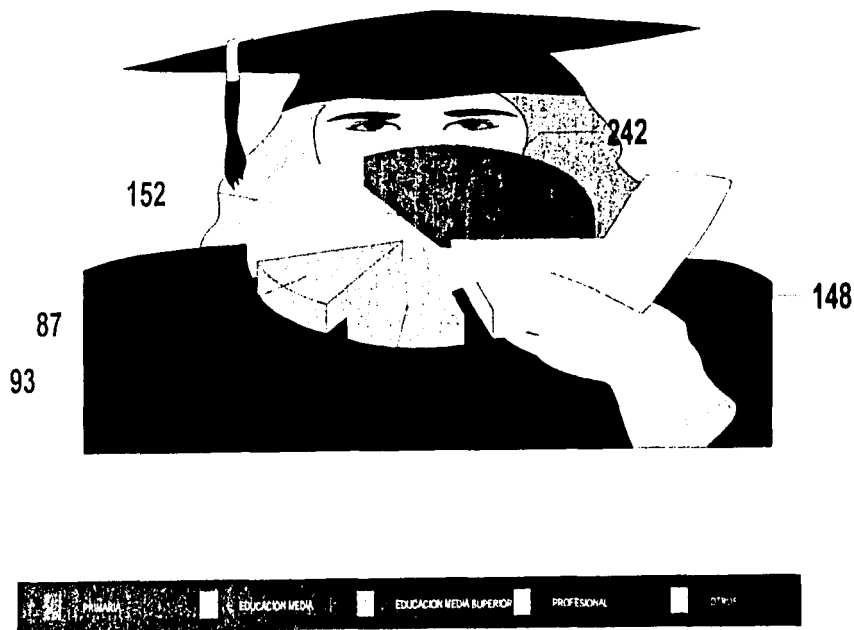
Fuente: Hojas Fichas de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No.6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990.

IDENTIFICACION FAMILIAR ESCOLARIDAD

PRIMARIA	242
EDUCACION MEDIA	152
EDUCACION MEDIA SUPERIOR	87
PROFESIONAL	93
OTROS	148
TOTAL	722

IDENTIFICACION FAMILIAR ESCOLARIDAD

GRAFICA 20



Fuente: Hojas Fichas de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita. ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1995

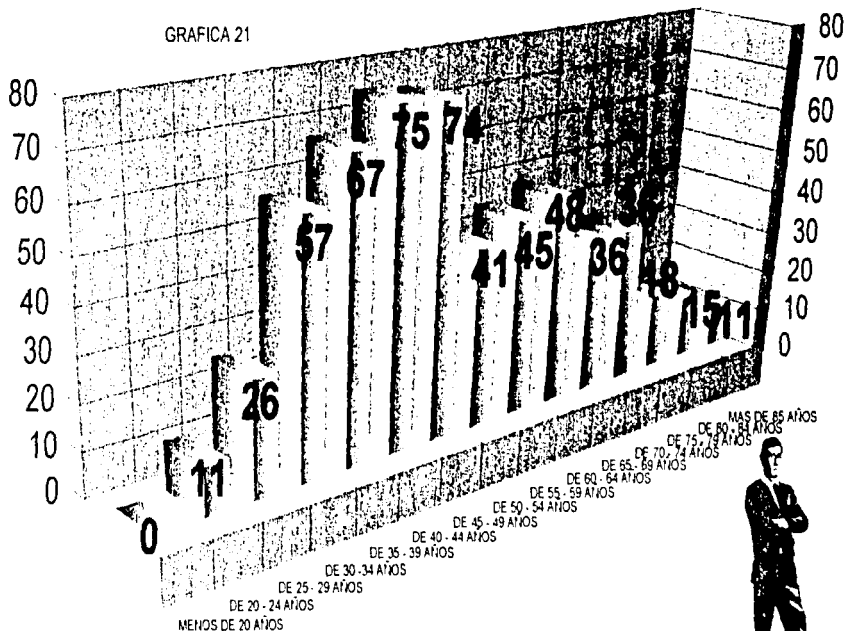
IDENTIFICACION FAMILIAR

EDAD DEL PADRE

MENOS DE 20 AÑOS	0
DE 20 - 24 AÑOS	11
DE 25 - 29 AÑOS	26
DE 30 - 34 AÑOS	57
DE 35 - 39 AÑOS	67
DE 40 - 44 AÑOS	75
DE 45 - 49 AÑOS	74
DE 50 - 54 AÑOS	41
DE 55 - 59 AÑOS	45
DE 60 - 64 AÑOS	48
DE 65 - 69 AÑOS	36
DE 70 - 74 AÑOS	36
DE 75 - 79 AÑOS	18
DE 80 - 84 AÑOS	15
MAS DE 85 AÑOS	11

IDENTIFICACION FAMILIAR EDAD DEL PADRE

GRAFICA 21



Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita. ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1970.

