



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

11226
137
2ej.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

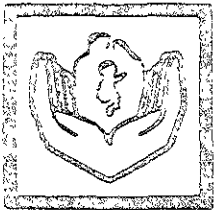
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO NO. 2 TURNO MATUTINO
DE LA CLINICA HOSPITAL "B" CD. OBREGON SON.

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

P R E S E N T A :

Dr. Jorge Edmundo Othón García



ISSSTE TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998

265044



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.2
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA.**



ISSSTE

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

Dr. JORGE EDMUNDO OTHON GARCIA

1996



DIRCCION

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

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO # 2 DE LA
CLÍNICA HOSPITAL "B" CD. OBREGÓN, SON.

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

Dr. Jorge Edmundo Othón García

AUTORIZACIONES

~~Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega~~

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~U.N.A.M.~~

Dra. María del Rocío Noriega Garibay

COORDINADORA DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

Cd Obregón, Sonora, Enero de 1997

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

P R E S E N T A

Dr. Jorge Edmundo Othón García

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN

MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO # 2 DE IA

CLÍNICA HOSPITAL "B" CD. OBREGÓN, SON.



ISSSTE

DIRECCION

Dra. Martha Livio Sánchez Sosa CLINICA HOSPITAL "B"

CIUDAD OBREGON, SONORA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA FAMILIAR

Dr. David López del Castillo Sánchez

MEDICO FAMILIAR U.M.F. C.M.N.N. I.M.S.S.

ASESOR DE TESIS

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

ASESOR DE TESIS

Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

Cd. Obregón, Sonora, Enero de 1997

AGRADECIMIENTOS

En la realización del presente estudio influyen muchas personas que debieron mencionarse como merecedoras de un sincero agradecimiento.

En especial a Miriam mi esposa, a mis hijas Andrea, Ana Lilia y Miriam, cuyo estímulo y apoyo fue clave para una feliz evolución y término; a mi siempre motivante maestra titular del curso Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa por su empuje y dinamismo; a mis compañeros de grupo por su enorme espíritu de cooperación y amistad; y al Lic. Rafael Angel Haros Othón por su siempre valiosa ayuda y dedicación en la formulación del trabajo.

A las autoridades de ISSSTE-UNAM.

A la vida y a las oportunidades que ésta nos brinda.

Dr. Jorge Edmundo Othón García

INDICE

	Páginas
I. Marco teórico	1
II. Planteamiento del problema	4
III. Justificación	7
IV. Objetivos	9
V Metodología	10
1 Tipo de estudio	10
2 Poblacion, lugar y tiempo	10
3 Universo de trabajo	10
3.1 Censo poblacional	10
3.2 Diagnostico familiar	10
3.3 Morbilidad	10
4. Tipo de muestra	11
5. Tamaño de la muestra	11
5.1 Censo poblacional	11
5.2 Diagnostico familiar	11
5.3 Morbilidad	11
6. Criterios de inclusión	12
6.1 Censo poblacional	12
6.2 Diagnostico familiar	12
6.3 Morbilidad	12
7. Criterios de exclusión	12
7.1 Censo poblacional	12
7 2 Diagnostico familiar	12
7.3 Morbilidad	13
8. Criterios de eliminación	13
8.1 Censo poblacional	13
8.2 Diagnostico familiar	13
8 3 Morbilidad	13
9 Variables de medición	13
9.1 Censo poblacional	13
9 2 Diagnostico familiar	14
9.3 Morbilidad	17
10. Procedimiento para captar información	18
11. Consideraciones éticas	18
VI. Estudio de comunidad	19
VII. Resultados	28
1 Censo de población	28

2. Diagnóstico familiar	29
3. Morbilidad	31
4. Cuadros y gráficas	33
VIII. Discusión	42
1 Censo poblacional	42
2. Diagnostico familiar	42
3. Morbilidad	43
IX. Conclusiones	44
X. Referencias bibliograficas	47
XI Anexos	53

I. MARCO TEÓRICO

La medicina ha evolucionado gradualmente a través del tiempo; inicia en la era primitiva donde se explicaban las causas de enfermedades como castigo de los dioses o venganza de los muertos y la practicaban curanderos por medio de amuletos, exorcismos y sacrificios.

Posteriormente pasa por distintas etapas hasta convertirse en ciencia con la evolución del pensamiento humano, y dividirse en especialidades para facilitar la atención en sus distintas ramas; con el aislamiento bacteriano y la aparición de las vacunas se introduce el concepto de prevención de enfermedad.

En la actualidad la ciencia médica manifiesta el producto del avance científico que con sus adelantos a logrado, estableciéndose así las especialidades en campos tan reducidos como la microscopía (1). Con todo esto se entiende la mecanización en el tratamiento de las enfermedades establecidas, pero se pierde de vista que la medicina actual requiere por las características epidemiológicas de nuestro país, que nos anticipemos a la aparición de patologías con el apoyo de programas de prevención, promoción, diagnóstico y tratamientos

establecidos y que se apoyan en la historia natural de la enfermedad (2,4,7,8,13,14,17).

Para cumplir con la tarea que debe realizarse a nivel atención primaria a la salud se pensó en una especialidad que pudiera situarse en este plano, con visión panorámica, prospectiva y anticipadora, surgiendo así la medicina familiar(18,19).

Esta especialidad iniciada en el Instituto Mexicano del Seguro Social en marzo de 1971 como una novedad dentro del campo de la medicina, ha tenido su auge al contar el país con necesidades de atención primaria, lo que ha sido motivante para los estudiantes seleccionarla.

Actualmente el convenio ISSSTE-UNAM se encuentra en la tercera generación de médicos familiares en formación académica, con la esperanza de responder a las necesidades de atención de salud del país, con nuevas actitudes y destrezas pero sobre todo con una comunicación más estrecha con los pacientes, para crear en ellos la responsabilidad del autocuidado (3,4,5,11,20).

Nuestra generación de futuros médicos familiares, sometemos a estudio a nuestra población adscrita para conocer sus aspectos biopsicosociales y normar un modelo sistemático de atención médico familiar así como

establecer un programas de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación a sus integrantes (5).

A nivel de consultorio de medicina familiar tenemos que crear estrategias con el fin de puntualizar elementos resolutivos a los factores desequilibrantes que pudieran traducir incrementos en la morbilidad de nuestros derechohabientes.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que se inicia la historia humana, la medicina ha buscado a través de distintas técnicas, un fin particular: aliviar el dolor y prolongar la vida, pero desde un punto de vista individual y con tendencias curativas(14).

Las necesidades en el campo de la salud han propiciado una cascada de cambios en sus técnicas y métodos que han avanzado a la par con los adelantos científicos, dando como resultado las especialidades y entre estas la medicina familiar que promete un panorama distinto al basar sus acciones en forma prospectiva y anticipadora, necesitando para ello desarrollar medidas de promoción de salud así como nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de trabajo (1,4,6,7,14).

La atención primaria como punto importante de partida ha presentado cambios en su estructura, iniciando con la conferencia de la OMS en Alma-Ata en 1978. donde se proporcionó un nuevo modelo de atención primaria, dirigida a la resolución de necesidades y problemas de salud concretos y propios para cada comunidad. En 1986 la Ley General de sanidad especifica que las administraciones públicas desarrollarán atención primaria integral de salud, incluyendo acciones curativas y

rehabilitadoras, las que tienden a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad (8,13).

Muchos de estos ensayos se vienen realizando en varios países y en ciudades españolas y del Reino Unido, desde 1990 se han implantado programas con base en la atención médico familiar y los resultados han sido útiles en la detección de problemas de salud. (2,9,10,16).

En México han existido intentos por implantar un sistema de atención medica familiar(SMF) desde 1954; de esta manera se constituyó en el primer país en Latinoamérica en incorporar a la medicina familiar como eje de atención médica en sus sistemas de seguridad social y haber implantado en 1971 la residencia de medicina familiar. Se viven tendencias en el campo de salud que obligan a adoptar una visión prospectiva y anticipadora en la atención médica(21,22).

La formación de los médicos familiares lleva como propósito controlar la morbilidad desde estos puntos de vista, tomando en cuenta que una buena atención y un buen servicio deben estar basados en el conocimientos de los factores del entorno, entre ellos el conocimiento de la naturaleza y curso de las enfermedades, conocimiento de los tratamientos con drogas y otras medidas, conocimiento del paciente

individual así como de su medio ambiente familiar, social y ocupacional y de las instalaciones de la comunidad y de sus propias habilidades, se busca cada vez con mas intención la implantación de un sistema adecuado que nos permita cumplir con esta perspectiva, tomando en cuenta todos los conocimientos que el médico familiar debe tener y las funciones que puede desarrollar (11,12,15,23,24,25,26).

