

11226

177
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL PUESTO PERIFERICO DEL FOVISSSTE II DE LA CLINICA HOSPITAL "B" CD. OBREGON SON.

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

Dr. Jesús Antonio Salcido Cázarez



ISSSTE

TESIS CON 1998
FALLA DE ORIGEN

264052



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.

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL PUESTO
PERIFERICO DEL FOVISSSTE II DE LA CLINICA
HOSPITAL "B", CD. OBREGON, SONORA.**



ISSSTE

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

Dr. JESUS ANTONIO SALCIDO CAZAREZ

1998



ISSSTE
DIRECCION

CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL PUESTO
PERIFERICO DEL FOVISSSTE II DE LA CLINICA
HOSPITAL "B", CD. OBREGON, SONORA.**

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

DR. JESUS ANTONIO SALCIDO CAZAREZ

AUTORIZACIONES:



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



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



**DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

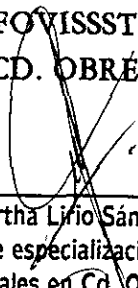
DR. JESUS ANTONIO SALCIDO CAZAREZ

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DEL PUESTO
PERIFERICO DEL FOVISSSTE II DE LA CLINICA
HOSPITAL "B", CD. OBRÉGON, SONORA.




FOVISSSTE
DIRECCION


CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBRÉGON, SONORA




Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa
Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.



Dr. David López del Castillo Sánchez
Médico Familiar UMF CMNN IMSS
Asesor de tesis



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Asesor de tesis



Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves
Jefe del departamento de Medicina Familiar
Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE.

CD. Obregón, Sonora, Noviembre de 1996

INDICE

	Página.
I. MARCO TEORICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
III. JUSTIFICACION.....	7
IV. OBJETIVOS.....	8
V. METODOLOGIA.....	9
-TIPO DE ESTUDIO.....	9
- POBLACION LUGAR Y TIEMPO.....	9
- TIPO DE MUESTRA.....	9
- TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	9
- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINA - CION.....	10
- VARIABLES DE MEDICION.....	11
- PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION.....	15
- CONSIDERACIONES ETICAS.....	15
VI. RESULTADOS.....	16
- ESTUDIO DE COMUNIDAD.....	17
- CENSO POBLACIONAL.....	24
- DIAGNOSTICO FAMILIAR.....	24
- MORBILIDAD.....	25
- CUADROS Y GRAFICAS.....	26

I.- MARCO TEORICO

El avance científico ha provocado un desarrollo acelerado de conocimientos médicos favoreciendo la aparición de las especialidades. Esto unido a las características epidemiológicas de nuestro país, han creado la necesidad de contar con un profesional que pueda responder a la problemática de atención, surgiendo así el especialista en medicina familiar⁽¹⁾, definido como el profesional de la medicina que debe otorgar atención médica primaria, integral y continua, con la participación del paciente y su familia; administrar los recursos y las actividades inherentes a la atención médica primaria ⁽²⁻
³⁾. Esta ha presentado cambios importantes en los últimos años. El inicio de tales cambios se remonta a la conferencia de la OMS en Alma Ata en el año de 1970, donde se propuso un modelo nuevo de atención primaria de salud que implicaba que esta estuviera dirigida a la resolución de necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad⁽⁴⁾.

El concepto sobre salud ha cambiado a lo largo de la historia. Durante los años recientes a la posguerra, la atención a la salud resultaba un gasto que la sociedad se podía permitir una vez alcanzados ciertos

niveles de crecimiento. A partir de los años sesenta los programas de salud comenzaron a verse como una inversión para mejorar la calidad del capital humano como una vieja necesidad, inquietud y promesa. Y en la década de los setenta el bienestar humano dejó de concebirse como un medio para el desarrollo y se convirtió en su finalidad ⁽⁵⁻⁶⁾.

Es conocido que el papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad con un énfasis casi exclusivo en los fenómenos biológicos; sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actitud como es la prevención y promoción de la salud ⁽⁷⁻⁸⁾ siendo el primer nivel de atención la base ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades preventivas y terapéuticas, por ser este nivel donde la población acude de manera directa y sigue las indicaciones de su médico. Para desarrollar medidas de promoción a la salud son necesarias nuevas destrezas por parte del médico de primer nivel de atención, pero sobre todo un nuevo tipo de relación con el paciente; hacer la promoción de la salud significa ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Conociendo sus múltiples factores de la salud desde sus raíces socio-comunitarias es indispensable la participación de la comunidad en la promoción de la salud, impulsando medidas de prevención y acciones terapéuticas mejorando con esto el nivel de vida de la comunidad ⁽¹¹⁾ sin embargo, hasta el momento se ha subestimado su participación en la planeación y en el desarrollo de programas preventivos, lo que ha perpetuado que la población asuma una actitud pasiva ante su problemática de salud y se limite a solicitar los servicios de atención en caso de enfermedad⁽¹²⁾.

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando recursos médicos, institucionales, grupales, particulares o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar⁽¹³⁾.

La palabra “doctor” deriva del latín docere, “enseñar” de modo que lleva implícita la misión de compartir conocimientos, experiencias, ideas, en otras palabras, educar a la comunidad, pero de acuerdo a las necesidades sentidas por ésta, ya que es ahí donde pueden identificarse con mayor objetividad los problemas⁽¹⁴⁾.

Sabemos que los conocimientos sobre la historia natural de la enfermedad posibilitan la orientación hacia la medicina preventiva, es por eso que la promoción y la prevención de la enfermedad constituyen las bases de la actuación del médico familiar ⁽¹⁵⁾, que se encuentran sostenida por una ética pues pretende proporcionar un bienestar al paciente. Dicha pretensión está dirigida por el afán de ayudar, aliviar, curar y, con buena fortuna, prolongar la vida. Indudablemente estas pretensiones constituyen el deber ser del médico ⁽¹⁶⁾.

El programa de actividades preventivas y promoción de la salud que se ha implantado en España contribuyó al desarrollo teórico del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en el cual se consideran tres actividades; un censo de la población adscrita al servicio médico, el estudio de la salud comunitaria y la identificación de sus características de morbilidad y mortalidad ⁽¹⁷⁾, el cual se aplica en el puesto periférico del Fovisste II de la Clínica Hospital Issste Cd. Obregón.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha demostrado en algunos países en donde existen programas de salud bien establecidos, que el papel del médico familiar tiene gran relevancia, al aplicar programas preventivos y de promoción a la salud, prestando un atención integral continua al paciente y su familia⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

En la Clínica Hospital del ISSSTE y en particular en el puesto periférico del FOVISSSTE II la atención médica integral y continua del paciente no se lleva a cabo.

También se ha visto el poco interés que existe por parte del personal médico para desarrollar programas preventivos, probablemente por la falta de supervisión.

Otras de las realidades es que existe una relación médico-paciente no consolidada quizá por la excesiva carga de trabajo existente o por la falta de credibilidad de los usuarios en los médicos.⁽²⁰⁾

Al respecto surge una pregunta: ¿Cómo podrá establecerse un

programa de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en el consultorio de medicina familiar del puesto periférico del ISSSTE del módulo habitacional FOVISSSTE II en Cd. Obregón, Sonora.

III. JUSTIFICACION

Los programas actuales de atención médica familiar no influyen en la solución de la problemática de salud debido a que están elaborados con escasos conocimientos sociosanitarios, lo cual se ve reflejado en una insatisfacción por parte de los participantes en la problemática de salud⁽²¹⁾.

Tomando en cuenta la situación económica de nuestro país, es necesario racionalizar los recursos, evitando el uso indiscriminado de auxiliares diagnósticos y el canalizar injustificadamente a otros niveles,⁽²²⁾ esto se podrá evitar cuando el médico conozca más objetivamente los problemas que padece su población. El desarrollar una mejor labor dentro del consultorio se reflejará con el tiempo en una respuesta positiva en tres áreas principales: salud familiar, mejor organización en la unidad de medicina familiar y en el sistema de salud de nuestro país⁽²³⁾.

IV. OBJETIVOS

GENERALES

Identificar en la población derechohabiente de puesto periférico del FOVISSSTE II de la clínica B del ISSSTE en Cd. Obregón, Sonora las características biológicas, psicológicas y sociales, como información básica para planificar los servicios de atención a la salud.

ESPECÍFICOS

Establecer el modelo sistemático de atención médica familiar con el propósito de hacer aplicativo los tres ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar: continuidad en la Atención, Acciones Anticipatorias y Estudio de la familia.

V. METODOLOGIA

1 Tipo Estudio:

Se realizó un estudio de una encuesta descriptiva, retrospectiva parcial y transversal que se basó en: censo de población, estudio de comunidad y morbilidad de la población .

2.- Población, lugar y tiempo

Esta investigación se realizó con la población derechohabiente del puesto periférico ubicado en el módulo habitacional FOVISSSTE II de la Clínica Hospital ISSSTE en Cd. Obregón, Son. en 1996.

3.- El Tipo de Muestra

Estudio no aleatorio por cuotas. El tamaño de la muestra para cada una de las actividades mencionadas fueron determinadas a través del paquete EPI-INFO 5.

Y con un error β (error de estimación) = 0.0428

Y con un error α (coeficiente de confianza) = 0.95

UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

CENSO DE POBLACION: Todas las tarjetas vigentes de derechohabientes del puesto periférico ubicado en el módulo habitacional del Fovissste II.

ESTUDIO DE COMUNIDAD: Todas las familias que habitan el módulo habitacional del Fovissste II.

MORBILIDAD: Todas las hojas de informe diario de actividades médicas.

Se describe a continuación la metodología utilizada por cada uno de los grupos de trabajo.

CENSO DE POBLACION.

TAMAÑO DE MUESTRA: 100 tarjetas de archivo clínico al azar correspondientes al puesto periférico del módulo habitacional de Fovissste II.

CRITERIOS DE INCLUSION: Todas la tarjetas de archivo clínico vigentes del puesto periférico del módulo habitacional del FOVISSSTE II.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Tarjetas adscritas al puesto periférico módulo habitacional del FOVISSSTE II no vigentes.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Tarjetas dadas de baja durante la investigación.

VARIABLES DE MEDICION: Edad y sexo, total de personas de sexo masculino y femenino por grupos etáreos.

ESTUDIO DE COMUNIDAD: Microdiagnóstico familiar.

TAMAÑO DE MUESTRA: 50 familias derechohabientes del puesto periférico del módulo habitacional FOVISSSTE II.

CRITERIOS DE INCLUSION: Todas las familias correspondientes al puesto periférico del módulo habitacional del FOVISSSTE II.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Familias asignadas al puesto periférico del módulo habitacional del FOVISSSTE II sin pertenecer a él por cambio de domicilio sin haber notificado.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Familias que rechazaron responder la encuesta, familias que proporcionaron datos falsos y familias que cambiaron de domicilio durante la investigación.

VARIABLES DE MEDICION: Fase de ciclo vital. Según Geyman:

Fase de matrimonio: se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión: desde el nacimiento del primer hijo, el número de hijos aumenta y termina cuando inician con actividades escolares.

Fase de dispersión: se identifica claramente, por el hecho de que los hijos asisten a la escuela.

Fase de independencia: cuando los hijos han formado nuevas familias.

Fase de retiro y muerte: la pareja ha quedado sola, y se ven

amenazadas por las siguientes circunstancias: incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y con frecuencia reclusos en asilos.

Tipos de familia. Familia nuclear. El modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

Familia extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos.

Familia extensa compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como amigos y compadres.

Integración familiar. Puede clasificarse en:

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

Familia semi-integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Familia desintegrada: Cuando hay la ausencia de uno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

Planificación familiar. Se tomaron en cuenta todos los métodos de

planificación utilizados por los padres de familia.

Condiciones de alimentación. Buena, aquellas familias que consumen carne, huevos, leche, verduras, pescado semanalmente y regular cuando les faltó algunos de estos alimentos durante la semana.

Hábitos higiénicos. Buenos, cuando las familias cumplen con baño diario y cambio de ropa, aseo dental, lavado de manos antes de comer entre otros. Regular, cuando no cumplían estas indicaciones.

Toxicomanías. Tabaquismo: aquel que en el momento del estudio refiere haber consumido cigarrillos, en cualquier frecuencia y cantidad.

Alcoholismo: aquel que en el momento del estudio refirió haber consumido bebidas alcohólicas, en cualquier frecuencia y cantidad.

Condiciones de vivencia. Se tomó en cuenta si la vivienda era propia o no propia.

Antecedentes heredo-familiares de enfermedades como: diabetes mellitus, obesidad, alergias, hipertensión arterial, oncológicos, asma y enfermedades tiroideas.

Estado Civil.- Casado por civil o iglesia, unión libre y viudo.

Años de unión conyugal.- Se unificaron criterios y se formaron grupos de 5 en 5 hasta 20 años y posteriormente de 10 años

de hijos para familia.- Se formaron tres grupos 1-2, 3-4, 5-7.

Escolaridad.- Se tomaron en cuenta aquellos que terminaron o estuvieran cursando algún grado escolar.

Ocupación.- Se tomó en consideración si tenían alguna profesión terminada

Ingreso familiar - Se tomaron en cuenta el número de salarios mínimos.

MORBILIDAD.

TAMAÑO DE MUESTRA: 50 hojas de informe diario de actividades médicas de consulta externa del puesto periférico FOVISSSTE II.

CRITERIOS DE INCLUSION: Todas las hojas de informe de actividades médicas del puesto periférico del módulo habitacional FOVISSSTE II

CRITERIOS DE EXCLUSION: No se incluyeron hojas de informe médico, se incluyeron diagnósticos subsecuentes, ilegibles, presuncionales y datos incompletos de llenado.

CRITERIOS DE ELIMINACION: Diagnósticos que no aparecieron dentro de las diez primeras causas de morbilidad.

VARIABLES DE MEDICION: Primeras diez causas de consulta por enfermedad transmisibles, no transmisibles y cronicodegenerativas.

VI. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados del Estudio de comunidad, Censo de población, diagnóstico familiar y morbilidad realizados en el puesto periférico del módulo habitacional del FOVISSSTE II del ISSSTE en 1996.

ESTUDIO DE COMUNIDAD

El Estado de Sonora limita al norte con los E.U.A. al este con el Estado de Chihuahua, al sur con el Estado de Sinaloa, al oeste con la Península de Baja California. Se encuentra dividido en 69 municipios, dentro de los que se encuentra CAJEME.

El municipio de Cajeme se encuentra ubicado en el suroeste del estado, su cabecera es la población de CD. OBREGON; al norte esta limitado por el municipio de Suaqui Grande, al este con los municipios de Rosario y Quiriego, al sureste con los municipios de Etchojoa y Navojoa, al oeste con Guaymas y BÁCUM, al sur con el Golfo de California.

Cajeme presenta básicamente dos tipos de clima: cálido y muy seco; la hidrografía del municipio cuenta con las corrientes del río Yaqui, que abastece a la presa Alvaro Obregón, cuyas aguas son utilizadas para el desarrollo de actividades urbanas y agrícolas.

La flora esta representada por matorral sarcocaulé; la fauna es rica y

variada: venado, coyote, zorra, búho, gavilán, coralillo, cascabel, etc.

La alimentación esta representada por el platillo típico que son las tortillas de harina, carne machaca y carne asada.

La población económicamente activa se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Sector Primario (agricultura, ganadería, pesca, caza) -----	17.42%
Sector Secundario (industria, minería, construcción) -----	21.86%
Sector Terciario (comercio, banca, admón. pública) -----	55.77%
Población desocupada -----	2.64%
Otros no específicos -----	2.01%

La religión se encuentra distribuida de la siguiente manera: Católica con el 90.6%, Ninguna 3.7%, protestante 1.9%, inespecífica 0.4%.

Dialectos: Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena es de 2800, principalmente del dialecto Yaqui.

El estado civil en población de 12 años y más (INEGI 1990): casados con 43.1%, solteros 41.9%, unión libre 8.6 %, separados 1.4%, viudos

3.3%, divorciados 1%, no especificado 0.7%.

El 80.4% de las viviendas son propias, el 19.6% no propias, con un promedio de 4.8 ocupantes por vivienda. La construcción de la vivienda de un total de 64473 casa particulares, el 80% cuentan con piso, techo y paredes de cemento y tabique. Cuentan con los servicios de agua entubada un 94%, con drenaje 77.5% y con energía eléctrica 95.2%.

