

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

118

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUÍN CANOVAS PUCHADES", TEPIC, NAYARIT.

"APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 180612
DE SANTIAGO IXC., NAYARIT 1997."

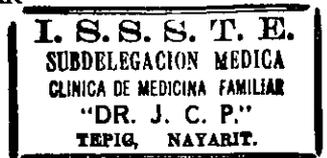
300225

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO



NAYARIT, 1997.

2001



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.

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 180612 DE SANTIAGO IXC., NAYARIT 1997”**

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

PRESENTA:

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO

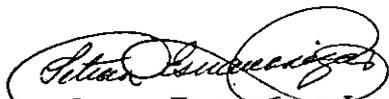
AUTORIZACIONES



**DRA. LAURA ~~ELENA~~ NOMELI GUERRRO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR “DR. JOAQUÍN CANOVAS PUCHADES”**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.**

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 180612 DE SANTIAGO IXC., NAYARIT 1997”**

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

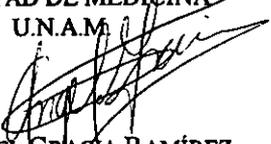
PRESENTA:

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO

AUTORIZACIONES


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


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 180612
DE SANTIAGO IXC., NAYARIT 1997.”**

ÍNDICE

I.	MARCO TEÓRICO	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III.	JUSTIFICACIÓN	8
IV.	OBJETIVO DEL ESTUDIO	10
V.	HIPÓTESIS	11
VI.	METODOLOGÍA	12
	a) Tipo de Estudio	12
	b) Población Lugar y Tiempo	12
	c) Tamaño de la muestra	12
	d) Grupos de Estudio	12
	e) Criterios de Inclusión	12
	f) Variables de Medición	13
	* Método de Captación de la Información	14
	* Consideraciones Éticas	14
VII.	RESULTADOS	15
VIII.	DISCUSIÓN	35
IX.	CONCLUSIONES	37
X.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	38
	ANEXOS	40

I. MARCO TEÓRICO

Principiando con la teoría de sistemas descrita por Von Bertalanffy (1968) el cual define un sistema como un orden dinámico de partes y procesos que mantienen mutuas interacciones (26) cada sistema presenta características únicas para ese nivel y solo puede ser explicado mediante los criterios propios de tal nivel. la base del modelo biopsicosocial de la enfermedad ha sido proporcionada por la teoría de sistemas. (2-26)

Si pensamos en términos humanos, la persona ocupa el nivel mas alto de la jerarquía organismica y el nivel mas bajo de la jerarquía social. Los sistemas vivos cuenta con mecanismos reguladores para conservar su equilibrio. Experimentan también crecimiento, desarrollo y adaptación, todo lo cual requiere cambios en respuesta a nuevas condiciones.

La entrevista médica proporciona el contexto para hacer la historia clínica y recoger información sobre el problema del paciente. Representa un proceso de comunicación tanto verbal como no verbal. La sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo de los datos clinicos y las pruebas, varían mucho con la prevalencia y la distribución de las enfermedades dentro de la población y por tanto con el contexto en que el médico trabaja (26).

La familia históricamente ha demostrado ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, quien depende además de ella para su crecimiento y supervivencia.

A través del tiempo el matrimonio y la familia han permanecido como instituciones; sin embargo, los adelantos tecnológicos, científicos y las grandes transformaciones de los sistemas económicos, políticos y sociales, han generado profundos cambios tanto en el matrimonio como en el seno de la familia. en este contexto nuevo, el rol de la familia ha cambiado sus expectativas con interés mayor en el desarrollo personal, en elevar y mejorar el nivel educacional y la calidad de vida de cada uno de los integrantes (40).

Se define a la familia de distintas formas, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. La familia es la institución básica de la gran mayoría de la sociedad humanas teniéndose a esta como un valor primario dentro de la sociedad. La OMS en 1970 conceptúa a la familia como a el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio(32). El consenso norteamericano dice: La familia es un grupo de dos o mas personas que viven juntos y están relacionados unos con otros, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. 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 un mismo techo (17). Según Engels (12), la familia es el elemento activo que pasa de una forma inferior a una superior, en la medida que la sociedad evoluciona de un grado mas bajo a uno más alto. Los cambios en la estructura de la familia obedecen a las relaciones del hombre y el trabajo, vale decir a la economía. Engels siguiendo la tipología de Morgan sobre los tres estados de la humanidad, salvajismo, barbarie y civilización, tipifica a la familia en: Consanguínea (matrimonio de grupo) en que hay relación sexual entre todos los miembros de una generación; Punalúa (matrimonio de grupo) sin relación sexual entre hermanos carnales; Sindiasmica con monogamia femenina y poligamia permitida al hombre, y finalmente la monogamia fundada en la necesidad de una paternidad cierta, supremacía del hombre con libertad sexual, que resulta una poligamia disfrazada (12-22).

Últimamente se ha incluido a la familia corporativa organizada alrededor de una actividad esencial como la caza, la agricultura o el comercio.(22)

Dentro de la sociedad predominan dos tipos de familia: la familia nuclear, formada por padres, hijos y la familia extensa o ampliada donde conviven miembros de tres generaciones o mas (17).

La familia es la mas antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra, mientras exista nuestra especie; es la unidad funcional básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud. Es también un recurso para

resolver y prevenir enfermedades; cambia cuando los niños crecen, se hacen adolescentes y después adultos.(17)

En México existe un numero considerable de familias extensas, por sus características particulares y sus ideosincrasias, sobre todo en las zonas rurales, indígenas y en algunos de áreas marginadas de las grandes ciudades.

Por lo tanto, se ha encontrado que no existe una estructura estándar única de “La Familia Mexicana”, debido a esta gran diversidad se dice que existen varias “Familias Mexicanas”.

Se ha tenido a bien considerar generalmente que el modelo mas adecuado para el desarrollo del ser humano es la familia nuclear y su dinámica al sufrir alteraciones podrían provocar trastornos en el desarrollo de sus miembros, especialmente los mas vulnerables, cuyas repercusiones a largo plazo serian dificiles de predecir (18-23).

Como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; siguiendo un patrón similar a través de diferentes fases:

Fase de matrimonio

Fase de expansión

Fase de dispersión

Fase de independencia

Fase de retiro y muerte (6)

Es importante el conocimiento de las diferentes fases del ciclo vital familiar lo cual conlleva al cuidado Integral que implica la habilidad de tomar decisiones sobre los problemas de salud tal como afectan a la comunidad, familias e individuos en todos los grupos etarios y todos los sistemas corporales (5).

Se ha denominado a la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, unidas por vínculos de matrimonio, unión libre, y/o consanguinidad que viven en un mismo lugar; teniendo entre sus funciones básicas la de proporcionar ayuda y normas de conducta a sus miembros. De esta manera, la familia se constituye en un espacio de desarrollo personal, siendo determinante de la identidad, adaptación social y aprendizaje.

Máquez define a la estructura familiar como la identificación de los miembros de la familia desde una perspectiva demográfica. Para el equipo de salud, el estudio de la estructura familiar forma parte de los aspectos fundamentales a evaluar en las familias que debe incluir otros factores de importancia como la ubicación física del grupo familiar acontecimientos vitales estresantes, nivel educativo y recursos económicos y de seguridad social.

Según la encuesta nacional de ingresos y gastos en los hogares de 1994, en México, se identificaron 19.4 millones de familias de las cuales 18.2 millones corresponden a grupos familiares y 1.2 millones a hogares unipersonales y de corresidentes. En un reporte del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) se afirma que la estructura familiar se fundamenta en el tipo de relación ya sea consanguínea, legal, de afinidad o de costumbres entre el jefe y los distintos miembros de la familia, identificándose en cuatro tipos: Nuclear, la cual se conforma por el jefe y su cónyuge con o sin hijos ; ampliada, conformada por el jefe de familia con o sin cónyuge y otros parientes directos (tíos, primos, hermanos, suegros, etc); compuesta, que incluyen a los integrantes de una familia nuclear o ampliada y a otras personas aún sin lazos de consanguinidad ni parentesco (sirvientas, mayordomo, amistades, etc.); extensa, familia formada por grupos familiares ampliados y compuestos.

Las familias mexicanas en promedio se integran con 4.8 miembros, generalmente por los padres y dos o tres hijos. Las nucleares son ligeramente mas pequeñas (4.5 miembros); las ampliadas debido a la presencia de parientes, presentan el promedio más alto con 6 miembros; las familias compuestas tienen el tamaño promedio de 5.1 personas.

Para el ejercicio clínico del médico familiar la estructura de las familias no se comprende exclusivamente a través de elementos demográficos. Deben incluir también, factores culturales, sociales y económicos, entre los que pueden citarse: La fecundidad, mortalidad, migración, disponibilidad y costo de la vivienda, ingresos económicos y en general las llamadas formadas de convivencia que son propias de cada sociedad (34).

El marco de referencia ideal para entender familias es la atención primaria para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico. Hacer promoción de la salud significa, intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar. Las actividades de prevención de la salud no pueden quedarse en la maniobra o en el registro; sino que deben continuar con algún tipo de intervención mínima y seguimiento del problema (11). cualquier actitud recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbimortalidad es en si misma una medida de promoción de la salud (27). En los últimos años ha resurgido con importancia creciente una actividad, como es la prevención y la promoción de la salud. Las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen , pilares en la actuación profesional del médico de familia (21).

La promoción de la salud cuyos beneficios se resumen en dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: Incremento de la calidad vida de los miembros de las familias, disminución de los costos de la atención y normar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar (enfermería, trabajo social, sanitaristas) pero sobre todo de un nuevo tipo de relación con el paciente, ya que la promoción de la salud, medidas eficaces de prevención y con satisfactorias acciones terapéuticas sobre patologías identificadas, solo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar (21-36).

En el contexto de relación entre estructura familiar y factor nutricional (bio-social); se tiene que la característica existente de estructura familiar de la familia popular no resultaría lo más favorable para el desarrollo de sus miembros (escolares)(1-38-44).

Por ello la educación para la salud durante la infancia y la adolescencia tiene como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y sobre todo, actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables, la capacidad de autocuidado de los futuros adultos y la utilización adecuada y solidaria de los recursos sanitarios. (4).

Este compromiso del médico familiar requiere del conocimiento de su población y por principio, de una relación nominal por edad y sexo de la totalidad de su población. Con el diseño de instrumentos que a través de una rápida aplicación permitan evaluar y priorizar necesidades de atención a la salud sobre sectores pobres de la población (20-22-39). Demográficamente en su totalidad las familias tienden a urbanizarse; siendo la composición nuclear y forma de integración muy propios de manifestación de las familias mexicanas (24-42) y de otros países siendo predominante la clasificación en etapas de dispersión que generalmente es la encontrada; señalando los periodos iniciales que viven actualmente la mayoría de las familias en México apegándose a los patrones socioculturales que considerablemente se adoptan en otros países (24-34-42) y en las zonas urbanas (26-41-42) tenemos que de manera primordial el médico familiar debería esforzarse por entender por una parte el entorno (17- 41) de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, como las encontradas en estudios recientes como son las enfermedades respiratorias agudas, las Parasitosis intestinales, enteritis la enfermedad ácido péptica (gastritis), las cervico vaginitis, infecciones de vías urinarias, dermatofitosis; que son las de tipo primarias o en su mayoría transmisibles; dentro del primer nivel de atención factibles de manejar y controlar y de ser posible prevenir y figuran primordialmente además las enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus tipo II también factibles de manejo en el primer nivel de atención de salud con apoyo del segundo nivel en caso de algunas complicaciones propias de las mismas (transición epidemiológica).(17-23-27-29-38-39-41).

El debatido concepto de la "Compresión de la Morbilidad" representa la utopía de que toda enfermedad del individuo ocurra solo al final de su larga vida.

El gran crecimiento de la población y los cambios que operan actualmente en su estructura encarnan conceptualmente en la figura de transición de un estado de cosas característico de los países más rezagados, aun perfil propio de las naciones desarrolladas.

En el curso del siglo en nuestro país el perfil de las enfermedades ha ido cambiando con una tendencia clara; disminución de las enfermedades y muertes causadas por infecciones y contagios prevenibles, y aumento progresivo de los años de vida perdidos por defunción e

incapacidad debidas a padecimientos crónicos, adicciones y lesiones. Del mismo modo que con los índices demográficos y estrechamente ligada a ellos: transición de un perfil propio de la pobreza a un perfil característico de los países plenamente industrializados. La tendencia no es homogénea en algunas partes de elevado desarrollo socioeconómico, van cursando ya la fase más avanzada de esta transición epidemiológica, inicialmente predominaban las enfermedades infecto-contagiosas que tardarían algunas mas tiempo en desaparecer, como la fiebre amarilla, viruela, la poliomielitis, difteria y mas recientemente el sarampión y otras al menos en reducirse como las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, el paludismo, pero, a la larga cederían su lugar prominente en las tasas de morbimortalidad a las enfermedades crónico-degenerativas. Hay un momento en que la curva que representa a estas ultimas supera a la curva de las primeras, un índice importante del progreso de la transición. Esto sucedió en 1973, en 1980, en 1985 y en otros lugares aun no sucede. A raíz de los primeros reportes de morbimortalidad en estadísticas en nuestro país se aprecia el escaso predominio de las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial 1922, logrando notarse apreciablemente su aumento en los últimos años 1996, 1997 (35) y últimamente se tiene que el porcentaje de morbilidad de estos procesos crónico degenerativos tiende a incrementarse causada por la longevidad dado por el aumento del promedio de años de vida de la población (26-41-44).

El médico familiar aun al conocer estas enfermedades deberá comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y, observar a su paciente como una población en riesgo (5) con un propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar (23-38) y por otra el establecimiento de estrategias para la solución del problemas de salud y anticipación del daño: como resultado de la actualización periódica y del proceso de evaluación operativa, pueden identificarse cambios en las variables que se miden en la población así como una evaluación de las actividades de atención medica tanto preventivas como curativas; favoreciendo el planteamiento de nuevas estrategias e intervenciones de carácter médico para tratar de modificar las variables, con una perspectiva que contemple siempre el mejoramiento de la salud de la población a su cargo en consonancia con los programas prioritarios de atención a la salud, rigiendo los lineamientos que establecen las normas oficiales mexicanas para la atención medica (11-23).

