

77 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR

"Dr. Joaquín Canovas Puchades"

Tepic, Nayarit



CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES DEL CONSULTORIO 2 DE
LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUÍN CANOVAS PUCHADES"
TEPIC, NAYARIT

ISSSTE

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

PRESENTA:

DRA. CRUZ LETICIA GUTIERREZ LOPEZ



2007



Tepic, Nayarit.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

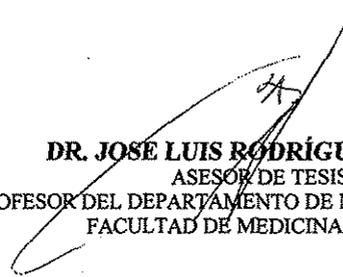
PRESENTA:

DRA. CRUZ LETICIA GUTIERREZ LOPEZ

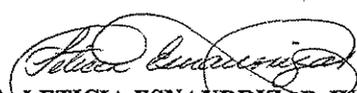
CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES DEL CONSULTORIO 2 DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
TEPIC, NAYARIT



DRA. LAURA ELENA LOMELI GUERRERO
PROFESOR TITULAR Y ASESOR DE TESIS DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSSTE
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
TEPIC, NAYARIT OCTUBRE DE 1999.



DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ LOPEZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MEDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
TEPIC, NAYARIT OCTUBRE DE 1999

I. S. S. S. T. E.
SUBDELEGACION MEDICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. J. C. P."
TEPIC, NAYARIT.

I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

13 MAR. 2002

V. O. B. E.

**CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES DEL CONSULTORIO 2 DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
TEPIC, NAYARIT**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CRUZ LETICIA GUTIERREZ LOPEZ

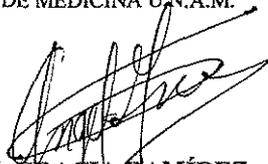
AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL 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. ANGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

II.- INDICE GENERAL

I- TITULO

II- INDICE GENERAL

III.- MARCO TEORICO.	2
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
V.- JUSTIFICACIÓN.	15
VI.- OBJETIVOS.	18
VII.- HIPOTESIS.	19
VIII.- METODOLOGIA	20
A) TIPO DE ESTUDIO	20
B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.	20
C) TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	20
D) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN..	22
E) INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION).	23
F) METODOS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.	25
G) CONSIDERACIONES ETICAS.	26
IX.- RESULTADOS	
-DESCRIPCION DE RESULTADOS	27
-CUADROS Y TABLAS GRÁFICAS..	30
X.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	36
XI.- CONCLUSIONES.	40
XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	41
XIII.- ANEXOS.	44

III- MARCO TEÓRICO

El origen de la familia esta dada por el nacimiento del hombre, y es vista como la más antigua de las Instituciones humanas.

No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie humana no es hasta la mitad del siglo XIX cuando se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen la consideraron como una Institución Social Histórica, cuya estructura y función son determinadas por el desarrollo de la sociedad y que existirá mientras exista nuestra especie.^(1,2,3)

La palabra "Familia" deriva de la raíz latina famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico.^(1,2,3)

En la era del nomadismo con el término de "familia" se designaba a todo un grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro. En Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y muerte de todos ellos.³

Al paso del tiempo con la evolución del grupo familiar han surgido enfoques científicos y diferentes definiciones, así la OMS la define como "el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio."^(1,3,4)

El censo canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos, o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo. Según el consenso americano la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados unos con otros por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción.^{1,3}

El concepto moderno de familia tiende a definirla como una unidad socioeconómica compuesta únicamente por el padre, la madre y los hijos, bien sea que estos sean producto de esta unión o adoptivos, también es importante que vivan bajo el mismo techo e interactúen intensamente para lograr el bienestar general de todos los miembros de la familia.³

La familia es dinámica, cambia y evoluciona de acuerdo a las transformaciones que surgen en los individuos que la integran. Los cambios individuales son acordes a la sociedad a la que pertenece, por tanto las modificaciones que surgen en la sociedad inciden en la organización familiar y viceversa.^(3,4)

Las diferencias entre las familias de una sociedad dan lugar a una diversidad de tipos familiares. La cultura o culturas de una sociedad nos divide a la familia en tres formas:

1.- La familia de comunidades Folk o de cultura indígena se encuentra en regiones rurales y zonas de refugio. Tiene características propias de acuerdo a su pasado histórico.

2.- Las familias de comunidades rurales. Este tipo de familia tiene una tradición común a varias comunidades regionales o culturas estatales o nacionales.

3.- La familia de comunidad o aglomeración urbana más o menos industrializada o cosmopolita. Tiende a adoptar una cultura nacional o internacional, más sin embargo conserva tradiciones de la familia de procedencia. En nuestro medio, la familia urbana sin ninguna tradición es muy rara. Esta familia se caracteriza por tener más proyección al futuro y menos presencia del pasado.⁽¹⁾

Tomando en cuenta la pertenencia a un nivel socioeconómico estratificado y de clase, podemos clasificar a las familias en cuatro tipos:³

1.- Familia de estratos marginados y subproletarios.- Tienen un nivel de subsistencia bastante precario. es la familia del desempleado, del recién emigrado a la ciudad, del campesino sin tierra, etc.

2.- Familia de estratos populares proletarios.- Dependientes de su actividad económica y con un nivel subsistencia bajo. Son familias de empleados menores, obreros no calificados, trabajadores fijos con salarios mínimos, campesinos con tierras.

3.- La familia de estratos medios.- sus miembros son más o menos participantes en la actividad económica. Aquí está ubicada la familia de clase media, que satisface sus necesidades básicas y tiene la oportunidad de algunos lujos, esta es la familia de obreros calificados, maestros, profesionistas, comerciantes menores, pequeños industriales.

4.- Familia de estrato elitario y de dominio.- Tienen un alto consumo para las necesidades primarias, por lo que están bien satisfechas. A ellas pertenecen banqueros, médicos de alto prestigio, burócratas y políticos de alta jerarquía, empresarios, etc.

Para los estudiosos de la familia, desde el punto de vista social, se ha encontrado útil la siguiente clasificación:^{1,8}

Con base en su desarrollo: Moderna, Tradicional, Arcaica o Primitiva

La proporción aproximada en nuestro medio: Moderna 40%, Tradicional 50%
Arcaica o primitiva 10%

En base a su demografía Urbana y Rural, con una proporción estimada en nuestro medio rural: 40% Urbana 60%

En base a su integración.- Integrada.- En la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones. Semintegrada: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen con sus funciones- Desintegrada: es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Desde el punto de vista de su tipología: se clasifica en campesina, obrera y profesional, estas características está dadas según la ocupación de uno o ambos cónyuges.^{1,8}

En base a su composición la familia la podemos describir en familia nuclear: aquella integrada por el padre, la madre y los hijos adoptados o naturales.

familia extensa: es la familia nuclear más parientes de primer grado.

familia extensa compuesta: es la familia nuclear más parientes en primer grado de segundo o tercer grado o no pariente.

Familias comunales: varios núcleos familiares que interactúan estrechamente, que hay límites poco definidos entre los mismos.^(1,8) Estas familias son producto de la sociedad moderna.

En la actualidad podemos definirla como un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales, que pueden afectar su salud, individual o familiar.^(3,4)

El estudio de la familia desde el punto de vista de la Teoría de los Sistemas permite comprender que la familia es mucho más que la suma de partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento^(5,6)

Así Bertalanfy en 1968 la describe como un sistema vivo de tipo abierto, que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el social y el ecológico.^(4,5,6) La familia como grupo primario con características propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en el mismo individuo.^(3,4) Permite conocer los diferentes subsistemas que se dan en la familia, organizados por generación, sexo intereses y funciones.

Los principales en la estructura de una familia nuclear son: el subsistema conyugal, subsistema paterno-filial, subsistema fraterno que interactúan y conviven

permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva.^(1,3) Esto requiere la comprensión de algunos conceptos básicos sobre la estructura y función familiar. La familia es dinámica, cambia y evoluciona de acuerdo a las transformaciones que surgen de los individuos que la integran, hay problemas y responsabilidades que afrontan las familias durante diversas etapas de su desarrollo, la familia como todo grupo humano tiene su inicio desarrollo y ocaso, y a semejanza del hombre, pasa por un ciclo donde despliega sus funciones como son el nacer, crecer, reproducirse y morir, las que pueden encontrarse en un marco de normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología^(1,3,4,5).

