

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA HOSPITAL DR. «MIGUEL TREJO OCHOA»

128
2 es.

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO 2 DE LA CLINICA HOSPITAL
«DR. MIGUEL TREJO OCHOA» COLIMA, COL.
EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996.



ISSSTE

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

P R E S E N T A

Dr. Rogelio David
Nava Gutiérrez 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR EN EL
CONSULTORIO 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA"
COLIMA, COL. EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996.**

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

DR. ROGELIO DAVID NAVA GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES:



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

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

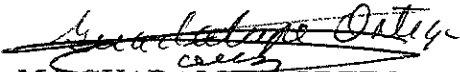
~~DRA. MARIA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

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

P R E S E N T A :

DR. ROGELIO DAVID NAVA GUTIÉRREZ

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR.
EN EL CONSULTORIO 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO
OCHOA" COLIMA, COL. EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996.**


DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GÓMEZ


PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN COLIMA, COLIMA.


DR. ROGELIO SEVILIA SEGOVIA


DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GÓMEZ.


DR. EMILIO GRANJEL GUERRERO

ASESORES DE TESIS,
ISSSTE.


DRA. LETICIA ENSAURRIZAR JURADO.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA, ISSSTE.

COLIMA, COLIMA. MARZO 1998.

MODELO SISTEMÁTICO DE LA
ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO 2 DE LA
CLÍNICA HOSPITAL "DR. MIGUEL
TREJO OCHOA" EN EL PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996.

CLÍNICA HOSPITAL
DR. MIGUEL TREJO OCHOA
ISSSTE
COLIMA, COLIMA, MEXICO.

DR. ROGELIO DAVID NAVA GUTIÉRREZ.

ÍNDICE

I.-MARCO TEÓRICO.	1
II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
III.-JUSTIFICACIÓN.	10
IV.-OBJETIVOS.	11
V.- HIPÓTESIS.	12
VI.- METODOLOGIA:	13
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:	16
7.1 CENSO POBLACIONAL.	
7.2 DIAGNOSTICO FAMILIAR.	
7.3 MORBILIDAD.	
7.4 CUADROS Y GRÁFICAS.	
VIII.-ANALISIS DE RESULTADOS.	18
IX.-CONCLUSIONES.	20
X.- LINEAS DE ACCION.	21
XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	22
XII.- ANEXOS.	25

I.- MARCO TEÓRICO.

La medicina familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.

El médico familiar actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Presta sus servicios a todos los miembros de la familia, más que a individuos aislados, y lo hace con independencia de la edad, el sexo o el problema de salud que se le plantea.

El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención primaria, con una serie de características que adjetivan el auténtico sentido de la profesión. Así, la atención que se presta es de ser continua e integral, de forma tal que la práctica se contraponga a la atención esporádica y fragmentada que en general es ofrecida por otros especialistas de la medicina.

La atención que puede prestar el médico familiar se desarrolla tanto en el consultorio como en el hogar del paciente, o en los propios servicios hospitalarios. A lo largo de su práctica reconoce la necesidad insalvable de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. En este sentido, el médico familiar ha de actuar como coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud.

El médico familiar ha de ser, por excelencia, un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes. Cada contacto con ellos debe verlo como oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud. Sin embargo, esta vocación por la prevención no deberá oscurecer sus capacidades para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan entre su población. Esto último es también válido en el caso de la rehabilitación.

Para el adecuado cumplimiento de sus responsabilidades, el médico familiar busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él.

A diferencia de otros especialistas, el médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar más que con un cuerpo de conocimientos particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Este especialista enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Como consecuencia de lo anterior, con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple.

El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no solo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, en nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.

El consultorio de medicina familiar debe contar con una población asignada y cautiva para poder atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos.

Dentro del campo de la medicina familiar es posible desarrollar investigaciones de diversos tipos y aplicaciones. Así, las investigaciones clínicas, epidemiológicas, de servicios de salud, educacionales, administrativas y operacionales, entre otras, tienen cabida en esta disciplina académica (1).

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 límites de edad o sexo del paciente ni del órgano o sistema afectado por la enfermedad.

En la práctica de la medicina familiar se integran las ciencias biomédicas, sociales y de la conducta. El acervo de conocimientos y de procedimientos que conjunta la medicina familiar prepara al médico familiar para un papel único en la atención del paciente, que incluye el uso de destrezas cognitivas y procedimientos diagnósticos y de tratamiento, constituyéndose en un médico personal que otorga y coordina los recursos para la atención de la salud.

El médico familiar otorga atención a la salud en la disciplina de la medicina familiar. Su entrenamiento y experiencia lo califican para la práctica profesional en los diversos campos de la medicina y cirugía.

El médico familiar está educado y entrenado para desarrollar y poner en práctica actitudes únicas y actividades que lo califican para una atención médica a todos los miembros de la familia, sin importar sexo, edad o tipo de enfermedad, sea biológica, conductual o social. Este médico se constituye en la figura que intercede ante todos los asuntos relacionados con la salud, incluyendo el uso adecuado de los consultantes, así como de los recursos de la comunidad.

La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes: Estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria.

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 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(2,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,19,20,21,22 y 23).

CONTINUIDAD DE LA ATENCION.-Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad, sexo, ni la raza 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 (2,24,26 y 27).

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 más 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 (2,19, 24,28,29,30 y 31).

El gran reto para la medicina de nuestros tiempos, sin duda, es llegar a identificar las estrategias más eficaces y rentables, para satisfacer las necesidades asistenciales de toda la población (3), y hacer posible la meta de la Organización Mundial de la Salud "Salud para todos en el año 2000" (4).

Para atender los requerimientos de la sociedad en lo que respecta a la atención médica, y por el énfasis de la necesidad de involucrar en dicha atención a especialistas, que en muchos casos brindaban la atención sin lograr la integridad terapéutica del padecimiento con el entorno del paciente, motivó al Instituto Mexicano del Seguro Social para iniciar la nueva especialidad de Medicina Familiar en 1971 con 32 alumnos (5). Aún cuando desde 1959 B. Sepulveda y L. Méndez ya pugnaban por la implantación de un nuevo sistema Médico Familiar (6).

Es indudable que la práctica de la Medicina a cambiado y que seguirá cambiando más en el futuro con los avances de la Medicina misma. Cambian los conocimientos, cambian las formas de aplicarlos, cambia la sociedad, sus Universidades y sus Gobiernos.

En nuestro país, la profesión Médica y la práctica de la Medicina presentan cambios en la actualidad, por lo tanto el proceso de Especialización con adiestramiento y capacitación de los médicos, al igual que la de otros recursos humanos como Enfermeras y Trabajadoras Sociales, debe obedecer a una racionalidad definida por la planeación de los servicios de salud, particularmente en la medicina Institucional sobre todo a nivel de la atención primaria. Estas transformaciones deben servir para mejorar las expectativas del médico y favorecer la relación médico-paciente, fomentando el sentido humano, la calidad y calidez en la atención médica.