En síntesis la estrategia de atención primaria se estructura en torno a una trípoide: servicios de salud centrados en el primer nivel de atención, acción intersectorial y participación comunitaria. Las comunidades de nuestro entorno están integradas por individuos entre los cuales existen grandes diferencias en cuanto a sus intereses y valores, y grandes desigualdades sociales y en salud; además en su ámbito coexisten diferentes redes de articulación social que pueden cooperar y constituyen mecanismos de organización formales e informales de distinta magnitud y complejidad, además como característica esencial es fundamental considerar que existe un ambiente externo a la propia comunidad que constituido por los medios de comunicación, y las grandes organizaciones sociales formales, interactúa de manera estrecha con la población concreta que estemos considerando. Se precisa una nueva concepción de la idea de comunidad en la que recojamos la influencia de las diferencias entre grupos y la importancia de los elementos externos (10).

El modelo sistemático de la atención médica familiar se presenta por primera vez a mediados de la última década del final del siglo XX, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, incidiendo en la identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los tres ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite esta práctica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios y exclusivos, resultado del análisis de un grupo de profesores de la especialidad innovando una posible estrategia de acciones que encaucen con claridad el trabajo médico familiar y que facilite un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias; resultando 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 (17).

Irigoyen y colaboradores proponen por vez primera, el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF), como una propuesta para llevar a cabo estudios en la práctica de la medicina familiar (20).

El MOSAMEF propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones operacionales aplicadas a necesidades reales. Las cuales son obligadamente diferentes para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos. La aplicación del MOSAMEF se constituye en una probable respuesta a lo que muchos especialistas en medicina

familiar se preguntan: ¿Cuál es el QUID de nuestra especialidad? Algunas de las acciones que integran al MOSAMEF, han sido referidas en documentos de orientación operativa institucional como la guía técnica para las actividades de educación a la mujer, detección, diagnóstico y referencia oportuna de la paciente con cáncer de mama en las unidades de medicina familiar. El documento responde al denominado Plan General de Mejora de la Atención Médica 1996-2000. Este plan establece estrategias, determina procesos y líneas de acción que a corto plazo, mediano y largo plazo, favorecerán el mejoramiento del proceso de la atención médica. Se afirma que una de las líneas de acción fundamentales es la denominada atención por grupos etareos, en donde se pone especial énfasis en la necesidad de contar con un conocimiento objetivo de la población e indagar sobre la asociación causal entre factores de riesgo y daños a la salud, estableciendo la convivencia en este ejercicio por unidad de medicina familiar, zona y delegación, con el propósito de planear y actuar en forma efectiva. En el apartado que describe las acciones a desarrollar por cada miembro del equipo de salud. Como primera actividad destaca un elemento que tiene una fuerte asociación con el MOSAMEF: Identificar de la pirámide poblacional de cada uno de los consultorios de medicina familiar el grupo de mujeres mayores de 15 años. La realización de esta tarea requiere necesariamente que todos los consultorios atendidos por médicos familiares sin excepción deban contar con una pirámide de población.

Aunque la elaboración de pirámides de población ha sido una actividad de capacitación académica adquirida desde el pregrado, no se ha aplicado una motivación institucional para realizar esta tarea en forma habitual y sistematizada en unidades de medicina familiar o centros de salud; más aún no se tiene en la mayoría de los casos la información necesaria para organizar el trabajo en un consultorio médico, mediante un diagnóstico demográfico – epidemiológico que sirva como base para la planeación y aplicación de programas y estrategias congruentes con la particular problemática sanitaria de los usuarios de los servicios que otorga un médico en el primer nivel de atención. La falta de esta organización ha propiciado que la toma de decisiones se fundamente en estadísticas y análisis de magnitud poblacional o regional las cuales pueden o no ser congruentes con las necesidades propias del micro universo de un consultorio. El no realizar una actividad efectiva y eficiente ha propiciado que muchos centros de salud y unidades de medicina familiar sean observadas en una suerte de estación de paso para referir a los pacientes a hospitales.

El problema es complejo, una de sus posibles soluciones puede consistir en sensibilizar a los médicos desde el pregrado en el uso práctico de modelos de atención como el MOSAMEF, que facilitan tanto el diagnóstico de factores de riesgos dentro de los grupos familiares, como un conocimiento más objetivo de las familias mismas. De esta manera estamos convencidos que la aplicación del MOSAMEF en la práctica de la medicina familiar facilitará una atención más resolutiva pero fundamentalmente más científica y humana (33).

Antecediendo a este modelo, intentos por implementar un diagnóstico por consultorios de medicina familiar en búsqueda de la identificación de patología social y frecuencia de patología poco comunes en un consultorio fueron descritos por Fry (13) desde el inicio de los años ochentas y más atrás este propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar (30) parten desde los trabajos de Mc. Whinney (30) y White (43) quien en 1961 describió por primera vez que un paciente de cada 250 consultas por problemas de salud era atendido en un hospital, señalando así la importancia del llamado Médico de Familia. Aquí se reafirma el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercuten en la salud de la comunidad bajo su cuidado, es decir, incrementar actividades preventivas, de consejo y educación sanitaria (13). De esta manera el médico familiar deberá esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y observar permanentemente a un paciente como una población en riesgo (30) Mc. Whinney.

Y bien el proyecto: Modelo sistemático de atención médica pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la Carta de Ottawa (32), que 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 medios ambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud. (32).

El presente estudio pretende utilizar dicho modelo para eficientizar y planificar los servicios de salud en una población.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características familiares y las 10 principales causas de consulta de la población que acude a la unidad de Medicina Familiar de Santiago Ixcuintla, Nayarit.?

III. JUSTIFICACION

En los sistemas actuales a causa de los avances científicos, tecnológicos y las grandes transformaciones de los sistemas sociales, políticos y económico; han producido cambios profundos tanto en el matrimonio como en el seno de la familia. Por lo que se ha estado originando un incremento importante en el estudio de la situación general de la Familia en los diferentes estratos socioeconómicos y culturales existentes.

Pero aun falta mucho por observar, valorar y analizar en la situación actual de las familias; además para nosotros los médicos familiares que laboramos a beneficio de las familias de los derechohabientes; es necesario conocer la situación de la estructura de las familias adscritas para así poder valorar y establecer medidas de educación y orientación en la atención familiar.

No es posible educar y orientar sin antes tener conocimientos de la situación estructural de las familias de nuestra unidad médica.

Así mismo la educación y orientación en la atención a las familias y no tan solo la Funcion o acción curativa biológica, predominante en accionar rutinario, encontraremos que al realizar y sumar las acciones patológicas en la atención a las familias; resulta que se logra un avance importante en el sistema integral de la familia y al final en base a la mayor efectividad de estas medidas de educación y orientación a través de un balance adecuado de las fuerzas positivas y negativas en la atención a las familias.

Al lograr de esta manera la disminución y mejor control de los problemas psicopatológicos y sociopatológicos de los miembros de las familias y estas acciones extendidas a todas las familias en general.

En virtud de que la Medicina Familiar ofrece estudio de familias, continuidad en la atención al individuo y su familia permite cubrir los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad constituyendo la vía de entrada del paciente y su familia al

sistema de atención para la salud incluyendo las actividades inherentes con el proceso de preservación, mantenimiento, promoción de la salud y no exclusivamente con el fenómeno de la enfermedad; se hace necesario este ensayo para identificar familias con los cuales es posible determinar alternativas de solución y en general a orientarlas acerca de las medidas preventivas necesarias para conservar la salud. Entre estos a considerar el nuevo proyecto Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar para reforzar el cúmulo de conocimientos que se tienen en la actualidad en esta importante era del primer nivel de salud como lo es la Medicina familiar.

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

El sustento es una filosofía propia; la identificación de un campo único de acción y el desarrollo de investigaciones susceptibles son los tres grandes requisitos para considerar a una especialidad médica como una disciplina académica. Entre ellos, el más importante sin duda, es la investigación. Esta premisa se fundamenta en el proceso interactivo de la investigación-generación de conocimientos, con lo cual se apoya al campo de acción y se fortalece el desarrollo de una filosofía científica propia. Es menester un plan rector para la definición de prioridades, líneas de investigación y de recursos humanos. Un ejemplo de estas primeras es el estudio poblacional por medio de la estructura familiar. El cual nos da a conocer y valorar la situación de salud, así como el nivel social y demográfico apoyándose en este u otros instrumentos.

Además conocer las características biosociales de la zona conurbana de Santiago Ixcuintla, Nayarit; como indispensable requisito para planificar los servicios de salud; lo cual redundara en mayor satisfacción al usuario y disminuirán los costos de la atención médica al optimizar la prestación de los servicios con un enfoque integrador. Sin duda es importante plantear el programa preestablecido para la comunidad la cual resultaría beneficiada con una atención médica integral y resolución de sus problemas de salud.

Agregando capacidad resolutive a sus problemas de saneamiento básicos, medidas preventivas, higiene personal, programas de salud e interacción adecuada con su medio.

Con respecto a la institución de salud resulta beneficioso para la misma coadyuvar al mejoramiento de la población en estudio por medio de realización de actividades correspondientes al primer nivel de atención.

Otro satisfactor de importancia para la institución educativa y el alumno al conocer la estructura de las familias adscritas seria la de contribuir para planear, normar y realizar acciones con renovada actitud que favorezcan la resolución de los problemas detectados sobre una base científica.; entre esta la aplicación del MOSAMEF.

IV. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo General

Identificar las características biosociales de las Familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar de Santiago Ixcuintla, Nayarit.

Objetivos Específicos

- Establecer pirámide poblacional por grupos de edad y sexo.
- Determinar número de núcleos familiares.
- Identificar las 10 causas de consulta más frecuentes.
- Conocer la estructura familiar de la población.

V. HIPÓTESIS

No requiere hipótesis

VI. METODOLOGÍA

a) Tipo de Estudio

- Descriptivo
- Observacional
- Retrospectivo.
- Transversal.
- Prospectivo.

b) Población Lugar y Tiempo

Familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en Santiago Ixcuintla, Nayarit. Periodo comprendido del 01 de Agosto de 1995 al 31 de Julio de 1996 además las hojas del informe diario del medico.

c) Tipo y Tamaño de la Muestra

Total de población para el estudio sociodemográfico y muestra no aleatoria por cuotas de 220 familias para aplicar censo poblacional, estudio de familias y motivos de consulta.

d) Criterios de Inclusión

- Derechohabientes del ISSSTE, Unidad Medico Familiar del ISSSTE en Santiago Ixcuintla, Nayarit .
- Que posean expediente clínico
- Que acudan a consulta externa y que residan en el área de influencia.
- Que acepten contestar la encuesta en forma completa.
- Integrada a una familia.
- familias que estén anotadas en informe diario de labores del medico durante el periodo de este estudio.

Criterios de Exclusión

- No existen.

Criterios de Eliminación

- No existen.

e) Variables de Medición

Para el censo poblacional: Se consideran las siguientes variables:

- Todas son cuantitativas.
- No existe ninguna cualitativa.

Para el estudio de comunidad las variables que se identifican son:

- Nombre de la familia
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Numero de hijos (hasta de 10 años de edad)
- Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- Numero de hijos (de 20 o mas años de edad)
- Ocupación de los padres de familia
- Ingreso económico
- Tipo de familia
- Etapa de ciclo vital familiar

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

Los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo.

a) Método de Captación de la Información

- ✓ Mediante el cotejo del total de expedientes se realizó pirámide poblacional
- ✓ A través de la revisión del informe diario de labores utilizando el formato oficial (SM-10-1) se determinó las principales causas de consulta.
- ✓ A una muestra aleatoria de 220 núcleos familiares se aplicó entrevista personal utilizando formato (Entrevista de reconocimiento familiar, Modelo sistemático según Irigoyen-C), que contempla 19 reactivos para identificar estructura y tipología familiar, incluyendo número de hijos por familia, estado civil, años de unión conyugal, ocupación de los padres; ingresos, edad de los hijos, tipo de familias y etapa del ciclo vital.

b) Consideraciones Éticas

- ✓ Los resultados obtenidos fueron manejados confidencialmente y no implicaron riesgos para la salud, de acuerdo con la declaración "Helsinki II" y a la Ley General de Salud.

VII. RESULTADOS

Este estudio demuestra de manera adecuada las características bio-sociales de la población que se estudia.

La totalidad de la población derechohabiente suma 3720. la población por grupo de edad y sexo se describe (Grafico 1). El total de familia al consultorio único suma 350. la pirámide poblacional objeto de este estudio y que refleja la zona conurbana de Santiago Ixcuintla, Nayarit; revela en su mayoría población joven predominando el sexo femenino para el grupo de edad de 15 – 44 años. Siendo este mismo el grupo atareó mas numeroso (37%) de la población total. En una relación mujer: hombre de 1-42 (Grafico 1).

Las causas de consulta predominante fueron captadas en un periodo de Agosto de 1995 a Julio de 1996 (Grafico 2-2A) destacando las infecciones Respiratorias Agudas, Parasitosis, Gastritis, Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus II, Cervicovaginitis, Infección de vías urinarias entre otras.

Se seleccionó un total de 220 familias mediante muestreo aleatorio para analizar la estructura familiar; el estado civil fue 187 (85%) con estado civil casados, 33 (15%) viven en unión libre, (Grafico 3-3A). La media en años de unión conyugal quedan descritos en el (Grafico 4-4A) fue de 19.98 años; con un mínimo de 1 año de unión y un máximo de 50 años.

Respecto a la edad de los padres, con referencia la padre, el grupo de edad mayoritario fue entre 31 - 40 años; igualmente para ese mismo grupo de edad. (Grafico 5).

