



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

11226

124
29.

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. 3 TURNO VESPERTINO
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 :

Dra. Irene Elizabeth Muñoz Martínez



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

265007



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

CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.3
TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA.**



ISSSTE

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

PRESENTA:

Dra. IRENE ELIZABETH MUÑOZ MARTINEZ

1996



ISSSTE
DIRECCION

**CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA**

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 3
TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.**

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

DRA. IRENE ELIZABETH MUÑOZ MARTINEZ

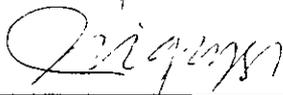
AUTORIZACIONES:



**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 IRIGOYEN 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:

DRA. IRENE ELIZABETH MUÑOZ MARTINEZ

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 3
TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.



ISSSTE

DIRECCION

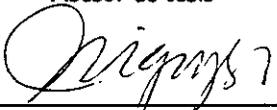
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA



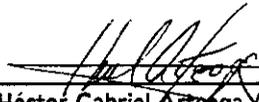
Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa
Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.



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

I. MARCO TEORICO	01
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	07
III. JUSTIFICACION	11
IV. OBJETIVOS	13
V. METODOLOGIA	14
1. TIPO DE ESTUDIO	14
2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	14
3. TIPO DE MUESTRA	14
4. TAMAÑO DE LA MUESTRA	14
5. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION	15
6. VARIABLES DE MEDICION	16
7. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR INFORMACION	19
8. CONSIDERACIONES ETICAS	19
VI. RESULTADOS	20
1. ESTUDIO DE COMUNIDAD	20
2. CENSO DE POBLACION	25
3. DIAGNOSTICO FAMILIAR	25
4. MORBILIDAD	27
5. CUADROS Y GRAFICAS	28

I. MARCO TEORICO.

Uno de los más difíciles problemas en la medicina contemporánea es la identificación del papel exacto del médico primario ó médico de primer contacto. La mayor parte de la atención médica primaria se otorga todavía en forma tradicional por los médicos generales. Ningún sistema se mantiene tan satisfactoriamente como éste. Si un médico esta disponible directamente para la misma población, a lo largo de varios años, ser tanto un médico personal y de seguimiento como un médico primario. (1)

El equipo sanitario de atención primaria puede llegar a la mayoría de la población al aplicar los programas preventivos: diversos estudios realizados en el Reino Unido demuestran que, el 64 % de las personas consultan a su médico general en un año y que alrededor del 95 % lo hacen en alguna ocasión en el curso de cinco años. (20)

Desde 1954 en que se instauró en el IMSS el sistema de medicina familiar como modelo de atención médica, se tuvo la intención de cubrir las necesidades de

salud de los derechohabientes a través de un sistema que tenía por separado a niños y adultos, este modelo operó por mas de 20 años y poco se pudo lograr incidir en la salud familiar. El 15 de marzo de 1971 inicia formalmente el curso de especialización de medicina familiar, con la intención de atender las necesidades de salud familiar en forma integral. (3)

En los últimos años han adquirido una importancia creciente la prevención y la promoción de la salud, impulsando la práctica de actividades por parte de los equipos de atención primaria. (4)

El aprovechamiento de esta promoción de la salud se verá manifestada en dos hechos fundamentales: en reducir los costos de la atención e incrementar la calidad de vida de los miembros de las familias. (21)

La atención primaria a la salud es desde hace varios años la estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para poder elevar el nivel de salud de la población, su aplicación ha encontrado múltiples barreras que limitan en cierto grado su total aplicación.

Algunas de estas barreras son tan difíciles de franquear que algunos especialistas, incluso de la OMS, han llegado a pensar que el objetivo es utópico. Es ardua la tarea que debe enfrentar el médico, puesto que debe afrontar la difícil tarea de realizar acciones de medicina preventiva. Pero cabe preguntarse, ¿Estamos realmente capacitados para realizar este tipo de acciones? (5)

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. (22)

El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud resulta útil como método para detectar problemas de salud en población asintomática, pero es preciso que esta actividad siga de una intervención mínima y un control de problema para alcanzar los objetivos propuestos. (6)

La Medicina Familiar Mexicana actual, se ha caracterizado por el desinterés general y por el cuestionamiento de la práctica de la especialidad en el ámbito intelectual, situación que conduce a escasa gratificación en el ejercicio de la misma.

Los fenómenos periféricos a esta especialidad y de procedimientos propios, podrán ser superados siempre y cuando se parta de la premisa nacional de que es necesario fortalecer la especialidad como alternativa para resolver la atención primaria a la salud. (7)

En los años setenta inició una recesión económica que endureció en los años ochenta y cuya carga se ha exacerbado el mundo hasta la fecha. Dicha crisis ha traído consigo mayores niveles de pobreza y ha aumentado las desigualdades sociales entre distintos grupos de población de numerosos países.

Los países más pobres intentan hacer frente al rápido crecimiento de la población y a la acelerada urbanización, al tiempo que los más ricos tratan de superar las consecuencias perjudiciales que se derivan de sus bajas tasas de crecimiento económico y del envejecimiento de sus poblaciones. Los cambios

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. (23)

El desarrollo de programas y demandas 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 a la salud (PAPPS). (10)

En América es evidente que el campo de la medicina familiar se encuentra en diversas etapas de desarrollo, es una especialidad bien establecida en Canadá, con 16 escuelas de Medicina Familiar. En Estados Unidos la Medicina Familiar se constituyó en especialidad en 1969, y desde entonces ha crecido hasta abarcar más de 400 programas de residencia. Los programas de posgrado para médicos de

familia están bien establecidos en Dinamarca, Escandinavia, España, Irlanda, Portugal y el Reino Unido, pero menos desarrollados en los países que ofrecen acceso universal a la atención primaria de salud, se han asignado suficientes recursos para desarrollar programas de atención primaria en personas y financiamiento adecuado. Promover con éxito la medicina Familiar en la esfera internacional requiere una serie de esfuerzos independientes pero coordinados, desde las comunidades locales hasta las organizaciones internacionales. (9)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención primaria de la salud ha presupuesto cambios importantes en los últimos años. El inicio de estos cambios se remonta a la conferencia de la OMS en la Alma-Ata en el año 1978, donde se propuso un modelo nuevo de atención primaria de salud, que implicaba que ésta estuviera dirigida a la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad. (11)

Las condiciones de salud que hoy prevalecen en nuestro país son muy diferentes a las condiciones que tenía en los 70, ese cambio en las condiciones de salud de los mexicanos se debe al desarrollo que ha tenido el país, y en sí, al desarrollo que ha tenido la sociedad. (12)

El sistema de salud del México actual tiene un poco mas de 50 años, esto reclama una modificación de los sistemas en tres estrategias fundamentales, la primera es la cobertura en protección a la salud, la segunda es la investigación en salud y tercera es la calidad de la atención en salud. (13)

La salud exige algo más que simple curación de la enfermedad, es la exigencia de complicadas actividades preventivas de naturaleza económica, social y cultural. (14)

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 requieran. (25), (26)

Se informa que México dedica entre el sector público y privado una cantidad importante de recursos para la salud, sin embargo, se encuentran desorganizados, de ahí la búsqueda de que la población más pobre, sin capacidad de un prepago y acceso a prestaciones de servicios de salud, pueda incorporarse a la seguridad social. Los servicios tienen que ampliar su extensión en forma gratuita. (15)

Como regla todo padecer involucra a la familia, de manera de envolver es muy variada y difícil de predecir, a menos que se tenga un conocimiento profundo e íntimo de los diversos factores psicológicos sociales y culturales que determinan las peculiaridades de la estructura dinámica de la familia, y la interpretación y sentido profundo que sus integrantes le dan a la enfermedad y al padecer. Es evidente que es el médico, quien, no solo debe tratar la enfermedad, sino el padecer de la familia en forma integral. (24)

La medicina familiar en América se encuentra en diversas etapas de desarrollo. En el norte de Europa tienen programas bien establecidos de posgrado para médicos familiares; pero a diferencia de América se han asignado suficientes recursos para desarrollar programas de atención primaria con personal y financiamiento adecuado.

