

35
25j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

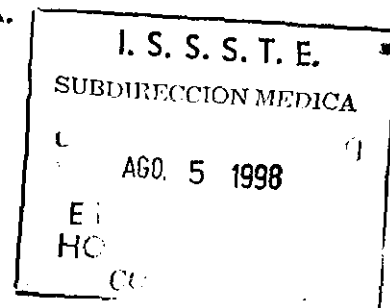
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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

MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1
DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA"
COLIMA, COLIMA.

2713/5



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

PRESENTA

LUIS FLORES ALCARAZ



ISSSTE

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL
CONSULTORIO # 1 DE LA CLINICA - HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E.
" Dr. MIGUEL TREJO OCHOA "
COLIMA, COL.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

LUIS FLORES ALCARAZ

AUTORIZACIONES :



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

Dr. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION 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.~~

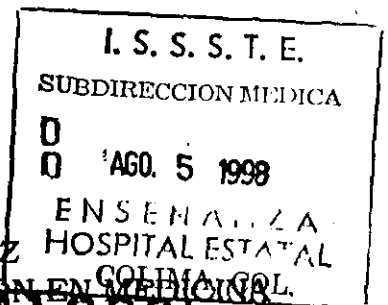
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

LUIS FLORES ALCARAZ

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL
CONSULTORIO # 1, DE LA CLINICA - HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E.

" Dr. MIGUEL TREJO OCHOA "
COLIMA, COL. 1998

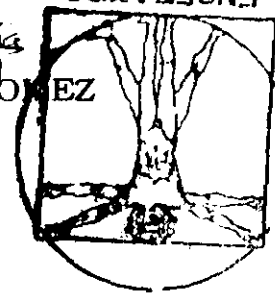


Guadalupe Ortega

Dra. Ma. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN COLIMA, COL.

Guadalupe Ortega

Dra. Ma. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ
ASESOR DE TESIS



Castro

Dr. JOSE CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E

Leticia Esnaurrizar

Dra. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR.
JEFATURA DE SEVICIOS DE ENSEÑANZA, I.S.S.S.T.E.

COLIMA, COLIMA, 1998.

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO # 1
DE LA CLINICA - HOSPITAL DEL I.S.S.T.E.
" Dr. MIGUEL TREJO OCHOA "
COLIMA, COL.

Dr. LUIS FLORES ALCARAZ.

INDICE

	Página
I.- MARCO TEORICO	1
1.1 ESTUDIO DE LA FAMILIA	1
1.2 CONTINUIDAD DE LA ATENCION	9
1.3 ACCION ANTICIPATORIA	10
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
III.- JUSTIFICACION	13
IV.- OBJETIVOS	14
V.- HIPOTESIS	15
VI.- METODOLOGIA	16
6.1 TIPO DE ESTUDIO	16
6.2 UNIVERSO DE ESTUDIO	16
6.3 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	16
6.4 TIPO DE MUESTRA	16
6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	16
6.6 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	17
6.7 VARIABLES	17
6.8 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	18
6.9 CONSIDERACIONES ETICAS	19
VII.- RESULTADOS	40
7.1 CENSO POBLACIONAL	40
7.2 ESTUDIO DE COMUNIDAD	40
7.3 DIAGNOSTICO FAMILIAR	41
7.4 MORBILIDAD	43
VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS	44
IX.- CONCLUSIONES	46
X.- LINEAS DE ACCION	48
XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
XII.- ANEXOS	52

I.- MARCO TEORICO

La medicina Familiar es aquella que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.(1)

Las primeras acciones en México de la medicina familiar se remontan al año de 1953 en el I.M.S.S. Nuevo Laredo, Tamps., en que a los médicos adscritos a la clínica se les asignó un número fijo de derechohabientes, al mismo tiempo que se les fijaban plazos para su atención y visitas domiciliarias a las familias bajo su atención (1)

Después de algunos meses se ponderaron sus ventajas ya que se ofrecía mejor atención al ser un solo médico el que atiende al paciente y sus familiares y tener mejores posibilidades de efectuar acciones preventivas. (1)

En marzo de 1971 se inicia en el I.M.S.S. el curso de especialización en medicina familiar, siendo seguido por la S. S. A. y el I.S.S.S.T.E. en marzo de 1980.

En los países desarrollados, donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce el primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas por tratarse del nivel al que la población accede de manera directa y continua y siguiendo con frecuencia las orientaciones de su médico. (2)

1.1 Estudio de la familia

Una de las características del ser humano es la de vivir en sociedad, ya que para poder satisfacer sus necesidades biológicas y sociales debe de moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. De éstos grupos resalta por su importancia la familia, ya que el hombre, desde que nace hasta que muere, realiza sus actividades dentro de la familia. (3)

Ya que la familia es un grupo social en el que el proceso de salud y enfermedad se manejan bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o no la salud individual o familiar, es importante entender el entorno biopsicosocial en el que se desarrolla la vida del individuo o del grupo. (4)

La familia se puede definir de varias maneras, siendo la más aceptable para el modelo del mexicano el consenso canadiense, que dice :

La familia es el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, un padre o madre, con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (5)

El consenso norteamericano pudiera ajustarse también en México ya que dice :

La familia es un grupo de dos o mas personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por los lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción.(5)

La O.M.S. define a la familia como :

El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. (5)

Las familias pueden clasificarse de las siguientes formas :

Por su composición estructural :

- a.- familia nuclear. Cuando están compuestas por el padre, la madre y los hijos.
- b.- familia extensa. Aparte de la nuclear se agregan los abuelos, primos, tíos, cuñados, etc.
- c.- familia extensa compuesta. A la familia extensa se le agregan miembros con los que no existen lazos consanguíneos ni legales.

Desde el punto de vista social en base a su desarrollo :

- a.- familia moderna : la madre y el padre trabajan fuera del hogar.
- b.- familia tradicional : en la que uno de los cónyuges, generalmente el padre

trabaja fuera del hogar.

c.- familia arcaica o primitiva: es la familia campesina en la que el sustento se los da el cultivo de la tierra.

Con base a su demografía :

a.- familia urbana : son las familias que habitan en una comunidad de más de 5000 habitantes y cuentan con los servicios básicos de urbanización

b.- familia rural : comunidades pequeñas, generalmente de menos de 5000 habitantes y que carecen de algunos servicios básicos de urbanización.

En base a su integración :

a.- familia integrada : los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

b.- familia semi-integrada : los cónyuges viven juntos, pero no cumplen sus funciones.

c.- familia desintegrada : en ésta falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte.

Desde el punto de vista tipológico :

Pueden ser familia campesina, obrera o profesional, característica dada según la ocupación de uno o de ambos cónyuges.

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

Etapas prenupcial :

Es el noviazgo y la elección del futuro cónyuge, con el que se va a buscar tener intereses y aptitudes semejantes, creencias y culturas similares, etc., para situarse como familia.

Etapa nupcial o de matrimonio :

Es la vida conjunta de los cónyuges desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.

Etapa de formación de los hijos:

Hay que hacer hincapié en que la maternidad y la paternidad son actos biológicos y culturales, ya que tener hijos debe ser posterior a una profunda meditación y de un conocimiento real de lo que ésto implica, ya que deben cumplir con las expectativas esperadas de cada uno de sus miembros y cumplir lo más ampliamente con sus funciones como son : satisfacer las necesidades físicas (comida, salud, vivienda, etc.), cubrir las necesidades afectivas, fortalecer la personalidad, formar los roles sexuales, prepararlos para el adecuado desempeño de los roles sociales, estimular las actividades de aprendizaje y de iniciativa propia de cada miembro de la familia. (6)

Hay que estimular en el niño las reacciones sensitivas positivas. Esto incluye la alimentación, el baño, etc., que aunque generalmente lo realiza la madre, ésto debe ser también compartido por el padre. (6)

Etapa de madurez :

Se alcanza cuando los hijos obtienen la mayoría de edad, o sea la madurez física, psicológica y social, en la cual los hijos pueden tener su propia familia o seguir viviendo en la casa de los padres pero con independencia económica.

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

Cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos de manera satisfactoria para que el desarrollo progrese sin alteraciones, ya que la no resolución

de un problema en un período determinado se va a traducir posteriormente en inadaptaciones físicas, sociales, emocionales o cognitivas. (7)

En las fases normales del desarrollo familiar se presentan episodios de estrés, y si el médico se anticipa a éstos y los ve en su adecuada perspectiva, puede ayudar a que los pacientes se enfrenten a ellos antes de que se produzca la enfermedad. (8)

Las familias tienen, como todas las cosas, inicio, desarrollo y fin. El patrón que sigue la familia es el siguiente esquema, que fue propuesto por Geyman en 1980 y es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. (2), (9)

1.- Fase de matrimonio. Desde la elección de la pareja y el matrimonio hasta la llegada del primer hijo.

2.- Fase de expansión. Es desde la llegada del primer hijo y los subsecuentes, ajustándose la pareja a la llegada del o los nuevos miembros y en la que debe haber amor y disciplina para evitar el exceso o la falta de cualquiera de ellos ya que pueden producir patologías en el niño. (10)

3.- Fase de dispersión. Todos los hijos son estudiantes, pero ninguno trabaja. Es la preparación para la independencia de los hijos mayores. (5)

4.- Fase de independencia. Los hijos ya están casados y no viven con los padres, pero los lazos de unión no se han roto. Los hijos son autosuficientes económicamente. La familia vuelve a ser nuclear.

5.- Fase de retiro y muerte. Es la fase final del ciclo, cuando existe incapacidad para laborar, desempleo y enfrentamiento con la muerte del cónyuge o la propia, que es el fin natural e inevitable.

La familia es un todo, no una parte, es un sistema, es una entidad que evoluciona, y los cambios que ocurren en una parte de ese sistema producen cambios en los miembros individuales que conforman todo el sistema. (11)

Por esta razón es importante conocer la dinámica familiar, que *consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que van a afectar el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta funcione positiva o negativamente como unidad.* La normal es una mezcla de sentimientos y comportamientos entre cada uno de los miembros de la familia, que va a permitir que cada uno de ellos se desarrolle como un ser humano que no está aislado y cuenta con el apoyo de los demás. (12)

Para mantener su equilibrio la familia posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus integrantes y las de ellos con el exterior. La dinámica familiar debe ser acorde con el tiempo, lugar y proceso de cambio de cada miembro de la familia y con el rol que desempeña cada miembro de ésta. (13)

Para que la dinámica familiar funcione hay que mencionar los errores en que los padres pueden caer con frecuencia :

- 1.- Castigar frecuentemente. Importa más la frecuencia que la severidad. Los hijos se vuelven antisociales y agresivos.
- 2.- Doble información que dan los padres. El hijo tiende a manipular las actitudes.
- 3.- Inconsistencia en la disciplina. Acciones que en ocasiones son castigadas y en otras no.
- 4.- Practicar con la verdad y no dar mala información.

La familia es la unidad primaria, base de la sociedad, y dentro de ella se dan roles entre sus miembros. (5)

Las funciones del padre son :

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

Las funciones de la madre son :

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

Las funciones de los hijos son:

Vivir bajo la tutela de los padres hasta la mayoría de edad o la independencia, respetar y obedecer a sus padres, cuidar los bienes familiares y aprovechar las oportunidades de estudio e instrucción para su independencia posterior. (5)

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

Las etapas críticas de la familia son :

- 1.- Embarazo. Si éste es deseado es bien recibido, pero si no, es un problema en la etapa de la familia. (6)
- 2.- Nacimiento. Repercute en la dinámica familiar afectando la economía y puede actuar como estímulo para mejorar económicamente o si no, ocasionar desajustes en el presupuesto. Para algunos hombres el tener un hijo varón es símbolo de su hombría, y ésto repercute en el trato a la esposa, si es hembra esto puede influir negativamente, ya que ésta no es útil para el sostenimiento de la familia. También influye en número de hijos, ya que si son muchos, puede el padre abandonar a la familia. (5)
- 3.- Enseñanza de la sexualidad. Esto depende del nivel sociocultural y del medio en que se desenvuelve. De acuerdo al sexo del niño o adolescente será la educación, ya que en México a la mayor parte de las mujeres no se les orienta

adecuadamente.

4.-Estado laboral. Son factores de riesgo la desocupación, la búsqueda y el cambio de trabajo.

5.- Muerte de un miembro. La situación y el grado de crisis dependerá de quién muere.

Si es el padre, la madre, la edad del fallecido, edad de los hijos, la escolaridad, si es alguno de los hijos, etc., pudiendo ser las repercusiones económicas, emocionales, incluso desintegración familiar si quien fallece es la madre.

