



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

123
2ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

U.M.F. DIVISION DEL NORTE

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE
ATENCION MEDICA FAMILIAR PARA DETERMINAR
LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y
CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LA
POBLACION DERECHOHABIENTE DEL
CONSULTORIO NUMERO 15 DE LA
U.M.F. DIVISION DEL NORTE,
I.S.S.S.T.E.

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

P R E S E N T A :

DRA. FLORA ELSA SEGURA MARTINEZ

MEXICO, D. F.

1999

260520



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

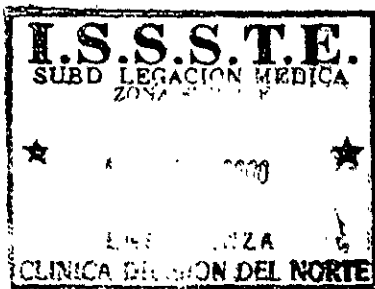
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

U.M.F. DIVISION DEL NORTE

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE
ATENCION MEDICA FAMILIAR PARA DETERMINAR
LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y
CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LA
POBLACION DERECHOHABIENTE DEL
CONSULTORIO NUMERO 15 DE LA
U.M.F. DIVISION DEL NORTE,
I.S.S.S.T.E.



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

P R E S E N T A :

DRA. FLORA ELSA SEGURA MARTINEZ



MEXICO, D. F.

1999

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION
MEDICA FAMILIAR PARA DETERMINAR LAS
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y
CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LA
POBLACION DERECHOHABIENTE DEL
CONSULTORIO NUMERO 15 DE LA
U.M.F. DIVISION DEL NORTE,
I.S.S.S.T.E.**


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

P R E S E N T A :


DRA. FLORA ELSA SEGURA MARTINEZ



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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



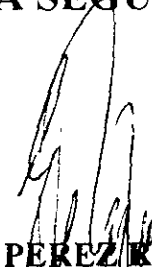
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION
MEDICA FAMILIAR PARA DETERMINAR LAS
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y
CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LA
POBLACION DERECHOHABIENTE DEL
CONSULTORIO NUMERO 15 DE LA
U.M.F. DIVISION DEL NORTE,
I.S.S.S.T.E.**

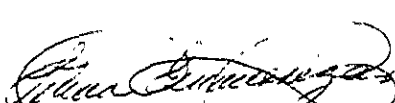
**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

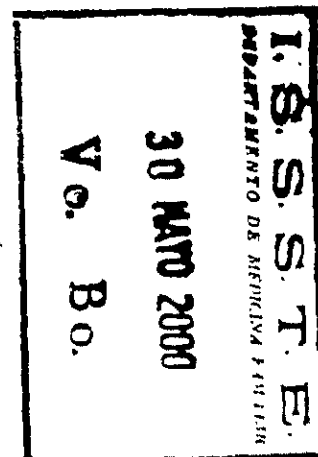
PRESENTA:

DRA. FLORA ELSA SEGURA MARTINEZ


DR. ENRIQUE PEREZ RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
I.S.S.S.T.E.



A Dios:

Gracias por darme vida y conocimiento para dar un paso más en mi preparación profesional.

A mi madre:

Por todo su esfuerzo, amor y perseverancia para hacerme una persona de bien.

A mi esposo:

Por su amor y apoyo que me brinda para seguir adelante.

INDICE

	Pág.
I. TÍTULO	1
II. ÍNDICE GENERAL	2
III. MARCO TEÓRICO	3
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
V. JUSTIFICACIÓN	34
VI. OBJETIVOS (GENERALES Y ESPECÍFICOS)	36
VII. HIPÓTESIS	38
VIII. METODOLOGÍA	39
IX. RESULTADOS	44
X. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	81
XI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	83
XII. CONCLUSIONES	86
XIII. BIBLIOGRAFÍA	88
XIV. ANEXOS	92

MARCO TEORICO

La Medicina desde el comienzo de su Historia siempre se ha sometido a cambios, la Medicina Familiar es sólo una de las muchas disciplinas nuevas que se han desarrollado en el curso de la Historia de la Medicina, los cambios sociales, la especialización y un nuevo patrón de morbilidad exigen un nuevo prototipo de Médico. (1)

Se acepta ampliamente que la Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y a su familia.

La identificación puntual de la esencia de la Medicina Familiar expresada en los tres ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite la práctica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el Médico Familiar tiene como propios y exclusivos.

El modelo sistemático de atención médica familiar, se presenta por primera vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la Medicina Familiar. Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad, que con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundara en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la Medicina Familiar y fundamentando el desarrollo de las líneas de investigación de esta disciplina. (2)

La historia de la Medicina Familiar en México se remonta al año de 1956; siendo el IMSS quien realiza modificaciones a su contrato colectivo de trabajadores tras la firma de un convenio donde se crea la contratación y categoría del Médico de Familia, teniendo las siguientes funciones:

1. Una mejor atención médica
2. Una mayor confianza
3. Una mejor aplicación de la medicina preventiva, etc. (2).

Posteriormente se establece que la medicina familiar ocupa una posición estratégica en la atención primaria, siendo éste un concepto relativamente novedoso, ya que surgió hace apenas unos veinte años como respuesta a las evaluaciones de los servicios de salud que demostraron la mayoría de la población mundial que no tenía acceso a una atención apropiada.

En 1977, tras la adopción de la meta "Salud para todos en el año 2000", por los países miembros de la OMS, el concepto fue ampliamente promovido y aceptado en todo el mundo, sin embargo, sólo hasta 1978, como resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma - Ata, URSS, fue adoptado con el fin de "Salud para todos en el año 2000". (4)

Para atender mejor que es Atención Primaria de la Salud (APS) existen varios conceptos; se entienden por atención médica aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud, que actuando sobre las personas en forma directa, promueven la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral. (4,5,6)

La atención médica es la asistencia directa inmediata e individual de la persona o el paciente y de sus familias, como una consulta, una

inmunización, un consejo higiénico, una intervención quirúrgica, etc., para llevar a cabo esto, la Atención Primaria de la Salud debe presentar varias funciones que protejan, fomenten y restablezcan la salud del individuo y en consecuencia de su familia, de la colectividad, legislatividad y administración. (7)

Las funciones en general de la atención primaria de la salud son:

- a) Promoción a la salud.
- b) Protección específica.
- c) Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
- d) Rehabilitación.
- e) Educación.
- f) Investigación.
- g) Legislación.
- h) Administración. (7)

Aunque debe decirse que no se ha demostrado en forma objetiva de las funciones de la Atención Primaria, en su totalidad no sean eficaces. Por lo siguiente; una buena atención a la salud a una comunidad o de una Institución, debe reunir los siguientes requisitos:

- 1. Igualdad
- 2. Calidad
- 3. Integral
- 4. Oportunidad y accesibilidad

La atención médica consta de tres componentes básicos:

- I. Beneficiarios (pacientes)
- II. Recursos. Son el personal, equipo, locales, tecnología, instalaciones y financiamiento.
- III. Administración.

La atención médica esta sujeta a dos fenómenos:

1. La demanda
2. La oferta

La oferta se limita sólo a servicios (edificios, instalaciones y equipo) y comprende:

- a) Accesibilidad. Se refiere a los días y horas de servicio, costo de los servicios y tiempo, distancia física entre pacientes y recursos.
- b) Calidad y cantidad. Dependen del número, variedad y equipo médico disponibles.

En la demanda deben considerarse tres componentes:

- a) Biológico
- b) Socioeconómico
- c) Psicológico

Los servicios médicos, en particular de un área geográfica, deben otorgar una atención integral oportuna, accesible y eficaz. La forma de lograrlo es recurriendo a un procedimiento administrativo llamado "Niveles de Atención Médica", que enfoca las necesidades de salud curativas y cualitativas de las comunidades y las acciones mismas a favor de la salud.

Generalmente se consideran tres niveles de atención Médica:

El primer nivel debe ser el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud, en éste nivel de salud se previenen y se promueven programas para mejorar resultados con respecto a la salud.

Este nivel es el más importante, debido a la magnitud de las necesidades de salud, por ser el sitio de mayor demanda de la población y por coordinar todas las acciones.

Debido a lo anterior, el personal debe ser altamente capacitado a fin de proporcionar un servicio eficiente.

Las funciones del primer nivel están dadas por características ya establecidas: (8, 9)

❖ Problemática.

- Se ocupa de la prevención y promoción de la salud en población sana.
- Detecta y atiende problemas de salud comunes e inespecíficos.
- Controla enfermedades crónicas.

❖ Cobertura.

- Atiende a la población de un sector, localidad o región determinada.

❖ Ubicación.

- Domicilio de la unidad de primer nivel.

❖ Tipo de atención.

- Los beneficiarios tienen acceso directo a la atención médica a través de las diferentes Instituciones (IMSS, ISSSTE, SSA, DDF, etc.).

❖ Acciones.

- Están orientadas hacia la protección de la salud, el formato de la salud, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los padecimientos (control de embarazo normal, vigilancia del niño sano, inmunizaciones, planificación familiar, programa del adulto mayor, etc.).

❖ Recursos humanos.

- Personal profesional y técnico. Formado por médicos familiares o generales, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, técnicos en radiología o laboratorio.

❖ Recursos físicos.

- Consultorios generales, centros de salud, clínicas generales y unidades de medicina familiar.

El segundo nivel se identifica con los servicios de consulta externa y hospitalización general, se encuentran médicos familiares o generales, médicos especialistas y técnicos. El enfoque en este nivel no es integrador, es función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados.

Las características son:

- Atiende población enferma que necesita atención especializada.
- Sirve a grandes grupos de población o comunidades.
- La atención que se proporciona es de tipo intermitente y discontinua.
- Se orientan hacia el diagnóstico y tratamientos tempranos y la limitación del daño.
- Los recursos físicos son hospitales generales, consulta externa general y especializada (ginecología, pediatría, medicina interna, etc.).

El tercer nivel se identifica con atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica y/o la participación de servicios altamente especializados, las características son las siguientes:

- ◆ Se ocupa de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes y de tratamiento especializado.
- ◆ Sirve a grupos o comunidades grandes.
- ◆ La atención que se proporciona es de tipo episódico, y por ello discontinuo, los pacientes no tienen acceso directo a este nivel, habitualmente son enviados desde el nivel secundario y primario.
- ◆ Las funciones son fundamentalmente la curación y la rehabilitación.

- ◆ Los recursos físicos son hospitales especializados, centros médicos, centros hospitalarios, y hospitales universitarios.

Todos los niveles tienen igual importancia en el panorama general de la salud de las comunidades, aunque se debe enfatizar que la piedra angular para mejorar las condiciones de la salud es la Atención Primaria de la Salud.

Esto significa que la atención médica por niveles es una forma más de afirmar que la salud es parte integrante de la vida y que la atención médica es, además, parte de la actividad del individuo y de la sociedad. (4) (10)

DAÑOS A LA SALUD

Los daños de la salud, desde el punto de vista de la Salud Pública, son las enfermedades que afectan a una determinada población, agrupadas y analizadas según alguna característica común, causa, evaluación y distribución geográfica, etc., de forma tal que le permitan deducir medidas para su prevención y control.

MORTALIDAD

Definición

Número proporcional de muertes en una población y tiempos determinados. *Actual o anual, en los grupos de vida. Número por 1,000 asegurados por año.*

Los indicadores de mortalidad son un reflejo importante de las transformaciones económicas, sociales, sanitarias, ambientales y demográficas de las comunidades, por lo que resultan un valioso indicador de los niveles de desarrollo de los pueblos del mundo. (11)

Es un parámetro útil para la medición de las condiciones de salud, por lo que es de gran trascendencia su conocimiento preciso para determinar las causas que interviene en los procesos Salud - Enfermedad, y actuar contra ellas por medio de la modificación de los riesgos existentes y como consecuencia, evitar los daños con una atención médica integral y de la cantidad eminentemente preventiva.

La mortalidad seguirá siendo un elemento fundamental para la formación de bases, toma de decisiones durante el proceso gerencial y, para la planeación, dirección y evaluación de los servicios médicos y programas sanitarios. La mortalidad debe aprovecharse mejor en el campo de epidemiología, impulsando un

análisis metódico para definir sus principales características, tendencias y proyecciones. (12)

CAUSAS GENERALES DE MORTALIDAD EN MEXICO:

- A) Enfermedades transmisibles
- B) Enfermedades no transmisibles
- C) Accidentes y muerte por violencia

Enfermedades transmisibles

Este grupo de enfermedades constituyeron la principal causa de muerte en México hasta hace unos años, fue desplazada por el grupo de las no transmisibles. Las neumonías, influenza, gastroenteritis, entre otras, contenidas en el primer capítulo de la Clasificación Internacional de enfermedades Infecciosas y Parasitarias, algunas han desaparecido como son la viruela, paludismo y otras (peste, fiebre amarilla). (11) (12)

Enfermedades no transmisibles

La mortalidad en enfermedades degenerativas (cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas), se encuentran en estrecha relación con la población adulta y longeva, y en su conjunto son la principal causa de muerte, en México, teniendo un mayor porcentaje de defunciones.

Accidentes y muerte por violencia

La industrialización, el crecimiento del sector urbano y las deficiencias en la educación para la salud han dado lugar a un aumento cada vez mayor de los accidentes en sus diversas modalidades.

Los accidentes de trabajo y por vehículos de motor, ocupan un lugar preponderante en zonas industrializadas y urbanas, seguidos por accidentes domésticos y otros ocurridos en vías públicas de zonas urbanas.

Los homicidios siempre vinculados a la salud mental y al momento actual que vive nuestro país debido a su crisis económica, esto ha provocado un desajuste en sus habitantes que trae como resultado en la violencia y homicidios, siendo una de las diez principales causas de mortalidad. (12) (13)

Las condiciones de trastornos colectivos de salud mental ocasiona que los suicidios posiblemente sean consecuencia de la carestía, falta de trabajo, desempleo, despidos masivos, cambio en el medio ambiente (falta de lluvia para los agricultores y ganaderos) que ocasiona que emigren a zonas de mayor concentración, aumentando problemas económicos y desarrollo familiar.

MORBILIDAD

Definición

Número proporcional de personas que enferman en una población en un tiempo determinado.

La función de la medicina es prevenir, recuperar y conservar el estado de salud de los individuos, por lo cual la planificación, la organización y la evolución de los servicios debe sustentarse en las necesidades de la población según su problemática, la causa en gran parte se determina mediante los niveles de morbilidad; expresión cuantitativa de la enfermedad. (13)

El análisis de la situación de los pueblos del mundo es algo que preocupa a todos los miembros del equipo de salud, por lo que el estudio de la morbilidad resulta prioritario, ya que es un parámetro

fundamental para definir el perfil de la salud de las comunidades y un elemento valioso en la epidemiología.

Ciencia que estudia los factores y condicionantes que intervienen en el proceso de salud y enfermedad, mediante la recolección de informaciones que miden el estado de salud, la prevalencia de los riesgos y los impactos de las acciones desarrolladas de cuyo análisis e interpretación deciden las alternativas para la prevención y control de los daños para establecer políticas y estrategias a seguir. (14)

El estudio de las enfermedades debe sustentarse en el conocimiento de que muchas de ellas son prevenibles, y que gran proporción de la patología predominante que afecta la población es susceptible de evitarla.

Los datos de la enfermedad pueden resumirse de acuerdo a su frecuencia, gravedad, duración, característica de los pacientes, variantes referentes a cada afección, las secuelas e invalidez que provocan, etc., las que son medidas por una serie de indicadores recomendados a un nivel internacional para asegurar su comparabilidad, siendo sus fuentes de obtención la notificación de enfermedades transmisibles y no transmisibles (boletín epidemiológico). (14) (15)

Los médicos familiares y generales recopilan información sobre morbilidad durante el desarrollo de su trabajo diario, y las historias médicas reflejan más exactamente las verdaderas frecuencias relativas a muchas enfermedades que los registros hospitalarios o de mortalidad.

En los países en que los médicos familiares son responsables de una relación definida de datos poblacionales sobre las cifras de consulta por distintos trastornos, éstos datos pueden convertirse en tasas de morbilidad.

Las enfermedades más frecuentes pueden estudiarse utilizando registros de un solo consultorio, o de un grupo de consultorios, llevando a cabo un estudio verídico y cercano a los motivos de consulta solicitada. (15)

La tarea de obtener datos confiables de la frecuencia de enfermedades que afectan a la población en México, presenta obstáculos hasta el momento no recuperados. Si bien es cierto que con la base de defunciones puede calcularse el número de enfermos, también es que muchas enfermedades no conocen a la muerte, aunque pueden representar problemas de salud pública por su magnitud o sus consecuencias sociales.

ESPERANZA DE VIDA

Como se ha expresado, la morbilidad, la mortalidad y la invalidez no son indicadores de salud estrictamente hablando, solo de daños a la misma.

Uno de los indicadores positivos disponibles en México es la esperanza de vida que expresa la posibilidad de prolongar ésta o acortarla, sin considerar la calidad de la misma. La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad, unido a otros indicadores positivos de una población e incluso estudio de su susceptibilidad, bienestar, vitalidad, felicidad, etc., y de los que miden saneamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y trabajo, que pueden en un futuro ofrecer la forma de vida satisfactoria de la familia y una salud colectiva. (15) (12) (13)

El proceso se debe fundamentalmente a la mejoría de los niveles de vida en general, los adelantos tecnológicos en las prestaciones y en la cobertura de los servicios médicos (principalmente el primer nivel).

LA FAMILIA

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad, el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria.

Esto es, desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente realizando sus actividades dentro de conglomerados, como la familia, el equipo deportivo, el trabajo, la escuela, el lugar donde vive, la vecindad, la ciudad, etc., ya que todos ellos requieren el complemento de la conducta de otros individuos.

Es por medio de esa permanente interrelación como se van obteniendo los satisfactores que nos permiten cubrir las amplias necesidades que todo ser humano tiene. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo.
(17)

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento. Para el hombre la autosuficiencia es algo imposible, ya que sólo puede existir en grado relativo de autonomía.

La familia es tan antigua como la historia, en todas las comunidades es factor social de gran influencia para el desarrollo humano, en ella se encuentran entretejidos todos los sectores de la vida. Desde hace tiempo es bien conocido que la familia es componente importante en el cuidado de la salud.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá de una forma u otra, mientras exista nuestra especie: es la unidad funcional básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud; es un recurso también para resolver y prevenir enfermedades. (2)

DEFINICION DE FAMILIA

El vocablo familia se origina de la palabra latina **Famulus**, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. La cual fue propuesta por el Marqués de Morante.

Concenso Canadiense

Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo. (2)

Concenso Norteamericano

Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio y adopción. (2)

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por el marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica de la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

Por otra parte la familia es la Institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de

todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda la sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por eso que cada forma particular de familia tiene valor primario dentro de la sociedad.

La característica principal de la familia es la de formar una unidad en relación a otros grupos semejantes o diferentes. Siendo una unidad que tiene rasgos especiales: establece relaciones e interactúa en la sociedad, esto significa que la familia sea indisoluble y permanente. Por otra parte, la familia ha cambiado con el tiempo de acuerdo a las situaciones socioeconómicas. (18)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA (2)

Para el estudio de la familia desde el punto de vista social se ha encontrado útil ésta clasificación:

1. EN BASE A SU DESARROLLO

- Moderna, se considera cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
- Tradicional, solamente uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
- Arcaica o primitiva.

2. EN BASE A SU DEMOGRAFIA

- Urbana, es la familia que habita en una comunidad de más de 5,000 habitantes y que cuentan con todos los servicios básicos de urbanidad.
- Semiurbana, son las familias que viven en una comunidad de más de 5,000 habitantes y carecen de algunos de los servicios básicos de urbanidad.
- Rural, familias que viven en el campo.

3. EN BASE A SU INTEGRACION

- Integrada, cuando los cónyuges conviven juntos y cumplen sus funciones.
- Semi-integrada, los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones.
- Desintegrada, cuando falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio o abandono.

4. DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO

Según la ocupación del cónyuge o de ambos son:

- Campesina.
- Obrera.
- Profesional.

5. EN BASE A SU COMPOSICION

- Nuclear, formada por los padres e hijos.
- Extensa, formada por los padres e hijos y familiares consanguíneos.
- Extensa compuesta, formada por los padres e hijos, familiares consanguíneos y no consanguíneos.

El clasificar a la familia es importante para el médico, para que le permita hacer un buen diagnóstico de la familia que está a su cargo, desde diferentes puntos de vista y obtener un objetivo de salud familiar en todos los aspectos que la rodean.

Las disfunciones familiares son capaces de generar problemas de salud en algunos de los miembros de la familia, esto los obliga a demandar atención de los servicios sanitarios, estas familias que "CHRISTIE Y SHEBLY" denominó propenso a enfermar, acude a consulta del Médico de Familia en solicitud de apoyo pero sin exponer, salvo ciertas ocasiones los problemas que afectan la dinámica familiar. (19)

ETAPAS DE LA FAMILIA (2)

Hay diferentes épocas por las cuales va pasando la familia de acuerdo con su propio proceso existencial.

- a) Prenupcial
- b) Nupcial
- c) Formación y educación de los hijos.

ETAPA PRENUPCIAL

Se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro conyugal, a escoger la pareja con la cual se quiere contraer matrimonio, fenómeno que en otra época y en otra sociedad no aparece, sino que los abuelos o padres eran los que determinaban la boda.

Se considera el noviazgo una parte de la evolución y de preparación de acuerdo con las normas morales y religiosas que nuestra sociedad acepta. Es el noviazgo donde se presupone el conocimiento real de los futuros esposos, periodo de mayor objetividad y adaptación para formación de un futuro hogar, impidiendo que se logre una relación real y afectiva de acuerdo a la sociedad en que vivimos y factores que la agravan.

Se han señalado los principales antecedentes a tomarse en cuenta para formar un nuevo hogar:

1. Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
2. Indispensable el razonamiento y la aceptación de ambos contrayentes, la responsabilidad común, maternidad, paternidad y madurez social, configurando los roles que la sociedad demanda para integrar su matrimonio.
3. Tener interés y actitudes semejantes.
4. Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
5. Complementar expectativas semejantes en lo económico.

6. Disponer de una actitud semejante con respecto a la actividad sexual.
7. Situar la relación con la familia política, etc.

ETAPA NUPCIAL

Esta época se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos.

Se considera siempre que el primer año de vida en común represente el momento más difícil de ajuste de conocimiento de la pareja. En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegara a ser en el futuro.

Es el inicio del matrimonio donde se empiezan a afirmar los roles que el padre y la madre van teniendo. La familia tradicional con el padre como centro donde giran las actividades económicas y sociales; la mujer y los hijos de acuerdo a su ocupación y con el monto de su ingreso determinan la clase social a la que quieren pertenecer. La madre viene representando el centro afectivo de la seguridad emocional.

Por las modificaciones tan rápidas que la sociedad está tomando, puede afectar o influir la estructura interna de la familia, sobre todo la transformación de la mujer ha sido motivo de buscar un área donde pueda trascender y tener una valoración personal, un mundo donde obtenga un reconocimiento en los jurídico, político, cultural y económico.

ETAPA DE FORMACION Y EDUCACION DE LOS HIJOS

Una de las principales expectativas de los matrimonios es tener hijos, pero es importante enfatizar que la paternidad y la maternidad, son actos estrictamente culturales y tener hijos debe ser fruto de una

profunda meditación de un conocimiento real y absoluta responsabilidad. Es necesario que los hijos sean amados, que les permita entrar en un ambiente de protección física, de seguridad emocional y de integración social, adecuados para que logren crecer, formando una personalidad emotiva y social que le ira fortaleciendo para su desarrollo pleno.

La familia debe cumplir con las siguientes expectativas biopsíquicas y sociales de cada uno de sus integrantes:

1. Satisfacer las necesidades físicas, alimentarias, vestido, medicamento, techo.
2. Cubrir las necesidades afectivas.
3. Fortalecer la personalidad.
4. Formar roles sexuales.
5. Estimular las actividades de aprendizaje.

Un modo importante de estimular en los niños las relaciones sensitivas positivas, se halla en los cuidados del cuerpo. Esto incluye la alimentación, el baño, el vestido y los arreglos para el periodo del sueño.

Aquí el papel afectivo que le toca a la madre, la habilidad y ternura con que dichas actividades se llevan a cabo, contribuyendo a surgir los primeros sentimientos de amor del niño hacia otros que le traigan confort.

Esta seguridad afectiva la deben proporcionar en primer lugar los padres y hacerla extensiva los adultos que entran en contacto con el niño, como los abuelos, tíos, educadores y maestros, sin caer en la sobreprotección que impida al niño lograr una independencia emocional, los hijos deberán crecer afirmando su propia personalidad y llegar a ser lo que quieran con su propia personalidad.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA (2)

Se ha concebido como la secuencia de estados que atraviesan la familia, desde su establecimiento hasta su desaparición.

Podemos decir que la familia posee su propia historia natural, alternando etapas complejas con otras de simplificación, variando además las características sociales y económicas de la familia de su formación hasta la disolución.

La OMS ha diseñado un modelo de seis etapas o fases, con las siguientes secuencias:

- I. Formación.
- II. Extensión.
- III. Extensión completa
- IV. Contracción.
- V. Contracción completa.
- VI. Disolución. (20)

El ciclo de familia basado en el trabajo de Duvall (20), describe las siguientes etapas:

1. Matrimonio. Pareja, inicio de la familia.
2. Nacen los hijos
3. Familia con los hijos en etapa preescolar.
4. Familia con hijos adolescentes.
5. Separación con hijos adolescentes.
6. Separación familiar de los hijos.
7. Edad media "nido vacío".
8. Edad avanzada de los miembros de la familia/jubilación/retiro.

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso. Hay diferentes épocas por las cuales va pasando de acuerdo con su propio proceso existencial destacando las siguientes:

- ◇ Fase de matrimonio.
- ◇ Fase de expansión.
- ◇ Fase de dispersión.
- ◇ Fase de independencia.
- ◇ Fase de retiro y muerte.

Este esquema propuesto por Gleyman en 1980, es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. (21)

La fase de matrimonio se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

La fase de expansión es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, ya que es una de las principales expectativas de todo matrimonio en tener hijos.

La fase de dispersión para algunos investigadores se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar, se prepara el camino para la independencia de los hijos mayores, encontrándose en plena adolescencia; los padres se ven sometidos a nuevos retos y ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes.

En la fase de independencia los hijos ya preparados forman nuevas familias retirándose del hogar.

La fase de retiro y muerte se caracteriza por la incertidumbre de los cónyuges, ya que se encuentran con la incapacidad para laborar, el desempleo, enfermedades crónicas degenerativas, el agotamiento de los recursos económicos y en ocasiones sus hijos, que generalmente se encuentran en etapa de expansión en su familia, no tienen posibilidades de ayudarlos.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las funciones de la familia son cambiantes, se inician con la creación de la misma, suelen madurar a través del tiempo y terminar con su disolución.

Algunas de las funciones son ejercidas por todos los miembros de la familia, otros son realizados predominantemente por un solo miembro, en otros casos se requiere para el mejor desempeño de la familia, la colaboración externa de otras personas, grupos sociales o el gobierno.

Las funciones de la familia interesan en salud porque su ausencia o alteración traen problemas a sus integrantes, siendo factor decisivo para la creación y operación del servicio de salud. (21) (22)

Las funciones son las siguientes:

1. **SOCIALIZACION.** La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena dependencia para desarrollarse en sociedad.

Los estudios de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y preescolar, apoyada por el padre después de un compartó con los profesores, clubes, etc.

2. **CUIDADO.** Significa para la familia el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud en cada uno de los miembros.
3. **APECTO.** En cuanto a Institución Familiar referido a proporcionar ánimo, amor y cariño.

4. REPRODUCCION. Históricamente el matrimonio como Institución Legal, Sacramento de la Iglesia, etc., nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto en sociedad; el ambiente sexual y la reproducción.
5. ESTATUTOS Y NIVEL ECONÓMICO. Aceptando el concepto dinámico de la familia como Institución mediadora entre el individuo y la sociedad, se entiende como conferir a un miembro de la familia tal cual nivel socioeconómico equivalente a transferir derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico, es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.

CRISIS FAMILIAR

Se puede definir una crisis como: Un estado de descompensación mental funcional, resultado de la reacción del individuo ante un suceso que ha percibido como tan peligroso que lleva a sentirse incapaz de enfrentarse a él de forma eficaz con los medios habituales.

Hay muchas situaciones capaces de producir crisis al paciente y a su familia como:

- ❖ Muerte de un ser querido.
- ❖ Pérdida de un embarazo.
- ❖ Muerte súbita de un lactante y muerte accidental.
- ❖ Suicidio.
- ❖ Nacimiento del primer hijo, etc.

Muchos de los pacientes no presentan problemas psiquiátricos pero han perdido la capacidad para enfrentarse con el problema a resolver.

A veces se encuentra en una situación de tensión nerviosa por una transición normal de desarrollo vital (adolescencia, matrimonio, divorcio), el nuevo problema se ve como una amenaza para la supervivencia, ya sea física o psicológica de sí mismo o de su familia y esto desencadena la crisis.

La crisis es subjetiva y puede resultar difícil para el profesional entender el impacto que ha tenido la situación. (23)

LA FAMILIA COMO UNIDAD DE SALUD

El término salud familiar incluye el total o la suma de los estados de salud de cada uno de los miembros de la familia, pues toma en cuenta las interrelaciones y la independencia de los estados de salud física, social y mental de los individuos que viven juntos, los cuales determinan el funcionamiento de la familia como una unidad biológica, psíquica y social dentro del ambiente cultural.

Sin embargo, en realidad el término tiene un significado superior a la suma de sus partes, ya que en él se incluyen tanto la prevalencia como la frecuencia de enfermedades en la familia. Por lo tanto, la familia es una unidad de atención de la salud, pero también una unidad de salud. (3) (18)

La salud familiar comprende las relaciones de interdependencia física, mental y social de los individuos que la componen. Complementa las funciones de salud pública y la atención médica; su ámbito de acción permite afrontar en forma congruente e integral numerosos problemas de salud que no pueden abordarse de otra forma.

Cuando la comunidad se considera, no como un conjunto de individuos diferenciados por edad, sexo y clase social, sino como un conjunto de familias diferenciadas por razones sociales, económicas

y biológicas, se manifiestan nuevas formas y gamas de variación y pueden dar lugar a nuevas posibilidades.

La necesidad se considerará la familia como unidad de salud, tiene bases biológicas, demográficas, sociales, económicas y prácticas. Esto queda bien entendido si recordamos que las enfermedades transmisibles o las parasitosis intestinales se propagan fácilmente en el seno de la familia, que los padecimientos genéticos dan lugar a tensiones entre los integrantes de la familia, que la pobreza, miseria e ignorancia de los miembros de la familia impiden el desarrollo pleno de los mismos, y que las enfermedades crónicas o invalidantes dan lugar a trastornos psicológicos y sociales.

La familia ofrece la posibilidad de abordar los problemas de salud en forma integral y práctica, los que así son más fáciles de resolver, por ejemplo:

- a) En la promoción de la salud las medidas de higiene personal, la lucha contra la desnutrición y los exámenes médicos a la familia entera permiten combatir o descubrir padecimientos que puedan afectar a todo el grupo familiar.
- b) En la prevención de padecimientos mediante vacunaciones.
- c) En la curación lo más adecuado es abordar el problema atendiendo a todos los miembros de la familia. Esta necesidad es clara en ciertos padecimientos (obesidad, parasitosis, caries, amigdalitis, diabetes, etc.)
- d) En la rehabilitación se debe cuidar al afectado e instruir a los familiares para favorecer la readaptación.

e) En la educación para la salud la transmisión de mensajes educativos se facilita en la familia si un miembro lo hace. Así para la planificación familiar el padre puede ser el portavoz que transmita el mensaje, en la prevención de accidentes en el hogar puede ser la madre.

Lo anterior, lleva a términos reales, significa que el personal de salud debe incorporar a su trabajo diario los conocimientos sobre la familia y que los miembros de ésta deben estar conscientes de la dinámica familiar y de la importancia que tienen para la salud las relaciones intra, inter y extrapersonales. (19)

INDICADORES DE LA SALUD FAMILIAR

Los indicadores de la salud familiar son de cuatro tipos.

1. Demográfico.
2. Vitales.
3. De servicios.
4. De morbilidad.

1. Indicadores demográficos. Tamaño de la familia, composición de la familia (estado civil, edad, sexo, grado de escolaridad, empleo, etc.), residencia urbana o rural, ingresos económicos.
2. Indicadores vitales. Tasas de mortalidad, tasas de natalidad, tasas de fecundidad, esperanza de vida, etc.
3. Indicadores de servicio. Tasas de demanda de servicios médicos, número de consultas a la familia, días promedio de estancias en el hospital, etc. Cuando disminuye el papel integrador de los miembros de la familia hay aumento de la demanda de servicios.
4. Indicadores de morbilidad. Tasas de aborto (abortos provocados, abortos espontáneos), tasas de infecundidad, tasas de incapacidad, tasas de frecuencia y prevalencia de enfermedades, tasas de ausentismo al trabajo o escuela, tasas de jubilación temprana por incapacidad, indicadores de salud mental (ingresos en un servicio de salud mental, antecedentes familiares de enfermedad mental, falta de armonía conyugal, etc.). (28)

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR M O S A M E F

El modelo sistemático de la atención médica familiar, se presenta por primera vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar. Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundara en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de las líneas de investigación en esta disciplina. (2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población en estudio habita la Delegación Coyoacán. El cuaderno delegacional del INEGI, no indica los siguientes datos: la Delegación Coyoacán cuenta con 640,066 habitantes, de los cuales el 52.6% son mujeres y el 47.4% son hombres.

La población de la U.M.F. División del Norte cuenta con 25.358 derechohabientes, de los cuales el consultorio 15 cuenta con una población derechohabiente de 2,290.

Por lo que es importante conocer los factores que influyen de manera significativa en el proceso salud - enfermedad, los cuales se mencionan a continuación:

1. Factores biológicos. Sexo, edad y raza.
2. Factores ambientales. Se enfocan factores demográficos como población urbana, semiurbana, rural. Clima predominante en las diferentes poblaciones.
3. Ocupacionales. Relativas a la actividad laboral.
4. Sociales. Estado civil, escolaridad, religión, nivel cultural, toxicomanías, sexualidad, nivel socioeconómico.
5. Institucionales:
 - ◆ Accesibilidad a los servicios de salud, lo cual se dificulta en poblaciones rurales y semiurbanas. Utilización de los servicios de salud que brindan las diferentes instituciones, los cuales no son aprovechables por la población, utilizándose sólo en casos graves que requieren hospitalización.
 - ◆ Calidad brindada por el equipo humano (médicos, enfermeras, dentistas, trabajo social, personal administrativo), la cual influye directamente en la atención del derechohabiente como tiempo de espera prolongado para la consulta, tiempo limitado para la atención en el consultorio en cada paciente, número de pacientes en la jornada diaria, archivo clínico con deficiencias que se traducen como pérdida de tiempo y molestia para el

- derechohabiente, poca disposición del médico para la atención al mismo.
- ◆ Falta de recursos humanos ocasionando saturación de los servicios médicos, mala calidad en la atención del derechohabiente.
- ◆ Falta de recursos financieros, medicamentos insuficientes para satisfacer las necesidades de tratamientos para derechohabientes, instalaciones en malas condiciones que representan riesgo para la población, falta de material y equipo de Rayos X, material obsoleto, etc.

Por lo anteriormente señalado se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las principales características biosociales de las familias adscritas al consultorio 15 de la U.M.F. División del Norte y cuáles son las diez principales causas de morbilidad en ésta población?

JUSTIFICACION

Los patrones de la morbilidad varían en relación con ciertos números, de factores interrelacionados, tales como las etapas de desarrollo del país, (las enfermedades degenerativas crónicas son comunes en la mayoría de las regiones desarrolladas), el periodo investigado (en los últimos cincuenta años se han producido cambios sorprendentes), el tipo de comunidad (grupo cultural, rural, urbano, diferencia de clases sociales) y las personas que reportan las enfermedades (los pacientes mismos, los médicos o estadísticos).

Reportes de diferentes partes del mundo indican que algunas condiciones aparecen en ciertas regiones del planeta, pero no en otros, ejemplo: en los negros Norteamericanos es común la anemia perniciosa, mientras que la fiebre del mediterráneo es endémica en el Medio Oriente. Un hecho sorprendente es que las condiciones comunes lo son en todo el mundo, por ejemplo los problemas respiratorios. (31)

Actualmente en nuestro país se observa un incremento de las enfermedades agudas, igualándose a las crónico - degenerativas, o probablemente por arriba de ellas. Aún con la tecnología y cobertura de la atención a la salud.

En las unidades de atención primaria las enfermedades de primer causa de consulta son de tipo agudo, por referir algunas de ellas: infecciones del tracto respiratorio alto y bajo, posteriormente las diarreas de tipo viral, parasitarias, las dermatológicas (neurodermatitis, dermatitis de contacto, dermatitis del pañal, etc.), problemas emocionales o psicológicos, hasta las crónico - degenerativas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, insuficiencia cardíaca, enfermedad obstructiva crónica. (33)

En 1994 las principales causas de mortalidad general fueron las

enfermedades del corazón con una tasa de 63.4 de funciones por 100,000 habitantes (13.5%); los tumores malignos 49.2 (10.4%); los accidentes 45.7 (9.7%); diabetes mellitus 31.8 (6.7%); ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 26.2 (5.6%); enfermedad cerebrovascular 24.4 (5.2%); neumonía e influenza 22 (4.7%), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 21.8 (4.6%); las enfermedades intestinales 22 (4.7%) y los homicidios y lesiones infringidas intencionalmente por otra persona 17.7 (3.8%). (13) (14)

Por lo tanto en nuestro país, la vigilancia epidemiológica se comprende cada día más como un sistema de inteligencia, capaz de recolectar información sobre los diversos eventos de interés médico epidemiológico. El análisis de dicha información proporciona un panorama sólido que permite iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control. La información respecto a los daños y riesgos para la salud representa el insumo más importante de la vigilancia epidemiológica. (34)

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Identificar las características biologicosociales familiares y las diez principales causas de morbilidad, a través de la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar de la población perteneciente al consultorio 15 de la U.M.F. División del Norte, I.S.S.S.T.E.

Objetivos específicos

1. Conocer grupos etéreos a través de la pirámide poblacional pertenecientes al consultorio 15 de la U.M.F. División del Norte.
5. Definir las diez principales causas de enfermedad de acuerdo a la frecuencia.
6. Especificar enfermedades crónicas de ambos sexos.
7. Conocer el estado civil de las familias.
8. Identificar edad y sexo de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar.
9. Precisar años de unión conyugal de las familias.
10. Concretar el grado de escolaridad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar.
11. Estipular el número de hijos de las familias a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar.

12. Identificar el tipo de desarrollo de la familia.
13. Definir el tipo de familia de acuerdo a su desarrollo.
14. Ubicar el tipo de familia de acuerdo a la demografía.
15. Conocer el tipo de composición de las familias.
16. Determinar el ingreso mensual de las familias.
17. Especificar la ocupación de los padres de familia.
18. Identificar el ciclo vital de las familias.

HIPOTESIS

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

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

- | | |
|---------------------------------|---|
| A. Observacional. | Presencia de un fenómeno sin modificaciones intencionalmente sus variables. |
| B. Descriptivo. | Estudio sin establecer comparaciones. |
| C. Retrospectivo y prospectivo. | Revisión de expedientes y hojas diarias del médico. |
| D. Transversal. | Es aquella en que se examinó un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado. (25) |

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Familias adscritas al consultorio número 15 de la U.M.F. División del Norte del I.S.S.S.T.E., D. F., durante el periodo de enero a marzo de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó muestra no aleatoria de tipo secuencial, encuestando a todos los pacientes que se captaron en el periodo de enero a marzo de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSION

- ❖ Que sean derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- ❖ Que sean de la población adscrita al consultorio número 15 de la U.M.F. División del Norte.
- ❖ Que posean expediente clínico.
- ❖ Ambos sexos.
- ❖ Que deseen cooperar con el estudio.
- ❖ Que acepte contestar la encuesta de forma completa.
- ❖ Que hayan asistido a consulta médica en el primer periodo de enero a diciembre de 1998.
- ❖ Que las personas encuestadas sean mayores de 18 años.
- ❖ Hojas de informe diario del médico durante el año de 1998.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ◇ Que no sean derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- ◇ Que no pertenezcan a la población adscrita al consultorio número 15.
- ◇ Que no asistan a la consulta de la U.M.F. División del Norte.
- ◇ Que no deseen cooperar en el estudio.
- ◇ Que sean personas menores de 18 años las encuestadas.
- ◇ Que las personas encuestadas presenten alguna alteración psiquiátrica.
- ◇ Que las hojas diarias de informe médico correspondan a otros años.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Expedientes incompletos
- Hojas de encuesta incompletas
- Cuestionario contestado inadecuadamente o que la letra sea ilegible.

VARIABLES

Para el censo poblacional. Las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas.

Se consideran las variables de:

1. Número total de individuos.
2. Número total de individuos del sexo masculino.
3. Número total de individuos del sexo femenino.
4. Número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos.
5. Número de individuos del sexo femenino por grupos etáreos.
6. Los grupos etáreos se establecen con un rango de cinco años.

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

Se identifica:

- ◆ Nombres de las familias.
- ◆ Escolaridad
- ◆ Años de unión conyugal.
- ◆ Estado civil
- ◆ Edad del padre
- ◆ Edad de la madre
- ◆ Número de hijos
- ◆ Ocupación de los padres de familia
- ◆ Ingreso económico
- ◆ Tipo de familia
- ◆ Etapa del ciclo vital

Para la identificación de las causas de consulta, se consideran variables de tipo cuantitativo en escala nominal.

Correspondiendo:

- ◆ Número de consultas otorgadas por año.
- ◆ Los diez primeros motivos de consulta.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

1. Mediante el cotejo del total de expedientes se realizó la pirámide poblacional.
2. A través de la revisión del informe diario de labores utilizando el formato oficial (SM-10-1), se determinaron las diez principales causas de consulta.
3. A una muestra no aleatoria de tipo secuencial de 215 núcleos familiares se aplicó entrevista personal utilizando el formato de identificación familiar según Irigoyen, en el consultorio 15, con apoyo de servicio de enfermería y archivo, que contempla 19 reactivos para identificar estructura y tipología familiar, incluyendo número de hijos por familia, estado civil, años de unión conyugal, ocupación de los padres, ingresos, tipo de familia y etapa del ciclo vital. Los resultados obtenidos se presentaron en cuadros y gráficas.

Este trabajo está basado en el MOSAMEF (Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar), es la primera vez que se presenta como método objetivo y especializado para el estudio de la familia, el cual se realizará por medio de la ficha de identificación familiar, misma que se anexa, así como la pirámide poblacional y la cédula de recolección de datos para causa de consulta durante el año de 1998. (2)

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsingky, para la realización de trabajos de investigación biomédica, así como la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salud.

Tabla 1

**TABLA GENERAL DE LA POBLACIÓN ADSCRITA
SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO**

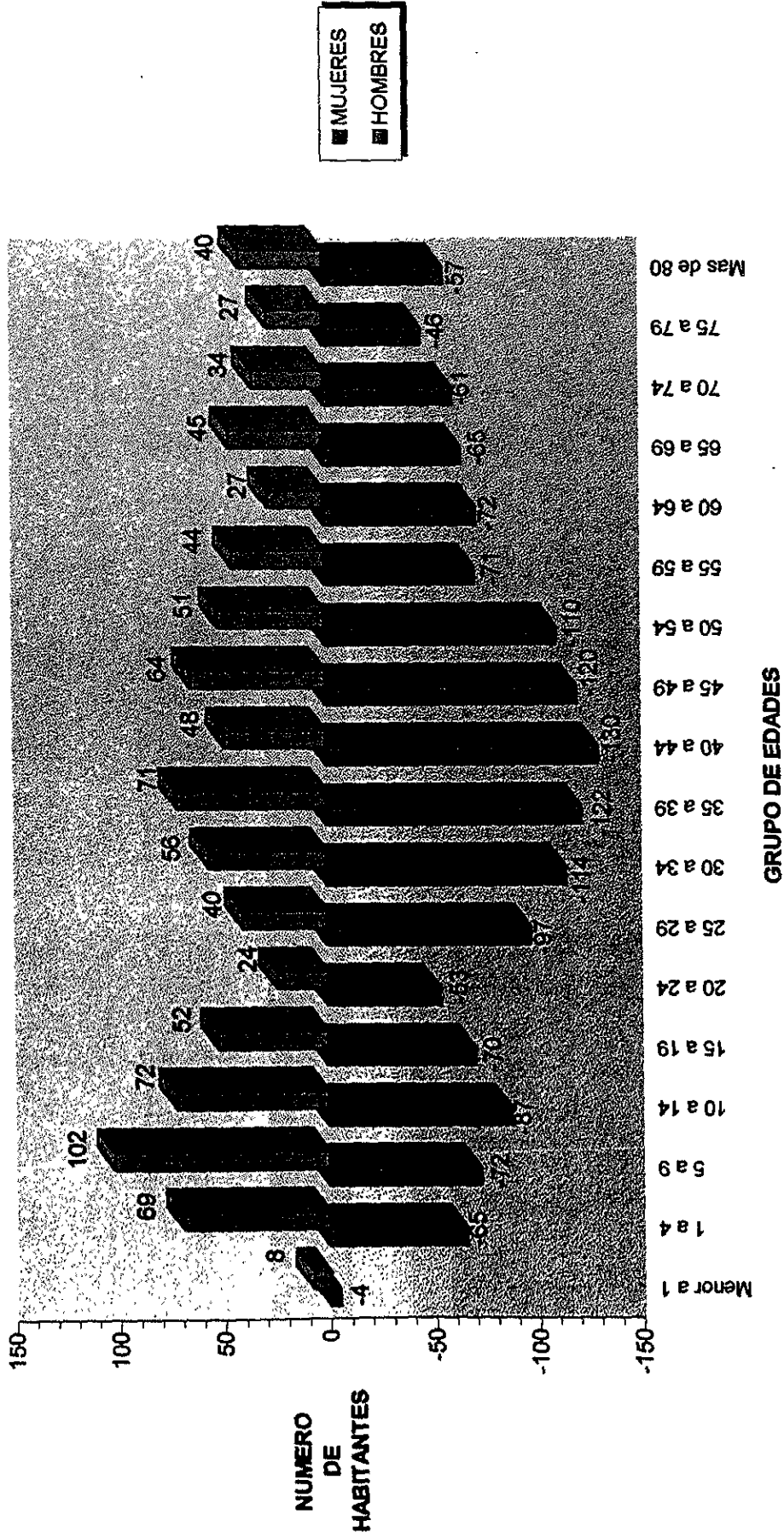
GRUPO DE EDAD	SEXO FEMENINO	% FEMENINO	SEXO MASCULINO	% MASCULINO	TOTAL	% TOTAL
-1	4	0.28	8	0.92	12	0.52
1 a 4	65	4.59	69	7.89	134	5.85
5 a 9	72	5.08	102	11.67	174	7.60
10 a 14	87	6.14	72	8.24	159	6.94
15 a 19	70	4.94	52	5.95	122	5.33
20 a 24	53	3.74	24	2.75	77	3.36
25 a 29	97	6.85	40	4.58	137	5.98
30 a 34	114	8.05	56	6.41	170	7.42
35 a 39	122	8.62	71	8.12	193	8.43
40 a 44	130	9.18	48	5.49	178	7.77
45 a 49	120	8.47	64	7.32	184	8.03
50 a 54	110	7.77	51	5.84	161	7.03
55 a 59	71	5.01	44	5.03	115	5.02
60 a 64	72	5.08	27	3.09	99	4.32
65 a 69	65	4.59	45	5.15	110	4.80
70 a 74	61	4.31	34	3.89	95	4.15
75 a 79	46	3.25	27	3.09	73	3.19
80	57	4.03	40	4.58	97	4.24
TOTAL	1416	100	874	100	2290	100

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-15 de la U.M.F.
Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Gráfica 1

PIRAMIDE POBLACIONAL



Fuente: Censo poblacional de los expedientes del C-15 de la U.M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Tabla 2

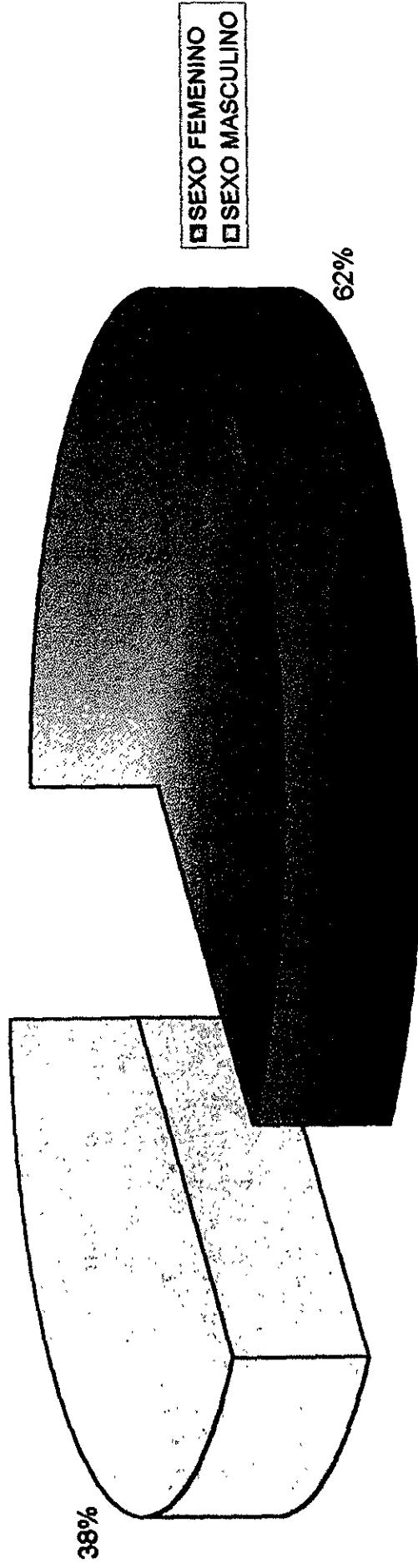
POBLACIÓN POR SEXO

GRUPO DE EDAD	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO	TOTAL
TOTAL	1416	874	2290
%	62	38	100

Fuente: Censo Poblacional de los expedientes clínicos del C-15 de la U.M.F.
Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

POBLACION POR SEXO



Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-15 de la U.M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDADES DE AMBOS SEXOS

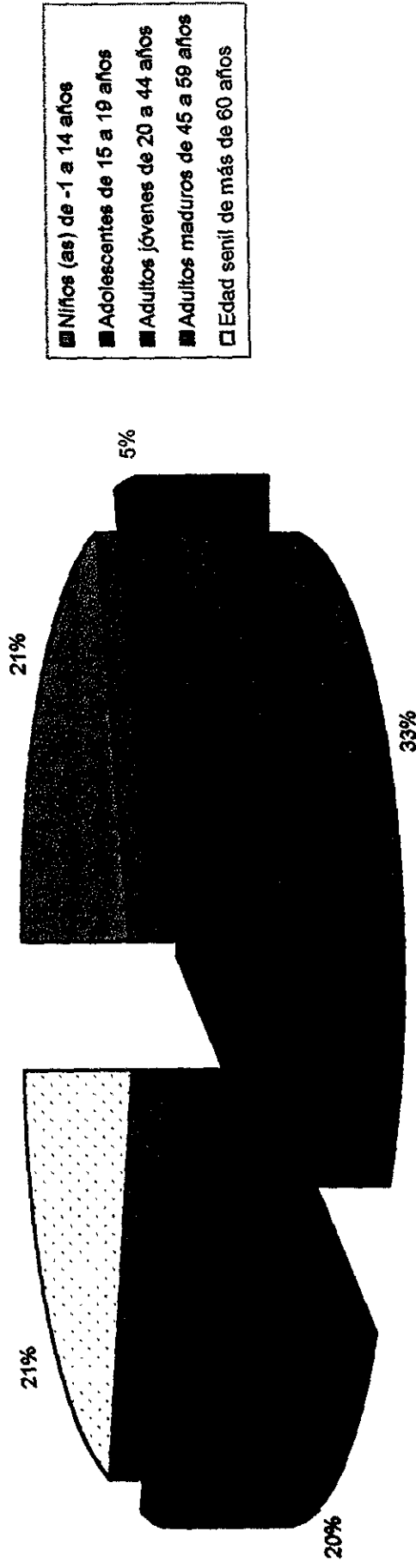
RANGO	TOTAL	%
Niños (as) de -1 a 14 años	479	21
Adolescentes de 15 a 19 años	122	5
Adultos jóvenes de 20 a 44 años	755	33
Adultos maduros de 45 a 59 años	460	20
Edad senil de más de 60 años	474	21
TOTAL	2290	100

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-15 U.M.F.
Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Gráfica 3

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE AMBOS SEXOS (F Y M)



Fuente: Censo Poblacional de los expedientes clínicos del C-15 de la U.M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Tabla 4

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA
ENTRE 15 Y 45 AÑOS**

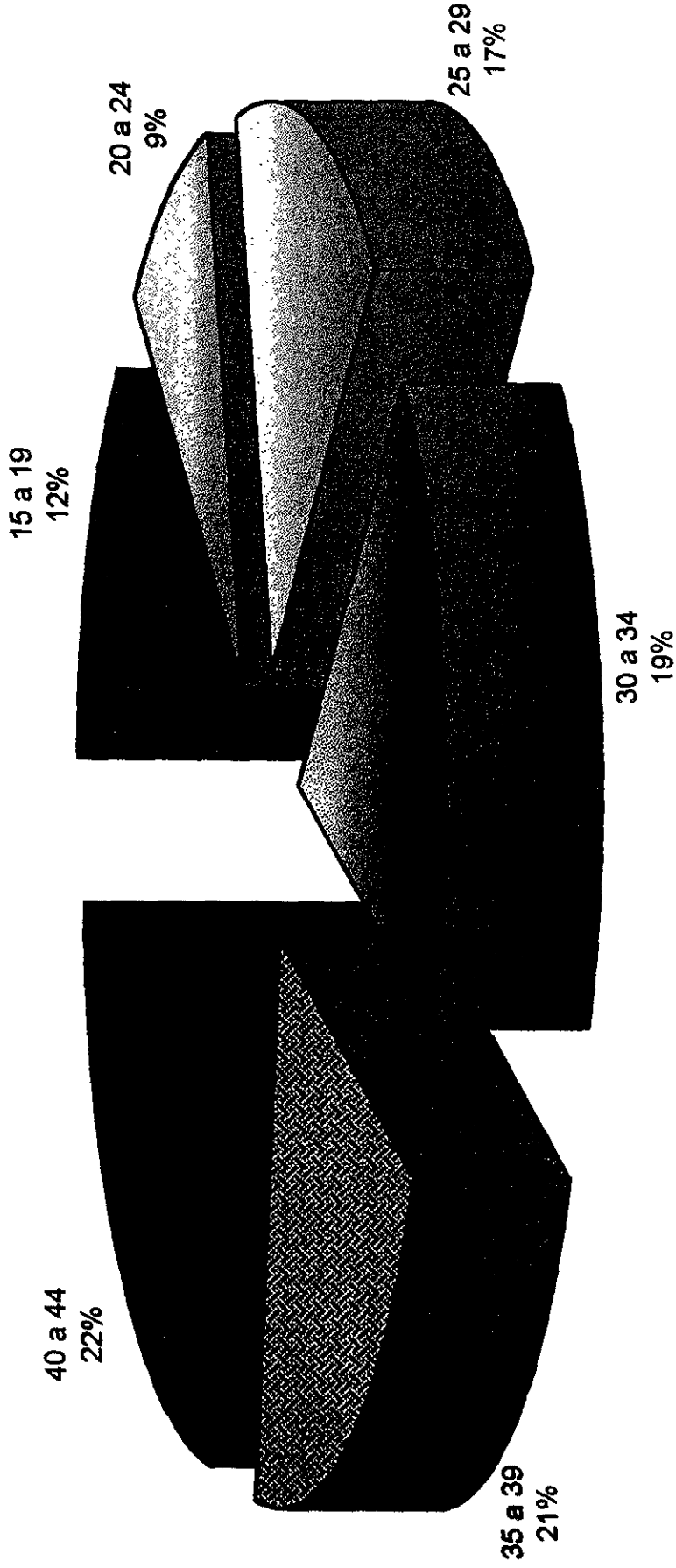
GRUPO DE EDAD	SEXO FEMENINO	%
15 a 19	70	12
20 a 24	53	9
25 a 29	97	17
30 a 34	114	19
35 a 39	122	21
40 a 44	130	22
TOTAL	586	100

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-15 U.M.F.
Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martinez

Gráfica 4

DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ENTRE 15 Y 45 AÑOS



Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-15 U.M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Tabla 5

**DISTRIBUCIÓN DE LAS DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO
AL ORDEN DE FRECUENCIA**

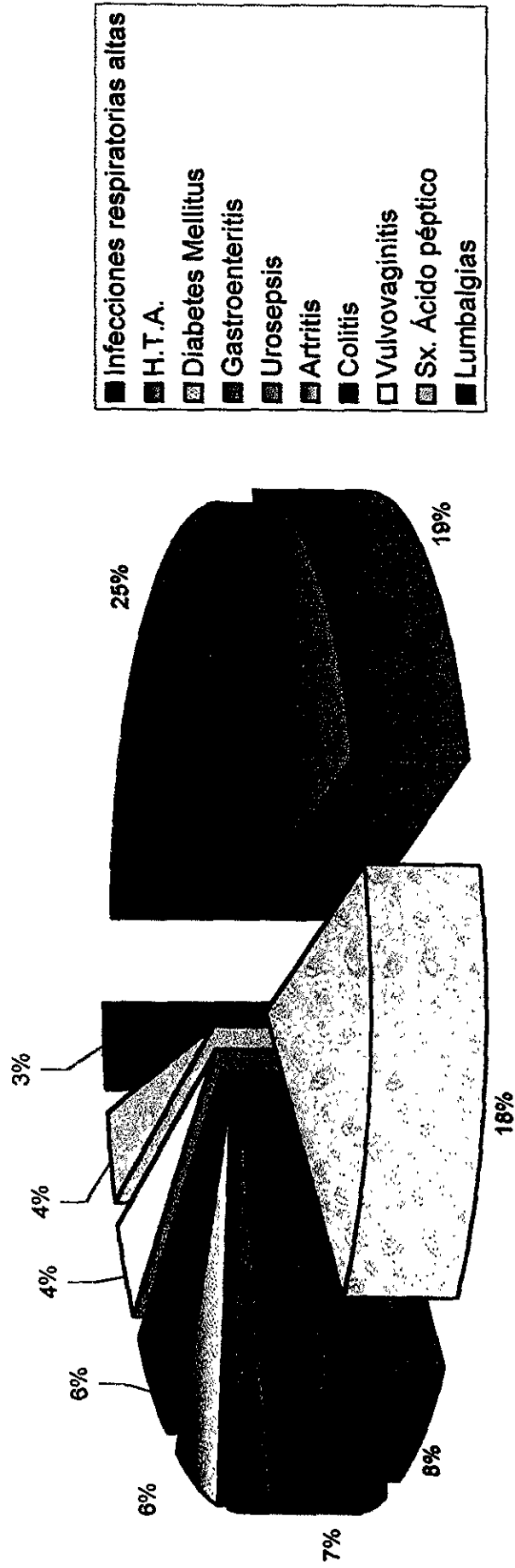
ENFERMEDADES	TOTAL	%
Infecciones respiratorias altas	690	25
H.T.A.	525	19
Diabetes Mellitus	494	18
Gastroenteritis	230	8
Urosepsis	180	7
Artritis	178	6
Colitis	155	6
Vulvovaginitis	110	4
Sx. Ácido péptico	105	4
Lumbalgias	90	3
Total	2757	100

fuente: Hoja diaria del médico, enero a diciembre 1998 del C-15.
M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Gráfica 5

DISTRIBUCION DE DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO AL ORDEN DE FRECUENCIA



Fuente: Hoja Diaria del Médico, enero a diciembre 1988 del C-15 U.M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

Tabla 6

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

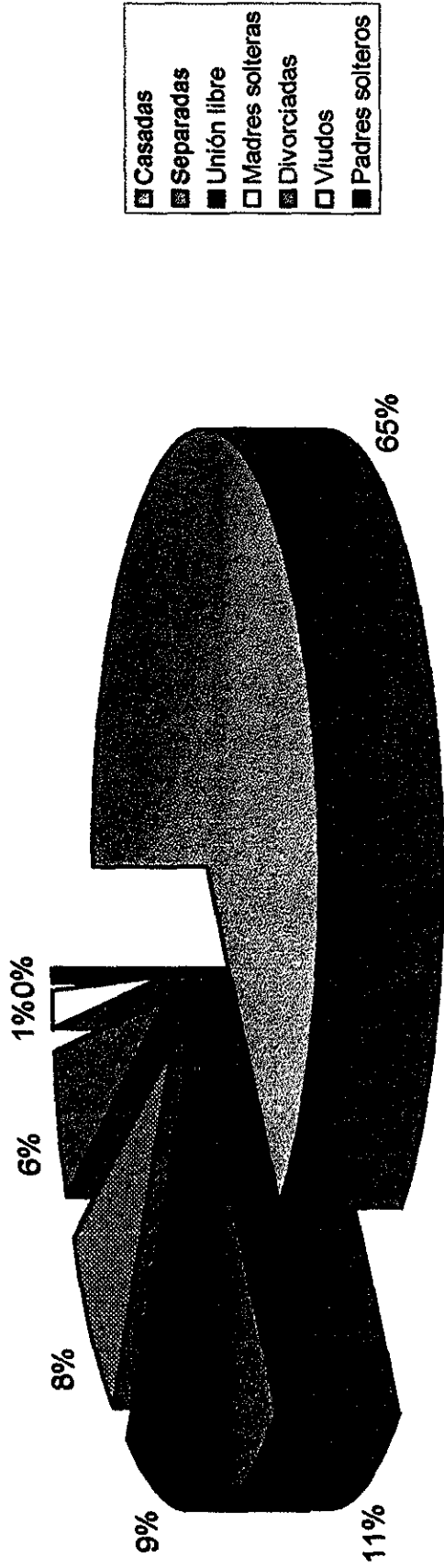
ESTADO CIVIL	FAMILIAS	%
Casadas	138	64
Separadas	24	11
Unión libre	19	9
Madres solteras	18	8
Divorciadas	12	6
Viudos	3	1
Padres solteros	1	0
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15, durante enero a diciembre 1998. U.M.F. Clínica División del Norte

Dra. Segura Martínez

Gráfica 6

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a pacientes que acuden al C-15 U.M.F. Clínica División del Norte. Período enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

Tabla 7

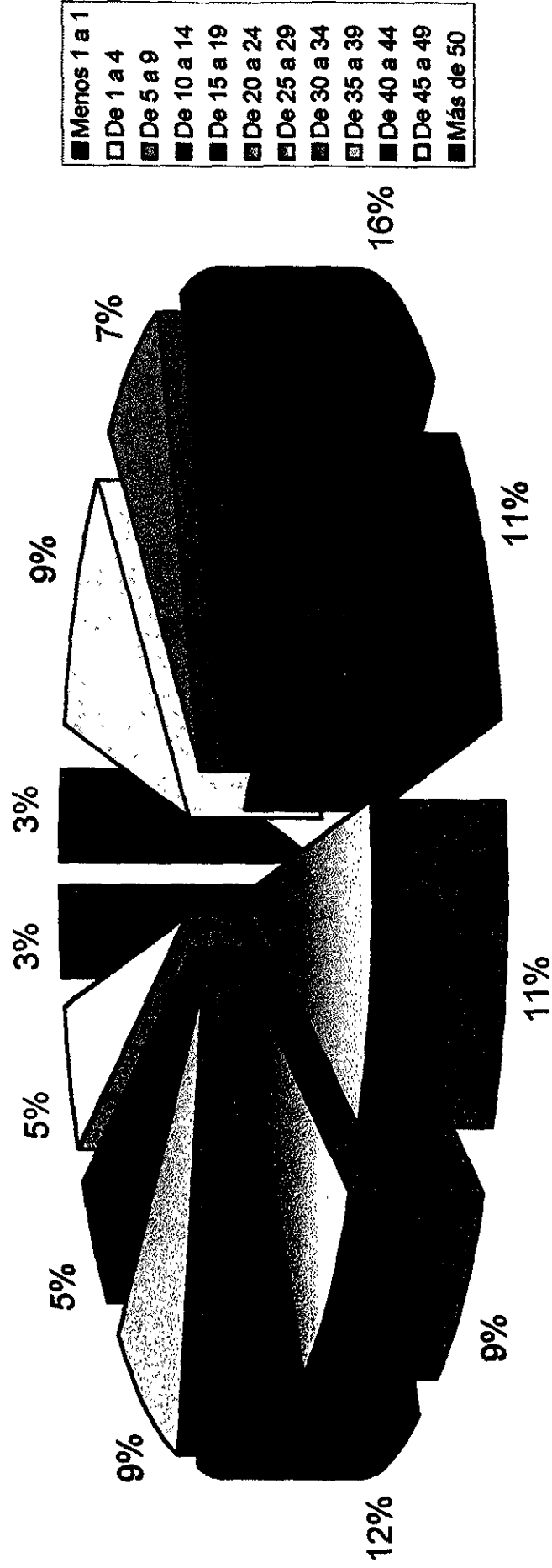
**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

AÑOS	TOTAL	%
Menos 1 a 1	5	3
De 1 a 4	15	9
De 5 a 9	12	7
De 10 a 14	26	16
De 15 a 19	18	11
De 20 a 24	18	11
De 25 a 29	14	9
De 30 a 34	19	12
De 35 a 39	14	9
De 40 a 44	8	5
De 45 a 49	8	5
Más de 50	5	3
TOTAL	162	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15 de la Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15 de la Clínica División del Norte. Período enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

Tabla 8

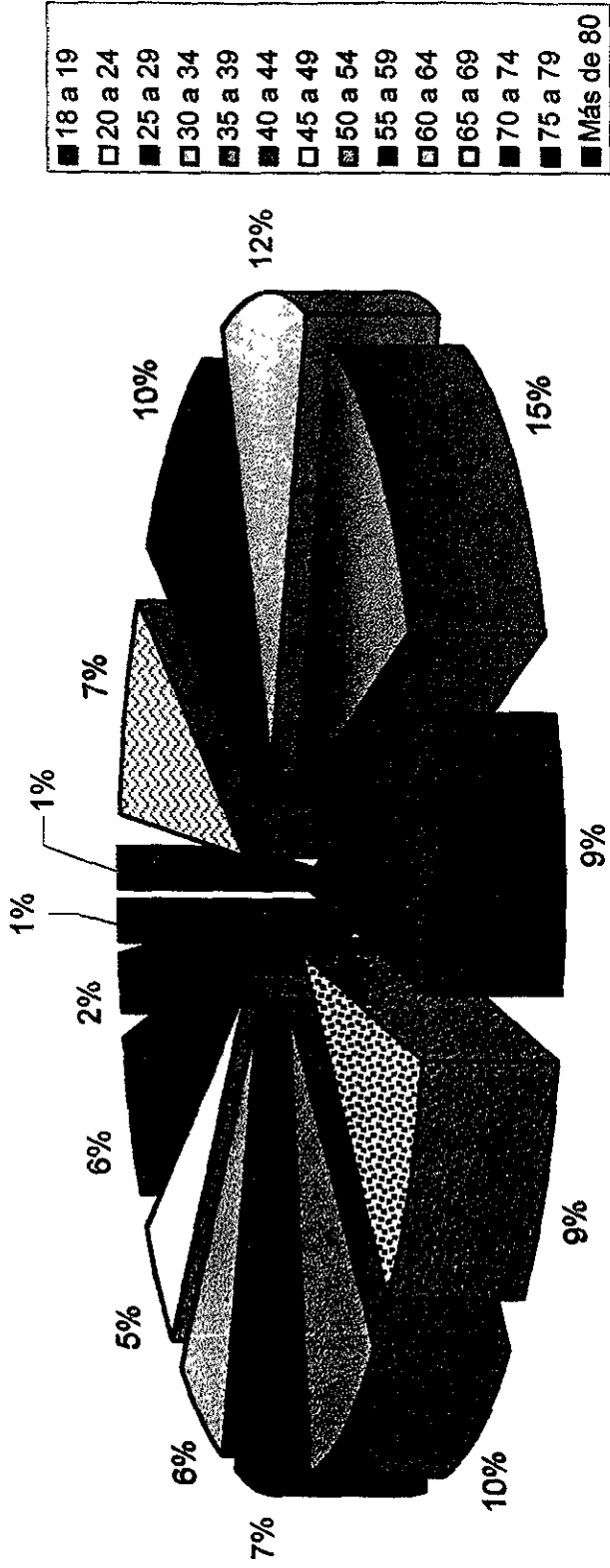
**EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

EDAD	TOTAL	%
18 a 19	3	1
20 a 24	16	7
25 a 29	21	10
30 a 34	24	11
35 a 39	31	14
40 a 44	20	9
45 a 49	20	9
50 a 54	21	10
55 a 59	16	7
60 a 64	13	6
65 a 69	11	5
70 a 74	12	6
75 a 79	4	2
Más de 80	3	1
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
 U.M.F. Clínica División del Norte.
 Periodo enero a diciembre 1998.

Tabla 9

**SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

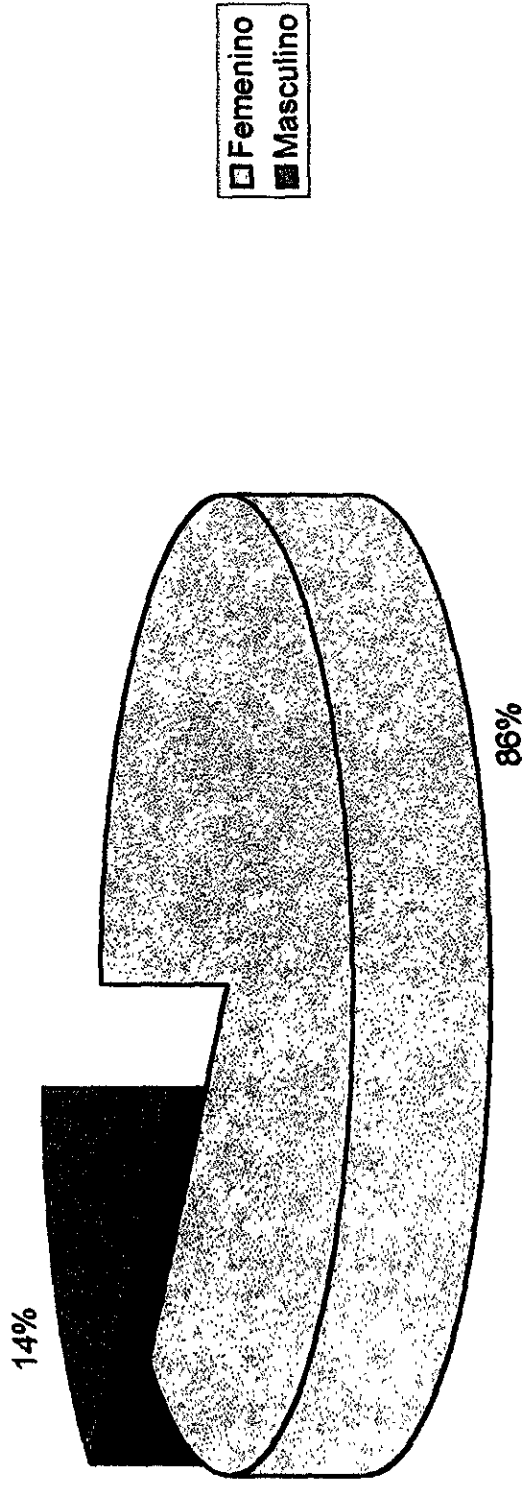
SEXO	TOTAL	%
Femenino	185	86
Masculino	30	14
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra Segura Martínez

Gráfica 9

SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte.
Periodo enero a diciembre 1998.

Tabla 10

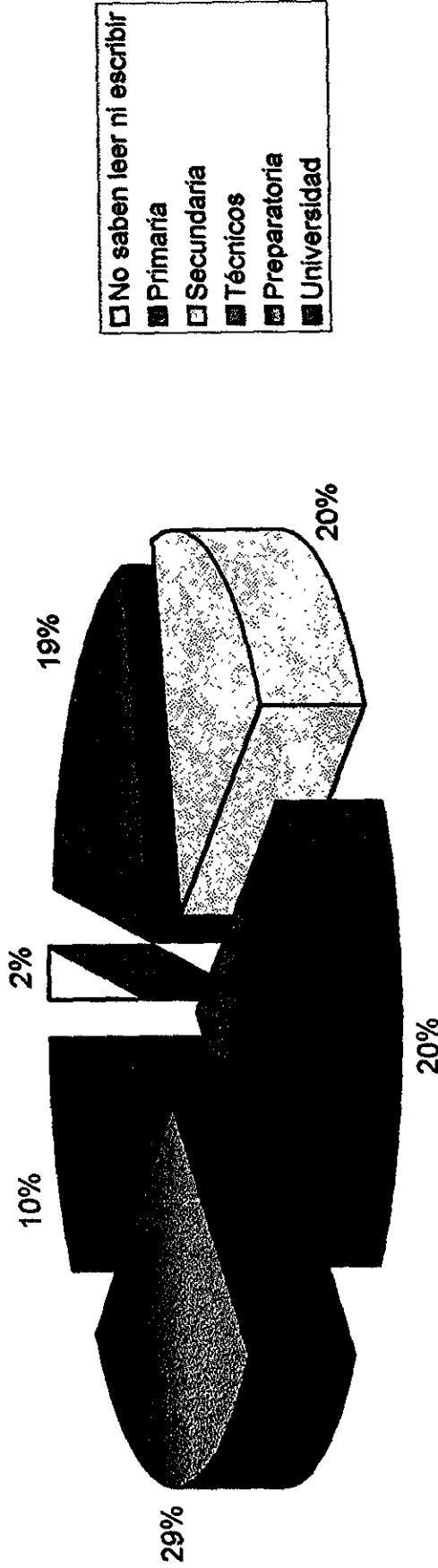
**ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

ESCOLARIDAD	TOTAL	%
No saben leer ni escribir	5	2
Primaria	41	19
Secundaria	42	20
Técnicos	44	20
Preparatoria	61	28
Universidad	22	10
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
Clínica División del Norte.
Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1988.

Tabla 11

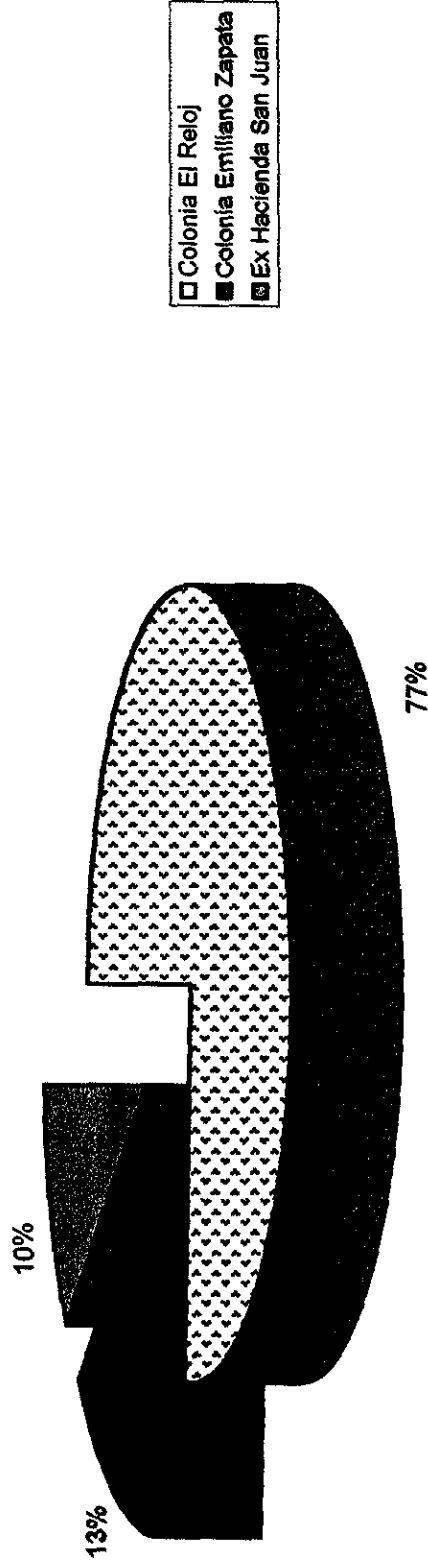
**DOMICILIO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

DOMICILIO	TOTAL	%
Colonia El Reloj	164	76
Colonia Emiliano Zapata	29	13
Ex Hacienda San Juan	22	10
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15, durante enero a diciembre 1998, U.M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

DOMICILIO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15, durante enero a diciembre 1998. U.M.F. Clínica División del Norte.

Dra. Segura Martínez

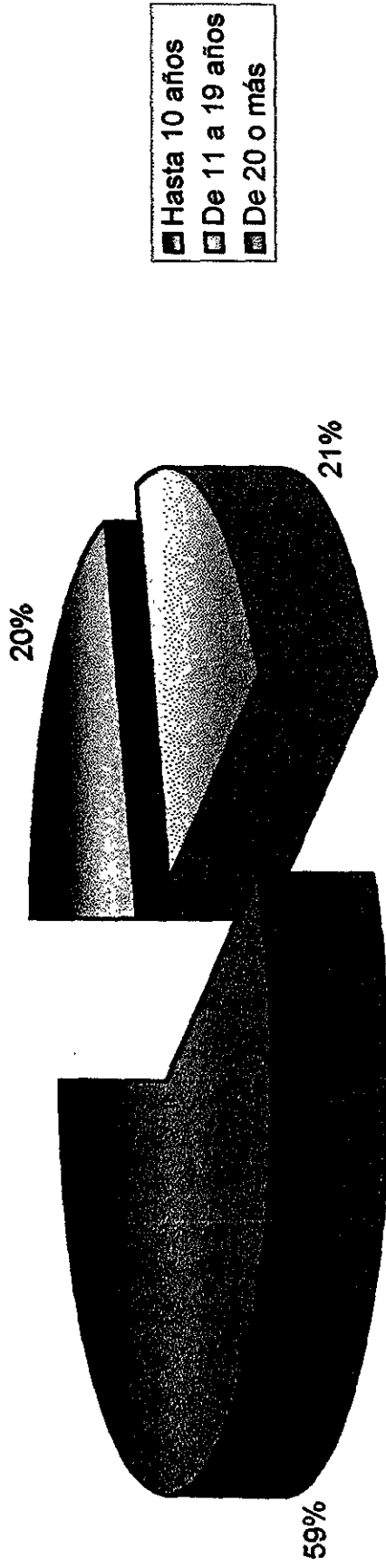
**NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

NÚMERO DE HIJOS	TOTAL	%
Hasta 10 años	111	20
De 11 a 19 años	118	21
De 20 o más	320	58
TOTAL	549	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martinez

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte.
Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

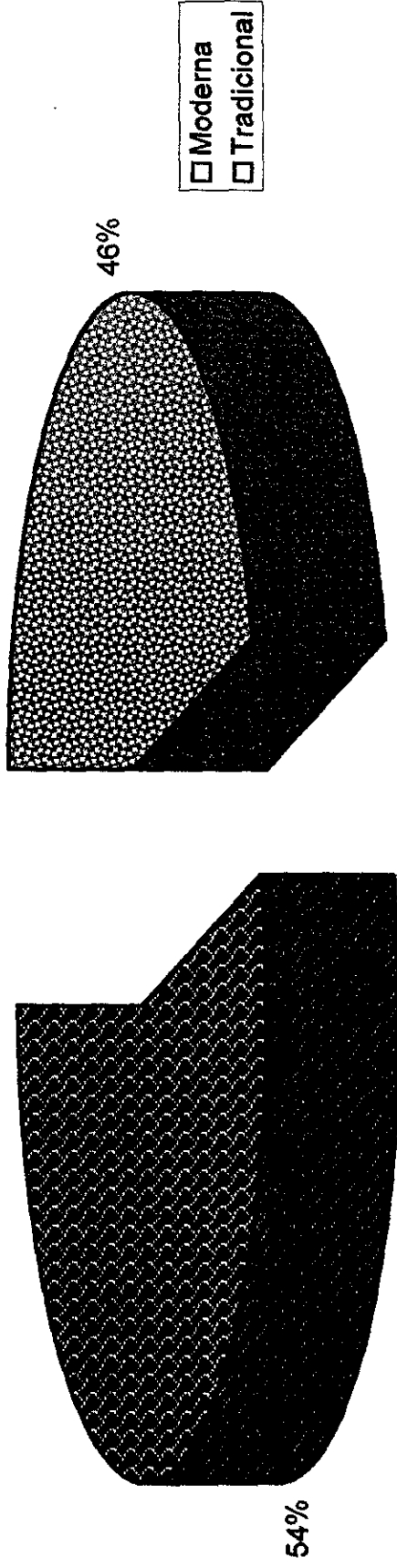
**TIPO DE FAMILIA
DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

DESARROLLO	TOTAL	%
Moderna	98	46
Tradicional	117	54
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra Segura Martínez

TIPO DE FAMILIA DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte.
Periodo enero a diciembre 1998.

