



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226
190
2 ej.

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 NO. 6 TURNO MATUTINO
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. Arturo Suplee Bermúdez



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 1998

264996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGÓN, SONORA.

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.6
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA.**



ISSSTE

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

Dr. ARTURO SUPLEE BERMÚDEZ

1996



ISSSTE
DIRECCION
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.6 TURNO
MATUTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL "B" ISSSTE
DE CD. OBREGÓN, SONORA.**

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

DR. ARTURO SUPLEE BERMUDEZ

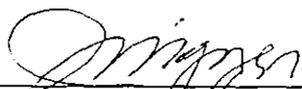
AUTORIZACIONES :



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**



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



**DR. ÁRNULFO 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**

P R E S E N T A :

DR. ARTURO SUPLEE BERMUDEZ

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.6 TURNO
MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE
DE CD. OBREGON, SONORA.**



DIRECCION

CLINICA HOSPITAL "B"

Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa CIUDAD OBREGON, SONORA
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

Coordinador de Investigación del Departamento
de Medicina Familiar U.N.A.M.
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

I. MARCO TEORICO.....	02
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	07
III.JUSTIFICACION.....	10
IV.OBJETIVOS.....	11
V.METODOLOGIA.....	12
1.-TIPO DE ESTUDIO.....	12
2.-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	12
3.-TIPO DE MUESTRA.....	12
4.-TAMAÑO DE MUESTRA.....	13
5.-CRITERIO DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION.....	13
6.-VARIABLES DE MEDICION.....	15
7.-PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION.....	18
8.-CONSIDERACIONES ETICAS.....	19
VI.RESULTADOS	
1.-ESTUDIO DE COMUNIDAD.....	20
2.-CENSO DE POBLACION.....	26
3.-DIAGNOSTICO FAMILIAR.....	26
4.-MORBILIDAD.....	29
5.-CUADROS, GRAFICOS Y MAPAS.....	30
VII.DISCUSION.....	31
VIII.CONCLUSIONES.....	37
IX.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
X.ANEXOS.....	44

I MARCO TEORICO

La actividad del médico pudo convertirse en científica gracias a la evolución del pensamiento humano y al prestigio que las ciencias fueron adquiriendo en los círculos ilustrados de la sociedad.

Con el aislamiento de bacterias y desarrollo de vacunas se previnieron enfermedades, con el uso de anestésicos se realizaron variados actos quirúrgicos y con el uso de los antibióticos presentó un avance explosivo con una gran cantidad de conocimientos imposibles de asimilar por una sola persona, por lo que se fragmenta la profesión dando lugar a las especialidades, que por una parte favorecieron la atención médica y por otra generaron despersonalización en el trato médico-paciente elevando el costo de los servicios, siendo necesaria una nueva modalidad, tendiente a otorgar una atención médica general a través de estudios de especialización que le permitan al médico formarse en un especialista en medicina familiar con rango y distinción académica, dándose inicio en México el 15 de marzo de 1971 en el IMSS.(1) (21).

En 1974 se forma el primer Departamento de medicina familiar a nivel latinoamérica.(22)

En la primera conferencia internacional de promoción de la salud se señaló que para mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en los cinco

campos de acción de la carta de Ottawa : reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medio ambiente saludable, elaborar políticas explícitas para la salud y reformar la acción comunitaria en la salud. (2)

Para impulsar y desarrollar un programa de medidas preventivas y de promoción de la salud es necesaria la atención primaria, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población accede de manera directa y tiende a seguir los consejos de su médico.(23)

Para el desarrollo de medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de atención primaria , pero sobre todo un nuevo tipo de relación con el paciente.

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.(3) (24)

La relación médico paciente-familia es una herramienta de valor incalculable en la práctica diaria del médico familiar y que proporciona la satisfacción y el de un acto educativo, la educación para la salud es resultado del esfuerzo personal y colectivo y parte de nuestro quehacer diario. Con apoyo de las acciones educativas se puede ayudar a resolver problemas de la salud que son el origen de las demandas de los servicios de salud.(4) (25)(26)

Hoy en día, los avances tecnológicos de apoyo al diagnóstico permiten al médico una mayor precisión ; sin embargo, el exceso de confianza en la tecnología y su uso irracional se han señalado como una de las causas de deficiencia en la atención de la salud. La optimización de recursos, el método clínico en base a mayor acercamiento entre médico y paciente y la expedición adecuada de exámenes son indicadores de la calidad de la relación médico paciente.(4)

En la práctica han sido mostrados, en los más diversos ambientes, los beneficios de los programas bien planificados de promoción de la salud en la reducción de comportamientos de riesgo y en muchos indicadores del estado de salud con morbilidad y mortalidad evitables constatándose así, la eficiencia de esta estrategia que disminuye costos y demandas.(5)

Parte de la crisis actual que vive la medicina familiar en México, es debida a una crisis de credibilidad de la población usuaria hacia los médicos prestadores de los servicios, que no es exclusiva de los médicos familiares ; el médico ha perdido la confianza en su juicio clínico y con toda seguridad es el médico familiar quien tiene mayores probabilidades de recuperar de los usuarios y de la sociedad la confianza necesaria para la práctica diaria ; lo anterior solo será posible mediante sistemas educativos y asistenciales que permitan consolidar y

optimizar los servicios, de tal forma que proporcionen *beneficios reales* para lograr la aceptación de la población.(4)

El desarrollo de programas de educación continua han modificado actitudes de los profesionales sanitarios respecto de las actividades preventivas : aprovechar las oportunidades que se presentan para realizar las actividades preventivas en grupos de población aparentemente sanos y propuestas de adscripción del equipo de atención primaria (EAP) en el programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS). (6) Los actuales conocimientos sobre la historia natural de las enfermedades posibilitan la orientación hacia la medicina preventiva.(7)(19)(27)

De los tres pilares de la epidemiología actual, información , investigación etiológica y evaluación, la información constituye en nuestro sistema sanitario el primer aspecto a desarrollar, ya que sirve de fuente de datos para los otros dos. Esto es particularmente cierto en la atención primaria, dada la ausencia casi total de información. La recogida de datos de las personas consultantes, es un método utilizado en las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitarias. De éstos datos , el motivo de consulta es esencial para describir las patologías mas frecuentes, preparar protocolos de tratamiento, prevenir y evaluar el gasto farmacéutico. (8)(16)(17)

El motivo de consulta ha sido, a su vez, uno de los puntos mas conflictivos en todos los sistemas de clasificación y codificación internacionales(9)

La existencia de contenidos teóricos específicos de medicina atención primaria establecen pautas de actuación en las patologías prevalentes. (18) (19)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la clínica Hospital del ISSSTE de Ciudad, Obregón, Sonora, la atención médica que se ha otorgado desde su inicio a la fecha actual, se ha visto reflejada en una atención médica individual y curativa, dando solución a las necesidades de demanda del paciente que son en su mayoría: solicitud de medicación, de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, tendiendo a solicitar en forma inmediata valoración por la especialidad que se relacione con su afección morbosa manifiesta, por la poca credibilidad en su médico de primer contacto.

El médico no se encuentra con los conocimientos, ni los instrumentos necesarios para establecer diagnósticos de familia ni tiene la actitud y la responsabilidad de hacer medicina preventiva, aún, si tuviera los conocimientos, deja esta responsabilidad al servicio de medicina preventiva, a las campañas nacionales de vacunación, planificación familiar, detección oportuna del cáncer, crecimiento y desarrollo del niño sano, efectos del tabaco, y el alcohol y ello favorece la automedicación.

Regularmente no se cuenta con la información oportuna y adecuada para establecer las necesidades prioritarias de la comunidad, por no existir una

pirámide de población, un estudio de comunidad específicamente del sector correspondiente del consultorio no. 6, diagnósticos de familias y las principales causas de consulta.

Desde hace varias décadas, se afirma que es trascendental una práctica médica con enfoque preventivo, enseñanza continua, para mantener un nivel de salud aceptable tanto de la fuerza laboral, como de la comunidad en general (10).

Para estar en posibilidad de educar a la población, se requiere, primero, aceptar la responsabilidad como profesionales en relación a la salud de la población como un todo y segundo, experimentar un cambio en la manera de ver, analizar y realizar estas actividades (11)(28).

La atención primaria a la salud (APS), por definición intenta satisfacer las necesidades del individuo, la familia y las comunidades mediante procedimiento social, cultural y económicamente aceptable sin pretender en algún momento dar marcha atrás en cuanto al uso de los adelantos científicos hasta hoy obtenidos, ya que dentro de la estrategia se comprende la atención por niveles, encontrándose la atención hospitalaria con toda la

tecnología disponible para la atención de los casos que así lo requieren (12) (20).

Se deben desarrollar programas de formación continua con el fin de modificar actitudes de los profesionales sanitarios respecto a las actividades preventivas; aprovechar las oportunidades que se presentan para realizar éstas en grupos de población aparentemente sanos y proponer la adscripción del EAP (Equipo de Atención Primaria) en el PAPPS (Programa de actividades preventivas y de promoción a la salud)(6)(29). Las reflexiones anteriores nos llevan a plantear la siguiente pregunta :

¿Como establecer un programa de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en el consultorio No. 6 turno matutino de la Clinica Hospital ISSSTE en Cd. Obregón, Sonora. ?

III.JUSTIFICACION

En la actualidad se cuenta con un esquema de atención médica que resulta insatisfactorio para las familias que acuden al servicio, así como para el personal médico por no lograr el impacto deseado sobre la problemática de salud dado que no se ha conocido con anticipación las particularidades biopsicosociales de la comunidad y por no lograr la optimización de los recursos para mejorar el nivel de salud de las familias.

Se debe racionalizar el uso de los recursos para mejorar la atención en el consultorio No. 6 desde el tiempo de espera, adecuado uso de archivo clínico, derivaciones oportunas a segundo y tercer nivel, así como lograr una mayor calidad en la atención médica permitiendo promover y mantener la salud de las familias por lo que se debe conocer ampliamente la estructura de cada familia que esté bajo el cuidado del médico familiar, el conocer las características de la pirámide poblacional que conforman, la morbilidad, las necesidades de servicios que se presentan en el consultorio, para realizar una eficaz labor la que con el tiempo tendrá una repercusión positiva en la salud familiar, así como en el consultorio de la unidad de medicina familiar y del sistema de salud del país.

Al establecer un modelo sistemático de atención médica se pretende reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales, crear un medio ambiente adecuado, diseñar estrategias específicas para la salud y fortalecer la acción comunitaria en salud.

IV.OBJETIVOS

1.Objetivo general

Determinar en la población las particularidades biopsicosociales de la comunidad como factor indispensable para planificar los servicios de atención a la salud en el consultorio No. 6.

2.Objetivos específicos

Reforzar la prestación de servicio médico dándole un enfoque integrador, que otorgue mayor satisfacción a los usuarios y permita el uso racional de los recursos para la atención médica.

Establecer el modelo sistemático de atención médica familiar con la finalidad de aplicar en el consultorio 6, los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria que fortalecerán la práctica de la medicina familiar.

V.- METODOLOGÍA

1. Tipo estudio

En 1996 se realizó en la clínica hospital del ISSSTE en el consultorio no. 6 un estudio, descriptivo, retrospectivo y transversal que se fundamentó en tres estrategias:

Censo poblacional

Diagnóstico familiar

Morbilidad

2. Población, lugar y tiempo.

Consultorio No.6 clínica hospital ISSSTE Cd. Obregón , Son . en un periodo de 6 meses comprendido de Enero a Julio de 1996 .

3. Tipo de la muestra

No aleatoria, por cuotas.

Definición del Universo.

Censo Poblacional: Para este estudio se incluyeron todas las tarjetas vigentes de derechohabientes del ISSSTE.

Diagnóstico Familiar: todas las familias que habitan en las colonias adscritas.

Morbilidad: todas las hojas del informe diario de actividades médicas.

4. Tamaño de la muestra.

Para los tamaños de la muestra fueron determinadas por el paquete EPI-INFO-5 y fué un muestreo no aleatorio por cuotas. Y con un error de estimación(β)=0.0452 y con un coeficiente de confianza (cc)=0.95

Censo Poblacional: se tomaron cien tarjetas vigentes de la población adscritas al consultorio No.6, tomadas por orden alfabético.

Diagnóstico Familiar: 50 familias derechohabientes del consultorio No.6.

Morbilidad: 50 hojas del informe diario de actividades médicas de consultorio No. 6, tomando dos hojas por semana .

5. Criterio de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión.

Censo de población: se incluyeron todas las tarjetas de vigencia de derechos , correspondientes y vigentes del consultorio no. 6.

Diagnóstico Familiar: se incluyeron a todas las familias correspondientes al consultorio No. 6.

Morbilidad: todas las hojas del informe diario del consultorio no. 6 con diagnóstico de primera vez, legible y con llenado completo.

Criterios de Exclusión

Censo poblacional: se excluyeron tarjetas adscritas no vigentes.

Diagnóstico Familiar: familias que estaban asignadas al consultorio no. 6 por domicilio anterior pero que pertenecieron a otro consultorio por su domicilio actual.

Morbilidad: de la hoja del informe médico; diagnósticos subsecuentes, ilegibles, presuncionales e individuos que pertenecían a otro consultorio.

Criterios de eliminación

Censo poblacional: se eliminaron las tarjetas que fueron dadas de baja durante la investigación.

Diagnóstico Familiar: familias que rechazaron la encuesta, que falsearon datos y que cambiaron de domicilio durante la investigación.

Morbilidad: se eliminaron diagnósticos que no entraron en las primeras diez causas de morbilidad infecciosa, no infecciosa y crónico-degenerativas.

6. Variables

Censo poblacional: las variables fueron de tipo cuantitativo y del tipo nominal.

Número total de individuos

Número total de individuos del sexo masculino

Número total de individuos del sexo femenino

Número de individuos del sexo femenino por grupos de edad

Diagnóstico Familiar: las variables fueron cualitativas y cuantitativas en escalas nominales y ordinales.

Nombre de la familia : Se anotaron los apellidos paternos del padre y de la madre que conforman la familia.

Estado civil

Años de unión conyugal

Escolaridad de los integrantes de la familia :Se tomó el último grado de estudio.

Edades de los padres

Edades de los hijos y resto de familia

Ocupación de los padres

Ingreso económico

Tipo de familia

a) Familia nuclear :Formada por padre, madre e hijos.

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

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

Fase del ciclo vital familiar. Según Geyman :

a) Fase de matrimonio :

- c) Fase de dispersión : se identifica claramente, por el hecho de que los hijos asisten a la escuela.
- d) Fase de independencia : Cuando los hijos han formado nuevas familias.
- e) Fase de retiro y muerte : La pareja a quedado sola y se ven amenazados por las siguientes circunstancias : Incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y con frecuencia recluidos en asilos.

Tipo de planificación : Se tomaron en cuenta todos los métodos de planificación utilizado por los padres de familia.

Integración familiar.

- a) Familia integrada : En la cual los conyugues viven juntos y cumplen sus funciones.
- b) Familia semi-integrada : Los conyugues viven juntos, pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.
- c) Familia desintegrada : Cuando hay la ausencia de uno de los conyugues, por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

Hábitos tóxicos.

a) **Alcoholismo** : Aquel que en el momento del estudio refiere haber consumido bebidas alcohólicas en cualquier frecuencia y cantidad.

b) **Tabaquismo** : Aquel que en el momento del estudio refiere haber consumido cigarrillos en cualquier frecuencia y cantidad.

Automedicación : Cualquier medicamento tomado sin prescripción médica.

Morbilidad: se usaron variables del tipo cualitativo en escala nominal a las cuales correspondieron los diez primeros motivos de consulta.

7. Procedimiento para captar la información

Censo poblacional: se tomaron cien tarjetas de familia y se determinó por paloteo el número de derechohabientes por edad y sexo (Anexo 1).

Diagnóstico Familiar: se realizó una ficha de microdiagnóstico familiar (Anexo 2) así como visitas a la colonia correspondiente al consultorio No. 6

Morbilidad: se revisaron cincuenta hojas del informe diario de actividades médicas, se paloteó y se tomó en cuenta las diez primeras causas de consulta (Anexo 3)

VI. RESULTADOS

1. 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 y al Oeste con la península de Baja California. Se encuentra dividido en 70 municipios dentro de los que se encuentra Cajeme. (Mapa 1)

El municipio de Cajeme se encuentra ubicado en el Suroeste del estado, su cabecera municipal es **Cd. Obregón**; al Norte esta limitado por el municipio de Suaqui Grande, al este con los de Rosario y Quiriego, al Sureste con los de Etchojoa y Navojoa, al Oeste con Guaymas y Bacum, al Sur con Alamos y Huatabampo. (Mapa 2 y 3).

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

La fauna esta representada por matorral sarcocaula: la fauna es rica y variada: venado, coyote, zorra, buho, gavián, coralillo, cascabel, etc.

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

Educación: Funcionan en el estado más de 4 mil escuelas de diferentes niveles, en los cuales más 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, 20 para elemental terminal, 10 para media terminal, 41 para media superior y 4 para nivel superior.

Recreación: Se cuenta con recursos como la Presa Alvaro Obregón, Represas, Aguas Térmicas, Cacería de venado, Museos y Playas. Además cuenta con servicios 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, 2 Discotecas, 1 Museo, 1 Trairler Park.

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

Sector Primario (agricultura, ganadería, pesca, caza) 17.42%, Sector Secundario (industria, minera, construcción) 21.86%, Sector Terciario (comercio, banca, administración pública) 55.77%, Población desocupada 2.94%, otros no específicos 2.01%. (cuadro 1).

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 el 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%.

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, 12 consultorios, 2 quirófanos, 59 médicos, 60 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos, 1 Rayos X, 1 Laboratorio, 25 otro personal.

ISSSTE: 49 Camas, 2 Rayos X, 1 laboratorio, 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 consultorio No. 6 comprende el sector en estudio representada por la colonia Miravalle, la cual se encuentra ubicada a la salida sur de la ciudad y cuenta con una población de 14098 habitantes, las calles que conforman esta colonia se encuentran todas pavimentadas, contando con un adecuado sistema de transporte, 2 escuelas primarias, 1 escuela secundaria federal, 1 iglesia y 2 unidades deportivas. Toda la colonia cuenta con todos los servicios públicos. (mapa 4)

Las familias que conforman el sector No. 6 serán descritas más adelante a través de un diagnóstico familiar.

La distribución política por colonias de Cd. Obregón es la siguiente:

COLONIA	HABITANTES	COLONIA	HABITANTES
Urbanizable No.1	1843	Fco. Eusebio Kino	3350
Urbanizable No.2	2142	Fracc. del Bosque	105
Urbanizable No.3	3199	Fracc. Otancahui	173
Urbanizable No.4	3743	Hidalgo	4189
Urbanizable No.5	4443	Infonavit Yokuhimari	2412
Urbanizable No.6	3340	Jardines del Valle	3297
Urbanizable No.7	4366	Luis Echeverria	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	Nainari del Yaqui	189
Cincuentenario	1396	Noroeste	1528
Constitución	6710	Primero de Mayo	10121
Cortinas	10273	Real del Sol	790
Cuahutemoe	5658	Reforma	464
Cumuripa	1953	Russo Voguel	6188
Chapultepec	1891	Santa Anita	757
Del Valle	1536	Sochiloa	4755
El Chorizo	329	Amp. Villa California	1195
El Túnel	642	Villa Fontana	5641
Faustino Félix	6080	Villa Nainari	1045
FOVISSTE No.1	970	Valle Verde	4580
FOVISSTE No.2	1724	Valle Dorado	8550
FOVISSTE No.3	724	Villa California	1647
Sonora	4068	Sostenes Valenzuela	5340
Tepeyac	2838	Termoeléctrica	14
Tetabiate	343	Zona Norte	921

TOTAL: 224 404

2. CENSO POBLACIONAL

Pirámide poblacional: el total de derechohabientes es de 2500 agrupados por edades y sexo, los menores de un año fueron 34, de uno a cuatro 187, de cinco a catorce 497, de quince a veinticuatro 466, de veinticinco a cuarenta y cuatro 648, de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro 361 y mayores de sesenta y cinco 350, siendo entonces la población masculina de 1200 y la femenina 1300, las mujeres en edad fértil 568 (Gráfica 1).

3. DIAGNOSTICO FAMILIAR

Fase del ciclo vital: el 6% de las familias se encontró en fase de matrimonio, el 4% en expansión, el 66% en dispersión, el 12% tanto para retiro o muerte como para independencia (Gráfica 2).

Integración familiar: el 88% se encontraron integradas, el 6% tanto para semi-integradas como para desintegradas (Gráfica 3).

Tipo de familia: fue nuclear en el 76% extensa 18% y compuesta en el 6% (Gráfica 4).

Planificación familiar: el 20% planifica con hormonas orales, el 24% tanto para dispositivo intrauterino como para salpingoclasia, el 16% con preservativo y el 16% restante es por falta de pareja y menopausia, no se encontró por el método de vasectomía ni con histerectomía (Gráfica 5).

Ocupación del padre: pensionados 8%, empleado federal técnico 44%, empleado federal profesional 16%, empleado particular 20%, y finados 12%.(Gráfica 6).

Ocupación de la madre: el 12% pensionadas, empleadas federales el 24%, empleadas profesionales federales 20%, empleadas particulares 16% y dedicadas al hogar 18%. (Gráfica 7).

Escolaridad del padre: no se encontraron analfabetas, el 8% cursaron primaria, el 16% secundaria, 24% preparatoria, 24% educación técnica y el 32% profesional. (Gráfica 8).

Escolaridad de la Madre: no se encontraron analfabetas, el 8% cursaron primaria, el 20 % secundaria, 16% preparatoria, 24% educación técnica y el 32% profesional (Gráfica 9).

Número de Integrantes con aportación económica familiar: se encontró que en el 24% de las familias aportaba ingresos un solo integrante, 60% era por dos, 8% por tres, en tanto, el 4% por cuatro y por cinco integrantes. (Gráfica 10).

El Ingreso promedio por familia fue : 3606 pesos mensuales

Estado civil de las parejas, casados 84%, unión libre 4%, viudez 8% y divorciados 4%. (Gráfica 11).

Promedios de años de unión conyugal: 14.65 años con 28 la unión conyugal mayor y dos la menor.

El 100% de la población cuanta con casa habitación de tabique, techo de concreto, piso de cemento y todos los servicios de urbanización.

Vivienda: el 80% tiene casa propia, el 16% de renta y el 4% prestada.(Gráfica 12).

Fauna Doméstica: el 4% tiene perros, el 4% tanto con gatos como para aves, no encontrándose en el 48% algún tipo de animal domestico. (Gráfica 13).

Hábitos de alcoholismo por algunos de los integrantes se encontró en el 56%, 32% tabaquismo y en el 44% la automedicación. (Gráfica 14).

4. MORBILIDAD

Se otorgaron en total 1000 consultas, de las cuales 963 fueron de primera vez y 37 subsecuentes, se encontró que 57 pacientes acudieron por problemas administrativos o sanos.

Los diez principales motivos de consulta fueron: infección de vías respiratorias con 214 pacientes, hipertensión arterial sistémica con 105, gastroenteritis con 90, dermatosis 61, diabetes mellitus 50, artritis degenerativa 49, infección de vías urinarias 43, parasitosis 42, y por afecciones traumáticas 40 siendo un total de 757, quedando 206 en el resto de afecciones morbosas fuera de las diez primeras. (Cuadro 2)

5. CUADROS, GRAFICAS Y MAPAS.

CUADRO 1

POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA EN EL MUNICIPIO DE CAJEME 1990.

Sector Primario (Agricultura, Ganadería, Pesca y Caza).....	17.42%
Sector Secundario (Industria, Minería y Construcción).....	21.86%
Sector Terciario (Comercio, Banca, Admón. Pública).....	55.77%
Población desocupada.....	2.94%
Otros no específicos.....	2.01%

Fuente: Agenda Estadística del Estado de Sonora.

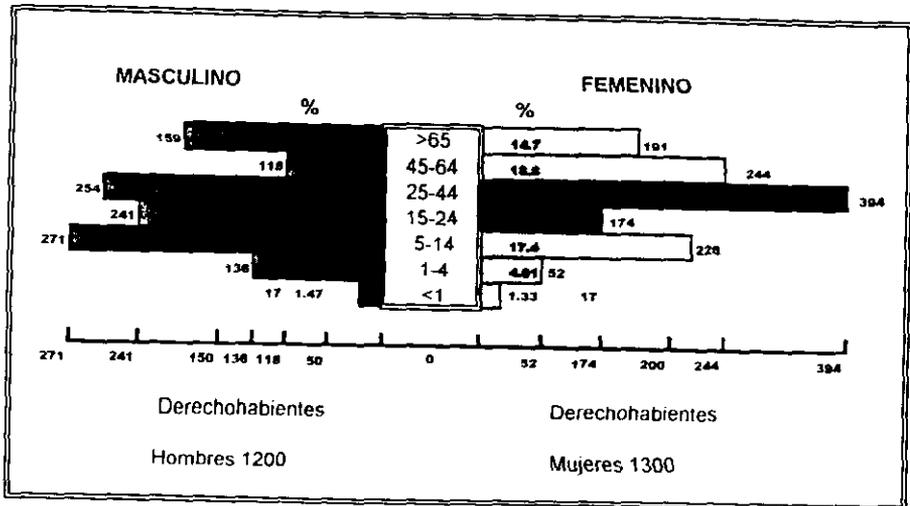
CUADRO 2.

DIEZ PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA AGRUPADAS SEGUN MAGNITUD, CODIFICACIÓN, PORCENTAJE Y TASA. DEL CONSULTORIO No.6 DE LA CLÍNICA ISSSTE. CIUDAD OBREGÓN, SONORA.

DIAGNOSTICOS	CODIGO	CONSULTA TOTAL	PORCENTAJE	TASA
1 Infecciones de vías respiratorias	460-466	214	22.2	8.5
2 Hipertensión Arterial S	401	105	10.9	4.2
3 Gastroenteritis	001-009	90	9.3	3.6
4 Gastritis	535	63	6.5	2.5
5 Dermatitis	110-118	61	6.3	2.4
6 Diabetes Mellitus tipo II	250	50	5.1	2.0
7 Artritis Degenerativa	710-739	49	5.0	1.9
8 Infecciones de Vías Urinarias	580-599	43	4.4	1.7
9 Parasitosis	129	42	4.3	1.6
10 Traumatismos	800-999	40	4.1	1.6

Fuente: Informe diario de actividades médicas

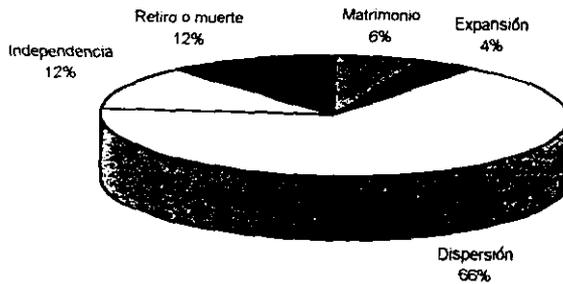
GRAFICA 1. Pirámide de población del consultorio No.6 de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, en 1996.



Población total	2500
Masculino	1200
Femenino	1300
Menores de 1 año	34
1-4 años	383
Femeninos 15-44	568

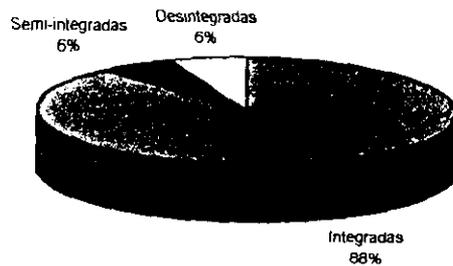
Fuente: Departamento de Vigencia de Derechos, Clínica Hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora.

GRAFICA 2. FASE DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON; SON.1996



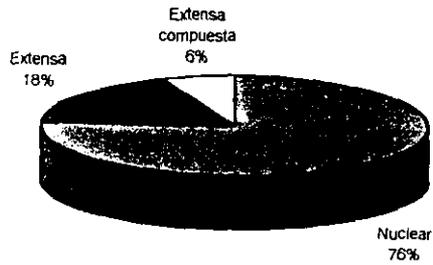
FUENTE: Encuesta consultorio

GRAFICA 3. INTEGRACION DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No 6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON,SON. 1996



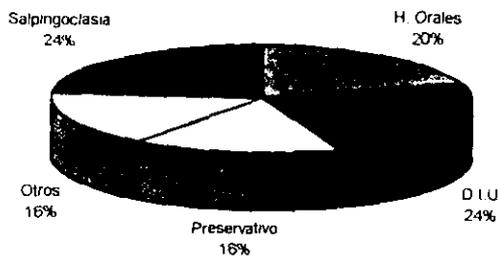
FUENTE : Encuesta consultorio

GRAFICA 4. TIPOS DE FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON, SON. 1996



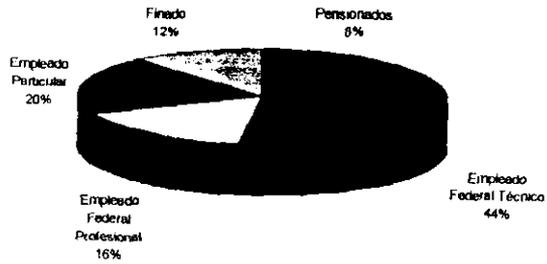
FUENTE : Encuesta consultorio

GRAFICA 5. TIPO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE EMPLEAN LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON.



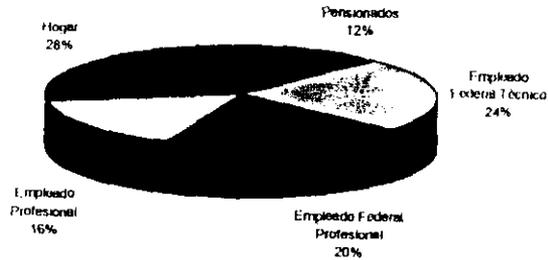
FUENTE : Encuesta consultorio

GRAFICA 6. OCUPACION DEL PADRE DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON, SON. 1996



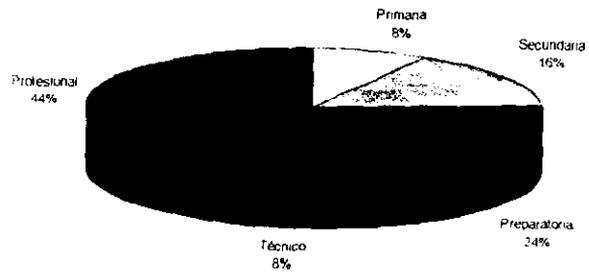
FUENTE: Encuesta consultorio

GRAFICA 7. OCUPACION DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON, SON. 1996



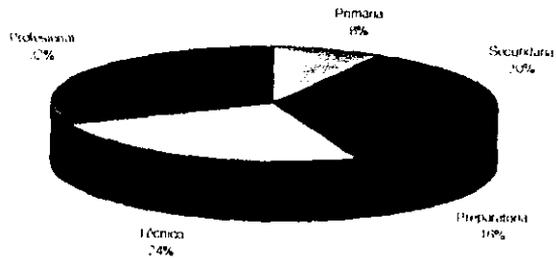
FUENTE: Encuesta consultorio

GRAFICA 8. ESCOLARIDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON, SON. 1996



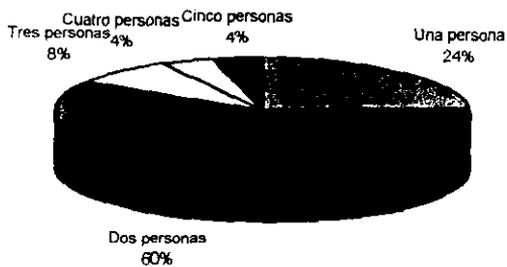
FUENTE: Encuesta consultorio

GRAFICA 9. ESCOLARIDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON, SON. 1996



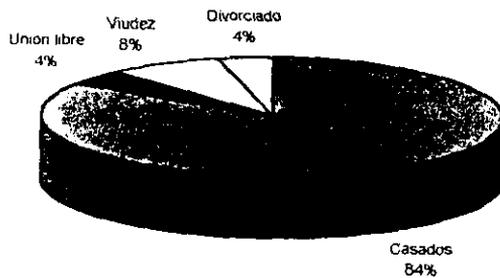
FUENTE: Encuesta consultorio

GRAFICA 10. NUMERO DE PERSONAS QUE APORTAN INGRESOS EN LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON



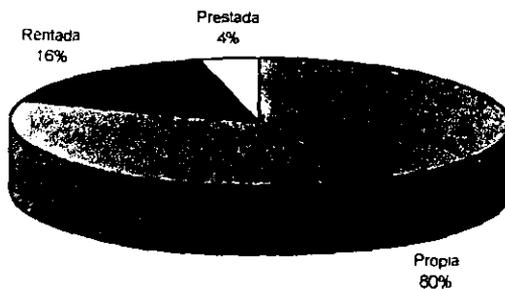
FUENTE : Encuesta consultorio

GRAFICO 11. ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON SON. 1996



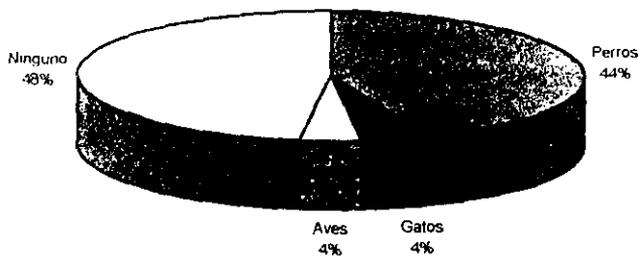
FUENTE : Encuesta consultorio

GRAFICA 12. TIPO VIVIENDA DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON, SON. 1996



FUENTE : Encuesta consultorio

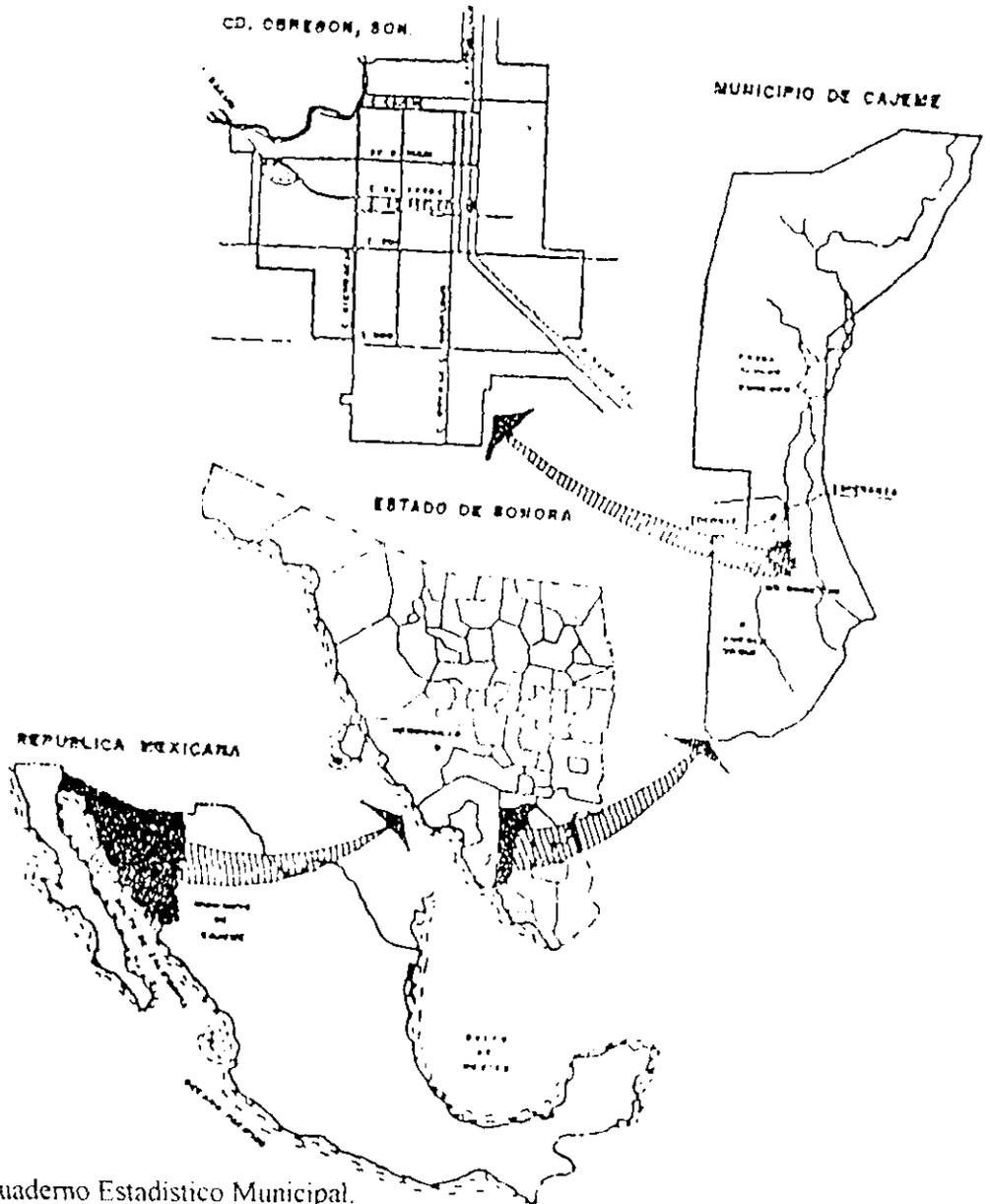
GRAFICA 13. ANIMALES DOMESTICOS QUE POSEEN LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.6 CLINICA ISSSTE CD. OBREGON SON. 1996



FUENTE : Encuesta consultorio

MAPA 1.

Municipio de Cajeme. Ubicación y Límites.

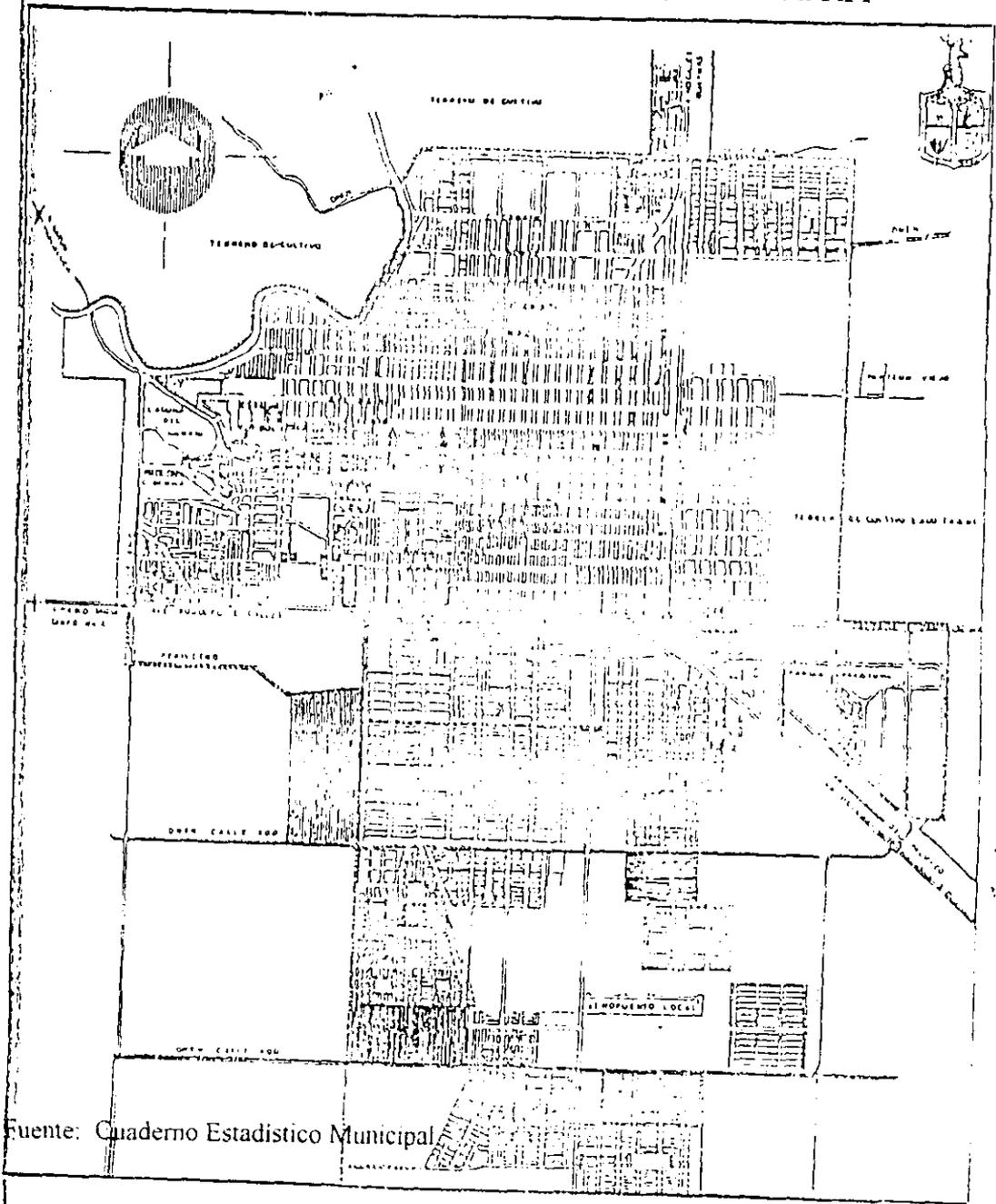


Fuente: Cuaderno Estadístico Municipal.

MAPA 3 (Cartografía).

COADRO I.1.3

PLANO OFICIAL DE CIUDAD OBREGON, SONORA



Fuente: Cuaderno Estadístico Municipal

VII. DISCUSION

La gráfica 1 es una importante fuente de información que hace conocer las características de los derechohabientes, por grupos de edad y sexo; llamando la atención que tiene una base pequeña invertida, en contraste con la pirámide del Municipio, representada por 34 niños menores de un año así como el grupo de edad de uno a cuatro años. Por una parte, la edad promedio de unión conyugal es de; 14 a 65 años, y por otra parte se presenta el registro tardío de los infantes al servicio que se ve en la falta del control del niño sano (15).

Se encontró una población femenina en edad reproductiva importante ya que el 43.74% se encuentra en la edad de 15 a 44 años, similar a la del Municipio con 42% y pueden ser la base para la realización de actividades preventivas y planificación familiar (15).

La población de 45 a 64 años donde el 18.75% son mujeres (243) y el 9.85% son hombres (118). En este grupo de edad deberán desarrollarse actividades de prevención relacionada a: trastornos metabólicos, degenerativos y neoplásicos.

Otro grupo que llama la atención es el de los mayores de 65 años; en donde el 14.73 % son mujeres (191) y el 13.30% son hombres (159), siendo mayor que en el Municipio: 2 % para hombres como para mujeres ameritando programas de prevención, rehabilitación, detección de enfermedades neoplásicas y valoraciones geriátricas(15).

La población de 5 a 14 años representada por el 17.41% de mujeres (226) y el 22.66% hombres (271), es similar a la encontrada en el Municipio lo que puede ser la base para la realización de orientación en escolares y de la atención al adolescente.

Fase del ciclo vital.

El 66 % de las familias en fase de dispersión, se debe a que la madre es trabajadora con niños en guardería y el promedio de años de unión conyugal analizado, la ubica con hijos en etapas de: escolares, adolescentes y estudiantes de profesional.

Planificación familiar.

En la población el 84 % se encuentra con un método anticonceptivo, el resto es por falta de pareja o por menopausia, siendo una población que se encuentra planificando lo que nos da las bases para la realización de

vigilancia del método utilizado en cuanto a factores de riesgo por los hormonales que es en el 20 % de las familias.

Integración familiar.

El 88 % de las familias se encontraron integradas lo que da las bases para lograr familias sin disfunciones o que requieren educación, orientación y vigilancia únicamente.

Escolaridad de los Padres.

Se encontró que los padres tienen escolaridad profesional en el 44 % y en las madres el 32 % considerando un nivel cultural alto lo que representa la *facilidad de establecer base de educación, orientación y prevención. No hay analfabetas.*

Ocupación de los padres.

Predomina en los padres la ocupación de empleado federal técnico en el 44 % y empleado profesional en el 16 % no se encontraron padres sin ocupación ya que el 8 % se pensionó y un 12 % finados, quienes no se encuentran como empleados federales trabajan por cuenta propia o empresas privadas, las madres se dedican al hogar en el 28 %, el resto en empleos federales técnicos y profesionales así como por su cuenta y empresas

privadas y en cuanto a la aportación económica solo el 24 % es por un solo integrante y el 60 % por dos y el resto por más integrantes teniendo como ingreso promedio 3606 pesos mensuales.

Estado civil.

El 84 % de las parejas se encontraron casadas y con 14.65 años de unión conyugal como promedio y divorciados en un 4 % lo que da las bases para establecerse la integración familiar así como una estructura más sólida y funcionalidad de la familia.

Vivienda.

El 80 % se encontró con casa propia y el 4 % casa prestada representando una ventaja por no incluir más gasto y no repercutir en el ingreso familiar dándose mayor solvencia. Se cuentan con todos los servicios de urbanización con casa de material de tabique, con techo de cemento sin inclemencias mayores a los presentados a la intemperie o en habitaciones de mala estructura que favorecen la poca protección al ambiente.

Hábitos de alcoholismo.

En el 56 % de los integrantes de la familia hay alcoholismo, sin referirse bebedor problemático o alcohólico dependiente sin repercusión manifiesta ni aparente puede considerarse como bebedor social ocasional.

El tabaquismo se encontró presente en el 32 % de las familias por algún integrante con promedio de 10 cigarros diarios.

La automedicación se vió en el 44 % de las familias con predominio sobre cuadros respiratorios altos, coincidiendo con estudios publicados (Nanni S y Castro A) (13).

Morbilidad.

Se encontró como primer motivo de consulta las infecciones de vías respiratorias con un porcentaje de 22.2 siendo alto en comparación con un estudio realizado por (Montaner I y Llor J.) donde fué la hipertensión arterial sistémica con un porcentaje del 13.23 el primer motivo de consulta y el quinto lugar las infecciones respiratorias. Ocupando en este estudio el segundo lugar la hipertensión arterial sistémica con el porcentaje 10.9 coincidiendo con cifras discretamente inferiores al trabajo de Montaner I.(8).

La diabetes mellitus coincide en sexto lugar con otros estudios realizados con un porcentaje 5.1 así como infecciones de vías urinarias con un porcentaje de 4.4 (8).

La gastroenteritis fue la tercera causa como motivo de consulta con un porcentaje del 9.3, reportadas en la literatura en segundo lugar con 12.9 (14) La artritis degenerativa con un porcentaje de 1.9 que está por abajo de reportada con un 5.9 (14).

En gastritis con un porcentaje del 2.5 está por arriba de lo reportado que es de 1.3 y las enfermedades traumáticas con 1.6 se han reportado por arriba del porcentaje estudiado con 7.4 (14) y existe una gran similitud en cuanto a las dermatosis que representaron el 2.4 por ciento y se ha reportado el 2.9 (14)

VIII.CONCLUSIONES

La aplicación del Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar, amplia el conocimiento de los determinantes de salud, y que se informa sobre las características demográficas, socio-económicas y culturales de la población, los servicios sanitarios y la morbilidad para establecer las medidas preventivas, de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, pudiendo ser la utilización de este sistema, un mecanismo de mejoría de los determinantes de la salud.

En el consultorio del sector No. 6 de la Clínica Hospital ISSSTE Cd. Obregón, Sonora, no se cuenta con programas preventivos de riesgo en la población con edades de 45-65 años o más, ni de enfermedades metabólicas, degenerativas y neoplásicas.

La población femenina en edad fértil no cuenta con programas de apoyo dirigidos a planificación familiar.

Todas las familias cuentan con un método de planificación familiar.

Existe una población importante de pacientes con edad mayor de 65 años a los que es necesario sumar programas de riesgos para la salud, rehabilitación, así como prevención oportuna en padecimientos que afectan al adulto mayor.

La educación de las familias y de sus integrantes ; va de la primaria a la profesional, no hay analfabetas, lo que nos puede dar las pautas para establecer una mejor promoción de los programas de educación médica en los tres niveles de prevención.

Se encontró alcoholismo y tabaquismo en el 56 y 32% de las familias respectivamente, sin repercusión aparente en la dinámica familiar. No específicamente en este estudio, ya que no se precisa intensidad ni tiempo de la adicción. En cuanto a este rubro no existen tampoco actividades preventivas.

Se detecta que las familias fomentan la automedicación , por la fácil disponibilidad de medicamentos, también por evitar el traslado a la unidad de adscripción y el tiempo de espera para la consulta o el creer saber el diagnóstico y el tratamiento que se les puede otorgar por experiencias previas.

El estado nutricional de la población es adecuado, considerando los buenos hábitos alimenticios y por el ingreso económico de las familias ; con un promedio de 3606 pesos.

Persistieron las infecciones de vías respiratorias, la hipertensión arterial y las gastroenteritis con un alto porcentaje. Las enfermedades degenerativas y la diabetes mellitus tipo II siguieron en importancia así como gastritis y dermatosis.

Desarrollar programas de formación continua en actividades preventivas y realizar un modelo de registro que identifique la intensidad en cuanto a los hábitos tóxicos ; alcoholismo y tabaquismo, que nos de la pauta para realizar investigaciones posteriores.

Propongo que se establezca una unidad de investigación modular para continuar con estudios en atención primaria que esté dando la información para la realización de programas prioritarios según las necesidades de la población, dándose incentivos y el reconocimiento por estas tareas.

Propongo la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar y su continuidad , con revaloraciones mensuales, semestral y anual.

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

Se debe realizar promoción de la salud en la población para que ésta aprenda y acepte la responsabilidad en su propio beneficio mejorando su calidad de vida y disminuir su morbi-mortalidad, interviniendo sobre actitudes y hábitos para evitar a futuro un proceso patológico, a través de equipos multidisciplinares con que se integren en la unidad.

Los programas de detección del cáncer cervicouterino en forma precoz ; de mama, colorectal y próstata, ante la posibilidad de su tratamiento y control en caso de fase latente o presintomática vulnerable, promoviendo proyectos de investigación.

Se deben realizar programas de prevención terciaria de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades degenerativas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López S. Actuación del especialista en Medicina Familiar en la Sociedad Actual. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1995; 33:317-320
2. Delgado A. La Participación Comunitaria: Una revisión necesaria. Atención primaria 1992; 9:457-459
3. Estebanel A, Pérez U, Martín M, Garcia M, Algora E y Cordoba R. Actuación Derivada de la Aplicación de un Programa de Actividades preventivas. Atención Primaria 1992; 10:539-542
4. Sánchez G. El Reto Actual de la Medicina Familiar en México. Rev. Med. IMSS (Méx) 1994; 32: 355-357
5. Turabián J. Percepción de éxito en programas de promoción de la salud en la atención primaria de la provincia de Toledo. Atención Primaria. 1994; 14 (8: 765-768)
6. Rodriguez J, Ruiz P, Fernandez A y Abedillo A. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria. 1994; 13: 39-41
7. Brunton S, Sutherland J. Prevención de la enfermedad y protección de la Salud. Taylor RB. de. Medicina de Familia, Principios y Práctica. Barcelona, Doyma, 1995; 85-99
8. Montaner I, Llor J, Tellado J, Custodi J, Pou R, Jové A. y Cols. Descripción de la demanda asistencial en la Unidad Docente de Tortosa Atención Primaria. 1985; 2: 3-14
9. Meads S. La clasificación de la OMS por "Razones de la Consulta". Crónica de la OMS. 1983; 37: 193-196.
10. Chavez V, García J. La atención Integral en Medicina Familiar. Rev. Méd. IMSS (mex) 1995; 33: 167-171
11. Chávez H. El médico Familiar en la atención primaria en la Salud Rev. Méd. IMSS (Méx) 1995; 33: 173-176

12. Soberón G, Langer A, Frenk J. Requerimientos del paradigma de la atención primaria en la Salud en los albores del siglo XXI. *Salud Pública Mex* 1988; 30 (5): 791-803
13. Nanni S, Castro A. La Automedicación. *Gaceta de la Facultad de Medicina UNAM*. Septiembre 25 1996 pag. 8
14. Morbilidad según demanda de atención externa. Jefatura de servicios de Salud Pública IMSS 1990 pag. 63-98
15. Cuaderno Estadístico Municipal. Gobierno del Estado de Sonora, INEGI y H. Ayuntamiento Constitucional de Cajeme. Ed. 1995
16. Rabadán M, Álvarez C, Granada C, García P, Corral C y Arnal R. Evaluación del programa de actividades preventivas y promoción de la Salud adulto en un área sanitaria. *Atención Primaria* 1993; 12: 637-645
17. Jiménez C, Lorenzo A, Segura E, Suárez P, Duarte A y Hernández T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. *Atención Primaria* 1993; 12: 269-272
18. Palomo L. La Atención Primaria de Salud y las unidades de investigación. *Atención Primaria*. 1995; 16: 165-167
19. Gil F, Quirce F, Talero S, Orozco D, Uris J y Merino J. Medicina en Atención Primaria (Asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alicante) : 2 años de experiencia. *Atención Primaria* 1993; 12:152-154
20. OMS Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata. URSS de Septiembre 1978. Doc. Of. No.1 Ginebra, Suiza 1978.
21. Irigoyen A, Mazón J, Landgrave S y Gonzalez M. Aportaciones del Dr. Bernardo Sepúlveda a la Medicina Familiar Mexicana. *Rev. Méd. Del IMSS (Méx.)* 1993 ;31 :411-415
22. Rodríguez J. Historia y Filosofía de la Medicina Familiar. *Boletín informativo Medicina Familiar UNAM*. 1995 ; 2(11) :1-3

23. Pasarin Y, Barrel C, Panella H, et. al. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. *Atención primaria*. 1996,17(7) :47-61
24. Arellano S, Silva R. Diabetes Mellitus en la práctica diaria. El respaldo de los profesionales de la salud. Instituto Lakeside. MM. 1994
25. Bustos G. El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas. *Atención primaria* 1993 ; 12(4) : 183-184
26. Sepúlveda B, Mendez L. Programa para la implantación del nuevo sistema médico familiar. *Rev. Méd. IMSS (Méx.)* 1993 ; 31(31) : 407-410
27. Irigoyen A, Gómez I, Noriega P, Hernández I, Arteaga R, Graniel E, Castro J. Modelo sistemático de Atención médico familiar. *Fundamentos de medicina familiar*. 1996 ; pag. 153-173
28. Ilaq. C, Ventres W, Hunt V, et.al. salud y sociedad donde hay médico de familia : El desarrollo de la medicina familiar en el mundo. *Bol. Oficina panamericana* 1996 ; 120(1) 44-57
29. Dickinson - Bannack y Cols. Un modelo de investigación de primer nivel de atención. *Rev. Fac. Med. UNAM*. 1996 ; 29(1) : 7-13

XI. ANEXOS.

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
EN GRUPOS DE LAKEOS DE 5 AÑOS

SEXO GRUPO DE EDAD	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
- 1 Año			
1 - 5			
6 - 10			
11 - 15			
16 - 20			
21 - 25			
26 - 30			
31 - 35			
36 - 40			
41 - 45			
46 - 50			
51 - 55			
56 - 60			
61 - 65			
65 a +			
TOTAL			

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.

10 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD * () POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

C.I.E. 9 ^{ta} Rev.	DIAGNOSTICO	GRUPOS DE EDAD Y SEXO															
		-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65 a +		TOTAL	
		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																	

* (a) ENFERMEDADES TRANSMISIBLES o INFECCIOSAS
 (b) ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES o NO INFECCIOSAS
 (c) ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS.