

11226 68



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "A", XALOSTOC CON CECIS
ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO

"APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO
DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No 3,
TURNO VESPERTINO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "A" XALOSTOC
ISSSTE ESTADO DE MÉXICO. "

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MÉDICA FAMILIA

PRESENTA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DRA. BLANCA ESTELA GONZÁLEZ CERVANTES
ASESORES:

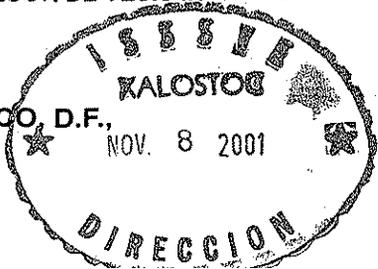
DR. ARNULFO IRIGOYEN CÒRIA
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

DRA. MARÍA TERESA AGUILAR PATIÑO
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.TE



ISSSTE

MÉXICO, D.F.



NOV. 8 2001

~~1999~~

2002



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).

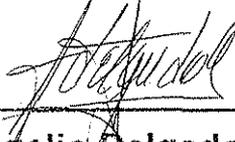
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

"Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar en el consultorio No. 3, turno vespertino en la Clínica de Medicina Familiar "A" Xalostoc ISSSTE Estado de México."

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

Presenta:

Dra. Blanca Estela González Cervantes.



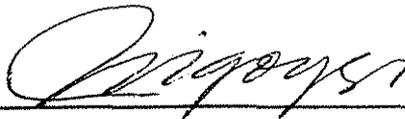
Dr. Rogelio Delgado Padilla

Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales en I.S.S.S.T.E.



Dra. Maria Teresa Aguilar Patiño

Asesor de tesis I.S.S.S.T.E.



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

Profesor del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina U.N.A.M.
Asesor de Tesis



I.S.S.S.T.E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
13 NOV. 2001
V. o. B. o.

Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado.

Jefe del Departamento de Educación Médica Continua y Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**"Aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar
en el consultorio No. 3, turno vespertino en la Clínica de
Medicina Familiar "A" Xalostoc ISSSTE Estado de México."**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

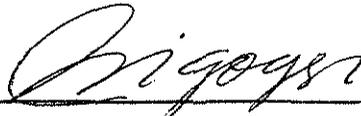
Presenta:

Dra. Blanca Estela González Cervantes

Autorizaciones.

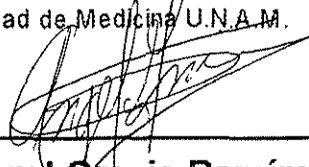
Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina U.N.A.M.



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

Coordinador 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradecimientos y dedicatoria.

Con todo mi amor a mi familia en general, en particular a mis hijas: Linda, Alma, Dulce y a mi madre Lupita, las cuales con su comprensión y apoyo me brindaron la confianza para continuar con mi preparación profesional.

Muy en especial a Gerardo, el cual con su estímulo y apoyo constante e incondicional me alentó a concluir esta obra.

Al Doctor Arnulfo Irigoyen Coria por su invaluable consejo y guía.

¡ Gracias !

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Índice

1. Título	1
2. Índice	5
3. Marco teórico.	7
• Concepto de medicina familiar.	
• Definiciones de familia.	
• Censo Canadiense.	
▪ Censo norteamericano:	
• Estudio de la medicina familiar.	
▪ Estudio de la familia.	
▪ B. Continuidad.	
▪ C. Acción anticipatoria:	
• Clasificación de la familia con base en su desarrollo y demografía.	
• Clasificación de la familia con base en su integración, tipología y a su estructura o composición.	
• La familia en las Sociedades Occidentales.	
• Funciones esenciales de la familia:	
▪ A) Socialización.	
▪ B) Cuidado.	
▪ C) Afecto.	
▪ D) Reproducción.	
▪ E) Estatus y nivel socio-económico:	
• Ciclo vital de la familia.	
▪ A) Fase de matrimonio.	
▪ B) Fase de expansión.	
▪ C) Fase de dispersión.	
▪ D) Fase de independencia.	
▪ E) Fase de retiro y muerte.	
• Familiograma.	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

• <i>Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar.</i>	
• El MOSAMEF.	
▪ Fases del MOSAMEF.	
4. Planteamiento del problema.	27
5. Justificación.	28
6. Objetivos.	28
• <i>General.</i>	
• <i>Específicos.</i>	
7. Hipótesis.	29
8. Metodología.	29
• <i>Tipo de estudio.</i>	
• <i>Población, lugar y tiempo de estudio.</i>	
• <i>Tipo y tamaño de la muestra.</i>	
• <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.</i>	
• <i>Variables de medición.</i>	
• <i>Método o procedimiento para captar la información.</i>	
• <i>Consideraciones éticas.</i>	
9. Resultados	33
10. Discusión de resultados.	45
11. Conclusiones.	47
12. Referencias bibliográficas.	49
13. Anexos.	51

3. Marco teórico.

Desde el comienzo de su historia, la medicina ha estado sometida a cambios; como producto de diversas influencias científicas, tecnológicas y sociales. La medicina Familiar ha sido parte de esas transformaciones (1)

En la historia reciente, la atención de la salud ha adquirido particular preponderancia, la propia población ha exigido esos cambios lo que motivó la necesidad de implantar una disciplina que capacitara al médico, para brindar una atención médica primaria, continua e integral al individuo y a su familia (2,3).

El médico familiar, tiene compromiso y responsabilidad con la persona y el núcleo familiar. Maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica tanto en lo individual como en lo colectivo.

La atención médica asistencial como un concepto exclusivamente curativo ha rebasado sus expectativas iniciales en relación a los presupuestos asignados a ese rubro. Las primeras acciones de la Medicina Familiar en México, se remontan al año 1953, contando el IMSS con 10 años de funcionamiento. A pesar de que el Instituto se encontraba en pleno crecimiento y expansión los sistemas asistenciales atravesaban por numerosas dificultades en su operatividad; el manejo de la consulta era controlada por el personal de archivo, o se tenía eventual y esporádica relación médico/paciente, lo que favorecía que la problemática de los pacientes fueran poco conocidos por los médicos. En el IMSS de Nuevo Laredo, Tamps. México, un grupo de médicos establecieron un procedimiento nuevo a través del cual el médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, al mismo tiempo que se le fijaban plazos para atender la consulta externa y efectuar visitas domiciliarias solicitados por los integrantes de las familias encomendadas a su atención. Después de ser probado este esquema, se ponderaron sus ventajas concluyéndose: que era benéfico para los derechohabientes, los médicos y la Institución.

En 1955 en la ciudad de Panamá el IMSS presentó la ponencia que intituló "El Médico de Familia". En el trabajo se describieron las características de las acciones que dicho profesional habría de desarrollar, destacando que el mismo médico familiar habría de atender núcleos de la población, así como el trabajo de equipo médico (2,4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para 1959 el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional. A lo largo de veinticinco años este esquema implementado por el IMSS ejerció sobre las otras Instituciones de Salud poca influencia, sin embargo; el esquema se extendió y se encaminó a ser Modelo para la prestación de los servicios médico/asistenciales del primer nivel, además fue necesario la formación de recursos humanos capacitados para este nuevo enfoque, pues los médicos contratados para ocupar las posiciones de médicos familiares, eran médicos generales con limitación en la calidad de su conocimiento médico y obviamente, de los problemas de salud que afectaban a los núcleos familiares bajo su responsabilidad. (2).

El IMSS determinó en 1971 que era necesario planear y aplicar un programa para formar el postgrado de esta Profesión (3).

El mérito intelectual de la medicina familiar es la preparación para desempeñar un papel clínico. El médico debe ser un "Pronosticador", hábil, hacer el diagnóstico correcto y útil así como la identificación de los componentes cognoscitivos de esta disciplina horizontal (6).

I. R. Mc. Whinney, de la Universidad de Western Ontario, señala que los médicos generales en muchas ocasiones no correlaciona en forma ordenada el fenómeno de la conducta relacionada con la enfermedad. En los Médicos Familiares la fuente de su satisfacción es la experiencia de las relaciones humanas que la medicina les ha dado (7, 8)

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce al primer nivel de atención como el marco ideal para desarrollar e impulsar programas de actividades de promoción de salud, preventivas y terapéuticas: por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población incide de manera directa y continua, siguiendo con frecuencia las orientaciones de su médico, teniendo dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: Incremento en la calidad de vida de los miembros de la familia al mejorar, la atención del paciente, con el propósito específico de ayudarlos a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar y adaptando nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar (9,10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El modelo sistemático de atención de medicina familiar MOSAMEF, dentro de la atención primaria de la salud, forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económica global de la

comunidad. Representa el primer contacto con el individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud⁽¹⁰⁾.

La práctica de la medicina familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de familia, la continuidad de la atención y la acción aticipatoria basada en un enfoque de riesgo.

La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estudio, clasificación tipológica, etapa del ciclo familiar y elementos económicos y sociales, constituyen algunos de los componentes del denominado Diagnóstico de Salud Familiar ⁽¹¹⁾. Permite desarrollar estrategias de promoción, prevención de la enfermedad, realizado un uso más eficiente de los recursos para la salud que existen en las comunidades ⁽¹¹⁾.

El MOSAMEF propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones operacionales, aplicadas a decisiones reales, las cuales son obligadamente diferentes para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos. Su aplicación en la práctica de la medicina familiar facilita una atención más resolutive pero fundamentalmente más científica y humana. Un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en Instituciones de Salud y en la práctica privada ^(12,13,14).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Concepto de medicina familiar.

En 1991 la OMS celebró en Perugia, Italia, una reunión con la participación de 17 médicos de familia con los objetivos propios de la estrategia de "Salud para todos en el año 2000". Se debatió la situación de la salud en los distintos países miembros y se elaboraron conclusiones muy explícitas:

- 1.-La medicina de familia es el elemento de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de "Salud para Todos".
- 2.-El médico de familia posee un papel vital como agente decambio dentro de los complejos sistemas de salud.
- 3.-Es la base más adecuada de un sistema sanitario.
- 4.-La creación de departamentos universitarios de medicina familiar o de atención primaria de salud es vital para el desarrollo de una medicina familiar efectiva.
- 5.-Su reconocimiento como una disciplina específica, con una identidad propia y un claro perfil es un requisito previo par realizar una investigación, formación y educación efectivas (11).

Desde hace 24 años Varela Rueda había señalado que debe fomentarse la concepción científica de la práctica médica con la idea fundamental de la salud de la familia y el bienestar de la comunidad; además comentó que en el desarrollo del curso de especialización en medicina familiar: " El estudio longitudinal del núcleo familiar tiene que ser central en la actuación del especialista en medicina familiar"(15).

Los profesionales de la medicina familiar, han de ser capaces de aplicar un modelo bio-psico-social que permita proporcionar una Asistencia Integral de Calidad, en una gran variedad de marcos asistenciales y a personas que sufran de muy diversos problemas de salud. Incorporando aspectos sociales de la medicina preventiva y en consecuencia aumentar la eficiencia de los servicios de salud (16.,17).

En las Instituciones, atender al usuario como cliente y aceptar su participación hará posible que un mayor control por parte de la comunidad sirva para conformar los servicios hacia esta; los usuarios no sólo son clientes, su "misión" fundamental es la de ser copropietario del servicio sanitario público. (17)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Definiciones de familia.

Familia:

La etimología del término familia, es propuesta por el Marqués Morante como proveniente de la palabra latina "famulus" que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos, propiedad de un solo hombre. Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, por esto cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.⁽¹⁸⁾

Si entendemos a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para facilitar la protección y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos. Este concepto no establece diferencia en cuanto a como la familia sea definida o como esté constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica.

Consenso Canadense:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Consenso norteamericano:

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

Ejerciendo una interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran una unidad. En relación con este concepto la Organización de las Naciones Unidas menciona en sus documentos serie "M", número 44 en relación con los principios y recomendaciones relativos a los censos de población de 1970, que como familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

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

Para que la familia tenga asegurada la supervivencia y el crecimiento, debe manejar en forma creativa dos factores siempre presentes, lo incompleto y lo diferente. Todo ello ratifica la importancia de considerar a la familia como eje, como unidad epidemiológica y base de la estructura social, la conducta científica en la práctica médica, por lo tanto, deberá procurar estudiar integralmente a la familia. En la práctica de la medicina familiar el médico reconoce que su más grande interés ya no es la enfermedad sino la salud. Las dimensiones de salud y enfermedad en psique y soma no pueden ser separadas, la influencia del ambiente en la salud debe ser aprendida y la familia es la principal fuente y objeto de instrucción. La familia sirve como el punto básico de referencia para la consecución de un ambiente saludable.(18)

***Estudio de la medicina familiar*(19).**

La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades, las cuales son:

- A. Estudio de la familia
- B. Continuidad
- C. Acción anticipatoria

A. Estudio de la familia:

Mecanismo y procedimiento por medio del cual se conoce el entorno en el cual se desarrolla la vida de un individuo integrante de una familia y de una comunidad el entorno bio-psico-social, en el cual el proceso de desarrollo del binomio salud-enfermedad se presenta bajo una serie de factores condicionantes y específicos, de forma estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar y le confieren características muy particulares.

B. Continuidad:

Se comprende al seguimiento de los aspectos bio-psico-sociales, así como culturales, con un esquema longitudinal que permite valorar el proceso de salud y enfermedad de los individuos, sin importar edad cronológica, sexo, tipo de padecimiento y evolución del mismo, así como los factores que la modifican y permiten la aplicación de tratamiento acorde con las necesidades y los problemas nosológicos coordinando las acciones específicas para su aplicación y sobre todo la optimización de los recursos médicos, familiares, preventivos y comunitarios que se requieren.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C. Acción anticipatoria:

Se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad.

El enfoque de riesgo, brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

La familia es la unidad social básica, es la más antigua de las instituciones sociales y causa de muchos problemas relacionados con la salud, es también un recurso para resolver y prevenir enfermedades. La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en la familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización. Minuchin ha afirmado que la familia constituye la parte extracerebral de la mente, pues determina en gran medida la respuesta del niño y de sus otros miembros, ya que la vida psicológica no es exclusivamente un proceso interno. (18)

El papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad, sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente en la prevención y la promoción de la salud familiar.

