

11226
132
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

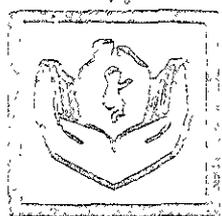
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA

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

P R E S E N T A

Dr. Carlos Obregón Bribiesca



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

265011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGÓN, SONORA.

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICO FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA.**



ISSSTE

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

PRESENTA:

Dr. CARLOS OBREGON BRIBIESCA

1998



DIRECCION

CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICO FAMILIAR EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA.**

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

DR. CARLOS OBREGON BRIBIESCA

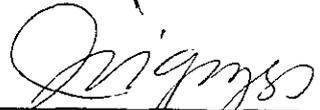
AUTORIZACIONES :



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



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



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

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

PRESENTA:

DR. CARLOS OBREGON BRIBIESCA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICO FAMILIAR EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA.



DIRECCION

Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa CLINICA HOSPITAL "B"
Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para CIUDAD OBREGON, SONORA
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.

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

Dr. Arnulfo Frigoyén Coria
Asesor de tesis

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

CD. Obregón, Sonora, Noviembre de 1996

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
<i>I. MARCO TEÓRICO.....</i>	<i>1</i>
<i>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>4</i>
<i>III. JUSTIFICACIÓN.....</i>	<i>6</i>
<i>IV. OBJETIVOS.....</i>	<i>7</i>
<i>1. Generales.....</i>	<i>7</i>
<i>2. Específicos.....</i>	<i>7</i>
<i>V. METODOLOGÍA.....</i>	<i>8</i>
<i>1. Tipo de estudio.....</i>	<i>8</i>
<i>2. Población, lugar y tiempo.....</i>	<i>8</i>
<i>3. Tipo de muestra.....</i>	<i>8</i>
<i>4. Tamaño de la muestra.....</i>	<i>8</i>
<i>5. Criterio de inclusión.....</i>	<i>8</i>
<i>6. Criterios de exclusión.....</i>	<i>9</i>
<i>7. Criterios de eliminación.....</i>	<i>9</i>
<i>8. Variables de medición.....</i>	<i>9</i>
<i>9. Métodos para captar la información.....</i>	<i>12</i>
<i>10. Consideraciones éticas.....</i>	<i>12</i>

<i>VI. RESULTADOS.....</i>	<i>13</i>
1. <i>Estudio de comunidad.....</i>	<i>13</i>
2. <i>Resultados del Censo poblacional.....</i>	<i>15</i>
3. <i>Resultados del diagnóstico de salud familiar.....</i>	<i>15</i>
4. <i>Resultados de las 10 primeras causas de consulta.....</i>	<i>17</i>
<i>VII. DISCUSIÓN.....</i>	<i>18</i>
<i>VIII. CONCLUSIONES.....</i>	<i>20</i>
<i>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>23</i>
<i>X. ANEXOS.....</i>	<i>26</i>

I. MARCO TEORICO

Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme a 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 permiten esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Esta situación ha limitado la practica de las 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 el médico familiar, con la consecuente insatisfacción tanto de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico y curativo (1).

La actividad fundamental del médico y de los demás profesionales sanitarios, que trabajan en la asistencia ambulatoria, está orientada a la atención clínica curativa y reparadora de las personas enfermas que acuden a las consultas en demanda de solución a sus problemas de salud. Sin embargo, para conseguir avanzar en la línea de desarrollo de la atención primaria de salud es imprescindible priorizar las actividades preventivas y de promoción de la salud ya que son precisamente éstas las que constituyen el núcleo esencial de su filosofía y estrategia. La estructura y funcionamiento del sistema no permite, en la mayoría de las ocasiones, el desarrollo de actividades preventivas, y si a ello añadimos la falta de experiencia del profesional sanitario, el resultado final no puede ser otro que el que señalábamos al inicio de estas líneas.(2)

El equipo sanitario de atención primaria puede llegar a la mayoría de la población al aplicar programas preventivos: Diversos estudios realizados en el Reino Unido demuestran que, el 64% de las personas consultan a su médico general en una ocasión al año y que alrededor del 95% lo hacen en alguna ocasión en el curso de 5 años (3).

La informatización de los programas de actividades preventivas ha de ser un elemento importante para conseguir mejorar su aplicación y grado de cobertura, al permitir detectar con mayor facilidad los déficit de cumplimiento y corregirlos (2,3).

El papel que frecuentemente desempeñan el médico general y el especialista ha sido el de curar la enfermedad, sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actividad, como es la prevención y promoción de la salud no únicamente en México sino en el mundo (4). En España se realizó un programa de actividades preventivas y de promoción a la salud (PAPPS) y en México se está tratando de realizar un modelo sistemático de la atención médica familiar (5).

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas, y de promoción a 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. (6)

Los actuales conocimientos sobre la historia natural de las enfermedades debilitan la orientación hacia la medicina preventiva. En España, el programa de actividades preventivas y de promoción a la salud es un instrumento técnico profesional para la realización de una serie de actividades preventivas (7). En México para llevar a cabo estas actividades se requiere de una exhaustiva investigación de la morbilidad en los consultorios de los médicos familiares, de un estudio de comunidad, de un censo poblacional y

de un diagnóstico de salud familiar, que nos indique el actual estado de salud a nivel nacional, con el fin de poner en práctica los programas de prevención y promoción de la salud, para que en un futuro cercano se llegue a un estado de bienestar biopsicosocial de todo el país (8).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 (9).

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 y solidaria de los recursos sanitarios (10).

Los procesos crónicodegenerativos están adquiriendo una importancia creciente en términos de morbilidad y mortalidad. Estos procesos una vez establecidos, son poco susceptibles de ser curados con las herramientas de que disponemos y están relacionados con múltiples factores de riesgo, estos y otros hechos justifican y demandan la necesidad de la puesta en marcha de programas de actuación preventiva que incidan conjunta y coordinadamente sobre el grupo de factores de riesgo de mayor relevancia en cuanto a su poder generador de patologías crónicas, y de que una parte importante de dichos programas se integre en las actividades habituales de las consultas de atención primaria, haciendo realidad la frase de Stott y Davis sobre " el potencial excepcional que en este campo tienen las consultas" (2).

Conocida la multideterminación de la salud desde su raíz sociocomunitaria, se hace imprescindible la participación de la comunidad en la promoción y control de su propia salud: Promoción de salud (11).

En la práctica han sido mostrados en los más diversos ambientes, los beneficios de los programas bien planificados de promoción de la salud, en la reducción de comportamientos de riesgo y en muchos indicadores del estado de salud como morbilidad y mortalidad evitables (12). Así mismo, está constatada la eficiencia de esta estrategia disminuyendo costos y demanda.(13,16).

¿Como implantar, un modelo de atención primaria, que estudie las familias, favorezca la continuidad en la atención y genere acciones anticipatorias, en el consultorio de medicina familiar de Villa Juárez, Sonora?

III. JUSTIFICACION

El diseño actual de atención médica familiar provoca insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes ya que no se ha logrado alcanzar el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento incompleto de las características sociosanitarias, así como de los recursos que puedan ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias.