La distribución política por colonias de Cd. Obregón, Son. Es la siguiente:

COLONIA	HABITANTES	COLONIA	HABITANTES
Urbanizable # 1	1843	Fco. Eusebio Kino	3350
Urbanizable # 2	2142	Fracc. del Bosque	105
Urbanizable # 3	1399	Fracc. Otanchui	173
Urbanizable # 4	3743	Hidalgo	4189
Urbanizable # 5	4443	Infonavit Yukuhimari	2412
Urbanizable # 6	3340	Jardines del Valle	3297
Urbanizable # 7	4366	Luis Echeverría	3825
Allende/Zaragoza	1418	Machi López	8387
Libertad	6710	Matías Méndez	3028
Agrónomos	87	Miravalle	14098

Arboledas	133	Misioneros	330
Aves del castillo	2077	Morelos	2732
Bella Vista	1341	Ampliación Morelos	1031
Benito Juárez	11852	Multifamiliares	549
Cajeme	15750	Municipio Libre	2916
Campestre	7259	Náinari de Yaqui	189
Cincuentenario	1396	Noroeste	1528
Constitución	6710	Primero de Mayo	10121
Cortinas	10273	Real del Sol	790
Cuauhtémoc	5658	Reforma	464
Cumuripa	1953	Russo Voguel	6188
Chapultepec	1891	Santa Anita	757
Del Valle	1536	Sochiloa	4755
El Chorizo	329	Ampl. Villa California	1195
El túnel	642	Villa Fontana	5641
Faustino Félix	6080	Villa Náinari	1045
FOVISSSTE # 1	970	Valle Verde	4580
FOVISSSTE # 2	1724	Valle Dorado	8550
FOVISSSTE # 3	752	Villa California	1647
Sonora	4068	Sóstenes Valenzuela	5340

Tepeyac	2838	Termoeléctrica	14
Tetabiate	343	Zona Norte	921

TOTAL : 224,404

EDUCACION: Funcionan en el estado más de 4 mil escuelas de diferentes niveles, en los cuales mas de 620 mil niños y jóvenes se encuentran estudiando. En Cajeme se ofrecen servicios educativos en los niveles de preescolar primaria, secundaria, capacitación para el trabajo medio terminal, medio superior y superior. En este último se cuenta con el Instituto Tecnológico de Sonora, Instituto Tecnológico y de estudios superiores de Monterrey, la Universidad La Salle y la Escuela Nacional Estatal de Especialización. Existen también bibliotecas, centros culturales, de tal manera que ha alcanzado un índice de desarrollo promedio equivalente al 2o. grado de secundaria.

Se cuenta con 118 planteles para nivel preescolar, 200 para primaria, 61 para secundaria, 5 para instrucción laboral; Se cuenta con 118 planteles para nivel preescolar, 200 para primaria, 61 para elemental terminal, 10 para media terminal, 41 para media superior y 4 para nivel superior.

RECREACION: Se cuenta con los recursos como la presa Alvaro Obregón, Represas, Aguas Térmicas, Casería de Venado, Museos y Playas. Además cuenta con un servicio de apoyo al turismo como:

9 Agencias de Viajes, 4 Auto-renta, 4 Líneas Aéreas, 38 Restaurantes, 1 Teatro, 2 Cines, 2 Auditorios, 20 Gasolineras, 1 Sala de Arte, 24 Hoteles, 4 Discotecas, 1 Museo, 1 Trailer Park.

RECURSOS DEL SECTOR SALUD.

La secretaría de salud cuenta con 100 camas, 39 consultorios, 4 rayos X, 4 laboratorios, 3 quirófanos, 85 médicos, 155 enfermeras, 39 paramédicos, 44 administrativos, 89 otro personal.

IMSS: 564 camas, 112 consultorios, 4 rayos X, 3 laboratorios, 9 quirófanos, 565 médicos, 660 enfermeras, 277 paramédicos, 234 administrativos, 405 otro personal.

ISSSTESON: 34 camas, 11 consultorios, 2 quirófanos, 59 médicos, 60 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos, 1 laboratorio, 1 rayo X, 25 otro personal.

ISSSTE: 49 camas, 11 consultorios, 2 quirófanos, 84 médicos, 94

enfermeras, 13 paramédicos, 66 administrativos, 85 otras personas, 18 consultorios de los cuales 4 son periféricos y 6 de medicina familiar. El puesto periférico UBICADO EN EL MODULO HABITACIONAL del FOVISSSTE II cuentan con un total 1331 derechohabientes compuestos por 336 familias. Este módulo habitacional se encuentra ubicado al oeste de la ciudad, colinda al norte con la colonia FOVISSSTE I , al sur con la colonia Tepeyac, al oriente con la colonia Hidalgo y al poniente con la colonia Villa Itson.

El clima al igual que el resto de la ciudad es extremo, se cuenta con todos los medios y vías de comunicación. Su flora son plantas de ornato y árboles frutales, la fauna esta compuesta por perros, gatos y aves, la fauna nociva por roedores.

La vivienda es de tipo urbano, es propia en el 95%, la mayoría de las viviendas cuentan con 5 cuartos los cuales están construidos de materiales con pisos y techos de concreto, paredes de ladrillo, cuentan con todos los servicios públicos, existe buena eliminación y manejo de la basura, la problemática social existente en el pandillerismo que emigra de otras colonias.

CENSO DE POBLACION

La población total es de 1331 derechohabientes, el 56% son del sexo femenino y un 44% del masculino, en el rango de edad de 0-4 años existe un 6.3% en total, en la edad de 5-14 años correspondió el 14% para el femenino y el 19.3% masculino; de 15-24 años para el sexo femenino y masculino fueron 27.3 y 28.2% respectivamente; en el intervalo de 25-44 años el 26.5% fue para el femenino y el 17.7% para el masculino; en el grupo de 45-64 años el 16.3 fue para el femenino y un 19% para el masculino. (Gráfica 1).

DIAGNOSTICO FAMILIAR:

Las fichas de microdiagnóstico mostraron que de las familias encuestadas, el 84% son de tipo nuclear, el 10% son extensas y un 6% extensas compuestas (gráfica 2). El 84% de las familias son integradas, el 10% semiintegradas y sólo el 10% desintegradas (gráfica 3) En un 73% se encuentran en dispersión, 22% en independencia y un 4% retiro o muerte (gráfica 4) En lo referente a planificación familiar el 94% tuvo un método definitivo (gráfica 5). Con respecto a los años de unión conyugal, el mayor porcentaje fue 44% de 21 a 30 años. siguiendo de 16-20 un 36%

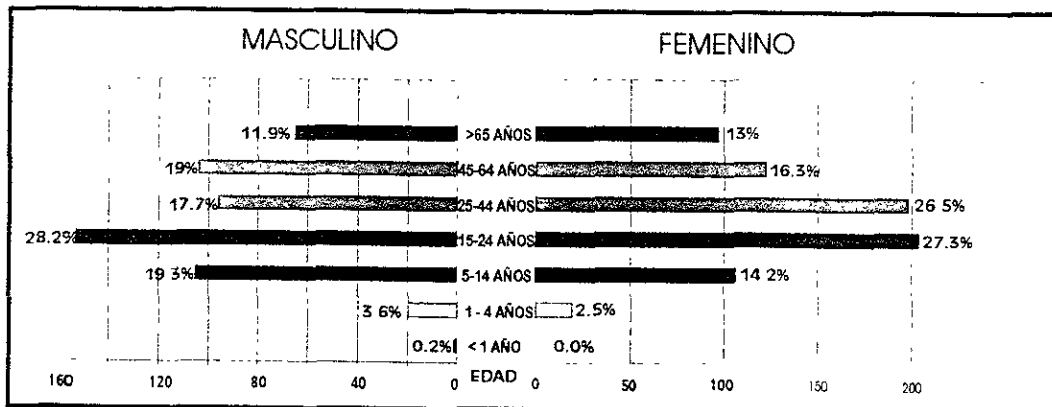
(gráfica 6). Un 58% de las familias procrearon de 3-4 hijos, un 30% de 1 a 2 y sólo el 12% de 5 a 7 (gráfica 7). En un 95% los hábitos higiénico-dietéticos fueron buenos y solo el 5% regulares.

El ingreso familiar promedio fue entre 3 a 5 salarios mínimos. En cuanto a la escolaridad el 24% cursó bachillerato, el 18% terminaron su carrera profesional , un 10% están cursando su profesional y solo un 3% cursa preescolar (gráfica 8) En relación con la ocupación el 91% contó con un empleo y el 8% se notificó jubilado (gráfica 9). Se muestran en la gráfica 10 los antecedentes heredofamiliares donde las enfermedades cronicodegenerativas como DM y HTA ocuparon un 49%, les siguieron las alergias en un 13% y oncológicas un 12%. En lo referente a toxicomanías el alcoholismo predominó con un 63% y tabaquismo en segundo lugar con un 38% (gráfica 11).

MORBILIDAD:

El principal motivo de consulta le correspondió a las infecciones de vías respiratorias el 45.8% del total de consultas de primera vez, el 10.7% para padecimientos osteomusculares, para HTA un 9.1% y le siguió en frecuencia gastritis y colitis con un 5.9 y 5.8% respectivamente. La osteoartritis degenerativa representó el 5.4% del total, diabetes mellitus

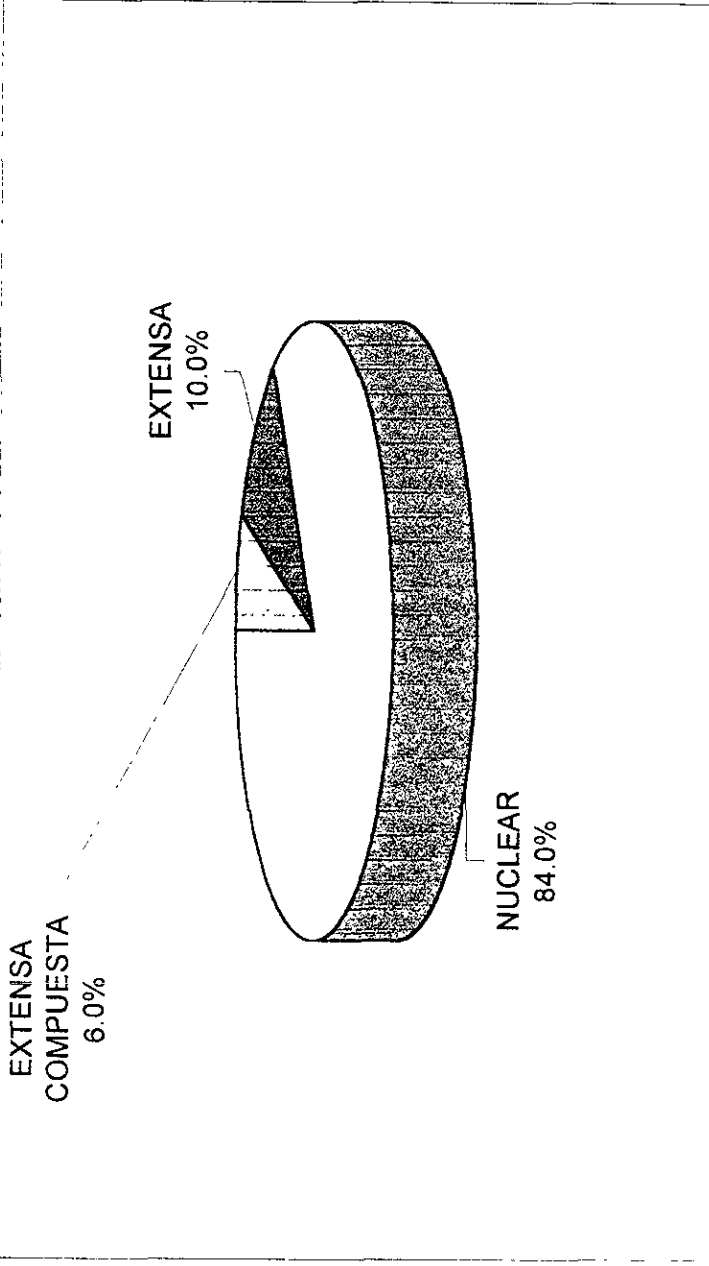
**GRAFICA 1. PIRAMIDE DE POBLACION, PUESTO PERIFERICO
FOVISSSTE II CLINICA HOSPITAL ISSSTE
CD. OBREGON, SONORA. 1996**



Población total	1331
Mujeres	746 56%
Hombres	545 44%
< 1 año	1 0.2%
1-4 años	40 6.1%
Fem.15-44 años	402 53.8%

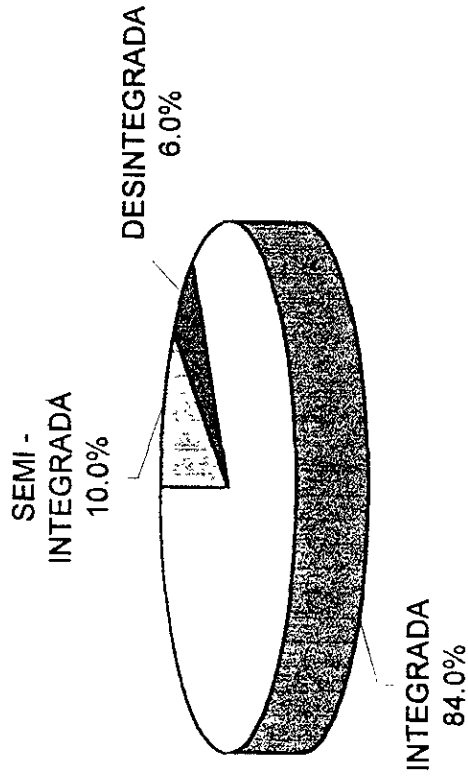
FUENTE: Vigencia de Derechos

GRAFICA 2. Tipos de familia adscritos al puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



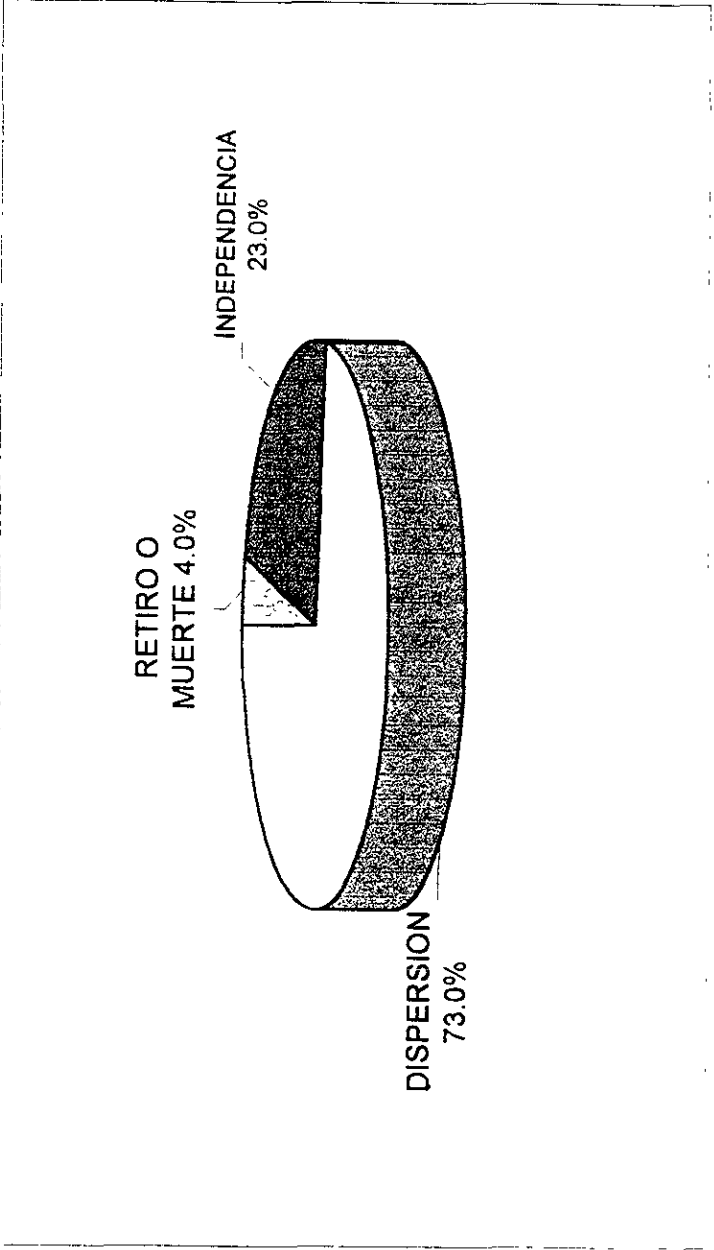
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 3. Integración familiar en el puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



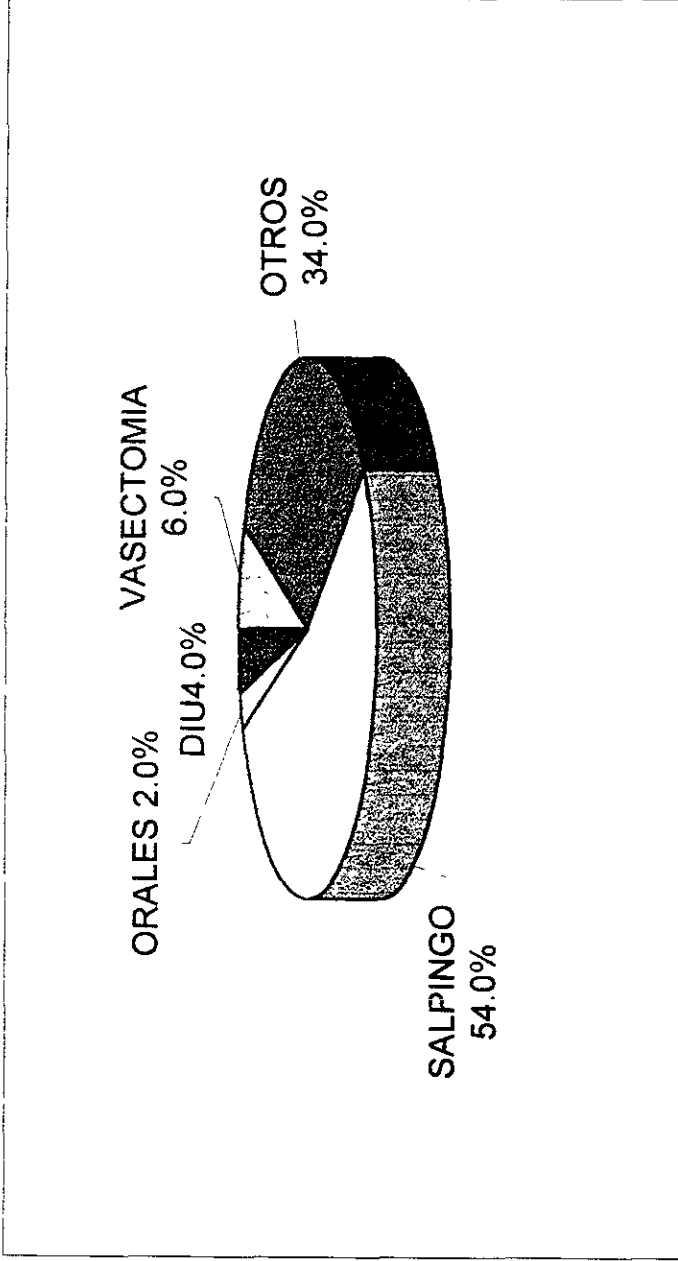
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 4. Fase del ciclo vital del puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



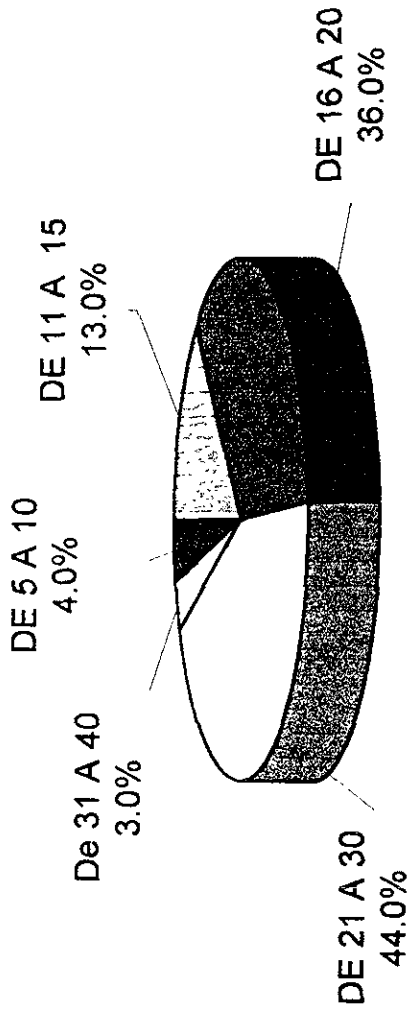
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 5. Planificación familiar en el puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



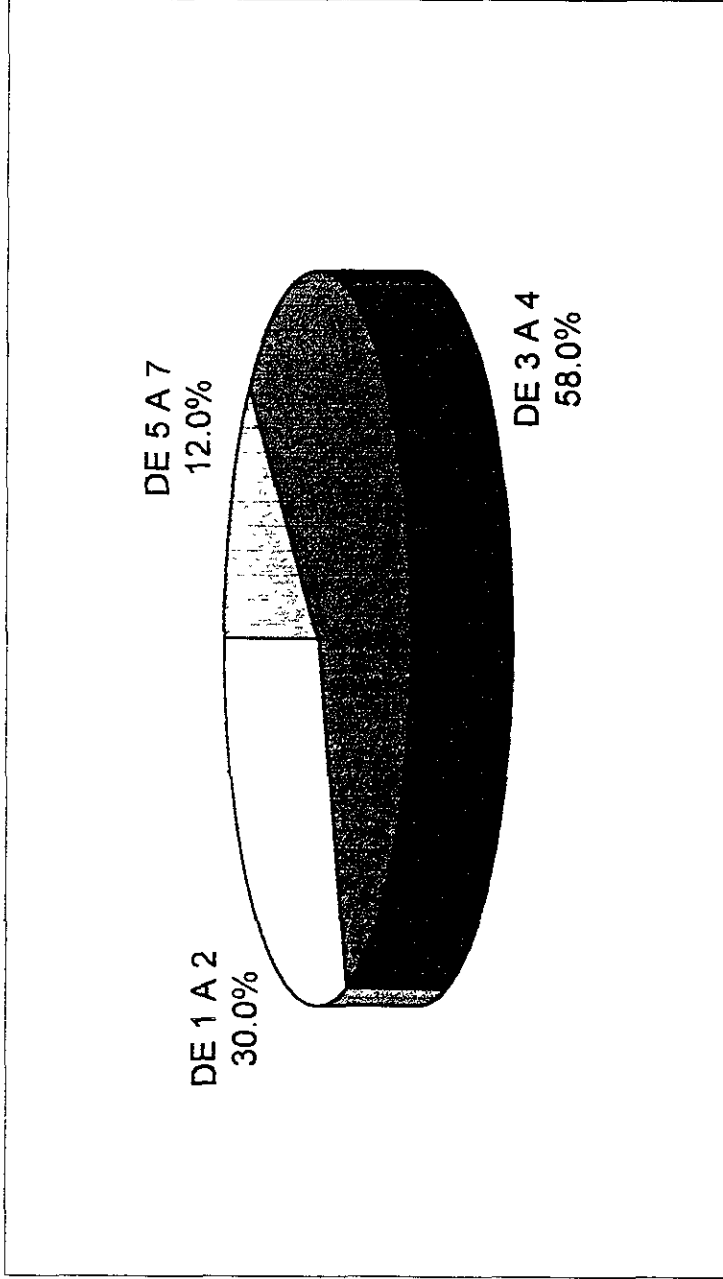
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 6. Años de unión del puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



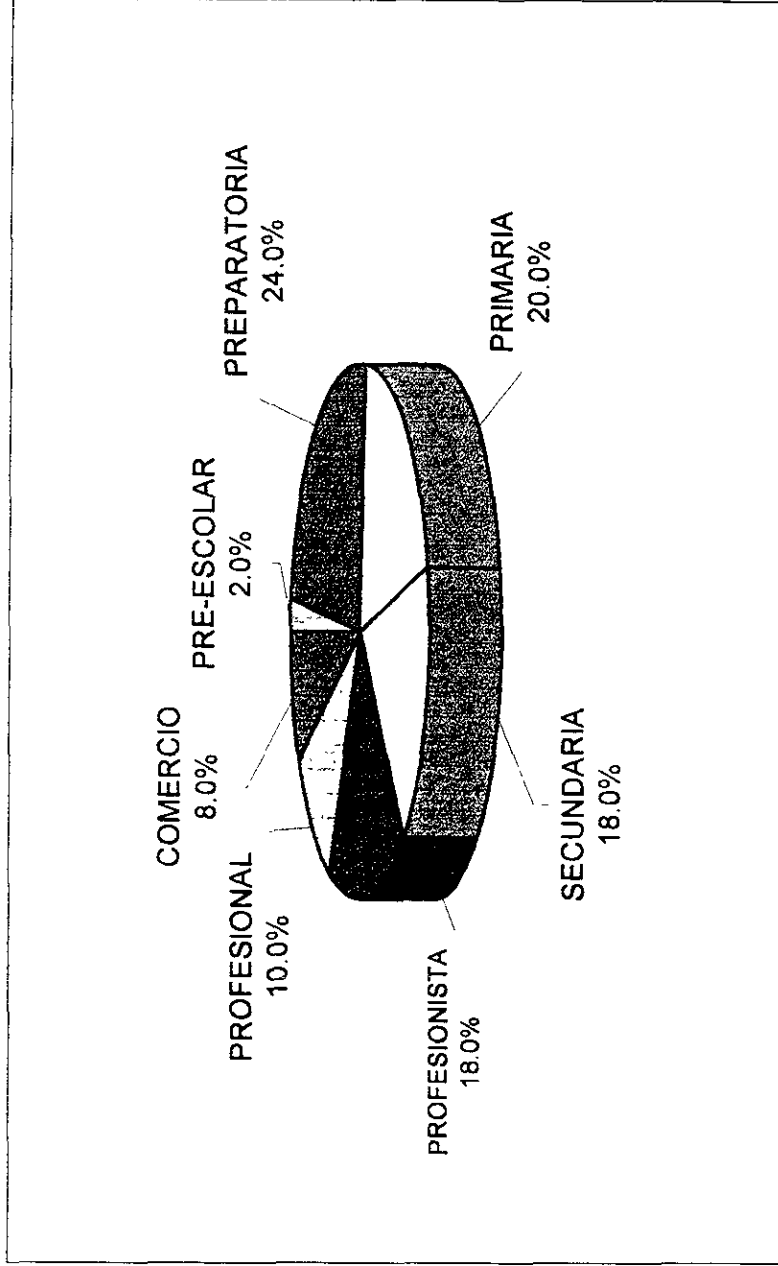
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 7. Número de hijos por familias del puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



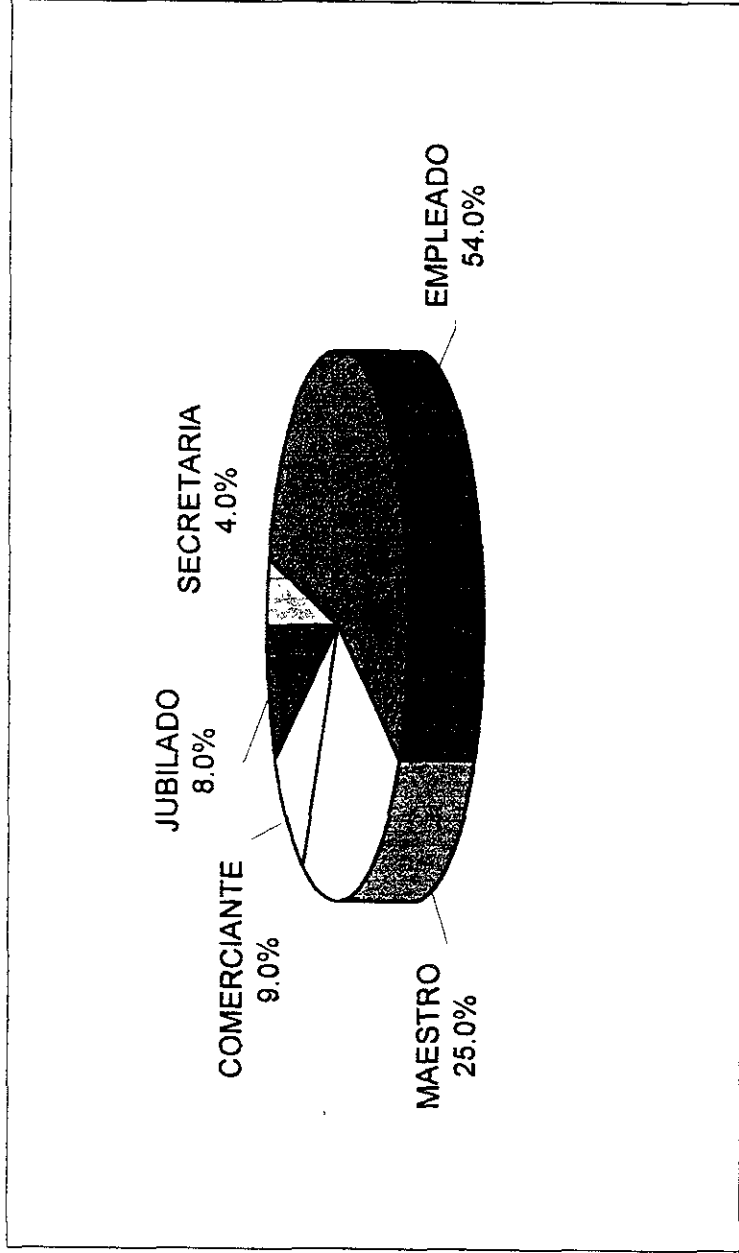
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 8. Escolaridad de las familias del puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



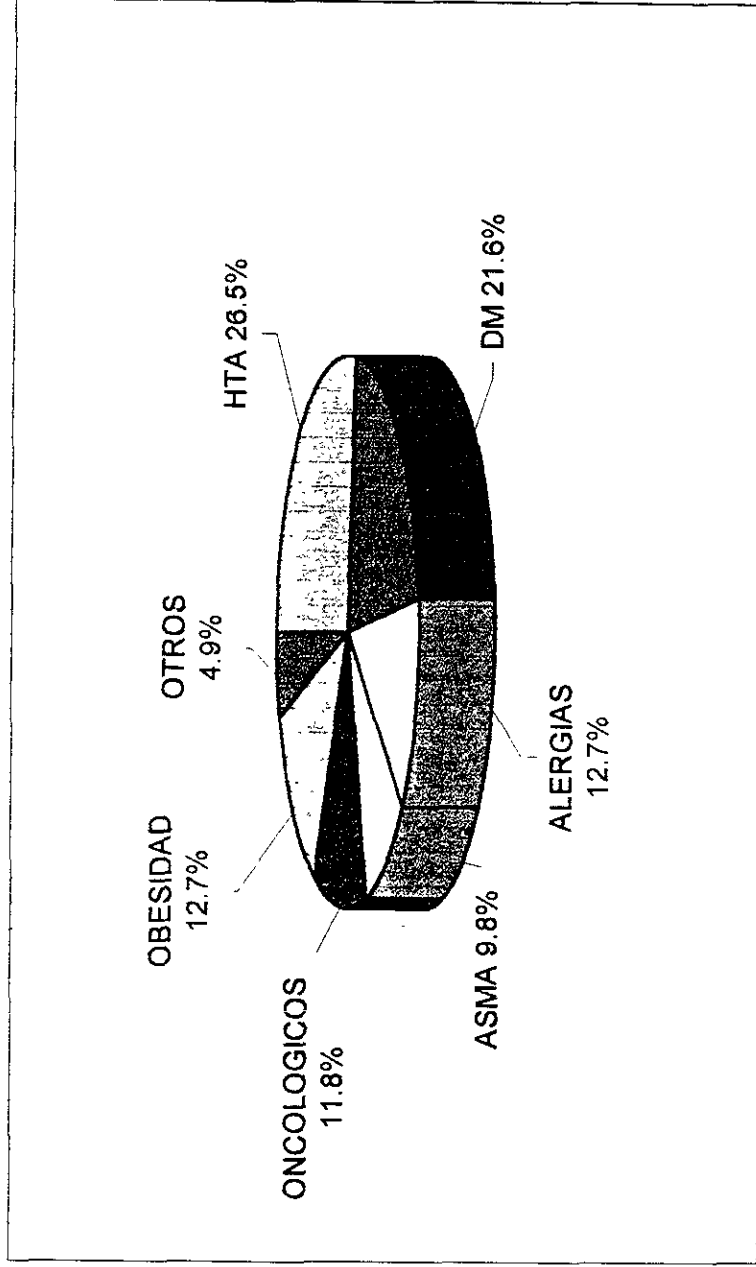
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 9. Ocupación de las familias del puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



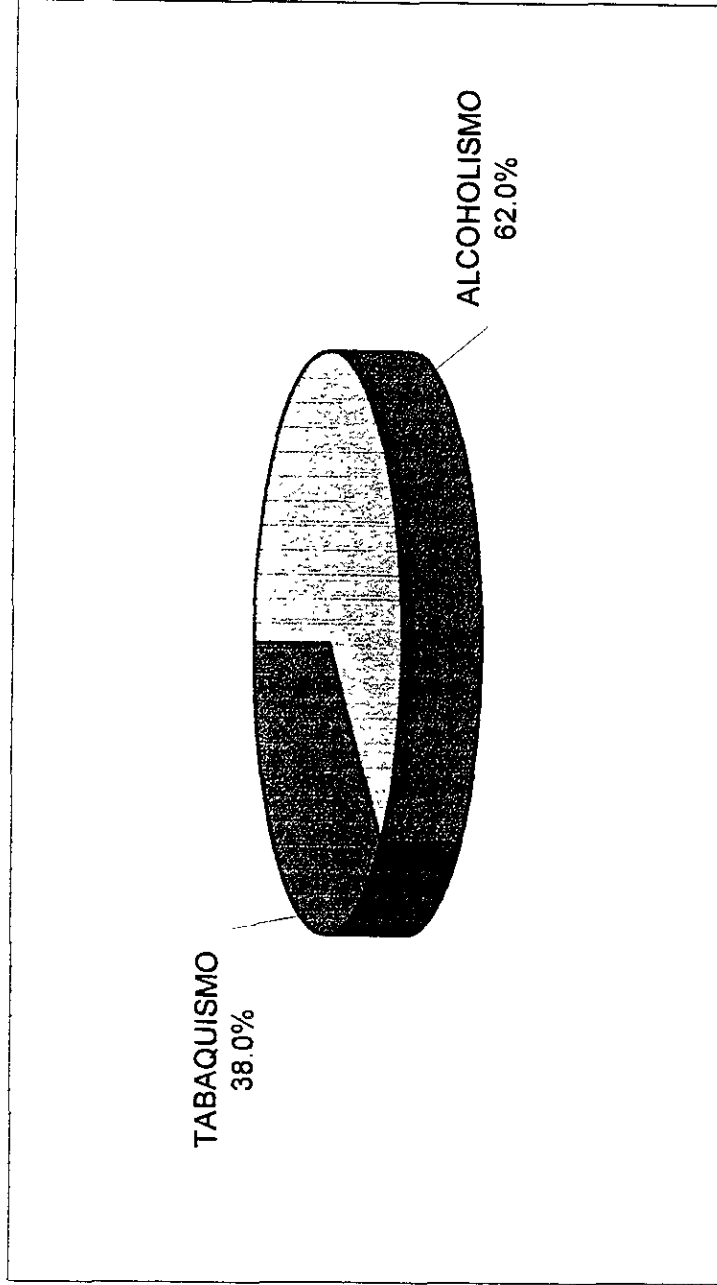
FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 10. Antecedentes herodofamiliares de las familias del puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



FUENTE: Encuesta Consultorio

GRAFICA 11. Toxicomanías de las familias del puesto periférico FOVISSSTE II.
Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.



FUENTE: Encuesta Consultorio

CUADRO 1. Morbilidad según motivo de consulta en el puesto periférico FOVISSSTE II de medicina familiar. Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Son. 1996.

PADECIMIENTOS		CODIGO	Nº DE CASOS	TASA 100DH	PORCIENTO
1	Infección vías respiratorias	460-466 480-487	276	20.7	45.7
2	Padecimientos osteomusculares	800-848	65	4.8	10.7
3	Hipertensión Arterial	401	55	4.1	9.1
4	Gastritis	535	36	2.6	5.9
5	Colitis	551.1	35	2.5	5.8
6	Osteoartritis degenerativa	710-739	33	2.4	5.4
7	Diabetes mellitus	250	30	2.2	4.9
8	Infección vías urinarias	580-599	29	2.1	4.8
9	Gastroenteritis	558	26	1.9	4.3
10	Dislipidemia	272	18	1.3	2.9
TOTAL		001-999	603	44.7	99.5

Población derechohabiente: 1331

Fuente: hojas de informe diario de actividades médicas.

VII. DISCUSIÓN

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

El estudio de comunidad demostró que los derechohabientes gozan de vivienda y condiciones ambientales adecuadas.

La pirámide de población se destacó por predominar el sexo femenino, en el rango de los 15-44 años. Llama la atención la baja frecuencia de nacimientos que existen; este fenómeno probablemente se debe al gran impacto que presentó el programa de planificación familiar en la comunidad, lo que puede favorecer, un mejor estilo de vida y mayor dedicación a sus hijos, previniendo así problemas psicosociales.

La mayor parte de las familias son nucleares e integradas, prevaleciendo el rango de 16-30 años de unión conyugal, después del cual empieza a descender lo que nos traduce un alto nivel de familia unida que existe.

Se mostró además que el ingreso familiar es en promedio de 3-5 salarios mínimos, que en un 92% contaron con un empleo fijo y que el nivel de estudio medio superior fue de un 42%. Este conjunto de datos nos traduce un nivel de vida que satisface las necesidades básicas de la familias.

El alcoholismo sigue predominando en la comunidad; esto probablemente debido a la gran influencia de intereses económicos que, por medio de una publicidad bien planeada, ha propiciado pensar que la tranquilidad, la alegría o la sociedad deben acompañarse del alcohol para obtener el máximo de las emociones (24-25).

Las infecciones de vías respiratorias constituyó la morbilidad más frecuente con un 45.8% siendo los trabajadores de la educación quienes acudieron con más frecuencia con esta sintomatología la cual genera un alto índice de incapacidades.

Llama la atención que los trastornos gatrointestinales (parasitarios) no figuran dentro de las diez causas de consulta, esto debido a las condiciones de vivienda, ambientales y culturales de esta comunidad, sin embargo la dislipidemia si esta contemplada, esto debido probablemente a los hábitos dietéticos y al sedentarismo que prevalece en la comunidad.

VIII. CONCLUSIONES

El puesto periférico del FOVISSSTE II cuenta con un total de 1331 derechohabientes, que integran 336 familias; el 56% son mujeres y un 44% hombres. Un alto porcentaje de la población es joven en la edad de 15-44 años, sobresalió el sexo femenino con un 53.8% y un 45.9 para el masculino.

El 95% de las familias cuentan con casa propia con todos los servicios de urbanización, en donde las familias son nucleares e integradas en un 84%, presentándose una alta participación en los programas de planificación familiar.

Se encontró que el 91% cuenta con un empleo fijo, el ingreso familiar es de 3 -5 salarios mínimos y el nivel de estudios medio superiores de un 34%. Los años de unión conyugal son en un 44% de 21-30 años y el número de hijos procreados es de 3-4 en un 58%, existen buenos hábitos higiénicos - dietéticos.

La incidencia de infecciones de vías respiratorias es alta, así como la ingesta de alcohol, el cual no ha causado repercusión en el ambiente laboral ni familiar pero que amenaza la salud individual y colectiva de las familias.

En términos generales los derechohabientes de este puesto periférico gozan de buenas condiciones de vida, con buen nivel cultural.

Para mejorar y preservar el estudio de vida de la comunidad es necesario iniciar con acciones que se desarrollan a corto mediano y largo plazo, por lo que propongo estas líneas de acción.

1. Implementar programas de planificación familiar, prevención de adicciones y de promoción en la salud en la población adolescente.
2. Establecer con la comunidad un programa de participación y concientización para preservar y mejorar las condiciones ambientales existentes.
3. Aprovechar todas las oportunidades que se presenten para realizar actividades preventivas en grupos de población aparentemente sanos: DOC, DOCMA, DHTA, DFR, DTBP.
4. Un programa prioritario a corto plazo es la concertación con el grupo de Alcohólicos Anónimos para ofrecer pláticas en la comunidad y el realizar visitas a los domicilios para así tratar de disminuir el alto índice de alcoholismo.

5. Incorporar en la comunidad eventos deportivos y culturales con el fin de evitar en la juventud trastornos psicosociales y al mismo tiempo disminuir el sedentarismo existente en la población adulta para ofrecer a la comunidad un mejor estilo de vida.