Existen diversas clasificaciones del ciclo vital familiar como el propuesto por Duvall 1977, este es uno de los mas conocidos y utilizados en la sociología. El cual lo divide en Ocho estadios, que se inician cuando la pareja contrae matrimonio y se encuentra sola y sin hijos, y termina cuando la pareja nuevamente queda sola, en etapa de retiro y frecuentemente abandonada por la prole.⁸ La OMS define un modelo dividido en seis etapas: (formación, extensión, extensión completa, contracción, contracción completa, disolución) se inicia con la formación en el momento del matrimonio, y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge). El modelo define bien los límites de las fases, con lo que facilita la clasificación de la familia tanto desde el punto de vista clínico como demográfico. Y por otro lado el propuesto por Geyman en 1980 que consta de 5 fases siendo este el más utilizado en México:

Fase de matrimonio, que inicia en la consolidación del vínculo matrimonial concluyendo hasta la llegada del primer hijo. Fase de Expansión, se incorporan nuevos miembros a la familia, Fase de Dispersión, se identifica por el hecho que los hijos asisten a

la escuela pero ninguno se encuentra trabajando, Fase de Independencia, aquí los hijos están formando nuevas familias, Fase de Retiro y muerte, es la fase de incertidumbre y nostalgia. ^(1,3,5)

Evidentemente hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psicosociales en cada una de estas etapas que conforman el ciclo vital de la familia. Cuando el ciclo vital familiar se disloca o interrumpe, o cuando la familia tiene dificultades para cumplir las funciones específicas que exige cada etapa, se producen situaciones que alteran la homeostasia familiar, situaciones que de no resolverse de forma satisfactoria desembocaran en una crisis del sistema.²⁶

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. En base a que la familia cumpla o no con sus funciones se habla de una familia funcional o disfuncional. Así la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que se atraviesa, dentro de las que se mencionan el embarazo, nacimiento, enseñanza de la sexualidad, estado laboral, muerte de un miembro.¹

Una familia con dinámica funcional mantiene en un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.³

El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Su conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.³

Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere a una respuesta adaptativa de la misma.³

Los eventos críticos pueden ser de dos tipos: Las crisis normativas, definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, y las paranormativas o no normativas que son experiencias adversas o inesperadas (factores ambientales, enfermedades o accidentes, factores económicos, laborales, legales y situaciones ambientales)³

Los niveles de intervención que el medico debe abordar en la familia requieren una adecuada evaluación y selección de casos y el reconocimiento de sus limitaciones, los riesgos y la derivación adecuada a los profesionales correspondientes. Las acciones que pueden llevarse a cabo en la familia son:^{1,26}

I.- Actividades de promoción y educación familiar (actividades educativas para la familia en cuanto al conocimiento de si misma y sus funciones que le permitan darse cuenta de sus posibilidades y riesgos).

II.- Prevención de los problemas familiares, orientación y consejería. (orientación a población en riesgo, prevención primaria, inespecífica o específica a través de orientación uni o plurifamiliar en problemáticas específicas o comunes. Prevención secundaria para detección precoz y tratamiento oportuno y la prevención terciaria para la participación del núcleo familiar en la rehabilitación de enfermos con problemas de cronicidad que implican un estrés grave y constante).

III.- Terapia familiar propiamente dicha. Estaría indicada solo cuando después de una evaluación cuidadosa de la unidad familiar en cuanto a su funcionamiento y al nivel de satisfacción y bienestar del grupo y sus miembros se considere que el sufrimiento y su disfuncionalidad son causas directas de trastornos sintomáticos de uno o mas miembros del

grupo que amerite su intervención para la recuperación de la funcionalidad y bienestar del grupo familiar.

Conocer pues la estructura de la familia y conceptualizar sus funciones, no solo ayuda a integrar un mejor diagnóstico, sino que ofrece nuevas perspectivas de tratamiento prevención e investigación de los problemas emocionales que contribuyan al salvaguardar este sistema tanto de la enfermedad como de su destrucción^(4,5,6).

Esto ofrece al Médico Familiar hacer un análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución , prevee una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma la salud familiar.⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

Brinda además la oportunidad de revisar casos clínicos para reconocer fenómenos similares en otras familias ofrece organización y sistematización en el conocimiento clínico que permita llegar al diagnóstico y que nos indican vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna.^(7,8,9)

El estudio sistematizado de la familia compete al Médico familiar, dentro del campo de la Ciencia Médica. El ejercicio de la Medicina Familiar desde su aparición en México, se ha practicado conforme a esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender la salud de las familias, no han contado con una base teórica que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado del médico. Esta situación ha limitado la practica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio de la Medicina familiar (estudio de familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria).^(1,7) ejecutando actividades que no permiten distinguir al médico familiar, con la consecuente insatisfacción del usuario y del propio médico. Esto conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite la práctica de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios y exclusivos. Surge aquí el Modelo Sistemático de

Atención Médica Familiar como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar.^(1,29) Este modelo ha sido producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad que han elaborado una estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo de médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de su población a su cuidado definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar (el estudio de familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo).^(1,29,30) Con base a estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren su atención. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones aplicada a necesidades reales, las cuales son diferentes para cada comunidad. Igualmente nos permite priorizar acciones de planeación de los recursos y actuar de forma efectiva. La realización de esta tarea requiere necesariamente que todos los consultorios cuenten con una pirámide de población. Así como conocer con toda precisión la morbilidad en consulta externa e indagar la asociación causal entre factores de riesgos y daño a la salud, para que en función de la población en blanco sean diseñadas acciones para cubrir las demandas del servicio médico.^(1,29) La Medicina familiar ha sido considerada mundialmente como una de las estrategias esenciales para resolver la problemática de la atención de la salud. Nuestro país, reconociendo las bondades que brinda este sistema lo incorpora a un programa de Salud Contenido en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. El Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado adopta el sistema de medicina familiar como programa prioritario, con el fin de fortalecer el primer nivel de atención, ampliar la cobertura y elevar la calidad de los servicios que presta a sus derechohabientes, brindando una atención médica integral a través de un equipo multidisciplinario y dentro de un marco humanístico. Se reconoce al primer nivel de atención como marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas y es aquí donde el médico familiar será aquel profesional capacitado para responsabilizarse y ser consultado en primera instancia por el paciente cuando se siente enfermo o desea

consejo Médico.^(9,10)Efectúa la resolución primaria de los problemas teniendo siempre como prioridad la identificación de riesgos y la prevención de daños. Asume la responsabilidad longitudinal del paciente prescindiendo de la presencia o ausencia de la enfermedad⁽¹¹⁾ Cuando está indicado refiere al paciente a otros niveles de atención, preservando siempre la continuidad de la misma, tanto del enfermo como de su grupo familiar. Ya que su relación no esta limitada por la duración de su enfermedad o ante situaciones críticas.^(3,7)

Estas acciones se fundamentan en los principios filosóficos de la Medicina Familiar, como es la atención médica, acción anticipatoria y el estudio de familia. De esta manera el Médico Familiar deberá proporcionar atención médica continua e integral, a todos los miembros de la familia sin importar la edad, sexo o tipo de padecimientos que los aqueje, abarcará en totalidad el ciclo vital familiar, pues comprenderá y conocerá cada etapa de su vida ya que son tan importantes como las propias enfermedades. Así el tener una población fija adscrita a su cargo e identificar las características biológicas, sociales y psicológicas del núcleo de su población a su cargo, ofrecerá al médico conocer los motivos de consulta que más demanden, así mismo conocerá la historia natural de todos los procesos de salud prevalentes en su medio, y podrá otorgar atención médica integral, participar en el proceso de educación médica, incrementar el nivel de salud y disminuir los riesgos, prevenir los daños, y realizar investigaciones médicas, para poder dirigir con efectividad estrategias para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Constituye además una vía de entrada a los sistemas de salud para él y su familia.^(11,12,13)

La Medicina Familiar se sitúa en el primer nivel de atención en el que la población tiene su primer contacto con un centro de salud y resuelve el 85% de los problemas médicos; teniendo siempre como prioridad la identificación de riesgo y prevención de daños.^(11,13,14)

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar actividades preventivas y promoción de la salud. Esto significa intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar las responsabilidades de su propio bienestar. Cualquier actitud, recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar o disminuir su morbimortalidad es una medida de promoción a la salud^(10,11)

Es una realidad que las acciones preventivas van dando excelentes resultados, la esperanza de vida, va en aumento, la mortalidad por enfermedades respiratoria y diarreicas van en descenso en forma significativa, que las enfermedades transmisibles gracias a las semanas de salud y al programa permanente de vacunación universal, están erradicando enfermedades como poliomielitis y el sarampión entre otras; Sin embargo al incrementarse la expectativa de vida las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento y así observamos como en la morbilidad y mortalidad hospitalaria la diabetes y sus complicaciones, la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria y padecimientos oncológicos van ascendiendo en el lugar que ocupan dentro de las diez primeras causas de morbilidad.

En el momento actual la investigación Médica dentro de la práctica de Medicina Familiar está muy subdesarrollada, en este nivel la posibilidad de llevar a cabo investigaciones médicas han sido soslayadas pues parece que los médicos familiares no son concientes de la gran ventaja que existe al mantener una población fija adscrita y el ver todos los miembros de la familia, facilitando con ello la observación de patologías en todas sus etapas, facilitando la construcción de indicadores de riesgo y en llevar a efecto con mayor probabilidad de éxito medidas preventivas de la comunidad.^(15,16,17)

La investigación médica puede conducir a una mejor atención, un mejor servicio y un mejor usos de los servicios médicos.⁽¹³⁾

En Síntesis el Médico de Familia debe tener un conocimiento más objetivo de la población que se encuentra a su cuidado, ocupando una posición estratégica en el primer nivel de atención, capacitado para coordinar recursos que para la atención del individuo de su familia y comunidad existen, teniendo como núcleo de acción a la familia, sin importar edad, sexo o padecimiento que lo aquejen, así mismo a desarrollar acciones tendientes a promover y mantener la salud, esforzándose por diagnosticar y tratar los padecimientos agudos más frecuentes así como los procesos crónico-degenerativos que están adquiriendo una importancia creciente en términos de morbilidad y mortalidad. ya que estos procesos una vez establecidos, son pocos susceptibles de ser solucionados o curados , y están relacionados con factores de riesgo. Esto y otros hechos justifican la necesidad de programas preventivos que se integren a la consulta de atención primaria.

IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Nuestro país es un país subdesarrollado donde la pobreza prevaece en los sectores de la población mayoritaria y en donde personas adultas jóvenes jamás han acudido a consulta por carecer de recursos para ello.

El continuo cambio e incremento demográfico dentro de nuestra sociedad hace necesario la evolución dinámica del derecho a la salud, incorporando mejores prestaciones y ampliando beneficios a un mayor numero de mexicanos.

El médico familiar, convencido de estos cambios, de su labor medica y social será el conducto para hacer llegar con responsabilidad la atención medica a los derechohabientes con humanismo, responsabilidad y respeto a la vida de sus pacientes, procurando solucionar de primera intención su problemática pues es él, el contacto de primer nivel, y podrá tener un adecuado control sobre la morbilidad de la población adscrita a su cargo, buscara convivir y obtener una relación mas humana y comunicación con sus familias, para resolver su problemática familiar. Por lo que, el conocimiento así como las características biosociales que la integran permitirá identificar las necesidades y demandas que requieran para *planear y mejorar los servicios médicos.*

De lo anterior surge el planteamiento:

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES DE LA POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO 2 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES” DE TEPIC, NAYARIT.?

V.- JUSTIFICACIÓN

El estudio de salud familiar, se fundamenta en los principios filosóficos de la Medicina Familiar, la continuidad de la atención médica, acción anticipatoria y el estudio de familia. Su eje principal de análisis es la familia, y su objetivo principal es la salud familiar.

Con base en estas premisas, las actividades que el médico debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico de salud familiar. Así la evaluación demográfica de las familias mediante el conocimiento de su estructura ,clasificación tipológica etapa del ciclo vital familiar , el análisis de la patología familiar que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituyen el perfil de morbimortalidad ,que aunado a la evaluación demográfica de las familias , facilita al médico de familia la ejecución de estrategias específicas para la prevención diagnostico y tratamiento oportuno.

De esta manera el Médico Familiar deberá proporcionar atención médica primaria continua e integral, a todos los miembros de la familia actuará como vía de entrada del paciente y su familia al Sistema de atención médica, brindará atención medica independientemente de la edad, sexo o padecimiento que los aqueje, abarcará en totalidad el ciclo vital familiar pues comprenderá u conocerá cada etapa de la vida, desde su nacimiento hasta su muerte ya que son tan importantes como las propias enfermedades. .

Conocer la estructura de la familia y sus funciones, no solo ayudará a integrar un diagnóstico sino que ofrecerá nuevos tratamientos preventivos e investigaciones de los problemas emocionales. Con ello el médico puede estar en posibilidades de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma la salud familiar.

La función del médico familiar dentro del Sistema de Atención Médica Familiar es dar asistencia médica, responsabilizarse en forma permanente y continua de un número determinado de familias, que residen en un área geográfica precisa, brindar atención médica integral y continua , tanto al individuo como a su familia. realizar acciones de prevención

primaria, secundaria y terciaria de acuerdo modelo en la historia natural de la enfermedad., Integrar y aplicar sus conocimientos sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la atención médica del paciente y su familia, Se responsabiliza del manejo de determinados padecimientos y solicita referencia de otros niveles de acuerdo a la normatividad establecida. , Conocer y aplicar los aspectos, inherentes a la relación médico paciente y médico familia en la solución de problemas.

Realizar periódicamente el diagnóstico de salud de su población y con base en ello identificar grupos específicos de riesgo.

De aquí la importancia de identificar concretamente las características biológicas, sociales que conforman la población adscrita a su cargo, ya que ofrecerá al médico conocer los motivos de consulta que mas demanden, las enfermedades más frecuentemente tratadas y la demanda de servicios que más se ejercen en el consultorio, así como conocer la historia natural de todos los procesos de salud prevalentes en su medio, esto será un apoyo invaluable a l médico familiar para poder otorgar un atención médica integral, participar en el proceso de educación médica, incrementar el nivel de salud y disminuir los riesgos, prevenir los daños y realizar investigaciones médicas, y poder dirigir con efectividad estrategias para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. con lo que hará efectivas las premisas de estudio de la familia continuidad en la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnosticos precoces de las diversas patologías, así mismo como eficientes cuidados en la salud de las familias.

Esta atención integral orientada hacia la familia requiere de la participación de un equipo múltiple e interdisciplinario que por medio de una adecuada comunicación y óptima interacción y cooperación recíproca permita centrar la atención en la necesidad del paciente y su familia.

Para lograr este propósito es necesario partir de un diagnóstico de salud, un estudio poblacional y del estudio sistematizado de la familia que nos forma la población para poder plantear programas, realizar estrategias y acciones anticipatorias encaminadas a

la planificación de los servicios que redundará en la mayor satisfacción del usuario en la disminución de los costos, y en general una atención médica de mayor calidad que permita promover y mantener la salud de sus familias con un ejercicio médico más integral.

VI.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1.- Identificar las características biosociales de las familias adscritas al Consultorio 2 de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Joaquín Cánovas Puchades" de Tepic, Nayarit.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Realizar la pirámide poblacional por edad y sexo.
- 2.- Identificar las 10 causas principales de consulta de la población en estudio.
- 3.- Identificar las características de las familias en base a su estructura, tipología y ciclo vital familiar.

VII.- HIPÓTESIS:

No requiere hipótesis de trabajo.

VIII.- METODOLOGÍA

A) Tipo de estudio:

- Descriptivo
- Observacional
- Transversal
- Retrospectivo parcial

B) Población, lugar y tiempo:

El total de la población inscrita y usuaria del Consultorio No.2 de la Clínica de Medicina Familiar "Joaquín Canovas Puchades del ISSSTE de Tepic, Nayarit durante el período comprendido de Julio de 1997 a Junio de 1998. es de 4905 derechohabientes.

C) Tipo y tamaño de la muestra:

Para pirámide de población se estudio la totalidad de la población inscrita hasta el 30 de Junio de 1998. Para estudio de comunidad se obtuvo una totalidad de 1130 núcleos familiares donde se realizó un muestreo aleatorio estratificado de 250 familias. Para frecuencia de morbilidad aguda y crónica se estudio el año de 1998.

Para estudio familiar se realizó por muestreo aleatorio calculado en base a:

$$n = \frac{N(Z^2)pq}{d^2(N-1) + 2(Z)^2}$$

donde:

Z = nivel de confianza

N= Universo

p= Proporción

q= Recíproco de P

d= error standar

Sustituyendo:

$$n = \frac{1130 (3.84) (50) (.50)}{(5)^2 (1130-1) + 2 (3.84) (50)(50)}$$

$$n = \frac{10\ 848\ 4000}{28249 + 19\ 200}$$

$$n = \frac{10848\ 000}{47449}$$

$$n = 228$$

más 10% de pérdidas

N= 100%redondeo 250

Grupo de estudio:

a) Casos: Población usuaria del Consultorio No. 2 de la Clínica de Medicina Familiar “ Dr. J.C.P:”

b) Grupo control: No existe grupo control.

D) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Para características sociodemográficas:

Derechohabientes (Dh) inscritos en vigencia de derecho del Consultorio No. 2 independientemente de la edad, sexo, tipo de Dh.. secretaría y domicilio.

Para morbilidad:

Dh usuario del Consultorio No. 2

Que tenga expediente clínico

Que acuda a consulta durante el período de estudio.

Con diagnóstico registrado en Informe diario de labores médicas.