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas a 2º y 3er nivel y en general una atención médica de excelencia que le permita promover y mantener la salud de sus familias. Para alcanzar estos propósitos el médico familiar debe conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman, las patologías mas frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que se ejercen en el consultorio para desarrollar una eficaz labor, la que a través del tiempo tendrá un impacto positivo en la salud familiar, tanto en el consultorio de medicina familiar como en el sistema de salud de todo el país.

V. METODOLOGIA

1. Tipo de estudio

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

2. Población, lugar y tiempo

La investigación se basó en las familias derechohabientes asignadas y que acudieron al servicio en el turno matutino a la Unidad de Medicina Familiar de Villa Juárez, Sonora durante los meses de enero a agosto de 1996.

3. Tipo de muestra

La muestra fue no probabilística

4. Tamaño de la muestra

Los tamaños de la muestra para las tres actividades señaladas fueron determinadas a través del paquete EPI-INFO 5.

=> Error de estimación = 4.41%

=> Coeficiente de confianza =0.95

Censo poblacional. *Se tomaron todas las tarjetas del departamento de vigencia de derechos.*

Diagnóstico de Salud Familiar. *50 encuestas directas a derechohabientes con base en una cédula de microdiagnóstico previamente elaborada.*

Morbilidad. *Se revisaron 50 hojas de informe diario de actividades médicas.*

5. Criterios de Inclusión

Censo Poblacional: *Se incluyó a toda la población derechohabiente, cuyo datos se encontraron registrados en las tarjetas del departamento de*

vigencia de derechos del Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora.

Diagnóstico de Salud Familiar: *se incluyó a todas las familias que habitan en Villa Juárez y que estuvieron vigentes al momento del estudio.*

Morbilidad: *Se incluyó las consultas de primera vez*

6. Criterios de exclusión

Censo Poblacional: *Se excluyó a toda la población que no estuvo vigente.*

Diagnóstico de Salud Familiar: *Se excluyó a todas las familias que no habitan en Villa Juárez.*

Morbilidad: *Se Excluyó a todos los diagnósticos subsecuentes y presuncionales.*

7. Criterios de eliminación.

Censo Poblacional: *se eliminaron a todas las tarjetas del fichero que se le dieron de baja durante la investigación.*

Diagnóstico de Salud Familiar: *Se eliminaron a las familias que cambiaron de domicilio durante la investigación.*

Morbilidad: *no hubo motivo de eliminación.*

8. Variables de medición

Censo Poblacional: *Las variables son de tipo cuantitativo y cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según el caso. Se consideran las variables de:*

Número total de individuos

Número total de individuos de sexo masculino

Número total de individuos de sexo femenino

Número de individuos de sexo masculino por grupos étnicos

Número de individuos de sexo femenino por grupos étnicos

Diagnóstico de Salud Familiar: *Las variables son cualitativas y cuantitativas en escala nominal y ordinal, identificándose:*

Años de unión conyugal

Fase del ciclo vital. Según Geyman

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

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

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

Fase de independencia: Cuando los hijos han formado nuevas familias

Fase de retiro y muerte: La pareja ha quedado sola y se ven amenazados por las siguientes circunstancias; incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y con frecuencia reclusos en asilos.

Tipo de familia

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

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

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

Integración familiar

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

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

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

Planificación familiar

Se tomó en cuenta todos los métodos de planificación utilizados por los padres de familia.

Antecedentes heredofamiliares

Se tomó en cuenta enfermedades como, la Diabetes Mellitus, obesidad, alergias, hipertensión arterial, oncológicos, asma y enfermedades tiroideas.

Toxicomanías

Tabaquismo: Aquel que en el momento del estudio refieren haber consumido cigarrillos, en cualquier frecuencia y cantidad.

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

Alimentación:

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

Hábitos higiénicos:

Buenos cuando las familias cumplen con baño diario y cambio de ropa, aseo dental, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño y regular cuando no cumplen con alguna de las indicaciones anteriores

Vivienda; se incluyó techo, paredes y piso

Servicios públicos:

Se tomó en cuenta, la luz, teléfono, drenaje, agua intra y extra-domiciliaria.

Combustible utilizado:

Se tomó en cuenta , el gas, el petróleo, carbón y leña

Disposición de excretas

Se tomó en cuenta, el drenaje, fosa séptica, letrina y ras del suelo

Disposición de basura

Se tomó en cuenta, la red municipal, incineración, enterrada y cielo abierto

Casa propia, rentada o prestada

Morbilidad: *se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, correspondiendo: Las diez primeras causas de consulta por grupos de edad y sexo*

9. Métodos para captar la información.

Proceso estadístico usado EPI-INFO 5.

Para el censo poblacional la información se obtuvo del departamento de vigencia de Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Son. por medio del fichero.

En lo que respecta al diagnóstico de Salud Familiar se obtuvo de una encuesta realizada por medio de una cédula de microdiagnóstico de salud familiar y para la identificación de motivos de consulta por afecciones morbosas, se obtuvo de las hojas del informe diario médico

10. Consideraciones éticas

Riesgo de la investigación; No se considera que presente algún riesgo para la salud.

VI. RESULTADOS

1. Estudio de comunidad.

El estado de Sonora limita al norte con los E.U.A: al este con el estado de Chihuahua, al sur con el estado de Sinaloa, al oeste con la Península de Baja California. Se encuentra dividido en 69 municipios dentro de los que se encuentra ETCHOJOA. (Cuadro 1)

El municipio de Etchojoa se encuentra ubicado en el suroeste del estado, su cabecera es la población de Etchojoa, al norte esta limitado con el municipio de Cajeme, al este con el municipio de Navojoa y al sur con el municipio de Huatabampo, al oeste con el golfo de California.

El territorio que hoy ocupa el municipio de Etchojoa perteneció a la tribu Mayo, que le da su nombre tanto al valle circundante como al río que lo atraviesa.

El nombre de Etchojoa proviene del dialecto Mayo, con las raíces "Etzo", "Cardo o cacto" (conocido localmente como echo) y "jova", habitación o casa, por lo que significa: entonces, "casa de cactus o echos".

La vegetación está representada por matorral sarcocaula; la fauna es rica y variada: venado, coyote, zorra, búho, gavián, coralillo, cascabel, etc.

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

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

Sector Primario (agricultura, ganadería, pesca, caza) 17.42%, Sector Secundario(industria, minería, construcción)21.86%, Sector terciario(comercio, banca, Administración pública) 55.77%. Población desempleada 2.94%, otros no específicos 2.01%.

La religión se encuentra distribuida de la siguiente manera: católica 90.6% Ninguna 3.7% protestante 1.9%, inespecifica 0.4%.

Dialectos: el yaqui y el mayo

El edo. civil de la población 12 años y más: casados con 43.1%, solteros 41.9%, unión libre 8.6%, separados 1.4 %, viudos 3.3%. divorciados 1%, no especificados 0.7% (14).