IDENTIFICACION FAMILIAR

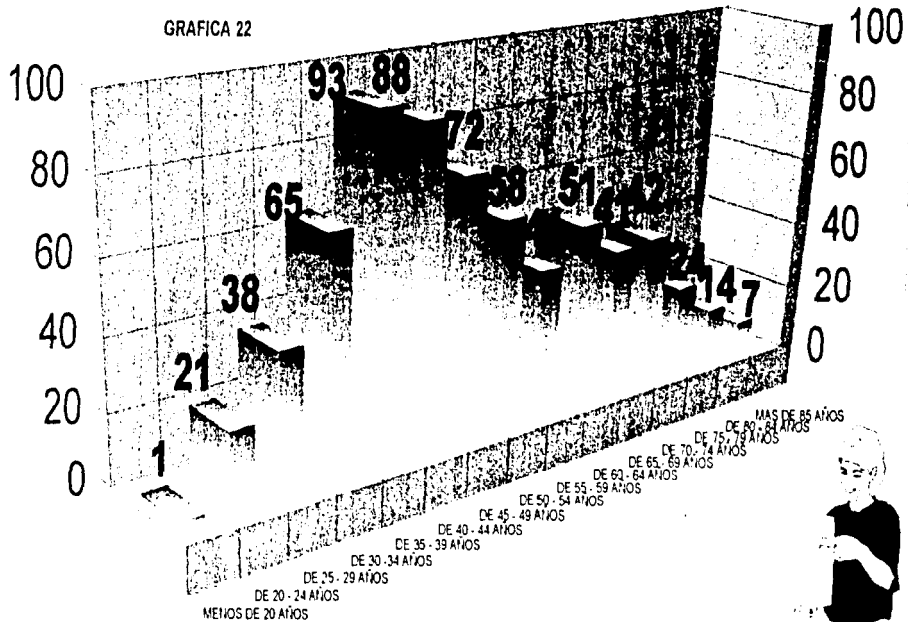
EDAD DE LA MADRE

MENOS DE 20 AÑOS	1
DE 20 - 24 AÑOS	21
DE 25 - 29 AÑOS	38
DE 30 - 34 AÑOS	65
DE 35 - 39 AÑOS	93
DE 40 - 44 AÑOS	88
DE 45 - 49 AÑOS	72
DE 50 - 54 AÑOS	58
DE 55 - 59 AÑOS	41
DE 60 - 64 AÑOS	51
DE 65 - 69 AÑOS	41
DE 70 - 74 AÑOS	42
DE 75 - 79 AÑOS	24
DE 80 - 84 AÑOS	14
MAS DE 85 AÑOS	7

IDENTIFICACION FAMILIAR

EDAD DE LA MADRE

GRAFICA 22

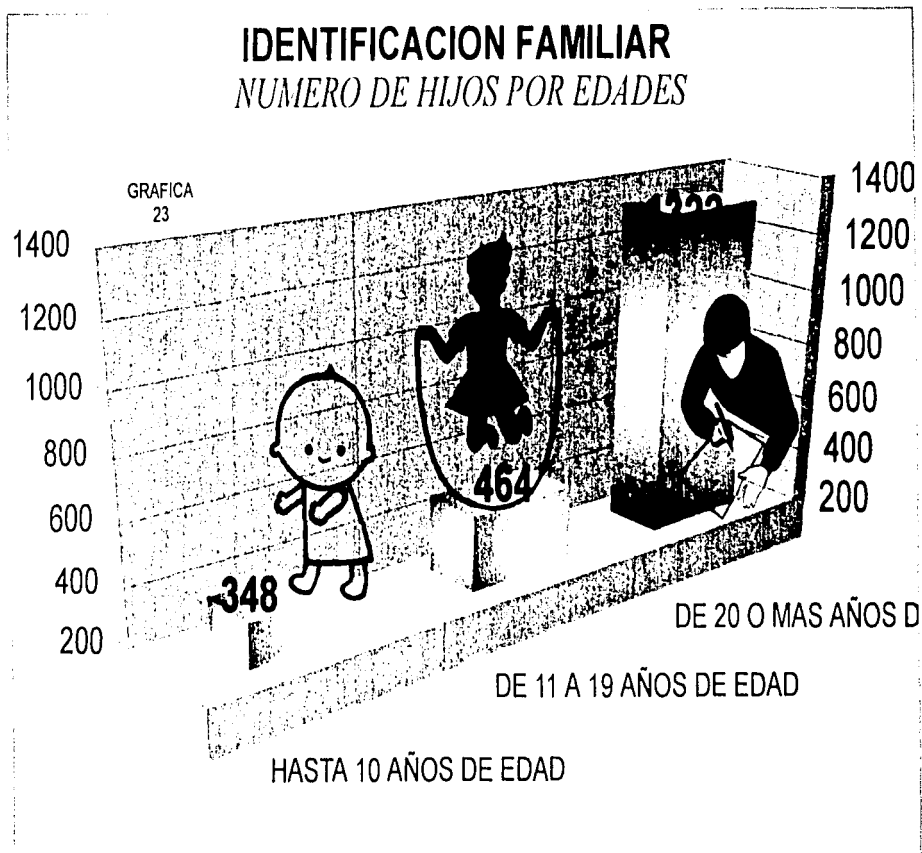


Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No.6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita. ASSSFE.
Durante el Mes de Agosto de 1990