La medicina familiar en México, no ha logrado un impacto real sobre la problemática de salud, en la práctica las únicas actividades preventivas son las derivadas de campañas que se diseñan en un nivel institucional centralizado.

Tomando en cuenta estas consideraciones, ¿Como establecer un programa de actividades preventivas, de promoción de salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en el consultorio No 3 de medicina familiar del turno vespertino, de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora?

III. JUSTIFICACION.

El funcionamiento actual de la atención médica familiar ha causado insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes porque no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud ya que nuestro sistema de salud, toma medidas hasta que se presenta la enfermedad.

Actualmente la medicina familiar en México no funciona como debe de ser, desde que se inicio la especialidad de medicina familiar en marzo de 1971 en el IMSS. Al médico familiar no se le ha dado el lugar que se merece dentro de la estructura de las sociedades médicas del país, por tal motivo no se ha desarrollado en forma adecuada la atención primaria a la salud. Por ello se requiere que en los programas de medicina preventiva se le dé mas participación a la medicina familiar, para poder realizar una medicina integral, lo que requiere modificar la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psicosociales en la comprensión del proceso salud-enfermedad; esta situación, obviamente favorece a los individuos, ya que de sistema u organismo pasan a ser personas incrustadas en

una estructura social. Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas a 2do. y 3er. nivel y en general una atención médica de excelencia que le permita promover y mantener la salud de sus familias.

Por esta razón es imprescindible que se conozcan a fondo las condiciones sociosanitarias que imperan en la comunidad para poder dar una atención médica con mayor calidad y calidez.

IV. OBJETIVOS.

4.1. Generales.

Determinar las causas de morbilidad y las características biopsicosociales de la comunidad como condición indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

4.2. Específicos.

a) Instituir el modelo sistemático de atención a la salud de las familias, con el propósito de hacer aplicativo el modelo de atención médico familiar.

V. METODOLOGIA.

5.1. Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, que consideró tres estrategias: un censo de población adscrita al servicio médico, estudio de salud comunitario y la identificación de morbilidad.

5.2. Población lugar y tiempo.

El grupo de estudio se basó en las familias derechohabientes asignadas y que acudieron al servicio en el turno vespertino al consultorio No.3 de medicina familiar de la clínica hospital "B" ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, México de enero a mayo de 1996.

5.3. Tipo de muestra.

No aleatoria por cuotas.

5.4. Tamaño de la muestra.

Universo de trabajo de adscripción.

Los tamaños de la muestra para las tres actividades señaladas fueron determinadas a través del paquete EPI-INFO 5, y con un error β (error de estimación) = 0.046 y con un error α (coeficiente de confianza) = 0.95.

5.4.1. Censo poblacional.

Cien tarjetas tomadas al azar, en el departamento de vigencias de derechos que correspondieron a población asignada al consultorio No.3 del turno vespertino de la clínica hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora.

5.4.2 Estudio de diagnóstico familiar.

Cincuenta encuestas directas a familias asignadas al consultorio No.3 turno vespertino, por medio de una cédula de microdiagnósticos familiar (ver anexo).

5.4.3. Morbilidad.

Se revisaron cincuenta hojas de informe diario de actividades del médico del consultorio No.3 del turno vespertino.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

5.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

5.5.1.1. Censo de población.

Cien tarjetas de vigencia de derechos de familias que son usuarias del servicio y pertenecientes al consultorio No.3 turno vespertino.

5.5.1.2. Estudio de Diagnóstico Familiar.

Todas las familias que residan en el área de influencia del consultorio No.3 del turno vespertino y la disposición del familiar para responder al interrogatorio.

5.5.1.3. MORBILIDAD.

Todas las hojas de informe diario de actividades del médico del consultorio No.3 del turno vespertino. De éstas solo se incluyeron los diagnósticos de primera vez y subsecuentes legibles.

5.5.2. Criterios de Exclusión.

5.5.2.1. Para censo poblacional.

La población no usuaria aunque pertenezca al consultorio No.3 del turno vespertino.

5.5.2.2. Para el diagnóstico de familia.

El rechazo del familiar a contestar la encuesta y las familias asignadas al consultorio No.3 del turno vespertino, pero que no residían dentro del sector poblacional.

5.5.2.3. Para Morbilidad.

Se excluyeron los diagnósticos presuncionales ilegibles.

5.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACION.

5.5.3.1. Censo Poblacional.

La población no asignada al consultorio No.3 turno vespertino y la población que perdió su vigencia de derecho durante el desarrollo del estudio.

5.5.3.2. Diagnostico Familiar.

Las encuestas incompletas, las familias que durante el estudio hicieron cambio de domicilio fuera de sector.

5.5.3.3. Morbilidad.

Las hojas del informe médico ilegibles e incompletas, así como diagnósticos que no se encontraron en las diez primeras causas de consulta.

5.6. VARIABLES DE MEDICION.

5.6.1. Censo Poblacional.

Las variables fueron de tipo cuantitativo y cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas según el caso, se consideraron las variables de:

- Número total de individuos.
- Número total de individuos del sexo masculino.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número de individuos de sexo masculino por grupos étnicos.
- Número de individuos de sexo femenino por grupos étnicos.

5.6.2. Diagnostico Familiar.

Las variables fueron cualitativas y cuantitativas en escala nominal y ordinal identificándose:

- ◆ Fase del ciclo vital según Geyman:
 - a) Fase de matrimonio: se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
 - b) Fase de expansión: desde el nacimiento del primer hijo, el número de hijos aumenta y termina cuando inician con actividades escolares.
 - d) Fase de dispersión: se identifica claramente, por el hecho de que los hijos asisten a la escuela.
 - e) Fase de Independencia: cuando los hijos han formado nuevas familias.
 - f) Fase de retiro y muerte: la pareja ha quedado sola y se ven amenazados por las siguientes circunstancias: incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y con frecuencia reclusos en asilos.
- ◆ Tipo de familia:
 - a) Familia nuclear: el modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.
 - b) Familia extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos.

- c) 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:
- d) Familia integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- e) Familia semintegrada: los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.
- f) Familia desintegrada: cuando hay la ausencia de uno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación, 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.
- ◆ Hábitos higiénicos. Buenos cuando la familia cumple con baño diario y cambio de ropa, aseo dental, lavado de manos antes de comer entre otros, irregular cuando cumplían menos estas indicaciones.
- ◆ Toxicomanías. Tabaquismo, aquel que en el momento del estudio refieren haber consumido cigarrillos en cualquier frecuencia y cantidad.
Alcoholismo: aquel que en el momento del estudio refieren haber consumido bebidas alcohólicas en cualquier frecuencia y cantidad.
- ◆ Alimentación: Buena para aquellas familias que consumen carne, huevos, leche, verduras, pescado, semanalmente y regular cuando les faltó algunos de estos alimentos durante la semana.
- ◆ Condiciones de vivienda: 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.

5.6.3. Morbilidad.

Para la identificación de morbilidad se consideraron variables de tipo cuantitativo en escala nominal; correspondiendo a las diez primeras causas de consulta por grupos de edad y sexo, los cuales son:

1. - Infección de vías respiratorias.
2. - Diabetes Mellitus.
3. - Hipertensión Arterial.
4. - Gastrocolitis.
5. - Padecimientos osteomusculares.
6. - Dermatomycosis.
7. - Traumatismo y Accidentes.
8. - Parasitosis intestinal.
9. - EPOC.
10. - Infección de vías urinarias.

5.7. Procedimiento para captar información.

El procedimiento fue por paloteo. Ver anexos 1,2,3.

5.8. Consideraciones Éticas.

No fueron necesarias ya que esta investigación no representa ningún riesgo para la salud.

VI. RESULTADOS.

Estudio realizado en el consultorio no.3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora.