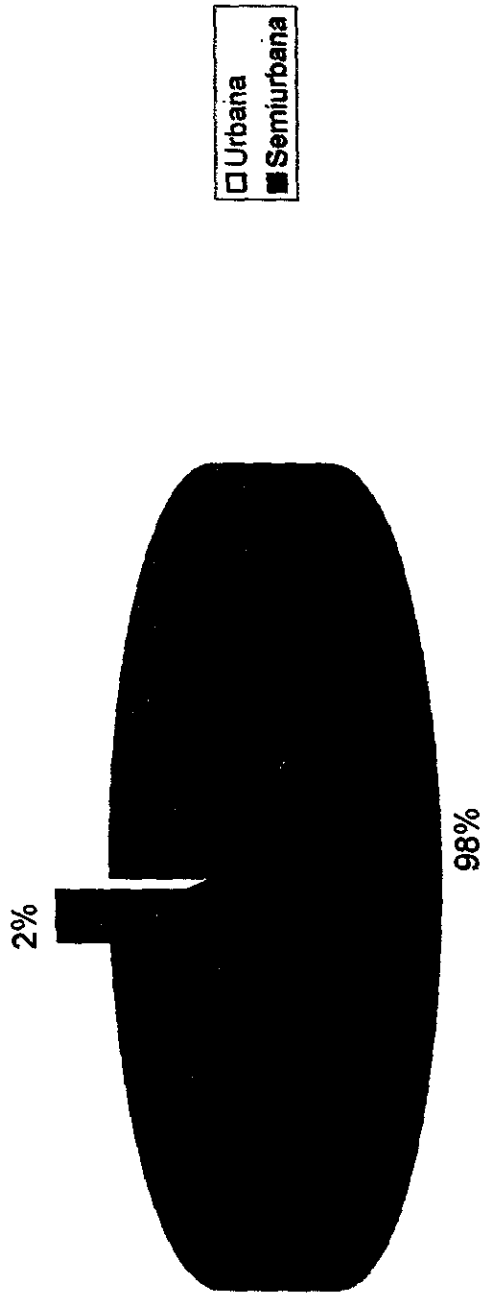
**TIPO DE FAMILIA
DEMOGRAFÍA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

DEMOGRAFÍA	TOTAL	%
Urbana	211	98
Semiurbana	4	2
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martinez

TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



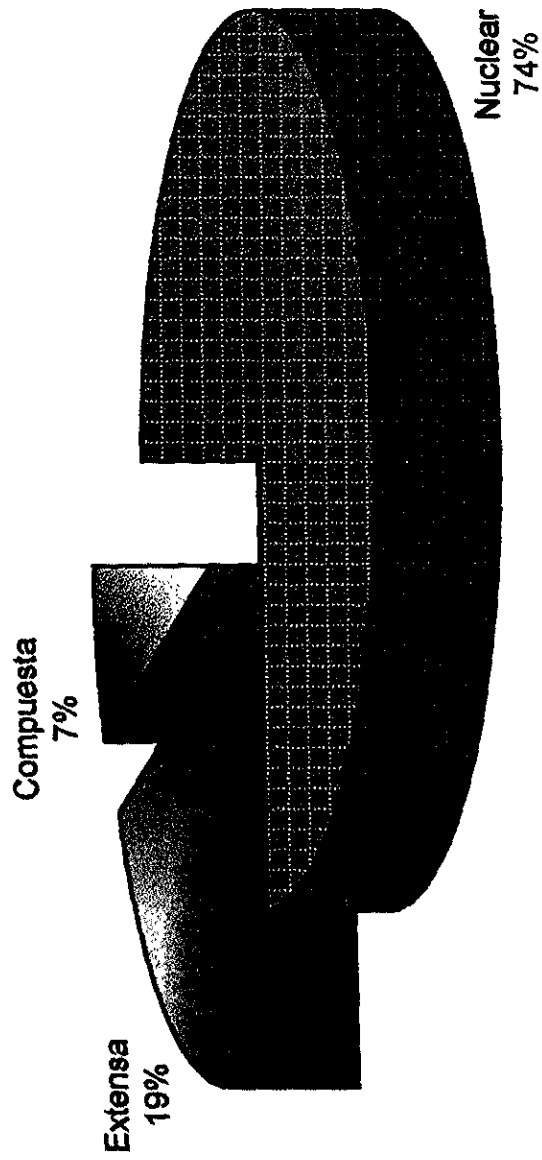
Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte.
Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

**TIPO DE FAMILIA
COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

COMPOSICIÓN	TOTAL	%
Nuclear	160	74
Extensa	41	19
Compuesta	14	7
TOTAL	215	100

TIPO DE FAMILIA COMPOSICION DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte.
Período enero a diciembre 1998.

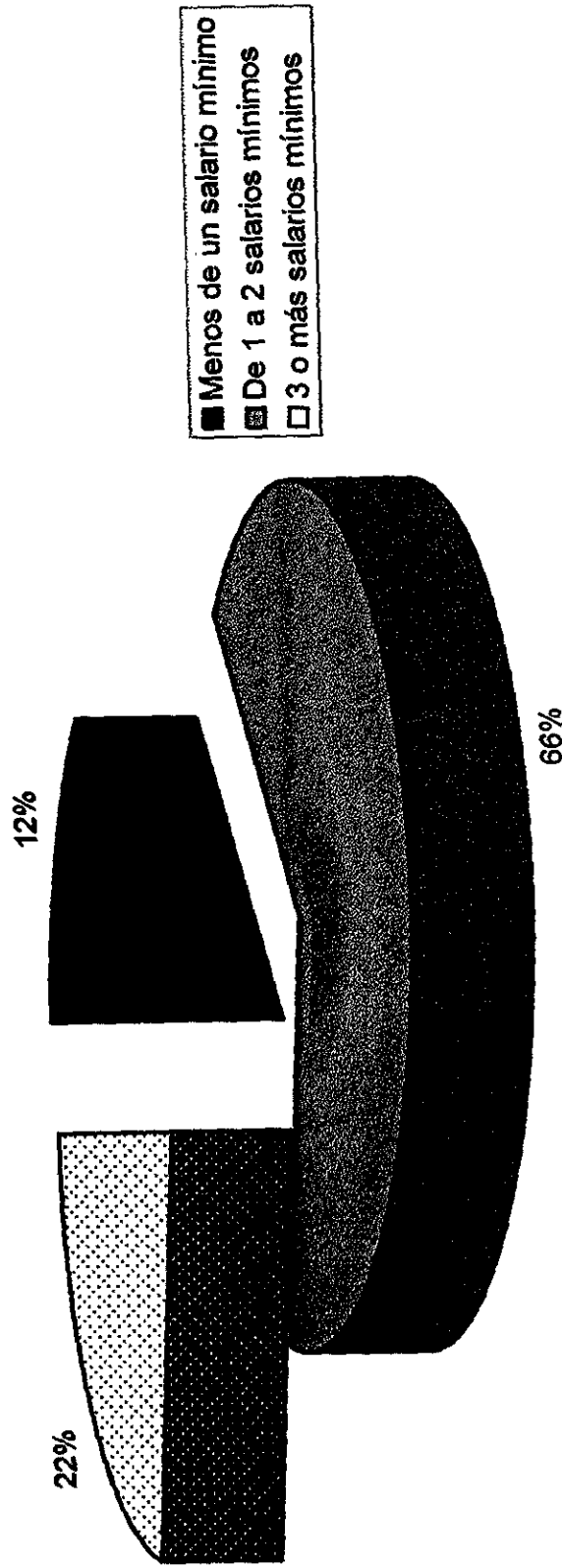
INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

INGRESO MENSUAL	TOTAL	%
Menos de un salario mínimo	26	12
De 1 a 2 salarios mínimos	141	66
3 o más salarios mínimos	48	22
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte.
Periodo enero a diciembre 1998.

Tabla 17

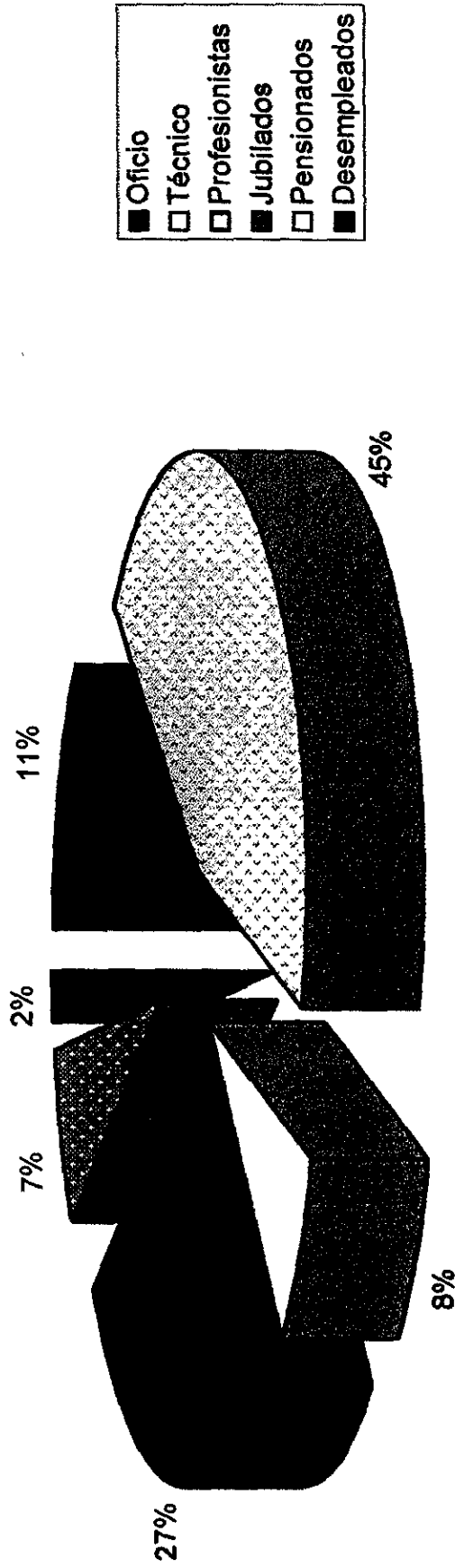
OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

OCUPACIÓN	TOTAL	%
Oficio	23	11
Técnico	96	45
Profesionistas	18	8
Jubilados	59	27
Pensionados	15	7
Desempleados	4	2
TOTAL	215	100

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15.
U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

Dra. Segura Martínez

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



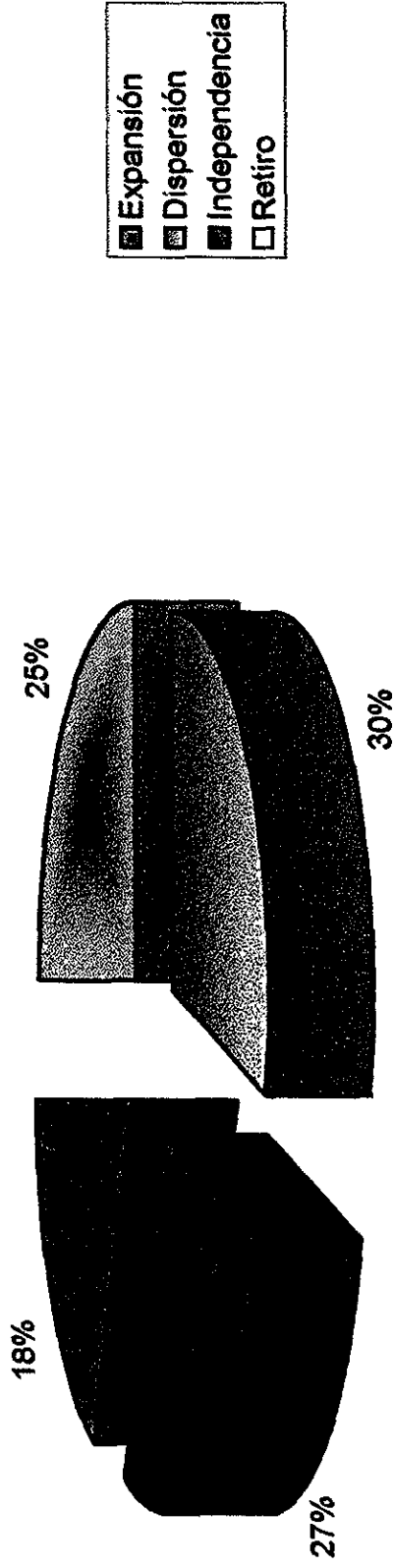
Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15. U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1988.