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

Educación: funcionan en el estado más de 4 mil escuelas de diferentes niveles, en las cuales más de 620 mil niños y jóvenes se encuentran estudiando: En Etchojoa se ofrecen servicios educativos en los niveles de preescolar, primaria, secundaria, capacitación para el trabajo medio terminal, medio superior y superior. existen también bibliotecas, centros culturales, de tal manera que ha alcanzado un índice de desarrollo promedio equivalente al 2º grado de secundaria.

Estructura educativa total en el municipio. Se cuenta con 213 escuelas; 22,598 alumnos; 1,066 docentes; 1,070 grupos.

Alumnos del INEA: 1,586 en primaria y 587 en secundaria.

Recreación: Se cuenta con La bahía del tobarí, donde se encuentra el Paredón colorado; El paredoncito; las playas del Siari, al oeste del municipio.

Recursos del Sector Salud: La Secretaria de salud: 13 consultorios, 11 médicos, 18 enfermeras.

IMSS: 11 consultorios, 23 médicos, 13 enfermeras 1 paramédico, 13 administrativos, 9 otro personal.

ISSSTE: 3 consultorios, 4 médicos, 3 enfermeras.

La UMF ISSSTE DE Villa Juárez consta de 1 médico, 1 enfermera, 1 trabajador de la limpieza y 1 vigilante.

La UMF de Villa Juárez se encuentra ubicada en el centro del municipio, cuenta con una población de 10,232 habitantes, las calles que conforman esta población son de terracería, el medio de transporte consta de 2 camiones urbanos, hay 5 escuelas primarias, 2 secundarias y 1 escuela media superior, 7 iglesias de diferente religión, 1 unidad deportiva. Toda la población cuenta con todos los servicios públicos (15).

2. Resultados del censo poblacional

En una población de 1020 personas se encontró, 493 hombres, y 527 mujeres, dividiendo estos en menores de 1 año, con 12 mujeres y 12 hombres, en lo que respecta a la población de 1-4 años, 65 fueron hombres y 53 mujeres, en el grupo etáreo de 5-14 años fueron, 105 hombres y 92 mujeres, en el grupo etáreo de 15-24 años, 40 fueron hombres y 47 mujeres, en el grupo etáreo de 25-44 años 103 fueron hombres y 157 mujeres, en el grupo etáreo de 45-64 años 86 fueron hombres y 98 mujeres, y en el grupo etáreo de mas de 65 años el resultado fue 82 hombres y 68 mujeres.

Mujeres en edad fértil 268 (Cuadro 2)

3. Resultados del diagnóstico de salud familiar

Años de unión conyugal. De 0-5 años 14%, 5-10 años 26%, 10-20 años, 26 % y mas de 20 años 34% (Gráfica 1)

Ciclo vital. En cuanto a este resultado el mayor porcentaje fue el de expansión en un 44% siguiéndolo retiro y muerte en un 20%, dispersión e independencia con un 18% respectivamente y un 0% en fase de matrimonio. (Gráfica 2)

Integración familiar. Las familias integradas ocuparon el 1er lugar con 82%, el 2º lugar fueron de familias desintegradas 10% y en 3er lugar fueron las familias semi-integradas con el 9%. (Gráfica 3)

Tipología familiar. Están compuestas de la siguiente manera, familia nuclear 60 %, familia extensa 16% y familia extensa compuesta 14%.(Gráfica 4)

Planificación familiar. El método mas usado fue la salpingoclasia en un 44%, le siguieron los anticonceptivos orales en 26%, el dispositivo intrauterino en un 2%, y se notó que un 28% no tenían ninguna clase de método anticonceptivo o se encontraban en la menopausia.(Gráfica 5)

Antecedentes heredofamiliares. La hipertensión arterial ocupa el primer lugar en un 70%, le sigue la Diabetes Mellitus con un 56%, los antecedentes oncológicos con un 36%, la obesidad en un 32 %, las alergias en un 16%, las enf. del tiroides en un 4% y por último la epilepsia en un 2%. (Gráfica 6)

Toxicomanías. Alcoholismo 76% y con 40% de tabaquismo. (Gráfica 7)

Alimentación. De buena calidad en un 90 % y de regular en tan solo el 10%

Vivienda. Se componen de techo de concreto en un 78 % paredes de tabique en un 76% y piso de cemento en un 90%, de techo de lamina en un 22% paredes de madera en un 4%, piso de otro material en un 10%.

Todas las viviendas cuentan con luz, drenaje, agua intra y extradomiciliaria en un 100%.

El combustible empleado fue el gas en un 100%.

En lo que respecta a la disposición de basura, el 70% es a través de la red municipal, un 25% la incinera, un 4% la entierra y un 1% la tira a cielo abierto.(Gráfica 8)

El 86% de las familias encuestadas dijeron vivir en casa propia, rentada en un 3% y casa prestada en un 4%.(Gráfica 9)

4. Resultados de las 10 primeras causas de consulta

Se encontró que el primer motivo de consulta fue la infección aguda de las vías respiratorias superiores de localización múltiple en un 28.6%. La segunda causa son las enfermedades infecciosas intestinales con 11.3 %, la tercera la hipertensión arterial con un 9.9%, la cuarta osteoartritis y trastornos afines con un 9.5%, la quinta, enfermedades de los tejidos dentarios duros con un 9.1%, la sexta la diabetes mellitus con un 8.2%, la séptima las parasitosis sin otra especificación 8.0%, la octava enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo con un 5.2%, la novena las enfermedades inflamatorias del cuello uterino, de vagina y de la vulva con un 4.9 % y en décimo las enfermedades del aparato urinario con 4.8%.(Cuadro 3)

VII. DISCUSION

Censo Poblacional.

En el estudio se encontró que la pirámide poblacional de la comunidad, es semejante a la del estado. de Sonora (14). Destacando que hay una importante cantidad 54.4% de mujeres en edad fértil y de este el 28% no tienen ninguna clase de método anticonceptivo.

Estudio de salud comunitario:

Las familias se encuentran integradas en su mayoría, esto se explica por que mantienen una relación afectiva sólida, íntima y genuina entre sus miembros, sin coartación en su forma y calidad de expresión, para que cada uno de sus miembros puedan independizarse como una manifestación de madurez afectiva de la familia(17).

Dentro de las toxicomanías es alarmante que aunque el nivel de educación es elevado, el alcoholismo ocupa cifras muy importantes en esta población y que el consumo del tabaco también es elevado; éstas cifras son semejantes a las reportadas por Rodríguez Morúa y col., en España (7).

La alimentación es bastante buena y la vivienda cuenta con todos los servicios de urbanización, y la basura no causa problemas de contaminación. El poder económico de la población es bueno ya que un porcentaje muy elevado tiene casa propia.(15)

Análisis de las 10 primeros motivos de consulta.

La primera y la segunda causas fueron la infección aguda de las vías respiratoria superiores de localización múltiple, y las enfermedades infecciosas intestinales respectivamente, la tercera y cuarta entran dentro de las crónicas degenerativas, cifras que concuerdan con las del país y con la cifras encontradas por Fry y col. en el Reino Unido. Aquí llama

poderosamente la atención que en sexto lugar se encuentra la Diabetes Mellitus que con la relación que existe con los antecedentes heredofamiliares encontrados, está enfermedad puede ir en aumento si no se hace un buena vigilancia y prevención (18).