Las edades de lo hijos en las familias (Grafico 6 y 6A.) predomino el rango entre 11 - 19 años con un 45.10%. En un 55% de familias tuvieron en total hijos en numero de 0 – 3 (Grafico 7-7A.) y en relación a edades de los hijos se encontró mayoritariamente hijos entre 11 - 19 años siguiendo en frecuencia los hogares con hijos entre 0 – 10 años. (Grafico 6-6A)

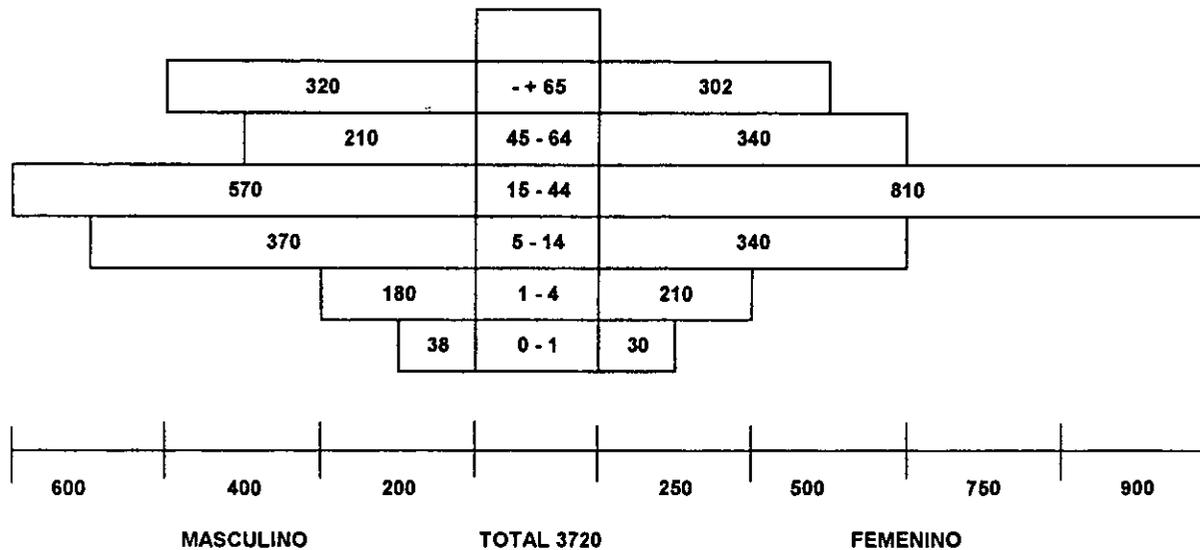
Los ingresos son en 163 (74%) de 1 a 2 salarios mínimos como ingresos mensuales. En 19 (19%) tiene 3 ó + salarios mínimos mensuales, en 40 (18%) perciben

menos de un salario mínimo. (Grafico 10 - 10A). La escolaridad de los padres (Grafico 8-8A y 9-9A) destacando la escolaridad primaria, padres 51% y madres 56%; y medio superior en padres 22% y profesional en madres 28.5%.

La ocupación del padre destaca la de profesionista-burócrata (30%), comerciante (16%) y obreros (18%); en cuanto a la madre se visualiza con ocupación de maestra un 16% y al hogar un 60%, si condensamos en rubro profesionista lo encontrado en total alcanzaría un 31% (Grafico 11-11A, 12-12A) respectivamente. La estructura familiar en cuanto a su desarrollo se encontraron 141 (64%) son tradicionales y 79 (36%) son familias modernas (Grafico 13-13A). Por su demografía 150 (68%) son urbanas, 44 (20%) son rurales y 26 (12%) semiurbanas (Grafico 14 Y 14A). La composición de 182 (82.5%) son familias nucleares, 38 (17.5%) son familias extensas (Grafico 15 y 15A). La etapa del ciclo vital según Geyman se describen(Grafico 16-16A) predominando la etapa de dispersión con un 39%; seguida de la etapa de independencia en un 16% de las familias.

GRAFICO No. 1.

**PIRAMIDE POBLACIONAL ADSCRITA
A LA UNIDAD MEDICINA FAMILIAR SANTIAGO IXCUINTLA, NAYARIT.**



FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

DEPARTAMENTO ESTADISTICA
DELEGACION ESTATAL ISSSTE.

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO.
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO 2

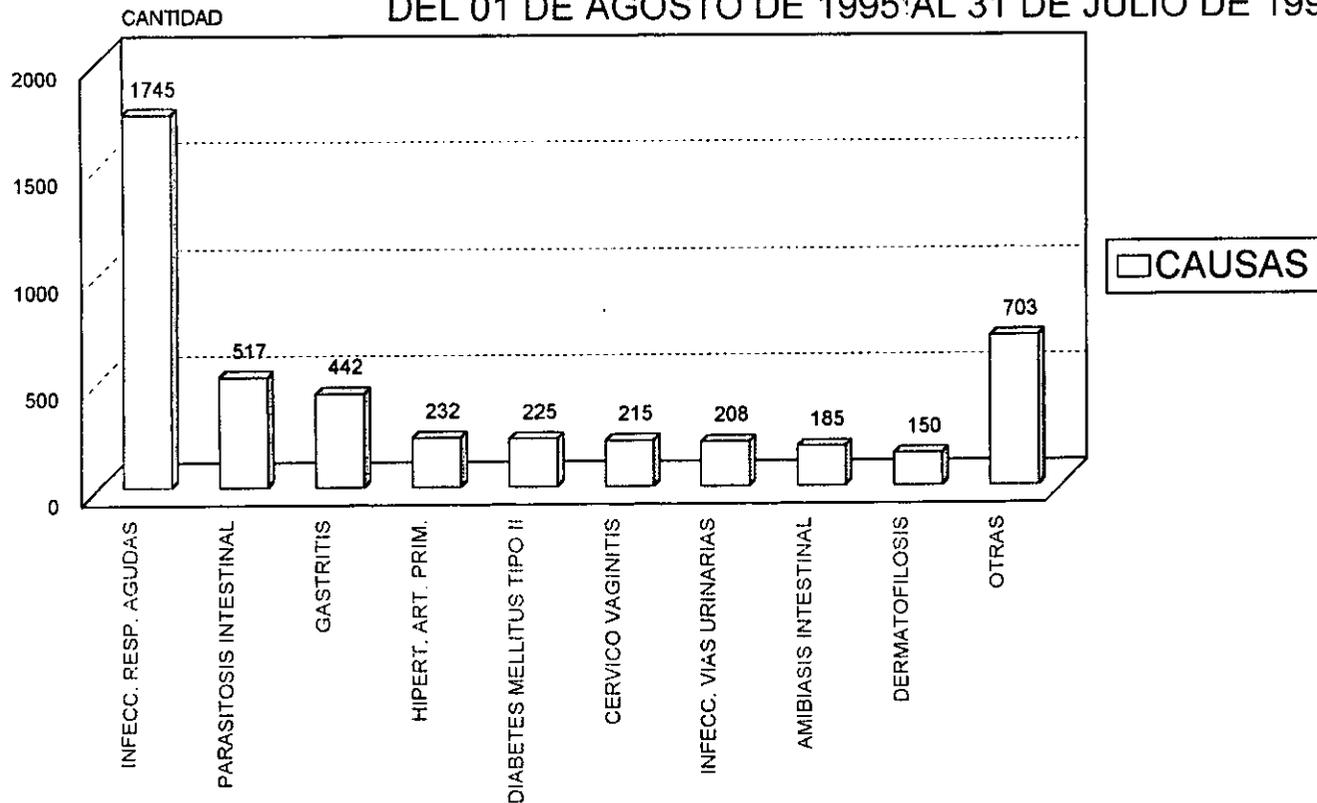
PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA.

ENFERMEDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1745	37.75 %
PARASITOSIS INTESTINAL	517	11.18 %
GASTRITIS	442	9.56 %
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	232	5.01 %
DIABETES MELLITUS TIPO II	225	4.68 %
CERVICO VAGINITIS	215	4.65 %
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	208	4.5 %
AMIBIASIS INTESTINAL	185	4.0 %
DERMATOFILOSIS	150	3.2 %
OTRAS	703	15.20 %

FUENTE: INFORME DIARIO DE LABORES

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

CAUSAS DE CONSULTA MEDICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE SANTIAGO IXCUINTLA, NAYARIT. DEL 01 DE AGOSTO DE 1995 AL 31 DE JULIO DE 1996.