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

ETAPA	TOTAL	%
Expansión	54	25
Dispersión	63	29
Independencia	59	27
Retiro	39	18
TOTAL	215	100

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

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-15. U.M.F. Clínica División del Norte. Periodo enero a diciembre 1998.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

El total de la población que asiste al consultorio 15, es de 2,290, de las cuales 1,416 con mujeres y 874 son hombres. En la pirámide poblacional obtenida (gráfica y tabla 1) se encontró que el grupo de menores de una año es el que ocupa menor porcentaje en nuestra población, y el rango de 40 a 44 es el que predomina en el sexo femenino y el de 5 a 9 años en el sexo masculino.

En la distribución por grupos de edad en ambos sexos se observa que el mayor porcentaje se encuentra dentro del rango de 20 a 44 años perteneciente al grupo de adultos jóvenes. (Tabla y gráfica 3).

El grupo de mujeres en edad reproductiva se encuentra dentro del rango entre 40 a 44 años y el de menor porcentaje en el grupo de 20 a 24 años. (Tabla y gráfica 4).

Dentro de las principales causas de consulta durante el año 1998, se encuentran en primer lugar los padecimientos por infección en vías respiratorias altas, seguidas por las crónico - degenerativas como HAS y DM, seguidas en menor grado por infecciones gastrointestinales, infecciones de vías urinarias, artritis, colitis, vulvovaginitis, enfermedad ácido - pépticas, y en último lugar lumbalgias, con un promedio de 2,757 consultas en total. (Tabla y gráfica 5).

En el resultado civil de las familias predominan los casados y en menor proporción los padres solteros. (Tabla y gráfica 6).

La edad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar predomina el rango de 35 a 39 años. (Tabla y gráfica 8).

Predomina el grado de escolaridad preparatoria en las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar, con un porcentaje menor de personas analfabetas. (Tabla y gráfica 10).

En la tabla y gráfica 13 se representa un mayor porcentaje en familias que de acuerdo a su desarrollo son tradicionales, seguidas de las modernas.

Predominan las familias que en base a su demografía se consideran urbanas, con menor proporción las semiurbanas. (Tabla y gráfica 14).

En base a la composición de las familias predominan las familias nucleares, seguidas de las familias extensas y compuestas. (Tabla y gráfica 15). El ingreso mensual que predomina es el de uno a dos salarios mínimos en éstas familias. (Tabla y gráfica 16).

La etapa de ciclo vital que predomina es la etapa de dispersión y con menor porcentaje las familias en fase de retiro. (Tabla y gráfica 18).

DISCUSION DE RESULTADOS

La población total de la U.M.F. División del Norte cuenta con 25,358 derechohabientes, de los cuales la población total que asiste al consultorio 15 es de 2,290 derechohabientes, de éstos el 61.8% corresponde al sexo femenino y el 38.2% al sexo masculino.

En comparación con los datos que reporta el INEGI, la población femenina es mayor al sexo masculino, con un porcentaje del 52.6% y para la población masculina de 47.4%. (35)

De la población total de nuestro estudio corresponde un 13.9% a la población infantil considerando las edades de menos uno a nueve años. La población de los adolescentes fue de un 12.2% entre las edades de 10 a 19 años. La población adulta se divide entre los mayores de 19 años y los menores de 65 años fue de 57.3% y los mayores de 65 años de 16.55%.

La población infantil ocupa el tercer lugar, en cuanto a porcentaje es una de las etapas que se debe dirigir la mayor parte de los programas con enfoques preventivos a futuro, pues como se observó en los estudios realizados por M. D. Estevez González (26), es bien conocida la relación existente entre la dieta y salud en el desarrollo infantil.

La población adolescente ocupa el cuarto lugar, siendo baja la demanda de la atención médica, pues como lo comenta R. Colino Nevot (29), a pesar que en esta edad existen problemas de salud de gran importancia como drogadicción, accidentes, anticoncepción, etc., el adolescente no demanda atención por indiferencia, factores emocionales, culturales o debido a que el adolescente no encuentra un profesional adecuado para comentar sus problemas de salud. (29)

El 16.55% de la población lo ocupan los mayores de 65 años, es una población compuesta en su mayoría por los trabajadores jubilados, padres y esposas, en ellos en los que se debe realizar un trabajo de educación y autocuidado por las características de las patologías crónicas que son afectadas propios de la edad dicho por J. Bayo en su estudio. (30)

Respecto a las diez patologías más frecuentes observado en el consultorio 15 de la U.M.F. División del Norte podemos mencionar que las infecciones de vías respiratorias altas se encuentren en primer lugar de morbilidad, lo cual correlaciona con los estudios realizados por Jack. H. Madalie (31), en los cuales encontró que los problemas respiratorios son los más comunes en diferentes partes del mundo y en todas las etapas de las edades son susceptibles a padecerlas.

La hipertensión arterial sistémica ocupa el segundo lugar en incidencia, dentro de la población perteneciente a este consultorio, seguido de la diabetes mellitus. Ambas enfermedades se engloban dentro de grupo de las enfermedades crónicas y que ocasionan una alta incidencia a la consulta médica, pues es el nivel de atención primaria donde se detecta y se da tratamiento y seguimiento de ambas. Por ello es importante realizar programas de autocuidado como lo menciona C. German C. Heierle (32), a fin de lograr que el paciente realice actividades que promuevan la salud, se hagan cargo de su medicación cuiden su dieta y efectúen ejercicios logrando con esto una menor demanda del servicio de atención.

En orden decreciente se encontraron las siguientes patologías: gastroenteritis, urosepsis, artritis, colitis, vulvovaginitis, Sx. Ácido péptico y lumbalgias.

De las familias de la población en estudio, se observa que el 64.1% de las familias son casadas, pensándose en una mayor estabilidad familiar, con prevalencia de unión conyugal de 10 a 14 años.

La familia tradicional ocupó el primer lugar de nuestro estudio ocupando el 54.4%. Según lo estudiado por Irigoyen Coria y colaboradores (2), señalan a la familia tradicional con un máximo de 60%.

El 98.1% de las familias encuestadas, se encuentran en población urbana, correspondiendo el 1.9% a la población semiurbana, prescindiendo este último de algunos de los servicios básicos de urbanidad.

Se encontró que la composición de las familias más frecuente es la nuclear con 74.4%, el 29.3% se encuentra en la etapa de dispersión del ciclo vital, sobresaliendo en esta etapa la edad de formación académica de los hijos, preparándose el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, según Irigoyen Coria (2).

El número de hijos de las familias encuestadas predomina la edad entre 20 o más años con un 58.3%.

La escolaridad es importante, da un enfoque general al médico sobre el nivel académico y cultural de la población que maneja, en la población estudiada predominó en un 28.3% el nivel medio básico, seguido de nivel técnico y sólo 10% de profesionistas, llevando esto a un empleo de nivel técnico en un 44.8% con un ingreso familiar entre uno y dos salarios mínimos.

CONCLUSIONES

Se logró detectar las características biosociales y las diez principales causas de morbilidad en la población derechohabiente al consultorio 15 de la U.M.F. División del Norte. I.S.S.S.T.E.

En relación a la pirámide poblacional, predomina el sexo femenino con respecto al masculino.

Se identificaron las características familiares en su totalidad de la muestra estudiada, siendo las más frecuentes: Estado civil; el grupo más numeroso son los casados con una prevalencia de unión conyugal de 10 a 14 años, con grado de escolaridad nivel medio básico, el número de hijos de edad entre 20 o más años.

Las familias en base a su desarrollo son tradicionales, demográficamente urbanas, de composición nuclear, con ingresos mensuales entre uno y dos salarios mínimos, la ocupación de los padres con empleo de nivel técnico, encontrándose en la etapa de dispersión del ciclo vital.

Las diez principales causas de morbilidad de la población estudiada fueron infecciones de vías respiratorias altas, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, gastroenteritis, urosepsis, artritis, colitis, vulvovaginitis, síndrome ácido péptico y lumbalgias.

En base a los resultados obtenidos se concluye que el papel del médico al educar al paciente es importante porque ofrecemos una mejor calidad de vida y salud; las prevenciones oportunas en las diferentes etapas y edades permitirá la disminución de patologías, el uso racionalizado de los servicios de salud.

Para llevar a cabo lo mencionado anteriormente el médico debe contar en su servicio con lo más indispensable, trabajar en conjunto con todo el personal paramédico que cuente su centro de trabajo:

1. Recursos materiales adecuados y condiciones aceptables de las instalaciones, contar con un laboratorio para estudios básicos, etc.
2. Trabajar en conjunto con trabajo social para las prevenciones oportunas, por medio de talleres, visitas domiciliarias, pláticas que interesen al paciente, información por medio de carteles, películas, audiovisuales, etc.
3. Enfermeras de comunidad que son las fuentes de información importante sobre lo que sucede en una comunidad por estar más en contacto con las familias y en el medio ambiente en que se desarrollan.
4. El área epidemiológica es importante su colaboración y trabajar con el médico de familia para valorar los problemas infectocontagiosos de la población y evitar oportunamente su propagación o prevención.
5. El área administrativa y archivo clínico al mejorar su calidad de atención y agilidad de los trámites burocráticos dará una mejor satisfacción al usuario.

BIBLIOGRAFIA

1. Mc. Mtimey I.R. Introducción a la Medicina Familiar, 2ª Edición. Manual de Atención Primaria 1994. Pág. 1-5.
2. Irigoyen Coria A. Col. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª Edición Medicina Familiar, México 1995.
3. Cárdenas de la Peña E. Implantación de la Medicina Familiar en el I.M.S.S. 1954-1955, en: Cárdenas de la Peña E. Medicina Familiar en México, Historia, De. Instituto Mexicano del Seguro Social, México 1974. Pág. 81-124.
4. Hernán San Martín. Tratado General de Salud. Editorial La Prensa Médica Mexicana. Tomo II. Pág. 235-282, 311-331, 420-464.
5. Rafael Alvarez Alba. Salud Pública y Medicina Preventiva. Editorial Manual Moderno. Pág. 8-55.
6. Raymonds Greenberg. Epidemiología Médica. Editorial Limusa 1992. Pág. 1-17.
7. Hernán San Martín. Tratado General de la Salud. Editorial La Prensa Médica Mexicana. Tomo III. Pág. 617-691.
8. Bernett L. Sarah Searl. Manual de enfermedades Transmisibles. De. Limusa. Pág. 9-51.
9. Moreno Altamirano C. Epidemiología Clínica. Editorial Interamericana. 1992. Pág. 11-30.
10. J. N. Morris. Aplicaciones de la Epidemiología. Editorial Salvat. Pág. 33-74.

22. Medalie J. H. Historia Clínica Familiar, bases de datos, árbol familiar de diagnóstico. Capítulo 27, Medicina Familiar, Principios y Prácticas. Editorial Limusa, México 1989. Pág. 465-480.
23. Linton R. Introducción. Historia Natural de la Familia en: From Honrheimer, Parson, Eds. La familia, De. Península de Barcelona 1986. Pág. 1-24.
24. Chávez. Instrumentos de abordaje para el Estudio Integral de la Salud Familiar. Revista Mexicana de Medicina Familiar, 1989. Pág. 47-67.
25. Las condiciones de la salud en las Américas. Edición 1994, Volumen II, Editorial Organización Panamericana de la Salud. Centro de documentación OPS - OMS, México. Pág. 308-320.
26. M. D. Estevez González, J. L. Doreste Alonso. Hábitos alimentarios de la población infantil de un distrito en la Isla Canaria. Revista Atención Primaria. Vol. 14, Número 10, Dic. 1994. Pág. 77-87.
27. Díaz N. L. Galán C. S. "Grupo de autocuidado de Diabetes Mellitus tipo II". Revista Salud Pública en México. Vol. 35. No. 2. Marzo - Abril 1993. Pág. 164-172.
28. Narváez Pinto M. La Familia Mexicana. Revista de Medicina Familiar, 1990. Pág. 50-60.
29. R. Colino Nevot, A. Fernández Barrero y A. Utilización de la consulta de la atención primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados. Revista Atención Médica Primaria. Vol. 16, número 10, diciembre 1995. Pág. 94-100.
30. J. Bayo, M. C. Fernández - Aramburu. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente en un centro de atención primaria. Revista Atención Primaria. Vol. 17, Número 4, 15 de marzo de 1996. Pág. 75-85.

31. Medalie Jack H. Los patrones de morbilidad en la práctica familiar, En: Medalie J. H. Medicina Familiar, principios y prácticas, México, Editorial Limusa, 1987. Pág. 411-417.
32. C. German, C. Heierle. El control de la hipertensión arterial en la atención primaria: Evaluación de un programa de autocuidado. Revista Atención primaria. Volumen 13. Número 1, 1º de enero 1994. Pág. 3-7.
33. C. Jiménez Mena. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud, según grupos de edad. Revista de atención primaria, 1992 (42). Pág. 269-272.
34. Cuevas V. R. "Características del sistema de información para la vigilancia epidemiológica". Revista Epidemiología. Volumen 13. Número 6, Sem. 6, febrero 1996.
35. Anuario Estadístico 1997. Subsecretaría de coordinación y desarrollo. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación.

ANEXOS

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ Edo. Civil: Casados ()

U. Libre ()

Años de unión conyugal: _____

Edad: _____ Sexo: M F Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

TOTAL: _____

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo: Moderna () Demografía: Urbana ()
Tradicional () Semiurbana ()

Composición: Nuclear ()
Extensa ()
Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: < de 1 salario mínimo ()
de 1 a 2 salarios mínimos ()
3 ó más salarios mínimos ()

Ocupacion de los padres de la familia: _____

Etapas del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA

GRUPO DE EDAD Y SEXO																			
Diagnóstico	0 - 1		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 30		31 - 34		34 ó más		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			

Fuente: Hoja de Reporte Diario del Médico. Clínica Medicina Familiar () Censo ()
Fecha