Las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, constituyen pilares de la actuación profesional del médico familiar (20).

La diferencia entre la práctica del médico general y la actuación del médico familiar, reside en que éste último al ejercer su actividad clínica, pone en juego aspectos normativos que le son exclusivos como:

Otorgar una asistencia integral, fundamental y continua sin abandonar a sus pacientes, así sean derivados al 2º o 3er. nivel de atención.

Tener como núcleo de su desempeño la acción anticipatoria, por lo que podemos afirmar que además de diagnosticar, pronostica, siendo capaz de prever los eventos que vendrían a alterar la salud familiar.

Realizar una evaluación de la dinámica familiar, aclarando que, sin ser terapeuta de familias, debe ejercer, con elementos de la psicología médica, actividades concretas de orientación familiar.

Estas funciones propias del médico familiar se facilitan con la realización del diagnóstico de salud familiar.

En 1961 White señalaba que sólo un enfermo de cada 250 consultas por problemas de salud requería de atención hospitalaria.

Hart en 1984 propuso un nuevo modelo de médico de cabecera, el cual debe poseer una información que habitualmente no se recibe en los centros hospitalarios, una imaginación ágil y capacidad para hablar y actuar de forma no erudita.

Clasificación de la familia con base en su desarrollo y demografía.

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

➤ **Con base a su desarrollo:**

- Moderna
- Tradicional
- Arcaica o primitiva

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Proporción aproximada en nuestro medio: moderna 30%, tradicional 60%, arcaica o primitiva: 10%.

➤ **Con base a su demografía:**

- Urbana
- Rural

Proporción aproximada en nuestro medio: urbana 40%, rural 60%

Clasificación de la familia con base en su integración, tipología y a su estructura o composición.

➤ **Con base a su integración:**

- Integrada
- Semi-integrada
- Desintegrada

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

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

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

➤ **Desde el punto de vista tipológico:**

- Campesina
- Obrera
- Profesional

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

➤ Con base a su estructura o composición:

- Nuclear
- Extensa
- Extensa compuesta

Nuclear: padres e hijos.

Extensa: padres, hijos, abuelos, etc.

Extensa compuesta: padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

La familia en las Sociedades Occidentales.

Variaciones de los tipos de familia en las sociedades occidentales

- Parejas sin hijos
- Padre o madre solteros

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Funciones esenciales de la familia:

A) Socialización:

La tarea primordial 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.

Es importante aclarar que precisamente dentro de la función de socialización, la familia se perfila como una institución ideológica del estado con la misma fuerza e importancia que pudiera tener la iglesia, el sistema escolar, etc., ya que la familia es vínculo entre el individuo y la sociedad por ende al sistema económico en que esta inmersa.

La madre es el educador primario de la familia con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa 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 miembros de la familia es compartida por profesores, padres, clubes, etc.

B) Cuidado:

Esta función significa para la vida familiar resolver de la manera más adecuada las *necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc.* En cada uno de sus miembros para con y otros investigadores se encuentra una relación directamente proporcional entre larga vida/estándares de salud satisfactorias y el nivel socioeconómico familiar. Es importante aclarar que en medicina no existen leyes, más aún en la medicina familiar, pero resulta obvio que a mayor disponibilidad de recursos, tener un índice mayor de salud en la familia es una meta fácil de lograr.

C) Afecto:

El *affectus* de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios en alguna dependencia. En cuanto a la institución familiar referido a proporcionar: ánimo, amor y cariño.

Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen son:

- Conyugal paternal filial, etc.

Se encuentran estrechamente relacionados por la necesidad de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando así: la recompensa básica de la vida familiar. Visto así, las necesidades efectivas de los padres cobran la misma importancia que las necesidades afectivas de los hijos.

D) Reproducción:

Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc., nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad:

- El ambiente sexual.
- La reproducción.

Al parecer a través de los siglos ha mostrado sus bondades, ya que cumple con una función esencial de la familia "proveer de nuevos miembros a la sociedad".

E) Estatus y nivel socio-económico:

Aceptando el concepto dinámico de familia como una institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente como el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socio-económico equivale a transferirle derechos y tradiciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ciclo vital de la familia.

La familia, como todo grupo humano cursa con una evolución natural, desarrollo y ocaso, nace , crece, se desarrolla reproduce y muere; la familia sigue un patrón similar (18,26):

FASE DE MATRIMONIO

FASE DE EXPANSION

FASE DE DISPERSION

FASE DE INDEPENDENCIA

FASE DE RETIRO Y MUERTE.

Este esquema fue propuesto por Geyman en 1980, es el que se utiliza con mayor frecuencia en México (19).

A) Fase de matrimonio:

Es importante distinguir entre fases del ciclo vital de la familia y proceso existencial de ésta, ya que en éste último se contempla la etapa prenupcial, la etapa nupcial así como la formación y educación de los hijos. En el ciclo vital de la familia señalamos como primer componente la fase de matrimonio, la cual comienza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo. Las tres esferas que interactúan en esta etapa son:

- Ajuste sexual
- Información sobre la planificación familiar
- Interacción de la personalidad

El orden propuesto no es estricto, ya que éstas esferas se dan en la realidad de una manera más dinámica, y son mutuamente modificables. Llama la atención que la interacción de dos personalidades debe tener como soporte básico el atender las personalidades básicas del compañero, facilitando de esta manera la complementariedad, llegando al ajuste sexual y teniendo la información sobre la planificación familiar como un valioso recurso previniendo enfermedades venéreas, embarazos indeseados y una injustificada sensación de culpa.

B) Fase de expansión:

Atención y educación prenatal, atención del parto, cuidado postnatal y atención del niño sano. Solicitudes de aborto por parte de madres con numerosos hijos. Atención a pacientes con el síndrome del niño maltratado. Teniendo como uno de los eventos más importantes en esta fase, el ajuste de la pareja a un nuevo miembro.

C) Fase de dispersión:

Una vez alcanzado el ajuste a un nuevo miembro, en la fase de dispersión se fragua la independencia y autonomía de ese miembro, fenómeno que se da solamente si la pareja ha logrado realizar una adecuada socialización, para que él, por sí mismo empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

D) Fase de independencia:

Resulta difícil ejemplificar cronológicamente el lapso ocurrido desde la fase de matrimonio hasta la fase de independencia, porque cada familia es particular, pero generalmente ocurre entre los 20 o 30 años y es ahora cuando 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 es de procurar que las funciones de afecto, socialización, etc., no se pierdan.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E) Fase de retiro y muerte:

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo. Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son los siguientes:

- Incapacidad para laborar (sin empleo)
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos

Las familias de los hijos casados, en fase de expansión, sin posibilidades de proporcionar recursos a los padres (18).

Familiograma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la medicina familiar existen dos tipos de familiogramas:

Uno estructural, como su nombre lo indica únicamente señala los elementos del sistema, sus características específicas sin permitirnos realizar consideraciones en cuanto a su dinámica, y el otro tipo, psicosociodinámico, brinda parcialmente datos para inferir su funcionalidad (27).

Por lo anterior debemos tener en mente que cada uno de los familiogramas cuenta con una simbología específica que no debemos mezclar ya que podríamos hacerlo más complejo.

A) Famillograma socio dinámico.

Tiene por objeto representar en forma esquemática a través de símbolos las relaciones que se establecen en la familia de estudio desde un punto de vista dinámico; por medio de líneas que indican la relación vincular entre dos o más personas y el manejo de tamaño de los símbolos para poder señalar el tipo de complementariedad, así como la posición que guardan los miembros de la familia. Es necesario plantarlo al inicio y al final del estudio con las fechas respectivas.

Su operatividad:

La connotación de famillograma en medicina familiar se considera como el inicio general de establecer un patrón comunicacional entre aquellos que ejercen la especialidad. Es un modelo simbólico, discreto, probabilístico, estático y dinámico que representa, en un momento específico, la constitución, estructuración, interrelaciones y transacciones presentes en un núcleo familiar durante su desarrollo histórico, es decir, en la fase del ciclo familiar que esta cursando.

El famillograma es considerado un mapa familiar mediante el cual se representa la organización y funcionalidad de una familia en el aquí y ahora, no representando el sentido político de la realidad familiar por lo que únicamente constituye un recurso auxiliar de la metodología del estudio familiar integral.

Este modelo, aplicado racional y objetivamente nos permite:

- Que el abordaje del objeto de estudio de la medicina familiar, es decir, la familia, sea más simplificada.
- Mediante su elaboración empleando la simbología específica permite realizar una recolección exhaustiva de información. Que sirve como punto de partida para realizar su interpretación.
- Representa el momento actual de la vida familiar, y por lo tanto, constituye un marco de referencia para realizar el análisis crítico y racional de su funcionalidad.

- Permite deslizar con claridad los integrantes o elementos que constituyen el núcleo familiar en estudio, consanguíneo o no, es decir, los que viven bajo el mismo techo y que tienen una interacción e interrelación significativa.
- Muestra en forma simplificada los elementos constituyentes del objeto de estudio, es decir, las características objetivas de cada uno (sexo, edad, estado de salud, ocupación, escolaridad, presencia o ausencia de toxicomanía o fármaco dependencia)
- Indica el tipo de vínculo matrimonial presente en la familia sometida al estudio.
- Muestra la conformación política del sistema familiar permitiendo delimitar con claridad sus subsistemas, unidades funcionales y elementos, así como el tipo de relación, interacción y vínculo presente.
- Su construcción establece fundamentos para identificar y diferenciar la problemática y/o pautas transaccional familiar. Es necesario aplicar los conocimientos de identificación de un problema porque, el modelo esta elaborado con referencia al esquema cognitivo referencial y operativo del médico familiar.
- Mediante él podemos establecer hipótesis, es decir, emitir un diagnóstico familiar, como referencia de esto vemos que aplicamos la metodología científica que facilita la aplicación del proceso de toma de decisiones y genera los elementos planificados del control de los recursos de acción (21)

Como todo mapa o modelo, es más útil si cuenta con la mayor información disponible.

Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar.

La práctica médica cotidiana se ve sustentada básicamente en la atención individual, la cual no permitió una adecuada resolución de la problemática asistencial, es hasta la concepción de la atención médica integral teniendo como base a la familia, su interacción con el medio ambiente, la dinámica de grupos y la aplicación de programas prioritarios de salud, los cuales sustentan un marco teórico que ha permitido el conocimiento y avance en la atención médica asistencial.

La atención en medicina familiar se sustenta básicamente en tres líneas de acción:

El estudio de familia, la continuidad de atención médica y la acción anticipatoria.

El conocimiento de esta base teórica permite definir las necesidades de la familia en el ámbito de su salud, las cuales fundamentan una metodología específica para poder resolver las necesidades de las familias.

EL MOSAMEF.

El Modelo Sistemático de Atención en Medicina Familiar es una propuesta para llevarse a cabo en la práctica de medicina familiar, favoreciendo un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, pues proviene de un sustrato en donde el estudio de las características bio-psico-sociales de la población asignada al cuidado del médico familiar, definen directamente las acciones concretas y propias de la medicina familiar, las cuales fomentan y favorecen el desarrollo y la investigación en esta disciplina (9).

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos, dan grandes ventajas al practicante de la medicina familiar (29).

Fases del MOSAMEF.

El mosamef se divide en tres fases que son:

Fase 1

- Censo poblacional

Fase 2

Estudio sistemático familiar

Fase 3

- Análisis de las causas de consulta

MOSAMEF

(Modelo Sistemático de Atención en Medicina Familiar)

Promoción del trabajo en equipo	mayor satisfacción de los usuarios
Mayor satisfacción de los prestadores de servicios	mayor importancia de las acciones preventivas
Favorece la actividad académica del equipo de salud	Atención continua
Propicia la Investigación Biomédica	permite la planeación de estrategias de los servicios de la salud

4. *Planteamiento del problema*

La subdirección general médica del I.S.S.S.T.E. tiene como objetivo el mejorar la prestación de los servicios médicos para la población derecho-habiente en los diferentes niveles de atención, para lo cual se ha ocupado de reorganizar los servicios de salud en las unidades de medicina familiar, hospital, así como la problemática de tipo quirúrgico que no requieran internamiento, siendo necesaria la creación y apertura de centros de cirugía simplificada con el objeto de desahogar y disminuir la cantidad de derechohabientes quirúrgicos en hospitales; de esta forma se efficientan los servicios de atención a la salud en

el primer nivel, siendo las U.M.F., unidades resolutivas ofreciendo con oportunidad resolución de los problemas de salud con calidad y calidez a los pacientes derechohabientes.

Con base en los conocimientos adquiridos durante la residencia de medicina familiar para médicos generales del I.S.S.S.T.E., me cuestiono:

¿Cuales son las características biopsicosociales de las familias usuarias y adscritas al consultorio no. 3 turno vespertino de la U.M.F. "a" Xalostoc del I.S.S.S.T.E.?

¿Es el mosamef, con acciones preventivas de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y específico, rehabilitación, medio ambiente, la herramienta para conocer esta problemática?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Justificación.

El esquema actual de atención médico familiar ha causado insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes, ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido a que al conocimiento insuficiente de las condiciones socio-económicas, culturales y sanitarias; así como los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias.

Es importante conocer los factores biopsicosociales de las familias asignadas al consultorio No. 3 turno vespertino de la U.M.F. "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E. y mantener actualizado el diagnóstico de salud, el cual es un proceso dinámico, cambiante y variable. El conocer a las familias que atendemos como población usuaria nos permitirá mejorar el aprovechamiento de los recursos a través de una planeación basada en la información obtenida del análisis del presente estudio. Esto favorecerá una mayor eficiencia y eficacia de los recursos tanto materiales como humanos, así como de las actividades encaminadas al cuidado y mejoramiento del nivel de salud de las familias derechohabientes de esta U.M.F.

6. Objetivos.

General:

- Identificar las características biopsicosociales, así como principales causas de demanda de consulta de las familias usuarias en la población adscrita en el consultorio no. 3 turno vespertino de la U.M.F. "A", Xalostoc del I.S.S.S.T.E. como requisito indispensable para planificar los servicios de salud.

5. Justificación.

El esquema actual de atención médico familiar ha causado insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes, ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido a que al conocimiento insuficiente de las condiciones socio-económicas, culturales y sanitarias; así como los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias.