Cabe mencionar que en noveno lugar estuvieron las enfermedades inflamatorias del cuello uterino, de vagina y de la vulva, como sabemos el Ca. cervicouterino ocupa el primer lugar de mortalidad en nuestro país, por lo que debemos hacer medidas preventivas en esta patología.

VIII. CONCLUSIONES.

Los porcentajes de morbilidad que se encontraron en esta población son similares a lo ya visto por otros autores como Rodríguez-Morúa en España y Fry J. en la Gran Bretaña(7-18).

La amplia difusión e implantación social que han tenido determinadas conductas propias de cultura nacional, y con todo lo que se sabe acerca de las propiedades adictivas de grave riesgo para la salud que posee el tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas, y que es determinante en el estado de salud de una población, también es responsable de gran parte de la mortalidad global y de muchas muertes prematuras en países desarrollados y subdesarrollados como en México(2). Por lo que es prioritario prevenir a la población de alto riesgo como son los adultos jóvenes (5).

La obesidad ha sido relacionada como un factor de riesgo de diversas enfermedades entre ellas la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Sería muy favorable plantear líneas de acción para estas enfermedades y aplicarlas en las Unidades de Medicina Familiar no solo en el estado de Sonora, sino en todo México.(20,21,22).

Cabe mencionar que existe un elevado porcentaje de mujeres sin ningún método anticonceptivo y que el número de mujeres en edad fértil es bastante elevado por lo que se debe hacer énfasis en la salud reproductiva, haciendo una buena educación para la planificación familiar (2).

Se deben reforzar las medidas preventivas y de promoción de la salud en lo que respecta a las enfermedades de las vías respiratorias y gastrointestinales (18).

Si deseamos que el Modelo sistemático de atención Médica familiar avance cualitativamente, se han de tomar medidas para captar a la población joven

y sana que acude poco a nuestras unidades de medicina familiar. También debemos ser conscientes de que la población más frecuentadora presenta notable déficit de aplicación de determinadas medidas preventivas (5).

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es una de las tareas más importantes en atención primaria. Ya se ha definido la buena práctica médica como aquella que hace énfasis en la prevención (6,19).

Se considera prioritario el desarrollo de actividades dirigidas a la mujer. Entre ellas debemos enfocar nuestra atención al programa de salud Reproductiva, a través de información mensual con folletos a las mujeres en edad reproductiva y a la prevención de cáncer cervicouterino, tomando muestras de citología exfoliativa(prueba de Papanicolau) anualmente a toda mujer con vida sexual activa.(24)

A nivel pediátrico, se requiere de medidas preventivas de caries y exploración bucodental. Promoción de la lactancia materna y supervisión de la alimentación durante el primer año de vida.(10)

Para disminuir las enfermedades crónico-degenerativas, como son La hipertensión arterial se debe tomar la Tensión arterial a todo paciente que acuda a la consulta, incluyendo a los pacientes en edad pediátrica. (24,25)

Para la diabetes mellitus realizar pruebas de dextrostix a todo paciente con factores de riesgo.(AHF., obesidad etc.). En lo que respecta a la obesidad se debe medir el peso cada año, tanto en la edad pediátrica como en los adultos.(25)

En las toxicomanías como son el alcoholismo se propone dar conferencias trimestrales sobre el daño que acarrea el consumo del alcohol a los adultos jóvenes. A los fumadores, el consejo antitabáquico debe practicarse de forma continuada aprovechando cualquiera de los controles periódicos.(6)

*En cuanto a enfermedades gastrointestinales y de las vías respiratorias:
Debemos aplicar medidas de promoción a la salud a través de pláticas
mensuales a la población que asista a la consulta(26)*

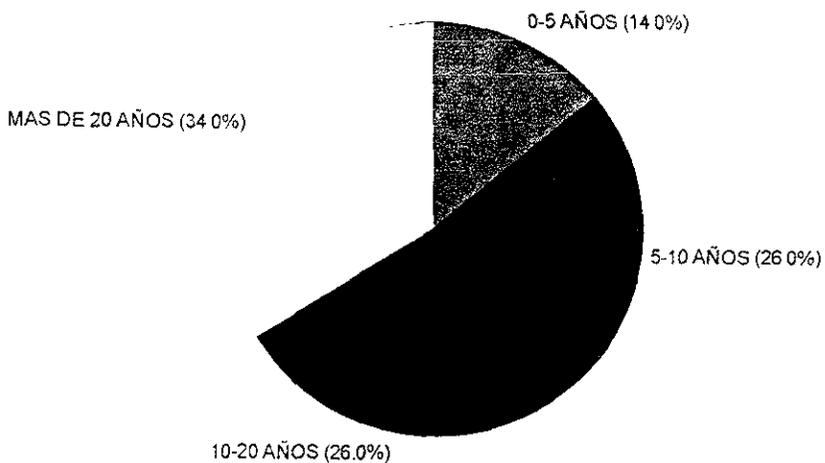
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- IRIGOYEN-CORIA et al. *Fundamentos de Medicina familiar. Modelo Sistemático de la Atención Medica Familiar.* 4a ed. México, Editorial *Médecina Familiar Mexicana* 1996: 151-174
- 2.- MARTIN ZURRO et al. *Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria.* *Atención Primaria* 1995: 661-674
- 3.- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. *Practising prevention.* Londres, Devonshire Press. 1983
- 4.- U.S. Preventive services task force. *Guide to clinical preventive services. An assessment of the effectiveness of 169 interventions* Baltimore, Williams and Wikins. 1989
- 5.- JIMENEZ MENA et al. *Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad.* *Atención Primaria.* 1993: 12(5): 269-272
- 6.- ESTEBANELL ARNAL et al. *Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas.* *Atención Primaria.* 1991:10(1):539-542
- 7.- RODRIGUEZ MORUA et al. *Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria.* *Atención Primaria.* 1994: 13(1):39-41
- 8.- PALOMO COBOS. *La atención primaria de salud y las unidades de investigación.* *Atención Primaria.* 1995: 165-167
- 9.- MARTIN ZURRO A. et al. *Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. Manual de atención primaria.* 2a ed. Barcelona, Doyma 1989: 661-675
- 10.- BUSTOS LOZANO. *El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas.* *Atención Primaria.* 1993; 12(4): 183-184