IDENTIFICACION FAMILIAR

NUMERO DE HIJOS POR EDADES

HASTA 10 AÑOS DE EDAD	348
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	464
DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD	1322
TOTAL	2134



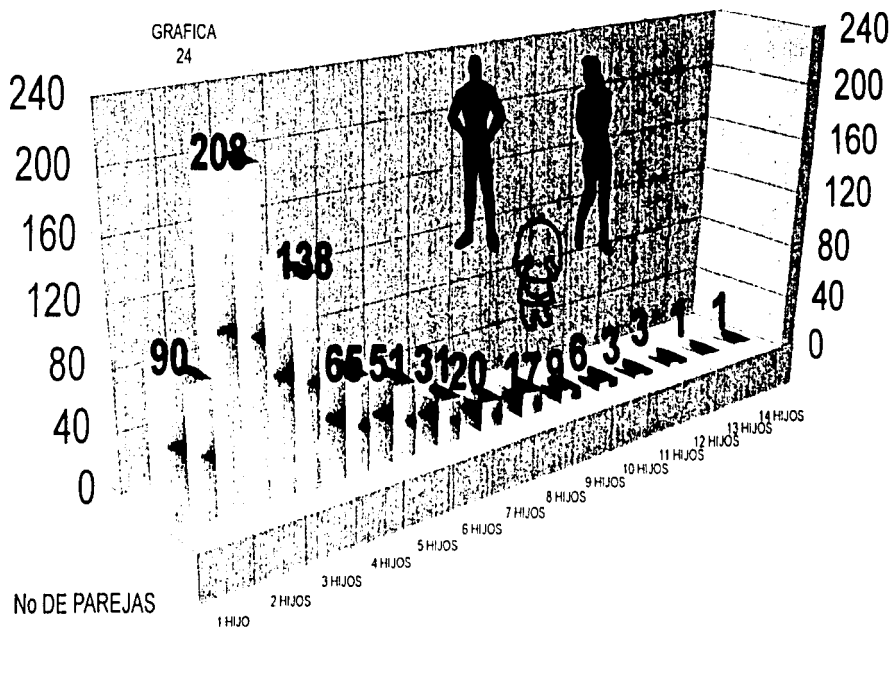
Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990.

IDENTIFICACION FAMILIAR

NUMERO DE HIJOS POR PAREJA

NUMERO DE HIJOS	NUMERO DE PAREJAS	TOTAL DE HIJOS
1 HIJO	90	90
2 HIJOS	208	416
3 HIJOS	138	414
4 HIJOS	65	260
5 HIJOS	51	255
6 HIJOS	31	186
7 HIJOS	20	140
8 HIJOS	17	136
9 HIJOS	9	81
10 HIJOS	6	60
11 HIJOS	3	33
12 HIJOS	3	36
13 HIJOS	1	13
14 HIJOS	1	14
TOTAL		2134

IDENTIFICACION FAMILIAR NUMERO DE HIJOS POR PAREJA



Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita, ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990.

IDENTIFICACION FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA

DESARROLLO

MODERNA	200
TRADICIONAL	522
TOTAL	722

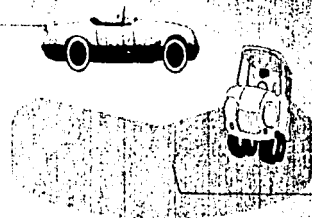
IDENTIFICACION FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA DESARROLLO

GRAFICA

25

200



522



MODERNA



TRADICIONAL

Fuente: Hojas Fichas de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990.

IDENTIFICACION FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA

DEMOGRAFIA

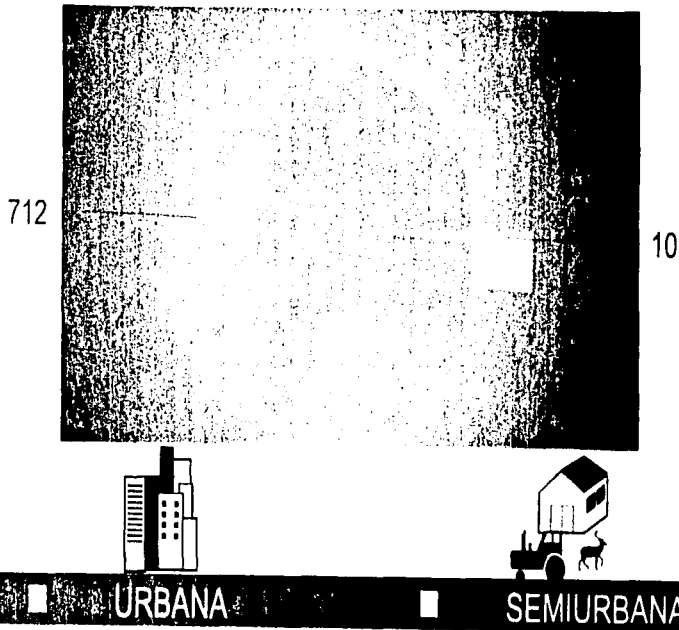
URBANA	712
SEMIURBANA	10
TOTAL	722

IDENTIFICACION FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA

DEMOGRAFIA

GRAFICA 26



Fuente: Hojas Fichas de Identificación Familiar Aplicadas al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita. ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990