Es importante conocer los factores biopsicosociales de las familias asignadas al consultorio No. 3 turno vespertino de la U.M.F. "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E. y mantener actualizado el diagnóstico de salud, el cual es un proceso dinámico, cambiante y variable. El conocer a las familias que atendemos como población usuaria nos permitirá mejorar el aprovechamiento de los recursos a través de una planeación basada en la información obtenida del análisis del presente estudio. Esto favorecerá una mayor eficiencia y eficacia de los recursos tanto materiales como humanos, así como de las actividades encaminadas al cuidado y mejoramiento del nivel de salud de las familias derechohabientes de esta U.M.F.

6. Objetivos.

General:

- Identificar las características biopsicosociales, así como principales causas de demanda de consulta de las familias usuarias en la población adscrita en el consultorio no. 3 turno vespertino de la U.M.F. "A", Xalostoc del I.S.S.S.T.E. como requisito indispensable para planificar los servicios de salud.

Específicos:

- Establecer un modelo sistemático de atención médica familiar con el propósito de hacer aplicativos los tres ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar.
- Identificar tipos de familia, estado civil, etapas del ciclo vital, composición de la familia, ingreso económico, ocupación de los padres, escolaridad de los padres, método de planificación familiar que están utilizando, y las diez principales causas de demanda de consulta.
- Optimizar la prestación de servicios médicos con un enfoque integrador que favorezca una mayor satisfacción de los usuarios y permita disminuir los costos de atención médica.

7. Hipótesis

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo, no necesita hipótesis.

8. Metodología

Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo descriptivo, observación, retrospectivo, prospectivo, transversal y abierto. Se fundamenta en tres estrategias:

Específicos:

- Establecer un modelo sistemático de atención médica familiar con el propósito de hacer aplicativos los tres ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar.
- Identificar tipos de familia, estado civil, etapas del ciclo vital, composición de la familia, ingreso económico, ocupación de los padres, escolaridad de los padres, método de planificación familiar que están utilizando, y las diez principales causas de demanda de consulta.
- Optimizar la prestación de servicios médicos con un enfoque integrador que favorezca una mayor satisfacción de los usuarios y permita disminuir los costos de atención médica.

7. Hipótesis

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo, no necesita hipótesis.

8. Metodología

Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo descriptivo, observación, retrospectivo, prospectivo, transversal y abierto. Se fundamenta en tres estrategias:

Específicos:

- Establecer un modelo sistemático de atención médica familiar con el propósito de hacer aplicativos los tres ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar.
- Identificar tipos de familia, estado civil, etapas del ciclo vital, composición de la familia, ingreso económico, ocupación de los padres, escolaridad de los padres, método de planificación familiar que están utilizando, y las diez principales causas de demanda de consulta.
- Optimizar la prestación de servicios médicos con un enfoque integrador que favorezca una mayor satisfacción de los usuarios y permita disminuir los costos de atención médica.

7. Hipótesis

Dado que el presente trabajo es de carácter descriptivo, no necesita hipótesis.

8. Metodología

Tipo de estudio:

Este estudio es de tipo descriptivo, observación, retrospectivo, prospectivo, transversal y abierto. Se fundamenta en tres estrategias:

Censo poblacional, estudio de comunidad e identificación de las causas de consulta.

Población, lugar y tiempo:

Lugar en que se realizó este estudio es la Unidad de Medicina Familiar "A" Xalostoc, consultorio no. 3 turno vespertino del I.S.S.S.T.E., Ecatepec, estado de México (23,24,26).

Tiempo en que se realizó: de Enero a Noviembre de 1998.

Tipo y tamaño de muestra:

Aleatoria por cuotas con un total de 1141 familias en ese lapso de tiempo.

Universo de estudio:

4626 tarjetas vigentes

1141 familias

240 hojas de informe diario

Criterios de Inclusión:

- Que sean derechohabientes y familias asignadas al consultorio no. 3 de la Unidad de Medicina Familiar "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E.
- Grupos de edades de 0 a 70 años o más.
- Sexo masculino y femenino.
- Causas de consulta aguda.
- Causas de consultas crónicas.

Criterios de exclusión:

- Derechohabientes que no acepten participar en el estudio.
- Foráneos que no pertenezcan al consultorio.
- Que no sean derechohabientes.
- Sin diagnóstico de certeza.
- Pacientes fallecidos y que no fueron notificados al archivo.
- Cambios de domicilio durante el estudio.

Criterios de eliminación:

- Los pacientes fallecidos y que no fueron notificados a archivo.
- Tarjetas que no sean del sector y no estén vigentes.
- Falsedad de datos
- Familias que realizan cambios de domicilio durante el estudio.

Variables de medición:

Estas son:

- Cuantitativas
- Cualitativas
- Nominales
- Ordinales

Para el estudio de la comunidad:

Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal y son:

- 1) Nombre de la familia
- 2) Estado civil
- 3) Años de unión conyugal
- 4) Escolaridad
- 5) Edad del padre
- 6) Edad de la madre
- 7) Número de hijos (hasta 10 años de edad)
- 8) Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- 9) Número de hijos (de 20 o más años de edad)
- 10) Ocupación de padres de familia
- 11) Ingresos económicos
- 12) Tipo de familia
- 13) Etapas del ciclo vital familiar

Para censo poblacional:

Las variables son: tanto de tipo cuantitativo como cualitativos y son los siguientes:

- 1) Número total de individuos.
- 2) Número total de individuos sexo masculino
- 3) Número total de individuos sexo femenino
- 4) Número de individuos de sexo masculino por grupos etéreos
- 5) Número de individuos de sexo femenino por grupos etéreos

Para identificación de la movilidad:

Se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal:

- 1) Los diez primeros motivos de consulta
- 2) Por grupos de edad y sexo
- 3) De padecimientos infecciosos
- 4) Numero de infecciosos y crónico degenerativos



Procedimientos de la captura de la información.

La recolección de datos se hizo a través de paloteo simple recabando datos de censo poblacional (anexo 1), cédula de identificación familiar (anexo 2), glosario de términos para el llenado de la cédula de identificación familiar (anexo 3), hoja tabular de encuesta para el estudio sistemático familiar (anexo 4), hoja de motivos de consulta (anexo 5), SM10, archivo clínico de la Unidad de Medicina Familiar "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E. servicio de vigencia de derechos, encuesta directa a los derechohabiente que aceptaron participar.

Consideraciones éticas.

No son necesarias por no considerarse riesgo para la salud.

9. Resultados

- 1) Estudio de comunidad
- 2) Censo poblacional
- 3) Diagnostico familiar
- 4) Morbilidad

Procedimientos de la captura de la información.

La recolección de datos se hizo a través de paloteo simple recabando datos de censo poblacional (anexo 1), cédula de identificación familiar (anexo 2), glosario de términos para el llenado de la cédula de identificación familiar (anexo 3), hoja tabular de encuesta para el estudio sistemático familiar (anexo 4), hoja de motivos de consulta (anexo 5), SM10, archivo clínico de la Unidad de Medicina Familiar "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E. servicio de vigencia de derechos, encuesta directa a los derechohabiente que aceptaron participar.

Consideraciones éticas.

No son necesarias por no considerarse riesgo para la salud.

9. Resultados

- 1) Estudio de comunidad
- 2) Censo poblacional
- 3) Diagnostico familiar
- 4) Morbilidad

1) Estudio de comunidad:

- La U.M.F. "A" Xalostoc se encuentra ubicada en el municipio de Ecatepec, en el Estado de México.
- Se considera primer nivel de atención médica.
- Geografía: por su ubicación corresponde a la zona conurbada del Estado de México con servicios de urbanización y semiurbanización.
- Comunicaciones: se cuenta con:
 - Carretera pavimentada.
 - Camino de brecha.
 - Carretera de terracería.
 - Ferrocarril.
- Por sus actividades y desarrollo; se considera:
 - Zona industrial.
 - Zona habitacional.
- Demografía:
 - Se considera densamente poblada.
 - Población inscrita a U.M.F "A" Xalostoc: 89,627
 - Población adscrita a U.M.Fch94 Xalostoc: **60,500**
 - **Población usuaria a U.M.F "A" Xalostoc: 49,414**
 - **Población adscrita al consultorio no. 3, Turno vespertino de la U.M.F "A" Xalostoc: 4,626**
 - **Número de familias del consultorio no. 3, Turno vespertino de la U.M.F "A" Xalostoc: 1,148**

Por grupos etareos: hombres y mujeres (anexo 1)

No.	Rango de edad	Hombres cifra	Mujeres cifra:
1.	0 - 1 años	11	17
2.	1 - 4 años	147	163
3.	5 - 9 años	249	221
4.	10 - 14 años	241	256
5.	15 - 19 años	171	195
6.	20 - 24 años	62	94
7.	25 - 29 años	90	180
8.	30 - 34 años	147	251
9.	35 - 39 años	186	299
10.	40 - 44 años	182	259
11.	45 - 49 años	153	201
12.	50 - 54 años	118	126
13.	55 - 59 años	83	109
14.	60 - 64 años	70	84
15.	65 - 69 años	117	144
16.	70 - 74 años	23	44
17.	75 - 79 años	26	25
18.	80 - 84 años	9	11
19.	85 - o más años	8	15
	Total:	2,020	Total: 2,598

Total global: 4,626

.....

- Por número de clave (anexo 2, 3, 4, 5, 6 y 7).

Descripción:

Clave 1: Asegurado hombre

Clave 2: Asegurado mujer

Clave 3: Esposa beneficiario

Clave 4: Esposo beneficiario

Clave 5: Papá beneficiario

Clave 6: Mamá beneficiario

Clave 7: Hijo beneficiario

Clave 8: Hija beneficiaria

Clave 9: Pensionado, hombre o mujer

• Cuadro de cantidades por grupos etéreos.

Anexo 2.

Grupos Etéreos	Claves										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9h	9m	
0 - 1	-	-	-	-	-	-	-	11	17	-	-
1 - 4	-	-	-	-	-	-	-	147	163	-	-
5 - 9	-	-	-	-	-	-	-	249	226	-	-
10 - 14	-	-	-	-	-	-	-	241	256	-	-
15 - 19	-	-	2	-	-	-	-	171	193	-	-
20 - 24	42	35	41	-	-	-	-	20	18	-	-
25 - 29	87	119	61	-	-	-	-	3	-	-	-
30 - 34	147	169	80	-	-	-	-	-	2	-	-
35 - 39	185	217	82	-	-	-	-	1	-	-	-
40 - 44	182	170	86	-	-	2	-	-	-	-	1
45 - 49	149	110	76	-	4	11	-	-	-	-	1
50 - 54	108	50	48	-	4	19	-	-	-	6	8
55 - 59	56	22	47	1	11	35	-	-	-	15	5
60 - 64	36	13	21	-	11	34	-	-	-	23	14
65 +	28	12	21	1	43	91	-	-	-	46	20
Suma	1020	917	565	2	73	192	-	843	875	90	49

Total de familias: 1141.

Hombres: 2028 (56.16%)

Mujeres: 2598 (43.98%)

Total: 4626

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Fuente de información: expedientes consultorio 3.

Elaboró: Blanca Estela González Cervantes.

Médico adscrito U.M.F "A" Xalostoc, I.S.S.S.T.E., 1998.

Diagnostico familiar

Los siguientes son los datos encontrados en las familias de la U.M.F "A" Xalostoc:

- Estado civil de las familias: (anexo 8)

	No.	%
Matrimonios casados:	639	56
Unión libre:	160	14
Divorciados:	80	7
Solteros:	137	12
Viudez:	57	5
Otros (separados):	68	6
Total:	1141	100

- Años de unión conyugal: (anexo 9)

	No.	%
0-5:	206	18
6-10:	285	25
11-15:	183	16
16-20:	91	8
21-25:	137	12
26-30:	91	8
31-35:	80	7
36 o más:	68	6
Total:	1141	100

- Escolaridad de las familias: (anexo 10)

	No.	%
Basica:	251	22
Media:	559	48
Media superior:	217	20
Superior:	114	10
T o t a l :	1141	100

- Número de hijos promedio de las familias: (anexo 11)

	No.	%
Número de hijos (hasta de 10 años de edad):	813	47
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):	861	50
Número de hijos (de 20 o más años de edad):	44	3
T o t a l :	1718	100

- Tipo de familia por su desarrollo: (anexo 12)

	No.	%
Moderna:	365	32
Tradicional:	776	68
T o t a l :	1141	100

- Tipo de familia por su composición: (anexo 13)

	No.	%
Nuclear:	844	74
Extensa:	217	19
Compuesta:	80	7
T o t a l :	1141	100

• Tipo de familia por su integración familiar: (anexo 14)

	No.	%
Integrada:	845	74
Semi-integrada:	148	13
Desintegrada:	148	13
Total:	1141	100

• Tipo de familia por su demografía: (anexo 15)

	No.	%
Urbana:	1027	90
Semi-urbana:	114	10
Total:	1141	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

• Ingresos económicos de las familias: (anexo 16)

	No.	%
1 salario mínimo:	0	0
De 1 a 2 salarios mínimos:	296	26
3 o más salarios mínimos:	845	74
Total:	1141	100

• Etapa del ciclo vital familiar: (anexo 17)

	No.	%
Matrimonio:	91	8
Expansión:	320	28
Dispersión:	479	42
Independencia:	171	15
Retiro o muerte:	80	7
	---	---
Total:	1141	100

• Ocupación de los padres de familia: (anexo 18)

	No.	%
Profesional:	114	10
Técnico:	171	15
Empleado:	708	62
Hogar:	91	8
Otros:	57	5
	---	---
Total:	1141	100

• Antecedentes heredo-familiares de las familias: (anexo 19)

	No.	%
Hipertensión:	479	42
Diabetes mellitus:	297	26
Obesidad:	137	12
Alergias:	137	12
Oncológicas:	91	8
	---	---
Total:	1141	100

• Planificación familiar: hombres. (anexo 20)

	No.	%
Preservativos:	280	80
Vasectomía:	18	5
Otros:	52	15
Total:	350	100

• Planificación familiar: mujeres. (anexo 21)

	No.	%
Anticonceptivos orales:	70	20
Anticonceptivos inyectables:	18	5
OTB:	122	35
DIU:	91	26
Ritmo:	<u>49</u>	<u>14</u>
Total:	350	100

• Toxicomanías de las familias: (anexo 22)

	No.	%
Alcoholismo:	308	27
Tabaquismo:	205	18
Automedicación:	23	2
Ninguna:	605	53
Total:	1141	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

• Hábitos higiénicos de la familia: (anexo 23)

	No.	%
Malo:	57	5
Regular:	217	19
Bueno:	867	76
Total:	1141	100

- Alimentación de las familias: (anexo 24)

	No.	%
Deficiente:	57	5
Regular:	114	10
Adecuada:	970	85
	---	---
T o t a l:	1141	100

- Vivienda de las familias: (anexo 25)

	No.	%
Fovissste:	68	6
Rentada:	183	16
Propia:	890	78
	---	---
T o t a l:	1141	100

- Materiales utilizados en las viviendas de las familias: (anexo 26).