En los países desarrollados, los Médicos Familiares son profesionistas de la salud, que tienen en las mayoría de las veces, el primer contacto con el paciente y esto le permite aplicar sus conocimientos de postgrado para beneficiar las demandas de salud de la comunidad donde ejercen (7).

La práctica de la Medicina Familiar se enfoca primordialmente al estudio de los problemas de salud de las familias, utilizando bases teóricas y científicas que nos permitan tener un mejor conocimiento de los grupos asignados a un médico.

La atención a la salud y la educación médica guardan una íntima vinculación; La sociedad contemporánea vive un profundo proceso de transformación. La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud donde la población accede de manera directa y continua y suele respetar los consejos de su médico.

Para desarrollar medidas de promoción de la salud son necesarias nuevas actitudes por parte del equipo de atención primaria, pero sobretodo 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.

La formación académica de los médicos generales del ISSSTE se lleva a cabo en los últimos años, gracias al convenio establecido por la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, con una supervisión y evaluación conjunta; otorgando reconocimiento Universitario como especialistas en Medicina Familiar, en esta tercera etapa toca al Estado de Colima y con ello a nuestra Clínica- Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" recibir el adiestramiento de Especialista, en el año de 1994, reconociendo que los retos a los que el médico familiar actualmente se enfrenta son:

- 1) INCREMENTAR EL NIVEL DE SALUD, disminuyendo los riesgos y previniendo los daños.
- 2) OTORGAR ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL.
- 3) Participar en el proceso de EDUCACIÓN MEDICA, y
- 4) Realizar INVESTIGACIÓN MEDICA.

El médico familiar conociendo las características biopsico-sociales de sus pacientes intenta establecer un MODELO DE ATENCIÓN para ayudar a ellos y a sus comunidades educándolas a aprender y aceptar la responsabilidad de mejorar su calidad de vida. Se sabe que una población educada solo solicita atención médica cuando lo requiere. por lo tanto la cultura en el manejo de la enfermedad debe cambiar.

Los intentos por implementar un diagnóstico por consultorios de Medicina Familiar, identificando las necesidades personales, familiares y sociales de los pacientes, conociendo la naturaleza y curso de las enfermedades, instalando tratamientos farmacológicos y de terapia de rehabilitación; sin olvidar el entorno que rodea al individuo ha hecho que el papel del médico familiar vea a sus pacientes como una población en riesgo.

Los usuarios por su parte aspiran a recibir servicios con oportunidad, cortesía y amabilidad e información suficiente, que las unidades médicas tengan personal capaz y elementos de

trabajo así como también que el proceso de la atención se realice óptimamente con un mínimo de complicaciones.

El carácter continuo e integral de la atención médica para la salud está íntimamente relacionado con una mejora de la calidad del servicio otorgado. Esas características se asocian con los mejores resultados para la atención para pacientes de todas las edades incluso mayor peso al nacer, menor morbilidad en los niños y menos hospitalizaciones de adultos mayores.

El promedio nacional de esperanza de vida al nacimiento alcanza en nuestro país ya casi 70 años, aunque debemos considerar las grandes diferencias existentes entre las entidades federativas, con la educación y promoción de la salud, poniendo énfasis en la prevención de enfermedades, evitar y disminuir los factores de riesgo, fomentando el autocuidado para disminuir la morbilidad para tener un menor número de pacientes que requieran hospitalización, se puede contribuir a contener el impacto económico generado en la prestación de servicios en la seguridad social, principalmente en la atención de primer nivel que es la más solicitada.

Todas las acciones del médico familiar formuladas en esta investigación tienen como finalidad la aplicación del modelo de Leavel y Clark, que además de hacer más ordenada y completa la atención de la salud se mejora el pronóstico y la calidad de vida de nuestros pacientes.

Al igual que el resto de los servicios en nuestro país, los servicios médicos se modernizan para responder las exigencias de nuestra incorporación a la competencia global, se avanza así en la consolidación Institucional, en la extensión de la cobertura y en el ejemplar cumplimiento de las metas de la ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD, los médicos debemos ser protagonistas y no espectadores de la modernización estando atentos al reto de aumentar la calidad de los servicios del sistema de salud, tomando en cuenta que la cobertura se ha incrementado en los últimos años en la población derechohabiente.

ESTUDIO DE LA FAMILIA

Una de las características del ser humano es la de vivir en sociedad, ya que para poder satisfacer sus necesidades biológicas y sociales debe moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. De estos grupos resalta por su importancia la familia, ya que el hombre desde que nace hasta que muere, realiza sus actividades dentro de la familia (8).

Ya que la familia es un grupo social en el que el proceso de salud y enfermedad se manejan bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o no la salud individual o familiar, es importante entender el entorno bio-psico-social en el que se desarrolla la vida del individuo o del grupo (9).

la definición que el consenso Canadiense dice que:

La familia es el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, un padre o madre, con uno o más hijos, que viven bajo un mismo techo. (10).

El consenso Norteamericano la define como:

Un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por los lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción.(10).

La Organización Mundial de la Salud la define como:

El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. (10)

Las familias pueden clasificarse de las siguientes formas:

- a).-Por su composición estructural:Nuclear, extensa, extensa compuesta.
- b).-Desde el punto de vista social en base a su desarrollo:Moderna, tradicional y arcaica o primitiva que es la familia campesina en la que el sustento se los da el cultivo de la tierra.
- c).-Con base en su demografía:Urbana y rural.
- d).-En base a su integración:Integrada (los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones), semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones), desintegrada (en ésta falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte).
- d).-Desde el punto de vista tipológico:Campesina, obrera o profesional (característica dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges).

La familia pasa por varias etapas dentro de las diferentes épocas por las que atraviesa de acuerdo a su proceso existencial, se destacan las siguientes:

- a).-Etapa prenupcial.-Es el noviazgo y la elección del futuro cónyuge, con el que se va a buscar tener aptitudes semejantes, creencias y culturas similares, etc. Para situarse como familia.
 - b).-Etapa nupcial o de matrimonio.-Es la vida conjunta de los cónyuges desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
 - c).-Etapa de formación de los hijos.-Hay que hacer hincapié en que la maternidad y la paternidad son actos biológicos y culturales, ya que tener hijos debe ser posterior a una profunda meditación y de un conocimiento real de lo que esto implica, ya que deben cumplir con las expectativas esperadas de cada uno de sus miembros y cumplir lo más ampliamente con sus funciones como son: satisfacer las necesidades físicas (comida, salud, vivienda, etc.), cubrir las necesidades afectivas, fortalecer la personalidad, formar los roles sexuales, prepararlos para el adecuado desempeño de los roles sociales, estimular las actividades de aprendizaje y de iniciativa propia de cada miembro de la familia.(11).
- Hay que estimular en el niño las reacciones sensitivas positivas. Esto incluye la alimentación, el baño, etc., que aunque generalmente lo realiza la madre, esto debe ser también compartido por el padre.(11).
- d).- Etapa de madurez.-Se alcanza cuando los hijos obtienen la mayoría de edad, o sea la madurez física, psicológica y social, en la cual los hijos pueden tener su propia familia o seguir viviendo en la casa de los padres pero con independencia económica.

La familia tiene también un ciclo vital, de cuyo conocimiento el médico familiar analiza las diversas fases para prever una serie de fenómenos que afectan de una u otra forma la funcionalidad familiar.

Cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos de manera satisfactoria para que el desarrollo progrese sin alteraciones, ya que la no resolución de un problema en un periodo determinado se va a traducir posteriormente en inadaptaciones físicas, sociales, emocionales o cognoscitivas.(12).

En las fases normales del desarrollo familiar se presentan episodios de estrés, y si el médico se anticipa a estos y los ve en su adecuada perspectiva, puede ayudar a que los pacientes se enfrenten a ellos antes de que se produzca la enfermedad (13).

las familias, tienen como todas las cosas, inicio, desarrollo y fin. El patrón que sigue la familia es el siguiente esquema, que fue propuesto por Geyman en 1980 y es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.(7),(14).

Las fases del ciclo vital familiar son:

- a).-Fase de matrimonio.
- b).-Fase de expansión.
- c).-Fase de dispersión.
- d).-Fase de independencia.
- e).-Fase de retiro y muerte(10,15,16,17 y 18).

La familia es la unidad primaria, base de la sociedad, y dentro de ella se dan roles entre sus miembros.(10).

Las funciones del padre son:

Proveer los bienes económicos y culturales, figura de identificación masculina, estable en lo material y emocional, educar con el ejemplo, responsable de la familia.

Las funciones de la madre son:

Administradora del hogar y organización de la vida doméstica, figura de identificación femenina, esposa, amiga y figura central de la familia, educadora de la familia y de los hijos, responsable de la familia en ausencia del padre.

Las funciones de los hijos son:

Vivir bajo la tutela de los padres hasta la mayoría de edad o la independencia, respetar y obedecer a sus padres, cuidar los bienes familiares y aprovechar las oportunidades de estudio e instrucción para su independencia posterior.(10).

La familia cruza también por etapas críticas que pueden llevarla a la disfunción familiar, por lo que hay que reconocerlas para poderlas manejar adecuadamente.

Las etapas críticas de la familia son:

- a).-Embarazo.-Si éste es deseado es bien recibido, pero si no, es un problema en la etapa de la familia.(11).
- b).-Nacimiento.-Repercute en la dinámica familiar afectando la economía y puede actuar como estímulo para mejorar económicamente o si no, ocasionar desajustes en el presupuesto. Para algunos hombres el tener un hijo varón es símbolo de su hembra, y esto repercute en el trato a la esposa, si es hembra esto puede influir negativamente, ya que esta no es útil para el sostenimiento de la familia, también influye el número de hijos, ya que si son muchos, puede el padre abandonar a la familia.(10).
- c).-Enseñanza de la sexualidad.-Esto depende del nivel sociocultural y del medio en que se desenvuelve la familia. De acuerdo al sexo del niño o adolescente será la educación que este reciba.
- d).-Estado laboral.-Son factores de riesgo, la desocupación, la búsqueda y el cambio de trabajo.

e).-Muerte de un miembro.-La situación y el grado de crisis dependerá de quien muere. Si es el padre, la madre, la edad del fallecido, edad de los hijos, la escolaridad, si es alguno de los hijos, etc., pudiendo ser las repercusiones económicas, emocionales, incluso desintegración familiar si quien fallece es la madre.

En una familia funcional el manejo de los conflictos se basa en la comunicación entre los miembros para identificar y resolver los problemas. Actuando con un grado de flexibilidad adecuado.

En las familias disfuncionales existe rigidez en los conceptos, lo que no les permite revizar alternativas de conducta, lo que ocasiona estrés, y la aparición de síntomas físicos.(19).

Por lo que se dice que una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que se le encomiendan de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que existen desde sus ambientes interno y externo.(19).

Y que una familia es disfuncional cuando es incapaz de responder a las necesidades de sus miembros y de afrontar los cambios y tensiones de su entorno(20).

Los integrantes de familias disfuncionales presentan molestias físicas indefinidas, problemas somatiformes, ansiedad o trastornos afectivos, por lo que acuden con mayor frecuencia a la consulta médica, hiperutilizando el servicio con una frecuencia mayor que la media.(21).

Según describe la Dra.Satir, la familia del tercer milenio debiera de dirigirse al tipo de familia nutricia, cuyas características son:

- a).-Autoestima elevada en cada uno de sus miembros.
- b).-Comunicación directa, clara, específica y sincera.
- c).-Reglas flexibles, adecuadas y humanas con posibilidades de cambio. y
- d).-Que, fundamentada en la libertad el enlace con la sociedad sea abierto y confiado.(22).

Para elaborar el diagnóstico adecuado de las familias que el médico tiene bajo su cuidado,el empleo del familiograma es el de más utilidad para conocer la funcionalidad de las familias estudiadas, ya que el Médico Familiar debe esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y observar permanentemente a sus pacientes como una población en riesgo. (23).

Para establecer una continuidad, debe existir una comunicación adecuada entre el médico y el paciente, la que primeramente se va a dar con la mirada (25), la que debe ser cálida, ya que los pacientes catalogan a sus médicos de acuerdo al trato de confianza que reciben de ellos y que en ocasiones llega a rebazar las relaciones medicas para convertirse en amistosas.(26).

Cuando existe comunicación adecuada, médico y paciente intercambian información entre la terapéutica y temores, con la finalidad de que el objetivo común que los une, que es la búsqueda de la salud, se cumpla (26).

Y con base a esto ubicarnos en la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud que dice, La salud es el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad (31).

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Ante el aumento de la demanda de servicios médicos se analizarán las características de la población derechohabiente asignada al consultorio 2 de la clínica hospital "Dr.Miguel Trejo Ochoa" del ISSSTE en Colima, Col. Por lo tanto es necesario fortalecer las actividades médico-preventivas, brindando atención en forma oportuna, servicios de elevada calidad y ofrecer un excelente trato humano, para disminuir los factores de riesgo de nuestra población y así también los costos de nuestro Instituto.

¿Cuales son las principales características bio-psico-sociales y las causas más frecuentes de demanda de consulta de las familias asignadas al consultorio 2 de la clínica hospital "Dr.Miguel Trejo Ochoa" del ISSSTE en Colima, Col.?

III.- JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio tiene como finalidad analizar la población derechohabiente que solicita los servicios médicos del ISSSTE en la ciudad de Colima, col. Así como la morbilidad que presenta, para poder definir las líneas de acción para incrementar el nivel de salud y disminuir los riesgos.

El médico Familiar conocerá con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional, las causas de demanda de servicios en su consultorio, las patologías más frecuentemente tratadas y podrá desarrollar una labor más eficaz.

Al mejorar la operatividad del sistema de atención médica, el médico familiar podrá brindar servicios de mayor calidad, definir líneas de acción que traeran logros importantes para los usuarios.

Es posible aplicar políticas de optimización de recursos tanto materiales como humanos con la consecuente disminución de costos para nuestro Instituto.