IDENTIFICACION FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA

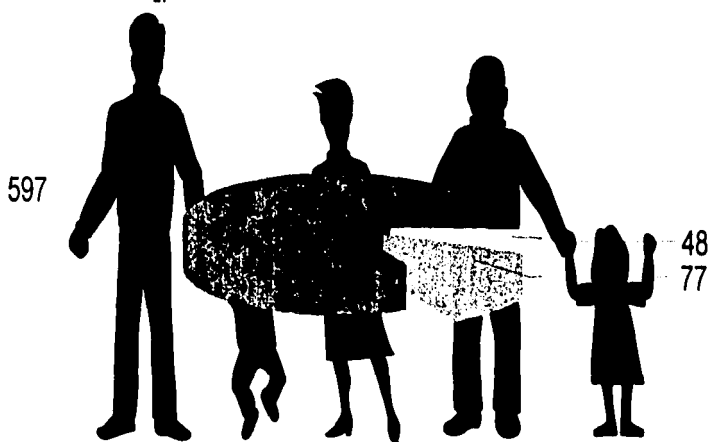
COMPOSICION

NUCLEAR	597
EXTENSA	77
COMPUESTA	48
TOTAL	722

IDENTIFICACION FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA COMPOSICION

GRAFICA
27



NUCLEAR



EXTENSA



COMPUESTA

Fuente: Hojas Fichas de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No.6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita, ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1988.

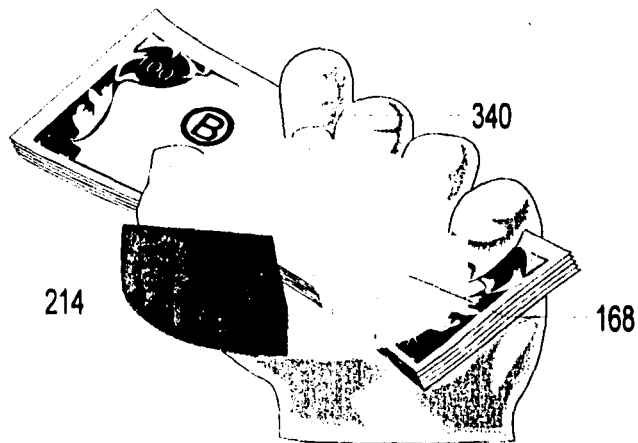
IDENTIFICACION FAMILIAR

INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS

< DE 1 SALARIO MINIMO	340
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS	214
3 O MAS SALARIOS MINIMOS	168
TOTAL	722

IDENTIFICACION FAMILIAR INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS

GRAFICA 28



< DE 1 SALARIO MINIMO



DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS

3 O MÁS SALARIOS MINIMOS

Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No.6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita. ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1996.

IDENTIFICACION FAMILIAR

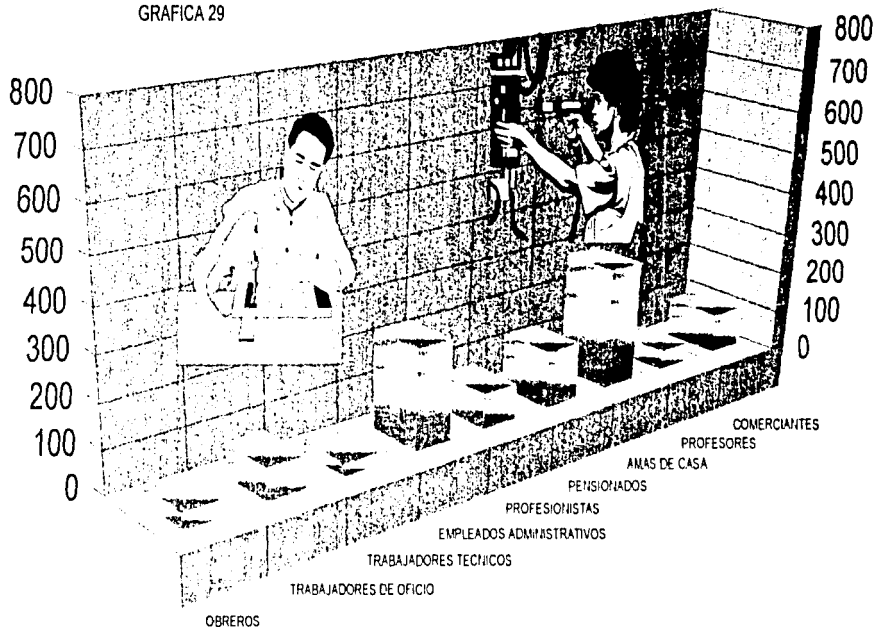
OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

OBREROS	38
TRABAJADORES DE OFICIO	76
TRABAJADORES TECNICOS	28
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	235
PROFESIONISTAS	83
PENSIONADOS	136
AMAS DE CASA	291
PROFESORES	47
COMERCIANTES	99
TOTAL	1033

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	606	58.66%
POBLACION ECONOMICAMENTE NO ACTIVA	427	41.34%

IDENTIFICACION FAMILIAR OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

GRAFICA 29



Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita, ISSSTE.

Durante el Mes de Agosto de 1996.

