

11226

127
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

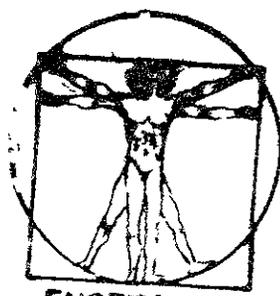
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "DR MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COLIMA.

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA-HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COLIMA.



ENSEÑANZA
ISSSTE



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

PRESENTA

DR. HECTOR MANUEL MURILLO PADILLA

1998

265009

ISSSTE

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA - HOSPITAL
" DR. MIGUEL TREJO OCHOA " DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA COL. 1997 "**

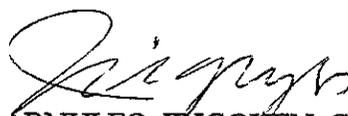
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA :

DR. HECTOR MANUEL MURILLO PADILLA

AUTORIZACIONES:



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


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M

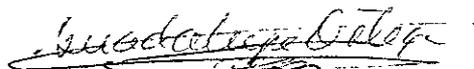

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

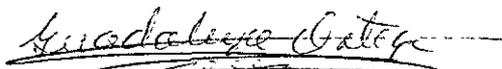
PRESENTA:

DR. HÉCTOR MANUEL MURILLO PADILLA

**"MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA - HOSPITAL
" DR. MIGUEL TREJO OCHOA " DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA COL. 1997 "**



DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN COLIMA COL.



DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ
ASESOR DE TESIS.



DR. JOSÉ CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA , I.S.S.S.T.E

COLIMA COL. ABRIL 1998

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| I.- MARCO TEÓRICO | 1 |
| 1.1. ESTUDIO DE LA FAMILIA | |
| 1.2. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN | |
| 1.3. ACCIÓN ANTICIPATORIA | |
| II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 25 |
| III.- JUSTIFICACIÓN | 26 |
| IV.- OBJETIVOS | 27 |
| V.- HIPÓTESIS | 28 |
| VI.- METODOLOGÍA | 29 |
| 6.1 TIPO DE ESTUDIO | |
| 6.2 POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO | |
| 6.3 UNIVERSO DE ESTUDIO | |
| 6.4 TIPO DE MUESTRA | |
| 6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA | |
| 6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN | |
| 6.7 VARIABLES | |
| 6.8 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN | |
| 6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS | |
| VII.- RESULTADOS | 33 |
| 7.1 CENSO POBLACIONAL | |
| 7.2 ESTUDIO DE COMUNIDAD | |
| 7.3 DIAGNOSTICO FAMILIAR | |
| 7.4 MORBILIDAD | |
| 7.5 CUADROS Y GRÁFICAS | |
| VIII.- ANÁLISIS DE RESULTADOS | 61 |
| IX.- . CONCLUSIONES | 62 |
| X.- LINEAS DE ACCIÓN | 66 |
| XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 68 |
| XII.- ANEXOS | 72 |

I.- MARCO TEÓRICO.

La medicina familiar es la atención médica integral, con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad continua del médico en relación con la salud, sin limitantes de edad o sexo del paciente ni del órgano o sistema afectado por la enfermedad. (1).

Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico.

Esta situación ha limitado la práctica de las *tres acciones* que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar (*Estudio de la familia, Continuidad de la atención y Acción anticipatoria*).

Ejecutando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente *insatisfacción tanto de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutive y de seguimiento.* (2)

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

Para desarrollar 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).

1.1. ESTUDIO DE LA FAMILIA

El estudio de la familia permite el entendimiento del entorno bio-psico-social fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso de salud enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar.

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización. (4).

Idealmente, los miembros de una familia están unidos tanto por lazos de afecto como por lazos de interés común.

Este concepto no establece diferencia en cuanto a como la familia sea definida o como esta constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica. (5).

Podemos definir a la familia de múltiples maneras; desde el punto de vista médico y para tener una visión más precisa podemos hacer nuestro el consenso canadiense que nos dice:

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

Otro consenso valido es el norteamericano que menciona: " una familia es un grupo de dos o mas personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción".

También la O.M.S. cita que como familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, o matrimonio.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Por su composición:

Familia nuclear: formada por el padre , la madre y los hijos

Familia extensa: formada por padre, madre hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.

Familia extensa compuesta: además de los que incluyen la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

Por su desarrollo:

Familia moderna: la característica esencial consiste en que la madre labora fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.

Familia tradicional: el miembro proveedor, casi siempre está constituido por el padre.

Familia arcaica o primitiva: nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

Por su demografía:

Rural: vive en medio de poco desarrollo socio-cultural, comunidades pequeñas, mas en contacto con la naturaleza y carece de los servicios básicos de urbanización

Urbana: vive en ciudades con todos o la mayoría de los servicios domésticos y sociales.

Por su integración:

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

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

Familia desintegrada: la característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, bien por su muerte, separación, divorcio, abandono o el desmembramiento de la familia debido a causas graves internas o externas.

Por su ciclo vital:

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

fase de expansión: es la etapa en que se van incorporando mas hijos a la familia.

Fase de dispersión: da inicio cuando ocurre la separación primera de uno de los hijos, sobre todo por matrimonio.

Fase de independecia: es cuando todos los hijos han partido del hogar paterno y la pareja de nuevo se queda sola como antes de la llegada del primer hijo.

Fase de retiro o muerte: esta dado por jubilación, incapacidad para seguir laborando , recluimiento en asilo o por la muerte de alguno de los cónyuges.

Una familia es una totalidad, un sistema y no se le puede reducir a la suma aritmética de sus partes componentes. por otra parte es una entidad que evoluciona y los cambios que ocurren en una parte del sistema producen cambios en los miembros individuales. (6).

El individuo que vive en el seno de una familia es miembro de un sistema social al que debe adaptarse.

Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas características incluyen los estrés que se producen en los lugares del sistema, a los que se adapta, y el puede contribuir en forma significativa al estrés de otros miembros del sistema. (7)

El tener una familia numerosa tiene sus consecuencias importantes, ya que viola las horas libres de la pareja , aumenta el tiempo dedicado al trabajo remunerado para poder cubrir las necesidades de todos los miembros de la familia , así como el trabajo de la madre en la casa para realizar las labores domesticas y dedicar el tiempo necesario para dedicarlo a la convivencia con ellos y a su formación.

También un riesgo de tener muchos hijos es que alguno de ellos puede ser indeseado.

La motivación de lograr algo declina a medida que la familia se va haciendo mas grande. todas las familias empiezan chicas, pero algunos de los hijos nacidos al ultimo deben vérselas con mas hermanos que otros. entre mayor es el numero de hermanos que los preceden, menor es la atención que reciben de sus padres. por consiguiente los hijos nacidos al ultimo en las familias numerosas, tienen menor oportunidad de adquirir motivación, educación y el dinero para tener educación superior.

A mayor numero de hijos el ingreso familiar se va rebanando en segmentos cada vez menores, también la atención y el afecto de los padres se va dividiendo en porciones mas pequeñas.

Por lo tanto, entre mas hijos, menor es la ración de amor que cada uno recibe , no solo de sus padres sino también de un hermano dado.

en conclusión, para que los hijos y los padres obtengan la máxima satisfacción hay que limitar su numero. (8).

Todos los niños necesitan sentirse aceptados, esta aceptación puede verse enturbiada cuando uno o ambos padres muestran una predilección por alguno o algunos de sus hijos, y los hijos que se sientan relegados pueden manifestar cambios en su salud o conducta, que se puede ver manifestada a corto o largo plazo, y repercutir en su aprendizaje y en su desarrollo posterior y ser fuente de patología dentro de la familia.

DINÁMICA FAMILIAR

La dinámica familiar es una colección de fuerzas, positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que esta como unidad funcione bien o mal. la manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión. (9).

La familia , para mantener su equilibrio, posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y las de estos con el medio exterior. el mantenimiento de su homeostasis es requisito indispensable para ejercer sus funciones, y utiliza todos sus recursos para mantenerla. (10).

El estudio de la familia como sistema comprende tres relaciones o dimensiones fundamentales:

- 1.- la relación de los esposos entre si.
- 2.- la relación de los padres con los hijos
- 3.- la relación de los hijos entre si.

Las 3 relaciones pueden subdividirse para su estudio en diversas líneas de desarrollo.

estas líneas de desarrollo son las siguientes:

Limites, intimidad y poder.

Limites. (¿hay interferencia?) . (¿quien o que interfiere?).

Intimidad. (¿que tan cerca, que tan lejos?).

Poder (o jerarquía) . (¿quien manda?). (11).

Los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para poderse incorporar como una familia en su ámbito social, son considerados como bases universales para establecer un núcleo familiar y son:

- Una casa
- Un sistema de captación y distribución de dinero
- Un sistema de patrones de responsabilidad
- Mutua satisfacción en las relaciones sexuales
- Un sistema adecuado de comunicación
- Interacción con amigos, asociaciones, clubes etc.
- Relaciones de trabajo de ambos,
- Un concepto filosófico de la vida en pareja
- Continuación de la educación de ambos.

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son:

- a). Comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.
- b). Calidad de convivencia., es decir la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.
- c). Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges este dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad y actividades extrahogar.