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

En las familias disfuncionales existe rigidez en los conceptos, lo que no les permite revisar alternativas de conducta, lo que ocasiona estrés, y la aparición de síntomas físicos. (14)

Por lo que se dice que *una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que se le encomiendan de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que existen desde sus ambientes interno y externo.* (14)

Y que *una familia es disfuncional cuando es incapaz de responder a las necesidades de sus miembros y de afrontar los cambios y tensiones de su entorno.* (15)

Los integrantes de familias disfuncionales presentan molestias físicas indefinidas, problemas somatiformes, ansiedad o trastornos afectivos, por lo que acuden con mayor frecuencia a la consulta médica, hiperutilizando el servicio con una frecuencia mayor que la media. (16)

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

- a.- autoestima elevada en cada uno de sus miembros,
 - b.- comunicación directa, clara, específica y sincera,
 - c.- reglas flexibles, adecuadas y humanas con posibilidades de cambio, y
 - d.- que fundamentada en la libertad el enlace con la sociedad sea abierto y confiado.
- (17)

Para elaborar el diagnóstico adecuado de las familias que el médico tiene bajo su cuidado el empleo del familiograma es el de más utilidad para conocer la funcionalidad de las familias estudiadas, ya que *el médico familiar debe esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y observar permanentemente a sus pacientes como una población en riesgo.* (18)

1.2 Continuidad de la atención

La continuidad es el seguimiento del proceso salud-enfermedad de las personas sin tomar en cuenta edad ni sexo ni las características de las enfermedades que les afecten, sino estableciendo su tratamiento adecuado utilizando para ello los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su aplicación adecuada. (19)

Para establecer una continuidad, debe existir una comunicación adecuada entre el médico y el paciente, la que primeramente se va a dar con la mirada (20), la que debe ser cálida, ya que los pacientes catalogan a sus médicos de acuerdo al trato de confianza que reciben de ellos y que en ocasiones llega a rebasar las relaciones médicas para convertirse en amistosas. (21)

Cuando existe comunicación adecuada, médico y paciente intercambian información entre la terapéutica y temores, con la finalidad de que el objetivo común que los une, que es la búsqueda de la salud, se cumpla. (21)

Recientemente se ha visto afectada ésta comunicación ya que la relación no siempre es la adecuada, ya que ha predominado muchas veces la técnica sobre el aspecto humanista, además de la atención en masa, derivada de la contaminación de la medicina norteamericana. Se debe de tratar de evitar eso, y lograr que nuestros pacientes tengan la seguridad de que nuestra preocupación principal es la preservación de su salud.(22)

1.3 Acción anticipatoria

Esta acción se basa en un enfoque de riesgo, identificando la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente produzcan una enfermedad. Esto nos brinda la oportunidad de planear estrategias adecuadas para el manejo de las enfermedades tanto en el manejo curativo como en el preventivo en los sujetos de riesgo.(19)

Generalmente el médico *cura*, pero últimamente se ha visto la importancia de la medicina preventiva y los programas de prevención de la salud. (23) Estas acciones son las tareas más importantes de la atención primaria, ya que se menciona que *la buena práctica médica es aquella que hace énfasis en la prevención.*(14)

Por lo que se debe hacer énfasis en cambio del modelo del consultorio tradicional y cambiar de la curación únicamente a las actividades preventivas y de educación para la salud. Esta educación durante la infancia y adolescencia tiene como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables y de autocuidado.

La educación para la salud es un reto para los prestadores de servicios médicos, ya que la medicina curativa tiene poco o nulo impacto sobre la salud de la población. (24)

En la primera conferencia internacional de promoción de salud, que se declara heredera del espíritu de Alma-Ata, se precisa actuar en los cinco campos de acción que comprende la carta de Ottawa :

- 1.- *Reorientar los servicios de salud,*
- 2.- *Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida,*
- 3.- *Crear medioambientes saludables,*
- 4.- *Elaborar políticas explícitas para la salud y*
- 5.- *Reforzar la acción comunitaria en la salud (25)*

Y con base a ésto ubicarnos en la definición de la salud de la O.M.S. que dice *La salud es el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad.*(26)

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es prioritario del I.S.S.S.T.E. el enfoque de su atención hacia la prevención más que hacia la curación en el año 2000. Esto implicará una reordenación para lograr que el 85% de la demanda de atención médica se quede en el primer nivel de atención.

Este reordenamiento no es un proyecto, sino una realidad, y en que la inversión girará de la medicina curativa a la preventiva.

Las estrategias se enmarcan dentro de un nuevo enfoque de atención sustentado en el perfil de enfermedades de cada región.(27)

¿ Cuáles son las principales características bio-psico-sociales y causas de demanda de consulta de las familias adscritas al consultorio # 1 de la Clínica Hospital “Dr. Miguel Trejo Ochoa”, en Colima, Col. ?

Para consolidar el logro de los programas prioritarios y coadyuvar a mejorar la salud de la población del I.S.S.S.T.E., se ha realizado la presente investigación, para poder esclarecer las características sociodemográficas y patológicas de las familias adscritas al consultorio # 1 de la C. H. Dr. Miguel Trejo Ochoa, con las cuales se trabaja, para poder llevar a cabo las tres acciones que fundamentan la medicina familiar: estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria.

III.- JUSTIFICACION

El esquema actual de atención médica familiar ha ocasionado insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes, ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la salud, por el conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias, así como de los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias.(2)

Es la primera vez que se realiza un estudio de éste tipo en la clínica de Colima para su aplicación en la derechohabencia, lo que redundará en beneficio para la misma, ya que al conocer la problemática familiar y del entorno se podrán canalizar mejor los recursos para poder brindar una atención de mejor calidad y lograr que el diferimiento de la consulta al 2º y 3r. nivel de atención se reduzcan, para cumplir con el objetivo de que la mayor parte de la demanda de consulta se resuelva en el primer nivel de atención.

Es un estudio relevante, ya que al hacer un análisis de la población y la morbilidad nos va a permitir establecer líneas de acción para incrementar niveles de salud y disminuir riesgos en la población adscrita y nos va a permitir adecuarnos a los planteamientos de la carta de Ottawa.

IV.- OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Identificar en la población adscrita al consultorio # 1 de la C. H. Dr. Miguel Trejo Ochoa de Colima, Col., las características biopsicosociales de la comunidad así como las principales causas de demanda de consulta.

4.2 Objetivos específicos

Aplicar el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF), para identificar las principales causas de consulta, así como las características de cada uno de los integrantes de la familia al igual que el medio ambiente en el que se desarrollan.

V. HIPOTESIS

Dado que el presente trabajo es de tipo descriptivo, no requiere de hipótesis.

VI.- METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudio

Se ubica en área sociomédica y es de tipo descriptivo, retrospectiva, prospectivo, observacional, parcial y transversal.