6.1. Estudio de Comunidad.

6.1.1. Geografía.

El estado de Sonora se encuentra al noroeste de la República Mexicana, 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 el Mar de Cortés. Se encuentra dividido en 70 municipios, en los que se encuentra Cajeme, que se localiza entre los paralelos 27° 06'57" y 28°22'47" de latitud norte y entre los meridianos 109°35'17" y 110°16'54" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, a una altura de 46m. sobre el nivel del mar, con una superficie de 4, 037.11 Km²., en el suroeste del estado; limita al norte con 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 Bacum al sur con el Mar de Cortés. Su cabecera es la población de Cd. Obregón.

Cajeme presenta básicamente dos tipos de clima cálido y muy seco; la hidrografía del municipio cuenta con el 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 sarcocaula, la fauna es rica y variada: Venado, coyote, zorra, búho, gavián, coralillo, cascabel, etc.

6.1.2. Datos Históricos.

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, minera, construcción).....	21.86%
Sector Terciario (comercio, banca, admón. pública).....	55.77%
Población desocupada.....	2.94%

Otros no específicos.....2.01%

La religión se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Católica	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 43.1%, solteros 41.9%, unión libre 8.6%, separados 1.4%, viudos 3.3%, divorcios 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 vivienda de un total de 64473 casas particulares, el 80% cuenta con piso, techo y paredes de cemento y tabique. Cuenta 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 es la siguiente:

COLONIA	HABITANTES	COLONIA	HABITANTES
Urbanisable # 1	1843	Fco.Eusebio Kino	3350
Urbanisable # 2	2142	Fracc.del Bosque	105
Urbanisable # 3	1399	Fracc. Otancahi	173
Urbanisable # 4	3743	Hidalgo	4189
Urbanisable # 5	4443	Infonavit Yukuhimari	2412
Urbanisable # 6	3340	Jardines del Valle	3297

Libertad	6710	Matías Méndez	3028
Agrónomos	87	Miravalle	14098
Arboledas	133	Misioneros	330
Aves del Castillo	2077	Morelos	2732
Bella Vista	1348	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	1° de Mayo	10121
Cortinas	10273	Real del Sol	790
Cuahutemoc	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 Fonta	5641
Faustino Felix	6080	Villas del Nainari	1045
FOVISSSTE #1	970	Valle Verde	4580
FOVISSSTE #2	1724	Valle Dorado	8550
FOVISSSTE #3	752	Villa California	1647
Sonora	4068	Sostenes Valenzuela	5340
Tepeyac	2838	Termoeléctrica	14
Tetabiate	343	Zona Norte	921
Total			224404

El sector productivo en Cajeme se ha sustentado en el desarrollo de las actividades agropecuarias y principalmente en la agricultura, la acuicultura que ha impulsado en los ejidos ha representado que se eleve el volumen de producción de camarón y jaiba.

Cuenta además con actividad industrial, comercial y de servicio que tienen gran importancia por la generación de empleo, influencia en la estructura de producción y en la estructura de consumo de la población.

El municipio de Cajeme está comunicado con el resto del estado y del país a través de la carretera federal no.15 (carretera internacional), la cual entra al municipio proveniente del sur a la altura del km. 199 del tramo de la carretera Mochis- Obregón.

Se cuenta con una central camionera donde se concentra el transporte urbano y suburbano. El ferrocarril tiene gran importancia dentro del municipio ya que es uno de los principales medios para el transporte de grandes volúmenes de producción, obtenidos de las diferentes ramas de actividad, así como la transportación de pasajeros hacia: el norte del estado y por la costa del pacífico hasta Guadalajara y México.

Ciudad Obregón cuenta con un aeropuerto federal localizado al sudeste de la ciudad, es de tipo nacional, con una pista de concreto hidráulico de 2,300 mts. de longitud y una plataforma comercial de 2,100 m² y la capacidad para 30 aviones.

El municipio está integrado a la red federal de microondas por medio del ramal Guadalajara-Ciudad Obregón-Hermosillo, la capacidad del ramal es de 3 canales bidireccionales de TV, aproximadamente 2000 circuitos de telefonía, además de contar con el servicio de TELMEX.

Se imprimen en Cd. Obregón tres periódicos, dos matutinos: Tribuna del Yaqui, Diario del Yaqui y Vespertino Extra de la tarde.

Existe un canal local de Televisión (canal 2) y 3 canales que funcionan como repetidoras de los canales 2, 7 y 13 de la Cd. de México, además la señal del canal 6 de Hermosillo Telemax, así como de sistema de visión por cable. Para el servicio de radiodifusoras cuenta con 8 de amplitud modulada y 2 de frecuencia modulada.

6.1.3. Educación.

En el estado se encuentran estudiando 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 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 2do. 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, represa, aguas térmicas, cacería de venado, museos y playas. Además cuenta con el 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.

6.1.4. 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, 222 paramédicos, 234 administrativos, 405 otro personal.

ISSSTESON: 34 camas, 12 consultorios, 2 quirófanos, 59 médicos, 60 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos, 25 otro personal, 1 rayos X, 1 laboratorio.

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.

Al consultorio No.3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, le corresponde una población de 3,345 derechohabientes, distribuidas entre varias colonias de las que se tomo como muestra la colonia FOVISSSTE III, ésta se encuentra al norte de la ciudad en zona urbana, limita al norte con la colonia Ampliación de Villa California, al sur con el Túnel, al este con Villa California y al oeste con las Areneras. Su población según el censo de 1990 es de 752 habitantes, las calles que la conforman, se encuentran pavimentadas, cuenta con los servicios públicos, con adecuado sistema de transporte.

6.2. CENSO POBLACIONAL.

En la pirámide de población se encontró: Total de población 3,345, con un total de 1539 hombres y 1806, mujeres distribuidos de la siguiente manera:

- Menores de 1 año del sexo masculino	30 con el 2.0%
- Menores de 1 año del sexo femenino	45 con el 2.5%
- De 1 a 4 años del sexo masculino	130 con el 8.5%
- De 1 a 4 años del sexo femenino	73 con el 4%
- De 5 a 14 años del sexo masculino	354 con el 23%
- De 5 a 14 años del sexo femenino	343 con el 19%
- De 15 a 24 años del sexo masculino	285 con el 18.5%
- De 15 a 24 años del sexo femenino	397 con el 22%
- De 25 a 44 años del sexo masculino	285 con el 18.5%
- De 25 a 44 años del sexo femenino	523 con el 29%
- De 45 a 64 años del sexo masculino	289 con el 18.5%
- De 45 a 64 años del sexo femenino	280 con el 15.5%
- Mayores de 65 años del sexo masculino	170 con el 11%
- Mayores de 65 años del sexo femenino	145 con el 8%

(Ver gráfica 1)

6.3. DIAGNOSTICO DE SALUD FAMILIAR.

6.3.1. Fase del ciclo vital.

En cuanto a este resultado, el mayor porcentaje fue en la fase de dispersión con un 60% siguiendo con un 18% independencia, 12% en fase de expansión, 6% en fase de matrimonio y 4% en fase de retiro y muerte. (gráfica 2)

6.3.2. Tipo de familia.

Están compuestas de la siguiente manera:

Tipo nuclear con 66%, tipo extensa con un 26% y extensa compuesta con un 8% . (Gráfica 3).

6.3.3. Integración Familiar.

Las familias integradas ocuparon el primer lugar, con un 70%, en segundo lugar fueron las familias semi-integradas con un 28% y en tercer lugar, fueron las familias desintegradas con un 2%. (Gráfica 4).

6.3.4. Planificación familiar.

El 38% tiene control con salpingoclasia, en otros (incluye: coito interrumpido, ritmo, histerectomía, abstinencia etc.) se encontró un 18% con un DIU un 14% vasectomía un 14% preservativos con un 10% y hormonales orales con un 6%. (gráfica 5)

6.3.5. Hábitos higiénicos.

El 84% se consideraron buenos, el 15% regulares y el 1% deficientes. (gráfica 6).

6.3.6. Toxicomanías.

El alcoholismo con un 56%, tabaquismo con un 39% y otros con un 5 % (gráfica 7).