IDENTIFICACION FAMILIAR

ETAPA DEL CICLO VITAL

EXPANSION	110
DISPERSION	350
INDEPENDENCIA	54
RETIRO	208
TOTAL	722

IDENTIFICACION FAMILIAR *ETAPA DEL CICLO VITAL*

GRAFICA 30



Fuente: Hojas Ficha de Identificación Familiar Aplicada al Consultorio No.6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita, ISSSTE.
Durante el Mes de Agosto de 1990.

7.2 Descripción de Resultados.

Los resultados que se obtuvieron del censo poblacional. Las 10 patologías más frecuentes y la identificación familiar del consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Ermita son los siguientes:

POBLACION TOTAL	1941=100%
POBLACION DEL SEXO FEMENINO	1187=61.15%
POBLACION DEL SEXO MASCULINO	754 = 38.85%

Como se observa predomina la población del sexo femenino en relación a la del masculino.

Distribución de la población por edades, predominando los siguientes:

FEMENINO de 1 a 14 años	244 = 12.3%
MASCULINO de 1 a 14 años	263 = 13.5%
FEMENINOS de 25 a 49 años	563 = 29%
MASCULINOS de 25 a 49 años	228 = 11.7%

Sumando un total de 1298 personas que equivalen al 66.8%, el resto son 643 que es el 33.2% que corresponden a las edades de menos de 1 año, de 15 a 24 años y de más de 50 años de edad.

Población Económicamente Activa en Forma total por SEXO Y EDAD.

POBLACION TOTAL	856 = 100%
POBLACION DEL SEXO FEMENINO	543 = 63.4%
POBLACION DEL SEXO MASCULINO	313 = 36.6%

Distribución por edades de los trabajadores y trabajadoras.

TRABAJADORAS DE 25 A 49 AÑOS	420 = 49%
TRABAJADORES DE 25 A 49 AÑOS	225 = 26.2%

Como se observa el resultado nos arroja un porcentaje más elevado en el sexo femenino, siendo el total en estas edades de 645 trabajadores que representa el 75.3%, el resto va de 20 a 24 años y más de 50 años de edad sumando 208 trabajadores correspondiendo al 24.7%.

Diagnostico de Morbilidad y Familia en el Consultorio No. 6 de la Unidad de medicina Familiar Ermita

Esposa o Concubina. Las predominantes son:

TOTAL	194 = 100%
DE 25 A 44 años de edad	118 = 60.8%

Los restantes van de 20 a 24 años y de 45 años en adelante siendo 76 con el 39.2%

Distribución de pensionados por sexo y edad:

TOTAL	96 = 100%
PENSIONADOS de más de 75 años	24 = 25%
PENSIONADAS de más de 75 años	15 = 15.6%

Entre los dos sexos con edades predominantes suman 39, que corresponden al 40.6%, las otras edades fluctúan de 45 a 74 años contando con 57 pensionados que representan el 59.4%

Distribución de padres de los trabajadores. Los que predominan son:

TOTAL	37 = 100%
DE 65 A MÁS DE 75 AÑOS	28 = 75.7%

Correspondiendo los nueve padres restantes al 24.3% con una edad de 44 a 64 años

Distribución de madres de los trabajadores de acuerdo a su edad. Las predominantes son:

TOTAL	87 = 100%
DE 65 A MÁS DE 75 AÑOS	53 = 60.9%

Restan 34 madres que son el 39.1% con una edad de 40 a 64 años de edad.

Distribución de hijos e hijas de acuerdo a su edad.

TOTAL	16 = 100%
hijos de 20 a 44 años de edad	5 = 31.2%
hijas de 20 a 44 años de edad	11 = 68.8%

Mujeres en edad fértil por edad predominante.

TOTAL	340 = 100%
de 25 a 39 años	269 = 79.1%

Patologías más frecuentes.

Distribución de enfermedades en orden de frecuencia.

TOTAL	1660 = 100%
Infección de vías respiratorias altas	563 = 33.9%
Hipertensión arterial sistémica	245 = 14.8%
Vulvovaginitis	169 = 10.2%
Esguince de tobillos	164 = 9.9%
Diabetes Melitus	148 = 8.9%
Otros	371 = 22.3%

Identificación familiar

Estado civil de las familias.

TOTAL	722 = 100%
CASADOS	482 = 66.8%
VIUDOS	95 = 13.1%
SOLTEROS	76 = 10.5%
OTROS	69 = 9.6%

Años de Unión Conyugal. Predominan:

de 5 a 9 años	73
de 10 a 14 años	69
de 15 a 19 años	90
de 20 a 24 años	91

Edad Predominante y sexo de la persona que se encuesta:

de 30 a 34 años	81
de 35 a 39 años	86
de 40 a 44 años	99
de 45 a 49 años	83
Sexo Femenino	490 = 67.9%
Sexo Masculino	232 = 32.1%
Total	722 = 100%

Escolaridad de las familias.

TOTAL	722 = 100%
EDUCACION PRIMARIA	242 = 33.6%
EDUCACION MEDIA	152 = 21%
OTROS	328 = 45.4%

Edad del Padre.

TOTAL	560 = 100%
de 20 a 49 años	310 = 55.4%
de 50 a más de 85 años	250 = 44.6%

Edad de la Madre.

TOTAL	656 = 100%
de 20 a 49 años	378 = 57.6%
de 50 a más de 85 años	278 = 42.4%

Número de hijos por edades.

TOTAL	2134 = 100%
Hasta 10 años de edad	348 = 16.3%
de 11 a 19 años de edad	464 = 21.8%
de 20 o más años de edad	1322 = 61.9%

Número de hijos por parejas. Predominan los siguientes:

2 hijos	416 = 19.5%
3 hijos	414 = 19.4%

El número restante va de 1 hijo y de 4 a 14 hijos por pareja que corresponden a 1304 hijos que son el 61.1% del total. Que corresponden a 2134.

Identificación Familiar

Desarrollo de las familias.

Tradicional	522 = 72.3%
Moderna	200 = 27.7%
TOTAL	722 = 100%

Demografía de las Familias.

Urbana	712 = 98.6%
Semiurbana	10 = 1.4%
TOTAL	722 = 100%

Diagnostico de Morbilidad y Familia en el Consultorio No. 6 de la Unidad de medicina Familiar Ermita

Composición de las Familias.

NUCLEAR	597 = 82.7%
EXTENSA	77 = 10.7%
COMPUESTA	48 = 6.6%
TOTAL	722 = 100%

Ingreso Mensual Familiar.

Menos de 1 Salario Mínimo	340 = 47%
de 1 a 2 salarios mínimos	214 = 29.7%
más de 3 salarios mínimos	168 = 22.3%
TOTAL	722 = 100%

Ocupación de los padres de familia. de los que predominan, son:

Amas de casa	291 = 28.17%
Empleados Administrativos	235 = 22.75%
Pensionados ambos sexos	136 = 13.16%

Población Económicamente Activa y no activa

ACTIVA	606 = 58.66%
NO ACTIVA	427 = 41.34%

Etapas del ciclo vital de las familias

EXPANSION	110 = 15.2%
DISPERSION	350 = 48.5%
INDEPENDENCIA	54 = 7.5%
RETIRO	208 = 28.8%

Como podemos observar las familias que predominan se encuentran en la etapa de dispersión.

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.

De acuerdo a los resultados anteriormente encontrados acerca de las características de la pirámide poblacional, la identificación de la estructura familiar y las patologías que más frecuentemente motivaron la asistencia a la consulta del consultorio No. 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita, mencionaremos que:

El consultorio No. 6 cuenta con una población total de 1941 derechohabientes del cual corresponde un 38.85% al sexo masculino y un 61.15% al sexo femenino. De este total corresponde un 18.39% a la población infantil que va de 0 a 9 años. Un 14.12% a la población de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años; la población adulta se divide entre los 20 a 64 años con un 56.72% y los mayores de 65 años con un 10.77%.

El trabajo realizado no se enfoca a una etapa específica sino a un conocimiento general, de las familias que maneja el médico en su población por lo tanto es necesario hacer notar algunos resultados obtenidos aquí.

Como puede verse la población adulta es la que ocupa el primer lugar en cuanto a porcentaje de asistencia a la atención médica siendo como dice Jiménez mena C.⁽¹⁰⁾ es la que más cuidados preventivos recibe en detrimento de las personas jóvenes y sanas por lo que es importante tener como pilares la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La población infantil ocupa el segundo lugar, siendo una de las etapas en las que se debe dirigir la mayor parte de programas con un enfoque preventivo a futuro, pues como lo comenta Rodríguez Morua J.⁽¹³⁾ se deben desarrollar programas de formación continuada con el fin de modificar las actividades de los profesionales sanitarios respecto a actividades preventivas.

Un menor porcentaje es ocupado por las personas mayores de 65 años de edad que en su mayoría corresponden a gente pensionada y padres a los cuales como lo dice en su estudio Estebanel M. P.⁽¹¹⁾ se les debe ayudar a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

Un punto importante a mencionar es el predominio de mujeres trabajadoras en relación al sexo masculino lo que indica que la mujer es una persona colaboradora que ha venido a constituir la familia igualitaria, dicho por Alarid J. Irigoyen en su estudio.

En cuanto a las 10 patologías que con más frecuencia se encontraron en el consultorio 6 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita podemos mencionar las siguientes:

En primer lugar de morbilidad se encuentran las infecciones de vías respiratorias altas, lo cual concuerda con los estudios realizados por JACK H. MEDALIE en los que se encontró que los problemas respiratorios son los más comunes en diferentes partes del mundo y en todas las etapas y edades en que son susceptibles de padecerse.

La Hipertensión Arterial sistémica ocupa el segundo lugar en cuanto a la incidencia observada en este consultorio.

Dentro de las enfermedades restantes podemos mencionar a la Diabetes Mellitus que por ser también una causa frecuente a la consulta diaria se le debe dar importancia a los siguientes ejes: educación para su salud en la atención primaria, la atención especializada y la coordinación en el área sanitaria. Editoriales⁽²⁶⁾, necesarios para una mejor atención de esta enfermedad y lograr una menor demanda al servicio de atención.

Finalmente se mencionan las Vulvovaginitis, Esguince de tobillos, Cistitis, Osteoartritis, Gastroenteritis, Colitis y Gastritis.

Como último punto se encuentra la familia la cual se define como la unidad Biopsicosocial, integrada por un número variable de personas unidas por un vínculo de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable. Ingoyen Cona⁽¹⁾.

Dentro de las encuestas que se les realizaron a las familias que asisten al consultorio No. 6 de la U.M.F. Ermita se obtuvo un alto porcentaje de matrimonios 66.7% detectando que sigue siendo la base de la familia para su desarrollo, ya que la mayoría tiene de 15 a 24 años de unión conyugal.

La escolaridad orienta al médico sobre el nivel académico y cultural de la población que atiende y en el estudio que se realizó predominaron las personas con educación primaria 33.5% y Educación media 21%, el resto está constituido por la educación media superior, profesional y analfabeta; dando como consecuencia el predominio de empleados administrativos 22.7%, con un ingreso familiar de uno a dos salarios mínimos, y probablemente por los recursos económicos con los que cuentan solamente tienen de dos a tres hijos en su mayoría 38.8% predominando de los de más de 20 años de edad 61.9% y teniendo una población económicamente activa de 58.6%

De acuerdo a su composición las familias son de tipo nuclear en un 82.6% teniendo como segundo lugar a las extensas en un 10.6% con una demografía urbana en un 98.6% y un desarrollo tradicional de 72.2% siendo la base de las familias en México. Encontrándose estas familias en una etapa de dispersión en el 48.4%, debido a que como ya se menciona los hijos cuentan con más de 20 años de edad.

9. CONCLUSIONES.

En el estudio que se efectuó en la Unidad de Medicina Familiar Ermita ISSSTE por el médico del consultorio 6 mediante el censo poblacional, la identificación de la estructura familiar y las 10 patologías más frecuentes, se obtuvo un panorama general que se atiende.

Con esta información el médico tiene un enfoque más amplio acerca de la incidencia y prevalencia de las principales patologías; así como del nivel socio cultural y económico de las familias que atiende, como también de los factores que pudieran influir en el núcleo de cada familia.

En las encuestas que se realizaron a las familias que asisten al consultorio 6 de la U.F.M Ermita , se obtuvo un alto porcentaje de matrimonios 66.7% siendo familias con una composición de tipo nuclear en un 82.6% y extensas en un 10.6% con una demografía urbana de 98.6% y un desarrollo tradicional de 72.2% encontrándose en una etapa de dispersión en el 48.4%.

El principal nivel académico que predomina en esta población es el de la educación primaria con un 33.5% dando como consecuencia un predominio de empleados administrativos 22.7%, con un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos, así como un predominio de la población económicamente activa 58.6%

Como primeras 10 causas de morbilidad que motivaron la frecuente asistencia al consultorio 6 de la U.M.F. Ermita se encuentran las siguientes: las infecciones de vías respiratorias altas, hipertensión arterial sistémica, vulvovaginitis, diabetes mellitus, esguince de tobillos, cistitis, osteoartritis, colitis y gastritis.

Con el estudio realizado el médico podrá proponer algunos correctivos para brindar una mejor atención médica a la población mencionada.

Los correctivos propuestos para prevenir o impedir que se sigan presentando estas anomalías desde mi punto de vista médico son los siguientes:

Implementar la publicidad a todos los niveles médicos, principalmente a los de primer nivel, conjuntamente con los medios de comunicación masivos del sector salud y del dominio público, como lo son la tv, el radio, la prensa, etc. con el objeto de orientar y prevenir adecuadamente estas enfermedades y asimismo educar y concientizar a la población para disminuir la asistencia de grandes núcleos a la consulta diaria, dejando lugar para atender mejor a la población que más lo necesita previniendo y teniendo un mejor conocimiento y control de estas aunado a una excelente orientación sobre sus propios padecimientos ya sea con pláticas, carteles, audiovisuales, etc. etc.

Todo esto apoyado con la ayuda profesional de trabajadoras sociales, enfermeras sanitarias, equipo médico y administrativo afin, personal médico cada vez más capacitado, reforzando dichas ocasiones con la creación de laboratorios, estudios integrales de gabinete (rayos x), informática (computación) en clínicas de atención primaria y la solvencia para adquirir el abasto y calidad de medicamentos recetados a su vez por el médico; logrando así finalmente un mejor control, orientación, prevención y curación de las enfermedades que afecten a la población que se le confiera al médico familiar.

Después del análisis efectuado se establece que al médico familiar este estudio le permite tener un enfoque general e integral de su población lo que le ayuda a manejar

diagnósticos y tratamientos adecuados en el primer nivel de atención y que al obtener buenos resultados eviten saturaciones innecesarias al segundo y tercer nivel de atención, disminuyendo a la posteridad con esto los gastos médicos institucionales y del país. Se puede establecer que la labor del médico familiar es la de proteger la salud de los derechohabientes al conocer los problemas que los aquejan ofreciendo una mejor calidad en el diagnostico y tratamiento oportunos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

10. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Irigoyen CA. Diagnostico Familiar. 4ª Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 1995: 1-4.
- ² Jinton R. Introducción. Historia natural de la Familia. En: Fromm Honrhelmer Parson (EDS). La familia ED. Peninsula de Barcelona 1986: 1-25
- ³ Alarid J. Irigoyen A. Fundamentos de la medicina Familiar. México. ED. Méndez Cervantes 1985: 140-160.
- ⁴ Irigoyen CA. Diagnostico Familiar. 4ª Edición. Editorial. Medicina Familiar Mexicana, México 1995: 27-29.
- ⁵ BURNS EA. Intervención en las crisis. En: Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona ED. Doyna 1991: 76-84.
- ⁶ Editoriales. Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev. Med. IMSS. (Méx.) 1995; 33: 283-287.
- ⁷ Medicina Social. Violencia en la Familia: el maltrato a la mujer. Rev. Med. IMSS (mex.) 1995; 33: 283-287.
- ⁸ Editoriales. La Atención a las Mujeres en Atención Primaria. Atención Primaria 1996; 18: 48-52.
- ⁹ Garberi Pedrós R. Et al. Derivación y Terapia Familiar. UnAnálisis Sistemico 1996; 18: 48-52.
- ¹⁰ Jimenez Mena C. Et al.- Analisis de la Cobertura del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud Según Grupos de Edad. Atención Primaria 1993, 12: 269-272
- ¹¹ Estebanel M.P. et al.- Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria 1992; 10:539-542.
- ¹² Martín Zurro A. Et al.- Reflexiones sobre la carrera profesional del especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 1993; 12: 233-235.
- ¹³ Rodríguez Morua J. Et al. Cumplimiento de Actividades Preventivas en un Centro de Atención Primaria. Atención Primaria 1994; 13: 39-41.
- ¹⁴ Delgado A. Y Lopez LA. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria 1992; 9: 457-459.
- ¹⁵ Ogando Díaz B. ¿Cuanto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. Atención Primaria 1995; 15: 290-295
- ¹⁶ Menarguez Puche J.F. ¿Son validos los ingresos declarados como indicador del nivel socioeconomico de la población. Atención Primaria 1995; 15: 190-194.
- ¹⁷ Rodríguez F.A. Prescripción de ejercicio y actividad física en personas (1). Principios Generales. Atención Primaria 1995; 15: 190-194.
- ¹⁸ Pereiró I. Prescripción farmacologica en consultas de medicina general. Atención Primaria 1995; 15: 286-288.

-
- ¹⁹ Magallon Botaya R. Usuarios- Medicos: a la busqueda de nuevas tecnicas de detección de problemas de calidad. Atención Primaria 1995;15: 73-80
- ²⁰ Fernandez Quintanilla C. Características del sistema de información para la vigilancia epidemiologica. Epidemiología 1996; 13.
- ²¹ Barrios Gallegos C. Amibiásis. Epidemiología 1996; 13.
- ²² Kuri Morale P. Tabaquismo: una epidemia mundial. Epidemiología 1995;12.
- ²³ Ruiz Rodríguez M.A. Escherichia Coli. Epidemiología 1996; 13.
- ²⁴ K. Y. Tsang La Actualización sobre Osteoartritis. Revista Internacional de medicina Familiar 1991; 3.
- ²⁵ Vargas Martinez A. Osteoporosis. Epidemiología 1996; 13
- ²⁶ Editoriales: La responsabilidad de la atención al paciente diabetico: ¿Especialista, médico de familia?. Atención Primaria 1996; 18: 1-2.
- ²⁷ Panel de Expertos, Ministerio de Sanidad y Consumo, Febrero de 1996. Ordenación de recursos para la atención sanitaria de las personas con diabetes. Atención Primaria 1996; 17: 471-479.

11. ANEXOS

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ Edo. Civil: Casados ()

U. Libre ()

Años de unión conyugal: _____

Edad: _____ Sexo: M F Escolaridad: _____

Domicilio: _____

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 ó más años de edad): _____

TOTAL: _____

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo: Moderna () Demografía: Urbana ()
Tradicional () Semiurbana ()

Composición: Nuclear ()
Extensa ()
Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: < de 1 salario mínimo ()
de 1 a 2 salarios mínimos ()
3 ó más salarios mínimos ()

Ocupacion de los padres de la familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA
DE ENERO - DICIEMBRE 1995

Diagnóstico	GRUPO DE EDAD Y SEXO																	
	0 - 1		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 30		31 - 34		34 ó más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

Fuente: Hoja de Reporte Diario del Médico. Clínica Medicina Familiar () Censo ()

Fecha



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado
Subsecretaría General de Medicina

Día	Mes	Año

Informe Diario de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad
----------------------------	-------	-------	--------------	---------	--------	---------------------

Para Substituciones:

Nombre del Substituto	Firma	Clave	Causa
-----------------------	-------	-------	-------

Núm. Pro	Nombre	Expediente	Tipo DH	SEXO Y EDAD		1ª vez	Subs	Foraneo	SOLICITUD A				Pase a otra U	Días de Licencia	No. De Medicam	Motivo de la Consulta
				M	F				Lab	Rx	Intercons	Otros				
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																
14.																
15.																
16.																
17.																
18.																
19.																
20.																