

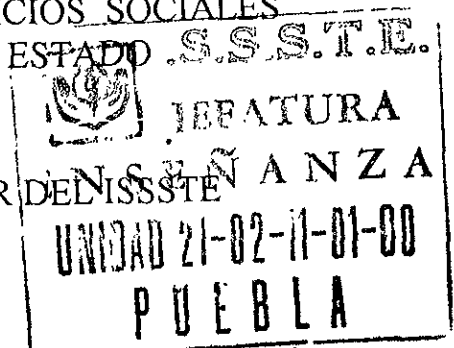
11226
83



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO S.S.S.T.E.

UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
PUEBLA, PUE



APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO
FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD MÉDICO
FAMILIAR DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUE

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:



ISSSTE

DR. FRANCISCO RAMÍREZ DELGADO

Puebla, Puebla,



2000

286600



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD

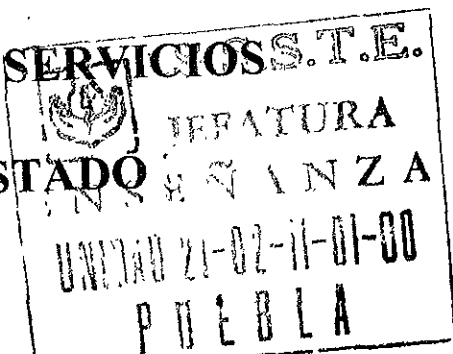


NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS S.T.E.
SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**



"APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUE. "

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. FRANCISCO RAMIREZ DELGADO



ISSSTE

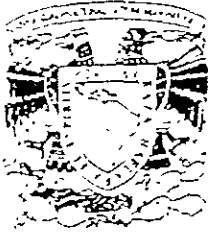
Puebla, Pue.

1995

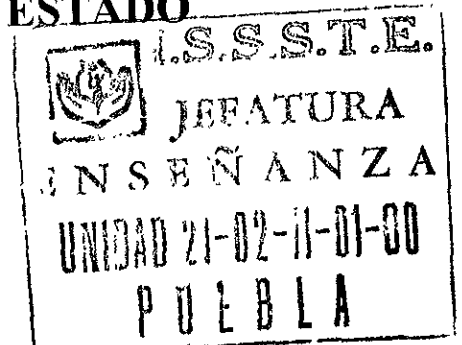
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



" APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR DEL ISSSTE EN PUEBLA, PUE."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. FRANCISCO RAMIREZ DELGADO



ISSSTE

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES
DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE
EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUE..**

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

PRESENTA

DR. FRANCISCO RAMIREZ DELGADO

AUTORIZACIONES

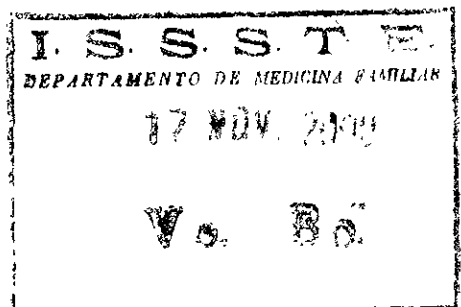
DRA. ANAVEL HERNANDEZ SOSA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR

M. EN C. DR. ARTURO JOACHIN CHAVEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, HOSPITAL REGIONAL
ISSSTE PUEBLA, ASESOR DE TESIS POR PARTE DEL ISSSTE, PUEBLA.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N. A.M. ASESOR DE TESIS POR PARTE DE LA U.N.A.M.

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.

Puebla, Pue. Octubre 2000.



**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES
DE LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR DEL ISSSTE EN LA
CIUDAD PUEBLA, PUE..**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

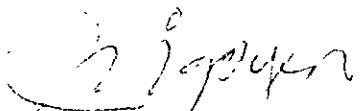
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

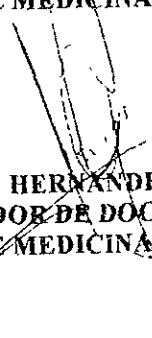
PRESENTA

DR. FRANCISCO RAMIREZ DELGADO

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.-


DR. ÁRNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

Puebla, Pue. Octubre 2000

1. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

**"APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO
DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR EN LAS
FAMILIAS DERECHOHABIENTES DE LA
UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE EN
LA CIUDAD DE PUEBLA, PUE. "**

II. ÍNDICE GENERAL

PÁGINA

I.	TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	
II.	INDICE GENERAL	
III.	MARCO TEÓRICO	1
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
V.	JUSTIFICACIÓN	13
VI.	OBJETIVOS	15
	V.1. GENERAL	
	V.2 ESPECÍFICOS	
VII.	HIPÓTESIS	16
VIII.	METODOLOGIA	17
	VIII .1.TIPO DE ESTUDIO	
	VIII.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	
	VIII.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	VIII.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	
	VIII.4.1 INCLUSION	
	VIII.4.2 EXCLUSIÓN	
	VIII.4.3 ELIMINACIÓN	
	VIII.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN	
	VIII.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
IX.	RESULTADOS.	22
X.	ANALISIS Y DISCUSIÓN	48
XI.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	54
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
XIII.	ANEXOS	62

III. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

La medicina Familiar en México se remonta al año de 1956 con el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, quién hizo modificaciones a su contrato colectivo de trabajo, mediante la firma de un convenio, donde se creaba la contratación del Médico con categoría de Médico de Familia, con la finalidad de una mejor atención médica, mejor aplicación de la medicina preventiva y sobretodo mayor confianza en la relación médico-paciente (1).B, Sepúlveda y L. Méndez en 1959 proponen la creación de un nuevo sistema médico familiar (2),.Motivándose el IMSS a iniciar una nueva especialidad, la Medicina Familiar que en el año de 1971 da inicio con 32 alumnos.

En nuestro país la Especialidad de Medicina familiar aún no tiene mucha demanda, ya que la población estudiantil prefiere otras especialidades (3).

En los Estados Unidos de Norte América existen grupos de médicos que realizan diferentes actividades con la finalidad de dar a conocer esta disciplina médica a los jóvenes estudiantes que acuden a las escuelas de medicina, obteniéndose resultados favorables ya que se han incrementado las plazas para ésta especialidad. (4).

El médico familiar está preparado en parte para ser un gestor de los recursos y es su responsabilidad para proporcionar el máximo beneficio a sus pacientes (5)capaz de satisfacer las necesidades de salud de los pacientes de cualquier edad, y en cualquier comunidad que se encuentre.

El papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad, sin embargo en los últimos años una nueva actividad como es la Medicina Preventiva y la Promoción de la Salud han adquirido una gran importancia, convirtiéndose en polares en la actuación profesional del médico de familia (6).

En todos los sistemas de Atención Médica debe existir un nivel de atención primaria o de primer contacto, ya sea que se llame médico general o médico familiar, éste médico debe ser de preferencia un especialista en medicina familiar, el cual es consultado en primera instancia por el paciente cuando lo aqueja alguna enfermedad . En las sociedades desarrolladas la mitad de los médicos de primer contacto son médicos familiares de especialidad .

Las características especiales de la medicina familiar o práctica general son:

1. El paciente tiene un acceso directo y continuo con el médico.
2. El médico tiene que trabajar con un espectro no determinado de enfermedades y de situaciones familiares.
3. El médico trabaja con una población que estadísticamente no rebasa las 2000 - 3000 personas.
4. El médico proporciona atención continua y prolongada.
5. Las enfermedades que encontrará, son las que ocurren comúnmente, así como enfermedades raras que ocasionalmente se presentan entre una población de 2000 a 3000 personas.
6. El papel del Médico es evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes, coordinar y aprovechar las instalaciones disponibles para atenderlos y protegerlos de ser hospitalizados (7).

El reto de la medicina familiar es establecer e identificar las estrategias más eficaces y rentables para la satisfacción de las necesidades asistenciales de toda la población (8)
cumpliendo con las metas de la Asamblea de la OMS en 1977, denominada "salud para todos en el año 2000 " y en los años que van desde la declaración de la atención primaria de salud a las cartas de Ottawa de promoción de la salud de 1978 a 1986, donde se estructuran estrategias precisando que se debe de actuar en los cinco campos de acción de la carta de Ottawa :

- ❖ 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.
- ❖ Reforzar la acción comunitaria.

Haciéndose mención que las acciones para alcanzar las metas en atención primaria, son integrales, debiéndose enfocar no solo a lo curativo sino principalmente a lo preventivo (12) En las actividades preventivas a desarrollar se ha considerado prioritario universalmente el establecimiento de programas de atención al niño (13), aumentarlos en los jóvenes en quienes estarían más indicados (14), Fomentar la Planificación Familiar en la mujer y la detección de cáncer de endometrio . (15) y en el sector poblacional de la tercera edad (más de 65 años) para mejorar sus condiciones de vida y de salud, aumentando además el nivel de contacto social de éstas personas (11).

Los beneficios de la promoción a la salud, en el ejercicio médico se pueden resumir en un incremento en la calidad de vida de los miembros de las familias, disminución de los costos de atención y normar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar, pero sobre todo en un nuevo tipo de relación médico-paciente. Ya que la promoción, prevención y práctica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas solo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.(14, 16).

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) es una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar . Irigoyen y Cols. Han elaborado estrategias para iniciar acciones que definen con claridad el trabajo del médico familiar y favorece el conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias (17).

La familia es considerada la unidad básica de nuestra cultura conservando la responsabilidad de proveer de miembros a la sociedad, socializarlos, otorgándoles apoyo emocional y físico, la familia varía en las diversas sociedades y tiene un valor primario dentro de la sociedad. (18).

Entre los diversos patrones de estructuras familiares de hoy, existen familias reconstituidas y mezcladas, padres / madres sin pareja por elección o involuntariamente parejas sucesivas, cuidado y custodias partidos, pero separados, hijos con padres de acogida y familias sin hogar (19). La funcionalidad familiar se modifica por diversos eventos que le acontecen a las familias, como la muerte del conyuge, el divorcio y la separación marital; son las principales causas de crisis familiar (20,21).

Diez son los aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales y que el médico familiar debe explorar durante el estudio familiar integral, donde se infiere la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia.

Características de familias sanas:

- ❖ Comparten responsabilidad.
- ❖ Organización flexible.
- ❖ Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas.
- ❖ Activan unidos sus recursos.
- ❖ Altos niveles de interacción.
- ❖ Adecuada comunicación en los subsistemas.
- ❖ Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario.
- ❖ Fomentan el desarrollo personal.
- ❖ Estimulan un alto grado de autoestima.
- ❖ Capacidad para solicitar ayuda (20).

El conocimiento de las funciones de la familia es de utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia. (18).

Una de las funciones de la familia es la socialización la cual consiste en transformar a una persona dependiente para desarrollarse en la sociedad: El cuidado es lo que permite la preservación de nuestra especie, la alimentación, el vestido, la seguridad física y el apoyo emocional. El afecto es la necesidad de dar y recibir, éste sentimiento y el de la reproducción se debe realizar con responsabilidad. (18).

Chavez incluye otra función, el estatus que implica factores socioeconómicos, educacionales y ocupacionales, pero también la simple legitimidad proporcionada por el matrimonio legal de las familias. (22)

Aspectos que se deben conocer en el estudio de la familia.

FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA.

- ❖ Fase de matrimonio.
- ❖ Fase de Expansión.
- ❖ Fase de dispersión.
- ❖ Fase de Independencia.
- ❖ Fase de retiro y muerte.

FASE DE MATRIMONIO:

Comienza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer vástago al hogar.

En esta fase es donde invariablemente la búsqueda de la pareja responde a necesidades previas como son: compañía, resolución de perspectivas de desarrollo económico y social, así como la necesidad inconsciente de una realización humana más plena. (23).

FASE DE EXPANSIÓN:

Comprende desde el nacimiento del primer hijo, hasta el nacimiento del último de los hijos (24).

FASE DE DISPERSIÓN:

Es cuando un miembro de la familia sale para formar una nueva familia.

FASE DE INDEPENDENCIA:

Generalmente ocurre entre los 20 y 30 años, donde la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, los hijos han formado nuevas familias, sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen y en donde se debe procurar que los las funciones de afecto, socialización etc. No se pierdan.

FASE DE RETIRO Y MUERTE:

El entusiasmo al inicio del ciclo vital contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la parte final del ciclo; pudiendo ser por invalidez, jubilación, desempleo o muerte (23).

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL EN BASE A SU DESARROLLO:

1. Moderna.
2. Tradicional.
3. Arcaica o primitiva.

En Nuestro país se considera moderna en un 40 % y en cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar. Tradicional en un 50 % es en la que un solo de los cónyuges trabaja fuera del hogar; Arcaica o primitiva representa solo el 10 % de las familias.

CON BASE EN SU DEMOGRAFÍA:

❖ Urbana.

❖ Rural.

Se clasifican en urbanas a las familias que habitan en una comunidad de más de 5000 habitantes y que cuentan con los servicios básicos de urbanización, agua entubada, intra y extradomiciliaria, energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Rural, habitan en comunidades de menos de 5000 habitantes y carecen de algunos de los servicios básicos de urbanización.

EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

1. Integrada: Cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
2. Semi-integrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
3. Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por separación, divorcio o muerte.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:

1. Campesina.
2. Obrera.
3. Profesional.

Se base en el desempeño ocupación de uno o de ambos cónyuges.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL:

1.- Familia Nuclear o Elemental.

2.-Familia Extensa.

3.-Familia Compuesta.

La familia Nuclear o Elemental: Es la familia que está constituida por padre, madre e hijos. Y son principalmente de las ciudades donde cumplen con sus funciones esenciales.

La familia Extensa: Además de los miembros anteriores, se agregan los abuelos, primos, tíos, cuñados, etc. Además tiene relaciones muy estrechas entre abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos y son principalmente rurales (22).

La Familia Compuesta: Formada además de los miembros anteriores, con miembros no consanguíneos.

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA.

1. Socialización.

2. Cuidado.

3. Afecto.

4. Reproducción.

5. Status y nivel socioeconómico.

Es importante determinar si la familia cumple con estas funciones y que estrategia utiliza para efectuarlos.

1. Socialización: La tarea principal de la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar en la etapa de lactante y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartido por los profesores, padres y sociedad.

2. Cuidado: Esta función significa para la familia, resolver de la manera mas adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física y acceso a los sistemas de salud a cada uno de los miembros.
3. Afecto: Se refiere a proporcionar amor y cariño a cada uno de los miembros de la familia.
4. Reproducción: Históricamente el matrimonio como una institución legal y de sacramento de la iglesia, nace para regular el ambiente sexual y la reproducción.
5. Estatus y nivel socioeconómico: Está conformado por el trabajo conjunto de la familia en nuestra sociedad, la familia es más respetada en su entorno que una persona sin apoyo familiar (23).

El lograr que los pacientes estén satisfechos con el servicio que se les otorga, es uno de los objetivos de todas las organizaciones del sector salud, porque si los pacientes están satisfechos con sus médicos, es más probable que mejoren su adherencia al tratamiento, cumplan más con las citas de seguimiento y acepten las recomendaciones preventivas. (25,26,27).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.

La Vigilancia Epidemiológica en nuestro país se comprende y se le da seguimiento cada día más, como un sistema de inteligencia capaz de recolectar

información sobre los diferentes eventos de interés médico epidemiológico. El análisis de dicha información, proporciona un panorama sólido que permite iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control. La información respecto a daños y riesgos para la salud, representa el insumo más importante de la vigilancia epidemiológica (28).

Las diferencias culturales, sociales y económicas que en nuestro país persisten entre diversas regiones, tienen orígenes y manifestaciones complejas, con frecuencia ambivalentes, por un lado se puede apreciar la riqueza de la diversidad cultural existente

Pero, por otro, están los rezagos económicos y sociales, entre los que destacan aquellos relacionados con la salud, tanto en la prestación de servicios como en la salud misma de las poblaciones (29).

Las políticas, los programas para corregir o atenuar estos rezagos y desigualdades han sido constantes, pero no siempre evaluados y supervisados. En este sentido, la mortalidad en niños menores de 5 años es un indicador muy sensible e internacionalmente aceptado para medir la sobrevivencia, el bienestar y el desarrollo de la infancia, así como el impacto de los programas de salud, educación, cuidado ambiental y asistencia social (26,29).

En México a partir de 1990 diversos programas de salud, educación y saneamiento ambiental recibieron impulso debido a los compromisos internacionales que nuestro país adquirió para la erradicación, la eliminación o el control de diversas enfermedades, fundamentalmente aquellas previsibles por vacunación, enfermedades diarreicas y de las respiraciones agudas de la infancia.

Las infecciones respiratorias agudas, ocupan el primer lugar entre los motivos de consulta externa en atención primaria, sobresaliendo en los países en vías de desarrollo.

Epidemiológicamente la frecuencia es mayor en los menores de 5 años grupo en el que anualmente se concentra el 60 % de las muertes atribuibles a las infecciones respiratorias agudas (30,31).

Otra de las causas son las Gastroenteritis las cuales ocupan el 2° lugar de morbilidad, aumentando su frecuencia en los meses de verano y atacando

principalmente a los menores de 5 años. En el lapso de tiempo de 1990 a 1996 descendió la mortalidad infantil y preescolar por este padecimiento debido a la implantación y difusión de los programas implantados, lográndose una reducción del 69.4 %. En 1995 esta enfermedad fue la 4ª causa de muerte siendo más evidente el problema en comunidades del país con condiciones de pobreza extrema. (34,35,36).

Las parasitosis y entre ellas la amibiasis ocupa otro de las diez principales causas de consulta externa. La prevención debe ir enfocada al saneamiento básico, a la higiene

personal con especial énfasis en los grupos de riesgo como son los manipuladores de alimentos por lo que es necesario establecer medidas de salud pública (potabilización del agua, adecuados sistemas de manejo de alimentos, eliminación de excretas y desechos sólidos etc. (33).

Dentro de la consulta externa diaria, los padecimientos que se tiene que tomar en cuenta son: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y el cáncer cérvico uterino y mama ya que en las últimas décadas se ha notado un incremento en la morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónico degenerativas en comparación con las de etiología infecciosa (37) algunos autores las consideran como las enfermedades más comunes de la humanidad ya que afectan del 15 al 20 % de todos los adultos, siendo ahora las principales causas de muerte. Se prevé que para el año 2015 por cada 10 defunciones atribuidas a una causa infecciosa, habrá 70 fallecimientos por causa no transmisible, sobresaliendo las crónico degenerativas como causa principal (38).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para brindar una atención médica integral a los pacientes, las instituciones y los médicos familiares deben conocer las características generales de la población que está demandando los servicios, como primer paso en una adecuada planeación estratégica para poder aplicar con bases científicas los programas médico preventivos del paquete básico de salud y así poder brindar una atención de calidad, e integral al paciente y al mismo tiempo proteger a su familia de la patología que lo está afectando; por lo que me hago el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son las características, sociales, económicas de las familias derechohabientes atendidas en la unidad de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de Puebla, Pue. y cuáles son las diez principales causas de morbilidad?

V. JUSTIFICACIÓN

En la unidad de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de Puebla, Pue. nunca se ha hecho una investigación y un análisis de la población adscrita, inscrita y principalmente usuaria, así como de las morbilidad que presenta, que nos permita definir líneas de acción en la aplicación de los programas médicos preventivos enfocados a la morbilidad y de esta manera mejorar las condiciones de vida de las familias derechohabientes, con la consecuente disminución del deterioro de la salud y disminuyendo los costos de la atención medica otorgada.

Para lograr otorgar una atención medica familiar con calidad y al mismo tiempo con calidez es necesario conocer la estructura de las familias que asisten a nuestra unidad medica familiar, la pirámide poblacional que conforman, las patologías mas frecuentemente tratadas y la demanda de servicio que se solicita en los consultorios así de esta forma otorgar información preventiva a los derechohabientes asistentes que imparten en el autocuidado de su salud y en su núcleo familiar en forma positiva, repercutiendo tanto a nivel institucional como en el sistema nacional de salud del país.

De esta forma se mejoraran y operaran en forma más eficaz los sistemas de atención medica, tomando en cuenta los tiempos de espera, la agilización del archivo clínico. las referencias a otros niveles de atención y el incremento en la calidad de la atención medica se podrá ver reflejado en el prestigio de la unidad medico familiar, permitiendo promover, mantener y mejorando cada vez mas la salud familiar de la población derechohabiente la unidad de medicina familiar 2102110100 del ISSSTE en la ciudad de Puebla, Pue.

EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA, PRETENDE INCIDIR EN 5 CAMPOS DE ACCIÓN PLANTEADOS EN LA CARTA DE OTTAWA CANADÁ, PRODUCTO DE LA 11 CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN A LA SALUD.

- Reorientar los servicios de salud.
- Mejorar las habilidades personales en relación con el estilo de vida.
- Crear medio ambientes saludables.
- Elaborar políticas explicativas para la salud.
- Reforzar la acción comunitaria en la salud.

En base a todo lo anterior, es de suma importancia realizar este estudio en la unidad de medicina familiar de ISSSTE en Puebla, Pue, para poder inferir en el mejoramiento de la calidad de vida, autocuidado de la salud de nuestra población derechohabiente usuaria y mejora en forma integral la calidad de la atención medico familiar.

VI. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar las características socioeconómicas de las familias derechohabientes de la unidad de medicina familiar del ISSSTE en Puebla, Pue. Así como las diez principales causas de morbilidad.

ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociales de la población derechohabiente que acude a demandar los servicios de salud a la UMF del ISSSTE en Puebla, Pue.
- Identificar las características económicas de la población derechohabiente que acude a la UMF del ISSSTE en Puebla, Pue.
- Identificar las características familiares de la población derechohabiente que acude a la UMF del ISSSTE en Puebla, Pue.
- Enlistar las diez principales causas de morbilidad de la población derechohabiente que acude a la UMF del ISSSTE en Puebla, Pue.
- Aplicar el modelo sistemático de atención médico familiar (MOSAMEF) a la población derechohabiente que acude a la UMF del ISSSTE en la ciudad de Puebla, Pue.

VII. HIPÓTESIS

POR TRATARSE DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO NO SE PLANTEA
HIPOTESIS CIENTIFICA.

VIII. METODOLOGÍA

VIII. 1 TIPO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL.

Porque no interfiere el investigado en el fenómeno a estudiar.

TRANSVERSAL.

Porque las variables se medirán una sola vez permitiendo conocer la situación en ese momento.

DESCRIPTIVO.

Porque se incluye una sola población midiendo a esta sus variables con la finalidad de describirlas.

RESTROSPECTIVO.

Porque las variables de morbilidad a estudiar fueron registradas antes de elaborar este trabajo.

PROSPECTIVO.

Porque se realizo aplicación de encuestas.

La metodología se fundamenta en tres estrategias.

- Censo poblacional de la UMF.
- Identificación de las diez principales causas de consulta.
- Estudio de comunidad.

VIII. 2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Los datos obtenidos son de las familias ya encuestadas que asistieron a consulta medica y revisión de las hojas de consulta diaria del médico para determinar la morbilidad de la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue, durante julio de 1999 a Junio del año 2000.

VIII. 3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

NO aleatoria y de tipo secuencial conformada de 450 familias para determinar las 10 principales causas de morbilidad se analizaron todas las formas SM10-1 (hojas de registro diario de labores del medico, durante el periodo de julio de 1999 a junio del año 2000

VIII. 4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

VIII. 4.1 INCLUSION:

- Que fueran derechohabientes del ISSSTE.
- Que habiten en las localidades del municipio de la Ciudad de Puebla, Pue.
- Que tengan su adscripción a la unidad de medicina Familiar 2102110100 de la Ciudad de Puebla, Pue.
- De cualquier genero.
- De cualquier edad.
- Que desearan cooperar con el estudio.

- Que hayan asistido a consulta medica en el periodo de julio 1999 a junio del año 2000.
- Que las personas encuestadas fueron mayores de edad.

VIII. 4.2 EXCLUSION

- Que no fueran derechohabientes del ISSSTE.
- Que no habiten en la Ciudad de Puebla.
- Que no asistieron a consulta medica en la UMF 2102110100.
- Que no deseen cooperar con el estudio.
- Que no hayan asistido a consulta medica en el periodo de estudio.
- Que las personas encuestadas no sean mayores de edad.
- Que las personas encuestadas presenten alguna alteración psiquiátrica.

VIII. 4.3 ELIMINACION

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

VIII. 5 DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION.

PARA EL CENSO POBLACIONAL.

- El genero medido en escala nominal dicotómica.
- La edad es una variable continua cuantitativa.

Las variables a estudiar en este caso son:

- Numero total de individuos.
- Número total del sexo masculino.
- Número total del sexo femenino.
- Número de individuos el sexo masculino por grupos etarios
- Número de individuos del sexo femenino por grupos etarios.
- Los grupos se establecen con rango de cinco años.

PARA EL ESTUDIO DE COMUNIDAD.

Las variables a estudiar fundamentalmente cualitativas en escala nominal y ordinal.

Las variables a estudiar son las siguientes:

- Nombre de la familia.
- Estado civil.
- Años de unión conyugal.
- Escolaridad.
- Edad del padre.
- Edad de la madre.
- Número de hijos por grupo etario hasta 24 años de edad (que estén estudiando).
- Ocupación de los padres de familia.
- Ingresos económicos.
- Tipo de familia.
- Etapa del ciclo vital familiar.

PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTA.

Las características de las variables son cualitativas en escala nominal y ordinal.

Las variables a estudiar son:

Son las enfermedades mas frecuentes de la población que asistió a consulta por grupos de edad y sexo.

VIII. 6 PROCEDIMIENTOS PARA LA CAPTURA DE LA INFORMACIÓN.

LA INFORMACIÓN SE OBTUVO MEDIANTE:

- Cédula de recolección de datos para el motivo de consulta durante el periodo de julio de 1999 a junio del año 2000
- Ficha de identificación familiar.
- Expedientes clínicos
- El censo poblacional se obtuvo de la población usuaria de los expedientes clínicos y las hojas de labores diarias del médico SM10-1
- Las diez primeras causas de consulta se obtuvo de la concentración de datos de las consultas otorgadas durante julio de 1999 a junio del año 2000 de las hojas SM10-1 de las labores diarias de los médicos

PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA DE LA INFORMACION.

Una vez obtenida la información correspondiente mediante las tres estrategias propuestas se analizó mediante procedimientos estadísticos descriptivos los cuales comprenden relaciones porcentuales y medias, presentándose la información mediante cuadros y gráficas.

IX. RESULTADOS

- La población usuaria de la UMF de la ciudad de Puebla es de 68623 derechohabientes. De esta población usuaria 29669 son trabajadores (43.23 %) y 38954 son beneficiarios correspondientes el 56.77 %
- Los 68623 derechohabientes usuarios de la UMF de la ciudad de Puebla conforman 7680 familias de las cuales tomamos nuestra muestra de estudio formada por 850 de estas familias. que es una muestra representativa del 11.07 % y a quienes se les aplicó la encuesta familiar obteniéndose los siguientes resultados .
- Referente al estado civil, el 60 % son casadas (510), el 16 % son separados (136), el 12 % son divorciados (102), el 6 % son viudos y viudas (56) y el 5 % son madres solteras (46) GRÁFICA I.
- El género predominante a quienes se les aplicó la encuesta familiar fue del 78 % al sexo femenino y del 22 % al sexo masculino. GRÁFICA II.
- La escolaridad de los encuestados fue la siguiente. 40 % con licenciatura en docencia, el 22 % técnico, o carrera trunca y el 20% secundaria y 18 % primaria. GRÁFICA III.
- Desde el punto de vista social con base a su desarrollo se encontró que el 60 % (510) son tradicionales y el 40 % (340) son modernas GRÁFICA IV.
- Desde el punto de vista tipológico el 40 % (340) es profesional 22 % (187) técnico y 38% (323) obrera. GRÁFICA V.
- En base a su demografía, el 96 % (816) es de tipo urbano y el 4 % (34) fue suburbana GRÁFICA VI.
- Por su composición, el 66 % (561) la componen la familia nuclear, extensa el 30 % (255), y compuesta el 4 % (34). GRÁFICA VII.

- Con relación al número, de hijos por familia se encontró que el 54 % (459) tiene de 3 a 4 hijos, el 42 % de 1 a 2 (357) y 4 % son matrimonios recientes. GRÁFICA VIII.
- El ingreso económico de las familias fue de mas de dos salarios mínimos para el 62 %, de 1 a 2 salarios mínimos del 38 % GRÁFICA IX.
- Desde el punto de vista del ciclo vital de la familia el 54% esta en etapa de dispersión, 18% en etapa de retiro, el 16 % en etapa de independendencia, el 12 % en etapa de expansión GRÁFICA X.
- Las diez principales causas de consulta a la UMF de Puebla Pue. de julio del 99 a junio del año 2000 se presentan en la GRÁFICA XI.

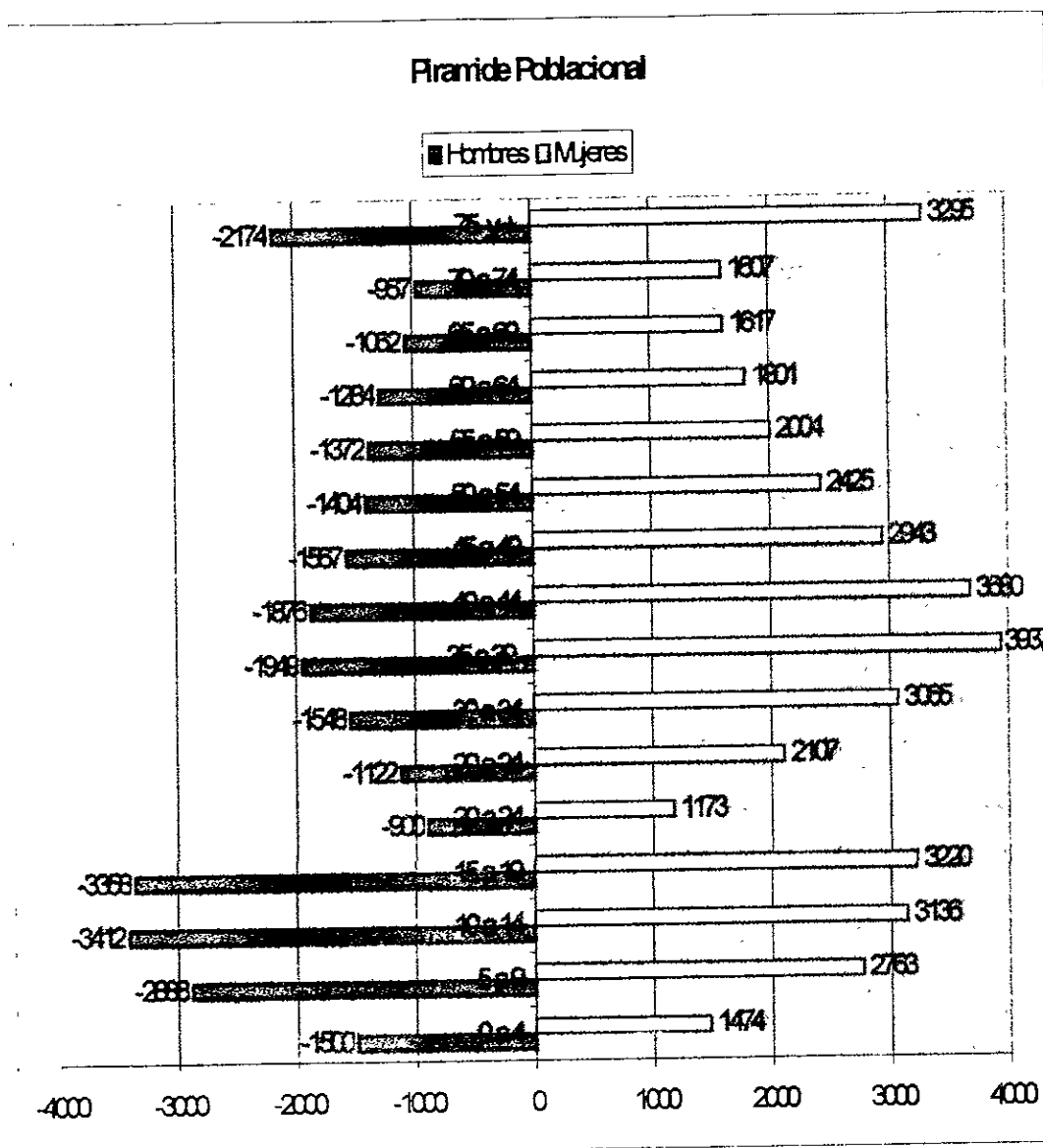
PIRAMIDE POBLACIONAL DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUE.

GRUPO DE EDAD QUINQUENNA	GÉNERO		TOTAL	
	HOME	MUJERES	NÚMERO	DE PORCENTAJE
0 a 4	1500	1474	2974	4.33%
5 a 9	2888	2763	5651	8.23%
10 a 14	3412	3136	6548	9.54%
15 a 19	3358	3220	6578	9.58%
20 a 24	900	1173	2073	3.02%
25 a 29	1122	2107	3229	4.70%
30 a 34	1548	3065	4613	6.72%
35 a 39	1949	3937	5886	8.54%
40 a 44	1876	3680	5556	8.09%
45 a 49	1567	2943	4510	6.60%
50 a 54	1404	2425	3829	5.60%
55 a 59	1372	2004	3376	4.92%
60 a 64	1284	1801	3085	4.51%
65 a 69	1062	1617	2679	3.90%
70 a 74	967	1607	2574	3.75%
75 y +	2174	3295	5469	7.97%
TOTAL	28383	40247	68630	100.00%

FUENTE: JEFATURA DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS. JULIO DE 1999 A JUNIO DEL 2000.

PIRÁMIDE POBLACIONAL QUINQUENAL DE USUARIOS DE LA UMF DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE PUEBLA, PUE. JULIO DE 1999 A JUNIO 2000

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO.



FUENTE: JEFATURA DE AFILIACION Y VIGENCIA DE DERECHOS. JULIO DE 1999 A JUNIO DEL 2000.

CUADRO I

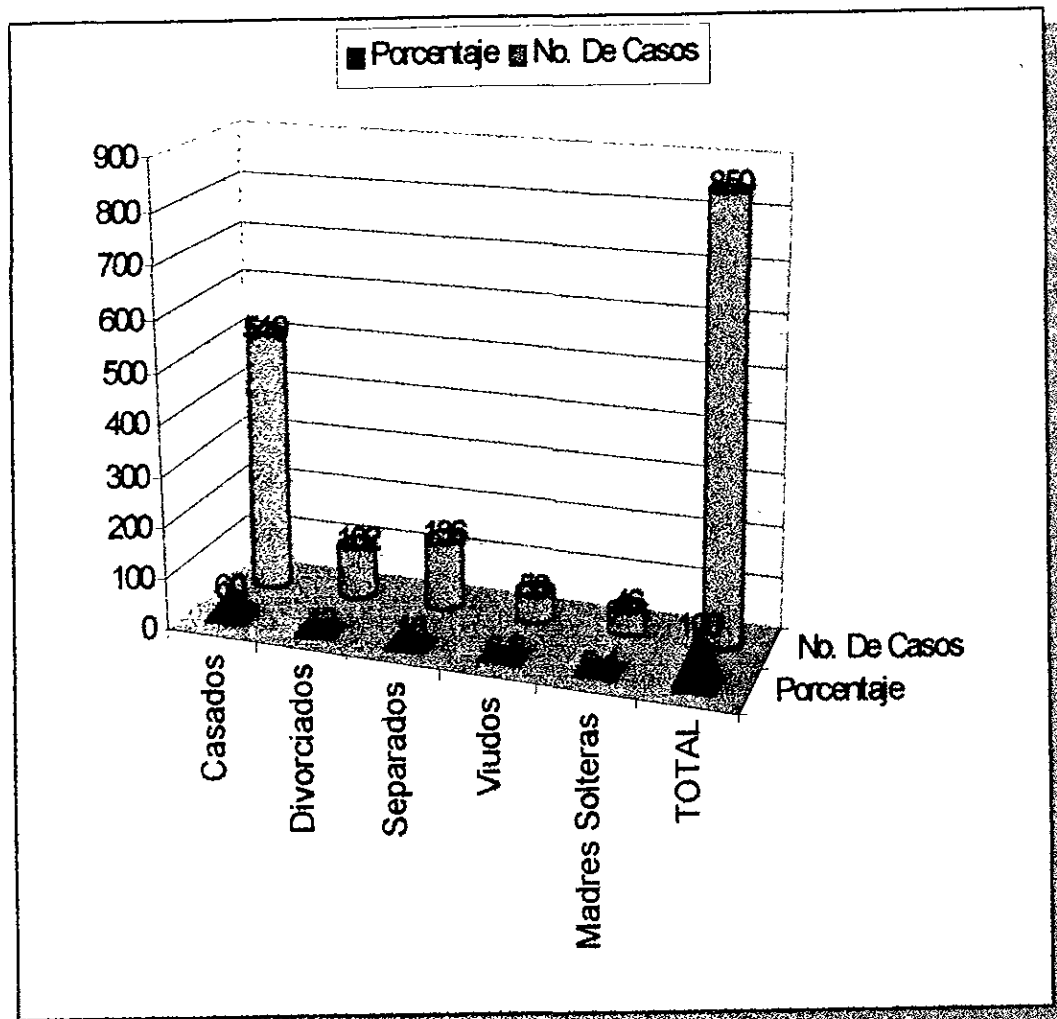
DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Estado Civil	No. De Casos	Porcentaje
Casados	510	60
Divorciados	102	12
Separados	136	16
Viudos	56	6.6
Madres Solteras	46	5.4
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la Consulta a la UMF del ISSSTE en al Ciudad de Puebla, Pue Julio-1999-Junio 2000.

GRÁFICA I

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



FUENTE: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la Consulta a la UMF del ISSSTE en al Ciudad de Puebla, Pue. Julio-1999-Junio 2000.

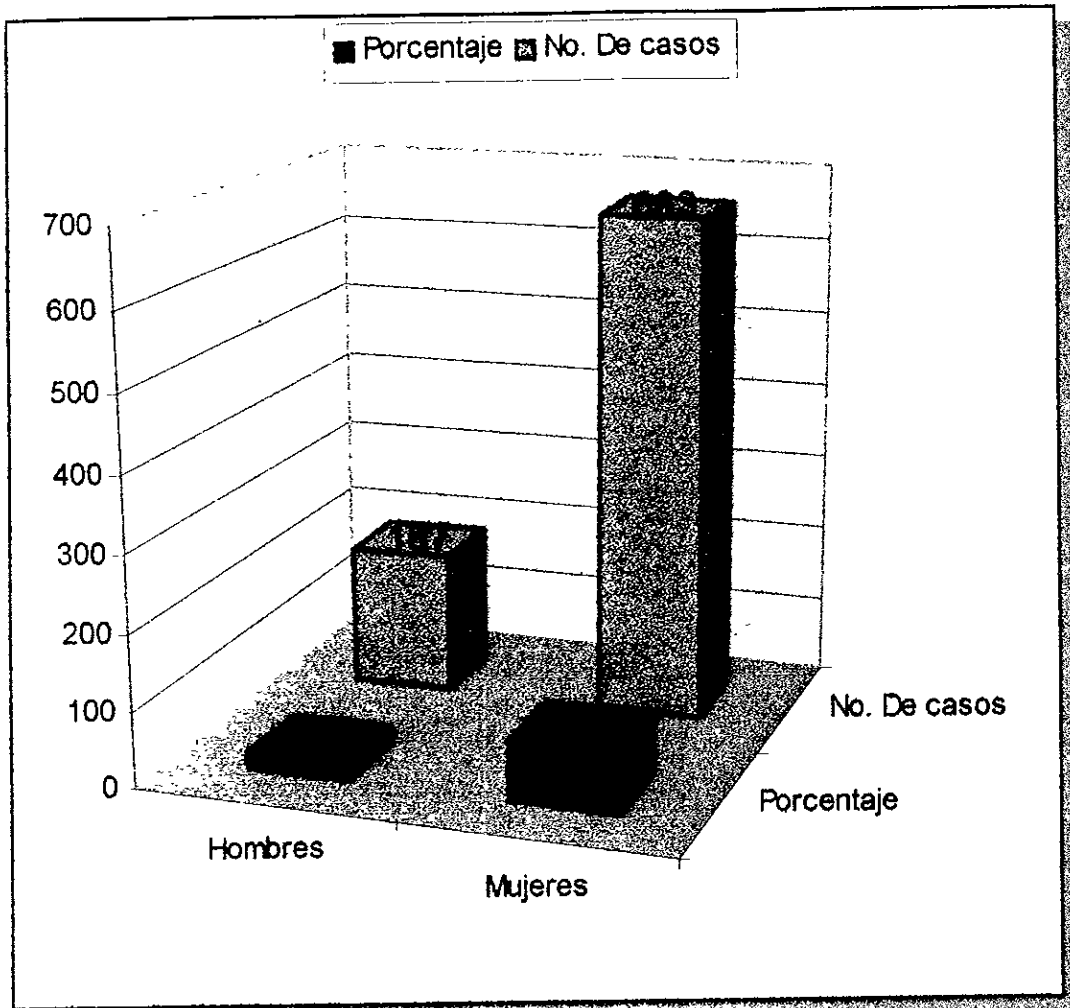
CUADRO II
DISTRIBUCIÓN POR GENERO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Sexo	No. De casas	Porcentaje
Hombres	187	22
Mujeres	663	78
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue durante julio de 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA II

DISTRIBUCIÓN POR GENERO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA



Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue durante julio de 1999 a Junio del año 2000

CUADRO III

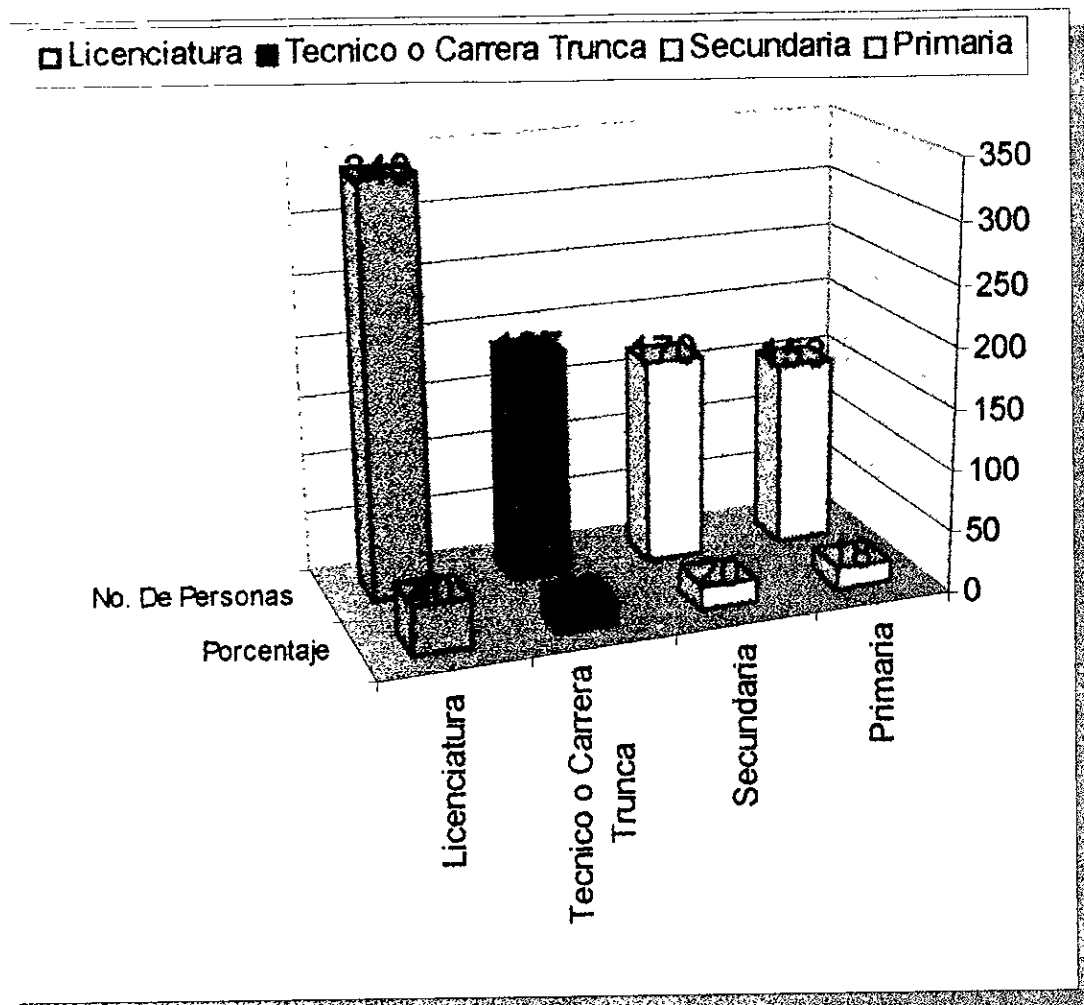
ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Escolaridad	Nº. De Personas	Porcentaje
Licenciatura	340	40
Técnico o Carrera Trunca	187	22
Secundaria	170	20
Primaria	153	18
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acuden a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. En el periodo de julio 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA III

ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA



FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acuden al la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. En el periodo de julio 1999 a Junio del año 2000

CUADRO IV

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DESARROLLO

Desarrollo	No. De casos	Porcentaje
Tradicionales	510	60
Modernas	340	40
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue de Julio 1999 a Junio del año 2000

CUADRO V

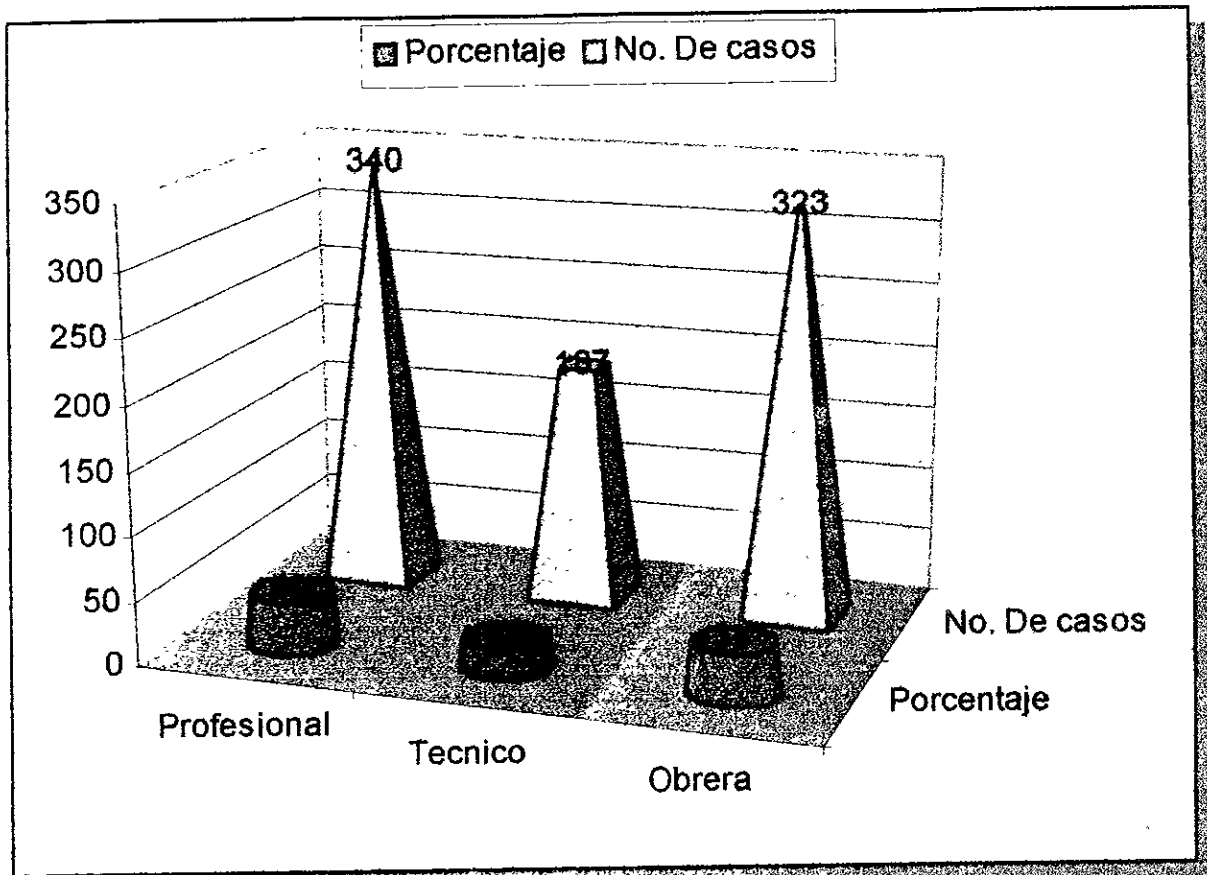
DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU TIPOLOGIA

Tipología	No. De casos	Porcentaje
Profesional	340	40
Técnico	187	22
Obrera	323	38
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA V

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU TIPOLOGIA



Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

CUADRO VI

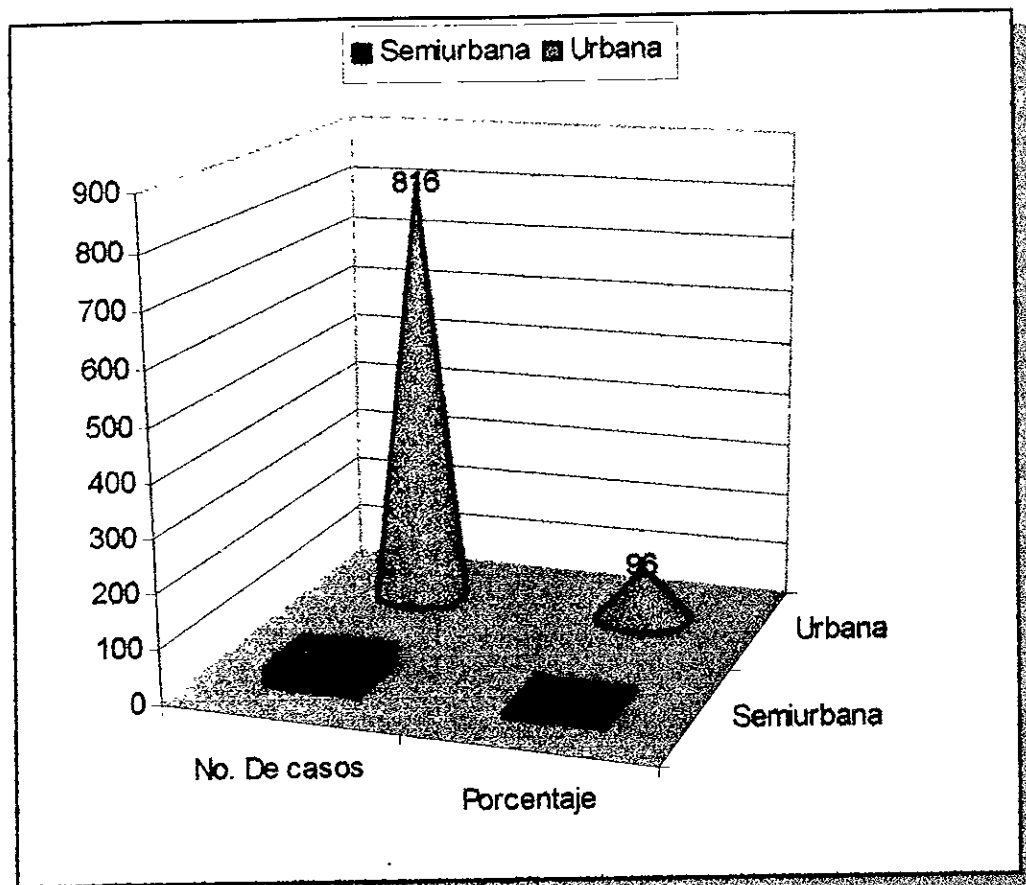
DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DEMOGRAFIA

Demografía	No. De casos	Porcentaje
Urbana	816	96
Semiurbana	34	4
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA VI

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DEMOGRAFÍA



Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

CUADRO VII

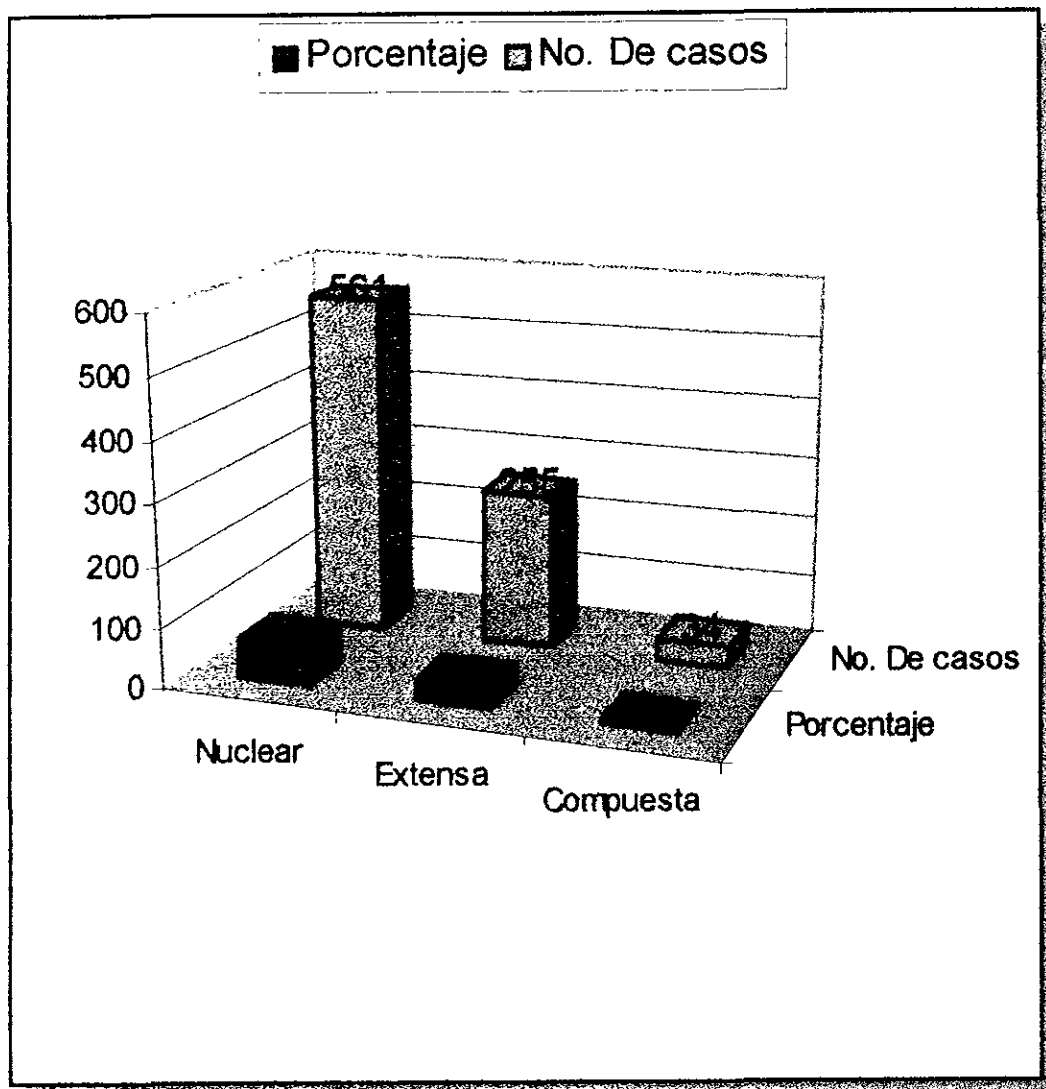
DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

Composición	No. De casos	Porcentaje
Nuclear	561	66
Extensa	255	30
Compuesta	34	4
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA VII

DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN



Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

CUADRO VIII

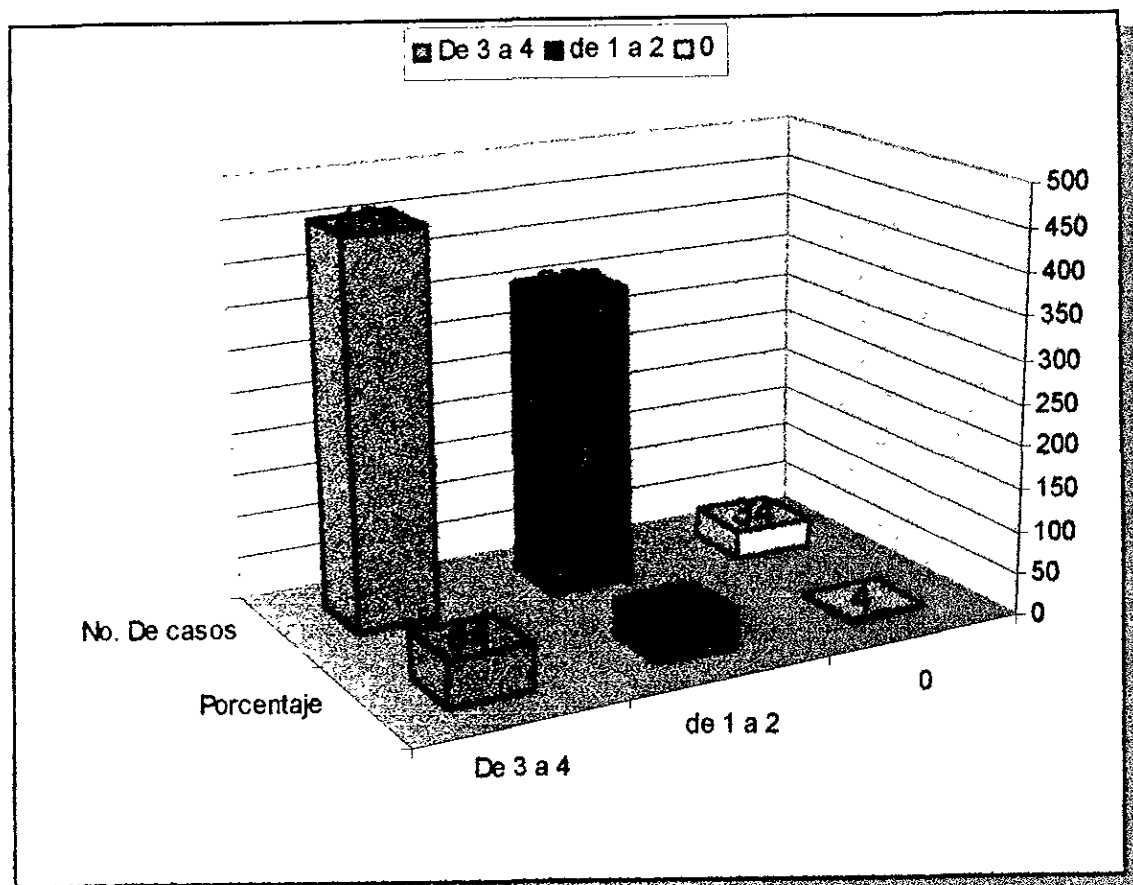
NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE ENCUESTA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

No. de hijos	No. De casos	Porcentaje
De 3 a 4	459	54
de 1 a 2	357	42
0	34	4
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De julio de 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA VIII

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



Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De julio de

CUADRO IX

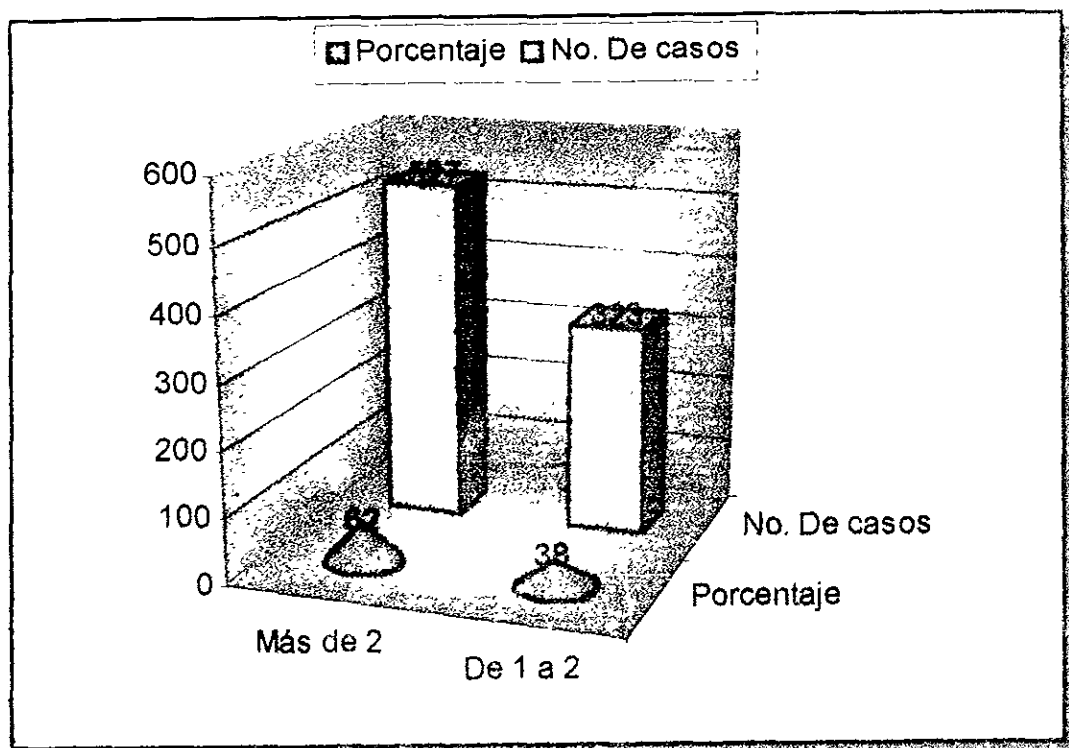
INGRESO ECONOMICO DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO AL SALARIO MÍNIMO

No. De salarios mínimos	No. De casos	Porcentaje
Más de 2	527	62
De 1 a 2	323	38
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acuden a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA IX

INGRESO ECONOMICO DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO AL SALARIO MÍNIMO



Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acuden a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio de 1999 a Junio del año 2000

CUADRO X

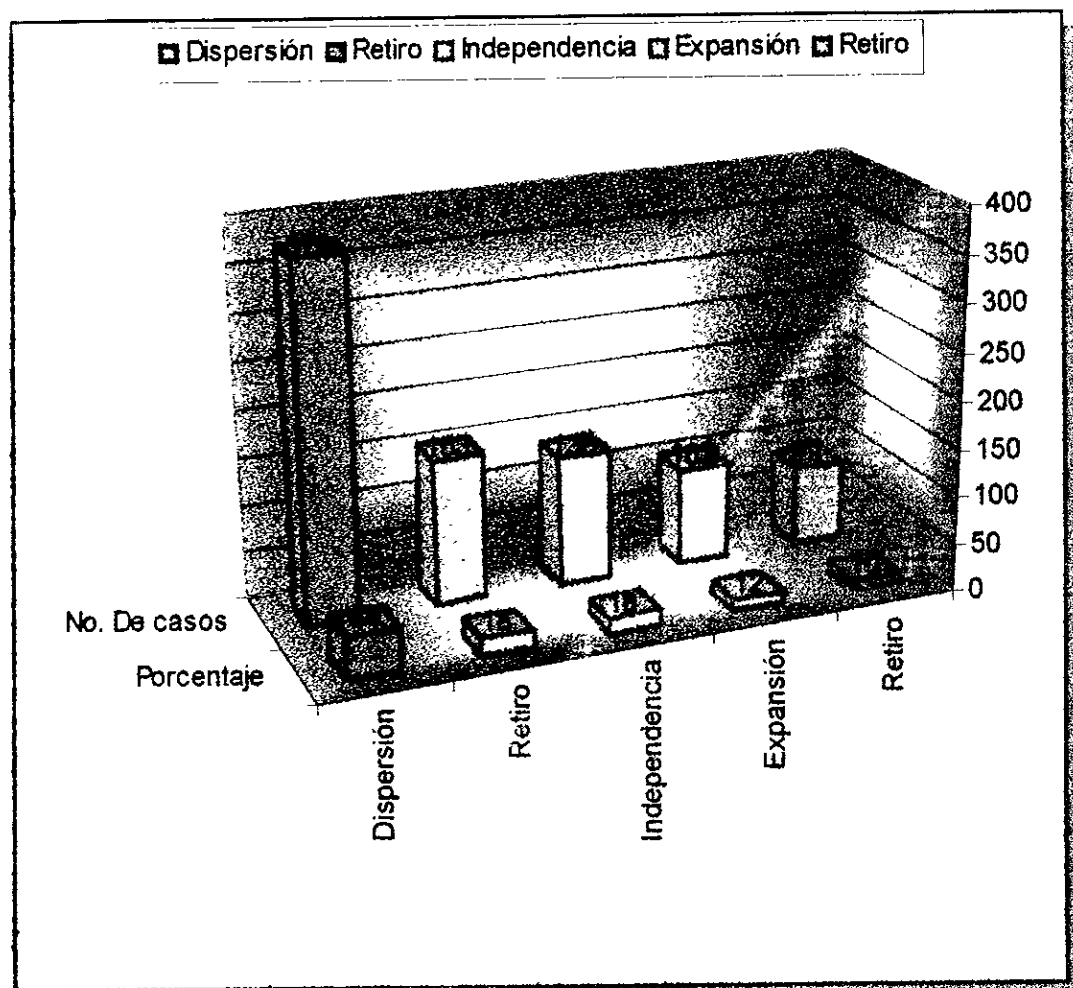
ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

Etapa	No. De casos	Porcentaje
Dispersión	374	44
Retiro	153	18
Independencia	136	16
Expansión	102	12
Retiro	85	10
TOTAL	850	100

Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio 1999 a Junio del año 2000

GRÁFICA X

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



Fuente: Ficha de Identificación Familiar aplicada a los pacientes que acudieron a la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. De Julio 1999 a Junio del año 2000

CUADRO XI

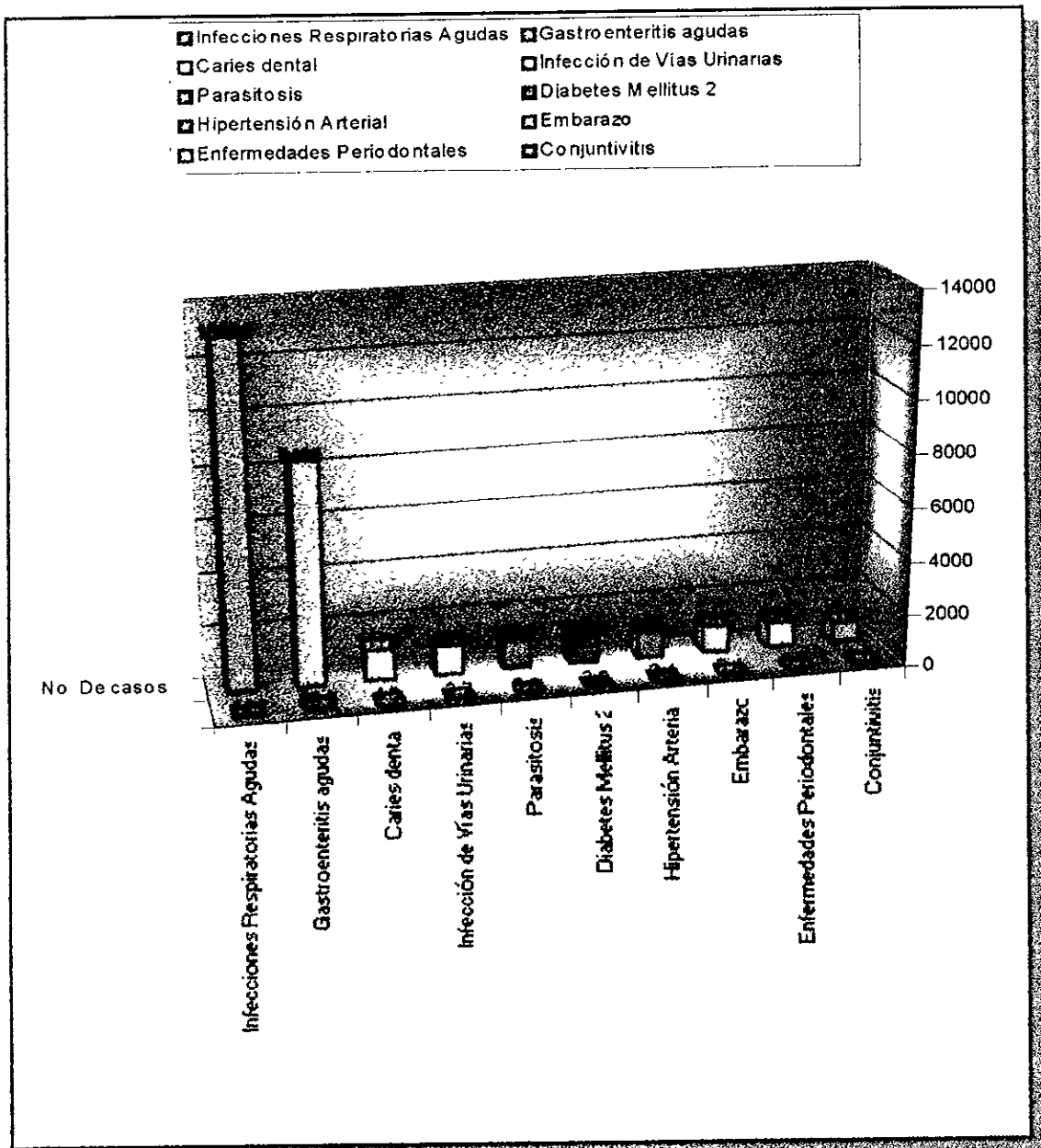
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA UMF DEL ISSSTE EN PUEBLA, PUE. JULIO 1999 A JUNIO DEL AÑO 2000

Diagnóstico	No. de casos	Porcentaje
Infecciones Respiratorias Agudas	13006	44.1
Gastroenteritis agudas	8402	28.5
Caries dental	1174	4.0
Infección de Vías Urinarias	1092	3.7
Parasitosis	1068	3.6
Diabetes Mellitus 2	1050	3.6
Hipertensión Arterial	998	3.4
Embarazo	997	3.4
Enfermedades Periodontales	936	3.2
Conjuntivitis	774	2.6
TOTAL	29407	100

Fuente: SM-10-1 de la UMF Julio 1999 - Junio 2000.