- 11.- OMS. *Ottawa Charter for health promotion Health and weffare of Canada. Canadians Public Health Association Ottawa. 1986.*
- 12.- DHILLON HS. *Como afrontar los desafíos de la salud Mundial. Documento de referencia sobre educación para la Salud. Unión Internacional de Educación para la Salud y División de educación para la Salud de la OMS. Ginebra. 1991.*
- 13.- FRIES JF KOPP CE. et al. *Reducing health care cost by reducing health care cost by reducing the need and demand for medical services. N Engl J Med 1993; 329: 321-325.*
- 14.- AGENDA ESTADISTICA MUNICIPAL. H. *Ayuntamiento de Cajeme 1991: 81-82*
- 15.- AGENDA ESTADISTICA MUNICIPAL. H. *Ayuntamiento de Etchojoa 1991: 42-47*
- 16.- TURABIAN J. et al. *Percepción de éxito en programas de promoción de salud en la atención primaria de la provincia de Toledo. Atención Primaria. 1994; 12: 765-768*
- 17.- VELAZCO ORRELLANA R. CHAVEZ AGUILAR V. *La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapeutico. Rev. Med. IMSS 1994; 32: 271-275*
- 18.- FRY J. *The contribution of Reserch to Improving a Family Practice. In: Medalie J Family Medicine. Principles and aplicaciones. Baltimore. The Williams and Wilkins Co. 1987: 325-337*
- 19.- BROTONS CUIXTART C. *Actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria. Atención Primaria 1989; 6: 369-370*
- 20.- KANNEL WB. *Some Lessons in Cardiovascular epidemiology from Framinghan. Am J. Cardiol. 1976; 37: 269-282*

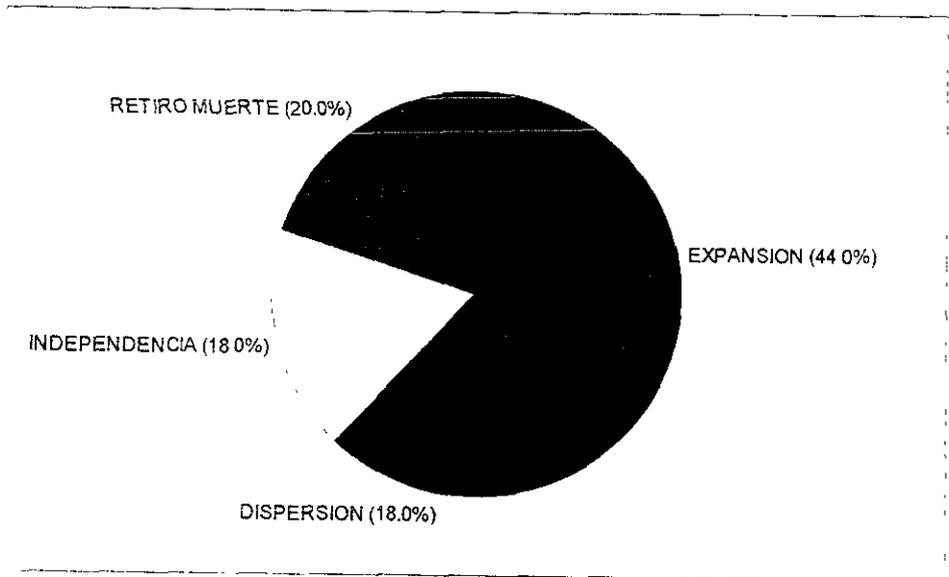
- 21.- TURUBIAN JL, DE JUANES JR. *Educación sanitaria en la obesidad: evaluación de la eficacia de un programa. Atención Primaria* 1989; 6:640-645
- 22.- SANCHEZ BEIZA M, GIL SERRANO MP. ET AL. *Influencia de Educación Sanitaria en grupos Obesos. Atención Primaria.* 1991; 8: 846-849.
- 23.- MAZON RAMIREZ et al. *La investigación en medicina familiar: limitaciones y alternativas. Rev. méd. IMSS* 1993; 33: 223-226
- 24.- MARTIN RABADAN M. et al. *Evaluación del programa de actividades preventivas y promoción de la salud del adulto en una área sanitaria. Atención Primaria* 1993; 12(10):637-645
- 25.- CHAVEZ AGUILAR V. GARCIA MANGAS A. *La atención integral en medicina familiar. Rev. Méd IMSS* 1995; 33:167-171
- 26.- ROLLAN LANDERAS et al. *Atención a la población no adscrita en un centro de salud urbano. Atención Primaria* 1994; 13(7)344-348

GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE AÑOS DE VIDA CONYUGAL EN LA UMF ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996



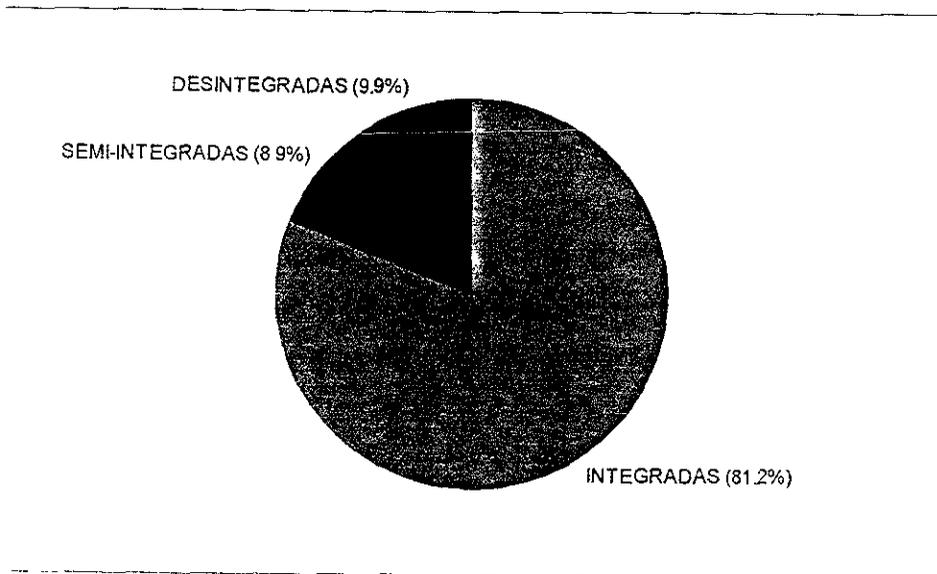
FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DE UMF ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

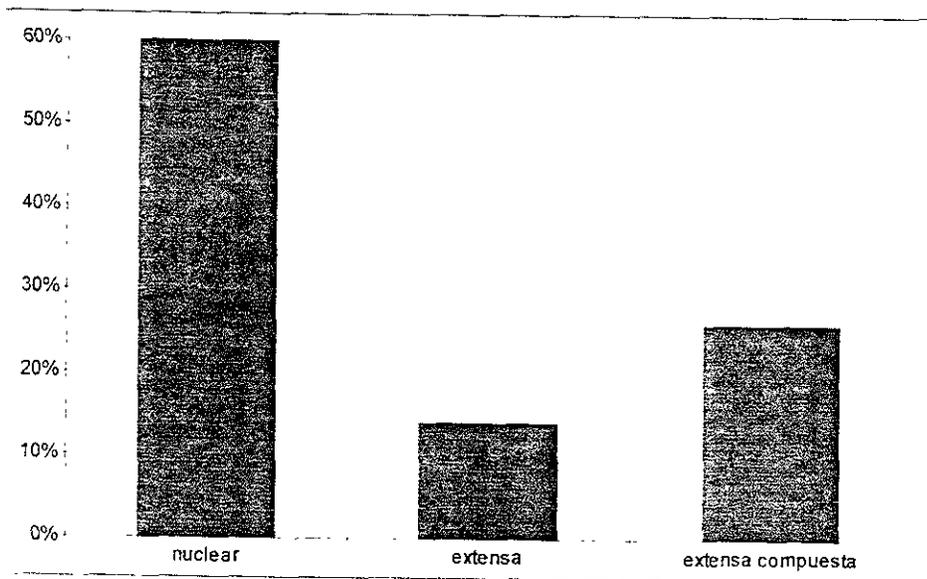
GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE LA INTEGRACION FAMILIAR EN LA UMF ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