Toma de decisiones:

- a). Toma de decisiones conjunta. ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.
- b). Toma de decisiones individual. uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge. (12)

El matrimonio no es una relación rígida entre dos individuos rígidos; por el contrario, es una relación fluida entre sus sistemas conductuales; sin importar que tan fuerte sea la personalidad de un individuo, su conducta estará determinada por la de las personas que lo rodean, es decir, una persona se comporta de una manera cuando esta sola y de otra cuando se encuentra con sus amigos o en la intimidad de su matrimonio. a su vez, la forma de comportarse de un individuo determinara la conducta de los demás.

Se puede caracterizar a una familia o matrimonio por el tipo de transacciones que emplea para definir la naturaleza de su relación. dichas categorías pueden describir una fase de la relación, rasgos perdurables, o una tendencia predominante en la familia.

Es posible clasificar a las familias o relaciones en cuatro tipos:

- a) Satisfactoria estable
- b) Satisfactoria inestable
- c) Insatisfactoria inestable
- d) Insatisfactoria estable

A menudo se utilizan síntomas psicósomáticos o histéricos como manera de definir la relación, puesto que son mensajes que pueden negarse como mensajes. este tipo de relación se encuentra en la mayor parte de los sistemas que se señalan como enfermos.

Los procesos psicodinámicos familiares, varían según el tipo de organización de la familia.

En la familia bien integrada, la liga de los padres entre si y de estos y sus hijos, es estrecha, cálida y esta basada en el respeto de la individualidad de sus miembros. un elemento de identidad familiar mantiene la unión afectiva. pero ocurre que muchos hogares no son sino lugares donde habitan personas que comparten la misma casa, sin que entre ellos halla una interacción real.

La enfermedad en uno de los miembros significativos, tiene siempre efectos colaterales en la familia; por ejemplo, alterar el equilibrio de fuerzas. es importante que el medico no pierda de vista que la enfermedad de una persona cambia tanto al interesado como al grupo familiar al que pertenece.

Entre los elementos que afectan a la dinámica familiar, se destacan por su importancia en primer lugar, los cambios obligados que se producen en el transito de una etapa a otra del ciclo vital, y en segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes . (9).

En cierto grado las personas adultas tienden a recrear en su vida familiar de adultos, las relaciones dañadas que caracterizaron a su vida familiar infantil. en cierto modo, los problemas actuales son una proyección de los problemas originales en la infancia. si bien modificados por la experiencia .

LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA Y LA DISFUNCIÓN FAMILIAR

Las familias tienen que atender a cinco tareas básicas que deben ser asumidas en cualquier momento de su evolución histórica, si bien algunas de ellas tienen mayor significación y trascendencia según la etapa del ciclo vital en la que se encuentren, estas cinco tareas son:

Socialización, cuidado, afecto, reproducción y status socioeconómico.

Dado que catalogar a una familia de normal o anormal es un concepto relativo y discutible, es preferible utilizar un concepto mas pragmático y menos controvertible como es el de funcionalidad. (15)

La distribución funcional de la autoridad requiere que esta quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. lo deseable es que la jerarquía mas alta sea compartida flexiblemente por los padres en las proporciones que ellos decidan.

Si se transgreden las líneas de autoridad o cuando estas no están claramente definidas pueden surgir problemas psicológicos a nivel individual o grupal.

Íntimamente relacionadas con el ejercicio de la autoridad en la familia se encuentran las prácticas de crianza seguidas por los padres en su afán de promover el desarrollo de la disciplina.

Los tipos de crianza son: autoritaria, indiferente/negligente, indulgente permisiva, y recíproca con autoridad.

1.- Autoritaria: caracterizada por reglas decididas por los padres y firmemente aplicadas por ellos, sin aceptar las demandas del hijo y sin discusión o negociación. Este patrón no conduce al desarrollo de la conciencia, tiende a promover una baja autoestima y puede llevar a la infelicidad y al aislamiento social.

2.- Indiferente/negligente: hay deficiencia en demandas y controles de parte de los padres, además de poco interés en las necesidades del hijo. Conduce a problemas tales como agresividad, baja autoestima, pobre autocontrol y relaciones trastornadas entre padres e hijos.

3.- Indulgente permisiva. Hay sobreprotección y se aceptan indiscriminadamente las demandas del hijo con una carencia de controles y restricciones.

Este patrón no favorece en el niño la generación de confianza en sí mismo y lo predispone a ser agresivo. Cuando los padres se cansan de tolerar las actitudes insolentes del hijo pueden llegar a castigarlos con dureza, lo cual les genera culpa y promueve nuevamente la sobreprotección en un círculo vicioso.

4.- Recíproca con autoridad: combina la firme aplicación de las reglas con un estilo de interacción donde se alienta la independencia del niño, se reconocen sus derechos, se atiende a sus demandas razonables y se le toma en cuenta al llegar a decisiones.

Hay muchas formas de conducir una buena crianza y los errores ocasionales no generan necesariamente un efecto catastrófico en la formación de la personalidad del hijo, sobre todo si los padres tratan de conducirse con flexibilidad, de aprender de sus propios errores, de estimular el desenvolvimiento de las capacidades del hijo y de experimentar placer al verlo crecer y madurar.

Los conflictos conyugales pueden desviarse e invadir las funciones parentales para incluir al hijo y generar alianzas disfuncionales o coaliciones.

La función de los límites consiste en marcar una diferenciación entre los subsistemas y su definición es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. existen buenos límites generacionales cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos.

La claridad de los límites es un parámetro muy útil en la valoración del funcionamiento familiar. en algunas familias los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre sus miembros escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que la familia es una masa amorfa. este tipo de relación se llama amalgamada y puede ser fuente de problemas, pues siempre es deseable mantener una cierta distancia emocional, aun con las personas amadas.

Otras familias o subsistemas promueven límites tan marcados o rígidos que dificultan la comunicación, incluso la afectiva; se habla entonces de relaciones desvinculadas.

En una familia con límites funcionales existe entre sus miembros lealtad suficiente para mantenerlos unidos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales. también se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía.

Un rol equivale a la conducta que se espera de un individuo en determinado contexto. todos los miembros del grupo familiar asumen una variedad de roles de cuya integración depende que la familia realice sus tareas con éxito.

Existen roles funcionales (el de proveedor, el de ama de casa, el de estudiante, etc.) y roles disfuncionales o idiosincrásicos que reflejan patología individual y familiar (el de chivo expiatorio , el de mártir , el de tonto , etc.).

Lo importante en la definición de roles es que faciliten el funcionamiento del grupo y que sean aceptados y actuados de común acuerdo. también es importante que haya flexibilidad en su asignación de manera que se puedan realizar ajustes periódicos en caso necesario, como sucede ante los cambios ambientales, o en el transcurso de una etapa a otra de la vida familiar.

Una comunicación funcional es a la vez clara , específica y honesta. si así ocurre, es mas factible manejar a satisfacción las dificultades inevitables en todo tipo de convivencia.

Una familia funcional se diferencia de otra disfuncional en el manejo que hace de sus conflictos, no en la presencia o ausencia de estos. en las familias funcionales se emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver los problemas; en cambio en las disfunciones la comunicación tiende a convertirse en instrumento de ataque y el criterio a seguir ante una dificultad no es tanto lo que conviene hacer sino quien se va a salir con la suya en una desgastante lucha por el poder.

La flexibilidad se encuentra íntimamente relacionada con la comunicación y permea todas las facetas de la estructura familiar.

Cuando el grado de flexibilidad es adecuado a la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas. las familias disfuncionales en cambio se caracterizan por una rigidez que no les permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, .descompensación y formación de síntomas.

De acuerdo con los lineamientos derivados del enfoque estructural en la psicoterapia familiar, una familia funcional posee las siguientes características: (3).

- 1.- La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o a ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes de crianza.
- 2.- Los limites entre los individuos y entre los subsistemas son claros y firmes, no difusos ni rígidos.
- 3.- Las alianzas se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
- 4.- Los roles son complementarios y tienen consistencia interna. no son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo con las circunstancias cambiantes.
- 5.- Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.

6.- Hay la suficiente flexibilidad para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes de la familia y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como el mantenimiento del sistema.

7.- Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo) como las externas (las ambientales).

Una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital donde se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo e interno.

El termino de "salud familiar" se refiere al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. cuando la familia "enferma", es decir se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos el termino de familia disfuncional.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación, basta identificar que el ser humano al encontrarse solo o al sentirse solo, encara un problema de relación consigo mismo y con las estructuras sociales, complejidad que se incrementa al fusionarse maritalmente , ya que se compromete ademas una relación intima, satisfactoria y quizás por siempre; situación compleja en si misma, ya que requiere de modificaciones estructurales y adaptativas de fondo en todos los ordenes:

Confrontación de valores , sentimientos , costumbres domesticas y sociales, deseos sexuales , practicas religiosas , nivel económico , etc., que determina la continuidad de la pareja con diferente grado de felicidad. (13)

Entre los recursos extrafamiliares mas solicitados y efectivos están los servicios médicos y en primerísimo lugar el medico familiar, ya que cuando existe un conocimiento de tiempo atrás, y se ha establecido vinculo de amistad y confianza es al que mas acude y busca un apoyo moral y orientador, que le permita visualizar otra manera de enfrentar su situación y resolverla de una manera mas adecuada y pronta.

Si los apoyos extrafamiliares son eficaces se podrá retornar a la etapa de adaptación y normalidad. pero en caso de que estos recursos no sean suficientes se pasara por una fase de inadaptación, que hará necesario poner en marcha mecanismos de defensa que situara a la familia en un equilibrio patológico o disfunción, pudiendo llegar en casos extremos a la ruptura familiar.