6.3.8. Condiciones de Vivienda.

El 99% tiene construcción de material de concreto y ladrillo, todas cuentan con servicios de agua intradomiciliaria, luz y drenaje. El 66 % tiene casa propia y el 34% licitan como rentada, prestada o hipotecada (gráfica 9). El 55% cuenta con dos recamaras y el 42% con 3 recamaras.

6.3.9. Antecedentes heredofamiliares.

Se encontró en primer lugar con diabetes mellitus con un 58%, hipertensión arterial con 56%, obesidad con 46%, oncológicos con 30%, alérgicos con 32%, Con asma un 16%, con epilepsia con 10% y con enfermedades tiroideas con un 6% (gráfica 10).

6.3.10. Convivencia con Animales Domésticos.

Se encontró que un 25% conviven con animales y el 75% no conviven con animales (gráfica 11).

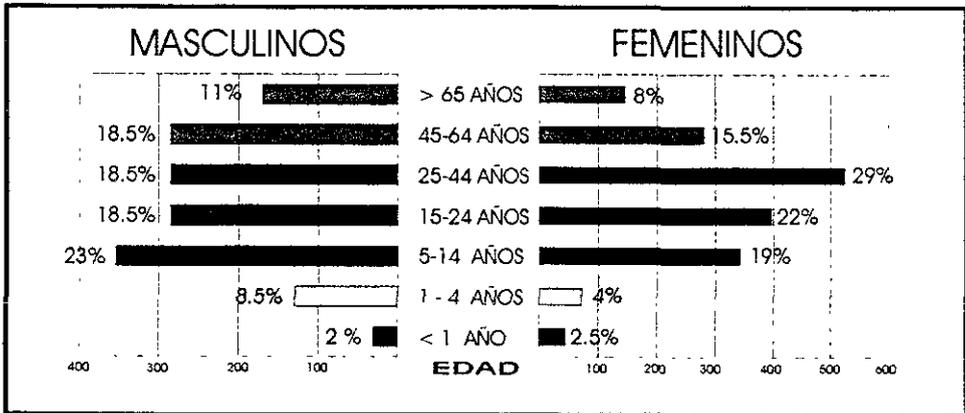
6.4. Morbilidad.

Fue un total de 970 pacientes los que acudieron a consulta, encontrándose lo siguiente: 66% correspondió al sexo femenino y 34% al sexo masculino (gráfica 12).

Los diez principales motivos de consulta fueron: en primer lugar, infecciones de vías respiratorias con un total de 356 casos, 36.7%; la segunda causa diabetes mellitus con 108 casos, 11.13%; la tercera causa hipertensión arterial con 103 casos, 10.6 %; la cuarta gastrocolitis con 82 casos, 8.45%; la quinta padecimientos osteomusculares con 79 casos, 8.1%; la sexta causa dermatomicosis con 72 casos, 7.4%, la séptima causa traumatismo y accidentes con 58 casos, 5.9%; la octava causa parasitosis intestinal con 45 casos, 4.6%; la novena, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 36 casos, 3.7% y la décima causa infecciones de vías urinarias con 31 casos, 3.1% (cuadro No. 1)

6.5 CUADROS Y GRAFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional del consultorio N° 3 de medicina familiar de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Son. 1996.

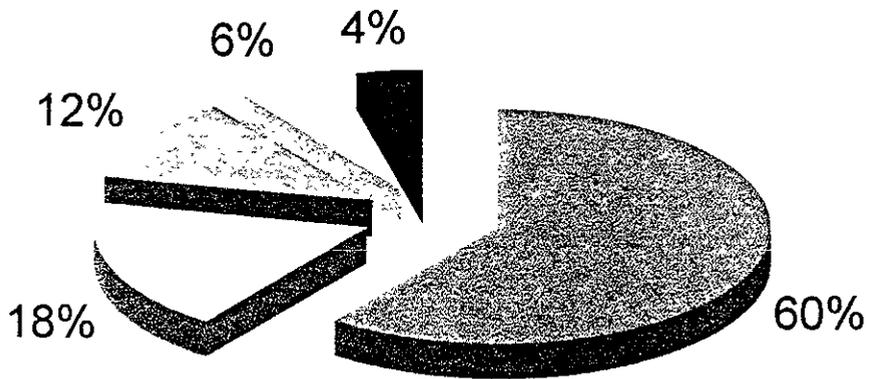


MASCULINOS 1539 = 46 %
 FEMENINOS 1806 = 54 %
 TOTAL 3345 = 100 %

N = 352
 MASCULINOS = 162
 FEMENINOS = 190

Fuente: Departamento de vigencias Clínica ISSSTE. Cd. Obregón, Son.

Gráfica 2. Fase del Ciclo Vital en Familias del Consultorio No.3 Turno Vespertino de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora 1996

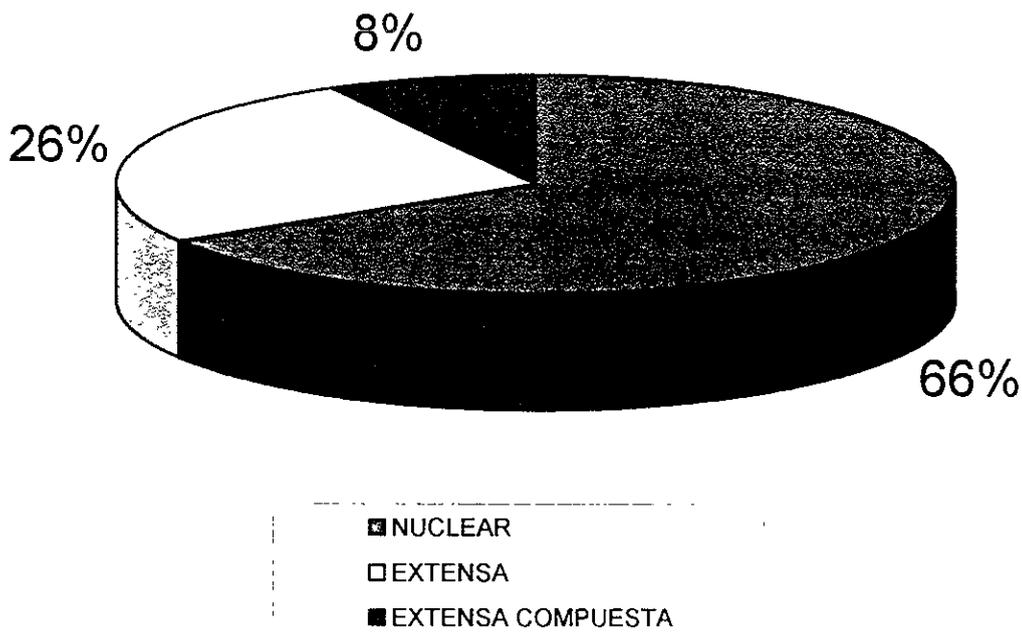


▣ Fase de Dispersión
▣ Fase de Expansión
■ Fase de Retiro y Muerte

Fase de Independencia
Fase de Matrimonio

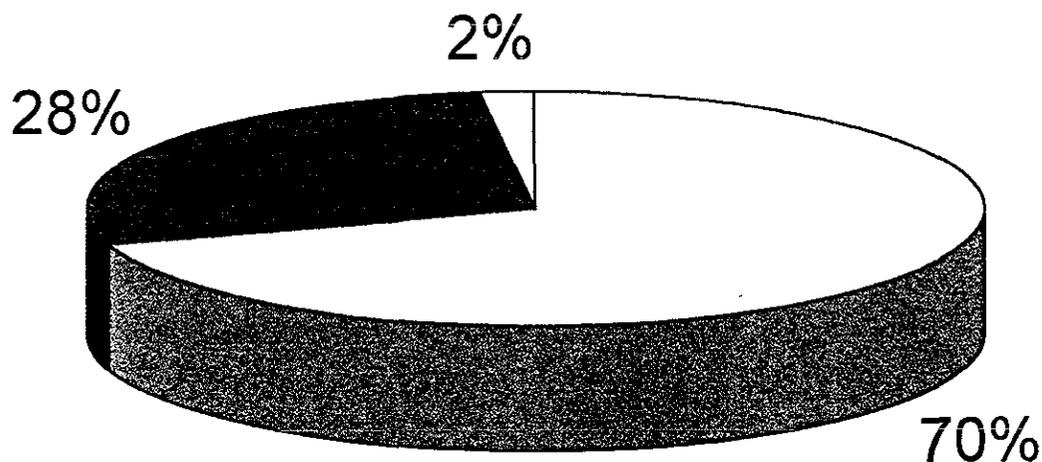
Fuente: Encuesta en Consultorio

**GRAFICA 3. Tipos de Familias del Consultorio No.3
Turno Vespertino de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd.
Obregón, Sonora 1996.**



Fuente: Encuesta en Consultorio.

