

11226

33
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION**



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HGO.
CLAVE: 130400**



**MODELO SISTEMATICO DE ATENCION
MEDICO FAMILIAR**

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

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO FERNANDEZ HERNANDEZ

HUEJUTLA, HGO, 1999.

TESIS CON

23/5/99



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:

CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO

(CLAVE 130400)

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICO FAMILIAR

ISSSTE
Subdirección Gral. Médica
Delegación de los Serv. Médicos



CLINICA
Huejutla, Hgo.



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

P R E S E N T A :

DR. ALEJANDRO FERNANDEZ HERNANDEZ

HUEJUTLA, HIDALGO

1999



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

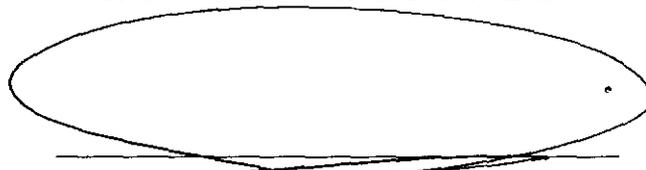
Delegación Hidalgo

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICO FAMILIAR

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

DR. ALEJANDRO FERNANDEZ HERNANDEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

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

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

**COORDINADOR DE INVESTICACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

Delegación Hidalgo

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

P R E S E N T A :

DR. ALEJANDRO FERNANDEZ HERNANDEZ

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICO FAMILIAR

DRA. VIOLETA GARCIA LOPEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CLINICA HOSPITAL ISSSTE
HUEJUTLA, HIDALGO.**

DRA. VIOLETA GARCIA LÓPEZ

ASESOR DE TESIS

DR. JOSE CASTRO CANTE

ASESOR DE TESIS POR PARTE DE ISSSTE

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**

CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO

(CLAVE 130400)

ENERO DE 1999

INDICE

	PAG.
I.- MARCO TEORICO.....	1
1.1. LA MEDICINA FAMILIAR.....	1
1.2. LA FAMILIA.....	12
HIPOTESIS ETIMOLOGICA DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA.....	12
DEFINICION DE LA FAMILIA.....	13
EVOLUCION DE LA FAMILIA.....	15
CLASIFICACION DE LA FAMILIA.....	16
CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	17
FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	18
FASES DEL MOSAMEF.....	20
PANORAMA EPIDEMIOLOGICO.....	21
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
III.- JUSTIFICACION.....	23
IV.- HIPOTESIS.....	25
V.- OBJETIVOS.....	26
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	26
5.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	26
VI.- METODOLOGIA.....	27
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	27
6.2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	27
6.3. UNIVERSO DE ESTUDIO.....	27
6.4. TIPO DE MUESTRA.....	27
6.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	28
6.6. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	28
6.6.1. CRITERIOS DE INCLUSION.....	28
6.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	28
6.6.3. CRITERIOS DE ELIMINACION.....	28
6.7. VARIABLES.....	28

6.8.	PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION	29
6.9.	CONSIDERACIONES ETICAS	30
VII.-	RESULTADOS	31
	FASE I	31
	FASE II	31
	FASE III	32
	PIRAMIDE DE POBLACION	34
	CUADROS Y GRAFICAS DE RESULTADOS	36
	ANALISIS DE RESULTADOS	54
VIII.-	CONCLUSIONES	56
IX.-	LINEAS DE ACCION	57
X.-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
XI.-	ANEXOS.	

1.- MARCO TEORICO

1.1 LA MEDICINA FAMILIAR

El avance científico ha provocado un desarrollo acelerado de los conocimientos médicos que ha favorecido la aparición de las especialidades, esto unido a las características epidemiológicas de nuestro país, han creado la necesidad de contar con un personaje que pueda responder a ésta problemática de atención, surgiendo así el especialista en medicina familiar. Para poder enfrentar éste reto, es necesario que el médico familiar cumpla las funciones básicas de atención integral a la salud y desarrolle conocimientos y habilidades que permitan consolidar su especialidad y obtener el reconocimiento profesional y social tanto en la práctica institucional como en la privada (1).

La identificación de un concepto de medicina familiar no es sencilla, puesto que diversos autores y en diversas épocas han hecho esfuerzos por comprender su esencia. La dificultad radica en la integración de una diversidad de ideas que comprenden a la medicina familiar como una disciplina académica, como una especialidad médica y como un modelo de atención a la salud (2).

Entre los pueblos primitivos, sumergidos en el pensamiento mágico, el origen de las enfermedades se atribuyó a sucesos sobrenaturales entre los que se encontraba la ira de los dioses o la venganza de los muertos, recurriendo el médico de entonces a los amuletos, exorcismos o bien, al sacrificio de víctimas para agradar a seres sobrenaturales.

Congruentes con las ideas prevalecientes en cada época la medicina fue sacerdotal entre los egipcios filosófica en las ciudades griegas, pragmática en el imperio romano, religiosa en la edad media y humanista en el renacimiento.

La actividad del médico pudo convertirse en científica gracias a la evolución del pensamiento humano y al prestigio que las ciencias fueron adquiriendo en los círculos ilustrados de la sociedad.

Con el aislamiento de las bacterias y el desarrollo de las vacunas, se introdujo el concepto de prevención de enfermedades; al aparecer la anestesia, fue posible la realización de diversas intervenciones quirúrgicas; el advenimiento de las sulfanamidas y de la penicilina provocaron un rápido y explosivo avance de la medicina científica, produciéndose una gran cantidad de conocimientos, haciendo casi imposible para una persona ser experta en todas las ramas médicas, fragmentándose así la profesión y dando lugar así a las especialidades. Esto si bien favoreció la calidad de la atención médica también ocasionó despersonalización en el trato médico-paciente y elevó el costo de los servicios (3).

En la medicina azteca se intentó instrumentar una medicina integral, la cual estaba enfocada en la prevención y en la investigación. En la antigua Tenochtitlán el aprovisionamiento de agua para beber no procedía del gran lago, sino que era traída por grandes acueductos desde Chapultepec a la capital.

El control sanitario de la Ciudad era muy estricto, ya que los habitantes que arrojaban basura o desperdicios al lago eran fuertemente castigados por atentar *contra la salud de la población, había letrinas instaladas en toda la capital azteca para prevenir la contaminación del lago, la basura pública era barrida y las calles lavadas diariamente por una cuadrilla de trabajadores en números de 1000 al día; la higiene personal era escrupulosa y exigía el baño diario a los habitantes, el mismo Moctezuma II, se bañaba y cambiaba de ropa cuatro veces al día, se propiciaba la higiene dental al lavar los dientes con una pasta hecha a base de cenizas como abrasivo y miel para el gusto y el olor.*

La práctica médica era realizada por distintos especialistas; había cirujanos de guerra, hueseros, obstetras, oftalmólogos y dentistas que atendían a los guerreros como el resto de la población.

Un aspecto importante era el papel asignado a la investigación médica, la cual era promovida por investigadores de tiempo completo dedicados a experimentar con plantas y animales en el zoológico y el laboratorio de herbolaria más grande en Latinoamérica, instalado precisamente en el valle de México, en Chapultepec y Oaxtepec principalmente (4).

En 1976 Julio de León expresa la necesidad de formar un médico diferente y con las siguientes características:

Un médico general. Que sea conciencia de los problemas de la comunidad. Que tenga fuerte vocación de servicio. Con preparación científica que le permita resolver problemas sin recursos de gran ciudad. Que tenga habilidad de ingenio. Capaz de autoeducarse que sea conductor y orientador de un grupo multiprofesional. Que dignifique la relación médico-paciente y que la extienda a una relación médico-comunidad, a través de la familia. Que conozca los factores económicos que influyen sobre el mismo, su paciente y su comunidad. Que conozca la dinámica y la estructura de la sociedad dentro de la cual se mueve (5).

ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

En el IMSS desde 1954, en que se instauró el sistema Médico Familiar como modelo de atención médica se tuvo la intención de cubrir grupalmente las necesidades de salud de los derechohabientes a través de un sistema que a pesar del nombre atendía por separado a niños y adultos, éste modelo operó por más de 20 años y poco se pudo lograr para incidir en la salud familiar.

El 15 de marzo de 1971, inicia formalmente el curso de Especialización en Medicina Familiar con 32 alumnos, con la firme intención de atender las necesidades de salud familiar por especialista de corte horizontal y con una fuerte carga de materias sociales y preventivas. Este primer programa de medicina familiar pretendía formar especialistas capaces de brindar una atención integral, básicamente de tipo preventivo proponiendo como ejes de ésta acción contenidos en medicina preventiva, sociología, salud pública y medicina social.

Cabe decir que ésta intención contemplaba además la idea de hacer trabajo extramuros como tarea y sumar el trabajo comunitario al proceso formador del especialista; pero quedaban pendientes por instrumentar los contenidos teórico-conceptuales de la atención integral en la práctica del egresado.

En 1972 se incremento a 11 el número de sedes de medicina familiar, extendiéndose a la provincia, en 1973, aumentó a 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes de la residencia; para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del curso de especialización en Medicina Familiar.

Estos esfuerzos institucionales por generalizar una especialidad que pudiera brindar atención médica integral carecían de un programa que efectivamente permitiera una formación integral, pues se omitieron contenidos amplios de psicología e investigación, áreas que fueron consideradas como fundamentales en la elaboración del programa de la especialidad de 1982; no obstante dicha inclusión, éstos contenidos no tenían mucha posibilidad de instrumentarse en virtud de la falta de formación docente de los profesores titulares y adjunto de las distintas sedes.

Debe señalarse que a partir de 1976 y durante los tres años siguientes se implantó el modelo mixto de atención médica desapareciendo los médicos de menores y de adultos, para asignarle núcleos familiares completos a un sólo médico, haciendo factible la atención médica grupal familiar y continua.

A partir de 1986, se han propuesto instrumentaciones metodológicas que acercan a ésta atención integral a través del modelo de abordaje Integral de la Salud Familiar (AISF), que propone básicamente estudiar a la familia desde los ámbitos psicológico, sociodinámico y social y desde las esferas biológica, psicológica y social; contemplando las funciones de asistencias, docencia e investigación y considerando tres momentos: Diagnóstico, pronóstico y manejo (4).

Campo de acción del especialista en medicina familiar (IMSS):

- a) Realizar una medicina integral, modificando la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psicosociales en la comprensión de los procesos salud-enfermedad.

- b) enfocar sus conocimientos para la atención del núcleo familiar. Esta concepción de la enfermedad beneficia a la población, ya que no fracciona al individuo, sino que se le considera parte dinámica de una familia y copartícipe de la salud o la enfermedad.
- c) Compromete su actuar prácticamente bajo cualquier circunstancia sin las limitaciones propias de otras disciplinas, como pueden ser la edad, el sexo, el padecimiento, etc... éste beneficio al enfermo que por principio otorga la disciplina de la medicina familiar, debe realizarse durante todas las etapas de la vida.
- d) Entender sus propias limitaciones. Esta aparente desventaja creada por la amplitud de su campo, en la práctica le permite familia, con una actitud de mesura y madurez ante sus propias limitaciones, capitalizando la pérdida aparente de su aureola de conducir los recursos médicos, apoyar al enfermo y a su deidad y acercándose más al hombre y a su familia, en una relación médico-paciente más auténtica, fructífera y gratificante, mejor que otras disciplinas (6).

CONCEPTO ACTUAL DE MEDICINA FAMILIAR (2).