Una familia no se constituye en funcional solo por el hecho de tener un documento que la acredita legalmente, sino porque sus miembros aprendan a vivir en conjunto estableciendo una organización tal que propicie la independencia al mismo tiempo que la solidaridad; por lo tanto mientras no sean educados aquellos que van a formar una familia no se estará seguro de que ese sistema sea permanentemente funcional.

En las familias normales, se encaran las crisis en grupo; cada miembro acepta un papel para hacer frente a la crisis y la familia necesariamente cambia para adaptarse a las circunstancias. cada miembro conoce las fuerzas positivas y debilidades de los otros y no las explota. cada miembro da apoyo a los otros pero también lo pide. hay cierta igualdad en el nivel humano, que permite el cambio cuando se necesita funcionar de una manera satisfactoria.

Una familia normal identifica sus problemas de una manera clara. los miembros no dudan en expresar verbalmente su inconformidad o incomodidad cuando una situación difícil llega, se dicen mutuamente lo que uno quiere y lo que el otro no quiere y están dispuestos a negociar o hasta a comprometerse en una batalla que tenga por meta eludir el callejón sin salida.

"Familia disfuncional es aquella que es incapaz de responder a las necesidades de sus miembros y de afrontar los cambios y tensiones de su entorno."
(14).

Los factores familiares afectan no solo a la aparición de la enfermedad, sino también a la utilización de los servicios médicos. esta ultima aumenta en época de estrés familiar. un cumulo de visitas puede constituir un indicio muy importante de problemas familiares.

El embarazo puede también ser muy estresante ya que representa un estadio psicológico de desarrollo tanto para la mujer como para su compañero. esto conlleva aspectos positivos y negativos : la preocupación referente a la salud del producto y de la madre, así como los cambios que ocurren en la estructura familiar, podrían causar ansiedad u otros síntomas emocionales. (15)

Gran numero de problemas psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar, y muchos hiperutilizadores de servicios sanitarios lo son porque viven en familias en desequilibrio patológico. los miembros de familias disfuncionales suelen consultar por molestias poco definidas, nauseas, vómitos, dolores osteomusculares etc. o por manifestaciones somatiformes, trastornos afectivos o ansiedad.

Es lógico que estos miembros sintomáticos de la familia disfuncional acudan al medico, mas aun si tenemos en cuenta que el sistema sanitario es uno de los principales recursos extrafamiliares al que recurren los individuos en nuestro modelo sociocultural. por ello seria conveniente que el medico evaluara la función familiar ante síntomas sugerentes de disfunción.

Se puede considerar hiperutilizador del servicio medico a aquel paciente o familia que consulta igual o mas de la media (16).

La familia es importante para la recuperación de la enfermedad. el apoyo de la familia representa un factor importante para el resultado de todo tipo de enfermedades, pero especialmente para las crónicas y las que producen incapacidad.

Sabemos bien que el apoyo social no es simplemente una cuestión de entramado de relaciones. lo que importa a una persona es el sentimiento subjetivo de ser amado, deseado , valorado , estimado y poder contar con los demás si se plantea la necesidad. la percepción de ser amado y estimado puede ejercer una fuerte influencia sobre la autoestima de la persona: los apoyos sociales pueden ser tanto un reflejo como la causa de la salud mental (17).

La tendencia del modelo familiar del tercer milenio deberá dirigirse cada vez mas hacia el tipo de familias nutricias con las características que describe la doctora satir:

- 1.- Autoestima elevada en cada uno de sus miembros.
- 2.- Comunicación directa, clara, especifica y sincera.
- 3.- Reglas flexibles, humanas, adecuadas y sujetas a cambio.
- 4.- Enlace con la sociedad abierto y confiado fundamentado en la libertad.

Por lo tanto la familia del tercer milenio será nutricia o no será. (18)

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

La exploración de la familia no es una tarea fácil, ya que se tocan aspectos personales y muy íntimos de ella.

Es por eso que en las ultimas décadas han sido empleadas diferentes maneras para llevar a cabo esta evaluación , entre estos medios tenemos el familiograma o genograma , utilizándose de una manera muy difundida en los diferentes países.

El apgar familiar: ideado originalmente por smilkeisten , siendo de valor limitado, ya que explora solo la comunicación, el afecto, la cooperación , las crisis familiares y la autoestima.

La exploración de la funcionalidad familiar se hace a través de 5 preguntas de respuesta breve, siendo una incursión corta en amplitud, dejando sin explorar importantes funciones como la gratificación sexual, la toma de decisiones, y los roles desempeñados en la familia.

1.2 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA

La continuidad se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso de salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación. (1)

La atención medica es la asistencia directa , inmediata e individual a la persona o al paciente, pero la atención medica no es sustituto de la salud.

En la demanda deben considerarse tres componentes: el biológico , el socioeconómico y el psicológico

Se puede esperar que en las urbes un medico que trabaja a tiempo completo y destina 6 horas en total a la consulta externa puede atender una población de dos mil personas, calculando la atención de medicina general a razón de 3.5 atenciones anuales por cada persona amparada.
(19)

El uso repetido de los servicios sanitarios constituye un problema importante tanto para el usuario como para el sistema,

La única y valuable contribución de la practica medica general se ha demostrado en la diferencia entre cuidado primario y secundario que se aprecia en la continuidad de su atención.
(20)

Uno de los puntos mas importantes en el sistema de salud y especialmente en la medicina familiar es la calidad con la que se prestan los servicios. esto es lo que hace la mayoría de las veces la diferencia entre los médicos y los resultados obtenidos en su practica. la calidad la podemos ver desde diferentes ángulos.

De hecho los médicos, en nuestra practica profesional, al atender pacientes aplicamos un proceso similar al de las técnicas de calidad total que es uno de los pilares del mejoramiento continuo. eso mismo, al trasladarse a la medicina social y a la medicina en el contexto social,, entraña una creciente agregación de responsabilidades, esfuerzos y recursos; requiere magnificar y sistematizar la administración del proceso de calidad (2 1)

En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. para ello y de una forma mas aun importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso , lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención de la salud. (22)

Apenas se esboza un nuevo horizonte que debe ser explorado con mayor detenimiento si se considera, que en la atención a la salud, se justifica plenamente adoptar una estrategia de calidad total siempre y cuando se considere, que si se habla de calidad total, por definición, la calidad de la atención no debería de ser disociada de la calidad de la educación de los profesionales de la salud y viceversa. las relaciones entre ambas constituyen un ciclo iterativo que puede convertirse fácilmente en un circulo vicioso (a menor calidad de la una , menor calidad de la otra) , o en un circulo virtuoso.

Por consiguiente el reto es vincular los esfuerzos para incrementar la calidad en los dos ámbitos de manera armónica.(23)

En uno de los aspectos donde mas se aprecia la calidad de atención , mas que en la aplicación de la tecnología, es en la :

Relación medico -- paciente.

Toda la tradición académica de la medicina moderna tiende a hacer, como indicaba Bernard, " una medicina sin enfermos " . de esta manera se olvida una de las claves esenciales del arte : la relación del médico con el paciente, la atención a su padecer personal, concreto, como fin último de la medicina y como medio de comprender su enfermedad y actuar sobre ella (24)

El éxito del tratamiento reside básicamente en que se establezca una adecuada comunicación, y esta se inicia con la "mirada", como protagonista primero y luego como señal y acompañante la mirada interviene decisivamente en la comunicación entre médico y enfermo.

(25)

La relación centrada en el paciente, dan métodos para un marco filosófico y paradigma de la relación médico-paciente que habla de la separación artificial del orden humano dentro del lo "físico" y "fenómenos psicológicos"; dentro de este paradigma las estrategias de comunicación específica podrían ser utilizadas. los sistemas familiares aprobados enfatizan la importancia del contexto de la vida del paciente. manejando el daño y sumando las raíces que nos dan las preguntas acerca del paciente en lo individual, lo familiar y el medio social.

(26)

El padecer es lo que el paciente lleva al médico, el motivo por el cual le consulta.

Entendemos por padecer la serie de molestias, inquietudes, dolores, sufrimientos, limitaciones, temores, incapacidades y dudas por las cuales una persona consulta al médico (24)

El médico familiar y sus pacientes tienen una especial situación sensitiva en la dinámica de intimidad, vulnerabilidad y confianza.

la medicina familiar promueve a largo tiempo, una cuidadosa relación entre los médicos y sus pacientes. los médicos familiares están en una posición de aprendizaje a un grado ideal acerca de la mas íntima relación con sus pacientes, psicológica y situación social y esta exposición trae una especial vulnerabilidad de los pacientes. (27)

El médico debe explicar razonablemente al paciente su enfermedad, adecuando esta explicación a la cultura del enfermo, a su estado psicológico, a su responsabilidad y cuando se trata de un pronóstico grave o fatal, debe tratar de explicarlo al paciente de la manera mas razonable y humana ; o en caso de que por su edad, por su actitud psicológica o por su carácter se considere que no es conveniente decirlo en forma clara, debe recurrir a un pariente cercano responsable para plantearle el problema. " (28)

Mediante la comunicación el medico y el paciente intercambian información, alternativas terapéuticas y sentimientos con el fin de cumplir el objetivo que los une y compromete: cuidar y restaurar la salud.

Sin embargo la comunicación en la relación medico-paciente no siempre es adecuada debido a que ha sufrido, entre otros factores, las consecuencias del predominio de la técnica sobre el aspecto humanista de la medicina aunada a una atención masificada

La relación medico paciente se ha visto perjudicada por la contaminación de la medicina norteamericana. si nosotros podemos evitar eso y lograr que nuestros pacientes tengan la seguridad de que nuestras principales preocupaciones son la preservación de su salud y el mejoramiento de la calidad de vida, juntos podríamos buscar, mediante la investigación clínica tener una mejor comunicación. (29)

Los pacientes, la mayoría de las veces, catalogan a sus médicos de acuerdo al trato que reciben de ellos y en muchas ocasiones se aficionan tanto, que su confianza rebasa las relaciones estrictamente médicas para resultar amistosas y cordiales. esta conducta se debe sin duda al tipo de comunicación que se establece con ellos. (30)

1.3. ACCIÓN ANTICIPATORIA

La acción anticipatoria se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/ o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. el enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias mas adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales (1)

El papel tradicional del medico ha sido curar la enfermedad, sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actividad, como es la prevención y la promoción de la salud . (31)

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es una de las tareas mas importantes en atención primaria. ya se ha definido la buena practica medica como aquella que hace énfasis en la prevención. (3).

En la primera conferencia internacional de promoción de salud que se declara heredera del espíritu de alma- ata, se señala que para mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en los llamados 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 medioambientes saludables.,
elaborar políticas explicitas para la salud
y reforzar la acción comunitaria en la salud. " (32)

las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen pilares en la actuación profesional del medico de familia. el que esto no se refleje en La medida deseable en la practica es consecuencia de que no son demandadas por la población de manera prioritaria y no se retribuyen de forma específica por el momento (31)

Una buena atención medica enfatiza la prevención. la medicina preventiva de ninguna manera está confinada a las actividades de salud pública. las ideas de prevención y promoción de la salud deben alcanzar todas las ramas de la medicina.

De hecho, en un sentido estricto, toda la medicina es preventiva. existen unos cuantos remedios específicos para el tratamiento de las enfermedades; el propósito de este tratamiento es ayudar al cuerpo y a la mente en la recuperación de la salud, interfiriendo con el programa del padecimiento previniendo las complicaciones y, en última instancia, posponiendo la muerte.

Prevención, diagnóstico y tratamiento son aspectos inseparables de la ciencia y el arte de la medicina. tienen un fin común -- la promoción y el mantenimiento de la salud -- y comparten un mismo cuerpo de conocimientos.

El paradigma centrado en la enfermedad con la atención dirigida casi exclusivamente en el daño, cuando ya está instalado con sus respectivas secuelas, este paradigma ha sido prevaleciente y hasta la fecha su inercia deja sentir sus efectos, subrayando o considerando como las más importantes todas aquellas funciones profesionales con dicha orientación.

Este énfasis ha adquirido como consecuencia la ignorancia o la minimización del enfoque preventivo, dejando al margen el manejo específico de los factores de riesgo. esto imposibilita una propagación más adecuada para atender la salud como un fenómeno total, con elementos multideterminantes cuyo centro de interés no solo sea el daño o la enfermedad, sino la visión holística de sus condicionantes, que permita atenuar o disminuir riesgos. (33)

Dentro de la práctica cotidiana de la medicina, uno de los aspectos más importantes es el de promover la salud de la población, identificando oportunamente aquellos factores en el tipo (o " estilo ") de vida y en la educación para la salud .

En términos generales, en la evolución histórica de los patrones de enfermedad se encuentra primero el predominio de enfermedades infecciosas ; segundo, crónicas degenerativas y tercero, enfermedades asociadas con un estilo de vida " moderno " . estos patrones pueden coexistir y frecuentemente coexisten.

Las enfermedades asociadas con un estilo de vida " moderno " representan la aceptación de que la salud está relacionada con otros dominios sociales. el marco de referencia se vuelve más amplio al abarcar características biológicas, sociales , psicológicas etc.

En este marco de referencia se ubica la definición de la salud de la O.M.S como "el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad." (34)

Financieramente para los servicio de intervención, las medidas preventivas quedan rezagadas, primeramente se financian los servicios para curación, resultando en una falta de tiempo en la clínica para encontrara un cuidado preventivo, y por eso los pacientes sufren expresión del daño, pudiendo descubrirse anticipadamente por servicios preventivos. (35)

El reciente reporte del grupo de expertos de los servicios preventivos de los estados unidos es un compendio de la evidencia científica que da soporte a los servicios clínicos preventivos para ser ofertados para el cuidado medico primario.

Estas recomendaciones están agrupadas según los diferentes grupos de edades: del nacimiento a los 10 años, de los 11 a los 24 años, de los 25 a los 64 y de 65 años y mas. ademas para el grupo de mujeres embarazadas.

Estas recomendaciones son consideradas como el "estándar de oro" para los servicios preventivos, y fueron muchos miembros de este grupo de expertos médicos generalistas. (36)

Una de las peculiaridades mas importantes del trabajo de los profesionales sanitarios en los equipos de atención primaria respecto al modelo de consultorio tradicional es el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercutan en la salud de la comunidad, es decir, actividades preventivas y de consejo o educación sanitaria.

La educación para la salud durante la infancia y la adolescencia tiene como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y sobre todo actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables, la capacidad de autocuidado de los futuros adultos y la utilización adecuada de los recursos sanitarios. no obstante la importancia primordial de las acciones preventivas, nos seguimos encontrando con que estas acciones

En la practica casi las únicas actividades preventivas del sistema de atención primaria son las derivadas de campañas (de vacunación , antitabaquica , antidroga etc.) que se diseñan en un nivel institucional centralizado y que se ponen en marcha con base en medios audiovisuales y de comunicación social. aun no se han realizado los esfuerzos necesarios para posibilitar la integración sistematizada de las actividades preventivas y de promoción de la salud con las asistenciales en el trabajo cotidiano del profesional sanitario de atención primaria.

La educación de una persona puede afectar a la salud de otra y su demanda de servicios de salud, este es el caso de los padres, en especial la madre.

Una mayor educación del individuo y de los padres permite la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad por lo que se espera que una familia con mayor educación utilice mas los servicios de salud , sobre todo en el caso de enfermedades agudas y en servicios preventivos.

La educación para la salud representa hoy en día un gran reto para las instituciones prestadoras de servicios médicos, ya que ha quedado demostrado que los modelos de atención basados en la medicina curativa tienen poco o nulo impacto sobre la salud de la población (37)

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.

Así , los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención y en segunda instancia los servicios de diagnostico y tratamiento y, en ultima instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación, " (38)

Entre los indicadores de salud positiva encontramos de manera principal las condiciones de vida.

Estos indicadores se pueden agrupar en 1). empleo, 2). vivienda , 3). ingreso familiar, 4). educación 5). nutrición 6). accesibilidad y calidad de los servicios de salud, 7). servicios públicos . (34).

La población económicamente activa y sus dependientes, necesitan buena salud para producir, aprender y disfrutar de mejor calidad de vida. (39)

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante el aumento de la demanda en cantidad y calidad de la atención médica por los derechohabientes del I.S.S.S.T.E., es necesario crear los mecanismos adecuados para responder adecuadamente, por lo tanto, primeramente necesitamos tener un diagnostico de nuestras familias en cuanto a sus características tipológicas estructurales, de salud , vivienda , ingresos , tipo de acciones solicitadas y requeridas, para así, crear las estrategias necesarias para llevar a cabo una atención integral, de promoción de la salud en acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

¿ Cuales son las principales características bio- psico- sociales y causas de demanda de consulta medica de las familias adscritas al consultorio numero 5 de la clínica- hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa " del I.S.S.S.T.E. en Colima Col. ?

III. JUSTIFICACIÓN

La medicina moderna, cada vez mas especializada y tecnificada, orienta su estudio e importancia casi exclusivamente a la parte física del hombre, desdeñando atender con igual importancia al mundo afectivo y mental del ser humano, lo que no permite considerarlo del todo como tal.

Es por eso ya necesario, y en la practica llevar a cabo una nueva forma de medicina, mas de acuerdo a lo que realmente el paciente necesita, y que nosotros podremos identificar solo con un verdadero interés por el como persona, explorando hasta conocer cada vez mas con cada consulta y por todo el tiempo que el y su familia sean nuestros pacientes

Es el papel del medico generalista orientado hacia la atención integral de la familia, considerar todos los aspectos de esta, ya que la familia es el lugar donde se gesta la salud o la enfermedad de la persona, es por lo tanto fundamental conocer a nuestras familias en su dinámica y sus funciones, para reconocer si en ese ámbito es donde se encuentra el origen de su padecimiento y es el que le motiva a acudir en demanda de atención medica.

Conociendo mejor a nuestro paciente y su familia podremos identificar mejor cualquier desajuste en un nivel temprano, cuando aun no repercute de una manera importante en su salud; reconoceremos factores de riesgo , causas que motiven el origen de algunas enfermedades, y estaremos en esas circunstancias en posibilidades de practicar una medicina mas integral y humana, actuando mas favorablemente en los tres niveles de acción, el preventivo , curativo y rehabilitatorio.

IV.- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar en la población a su cargo las características bio-psic-osociales y de salud , como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta durante 1996 en el consultorio número 5 de la clínica - hospital " Dr. Miguel Trejo Ochoa " del I.S.S.S.T.E en Colima Col.

Determinar el número de pacientes y familias adscritas a éste consultorio, así con su distribución por grupos de edades y sexo.

Conocer las características de vivienda, estructura familiar, ingresos y educación de las familias estudiadas.