FUENTE: INFORME DIARIO DE LABORES

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO 3

ELEMENTOS DE DIMENSIÓN DEMOGRÁFICA.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADOS	187	85
UNIÓN LIBRE	33	15

GRAFICO 4

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

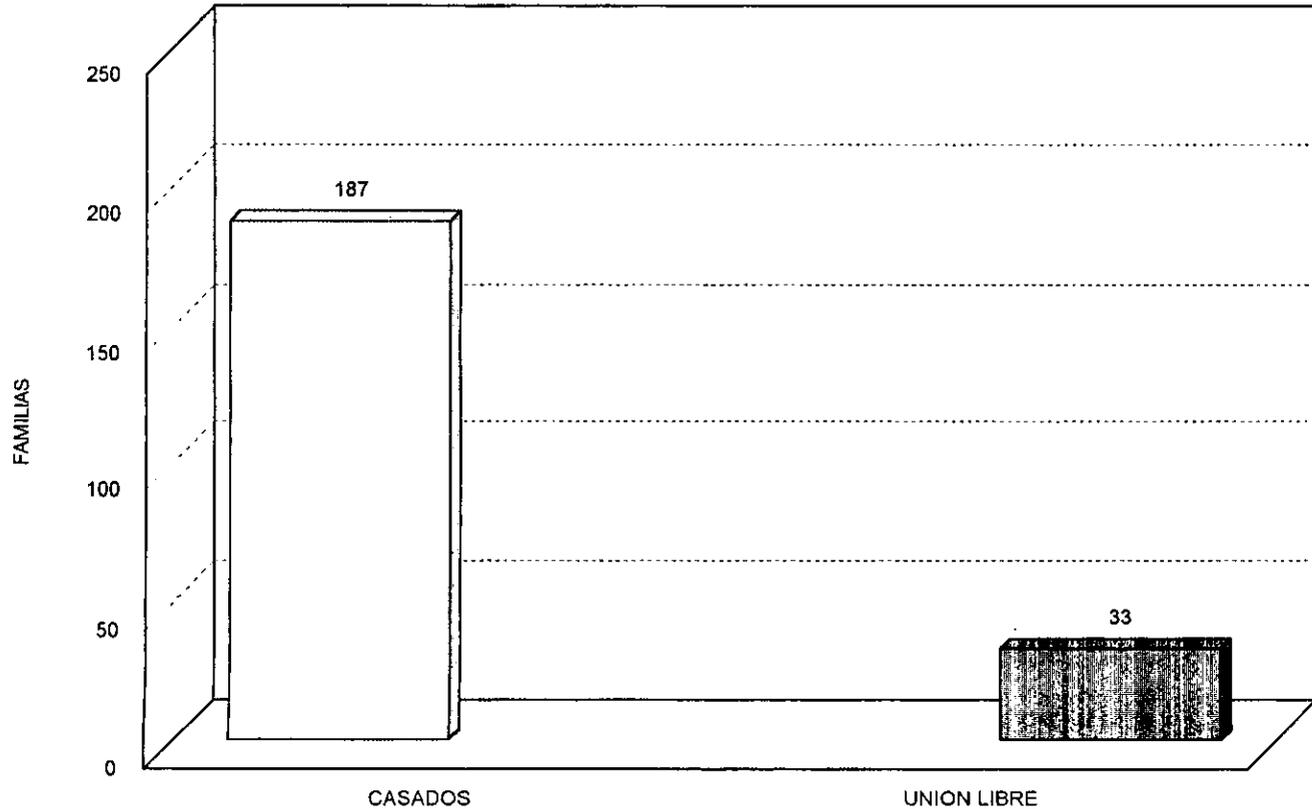
MEDIA EN AÑOS	20
MÍNIMO	1
MÁXIMO	50

FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

ESTADO CIVIL

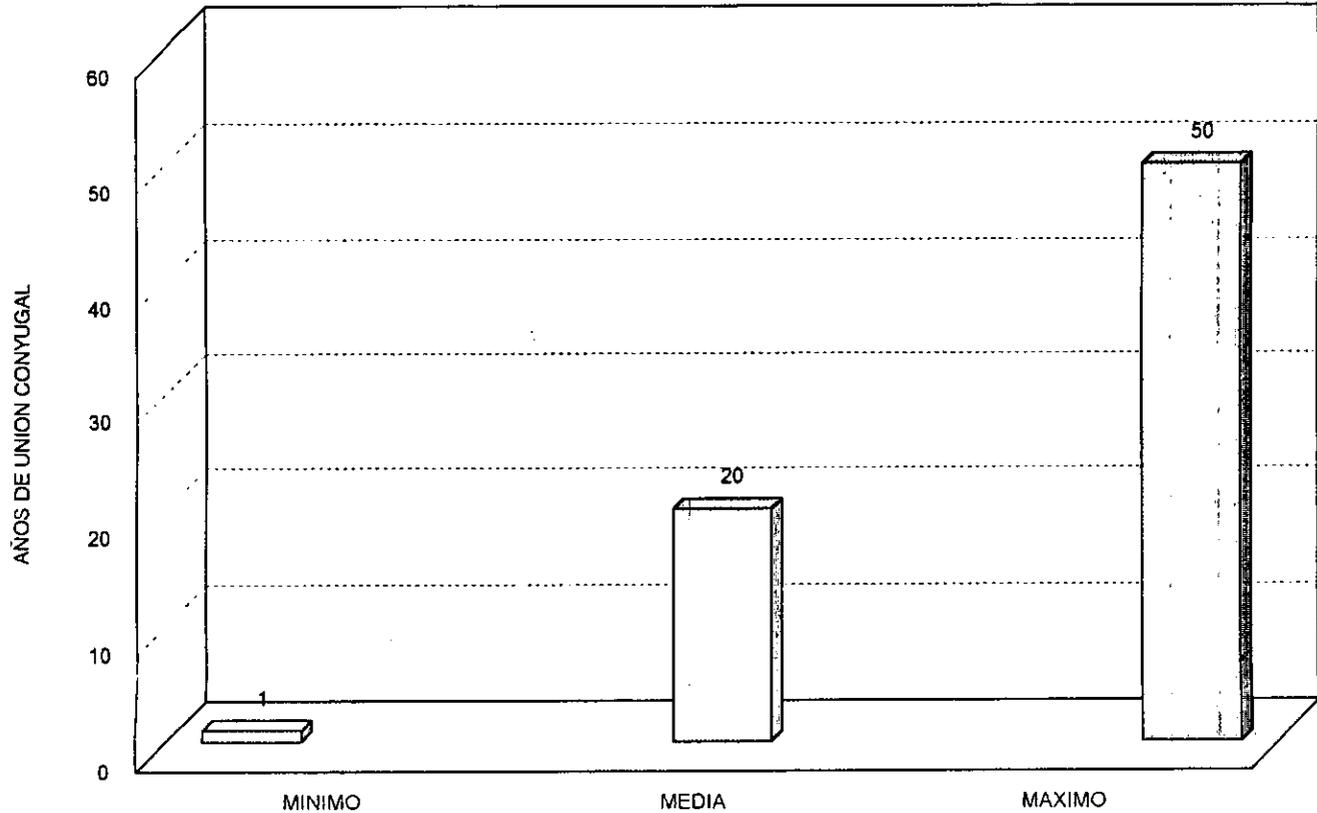


FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

AÑOS DE UNION CONYUGAL



FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

PROMEDIOS DE EDAD DE LOS PADRES

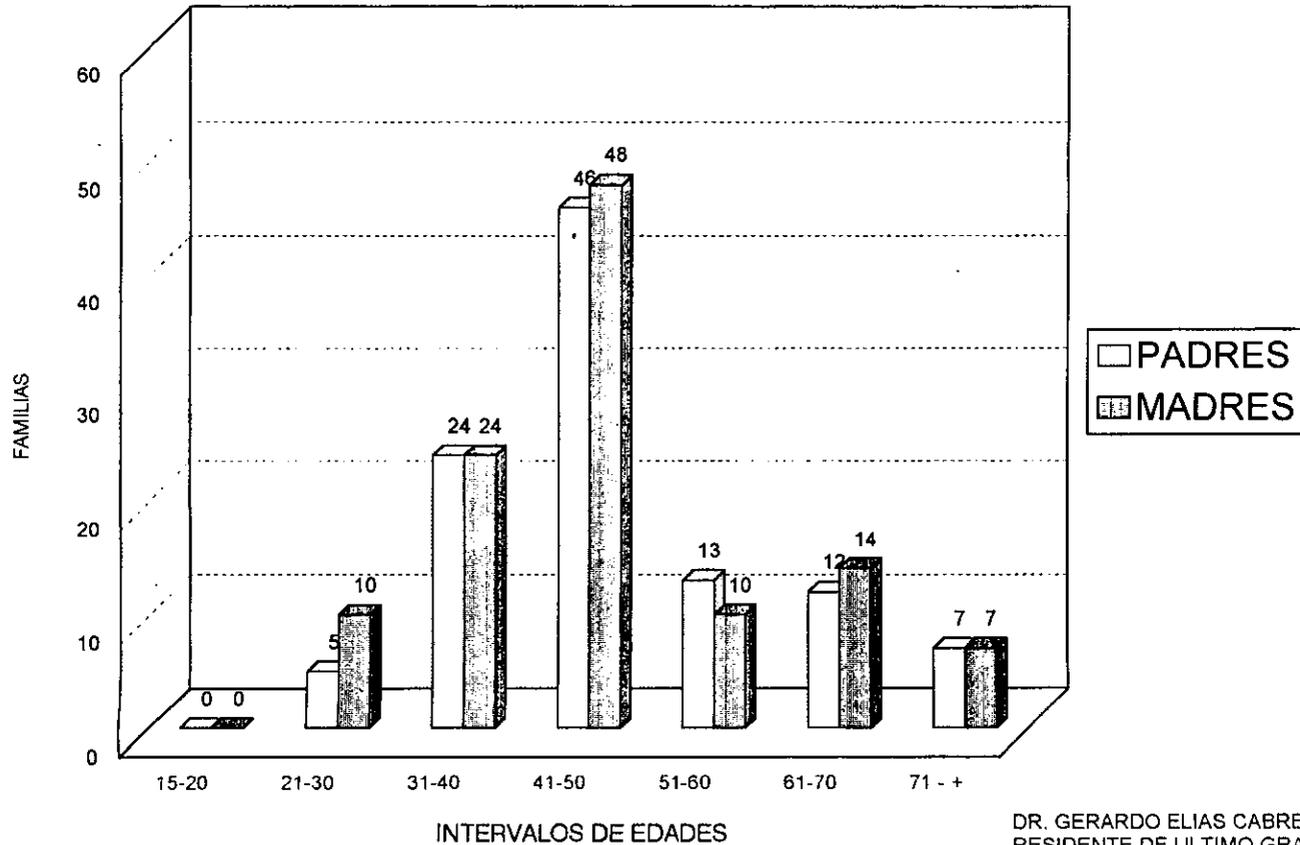


GRAFICO 6.

INTERVALO DE EDADES DE HIJOS
(ENTREVISTA A 220 FAMILIAS)

EDADES	NUMERO DE HIJOS	PORCENTAJE
0 A 10 Años	293	32.96 %
11 a 19 Años	327	45.10 %
20 a + Años	159	21.93 %
TOTAL	725	100 %

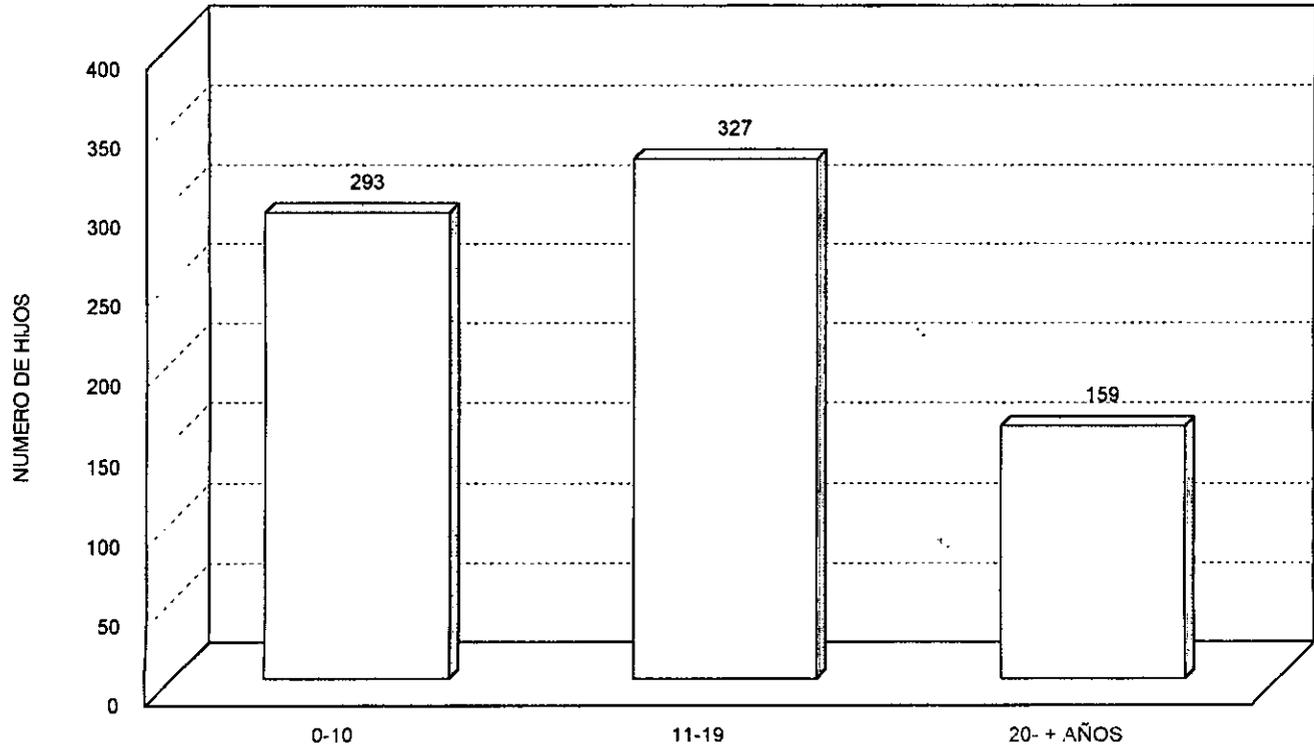
FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

INTERVALO DE EDADES DE HIJOS

(ENTREVISTA A 220 FAMILIAS)



INTERVALOS DE EDADES

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO 7.

NUMERO TOTAL DE HIJOS POR FAMILIA

(ENTREVISTA A 220 FAMILIAS)

NUMERO DE HIJOS	NUMERO DE FAMILIAS	% FAMILIAS
0 a 3	120	55
4 a 6	62	28
7 a 9	30	14
10 a 12	8	3

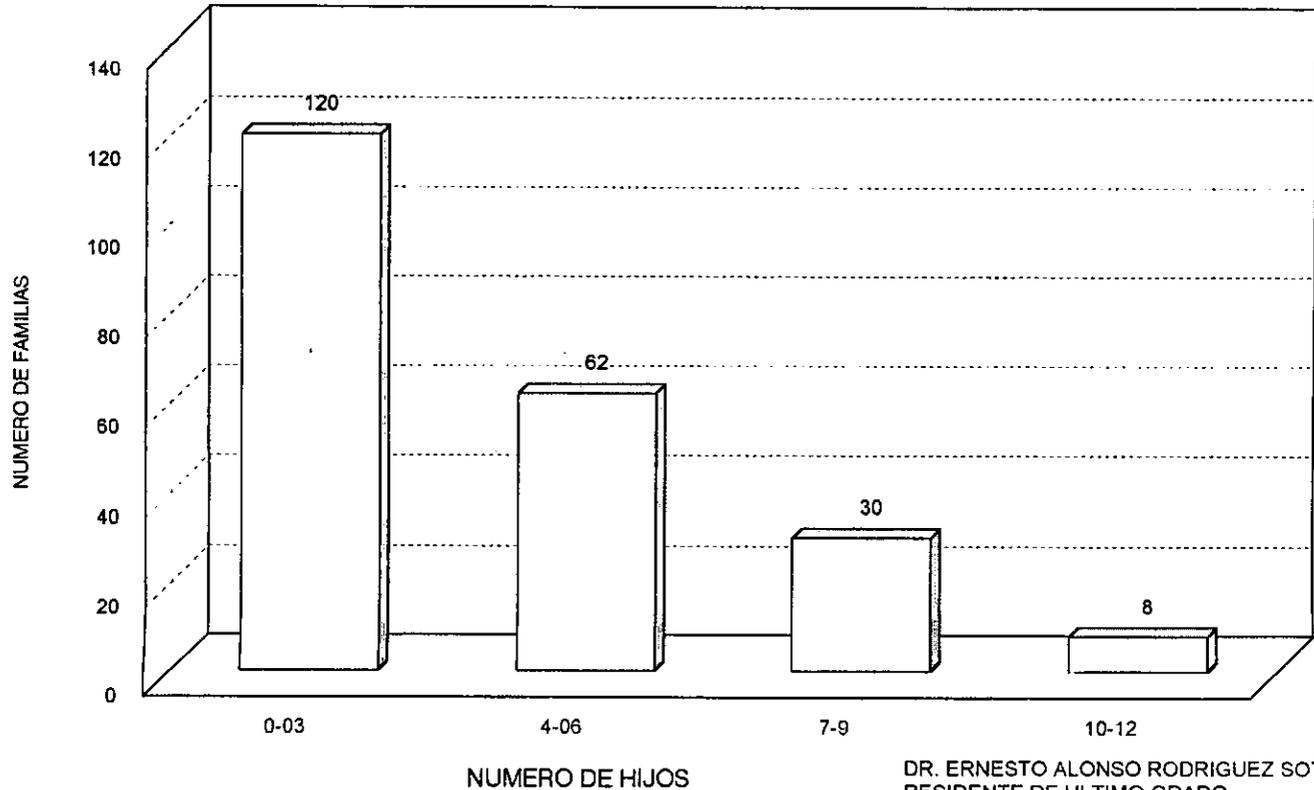
FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

NUMERO TOTAL DE HIJOS POR FAMILIA

(ENTREVISTA A 220 FAMILIAS)



DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO 8

EL GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.

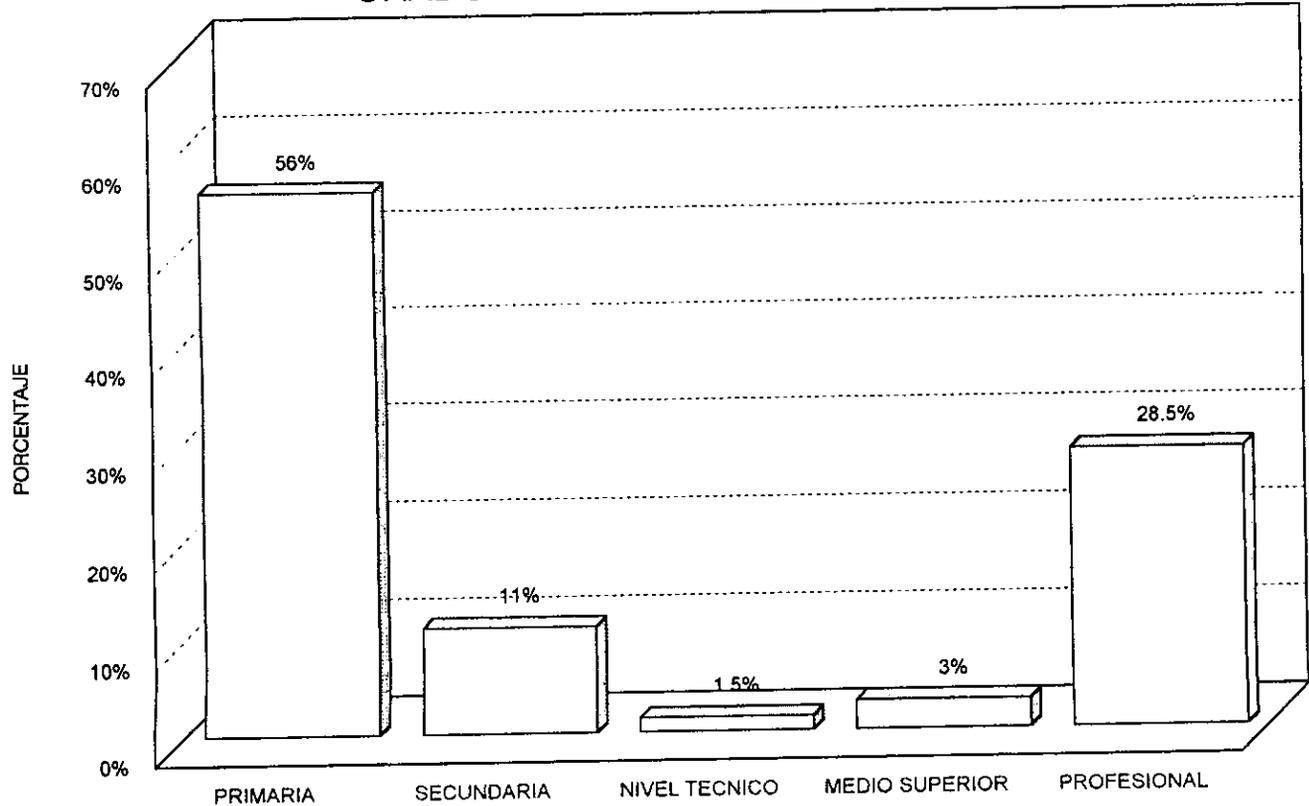
ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	51%
SECUNDARIA	10%
NIVEL TÉCNICO	7%
MEDIO SUPERIOR	22%
PROFESIONAL	10%

FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES



FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO 9.

EL GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES.

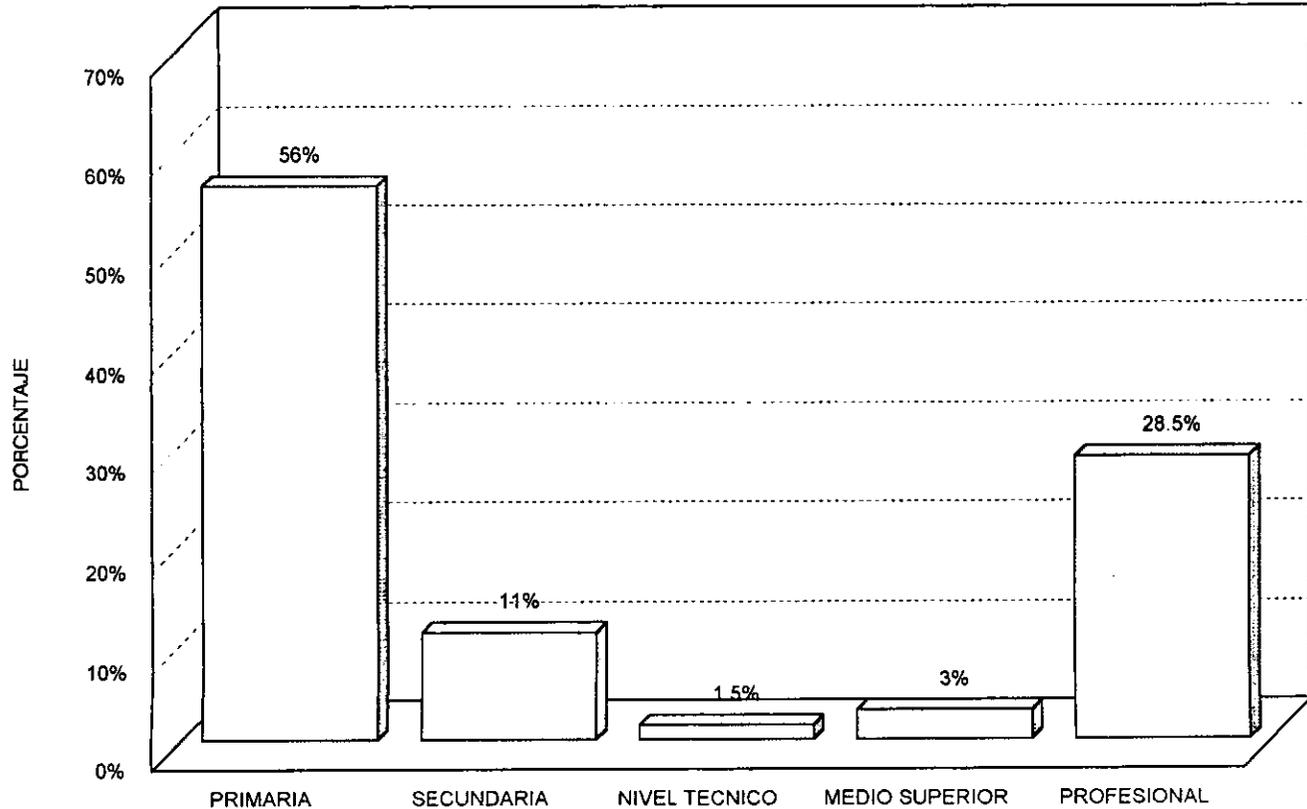
ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	56 %
SECUNDARIA	11 %
NIVEL TÉCNICO	1.5 %
MEDIO SUPERIOR	3 %
PROFESIONAL	28.5 %

FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR.

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES



FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO 10

INGRESO ECONÓMICO

NUMERO DE SALARIOS MÍNIMOS	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
- 1	40	18
1 - 2	163	74
3 - +	17	8

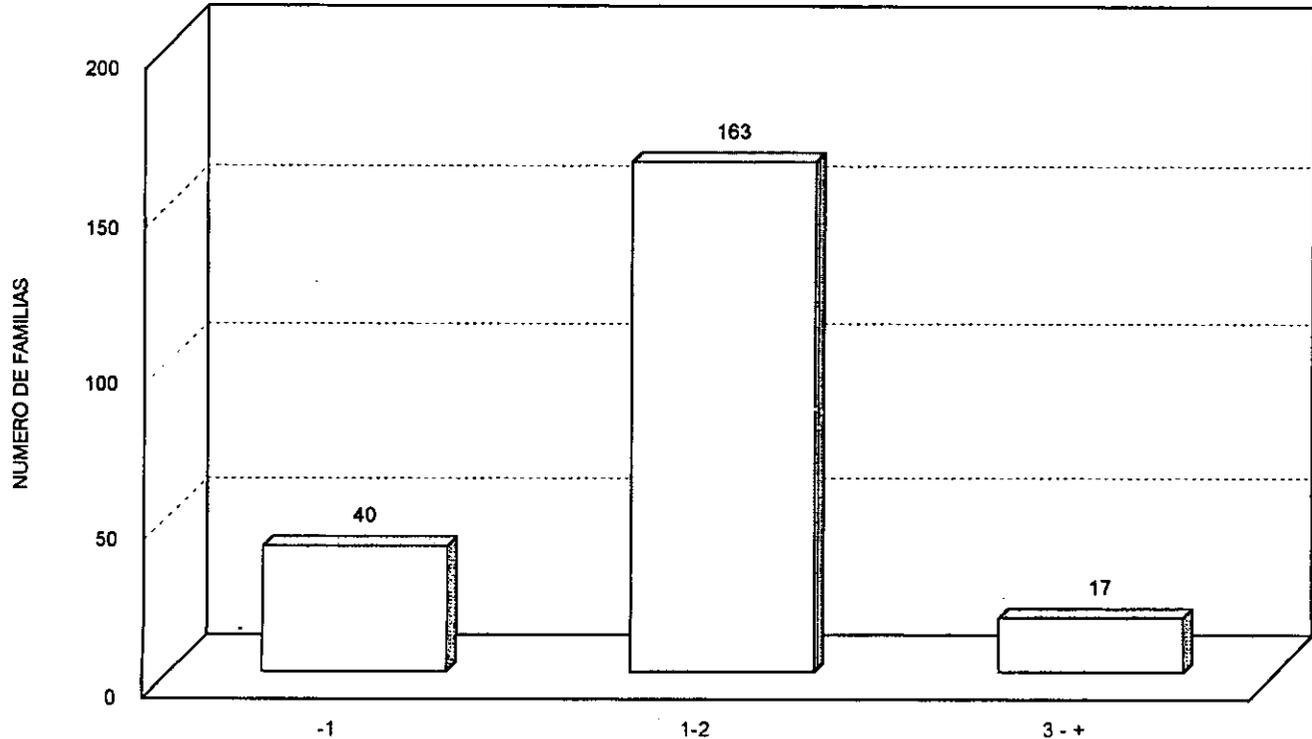
FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

INGRESO ECONOMICO

(ENTREVISTA A 220 FAMILIAS)



NUMERO DE SALARIOS MINIMOS

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO 11.

OCUPACIÓN DEL PADRE

OCUPACIÓN	PORCENTAJE FAMILIAS
INTENDENTE	3 %
PROFESIONISTAS	10 %
BURÓCRATA	20 %
OBRERO	18 %
COMERCIANTE	16 %
CHOFER	3 %
TÉCNICO	7 %
AGRICULTOR	9 %
MECÁNICO	10 %
POLICÍA	4 %

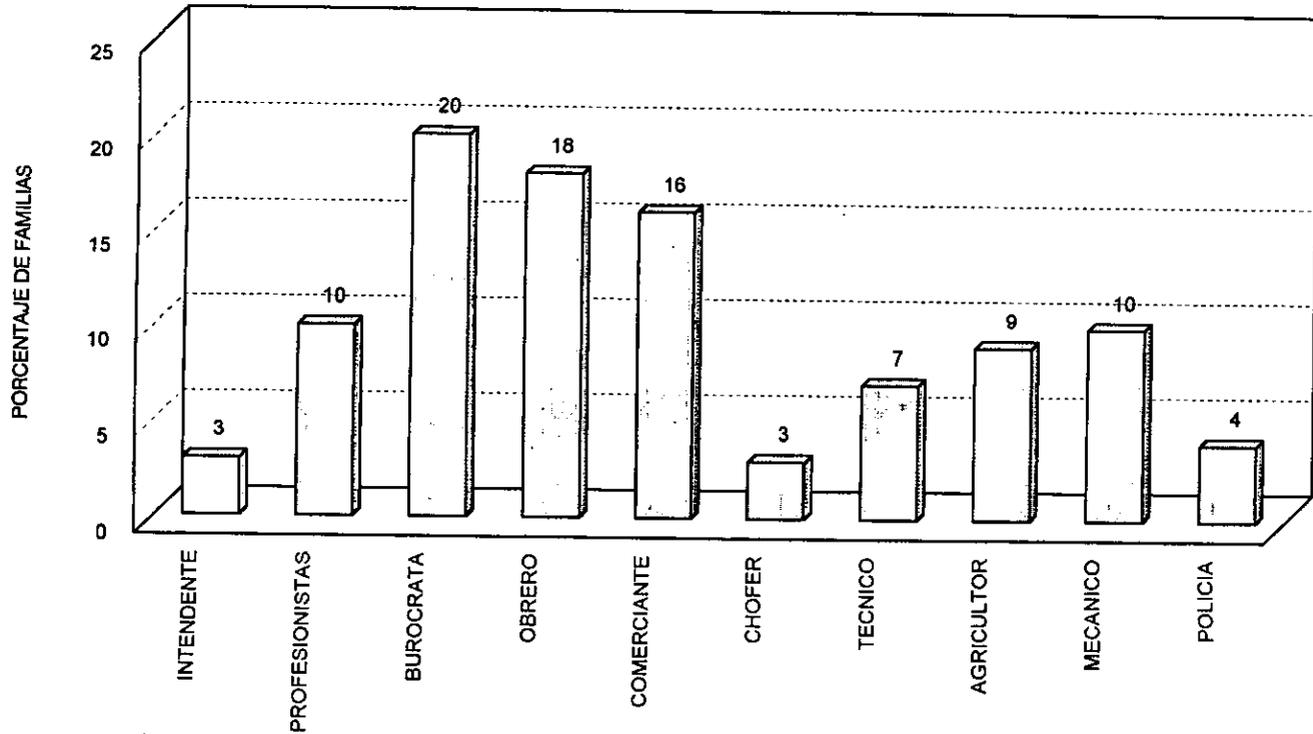
FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

OCUPACION DEL PADRE

(ENTREVISTA A 220 FAMILIAS)



OCUPACION

DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO 12.

OCUPACIÓN DE LA MADRE

OCUPACIÓN	PORCENTAJE FAMILIAS
COMERCIANTE	5 %
PREFECTURA	1 %
COCINERA	1 %
MAESTRA	16 %
CAPTURISTA DE DATOS	0.5 %
TRABAJADORA SOCIAL	1 %
INTENDENTE	3 %
HOGAR	60 %
MEDICO GENERAL	6 %
ENFERMERA	3.5 %
ODONTÓLOGA	2 %
INGENIERO CIVIL	1 %

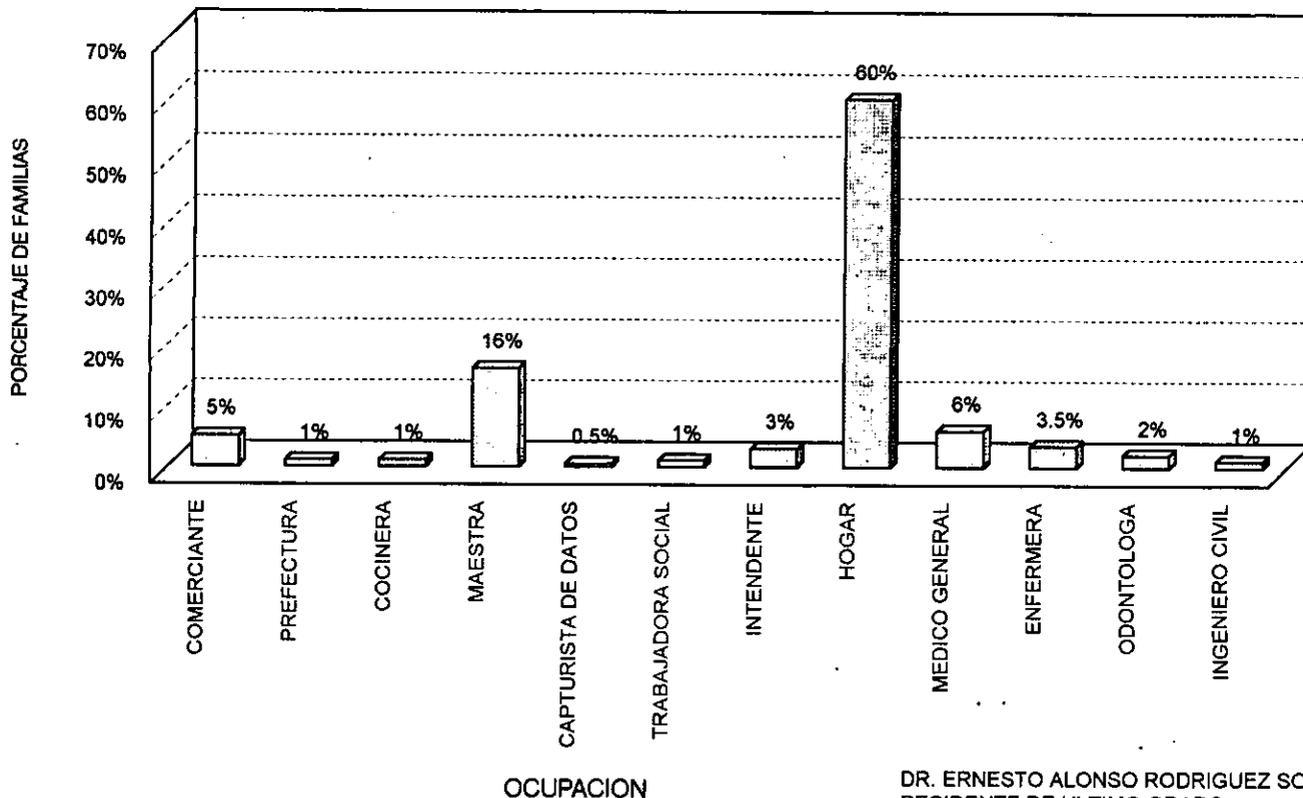
FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

OCUPACION DE LA MADRE

(ENTREVISTA A 220 FAMILIAS)



DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

EN BASE A SU DESARROLLO:

GRAFICO 13.

	PORCENTAJE
TRADICIONAL	64 %
MODERNA	36 %

POR SU DEMOGRAFÍA:

GRAFICO 14.

	CANTIDAD	PORCENTAJE
URBANA	150	68 %
SEMI-URBANA	26	12 %
RURAL	44	20 %

DE ACUERDO A SU TIPOLOGÍA:

GRAFICO 15.

TIPO DE FAMILIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
NUCLEAR	182	82.7 %
EXTENSA	38	17.3 %

FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

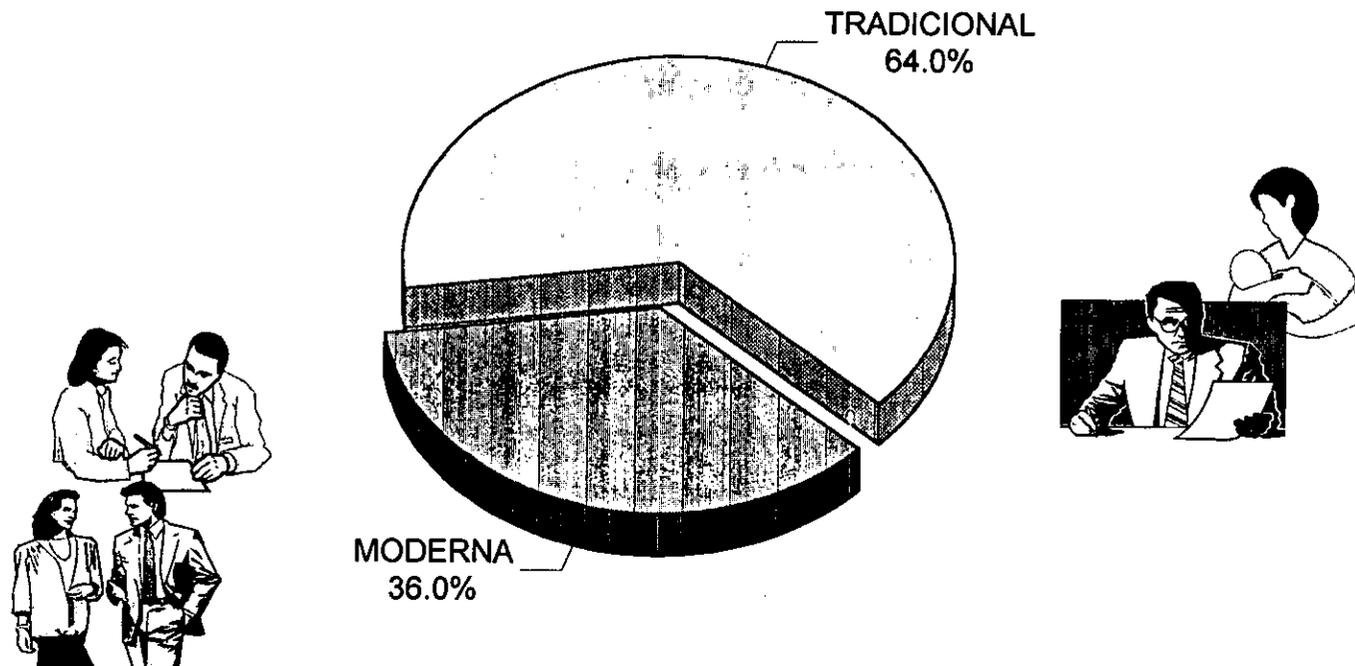
DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

GRAFICO No. 13 A.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

TIPO DE FAMILIA: DESARROLLO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 17

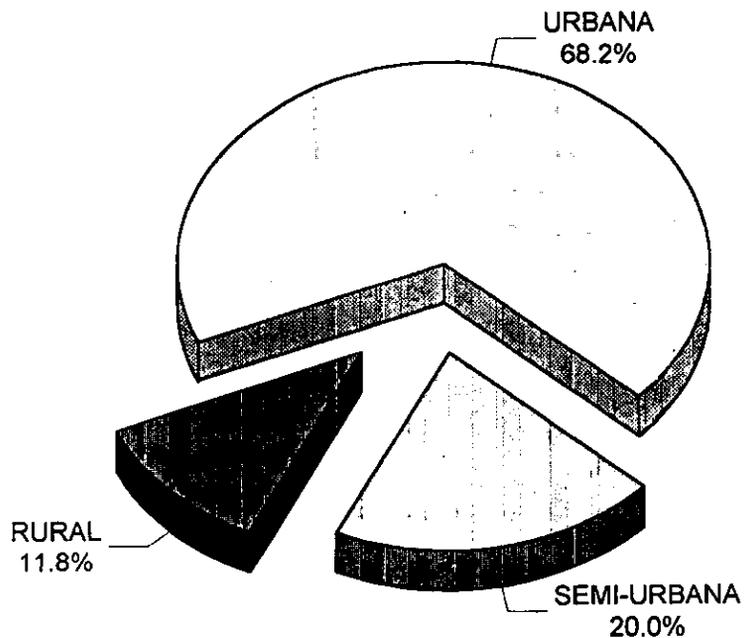


DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO.
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

GRAFICO No. 14 A.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

TIPO DE FAMILIA: DEMOGRAFIA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.17

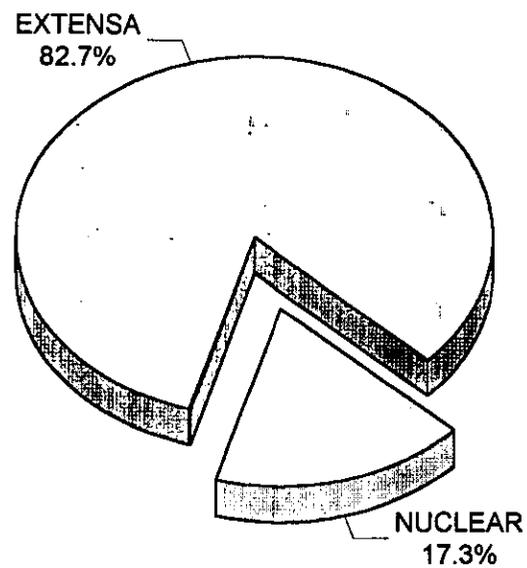
DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO.
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

TIPO DE FAMILIA: COMPOSICION

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 17



DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO.
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO 16.

LAS CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

EN BASE A SU CICLO VITAL FUE LA SIGUIENTE:

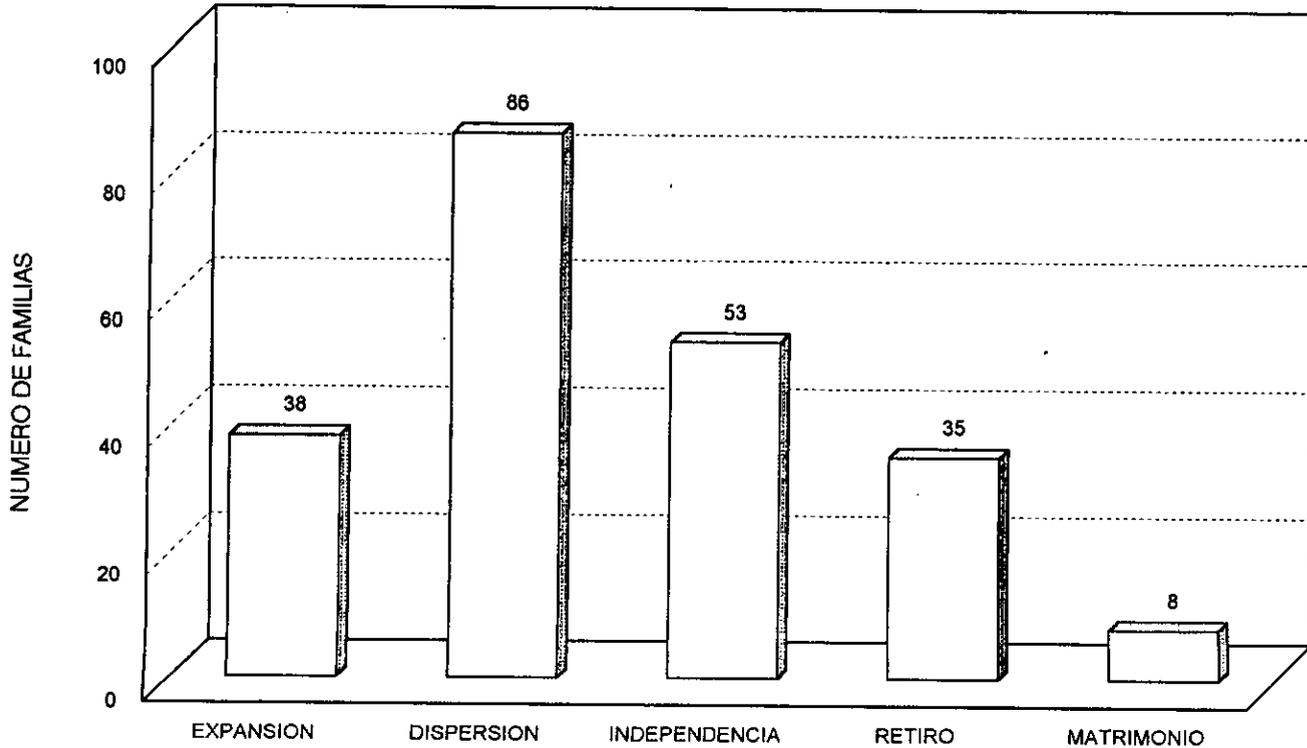
FASE	CANTIDAD	PORCENTAJE
MATRIMONIO	8	4 %
EXPANSIÓN	38	17 %
DISPERSIÓN	86	39 %
INDEPENDENCIA	53	24 %
DE RETIRO Y MUERTE	35	16 %

FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. ERNESTO ALONSO RODRÍGUEZ SOTO
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

ANALISIS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR
(ENTREVISTAS A 220 FAMILIAS)



DR. ERNESTO ALONSO RODRIGUEZ SOTO.
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

VIII. DISCUSIÓN

En base a las características biosociales tenemos en su mayoría una población joven con predominancia del sexo femenino esto inclusive un poco mayor en edad reproductiva; siendo esto en semejanza con estudio causal de 1990 y casi igual a estudios recientes en México (26-41) como causas de consulta mas frecuentes encontramos a las infecciones respiratorias agudas, las Parasitosis, gastritis, hipertensión arterial sistémica,; diabetes, mellitus, Cervicovaginitis, Infección de Vías Urinarias, Urosepris, dematosis, muy posiblemente lo anterior en respuesta al periodo de captación de la información, llamando la atención que la Hipertensión Arterial Sistémica y la Diabetes Mellitus se encuentran entre los primeros sitios de causalidad lo que podría reflejar detección y control de enfermedades crónico degenerativas y su aparición a mas temprana edad, coincidiendo con la morbilidad en enfermedades crónico degenerativas por ser la hipertensión arterial sistemática y la diabetes mellitus sus primeras causas indicando con esto una importante asistencia de pacientes adultos mayores confirmando la transición epidemiológica que esta ocurriendo en nuestro medio (26-38-41). Las características en lo respectivo a años de unión conyugal, edad de los padres, son similar en cuanto al grupo de edad obtenida en este ultimo rubro al censo de 1990 (26) el estado civil se encontró con resultados un poco diferente a lo publicado en el censo de 1990 (26) y semejante a resultados de estudio actuales obtenidos en México (41) al conocer las edades de los hijos y el numero total de hijos se visualiza un aumento de nucleares familiares pequeños en relación con censo de 1990 era de 4 hijos por familia (26-37).

El escaso ingreso económico de la familia en estudio tomando en cuenta que en su mayoría son tradicionales por este hecho se explica dándose esto mas en la llamada familia popular (1, 40, 46) observando lo contrario a los estudios recientes de México donde mencionan que por la crisis económica los hogares mexicanos (20) cuentan con ingresos de ambos cónyuges (26) parecido esto en la descrita en otro país (24) sobre la familia Dominicana.

Coincide demográficamente hablando el hecho que en su totalidad las familias en estudios tiendan a la urbanización; con la tendencia actual de que las comunidades van

hacia urbanizarse desplazando a los de tipo rural (24-44). Tendencia encontrada en otro estudio realizado en Nayarit (41) en cuanto a su composición mayoritariamente nuclear y a su forma de integración son datos similares a estudios realizados en México (26-41) donde se reportan familias nucleares 68.4%, extensas 25.1%, compuestas 1.1% (24-34).