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

EJES QUE SUSTENTAN A LA MEDICINA FAMILIAR: ESTUDIO DE LA FAMILIA: Permite el entendimiento del entorno bio-psicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar.

CONTINUIDAD: Se comprende desde una perspectiva que Integra los aspectos biológico, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

ACCION ANTICIPATORIA: Se enfoca en el riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinar factores causales (2).

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR

Las perspectivas actuales del ejercicio médico apuntan hacia una marcada desventaja entre el generalista (internista, médico familiar, pediatra general) y los sub-especialistas, (cirujanos de torax, cirugía gastroenterológica, neurocirugía,

Cirugía reconstructiva, etc.) con una notable orientación técnico-intervencionista; provocando los consecuentes problemas de ésta tendencia: costo excesivo, escasa accesibilidad, creciente inconformidad de la sociedad civil, fomento de charlatanes, insatisfacción tanto del paciente como del médico en especial, dentro de las instituciones de Seguridad Social.

Riesgo-Vázquez, propone que a fin de contrarrestar ésta crisis en la atención médica ejercida por los médicos generalistas, se fomente un modelo de perfil profesional que tenga como elemento esencial una estrecha relación médico enfermo que permita utilizar elementos propios de la atención médica primaria como son:

Promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad e incapacidad, cuidados durante las fases agudas y crónicas de la enfermedad, tomando en cuenta factores físicos, emocionales, sociales, culturales económicos y ambientales, seguimiento del paciente en la salud y en la enfermedad, disponibilidad, accesibilidad y atención tanto ambulatoria como hospitalaria además de una coordinación efectiva de los servicios de salud disponibles para el paciente.

Hablar de perfil profesional, es hablar de un modelo ideal del profesionista, que la institución formadora espera alcanzar en sus egresados.

Hablar de sus funciones se refiere definir cuál será su ubicación dentro del esquema general de actividades que la institución desarrolle.

En el caso específico del médico familiar, el perfil y las funciones dependerán de la organización del sistema de salud, la institución en la que desarrolle sus actividades y el sitio en que ejerza su profesión. Esto quiere decir, que el perfil de un sistema de organización social a otro y en el caso de nuestro país, en cual existen una multiplicidad de instituciones, con objetivos propios y metas coincidentes. Por ello, en nuestro país, el perfil y las funciones del médico familiar serán en esencia los mismos, con variaciones institucionales que serán más de formas que de fondo.

Seguro Es así que presentamos el perfil profesional del médico familiar en el Instituto Mexicano Del Social y el propuesto por el Departamento de Medicina Familiar de Medicina de la UNAM, en su programa de Especialización en Medicina que se desarrolla en la Secretaría de Salud y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado.

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR DEL IMSS

Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia, funciones técnico-médicas, técnico-administrativas, funciones de enseñanza e investigación específicas y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales.(8)

PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR SSA/ISSSTE:

El médico General/Familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integral del individuo y su familia.

En la mayoría de las ocasiones, actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica, coordinará la utilización de los recursos para la atención de los mismos y dará atención médica independientemente de la edad, sexo, o el padecimiento del individuo. La medicina que practique éste profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos así como su rehabilitación.

En los casos que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referirlos otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados del mismo.

Desarrollará el hábito de la autoenseñanza, revisará actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua , autoevaluación y auditoría médica. Será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

En cuanto a las funciones del Médico Familiar, estarán también en consonancia con la institución que empleará a dicho profesional. Las funciones que desarrolla el médico familiar en el IMSS, se encuentran bien definidas por la propia institución. En el ISSSTE las actividades que desarrolla son muy similares.(8)

A continuación se muestra el esquema general de funciones del Médico Familiar propuesto por el IMSS por ser la institución de salud con mayor tradición en el entrenamiento académico de médicos familiares.

AREA TECNICO MEDICA

FUNCIONES DE ASISTENCIA MEDICA:

- Brinda atención médica integral y continua tanto al individuo como a su familia, contribuyendo con ello, a la salud comunitaria

Es capaz de ofrecer una atención médica eficiente tanto en el consultorio como en el domicilio del paciente.

Reconoce los límites de su competencia y responsabilidad, es capaz de consultar a otros especialistas y deriva a otros niveles de atención médica a los pacientes cuando así lo ameritan.

Realizar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al modelo propuesto en la historia natural de la enfermedad.

Usa los recursos de la familia, la institución y la comunidad para la adecuada solución de problemas de salud individuales y familiares.

Integra y aplica sus conocimientos sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención médica del paciente y su familia.

Reconoce los aspectos inherentes a la relación médico-paciente, médico-familia y es capaz de emplearse en la solución de problemas.

Se responsabiliza del manejo de cierto tipo de padecimientos ya sean éstos agudos ó crónicos, infecciosos, degenerativos, orgánicos o psicosociales.

Tiene conocimientos suficientes que le permiten realizar estudios de estructura y dinámica familiar y en base a ellos establece planes de manejo, para la solución de situaciones disfuncionales en la familia.

FUNCIONES DE ASISTENCIA QUIRURGICA

Realiza el diagnóstico de algunas entidades nosológicas que ameritan tratamiento quirúrgico y es capaz de establecer las medidas esenciales de manejo preoperatorio.

Efectúa actos quirúrgicos de cirugía menor que por lo general, no requieren atención en el quirófano, ni de anestesia general.

Reconoce cuando cuándo la evaluación postoperatoria a mediano y largo plazo es o no satisfactoria y deriva al paciente para reintervención ó asistencia quirúrgica cuando es necesario.

FUNCIONES DE SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA

Realiza periódicamente el estudio de salud de su población derechohabiente y en base a ellos identifica grupos específicos de riesgo.

Efectúa acciones de promoción de la salud y protección específica en su población derechohabiente, con la colaboración del equipo de salud.

Sus acciones las orienta principalmente a la conservación de la salud de su población más que a la restauración del daño.

Diseña y participa junto con su equipo de salud, en programas específicos de salud Pública y Medicina Preventiva tales como: Planificación Familiar, Orientación Nutricional, educación higiénica, detección de padecimientos crónico degenerativos y todos aquellos programas de salud público son prioritarios dentro de la institución.

AREA TECNICO-ADMINISTRATIVA

FUNCIONES DE PLANEACION Y ORGANIZACIÓN

Planifica sus acciones para la atención médica de pacientes que requieren un cuidado breve prolongado.

Indica a la población derechohabiente sus derechos y obligaciones y les señala el uso de recursos institucionales y

extrainstitucionales para elevar su nivel de salud.

Organiza los recursos disponibles en el primer nivel para ofrecer a su población derechohabiente una atención eficiente, oportuna y con sentido humano.

FUNCIONES DE DIRECCION

Establece niveles de responsabilidad en su personal para desarrollar eficientemente las actividades de atención médica.

Señala a cada uno de los miembros de su equipo de salud funciones y actividades específicas para la atención del paciente y su familia.

Utiliza los recursos de la familia para la solución de sus problemas.

FUNCIONES DE EVALUACION Y CONTROL

Identifica el grado en el que se logran las metas personales e institucionales, empleando para ello instrumentos de evaluación apropiados.

Define junto con su equipo de salud, los factores que influyen como *facilitadores* u *obstaculizadores* en el desarrollo de acciones sanitarias.

Aplica medidas correctivas que estimulan la consecución de objetivos de salud en la población derechohabiente a su cargo

AREA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

FUNCIONES DE ENSEÑANZA.

Desarrolla actividades de enseñanza dirigidas a su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación .

Participa en actividades de educación continua oficialmente reconocidas por la institución tales como cursos monográficos, adiestramiento en servicio, visitas de profesores extranjeros, etc.

Desarrolla su autoenseñanza con el proposito de elevar la calidad y cantidad de sus conocimientos, que le permiten tener estándares de atención médica satisfactorios.

FUNCIONES DE INVESTIGACION

Participa en programas de investigación promovidos por la institución.

Diseña y realiza investigaciones de problemas de salud de su población y aplica los resultados a la solución de los mismos (7).

1.2 LA FAMILIA

ORIGEN DE LA PALABRA "FAMILIA"

Hay varias hipótesis:

Taparelli : La palabra familia deriva del latín FAMES (hambre), ya que es una de las necesidades que resuelve ésta asociación.

Marques de Morante : la palabra familia deriva de FAMULUS (siervo), a su vez del primitivo FAMUL, originado de la voz osca FAMEL que significa esclavo.

Mendizábal: El origen de la familia deriva de FAMES (hambre)por lo que se traduce como "hambriento de hambre".

Rodríguez de Zepéda: conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinados a un superior común y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

Trendenlemburg : Existen en la familia tres sociedades unidas: la conyugal, la paternal filial y la heril.

Anónimo del siglo XIII: gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.

Fernández de Moratín : conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Góngora: cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.

Alarcón: Gente que el señor sustenta dentro su casa.

DEFINICIONES DE FAMILIA

Aunque el término ha definido de distintas formas el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en 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 cuándo la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por este que cada forma particular de la familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

CONCEPTO DE LA ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS

Es el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio (22).

CONCEPTO NORTEAMERICANO

La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. (22)

CONCEPTO CANADIENSE

El grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (22)

EVOLUCION DE LA FAMILIA

FASE	NOMBRE	CARACTERISTICAS
I	Promiscuidad inicial	<ul style="list-style-type: none">• Promiscuidad absoluta• Nula reglamentación consuetudinaria entre padres e hijos• El parentesco es señalado por la línea materna.
II	Familia Punaluena "Punalúa"	<ul style="list-style-type: none">• Familia por grupo• Los hombres de un grupo con considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo: dos grupos completos están entre sí casados.
III	Familia Sindíasmica "emparejada"	<ul style="list-style-type: none">• Autoridad matriarcal• Economía domestica común.• Coexisten varias parejas, pero no obstante, mantienen su independencia.
IV	Familia patriarcal monogenica	<ul style="list-style-type: none">• Aparece la autoridad absoluta del jefe de familia.• Importante desarrollo de la agricultura.• Antecedente directo de la familia moderna.• El padre de familia es el único dueño del patrimonio familiar.• El padre de familia se consolida como el representante religioso en el culto doméstico.
V	FAMILIA EXTENSA	<ul style="list-style-type: none">• Comprende abuelos, padres, hijos colaterales, amigos y sirvientes.• Forma de organización familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico.
VI	FAMILIA EXTENSA	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones muy estrechas entre abuelos, padre, e hijos, Primos y sobrinos.• Familia característica de zonas rurales.
VII	FAMILIA CONYUGAL Moderna (familia nuclear)	<ul style="list-style-type: none">• Relaciones sólo entre padres e hijos, tienen relación con demás familiares sólo en forma ocasional. (23)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL

En base a su desarrollo:

- Moderna (cuando los dos cónyuges trabajan.)
- Tradicional (cuando solo un cónyuge trabaja.)
- Arcaica o primitiva.

Se considera que en México el 40% corresponde a la familia moderna, el 50% a la tradicional y arcaica o primitiva, el 10%.

En base a su demografía:

- Urbana
- Rural

Proporción aproximada en México: Rural 40%, Urbana 60%.

En base a su integración:

- Integrada
- Semi-integrada
- Desintegrada

Integrada: En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Desde el punto de vista tipológico (según la ocupación de uno o ambos cónyuges):

- Campesina
- Obrera
- Profesional

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Esquema propuesto por Geyman en 1980 es el más utilizado en México.

FASE DE MATRIMONIO: Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo éste ciclo con la llegada del primer hijo.

FASE DE EXPANSION: Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre indica, la familia se dilata, se "expande".