	No.	%
Provisional:	285	25
Definitivo:	856	75
	---	---
T o t a l:	1141	100

Morbilidad (anexo 27)

Las 10 principales causas de morbilidad del consultorio no. 3 turno vespertino de la U.M.F "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E. en el año de 1998 son:

	%
1) Infecciones respiratorias altas agudas:	40
2) Gastroenteritis agudas:	20
3) Infecciones de las vías urinarias bajas:	10
4) Gastritis aguda:	6
5) Osteoartritis:	5
6) Cervicovaginitis:	5
7) Dermatitis:	5
8) Accidentes:	5
9) Infección de vías respiratorias bajas:	4
10) Caries dental:	-----
Total:	----- 100

• Las 5 enfermedades crónico degenerativas más frecuentes:

	%
1) Hipertensión arterial:	40
2) Diabetes mellitus:	30
3) Enfermedad articular crónica degenerativa:	15
4) Enfermedad ácido péptica:	10
5) Colitis crónica:	5
Total	----- 100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

10. Discusión de resultados

Las familias estudiadas en este trabajo teniendo como base la pirámide poblacional realizada, nos muestra en forma global un predominio del sexo femenino en comparación con el sexo masculino. Sin embargo, en la edad productiva existe predominio del sexo masculino en el rango de edad de los 30 a los 54 años, en comparación con el sexo femenino cuyo rango de productividad se desarrolla entre los 20 y los 49 años. En

relación al diagnóstico familiar:

Estado civil de las familias.- Predominan los matrimonios casados (53%).

Años de unión conyugal.- Con predominio en las parejas en el rango de 6 a 10 años (25%).

En relación con la escolaridad de las familias.- Hay predominio de las familias con educación secundaria (48%).

En relación con el número de hijos promedio de las familias.- Predomina en el rango de 11 a 19 años con un 50%.

En relación al tipo de familia por su desarrollo.- Predomina la familia tradicional con un promedio de 68%.

En relación con el tipo de familia por su composición.- Predomina el Tipo nuclear con un 74%.

En relación con el tipo de familia por su integración familiar.- Predominan las familias integradas con un 74%.

En relación al tipo de familia por su demografía.- Predomina la urbana con un 90%.

En relación a los ingresos económicos de la familia.- Predomina de tres o más salarios mínimos en un 74%.

En el ciclo vital de la familia.- Predomina la fase de dispersión con un 42%.

En relación a la ocupación de los padres de familia.- Predominan los empleados en un 52%.

En relación a los antecedentes heredo-familiares.- Se encontró a la Hipertensión arterial con un 42%.

El método de planificación familiar en los hombres.- Predomina el uso de preservativo con un 80%.

En ese mismo rubro de planificación familiar pero con las mujeres.- Predomina la OTB con un 35%.

En relación a las toxicomanías de las familias.- Predomino el alcoholismo con un 27%, haciendo la observación de que, en un 53% de las mismas, no se encontró ninguna adicción.

En relación con los hábitos higiénicos de las familias.- Predomina los buenos hábitos con un 76%.

En relación a la alimentación de las familias.- Predomina la alimentación adecuada con un 85%.

En relación a la obtención de la vivienda de las familias.- Predomina la vivienda propia con un 78%.

En relación a los materiales de construcción utilizados en las viviendas.- Predomina las de material definitivo con un 75%.

En relación con la morbilidad.- Predominan las infecciones de vías respiratorias altas con un 40%, seguida por las gastroenteritis agudas con un 20% y posteriormente, las infecciones de las vías urinarias bajas con un 10%.

En relación a las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes se encontró el predominio de la hipertensión arterial con un 40%, seguido de la diabetes mellitus con un 30%.

11. Conclusiones:

La aplicación del MOSAMEF (Modelo Sistemático de Atención de Medicina Familiar) es un método que permite tener una visión y estudio global de la población derechohabiente de una institución, pues a través de su aplicación y desarrollo nos aporta conocimientos tanto médico-nosológico como socio-cultural dinámica y ciclo familiar, etc.

En este trabajo se concluye que, la mayoría de las familias del consultorio no. 3 de la U.M.F. "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E., son familias tradicionales, de composición nuclear, urbanas en etapa de dispersión, ocupación de los padres de familia son empleados con un ingreso promedio de más de tres salarios mínimos, escolaridad media y media superior incompleta en la mayoría, padres con edad promedio de 30 a 49 años, métodos de planificación familiar de OTB y DIU en las mujeres y en los hombres preservativos, hijos, la mayoría, comprendidos en los rangos de edad de 11 a 19 años, seguido muy de cerca en el rango de hasta 10 años.

En relación con la morbilidad.- Predominan las infecciones de vías respiratorias altas con un 40%, seguida por las gastroenteritis agudas con un 20% y posteriormente, las infecciones de las vías urinarias bajas con un 10%.

En relación a las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes se encontró el predominio de la hipertensión arterial con un 40%, seguido de la diabetes mellitus con un 30%.

11. Conclusiones:

La aplicación del MOSAMEF (Modelo Sistemático de Atención de Medicina Familiar) es un método que permite tener una visión y estudio global de la población derechohabiente de una institución, pues a través de su aplicación y desarrollo nos aporta conocimientos tanto médico-nosológico como socio-cultural dinámica y ciclo familiar, etc.

En este trabajo se concluye que, la mayoría de las familias del consultorio no. 3 de la U.M.F. "A" Xalostoc del I.S.S.S.T.E., son familias tradicionales, de composición nuclear, urbanas en etapa de dispersión, ocupación de los padres de familia son empleados con un ingreso promedio de más de tres salarios mínimos, escolaridad media y media superior incompleta en la mayoría, padres con edad promedio de 30 a 49 años, métodos de planificación familiar de OTB y DIU en las mujeres y en los hombres preservativos, hijos, la mayoría, comprendidos en los rangos de edad de 11 a 19 años, seguido muy de cerca en el rango de hasta 10 años.

Sugerencias:

Dado que en este estudio se encontró que la mayoría de la población cuenta con un nivel socio-cultural bajo en donde es poco el porcentaje de carreras terminadas además de un desarrollo social con pocas oportunidades para proveer recursos suficientes para las familias, sugiero que a toda la población, tanto abierta como derechohabiente de la institución, se le provea de capacitación tanto educativa básica como técnica, así como en los diferentes temas de interés social como son: sexualidad, educación para la salud, conocimientos de salud básicos, así como materias de tipo social como ética, relaciones humanas, integración grupal, etc., con el fin de proveer las herramientas necesarias que favorezcan su desarrollo, así como el fomento a la salud, sobre todo en medicina preventiva, pues la prevención en relación a una atención médica institucional curativa facilitará la utilización de los recursos tanto materiales y humanos, lo cual redundará en beneficio de las familias.

El MOSAMEF debe considerarse como una buena alternativa de aplicación en forma sistematizada y obligatoria pues el método ofrece la concentración de datos tanto numérico-narrativos que nos son útiles para conocer realmente a nuestra población derechohabiente, siendo una herramienta indispensable que favorecen el desarrollo de una adecuada e integrada relación medico-paciente, así como la oportunidad de aplicar programas específicos de promoción a la salud como lo son: Los programas preventivos, los programas prioritarios de salud, ya que son precisamente estos, los que constituyen su filosofía, su estrategia y su núcleo esencial.

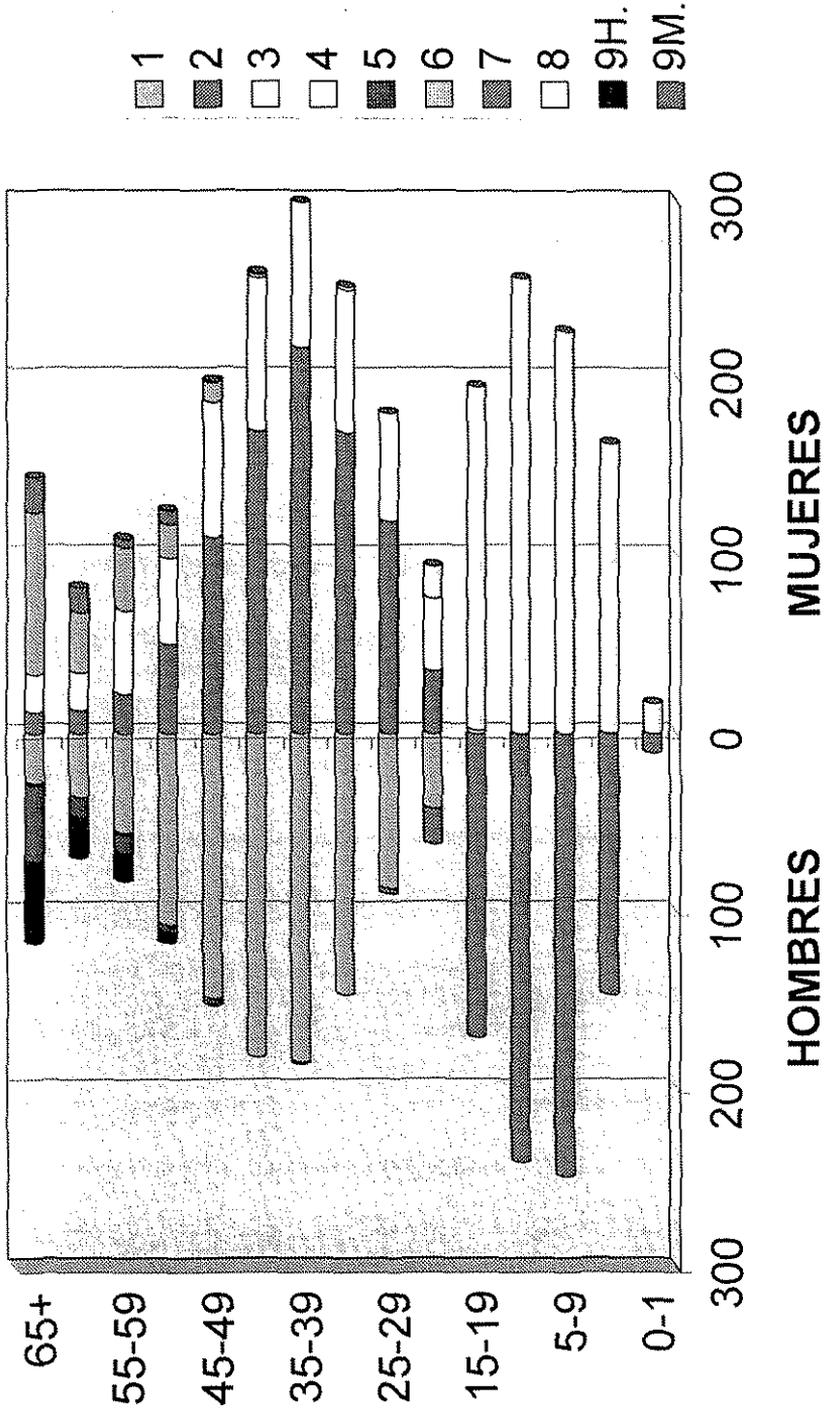
12. Referencias bibliográficas.

- 1) Introducción a la Medicina Familiar , Cap. 1. Orígenes de la Medicina Familiar . Fac. Med. Méx. UNAM , 1994.
- 2) Narro, J. "La medicina Familiar" Documento mimeografiado presentado en el V ciclo de 10 simposios sobre la administración de la atención médica. Academia Nacional de Medicina México D.F. 27-29- noviembre 1986.
- 3) Ceitlin, J. "¿Qué es la medicina familiar?" Capitulo primero FEPAFEM/KELLOG., Fundation, Caracas, 1982.
- 4) Narro, J. "La medicina General Familiar en México y latinoamérica."Boletín de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina Escuela de Medicina) (17): 12-18, 1981.
- 5) Curso de Especialización en Medicina Familiar. Fac. Med. Mex. UNAM. 1979.
- 6) Walter O. Spitzer. "El Mérito Intelectual de la Medicina Familiar". Rev. Fac. Med. Méx. UNAM. Vol. XXII, no. 12 1969.
- 7) Mc. Whinney, I.R. An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press.1981.
- 8) Mc. Whinney, I.R. "Family Medicine in Perspective"(new Eng. J. Of Med. (293) pp 176-181. 1995. Traducción por el Dr. Jorge son. M. Profesor del departamento de medicina general/familiar y comunitaria. Fac. Med. Méx. UNAM. 1995.
- 9) Irigoyen-Coria Arnulfo "Fundamentos de Medicina Familiar, Edit. Med. Fam. Méx. 4ª. Ed. 1996. Pp : 156-157.
- 10)Chávez, Aguilar, V., y col: "Atención Integral en Medicina Familiar". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (mes.), Vol. 33, núm. 2, 1995.
- 11)Irigoyen-Coria, Morales -López. MOSAMEF. Bases conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Edit. Med. Fam. Méx. 2000. P. 37.
- 12)Santiago-Iglesias H. Lomeli- Guerrero L.E. Diagnóstico de Salud y Estructura Familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch. Med. Fam. 2000; 2 (1): pp 11-16.