El haber cursado la especialidad de medicina familiar permite darnos cuenta que el tipo de atención que hasta el momento se ha proporcionado, es básicamente curativa y las medidas de prevención se proyectan solamente hacia las enfermedades prevenibles por vacunación y los programas de detección oportuna de cáncer.

Por lo tanto resulta adecuado plantear una alternativa de estudio a esta problema, por medio de la siguiente interrogante:

¿Como establecer un programa de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en el consultorio no. 2 de medicina familiar, de la clínica hospital ISSSTE de Ciudad Obregón. Sonora durante el año de 1996?

III. JUSTIFICACIÓN

El practicar la medicina tradicional, en forma desintegrada, priva al médico de oportunidades para conocer alteraciones patológicas comunes a grupos afines, sin permitir tomar medidas preventivas, de promoción, diagnóstico y tratamientos oportunos retardando así las posibilidades de control. Con esto las instituciones utilizan mayores recursos económicos e impiden un análisis adecuado del sistema de salud del país.

Si tomamos en cuenta estas perspectivas, la medicina familiar nos permite a nivel de consultorio optimizar a futuro los recursos humanos y económicos traduciéndose a la vez en mejoras a las condiciones de morbilidad de nuestros pacientes.

Desde hace 45 años se ha intentado implementar programas de atención médica familiar, lográndose adelantos importantes en su desarrollo, sin lograr en forma definitiva una atención fundamentada en la prevención.

Al existir la especialidad, se hace necesaria la implantación de un programa acorde a las condiciones generales del país, que cumpla con

los objetivos para los que se creo y alcanzar con ello un nivel de salud optimo.

Los lineamientos de esta especialidad ya están establecidos, nos toca luchar en forma integrada para cambiar la tendencia de la medicina tradicional, aplicando los conceptos de prevención, promoción de la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

I V. OBJETIVOS

1. Generales

Determinar las características biopsicosociales de la comunidad, para establecer las actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, así como la rehabilitación a realizar con el objeto de modificar la morbilidad de nuestra derechohabencia.

2. Específicos

Poner en practica el modelo sistemático de atención médica familiar en el consultorio No.2 de la Clínica Hospital B ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora.

V. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

Fundamentado en tres estrategias:

Censo poblacional, Diagnóstico familiar y Morbilidad

2. Población, lugar y Tiempo

Ciudad Obregón, Sonora, consultorio No. 2, Clínica hospital ISSSTE.

Enero a junio de 1996.

3. Universo de trabajo:

3.1 Censo poblacional: Tarjetas de registro del servicio de vigencias de derecho

3.2 Diagnóstico familiar: Familias adscritas y usuarias pertenecientes al sector número 2.

3.3 Morbilidad: Hojas de informe diario de actividades del médico.

4. Tipo de muestra

Muestreo no aleatorio, por cuotas.

5. Tamaño de la muestra

Los tamaños de las muestras para las actividades señaladas se determinaron a través del paquete EPI - INFO 5.

β = Error de estimación = 0.0449

α = Coeficiente de confianza = 0.95

5.1 Censo poblacional : Se revisaron 100 tarjetas del servicio de vigencias de derecho, adscritas al consultorio no. 2.

5.2 Diagnóstico familiar: Se encuestaron 50 familias que habitan las colonias adscritas al consultorio no. 2.

5.3 Morbilidad: Se revisaron 50 hojas de informe diario de actividades medicas de pacientes adscritos al consultorio no. 2, de enero a junio de 1996.

6. Criterios de inclusión

6.1 Censo poblacional: Se incluyeron todas las tarjetas de vigencias de derecho vigentes y adscritas al consultorio no. 2.

6.2 Diagnóstico familiar: Se encuestaron todas las familias que habitan las colonias adscritas e inscritas al consultorio no. 2.

6.3 Morbilidad: Se revisaron todas las hojas de informe diario de actividades medicas adscritas al consultorio no. 2, de enero a junio de 1996. Con: datos completos de llenado, diagnósticos legibles y de primera vez.

7. Criterios de exclusión

7.1 Censo poblacional: Se excluyeron las tarjetas de vigencia de derecho adscritas al consultorio no. 2, no vigentes o no usuarias.

7.2 Diagnóstico familiar: Se excluyeron las familias adscritas al consultorio no. 2, que cambiaron de domicilio.

7.3 Morbilidad: Se excluyeron las hojas de informe diario de actividades médicas con datos incompletos de llenado, diagnósticos ilegibles y subsecuentes.

8. Criterios de eliminación

8.1 Censo poblacional: Se eliminaron las tarjetas de vigencia de derecho dadas de baja durante la investigación.

8.2 Diagnóstico familiar: Se eliminaron las familias que rechazaron la encuesta en el consultorio y las que cambiaron de domicilio durante la investigación y que falsearon datos.

8.3 Morbilidad : Se eliminaron los diagnósticos que no se encontraron dentro de las diez primeras causas de consulta medica, en el consultorio no. 2 de medicina familiar.

9. Variables de medición

9.1 Censo poblacional:

Edad

sexo

9.2 Diagnóstico familiar:

Tipo de familia

- a) Familia nuclear.- Integrada por padre, madre e hijos.
- b) Familia extensa.- Formada por padre, madre, hijos y otro miembro que comparte lazos consanguíneos.
- c) Familia extensa compuesta.- Además de los que se incluyen en la familia extensa, se agregan miembros sin lazos consanguíneos (amigos, compadres, etc.).

Integración familiar

- a) Familia integrada.- Los conyugues viven juntos y cumplen con sus funciones.
- b) Familia semiintegrada.- Los conyugues viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- c) Familia desintegrada.- Aquella en la cual falta alguno de los conyugues por muerte, divorcio, separación, abandono o desmembramiento de la familia debido a causas externas o internas.

Fase del ciclo vital

- a) Fase de expansión.- Se inicia con el nacimiento del primer hijo y termina al iniciar las actividades escolares.

b) Fase de dispersión.- Se identifica por el hecho de que los hijos asisten a la escuela.

c) Fase de independencia.- Cuando los hijos han formado nuevas familias y dejan la familia de origen.

Años de unión conyugal.- Tiempo transcurrido desde el matrimonio hasta el momento actual.

Estado civil de los padres

a) Casados.- Unidos por nexos matrimoniales legales.

b) Unión libre.- Unidos sin nexos legales.

Ingreso familiar

a) Ingreso del padre.- Solo el padre aporta económicamente.

b) Ingreso de la pareja.- El ingreso es producto del trabajo de ambos.

Nivel de estudios del padre

Nivel de estudios de la madre

Grado de estudios de los hijos

Planificación familiar

a) Salpingoclasia.- Procedimiento quirúrgico en la mujer que consiste en romper la continuidad de las trompas uterinas para impedir la fecundación.

- b)DIU.- Dispositivo intrauterino: Aparato de colocación intrauterina que ocasiona un medio hostil en el endometrio para evitar la implantación ovular.
- c) Pastillas.- Tratamiento hormonal, oral que evita la maduración ovular en la mujer.
- d)Histerectomía.- Procedimiento quirúrgico que consiste en extraer totalmente el útero para fines terapéuticos.

Alimentación

- a)Buena.- Aquella en la cual se incluyen componentes nutricionales adecuados en cantidad y calidad (carne, leche, huevos, pescados, frutas, verduras, etc.) al menos en forma semanal.
- b)Regular.- Cuando estos componentes nutricionales son utilizados en forma menos frecuente (quincenal-mensual).

Toxicomanías

Tabaquismo:

- a)Tabaquismo positivo.- En las familias en las cuales se utiliza el tabaco en alguno de sus integrantes.
- b)Tabaquismo negativo.- No se utiliza tabaco en ninguno de sus integrantes.

Alcoholismo:

- a) Social.- Ingestión de bebidas alcohólicas solo en eventos sociales (3 a 5 ocasiones por año).
- b) Ocasional.- Ingestión de alcohol una o dos veces por año en poca cantidad.
- c) Marcado.- Ingestión de bebidas alcohólicas en forma frecuente (semanal-diario).
- d) Negativo.- No se ingieren bebida embriagantes en la familia.

Vivienda

- a) Urbanas.- Construcción a base de tabique, cemento, con pisos y techos de materiales firmes y distribución adecuada de componentes habitacionales y servicios intra y extra domiciliarios.
- b) Propia.- La familia es dueña de su vivienda.
- c) Rentada.- La familia paga mensualidad por renta de la vivienda.