FASE DE DISPERSION: En ésta fase, los hijos asisten a la escuela y ninguno trabaja.

FASE DE INDEPENDENCIA: Los hijos han formado nuevas familias. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia".

FASE DE RETIRO Y MUERTE: Se identifican cuatro circunstancias más difíciles:

- incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico degenerativas)
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos.

La familia de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen o recluyéndolos en asilos para ancianos.

En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; ésta situación que conlleva el riesgo de provocar “ingerencias peligrosas” en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando su experiencia y su sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela, no debe perderse porque es signo viviente de nuestra tradición cultural. (8)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

SOCIALIZACION: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente independiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los primeros seis años de vida, ya que a partir de éste momento, habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos como es el caso de la escuela primaria.

CUIDADO: Esta función, clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella:

- Alimentación
- Vestido
- Seguridad física
- Apoyo emocional

AFEECTO: Esta actitud hacia nuestros semejantes se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con ésta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares.

REPRODUCCION: Llanamente se ha definido a la familia como a la institución encargada de "proveer de nuevos miembros a la sociedad", aún cuando debemos aclarar, que esta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso *de efectuar ésta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: salud reproductiva.*

ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO: Aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente, como el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle 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.

El conocimiento de éstas funciones de la familia, son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico familiar (9).

FASES DEL MOSAMEF.

Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme a esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar (*estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria*) ejecutando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente insatisfacción tanto de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutive y de seguimiento.

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 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 redundará 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 líneas de investigación en ésta disciplina.

Presentamos el Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar en forma de protocolo de investigación, siguiendo el esquema propuesto por la Jefatura de Servicios de Investigación de la Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO.

La transición epidemiológica del país lo ubica en un mosaico de padecimientos, entre los cuales se presentan tanto como problemas infecto-contagiosos propios de los países subdesarrollados, así como los accidentes, violencias y patologías crónico degenerativas que afligen habitualmente a la población de los países desarrollados.

(24).

La población en México presenta individuos en edad de trabajar (15-64 años) y representa más de la mitad de los habitantes del país (57 millones); al final del siglo seremos, aproximadamente 100 millones de mexicanos. De acuerdo con las tendencias actuales, el ritmo de crecimiento de la población menor de 5 años se mantendrá estable hasta el final del siglo y posteriormente disminuirá. En cambio, el grupo en edad de estudiar alcanzará un máximo histórico de casi 20 millones, mientras que la edad de trabajar, sumará 62 millones y la cantidad de personas de la tercera edad será próxima a los 5 millones. (25).

CAUSAS DE MORBILIDAD NACIONAL. (26).

1.- IRAs. 2.- EDAs. 3.- Amibiasis. 4.- Ascaridiasis. 5.- Otitis Media. 6.-HAS. 7.- Neumonías. 8.- Diabetes M. II. 9.- Escabiasis. 10.- Parotiditis.

CAUSAS DE MORBILIDAD ESTATAL. (27)

1.- IRAs. 2.- Infecciones Intestinales, otros organismos y las mal definidas. 3.- Amibiasis Intestinal. 4.- Ascaridiasis. 5.- IVUs. 6.- Otitis Media A guda. 7.- Otras Helmintiasis. 8.- HAS. 9.- Anemias. 10.- Dermatitis.

CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA JURISDICCION SANITARIA NUMERO DIEZ DE HUEJUTLA.

1.- IRAs. 2.- Amibiasis Intestinal. 3.- Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas. 4.- Anemias. 5.- Ascaridiasis. 6.- Caries Dental. 7.- Conjuntivitis Adenovírica 8.- IVUs. 9.- Otitis Media A. 10.-Cefalea Tensional. (27).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La identificación de un campo único de acción, el sustento de una filosofía propia y la susceptibilidad para el desarrollo de investigaciones, son los tres grandes requisitos para considerar a una especialidad médica como una disciplina académica. De ellos, el mas importante es la investigación – generación de conocimientos nuevos con lo cual se apoya al campo de acción y se fortalece el desarrollo de una filosofía propia. (10)

Establecer un programa de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en el consultorio de medicina familiar.

¿Cuáles son las principales características bio-sociales y causas de demanda de consulta de las familias adscritas al consultorio número 2 de la clínica hospital ISSSTE de Huejutla, Hgo.?

JUSTIFICACION

En la clínica hospital ISSSTE de Huejutla de Reyes Hgo, la atención médica que brindan los médicos generales/familiares aún sigue siendo episódica, es decir, el paciente acude a la consulta sólo cuando tiene algún padecimiento agudo o la agudización de patología crónica. Esto se refleja en las hojas de reporte diario de labores de médico, donde el diagnóstico de "control sano" o control periódico de salud es poco frecuente. Hay insatisfacción de los derechohabientes por los tiempos de espera, desde que se les otorga la ficha, hasta el momento que se les da la atención médica. Es común oír comentarios como "Para ir a consulta al ISSSTE necesito perder un día" o "El doctor ni me revisó, sólo me hizo la receta".

Supuestamente la población derechohabiente está dividida por sectores, asignándose población fija a cada consultorio de medicina familiar; esto por lo general no se respeta y los pacientes son atendidos por diferentes médicos, perdiéndose la continuidad de la atención del paciente. Por esta misma situación, se hace difícil el estudio más completo de la familia y la acción anticipatoria.

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas al segundo y tercer nivel y en general, una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de sus familias. Para lograr éstos propósitos el médico familiar deberá conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado; las características de la pirámide poblacional, las patologías más frecuentemente tratadas, así como las demandas de servicios que se ejercen en su consultorio para desarrollar una labor más eficaz, la que a través del tiempo tendrá un impacto positivo en la salud familiar, del consultorio número 2 de medicina familiar de la clínica Hospital ISSSTE Huejutla de Reyes Hgo; de otras instituciones que tengan la misma problemática que la de ésta clínica en todo el Estado y en el País.

El *proyecto modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF)*, pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los 5 campos de acción, planteados por la carta de Ottawa producto de la II conferencia internacional de promoción de la salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en 5 campos de acción:

- Reorientar los servicios de salud
- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- Crear medioambientes saludables
- Elaborar políticas explícitas para la salud
- Reforzar la acción comunitaria en salud (10)

La identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los tres ejes que la sustentan (estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria) 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 MOSAMEF se presenta por primera vez como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar. El MOSAMEF es 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 redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, fortaleciendo los campos de acción de la medicina familiar y favoreciendo líneas de investigación. (11).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar en la población adscrita al consultorio número 2 de la clínica Hospital ISSSTE Huejutla del estado de Hidalgo, las características biosociales de la comunidad como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el número total de derechohabientes por edad y sexo adscritos al consultorio número 2 turno matutino de la clínica Hospital ISSSTE de Huejutla, Hgo.
- Identificar las funciones de la familia como reproducción, estatus y nivel socioeconómico
- Identificar los tipos de familia según: su demografía, desarrollo y composición.
- Identificar la etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias.
- Identificar las 10 primeras causas de demanda de consulta en el consultorio número 2 de la clínica Hospital ISSSTE Huejutla, durante el periodo comprendido entre marzo 1997 a marzo 1998.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Es de tipo descriptivo, retrospectivo, prospectivo, transversal y observacional se fundamenta en las siguientes estrategias:

- Censo de población.
- Estudio de identificación familiar.
- Identificación de las causas de consulta.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Grupo de familiares que acudieron a consulta en el periodo comprendido entre marzo 1997 a marzo 1998, al consultorio número 2 de medicina familiar de la clínica Hospital ISSSTE Huejutla de Reyes, Hgo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Esta formado por 1636 familias adscritas derechohabientes y 1125 familias usuarias de éste consultorio; datos obtenidos en el área de vigencia de derechos y en estadística.

TIPO DE MUESTRA

No aleatorio, representativo de las familias adscritas al consultorio número 2 de medicina familiar turno matutino de éste Hospital.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se llevo a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas a 110 familias usuarias.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

Criterios de inclusión:

Derechohabientes vigentes, adscritos al consultorio número 2 turno matutino de la clínica hospital ISSSTE Huejutla, Hgo. Que aceptaron responder la encuesta de datos; se toma en cuenta a todos los grupos de edad; las patologías agudas crónicas, así como pacientes de primera vez y subsecuentes y diagnósticos de certeza.

Criterios de exclusión:

Población registrada no usuaria, pacientes que no corresponden al sector del consultorio 2, pacientes foráneos, pacientes sin expediente.

criterios de eliminación:

información de la cédula incompleta.

VARIABLES

Para el censo de población y estudio de identificación familiar se tomaron las siguientes variables de tipo cualitativo como cuantitativo con escala de intervalo para la de tipo cualitativo y nominal u ordinal para la de tipo cuantitativo las variables identificadas son:

CENSO DE POBLACION:

- Número total de individuos.
- Número total de individuos del sexo masculino.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número de individuos del sexo masculino por grupo etáreo.
- Número de individuos del sexo femenino por grupo etáreo.

Los grupos etáreos se establecen en amplitud de clase de 5 años.

ESTUDIO DE IDENTIFICACION FAMILIAR:

- Estado civil .
- Años de unión conyugal en casados
- Años de unión conyugal en parejas en unión libre
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Número de hijos hasta los 10 años de edad
- Número de hijos de 11 a 19 años
- Número de hijos de 20 o mas años
- Tipo de familia según su desarrollo
- Tipo de familia según su composición
- Tipo de familia según su demografía
- Ingresos mensuales aproximados
- Ocupación de los padres de familia
- Etapa del ciclo vital familiar.

Para la identificación de causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal como:

- Los 10 primeros motivos de consulta por edad y sexo
- Consultas en el año de primera vez y subsecuentes.
- Los 10 principales motivos de consulta de primera vez y subsecuentes.
- Los 10 principales motivos de consulta.

PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Para el censo de población se acudió a vigencia de derechos y estadística donde se tiene un registro de 4500 personas, que forman a las 1125 familias usuarias de este consultorio número 2 turno matutino, se clasificaron por grupos de edad y sexo y en núcleos familiares.

Para el estudio de la familia se aplicó directamente la cédula de entrevista familiar por el médico del consultorio.

Para la identificación de causas de consulta se recabaron los datos de la forma SM 10 en el periodo comprendido de marzo 1997 a marzo 1998.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este trabajo se apega a las declaraciones recomendadas por la declaración de Helsinki y al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

RESULTADOS.

FASE I

En el censo de población, se observó que fue un total de 4,500 personas, 1953 masculinos y 2,547 femeninos. De los masculinos predomina una población menor de 14 años con 691 individuos. En el grupo femenino predominaron los grupos etáreos de 5 a 14 años y de 30 a 39 años de edad.

FASE II

De las 110 encuestas realizadas, se observa que el 78.18% de las parejas se encuentran casadas correspondiendo a 86 matrimonios. Unión libre 14.54%, el 6.25% sin pareja por diferentes motivos.

Años de unión conyugal: sobresalen las parejas que llevan entre 16-20 años con el 29% en segundo lugar las parejas entre 6-10 años con un 16%.

Escolaridad: Predomina el nivel superior con 61.8% en segundo lugar se encontró el nivel básico con un 12.7%.

Edad del padre: el 29 % lo ocuparon padres con una edad de 36 y 40 años. En un segundo lugar con un 20 % padres con más de 51 años.

En relación al método de planificación familiar encontramos: que el método preferido fue el DIU con un 23.6%, seguido por OTB con un 16.3 % el resto de métodos con menor porcentaje.

Número de hijos: hasta los 10 años 50, le corresponde un 32.8%. De 11 a 19 56 que corresponde a 36.8 %. De 20 y más años 46 que corresponde a un 30.2%.

En relación a la ocupación de los padres de familia: Profesional: 86, le corresponde a un 78.1 %. Nivel técnico: 2, 1.8 %. Empleado: 12, 10.9%. Hogar: 2 , 1.8%. Otro: 8, 7.2%.

De acuerdo al ingreso económico; encontramos: Personas que reciben menos de un salario mínimo, 0. De 1 – 2 salarios mínimos: 50, 45.4 %. Personas que ganan 3 ó más salarios mínimos: 60, 54.5%.

Tipo de familia:

En cuanto a su desarrollo: Moderna: 42, 38.1%. Tradicional: 68, 61.8%.

En cuanto a su composición: Nuclear: 82, 74.5%. Extensa: 24, 21.8%. Compuesta: 4, 3.6%.

Respecto a su demografía: Urbana: 74, 67.2%. Semiurbana: 36, 32.6%.

Etapas del ciclo familiar: Expansión: 10, 9%. Dispersión: 64, 58.15%. Independencia: 18, 16.3%. Retiro: 8, 7.2%.

FASE III

Las diez principales causas de consulta fueron: IRAs, parasitosis, accidentes, IVUs, asma, GEPIs, otitis media, control a niños sanos, micosis superficial y enfermedad ácido péptica.

De las faringoamigdalitis se diagnosticaron 234 consultas que corresponde a un 56.25% de 416 consultas que se otorgaron en un año, 200 de primera vez y 34 subsecuentes. Las parasitosis fueron 55, con 13.22%, 40 de primera vez y 15 subsecuentes. Para los accidentes fueron 31 diagnosticados, con 7.4%, 20 de primera vez y 11 subsecuentes. Para las IVUs, 25, 6%. Asma: 10 casos, 2.4%. GEPIs: 12

casos, 2.8 %. Otitis media: 8 casos, 1.9%. control de niño sano: 2.8%. micosis superficial : 18 casos, 4.3%. enfermedad ácido péptica: 12, 2.8%.

Las causas de consulta se clasificaron por edad y sexo, las cuales se presentan en cuadros y gráficas más adelante.

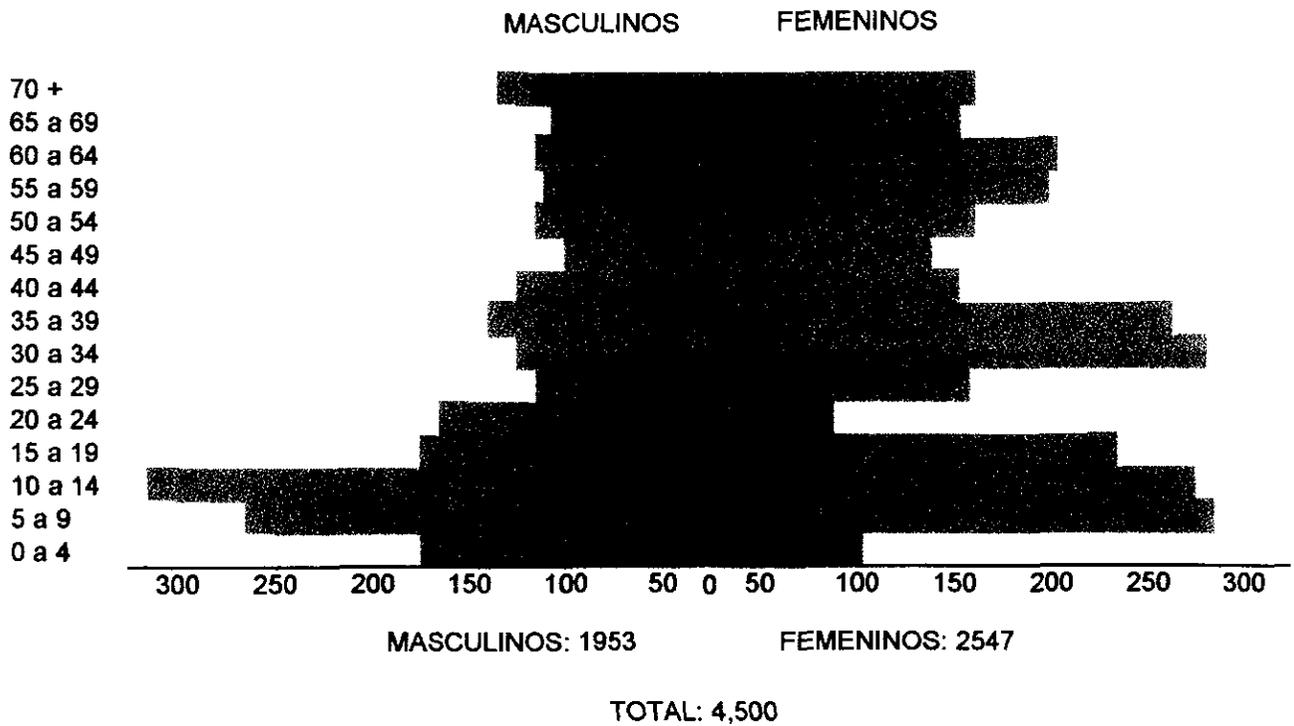
POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2 CLINICA HOSPITAL
ISSSTE, HUEJUTLA DE REYES HIDALGO.

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-4 AÑOS	150	83	233
5-9	246	267	513
10-14	295	250	545
15-19	150	233	383
20-24	140	88	228
25-29	90	136	226
30-34	103	256	359
35-39	118	241	359
40-44	109	130	239
45-49	86	111	197
50-54	92	140	232
55-59	89	170	259
60-64	94	180	274
65-69	83	130	213
70 y más años	108	132	140
TOTAL	1953	2547	4500

Fuente: Cédula de registro, vigencia de derechos

Clínica ISSSTE -"Huejutla"

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICO FAMILIAR. PIRAMIDE DE POBLACION DEL CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA DE REYES HIDALGO.



FUENTE: Cédulas de registro, vigencia de derechos clinica ISSSTE "Huejutla"

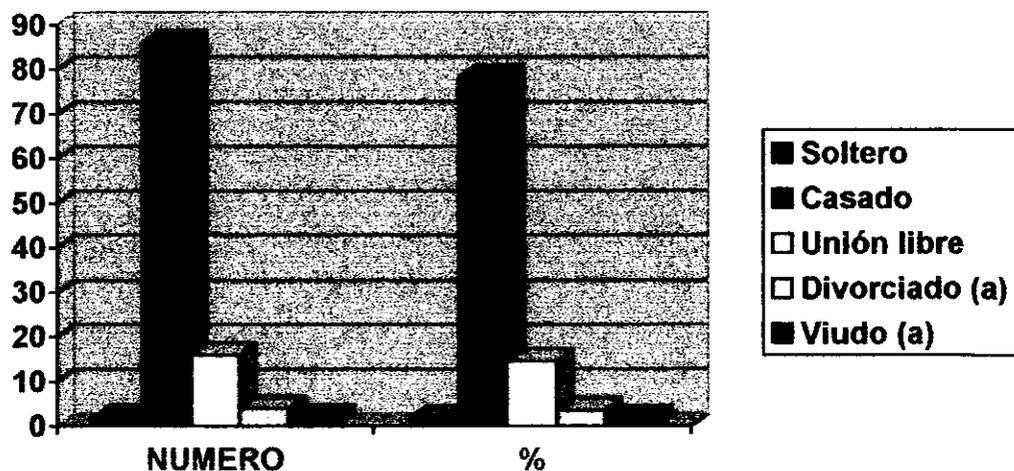
**CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOPITAL ISSSTE "HUEJUTLA". MODELO
SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR**

**ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO
NUMERO 2**

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
Soltero	2	1.81
Casado	86	78.18
Unión libre	16	14.54
Divorciado (a)	4	3.63
Viudo (a)	2	1.81
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

**ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS ENCUESTADAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO
NUMERO 2**



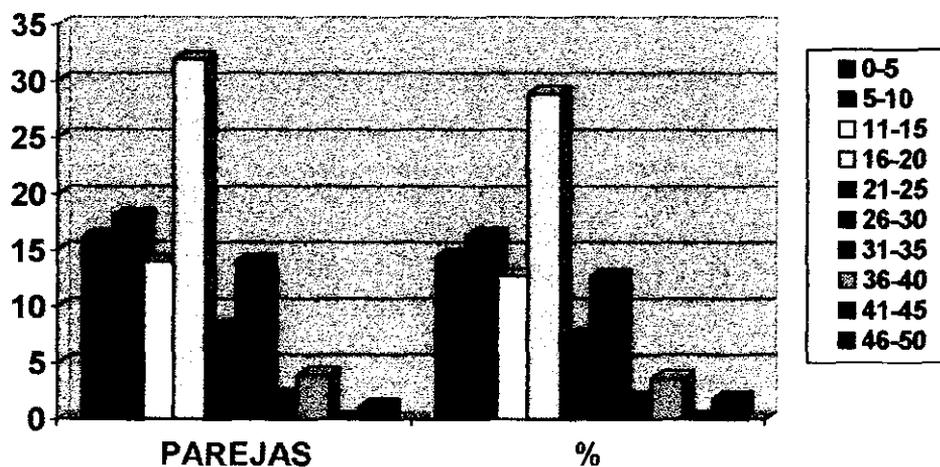
Fuente: Cédula de entrevista familiar.

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO NUMERO 2.

AÑOS	PAREJAS	%
0-5	16	14.5
5-10	18	16.3
11-15	14	12.7
16-20	32	29.0
21-25	8	7.27
26-30	14	12.72
31-35	2	1.81
36-40	4	3.63
41-45	0	0
46-50	1	1.8

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO NUMERO 2.



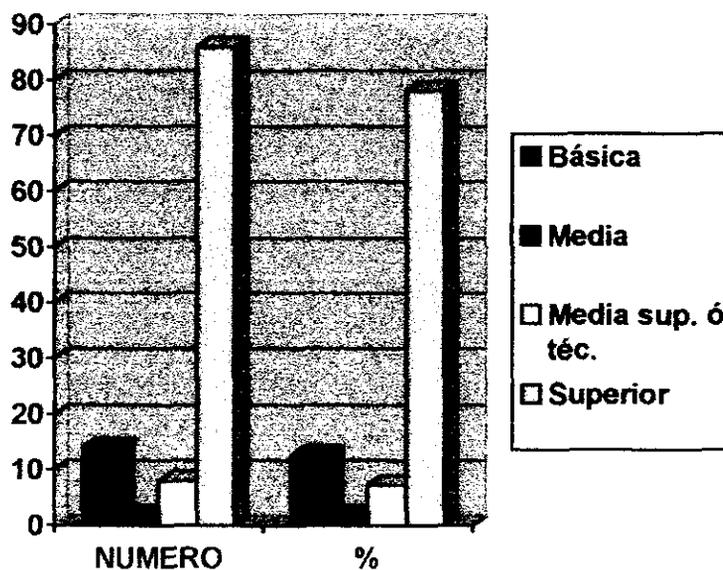
Fuente: Cédula de entrevista familiar.

CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE "HUEJUTLA". MODELO
 SISTEMATICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR
 ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ACUDIERON A LA
 CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
Básica	14	12.72
Media	2	1.81
Media sup. ó téc.	8	7.27
Superior	86	78.18
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS QUE ACUDIERON A LA
 CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR



Fuente: Cédula de entrevista familiar.

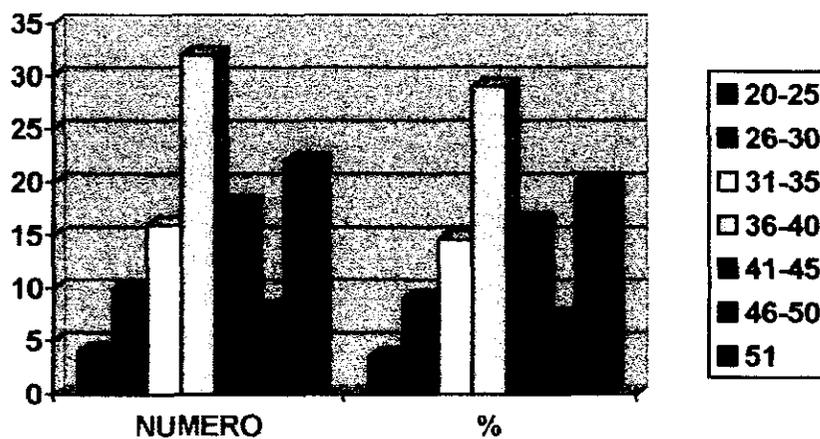
CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE "HUEJUTLA". MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

EDAD DEL PADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2.

EDAD	NUMERO	%
20-25	4	3.6
26-30	10	9.0
31-35	16	14.5
36-40	32	29.0
41-45	18	16.36
46-50	8	7.27
+ 51	22	20
TOTAL	110	100 %

Fuente: Cédula de entrevista familiar

EDAD DEL PADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2.



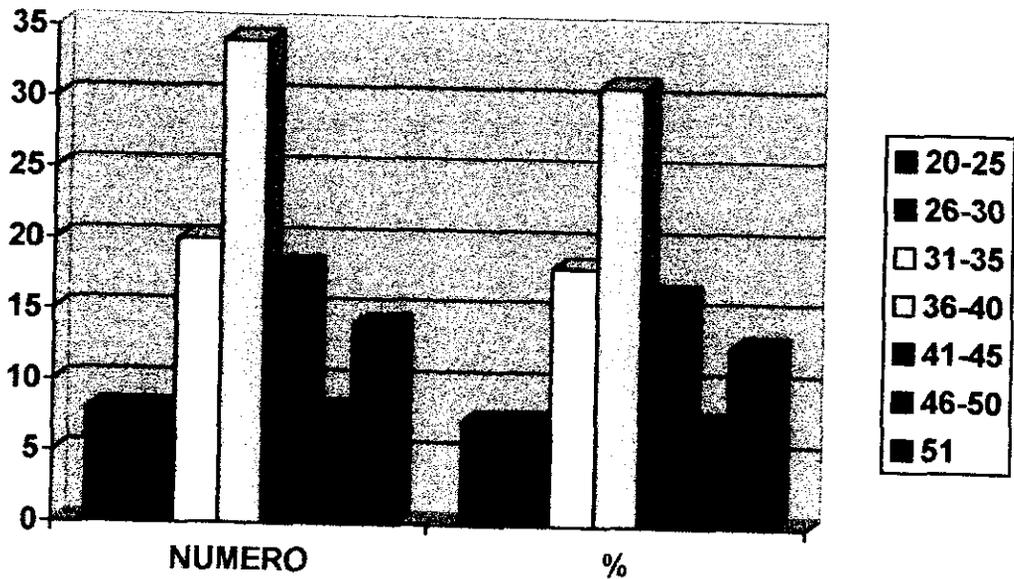
Fuente: Cédula de entrevista familiar

EDAD DE LA MADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.

EDAD	NUMERO	%
20-25	8	7.27
26-30	8	7.27
31-35	20	18.18
36-40	34	30.90
41-45	18	16.36
46-50	8	7.27
+51	14	12.72
TOTAL	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar

EDAD DE LA MADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.



Fuente: Cédula de entrevista familiar

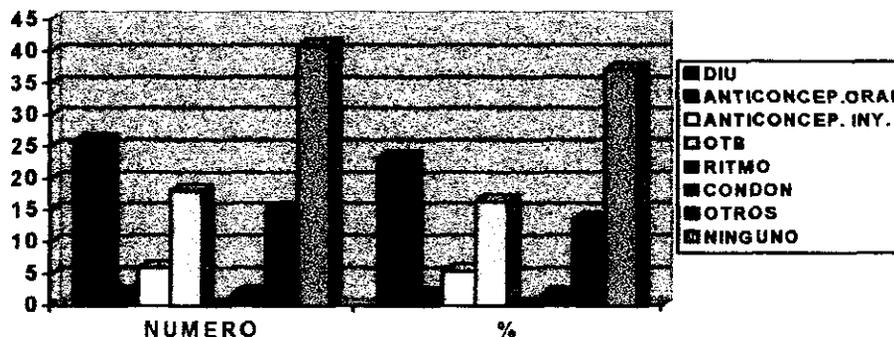
CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE
 "HUEJUTLA" MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
 MEDICA FAMILIAR

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.

METODO	NUMERO	%
DIU	26	23.3
ANTICONCEP. ORAL	2	1.81
ANTICONCEP. INY.	6	5.45
OTB	18	16.36
RITMO	0	0
CONDON	2	1.81
OTROS	15	13.6
NINGUNO	41	37.2
TOTAL	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.



Fuente: Cédula de entrevista familiar.

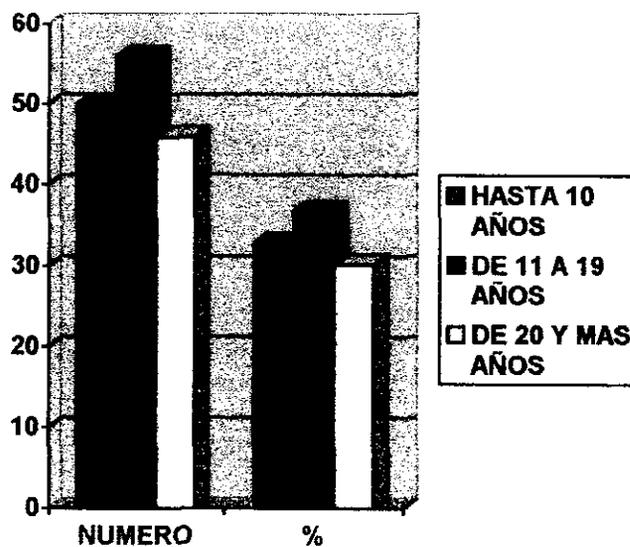
CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE
 "HUEJUTLA". MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
 MEDICA FAMILIAR

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS	50	32.8
DE 11 A 19 AÑOS	56	36.8
DE 20 Y MAS AÑOS	46	30.2
TOTAL	152	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS



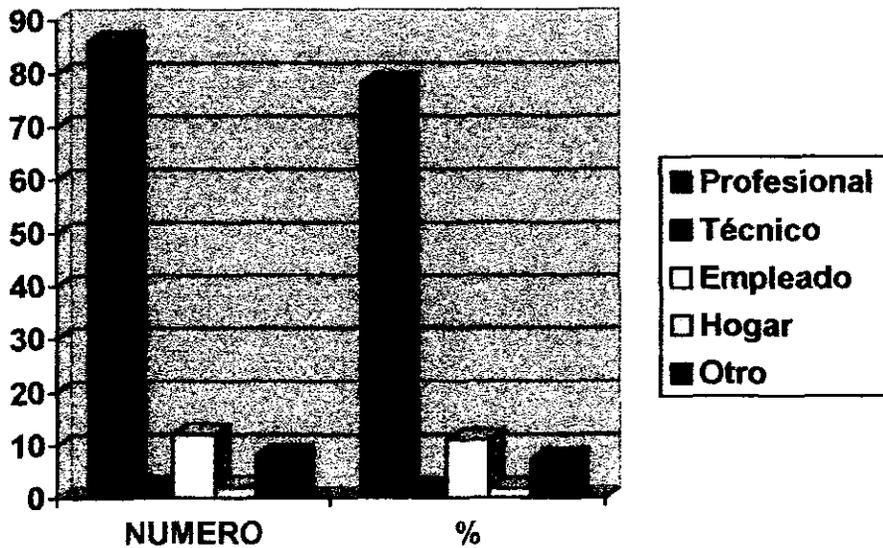
Fuente: Cédula de entrevista familiar.

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA
ADSCRITOS AL CONSULTORIO No.2.

OCUPACION	NUMERO	%
Profesional	86	78.18
Técnico	2	1.81
Empleado	12	10.90
Hogar	2	1.81
Otro	8	7.27
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA
ADSCRITOS AL CONSULTORIO No.2.



Fuente: Cédula de entrevista familiar.

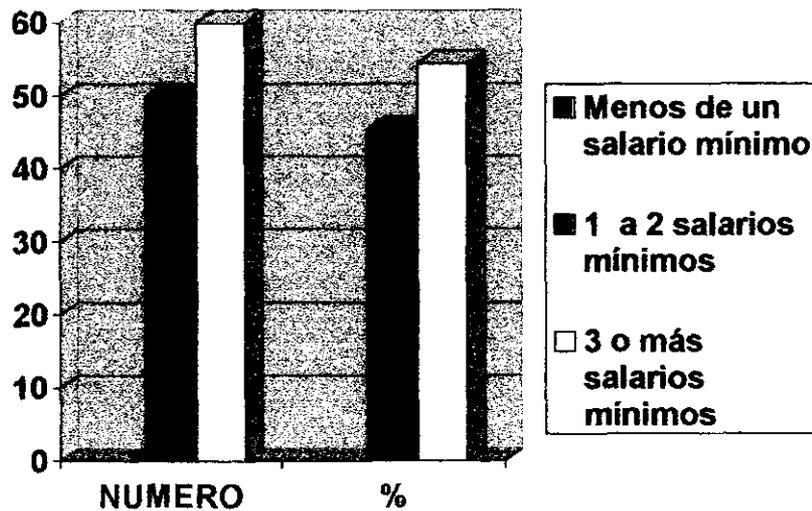
CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE "HUEJUTLA" MODELO
SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR

INGRESO ECONOMICO DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.

SALARIOS	NUMERO	%
Menos de un salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos	50	45.45
3 o más salarios mínimos	60	54.54
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

INGRESO ECONOMICO DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.



Fuente: Cédula de entrevista familiar.

TIPO DE LA FAMILIA SEGÚN SU

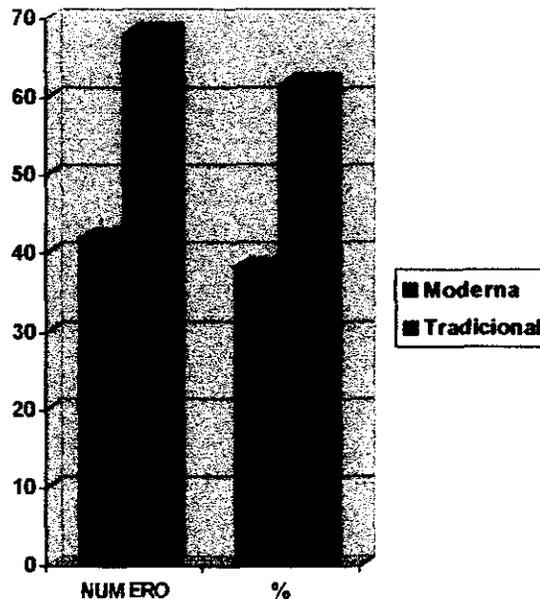
DESARROLLO, ADSCRITAS AL CONSULTORIO 2.

TIPO	NUMERO	%
Moderna	42	38.18
Tradicional	68	61.81
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

TIPO DE LA FAMILIA SEGÚN SU

DESARROLLO, ADSCRITAS AL CONSULTORIO 2.



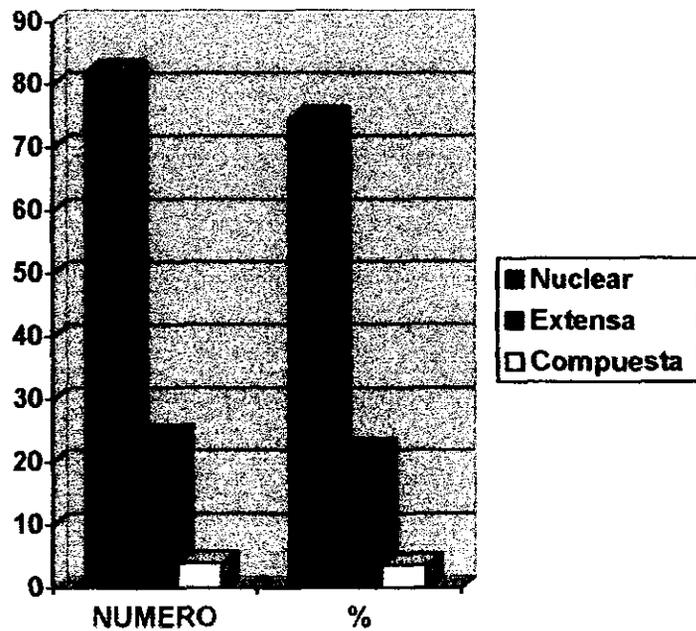
Fuente: Cédula de entrevista familiar.

**TIPO DE LA FAMILIA SEGÚN SU
COMPOSICION, ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2.**

TIPO	NUMERO	%
Nuclear	82	74.54
Extensa	24	21.81
Compuesta	4	3.63
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

**TIPO DE LA FAMILIA SEGÚN SU
COMPOSICION, ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2.**



Fuente: Cédula de entrevista familiar.

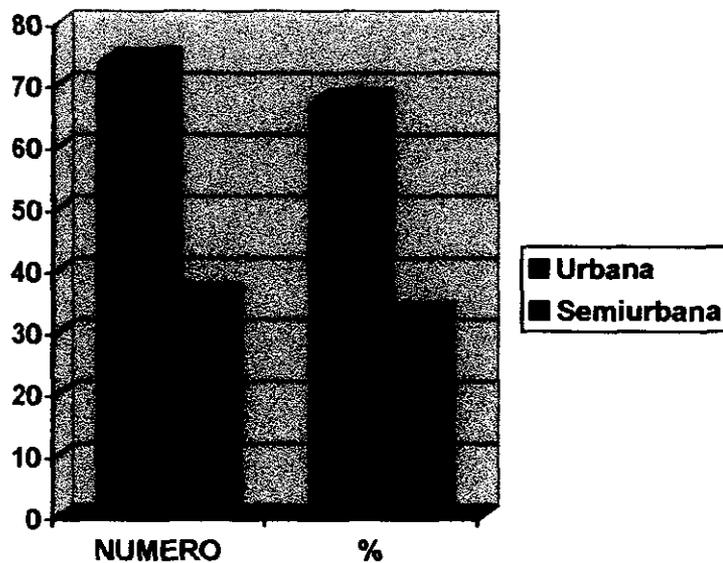
**CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE
"HUEJUTLA" MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR**

**TIPO DE LA FAMILIA SEGUN SU DEMOGRAFIA
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.**

DEMOGRAFIA	NUMERO	%
Urbana	74	67.27
Semiurbana	36	32.72
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

**TIPO DE LA FAMILIA SEGUN SU DEMOGRAFIA
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.**



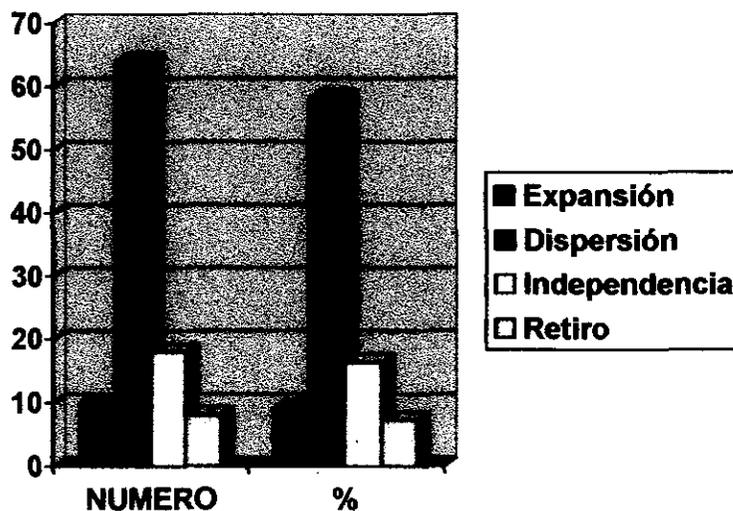
Fuente: Cédula de entrevista familiar.

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR EN QUE SE ENCUENTRAN
LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.**

ETAPA	NUMERO	%
Expansión	10	9.09
Dispersión	64	58.18
Independencia	18	16.36
Retiro	8	7.27
Total	110	100%

Fuente: Cédula de entrevista familiar.

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR EN QUE SE ENCUENTRAN
LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.2.**



Fuente: Cédula de entrevista familiar.

CONSULTORIO NUMERO 2, CLINICA HOSPITAL ISSSTE "HUEJUTLA". MODELO
SISTEMATICO PARA LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

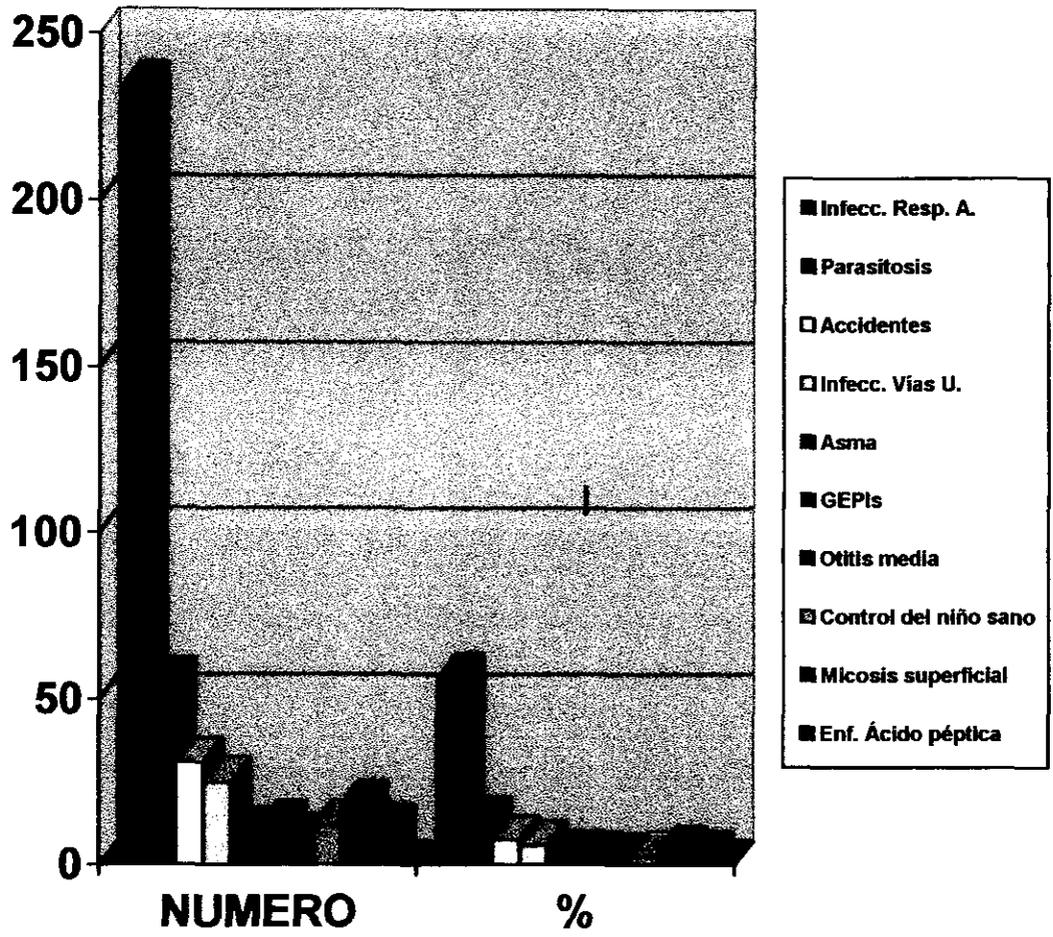
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE
MARZO DE 1997 A MARZO DE 1998.

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
Infec. Resp. A.	234	56.25
Parasitosis	55	13.22
Accidentes	31	7.45
Infec. Vías U.	25	6
Asma	10	2.4
GEPIs	12	2.8
Otitis media	8	1.9
Control del niño sano	12	2.8
Micosis superficial	18	4.32
Enf. Ácido péptica	11	2.64
total	416	100%

Fuente: Expedientes clínicos consultorio número 2.

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

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO DE 1997 A MARZO DE 1998.



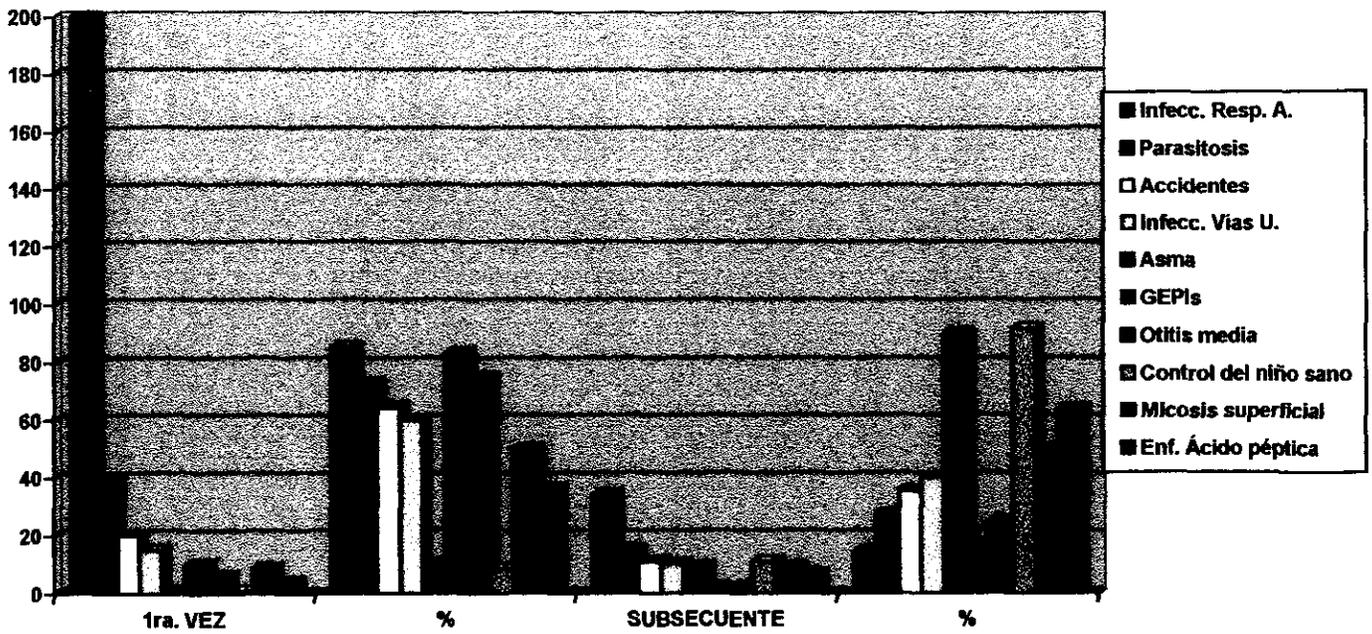
Fuente: Expedientes clínicos consultorio número 2.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y
SUBSECUENTES EN EL PERIODO MARZO 1997-1998

DIAGNOSTICO	1ra. VEZ	%	SUBSECUENTE	%
Infec. Resp. A.	200	85.47	34	14.52
Parasitosis	40	72.7	15	27.27
Accidentes	20	64.5	11	35.48
Infec. Vías U.	15	60	10	40
Asma	1	10	9	90
GEPIs	10	83.33	2	16.66
Otitis media	6	75	2	25
Control del niño sano	1	8.33	11	91.66
Micosis superficial	9	50	9	50
Enf. Ácido péptica	4	36.36	7	63.63
total	306	100%	110	100%

Fuente: expedientes clínicos consultorio 2.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y
SUBSECUENTES EN EL PERIODO MARZO 1997-1998



Fuente: expedientes clínicos consultorio 2.

CONSULTORIO NUMERO 2 CLINICA HOSPITAL ISSSTE "HUEJUTLA". MODELO
SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE CONSULTA POR SEXO DEL CONSULTORIO 2
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO 1997 A MARZO 1998.

DIAGNOSTICO	SEXO		TOTAL
	M	F	
Infec. Resp. A.	109	125	234
Parasitosis	20	35	55
Accidentes	18	13	31
Infec. Vías U.	3	22	25
Asma	6	4	10
GEPis	5	7	12
Otitis media	5	3	8
Control del niño sano	6	6	12
Micosis superficial	9	9	18
Enf. Ácido péptica	7	4	11
total	188	228	416

Fuente: Expedientes clínicos consultorio 2.

ANALISIS DE RESULTADOS.

La aplicación del Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar, nos ha permitido conocer las características bio-sociales principales de una parte de los derechohabientes a la clínica ISSSTE "Huejutla" adscritos al consultorio número 2, turno matutino, con lo cual se cumplen los objetivos de ésta investigación. El conocer dichas características, ha propiciado una mejor relación médico-paciente, ya que por lo general, en pocas ocasiones, el médico familiar/general, se interesa en conocer más a fondo a su paciente enfocándose sólo al padecimiento actual, perdiéndose la oportunidad de practicar una verdadera medicina familiar y la aplicación de los ejes que la sustentan.

FASE I.

Con respecto a las características de la población en estudio se encontró un total de 4500 de los cuales 1953 corresponden al sexo masculino y 2547 al femenino. Vemos que la base de la pirámide de ésta población está dada entre las edades de 5 a 19 años de edad. Esto coincide con lo reportado en el Boletín Médico Familiar 1998 (25). Donde reportan que la base de la pirámide poblacional de la República Mexicana será de personas económicamente activas y los menores de 5 años tendrán un crecimiento estable y con tendencia a disminuir.

FASE II.

En relación al estado civil vemos que predominan las parejas casadas con un 78% y la mayor parte de éstas parejas son monógamas, como cita el Dr. Irigoyen y cols. La monogamia es característica de la civilización (23). También cita que cuando éstas parejas cumplen todas sus funciones, están bien integradas. En éste estudio se encontró un 63.6 %; semiintegradas un 21.8 % y desintegradas un 14.5%.

El mayor porcentaje en relación a los años de duración de las parejas fue de un 29% para los que tienen de 16 a 20 años de convivencia.

Con respecto a la escolaridad encontramos un 61.8% de nivel superior, según datos de la UNESCO 1985 la tasa de alfabetización de los adultos en nuestro país era de un 92% (24).

Ocupación de los padres: Profesional: 78.1% ; en el panorama de salud en México reportan una población económicamente activa de un 33% con una incorporación gradual de la mujer en la actividad económica (24).

Al examinar los métodos anticonceptivos utilizados por las parejas encuestadas, llama la atención que el 37.2% no utilizan ningún método. De los más utilizados está el DIU con un 23.3% . OTB con un 16.3% .No se encontró reportes en cuanto a porcentajes en la literatura .

Tipo de familia moderna un 38% : Tradicional: 61.8% . Esto coincide con lo reportado por el Dr. Irigoyen y cols. Ya que ellos encontraron un 40% para la familia moderna y un 50% para la tradicional y 10% para la arcaica o primitiva.

La familia nuclear predominó con un 74.5 %. La familia extensa un 21.8%. La familia compuesta un 3.6%. El que predomine la familia nuclear favorece que los problemas por patrilocalidad y matrilocidad sean menores .

La familia urbana predomina sobre la semiurbana ya que la mayoría de las familias cuentan con los servicios básicos; en el panorama de salud en México reportan un 78% como urbana (24).

La familia en etapa de dispersión fue la de mayor porcentaje con un 58%, esto refleja que la mayoría de los hijos aún dependen de los padres .

FASE III

Con respecto a las diez causas de consulta, se encontró que como se reporta a nivel nacional, estatal y jurisdiccional predominan las IRAs y las EDAs, Amibiasis Intestinal , Ascariasis, Otitis Media A. Y accidentes y no se encontraron casos de Hipertensión Arterial y diabetes M. II. (26).

CONCLUSIONES

En el censo de población puede observarse que la base de la pirámide de población se encuentre formada por individuos menores de 19 años con predominio del sexo masculino, pero en forma global son más femeninos.

El estudio de la familia a través del Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF), nos ha permitido alcanzar el objetivo planteado de conocer las características bio-sociales y motivos de consulta principales de las familias adscritas al consultorio número 2 turno matutino de la clínica hospital ISSSTE "Huejutla"; de éstas se puede decir que predomina la familia donde los cónyuges se encuentran casados, que son familias integradas con estabilidad aceptable, que el nivel educativo alcance niveles superiores, con madurez ya que las edades de los padres oscila entre 36 y 40 años como promedio, que llevan control de la fertilidad con DIU y OTB principalmente y que las edades de los hijos son en porcentajes similares para los menores de 10 años comparándolos con los de 11 a 19 y más de 20 años. Que los padres de familia son profesionistas y que la mayoría perciben sueldos mayores de los tres mínimos. Son familias principalmente tradicionales, nucleares, urbanas y que se encuentran en la etapa de dispersión.

Las principales causas de consulta son: IRAs con predominio en menores de 4 años, parasitosis, accidentes, IVUs, asma, GEPIs, otitis media, control a niño sano, micosis superficial y enfermedad ácido péptica.

LINEAS DE ACCION

ESTRATEGIAS PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD Y ANTICIPACION DEL DAÑO.

ESTRATEGIAS GENERALES

Se menciona que la educación popular es la metodología acorde cuando se pretende impulsar la participación comunitaria dentro de los proyectos de promoción de la salud (11).

Una vez hecho un estudio de investigación y haberse analizado conociendo los riesgos el énfasis debe recaer en estrategias preventivas para evitar en lo posible la acción curativa.

Vale hacer una diferenciación en cuanto al enfoque a las estrategias en lo que se refiere a los problemas biológicos y sociales de esta investigación, ya que la educación por si misma no es capaz de hacer comprender a los pacientes de su problemática consultando sólo por el aspecto biológico.

Hacer énfasis en el otorgamiento de la atención médica integral; ésta debe dirigirse a la procuración del rápido restablecimiento de la salud en aquellas personas que la han perdido, para la cual se generarán acciones basadas en el diagnóstico correcto y temprano, el establecimiento oportuno de la terapéutica adecuada, la limitación del daño y la instalación de medidas de rehabilitación correspondientes (12).

La reforma del sistema de salud en México que parece inpostergable en el corto o mediano plazo requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad de los servicios de salud (13). La problemática que enfrenta la clínica ISSSTE "Huejutla" no escapa a la problemática presentada por las demás instituciones de salud.

Las estrategias para ésta clínica son estudio de la familia, el tratamiento oportuno y acción preventiva aplicando como método el MOSAMEF, ya que como se observó en éste estudio, permite un conocimiento amplio no solo de las causas de consultas más comunes de orden biológico sino de la esfera psicológica y socioeconómica.

PROMOCION DE LA SALUD

El nuevo enfoque de la promoción de la salud recomienda hacer énfasis en 4 puntos: ampliar la definición y el concepto de salud, de tal manera que se integren los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud. Trascender la promoción de estilos de vida saludables y diseñar estrategias de mayor dimensión social y política; incorporar el concepto de toma de poder y de promover la participación de la población en la identificación y el análisis de sus problemas y necesidades (14), esto avalado por la carta de Ottawa, la OPS y la OMS (15).

La promoción de la salud tiene base en la educación para la salud (EPS), la que pretende mantener en estado de normalidad al individuo, bienestar físico y mental y una homeostasis con su medio ambiente, basados en hábitos y costumbres, educación nutricional, educación médica sexual, planificación familiar, control de niño sano, promover el saneamiento ambiental (disposición de excretas, eliminación de basura control de fauna nociva y mejoramiento de la vivienda), higiene de los alimentos, distribución racional del ingreso familiar, mejoramiento del ambiente familiar y escolar y recreación periódica.

PROTECCION ESPECIFICA

Se refiere a medidas específicas de cada enfermedad con el fin de prevenirlas, aplicación de vacunación, higiene personal, nutrición, hidratación, medidas específicas para prevenir accidentes, ejercicio físico adecuado, visitas médicas periódicas, llevar control sobre enfermedades transmisibles, campañas contra toxicomanías.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se refiere al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y a la limitación del daño de una enfermedad en evolución para modificar las alteraciones progresivas, permite anticiparse al horizonte clínico y atiende a las enfermedades en las que no fue posible aplicar la acción preventiva antes que se manifestara la enfermedad, por lo tanto, comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño.

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

Significa reconocer los factores de riesgo, signos y síntomas de las enfermedades para detectarlas y tratarlas en forma oportuna, llegando a la curación del enfermo, antes de que ésta avance y produzca daños irreversibles y deje secuelas por lo tanto es importante prevenir las complicaciones y acortar el periodo de incapacidad si es que llegara a existir.

LIMITACIÓN DEL DAÑO

Se refiere principalmente a las medidas de orden terapéutico a través de medicamentos, actos quirúrgicos, rehabilitación física, psicoterapéutica y de tratamientos o equipos ortopédicos.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Se refiere al proceso de rehabilitación física socioeconómica y psicológica, para corregir, hasta donde sea posible, la incapacidad del daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad en la escuela, hogar y trabajo, comprende la recuperación máxima de funcionalidad, la terapia ocupacional en el hogar u hospitales, educación de familiares, grupos escolares y empresas para apoyo del incapacitado protección estatal de la incapacidad total.

Los servicios de rehabilitación son los siguientes: detección oportuna y limitación del daño permanente que consiste en la identificación de invalidación médica, rehabilitación oportuna y adecuada con el objeto de limitar la invalidez.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DEL INVALIDO

Se establece de acuerdo al diagnóstico y pronóstico, comprende las siguientes actividades: Psicoterapia, capacitando para el trabajo, evaluación de capacidad, desarrollo de habilidades, terapia psicosocial, laboral, recreativa y terapia familiar.

ESTRATEGIAS PARTICULARES INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las iras constituyen una de las principales causas de demanda de consulta en las unidades de medicina familiar. El médico familiar es el primer contacto en la atención de la población derechohabiente por lo que, en consecuencia, debe estar en proceso continuo y permanente de actualización de éstas, (16). La necesidad de instaurar medidas terapéuticas inmediatas sin el apoyo de un diagnóstico etiológico cierto, obliga a conjugar una serie de datos clínicos, con el conocimiento empírico del efecto del antibiótico en experiencias infecciosas previas, para con toda esta información proceder a la elección del tratamiento (17). Si se sospecha que el origen de la infección es viral, se manejará en forma sintomática analgésicos, antitérmicos, líquidos abundantes, valorarse nuevamente en 3 días y decidir la aplicación o no las IRAS son producidas por gérmenes sensibles a éstos antibióticos la penicilina sigue siendo el medicamento de elección.

Las IRAS son más difíciles de prevenir, se indica no acudir a lugares muy concurridos, evitar contacto estrecho con menores de 4 años, acudir en forma oportuna a la consulta médica haciendo énfasis en los menores para evitar complicaciones que pudieran poner en peligro su vida, evitar el humo del tabaco, cambios bruscos de temperatura, áreas bien ventiladas, reposo y líquidos abundantes acompañados de cítricos, si constantemente están enfermos de la faringe se indica cultivo faríngeo y se valora si es necesario éste a los demás familiares; En la práctica, no es posible practicar éstos estudios a todo paciente.

PARASITOSIS

Como se indicó antes, es necesario una educación enfocada a las parasitosis más comunes, esto se debe de hacer durante la consulta por cualquier otro motivo,

animando al paciente para que acuda forma periódica como control periódico de salud y dando antiamebianos y antelmínticos regularmente para evitar complicaciones por éstos padecimientos que son fáciles de evitar.

ACCIDENTES

Los accidentes ocuparon el tercer lugar en éste estudio y coincide con otros estudios, actuales reportados en la literatura.

Líneas de acción: programa de educación para la salud dirigidos a los escolares, la creación de ambientes y entornos saludables retomar lo que se ha denominado "Municipios Saludables" y la capacitación de promotores de salud comunitaria, últimamente hay programas para las presidencias municipales y demás líderes que tienen influencia sobre la comunidad (19).

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

Hacer promoción principalmente a las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa sobre este padecimiento ya que son causa frecuente de complicaciones durante la gestación y en ocasiones son sintomáticas, en este grupo de manejarse con EGOS en forma periódica. Orientar a las madres de familia cómo deben enseñar a sus hijas acerca del aseo de genitales.

ASMA

En este grupo de pacientes se debe indicar consultar al inicio de cualquier tipo de infección, particularmente las IRAS, que frecuentemente son las desencadenantes en los pacientes con éste diagnóstico. Se referirán al especialista alergólogo cuando se amerite y para un mejor manejo, hacer las indicaciones necesarias para que tomen sus medicamentos preventivos y exposiciones a los alérgenos cuando ésta sea el origen. Enseñarles las técnicas adecuadas de la inhaloterapia ya que en la mayoría de éstos pacientes no se les ha enseñado.

GEPI

Las gastroenteritis han dejado ser causa importante de mortalidad aunque la frecuencia aún es importante, valorar las características de las evacuaciones, actualmente las indicaciones para dar antibiótico son evacuaciones como moco o sangre, sino tienen estas características se debe manejar con suero vida oral para evitar deshidratación y desequilibrio hidroelectrolíticos. Hacer labor educativa a las madres ya que por lo general, se desesperan si no se les dan medicamentos. En diversos estudios se ha demostrado que entre las diversas ventajas de la alimentación sostenida durante la diarrea, están la recuperación más rápida de la fisiología alterada, incluyendo la absorción intestinal alterada, los episodios diarreicos se hacen más cortos y hay mayor ganancia de peso durante y después del episodio diarreico. La

recomendación actual de la OMS es que se mantenga la alimentación durante el episodio diarreico, dando de preferencia los alimentos que el niño esté habituado (20).

OTITIS MEDIA

Éstas generalmente se deben a complicación de una faringitis, es necesario que se tenga atención médica cuando inicia la faringitis, para que con un manejo adecuado de éstas se eviten las otitis.

CONTROL DE NIÑOS SANOS

Como se pudo observar este Dx tuvo un porcentaje bajo, es necesario un trabajo educativo para que éste aumente y así tratar de evitar que el individuo enferme evitando las complicaciones para él y su familia.

MICOSIS SUPERFICIAL

En relación a éste diagnostico, se puede animar a los derechohabientes para que acudan con su médico familiar y se haga a la idea que tienen que tratarse ya que por lo general son padecimientos tolerables y no incapacitantes o tratamientos por periodos largos como el manejo de las onicomicosis.

ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA

Esta patología ocupó el décimo lugar, como se observó es de predominio de adultos. Es difícil de manejar, ya que las costumbres de la alimentación de ésta región es muy condimentada e irritante, hablar con los familiares, de preferencia, quien elabora los alimentos para su modificación y evitar complicaciones como úlceras y sangrados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Salamanca López S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Revista Médica del IMSS 1995; 33: 317.
- 2.- Irigoyen Coria. Fundamentos de Medicina familiar. 5ta. Edición Internacional. Edit. Medicina familiar Mexicana pag. 143. 1998.
- 3.- Salamanca López S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Revista Medica del IMSS 1995; 33: 318.
- 4.- Chávez Aguilar V. La atención integral en medicina familiar. Rev. Méd. IMSS Vol. 33 Núm. 2 pag. 168. 1995.
- 5.- Hermánd González W. Consideraciones en torno al programa de medicina general integral A: 36. Rev. Med. UNAM. 32: 6 (Nov. Dic.) pag. 346. 1989.
- 6.- Velasco Orellana R. Trascendencia y perspectiva de la medicina familiar. Rev. Med. IMSS (Méx.) Vol. 33. Núm. 1 . 1995.
- 7.- Irigoyen Coria. Fundamentos de Medicina Familiar. 5ta. Edición internacional. Edit. Medicina Familiar Mexicana Perfil Profesional del Médico Familiar pag. 177-189. 1998.
- 8.- Irigoyen Coria . Fundamentos de Medicina Familiar. 5ta. Edición Internacional Edit. Med. Familiar. Mexicana. Ciclo vital de la familia, pags. 27-29. 1998.
- 9.- Irigoyen Coria. Fundamentos de Medicina Familiar. 5ta. Edición Internacional. Edit. Medicina familiar Mexicana . Funciones de la familia. Pags. 35-38. 1998.

- 10.- Irigoyen Coria. Fundamentos de Medicina familiar. 5ta. Edición Internacional Edit. Medicina Familiar Mexicana pags. 159-160. 153- 154. 1998.
- 11.- Arroyo Hiram V. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 3 Mayo Junio de 1998. La promoción de la salud y la Educación para la Salud en América Latina. Pag. 306.
- 12.- Salamanca López S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Revista Médica del IMSS 1995. 33. 319.
- 13.- Ramírez Sánchez T. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 1 . Enero-Feb. 1998. Percepción de la calidad de la atención de salud. Pág. 11.
- 14.- Arroyo Hiram V. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 3 mayo- junio 1998. La promoción de salud y la educación para la salud en América Latina. Páginas de salud Pública. Pág. 305.
- 15.- Arroyo Hiram V. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 3 mayo-junio 1998. Páginas de salud Pública. Pág. 304.
- 16.- Sandra Andalón P. Rev. Méd. del IMSS (Méx.) Vol. 35. No. 4. 1997. Competencia Clínica y conducta prescriptiva del Médico Familiar en IRAs, en menores de 5 años efecto de una estrategia educativa. Pags. 296-297.
- 17.- De Dios Alcántara B. Atención Primaria Vol. 18. Suplemento 1. Nov. 1996. Infecciones respiratorias en atención primaria. Pág. 72.
- 18.- J. Mensa. Atención Primaria. Vol. 18. Suplemento 1. Nov. 1996. Infecciones de Vías Aéreas Superiores. Métodos diagnósticos y terapéuticos. Pág. 73.
- 19.- Arenas Monreal L. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 3 mayo-junio 1998. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Pág. 306.

- 20.- Martínez Salgado. Salud Pública de México. Vol. 40. No. 2. Marzo- Abril 1998. Alimentación sostenida durante la diarrea aguda en niños menores de 5 años. Pág. 142.
- 21.- J. Mensa. Atención Primaria. Vol. .18. Suplemento 1. Nov. 1996. Infección de Vías Aéreas Superiores. Métodos de diagnóstico y terapéuticos. Pág. 73.
- 22.- Irigoyen Coria. Fundamentos de Med. Fam. 5ta. Edición Internacional. Edit. Medicina Familiar Mexicana. La Familia. Pág. 7 1998.
- 23.- Irigoyen Coria . Fundamentos de Medicina Fam. 5ta. Edición Internacional. Edit. Medicina Familiar Mexicana. Evolución de la Familia. Pags. 15 y 20 . 1998.
- 24.- Gùemes Cuauhtémoc. Moreno Laura A. R. Blanca Gpe. García de la Torre. Panorama de Salud en México. Rev. Fac. Med. UNAM. Méx.32:6 pág. 297. 1989.
- 25.-La población de Méx. Bol. Med. Fam. 1998. Vol. 5. Ene – Feb (1) pág. 6. UNAM.
- 26.- Epidemiología. Sist. Nal. De Vigilancia Epidemiológica núm. 15. Bol. 14. Semana 15. Del 6 – 12 Abril 1997.
- 27.- EPI – 1 – 95. Principales Causas de Morbilidad General. Serv. De Salud de Hidalgo. Dpto. de Epidemiología. Jurisdicción Sanitaria Núm. 10. 1998.

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil:		
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Vuolvo		
Años de Unión Conyugal:		
Escolaridad:		
Básica		
Media		
Media Superior ó Técnica		
Superior		
Edad del padre:	\bar{x}	σ
Edad de la Madre:		
Método de Planificación Familiar:		
DIU		
Ant Oral		
Ant Inyectable		
OTB		
Rutmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta de 10 años de edad):		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):		
Número de hijos (de 20 o más años de edad):		

	No.	%
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Desarrollo:		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

IDENTIFICACION FAMILIAR

FAMILIA: _____ CEDULA: _____

EDO. CIVIL: CASADOS() AÑOS DE UNION CONYUGAL: _____
U.LIBRE()

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDE EL TEST: _____

EDAD: _____ SEXO: M F ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

EDAD DEL PADRE: _____ EDAD DE LA MADRE _____

NUMERO DE HIJOS(HASTA 10 AÑOS DE EDAD) _____

NUMERO DE HIJOS(DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD) _____

NUMERO DE HIJOS(DE 20 Ó MAS AÑOS DE EDAD) _____

TOTAL _____

TIPO DE FAMILIA.MARQUE CON UNA(X)

DESARROLLO: MODERNA() DEMOGRAFIA: URBANA()

TRADICIONAL() SEMIURBANA()

COMPOSICION: NUCLEAR ()

EXTENSA ()

COMPUESTA ()

INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS: MENOS DE 1 SALARIO MINIMO()

DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS()

3 Ó MAS SALARIOS MINIMOS ()

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA:PADRE _____ MADRE _____

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR: EXPANSION() DISPERSION()

INDEPENDENCIA () RETIRO ()

OBSERVACIONES _____