Acorde a los planteamientos de la carta de Ottawa producto de la II conferencia Internacional de promoción de salud se deberá:

- 1.- Reorientar los servicios de salud.
- 2.- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- 3.- Crear medioambientes saludables
- 4.- Elaborar políticas explícitas para la salud, y
- 5.- Reforzar la acción comunitaria en salud.

Con este estudio se obtendrán múltiples beneficios para nuestros derechohabientes con la simplificación y especificidad en la atención a sus demandas.

IV.- OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general.

Identificar en la población asignada al consultorio del sector 2 de la clínica Hospital del ISSSTE en Colima Dr. Miguel Trejo Ochoa. las características Biopsicosociales de la comunidad, como requisito imprescindible para planificar los servicios de atención a la salud.

4.2 Objetivos Específicos.

Determinar los grupos por edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, ingresos por familia, padecimientos crónicos, fase del ciclo vital familiar, tipo de familia, integración familiar, métodos de planificación familiar, toxicomanías, alimentación, hábitos higiénicos, vivienda, servicios públicos y antecedentes heredo-familiares.

VI.- METODOLOGÍA.

6.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, retrospectivo, parcial, transversal, prospectivo y observacional.

Que se fundamenta en 3 estrategias 1.- Censo de población, 2 - Estudio de la comunidad, y 3.- Identificación de las 10 principales causas de consulta.

6.2 Población, lugar y tiempo:

familias asignadas al consultorio del sector 2, del turno vespertino, de la Clínica Hospital de ISSSTE en Colima Dr. Miguel Trejo Ochoa, de enero a diciembre de 1996.

6.3 Universo de estudio:

3,679 derechohabientes, población adscrita al consultorio 2, registrados en el departamento de vigencia de derechos en nuestra Clínica.

735 familias adscritas al consultorio 2.

200 hojas del informe diario de actividades médicas.

2,943 derechohabientes usuarios.

6.4 Tipo de muestra:

No aleatoria, representativa.

6.5 Tamaño de la muestra:

200 encuestas, una por familia.

200 hojas del informe diario de actividades médicas.

6.6 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

6.6.1 Criterios de inclusión:

6.6.1.1 Todas las familias vigentes que pertenezcan al consultorio 2 que sean usuarios del servicio

6.6.1.2 Disposición del derechohabiente para responder la encuesta.

6.6.1.3 Diagnósticos de primera vez señalados en las hojas de informe diario de actividades médicas.

6.6.2 Criterios de exclusión:

6.6.2.1 Familias no vigentes y población no usuaria del servicio.

6.6.2.2 Rechazo del derechohabiente para responder la encuesta.

6.6.2.3 Diagnósticos subsecuentes, señalados en las hojas del informe diario de actividades médicas.

6.6.3 Criterios de eliminación:

6.6.3.1 Familias no asignadas al consultorio 2.

6.6.3.2 Falsificación de datos proporcionados en la encuesta o datos incompletos en la misma.

6.6.3.3 Hojas del informe diario de actividades médicas ilegibles o con pacientes que no pertenezcan al consultorio 2.

6.7 Variables.

6.7.1 Censo poblacional (pirámide poblacional):

- 6.7.1.1 Edad.
- 6.7.1.2 Sexo.
- 6.7.1.3 Niños de 0 - 4 años.
- 6.7.1.4 Niños de 5 - 9 años.
- 6.7.1.5 Niños de 10 - 14 años.
- 6.7.1.6 Adolescentes de 15 - 19 años.
- 6.7.1.7 Adultos de 20 - 24 años.
- 6.7.1.8 Adultos de 25 - 29 años.
- 6.7.1.9 Adultos de 30 - 34 años.
- 6.7.1.10 Adultos de 35 - 39 años.
- 6.7.1.11 Adultos de 40 - 44 años.
- 6.7.1.12 Adultos de 45 - 49 años.
- 6.7.1.13 Adultos de 50 - 54 años.
- 6.7.1.14 Adultos de 55 - 59 años.
- 6.7.1.15 Adultos de 60 - 64 años.
- 6.7.1.16 Adultos de 65 y más años.

6.7.2 Diagnostico familiar.

- 6.7.2.1 Sexo.
- 6.7.2.2 Ingresos económicos
- 6.7.2.3 Estado civil
- 6.7.2.4 Años de union conyugal.
- 6.7.2.5 Ocupación.
- 6.7.2.6 Hábitos higiénicos.
- 6.7.2.7 Alimentación.
- 6.7.2.8 Fase de la familia en ciclo vital.
- 6.7.2.9 Tipo de familia.
- 6.7.2.10 Integracion familiar.
- 6.7.2.11 Planificacion familiar.
- 6.7.2.12 Vivienda-material de construccion-.
- 6.7.2.13 Vivienda-distribución de-.
- 6.7.2.14 Vivienda- servicios públicos-
- 6.7.2.15 Vivienda- animales domésticos-.
- 6.7.2.16 Vivienda- posesion-.
- 6.7.2.17 Toxicomanías en la familia.
- 6.7.2.18 Padecimientos crónicos en la familia.

6.7.3 Morbilidad.

- 6.7.3.1 Sexo.
- 6.7.3.2 Edad.
- 6.7.3.3 Tasa por 1,000 habitantes.

6.7.3.4 Porcentaje.

6.7.3.5 Total, sub-total por sexo y total parcial por grupo de edad y sexo.

6.8 Método o procedimiento para captar la información.

6.8.1 Censo poblacional:

Se acudió al departamento de vigencia de derechos de la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" del ISSSTE en Colima, col., en donde se obtuvo por selección, el total de familias pertenecientes al consultorio 2 y de la misma manera se contabilizó el número de derechohabientes pertenecientes al mismo, la recolección de datos se realizó a través de paloteo simple.

La cédula de evaluación de datos fue aplicada por el médico.

6.8.2 Morbilidad:

Se acudió al departamento de estadística de la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" del ISSSTE en la Ciudad de Colima donde se solicitaron las hojas de consulta diaria del médico asignado al consultorio 2 del turno vespertino, de los meses de Enero a Diciembre de 1996, obteniendo selectivamente 200 hojas de consulta diaria del médico, que cumpliera con los criterios de inclusión, para obtener a través de una recolección de datos por paloteo simple, tanto el total de pacientes, como diagnósticos se encontraron agrupados y solo contemplando los diez primeros para vertirse en una tabla de elaboración propia, apoyados con una calculadora escolar de bolsillo, para el cálculo de tasas y porcentajes.

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 Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

VII.- RESULTADOS.(cuadros anexos).

7.1 Censo poblacional (población adscrita).

Población asignada al consultorio 2:
3,679 derechohabientes.

7.2 Diagnóstico familiar.

La población asignada al consultorio 2 ,se localiza en la sur zona sur- oriente de la Cd.de Colima,Col.

Después de realizar 200 encuestas,una por familia,obtuvimos los siguientes datos:

7.2.1 Sexo: 44.8 % hombres,55.2% mujeres.

7.2.2 Ingresos economicos:El 100% de los padres de familia perciben mas de 3 salarios minimos al día.

7.2.3 Estado civil: casados,82% solteros,12% en unión libre,1% divorciados,4.5% viudos 0.5%

7.2.4 Años de unión conyugal: De 0 a 5 años un 18.9 %,de 5 a 10 años 22 %,de 10 a 20 años 36.4 %,de 10 a 20 años 36 %, mas de 20 años 23.2 %.

