

11226

54  
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 HUEJUTLA, HIDALGO.**

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICO FAMILIAR**

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

**I. S. S. S. T. E.  
Subdirección Gral. Médica  
Subdelegación de los Serv. Médicos**



**PRESENTA:**

**CLINICA  
Huejutla, Hgo.**

***DRA. MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ FLORES.***

**HUEJUTLA, HIDALGO.**

**1999.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

28071



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.



Instituto de Seguridad  
Y Servicios Sociales  
De los Trabajadores  
Del Estado

## MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

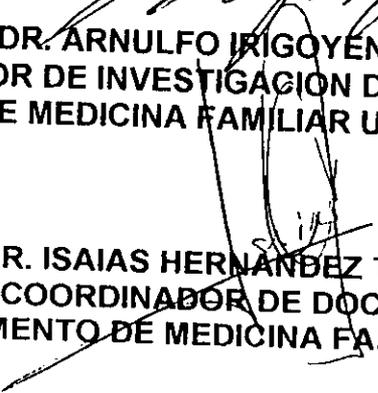
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

**DRA. MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ FLORES.**

### AUTORIZACIONES:

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

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

  
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

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

**DRA. MARIA DEL CARMEN HERNANDEZ FLORES**

MODELO SISTEMATICO DE LA INVESTIGACION MEDICA 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 LOPEZ**  
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, HGO., ENERO DE 1999.

“ En aquello que tienen alguna parte del cuerpo atacado por una enfermedad dolorosa y que muy frecuentemente no experimentan sus dolores, el espíritu está enfermo.”

Alforismo Hipocrático.

## INDICE

I.	MARCO TEORICO.....
1.1.	CAMPO DE ACCION DEL MEDICO FAMILIAR.....
1.2.	ACCIONES ESPECIFICAS DEL MEDICO FAMILIAR.....
1.3.	LA ATENCION INTEGRAL A LA SALUD.....
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....
III.	JUSTIFICACION.....
IV.	OBJETIVOS.....
4.1.	OBJETIVO GENERAL.....
4.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....
V.	HIPOTESIS.....
VI.	METODOLOGIA.....
6.1.	TIPO DE ESTUDIO.....
6.2.	POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....
6.3.	UNIVERSO DE ESTUDIO.....
6.4.	TIPO DE MUESTRA.....
6.5.	TAMAÑO DE LA MUESTRA.....
6.6.	CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....
6.6.1.	CRITERIOS DE INCLUSION.....
6.6.2.	CRITERIOS DE EXCLUSION.....
6.6.3.	CRITERIOS DE ELIMINACION.....
6.7.	VARIABLES.....
6.8.	METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.....

	6.9. CONSIDERACIONES ETICAS.....	
VII.	RESULTADOS.....	
	FASE I.....	
	FASE II.....	
	CUADROS.....	
	CENSO POBLACIONAL.....	
	ANALISIS DE RESULTADOS.....	
	PARTE I.....	
	PARTE II.....	
VIII.	CONCLUSIONES.....	
	8.1. LINEAS DE ACCION.....	
IX.	ANEXO.....	
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	

## I. MARCO TEORICO

Desde los pueblos primitivos sumergidos en el pensamiento mágico, el origen de las enfermedades se atribuían a procesos sobrenaturales entre los que se encontraban furia de los dioses y la venganza de los muertos, recurriendo el médico de entonces a los amuletos, o bien al sacrificio de víctimas para agradar a seres sobrenaturales.

Congruente 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 de 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 parecer la anestesia fue posible la realización de diversas intervenciones quirúrgicas; el advenimiento de las sulfonamidas y de la penicilina provocaron un rápido y explosivo avance de la medicina científica, produciendo 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 a las especialidades. Esto, si bien es cierto que favoreció la calidad de la atención médica, también generó despersonalización en el trato médico paciente y elevó el costo de los servicios. (1)

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, grupales, particulares de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar, consecuentemente la fundamentación de la existencia del médico

radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud, limite las lesiones y recupere las capacidades remanentes posteriores a la enfermedad, utilizando los conocimientos existentes, los recursos tecnológicos y la experiencia milenaria en tratar enfermos, experiencia plagada de aciertos y errores, práctica que deben realizar los médicos con un alto compromiso humanitario, respetando al individuo y sus normas sociales, es decir, dando a su actuación características y efectuando su actividad con un gradiente elevado de calidad.

La medicina requiere ser transmitida para acrecentarse, mejorar y hacerse cada día más útil; evidentemente este ejercicio de constante autocrítica ha provocado un permanente crecimiento profesional y obliga a mantenerse alerta y actualizado.

Bajo esta dimensión, la especialización en medicina familiar a 25 años de establecida requiere ser valorada en sus logros, para ubicarla en un contexto amplio y maduro, que evalúe errores y virtudes y ofrezca un panorama real de lo realizado por el médico familiar en forma individual y de las tareas por hacer; así como de la actuación de los administradores de este proceso y las metas que se requieran alcanzar, de tal forma que permita replantear objetivos, estrategias y metas por las instituciones involucradas y de los individuos comprometidos con la especialidad. (2)

#### 1.1. Campo de acción del médico familiar.

- 1) Realizar una medicina integral, modificando la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psicosociales en la comprensión del proceso salud – enfermedad.

- 2) Enfoca 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 le considera parte dinámica de una familia y copartícipe de la salud o de la enfermedad.
- 3) Compromete su actuar prácticamente bajo cualquier circunstancia sin las limitaciones propias de otras disciplinas, como pueden ser la edad, el sexo el, padecimiento, etc., este beneficio al enfermo que por principio otorga la disciplina de la medicina familiar, debe realizarse durante todas las etapas de la vida.
- 4) Entender sus propias limitaciones. Esta aparente desventaja creada por la amplitud de su campo, en la práctica le permite conducir los recursos médicos, apoyar al enfermo y su familia, con una actitud de mesura y madurez ante sus propias limitaciones, capitalizando la pérdida aparente de su aureola de deidad y acercándose más al hombre y a su familia, en una relación médico – paciente más auténtica, fructífera y gratificante, mejor que otras disciplinas. (2)

#### 1.2. Acciones específicas del médico familiar:

El papel que salta a la vista para el desarrollo profesional del médico familiar será el de lograr satisfacer las expectativas sociales que en él se han cifrado y que deberán responder a los retos de atención antes mencionados.

Para ello se precisan cuatro funciones básicas que se deben cumplir:

- 1) Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.
- 2) Otorgar atención médica integral.
- 3) Participar en el proceso de educación médica.
- 4) Realizar investigación médica.

Para lograr el primero de ellos, el médico familiar debe convertirse en guía y asesor del personal para la atención de la salud y dirigir con efectividad las estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con un enfoque básicamente anticipatorio donde las acciones de fomento a la salud son prioritarias.

En cuanto al 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 lo 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 las medidas de rehabilitación correspondientes.

A través de la educación médica se propiciará la conservación de un alto nivel de educación continúa y actualización sin olvidar mantener la función de enseñar a otros sus experiencias y conocimientos.

La investigación médica debe ser congruente con las necesidades de salud de la población y dar respuesta a los problemas que surjan durante el proceso de atención a la salud. Los resultados deben ser prácticos y facilitar la toma de decisiones en el nivel operativo. (2)

### 1.3. La atención Integral a la Salud.

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud. Para finales del siglo I a.c. la medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los filósofos expertos en el arte de curar. En la antigua medicina china el concepto del Yin y

el Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias, era considerado como la base del equilibrio y de eso dependía el grado de salud alcanzado, así mismo señala el primer intento de tener una visión integral del hombre.

En el área de la salud, el concepto de integridad debe entenderse en varios ámbitos y niveles de complejidad entre los que podrían citarse:

- 1) Ambito de la salud y de la enfermedad. Históricamente se sabe que no sólo es más barato cubrir aspectos de salud que de enfermedad, sino además la calidad de vida que se alcanza promoviendo la salud es superior a todos los programas de atención médica y rehabilitación.
- 2) Enfoque preventivo y curativo. Desde hace décadas se afirma que es trascendental una práctica médica con enfoque preventivo para mantener un nivel de salud aceptable, tanto de la fuerza laboral como de la población en general; este nivel de integridad ha sido desarrollado en diferentes instituciones de salud, en donde se exige como requisito previo a la consulta médica, la realización de todas las medidas preventivas existentes.
- 3) Enfoque grupal e individual. Las actividades de educación y promoción para la salud se realizan en grupos de la población; actualmente se está instrumentando la estrategia del trabajo con grupos que comparten riesgos de salud o bien grupos con una patología común; ésta no es una práctica predominante, pero se debe insistir en ello, ampliar y reforzar esta estrategia.
- 4) La atención continua y esporádica, lo cierto es que aún la gran mayoría de médicos prefiere ver lo menos posible a sus pacientes. Los

seguimientos de patología familiar son aún la excepción y no la regla, por lo que la atención esporádica únicamente referida a episodios agudos de enfermedades sigue siendo un elemento de la práctica médica actual. El seguimiento y la continuidad son la única garantía de alcanzar resultados valiosos y de incidir positivamente en la salud.

- 5) Trabajo en equipo y trabajo individual. El llamado equipo de salud en los distintos niveles de atención en realidad funciona parcialmente; las acciones coordinadas con metas comunes se dan de manera aislada. Este equipo debe funcionar no sólo de forma interdisciplinaria sino también de manera transdisciplinaria, es decir, como un conjunto de profesionales con una axiología común, que tengan una práctica intra y extramuros con permanencia en la comunidad. Debe promoverse e impulsarse la formación de grupos multidisciplinarios que trabajen con una metodología basada en el enfoque de riesgo.
- 6) Trabajo intra y extramuros. Es bien sabido que los médicos en la operación presentan una gran resistencia a utilizar el tiempo destinado a visitas domiciliarias en actividades encaminadas a lograr la participación de la comunidad. El actual programa de Fomento a la Salud brinda algunas propuestas metodológicas que pueden utilizarse para actividades extramuros complementadas con o el trabajo en equipo.
- 7) Actividades formativas e informativas. En medicina familiar se deben propiciar conductas en la población que promuevan la salud, no quedarse solamente en un nivel informativo acerca de lo que se debe hacer. La información no es suficiente como actividad para incidir en la salud familiar, ya que la población la percibe como ajena, como una cuestión de los médicos y no de ellos. Las actividades formativas deben

estar enfocadas a crear grupos de reflexión con los mismos derechohabientes, para que identifiquen los factores psicosociales y biológicos que provocan enfermedades, para poder enfrentar dichos factores y no sólo las resultantes del proceso social.

Los niveles de mayor complejidad en la atención integral son:

- 8) El abordaje biosicosocial de la salud enfermedad. Este presenta algunas dificultades instrumentales, ya que la práctica médica institucional tiende a fragmentar lo biológico y sólo se puede superar este enfoque trabajando con los grupos familiares en entrevistas colectivas en el consultorio y también extramuros.
- 9) Integración docencia – asistencia – investigación. La práctica médica integral presupone de manera fundamental la combinación de estas tres actividades como inseparables, pero en la práctica se ha visto que laboralmente existen limitaciones de orden temporal y de instrumentación metodológica para realizarse. (3)

#### LA FAMILIA. Definiciones de familia. (4)

Aunque el término se 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 cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades,

toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

---

### HIPOTESIS ETIMOLOGICAS DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA

---

Autor	Concepto etimológico
Taparelli	La palabra familia deriva del latín <b>fames</b> ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.
Marqués de Morante.	La palabra familia deriva de <b>famulus</b> (siervo), a su vez del primitivo <b>famul</b> , originado de la voz osca <b>famel</b> que significa esclavo.
Mendizábal	El origen de la familia deriva de <b>fames</b> (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre.
Rodríguez de Zepeda.	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.
Trendelenburg.	Existen en la familia tres sociedades unidas; la conyugal y la filial.
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 de su casa.

Para los estudiosos de la familia, desde el punto de vista social se ha encontrado útil la siguiente clasificación:

---

**CON BASE EN SU DESARROLLO**

---

**MODERNA  
TRADICIONAL  
ARCAICA Y PRIMITIVA**

---

Proporción aproximada en nuestro medio: Moderna 40%, Tradicional 50% Arcaica o Primitiva 10%

---

**EN BASE A SU DEMOGRAFIA**

---

**URBANA  
RURAL**

---

Proporción aproximada en nuestro medio: Rural: 40%, Urbana: 60%.

---

**EN BASE A SU INTEGRACION**

---

**INTEGRADA  
SEMI-INTEGRADA  
DESINTEGRADA**

---

Integrada: en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones. Semi-integrada; en la cual los conyuges 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 TIPOLOGICO

---

CAMPESINA  
OBRERA  
PROFESIONAL

---

Esta característica está dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.

Ya desde el siglo XIX se ha venido observando un creciente interés por el estudio de la familia, teniendo entre otras aspiraciones, el definirla con la mayor claridad posible; llegando incluso la Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970, a definir el concepto de familia, por intermedio del documento "M" número 44, como:

EL CONJUNTO DE MIEMBROS DEL HOGAR, EMPARENTADOS ENTRE SI, HASTA UN GRADO DETERMINADO POR SANGRE, ADOPCION O MATRIMONIO.

El consenso norteamericano la define como:

LA FAMILIA ES UN GRUPO DE DOS O MAS PERSONAS QUE VIVEN JUNTAS Y ESTAN RELACIONADAS UNAS CON OTRAS, POR LAZOS CONSANGUINEOS DE MATRIMONIO O ADOPCION.

En Canadá se ha definido a la familia como:

EL GRUPO COMPUESTO POR UN MARIDO, UNA ESPOSA, CON O SIN HIJOS, O UN PADRE O MADRE CON UNO O MAS HIJOS, QUE VIVEN BAJO EL MISMO TECHO.

## **CICLO VITAL DE LA FAMILIA (4)**

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar:

**FASE DE MATRIMONIO.**

**FASE DE EXPANSION.**

**FASE DE DISPERSION.**

**FASE DE INDEPENDENCIA.**

**FASE DE RETIRO Y MUERTE.**

Este esquema propuesto por Geyman en 1980, es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.

La fase de matrimonio se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

**Fase de Expansión:** Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande". Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy armónica para levantarse por la madrugada y preparar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas.

Fase de Dispersión: Para algunos investigadores esta fase 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, separa el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias; para tal fin citemos una curiosa anécdota del Dr. Passmore:

Para centrar más exactamente nuestra discusión sobre el período de la adolescencia haré la siguiente cita: EL MUNDO ESTA ATRAVESANDO UNA EPOCA TURBULENTA. LA GENTE JOVEN NO TIENE RESPETO A SUS PADRES; LES IMPACIENTAN TODAS LAS RESTRICCIONES, HABLAN COMO SI SOLO ELLOS LO SUPIERAN TODO, Y LO QUE ENTRE NOSOTROS PASA POR SABIDURIA, ES TONTERIA PARA ELLOS. Esto esta tomado, no de los editoriales de un periódico de hoy, sino de los escritos de Pedro el Ermitaño, en el siglo XI.

Ahora viene la fase de independencia: es difícil precisar el número de años transcurridos. Al inicio de esta fase, la pareja debe aprender vivir nuevamente "independencia", sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años.

Fase de retiro y muerte: Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con

gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado:

- incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico degenerativas).
- Desempleo.
- Agotamiento de los recursos económicos.
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, recluyéndolos en asilos para ancianos.

En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; esta situación que conlleva el riesgo de provocar "injerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela...no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradicional cultura.

#### **FUNCIONES DE LA FAMILIA.**

- I. **SOCIALIZACION.**
- II. **CUIDADO.**
- III. **AFECTO.**
- IV. **REPRODUCCION.**
- V. **ESTATAUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.**

**SOCIALIZACION:** La fase fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente 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 seis primeros años de vida, ya que a partir de este 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 e identifican cuatro determinantes en ella:

- Alimentación.
- Vestido.
- Seguridad Física.
- Apoyo emocional.

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

**Reproducción:** Llanamente se ha definido la familia como 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 una tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: salud reproductiva.

**Estatus y nivel socioeconómico:** 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 hechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico; en una medida de perpetuar los privilegios y los logros familiares.(4)

### 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 a 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 de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutive y de seguimientos.

El modelo sistemático de la atención médica familiar (Mosamef) 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 esta disciplina. (5)

#### PANORAMA EPIDEMIOLOGICO.

La realización de este trabajo de investigación radica en la importancia de conocer y detectar los factores de riesgo para aplicar las medidas necesarias en los problemas de salud; ya que de acuerdo a la morbilidad nacional y estatal nos damos cuenta que dentro de las 10 principales causas de la misma, están las enfermedades infecciosas predominando en un 80% dentro de las cuales destacan infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas tanto a nivel nacional como estatal.(6)

Hidalgo como estado se encuentra en el lugar número veinte en cuanto a morbilidad de infecciones respiratorias agudas, que hasta la fecha es la primera causa de morbilidad general a nivel nacional. (6)

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La etapa actual de la medicina actual mexicana se ha caracterizado por el desinterés general y por el cuestionamiento de la práctica de la especialidad en el ámbito institucional, situación que conduce a escasa gratificación en el ejercicio de la misma. Los fenómenos periféricos a esta especialidad y de procedimientos no podrán ser superados hasta dentro de 3 o 5 años, siempre y cuando se partan de la premisa nacional de que es necesario fortalecer la especialidad como alternativa para resolver la atención primaria a la salud de todos los derechohabientes, consecuentemente las acciones restauradoras que deben realizarse son de dos tipos: institucionales y de los propios egresados.

El presente trabajo pretende lo que a continuación se plantea:

¿Cuáles son las principales características biosociales de las familias usuarias del consultorio 3 de la Clínica Hospital ISSSTE Huejutla; y sus principales causas de demanda de consulta?

### III. JUSTIFICACION.

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

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas a 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 estos propósitos el médico familiar deberá conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman, las patologías más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que se ejercen su consultorio, para desarrollar una eficaz laborar, la que a través del tiempo tendrá un positivo impacto en la salud familiar, del consultorio de su unidad de medicina familiar y del sistema de salud del país.

Este trabajo pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la carta de Otawa 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 cinco campos de acción: reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medio ambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud. (7)

#### IV. OBJETIVO GENERAL:

Identificar en la población adscrita al consultorio no. 3 de la Clínica hospital ISSSTE Huejutla, Hgo., las características biosicosociales de la comunidad como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud, así como sus principales causas de demanda de consulta.

##### 4.2. Objetivos Específicos.:

4.2.1. Conocer el número total de derechohabientes por grupo de edad y sexo adscritos al consultorio no. 3 de la Clínica Hospital ISSSTE Huejutla, Hgo.

4.2.2. Identificar los tipos de familia según su demografía, su desarrollo y su composición.

4.2.3. Identificar la etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias estudiadas.

4.2.4. Identificar dentro de las funciones de la familia las características de la reproducción, el status y el nivel socioeconómico de las familias estudiadas.

4.2.5. Identificar las diez principales causas de demanda de consulta en el consultorio no. 3 de la Clínica ISSSTE Huejutla, Hgo., de marzo de 1997 a marzo de 1998.

## V. HIPOTESIS.

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

## VI. METODOLOGIA.

### 6.1.- TIPO DE ESTUDIO.

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

Este trabajo esta fundamentado en tres estrategias: a) censo de población, b) estudio de identificación familiar y c) identificación de causas de consulta.

### 6.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Grupo de familias que acudieron a consulta al consultorio no. 3 de la Clínica ISSSTE Huejutla, Hgo., en el período comprendido 1º de marzo de 1997 al 1º de marzo de 1998.

### 6.3.- UNIVERSO DE ESTUDIO.

Lo forman 1363 familias adscritas, de las cuales 938 son usuarias del consultorio no. 3; basados en las tarjetas de vigencia de derechos del consultorio, así como el informe de labores diarios del médico forma SM-10.

### 6.4.- TIPO DE MUESTRA.

No aleatorio representativo de las familias adscritas al consultorio no. 3 que acudieron a consulta durante el período ya mencionado.

### 6.5.- TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas a 100 familias.

## 6.6.- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

### 6.6.1.- Criterios de Inclusión:

Derechohabientes vigentes, adscritos al consultorio no. 3 del turno vespertino de la Clínica Hospital ISSSTE Huejutla, Hgo., que aceptan responder a la encuesta de datos, se toma en cuenta todos los grupos de edad, las patologías agudas y crónicas, así como pacientes de primera vez y subsecuentes y diagnósticos de certeza.

### 6.6.2.- Criterios de Exclusión:

Población registrada no usuaria del servicio, familias que acuden a consulta y que no son adscritas al consultorio 3, pacientes que se niegan a participar en las encuestas, pacientes foráneos, pacientes que no tienen expedientes.

### 6.6.3.- Criterios de Eliminación:

Hojas de encuestas ilegibles, falsificación de datos, diagnósticos probables, defunciones, encuestas incompletas.

## 6.7.- VARIABLES.

Para el censo poblacional se utilizan las siguientes variables:

- Número total de individuos.
- Número total de individuos de 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 una amplitud de clase de cinco años.

El estudio de identificación familiar presenta las siguientes variables:

- Estado Civil.
- Años de unión conyugal en parejas casadas.
- Años de unión conyugal en parejas en unión libre.
- Años de unión conyugal de pacientes viudos.
- Edad de pacientes trabajadores.
- Sexo de pacientes trabajadores.
- Soltería.
- Escolaridad.
- Edad del padre.
- Edad de la madre.
- Número de hijos por grupo de edad (por década).
- Ocupación de los padres de familia.
- Ingreso económico.
- Tipo de familia según su composición.
- Tipo de familia según su desarrollo.
- Etapa del ciclo familiar.

Para la identificación de causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden:

- Los diez primeros motivos de consulta por edad y sexo.
- Consultas en el año de primera vez y subsecuentes.
- Los diez principales motivos de consulta primera vez y subsecuentes.
- Los diez principales motivos de consulta.
- Método de Planificación familiar en familias encuestadas.