Fundamentado en tres estrategias: censo de población, cédula de microdiagnóstico familiar e identificación de causas de consulta.

6.2 Universo de estudio

Lo forman las 980 familias usuarias adscritas al sector # 1 de la C.H. Dr. Miguel Trejo Ochoa, así como la forma de informe diario de labores del médico recabada durante el año de 1997.

6.3 Población, lugar y tiempo

Grupo de 200 familias que acudieron a consulta en el turno matutino al consultorio # 1 de la C. H. Dr. Miguel Trejo Ochoa. Del 1 de julio de 1997 al 31 de diciembre de 1997.

6.4 Tipo de muestra

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas a las familias adscritas al consultorio # 1 de la C. H. "Dr. Miguel Trejo Ochoa" y que acudieron a la consulta en el turno matutino.

6.5 Tamaño de la muestra

Se estudiaron 200 familias de las asignadas al sector # 1.

6.6 Criterios de inclusión, exclusión, y eliminación

6.6.1 Criterios de inclusión:

Población usuaria del servicio adscrita al consultorio # 1 que acude a consulta al turno matutino y dispuesta a responder a la encuesta.

6.6.2 Criterios de exclusión:

Población registrada no usuaria del servicio, familias que acuden a consulta y que no corresponden a dicho sector, pacientes sin expediente y familias que se niegan a participar en la encuesta.

6.6.3 Criterios de eliminación

Hojas de encuesta incompletas, falsificación de datos, hojas de informe diario ilegibles.

6.7 Variables

Para la pirámide poblacional se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal para las segundas según sea el caso.

Los grupos etáreos se establecieron en una amplitud de clase de cinco años.

Para el estudio de comunidad las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal.

En observaciones se registran enfermedades crónico degenerativas, toxicomanías, tipo de vivienda, dependencia de trabajo y antecedentes heredofamiliares.

6.7.1 Número total de personas

6.7.2 Número total de personas del sexo masculino

6.7.3 Número total de personas del sexo femenino

6.7.4 Número de personas del sexo masculino por grupos etáreos

6.7.5 Número de personas del sexo femenino por grupos etáreos

Para la cédula de microdiagnóstico familiar se identifican :

6.7.6 Nombre de la familia

6.7.7 Estado civil

6.7.8 Años de unión conyugal, casados, unión libre, solteros, divorciados y viudos

6.7.9 Escolaridad de los cónyuges y los hijos

6.7.10 Edad de los padres

6.7.11 Número de hijos hasta 10 años de edad

6.7.12 Número de hijos de 11 a 19 años de edad

6.7.13 Número de hijos de 20 o más años de edad

6.7.14 Ocupación de los padres

6.7.15 Ingresos económicos

6.7.16 Tipo de familia

6.7.17 Etapa de ciclo vital

6.7.18 Características de la vivienda

6.7.19 Enfermedades crónico degenerativas

Para la identificación de las causas de consulta se consideran variables de tipo cuantitativo

6.7.20 Los diez motivos de consulta

6.7.21 Consultas por mes

6.8 Método o procedimiento para captar la información

Para el censo se acudió al departamento de vigencia de derechos en donde por escrutinio se seleccionaron todas las tarjetas correspondientes al sector # 1

correspondiendo un total de 3912 personas; y de ahí al archivo clínico en donde se clasificaron los expedientes por núcleos familiares, encontrándose 980 familias.

Para estudiar las familias, la cédula de microdiagnóstico fue aplicada directamente por el médico responsable.

Para la identificación de las causas de consulta se acudió al departamento de estadísticas para, de la hoja de labores del médico, recabar la información del año de 1997.

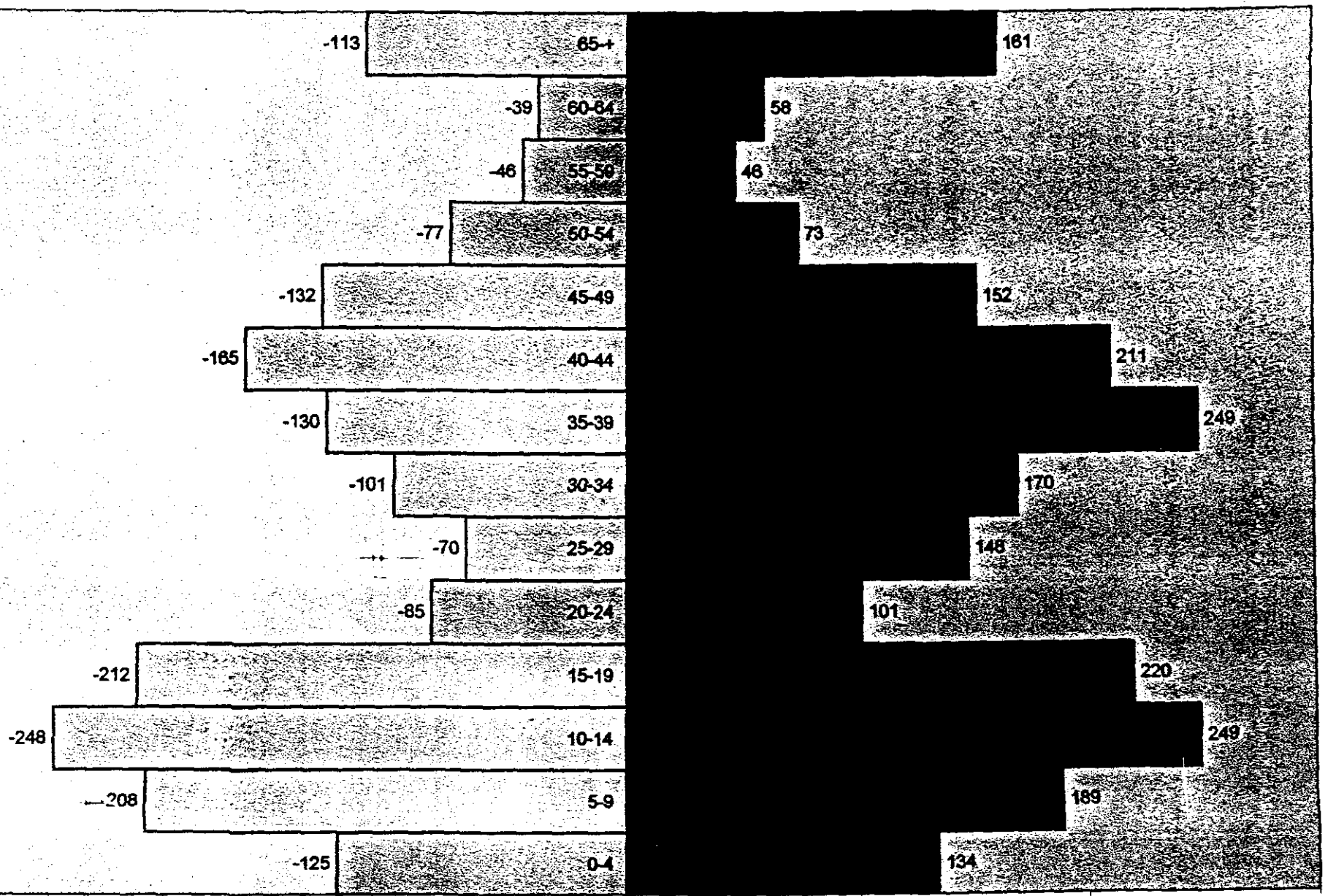
6.9 Consideraciones éticas

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

PIRAMIDE POBLACIONAL SECTOR # 1
 JULIO DE 1997
 POBLACION TOTAL 3912

EDAD

20



■ Masculinos 1751 ■ Femeninos 2161

0

-200

-100

100

200

300

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	0	0.00
1 - 4	32	17.40
5 - 9	41	22.28
10 - 14	50	27.17
15 - 19	20	10.87
20 - 24	16	8.70
25 - 29	10	5.43
30 - 34	8	4.34
35 - 39	3	1.63
40 - 44	3	1.63
45 - 49	0	0.00
50 - 54	1	0.54
55 - 59	0	0.00
TOTAL	184	99.99

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DEMARCACION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

TIPO	NUMERO	%
URBANA	201	100.00
RURAL	0	0
TOTAL	201	100.00

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	119	62.63
TRADICIONAL	71	37.63
TOTAL	191	99.99

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**TIPO DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

TIPO	NUMERO	%
NUCLEAR	197	98.00
EXTENSA	4	2.00
COMPUESTA	0	0
TOTAL	201	100.00

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	203	51.39
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	108	27.34
DE 20 Ó MAS AÑOS DE EDAD	84	21.26
TOTAL	395	99.99

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

ETAPA	NUMERO	%
MATRIMONIO	10	5.26%
EXPANSION	108	56.85%
DISPERSION	49	25.79%
INDEPENDENCIA	18	9.47%
RETIRO	5	2.63%
TOTAL	190	100.00%

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**ESCOLARIDAD EN PACIENTES
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
BASICA	86	22.63
MEDIA	123	32.36
MEDIA SUPERIOR TECNICA	19	5.00
SUPERIOR	152	40.00
TOTAL	380	99.99

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
 EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
 "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
 COLIMA, COL., 1997**

**OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

OCUPACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
PROFESIONAL	90	62	152	40.00
TECNICO	18	1	19	5.00
EMPLEADO	69	54	123	32.36
HOGAR	0	74	74	19.48
OTRO	9	3	12	3.15
TOTAL	186	194	380	99.99

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**EDAD DEL PADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

EDAD	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	%
20 - 24	9	0	9	4.56
25 - 29	18	0	18	9.13
30 - 34	35	0	35	17.76
35 - 39	37	0	37	18.78
40 - 44	39	0	39	19.79
45 - 49	24	0	24	12.18
50 - 54	15	0	15	7.61
55 - 59	4	2	6	3.04
60 - 64	7	2	9	4.56
65 Y MAS	5	0	5	2.53
TOTAL	193	4	197	99.94

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**EDAD DE LA MADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

EDAD	VIVAS	MUERTAS	TOTAL	%
20 - 24	17	0	17	8.76
25 - 29	30	0	30	15.47
30 - 34	35	0	35	18.04
35 - 39	37	0	37	19.07
40 - 44	39	0	39	20.10
45 - 49	16	0	16	8.24
50 - 54	9	0	9	4.63
55 - 59	7	0	7	3.60
60 - 64	2	2	2	1.04
65 Y MAS	2	0	2	1.04
TOTAL	194	0	194	99.99

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	11	5.48
CASADO	184	94.55
UNION LIBRE	2	0.99
DIVORCIADO (A)	0	0.00
VIUDA	4	1.98
TOTAL	201	100.00

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

SALARIOS	NUMERO	%
MENOR A UN SALARIO MINIMO	0	0
1 A 2 SALARIOS MINIMOS	16	7.96
3 Ó MAS SALARIOS MINIMOS	185	92.03
TOTAL	201	99.99

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

METODO	EDAD							TOTAL	%
	Menor a 20	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45-49		
D. I. U.		7	11	19	4	5	2	48	31.00
H. ORAL		1	4	11	3	1	0	20	12.90
RITMO		0	3	1	4	2	1	11	7.09
PRESERV.		2	2	0	3	2	0	9	5.80
O. T. B.		0	4	4	20	25	10	63	40.64
VASECT.		0	0	1	1	1	1	4	2.57
TOTAL		10	24	36	36	14	35	155	100%

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**TOXICOMANIAS
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

TIPO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
TABACO	13	58	71
ALCOHOL DIVERSAS VARIEDADES	0	29	29
MARIHUANA	0	0	0
COCAINA	0	0	0
TOTAL	13	87	100

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**EDAD DE PACIENTES TRABAJADORES POR EDAD Y SEXO SOLTEROS
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15 - 19	1	0	1	9.09
20 - 24	0	0	0	0
25 - 29	2	2	4	36.36
30 - 34	0	1	1	9.09
35 - 39	1	1	2	18.18
40 - 44	1	0	1	9.09
45 - 49	1	0	1	9.09
50 - 54	0	0	0	0
55 - 59	1	0	1	9.09
60 - 64	0	0	0	0
65 Y MAS	0	0	0	0
TOTAL	7	4	11	99.99

**EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE PAREJAS EN UNION LIBRE
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	0	0
1 - 4	1	50.00
5 - 9	0	0
10 - 14	0	0
15 - 19	0	0
20 - 24	0	0
25 - 29	1	50.00
TOTAL	2	100.00

**EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
 "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
 COLIMA, COL., 1997**

**VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRONICO - DEGENERATIVAS
 EN PREVENCIÓN Y CONTROL
 PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Diagnóstico de cáncer Cervico-Uterino (Papanicolau)	0	0	0
Diagnóstico de Cáncer Mamario (Exámen y Autoexámen)	0	0	0
Diagnóstico de Diabetes Mellitus	6	8	14
Diagnóstico de Hipertensión arterial	7	11	18
OBESIDAD	1	0	1
TOTAL	14	19	33