7.2.5 Ocupación: profesional 43.8 %, Técnico 4.9%, empleados,30.7% hogar 20.6%, otro 0 %.

7.2.6 Hábitos higienicos:28.5% regulares,71.5% buenos.

7.2.7 Alimentación:27 % regular,73% buena.

7.2.8 Etapa del ciclo vital familiar: 6% matrimonio, 37.5% dispersión,13.5% independenciam, 37% expansión,6% retiro o muerte.

7.2.9 Tipos de familia:95.5% nuclear, 2.5% extensa, 2% extensa compuesta. 54% tradicional, 46% moderna.

7.2.10 Integración familiar:80.5% integrada, 12% semi-integrada,7.5% desintegrada.

7.2.11 Métodos de planificación familiar: OTB 31.5%, hormonales orales, 8%, DIU 17.5%, vasectomia 1.5%. preservativos7%.

7.2.12 Vivienda- según su material de construcción:- piso de cemento-99.5%.otro tipo 0.5%. paredes tabique 99 %. madera 0.5%. otro tipo 0.5 %; techo concreto 89.5%. lámina 7 %, madera 0.5 %. otro tipo 5 %.

7.2.13 vivienda- distribución de:- con comedor 99%, con cocina 100 %, con estancia 99 %, con w.c. 100 %, con una recamara 7.5 %. con dos recamaras -40.5 %. con tres o mas recamaras 52 %.

7.2.14 Vivienda- servicios publicos-. con energia eléctrica 100 %.con drenaje 91.5 %,con agua 100%.

7.2.15 Vivienda- animales domésticos:- con perros 40.5%, con gatos 16 %, con aves 18.5 %.con ninguno 48%.

7.2.16 Vivienda- segun su posesion- :- propia 82 %. rentada 10.5 %, prestada 6 %. hipotecada 1.5 %.

7.2.17 Toxicomanias en la familia : tabaquismo 35.5 %, alcoholismo 38.5 % drogadicción 0.5 % toma medicamentos sin receta 5%.

7.2.18 Escolaridad: Básica 6.5%, media 15%, media superior tecnica 20%, superior 58.5%.

7.3. Morbilidad.

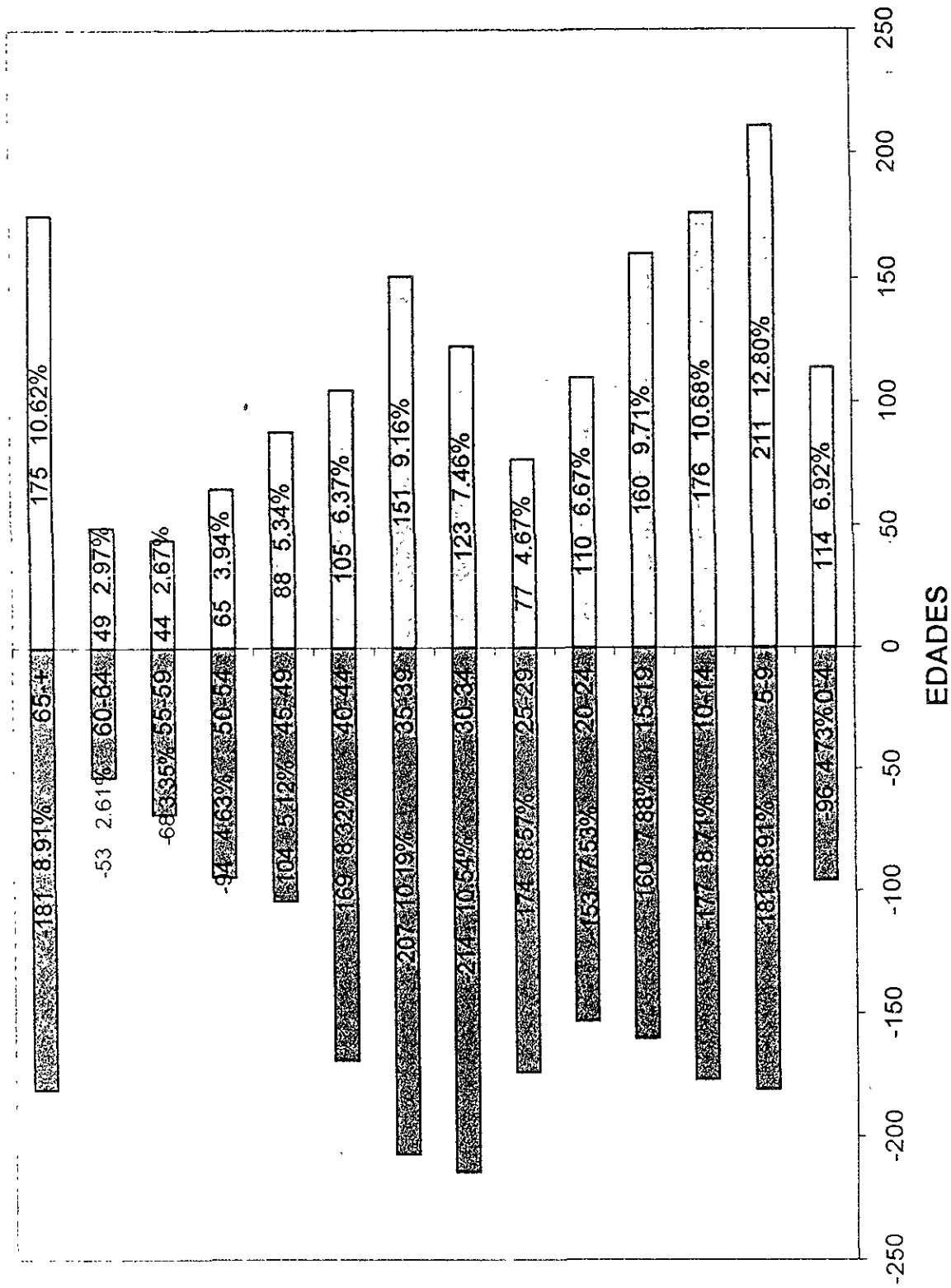
Se encontró en las hojas de consulta diaria del médico, que los 10 primeros motivos de consulta sumaron 900 pacientes, siendo 504 hombres que representa el (56%), y 396 mujeres que representa el (44%).

Los 10 principales motivos de consulta por afecciones morbosas en el consultorio 2 de mayor a menor fueron:

- 1.-Infecciones de vías respiratorias altas: 209 consultas(23.2%), con predominio en grupos de edad de 5 a 14 y 15 a 29 años.
- 2.-Parasitosis intestinal :136 consultas (15.1%).
- 3.-Hipertensión arterial :104 consultas (11.6%).
- 4.-Diabetes mellitus 97: consultas (10.8%).
- 5.-Infección de vías urinarias: 82 consultas (9.1%).
- 6.-Padecimientos osteomusculares: 75 consultas (8.3%).
- 7.-Enfermedad ácido péptica: 60 consultas (6.7%).
- 8.-Dermatitis y dermatosis: 53 consultas (5.9%).
- 9.-Atención de embarazo: 44 consultas (4.9%).
- 10.-Alergias: 40 consultas (4.4%).

7.4.-Cuadros y Graficas.

PIRÁMIDE POBLACIONAL SECTOR # 2



□ MASCULINOS 1,648 □ FEMENINO 2,031

CUADRO No.1

**INGRESOS ECONOMICOS DE LAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2**

SALARIOS	NUMERO	%
< 1 SALARIO MINIMO	0	0
1 A 2 SALARIOS MINIMOS	0	0
3 ó MAS SALARIOS MINIMOS	200	100
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	24	12
CASADO	164	82
UNION LIBRE	2	1
DIVORCIADO(A)	9	4.5
VIUDO	1	0.5
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	6	3.7
1 - 4	25	15.2
5 - 9	36	22
10 - 14	37	23
15 - 19	22	13.4
20 - 24	19	12
25 - 29	9	5.5
30 - 34	3	1.8
35 - 39	2	1.2
40 - 44	3	1.8
45 - 49	1	0.6
50 - 59	0	0
55 - 59	1	0.6
TOTAL	164	100

FUENTE. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No.4

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

PADRES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 2

OCUPACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
PROFESIONAL	71	82	153	43.8
TECNICO	14	3	17	4.9
EMPLEADO	70	37	107	30.7
HOGAR	0	72	72	20.6
OTRO	0	0	0	0
TOTAL	155	194	349	100

FUENTE CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No.5

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

ETAPA	NUMERO	%
MATRIMONIO	12	6
EXPANSION	74	37
DISPERSION	75	37.5
INDEPENDENCIA	27	13.5
RETIRO	12	6
TOTAL	200	100

FUENTE. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

TIPO	NUMERO	%
NUCLEAR	191	95.5
EXTENSA	5	2.5
COMPUESTA	4	2
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No.7

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

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

	20 - 24	25 - 29	30 - 34	40 - 44	45 - 49		
DIU	5	7	13	9	1	35	24.6
ANT. ORAL	1	5	8	0	0	16	11.3
Ant. inyectable	0	0	0	0	0	0	0
OTB	0	4	13	13	16	63	44.4
RITMO	1	3	2	2	1	11	7.7
CONDON	2	4	4	0	0	14	9.9
VASECTOMIA	0	0	0	1	2	3	2.1

TOTAL	9	23	40	21	20	142	100
-------	---	----	----	----	----	-----	-----

FUENTE CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TOXICOMANIAS
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 2

TIPO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
------	---------	---------	-------

TABACO	21	50	71
ALCOHOL DIVERSAS VARIEDADES	7	70	77
MARIHUANA	0	1	1
COCAINA	0	0	0

TOTAL	28	121	149
-------	----	-----	-----

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

ESCOLARIDAD EN PACIENTES
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 2

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
BASICA	13	6.5
MEDIA	30	15
MEDIA SUPERIOR TECNICA	40	20
SUPERIOR	117	58.5
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA
ADSCRITOS AL CONSULTORIO No.2**

NUMERO	DIAGNOSTICO	Nº DE CONSULTAS	%
1	INFECCION VIAS RESP.	209	23.2
2	PARASITOSIS INTEST.	136	15.1
3	HIPERTENSION ARTERIAL	104	11.6
4	DIABETES MELLITUS	97	10.8
5	INFECC.VIAS URINARIAS	82	9.1
6	PADEC.OSTEMUSCULARES	75	8.3
7	ENF.ACIDOPEPTICA	60	6.7
8	DERMATITIS Y DERMATOSIS	53	5.9
9	ATENCION DE EMBARAZO	44	4.9
10	ALERGIAS	40	4.4
TOTAL		900	100

FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MEDICO

Años de Unión Conyugal en pacientes jefes de familia actualmente divorciados
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO N°2

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1	0	0	0	0
1 - 4	1	0	1	11.1
5 - 9	3	0	3	33.3
10 - 14	1	0	1	11.1
15 - 19	2	0	2	22.2
20 - 24	1	1	2	22.2
25 - 29	0	0	0	0
TOTAL	8	1	9	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE PAREJAS EN UNION LIBRE
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	0	0
1 - 4	0	0
5 - 9	0	0
10 - 14	0	0
15 - 19	1	50
20 - 24	1	50
25 - 29	0	0
TOTAL	2	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Años de Unión Conyugal de pacientes viudos

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 2

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1	0	0	0	0
1 - 4	0	0	0	0
5 - 9	0	0	0	0
10 - 14	0	0	0	0
15 - 19	0	0	0	0
20 - 24	0	0	0	0
25 - 29	0	0	0	0
30 - 34	0	0	0	0
35 - 39	0	0	0	0
40 - 44	0	1	1	100
45 - 49	0	0	0	0
50 - 54	0	0	0	0
55 - 59	0	0	0	0
TOTAL	0	1	1	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	92	46
TRADICIONAL	108	54
TOTAL	200	100

FUENTE. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DEMARCACION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

TIPO	NUMERO	%
URBANA	122	61
RURAL	78	39
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD DEL PADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N°2

E D A D	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	.%
20 - 24	6	0	6	3.2
25 - 29	20	0	20	10.7
30 - 34	43	0	43	22.9
35 - 39	45	0	45	24.1
40 - 44	22	0	22	11.8
45 - 49	25	0	25	13.4
50 - 54	14	0	14	7.5
55 - 59	6	0	6	3.2
60 - 64	3	0	3	1.6
65 Y MAS	3	0	3	1.6
TOTAL	187	0	187	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD DE LA MADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

E D A D	VIVAS	MUERTAS	TOTAL	%
20 - 24	13	0	13	6.9
25 - 29	29	0	29	15.3
30 - 34	52	0	52	27.5
35 - 39	42	0	42	22.2
40 - 44	23	0	23	12.2
45 - 49	17	0	17	9
50 - 54	10	0	10	5.3
55 - 59	1	0	1	0.5
60 - 64	1	0	1	0.5
65 Y MAS	1	0	1	0.5
TOTAL	189	0	189	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NUMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	125	45.1
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	107	38.6
DE 20 ó MAS AÑOS DE EDAD	45	16.2
TOTAL	277	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad de Pacientes Trabajadores por Edad y Sexo Solteros
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 2

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15 - 19	0	1	1	4.2
20 - 24	1	3	4	16.7
25 - 29	1	0	1	4.2
30 - 34	3	0	3	12.5
35 - 39	5	0	5	20.8
40 - 44	4	0	4	16.7
45 - 49	3	1	4	16.7
50 - 54	1	0	1	4.2
55 - 59	1	0	1	4.2
60 - 64	0	0	0	0
65 Y MAS	0	0	0	0
TOTAL	19	5	24	100

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CONSULTAS EN EL AÑO DE 1996 .