VI.- METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El presente es un estudio sociomédico , descriptivo, retrospectivo y prospectivo , transversal y observacional

Se fundamenta en 3 estrategias:

Censo poblacional
Estudio de comunidad
Identificación de las causas de consulta.

6.2 Población, lugar y tiempo.

Grupo de familias que asistieron a consulta en el turno matutino del consultorio numero 5 de la clínica- hospital " Dr. Miguel Trejo Ochoa " del I.S.S.S.T.E. en la ciudad de Colima Col. durante el periodo del 1 de julio al 30 de diciembre de 1997.

El numero de consultas y las causas de morbilidad fueron obtenidas del 1 de enero al 31 de diciembre de 1996.

6.3 Universo de estudio.

El universo de estudio lo forman las familias del sector numero cinco de medicina familiar de la clínica-hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa".

6.4 Tipo de muestra.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas a familias adscritas al consultorio 5 . consultas otorgadas en el turno matutino.

6.5 Tamaño de la muestra

Se tomaron 200 familias para el presente estudio de un total de 1102 familias asignadas al sector numero 5. Se tomaron exclusivamente de las familias usuarias.

6.6 Criterios de inclusión , exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

Población derechohabiente usuario , asignada al consultorio numero 5 de la clínica-hospital " Dr.. Miguel trejo Ochoa"
Que tengan expediente clínico.

Criterio de exclusión:

Población adscrita no usuaria
Familias no asignadas al consultorio n: 5 de la clinica-hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa "
Pacientes que no tengan expediente clínico.

Criterio de eliminación:

Expedientes no activos
Cambio de consultorio
Hojas de encuestas incompletas.

6.7 VARIABLES.

Para el censo poblacional: se utilizaron variables de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso. se consideran las variables de.

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

Los grupos etareos se establecen en una amplitud de clase de cinco años.

Para el estudio de comunidad las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal, se identifican:

- Nombre de la familia.
 - Estado civil.
 - Años de unión conyugal. casados, unión libre, divorciados y viudos.
 - Escolaridad de los cónyuges.
 - Edad del padre
 - Edad de la madre.
 - Numero de hijos (hasta de 10 años de edad)
 - Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad)
 - Numero de hijos (de 20 o mas años de edad)
 - Ocupación de los padres de familia.
 - Ingresos económicos.
 - tipo de familia.
 - Etapa del ciclo vital.
- En observaciones (enfermedades crónico-degenerativas, toxicómanas, tipo de vivienda , dependencia de trabajo y antecedentes heredofamiliares).

Para la identificación de las causas de consulta, se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal a las cuales corresponden:

- Los diez primeros motivos de consulta.
- Consulta por mes.

6.8 Método para captar la información

Para el censo poblacional:

Se acudió al archivo clínico de la unidad, identificando todos los expedientes clínicos de las familias en estudio; clasificando los expedientes por núcleos familiares. encontrándose asignados a 8,150 derechohabientes , constituyendo 1,102 familias.

Para el estudio de la comunidad:

El estudio se llevó a cabo captando la información solamente del numero de familias usuarias que asistieron a la consulta.

La recolección de datos se aplicó por el medico responsable directamente , consignando los hallazgos en la cédula de recolección de datos.

Para la identificación de las causas de consulta:

Se recolectó la información de la hoja de reporte diario del médico , forma SM-10-1 (hoja rosa) , del 1 de enero al 31 de diciembre de 1996, reportándose un total de 5213 consultas otorgadas en el turno matutino del consultorio numero 5.

6.9 Consideraciones Éticas.

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación de la S.S.A.

VII. RESULTADOS

7.1 Censo poblacional

En el censo poblacional se observó que la población adscrita al consultorio fue de 8,150 individuos, correspondiendo al sexo masculino el 43.74 % y al femenino el 56.26 %.

El grupo del sexo masculino esta constituido en el mas alto porcentaje por los individuos entre 10 y 14 años.

El grupo del sexo femenino, el mas numeroso es el comprendido entre 35 y 39 años.

7.2 Estudio de la comunidad.

La vivienda de las familias es propia en el 72.5 % ; la mayoría tiene 2 recamaras . Su construcción es el 100 % de ladrillo ; el techo de concreto en el 87 %, El piso es de mosaico en el 58%.

Cuentan con servicios domésticos en un 100 %

Sus hábitos higiénicos son buenos en 84 % La alimentación es buena en el 78 % .
Las familias cuentan con al menos un animal domestico en su mayoría.

7.3 Diagnostico familiar

Las familias encuestadas en su mayoría laboran para S.E.P.

El 100 % son urbanas , modernas el 67.5 % y nucleares el 83.5 %

El 86.5 % de familias son bien integradas. El 92.5 % de los padres son casados.
se encuentran en expansión el 75 % .

Por su salario, el 89 % de las familias perciben mas de 3 salarios mínimos.

Los años de vida conyugal en pareja mas frecuente es de 10 a 14 años .

Los años de unión conyugal en parejas en unión libre es de 1 a 4 años en 40 %.

Los años de duró la unión conyugal en pacientes ahora viudos fue de 15 a 19 años .

La edad predominante de los padres es de 45 a 49 años con el 23 %.

La edad de las madres es predominante el grupo de 40 a 44 con 20 %.

El método de planificación familiar más utilizados es la O.T.B.en 39.5 %.

El numero de hijos que encontramos en las 200 familias encuestadas fueron de 444.

La escolaridad de los padres es predominantemente superior con 49.5 % .

La ocupación de los padres de familia es mayor el rubro de empleados con 48%.

Las madres de familia son profesionales el 31 %, predominando el magisterio,

La toxicomanía mas encontrada fue el tabaquismo.

6.4 Morbilidad

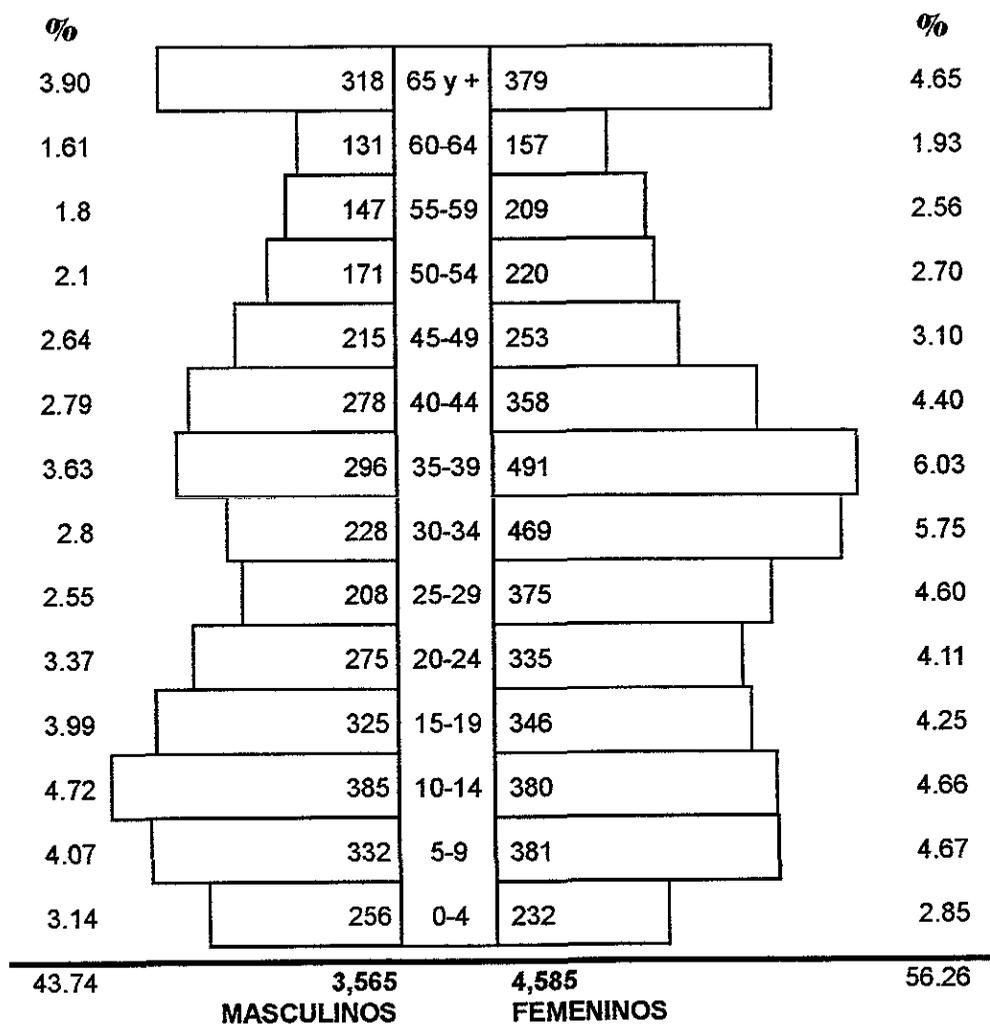
El número de consultas otorgado durante el año de 1996 fue un total de 5,213.

La principal causa de consulta fue la rinofaringitis con un 17 %

El antecedente familiar mas encontrado fue el de diabetes mellitus en 66 % de las familias.

Las enfermedades crónico-degenerativas mas comunes encontradas en los pacientes sujetos del estudio fue la obesidad en 47 de ellos.

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL SECTOR N° 5
De la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
ISSSTE - COLIMA



TOTAL = 8,150

FUENTE: Archivo de vigencia de derechos, de la Clínica "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
 FECHA: Agosto 12 de 1997

Dr. Héctor Manuel Murillo Padilla

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

VIVIENDA

FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO N° 5

| TIPO DE POSESION | NUMERO | % |
|------------------|--------|---|
|------------------|--------|---|

| | | |
|----------|-----|------|
| PROPIA | 145 | 72.5 |
| RENTADA | 29 | 14.5 |
| PRESTADA | 26 | 13 |

| | | |
|-------|-----|-----|
| TOTAL | 200 | 100 |
|-------|-----|-----|

| RECAMARAS | NUMERO | % |
|-----------|--------|---|
|-----------|--------|---|

| | | |
|--------------|----|----|
| UNA | 24 | 12 |
| DOS | 92 | 46 |
| TRES | 58 | 29 |
| CUATRO Ó MAS | 26 | 13 |

| | | |
|-------|-----|-----|
| TOTAL | 200 | 100 |
|-------|-----|-----|

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA

FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO N° 5

| MUROS | NUMERO | % |
|-----------------|---------------|------------|
| LADRILLO | 200 | 100 |

| TECHO | NUMERO | % |
|-----------------|---------------|----------|
| CONCRETO | 174 | 87 |
| LAMINA | 14 | 7 |
| TEJA | 12 | 6 |
| TOTAL | 200 | 100 |

| PISO | NUMERO | % |
|------------------|---------------|----------|
| CEMENTO | 46 | 23 |
| MOSAICO | 116 | 58 |
| VITROPISO | 38 | 19 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

SERVICIOS DOMESTICOS

FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO N° 5

| TIPO DE SERVICIO | NUMERO | % |
|------------------------|--------|-----|
| GAS | 200 | 100 |
| DRENAJE | 200 | 100 |
| RED MPAL. DE BASURA | 200 | 100 |
| LUZ ELECTRICA | 200 | 100 |
| AGUA INTRADOMICILIARIA | 200 | 100 |
| COMEDOR | 200 | 100 |
| COCINA | 200 | 100 |
| BAÑO | 200 | 100 |
| TELEFONO | 146 | 73 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**LO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
 EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
 "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
 COLIMA, COL., 1997**

HABITOS HIGIENICOS

FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO N° 5

| CALIDAD | NUMERO | % |
|--------------|------------|------------|
| BUENA | 168 | 84 |
| REGULAR | 30 | 15 |
| DEFICIENTE | 2 | 1 |
| TOTAL | 200 | 100 |

ALIMENTACION

FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO N° 5

| CALIDAD | NUMERO | % |
|--------------|------------|------------|
| BUENA | 156 | 78 |
| REGULAR | 41 | 20.5 |
| DEFICIENTE | 3 | 1.5 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

ANIMALES DOMESTICOS EN VIVIENDA

FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO N° 5

| TIPO DE ANIMAL | NUMERO | % |
|----------------|------------|------------|
| NINGUNO | 82 | 41 |
| PERRO | 52 | 26 |
| GATO | 8 | 4 |
| AVES | 16 | 8 |
| PECES | 4 | 2 |
| VARIOS | 38 | 19 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

**DEPENDENCIA FEDERAL
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| DEPENDENCIA | NUMERO | % |
|--------------|------------|------------|
| SEP | 157 | 78.5 |
| S. SALUD | 9 | 4.5 |
| SAGAR | 5 | 2.5 |
| ISSSTE | 5 | 2.5 |
| INEGI | 4 | 2 |
| C.N.A. | 3 | 1.5 |
| S.C.T. | 3 | 1.5 |
| SEMARNAP | 3 | 1.5 |
| TELECOM | 2 | 1 |
| S. TRABAJO | 2 | 1 |
| PROFECO | 2 | 1 |
| CAPFCE | 1 | 0.5 |
| S.R.A. | 1 | 0.5 |
| CORETT | 1 | 0.5 |
| I.N.A.H. | 1 | 0.5 |
| SEDESOL | 1 | 0.5 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DEMARCAACION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| TIPO | NUMERO | % |
|--------|--------|-----|
| URBANA | 200 | 100 |
| RURAL | 0 | 0 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| TIPO | NUMERO | % |
|-------------|--------|------|
| MODERNA | 135 | 67,5 |
| TRADICIONAL | 65 | 32,5 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| TIPO | NUMERO | % |
|--------------|------------|------------|
| NUCLEAR | 167 | 83,5 |
| EXTENSA | 25 | 12,5 |
| COMPUESTA | 8 | 4 |
| TOTAL | 200 | 100 |

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU INTEGRACION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N°**

| SALARIOS | NUMERO | % |
|----------------|------------|------------|
| INTEGRADA | 173 | 86.5 |
| SEMI-INTEGRADA | 15 | 7.5 |
| DESINTEGRADA | 12 | 6.0 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No 5**

| ESTADO CIVIL | NUMERO | % |
|---------------|------------|------------|
| SOLTERO | 2 | 1 |
| CASADO | 185 | 92,5 |
| UNION LIBRE | 10 | 5,0 |
| DIVORCIADO(A) | 0 | 0 |
| VIUDO | 3 | 1,5 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| ETAPA | NUMERO | % |
|---------------|------------|------------|
| MATRIMONIO | 16 | 8 |
| EXPANSION | 150 | 75 |
| DISPERSION | 22 | 11 |
| INDEPENDENCIA | 9 | 4.5 |
| RETIRO | 3 | 1.5 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| SALARIOS | NUMERO | % |
|--------------------------|------------|------------|
| < 1 SALARIO MINIMO | 0 | 0 |
| 1 A 2 SALARIOS MINIMOS | 22 | 11 |
| 3 ó MAS SALARIOS MINIMOS | 178 | 89 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N°5**

| AÑOS | FAMILIAS | % |
|--------------|------------|------------|
| -1 | 3 | 1,5 |
| 1 - 4 | 15 | 7,5 |
| 5 - 9 | 29 | 15.5 |
| 10 - 14 | 44 | 22 |
| 15 - 19 | 40 | 20 |
| 20 - 24 | 22 | 11 |
| 25 - 29 | 17 | 8,5 |
| 30 - 34 | 5 | 2,5 |
| 35 - 39 | 4 | 2 |
| 40 - 44 | 3 | 1,5 |
| 45 - 49 | 2 | 1 |
| 50 - 59 | 1 | 0,5 |
| 55 - 59 | 0 | 0 |
| TOTAL | 185 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS EN UNIÓN LIBRE
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| AÑOS | FAMILIAS | % |
|--------------|-----------|------------|
| -1 | | |
| 1 - 4 | 4 | 40 |
| 5 - 9 | 2 | 20 |
| 10 - 14 | 1 | 10 |
| 15 - 19 | 0 | 0 |
| 20 - 24 | 1 | 10 |
| 25 - 29 | 2 | 20 |
| TOTAL | 10 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

Años de Unión Conyugal de pacientes viudos
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 5

| AÑOS | MUJERES | HOMBRES | TOTAL | % |
|------|---------|---------|-------|---|
|------|---------|---------|-------|---|

| | | | | |
|---------|---|---|--|------|
| -1 | | | | |
| 1 - 4 | | | | |
| 5 - 9 | | | | |
| 10 - 14 | | | | |
| 15 - 19 | | 2 | | 66.7 |
| 20 - 24 | 1 | | | 33.3 |
| 25 - 29 | | | | |
| 30 - 34 | | | | |
| 35 - 39 | | | | |
| 40 - 44 | | | | |
| 45 - 49 | | | | |
| 50 - 54 | | | | |
| 55 - 59 | | | | |

| | | | | |
|-------|---|---|---|-----|
| TOTAL | 1 | 2 | 3 | 100 |
|-------|---|---|---|-----|

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

EDAD DEL PADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No 5

| EDAD | VIVOS | MUERTOS | TOTAL | ,% |
|--------------|------------|----------|------------|------------|
| 20 - 24 | 1 | | 1 | 0,5 |
| 25 - 29 | 17 | | 17 | 8,5 |
| 30 - 34 | 32 | | 32 | 16 |
| 35 - 39 | 34 | | 34 | 17 |
| 40 - 44 | 40 | | 40 | 20 |
| 45 - 49 | 34 | | 34 | 17 |
| 50 - 54 | 16 | 2 | 18 | 9 |
| 55 - 59 | 10 | | 10 | 5 |
| 60 - 64 | 9 | | 9 | 4,5 |
| 65 Y MAS | 5 | | 5 | 2,5 |
| TOTAL | 198 | 2 | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

EDAD DE LA MADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5

| EDAD | VIVAS | MUERTAS | TOTAL | ,% |
|--------------|------------|----------|------------|------------|
| 20 - 24 | 6 | | 6 | 3 |
| 25 - 29 | 22 | | 22 | 11 |
| 30 - 34 | 35 | | 35 | 17,5 |
| 35 - 39 | 36 | | 36 | 18 |
| 40 - 44 | 39 | | 39 | 19,5 |
| 45 - 49 | 46 | | 46 | 23 |
| 50 - 54 | 12 | | 12 | 6 |
| 55 - 59 | 2 | 1 | 3 | 1,5 |
| 60 - 64 | 1 | | 1 | 0,5 |
| 65 Y MAS | 0 | | 0 | 0 |
| TOTAL | 199 | 1 | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| METODO | E D A D | TOTAL | % |
|--------|---------|-------|---|
|--------|---------|-------|---|

| | Menor a 20 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | | |
|----------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|------|
| D.I.U. | 1 | 2 | 2 | 4 | 5 | | | 14 | 7 |
| H. ORAL | | | 1 | 3 | 1 | 1 | | 6 | 3 |
| RITMO | 5 | | 5 | 3 | 3 | 2 | | 13 | 6.5 |
| PRESERV. | 5 | 1 | 8 | 8 | 9 | 3 | | 29 | 14.5 |
| O.T.B. | | | 1 | 16 | 19 | 30 | 8 | 74 | 37 |
| VASECT. | | | | | 1 | 2 | | 3 | 1.5 |
| NINGUNO | 17 | 9 | 4 | 8 | 2 | 7 | 4 | 61 | 30.5 |

| | | | | | | | | | |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| TOTAL | 28 | 12 | 21 | 42 | 40 | 45 | 12 | 200 | 100 |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**NUMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5**

| EDAD | NUMERO | % |
|--------------------------|------------|------------|
| HASTA 10 AÑOS DE EDAD | 187 | 42,2 |
| DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD | 73 | 31,7 |
| DE 20 ó MAS AÑOS DE EDAD | 116 | 26,1 |
| TOTAL | 444 | 100 |

FUENTE. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

**ESCOLARIDAD EN PACIENTES
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N°5**

| ESCOLARIDAD | NUMERO | % |
|------------------------|------------|------------|
| BASICA | 20 | 10 |
| MEDIA | 31 | 15,5 |
| MEDIA SUPERIOR TECNICA | 50 | 25 |
| SUPERIOR | 99 | 49,5 |
| TOTAL | 200 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

PADRES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N°5

| OCUPACION | HOMBRES | MUJERES | TOTAL | % |
|--------------|------------|------------|------------|------------|
| PROFESIONAL | 49 | 62 | 111 | 27.75 |
| TECNICO | 55 | 31 | 86 | 21.50 |
| EMPLEADO | 96 | 56 | 152 | 38.00 |
| HOGAR | 0 | 51 | 51 | 12.75 |
| OTRO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 200 | 200 | 400 | 100 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

TOXICOMANIAS

PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No 5

| TIPO | MUJERES | HOMBRES | TOTAL |
|-----------------------------|----------|-----------|-----------|
| TABACO | 6 | 37 | 43 |
| ALCOHOL DIVERSAS VARIEDADES | 2 | 24 | 26 |
| MARIHUANA | 0 | 0 | 0 |
| COCAINA | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 8 | 61 | 69 |

FUENTE. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

**CONSULTAS EN EL AÑO DE 1996
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 5**

| MES | PRIMERA VEZ | SUBSECUENTE | TOTAL | % |
|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| ENERO | 354 | 98 | 452 | 8.67 |
| FEBRERO | 349 | 72 | 421 | 8.07 |
| MARZO | 362 | 86 | 448 | 8.60 |
| ABRIL | 322 | 102 | 424 | 8.13 |
| MAYO | 340 | 117 | 457 | 8.76 |
| JUNIO | 340 | 102 | 442 | 8.48 |
| JULIO | 350 | 117 | 467 | 8.96 |
| AGOSTO | 344 | 114 | 458 | 8.79 |
| SEPTIEMBRE | 327 | 92 | 419 | 8.04 |
| OCTUBRE | 337 | 90 | 427 | 8.19 |
| NOVIEMBRE | 327 | 85 | 412 | 7.90 |
| DICIEMBRE | 307 | 79 | 386 | 7.40 |
| TOTAL | 4059 | 1154 | 5213 | 100 |

FUENTE: HOJAS DE REPORTE DIARIO AÑO 1996

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA 1996

| NUMERO | DIAGNOSTICO | Nº DE CONSULTAS | % |
|--------------|--------------------------------|-----------------|------------|
| 1 | RINOFARINGITIS | 886 | 17.00 |
| 2 | HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL | 502 | 9.63 |
| 3 | DIABETES MELLITUS | 481 | 9.22 |
| 4 | ENF. ARTICULAR DEGENERATIVA | 292 | 5.60 |
| 5 | UROSEPSIS | 162 | 3.10 |
| 6 | COLITIS | 149 | 2.86 |
| 7 | AMIBIASIS | 142 | 2.72 |
| 8 | CONTROL DE EMBARAZO | 128 | 2.45 |
| 9 | TRASTORNO DE ANSIEDAD | 116 | 2.23 |
| 10 | MICOSIS | 99 | 1.90 |
| 11 | OTROS | 2256 | 43.27 |
| TOTAL | | 5213 | 100 |

FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MEDICO 1 DE ENERO -- 31 DE DICIEMBRE 1996

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 5 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

| ATECEDENTES HEREDO-FAMILIARES FAMILIAS ENCUESTADAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5 | | |
|---|--------|-----------------|
| DIAGNOSTICO | NUMERO | P/o DE 200 FAM. |
| DIABETES MELLITUS | 132 | 66 |
| HIPERTENSION | 116 | 58 |
| ONCOLOGICOS | 19 | 9.5 |
| ALERGIAS | 15 | 7.5 |
| OBESIDAD | 92 | 4.6 |
| ENF. TIROIDEAS | 6 | 3 |
| EPILEPSIA | 9 | 4.5 |
| ASMA | 17 | 8.5 |

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 5 DE LA CLÍNICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA COL. 1997.**

Vigilancia de Enfermedades Crónico-Degenerativas en Prevención y Control
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 5

| PROGRAMA | MUJERES | HOMBRES | TOTAL |
|--|---------|---------|-------|
| Diagnóstico de Cáncer Cervico-Uterino. (Papanicolaou) | 0 | 0 | 0 |
| Diagnóstico de Cáncer Mamario. (Exámen y Autoexámen) | 0 | 0 | 0 |
| Diagnóstico de Diabetes Mellitus | 11 | 5 | 16 |
| Diagnóstico de Hipertensión arterial | 9 | 14 | 23 |
| OBESIDAD | 28 | 19 | 47 |
| TOTAL | 48 | 39 | 86 |

FUENTE. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

VIII .- ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El sistema de medicina familiar establecido en la clínica-hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" a permitido brindar una atención a un grupo establecido fijamente, lo cual ha propiciado un acercamiento y conocimiento de su ámbito familiar , con lo cual se ha logrado un seguimiento en el crecimiento y desarrollo así como en la atención continuada de los diferentes padecimientos de sus miembros , también, establecer en los diferentes grupos de edad y sexo las orientaciones específicas de prevención de las enfermedades más comunes. Tal como es el propósito de la medicina familiar.

| Encontramos al realizar la pirámide poblacional que el numero de pacientes y familias adscritas al consultorio numero cinco , 8,150 y 1, 102 respectivamente , es mayor al número ideal recomendado por los organismos institucionales que administran la atención de salud.

Con el presente estudio encontramos que el grupo de familias adscritas cuenta con características demográficas, educativas y económicas superiores a la media común en nuestro país y con una integración familiar mayor a la encontrada en otras regiones de México o del extranjero.

IX- Conclusiones

Se logró cumplir el objetivo general que era conocer las principales características biopsicosociales de la población adscrita al consultorio no. 5 de la clínica hospital " Dr. Miguel Trejo Ochoa" del I.S.S.S.T.E. en Colima Col.

Son familias urbanas en su totalidad, que viven principalmente en casa propia con buena calidad de construcción y con la totalidad de los servicios básicos. perciben buenos ingresos y su educación es predominantemente superior.

son en su mayoría familias nucleares, modernas , bien integradas y en etapa de expansión.

Sus padecimientos mas comunes son las infecciones de vías respiratorias superiores y las enfermedades crónico-degenerativas , Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Esencial.

X.- LINEAS DE ACCIÓN

Las principales estrategias que se proponen para el consultorio no. 5 de la clínica-hospital " Dr. Miguel Trejo Ochoa" del I.S.S.S.T.E en Colima son:

Estrategias generales

Prevención primaria

Se refiere a la promoción de la salud y a la protección específica de las enfermedades. con esto se pretende mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental, y en equilibrio con su ambiente, es decir, que no se refiere a ninguna enfermedad en particular, sus bases radican en :

- Educación medica sexual
- Planificación familiar
- Promover el saneamiento ambiental
- Hábitos y costumbres
- Eliminación de basura
- Mejoramiento de la vivienda
- Mejoramiento del ambiente familiar
- Mejoramiento del ingreso económico
- Recreación
- Educación nutricional
- Control del crecimiento y desarrollo

Protección específica

Son las medidas específicas en cada enfermedad con el fin de evitarlas. estas medidas son :

- Aplicación de inmunizaciones específicas contra las principales enfermedades transmisibles
- Evitar la exposición a agentes cancerígenos y alergénicos
- Establecer medidas contra riesgos en el hogar, la escuela y el trabajo.
- Programas de detección de enfermedades.
- Llevar el control de enfermedades transmisibles.
- Realizar campañas permanentes para fomentar hábitos de vida sana. contra el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

Prevención secundaria

Diagnostico precoz y oportuno: consiste en reconocer los factores de riesgo, síntomas y signos de las enfermedades para detectarlas y tratarlas en forma oportuna. curar al enfermo antes de que ocurran daños irreversibles, prevenir complicaciones y secuelas y acortar el periodo de incapacidad. lo llevaremos a cabo con:

- La atención médica oportuna.
- Detección de casos individuales en grupos de población específica.
- Tratamiento inmediato y adecuado de los casos descubiertos.

Limitación del daño: se refiere principalmente a las medidas de orden terapéutico: físico, dietético, medicamentoso, ortopédico, quirúrgico y psicoterapéutico.