- 13) Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F. J. "El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿ piedra de Rosetta para la Medicina Familiar?" Arch. Med. Fam. 2000; 2 (1): pp 5-6.
- 14) Irigoyen-Coria A. Gómez-Clavelina F. , Noriega-Garibay R, Hernández-Torres I, Arteaga-Aceves G, Graniel-Guerrero E, Castro-Cante J. "Modelo Sistemático de Atención Médica en : Irigoyen-Coria A, Gomez-Clavelina F.J., (eds.) Fundamentos de Medicina Familiar. 5ª. Ed. Méx.: Med. Fam. Mex. 1998.: pp 151-174.
- 15) Varela-Rueda C.E. Antecedentes, Estado Actual y Perspectivas de la Residencia en Medicina Familiar en el IMSS. Bol. Med. IMSS. 1976; 18 (8): pp 280-285. En : Irigoyen-Coria, Morales-López. MOSAMEF. Bases Conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Edit. Med. Fam. Mex. 2000. P .40.
- 16) La Atención Integral en Medicina Familiar. Rev. Med. Del IMSS; Vol. 33 (2): pp 168. Marzo-abril 1995.
- 17) Durán-González L.I. Eficiencia en la Prestación de Servicios de Salud. Salud. Pública Méx. 1992; 34 (suplemento): pp 46-61. En Irigoyen-Coria, Morales-López. MOSAMEF. Bases Conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Edit. Med. Fam. Méx. 2000. p. 43.
- 18) Irigoyen-Coria A, Fundamentos de Medicina Familiar. Edit. Med. Fam. Mex. 7ª. Ed. 2000. pp 3-8.
- 19) Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina J.F., Hernández-Ramírez C, Frafán-Salazar G. Diagnóstico Familiar. 4ª. Ed. 1ª. Reimpresión. Edit. Med. Fam. Mex. México. 1994. pp 101-108
- 20) C. Jiménez Mena, A. Lorenzo Riera, "Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad", atención primaria, Vol. 12, núm. 5, 30 de septiembre de 1993 pp. 269-272
- 21) Waters Ian, Watson William, Wetzel William. Familigramas. Instrumentos útiles para los médicos familiares. Canadian Family Physician. 1994; 40: 282-287. Traducción Dr. Luis Carlos Torres Contreras en :Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª. ed. Edit. Med. Fam. Mex. 2000 pp . 66-87

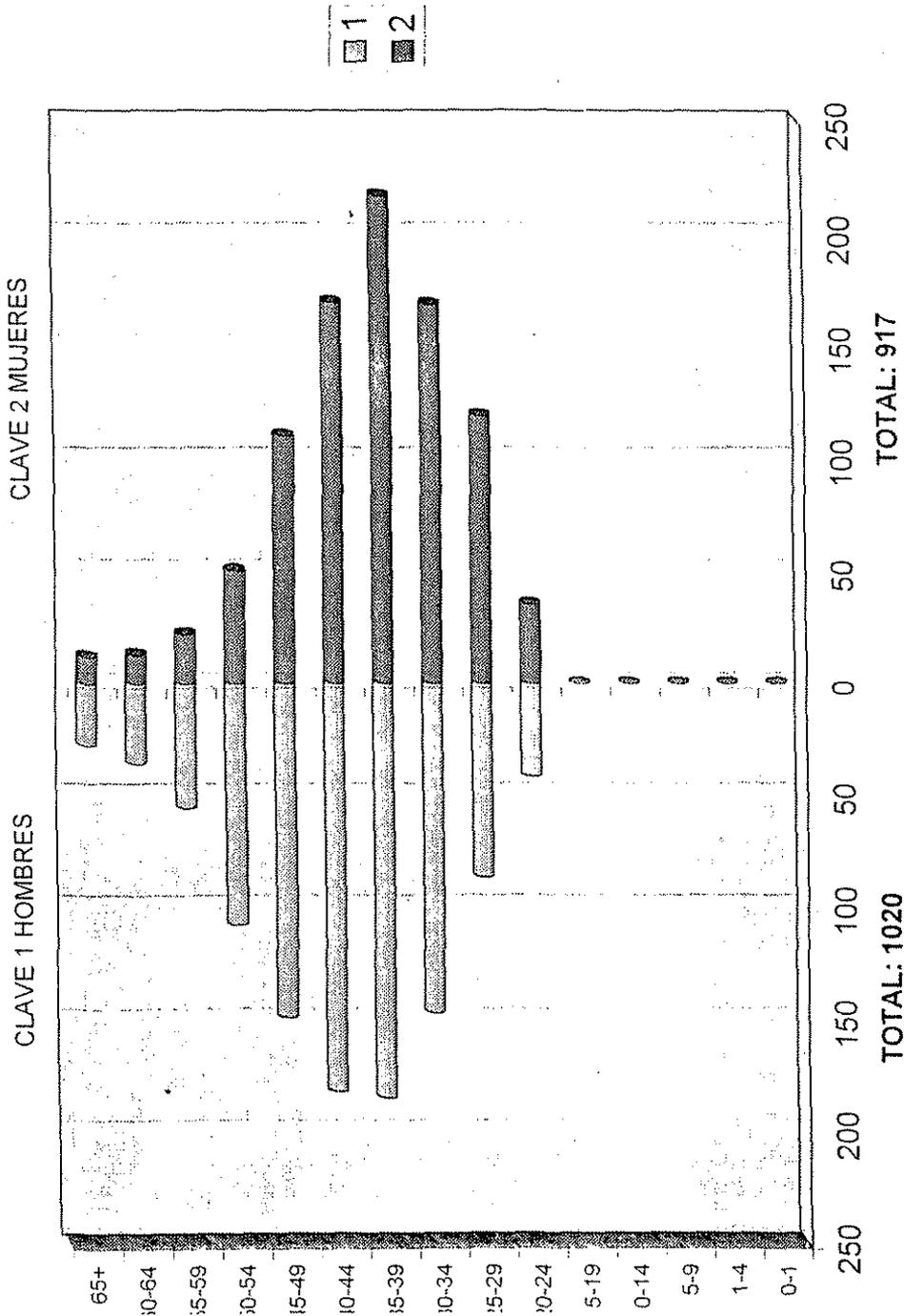
- 22) Minuchin. "Familias y Terapia Familiar". Ed. Gedisa. Barcelona. 1979
- 23) Archivos de la Unidad de Medicina Familiar Xalostoc del ISSSTE.
- 24) Vigencia de Derechos de la Unidad de Medicina Familiar Xalostoc del ISSSTE.
- 25) Encuesta efectuada en forma directa a los derechohabientes adscritos al consultorio No. 3 de la Unidad de Medicina Familiar Xalostoc del ISSSTE.
- 26) Peña Piña, B.A., "Ciclo vital de la familia". Trabajo presentado en la reunión anual de la Asociación de Médicos Generales y Familiares, A.C. Pag. 1-16., 1990.
- 27) Guevara. R., Mancilla, D., "Diagnostico Familiar II", "Familiograma Estructural y socio dinámico". Curso Monográfico Dinámica Familiar 31 de marzo al 4 de abril, 1997. Hgz. No. 8 del I.M.S.S.
- 28) Narro. R. J., "Medicina Familiar" en: Soberon, G. Kumate, J., Laguna, J., "La Salud en México: testimonios 1988". Fondo de la Cultura Económica; tomo IV, Vol. 2, 1988 pp. 239-252 en: Irigoyen-Coria, Morales-López. MOSAMEF. Bases conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Familiar. Edit. Med. Fam. Mex. 2000 pp 47.

PIRAMIDE POBLACIONAL CONSULTORIO 3, 1998



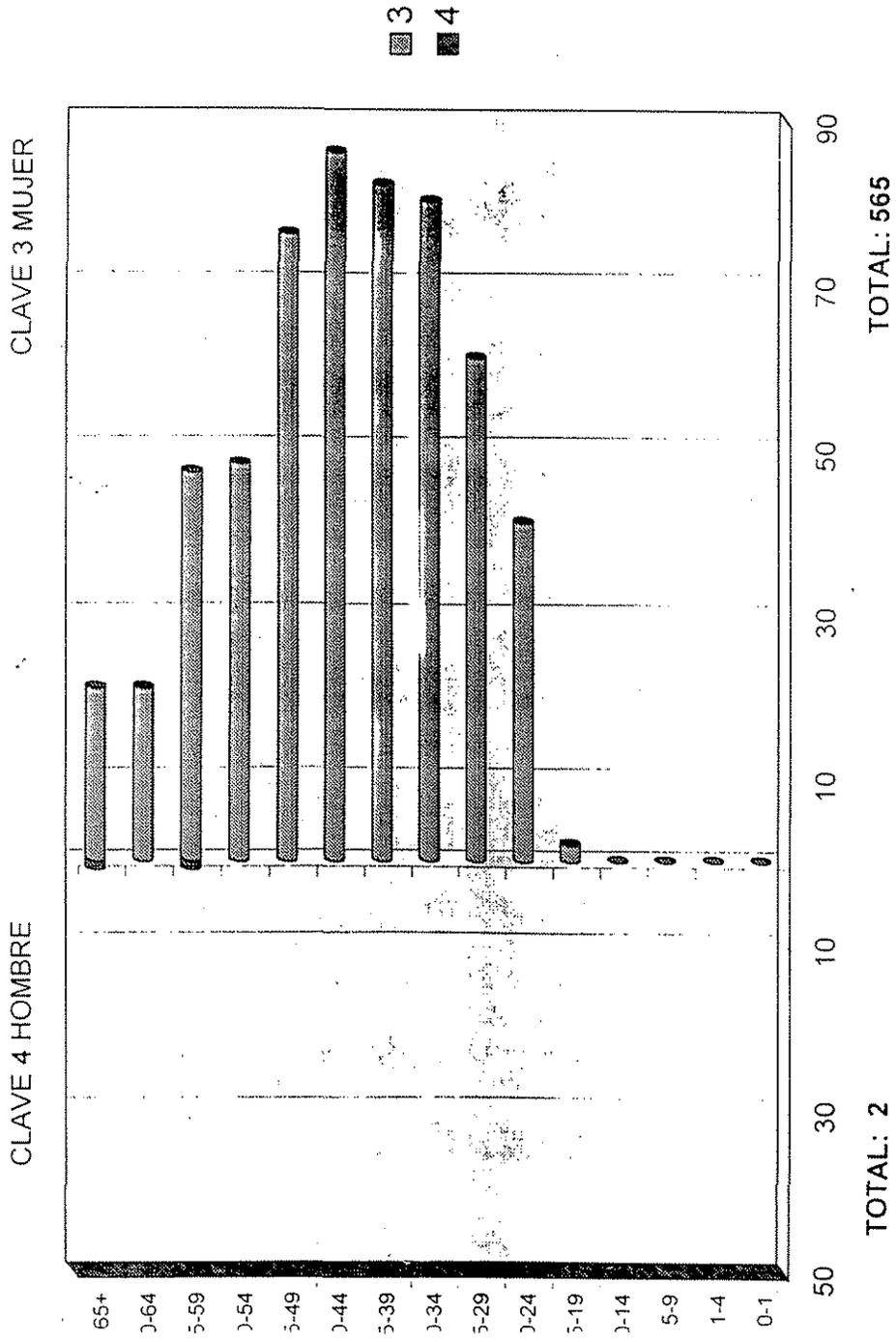
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UMF "A" ISSSTE XALOSTOC
 CONCENTRADO POR CLAVES Y GRUPOS ETAREOS



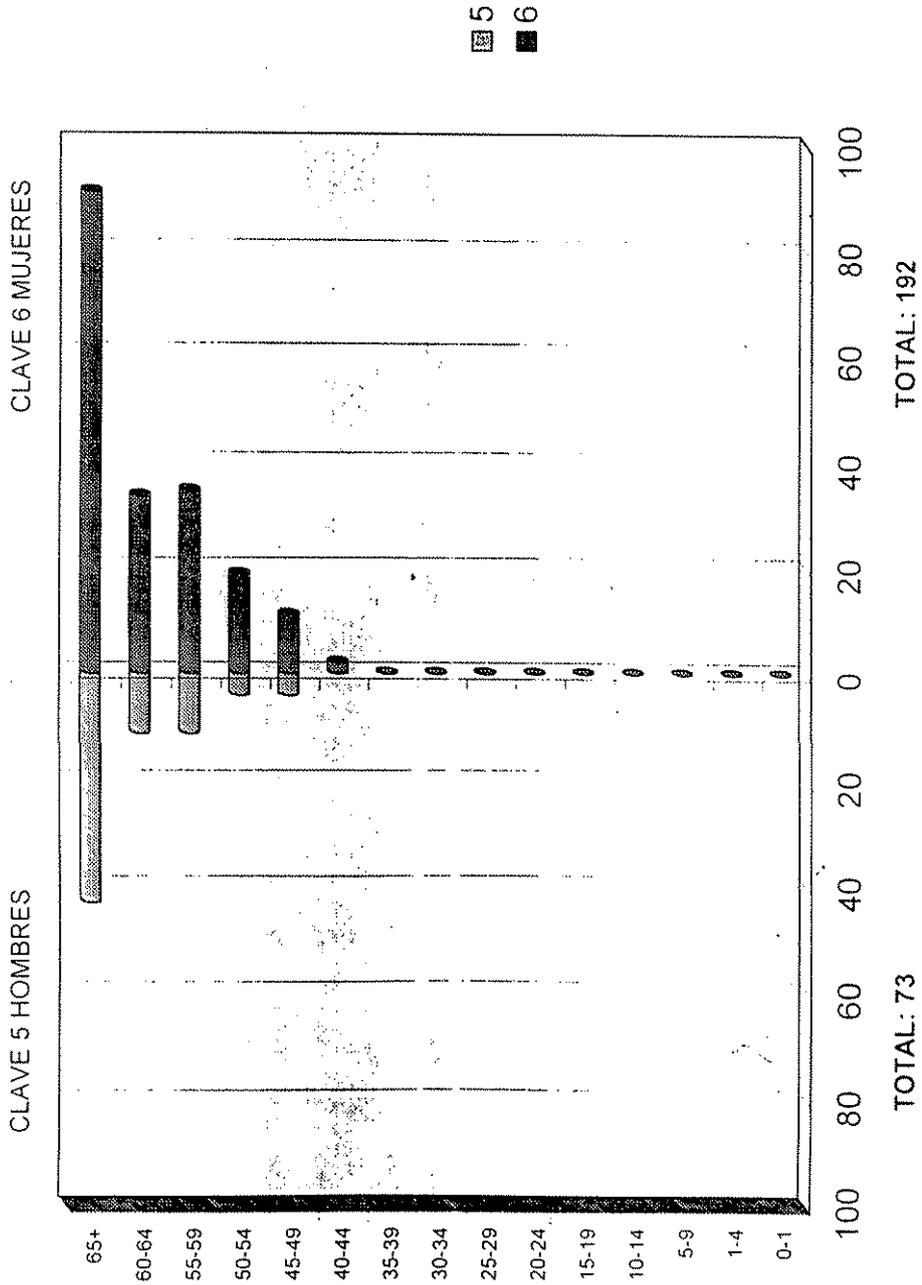
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

UMF "A" ISSSTE XALOSTOC
CONCENTRADO POR CLAVES Y GRUPOS ETAREOS



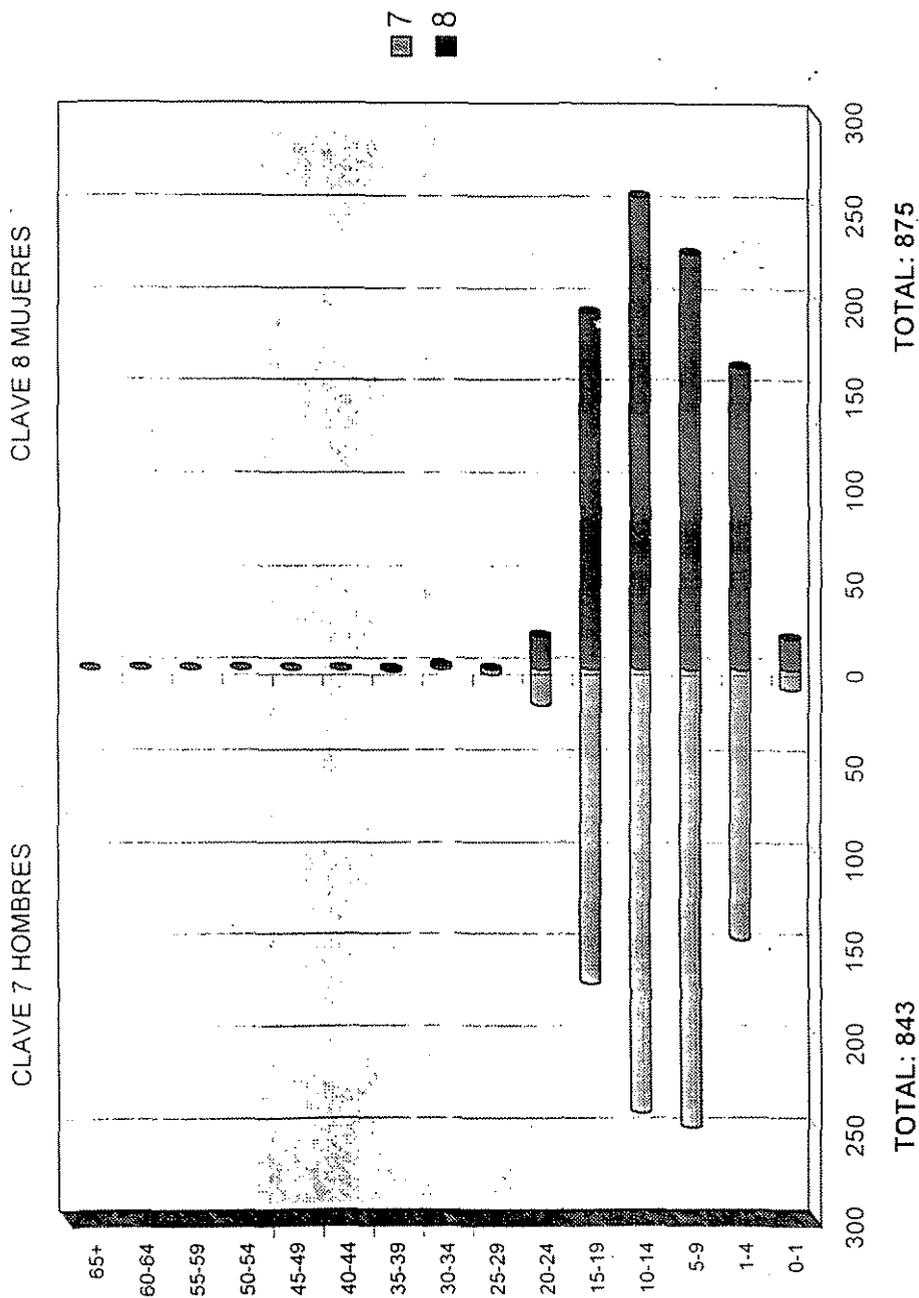
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UMF "A" ISSSTE XALOSTOC
 CONCENTRADO POR CLAVES Y GRUPOS ETAREOS



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

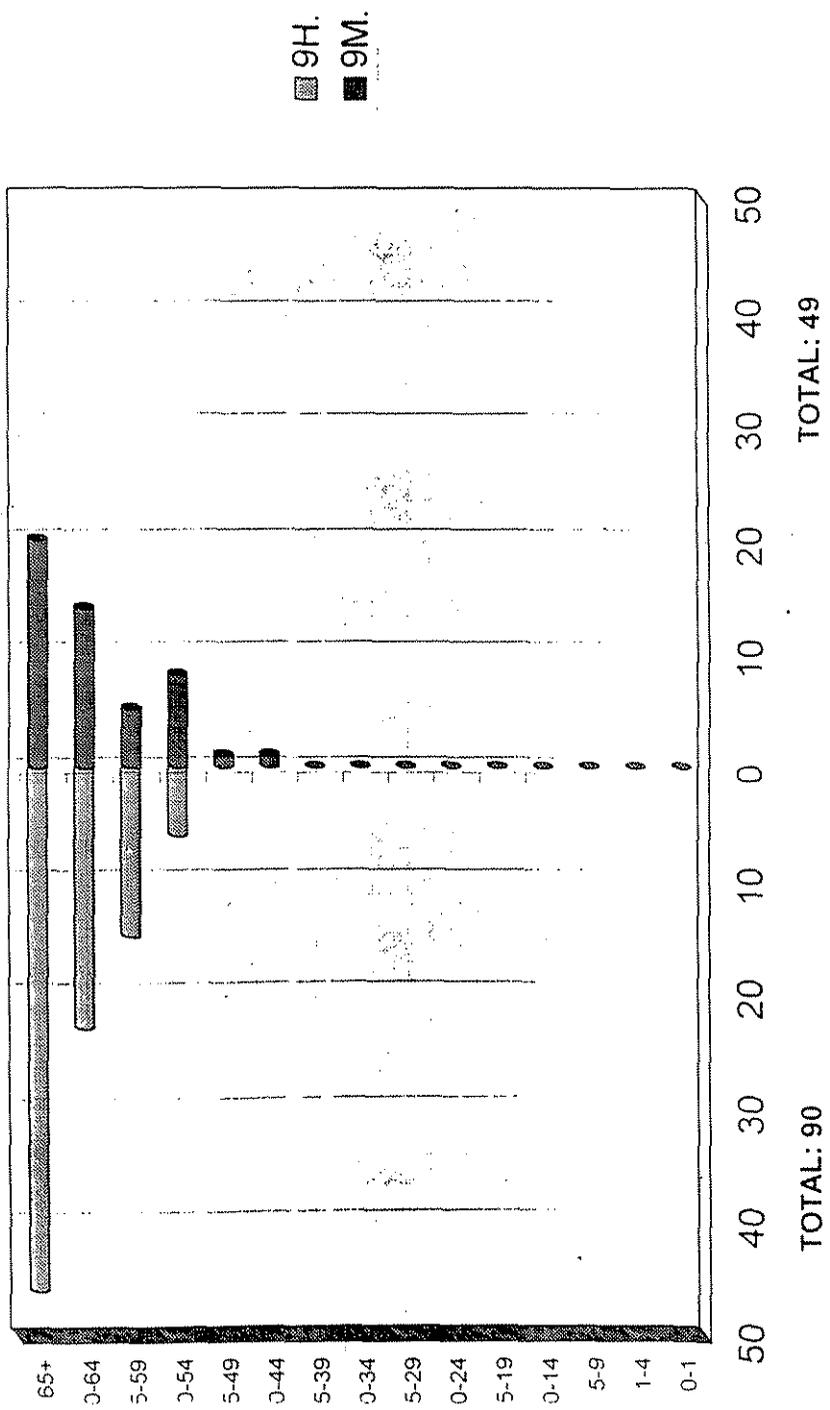
UMF "A" ISSSTE XALOSTOC
 CONCENTRADO POR CLAVES Y GRUPOS ETAREOS



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

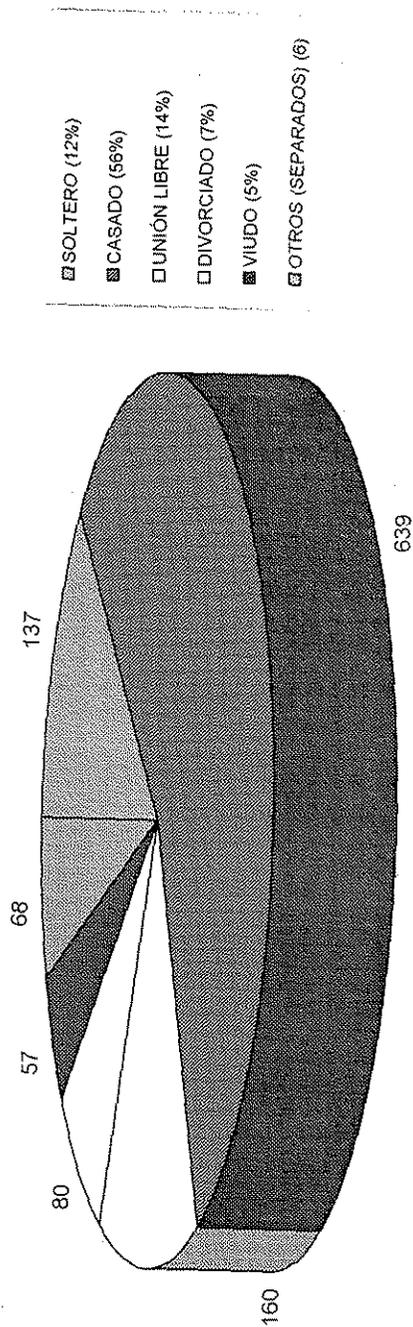
UIMF "A" ISSSTAE XALOSTOC
 CONCENTRADO POR CLAVES Y GRUPOS ETAREOS

CLAVE 9 PENSIONADO HOMBRE CLAVE 9 PENSIONADA MUJER



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

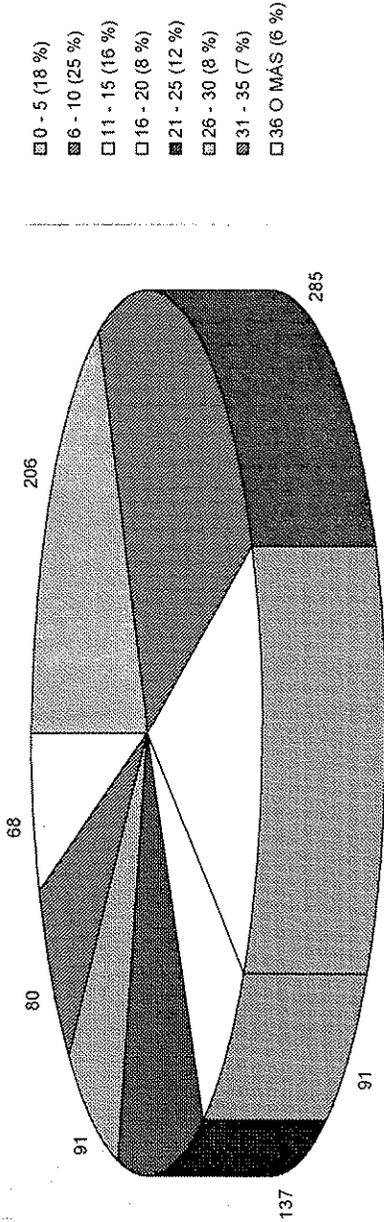
**ANEXO No. 8.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
ESTADO CIVIL.**



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS CASADAS.
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO Y VIGENCIA DE DERECHOS DE LA UMF "A" XALOSTOC DEL ISSSTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

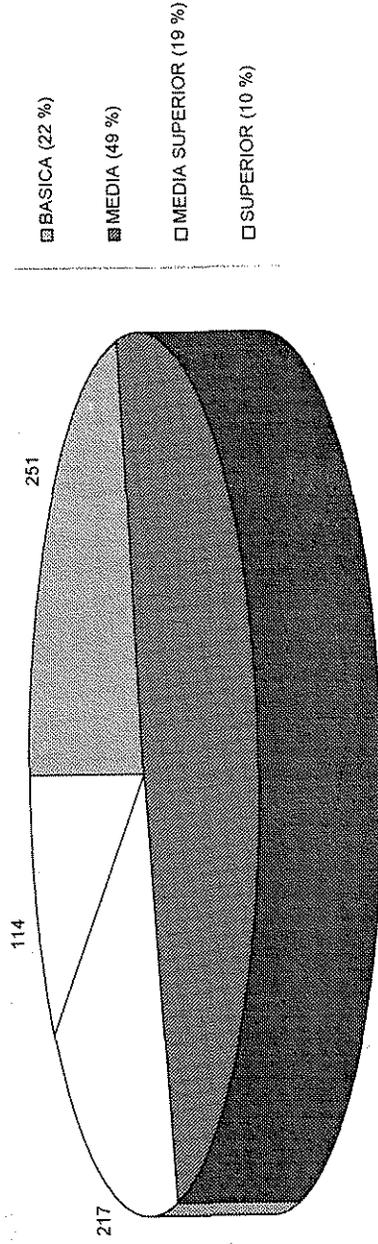
ANEXO No. 9.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS.