Se confirma en el presente trabajo el efecto predominante en la clasificación de etapa de dispersión de las familias en estudio podría explicarse por una parte lo encontrado respecto a lo que la mujer se establece en mayor proporción de población y en intervalo de edad; reproductiva y muy posiblemente a el hecho de la existencia o acceso de las mismas a programas de planificación familiar (paridad satisfecha) que contribuyen a ella (10-20) señalando los periodos iniciales que viven actualmente la mayoría de las familias en México apeándose a los patrones socioculturales que considerablemente se adoptan en otros países (24-36-44) y en las zonas urbanas (26-41-42).

Compromiso del médico familiar al requerir del conocimiento de población y por principio, de una relación nominal por edad y sexo de la totalidad de su población donde además los médicos de familia se encuentran frecuentemente inmersos en el ambiente sociocultural de sus pacientes centrándose en la familia y otorgando servicios tanto preventivos como curativos. Argumentos que cobran mayor importancia cuando se trata de poblaciones inmersas en la pobreza; como en el caso de México en donde se acepta que aproximadamente el 72 % de la población se encuentra catalogada en las categorías de pobreza y pobreza extrema (21-22) y que al esforzarse por entender el entorno de las enfermedades mas frecuentes que ocurren en su población se compromete y compenetra más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades; ayudando a las familias a aceptar la corresponsabilidad de su bienestar (17-23-38-41).

IX. CONCLUSIONES

La población estudiada se observó que no varía mucho; más bien es similar a el tipo de predominancias de población en nuestro país en cuanto a sexo, edad reproductiva y porcentaje de población juvenil e infantil de ambos sexos.

Las familias encontradas predominantemente tradicionales con ocupación de tipo profesionista, obrera, agrícola-hogar en los padres y en su minoría nucleares con ocupación de los padres en su mayoría profesionistas, burócratas y en su mayor parte en fase de dispersión de su ciclo vital también semejante a lo reportado en otros estudios poblacionales en el país y otros países. Confirmando de esta manera la tendencia de las comunidades rurales hacia la urbanización y así mismo la de crecimiento poblacional.

Las causas de consulta encontrados fueron las habituales en cuanto a su predominancia en el primer nivel de salud, mismas que son perfectibles de atención y se encontró similitud en lo informado en otros estudios y estos mismos factibles de control en este primer nivel de atención de salud con apoyo en algunos casos del 2^{do}. nivel de salud de nuestro medio. Situación que vislumbra la importancia y necesaria labor a desarrollar en las unidades médico familiares; del médico familiar o del usualmente llamado médico de familia de "Cabecera".

En si el Modelo Sistemático de Atención familiar debe ser primordial para el médico de primer nivel de atención médica, dados los resultados al obtener una mejoría en la atención de la salud de los integrantes de las familias en estudio de una manera integral; así como anticiparse al riesgo con el conocimiento y seguimiento del ciclo vital familiar incidiendo primordialmente en la prevención, promoción y asistencia de la salud. Evitando la presencia de complicaciones y secuelas en menor grado de afectación a los integrantes de las familias que se atienden por el médico familiar. Fortaleciendo la base teórica para la práctica de la Medicina familiar.

Finalmente el modelo sistemático es de fácil aplicación y aceptación por las familias estudiadas. Al comparar los resultados de este estudio encontramos que las características de estructura familiar no difieren en mucho a lo establecido en otros estudios; considero que al incentivar la continuación de este tipo de estudios con muestras mas numerosas que evidencien claramente las diferencias o similitudes observadas, no desmereciendo este trabajo y si de esta manera poder llegar a resultados que permitan generalizar estas y otras observaciones. Y que la evaluación y el manejo holístico del paciente por parte del Medico Familiar justifica la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar para identificar a la población usuaria y jerarquizar los problemas de salud y así mismo tener prioridades a desarrollar. Lo que permite organizar; proyectar; planear mas efectivas y mejores acciones en beneficio de la población en general y la propia existente de una unidad medica familiar. Apoyándose además con el desarrollo de proyectos de investigación sobre fenómenos y efectos sobre la salud; de indicadores (variables) como distribución del ingreso y calidad de vida actualizada como algunos desarrollados a partir de la profunda crisis económica de 1994, que limito los avances conseguidos en estos rubros a niveles equiparables a los años sesenta. Para sustentar mas firmemente la situación de afectabilidad biosocial de una población en estudio.

X. BIBLIOGRAFIA.

1. Andraco=Oyarzun, I. González López B. Salas Aliaga M.I. Características de la Estructura Familiar de escolares con antecedentes de Desnutrición Grave y Precoz que presentan actualmente diferente nivel intelectual, Santiago, Chile Archivos Latinoamericanos de Nutrición Vol. XLI 1991; 2:171-180.
2. Bertalanffy V.L. Teoría General de Sistemas. México, Editorial fondo de Cultura Económica 1987.
3. Boletín Medico Familiar: Facultad de Medicina Departamento de Medicina Familiar U.N.A.M. México 1996 No. 8.
4. Bustos LG. El pediatra en atención primaria y las actividades preventivas. Atención Primaria 1993; 12: 183-184.
5. Ceitlin J. ¿Qué es la medicina familiar? Capitulo. 1, FEFAPEM / KELLOGG. 1982.
6. Chávez A. Victor La atención integral en medicina familiar. Medicina Familiar REV MED IMSS(MEX) 1995;33(167-171)
7. Chávez Aguilar H., Rosiles Baeza M., La relación médico - paciente con enfoque comunicacional. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1994; 32: 179-182.
8. Chávez Aguilar H., El medico familiar en la atención primaria a la salud. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1995; 33: 173-176.
9. Chávez Aguilar., García Mangos JA. La atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS. (Méx.) 1995; 33: 167 - 171.
10. Delgado A. López-Fernández L. La Participación Comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria 1992; 9:457-459.
11. Estebanell-Arnal JA et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas Aten. Primaria 1992; 10: 539-542.
12. Engels, I. : "El origen de la familia , " La propiedad privada y el estado", Edición Especial. Pág. 8.
13. Fry J. La contribución de la Investigación al Mejoramiento de la Practica familiar. En: Medalie JH Medicina Familiar Principios y Practicas . México Editorial Limusa 1987.
14. Gil VF et. al. Medicina en Atención Primaria (Asignatura Optativa de Pregado en la Universidad de Alicante): dos años de experiencia. Atención Primaria 1993; 12:48-50.
15. Gómez I. Desarrollo Profesional del Medico Familiar un Punto de Vista. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1994; 32: 45-46.
16. Gómez - Clavelina FJ. Irigoyen, Coria. La medicina familiar y la investigación: una perspectiva integradora. En: Irigoyen CA y Cols. Fundamentos de medicina familiar. México: Ed. Medicina Familiar Mexicana, 1996: 143-149.
17. Irigoyen-Coria, Gómez-Clavelina, Jaime-Alarid, Hernández-Ramírez, Farfán-Salazar, Fernández-Ortega, Mazón-Ramírez. Fundamentos de Medicina Familiar. México. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1995.
18. Irigoyen-Coria, A. Gómez-Clavelina, F. Hernández-Ramírez C. Farfán-Salazar G. Diagnostico Familiar México. De. Medicina Familiar Mexicana 1994.
19. Irigoyen-Coria, A. Gómez-Clavelina, FJ. El modelo sistemático de atención medica familiar: ¿Piedra de roseta para la medicina familiar? Archivos en medicina familiar. México Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2: 5 - 6.

20. Irigoyen - Coria, A. Romero Vázquez R. Medina, Nava M. Clasificación de familias, prioridad a IMSS (Méx.) 1991; 29: 365 – 368.
21. Irigoyen-Coria A, Gómez - Clavelina F J, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas R. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. Arch. Med. Fam. 1999; 1(1):27-34.
22. Irigoyen-Coria A, Gómez - Clavelina F J, Ponce-Rosas R. Terán-Trillo M, Fernández - Ortega M A. Fundamentos Teóricos del Índice Simplificado de Marginación Familiar. Arch. Med. Fam. 1999; 1(3):89-95.
23. 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.
24. Kasse Acta E. Aspectos Socioculturales de la Estructura de la Familia Y el Niño en Comunidades Urbanas de Países Subdesarrollados. La Familia Dominicana. Archivos Dominicanos de Pediatría Vol. 17: 1981:3:201-213.
25. Kening R. La Familia en Nuestro Tiempo. España: Siglo XXI, Editores, 1981 83-91.
26. López, B. Maria. El perfil censal de los hogares y las familias en México, INEGI SSA UNAM. Dic/1994. México.
27. Lozano Asencio R. Frank Mora J., González Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores. México 1994. Salud Publica de México 1996, 38: 419 – 429.
28. Mc. Whinney I. Medicina de Familia Ira. De. En español, España: DOYMA LIBROS S.A. 1995. 61-73 Y 101-128.
29. Martín A. Brotons C. Ciurina R et al. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. En: Martín Zurro A. Cano Pérez JF, eds. manual de atención primaria. 2ª de. Barcelona, Doyma, 1989:661-675.
30. Mazon Ramírez j., Irigoyen Coria A., Gómez Clavelina F., Landgiave Ibáñez S. La investigación en Medicina Familiar: Limitaciones y Alternativas, Rev. Med. IMSS (Méx.) 1993, 33: 223-226.
31. Mc. Whinney I. General practice as an academic discipline. Reflections after a visit to the United States. Lancet. 1996;1:419-423.
32. Mc. Whinney I. An Introduction Family Medicine. Oxford University Press 1980.
33. Mc. Whinney I. An Introduction Family Medicine. Oxford University Press 1981.
34. OMS Ottawa Charter ForHealth Promotion.An International conference On health, Promotion Ottawa, 1986.
35. Ortiz M. Y Cols Devenir de la salud publica en México durante el siglo XX. Instituto Nacional de Salud Publica México 2000. 124-133.
36. Ponce, Rosas ER., Gómez – Clavelina FJ. Irigoyen Coria A, y Cols. Perfil de la estructura familiar mexicana, 1998; 1: 67 – 72.
37. Ponce, Rosas ER., Gómez – Irigoyen – Coria A. Gómez Clavelina FJ., Terán, Trillo M, Palomeño – Garibay L. Confiabilidad del índice simplificado de marginación familiar mexicana; 1999: 99 – 103.
38. Rodríguez Morúa P. et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria. 1994; 13:39-41.
39. Rodríguez S. E. Estudio Situacional Unidad de Medicina Familiar No. 17 ISSSTE 1995; 10 -14.
40. Rodríguez D. La familia como sistema social. En ¿Crisis en la familia? Cuadernos de Instituto de sociología, Universidad Católica, 1983.

41. Santiago Iglesias H, Lomeli-Guerrero LE. Diagnostico de Salud Y Estructura Familiar a través de Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar Ed. México:Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2000; 2(1):11-16.
42. Saucedo G. Juan. Lineamientos para evaluar la vida en familia REV MED IMSS (MEX) 1995;33:249-256.
43. Satir V Psicoterapia familiar conjunta. México, D.F. Editorial Prensa Médica Mexicana, 1986 86-8.
44. Thomas Kane. World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau Inc; Washington, D.C., 1979.
45. White KL, Williams TL, Greenberg Bg. The ecology of medical care. N. Engl JMed 1961;265:885-892.
46. Yáñez C. La Familia Urbana marginal. Documento de Trabajo. Chile, CIDE, 1977.

ANEXOS.

Entrevista de reconocimiento familiar.

Hoja de informe diario de labores del médico (SM-10-1)

ANEXO I.

ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

FAMILIA _____ EDO. CIVIL. Casados ()

CEDULA _____ Unión Libre ()

Años de Unión Conyugal: _____.

Nombre del entrevistado _____.

Edad _____ Sexo M F Escolaridad _____.

Domicilio: _____.

Edad del padre: _____ Edad de la Madre: _____.

Numero de hijos (hasta de 10 años de edad) _____

Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad) _____

Numero de hijos (de 20 o mas años de edad) _____

TIPO DE FAMILIA: Marque con una equis (x).

DESARROLLO:	Moderna ()	DEMOGRAFICA	Urbana ()
	Tradicional ()		Semiurbana ()

COMPOSICIÓN:	Nuclear ()	INTEGRACIÓN	Integrada ()
	Extensa ()		Semi-Integrada ()
	Compuesta ()		Desintegrada ()

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:

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

Ocupación de los padres de familia: _____.

Ingresos mensuales aproximados:	- de 1 salario mínimo ()
	de 1 a 2 salarios mínimos ()
	3 o mas salarios mínimos ()

OBSERVACIONES: _____

ANEXO II.

HOJAS DE RECOLECCION DE DATOS

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA		
1	DELGADO BETANCURT	NUCLEAR	URBANA		
2	MARTINEZ AGUIRRE	NUCLEAR		SEMIURBANA	
3	MADRIGAL VALDEZ	EXTENSA			RURAL
4	CASTELLON GARCIA	NUCLEAR	URBANA		
5	BARRIOS ORTEGA	EXTENSA	URBANA		
6	AVILA RAMIREZ	EXTENSA	URBANA		
7	LOPEZ MARTINEZ	EXTENSA	URBANA		
8	SANCHEZ OJEDA	NUCLEAR	URBANA		
9	TORRES PAREDES	NUCLEAR	URBANA		
10	ROMERO LOPEZ	NUCLEAR	URBANA		
11	SANTOS PONCE	NUCLEAR		SEMIURBANA	
12	TORRES ANDRADE	NUCLEAR		SEMIURBANA	
13	URIBE CHAVEZ	EXTENSA			RURAL
14	VIRGEN VALADEZ	NUCLEAR		SEMIURBANA	
15	WOO HERNANDEZ	NUCLEAR		SEMIURBANA	
16	ZAMORA NAVARRO	NUCLEAR		SEMIURBANA	
17	DIAZ MEDINA	NUCLEAR			RURAL
18	CEJA CALDERON	NUCLEAR			RURAL
19	DUARTE HERNANDEZ	NUCLEAR		SEMIURBANA	
20	DURAN PEREZ	EXTENSA		SEMIURBANA	
21	AYALA JIMENEZ	NUCLEAR	URBANA		

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA		
22	ESTRADA BECERRA	NUCLEAR	URBANA		
23	FLORES MENDOZA	EXTENSA			RURAL
24	GARCIA MADRIGAL	EXTENSA		SEMIURBANA	
25	GUTIERREZ MONTES	NUCLEAR	URBANA		
26	HIDALGO LOPEZ	EXTENSA	URBANA		
27	IBARRA BUENROSTRO	NUCLEAR	URBANA		
28	JASSO LOERA	NUCLEAR			RURAL
29	LOERA APOLINAR	NUCLEAR	URBANA		
30	MARTINEZ HERRERA	NUCLEAR		SEMIURBANA	
31	NAVARRO LOPEZ	NUCLEAR			RURAL
32	CARRILLO AVILA	NUCLEAR		SEMIURBANA	
33	ARELLANO SUAREZ	NUCLEAR	URBANA		
34	ACEVEDO GODINEZ	NUCLEAR			RURAL
35	BELTRAN MALDONADO	NUCLEAR	URBANA		
36	BETANCURT LIZARRAGA	NUCLEAR	URBANA		
37	CASTAÑEDA PEREZ	EXTENSA	URBANA		
38	CARDENAS CASTELLANOS	NUCLEAR		SEMIURBANA	
39	NORIEGA RODRIGUEZ	NUCLEAR		SEMIURBANA	
40	ESPINOZA LOPEZ	NUCLEAR	URBANA		
41	AGUILA ELIAS	NUCLEAR		SEMIURBANA	
42	LANGARICA CURIEL	NUCLEAR		SEMIURBANA	
43	SANDOVAL ORTIZ	NUCLEAR	URBANA		
44	ULLOA PUGA	NUCLEAR			RURAL
45	VILLALVAZO DIAZ	NUCLEAR			RURAL
46	ZEPEDA GUZMAN	NUCLEAR			RURAL
47	MEDINA CEJA	NUCLEAR			RURAL
48	LOPEZ MUÑOZ	NUCLEAR	URBANA		
49	IBARRA LEAL	EXTENSA	URBANA		
50	ISIORDIA GONZALEZ	EXTENSA			RURAL

ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA	
51	GARCIA OROSCO	EXTENSA		SEMIURBANA
52	RAMIREZ VIERA	EXTENSA		SEMIURBANA
53	AVILA BECERRA	EXTENSA		RURAL
54	ARANDA CISNEROS	EXTENSA		RURAL
55	BELTRAN MALDONADO	NUCLEAR		RURAL
56	BONILLA PRECIADO	NUCLEAR		RURAL
57	BERNAL TOPETE	NUCLEAR	URBANA	
58	GONZALEZ SANTOS	NUCLEAR		RURAL
59	MADERA GONZALEZ	NUCLEAR		SEMIURBANA
60	ANTUNA MARQUEZ	NUCLEAR		SEMIURBANA
61	ESPINOZA LOERA	NUCLEAR		RURAL
62	HERNANDEZ GUZMAN	NUCLEAR		SEMIURBANA
63	QUINTERO GONZALEZ	NUCLEAR		SEMIURBANA
64	SATARIN VIERA	EXTENSA	URBANA	
65	ZUÑIGA GONZALEZ	NUCLEAR	URBANA	
66	ZARAGOZA LLANOS	NUCLEAR	URBANA	
67	NUÑEZ DELGADO	EXTENSA	URBANA	
68	VILLELA ACEVEZ	NUCLEAR	URBANA	
69	GONZALEZ ALBA	EXTENSA	URBANA	
70	ARCE GARCIA	EXTENSA	URBANA	
71	ESTRADA VALDIVIA	EXTENSA	URBANA	
72	MEZA AGUILAR	NUCLEAR	URBANA	
73	DIAZ DEL REAL	NUCLEAR	URBANA	
74	DELGADO PATIÑO	NUCLEAR	URBANA	
75	NARANJO GONZALEZ	NUCLEAR	URBANA	
76	ZARAGOZA CARRILLO	NUCLEAR	URBANA	
77	ANGUIANO AGUINO	NUCLEAR	URBANA	
78	ESTRADA RAMOS	NUCLEAR		SEMIURBANA

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA	
79	LEMUS SANCHEZ	NUCLEAR		RURAL
80	LIZARRAGA RAMOS	NUCLEAR	URBANA	
81	RAMOS FRANCO	NUCLEAR	URBANA	
82	ESPIRICUETA AHUMADA	NUCLEAR	URBANA	
83	ESCOBEDO ROSAS	NUCLEAR	URBANA	
84	HERNANDEZ TIZNADO	EXTENSA	URBANA	
85	QUINTERO GONZALEZ	NUCLEAR	URBANA	
86	ULLOA VARGAS	NUCLEAR	URBANA	
87	VALENZUELA SANCHEZ	EXTENSA	URBANA	
88	ESCOBEDO JARA	NUCLEAR	URBANA	
89	ESTRADA PEÑA	NUCLEAR	URBANA	
90	ARCE BURGUEÑO	NUCLEAR		RURAL
91	AYALA GARCIA	NUCLEAR	SEMIURBANA	
92	ESTRADA GALLEGOS	NUCLEAR		RURAL
93	CALVILLO SANCHEZ	EXTENSA	URBANA	
94	DE ALBA FLORES	EXTENSA		RURAL
95	DELGADO AVALOS	NUCLEAR		RURAL
96	LOZANO CHAVEZ	NUCLEAR	URBANA	
97	PEREZ BECERRA	NUCLEAR	URBANA	
98	HUITRON CASTAÑEDA	NUCLEAR	URBANA	
99	BARRIOS GUERRERO	NUCLEAR	URBANA	
100	AGRAZ TRIGUEROS	NUCLEAR	URBANA	
101	FIGUEROA CASILLAS	NUCLEAR	URBANA	
102	ESTRADA HERMOSILLO	NUCLEAR	URBANA	
103	LANDEY CRESPO	NUCLEAR		RURAL
104	GARCIA RAMIREZ	NUCLEAR	URBANA	
105	ESTRADA GALINDO	EXTENSA	URBANA	
106	ISSAC HERNANDEZ	NUCLEAR	URBANA	
107	MARTINEZ CAMBERO	NUCLEAR	URBANA	

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA	DEMOGRAFIA
108	MADERA ROSALES	NUCLEAR	URBANA	
109	OLEA RUIZ	NUCLEAR	URBANA	
110	OLGUIN IBARRA	NUCLEAR	URBANA	
111	ULLOA OCEGUEDA	NUCLEAR	URBANA	
112	HONDAL RAMOS	EXTENSA	URBANA	
113	AYÓN SOTO	NUCLEAR	URBANA	
114	CASIMIRO CUEVAS	EXTENSA		SEMIURBANA
115	GALVAN SANDOVAL	NUCLEAR		
116	AMESCUA RUIZ	NUCLEAR	URBANA	RURAL
117	JIMENEZ ROMERO	NUCLEAR	URBANA	
118	GAMBOA SERRANO	NUCLEAR	URBANA	
119	NAVARRO CONTRERAS	NUCLEAR		RURAL
120	VALLARTA COSIO	NUCLEAR	URBANA	
121	PATRON GONZALEZ	NUCLEAR	URBANA	
122	BLANCO GONZALEZ	NUCLEAR	URBANA	
123	ALMEJO CASTRO	NUCLEAR	URBANA	
124	CERVANTEZ VERA	NUCLEAR	URBANA	
125	HERNANDEZ OROPEZA	NUCLEAR	URBANA	
126	RIVAS MARTINEZ	NUCLEAR	URBANA	
127	JIMENEZ AMAYA	NUCLEAR	URBANA	
128	VILLELA BETANCURT	NUCLEAR	URBANA	
129	GUEVARA OSUNA	NUCLEAR	URBANA	
130	BECERRA ANGELES	NUCLEAR	URBANA	
131	GOMEZ VELAZQUEZ	NUCLEAR	URBANA	
132	REYES GUZMAN	NUCLEAR		SEMIURBANA
133	ZAMUDIO SILVA	NUCLEAR	URBANA	
134	DOMINGUEZ HERNANDEZ	NUCLEAR		RURAL
135	DUARTE HERNANDEZ	NUCLEAR	URBANA	
136	IBARRA ALAMOS	NUCLEAR		RURAL

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA	DEMOGRAFIA
137	BUGARIN QUINTANILLA	NUCLEAR		
138	FRIAS BAÑUELOS	NUCLEAR	URBANA	RURAL
139	FERNANDEZ DE LEON	NUCLEAR	URBANA	
140	SANCHEZ DAVILA	NUCLEAR	URBANA	
141	ZEPEDA GUZMAN	NUCLEAR		SEMIURBANA
142	LANGARICA CURIEL	NUCLEAR		
143	BLANCO GONZALEZ	NUCLEAR	URBANA	RURAL
144	ALDAS AGUILAR	NUCLEAR	URBANA	
145	GUERRERO CEJA	NUCLEAR	URBANA	
146	ESCOBEDO ROSAS	NUCLEAR	URBANA	
147	DIAZ RUIZ	NUCLEAR		RURAL
148	GONZALEZ ORNELAS	NUCLEAR	URBANA	
149	MACARENA PONCE	NUCLEAR		RURAL
150	DELGADILLO ARREDONDO	NUCLEAR	URBANA	
151	FELIX RIOS	EXTENSA	URBANA	
152	LLAMAS LUNA	NUCLEAR		RURAL
153	OSUNA CIENFUEGOS	NUCLEAR	URBANA	
154	SANCHEZ ROMANO	NUCLEAR	URBANA	
155	ZATARIN MEJIA	NUCLEAR		SEMIURBANA
156	CHAN CALVILLO	NUCLEAR	URBANA	
157	HERRERA GONZALEZ	NUCLEAR	URBANA	
158	ACOSTA CARVAGAL	NUCLEAR	URBANA	
159	GARCIA ROSAS	NUCLEAR	URBANA	
160	NAVIDAD ROSALES	NUCLEAR	URBANA	
161	RAMIREZ ALTAMIRANO	NUCLEAR	URBANA	
162	ALVAREZ AHUMADA	EXTENSA	URBANA	
163	GALLARDO AGUILAR	NUCLEAR		RURAL
164	SANTANA PACHECO	NUCLEAR	URBANA	
165	SERRANO SALAS	EXTENSA	URBANA	

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA	DEMOGRAFIA
166	BERNAL ISIORDIA	NUCLEAR		RURAL
167	BAUTISTA CASTRO	NUCLEAR	URBANA	
168	GUERRERO OLVERA	EXTENSA	URBANA	
169	GONZALEZ CHAIDEZ	NUCLEAR	URBANA	
170	NIEVES PARRA	NUCLEAR	URBANA	
171	NORIEGA RODRIGUEZ	NUCLEAR	URBANA	
172	ARAIZA ORTIZ	NUCLEAR	URBANA	
173	ULLOA VARGAS	EXTENSA	URBANA	
174	URZUA FRANCO	NUCLEAR	URBANA	
175	ZUÑIGA LUNA	NUCLEAR	URBANA	
176	GOMEZ MELENDRES	NUCLEAR	URBANA	
177	NUÑEZ CASTAÑEDA	NUCLEAR	URBANA	
178	HERNANDEZ BRECEDA	NUCLEAR	URBANA	
179	GARCIA THOME	NUCLEAR	URBANA	
180	ESTRADA BARRIOS	NUCLEAR	URBANA	
181	DE HARO CASILLAS	NUCLEAR	URBANA	
182	ALCANTAR PACHECO	NUCLEAR	URBANA	
183	HERNANDEZ HINOJOSA	NUCLEAR		RURAL
184	MACIAS AQUINO	NUCLEAR	URBANA	
185	LOERA APOLINAR	NUCLEAR	URBANA	
186	JARA RIVERA	NUCLEAR	URBANA	
187	ISQUIERDO SALVADOR	NUCLEAR	URBANA	
188	NAVARRETE CARVAJAL	NUCLEAR	URBANA	
189	QUINTERO MIRAMONTES	NUCLEAR	URBANA	
190	SANDOVAL HUIZAR	NUCLEAR	URBANA	
191	TOVAR RUVALCABA	NUCLEAR		RURAL
192	ZUÑIGA OLIVO	NUCLEAR	URBANA	
193	AGRAZ BUGARIN	NUCLEAR	URBANA	
194	GODOY ROMAN	NUCLEAR	URBANA	

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA
195	JAIME CARDENAS	EXTENSA	URBANA
196	NARVAEZ LEDEZMA	EXTENSA	URBANA
197	SEGURA MOCTEZUMA	NUCLEAR	URBANA
198	ZAVALA RODRIGUEZ	NUCLEAR	URBANA
199	VIRGEN JESUS	EXTENSA	URBANA
200	MONROY MONTERO	NUCLEAR	URBANA
201	ELIAS FIGUEROA	EXTENSA	URBANA
202	DEL REAL CORONA	NUCLEAR	URBANA
203	BRAVO LIZARRAGA	EXTENSA	URBANA
204	ALTAMIRANO MODAD	NUCLEAR	URBANA
205	CASIMIRO CUEVAS	NUCLEAR	URBANA
206	HERNANDEZ DE DIOS	NUCLEAR	URBANA
207	GONZALEZ VARELA	NUCLEAR	URBANA
208	FIGUEROA BAUTISTA	NUCLEAR	RURAL
209	ESQUEDA CASTRO	NUCLEAR	URBANA
210	DE ALBA FLORES	NUCLEAR	URBANA
211	CAMARENA PEREZ	NUCLEAR	URBANA
212	NUÑEZ VALLE	NUCLEAR	URBANA
213	QUEZADA OSUNA	NUCLEAR	URBAÑA
214	SAÑUDO OLAI	NUCLEAR	URBANA
215	ZUIRA RODRIGUEZ	NUCLEAR	URBANA
216	TALAVERA RUVALCABA	NUCLEAR	URBANA
217	NOVATO MURILLO	NUCLEAR	URBANA
218	MENDOZA VELARDE	NUCLEAR	URBANA
219	HARO RUIZ	NUCLEAR	RURAL
220	AVILA OROPEZA	NUCLEAR	URBANA

NOTA: LOS REGISTROS ANTERIORES SE ENCUENTRAN ORDENADOS POR MEDIO DEL CAMPO DE TIPO DE FAMILIA POR COMPOSICIÓN.



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

Subdirección General Médica

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Informe Diario de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico		Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Estado	
Número de Substitución		Firma	Clave	Causa				
No.	Nombre	Expediente	SEXO Y EDAD		SOLICITUD A			Motivo de la Consulta
			M	F				
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								