Prevención terciaria

Se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica, para corregir hasta donde sea posible, la incapacidad del daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad en la escuela, hogar y trabajo. se buscará:

- La recuperación máxima de la funcionalidad
- La terapia ocupacional
- Cambio psicosocial del incapacitado

Estrategias particulares

Estrategias de acción medica familiar en el consultorio no. 5 de la clínica hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa ", de acuerdo a las principales causas de consulta.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

La prevención de las I.R.A. se llevará a cabo a través de la educación para la salud y de promoción. comprende las siguientes medidas:

De educación:

- Identificación oportuna de la sintomatología.
- Importancia de acudir oportunamente a la atención medica.
- Medidas preventivas generales.
- Evitar el contacto con personas enfermas.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.

De promoción

- Mejoramiento a la vivienda
- Información y orientación a la población.

Tratamiento:

Será de acuerdo a la etiología y manifestaciones clínicas:

- Cuidados generales
- Tratamiento sintomático
- Tratamiento específico.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Estando caracterizada por la elevación sostenida y prolongada de la presión arterial diastólica por arriba de 90 mm de hg. por su magnitud y trascendencia constituye un problema de salud publica y la segunda causa de motivo de consulta en el consultorio a mi cargo, por lo cual se proponen las medidas siguientes:

Medidas de prevención.

Las medidas de prevención se llevarán a cabo a través de la educación y promoción de la salud, y utilizando las siguientes medidas:

Toma de presión arterial a todo paciente mayor de 25 años que acuda a consulta o cuando menos cada 6 meses.

Evitar el sedentarismo.

Evitar la obesidad.

Manejo emocional adecuado

Evitar el consumo excesivo de sal

Medidas de control:

Identificación y tratamiento del paciente y la ausencia de una causa primaria.

El tratamiento de la hipertensión arterial se llevará a cabo con tratamiento no farmacológico:

Control de peso

Evitar el sedentarismo

Evitar el tabaquismo

Suprimir o reducir el consumo de alcohol

Modificar la ansiedad y las emociones adversas.

Dieta baja en sales, grasas y rica en fibras vegetales.

Tratamiento farmacológico:

Se usará simultáneamente al tratamiento no farmacológico a aquellos pacientes que la presión arterial no haya descendido después de usar tratamiento no farmacológico después de 30 días, utilizando idealmente un solo medicamento de ser posible

El paciente se remitirá a segundo nivel en caso de presión con pobre respuesta al tratamiento o en etapas de crisis hipertensiva.

DIABETES MELLITUS

Medidas de prevención:

Las medidas preventivas se realizarán a través de la educación, la detección y la promoción para la salud, así como la participación decidida y permanente del paciente. y son las siguientes:

Educación

Importancia de acudir a examen periódico

Evitar las situaciones siguientes:

obesidad, multiparidad , sedentarismo , infecciones crónicas.

Detección:

Antecedentes familiares de diabetes mellitus o de obesidad

Edad mayor de 30 años

Sobrepeso mayor del 10 %

Multiparidad

Vida sedentaria

Estrés frecuente

Medidas de control:

Comprende la identificación y el tratamiento del paciente.

El tratamiento del paciente con diabetes mellitus se lleva a cabo a través de los siguientes recursos:

Educación:

Implica orientación sobre los aspectos siguientes:

Conocimiento de su enfermedad . Dieta . Ejercicio físico

Tratamiento farmacológico:

Está indicado en todo enfermo diabético que no se controla con dieta y ejercicio y se lleva a cabo con sulfonilureas o biguanidas o bien con insulina.

Los casos de diabetes mellitus que son referidos a segundo nivel son los siguientes:

Control metabólico difícil

Con complicaciones crónicas

Padecimientos intercurrentes, cirugía mayor y parto.

XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Gomez-Clavellina F.J , Irigoyen-Coria A , Fernandez-Ortega , Mazón-Ramirez J.J.. La medicina familiar: hacia una nueva conceptualización. Boletín Médico Familiar 1996;(15-16): 18-19.
- 2.- Irigoyen-Coria A. Modelo sistematico de la atención medica familiar. En fundamentos de medicina familiar . México. ed. medicina familiar mexicana 4a. edición 1996
- 3.- Estebanell-Arnal M.P. et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actitudes preventivas. Atención Primaria 1992 ; 539-546.
- 4.- Saucedo García J.M.. Psicología de la vida en familia : Una visión estructural. Rev. medica imss 1991; 29: 61-67.
- 5.- Alarid H , Irigoyen C .A.. En La familia. Dr. Carlos Walt Montejano , Dr Rogelio Esteban Hidalgo , Dra. Maria Esperanza Gomez Camarillo y Dr. Arnulfo Irigoyen Coria . Fundamentos de medicina familiar México. Francisco Méndez Cervantes. 2a. ed. 1985
- 6.- De La Fuente R. La familia visión de conjunto. Cuadernos de psicología medica y psiquiatrica. dpto. de psiquiatría y salud mental. México U.N.A.M 1987
- 7.- Minuchin s. Familias y terapia familiar. Barcelona Ed. Gedisa 2a. Ed. 1979.
- 8.- Blood Bob y Margaret. Dinámica familiar y patología en la familia : Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México ed. medica del Hospital Infantil de México 1980.
- 9.- Chagoya B.L. Dinámica familiar y patología en la familia: medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México ed. medica del Hospital Infantil de México 1980 .

- 10.- De la Revilla L . La disfunción familiar. Atención Primaria 1992; 10: 7-8.
- 11.- Barragán M. Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar . Curso de especialización en medicina familiar, modulo de psicología medica , 3er año, unidad 11, dpto. de medicina familiar fac. medicina U.N.A.M.
- 12.- Chavez Aguilar Victor ,Ruben V.O.. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. rev. medica imss 1994; 32: 39-43 .
- 13.- Velazco Orellana Ruben. Víctor Chávez A. La disfunción familiar, un reto diagnostico terapéutico. rev. medica imss 1994 ; 32: 271-275 .
- 14.- Taylor R. Medicina de familia. principios y practica 3a. edic. Barcelona España. ed. Doyma 1991.
- 15.- Thompson L. Troy II . Tratamiento de la paciente difícil.. Mundo Medico 1993;20:51-62
- 16.- Orueta S.A. et al. Características familiares de los hiperutilizadores de servicios sanitarios de atención primaria. Atención Primaria 1993 ; 2: 46-48
- 17.- Mc. Whinney I.R. Medicina de familia. España.Ed.Doyma. 1995.
- 18.- Chávez Jorge. La familia del tercer milenio. Médico Moderno 1991; 12: 92-98
- 19.- Barquin C. Manual de dirección de hospitales. México ed. interamericana 5a. edic. 1986
- 20.- Mc Corrmik James. La naturaleza de la practica de la medicina general. Medical Educacción. 1996 ;30 : 315

- 21.- Ruiz De Chávez Manuel. Una reflexión sobre el renovado quehacer de la medicina. Gaceta Medica Mexicana 1995 ; 2 : 131-139.
- 22.- Donabedian Avedis. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Publica de México. 1993 ; 3 : 239-251.
- 23.- Barajas Ruelas Enrique , Garza Zurita B Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Publica de México 1993 ; 3 : 237- 249.
- 24.- Martínez Cortés Fernando. El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. Médico Moderno 1995 ; 2 : 22-60.
- 25.- Leal Rodríguez Juan de Dios. La comunicación; llave del éxito. Medico moderno 1997 ; 8: 20-32.
- 26.- Epstein M- Ronald, Campbell L. Tomas. Perspectives on patient-doctor communication. Journal of Family Practice. 1994 ; 4 : 377-387.
- 27.- Yeo Michael, Longhurst Mark. Intimacy in the patient-physician relationship. Canadian Family Physician. 1996 ; 42 : 1505-1508.
- 28.- Villalobos Pérez José Luis. El hombre medico. Gaceta Medica Mexicana. 1996 ; 2 : 209-215.
- 29.- Alarcón Segovia Donato. La investigación clínica en la practica médica. Conamed . 1997 ; 3: 29-35.
- 30.- Chávez Aguilar Héctor, Roselis Baeza M. La relación médico paciente. Un enfoque comunicacional . rev. medica imss 1994 ; 32: 179-182.
- 31.- Jiménez Mena C., Riera Lorenzo. De la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria 1993 ; 5 : 271-276.
- 32.- Delgado a, Fernández López L. La participación comunitaria: Una revisión necesaria. Atención Primaria 1992 ; 8 : 72-77.

- 33.- Aguirre-Huacuja Enrique . La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. Salud Publica de México 1992 ; 2 : 211-216.
- 34.- Schlaepfer- Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La medición de la salud: Perspectivas teoricas y metodológicas . Salud Publica de México 1990 ; 32 ; 142-153.
- 35.- Kameron B. Douglas. Prioritizing prevention. Journal of Family Practice 1994 ; 3 : 229.
- 36.- Frames Paul et al.. U.S. Preventive services task force: highlights of the 1996 report. American Family Physician. 1997 ; 2 : 567-576.
- 37.- GonzálezAlmada Eugenio. Un modelo institucional bajo esquemas de calidad y eficiencia. Médico moderno 1994 ; 2 : 58-62.
- 38.- Arredondo Armando, Meléndez Víctor. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. Salud Publica de México 1992 ; 1 : 38-44.
- 39.- Biagi Francisco. Los servicios para la salud de un país en desarrollo al entrar en un tratado de libre comercio. Medico Moderno 1995 ; 7 : 66-74.