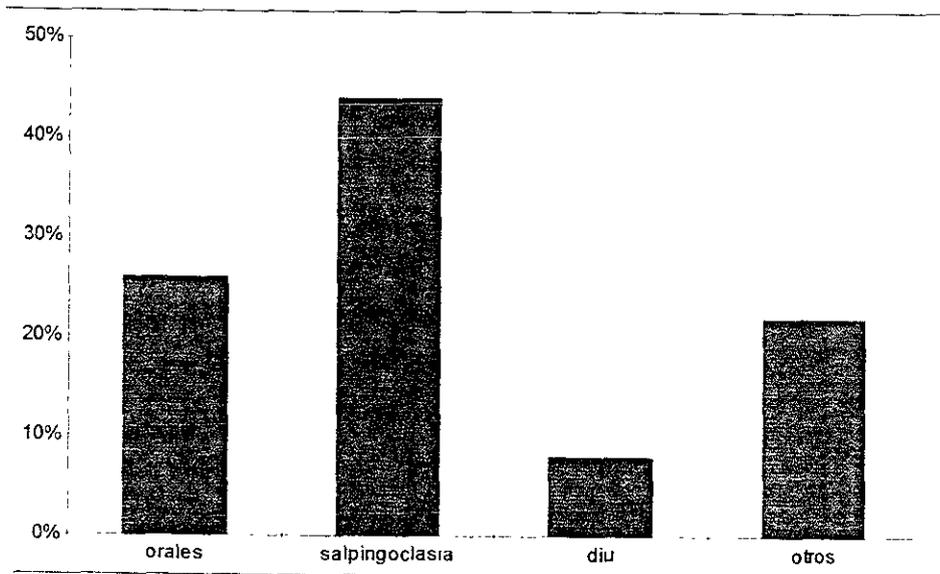
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**GRAFICA 4. DISTRIBUCION DE LA TIPOLOGIA FAMILIAR EN LA UMF
ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996**



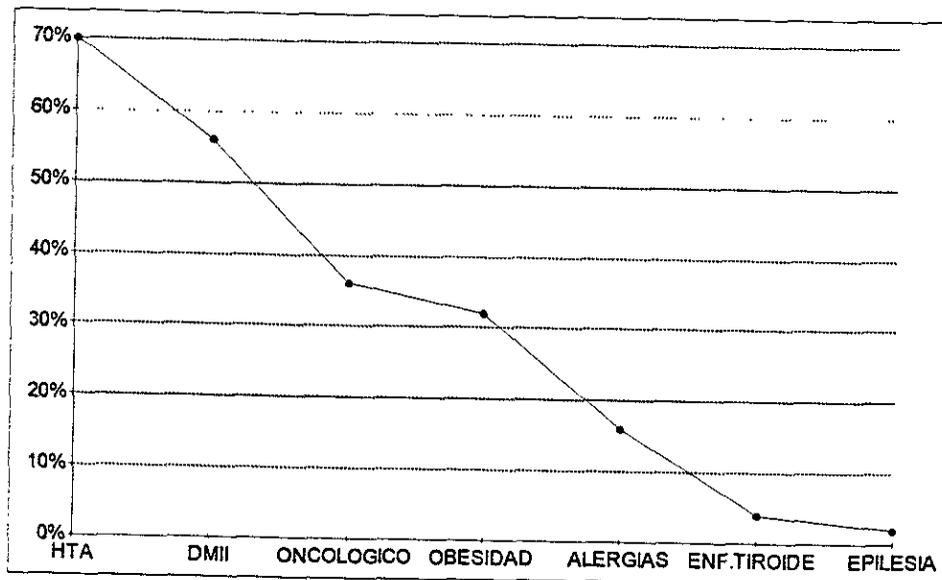
FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 5. DISTRIBUCION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN LA UMF DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996



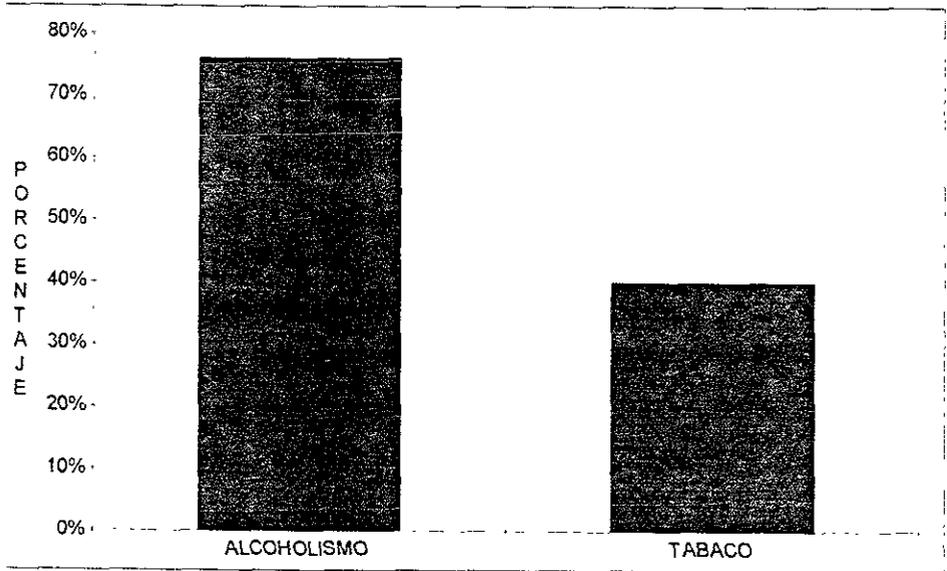
FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 6. DISTRIBUCION DE LOS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES EN LA UMF ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996