9.3 Morbilidad:

Diagnósticos por edad y sexo

10. Procedimiento para captar información

Se capturó la información de estas variables, por medio del método de paloteo simple con utilización de porcentajes y tasas, a través del paquete EPI-INFO 5.

11. Consideraciones éticas

No existieron durante el estudio ya que esta investigación no representó ningún riesgo.

V I. ESTUDIO DE COMUNIDAD

El estado de Sonora limita al norte con los Estados Unidos de Norte América, 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 cuales figura el municipio de Cajeme, que se encuentra ubicado en el suroeste del estado, su cabecera es Ciudad Obregón, y limita al norte con el municipio de Suaqui grande, al este con los municipios de Rosario y Quiriego, al sureste con los municipios de Etchojoa y Navojoa, al oeste con Guaymas y BÁCUM y al sur con el Golfo de California.

Cajeme presenta básicamente dos tipos de clima: Cálido y muy seco; su **hidrografía** se encuentra representada por las corrientes del río Yaqui que abastece a la presa Alvaro Obregón, cuyas aguas son utilizadas para el desarrollo de actividades urbanas y agrícolas.

La flora esta representada por matorral sarcocaulé; la fauna es rica y variada donde se encuentra venado, coyote, zorra, búho, gavián, serpiente coralillo, cascabel, etc.

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

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

Sector primario (agricultura, ganadería, pesca y caza)	17.42 %
Sector Secundario (industria, minería, construcción)	21.86 %
Sector Terciario (comercio, banca, administración pública)	55.77 %
Población desocupada	2.94 %
Otros no específicos	2.01 %

La religión se encuentra distribuida de la siguiente manera: Católica 90.6%, Protestante 1.9%, inespecífica 0.4%, ninguna 3.7%.

El dialecto principal es el Yaqui.

El estado civil en la población de 12 años y mas (INGERÍ 1990): casados 43.1%, solteros 41.9%, unión libre 8.6%, separados 1.4%, viudos 3.3%, divorciados 1%, no específicos 0.7%.

El 80.4% de la **viviendas** son propias. Con un promedio de 4.8 ocupantes por vivienda, cuya construcción de un total de 64,473 particulares el 80% cuentan con piso, techo y paredes de cemento y tabique: cuentan con los servicios de agua potable un 94%, drenaje 77.5% y con energía eléctrica un 95.2%.

La **distribución política** por colonias de Ciudad Obregón es la siguiente:

Colonias	Habitantes	Colonias	Habitantes
Urbanizable #1	1843	Fco. Eusebio Kino	3350
Urbanizable #2	2142	Fracc. del Bosque	105
Urbanizable #3	1399	Fracc. Otancahui	173
Urbanizable #4	3743	Hidalgo	4189
Urbanizable #5	4443	Infonavit	2412
		Yucuhimari	
Urbanizable #6	3340	Jardines del Valle	3297
Urbanizable #7	4366	Luis Echeverría	3825
Allende/Zaragoza	1418	Machi López	8387
Libertad	6710	Matías Méndez	3028
Agrónomos	87	Miravalle	14098
Arboledas	133	Misioneros	330
Aves del Castillo	2077	Morelos	2732
Bella Vista	1341	Ampliación Morelos	1031
Benito Juárez	11852	Multifamiliares	549
Cajeme	15750	Municipio Libre	2916

Campestre	7259	Nainari del Yaqui	189
Cincuentenario	1396	Noroeste	1528
Constitución	6710	Primero de Mayo	10121
Cortinas	10273	Real del Sol	790
Cuauhtémoc	5658	Reforma	464
Comuripa	1953	Russo Vogel	6188
Chapultepec	1891	Santa Anida	757
Del Valle	1536	Sochiloa	4755
El Chorizo	329	Ampl. Miravalle	1195
El túnel	642	Villa Fontana	5641
Faustino Felix	6080	Villa Nainari	1045
Fovissste 1	970	Valle Verde	4580
Fovissste 2	1724	Valle Dorado	8550
Fovissste 3	752	Villa California	1647
Sonora	4068	Sostenes Valenzuela	5340
Tepeyac	2838	Termoeléctrica	14
Tetabiate	343	Zona Norte	921
Total	224404		

Educación: Funcionan en el estado mas de 4 mil escuelas de diferentes niveles en las cuales mas de 620 mil niños y jóvenes realizan sus estudios. Los servicios educativos que se ofrecen son: de nivel preescolar, primaria, secundaria, capacitación para el trabajo medio terminal, medio superior y superior, en este ultimo se cuenta con el Instituto Tecnológico de Sonora, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Universidad La Salle y la Escuela Nacional Estatal de Especialización. Existen también bibliotecas y centros culturales.

El índice de desarrollo promedio equivale a segundo grado de educación secundaria

Se cuenta con 118 planteles para nivel preescolar, 200 para primaria, 61 para secundaria, 5 para instrucción laboral, 20 para elemental terminal, 10 para media terminal, 41 para media superior y 4 para el nivel superior.

Recreación: Dentro de estos recursos se cuenta con la presa Alvaro Obregón, represas, aguas térmicas, cacería de venados, playas y museos. Además cuenta con servicios de apoyo al turismo dentro de las

cuales figuran 9 agencias de viaje, 4 autorenta, 4 líneas aéreas, 38 restaurantes, 1 teatro, 2 cines, 2 auditorios, 20 gasolineras, 1 sala de arte, 24 hoteles, 4 discotecas, 1 museo, 1 trailer park.

Recursos para la salud

Está representado por las instituciones del sector salud, dentro de las cuales se encuentran: Hospital general (SSA), que cuenta con 10 camas, 39 consultorios, 4 salas de Rx, 4 laboratorios, 3 quirófanos, 85 médicos, 55 enfermeras, 39 paramédicos, 44 administrativos y 89 de otro personal.

IMSS (Centro Médico), que cuenta con 564 camas, 112 consultorios, 4 salas de Rx, 3 laboratorios, 9 quirófanos, 565 médicos, 660 enfermeras, 227 paramédicos, 234 administrativos y 405 de otro personal.

ISSSTESON, cuenta con 34 camas, 11 consultorios, 2 quirófanos, 1 sala de Rx, laboratorio, 59 médicos, 51 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos y 25 de otro personal.

Clínica Hospital ISSSTE: Inició en Cd. Obregón, Sonora en 1960 instalándose en varios locales donde funcionaba la consulta externa y subrogando el área de hospital con los diversos sanatorios de la ciudad,

hasta la construcción de la clínica hospital actual que inició el proyecto en 1976 y terminó en 1980 con 13 consultorios y el área hospitalaria; inició el 2 de junio de 1981 con 48 camas censables y los servicios básicos de atención médica, prestando atención a una población de aproximadamente 30000 derechohabientes, apoyando además a la clínica de Navojoa y Guaymas que derivan pacientes de segundo nivel.

La clínica de Cd. Obregón extiende su área de influencia a 4 consultorios de medicina general que son Villa Juárez situado a 46 kms. al sur de la ciudad; Esperanza a 8 kms.; FOVISSSTE 2 en Cd. Obregón y Vicam a 50 kms. al norte mismos que dan atención de primer nivel.

Además incluyen servicios de pediatría, cirugía, medicina interna, ginecoobstetricia, cardiología y urología, contando físicamente con 6 cuneros, 6 camas de labor, 5 de recuperación, 5 camas de urgencias, 2 quirófanos, sala de partos, sala de expulsión y 18 consultorios, 10 de especialidad, 6 de medicina familiar, 1 de odontología y 1 de medicina preventiva; cuenta también con laboratorio clínico, radiodiagnóstico, ultrasonido y en forma externa anatomía patológica; 5 unidades de transporte (2 ambulancias, 2 administrativos y 1 de conservación).

Presta atención médica en la ciudad distribuida en 6 sectores que se

dividen por colonias y permiten cubrir el total de sus habitantes adscritos.

El estudio que se realizó tomó como base el sector número 2 que se integra por las colonias Bella Vista, Campestre, Chapultepec, Cuauhtémoc, Fuentes del Bosque, Fraccionamiento Palmar, Fraccionamiento la Florida, Fraccionamiento Real del Sol, Colonia Hidalgo, Nainari del Yaqui, Noroeste, Norte, Nuevo Cajeme, Primero de Mayo, Quinta Díaz, Colonia Raquett, Santa Anida, Del Valle, Villa California, Villa ITSON, Villa Nainari, Villa Tetabiate. (Mapa)

Como representante del sector se escogió a la colonia Primero de Mayo, por contar con características medias a las demás colonias.

Se encuentra ubicada al sur de la ciudad; limitada al norte por el fraccionamiento Ampliación Miravalle, al sur por la colonia Block 410, al oriente por terrenos de uso agrícola y al poniente con la calle Jalisco; cuenta con 1359 manzanas, donde habitan 10121 personas en distintas edades y sexos; el tipo de vivienda en promedio es urbana con todos los servicios intra y extradomiciliarios; cuenta para su educación con dos escuelas primarias, la primera en turno matutino (Primero de Mayo) con 562 alumnos y la segunda en turno vespertino (Lázaro Cárdenas)

con 498 alumnos, además de una escuela de educación secundaria y un Jardín de niños (Bertha Orduño) con 170 niños, todas localizadas en la misma zona.

La atención médica la reciben de las distintas dependencias entre las cuales destaca la clínica Block 410 de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE.

VII. RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se expresan en tres estrategias fundamentales y son la siguientes: **Censo poblacional, Diagnóstico familiar y Morbilidad.**

I. Censo poblacional

Del total de derechohabientes adscritos e inscritos al consultorio número 2 de medicina familiar (2,500), se agruparon 1,350 derechohabientes del sexo femenino y 1,150 del sexo masculino y se distribuyeron en grupos etarios encontrándose de la manera siguiente:

Dentro del sexo femenino 12 derechohabientes menores de un año que representaron el 0.5% del total de este sexo, 45 en el grupo de 1 a 4 años que represento el 1.8%, 187 en el grupo de 5 a 14 que represento el 7.5%, y 187 en el grupo de 15 a 24 que reporto el mismo porcentaje; en el grupo de 25 a 44 años se encontraron 465 derechohabientes que representaron el 18.6%; 200 derechohabientes en el grupo de 45 a 64 años que representaron el 8% y 250 en el grupo de derechohabientes mayores de 65 años que representaron el 10%. En el rubro de sexo masculino se encontraron a 20 derechohabientes menores de un año que

representó el 0.8% del total de este sexo, 25 en el grupo de 1 a 4 años que representó el 1%; 307 en el grupo de 5 a 14 que representó el 12.3%; en el grupo de 15 a 24 se encontraron 205 derechohabientes que representó el 8.2%; 220 en el grupo de 25 a 44 años representó el 8.8%; en el grupo de 45 a 64 años se encontraron 225 derechohabientes que representaron el 9% y 150 derechohabientes en mayores de 65 años que representaron el 6% de la población total masculina (Ver gráfica 1).

2. Diagnóstico familiar

Los resultados encontrados en este estudio mostraron dentro del contexto familiar:

Tipo de familia: el 67% fueron de tipo nuclear, 25% extensas compuestas y 8% extensas (Figura 1).

Integración familiar: Se encontraron a las familias Integradas en un 59%, semi integradas en un 25% y desintegradas en un 16% (Figura 2).

Fase del ciclo vital: El 50% se encontraron en fase de expansión, el 25% en fase de dispersión y el restante 25% en fase de independencia (Figura 3).

Años de unión conyugal: de 6 a 10 años en un 20% de las parejas; de

11 a 15 años el 15%; de 16 a 24 años el 33%; de 21 a 25 años el 20%; de 26 a 30 años el 6% y mas de 30 años 6% (Figura 6).

El ingreso familiar: el promedio diario es de 5 salarios mínimos producto del trabajo de la pareja en un 40% y 60% solo del padre (Figura 7).

Grado de escolaridad en los hijos: 60% de las familias tienen hijos en educación primaria; 53% en educación secundaria; 53% en educación preparatoria (Figura 8).

Grado máximo de estudios de los padres: separados por sexo fueron: **en la madre** el 27% tuvieron educación primaria, el 7% educación secundaria, 36% nivel preparatoria y 33% nivel profesional (Figura 9).

En los padres el 7% tuvieron educación primaria, el 13% educación secundaria. 13% preparatoria y 66% educación profesional (Figura 10)

Método de planificación familiar: se encontró solo en la madre en el 100% de los casos divididos 50% con salpingoclasia, 16% con dispositivo intrauterino. 16% con hormonales orales (pastillas) y el 10% de las madres se les realizó histerectomía (Figura 4).

Alimentación: es buena en un 75% y regular en el 25% de las familias restantes (Figura 11).

Vivienda: se encontró que el 100% de estas son de tipo urbano, en base a construcción y servicios; fue propia en el 94% y rentada en el 6% (Figura 12).

Alcoholismo: se encontró calificado como social el 15%, ocasional en un 25%, marcado en un 8% y negativo en el 52% de las familias (Figura 13).

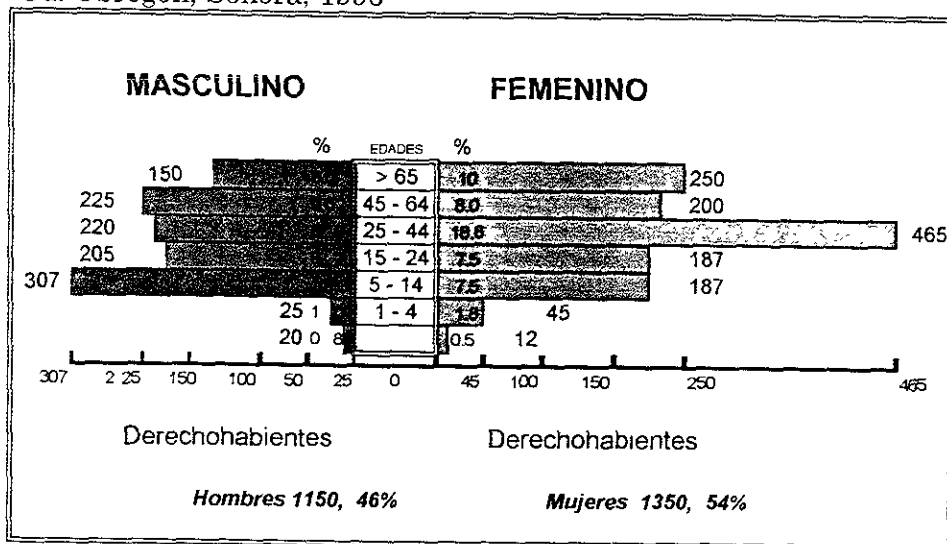
Tabaquismo: Se encontró positivo en un 60% de las familias y negativo en el 40% restante (Figura 14).

3. Morbilidad

Se estudiaron las 10 primeras causas de consulta agrupadas según magnitud y ocupó el primer lugar las infecciones respiratorias con un total de 221 casos que corresponden al 50.5% con una tasa de 8.84 por 100; en segundo lugar se colocó la hipertensión arterial sistémica con 77 casos que representó un 17.6% y una tasa de 3.08 por 100; los traumatismos ocuparon el tercer lugar con 30 casos que correspondieron al 6.8% con una tasa de 1.2 por 100; en cuarto lugar se ubicaron las

infecciones de vías urinarias con 29 casos que representó un 6.6% y una tasa de 1.16 por 100; la diabetes mellitus se localizó en quinto lugar con un total de 21 casos que correspondieron al 4.8% con una tasa de 0.84 por 100; en sexto lugar, gastroenteritis, con 15 casos que representaron el 3.4% con una tasa de 0.6 por 100; los padecimientos dermatológicos se encontraron en séptimo lugar con 13 casos que representaron el 2.9% con una tasa de 0.52 por 100; en octavo lugar se encontró a la colitis con 11 casos que representó el 2.5% con una tasa de 0.44 por 100; las parasitosis ocuparon el noveno lugar con 10 casos que representaron el 2.2% con una tasa de 0.4 por 100 y en décimo lugar las cefaleas con 10 casos que representó el 2.2% con una tasa de 0.4 por 100 (Cuadro 1).

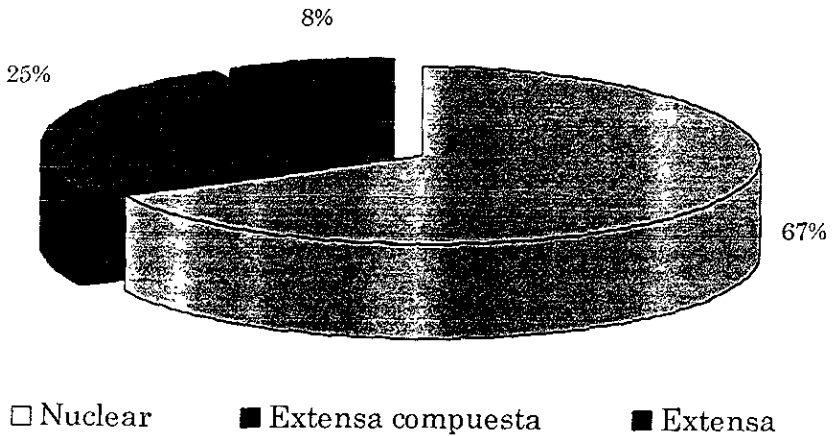
Pirámide del consultorio No. 2 de la clínica hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, 1996



Población total	2,500	n = 378
Masculinos	1,150	M = 174
Femeninos	1,350	F = 204
Femeninos 15-44	652	
1-4 años	70	
Menores de 1 año	32	

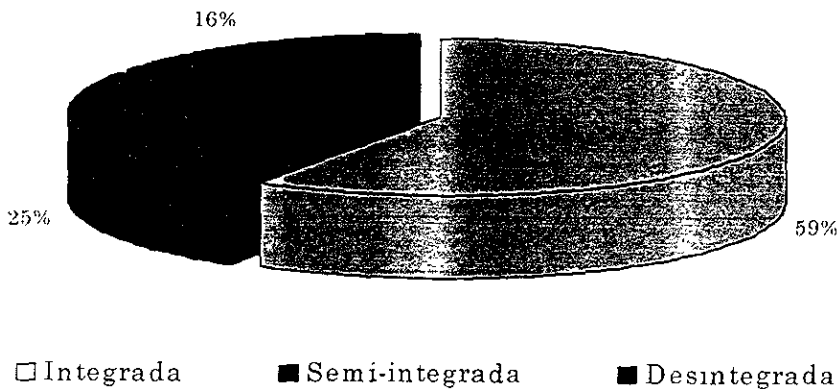
Fuente: Departamento de vigilancia de derechos, clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora

Figura 1. Tipo de familia adscrita al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



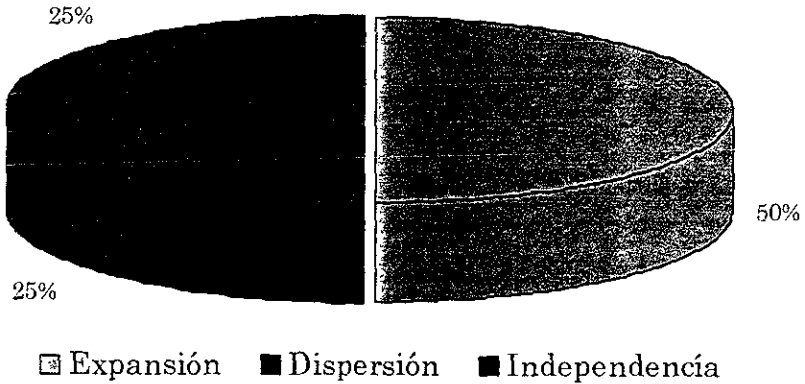
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 2. Integración de las familia adscrita al consultorio No. 2, clin. ISSSTE. Cd. Obregón, Son, 1996



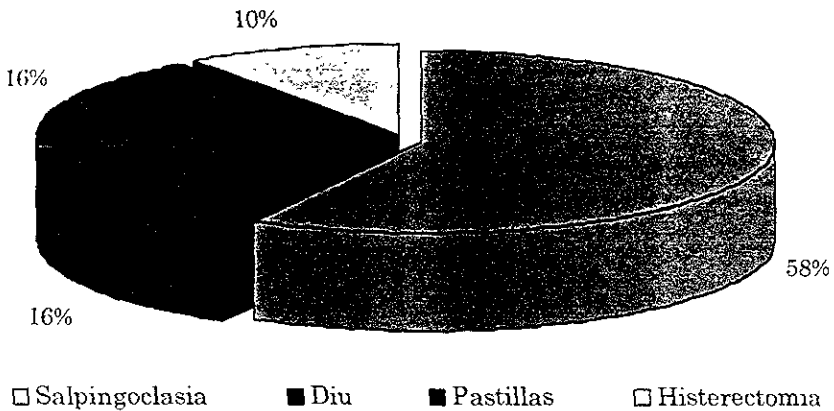
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 3. Fase del ciclo vital de las familias adscrita al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996



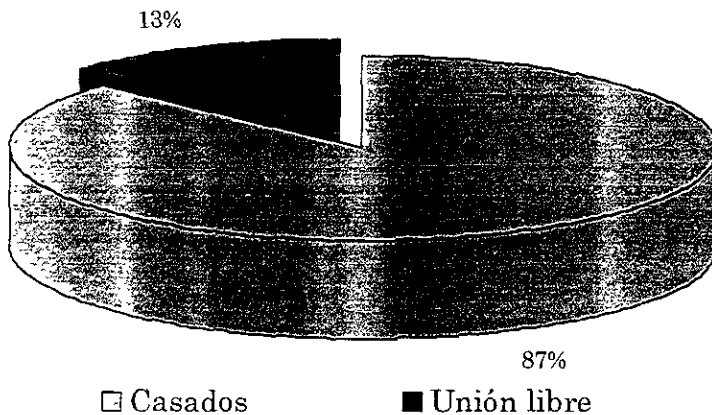
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 4. Planificación familiar en las parejas adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996



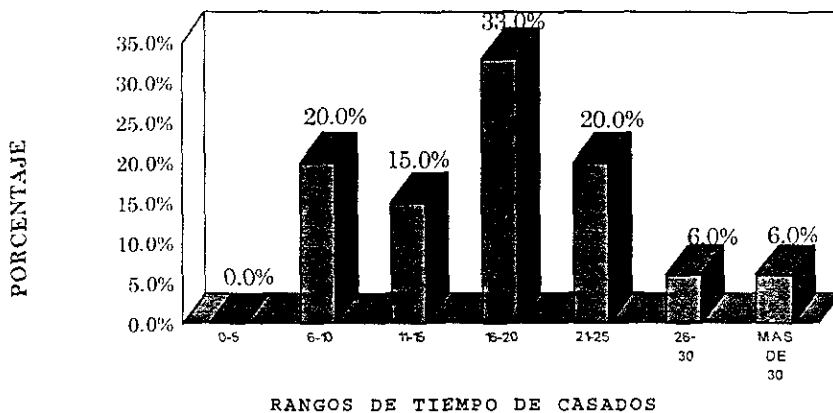
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 5. Estado civil de las parejas adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



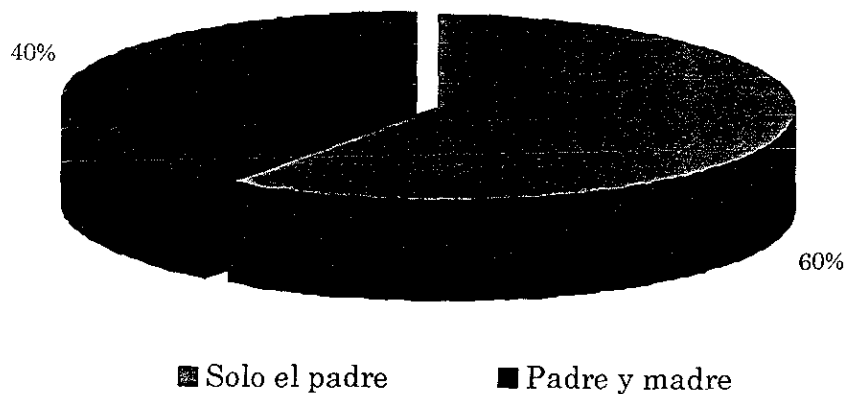
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 6. Años de unión conyugal de las parejas adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



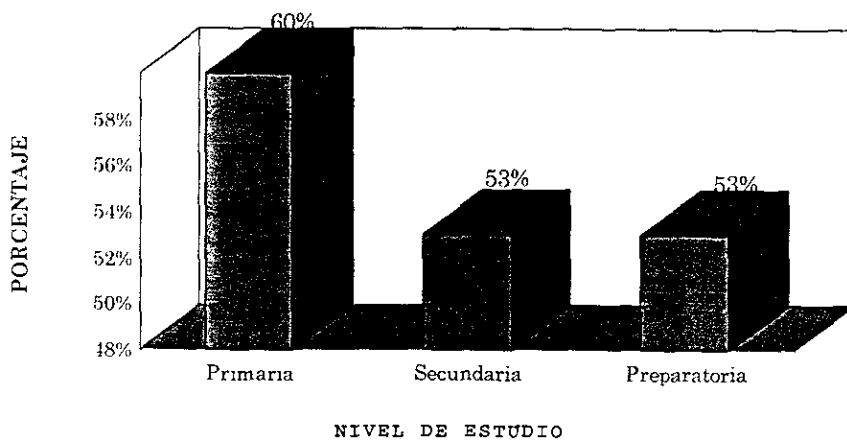
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 7. Participación en el ingreso de las familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

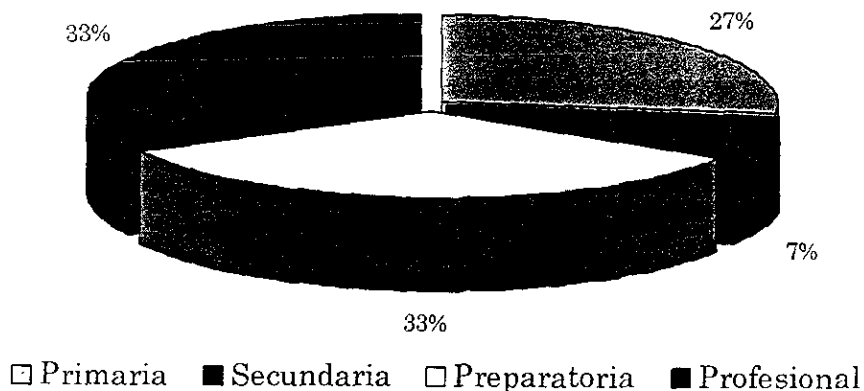
Figura 8. Grado de escolaridad en los hijos de las familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

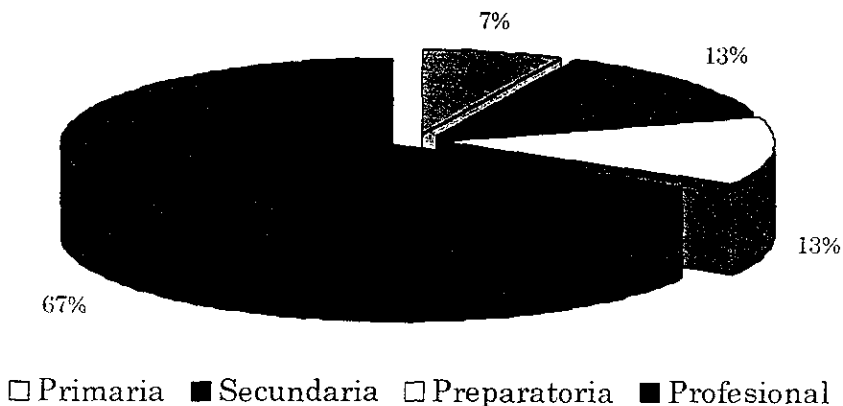
NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS EN LA PAREJA

Figura 9. Nivel de estudios en las madres de familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



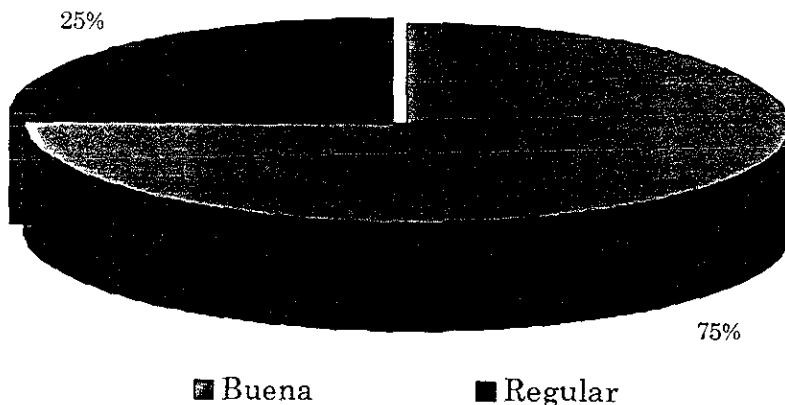
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 10. Nivel de estudios en los padres de familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996



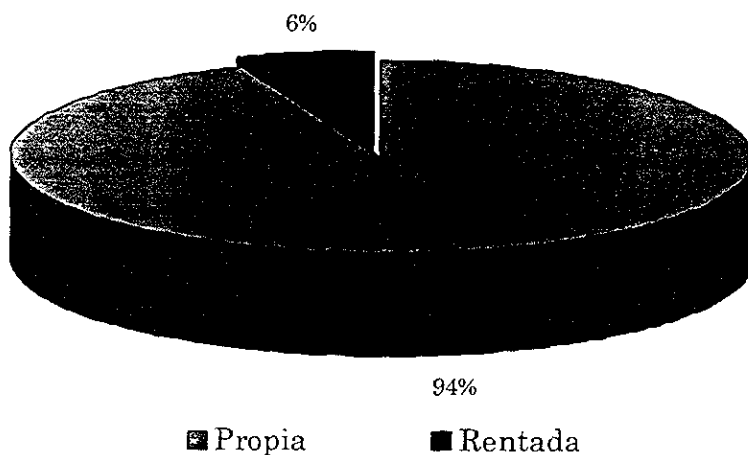
Fuente: Encuesta consultorio

Figura 11. Calidad de alimentación de las familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

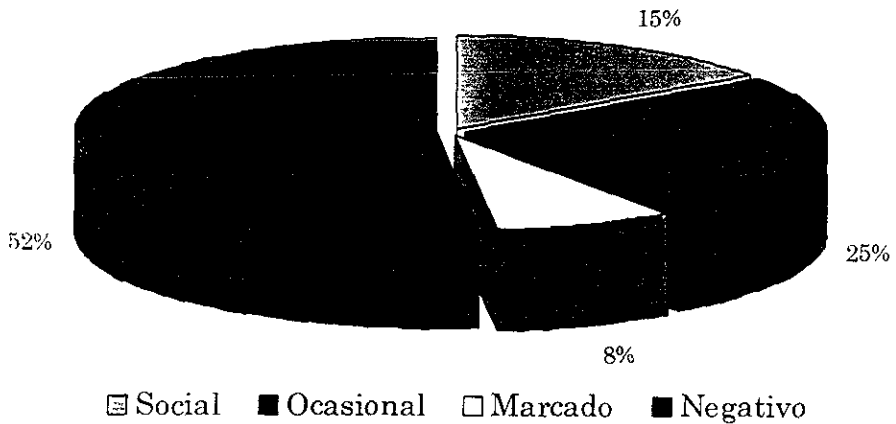
Figura 12. Vivienda de las familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

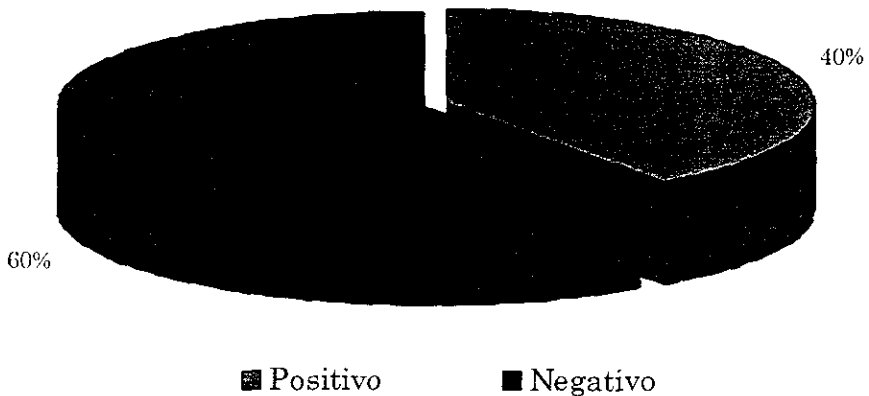
TOXICOMANIAS

Figura 13. Alcoholismo en las familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

Figura 14. Tabaquismo en las familias adscritas al consultorio No. 2, clin. ISSSTE, Cd. Obregón, Son, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

Cuadro 1. Morbilidad según motivos de consulta del consultorio No. 2 de medicina familiar de la clínica hospital ISSSTE, Ciudad Obregón, Sonora 1996 (Tasas por cien).

Padecimientos	Código	Número de casos	Tasa	%
Infecciones de vías respiratorias	460-466 480-487	221	8.84	50.6%
Hipertensión arterial	401	77	3.08	17.6%
Traumatismos	800-848	30	1.2	6.9%
Infecciones de vías urinarias	595	29	1.16	6.6%
Diabetes mellitus	250	21	0.84	4.8%
Gastroenteritis	558	15	0.6	3.4%
Padecimientos dermatológicos	680-709	13	0.52	3.0%
Colitis	551.1	11	0.44	2.5%
Parasitosis	129	10	0.4	2.3%
Cefaleas	346-346.8	10	0.4	2.3%
Total		437	17.48	100.0%

Fuente: Hojas de Informe Diario de actividades del Médico
Enero-Junio 1996.

VIII. DISCUSIÓN

1. Censo poblacional

La población adscrita e inscrita al consultorio número 2 de la clínica hospital ISSSTE en Cd. Obregón, Son. se encuentra distribuida en forma equilibrada en cuanto a sexo, con discreto predominio para el sexo femenino, advirtiéndose mayoría por arriba de los 15 años y destacando el grupo etáreo de 25 a 44 años con 405 derechohabientes, llama la atención la baja presencia de personas por debajo de los 4 años de edad; cifras similares se observan para el sexo masculino donde el mayor número se encuentra del grupo de 5 a 14 años hacia arriba y la minoría en edades por debajo de los 4 años.

2. Diagnóstico familiar

El sector número 2 de la clínica hospital ISSSTE se encuentra en un buen estatus socioeconómico y cultural, pues el nivel de estudios de los padres en un alto porcentaje es profesional o medio superior, con decoroso ingreso familiar producto del trabajo de la pareja en muchas de las familias, lo que les permite habitar casa propia, en buen sector de la ciudad con servicios públicos adecuados de urbanidad, con una

alimentación aceptable y en las cuales las toxicómanas no son significativas. Básicamente las familias del sector son de tipo nuclear, integradas, en fase de independencia el porcentaje más significativo (50%).

3. Morbilidad

A este nivel fundamentalmente podemos observar que las infecciones del tracto respiratorio se encuentran en primer lugar y dentro de las primeras causas siguen manteniéndose las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes (traumatismos), lo que nos sitúa en una panorama similar a los reportados por la S.S.A en el resto del país.

IX. CONCLUSIONES

Censo poblacional:

El sector número 2 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora se encuentra constituido por derechohabientes con edades por arriba de los 44 años en un alto porcentaje; los menores de 4 años representan la minoría y las mujeres en edad fértil en porcentaje intermedio (25%).

Diagnóstico familiar:

El nivel socioeconómico y cultural de las familias adscritas al sector número 2 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, es elevado.

Los métodos de planificación familiar son llevados por las mujeres en un 100% de las parejas.

Morbilidad:

Los padecimientos que ocupan los primeros lugares registrados en la tabla de morbilidad del consultorio número 2 de la clínica ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora no se alejan de los reportados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, donde las infecciones agudas del tracto respiratorio superior y los padecimientos crónico-degenerativos se

presentan con mayor incidencia.

Con estas conclusiones se propone aprovechar la situación socio-cultural de las familias para establecer programas preventivos de padecimientos crónicos-degenerativos, así como implementar otros que por su factibilidad disminuyen las altas incidencias de padecimientos de vías respiratorias, enfatizando en los programas de planificación familiar sobre todo en los beneficios de los métodos definitivos para varones.

Se deberá adecuar la sectorización de las colonias adscritas a los consultorios, así como la consulta de medicina familiar a las necesidades que esta demanda (tiempo, equipo y personal de apoyo necesario).

El estudio que se realizó es sin duda de gran trascendencia para el médico familiar pues a la vez que nos permite conocer los aspectos mas cercanos de nuestros pacientes, desde su entorno personal, familiar, social y ocupacional y relacionarlos con las incidencias y factores de riesgo a que se someten, nos permiten actuar dentro del contexto preventivo que demanda la medicina actual.

Es verdad que muchos programas están ya establecidos y publicados dentro del contexto de la atención primaria y la medicina familiar, pero también es cierto que el panorama es aún ilimitado y se requiere de

mucho esfuerzo, dedicación y amor a la especialidad y a los pacientes para darle a esta disciplina el sitio que pretendemos en un futuro, donde la promoción de la salud es la base para la atención preventiva.

De vital importancia es desarrollar programas de educación médica continua con miras a reforzar y conocer nuevas perspectivas en el campo médico así como realizar investigación que dé mas impulso al desarrollo científico de esta especialidad.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Salamanca S. Actuación de la medicina familiar en la sociedad actual. Revista médica IMSS. 1995; 33 (3): 317-320.
2. Rodríguez Morua J, Ruiz Jáuregui P, Rodríguez Madariaga M.L., Fernández Téllez A. y Abedillo Murga A. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de Atención Primaria. 1994; 3 (1): 39-41.
3. Jiménez Mena C, Lorenzo Riera A, Segura Hernández E, Suárez Pérez P, Duarte Carbelo A y Hernández González T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria. 1993; 12 (5): 269-272.
4. Estebanell Arnal M P, Uriel Pérez L A, Martín Miguel V P, García Pellicer López M.P, Esteban Algora C y Cardona García R. Actuación derivada de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria. 1992; 10: 539-542.

5. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F, Noriega Garibay R, Hernández Torres I, Arteaga Aceves R, Graniel Guerrero E, Castro Cante J. Modelo sistemático de atención médico familiar. Fundamentos de medicina familiar 1996, Páginas 153-174.
6. López Salamanca S. Actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. Revista médica IMSS. 1995; 33 (3): 317.
7. Tamayo B. et. al. Resultado de la implantación de un protocolo de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria. 1991; 8: 304-309.
8. Pasarín Y, Barrel C, Panella H, et. al. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. Atención Primaria. 1996; 17 (7): 47-61.
9. Bustos G. El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas. Atención Primaria. 1993; 12 (4): 183-184.

10. Martín-Rabadán M., Álvarez Herrero C. et. al. Evaluación del programa de actividades preventivas y promoción de la salud del adulto en un área sanitaria. Atención Primaria. 1993; 12 (10): 637-644.
11. Sepúlveda B, Méndez L. Programa para la implantación del nuevo sistema médico familiar. Rev. Med. IMSS (Mex). 1993; 31 (31): 407-410.
12. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F, et. al. Influencia de la revista Atención primaria en la medicina familiar. Atención Primaria. 1996; 17 (7): 108.
13. Delgado A, López L.A. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria. 1992; 9 (8): 455-459.
14. Jiménez C, Lorenzo A, Segura E, Suárez P, Duarte A, Hernández T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria. 1993; 12 (5): 269-273.

15. Turabian J, Mateos S, Peresfranco B, Manzo J, Sánchez M.A. Percepción del éxito en programas de promoción de salud en la atención primaria de la Provincia de Toledo. *Atención Primaria*. 1994; 14 (8): 765-768.

16. Gil V, Quirce F, Simón M, Orozco D, Urral J y Merino J. Medicina en atención primaria (Asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alivante): dos años de experiencia. *Atención Primaria*. 1993; 12 (3): 152-154.

17. Brunton S, Sutherland J. Prevención de la enfermedad y protección de la salud. Taylor RB de medicina familiar, principios y prácticas. Barcelona, Doyma, 1995; 85-99.

18. Haq C, Ventres W, Hunt V, et al. SALUD Y SOCIEDAD “Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo” *Bol. Oficina Panamericana*. 1993; 31: 44-57.

19. Gómez Clavelina FJF, Irigoyen C. A, Fernández O. MA, Mazón R. JJ. Boletín Médico Familiar. UNAM. 1995; 3 (15-16): 18-19.
20. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Sounding board gatekeeping revisited protecting patients from overtreating. N. Engl. J. Med. 6: 424-427.1992.
21. Narro-Robles J. La salud en México “Orígenes de la medicina familiar” Testimonios 1988. De. Fondo de Cultura Económica. 1989; 4 (11): 225-230.
22. Irigoyen C. A, Mazón R. JJ, Landgrave Ibañez S, Melchor González M. “Aportaciones del doctor Bernardo Sepúlveda a la medicina familiar mexicana”. Revista Médica del IMSS. 1993; 31: 411-415.
23. Ortiz Quezada F, “La enfermedad y el hombre” Ed. Nueva Imagen; México. 1985; 115-155.
24. Martínez Cortez F. “Modelos y heterodoxias” Medico Moderno. 1990; 29 (2): 75-80.

25. Manuales ISSSTE. Unidades de Autoenseñanza. Subdirección General Médica 1986.

26. Kumate J, Cañedo L, Pedrotta O. "La salud de los mexicanos y la medicina en México" De. Colegio Nacional. 1977.

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

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

CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

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

NOMBRE	PATER TESCO	EDAD/SEXO/ESTADO CIVIL		ESCO- LARIDAD	OCUPACION	INGRE SOS	PADECIMIENTO(S) CRONICO(S)	FASE CICLO VITAL			TIPO DE FAMILIA		
		M	F					MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSION	INDEPENDENCIA	RETIRO MUERTE	NUCLEAR
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PLANIFICACION FAMILIAR
 H. ORALES D.I.U. PRESERVATIVO SALPINGO VASECTOMIA OTROS

INTEGRACION FAMILIAR
 INTEGRADA SEMI-INTEGRADA DESINTEGRADA

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
CONCRETO <input type="checkbox"/>	TABIQUE <input type="checkbox"/>	CEMENTO <input type="checkbox"/>	LUZ <input type="checkbox"/>	COMEDOR <input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	ONCOLOGICOS <input type="checkbox"/>
	CARTON <input type="checkbox"/>		INTRA-DOM <input type="checkbox"/>	RECAMARAS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS <input type="checkbox"/>
	OTROS <input type="checkbox"/>		EXTRA-DOM <input type="checkbox"/>	CUANTAS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBESIDAD <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	ENF.TIROIDEAS <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	ASMA <input type="checkbox"/>

COMBUSTIBLE UTILIZADO
 GAS PETROLEO CARBON LEÑA OTROS

DISPOSICION DE EXCRETAS
 DRENAJE FOSA SEP. LETRINA RAS SUELO OTROS

DISPOSICION DE BASURA
 RED MUN ENTERRAM CIELO AB INCINERAC OTROS

ANIMALES DOMESTICOS
 PERROS GATOS AVES OTROS

VIVIENDA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

1. Localización

- Familia: Se anotarán los apellidos paternos del padre y de la madre, que constituyen la familia.
- Años de unión conyugal: Se anotará con número, independientemente del estado civil.
- Domicilio: Registrar el nombre de la calle así como el número exterior oficial e interior donde se ubica la vivienda.
- Colonia: Registrar el nombre de la colonia sin abreviaturas.
- Ciudad: Anotar el nombre de la ciudad donde se encuentra el domicilio.
- Municipio: Anotar el nombre del municipio, sin abreviaturas.
- Manzana: Cada sector estará integrado por varias manzanas, a cada una se le pondrá un número y será el que se anote.
- Vivienda No.: Cada vivienda de las familias encuestadas se numerará en forma progresiva del 01 al 50.
- Sector: Definir mediante la sectorización de colonias y viviendas a qué sector pertenece.
- Elaboró: Anotar el nombre del encuestador.
- Fecha de elaboración: Anotar claramente el día, mes y año de elaboración de las encuestas.

2. 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, sus apellidos.
- Parentesco: Anotar el que corresponda.
- Edad: Anotar con claridad los años cumplidos.
- Sexo: Anotar si se trata de masculino (M) o femenino (F).
- Estado civil: Para cada integrante de la familia mayor a 15 años, anotar el que corresponda (soltero, viudo, divorciado o unión libre).
- Escolaridad: Anotar hasta que grado escolar estudió.
- Ingresos: Anotar si se perciben menos de \$1,000; entre \$1,001 y \$2,000 o más de \$2,000 por mes.
- Padecimientos crónicos: Anotar el que refiere como diagnosticado por personal médico.

3. Estilo de vida

- Toxicomanías: Señalar con **x** si es en la familia hay alguna de las anotadas.
- Alimentación: Señalar con **x** si es buena, regular o deficiente.
- Hábitos higiénicos: Señalar con **x** si son buenos, regulares o malos.
- Observaciones: Se anotará lo que se considere importante.

4. Vivienda

- Marcar con **x** según el material de construcción de la vivienda.
- Marcar con **x** los servicios públicos con los que cuenta.

- Marcar con **x** la distribución de la vivienda en base a lo anotado.
- Marcar con **x** el tipo de posesión de la familia según sea propia o no.
- Marcar con **x** el tipo de combustible que se utiliza.
- Marcar con **x** donde corresponda respecto al manejo de excretas.
- Marcar con **x** si se convive con animales domésticos.

5. Fase del ciclo vital.

Marcar con **x** según lo que corresponda en fase de matrimonio expansión, dispersión, independencia o retiro y muerte.

6. Tipo de familia.

Marcar con **x** según corresponda a nuclear, extensa o extensa compuesta.

7. Integración familiar

Marcar con **x** según corresponda a integrada, semiintegrada o desintegrada.

8. Planificación familiar

Marcar con **x** según corresponda el método utilizado por la pareja.

9. Antecedentes heredo-familiares

Marcar con **x** en los procedimientos anotados y que estén presentes en los antecedentes de la familia ya sea por la rama materna o paterna.

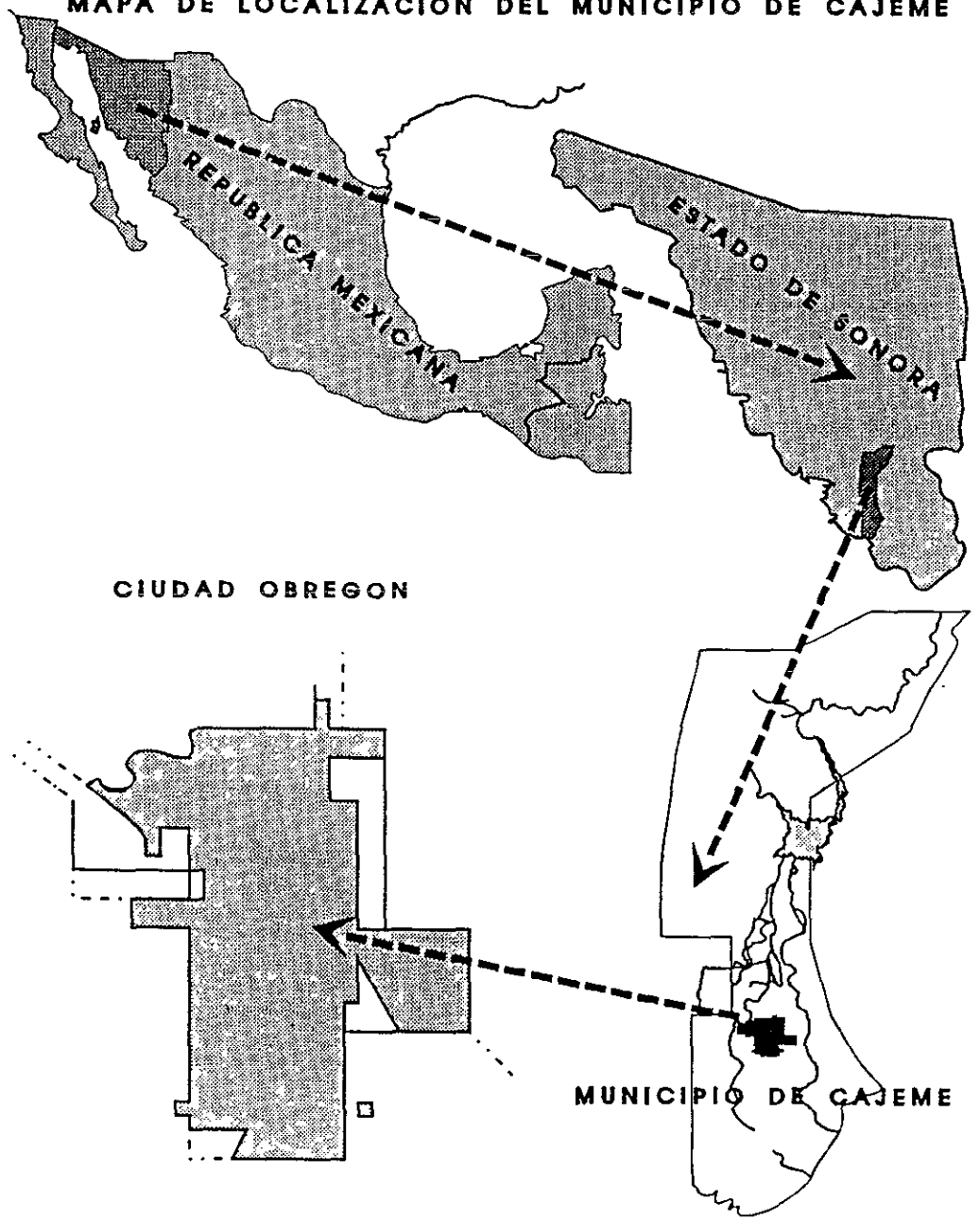
10 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD * () POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

C.I.E. 9ª REV.	GRUPOS DE EDAD Y SEXO												65 a +		TOTAL		
	-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65 a +				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
TOTAL																	

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

POSICION GEOGRAFICA Y EXTENSION TERRITORIAL

MAPA DE LOCALIZACION DEL MUNICIPIO DE CAJEME



FUENTE: DIR. MPAL. DE PLANEACION DEL DESARROLLO Y GASTO PUBLICO

PLANO OFICIAL DE CIUDAD OBREGON, SONORA