Lo más importante de este estudio es que a partir de la aplicación del **Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar** nos dimos cuenta del estilo de vida de nuestra población, para así implantar medidas de prevención y promoción a la salud con el fin de ayudar a nuestra comunidad y a nuestro propio desarrollo como profesionales de la salud.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López Salamanca S. Actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. Revista Médica del IMSS 1995; 33; 317-320.
2. Gómez Mendoza I. Desarrollo profesional del médico familiar. Un punto de vista. Revista médica del IMSS 1994; 32; 45-46.
3. García- Peña C. Anzures – Carro R. Programa de la investigación en medicina familiar. Revista Médica del IMSS 1995, 33: 497- 500.
4. Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la atención primaria. Atención primaria 1996; 17; 449-456.
5. Villareal – Rios E, Montalvo-Almaguer G, Salinas-Martínez AM, Guzmán- Padilla JE, Tovar-Castillo NH, Garza-Elizondo ME. Costo en el primer nivel de atención. Salud Pública Mex. 1996; 38, 332-340.
6. García-Garro A, Viniegra-Ramírez P., Zetina Vélez B, Ocampo Barrio G. Calidad de la atención médica en medicina familiar. Revista Médica del IMSS 1995, 33:405-408.
7. Jiménez-Mena, Lorenzo-Riera A, Segura-Hernandez E, Suárez-Perez P, Duarte Cobelo. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria 1993; 12:269—272.
8. Cerqueira MT. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos. Bol

- Oficina Sanit Panam 1996;120:342-347.
9. Estebanell-Arnal,Uriel-Perez JA, V. Martín-Miguel, García-Pellicer López, Esteban-Algora C. Actualización derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria 1992;10:539-542.
 10. Castro V, Gómez-Dantés H, Negrete-Sanchez J, Tapia-Conyer R. Las enfermedades Crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública Mex. 1996;38:438-447.
 - 11 Turabian JL, S. De Mateo. Percepción de éxito en programas de promoción de la salud en la Atención primaria de la provincia de Toledo. Atención Primaria 1994;10:765-768.
 - 12.Durán-González LI, Hernández-Rincón M, Becerra-Aponte J. La Formación del psicólogo y su papel en la Atención primaria a la salud. Salud Pública Mex. 1995;37:462-471.
 - 13.Velazco-Orellana Rubén. Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a veintidos años de establecida. Revista médica del IMSS; 33:61-65.
 - 14.Chávez-Aguilar H. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Revista Médica del IMSS 1995;33:172-176.

15. Rodríguez.-Morúa J, Ruiz-Jáureguii Zuria P, Rodríguez-Madariaga M Fernández-Tellez A, Abedillo-Murga A, Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria Atención Primaria 1994;3:39-41.
16. Aguirre-Espindola JA, Vega-Simont E, Huchim-Aguilar ML, López-Herrera P. De médicos de cuerpos sin alma. Revista Médica del IMSS 1996;34(5):385-387.
17. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F, Fernandez-Ortega M, Mazón-Ramirez J. Influencia de la revista Atención primaria en la medicina familiar en México. Atención Primaria 1996;17:108.
18. Chávez-Aguilar V, Garcia-Mangas JA. La atención integral en medicina familiar. Revista Médica del IMSS 11995;33.167-171.
19. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M. Johonson P. Family practice development around the world. Family Practice 1996;13:351-356.
- 20 Sánchez-Luna GS. El reto actual de la medicina familiar en México. Revista Médica del IMSS 1994;32:355-357.
21. Programa nacional de prevención y control de la enfermedades

diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Secretaría de Salud 1997.

22. Salud desde el Municipio: una estrategia para el desarrollo.

Programa

Nacional de prevención de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Secretaría de Salud 1997;3:4-5.

23. Arredondo A, Damián T, De Icaza E. Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México. Salud Pública Mex 1995;37:437-445.

24. Delgado A, López-Fernández L. Participación comunitaria una revisión necesaria. Atención Primaria 1992;9:457-459.

25. Alcoholismo. Colección de fomento a la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores del IMSS 1990,3-8.

26. Compresión de la enfermedad alcohólica. Grupos de familia Al-Anon 1980;9:9-13.

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO			
GRUPOS DE EDADES	SEXO		TOTAL
	MASCULINOS	FEMENINOS	
- 1 Año			
1-4 Años			
5-14 Años			
15-24 Años			
25-44 Años			
45-64 Años			
+ 65 Años			
TOTALES			

CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

FAMILIA _____ AÑOS UNION CONYUGAL _____
 NOMBRE _____
 C. N. _____ CIUDAD _____ MPIO _____
 M. T. _____ VIVIENDA NO _____ SECTOR _____
 L. B. _____

NOMBRE	EDAD/SEXO/ESTADO CIVIL	ESCO. CULUPACION	INGRE. SOC.	PAD. CRONICO(S)	FASE CICLO VITAL	TIPO DE FAMILIA
	M F				MATRIMONIO EXPANSION DISPERSION INDEPENDENCIA RETIRO MUERTE	NUCLEAR EXTENSA EXT. COMP.
					INTEGRACION FAMILIAR	PLANIFICACION FAMILIAR
					INTEGRADA SEMI-INTEGRADA DESINTEGRADA	FAMILIAR H. ORALES DIU PRESE RVATIVO SALPINCO VASECTOMIA OTROS.

ALCOHOLISMO: TABACO: MEDICAMENTOS SIN RECETA: OTROS:

BUENA REGULAR DEFICIENTE

BUENOS REGULAR DEFICIENTE

OBSERVACIONES: _____

TECHO	CONCRETO	PAREDES	TABIQUE	PISO	SERV. PUBLIC. LUZ	CUARTOS	COM. DOR.	SI/NO	ANTEC. HEREDO-FAMILIARES
	LAMINA		CEMENTO		TELEFONO		COCINA		
PROPIA	RENTADA	MADERA	TERRAJE	ORINAJE	ESTERILIA	BAÑO	D. M.		
PRESTADA	FOVISSSTE	LAMINA	FOSA SEP	AGUA	RECAMARAS	CUANTAS	H. T.A.		
HIPOTECADA	OTRA	MADERA	LETRINA	INTRA-DOM	ANIMALES DOMESTICOS	PERROS GATOS AVES OTROS	ONCOLOGICOS		
		OTROS	RAS SUELO	EXTRA-DOM	DISPOSICION DE BASURA	RED MULT. ENTERRAM. CIELO AB. INCINERAC. OTROS	ALERGIAS		
			OTROS		DISPOSICION DE EXCRETAS		OBESIDAD		
					DRENAJE FOSA SEP LETRINA RAS SUELO OTROS		ENF. TIROIDEAS		
							EPILEPSIA		
							ASMA		

VIVIENDA

ANEXO 3

10 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD * ()

CIE	GRUPOS DE EDAD Y SEXO		-1		1-4		5-4		5-24		25-44		45-64		65 a +		TOTAL	
	9 ^o Rev	DIAGNOSTICO	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
		TOTAL																

* () Enfermedades transmisibles o infecciosas
 () Enfermedades no transmisibles o no infecciosas
 () Enfermedades crónico-degenerativas.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

⇒ Localización.

→ Familia: anotar los apellidos paternos del padre y de la madre.

→ Años de unión conyugal: se anotará con número.

→ Domicilio, colonia, ciudad y municipio: anotar todos los datos, sin abreviaturas.

→ Manzana: anotar el número que le corresponda.

→ Vivienda N°: Cada vivienda se numerará en forma progresiva de 01 al 50.

→ Sector: Definir mediante la sectorización de colonias y viviendas a qué sector pertenece.

→ Elaboró: Anotar el nombre del encuestador.

⇒ Composición Familiar.

→ Nombre: Anotar el nombre de pila iniciando por el padre, la madre y los hijos de mayor a menor; cuando se trate de otros familiares, anotar además del nombre, los apellidos.

→ Parentesco: Anotar el que corresponda.

→ Edad: Anotar con claridad los años cumplidos, en el espacio según se trate de masculino (M) o femenino (F).

→ Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado o unión libre.

→ Escolaridad: anotar hasta que grado escolar estudió.

→ Ocupación: Anotar la principal actividad realizada por cada integrante de la familia.

→ Ingresos: anotar los ingresos por mes.

→ Padecimientos crónicos: Anotar el que refiera como diagnosticado por personal médico.

⇒ Toxicomanías, alimentación y hábitos higiénicos.

→ Marcar con x en el espacio que corresponda.

Observaciones: se anotará lo que se considere importante.

⇒ Vivienda.

→ Marcar con x en el espacio que corresponda.

⇒ Fase del ciclo vital, tipo de familia Integración familiar y planificación familiar.

→ Marcar con x en el espacio que corresponda.

⇒ Antecedentes heredo-familiares.

Marcar con x en los espacios y que corresponda.