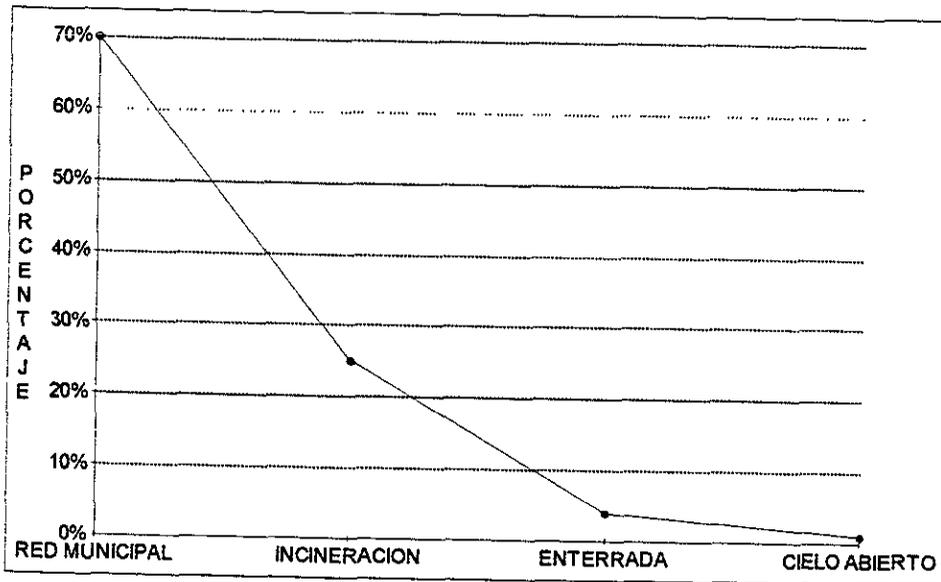
FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

**GRAFICA 7. DISTRIBUCION DE LAS TOXICOMANIAS EN LA UMF
ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996**



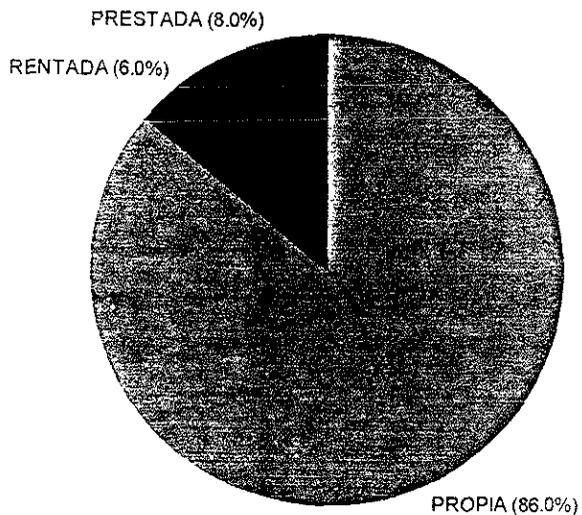
FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 8. DISTRIBUCION DE LA DISPOSICION DE BASURA EN LA UMF ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

GRAFICA 9. DISTRIBUCION DE HABITACION EN LA UMF ISSSTE DE VILLA JUAREZ, SONORA 1996



FUENTE: ENCUESTA CONSULTORIO

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

- ⇒ Localización.
 - Familia: anotar los apellidos paternos del padre y de la madre.
 - Años de unión conyugal: se anotará con número.
 - Domicilio, colonia, ciudad y municipio: anotar todos los datos, sin abreviaturas.
 - Manzana: anotar el número que le corresponda.
 - Vivienda N°: Cada vivienda se numerará en forma progresiva de 01 al 50.
 - Sector: Definir mediante la sectorización de colonias y viviendas a qué sector pertenece.
 - Elaboró: Anotar el nombre del encuestador.
- ⇒ Composición Familiar.
 - Nombre: Anotar el nombre de pila iniciando por el padre, la madre y los hijos de mayor a menor; cuando se trate de otros familiares, anotar además del nombre, los apellidos.
 - Parentesco: Anotar el que corresponda.
 - Edad: Anotar con claridad los años cumplidos, en el espacio según se trate de masculino (M) o femenino (F).
 - Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado o unión libre.
 - Escolaridad: anotar hasta que grado escolar estudió.
 - Ocupación: Anotar la principal actividad realizada por cada integrante de la familia.
 - Ingresos: anotar los ingresos por mes.
 - Padecimientos crónicos: Anotar el que refiera como diagnosticado por personal médico.
- ⇒ Toxicomanías, alimentación y hábitos higiénicos.
 - Marcar con x en el espacio que corresponda.
 Observaciones: se anotará lo que se considere importante.
- ⇒ Vivienda.
 - Marcar con x en el espacio que corresponda.
- ⇒ Fase del ciclo vital, tipo de familia Integración familiar y planificación familiar.
 - Marcar con x en el espacio que corresponda.
- ⇒ Antecedentes heredo-familiares.
 - Marcar con x en los espacios y que corresponda.

CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

FAMILIA _____ AÑOS UNION CONYUGAL _____
 DOMICILIO _____
 COLONIA _____ CIUDAD _____ MPIO. _____
 MZ No. _____ VIVIENDA No. _____ SECTOR _____
 ELABORO _____

NOMBRE	EDAD/SEXO		ESTADO CIVIL	ESCO-LARIDAD	OCUPACION	INGRESOS	PADECIMIENTOS(S) CRONICO(S)	FASE CICLO VITAL			TIPO DE FAMILIA							
	PAREN- TESCO	M						F	MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSION	INDEPENDENCIA	RETIRO MUERTE	NUCLEAR	EXTENSA	EXT.COMP.		
								<input type="checkbox"/>										
								<input type="checkbox"/>										
								<input type="checkbox"/>										
								<input type="checkbox"/>										
								<input type="checkbox"/>										
								<input type="checkbox"/>										
								<input type="checkbox"/>										