#### **6.8.- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:**

Para el censo se acudió al Departamento de Vigencia de Derechos en donde por escrutinio se seleccionaron todas las tarjetas de los pacientes adscritos al consultorio no. 3 , posteriormente se acudió al Departamento de Archivo Clínico en donde se clasificaron los expedientes por núcleos familiares, encontrando un total de 1363 familias adscritas, en donde solo 938 acuden a los servicios médicos de su sector.

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

Para la identificación de las causas de consulta se recabaron los datos de la hoja de informes diario del médico SM-10 en el periodo comprendido del 1 de Marzo de 1997 al 1 de Marzo de 1998, consultas otorgadas en el consultorio tres.

#### **6.9.- CONSIDERACIONES ETICAS:**

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

## VII.- RESULTADOS:

### FASE I:

El censo poblacional nos demuestra que predominan las mujeres en relación a los hombres con una población total de 3752, de los cuales 204 son mujeres y 1712 son hombres.

### FASE II.

Se observó satisfactoriamente que el 83% de las familias se encuentran casadas, esto corresponde a 83 familias de las 100 estudiadas.

Se pudo evaluar que solo el 4% se encuentra divorciados y el 7% está en unión libre.

En lo que respecta a los años de unión conyugal se observa que oscilan entre los primeros y 5 y 10 años de matrimonio; al igual que las parejas en unión libre, pero que también los divorcios han ocurrido en ese periodo de tiempo en su mayoría.

La edad de los pacientes solteros se encuentra en un 80% entre los 20 y los 24 años como es de esperarse.

Se observó en cuanto a escolaridad se refiere que la mayoría cuenta con educación media y media superior en un 31 y 35% respectivamente.

La edad de las madres de familia oscilan entre los 30 y 34 años de edad, correspondería el 35.79% del total. Al igual que las madres, los padres de

familia son en su mayoría jóvenes para lo cual las edades oscilan entre los 35 y 39 años.

Y por supuesto los hijos de estas familias en su mayoría 62.17%, es menor de 10 años.

La ocupación de los padres de familia el 28.5% se encuentra en un nivel técnico seguido del nivel profesional en un 23.28%; por lo cual el salario que perciben en un 67% son de 1 a 2 salarios mínimos.

En relación al tipo de familia en cuanto a su composición en un 65% son nucleares. Y en cuanto a su desarrollo en su totalidad son tradicionales (100%). Y en cuanto a su demarcación también en su totalidad son rurales (100%).

De acuerdo a la etapa del ciclo familiar que viven las familias estudiadas la etapa de expansión prevalece en un 52%.

### FASE III.

En lo que respecta a los diez principales motivos de consulta de primera vez y subsecuentes observamos que las infecciones respiratorias agudas predominan en un 18.06% del total de consultas, esto es un total de 316 consultas en el año estudiado; en este grupo de enfermedades incluimos rinofaringitis agudas, faringitis, resfriado común, amigdalitis, otitis media y bronquiolitis aguda.

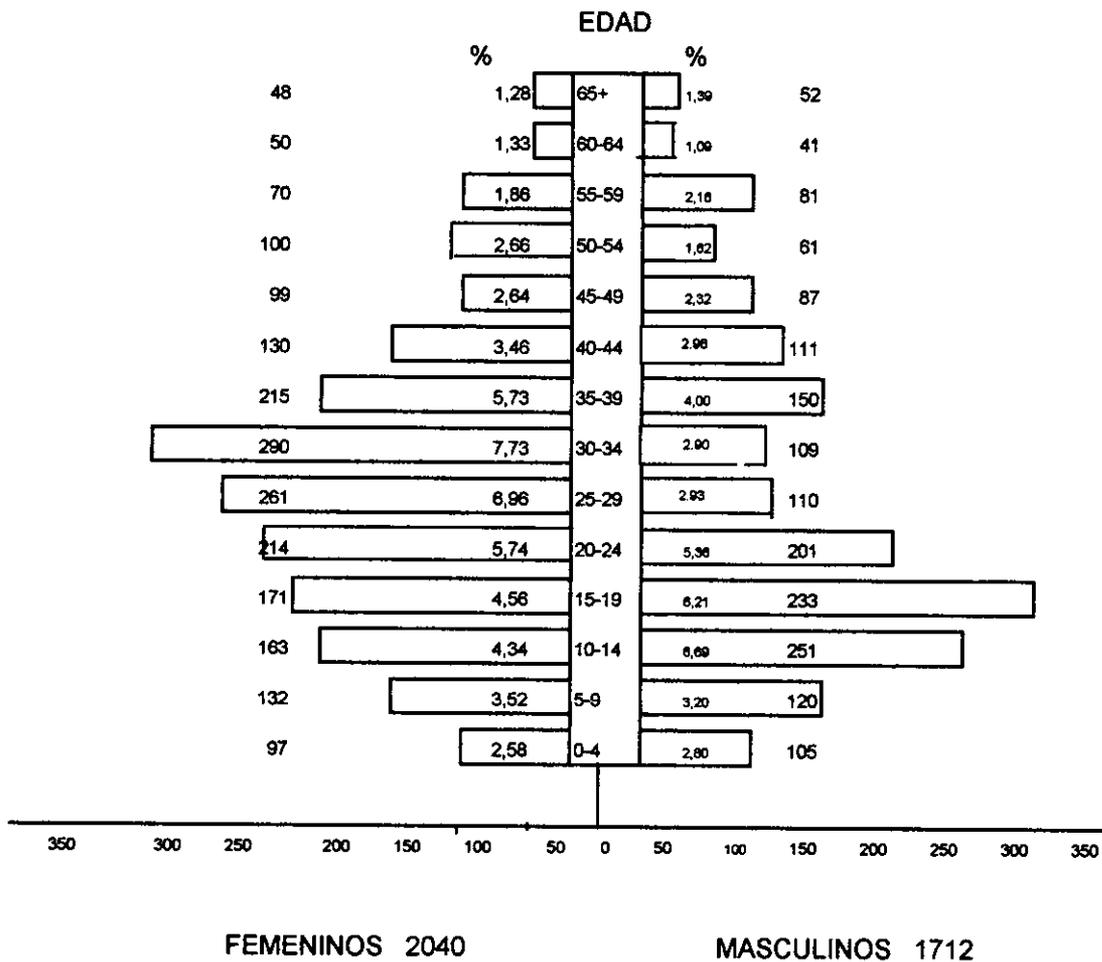
Las infecciones de vías urinarias en donde abarcamos uretritis, cistitis y pielonefritis, están en segundo lugar con un porcentaje del 11.32. Las enfermedades ácido pépticas en donde tomamos en cuenta a las gastritis en general con un total de 144 consultas de primera vez y 36 subsecuentes. Las

artropatías con un porcentaje del 9.89 en donde englobamos a las artropatías degenerativas. El quinto padecimiento son las parasitosis con un 9.83% en donde se abarcan todos los tipos de parasitosis. Las enfermedades crónico degenerativas como son la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus, también se encuentran dentro de las 10 principales causas de morbilidad con un total de 5.72% y 5.15% respectivamente.

Los accidentes y traumatismos también forman parte, con un 4.80%. Las vulvovaginitis con un 4.17% y las gastroenteritis agudas con un total de 2.86%, en donde se engloban todas las enfermedades diarreicas agudas.

PIRAMIDE POBLACIONAL CONSULTORIO No. 3

POBLACION TOTAL 3752 USUARIOS

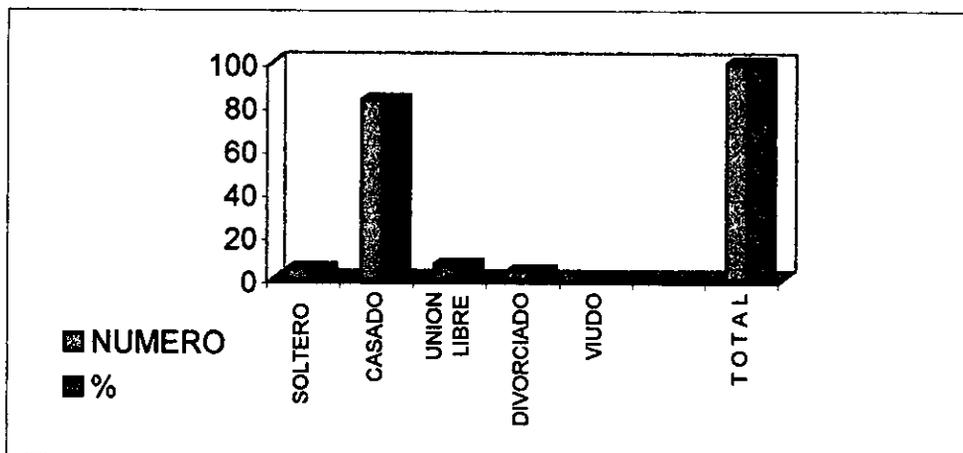


FUENTE: DEPARTAMENTO DE ARCHIVO CLINICO Y DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HGO.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA; HIDALGO.  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	5	5
CASADO	83	83
UNION LIBRE	7	7
DIVORCIADO	4	4
VIUDO	1	1
TOTAL	100	100

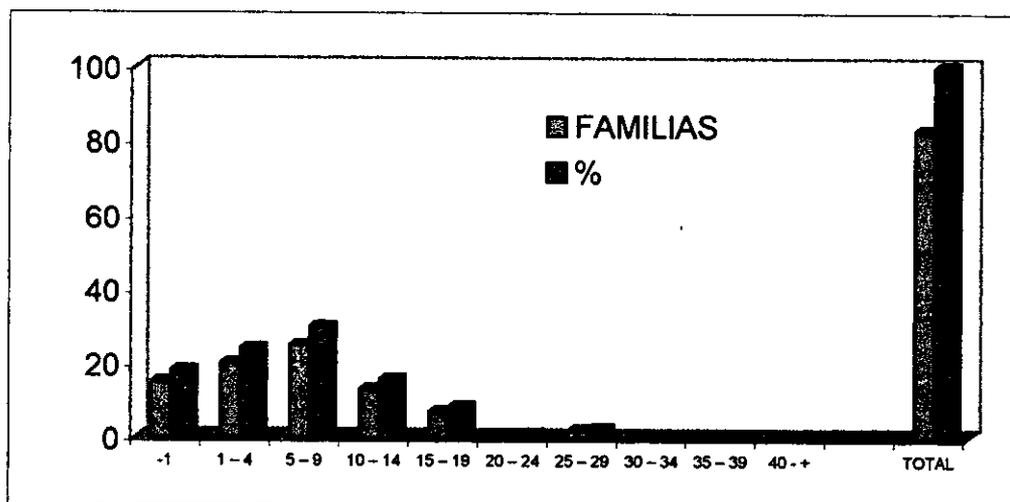


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA, HIDALGO.  
 MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

AÑOS DE UNION CONYUGAL EN PAREJAS CASADAS  
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.3

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	15	18,07
1 - 4	20	24,09
5 - 9	25	30,12
10 - 14	13	15,65
15 - 19	7	8,43
20 - 24	1	1,20
25 - 29	2	2,40
30 - 34	0	0,00
35 - 39	0	0,00
40 - +	0	0,00
TOTAL	83	100

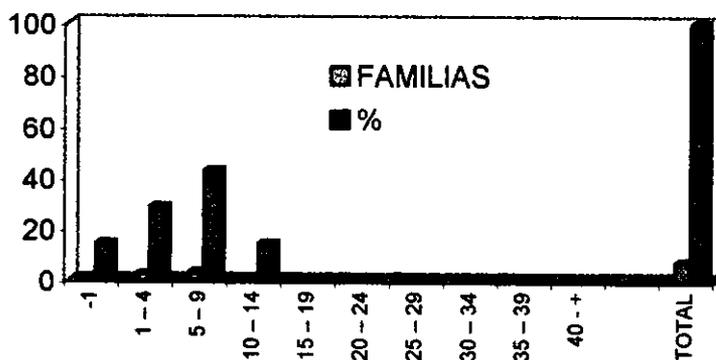


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE PAREJAS EN UNION LIBRE  
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	1	14,28
1 - 4	2	28,53
5 - 9	3	42,86
10 - 14	1	14,28
15 - 19	0	0
20 - 24	0	0
25 - 29	0	0
30 - 34	0	0
35 - 39	0	0
40 - +	0	0
TOTAL	7	100

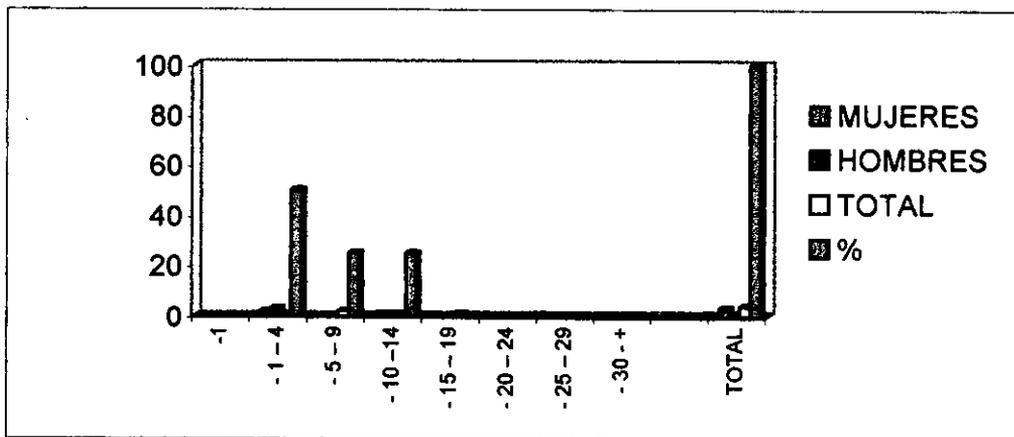


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA.  
 MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

AÑOS DE UNION CONYUGAL EN PACIENTES JEFES  
 DE FAMILIA ACTUALMENTE DIVORCIADOS.  
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No.3

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1	0	0	0	0
- 1 - 4	2	3	5	50
- 5 - 9	0	0	0	0
- 10 -14	1	1	2	25
- 15 - 19	0	0	0	0
- 20 - 24	0	0	0	0
- 25 - 29	0	0	0	0
- 30 - +	0	0	0	0
TOTAL	3	1	4	100

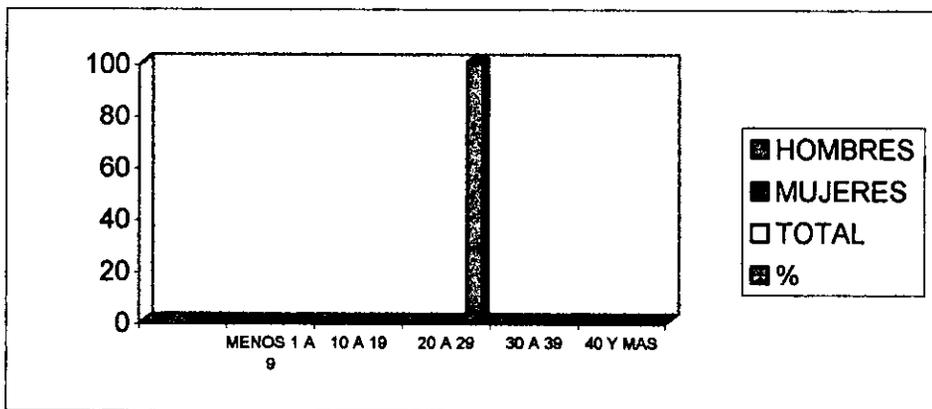


FUENTE: MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE PACIENTES VIUDOS  
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3

AÑOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
MENOS 1 A 9	0	0	0	0
10 A 19	0	0	0	0
20 A 29	1	0	1	100
30 A 39	0	0	0	0
40 Y MAS	0	0	0	0



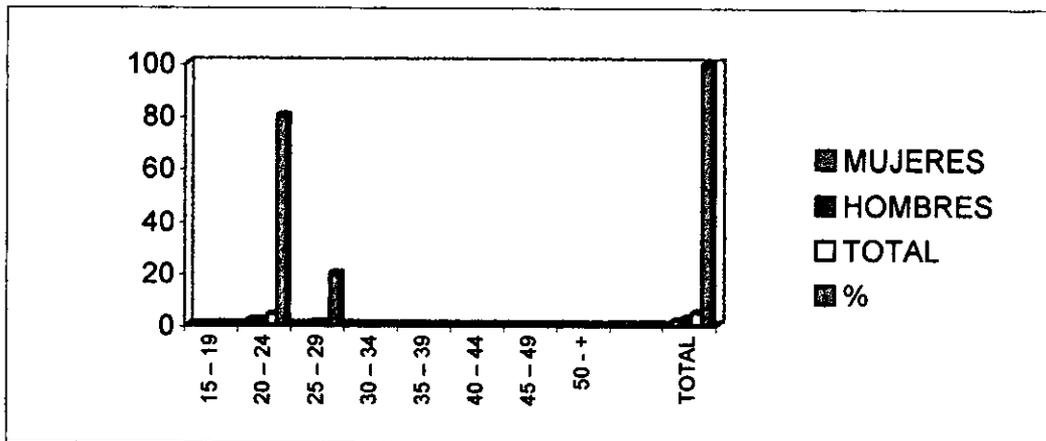
FUENTES: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR.

CLASIFICACION DE PACIENTES TRABAJADORES POR EDAD Y SEXO  
 SOLTEROS.

ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15 - 19	0	0	0	0
20 - 24	2	2	4	80
25 - 29	0	1	1	20
30 - 34	0	0	0	0
35 - 39	0	0	0	0
40 - 44	0	0	0	0
45 - 49	0	0	0	0
50 - +	0	0	0	0
TOTAL	2	3	5	100

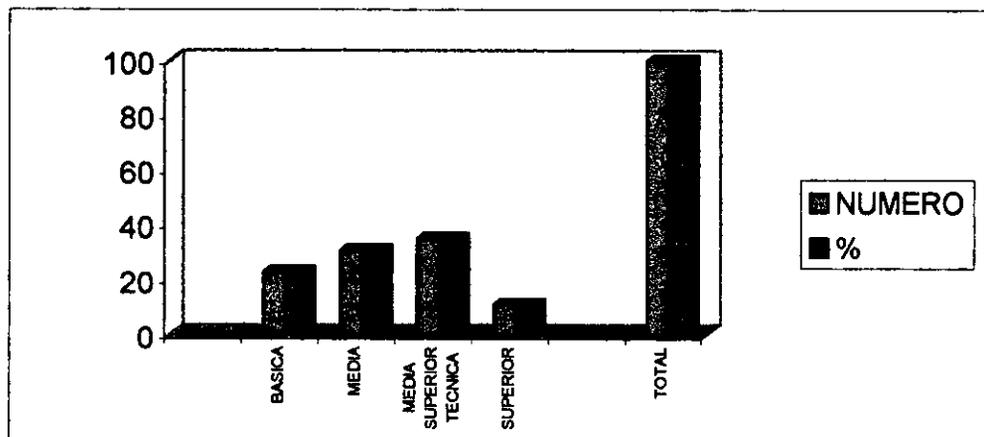


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

ESCOLARIDAD EN PACIENTES TRABAJADORES ENCUESTADOS  
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
BASICA	23	23
MEDIA	31	31
MEDIA SUPERIOR TECNICA	35	35
SUPERIOR	11	11
TOTAL	100	100

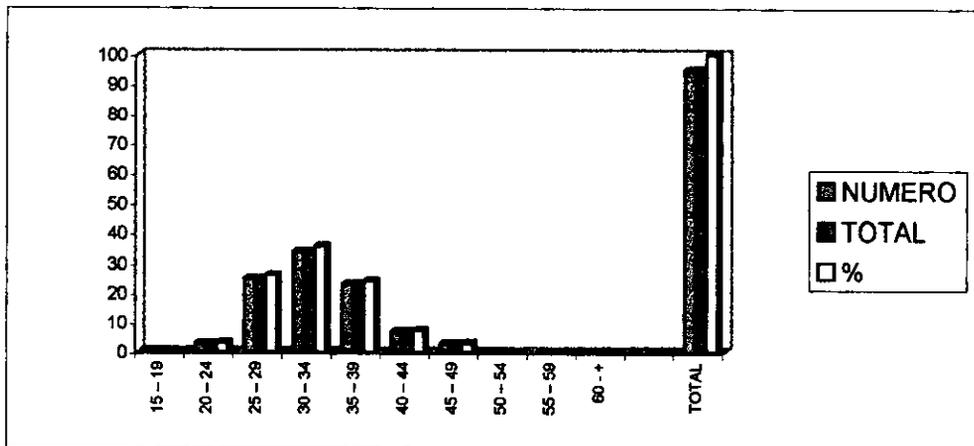


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

EDAD DE LA MUJER  
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

EDAD	NUMERO	TOTAL	%
15 - 19	0	0	0
20 - 24	3	3	3,15
25 - 29	25	25	26,31
30 - 34	34	34	35,79
35 - 39	23	23	24,21
40 - 44	7	7	7,37
45 - 49	3	3	3,16
50 - 54	0	0	0
55 - 59	0	0	0
60 - +	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

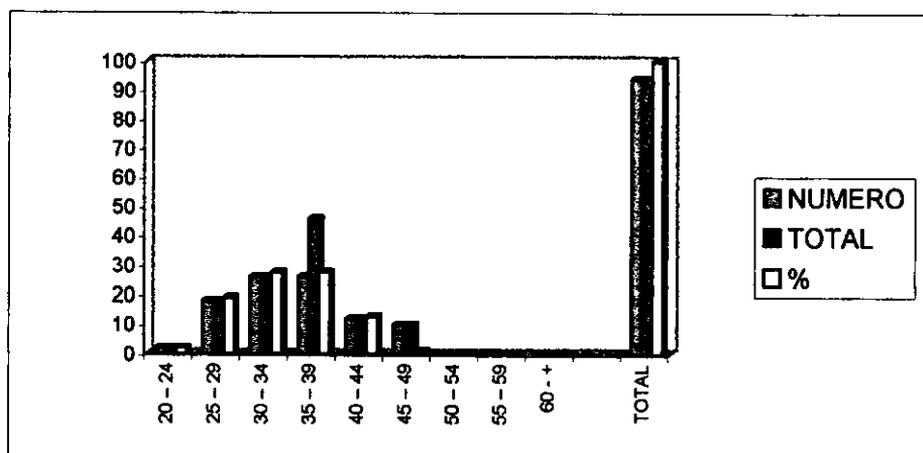


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO NO. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