GRÁFICA XI

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA UMF DEL ISSSTE EN PUEBLA, PUE. JULIO 1999 A JUNIO DEL AÑO 2000



Fuente: SM-10-1 de la UMF Julio 1999 - Junio 2000.

FALTA PAG

48

lo ocupan las personas pensionadas y jubiladas a las que se les debe ayudar a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar como lo menciona en su estudio Estebanel M.P.

En cuanto a las 10 patologías que con mayor frecuencia se detectaron en la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. En primer lugar las Infecciones Respiratorias Agudas, lo cual concuerda con los estudios realizados por Jack H. Medalie, en los que encontró que los problemas respiratorios son los más frecuentes y fue en este caso la principal causa de utilización de los servicios médicos de salud de la UMF en mención.

Las gastroenteritis como una causa principal de demanda de los servicios se presentó con mayor frecuencia en los niños indicándonos la necesidad preponderante de la promoción a la salud, los programas medico preventivos y sobre todo enfocarlos a los menores de edad que son los que con mayor severidad son atacados principalmente en los meses de verano.

La infección de vías urinarias como tercera causa de morbilidad y el embarazo como octava causa nos indican que debemos poner mas cuidado en el control prenatal, junto con la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que juntas nos pueden dar éstas patologías en una sola persona por lo que debemos enfocarnos más en la medicina preventiva, en su promoción y aplicación en los servicios de salud para brindar una atención medica integral de calidad y calidez a las familias derechohabientes.

Las caries como 4ª causa de morbilidad, nos indica que es urgente hacer promoción de la salud, en la aplicación de flúor, técnica de cepillado. Y la necesidad de visitar al Estomatólogo por lo menos una vez al año para prevenir esta patología que origina a corto plazo la perdida de las piezas dentarias.

Las parasitosis como 5º lugar de demanda de los servicios de salud nos indica también la necesidad de promover la higiene en la manipulación de los alimentos, los hábitos higiénicos y la desparasitación de los menores de 5 años por lo menos una vez por año.

X ANALISIS Y DISCUSIÓN.

En base a los resultados obtenidos acerca de las características de la pirámide poblacional usuaria, la identificación de la estructura familiar y las patologías que más frecuentemente motivaron el uso de la consulta en la UMF del ISSSTE en la Ciudad de Puebla, Pue. La población femenina es mayor que la masculina 58.6% - 41.4 %. De acuerdo a la distribución quinquenal, la base de la pirámide se está acortando cada vez más ya que la población entre 0 y 4 años es muy poca en comparación a años anteriores, mostrándonos que el programa de planificación familiar ha logrado concientizar a la población de las bondades y beneficios que a muy corto plazo se ve en en las familias. Entre los grupos de 5 a 9, 10 a 14 y sobre todo en el de 15 a 19 el número de población es mayor indicándonos que los jóvenes serán la fuerza de trabajo en unos años más. Además actualmente la fuerza productiva está en los grupos de 25 a 45 años con un franco predominio del sexo femenino, también nos indica que tenemos un grupo bastante numeroso en los de 75 y más con una esperanza de vida mayor y con predominio también del sexo femenino.

La población Usuaria de la UMF del ISSSTE en Puebla, Pue. Es de 2 9669 trabajadores 43.23 % y el 56.77 % de beneficiarios, de los cuales 28376 son del sexo masculino 41.4 % y 40247 son mujeres 58.6 %, nuevamente observándose el predominio del sexo femenino, indicándonos que la mujer desde hace mucho tiempo esta incorporada a la fuerza productiva en el area gubernamental de nuestro país.

Este trabajo realizado no nos enfoca a una etapa específica sino a un conocimiento general de las familias que maneja actualmente el médico en su consultorio por tanto mencionaré algunos resultados obtenidos en este rubro.

El estado civil de las familias de nuestra estudio nos muestra que un alto porcentaje de ellas están casados 60 % y que un 16% estan separados, probablemente por ser uno de los estados con mayor porcentaje de católicos, en cuya religión es difícil el divorcio sin embargo existe un 12 % de divorciados, las madres solteras que se encontraron fue bajo de solo un 5.4%.

El cuadro II nos muestra que la mujer es la que acude a solicitar los servicios en un 78 % en comparación con el hombre en una relación de 3 a 1 debiendo

aprovechar para la promoción de la salud y las platicas informativas de Planificación Familiar,el cáncer cervico uterino y mamario,Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial entre otros.

El cuadro III nos muestra que el 40% de las personas que se les aplicó la ficha de identificación familiar es profesionista dandonos al médico una facilidad para que el derechohabiente entienda con facilidad los programas médico preventivos que van enfocados al bienestar familiar para prevenir las enfermedades y aumentarles la calidad de vida.lo mismo podriamos decir de los técnicos y de carrera trunca y en menor grado las demas familias con escolaridad de secundaria y primaria.

De acuerdo a su desarrollo, el cuadro y gráfica IV nos muestra que el 60 % lo ocupan las familias tradicionales donde la madre es la que regularmente se dedica a la educación y cuidado de los hijos, relacionandose esta gráfica con la II. El 40 % son familias modernas donde ambos conyuges salen a trabajar fuera indicandos que los hijos se quedan al cuidado de otra persona y si son pequeños el descuido hace que las enfermedades los ataquen con mayor facilidad de ahí el alto indice de IRAS, EDAS Y Parasitosis dentro de las 10 principales causas de morbilidad.

El cuadro y gráfica V nos muestra la distribución de las familias en base a su tipología donde nuevamente nos muestra que el 40 % es profesionista y por lo tanto tiene la facilidad de entender la finalidad de los programas medico preventivos y sus beneficios encaminados a mejorar su calidad de vida, así mismo los técnicos y obreros.

En relación con su Demografía el cuadro y gráfico VI nos muestra que el 96% de las familias son de tipo Urbano y que por lo tanto todos los servicios médicos y de comunicación están a su alcance haciendoles notar su médico familiar que ésta ventaja les facilita mejorar su calidad de vida aprovechando mejor los servicios de salud que les ofrece la ciudad para enfermarse menos.

En cuanto a su composición estructural se observa en el cuadro y gráfico VII que el 66 % de las familias son de tipo nuclear o elemental ya que tienen la facilidad de cumplir con las funciones esenciales principalmente de cuidado y afecto previniendo así las enfermedades con la orientación y ayuda de su médico familiar,la familia extensa nos habla de la convivencia de otros

miembros en la misma familia donde se puede aprovechar la difusión a los demás miembros de las medidas preventivas para evitar las enfermedades. Así mismo en las familias compuestas que solo cubren un 4 %.

En relación con el No. De hijos de cada familia el 54 % tienen de 3 a 4 y el 42% de 1 a 2 indicándonos que el programa de Planificación familiar está dando sus frutos y que las familias son pequeñas en relación a años anteriores facilitando a los padres y al médico familiar el control integral de las patologías que con más frecuencia se presentan en las familias, esto nos lo muestra la gráfica y cuadro VIII.

El cuadro y gráfico IX nos muestra el salario que percibe la familia y realmente están bien pagados en comparación a otras familias, esto les permite poder aprovechar los recursos para contar con la mayoría de los servicios de casa habitación y de comunicación para mejorar su calidad de vida enfermándose menos.

Referente al Ciclo Vital de las familias mostrado en el cuadro y gráfico X nos llama la atención que el 44 % está en fase de dispersión donde un miembro de la familia está saliendo de ella para formar primeramente un matrimonio y posteriormente otra familia para aumentar el grupo de 0 a 4 años a corto plazo aprovechando para informar de los programas de Planificación Familiar y de Prevenibles por Vacunación a este grupo blanco y de alto riesgo, así mismo el de independencia, y el de expansión. Además poner mucho cuidado en las familias en fase de retiro que cubren un 18 % donde las enfermedades crónicas degenerativas tienen su grupo blanco con un gran porcentaje de hipertensos, diabéticos, con cáncer etc, donde el médico familiar puede incidir para controlar con medidas higiénico preventivas, ejercicios, dietas, estudios preventivos para las complicaciones y la rehabilitación de éstos miembros de la familia que son aún en su mayoría productivos y de ésta forma mejorarles su calidad de vida.

En cuanto a la MORBILIDAD de las diez principales causas, la población infantil fue la que mayor demanda tuvo de los servicios, siendo la etapa donde se deben dirigir las acciones la mayor parte de los programas, poniendo más énfasis en el programa de IRAS ya que tuvimos 13006 casos nuevos lo cual nos habla de la poca promoción e importancia que se le está dando a este programa ya que esta patología fué la que ocupó el 1er lugar de morbilidad

con 13006 casos siendo en su mayoría menores de 5 años ,este programa debería ser permanente debido a la prevalencia de la enfermedad y que ataca a los dos extremos de las edades y sus complicaciones causan la muerte por lo que el médico familiar deberá dar acciones específicas de prevención que sus familias que controla deberán seguir en forma permanente . EDAS el 2º lugar con 8402,casos y el 28.5 % de toda la demanda de las diez principales causas de morbilidad donde el programa de diarreas y suero vida oral se deben promocionar e informar a las familias de sus beneficios y que ocupa la tercera causa de muerte por la deshidratación como complicación y la mejor manera de prevenirla son las medicas higiénicas como son el lavado de manos antes de preparar los alimentos y antes de comer ,así como despues de ir al baño a hacer nuestra necesidad fisiológica ,nuevamente el medico familiar tiene un basto campo de acción para poder prevenir las diarreas principalmente en los menores de 5 años y en ancianos .

pan las Caries dentales con 1174 casos y ocupando el 3er lugar y relacionados con el 9º lugar que es enfermedades parodontales como consecuencia de las caries y la falta de cuidado de la boca, donde el médico familiar junto con los estomatólogos debemos hacer promoción con técnicas de cepillado adecuados, aplicación de flúor a niños y a embarazadas, diabéticos y demás miembros de la familia indicandoles que la falta de estas medidas higienico preventivas conllevan a corto plazo a la perdida de dientes y casos más graves de enfermedades de la boca por lo que deben visitar por lo menos una vez por año al estomatólogo.

Las infecciones urinarias ocupan el 4º lugar dentro de la morbilidad,indicandonos la medida urgente de hacer promoción a la salud encaminada a revisiones periódicas de aquellos pacientes de alto riesgo, como son: diabéticos, hipertensos ,embarazadas y niños principalmente

El 5º lugar lo ocupan las parasitosis que son enfermedades de predominio infantil y que practicamente se presentan todo el año por lo cual el médico familiar y la unidad de atención primaria de salud,permanentemente deberan estar emitiendo mensajes de desparasitación familiar y no solamente en campañas de vacunación donde solamente se captan a menores de 5 años .

La diabetes mellitus tipo 2 ocupa el 6° lugar dentro de las enfermedades crónicas degenerativas con 1050 casos nuevos durante el año de estudio, aquí es donde debemos enfatizar que la prevención con estudios de laboratorio, ejercicio, dieta, el buen hábito de la alimentación y la medicación conllevan a un mejor control y retardan la aparición de las complicaciones de la enfermedad y la labor del médico familiar es realmente valiosa para ayudar a las familias que tengan esta patología.

La hipertensión arterial como 7° lugar con 998 casos también es causa de alarma y nos permite realizar acciones preventivas encaminadas a cambiar el hábito alimenticios, disminución de sodio, ejercicio y sobretodo a prevenir problemas anginosos y hasta de infartos cardiacos o accidentes vasculares periféricos frecuentes en estos pacientes, nuevamente la difusión y promoción del programa de Hipertensión arterial por el médico familiar va a prevenir a la familia de este tipo de enfermedades a futuro.

El 8° lugar lo ocupan las embarazadas quienes con buen control prenatal de mínimo de 5 a 7 consultas subsecuentes llegan a un feliz término de su embarazo, ya que el médico familiar está capacitado para evitar complicaciones de infecciones de vías urinarias, hipertensión arterial, preeclampsia y hasta la eclampsia además de una dieta balanceada.

El 9° lugar lo ocupan las enfermedades parodontales donde la odontología preventiva ocupa un lugar primordial en la prevención de enfermedades de la boca que van desde simples gingivitis hasta el cáncer de boca que con una buena promoción que hagamos los estomatólogos y los médicos familiares junto con el equipo multidisciplinario de salud se logrará prevenir estas enfermedades en las familias bajo nuestro cuidado.

El 10° lugar lo ocupan las conjuntivitis en general probablemente por la planicie en que se encuentra la ciudad donde los vientos soplan fuerte y arrastran polvo, tierra y contaminantes pudiéndose prevenir con el uso de gotas lubricantes, lavado de ojos con té de manzanilla y su control con su médico familiar.

El ejercicio de la Medicina Familiar como una forma integral de dar atención a la familia, vista como una unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas unidas por un vínculo de consanguinidad, matrimonio y | o unión estable como la define Irigoyen Coria.debe ser la misión del médico familiar de acuerdo a la APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR .

XI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES:

Se concluye que a partir de la población usuaria estudiada:

1. A partir del análisis de la pirámide poblacional, se identifica que en el grupo de edad de 0 a 14 años existe una relación con el listado de morbilidad de las 10 principales causas de consulta, tales como las infecciones respiratorias agudas, las gastroenteritis y las caries.
2. En las familias encuestadas, predominó el estado civil de casados con un 60 %.
3. En el tiempo de unión conyugal de las familias estudiadas, predominaron las parejas que tienen de 10 a 20 años.
4. El género predominante de quienes se les aplicó la encuesta familiar fue el femenino.
5. La edad de las personas a quienes se les aplicó la encuesta familiar fue en promedio de 20 a 35 años.
6. La escolaridad predominante en las personas encuestadas fue de Licenciatura en docencia 40 % (340).
7. Todas las personas encuestadas pertenecían a la Ciudad de Puebla, Pue.
8. En relación al No. De hijos por familia, el 54 % tienen de 3 a 4 hijos.
9. En base a su desarrollo social, se encontró que el 60% son tradicionales y el 40 % son modernas.

10. En su composición el 66 % la componen la familia nuclear.
11. En base a su demografía el 96 % son de tipo urbano.
12. Desde el punto de vista de su integración estructural, el 60% son integradas
13. En cuanto al ingreso mensual, el 62 % percibe más de dos salarios mínimos

Finalmente se concluye que la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar, tiene demasiadas bondades que permiten al médico familiar responsable de la salud de una familia, otorgar atención médica integral y de calidad, permitiéndole a corto plazo prevenir las enfermedades más frecuentes que se presentan en la mayoría de las familias a su cargo con las herramientas de la medicina preventiva, las unidades de atención primaria de salud y el equipo multidisciplinario ,permitiendole poco a poco otorgar atención médica integral de calidad y calidez Y de esta forma poco a poco hacerlos autorresponsables de su salud. Ojalá y con el tiempo este modelo se haga obligatorio para todo el sector salud.

PROPUESTAS:

- 1.- Se debería dar seguimiento y vigilancia a los programas médico preventivos, normas y procedimientos de todo el sector salud.
- 2.- Difundir los programas existentes como prioritarios del paquete básico de atención a todo el personal médico y equipo de salud para que pueda ser transmitido en platicas, informativas, platicas educativas y mensajes a toda la población, principalmente aquella que tiene más factores de riesgo.
- 3.- Dar pláticas educativas a los padres de aquellas patologías más frecuentes que se presentan en su familia, principalmente en los niños menores de 5 años y los de la tercera edad que son los de mayor riesgo.

4.- Instituir el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar como obligatorio a todo el Sector Salud para que de esta forma mejoremos la calidad de la atención médica que se otorga en nuestro país.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cárdenas de la Peña E. Implantación de la Medicina Familiar en el IMSS 1954-1955. En: Cárdenas de la Peña E. Medicina familiar en México. Historia. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, No.8 1974: 81-124.
- 2.- Simposium Nacional de Medicina Familiar del ISSSTE. Discurso de Inauguración 14 -XI-1994.
- 3.- Irigoyen C.A, Gómez C.F.J. Jaime A.H. Fundamentos de Medicina Familiar cuarta edición. Ed. Medicina Familiar Mexicana 1996;153-173.
- 4.- Baraka S.M. Ebell M.H. Family Medicine, interest groups AT US Medical School FAM-MED 1995 Jul-Aug. 27 :473-9
- 5.- Mc. Whinney I.R. Medicina de Familia. Barcelona. España Ed. 1995 3-383
- 6.- C. Jiménez Mena, et. al análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud. Según grupos de edad. Atención Primaria Vol. 12 No.5 sept 1993:269-272.
- 7.- Jaick N. Dalie Contribución de la Investigación al mejoramiento de la práctica familiar. Medicina Familiar Principios y Prácticas 1987,327.
- 8.- Arlene S. Ash P.H.D. Análisis de resultados y prácticas médicas Hospital Practice Ed. Mexicana 1996 Vol. 3 No. 10,347-438.

- 9.- Ferr L.W. Frank J.Ordoñez C. Paganini J.M. Starfield B. Aspectos programáticos de la Atención Primaria de la Salud a nivel nacional e internacional. En: Marco Conceptual de la atención Primaria. Investigación sobre servicios de salud: una autología. Ed. Organización Panamericana de la Salud 1992;5-7
- 10.- Fajardo Ortiz G. El precio de la salud: Gaceta Médica de México 1992:483-493.
- 11.- Delgado A. López Fernández L.A. La participación comunitaria: Una revisión necesaria. Atención Primaria 1992:9 (8): 457-459.
- 12.- Auntley R.R. Epidemiología de la Medicina de la Familia En: Ferr L.E. Fren K.J. Ordoñez C. Paganini J M. Staffield B. Investigación Sobre servicios de salud: Una autología. Ed. Organización Panamericana de la Salud 1992: 295 -301.
- 13.- G. Bustos Lozano. El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas. En: Atención Primaria. Vol. 12 No. 4 Sept. 1993: 183
- 14.- I.Rodríguez Morúa, et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de Atención Primaria. En Atención Primaria Vol. 10 No. 1 1992 539-542
- 15.- M.P. Esterbanell,et al Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. En Atención primaria Vol. 10 No. 1;1992: 539-542
- 16.- Jiménez Mena C. Et al.Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria 1993;12:269-272.

- 17.- Irigoyen C.A. Gómez C F J. Jaime A H. Fundamentos de Medicina Familiar, 4ª edición, Ed. Medicina Familiar Mexicana 1996;153-173.
- 18.- Irigoyen Coria,Gómez Clavelina, et al.Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª edición, 1995;1-189.
- 19.- Dubowitz H.Newberger C M. Melnicoe L H. Newberger E H. The chsnging American Family. Pediatric Clinic North American 1988 35;1,291-1,311.
- 20.- Rubén Velazco Orellana y Cols. Disgunción Familiar. Rev. Med Instituto Mexicano del Seguro Social (Mex) 1994;32:272-275.
- 21.- Chavez A V.Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Revista Mexicana de Medicina Familiar 1989:17-22
- 22.- Jiménez Mena C. Et al Análisis de la cobertura del programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud según grupos De edad. Atención Primaria 1993; 12:269-272.
- 23.- Irigoyen A. Alarid H J. Fundamentos de Medicina Familiar 2ª edición, México: Francisco Méndez Cervantes, 1986: 3-209.
- 24.- Irigoyen A Guía bíblica para la familia de hoy, México Progreso 1989: 13-57.
- 25.- Fundación para la mejoría de las condiciones de vida y trabajo, servicios públicos, trabajos para el consumidor Dublin; Ed.Fundación 1992.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- 26.- Barlet E G. Grayson M. Barker R. The effects of physicians' communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. *J Cheron* Dec 1984; 37: 755-764.
- 27.- Falvo D. Tippy R. Communication, information to patients, patient satisfaction and adherence as associated with resident's skill. *J Fam Pract* 1988;26:643-647
- 28.- Fernández Quintanilla C. Características del sistema de información para la vigilancia epidemiológica. *Epidemiología* 1996. Vol. 13: 8-36
29. Salud Pública de México. Impacto de los Servicios de Salud en la mortalidad de menores de cinco años. Vol. 41 No.5 Sept-Oct. 1999, 368-375.
- 30.- Baylón E. Prados M.A. Vazquez, R. Meguizo M. Criterios Diagnósticos y Terapéuticos de la infección respiratoria aguda. *Atención Primaria* 9 (18); 15 de mayo 1992:452-455.
- 31.- Yahuda B M C. Magnitud y control de las infecciones respiratorias agudas en los niños. *Salud Pública de México* 1988, 30: 362-369.
- 32.- Miguel Martínez I, Ramos Macóas A; Muñoz Bellido J L. Therapeutic possibilities in current infantile tonsillitis. *Acta Otorrinolaringol Esp Spain* Vol.45 (6) Nov-Dic 1994; 433-436.
- 33.- Barrios Gallegos C. Amibiasis. *Epidemiología* 1996; Vol.13: 6-42
- 34.- Flores y Cols. Evaluación antropométrica del estado de nutrición de

los niños, procedimientos, estandarización y significado. Boletín Médico Hospital Infantil de México 1990;47 (10) :732-733.

- 35.- Salud Pública de México. Prevalencia de desnutrición en menores de cinco años de Tabasco. Vol. 40.No.5 Sept-Oct. 1998; 408-413.
- 36.- Salud Pública de México. La mortalidad por enfermedad diarreica en México ¿Problemas de acceso o de calidad de atención. Vol.40 No. 4, Julio-Agosto 1998;316-319.
- 37.- Sanchez T. G. Estudio clínico y diagnóstico, hipertension arterial sistémica, Principio cardiológico. Época II. Vol.3 No. 1 1987 3-9.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Identificación Familiar

Familia. _____ Años de unión conyugal. _____

Estado civil: Casados () Separados () Solteros () Viudo(a) ()
Unión Libre () Madre soltera ()

Edad. _____ Género: Masculino () Femenino ()

Escolaridad: Madre _____ Padre _____ Edad de la madre _____ Edad del Padre _____

Ocupación del padre _____ Ocupación de la madre _____

Domicilio _____ Col. _____

Ciudad _____ Entidad _____

Tipo de Familia: Marque con una (x)

Por su desarrollo:

Por su tipología:

Moderna () Tradicional () -- Profesional () Obrera () Técnico ()

Por su demografía:

Urbana () Semiurbana ()

Por su composición:

Nuclear () Extensa () Compuesta ()

No. De hijos menores de 0 a 4 años _____ No. De hijos de 5 a 9 años _____

No. De hijos de 10 a 20 años _____ No. De hijos de más de 20 años _____

Ingresos mensuales aproximados marque con una (x).

Más de 2 salarios mínimos. ()

De 1 a 2 salarios mínimos ()

Etapas del ciclo vital familiar:

Expansión () Dispersión () Independencia () Retiro ()

Observaciones