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**CONSULTAS EN EL AÑO DE 1997
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

MES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL	%
ENERO	35	183	218	9.09
FEBRERO	36	190	226	9.42
MARZO	40	91	131	5.47
ABRIL	22	55	77	3.20
MAYO	28	104	132	5.50
JUNIO	28	166	194	8.09
JULIO	28	170	198	8.25
AGOSTO	40	183	223	9.30
SEPTIEMBRE	40	197	237	9.88
OCTUBRE	42	226	268	11.17
NOVIEMBRE	38	243	281	11.71
DICIEMBRE	30	184	214	8.92
TOTAL	407	1192	2399	100.00

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL., 1997**

**10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 1**

NUMERO	DIAGNOSTICO	N° DE CONSULTAS	%
1	I. R. A.	1003	68.93
2	SX DIARREICO	133	9.14
3	CUADROS PSICOSOMATICOS	68	4.67
4	SX ACIDO PEPTICO	45	3.09
5	MICOSIS	44	2.88
6	OTITIS MEDIA AGUDA	41	2.85
7	AMIBIASIS INTESTINAL	28	1.92
8	I. V. U.	26	1.78
9	D. M. N. I. D. E.	26	1.78
10	HIPERTENSION ARTERIAL	32	2.19
11	COLITIS ESPASTICA	11	0.75
TOTAL		1455	99.99

VII.- RESULTADOS

7.1 Censo poblacional

La población adscrita al consultorio # 1 es de 3912 personas hasta julio de 1997 que fue cuando se realizó la pirámide poblacional. De éste total corresponden 1751 personas al sexo masculino (44.75%), y 2161 personas al sexo femenino (55.25%).

En sexo masculino el porcentaje más representativo corresponde al grupo de edad de 10 a 14 años con el 14.16%.

En el sexo femenino hay dos grupos muy importantes, el de 10 a 14 años y el de 35 a 39 años con el 11.52% cada uno.

7.2 Estudio de comunidad

Se encontró durante las entrevistas a las familias, que 162 de ellas (80.59%), cuentan con casa propia con urbanización adecuada, ya que la zona de influencia del sector # 1 corresponde a zona urbana, no comprende áreas rurales, y en su mayoría son colonias de reciente creación. 39 familias viven en casa rentada (19.40%), y de igual manera cuentan con todos los servicios de urbanización.

Las construcciones son modernas con piso de ladrillo mosaico o cemento, muros de tabique, techos de concreto, y con adecuada eliminación de excretas.

Los ingresos de 185 encuestados (92.03%) es de 3 o más salarios mínimos; de los 16 restantes (7.96%) es de 1 a 2 salarios mínimos.

En el 54.22% de éstas casas existen también animales domésticos siendo en su mayoría perros.

7.3 Diagnóstico familiar

De las 201 familias encuestadas el 91.55% son casadas, el 0.99% viven en unión libre, el 1.98% son viudas y el 5.4% son solteros. No se encontraron divorciados ni viudos.

El 100% de las familias viven en zona urbana.

El 62.63% de las familias son modernas según su desarrollo y el 37.36% son tradicionales.

Por su composición el 98% de las familias son de tipo nuclear y el 2% de tipo extenso.

El número de hijos de familia encontrados fue de 203 hasta los 10 años de edad; 108 de 11 a 19 años de edad y 84 de 20 o más años.

Por su integración existe un 3.98% de familias semiintegradas, y un 3.48% de familias desintegradas. El 92.54% restante corresponde a familias integradas.

Por su ciclo vital encontramos en etapa de matrimonio el 5.26%, en etapa de expansión el 56.85%, en etapa de dispersión el 25.79%, en etapa de independencia el 9.47% y en etapa de retiro el 2.63%.

La escolaridad de los padres es superior en un 40%, media en un 32.33%, básica en un 22.63% y media superior técnica en un 5%.

La ocupación de los padres de familia es trabajo como profesionista el 48.38%, como empleado el 37.09%, como técnicos el 9.67% y otros rubros el 4.83%.

Las madres de familia son profesionistas en un 31.95%, a las labores del hogar se dedica el 38.14%, como empleadas el 27.83%, en trabajo técnico el 0.51% y el 1.54% a otros rubros.

La edad de padres predominantes corresponde al grupo de edad de 40 a 44 años con el 19.77%.

La edad predominante de las madres de familia es la del grupo de edad de 40 a 44 años con el 20.10%.

En las parejas casadas predomina con el 27.17% los que tienen de 10 a 14 años de matrimonio, seguido en un 22.28% las que tienen de 5 a 9 años y con un 17.40% las que tienen de 1 a 4 años de matrimonio.

Al método de P.F. empleado por las mujeres encuestadas con mayor frecuencia fue la O.T.B. con un 40.64%.

Los hábitos higiénicos dietéticos son buenos en el 90% de los encuestados y regulares en el 10% restante.

Dentro de las parejas encuestadas encontramos 2 que viven en unión libre, una con 1 a 4 años de vida en conjunto y la otra pareja con 25 a 29 años en común.

Se reportan también 11 solteros que no viven con sus padres, sino en forma independiente, de los cuales 4 son del sexo masculino y 7 del sexo femenino. De éstas siete mujeres, cuatro son madres solteras.

7.4 Morbilidad

De las causas principales de consulta encontradas en los solicitantes de atención médica del sector I en el turno matutino el 68.93% correspondió a I.R.A.s, el 9.14% a cuadros enterales y el 4.67% a cuadros psicossomáticos.

Las enfermedades crónico degenerativas que se encontraron en orden de creciente fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus, y obesidad. Siendo los mismos y en el mismo orden los encontrados como antecedentes familiares importantes.

En lo que respecta a toxicomanías se encontró tabaquismo en 58 padres y 13 madres y alcoholismo en 29 padres.

En el año de 1997 solicitaron consulta en el turno matutino del sector 1, 2399 personas siendo los meses de más demanda en orden decreciente noviembre, octubre y septiembre.

VIII .- ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a la pirámide poblacional encontramos que la población femenina del sector 1 es predominante con un 55.25% sobre la masculina, correspondiendo esto principalmente a los grupos de edad de 10 a 14 años y de 35 a 39 años, siendo el grupo siguiente el de mujeres de 15 a 19 años y de 40 a 44 años, por lo que en un futuro cercano vamos a tener un grupo importante de mujeres en edad madura y adultos mayores, por lo que es de suma importancia la labor del médico familiar en éste rubro, ya que tomando en cuenta el porcentaje tan elevado que existe de antecedentes familiares de hipertensión y diabetes mellitus, el realizar la labor preventiva en nuestros pacientes para el control del peso y la prevención de la aparición de dichos problemas crónicos.

El porcentaje de menores de 5 años es de 07.13%, esto es bastante significativo, ya que el grupo de edad de 5-9 años es del 11.87%, lo que indica que los programas de PF están teniendo éxito y la población del sector, como es relativamente joven, ha tomado conciencia de la importancia de planificar la familia, por lo que la orientación del médico de familia hacia estos jóvenes y adolescentes se debe enfocar hacia la prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como a la orientación de hábitos higiénico dietéticos adecuados para la prevención de las enfermedades crónico degenerativas de carácter familiar.

Entre la población de 50 a 64 años de edad encontramos porcentajes bajos, pero por las expectativas de vida actuales, es importante cultivar en estas personas el hábito del autocuidado y la actividad física junto con orientación en los hábitos higiénico dietéticos adecuados para que, en caso de llegar a desarrollar cuadros de padecimientos crónico degenerativos, pueda llegar a ser relativamente más adecuado su control y la limitación del daño.

Los problemas de toxicomanía no son aún de alarma por el porcentaje tan bajo que hay, pero si es importante, de nuevo, la adecuada orientación a los jóvenes para que se reconozca el daño que conllevan éstos malos hábitos, para que por la influencia del medio estudiantil o de los medios de comunicación no los hagan presa fácil.

También es bastante notorio el porcentaje tan bajo del método de planificación familiar por medio de la vasectomía, a pesar de las campañas que se han hecho intra y extramuros de la clínica “ Miguel Trejo Ochoa “

Comparativamente con los demás sectores de consulta, la morbilidad es casi igual ya que la ciudad de Colima y el área de influencia de la clínica no difieren mucho en sus características, por lo que las causas de la consulta son similares.

IX.- CONCLUSIONES

Logramos cumplir con el objetivo principal de conocer las características biopsicosociales de la población que habita el área de influencia del sector # 1, así como de las principales causas por las que acude a la consulta en el turno matutino de la C. H. "Dr. Miguel Trejo Ochoa", y de ésta forma poder darnos cabal cuenta de las necesidades de nuestra derechohabencia para poder enfocar nuestras líneas de acción hacia los requerimientos reales del problema, y no a solucionarlo en forma superficial.

Las familias que habitan en el sector son principalmente por no decir en su totalidad de tipo urbano, moderna, nuclear, joven, con educación media y profesional empleados en su mayoría y con ingresos superiores a los tres salarios mínimos.

Al conocer las características de las viviendas de las familias, el medio ambiente en que se desarrollan, los ingresos económicos, la integración de su núcleo familiar, el trabajo de los padres, las edades de los hijos, en fin, todo lo relacionado con las personas y su medio ambiente tanto laboral como su hábitat nos permitirá orientarnos en cada familia en particular a prevenir los problemas que se pudieran desarrollar derivados del tipo de trabajo que desempeñan o por la influencia del medio ambiente en el que viven. Así mismo, al conocer el ciclo vital de las familias sabremos reconocer a tiempo las disfunciones que en ellas se presentan y poder responder adecuadamente a sus necesidades.

La presente investigación del MOSAMEF ha sido de gran ayuda, ya que a partir de que lo realizamos, en forma rutinaria y por interés personal, hemos continuado elaborando las fichas de diagnóstico familiar para podernos adentrar más en la problemática de nuestras familias, y al tener una visión más amplia de ella, hemos visto que podemos dar una atención mas completa para la solución de los problemas por los que acuden a la consulta, ya que en la mayor parte de las veces acuden para solicitar la ayuda y no el medicamento. Esto nos está haciendo ver a los pacientes

como personas, como individuos integrantes de una familia y no nada más como un síntoma o una enfermedad.

Al analizar las causas más frecuentes de consulta podemos enfocar nuestra atención a las medidas preventivas correctivas de acuerdo a las fechas en las que estas tienen mayor prevalencia y tratar de orientar en cuanto a su prevención y manejo adecuado.

El modelo sistemático debería implementarse como una actividad cotidiana para cumplir adecuadamente las funciones de estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria, realizando una actualización periódica y una evaluación operativa para que se pueda lograr con el objetivo solucionar adecuadamente los problemas de salud y lograr la anticipación del daño (preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

X.- LINEAS DE ACCION

Estrategias generales :

Prevención primaria:

Realizar promoción de la salud y protección específica de las enfermedades (inmunizaciones), para conociendo el período prepatogénico poder evitar o disminuir la acción de la enfermedad.

Prevención secundaria:

Realizar diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño de una enfermedad en evolución.

Prevención terciaria:

Orientar en el proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica para lograr corregir hasta donde sea posible la incapacidad que el daño haya hecho y lograr que el paciente se adapte y se reintegre a su vida normal.

Estrategias particulares:

Estas se van a realizar en base a las causas principales de demanda de consulta de las personas que acuden al sector # 1 en el turno matutino y van a ser encaminadas principalmente a la prevención de acuerdo a la época del año en que tienen mayor prevalencia y que son las infecciones respiratorias altas y que afectan por igual a niños y adultos sin distinción de sexo, los problemas de diarreas que en nuestro medio son principalmente de tipo amibiano seguido de las virales y bacterianas y las que sin importar época del año han venido aumentando como son los cuadros de somatización. Se solicitará la ayuda del personal de medicina preventiva y trabajo social para hacer visitas en centros de trabajo y en centros de reunión de habitantes del sector para pláticas promocionales y de orientación para enfocar nuestra atención principalmente a evitar la aparición de las enfermedades crónico degenerativas

tomando en consideración el porcentaje tan elevado de antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial en las familias encuestadas así como la orientación adecuada a nuestra gran población juvenil en lo que respecta a los métodos de planificación familiar y a las enfermedades de transmisión sexual para evitar los embarazos no deseados y los contagios de e.t.s.

Se intentará que se reanuden las visitas domiciliarias en consulta, porque es importante que el médico conozca la casa en la que vive el paciente para poder conocer los factores de riesgo que hay y poder orientar en la prevención de enfermedades.

XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Narro J. *La medicina general familiar en México y Latinoamérica*, Boletín de la Federación Mexicana de facultades (escuelas de medicina), 1981,2:12-18.
- 2.- Irigoyen CA., *Modelo sistemático de la atención médica familiar, fundamentos de la medicina familiar*, México: *medicina familiar Mexicana*, 1996:151,156,193.
- 3.- Sánchez AJ., *Familia y sociedad*, México: Cuadernos de Joaquín Moritz, 1980.
- 4.- Saucedo GJM., *Psicología de la vida en familia: una visión estructural*, México: Médica IMSS. 1991:29:61-67.
- 5.- Irigoyen CA., Gómez CF., Hernández RJA., *Fundamentos de medicina familiar*, México: *Medicina familiar Mexicana*, 1995.
- 6.- Ackerman NW., *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*, Buenos Aires: Hormé: 1974.
- 7.- Harold I., Kaplan B., Sadock J., *Compendio de psiquiatría*, Barcelona: Salvat: 1993.
- 8.- Hoffman L., *Fundamentos de la terapia familiar*, México: FCE: 1981.
- 9.- Peña PBA., *Ciclo vital de la familia*, México: Reunión anual de la asociación de médicos generales y familiares: 1990.
- 10.- Chagoya L., *Dinámica familiar y patología*, México: IMSS: 1985;2:23,52-57.
- 11.- De la Fuente R., *La familia. visión de conjunto*, México: Cuadernos de psicología médica y psiquiátrica. Dpto. De psiquiatría y salud mental : UNAM: 1987; 5-9.
- 12.- Chagoya BL., *Dinámica familiar y patología en la familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano*, México: Médica del hospital infantil de México : 1980.
- 13.- De la Revilla L., *La disfunción familiar*, México: Atención primaria: 1992; 10:7-8.
- 14.- Estebanell-arnal MP., *Actuación derivada de la aplicación de un programa de actitudes preventivas*, México: Atención primaria : 1992;1:539.
- 15.- Taylor R., *Medicina de familia. principios y práctica*, Barcelona : Doyma : 1991.
- 16.- Orueta SA., *Características familiares de los hiperutilizadores de servicios sanitarios de atención primaria*, México : Atención primaria : 1993; 12.
- 17.- Chávez J., *La familia del tercer milenio*, México : Médico moderno : 1992;92.
- 18.- Ceitlin J., *¿Que es la medicina familiar?*, Fepafe/Kellog: 1982.
- 19.- Gómez CFJF., Irigoyen CA., Fernández O., Mazón RJJ., *La medicina familiar hacia una nueva conceptualización*, México: Boletín médico familiar : 1996; 3(15-16): 18-19.
- 20.- Leal RJD, *La comunicación. llave del éxito*, México: Médico moderno : 1997;8:20.

- 21.- Chávez AH, Roselis BM, La relación médico paciente, un enfoque comunicacional, México : Médica IMSS: 1994;32:179-182.
- 22.- Alarcón SD, La investigación clínica en la práctica médica, México : Conamed. 1997;3:29.
- 23.- Jiménez MC, Riera L, De la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad, México: Atención primaria : 1993;5:271.
- 24.- González AE, Un modelo institucional bajo esquemas de calidad y eficiencia, México: Médico moderno: 1994;2:50-62.
- 25.- Delgado A, Fernández LL, La participación comunitaria, una revisión necesaria : México: Atención médica primaria : 1992;8:72.
- 26.- Schlaepfer PL, Infante CC, La medición de la salud perspectivas teóricas y metodológicas, México : Salud pública de México : 1990;32:142-153.
- 27.- Castellanos CJ, Periódico Reforma, México : 1997: 5/XI/97:17^a

CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR												
FAMILIA _____					AÑOS UNION CONYUGAL _____							
DOMICILIO _____					CIUDAD _____							
COLONIA _____					MPIO _____							
MZ No _____					VIVIENDA No _____							
ELABORO _____					FECHA _____							
NOMBRE	PA-RE-NE-DAD/SEXO TESCO	EDAD/SEXO		ESTADO CIVIL	ESCO-LARIDAD	OCUPACION	INGRE-SOS	PA-DE-CER-TO(S) CRON(CO)S)	FASE CICLO VITAL	TIPO DE FAMILIA		
		M	F								MATRIMONIO	NUCLEAR
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	EXTENSA <input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	EXT.COMP. <input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	PLANIFICACION FAMILIAR		
									<input type="checkbox"/>			
									<input type="checkbox"/>	H. ORALES <input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	PRESERVATIVO <input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	SALPINGO <input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	VASECTOMIA <input type="checkbox"/>		
									<input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>		
TOXICOMANIAS: ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> TABACO <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS SIN RECETA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>												
ALIMENTACION: BIENA <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:												
HABITOS HIGIENICOS: BUENOS <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input type="checkbox"/>												
VIVIENDA	TECHO		PAREDES		PISO		SERV.PUBLIC. SI/NO		CUARTOS SI/NO		ANTEC.HERED.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"/>	
	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"/>	
	CARTON <input type="checkbox"/>		LAMINA <input type="checkbox"/>		MADERA <input type="checkbox"/>		AGUA <input type="checkbox"/>		BAÑO <input type="checkbox"/>		ONCOLOGICOS <input type="checkbox"/>	
	OTROS <input type="checkbox"/>		CARTON <input type="checkbox"/>		MADERA <input type="checkbox"/>		INTRA-DOM <input type="checkbox"/>		RECAMARAS <input type="checkbox"/>		ALERGIAS <input type="checkbox"/>	
			OTROS <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>		EXTRA-DOM <input type="checkbox"/>		CUANTAS <input type="checkbox"/>		OBESIDAD <input type="checkbox"/>	
	PROPIA <input type="checkbox"/>		GAS <input type="checkbox"/>		DISPOSICION DE EXCRETAS		DISPOSICION DE BASURA		ANIMALES DOMESTICOS		ENF.ZIROIDEAS <input type="checkbox"/>	
	RENTADA <input type="checkbox"/>		PETROLEO <input type="checkbox"/>		DRENAJE <input type="checkbox"/>		RED MUN. <input type="checkbox"/>		PERROS <input type="checkbox"/>		EPILEPSIA <input type="checkbox"/>	
	PRESTADA <input type="checkbox"/>		CARBON <input type="checkbox"/>		FOSA SEP <input type="checkbox"/>		ENTERRAM. <input type="checkbox"/>		GATOS <input type="checkbox"/>		ASMA <input type="checkbox"/>	
FOVSSSTE <input type="checkbox"/>		LEÑA <input type="checkbox"/>		LETRINA <input type="checkbox"/>		CIELO AB. <input type="checkbox"/>		AVES <input type="checkbox"/>				
HIPOTECADA <input type="checkbox"/>		OTROS <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"/>						