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 2

M E S	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL	%
ENERO	35	183	218	9.09
FEBRERO	22	55	77	3.20
MARZO	30	184	214	8.92
ABRIL	36	190	226	9.42
MAYO	40	197	237	9.88
JUNIO	28	116	194	8.09
JULIO	42	226	268	11.17
AGOSTO	38	243	281	11.71
SEPTIEMBRE	40	183	223	9.30
OCTUBRE	40	91	131	5.47
NOVIEMBRE	28	170	198	8.25
DICIEMBRE	28	104	132	5.50
TOTAL	407	1992	2399	100

FUENTE CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Vigilancia de Enfermedades Crónico-Degenerativas en Prevención y Control
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 2

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	93	70	163
Diagnóstico de Hipertensión arterial	85	47	132
OBESIDAD	43	47	90
TOTAL	221	164	385

FUENTE CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

VIII.-ANALISIS DE RESULTADOS.

8.1 Censo poblacional.

Predominaron las mujeres con un 55.2% %, del total de derechohabientes adscritos al consultorio 2 de la clínica Hospital " Dr. Miguel Treje Ochoa" del ISSSTE en Colima. Col.

Predominó en la demanda de servicios médicos la población económicamente activa, en segundo lugar la población infantil y en tercer lugar la población de ancianos.

8.2 Diagnóstico familiar.

La población asignada al consultorio 2 consta de:

74 % profesionistas.

53.5 % empleados.

36 % amas de casa.

5.5 % madres solteras.

12 % parejas sin hijos.

6% % jubilados o pensionados.

Con un nivel socioeconómico medio, el 61 % cuenta con servicios públicos y vías de comunicación, un alto porcentaje de la población es económicamente activa, propietarios de su vivienda 82 %, familias integradas 80.5 %, nucleares 95.5 %, modernas 46 %, tradicionales 54 %, las mujeres en edad fértil con eficiente control de planificación familiar. alimentación e higiene buena en un alto porcentaje.

8.3 Morbilidad.

En nuestro estudio se vio que predominaron las infecciones de las vías respiratorias altas, en segundo lugar la parasitosis intestinales y en tercer lugar las enfermedades crónico-degenerativas.

Con las características de nuestra población derechohabiente de ISSSTE si es posible aplicar programas de salud dirigidos para mejorar en nivel de vida y el desarrollo de la comunidad, poniendo especial énfasis en los grupos de edad más vulnerables.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

IX.- CONCLUSIONES.

Se logró cumplir el objetivo general que era conocer las principales características bio-psico-sociales de la población adscrita al consultorio 2 de la clínica hospital "Dr.Miguel Trejo Ochoa" del ISSSTE, en Colima, Col.con especial atención a los grupos de riesgo como son la población infantil, las mujeres en edad fértil y los ancianos, así como algunos aspectos de la dinámica familiar.

Encontramos que la mayoría de las familias son urbanas, que viven en casa propia construidas con materiales de buena calidad y que cuentan con todos los servicios básicos, perciben buenos ingresos económicos, sus hábitos de higiene y alimentación son buenos, su nivel de educación predominantemente es profesional, utilizan algún método de planificación familiar y en ellos son más comunes los padecimientos agudos que las enfermedades crónico-degenerativas.

Son en su mayoría familias nucleares, tradicionales, bien integradas, con tres a cinco miembros y se encuentran en etapa de dispersión.

X.- LÍNEAS DE ACCIÓN.

- 1.- Mantener actualizado el censo poblacional de las familias adscritas al consultorio 2.
- 2.- Mantener actualizada la información sobre la comunidad asignada al consultorio 2.
- 3.- Elaborar familiogramas de las familias más demandantes de consulta médica, teniendo como meta un mínimo de 10% de total de adscritos por año, sin un tope máximo.
- 4.- Investigar sobre los nuevos planes sexenales, en materia de salud y que influyan directamente en la familia con enfoque de la medicina familiar, pero sobre todo obtener el apoyo institucional decidido.
- 5.- Formar nuestra sociedad o Colegio de Médicos Familiares en el Estado y así continuar con el sistema de re- certificación.
- 6.- Bajo el mismo sistema de enseñanza semi-escolarizada, buscar y formar con apoyo Institucional y Universitario “enfermeras familiares”, para completar un equipo especializado, apoyados inicialmente con pasantes de psicología, y no trabajar cada quién con acciones aisladas.
- 7.- Continuar con apoyo Institucional la investigación aprovechando el sistema de cómputo con que cuenta nuestra biblioteca instalada en el aula de Enseñanza.

XI- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.-Manual de enseñanza. Curso de especialización en medicina familiar para médicos generales. Tomo I, ISSSTE- UNAM:1994.
- 2.- Gomez CFJF., Irigoyen CA, Fernández O., Mazón RJJ., La medicina familiar hacia una nueva conceptualización, México: Boletín médico familiar: 1996., 3(15-16): 18-19.
- 3.- Irigoyen CA, Mazon RJJ., Landgrave IS, Melchor GM, Aportaciones del doctor Bernardo Sepúlveda a la medicina familiar. Rev med del IMSS 1993; 31:411-415.
- 4.- Primary Health Care. Report of the internacional Conference on Primary Health Care. september 6-12, 1978, Alma Ata. USSR, Geneva, Switzerland: World. Health Organization; 1978.
- 5.- Rodriguez-Domínguez J. Historia y filosofía de la medicina familiar: Boletín de medicina familiar UNAM.1995; 2; 11: 1-3.
- 6.- Narro J. La medicina familiar en México y Latinoamérica, Boletín de la Federación Mexicana de facultades (escuelas de medicina), 1981. 2: 12-18.
- 7.- Irigoyen CA., Modelo sistemático de la atención médica familiar, fundamentos de la medicina familiar. México: medicina familiar Mexicana, 1996: 151, 156, 193
- 8.- Sánchez AJ., Familia y sociedad, México: Cuadernos de Joaquín Moritz. 1980.
- 9 - Saucedo GJM., Psicología de la vida en familia. Una visión estructural, México: Médica IMSS. 1991: 29:61-67.
- 10.-Irigoyen CA., Gómez CF., Hernandez RJA, Fundamentos de medicina familiar, México. Medicina familiar Mexicana, 1995.

- 11.- Ackerman NW., Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Buenos Aires Hormé: 1974.
- 12.- Harold I, Kaplan B., Sadock J., Compendio de psiquiatría, Barcelona: Salvat: 1993.
- 13.- Hoffman L., Fundamentos de la terapia familiar, México: FCE: 1981.
- 14.- Peña PBA., Ciclo vital de la familia, México: Reunion anual de la asociación de medicos generales y familiares: 1990.
- 15.-Chagoya L., Dinámica familiar y patologia, México: IMSS: 1985; 2:23,52-57.
- 16.- De la Fuente R., La familia, visión de conjunto, México: Cuadernos de psicología médica y psiquiátrica. Depto. De psiquiatria y salud mental: UNAM: 1987; 5-9.
- 17.- Chagoya BL., Dinámica familiar y patologia en la familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano, México: Médica del hospital infantil de México: 1980.
- 18.-De la Revilla L., La disfunción familiar, México: Atención primaria: 1992; 10:7-8.
- 19.- Estebanell-Arnal MP., Actuación derivada de la aplicacion de un programa de actitudes preventivas. Mexico: Atención primaria: 1992: 1:539-542.
- 20.- Taylor R., Medicina de familia, principios y práctica, Barcelona: Doyma: 1991.
- 21.-Orueta SA., Características familiares de los hiperutilizadores de servicios sanitarios de atención primaria, México: Atención primaria: 1993; 12.
- 22.- Chávez J.,La familia del tercer milenio, México: Médico moderno. 1992. 92.

- 23.- Ceitlin J, ¿Qué es la medicina familiar?, Fepafè/Kellog: 1982
- 24.- Leal RJD, La comunicación, llave del éxito, México: Médico moderno: 1997; 8: 20.
- 25.- Chávez AH, Roselis BM, La relación médico paciente, un enfoque comunicacional, México: Médica IMSS: 1994: 32: 179- 182.
- 26.- Alarcón SD., La investigación clínica en la práctica médica, México: Conamed. 1997: 3: 29.
- 27.- Jimenez MC, Riera L, De la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad, México: Atención primaria: 1993; 5: 271.
- 28.- González AE., Un modelo institucional vajo esquemas de calidad y eficiencia, México: Médico moderno: 1994; 2: 50-62.
- 29.- Delgado A, Fernández LL, La participación comunitaria, una revision necesaria México: Atención médica primaria: 1992; 8: 72.
- 30.- Schlaepfer PL, Infante CC, La medicion de la salud perspectivas teóricas y metodológicas, México: Salud pública de México:1990; 32: 142-153.
- 31.- Castellanos CJ., Periodico Reforma. México: 1997: 5/XI:97:17a.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Familia moderna. Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.

Familia tradicional: Es la familia en que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.

Familia urbana: Es la familia que habita en una comunidad de más de 5,000 habitantes, y que cuenta con servicios básicos de urbanización: Agua entubada (intra o extradomiciliaria). Energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Familia suburbana: Es la familia que habita en una comunidad de mas de 5,000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.

Familia nuclear: Es la familia constituida por padre, madre e hijos.

Familia extensa: Es la familia en la cual además del padre, la madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc..

Etapas de expansión. Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

Etapas de dispersión. Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.

Etapas de independencia: Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado).

Etapas de retiro: Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.

CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

FAMILIA: _____ AÑOS UNION CONYUGAL _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD _____ MPIO _____

COLONIA: _____ VIVIENDA No _____ SECTOR _____

MZ No _____ ELABORO _____ FECHA _____

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD/SEXO		ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCCUPACION	INGRESOS	PADECIMIENTOS (S) CRONICOS(S)	FASE CICLO VITAL	TIPO DE FAMILIA
		M	F							
									MATRIMONIO <input type="checkbox"/> EXPANSION <input type="checkbox"/> DISPERSION <input type="checkbox"/> INDEPENDENCIA <input type="checkbox"/> RETIRO MUERTE <input type="checkbox"/>	PLANIFICACION FAMILIAR <input type="checkbox"/> H. ORALES <input type="checkbox"/> D.L.U. <input type="checkbox"/> PRESERVATIVO <input type="checkbox"/> SALPINGO <input type="checkbox"/> VASECTOMIA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
									INTEGRACION FAMILIAR <input type="checkbox"/> INTEGRADA <input type="checkbox"/> SEMI-INTEGRADA <input type="checkbox"/> DESINTEGRADA <input type="checkbox"/>	

TOXICOMANIAS: ALCOHOLISMO TABACO MEDICAMENTOS SIN RECETA OTROS

ALIMENTACION: BUENA REGULAR DEFICIENTE

HABITOS HIGIENICOS: BUENOS REGULAR DEFICIENTE

OBSERVACIONES: _____

TECHO	PAREDES	PISO	SERV.PUBLIC. SI/NO	CUARTOS	SI/NO	ANTEC. HEREDO-FAMILIARES	
						PATERNOS <input type="checkbox"/>	MATERNOS <input type="checkbox"/>
CONCRETO <input type="checkbox"/>	TABIQUE <input type="checkbox"/>	CEMENTO <input type="checkbox"/>	LUZ <input type="checkbox"/>	COMEDOR <input type="checkbox"/>		PATERNOS <input type="checkbox"/>	MATERNOS <input type="checkbox"/>
LAMINA <input type="checkbox"/>	BLOCK <input type="checkbox"/>	TIERRA <input type="checkbox"/>	TELEFONO <input type="checkbox"/>	COCINA <input type="checkbox"/>		D.M. <input type="checkbox"/>	
MADERA <input type="checkbox"/>	MADERA <input type="checkbox"/>	MADERA <input type="checkbox"/>	DRENAJE <input type="checkbox"/>	ESTANCIA <input type="checkbox"/>		H.T.A. <input type="checkbox"/>	
OTROS <input type="checkbox"/>	LAMINA <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	AGUA <input type="checkbox"/>	BAÑO <input type="checkbox"/>		ONCOLOGICOS <input type="checkbox"/>	
	CARTON <input type="checkbox"/>		INTRA-DOM <input type="checkbox"/>	RECAMARAS <input type="checkbox"/>		ALERGIAS <input type="checkbox"/>	
	OTROS <input type="checkbox"/>		EXTRA-DOM <input type="checkbox"/>	CUANTAS <input type="checkbox"/>		OBESIDAD <input type="checkbox"/>	
PROPIA <input type="checkbox"/>	SI/NO <input type="checkbox"/>	COMBUSTIBLE <input type="checkbox"/>	DISPOSICION DE EXCRETAS <input type="checkbox"/>	DISPOSICION DE BASURA <input type="checkbox"/>		ANIMALES DOMESTICOS <input type="checkbox"/>	
RENTADA <input type="checkbox"/>		GAS <input type="checkbox"/>	DRENAJE <input type="checkbox"/>	RED MUN. <input type="checkbox"/>		PERROS <input type="checkbox"/>	
PRESTADA <input type="checkbox"/>		PETROLEO <input type="checkbox"/>	FOSA SEP <input type="checkbox"/>	ENTERRAM <input type="checkbox"/>		GATOS <input type="checkbox"/>	
FOVSSSTE <input type="checkbox"/>		CARBON <input type="checkbox"/>	LETRINA <input type="checkbox"/>	CIELO AB. <input type="checkbox"/>		AVES <input type="checkbox"/>	
HIPOTECADA <input type="checkbox"/>		LEÑA <input type="checkbox"/>	RAS SUELO <input type="checkbox"/>	INCINERAC. <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	
OTRA <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>			



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

Subdirección General Médica

Informe Diario de Labores del Médico

Día: _____ Mes: _____ Año: _____
1

Nombre completo del médico		Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad									
Para sustituciones		Firma			Clave			Causa								
Nombre del sustituto																
Num Pro	Nombre	Expediente	Tipo DH	Sexo y Edad		1a vez	Subs	For- neo	Solicitud a			Pase a otra U	Días de Licencia	No de Medi- cam	Motivo de la Consulta	
				M	F				Lab	Rx	Inter	Otros				
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																