EDAD DEL PADRE  
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

EDAD	NUMERO	TOTAL	%
20 - 24	2	2	2,13
25 - 29	18	18	19,15
30 - 34	26	26	27,66
35 - 39	26	46	27,66
40 - 44	12	12	12,76
45 - 49	10	10	1,01
50 - 54	0	0	0
55 - 59	0	0	0
60 - +	0	0	0
TOTAL	94	94	100

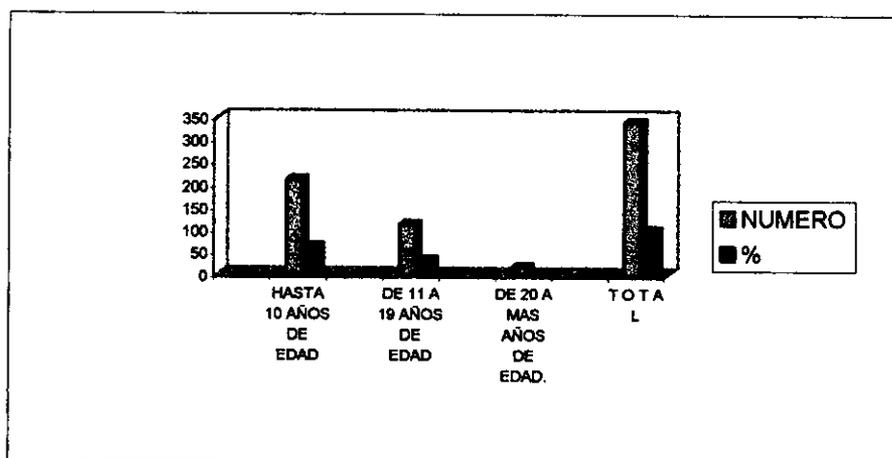


FUENTE: CEDULA DEL MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS.  
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	212	62,17
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	112	32,84
DE 20 A MAS AÑOS DE EDAD	17	4,99
TOTAL	341	100

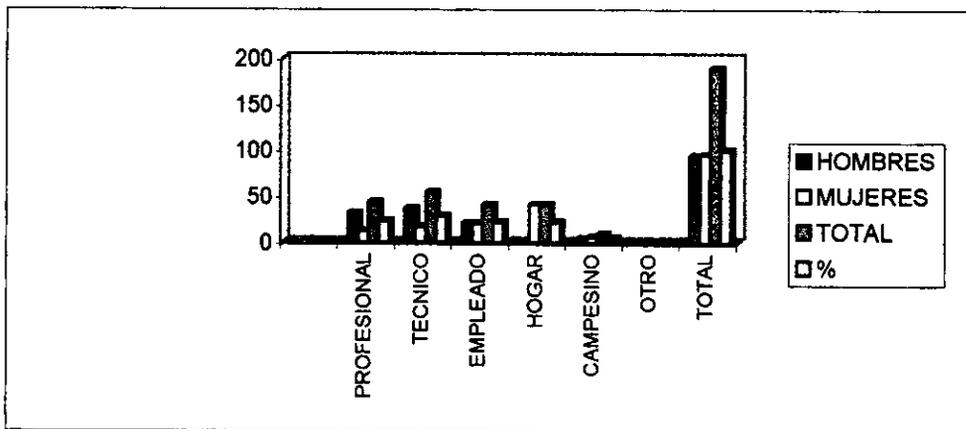


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.**

**OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA  
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3**

OCUPACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
PROFESIONAL	32	12	44	23,28
TECNICO	37	17	54	28,57
EMPLEADO	21	20	41	21,69
HOGAR	0	41	41	21,69
CAMPESINO	4	5	9	4,76
OTRO	0	0	0	0
TOTAL	94	95	189	100

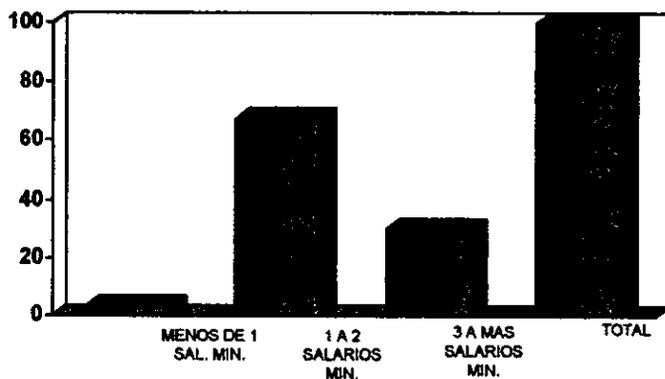


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA  
MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INGRESO  
ASCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

SALARIO	NUMERO	%
MENOS DE 1 SAL. MIN.	3	3
1 A 2 SALARIOS MIN.	67	67
3 A MAS SALARIOS MIN.	30	30
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



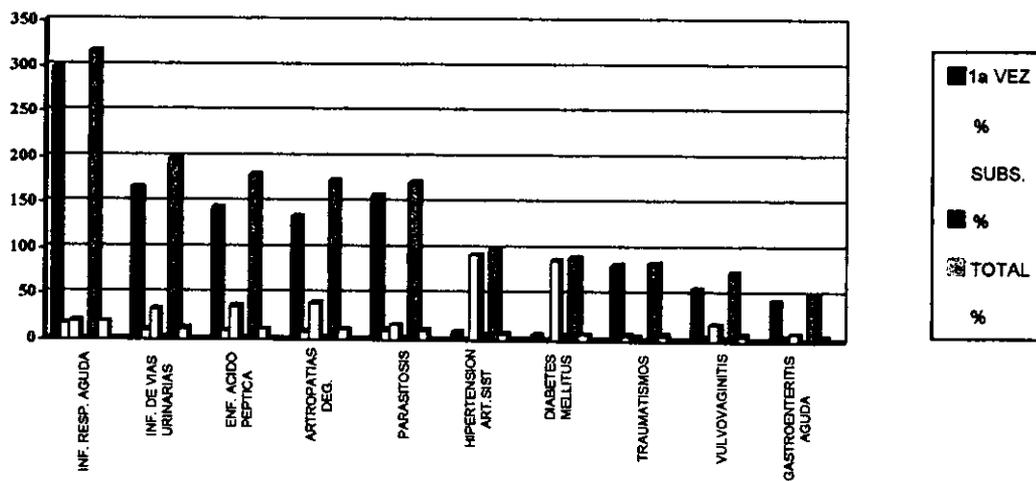
FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

**CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA  
MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.**

**10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA**

DIAGNOSTICO	1a VEZ	%	SUBS.	%	TOTAL	%
INF. RESP. AGUDA	297	16,94	19	1,09	316	18,06
INF. DE VIAS	166	9,49	32	1,83	198	11,32
ENF. ACIDO PEPTICA	144	8,23	36	2,03	180	10,29
ARTROPATIAS DEG.	134	7,66	39	2,23	173	9,89
PARASITOSIS	157	8,97	15	0,86	172	9,83
HIPERTENSION ART. SIST	8	0,46	92	5,26	100	5,72
DIABETES MELLITUS	4	0,23	86	4,92	90	5,15
TRAUMATISMOS	81	4,63	3	0,17	84	4,8
VULVOVAGINITIS	56	3,2	17	0,97	73	4,17
GASTROENTERITIS AGUDA	43	2,46	7	0,4	50	2,86
<b>TOTAL</b>	<b>1090</b>		<b>346</b>		<b>1436</b>	<b>82,09</b>

RESTO DE CONSULTAS 17.91  
TOTAL 100

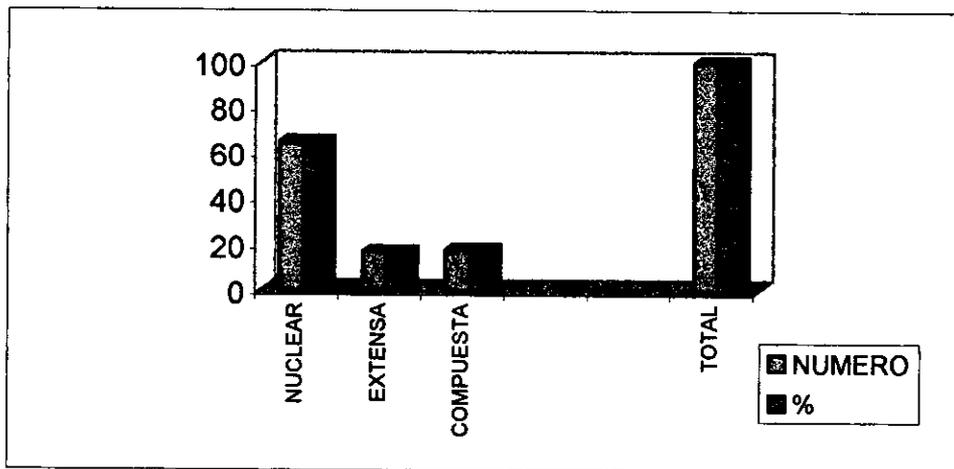


FUENTE: INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO SM-10

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION  
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.3

TIPO	NUMERO	%
NUCLEAR	65	65
EXTENSA	17	17
COMPUESTA	18	18
TOTAL	100	100

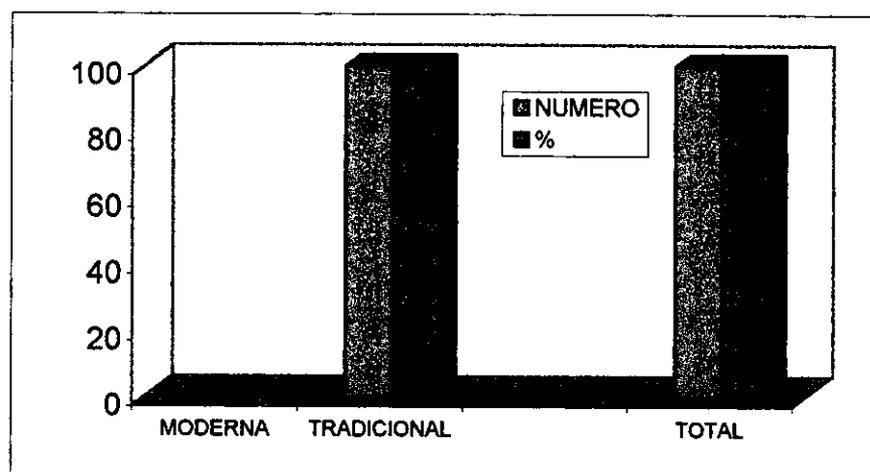


FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO  
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	0	0
TRADICIONAL	100	100
TOTAL	100	100

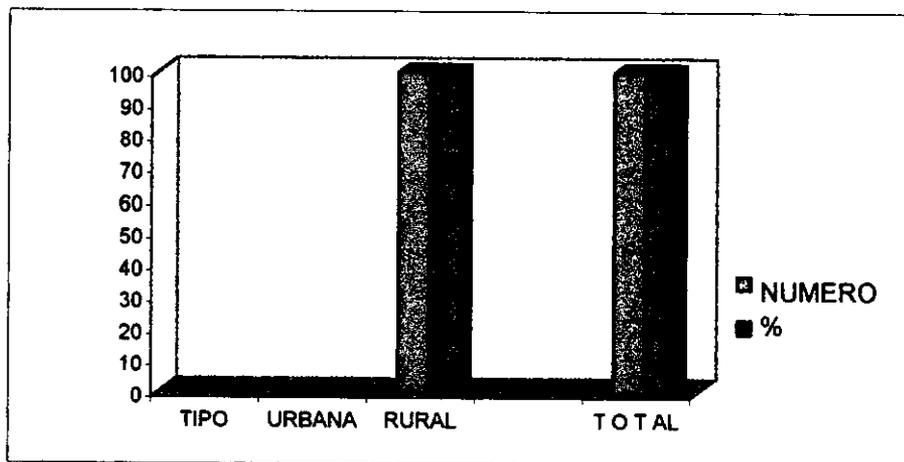


FUENTE: CEDULA DEL MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFIA  
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO NO. 3

TIPO	NUMERO	%
URBANA	0	0
RURAL	100	100
TOTAL	100	100

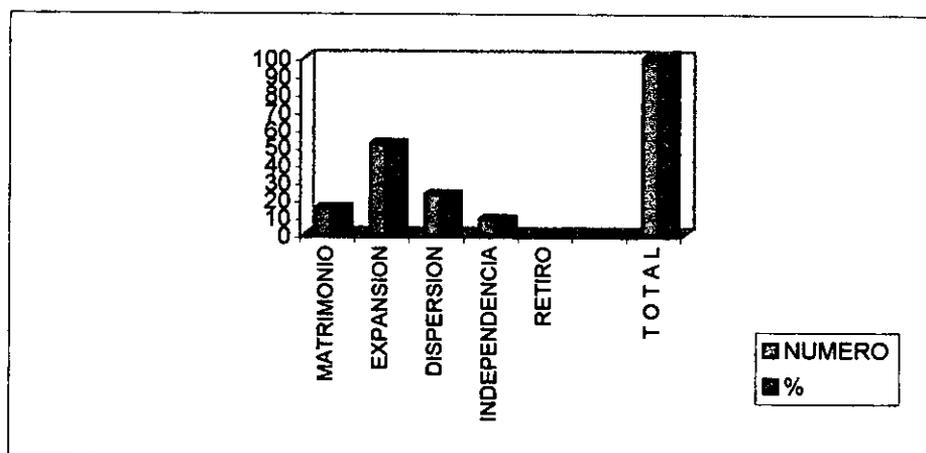


FUENTE: CEDULA DEL MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR.

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR  
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO NO. 3

ETAPA	NUMERO	%
MATRIMONIO	15	15
EXPANSION	52	52
DISPERSION	23	23
INDEPENDENCIA	9	9
RETIRO	1	1
TOTAL	100	100



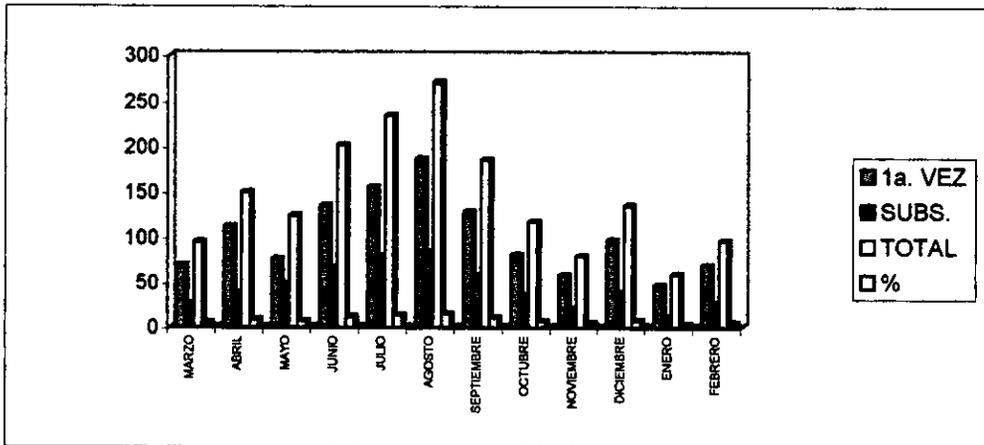
FUENTE: CEDULA DEL MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

**CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.**

**CONSULTAS EN EL AÑO CORRESPONDIENTE DEL 1o. DE MARZO DE 1997  
 AL 1o. DE MARZO DE 1998**

**PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3**

MES	1a. VEZ	SUBS.	TOTAL	%
MARZO	69	26	95	5,35
ABRIL	112	38	150	8,58
MAYO	76	48	124	7,09
JUNIO	135	67	202	11,55
JULIO	156	79	235	13,44
AGOSTO	187	84	271	15,49
SEPTIEMBRE	128	58	186	10,81
OCTUBRE	81	36	117	6,69
NOVIEMBRE	58	21	79	4,52
DICIEMBRE	97	38	135	7,72
ENERO	47	12	59	3,37
FEBRERO	69	27	96	5,49
TOTAL	1215	534	1749	100



FUENTE: INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO

**CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA "MODULO SISTEMATICO DE LA ATENCION  
MEDICA FAMILIAR**

99

**HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA**

**DIEZ PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR EDAD Y SEXO DE MARZO DE 1997 A  
MARZO DE 1998.**

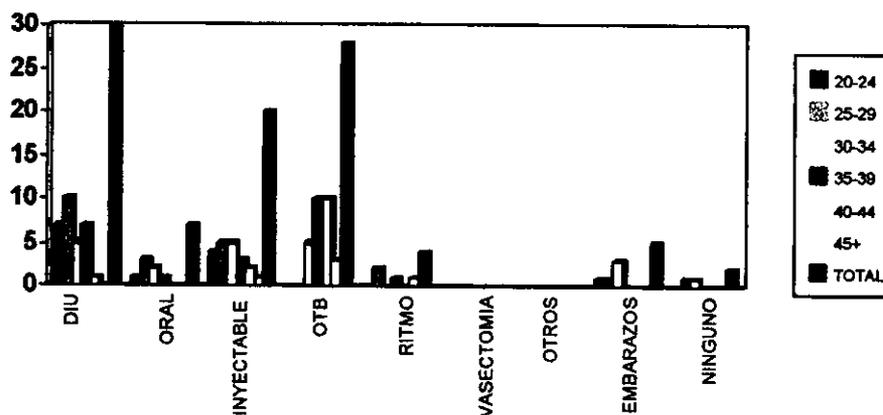
**FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3**

MOTIVO DE CONSULTA	1ª VEZ SUBS.	H	M	0 - 4 MESES		5 - 8 AÑOS		10-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-24 AÑOS		25-29 AÑOS		30-34 AÑOS		35-39 AÑOS		40-44 AÑOS		45-49 AÑOS		50-54 AÑOS		55-59 AÑOS		60-64 AÑOS		65-69 AÑOS		70 O MAS AÑOS			
				H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
INF. RESP. AGUDA	297	19			24	25	31	23	21	12	9	8	12	13	11	15	21		12	24	12	1	5			7		2	12	6	9	1			
INF. VAS URINARIAS	186	32					2	8	1	11	1	10		4		13		20	2	15		17		20			15		16		22	21			
ENF. AGUDO PEPTICO	144	36										10	11	5	15	10	8	25	15	4	5	5	5	5	6	5	10	11	9	8	9	4			
ARTROPATIAS (OEG.)	134	39																			12	17	12	15	18	18	15	12	15	15	19	5	2		
PARASITOSIS EN GRAL.	157	15			17	25	22	12	15	12	6	11	4	2	1	2	1	3	4	3	4	6	2	2	1	1	3	4	3	2	1	3	1		
HIPERTENSION ART. SIST	8	92															1				1	8	7	2	15	5	20	15	1	10	2	10	3		
DIABETES MELLITUS	4	86																		1		2	3	2	18	5	12	2	10	12	10	10	1	2	
TRAUMATISMO EN GRAL	81	3			17	7	20	9	4	2	2		4	2	3	2	2	1	2	1	1			1											
VALVOVAGINITIS	58	17										6		15		24																			
GASTROENTERITIS	43	7			18	14	2	3	2	3	1	2		1		1																			

CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA HOSPITAL HUEJUTLA  
 MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR.

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 3

METODO	EDAD						TOTAL
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	
DIU	7	10	5	7	1	0	30
ORAL	1	3	2	1	0	0	7
INYECTABLE	4	5	5	3	2	1	20
OTB	0	0	5	10	10	3	28
RITMO	0	2	0	1	0	1	4
VASECTOMIA	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0	0	0	0
EMBARAZOS	1	1	3	0	0	0	5
NINGUNO	0	1	1	0	0	0	2



FUENTE: INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MEDICO Y CEDULA DE  
 MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

## ANALISIS DE RESULTADOS.

### FASE I.

De acuerdo al censo poblacional nos damos cuenta de que siguen predominando las mujeres; de 3752 pacientes 2040 son del sexo femenino y 1712 del sexo masculino.

La pirámide poblacional nos muestra que los grupos étnicos más sobresalientes son las mujeres entre 20 y 30 años y los masculinos de entre 15 y 20 años; o sea que predomina la juventud y en la que hay que trabajar arduamente para la promoción de la salud, otro grupo de especial interés son los menores de 15 años en los que son más susceptibles de adquirir infecciones tan comunes como las infecciones respiratorias agudas y las gastroenteritis. La población de más de 50 años debe ser de mucho interés en la prevención de las diferentes enfermedades que mas frecuentemente les aqueja.

### FASE II

La especialidad de Medicina Familiar nos ha permitido con el presente trabajo estudiar a un determinado grupo de familias en todo su ámbito psicológico, social y cultural, por lo que nos permitiremos analizar con detenimiento los resultados obtenidos.

El propósito es conocer las características ya mencionadas con el fin de encontrar las estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las diferentes enfermedades.

Como nos podemos dar cuenta la mayoría de las familias estudiadas son parejas unidas por el vínculo del matrimonio y que estos siempre ha favorecido al funcionamiento familiar como agente social primario.

Un mínimo porcentaje de las familias están divorciadas lo cual si favorece la disfunción familiar, así de igual manera las familias formadas por madres solteras las cuales son pocas pero continúan siendo de valiosa importancia como factor predisponente para la disfunción familiar, la cual este término se entiende como el no cumplimiento de algunas de las funciones de la familia por alteración de algunos de los subsistemas familiares. (22).

Con referencia al grado académico de los derechohabientes encuestados nos pudimos dar cuenta la mayoría cuenta con un nivel básico y un nivel medio y el nivel medio superior, pero con gran satisfacción observamos que también contamos con trabajadores con nivel superior, ya que la mayoría de los pacientes cuentan con la normal Básica y que actualmente se les da la oportunidad de continuar sus estudios de Licenciatura.

La edad es otro factor de suma importancia, y esta en las madres de familia lo es aún más ya que en ellas se centra el cuidado y la alimentación de los hijos; y nos pudimos dar cuenta que la gran mayoría (35.79%) oscilan entre los 30 y 34 años de edad, esto es muy bueno, ya que existe mayor responsabilidad en los actos de ese grupo etareo.

Aunque también encontramos mamas muy jóvenes en un 3.15% de las familias encuestadas y estas familias con la característica de tener el número de hijos que quisieron tener. También tenemos en cuenta a la edad de los padres de familia que va acorde a las edades maternas.

Debido a que los padres de familia son relativamente jóvenes en su totalidad los hijos de estos también los encontramos en un 62.17% en menores de 10 años en relación a las características de las familias estudiadas el 65% son nucleares en relación a su composición; esto en determinado momento favorece la unión familiar. El resto de características de este tipo de familias es producto de la cultura e idocincracia de las personas, ya como lo comentaba en párrafos anteriores el consultorio no.3 se caracteriza por tener los derechohabientes que habitan en las comunidades vecinas a la cabecera municipal y que en estos lugares se carece de lo indispensable para subsistir de manera razonable y por lo tanto de acuerdo a su desarrollo en su totalidad son tradicionales y de acuerdo a su demografía son rurales también en su totalidad, y en determinado momento por todo lo que conlleva todas estas carencias el término salud en general se ve implicado, en comparación con España como lo menciona Galan Sanchez en donde el término rural lo definen por criterios de cantidad de población y no por las condiciones de vida, ya que en ese país es difícil encontrar esas carencias. (23).

En realidad a las etapas del ciclo familiar va de acuerdo a la edad de los padres de familia, ya que la mayoría son personas que oscilan entre los 30 y 40 años de edad, la etapa familiar que prevalece en la de expansión en más del 50%.

### FASE III.

De acuerdo a los diez primeros motivos de consulta obtuvimos que en la enfermedad que mas frecuentemente se presenta son las infecciones respiratorias agudas, en la que los grupos más vulnerables de acuerdo a la edad y sexo en que se presentan son los menores de 15 años de edad, y en la que habríamos de trabajar para poder disminuir la morbilidad de este

padecimiento. En América Latina la mortalidad de menores de 5 años es de 15 millones, y de estos cuatro millones son por infecciones respiratorias agudas; de esas muertes dos tercios ocurren en lactantes. (24). Por lo tanto como lo describimos anteriormente las infecciones respiratorias agudas son una de las primeras causas de morbilidad Nacional y Estatal. (6)

Otro grupo de enfermedades infecciosas también se encuentran dentro de las diez principales causas las cuales todas son prevenibles; como las infecciones de vías urinarias que predominan sobre todo en el sexo femenino y las parasitosis que son más frecuentes en los menores de 20 años así como también las vulvovaginitis que aqueja a las pacientes con vida sexual activa y las gastroenteritis agudas que afectan sobre todo a los menores de cinco años como se ha visto en todas partes y en la que se está trabajando para disminuir los riesgos.

Como nos pudimos dar cuenta las enfermedades que predominan en un 50% de las diez primeras son de origen infectocontagiosas y que esto nos habla que las medidas higiénico dietéticas sobre todo son escasas en este tipo de población sobre todo a pesar que se trabaja para poder evitarlas todavía se presentan con mucha facilidad.

Sin menospreciar a las enfermedades crónico degenerativas que también están presentes sobre todo porque es una población relativamente joven por los resultados de la primera población. Cada año en México se registran más de 180 mil casos nuevos de diabetes mellitus y es causa de aproximadamente 36 mil defunciones (27) de ahí la importancia primordial.

En cuanto a los meses de mas influencia de pacientes fueron abril, junio, julio, agosto y septiembre esto a consecuencia del período vacacional.

Con frecuencia a los métodos de planificación familiar que más usan nos dimos cuenta que casi la totalidad de las pacientes encuestadas tienen algún método anticonceptivo, de los cuales el más usado es el DIU seguido del método definitivo que es la OTB y el Hormonal Inyectable.

## VII. CONCLUSIONES.

El Médico general familiar, será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria e integrar 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 medica independiente de la edad, sexo o el padecimiento del individuo. La medicina que practique este 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 a 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 y actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua, autoevaluación y auditoria médica, será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación.

Con esto resumo todo lo que estamos haciendo y lo que seguiremos realizando con el fin de mejorar las condiciones de salud y de nuestra población. Puedo decir que se cumplieron el objetivo general y los específicos

del presente trabajo; de conocer las características biopsicosociales en la población adscrita del consultorio no. 3 de la Clínica ISSSTE en Huejutla Hgo.

Como podemos ver los niños y los ancianos y las mujeres de edad fértil son los grupos de mayor riesgo y en los que enfocamos y seguiremos enfocando nuestra atención.

Las familias de este consultorio son totalmente rurales, que viven creciendo de los servicios básicos, que aunque sus sueldos son en su mayoría buenos y la educación cada vez sea la superada, las costumbres y la carencia de hábitos higiénicos y dietéticos en los que se determinen y la salud de estas. Que en su mayoría son familias nucleares, y en etapa de expansión.

Las enfermedades que más presentan son las enfermedades infectocontagiosas, las crónico degenerativas y las gastritis, así como los accidentes y traumatismo.

Este modelo sistemático de la atención médica familiar nos muestra no solo los elementos bio-psicosociales sino la relación de estos con los factores de riesgo que además de servir al médico familiar repercutirán en beneficio de los pacientes al recibir una mejor atención integral del instituto para presentar un servicio más oportuno, de mejor calidad y con calidez, así mismo, al comentar éstos aspectos con la familia misma podrá verse favorecidas con las mejoras que se realicen en su núcleo familiar.

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

Estudio de la familia: permite el entendimiento del entorno bio-psico-social fundamental en 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 ó familiar.

Continuidad: se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, 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.

Acción anticipatoria: se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuya a la identificación de la probabilidad de que ciertas características del individuo y/o del medio ambiente que les rodea produzca 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 de riesgo expuestos a determinados factores. (20).

En definitiva, es importante asegurar, con el compromiso conjunto de profesionales y administración, una mayor implantación de las actividades preventivas en el quehacer habitual de los Centros Hospitalarios, sin olvidar la necesidad de que exista una alianza intersectorial para modificar los estilos de vida de la población, haciendo hincapié en el concepto de autoresponsabilidad que es una de las piedras angulares de la atención primaria a la salud. (21)

## 8.1. LINEAS DE ACCION.

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

#### ESTRATEGIAS GENERALES.

Tiene por objeto una vez conocidos los riesgos y hecha una investigación en el período prepatogénico, se debe de aplicar la prevención para disminuir la acción. Por desgracia no sabemos como prevenir la mayor parte de las enfermedades, y por lo tanto, no sabemos mantener a los pacientes con buena salud.

Además lo habitual es que los pacientes tengan una mejor información acerca de cómo utilizar la mejor forma posible la asistencia médica disponible. Por lo tanto, el principal inconveniente para el ejercicio de la medicina preventiva es la ignorancia, tanto por parte del médico como por parte del paciente se trata de un reto fundamental en la investigación y en la educación médica.

Es necesario abrir nuevos espacios y alternativas de superación en la educación médica, mediante el análisis de las dos tendencias educativas: la tradicional, pasivo receptiva y la activo participativa. (25).

El desempeño y la práctica del médico se evalúa a través de la competencia clínica, que se define como el conjunto de capacidades que se realizan en la atención del paciente para la solución de sus problemas de salud. (26).

Existen también dificultades de actitud. La tardanza antes de la consulta se debe muchas veces a ansiedad y actitud negativa. Los médicos agravan inconscientemente a tomar en serio solo las enfermedades orgánicas como si pensarán que todas las demás son imaginarias, muchas veces esta actitud tiene como consecuencia que el paciente no acuda al médico en caso de

síntomas menores, pero indicativas de futuras enfermedades que se hubieran podido evitar. (8)

Por lo tanto la medicina preventiva tiene por objeto interrumpir o romper el eslabón más débil ó más accesible a la cadena epidemiológica y evitar que se produzca el estímulo de enfermedad como son: la vacuna específica, la aplicación tópica de flour y los buenos hábitos higiénicos de lavarse las manos antes y después de ir al baño, ó antes de preparar cualquier alimento, así como mantener nuestra higiene personal y evitar estar en contacto con lo que pudiera hacer daño.

La atención primaria a la salud es la estrategia más viables para elevar el nivel de salud de la población en los países en condiciones socioeconómicas precarias. Existen múltiples barreras para su implantación una de las principales como ya lo decíamos es el médico, que basado en falsas creencias y en su escasa preparación como docente ha limitado el logro de los objetivos. Se destaca la importancia de la labor educativa del médico en materia de salud y la relación de esta acción con el logro de la participación comunitaria.

La atención primaria a la salud es desde hace varios años la estrategia propuesta por la OMS para poder elevar el nivel de salud de la población. Su implantación a logrado múltiples barreras que limitan en cierto grado su total aplicación y el logro de los objetivos; algunas de estas barreras son tan difíciles de flanquear que algunos especialistas e incluso de la OMS han llegado a pensar que su objetivo es utópico, ó como dice Werner: "es como querer encontrar el tesoro al final del arcoiris". (10)

Otras opciones expresan como característica importante de la atención primaria a la salud, la intervención organizada y responsable de los individuos implicados en el autocuidado de su salud, a la que junto con el equipo sanitario deben enfocar íntegramente los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Lo anterior debe considerarse dentro del marco de la

intersectorialidad, ya que requiere de los esfuerzos coordinados de los organismos nacionales vinculados con la salud.

Por otra parte además de la importancia a la atención primaria a la salud también está la importancia al sentido humano y el sentido humanista de la medicina, para lo cual son dos palabras diferentes en el significado. El humanismo, registra el diccionario de la real academia de la lengua, es el cultivo de las letras humanas, entendiendo por éstas la literatura, especialmente ramos clásicos, griega y latina. Lo humano aquello que pertenece al hombre o le concierne, también expresa el grado de ser compasivo, generosos, bondadoso e indulgente, en una palabra, humanitario. Dos palabras que en diferente forma, compaginan con la profesión médica quien estudia, se gradúa y ejerce la medicina, necesita de ambas, el encuentro con el enfermo resulta humano y humanitario cuando el médico explora el alma de muchos de ellos. La veta sensible y artística existe en un gran número de ellos. Y esa es una función importante del médico familiar y que hay que realizar aún que a pesar de la carga de trabajo sea extrema, ni los problemas particulares de cada uno de nosotros los dedicados a esta profesión. (11) (12)

Por lo tanto las estrategias de acción que se proponen para el consultorio no. 3 de la clínica Hospital ISSSTE Huejutla, Hgo., considerando los estudios de familia y de la comunidad, poner en práctica la acción anticipatoria que constituyen las acciones propias del médico familiar y el modelo sistemático deberá implementarse como una obligación y deberá contar con actualización periódica, evaluación operativa del sistema, establecimiento de la estrategia para la solución de los problemas de salud y de anticipación del daño, así como medidas preventivas.

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

## PROMOCION DE LA SALUD.

Pretende mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental y social, sus bases radican en:

- hábitos y costumbres.
- Educación nutricional.
- Educación médica sexual.
- Planificación familiar.
- Control del niño sano.
- Promover el saneamiento ambiental.
- Higiene de los alimentos.
- Distribución racional del ingreso familiar.
- Mejoramiento del ambiente familiar y escolar.
- Recreación periódica.

## PROTECCION ESPECIFICA.

Son medidas específicas en cada enfermedad con el fin de prevenirla como son aplicación de inmunizaciones, establecer medidas contra riesgos de accidentes, practicar el ejercicio físico adecuado, visitas medicas periódicas, realizar campañas permanentes contra las diferentes enfermedades más frecuentes y contra las adicciones.

## PREVENCION 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.

#### **DIAGNOSTICO 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 éste avance y produzca daños irreversibles y deje secuelas, por lo tanto es importante prevenir las complicaciones y acortar el período de incapacidad si es que llegará a existir.

#### **LIMITACION DEL DAÑO.**

Se refiere a las medidas de orden terapéutico a través de medicamentos, a través de actos quirúrgicos de rehabilitación física de rehabilitación psicoterapeutica para limitar el daño a causar por las enfermedades.

#### **PREVENCION 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 a sus condiciones de vida y fomentar la productividad en la escuela, hogar o trabajo.

#### **PROGRAMA DE REHABILITACION DEL INVALIDO.**

Se establece de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico, comprende las siguientes actividades: psicoterapia, capacitación para el trabajo, evaluación de

capacidades, desarrollo de habilidades, así como también terapia psicosocial, laboral, recreativa y terapia familiar.

### **ESTRATEGIAS PARTICULARES.**

Enfocadas a las enfermedades más importantes que se presentan en nuestro lugar de trabajo de acuerdo a este estudio.

#### **INFECCION RESPIRATORIA AGUADA.**

Para este grupo de infecciones habría que saber diferenciar cada una de las catalogadas en cuanto a su sintomatología e historia natural para instaurar un mejor manejo, ya que con frecuencia indicamos antibióticos, cuando la gran mayoría de estas son de origen viral. (16) (17).

Otro dato importante es el de manejar las medidas de prevención sobre todo en los grupos más vulnerables.

#### **INFECCION DE VIAS URINARIAS.**

Las infecciones bacterianas de las vías urinarias inferiores son muy frecuentes, sobre todo en el sexo femenino, los gérmenes mayormente implicados son gran negativos. (13) Frecuentemente cometemos el error de no identificar adecuadamente la enfermedad por lo que indicamos medicamentos no útiles, los cuales en caso de los antibióticos producen resistencia bacteriana.

La población que estudié carece de medidas higiénicas estrictas por lo que sería la estrategia particular de mayor importancia.

## **SINDROME ACIDO PEPTICO.**

Se utiliza éste termino para definir un grupo de enfermedades de los tramos altos del aparato gastrointestinal, particularmente en la porción proximal del duodeno y el estomago, que tienen en común la participación de ácido y pepsina en su patogenia (14). El principal estímulo para la secreción ácida es la ingesta de alimentos ricos en irritantes es determinante, por lo que el enfoque de la estrategia particular es ahí.

## **ARTROPATIAS.**

La osteoartritis también llamada enfermedad articular degenerativa es la forma más frecuente de enfermedad articular y la principal causa de incapacidad en el anciano (15).

La estrategia más importante de esta línea es prevenir los casos en las personas de más de 40 años, y también algo muy importante es identificar adecuadamente la enfermedad.

## **PARASITOSIS.**

Este término engloba varias enfermedades como los protozoarios, (amibiasis, giardiasis) (18). La prevención por la insistencia de las medidas higiénico dietéticas es lo más importante.

## **HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMATICA.**

La Hipertensión arterial es un problema de salud de primera importancia ya que ocupa un buen porcentaje de la población adulta general, sin importar clase social e independientemente del sexo. El saber detectarla sería la primera estrategia, además de prevenir a los grupos de riesgo.

Las actividades por hacer sería toma de t/a a todo paciente mayor de 25 años que acuda al servicio, así como evitar la obesidad, tratar la angustia y la tensión emocional.

### DIABETES MELLITUS.

Comprende un grupo de enfermedades crónicas producidas por factores genéticos y ambientales. Por su magnitud y trascendencia ocupa el séptimo lugar en la consulta del consultorio no. 3 y por lo tanto es un problema de salud pública. Se proponen las siguientes acciones: detección por medio de dextrostix a todos los pacientes mayores de 30 años por lo menos 2 tomas al año, evitar el sedentarismo, evitar la obesidad, disminuir la ingesta de hidratos de carbono, disminuir la multiparidad, la angustia y la tensión emocional, tratamiento oportuno de las infecciones crónicas y con especial interés en los pacientes con antecedentes hereditarios.

### TRAUMATISMOS Y ACCIDENTES.

En este grupo de padecimientos, será enfocado a los grupos más vulnerables como son los pacientes pediátricos y los ancianos; medidas preventivas de accidentes en el hogar, en la calle y en lugar de trabajo ó escuelas.

### VULVOVAGINITIS.

Las infecciones del cervix, vulva y vagina producen disuria, irritación vulvar, dipareunia y secreción vaginal aumentado anormal como las infecciones de las vías urinarias; esta confusión diagnóstica es atribuible a

aplicación inadecuada de las pruebas de laboratorio, y a la dificultad para hacer un buen diagnóstico. (13).

Las estrategias se enfocan al uso de preservativos, evitar múltiples compañeros sexuales, incrementar las medidas higiénicas, cuidado personal y acudir de inmediato al servicio de salud, así como detectar los padecimientos a temprana aparición.

#### GASTROENTERITIS.

Sigue siendo uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial y las estrategias se enfocan al cuidado en la higiene de los alimentos, personal y de la comunidad, así como detectar a tiempo la enfermedad y evitar la deshidratación con los tratamientos ya conocidos a nivel mundial. (19).

Enfocados a los grupos de riesgo, sobre todo en los niños y en los ancianos.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. López S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Rev. Med. Del IMSS 1995; 33,3. 317-320.
2. Velazco OR. Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a veintidos años de establecida. Rev. Med. IMSS 1995;33;1. 61-65.
3. Chavez AV. Garcia MJ. La atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS 1995. 33;2. 167-171.
4. Irigoyen CA; Gómez CF; la Familia: una perspectiva integradora. 1997 Edit(MFM) Fundamentos de Medicina Familiar, 1997;1; 3-37.
5. Irigoyen CA; MOSAMEF; 1996 Editorial Medicina Familiar Mex. 4ª. Edd. (Pag. 151-193).
6. Epidemiología (Sistema Nacional de Vig. Epidemiologica) No.15 vol. 14 semana 15 del 6 al 12 de abril 1997.
7. Irigoyen CA, Gómez CF - MOSAMEF, 1997. Edit MFM Fundamentos de Med. Familiar; 1997 (11) (159 al 161).
8. Aguirre E: Huacaya, MC. La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. 1994; Salud Pública de México; 1994; 36,2; (210-213).
9. Irigoyen CA; Perfil profesional del Med. Familiar. Fundamentos de Med. Fam. 1997: 3 (177-188).
10. Chavez; AH. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev. Med. IMSS; 1995; 33,2 (173-176).
11. Editorial. El sentido humanista y el sentido humano de la medicina. Ren. Int. Enf. Resp. Mex., 1994;7;1 (0).
12. Editoriales. La disfunción familiar. Atención primaria, 1998 10;2. (582).
13. Cutler, RE: Inf. Del riñón y las vías urinarias. En:Merck&co INC; Manual Merck. Oceano 1994; 155 (1902-1910).
14. McGUIGAN J. E. Ulcera péptica y gastritis En:Harrison, Wilson y Cols. Principios de Medicina Interna; Interamericana; 1991; 2, (1421,1446).
15. Kenneth D. B; Kovalov K. Osteoartritis. En: Harrison Wilson y Cols. Principios de Medicina Interna. Interamericana 1991, 2 (1710-1714)
16. Pacheco CR. Fijigari LA; Inf. Respiratorias Agudas. Reunión Nacional; Salud y Enf. En el medio Rural de México. 1991 (193-214)
17. Alcantara; BJ; Infecciones respiratorias en atención primaria. Atención Primaria; 1996; 18; (72-74).
18. Moreno, MJ; Sequeiros LE; Parasitosis intestinales; Manual clínico de infectología Pediátrica; 1991; (40-48).
19. Pacheco CR; Fijigari LA; Diarreas, enteritis y parasitosis intestinales. Reunión Nacional. Salud y Enf. En el medio Rural de México. 1991 (177-191)
20. Irigoyen CA; Gómez CF; La medicina familiar y la investigación: una perspectiva integradora. 1997 Eit. Fundamentos de med. Fam., 1997:10 (143-149).
21. Editoriales, Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Atención Primaria: 1997;19-1 (4-6).

22. Dickson MA. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar; Atención Primaria; 1998:21-5 (275-281).
23. Galán SB: Pasado, presente y futuro del Médico Rural. Ponencias. Atención primaria 1996, 18-1 (43-57).
24. Andalón PS y Cols. IRA, competencia clínica y conducta prescriptiva. Rev. Med. IMSS 1197; 35-4 (295-296).
25. Viniestra VL. Los intereses académicos en la educación médica. Rev. Inv. Clin., 1987; 39 (281-290).
26. Viniestra VL. Y Cols. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev. Inv. Clin., 1991; 43 (87-95).
27. Alpizar SM; Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. Rev. Med. IMSS. 1998; 36-1 (3-5).

## IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

FAMILIA: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL CASADOS ( ) AÑOS DE UNION CONYUGAL \_\_\_\_\_

U. LIBRE ( )

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDE AL 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 A MAS AÑOS DE EAD) \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

TIPO DE FAMILIA. MARQUE CON UNA ( X )

DESARROLLO: MODERNA ( ) DEMOGRAFÍA: URBANA ( )

TRADICIONAL ( ) SEMIURBANA ( )

COMPOSICION: NUCLEAR ( )

EXTENSA ( )

COMPUESTA ( )

INGRESOS: MENSUALES APROXIMADOS:

ENOS DE UN SALARIO MINIMO ( )

DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS ( )

3 O MAS SALARJOS MINIMOS ( )

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA: PADRE \_\_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_\_

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:

EXPANSION ( ) DISPERSION ( )

INDEPENDENCIA ( ) RETIRO ( )

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil:		
Soltero		
Casado		
Unión Libre		
Divorciado		
Viuudo		
Años de unión conyugal:		
Escolaridad:		
Básica		
Media		
Media Superior o Técnica		
Superior	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edad del padre:		
Edad de la madre:		
Método de Planificación Familiar		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta 10 años de edad)		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)		
Número de hijos (de 24 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		
2 o más salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Desarrollo:		
Moderno		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		