TOXICOMANIAS ALCOHOLISMO TABACO MEDICAMENTOS SIN RECETA OTROS

ALIMENTACION BUENA REGULAR DEFICIENTE

HABITOS HIGIENICOS: BUENOS REGULAR DEFICIENTE

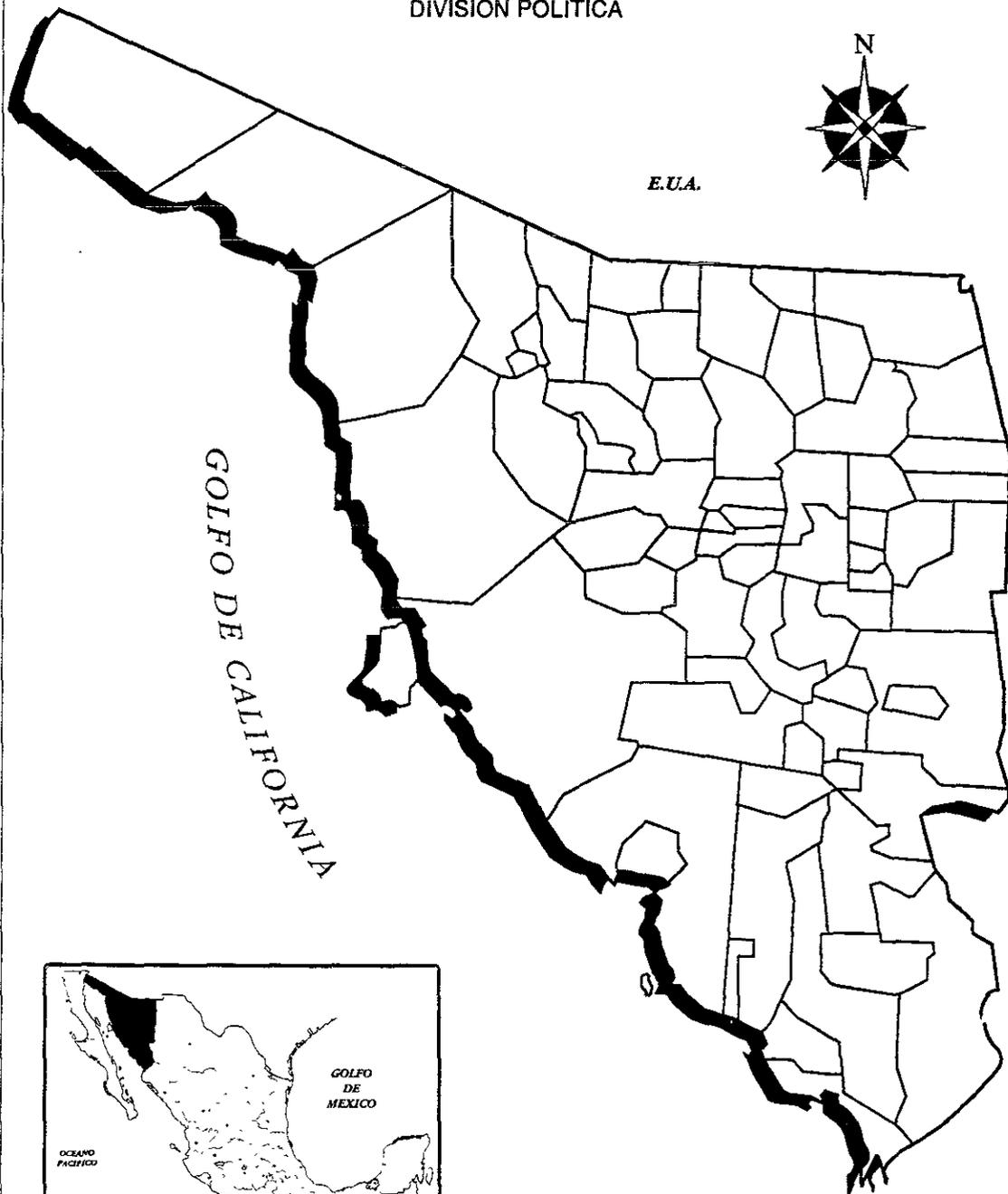
TECHO		PAREDES		PISO		SERV.PUBLIC.		CUARTOS		SI/NO		ANTEC.HEREDO-FAMILIARES	
CONCRETO	<input type="checkbox"/>	TABIQUE	<input type="checkbox"/>	CEMENTO	<input type="checkbox"/>	LUZ	<input type="checkbox"/>	COMEDOR	<input type="checkbox"/>	PATERNOS	<input type="checkbox"/>	MATERNOS	<input type="checkbox"/>
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"/>		<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"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>
		CARTON	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	INTRA-DOM	<input type="checkbox"/>	RECAMARAS	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		OTROS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	EXTRA-DOM	<input type="checkbox"/>	CUANTAS	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PROPIA	<input type="checkbox"/>	UTILIZADO	<input type="checkbox"/>	DISPOSICION DE EXCRETAS	<input type="checkbox"/>	DISPOSICION DE BASURA	<input type="checkbox"/>	ANIMALES DOMESTICOS	<input type="checkbox"/>	ENF.TIROIDEAS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
RENTADA	<input type="checkbox"/>	GAS	<input type="checkbox"/>	DE EXCRETAS	<input type="checkbox"/>	RED MUN.	<input type="checkbox"/>	PERROS	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PRESTADA	<input type="checkbox"/>	PETROLEO	<input type="checkbox"/>	FOSA SEP.	<input type="checkbox"/>	ENTERRAM	<input type="checkbox"/>	GATOS	<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>				

VIVIENDA

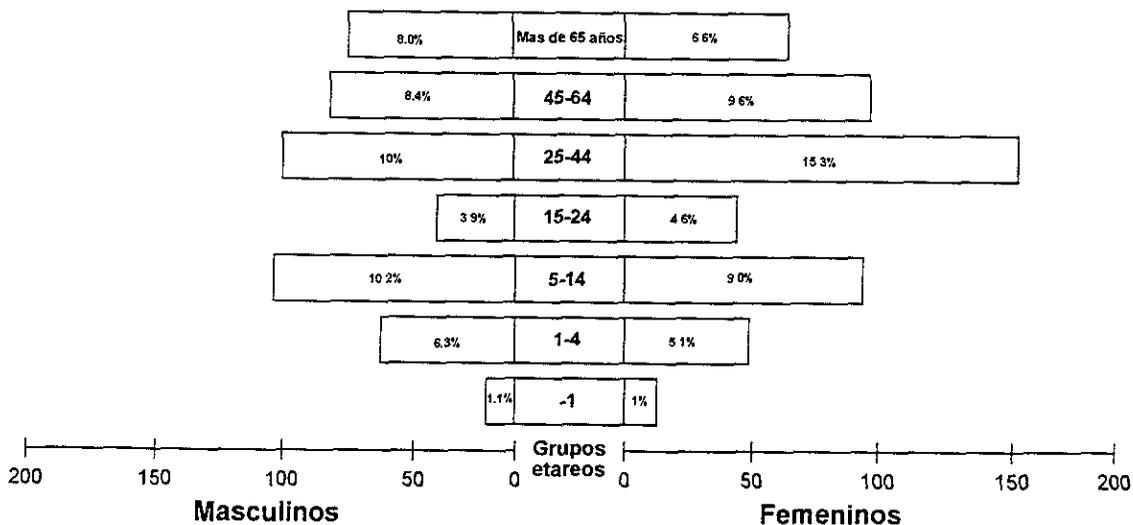
OBSERVACIONES:

ESTADO DE SONORA

DIVISION POLITICA



CUADRO 2. Pirámide de población de la UMF de Villa Juárez, Sonora.



Población Total: 373

Masculinos: 179

Femeninos: 194

FUENTE: Vigencia de Derechos Clínica ISSSTE, Cd. Obregón, Son. 1996.

CUADRO 3 DIEZ PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

AFECCION PRINCIPAL	CODIGO CIE '875	TOTAL DE CONSULTAS	TASA X 1000 D H	PORCIENTO
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS DE LOCALIZACION MULTIPLE	435	207	202.9	28.6
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	001-009	82	80.3	11.3
HIPERTENSION ARTERIAL	401	72	70.5	9.9
OSTEOARTRITIS Y TRASTORNOS AFINES	751	69	67.6	9.5
ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS	321	66	64.7	9.1
DIABETES MELITUS	250	60	58.8	8.2
PARASITOSIS SIN OTRA ESPECIFICACION	129	58	56.4	8
ENF. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	680-709	38	37.2	5.2
ENF. INFLAMATORIA DEL CUELLO UTER. DE VAG. Y DE LA VULVA	616	36	35.2	4.9
ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	580-589	35	34.3	4.8
TOTAL	001-999	723	708.3	100

FUENTE: INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES MEDICAS DE LA UMFI ISSSTE. DE VILLA JUAREZ, SONORA