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINA EL PERIODO DE 6 - 10 AÑOS.
 FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR. ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

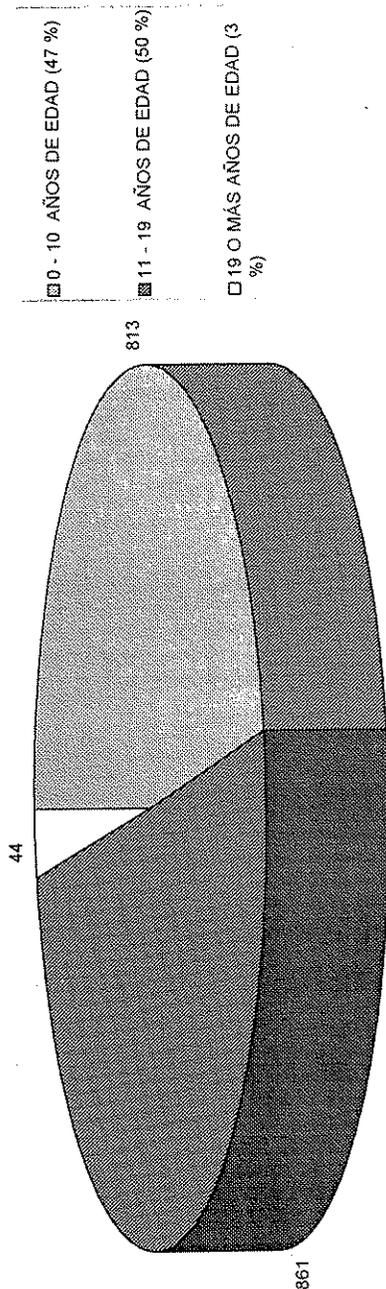
**ANEXO No. 10.
 RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
 ESCOLARIDAD DEL JEFE DE LAS FAMILIAS.**



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS CON EDUCACIÓN MEDIA..
 FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR. ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

**ANEXO No. 11.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
NÚMERO DE HIJOS.**

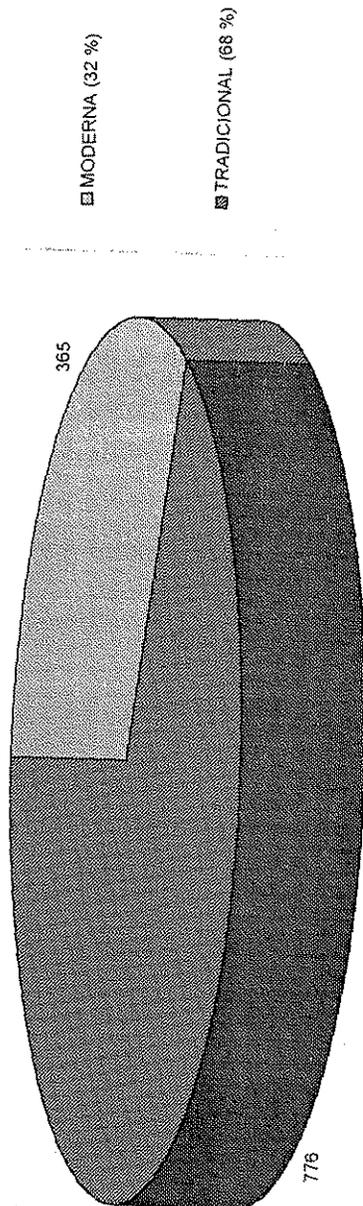


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LOS HIJOS DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD.

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO Y VIGENCIA DE DERECHOS EN LA UMF "A" XALOSTOC DEL ISSSTE. FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO No. 12.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO.

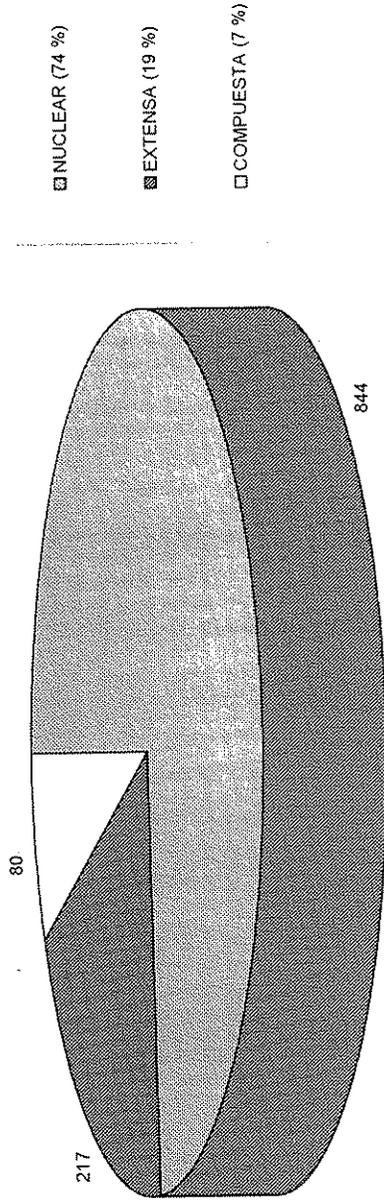


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS TRADICIONALES.

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO Y VIGENCIA DE DERECHOS EN LA UMF "A" XALOSTOC DEL ISSSTE. FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

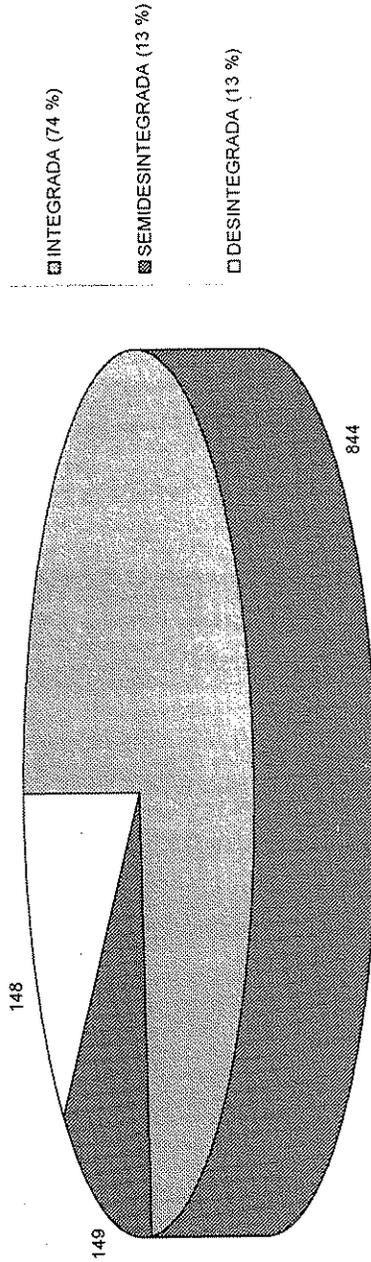
ANEXO No. 13.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS.



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS NUCLEARES.
 FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO Y VIGENCIA DE DERECHOS EN LA UMF "A" XALOSTOC DEL ISSSTE. FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

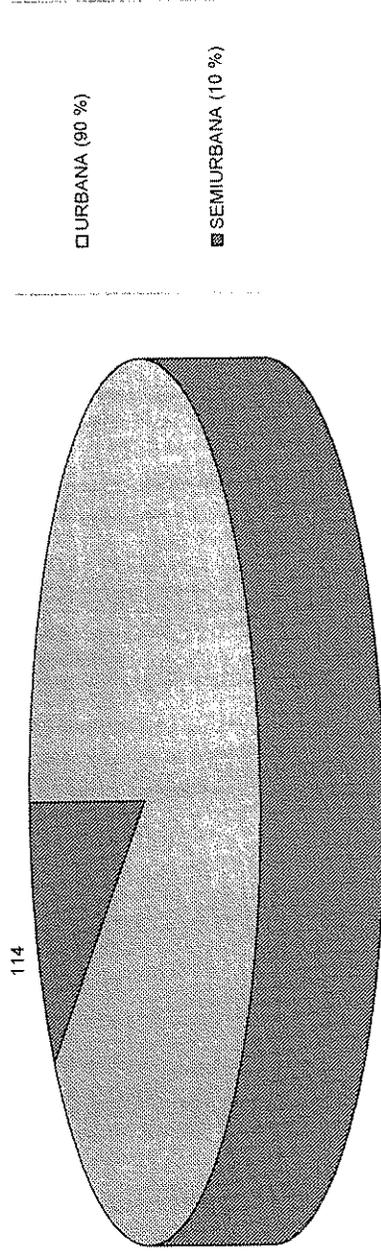
**ANEXO No. 14.
 RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
 TIPO DE FAMILIA POR SU INTEGRACIÓN FAMILIAR.**



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS INTEGRADAS.
 FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

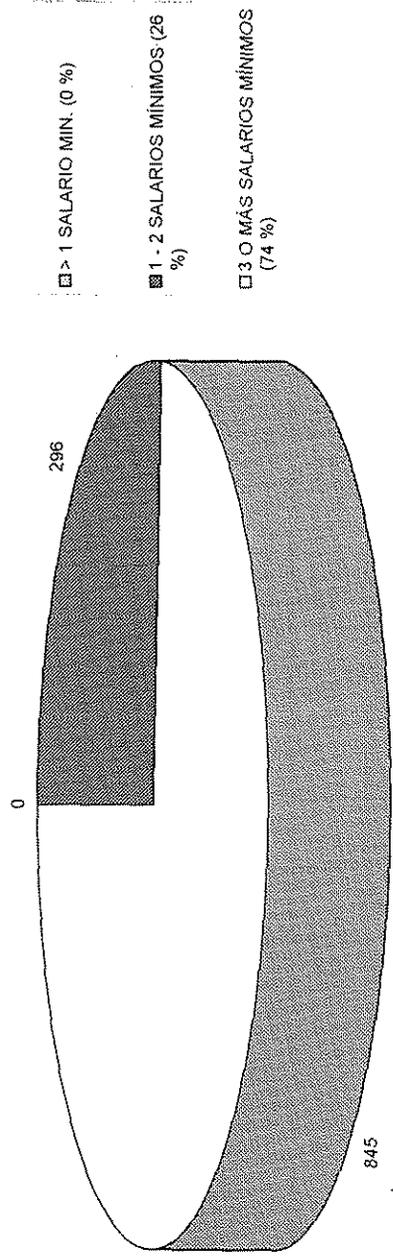
**ANEXO No. 15.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
TIPO DE FAMILIA POR SU DEMOGRAFÍA.**



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS URBANAS.
FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ANEXO No. 16.
 RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
 INGRESO ECONÓMICO.**

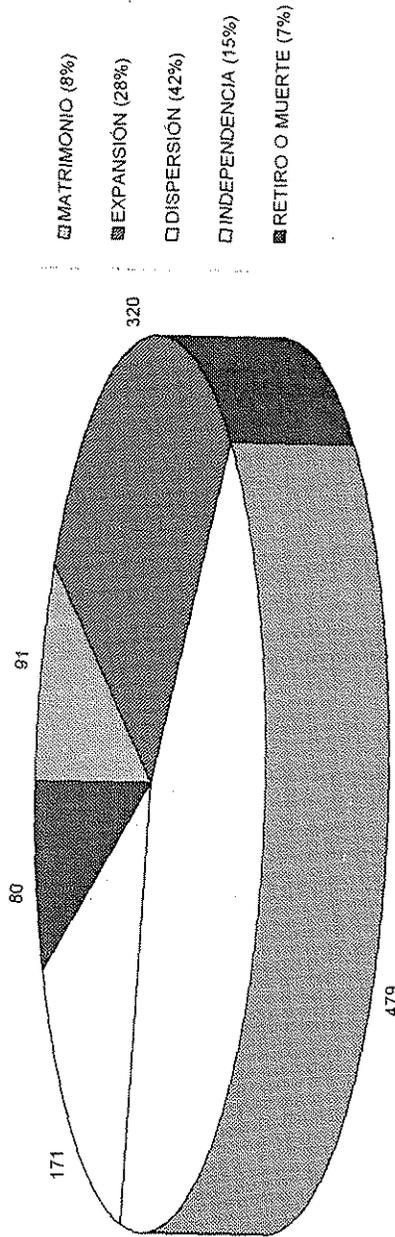


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS QUE PERCIEN MÁS DE TRES SALARIOS MÍNIMOS.

FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO Y VIGENCIA DE DERECHOS DE LA UMF "A" XALOSTOC DEL ISSSTE, FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**ANEXO No. 17.
 RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
 ETAPA DE CICLO VITAL FAMILIAR.**

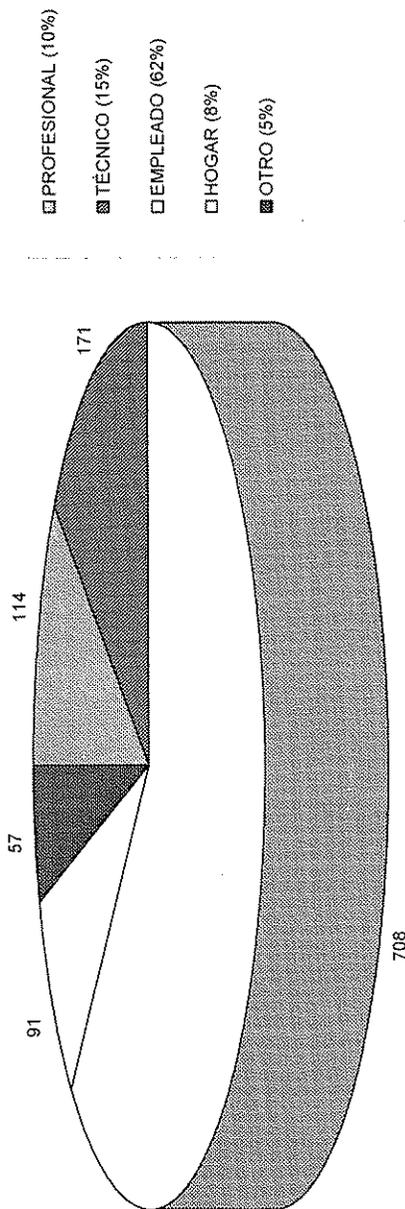


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS FAMILIAS EN FASE DE DISPERSIÓN.