Para estudio familiar:

Derechohabiente asignado al consultorio 2

Que viva en un núcleo familiar

Que acepte voluntariamente a contestar la encuesta

Que sean mayores de edad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Derechohabiente con registro repetido.

Derechohabiente no vigente al período de estudio.

Consulta no otorgadas

Consultas subsecuentes por un mismo padecimiento

Sin diagnóstico o diagnóstico incompleto.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Encuestas incompletas

Encuestas con captura incorrecta.

E) INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

CONCEPTO	VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA	INDICADOR	CATEGORIA
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	EDAD	AÑOS CUMPLIDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA FECHA.	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS CUMPLIDOS	< DE UN AÑO 1-4 AÑOS 5-9 AÑOS 10-14 AÑOS 15-19 AÑOS + 20 AÑOS
	SEXO	GENERO QUE IDENTIFICA AL SER HUMANO.	NOMINAL	REGISTRO DE VIGENCIA	1 MASCULINO 2 FEMENINO
	TIPO DE DH.	PERSONA QUE TIENE DERECHO A UN SERVICIO, DE ACUERDO A RELACION DE TRABAJO O PARENTESCO.	NOMINAL	CLAVE DE REGISTRO	1 TRABAJADOR 2 TRABAJADORA 3 ESPOSA 4 ESPOSO 5 PADRE 6 MADRE 7 HIJO 8 HIA 9 PENSIONADO O JUBILADO
	SECRETARIAS	DEPENDENCIA GUBERNAMENTAL AFILIADA AL ISSSTE.	NOMINAL	REGISTRO DE VIGENCIA	FEDERACION GOBIERNO
	BENEFICIARIOS	PERSONA QUE A TRAVES DEL DH SE LE OTORGA UN SERVICIO.	CUANTITATIVA DISCONTINUA	REGISTROS	0 1-3 + DE 3
	DOMICILIO	CALLE, No. COLONIA Y ESTADO DONDE EL DH. TIENE SU HOGAR.	NOMINAL	REGISTRO	COLONIA ASIGNADA.
	CONSULTORIO	AREA DESTINADA A LA ATENCION MEDICA DEL DH.	NOMINAL	REGISTRO	No. DE CONSULTORIO
MOTIVO DE CONSULTA	PADECIMIENTOS AGUDOS	ENFERMEDAD DE CORTA DURACION > o = de 15 DIAS O < DE 6 MESES.	NOMINAL	DX. EMITIDO	CIE OMS
	PADECIMIENTOS CRONICOS	ENFERMEDAD DE LARGA DURACION > A 6 MESES.	NOMINAL	DX. CONFIRMADO	METABOLICAS IMMUNOLOGICAS DEGENERATIVAS INFECCIOSAS
	CONTROL DE PACIENTES SANOS.	PACIENTES SIN ENFERMEDAD.	NOMINAL	CAUSA DE CONSULTA REGISTRO DE CONTROL.	DOCO/DCM CERTIFICADO MEDICO CONTROL PRENATAL CONTROL NIÑO SANO.
ESTRUCTURA FAMILIAR	ESTADO CIVIL	SITUACION SOCIAL O LEGAL DE LOS DH.	NOMINAL	RESUESTA A ENCUESTA.	SOLTERO CASADO VIUDO O DIVORCIADO UNION LIBRE

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DURACION DE LA UNION.	AÑOS TRANSCURRIDOS DESDE SU UNION COMO PAREJA HASTA LA FECHA, DE LA ENTREVISTA.	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS	< DE 5 AÑOS 5-9 AÑOS 10-15 AÑOS 15-25 AÑOS ETC.	
EDAD	AÑOS CUMPLIDOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA FECHA.	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS CUMPLIDOS	EDAD EN AÑOS.	
OCCUPACION	ACTIVIDAD O TRABAJO QUE DESEMPEÑA CADA UNO DE LOS CONYUGES.	NOMINAL	RESUESTA A ENCUESTA.	ACTIVIDAD REALIZADA	
NUMERO DE HIJOS	CANTIDAD DE HIJOS NACIDOS DURANTE SU UNION COMO PAREJA.	CUANTITATIVA CONTINUA	HIJOS VIVOS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA.	0 1-3 4-5 + 5	
SALARIO	REMUNERACION ECONOMICA POR MES QUE PERCIIBE EL TRABAJADOR POR LA ACTIVIDAD REALIZADA.	CUANTITATIVA CONTINUA	PESOS M/N SALARIOS MINIMOS	1 SMI 2 SMI 3 SMI + 3 SMI	
TIPOLOGIA FAMILIAR	CARACTERISTICAS QUE IDENTIFICAN A UNA FAMILIA.	NOMINAL	RESUESTA A ENCUESTA.	DESARROLLO	MODERNA TRADICIONAL ARCAICA.
				DEMOGRAFIA	SUBURBANA RURAL
				COMPOSICION	NUCLEAR EXTENSA EXTENSA COMPUESTA
				OCCUPACION	CAMPESENA OBRERA PROFESIONAL
				INTEGRACION	INTEGRADA SEMI-INTEGRADA DESINTEGRADA
CICLO VITAL	SON LAS DIFERENTES ETAPAS POR LA QUE ATRAVEZA LA FAMILIA DESDE SU FORMACION QUE ENICIA CON EL MATRIMONIO HASTA EL RETIRO O MUERTE.	NOMINAL	RESUESTA A ENCUESTA	MATRIMONIO EXPANSION DISPERSION INDEPENDENCIA RETIRO Y MUERTE	
INFORMANTE	PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACION.	NOMINAL	PERSONA QUE RESPONDE LA ENCUESTA.	PADRE MADRE HIJO MAYOR DE EDAD.	

F) MÉTODO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El estudio se realizo en 3 fases: Previa solicitud y autorización de los directivos de la Unidad Médica se realizo la revisión de Expedientes Clínicos , Hojas del Informe Diario de Labores del Médico formato SM-10-1 y tarjetas de Adscripción y Vigencias de derechos Se informó la importancia del estudio.

Primera fase: A través de revisión directa de tarjetas de registro de vigencia de Derechos de la Clínica de Medicina Familiar "J:C:P." se obtuvo información sobre las características sociodemográficas de la población derechohabiente inscrita hasta Junio de 1998. capturando dicha Información en Base de Datos para su posterior estadística.

Segunda fase: Se revisó el total de informe diario de labores del Médico del año de 1998, para conocer los motivos de consulta más frecuente de la población derechohabiente usuaria, codificando la información de acuerdo a la CIE, OMS y a *Programas Institucionales de Salud para su captura en base de datos.*

Tercera fase: Se seleccionó una muestra en forma aleatoria estratificada de familias a las cuales, previa aceptación voluntaria de participar en el estudio, se aplicó una encuesta de estudio familiar en forma directa por el investigador y la información se capturó también en una base de datos.

Para el análisis de resultados se utilizó estadística descriptiva y se presentaron a través de cuadros y gráficos.

G) CONSIDERACIONES ETICAS:

La investigación médica en los seres humanos ha aportado conocimientos que han contribuido a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades o al menos , a la limitación de su propagación.

Todos los investigadores deben tener presentes los principios internacionales de ética que se han expedido para servir de guía en la solución de los problemas éticos que pueden surgir durante la práctica de la Investigación que involucra seres humanos.

Los documentos que mas han contribuido a delinear los principios de ética, vigentes para la Investigación medica en seres humanos son, la declaración de Helsinki de la organización mundial de la salud y las internacionales para la investigación biomédica en seres Humanos.

En la Declaración de Helsinki se afirma que en la investigación médica con seres humanos los intereses de la ciencia y la Sociedad no pueden anteponerse al bienestar del individuo.

De acuerdo a la Ley General de Salud , en materia de Investigación el desarrollo de la Investigación debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta investigación. Título sexto.- De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud. Artículo 113.- Menciona que la conducción de la Investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembro de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable de adscripción.

Título segundo.-De los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos.- Capítulo I.- Art. 13 en toda Investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio al respeto de su dignidad y la protección de sus derechos y dignidad.

Los Informes y resultados del presente estudios se realizaron con el consentimiento del entrevistado, manejados confidencialmente y no representando riesgos para la salud

IX.- RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS:

Se obtuvo un total de 4905 registros asignados al consultorio No. 2.

La composición por edad y sexo de esta población tuvo una distribución de 2672 (54,47%) mujeres y 2233 (45,52%) hombres. Tabla 1

La población con mayor rango se encuentra entre los grupos de edad de 20-44 años con 709 hombres y 1018 mujeres. seguido del grupo entre los 5 y 14 años.74 hombres y 573 mujeres (Grafica 1)

La distribución por tipo de derechohabiencia y sexo adscritos al consultorio No. 2 se observó lo siguiente: un total de 318 trabajadores, de estos correspondieron 178 hombres y 140 mujeres. Los beneficiarios representan la mayor proporción de la población con un total de 4473. representando el sexo femenino el grupo más numero con 2495 y el masculino con 1987. El grupo de pensionados compuesto por 114 derechohabientes. (gráfica 2)

La población en las diferentes colonias que conforman la derechohabiencia del consultorio No. 2 se distribuye en la siguiente forma, como puede observarse en la (Gráfica 3).

Colonia 2 de agosto con una total de la población de 1046, seguida de Col Chapultepec aprox.765, Lomas de la Cruz con 731, agrupándose el resto de colonias en otros con un total de 1581. Esto debido que el número de colonias de este consultorio fueron de 22 tomándose en cuenta las mas predominantes.

La Distribución de la población agrupadas en las diferentes Secretarías correspondió en mayor proporción a empleados de Gobierno , magisterio y pensionados con un total de 2055 beneficiarios, seguidos por servicio de educación Pública en el Estado con 1426, ISSSTE con 215, SSA con 185 , y otros con un total de 644. (gráfica4)

Los principales motivos de consulta externa durante 1998 se codificaron acuerdo a la CIE OMSS aportando un total de 3,364 registro. Los diagnósticos más frecuentemente reportados fueron los siguientes: Faringitis Aguda con 24.67%, seguidas Rinofaringitis 14.09% Parasitosis Intestinal con un 13.26% (Gráfica 5)

En la distribución porcentual por grupos de edad de estos padecimientos se observa lo siguiente 20 a 44 años con un 41.20% seguidas del grupo de edad de 15-19 años con un 14.86% con una disminución importante de los menores de un año con solo 3.33%. (Gráfica 6)

En relación a Enfermedades Crónicas Degenerativas codificadas de acuerdo a CIE OMS se generaron un total de 2,032 consultas con un predominio de la Hipertensión Arterial 28.84% seguidas Diabetes Mellitus 25.49% Otros trastornos de la mama 14.37% .(Gráfica 7)

La distribución porcentual por grupos de edad en los padecimientos crónicos degenerativas nos marca una tendencia desde los 20-44 años con 27.85% con un incremento notable en el grupo de 45-64 años de edad 43.11% con un 27.17% en el grupo de mayor edad. (Gráfica 8)

Dentro de los motivos de consulta en los que acudieron pacientes de control sanos fueron en supervisión de embarazo 329 mujeres, en el grupo de edad 15-19 años 3.64% de 20-44 (94.83%) , de 45-64 años(1.53%). (Cuadro 2)

Control de niño sano fue llevado en 36 niños (76%) en el grupo menor de un año.

Se detectaron 1130 familias y se le aplicó el Test denominado "Identificación Familiar" a 250 familias, que fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio estos contestados por la madre en un 90% y por el padre el 10%.

Se analizó la estructura familiar obteniendo los siguientes resultados:

El estado civil fue casados 76%, unión libre 16%, madres solteras 6%, viudos 2% los años de unión conyugal varían entre los 6 meses hasta los 50 años, con un promedio de 11 a 20 años. La edad tanto del padre como de la madre varían desde los 20 años hasta los 70 años con un promedio de 35 para la madre y 42 para el padre.

Las edades de los hijos en las familias predominó el rango entre los 5-14 años con un 54.41 % (cuadro 3), en un 53.89 % de familias el número de hijos por familia se observa en el (cuadro 4) siendo el promedio de hijos de 2.

El ingreso económico que se percibió en estas familias: 1-2 salarios mínimos mensuales el 66%, de 2-3 el 24% más de 10% 3 salarios.

El estudio de Tipología Familiar muestra las siguientes características:

por su desarrollo se encontraron 68% son tradicionales un 32% son modernas Por su demografía el 32% son urbanas y el 68% son semiurbanas. Por su composición son familias nucleares 80%, 15% son extensas, 5% son extensas compuestas. Por su integración 72% integradas, 20% semiintegradas, 8% desintegradas.

Las etapas del ciclo vital según Geyman se describen en (gráfica 9) nos muestra lo siguiente: el 74% de las familias se encuentran en etapa de dispersión, 17% en la etapa de expansión, 3% fase de matrimonio, 5% en la fase de independencia y el 1% fase de retiro o muerte.

- CUADROS TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL CONSULTORIO No. 2 U.M.F. "DR. J.C.P." ISSSTE, TEPIC, NAY

	HOMBRES	%	MUJERES	%
< 1 AÑO	24	1.07	23	0.86
DE 1 A 4 AÑOS	171	7.65	178	6.66
DE 5 A 14 AÑOS	574	25.70	573	21.44
DE 15 A 19 AÑOS	222	9.94	224	8.38
DE 20 A 44 AÑOS	709	31.75	1018	38.09
DE 45 A 64 AÑOS	301	13.47	413	15.45
> DE 65 AÑOS	232	10.38	243	9.09
TOTAL	2233	100%	2672	100%

FUENTE: TARJETAS DEL REGISTRO DE VIGENCIA DE DERECHO

CUADRO 2

CUADRO DE SUPERVISIÓN DE EMBARAZOS DEL CONSULTORIO No. 2 U.M.F. "DR. J.C.P." ISSSTE TEPIC, NAY.

GRUPO DE EDAD	PORCENTAJE
15 A 19 AÑOS	3.95%
20 A 44 AÑOS	94.83%
45 A 64 AÑOS	1.21 %

FUENTE: INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3

INTERVALO DE EDADES DE HIJOS
(ENCUESTA A 250 FAMILIAS)

<i>EDADES</i>	<i>No. DE HIJOS</i>	<i>%</i>
0 - 1 AÑOS	11	2.36
1 - 4 AÑOS	77	16.55
5 - 14 AÑOS	253	54.41
15 - 19 AÑOS	96	20.65
20 - 44 AÑOS	28	6.03
	465	100%

FUENTE: ENTREVISTA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

CUADRO 4

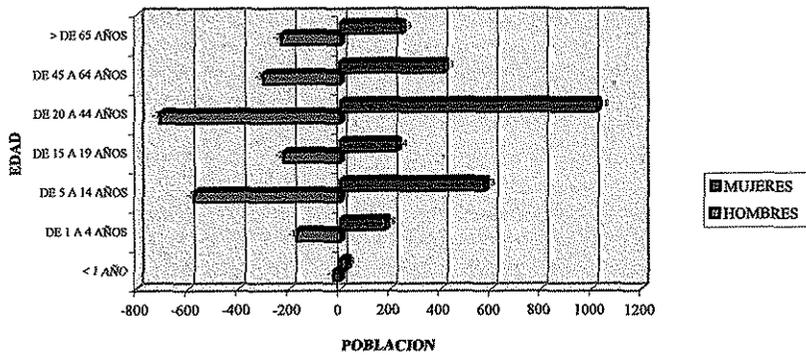
NUMERO TOTAL DE HIJOS POR FAMILIA
(ENCUESTA A 250 FAMILIAS)

<i>No. DE HIJOS</i>	<i>No. DE FAMILIAS</i>	<i>%</i>
0 - 1 AÑOS	6	2.59
1 - 4 AÑOS	42	16.89
5 - 14 AÑOS	135	53.89
15 - 19 AÑOS	52	20.78
20 - 44 AÑOS	15	5.85
	250	100%

FUENTE: ENTREVISTA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

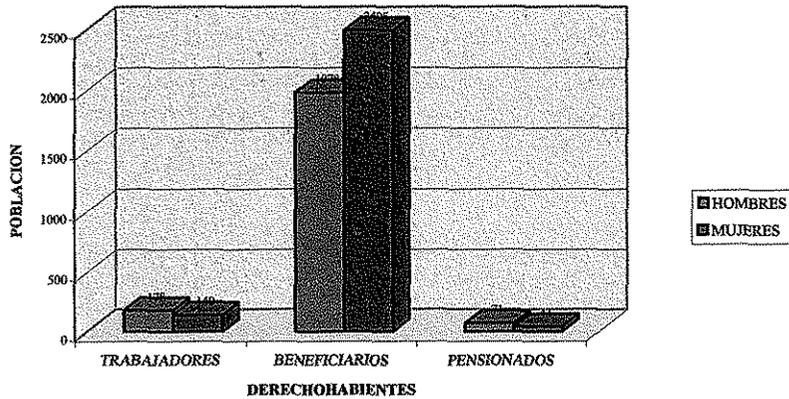
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL CONSULTORIO No. 2 U.M.F. "DR. J.C.P." ISSSTE, TEPIC NAY.



FUENTE: TARJETA DE REGISTRO DE VIGENCIA DE DERECHO

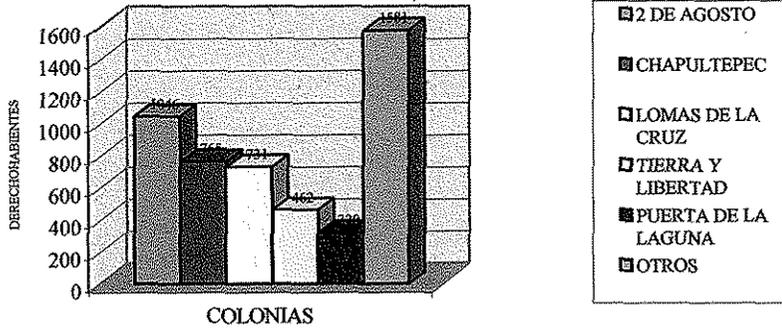
GRAFICA 2
DISTRIBUCION POR TIPO DE DERECHOHABIENTE Y SEXO ADSCRITO AL CONSULTORIO No. 2 U.M.F. "DR. J.C.P." ISSSTE TEPIC, NAY.



FUENTE: TARJETAS DE REGISTRO DE VIGENCIA DE DERECHO

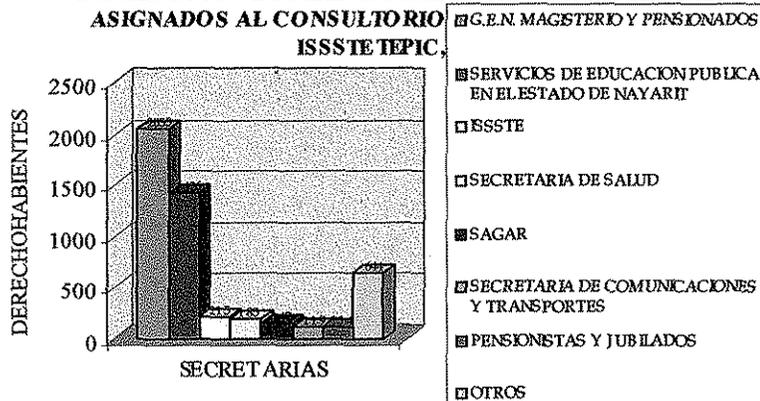
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 3
DISTRIBUCION DE DERECHOHABIENTES POR COLONIA
ASIGNADOS AL CONSULTORIO No. 2 U.M.F. "DR. J.C.P." ISSSTE
TEPIC, NAY.



FUENTE: TARJETAS DE REGISTROS DE VIGENCIA DE DERECHO

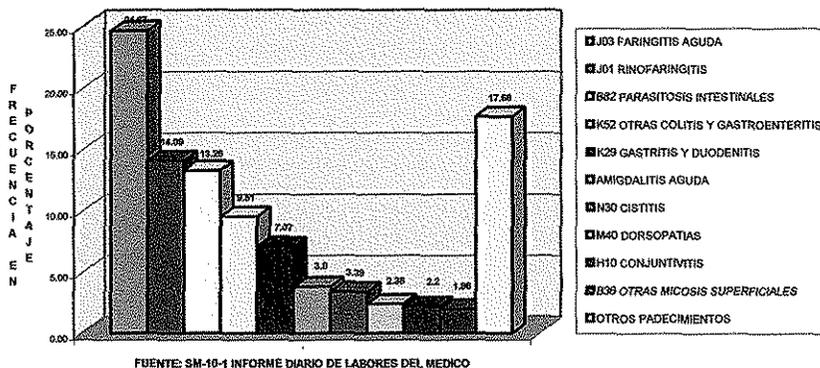
GRAFICA 4
DISTRIBUCION DE DERECHOHABIENTES POR SECRETARIA
ASIGNADOS AL CONSULTORIO ISSSTE TEPEC.



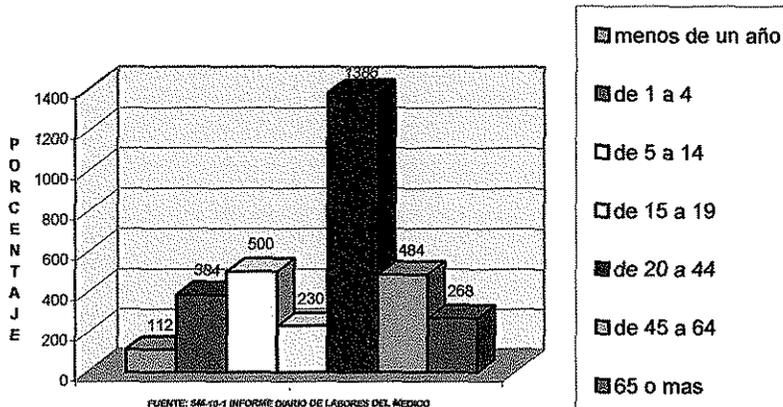
FUENTE: TARJETAS DE REGISTROS DE VIGENCIA DE DERECHO

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA 5
MOTIVOS DE CONSULTA DE PADECIMIENTOS AGUDOS CODIFICADO DE ACUERDO A LA CIE OMS DE LA
POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO No 2 UMF "DR. J.C.P." ISSSTE, TEPIC, NAYARIT. 1998 (3364
CONSULTAS)

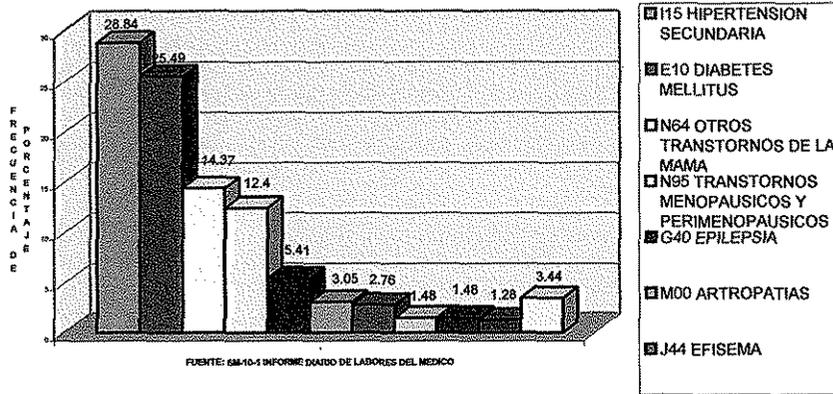


GRAFICA 6
MORBILIDAD EN POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2
POR EDAD CLINICA MEDICA FAMILIAR "DR. J.C.P." 1998 (3,364
CONSULTAS)

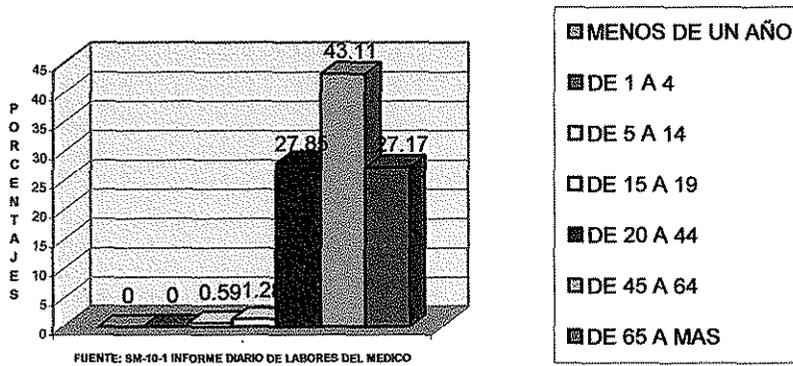


TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 7
MOTIVOS DE CONSULTA DE PADECIMIENTOS CRONICOS CODIFICADO DE ACUERDO A LA CIE
OMS DE LA POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2 UMF "DR. J.C.P." ISSSTE, TEPIC,
NAYARIT 1998. (2,032 CONSULTAS)



GRAFICA No. 8
ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS POR GRUPOS DE EDAD ADSCRITAS AL
CONSULTORIO No. 2 DE LA CLINICA MEDICA FAMILIAR "DR. J.C.P." 1998
(2,032 CONSULTAS)



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

X- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

La mayoría de los países en desarrollo efectúan un censo poblacional de todo el país cada 10 años aprox. La estructura según edad y sexo se pueden representar a través de una pirámide de población esta es útil para proporcionar una cifra estimada de la población en riesgo.⁽²¹⁾ La población censada en este estudio se sitúa en la zona conurbada al noroeste en la ciudad de Tepic, nos refleja que existe una distribución con predominio de mujeres 54.47% y hombres 45.52%, el grupo de etáreo de mayor proporción es el 20-44 años revela además, que la población tiene una gran proporción en personas jóvenes, que son el grupo de mayor productividad y de reproducción. Seguida del grupo de edad de 5-14 años con una distribución equilibrada entres hombres y mujeres para este grupo de edad ,esto coincide con la distribución según grupo etáreo, típica de la población de un país en desarrollo.⁽²¹⁾

En suma puede señalarse dos aspectos que caracteriza a este estudio tiene mas población femenina y hay una mayor presencia de niños y población adulta., esto muestra los patrones de dependencia familiar de hijos e hijas y la necesidad de una mayor participación económica, y laboral femenina buscando consecuentemente un equilibrio entre familias modernas y tradicionales.^(18,20)

Las causas de consulta más frecuentes fueron las de tipo infeccioso, predominando las infecciones respiratorias agudas, 38.76% seguidas de parasitosis intestinal (13.26%) y gastroenteritis(9.51%).De acuerdo al estudio realizado y en acorde con la literatura las enfermedades infecciosas y parasitarias siguen siendo importantes y su alta persistencia en algunas regiones implica la necesidad de modificar condiciones físicas, sociales y culturales para eliminar los padecimientos por completo.⁽²⁵⁾ En este estudio

relacionado probablemente con el área conurbada a la que pertenece la población estudiada que no cuenta con los servicios públicos en su totalidad

Por otro lado y como resultado de la prolongación de la vida, el grupo de las enfermedades crónicas degenerativas, (propias de los países desarrollados) ha ganado importancia casi todas están ligadas al aumento de la población adulta y vieja. Y en su conjunto son ya la causa principal de muerte en México.^(24,25)

En nuestro estudio observamos un incremento en el grupo de edad 20-44 años (27.85%) con aumento notable en la edad madura 45-64 años,(43.11%) permaneciendo en la población mayor de 65 años(21.17%) .

La Hipertensión Arterial (28.84%) seguida de la Diabetes Mellitus II (25.49%) representan en este estudio las principales enfermedades crónicas degenerativas .La Diabetes es una enfermedad que, por razones aún no esclarecidas , ha tenido un aumento que equivale a diez veces las cifras que tenía en 1922, según reporte de literatura.⁽²⁴⁾

Por otro lado los incrementos que se dan en los padecimientos de trastornos de la mama (14.37%)y otros trastornos menopáusicos (12.40%) se debe al diferimiento de consulta de la población femenina de otros consultorios a éste que estuvo apoyado por un ginecólogo durante 6 meses por lo que se ve reflejado en el estudio el incremento de enfermedades ginecológicas.

El conocer las características biosociales de la población es indispensable para el médico familiar ya que sin conocer su estructura no se puede investigar las relaciones del grupo familiar y seremos incapaces de entender la salud de la familia y de cada uno de sus miembros.⁽²⁶⁾

Este estudio nos demuestra de manera adecuada las características de la población estudiada en cuanto a los años de unión conyugal predominó el de 11 a 20 años. Respecto a la edad de los padres el promedio oscilo para la madre 35 años y el padre 42. Estos resultados son similares en cuanto al grupo de edad obtenido en el censo de 1990. ⁽¹⁸⁾

El estado civil es una de las variables fundamentales para conocer y explicar la composición y estructura interna de las familias. La tendencia creciente de madres solteras(16%) se asocia a múltiples factores entre estos a contraer matrimonio a menor edad, el incrementos de la fecundidad en adolescentes, la menor tendencia a segundas nupcias, la poligamia, la irresponsabilidad masculina etc. ^(18,20)

En relación a edades de los hijos y al número total de hijos por familia se nos habla de una población joven que se encuentra en plena adolescencia que se va reflejar en una etapa del ciclo vital en la Fase de dispersión . Se representa además que el promedio de hijos por familia en el estudio es 2. Esto coincide con la literatura según censo poblacional de 1990 en hogares nucleares, y los no nucleares con un promedio menor. ^(18,20)

La etapa del ciclo vital predominante en los hogares estudiados según la clasificación de Geyman hace prevalecer los períodos iniciales que viven la mayoría de las familias; la etapa de expansión (17%) y la etapa de dispersión(74%), esto representa que las familias nucleares se componen con pocos miembros, y que estos van para el camino de la próxima independencia de los hijos mayores ,que ya se encuentran en plena adolescencia apegándose además con otros factores económicos, sociales y culturales..

Evidentemente hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psicosociales en cada una de estas etapas que dependerá del ciclo vital que se vaya cumpliendo.

El estudio del ciclo de la vida familiar, permite al médico analizar genéricamente la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución, puede estar en posibilidades de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar.

La población objeto de estudio presenta variaciones en su composición, característica – sociodemográficas y de morbilidad. Esto es debido a los ingresos y egresos de núcleos familiares, incremento en la edad en su población, a las variaciones que sufre el ciclo vital familiar, en cada una de sus etapas, las modificaciones en su estructura y/o en su función, el efecto de las enfermedades y complicaciones, así como las acciones de medicina preventiva y curativas que realiza el médico. Esto tiene como consecuencia la necesidad de actualizar los datos correspondientes en forma anual, para identificar el comportamiento dinámico de las variables sociodemográficas y de morbilidad. y evaluar las actividades de atención medica tanto preventiva y curativa. siempre contemplado el mejoramiento de la salud.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

XI.-CONCLUSIONES.

La población estudiada mostró más predominio en mujeres que hombres ,encontrándose estos en edad reproductiva y de producción. Así mismo el incremento en grupos de edad infantil y juvenil nos habla de una población joven en ambos sexos.

Los procesos infecciosos y crónicos degenerativos continúan siendo los motivos de consulta más frecuentes encontrándose las Hipertensión y DM ocupando los primeros lugares.

Las familias estudiadas son predominantemente nucleares, pequeñas suburbanas integradas, tradicionales, con predominio en las etapas iniciales del ciclo vital .

Es necesario que el Médico Familiar trabaje con núcleo humano fijo, para que pueda llegar a conocer todos sus características biosociales, y se convierta en un consejero y educador de las familias en todos los aspectos médicos, y preventivos, y así elevar la calidad de la atención médica integral, dirigir con efectividad estrategias para la promoción de la salud y prevenir daños, disminuir riesgos y realizar investigaciones médicas, que nos pueden conducir a una mejor atención, un mejor servicio y un mejor uso de los servicios médicos y así la mejor utilización de nuestros recursos.

El estudio permitió el conocimiento de las característica biosociales de las familias derechohabientes la morbilidad y estructura familiar facilitando un mejor entendimiento de las familias que acuden a la Unidad Médica y con ello establecer una atención médica integral de la población en estudio.

En conclusión el modelo sistemático de Atención Médica Familiar debe ser prioritario para el médico de primer nivel ya que constituye la base para identificar y jerarquizar problemas en la población, permitiendo dirigir las acciones y utilizar recursos congruentes con las mismas, y así anticipar riesgos y longitudinalmente permitirá la mejor comprensión y conocimiento del desarrollo familiar.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Irigoyen-Coria, Gómez Clavelina, Hernández Ramírez y cols. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 3ª. Ed .México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995.
- 2.- *Engels Friedrich. El Origen de la Familia. La propiedad privada y el Estado.* México. Ediciones Coyoacán, 1994.
- 3.- Huerta González. *La Familia en el proceso salud enfermedad.* S.L.P. (México) Editorial Tangamanga. Marzo 1998.
- 4.- Santacruz Varela. *La Familia como unidad de análisis.* *Rev Med IMSS (Mex)* 1983,21:348-357.
- 5.- Estrada Inda. *El ciclo vital de la familia.* México. Editorial Grijalbo. 1997.
- 6.- Bertalanffy L.V. *Teoría General de los Sistemas.* Mecanograma Didáctico. Departamento de Medicina Familiar UNAM.México.
- 7.- Ceitlin J. *¿Que es la Medicina Familiar?*. Fepafem/Kellog Foundation, Caracas 1982.
- 8.- Irigoyen Coria, Gómez Clavelina, Hernández Ramírez y cols. *Diagnóstico Familiar.* México. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1994.
- 9.- Chávez Aguilar. García Mangas. *La Atención Integral en Medicina Familiar.* *Rev Med IMSS (Mex)* 1995; 33: 167-171
- 10.- Chávez Aguilar. *El Médico Familiar en la Atención Primaria a la Salud.* *Rev Med IMSS (Mex)* 1995;3:173-176
- 11.- Chávez Aguilar. *Estrategia Educativa en la Atención Primaria a la Salud.* *Rev Med IMSS (Mex)* 1993; 31: 125-128

- 12.- López Salamanca. Actuación del Especialista en Medicina Familiar en la Sociedad Actual. Rev Med IMSS (Mex)1995;33:317-320
- 13.-Mazón Ramírez, Irigoyen Coria,Gómez Clavelina y cols. La Investigación Médica en Medicina Familiar: Limitaciones y alternativas. Rev Med IMSS (Mex) 1991;33:223-226.
- 14.- Sánchez Luna . El Reto actual de la Medicina Familiar en México. Rev Med IMSS (Mex) 1994;32:355-357
- 15.- Velazco Orellana. Reflexiones y Pronóstico de la Medicina Medicina Familiar.Rev Med IMSS (Mex) 1992; 30:275-279
- 16.- Sepúlveda Gutiérrez , Méndez Hernández. Programa para la Implantación del Nuevo Sistema Médico Familiar. Rev Med IMSS (Mex) 1993;1:407- 410
- 17.- Gómez Mendoza. Desarrollo Profesional del Médico Familiar. Rev Med IMSS (Mex) 1994;32:45-46
- 18.- López Barajas. El Perfil Censal de los Hogares y las Familias en México. INEGI SSA UNAM. México. 1994.
- 19.- Saucedo G. Lineamientos para evaluar la vida en Familia. Rev Med IMSS (Mex) 1995; 33:249-256
- 20.- INEGI. Las Familias Mexicanas. Segunda Edición . Edificio Sede 1999.
- 21.- Patrick Vaughan, H.Morrow. Salud comunitaria Editorial Pax México 1997.
- 22.- Day Ra. Como Escribir y publicar trabajos científicos. Washington DC: OMSS, 1990.
- 23.- Departamento de Archivo clínico. Clínica de Medicina Familiar. Dr. Joaquín Canovas Puchades, ISSSTE, Tepic, Nayarit.

- 24.- González Carvajal. Diagnóstico de Salud en México. Mecanograma Didáctico. Departamento de Medicina Familiar UNAM, México.
- 25.- López Ríos, Efecto de los Servicios de Salud y de Factores Socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana. Salud Pública Mex 1997;39:16-24.
- 26.- De la Revilla . Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Ediciones Doyma 1994, Barcelona España.
- 27.-[http://www.ssa.gob.mx/marco_jurídico/reglamento_ley_gral/con Investigación.htm](http://www.ssa.gob.mx/marco_jurídico/reglamento_ley_gral/con_Investigación.htm)
- 28.- Medina Carrillo.Lomeli Guerrero,Irigoyen Coria.Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: Estrategia para Formación de recursos Humanos para la salud en Nayarit, México Arch Med Fam 2000;2(2):41-46.
- 29.- Irigoyen-Coria A, Gómez Clavelina . El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿Piedra de Roseta para la Medicina Familiar? . Arch Med Fam 2000; 2 (1) : 5-6.
- 30.- Santiago Iglesias, Lomeli Guerrero. Diagnóstico de Salud y Estructura Familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch Med Fam. 2000;2(1):11-16.

ANEXO 1

IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

1.- FAMILIA _____ CEDULA _____ Edo. Civil _____

2.- Años de Unión Conyugal _____ Escolaridad: (padre) _____ (madre) _____

3.- Edad:(Padre) _____ (madre) _____ Domicilio _____

4.- Número de hijos: _____ Edad : 0-1 años _____ Sexo: M _____ F _____

1-4 años _____ M _____ F _____

5-14 años _____ M _____ F _____

15-19 años _____ M _____ F _____

+ 20 años _____ M _____ F _____

5.-Ocupación de los padres: (Padre) _____ Madre _____

6.- Ingreso económico: (mensual aproximado): _____ Salario mínimo:

Menos de 1 _____ de 1 a 2 _____ 3 o más _____

7.- Tipo de familia:

a) DESARROLLO Moderna () Tradicional () Arcaica o primitiva ()

b) DEMOGRAFÍA Urbana () Rural ()

c) COMPOSICIÓN Nuclear () Extensa () Extensa compuesta ()

d) OCUPACIÓN Campesina () Obrera () Profesional ()

e) INTEGRACIÓN Integrada () Semi-integrada () Desintegrada ()

8.- Etapa del ciclo vital familiar:

I.-Matrimonio () II Expansión ()

III Dispersión () IV Independencia () V Retiro y muerte ()

9.- Informante (Padre) _____ (Madre) _____ otro mayor de edad _____

10.- Observaciones:

ANEXO 2

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO

“IDENTIFICACIÓN FAMILIAR”

1.- **Familia:** Denominación de la familia por medio del primer apellido del padre y de la madre.

Cédula: Se anota clave de afiliación al ISSSTE. con sus letras y números.

Estado civil: Se anota de acuerdo al caso:

Casado, Soltero, Unión libre, Divorciado, Viudo.

Domicilio: Se anota la Calle No. Colonia y Código Postal donde vive la familia

2.- **Años de Unión conyugal:** Anotar el número de años transcurridos desde la unión como pareja.

Escolaridad: Anotar el grado de estudios cursados: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Medio Superior, Profesional. de ambos padres.

3.- **Edad:** Anotar el número de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha. en el padre y madre.

4.- **Número de hijos:** marcar la cifra de hijos de acuerdo a los grupos de edad señalados, así como el sexo que los identifica.

5.- **Ocupación de los Padres:** Anotar el trabajo o actividad que desempeñan ambos padres al momento del estudio.

6.- **Ingreso Económico:** Se anotará la cantidad mensual de acuerdo al ingreso de menos de un salario mínimo, de uno o dos salarios mínimos y de 3 o más salarios mínimos. Tomando en consideración el salario mínimo de la región.

7.-Tipo de familia: Este apartado será marcado colocando una “X” en el paréntesis correspondiente de acuerdo a lo siguiente:

a) Desarrollo:

Moderna: Si la madre trabaja fuera del hogar.

Tradicional: Si el padre es el único que trabaja.

Arcaica: Si el sostenimiento del hogar se produce exclusivamente de la tierra que trabajan

b) Demografía:

Urbana o Rural: Marcar de acuerdo a la característica dada por la zona o lugar de residencia.

c) Composición:

Nuclear: Si el hogar está compuesto únicamente por padres e hijos.

Extensa: Si el hogar lo comparten padres, hijos, abuelos u otros consanguíneo

Extensa compuesta: Si el hogar además de lo anterior lo forman también amigos, compadres y otros no consanguíneos.

d) Ocupación:

Campechina: Si hay ocupaciones agrícolas o afines.

Obrera: Si hay ocupación en esta forma laboral.

Profesional: Si existen actividades relacionadas con alguna profesión.

e) Integración:

Integrada: Si los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones.

Semi-integrada: Si los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

8.- Etapa del ciclo vital Familiar: Será marcado el paréntesis con una "X" de acuerdo con la etapa correspondiente al momento del estudio, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

I.- Matrimonio: Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo esta etapa con la llegada del primer hijo.

II.- Expansión: Si la familia se encuentra en crecimiento, debido al nacimiento de hijos.

III.- Dispersión: Si la familia se encuentra en etapa de que los hijos asisten a la escuela y ninguno se encuentra trabajando.

IV.- Independencia: Cuando la pareja vive sola y los hijos han formado sus nuevas familias.

V.- Retiro y muerte: En esta etapa existen características como incapacidad para laborar, desempleo, sin recursos económicos o residencia en asilos.

9.- Informante: En este apartado anotar la persona que proporcionó los datos antes señalados, marcando con una "X" ya sea el padre o la madre.

10.- Observaciones: En este espacio anotar cualquier dato relacionado con la encuesta o algunas aclaraciones sobre las variables estudiadas.



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

TARJETA DE ADSCRIPCION Y VIGENCIA DE DERECHOS

DATOS DEL TRABAJADOR O PENSIONISTA

NOMBRE HERNANDEZ CASTILLO YASMIN		R.F.C. HECY670715	CLINICA 183333
DOMICILIO			
CALLE ANDADOR AZTLAN		NUM. EXT. E INT. 6 DP 3	
COLOMIA INF. SOLIDARIDAD			
LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD TEPIC NAYARIT	CODIGO POSTAL 63119	CAMBIOS DE CLINICA	

HISTORIA LABORAL DEL TRABAJADOR

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA	FECHA DE		TIEMPO LABORADO	RUBRICA DE QUIEN REGISTRA	CONSERVA DERECHOS HASTA EL
	ALTA	BAJA			
GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT. MAG	011092				
	270194				

DERECHOHABIENTES

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	NACIMIENTO		RUBRICA DE AUTORIZACION
		MES	AÑO	
		CONSULTORIO		
RUZ HERNANDEZ JORGE HUMBERTO	7	02	92	
RUZ HERNANDEZ YUSELY	8	09	90	
RUZ HERNANDEZ JESUS ROBERTO	7	10	97	

CAMBIOS DE DOMICILIO

48

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores
Subdirección General Médica

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Informe Diario de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad
Nombre del Substituto	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad

Núm. Pro.	Nombre	Expediente	Tip. DT	SEXO Y EDAD		In. vez.	Sub.	Fech. inv.	SOLICITUD A			Pase a U. de U.	Dist. de U. de U.	No. de cam.	Motivo de la Consulta
				M	F				Lab.	Re. com.	Otros				
				M	F				Lab.	Re. com.	Otros				
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

49

TESIS CON FALLA DE ORIGEN