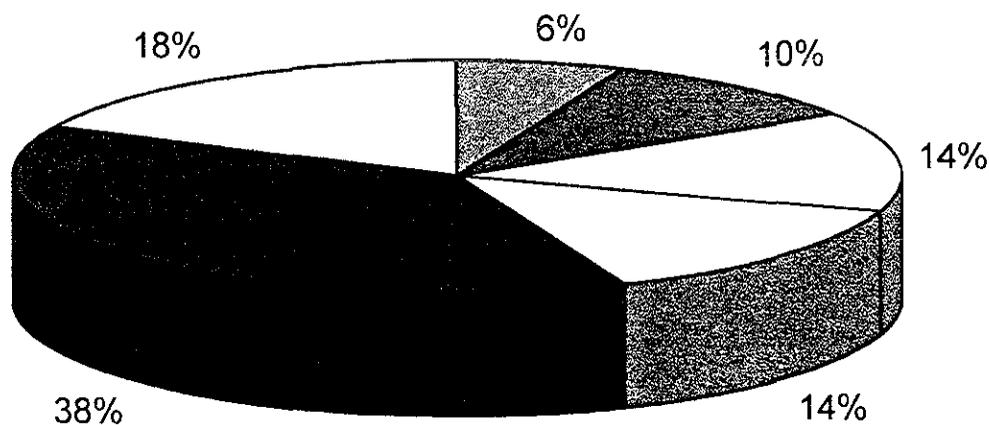
Gráfica 4. Integración Familiar.



□ INTEGRADA ■ SEMINTEGRADA □ DESINTEGRADA

Fuente: Encuesta en Consultorio.

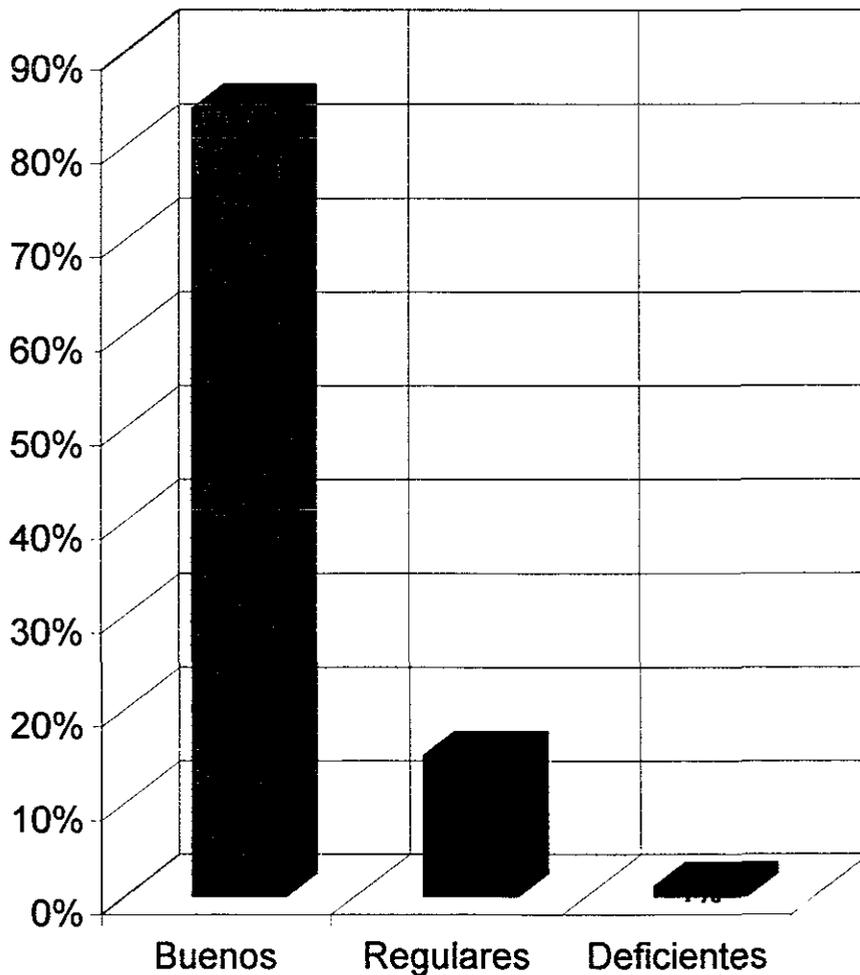
Gráfica 5. Planificación Familiar.



- | | |
|---------------------|-----------------|
| ■ Hormonales Orales | ■ Preservativos |
| □ DIU | □ Vasetomias |
| ■ Salpingoclasia | □ Otros |

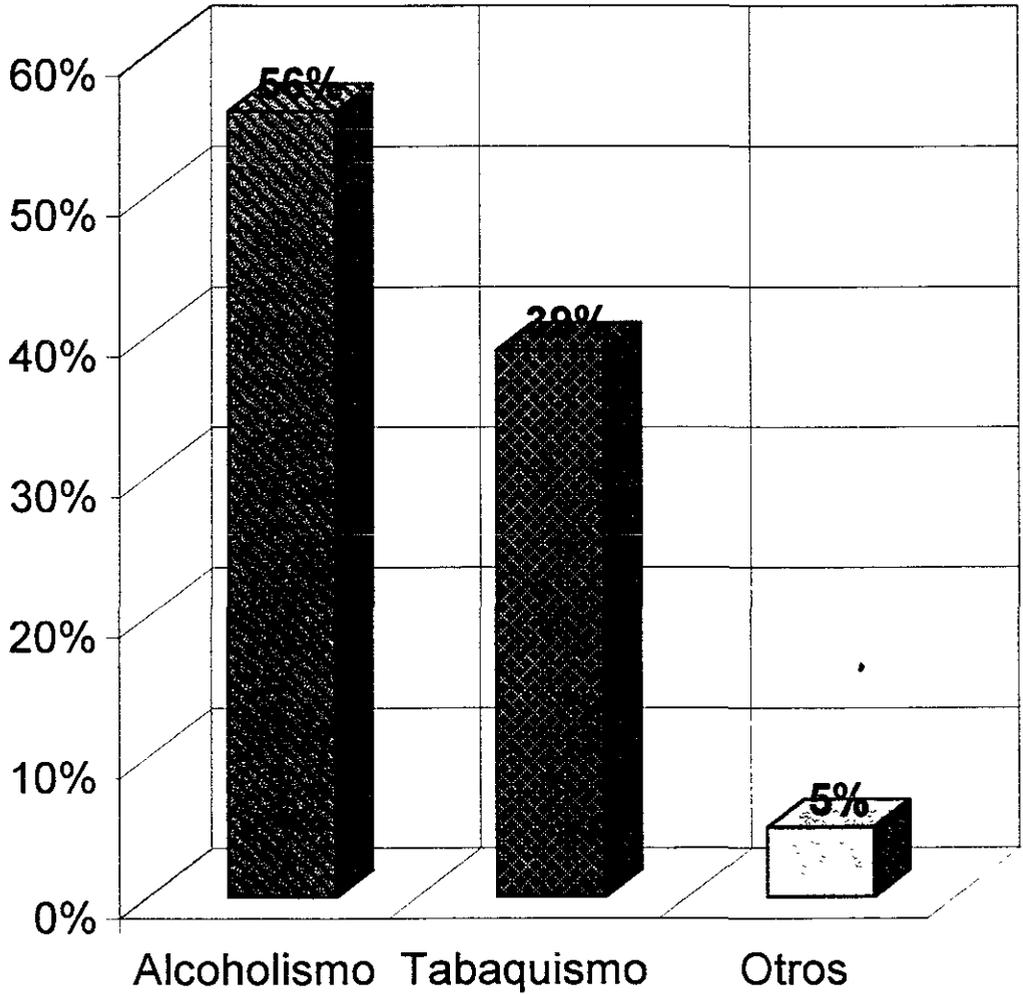
Fuente: Encuesta en Consultorio.

Gráfica 6. Hábitos Higiénicos.



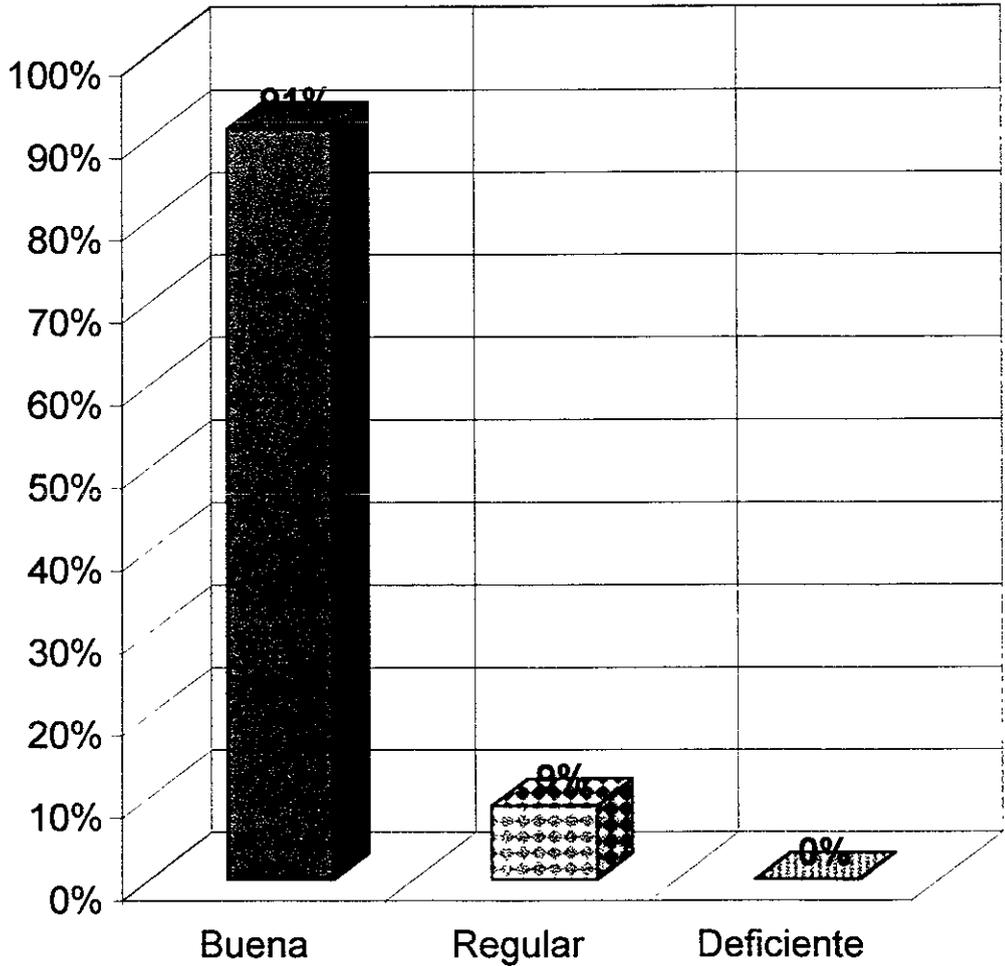
Fuente: Encuesta en Consultorio.

Gráfica 7. Toxicomanías.



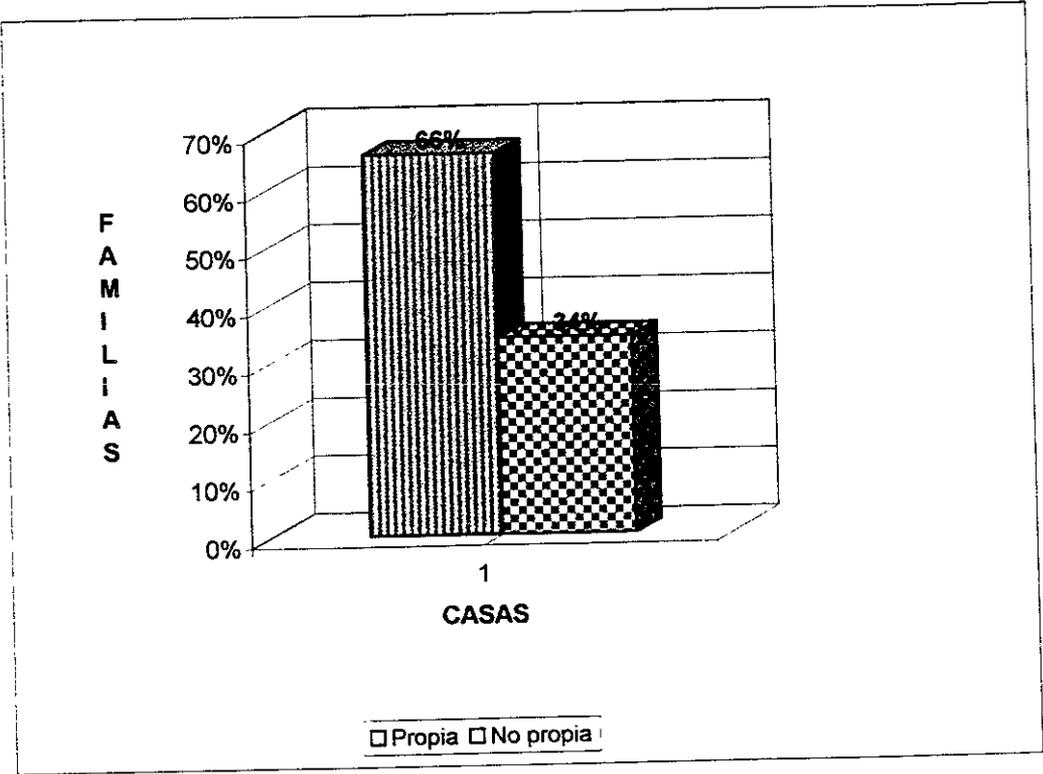
Fuente: Encuesta en Consultorio.

Gráfica 8. Alimentación.



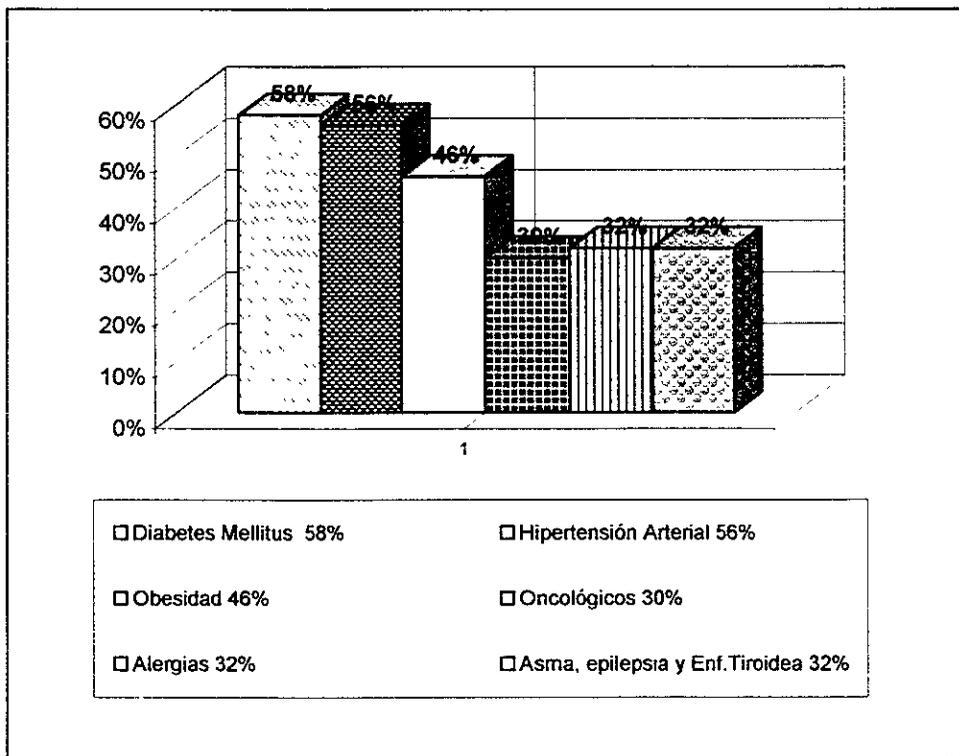
Fuente: Encuesta en Consultorio.

Gráfica 9. Condiciones de Propiedad de Habitación.



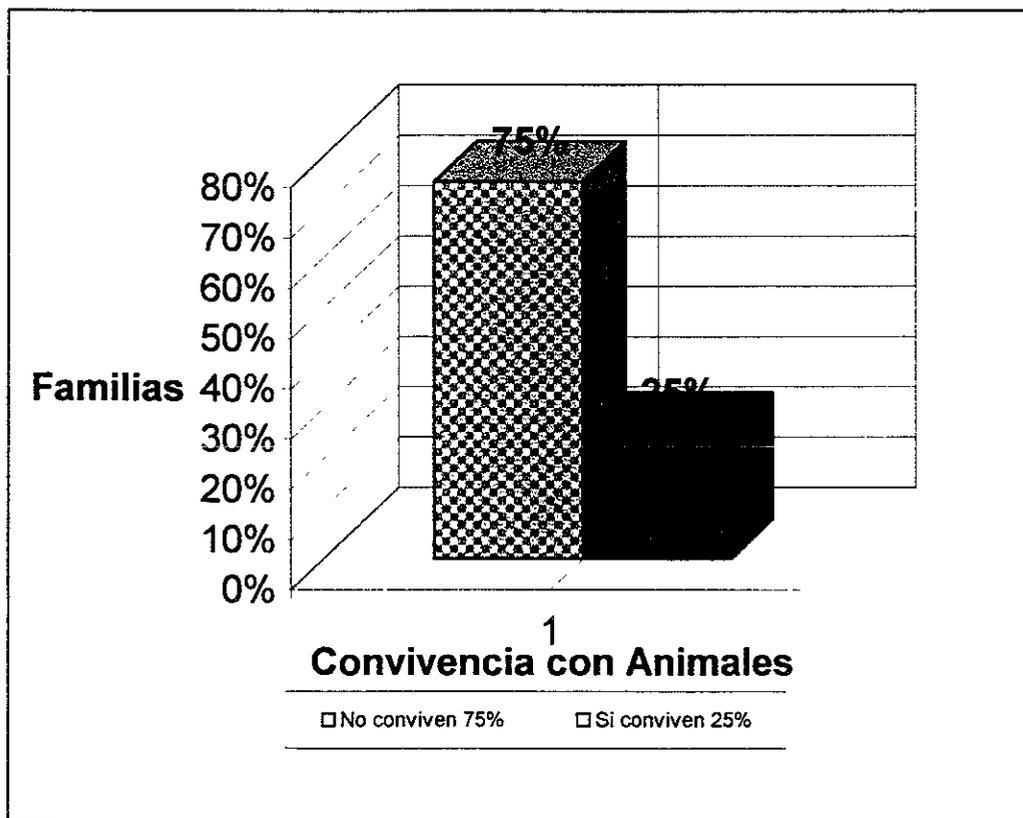
Fuente: Encuesta en Consultorio.

Gráfica 10. Antecedentes Heredofamiliares.



Fuente: Encuesta en Consultorio.

Gráfica 11. Convivencia con Animales.



Fuente: Encuesta en Consultorio.

VII. DISCUSION.

7.1. Censo de Población.

En nuestro estudio encontramos, que en la pirámide poblacional hay una relación de 1:1 hombre a mujer.

Entre los grupos etáreos, los menores de cuatro años ocupan el último lugar debido a las pocas familias en fase de matrimonio y expansión y por la buena participación en el control de planificación familiar.

En el rango de 15-64 años, se encuentra el mayor porcentaje de la población, lo que indica que en el sector existe gran número de derechohabientes en edad joven y adulta y representa la clase trabajadora, además destaca que hay una importante población femenina en edad reproductiva, de 5 a 14 años, donde se puede llevar la planificación familiar y control de embarazo en caso de que se presente.

La pirámide poblacional de éste estudio resultó de base y cúspide angosta con ensanchamiento en el centro diferente a la encontrada en nuestro estado de base ancha y cúspide angosta (XI Censo General de Población y Vivienda 1990, INEGI).

7.2. Diagnóstico Familiar.

Las familias se encuentran en su mayoría en fase de dispersión, de tipo nuclear e integradas, esto se explica porque mantienen una relación afectiva, sólida, íntima y genuina entre sus miembros, sin coartación en su forma y calidad de expresión, para que cada uno de sus miembros puedan independizarse como una manifestación de madurez afectiva de la familia (16).

En planificación familiar el método más utilizado es la salpingoclasia, aunque también se encontró buena participación por la parte masculina con vasectomía.

La alimentación es bastante buena, así como en los hábitos higiénicos.

En toxicomanías es alarmante, que aunque el nivel de educación es elevado, el alcoholismo y el tabaquismo ocupan cifras altas en esta población. Por lo que son un factor de riesgo importante y represiones que puede tener en el organismo así como en las conductas sociales en la familia.

Las características de la habitación son buenas; cuentan con los servicios básicos de luz, agua y drenaje, lo que favorece a la población, ya que, como se refiere en la literatura, las condiciones de la vivienda y de saneamiento del ambiente inmediato influyen en el riesgo de enfermar y por lo tanto en el estado nutricional de los niños. (18)

En antecedentes heredofamiliares se encontraron porcentajes significativos en diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y alérgicos, donde debe tenerse atención especial para estas familias.

7.3. Morbilidad.

El análisis de los diez primeros motivos de consulta llamó la atención el alto porcentaje de infecciones de vías respiratorias las cuales son similares a las estadísticas del estado, otra es la diabetes mellitus como segunda causa, en la cual debemos de prestar mucha atención en las medidas preventivas para este padecimiento. Así como también la hipertensión arterial.

VIII. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados se puede concluir que en éste sector se encuentran toxicomanías como el alcoholismo y tabaquismo, sin haberse dado información sobre las repercusiones que ocasionan. La amplia difusión e implantación social que han tenido determinadas conductas propias de nuestra cultura, y con todo lo que sabemos acerca de las propiedades adictivas de grave riesgo para la salud que posee el tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas, y que es determinante en el estado de salud de una población, también es responsable de una gran parte de la mortalidad global y de muchas muertes prematuras en países desarrollados y subdesarrollados como nuestro país (19). Por lo que es prioritario intervenir en prevenir a la población de alto riesgo como lo son los adultos jóvenes(4). Con respecto a planificación familiar las parejas de las familias cuentan con diferentes métodos de apoyo quedando en su totalidad protegida pero con el alto porcentaje de mujeres en edad fértil. En cuanto a las solteras, es necesario dar orientación sobre metodología para planificar la familia. No se cuenta con programas preventivos de enfermedades crónico-degenerativas en forma continua, y se encontró alta la incidencia en antecedentes heredofamiliares de Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial etc. por lo que debemos hacer énfasis en su prevención.

Con respecto a su morbilidad, la infecciones de vías respiratorias ocupó el primer lugar y estas se presentaron más en el grupo infantil y preescolar, por lo que debemos de reconocer los signos tempranos de gravedad de éstos padecimientos por comunidad y por el personal de salud, el tratamiento efectivo de los casos, la adaptación de criterios adecuados para su referencia en los tratamientos ambulatorios.

Con la capacitación del médico familiar se podrán llevar a cabo programas de promoción de salud y prevención de enfermedades, siempre y cuando se cuente con el apoyo económico, social y cultural por parte de nuestra institución y por parte del gobierno que deber tener en cuenta que el diagnóstico y la atención oportuna de muchas enfermedades es una inversión a futuro, ya que se puedan evitar complicaciones y limitar incapacidades. Si queremos que el Modelo Sistemático de atención médico familiar avance cualitativamente, debemos tomar medidas para intentar captar a la población joven y sana que acude poco a nuestras unidades de medicina familiar, también hemos de ser conscientes de que la población más frecuentadora presenta notable déficit de aplicación de determinadas

medidas preventivas. (4)

El presente trabajo, es resultado del interés que en la actual administración pública se está otorgando al desarrollo de las actividades preventivas en todas las unidades médicas del sistema de salud. Al poner al alcance de los médicos familiares y personal paramédico los lineamientos y normas de los programas vigentes en nuestra institución, se dan las bases para que otorguen atención médico integral a nuestros derechohabientes, mediante la realización de acciones preventivas y de educación para la salud. Las líneas de acción aplicables a este sector son las siguientes:

1. - Actividades para prevención de infecciones respiratorias agudas, llevándolas a cabo mediante acciones de educación a la salud y promoción de la participación social. Las actividades estarán dirigidas a la población en general con énfasis a procurar la atención a los niños menores de 5 años orientando sobre medidas preventivas que comprendan:

- Aplicación del esquema completo de vacunación de acuerdo con la cartilla nacional de vacunación.
- Alimentación al seno materno a los lactantes por un período de 6 meses y de preferencia hasta 1 año.- Evitar el hábito de fumar sobre todo cerca de los niños.- Evitar la quema de leña y el uso de braseros en habitaciones cerradas.- Evitar cambios bruscos de temperatura.- Evitar contacto con personas enfermas.

2. - Llevar a cabo programas permanentes de control de niños sanos, así como de obesidad en cualquier edad.

3. - Realizar determinaciones de glucosa, colesterol, ácido úrico y triglicéridos, principalmente a quienes tengan riesgo de padecer alteraciones como obesos y con antecedentes familiares.

4. - Realizar programas de detección precoz de cáncer de mama explicando la técnica de autoexploración a toda mujer principalmente mayores de 40 años, también es conveniente para la realización de la prueba del papanicolaou para la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

5. - Toxicomanías como son el alcoholismo, tenemos que dar conferencias bimestrales sobre el daño que produce el consumo del alcohol a los adultos jóvenes y adolescentes, así como también de tabaquismo y salud mental, ante el evidente aumento del número de farmacodependientes es necesario impartir educación para la salud a la población derechohabiente, sobre el tema.

6. - Realizar reuniones periódicas con médicos familiares para unificar criterios, intercambiar experiencias y nuevos crecimientos.

7. - Efectuar acciones de promoción de la salud y protección específica en la población derechohabiente, con la colaboración del equipo de salud; orientar principalmente a la conservación de la salud de la población adscrita más que a la restauración de daños.

8.- Apoyar los programas nacionales como la planificación familiar, detecciones de tuberculosis, etc., o pesquisa de enfermedades en personas aparentemente sanas.

9. - Lograr el control de las enfermedades trasmisibles y no trasmisibles en su ámbito de acción.

10. - Establecer diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados que impidan el avance de la enfermedad, sus complicaciones, secuelas y recaídas.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. - López Salamanca S. Actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. Revista Médica IMSS. 1995; 33 (3): 317-320.
2. - Mc Whinney I. El médico de primer contacto en un sistema de salud. Boletín Médico familiar. 1995; 2 (7): 4 - 7.
3. - Chávez V. García J. La atención integral en medicina familiar. Revista Médica IMSS (Mex). 1995; 33 (2): 167 - 171.
4. - C. Jiménez Mena, A. Lorenzo Riera, E. Segura Hernández, P. Suárez Pérez, A. Duarte Carbelo y T. Hernández González. Análisis de cobertura del programa de actividades preventivo y promoción de la salud según grupos de edad. Atención primaria. 1993; 12(5): 269 - 272.
5. - Chávez H. El Médico familiar en atención primaria a la salud. Revista Médica IMSS (Mex.). 1995; 33 (2): 173 - 176.
6. - M.P. Estebanell Arnal, J. A. Uriel Pérez, V.P. Martín Miguel, M.P. García Pellicer López, C. Esteban Algora y R. Córdoba García. Actualización derivada de un programa de actividades preventivas. Atención primaria. 1992; 10 (1): 539 - 542.
7. - Sánchez G. El reto actual de la medicina familiar en México. Revista Médica IMSS (Mex.). 1994; 32 (4): 355 - 357.
8. - Calidad de la atención médica en medicina familiar. Revista Médica IMSS (Mex.). 1995; 33: 405 - 408.
9. - C. Haq, W. Ventres, V. Hunt et al. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Bol. Oficina Sanit. Panam. 1996; 120 (1): 44 - 56.

- 10.- Rodríguez J, Ruiz P, Fernández A y Abedillo A. Cumplimiento de actividades preventiva en un centro de atención primaria. Atención Primaria 1994; 13: 39-41.
- 11.- Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la atención primaria. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. Atención primaria 1996; 17: 449 - 455.
- 12.- Narro Robles J. La medicina familiar como eje de la atención médica. Boletín Médico Familiar. 1995; 13: 1 - 4.
- 13.- Soberón Acevedo G. Las nuevas perspectivas del movimiento salud para todos. Boletín médico familiar. 1996; 17: 6.
- 14.- Gutiérrez A. J. XX aniversario de la medicina familiar en IMSS. Boletín Médico Familiar. 1996; 17: 6.
- 15.- De la Fuente J.R. Hacia la reforma del Sistema Nacional de Salud. Boletín Médico Familiar. 1995; 14: 5 - 6.
- 16.- Velazco, Chavez. La difusión familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Revista médica IMSS 1994; 32: 271 - 275.
- 17.- Baragiola A. ¿Por qué fuma Usted? Un estudio motivacional al de estudiantes secundarios técnicos. Rev. Arg. ? Anal Modif. Ter. Comport. 1985; 1: 35.
- 18.- Sepulveda Amor J y Cols. Estado nutricional de preescolar y mujeres en México. Gaceta Médica México 1990; 126: 207-224.
- 19.- Martín Zarro y Col. Actividades de prevención y Promoción de la salud en las consultas de Atención Primaria. Atención Primaria. 1995; 661-674.
- 20.- British Medical Association. Practising prevention. Londres, Dovonshire Press. 1983 clinical preventive services. An assesment of the efectiveness of 169 intervention. Baltimore, Williams and Wikins. 1989.

- 21.- Irigoyen Coria A y cols. Modelo sistemático de la atención médica familiar. *Fundamentos de Medicina familiar*. 1995; 11: 151-73.
- 22.- Delgado A. La participación comunitaria; una revisión necesaria. *Atención primaria* 1992; 9: 457-59.
- 23.- Turabian 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): 765-68.
- 24.- Jinich H. El médico ante nuevos retos. El padecer y la familia. *Médico moderno*. 1993; 2: 37-42.
- 25.- O.M.S. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma Ata. URSS: de septiembre de 1978. Doc. Of. No.1 Ginebra Suiza 1978.
- 26.- 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.

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
 EN GRUPOS ETAREOS 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. 9ª-Rev.	GRUPOS DE EDAD Y SEXO												TOTAL			
	-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		
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.