FUENTE: FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

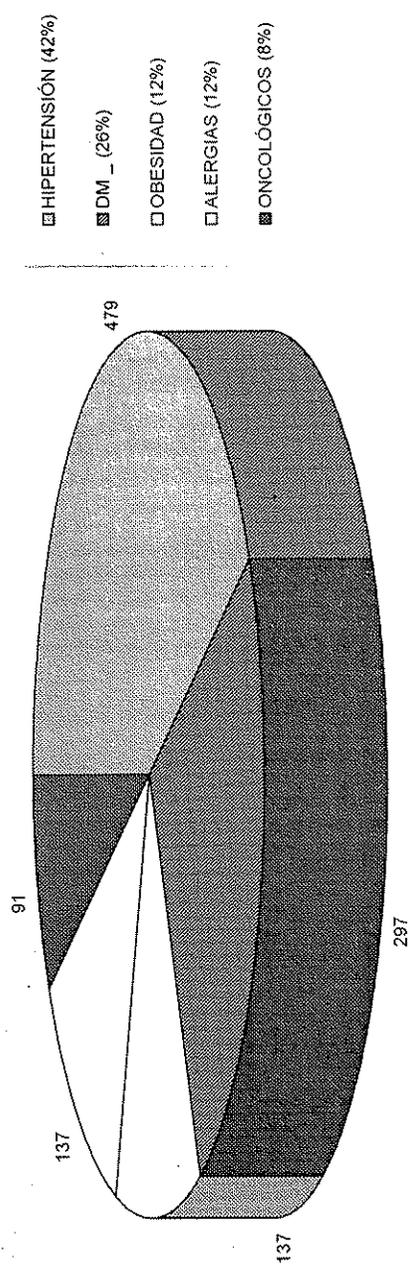
ANEXO No. 18.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA.



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LOS EMPLEADOS.
 FUENTE: ARCHIVO Y VIGENCIA DE DERECHOS DE LA UMF "A" XALOSTOC DEL ISSSTE. FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

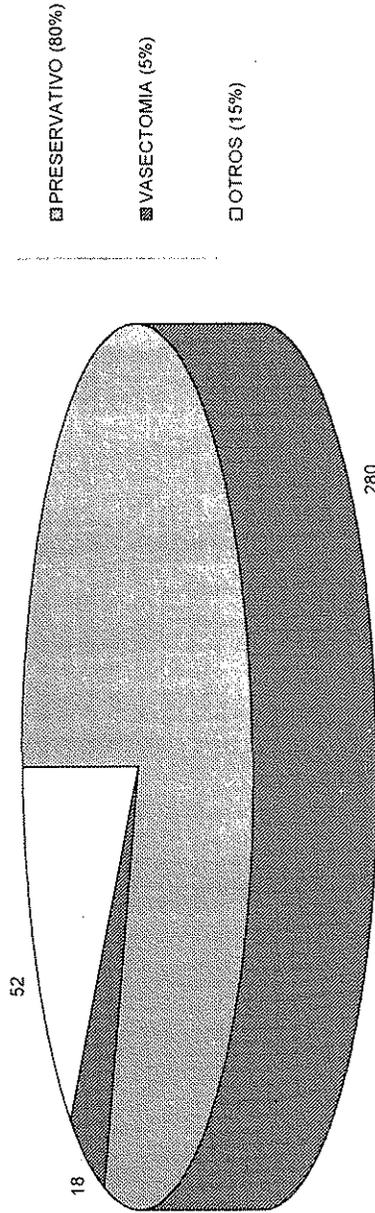
ANEXO No. 19.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES DE LAS FAMILIAS.



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINA LA HIPERTENSIÓN.
 FUENTE: ARCHIVO Y VIGENCIA DE DERECHOS DE LA UMF "A" XALOSTOC DEL ISSSTE.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

**ANEXO No. 20.
 RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
 MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (HOMBRES).**

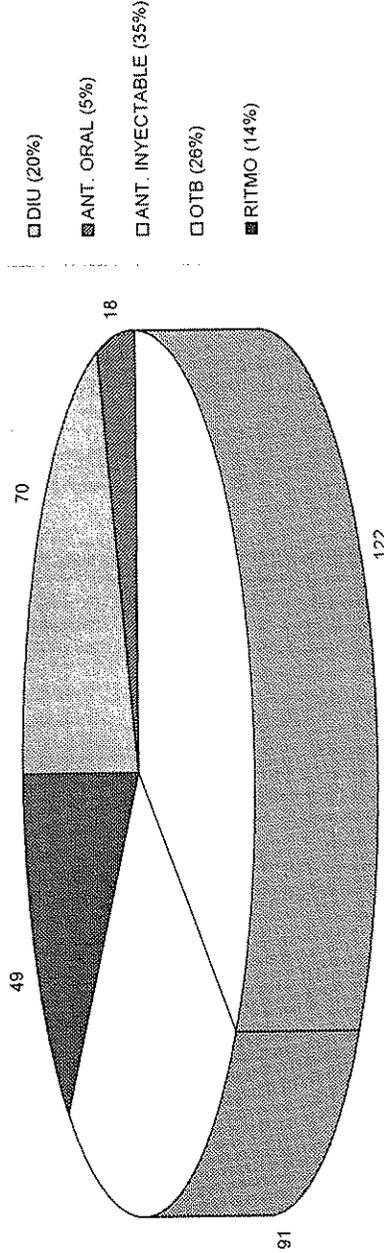


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LOS HOMBRES CON USO DE PRESERVATIVO.

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**ANEXO No. 21.
 RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
 MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (MUJERES).**

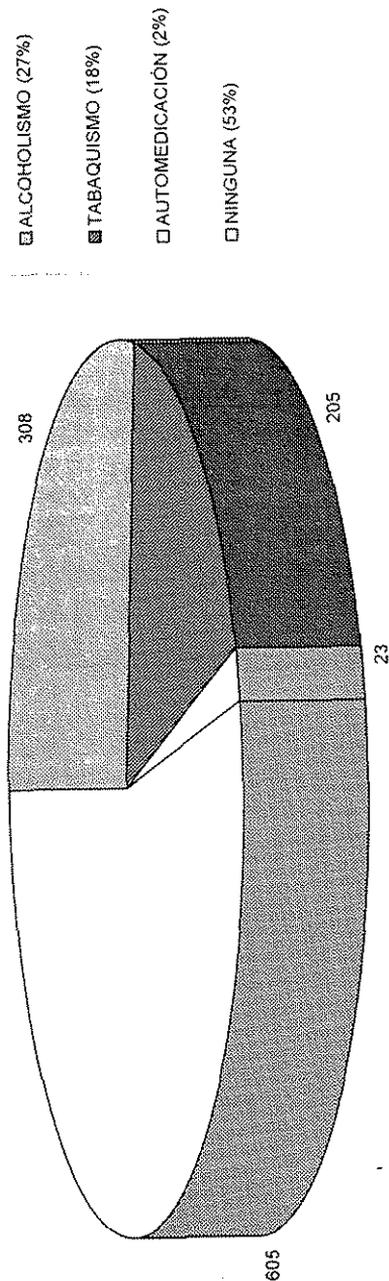


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN LAS MUJERES QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO No. 22.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
TOXICOMANÍAS EN LAS FAMILIAS.

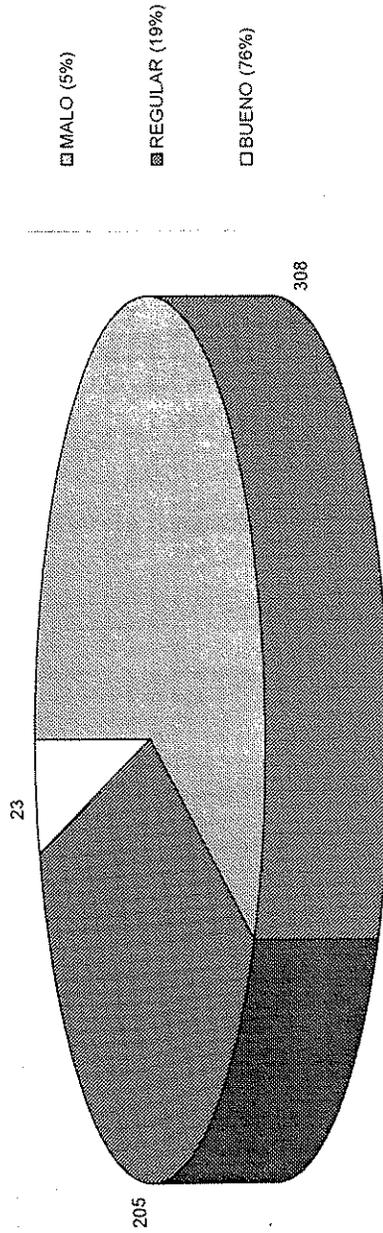


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINA EN LAS FAMILIAS NINGUNA TOXICOMANIA, SEGUIDA POR EL ALCOHOLISMO.

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

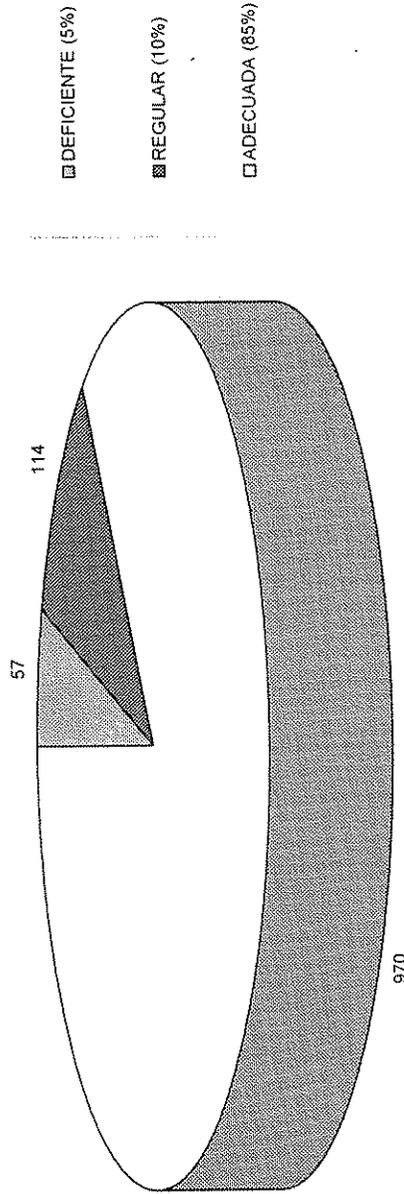
**ANEXO No. 23.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
HÁBITOS HIGIÉNICOS EN LAS FAMILIAS.**



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINAN EN LAS FAMILIAS LOS BUENOS HÁBITOS HIGIÉNICOS
FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOS HABIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO No. 24.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
ALIMENTACIÓN DE LAS FAMILIAS.

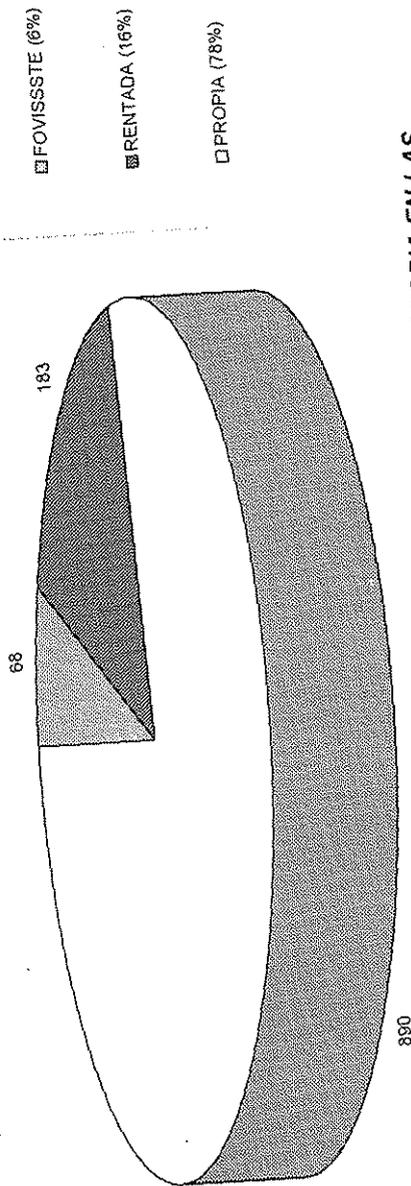


DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINA LA ALIMENTACIÓN ADECUADA EN LAS FAMILIAS.

FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

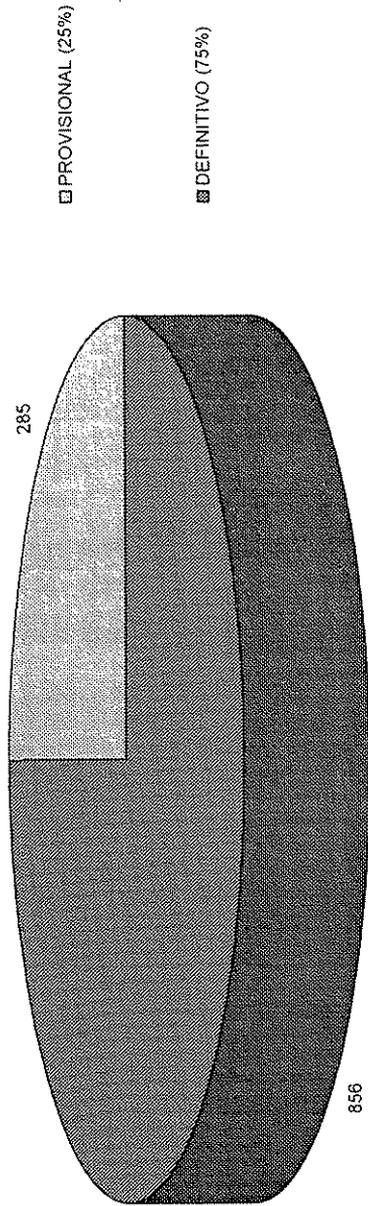
**ANEXO No. 25.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
VIVIENDAS DE LAS FAMILIAS.**



DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINA LA CASA PROPIA EN LAS FAMILIAS.
FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHAHABIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO No. 26.
RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR.
MATERIALES UTILIZADOS EN LAS VIVIENDAS DE LAS
FAMILIAS.**



**DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS: PREDOMINA EL USO DE MATERIALES
DEFINITIVOS EN LAS VIVIENDAS DE LAS FAMILIAS.**
FUENTE: ENCUESTA EFECTUADA EN FORMA DIRECTA A LOS DERECHOHABIENTES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN