

11226

117



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

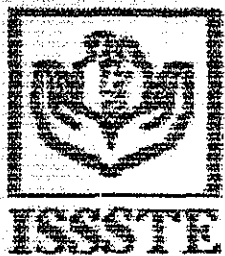
UNIDAD ACADÉMICA

Hospital General "C" Presidente General Lázaro Cárdenas, Chihuahua, Chih.

TÍTULO DE LA TESIS

APLICACIÓN DEL MOSAMEF A LA POBLACIÓN USUARIA DERECHOHABIENTE DEL HOSPITAL GENERAL "C", PRESIDENTE GENERAL LAZARO CÁRDENAS DEL ISSSTE, EN CIUDAD JUAN ALDAMA CHIHUAHUA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998.

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



Ciudad Aldama Chihuahua

PRESENTA

Dr. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ MEDINA

ISSSTE  
SUBDIRECCION MEDICA  
HOSPITAL GENERAL  
PRESIDENTE LAZARO CARDENAS

DEPTO. DE ENSEÑANZA  
CHIHUAHUA, CHIH.

2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

**TÍTULO DE LA TESIS**

**APLICACIÓN DEL MOSAMEF A LA POBLACIÓN USUARIA DERECHOHABIENTE DEL HOSPITAL GENERAL "C", PRESIDENTE GENERAL LAZARO CÁRDENAS DEL ISSSTE, EN CIUDAD JUAN ALDAMA CHIHUAHUA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**


**PRESENTA**

**Dr. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ MEDINA**

**AUTORIZACIONES**

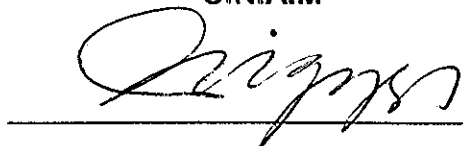
**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

A large, stylized signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is somewhat abstract and cursive.

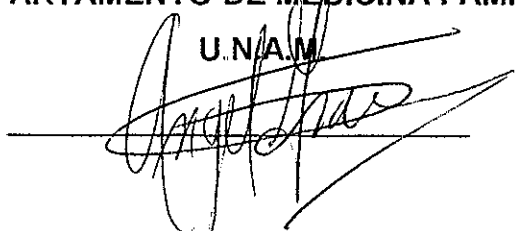
**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**U.N.A.M**

A signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and somewhat stylized.

**DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**U.N.A.M**

A signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and somewhat stylized.


APLICACIÓN DEL MOSAMEF A LA POBLACIÓN USUARIA DERECHOHABIENTE DEL HOSPITAL GENERAL "C", PRESIDENTE GENERAL LAZARO CÁRDENAS DEL ISSSTE, EN CIUDAD JUAN ALDAMA CHIHUAHUA, DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998.

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

PRESENTA

Dr. Víctor Manuel Martínez Medina

AUTORIZACIONES.

  
Dr. Salvador Canales Leyva

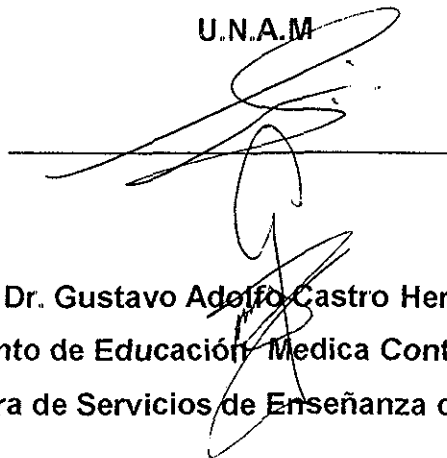
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales en el Hospital General "C" Pdte. General Lázaro Cárdenas.

---

Dr. Francisco José Lizcano Esperón

Asesor de tesis

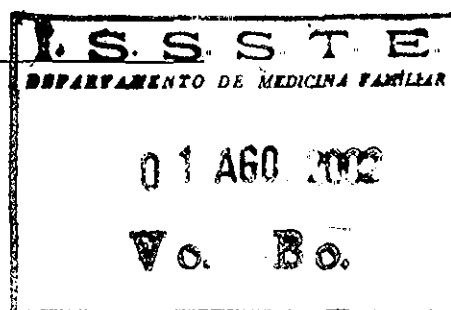
U.N.A.M.



Dr. Gustavo Adolfo Castro Herrera

Jefa del Departamento de Educación Médica Continua y medicina familiar

Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE.



## Índice

Índice	4
Marco Teórico	5
Planteamiento del problema	11
Justificación	13
Objetivo	14
Material y Métodos	15
Diseño	16
Pirámide de población	17
Factores condicionantes de la salud	19
Parte I, pirámide de población	23
Parte II Estudio de la familia	24
Parte III Daños a la salud	46
Conclusiones	48
Discusión	51
Referencias	52
Anexos	54

## MARCO TEÓRICO

### 2.- ANTECEDENTES

En ninguna ocasión se había hecho un trabajo tan preciso como el MOSAMEF, aplicado a la sociedad derechohabiente, analizando las condiciones familiares, sociales, culturales, laborales y las interacciones con los demás componentes de la sociedad, el resultado traerá importantes beneficios para establecer estrategias de planeación, organización, programación de las actividades tendientes a preservar y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud que esta unidad presta

Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con una base teórica respaldadas por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Ésta situación ha limitado la práctica de las 3 acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar (estudio de la familia, continuidad de la atención y acciones anticipadoras) ejecutando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente insatisfacción tanto de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutive y de seguimiento.

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido, hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida, y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud-enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuáles se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

Según lo anterior el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales

A raíz de que se precisó que la familia afecta a la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio

La relación entre la comunidad y la salud es vista también a través de la intervención de la medicina como componente activo, constituyéndose en una llamada " medicina comunitaria, esta ha pasado en su desarrollo por distintos momentos, privilegiando en cada uno de ellos, mecanismos de tratamiento históricamente determinados, se trata de ver el momento en que emerge la medicina comunitaria," , nos parece cada vez más claro que las causas de la enfermedad tienen que buscarse en la estructura y organización de la misma sociedad.<sup>24-25</sup>

De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener qué modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad bio-psico-social. Este artículo tiene el propósito de concentrar los diferentes enfoques que se han desarrollado sobre el estudio de la familia, y hacerlos converger bajo un punto de vista pragmático, es decir, bajo la perspectiva de la medicina familiar, de manera que puedan ser de utilidad al médico familiar en su práctica cotidiana de análisis de las familias <sup>14</sup>

### **La familia como unidad de estudio de la medicina familiar.**

Un principio básico de toda ciencia es la definición de su objeto de estudio en una forma amplia y a la vez precisa, así se debe definir desde el punto de vista de su identificación, es decir se deberá delimitar y tipificar, ya que con ello se posibilita la asignación de responsabilidades de estudio: también se deberá definir desde un punto de vista conceptual y semántico, ya que con ello se facilita la comunicación con profesionales de otras áreas, y aun entre ellos mismos. Finalmente, se deberá definir de manera operativa, ya que así se materializa la definición conceptual.

La discusión en torno a la naturaleza del objeto de estudio de una ciencia tiene el propósito de definir las clases de eventos o fenómenos que le corresponden estudiar a esa ciencia. Una vez definido el objeto de estudio, ya se está en posibilidades de considerar los métodos pertinentes para abordar sus conocimientos

Se puede decir que ha terminado la discusión en torno a la naturaleza del objeto de estudio de la medicina familiar. Puesto que hoy parece estar muy claro que esta toma como unidad de atención y de estudio a la familia

Otras especialidades médicas se han autodefinido sobre la base de áreas anatómicas, edad, sexo o tipo de padecimientos. La medicina familiar, en cambio, abarca porciones de todas las especialidades clínicas y disciplinas relacionadas. así, integra a su práctica y a su cuerpo conceptual los conocimientos de disciplinas como la antropología, sociología y psicología, con lo cual pretende brindar una atención integral y continua a la familia valiéndose para ello, de los recursos de la comunidad y los de la propia familia.

De esta manera, el médico familiar deberá de proporcionar atención médica continua, amplia y personalizada a los pacientes de todas las edades y a sus familias. Acepta la responsabilidad de la atención de todas las necesidades de salud del individuo y conserva una relación íntima, confidencial y personal con sus pacientes.

Dado que el médico familiar conoce mejor que nadie las necesidades de salud de la familia a su cargo, deberá de coordinar los esfuerzos de los profesionales de la salud en torno a la atención de la familia, siempre que esta sea necesaria, ya que este profesional debe resolver por si mismo la mayor parte de los problemas que afectan frecuentemente la salud de la población.

Si bien se puede señalar que está claramente definido el objeto de estudio de la medicina familiar, existen algunos problemas por resolver:

1.- algunos autores y corrientes científicas, sin negar la condición biológica de la familia afirman que su existencia misma en el seno de la sociedad, la determinan como objeto de estudio de las ciencias sociales, y no de la medicina familiar.

2.- aun si admitiéramos que el objeto de estudio de la medicina familiar es un objeto de naturaleza social, surge el problema de la metodología bajo la que habrá de estudiarse dicho objeto. A este respecto se plantean dos corrientes de pensamiento. La primera de ellas considera a los objetos de estudio de las ciencias ya sean naturales o sociales, como equivalentes y por lo tanto pueden ser estudiados bajo la misma metodología: está es la corriente positivista. La segunda es la corriente dialéctica, que considera a los objetos de estudio naturales y sociales como objetos de naturaleza diferente y, por lo tanto, los métodos que los estudian deberán poseer diferencias significativas

Lo anterior plantea la necesidad de determinar en que condiciones y desde que perspectiva la familia se torna en un objeto de estudio de la medicina familiar



En todo caso, se puede decir que el estudio de la familia no es exclusivo de la medicina familiar puesto que, como sucede con otros objetos o unidades de estudio y análisis, la familia es susceptible de ser estudiada por diferentes corrientes del pensamiento, cada una de ellas con un valor similar pero con un concepto de significancia variada y con explicaciones igualmente diferentes. Según lo anterior, el estudio sistematizado de la familia compete a la medicina familiar dentro del campo de la ciencia médica.<sup>14</sup>

La identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los 3 ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite la práctica a un nivel operativo de las habilidades que el médico familiar tiene como propios y exclusivos.

El modelo sistemático de la atención médico familiar, se presenta por primera vez como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar. Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que ofrezcan un conocimiento, analítico, lógico y crítico de las familias, el cuál redundará en el adecuado estudio de las características de la población a su cuidado

Definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de las líneas de investigación en ésta disciplina

Se presenta el MOSAMEF en forma de protocolo de investigación, mediante la aplicación del método observacional y prospectivo.

El sistema de atención Médica Familiar se inicia en la Ciudad de Aldama Chihuahua, En el mes de marzo de 1997, con el primer estudiante de la especialidad de medicina familiar, estableciéndose cambios notorios en la atención médica de la comunidad, siendo la UMF de Aldama un apéndice del Hospital General "C" Presidente General Lázaro Cárdenas. Siendo esta, un población cautiva con las misma características epidemiológicas y ligeramente distintas en el nivel socioeconómico, como es normal en todos los medios.

La unidad se encuentra establecida en un consultorio particular, que reúne las características adecuadas para la atención Médica Familiar, lo necesario para ofrecer la calidad y la calidez que todo paciente exige. El camino de esta UMF ha sido de diferentes establecimientos, lugares prestados por las dependencias federales y otras instituciones, ninguna de esas llenaba los requisitos, esta UMF ha sido visitada por un sin número de médicos pasantes casi en su totalidad y pocas veces por un médico titulado y residente de la especialidad en medicina familiar.

Las características geográficas de la Ciudad de Aldama Chihuahua, está a 25 Km al Noroeste de la Ciudad de Chihuahua, capital del estado, es una ciudad ganadera y agrícola, se cultiva forrajes, granos y tubérculos, la fruta con el membrillo es representativa del lugar, a través de su Ate; cuenta con una flora hermosa.

Es la cabecera Municipal del mismo Municipio Aldama. La población aproximada es de 50,000 habitantes en todo el municipio, con un 90% en ésta ciudad, cuenta con todos los servicios públicos y en los últimos meses su urbanización y formación de parques industriales a través de la industria maquiladora son muy notorios.

La población derechohabiente es aproximadamente 900 derechohabientes, solo que hasta la fecha están registrados 600, debido a que en este período se ha estado actualizando el censo, observándose este fenómeno porque mucha de esa población acudía a Chihuahua a demandar servicios Médicos.

## 1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

¿ Es importante realizar un estudio de familia de la población derechohabiente y usuaria de los servicios de salud del ISSSTE con la finalidad de planear, organizar, programar y llevar acabo la atención médica con un sentido de calidad?

¿ Serán realmente importante las modificaciones en los roles de los integrantes de la familia para afectar la salud individual y colectiva?

Existen antecedentes y estudios que revelan que la población sufre cambios, fenómenos que interactúan directamente con la salud individual y colectiva.

Se conoce hoy en día aspectos psicológicos , antropológicos y sociales en la familia que plantean la presencia y enfrentamiento de un conjunto de problemas de una maravillosa y desafiante complejidad. Las relaciones del individuo con la sociedad , los marcos de referencia que propicia la cultura, el entorno socioeconómico e histórico, al igual que las condiciones psíquicas del sujeto, constituyen elementos fundamentales a tener en cuenta en el análisis de esta temática.

Sin embargo, el problema es aun de mayor envergadura si observamos que no solo son los aspectos anteriormente citados las gruesas variables que sirven para la comprensión macro de la familia, sino que también están los enfoques que sobre los contenidos , relación y alcance de dichas variables, se tengan presentes en un momento dado del análisis del fenómeno en cuestión.

La familia es pues una institución donde cada uno de los aportes constitutivos cumplen una determinada función y apuntan a un fin, mantener la unidad de la célula familiar, como receptáculo de la sociedad y cumplir el papel de agente de socialización.

Vivimos constantemente una serie de cambios socio-familiares condicionados por la época económica, las interrelaciones sociales, los roles se han estado modificando al través del tiempo , lo cual forzosamente impacta en la salud de un pueblo. es de gran importancia hablar de las condiciones de vida de una familia , con relación a las interacciones sociales a través de una variable central que es el trabajo <sup>19 y 20</sup>

La socialización es de gran importancia y se entiende como el proceso a través del cual es transmitido todo el conjunto de valores, pautas de comportamiento y elementos de conocimiento ajustables e integradores de una generación a otra. Lo que se transmite en su conjunto, en la cultura como mecanismo que relaciona al individuo con el entorno.

Partiendo de la consideración de que la personalidad es una construcción social, es decir, la persona es un ser social, también se podría considerar que “ es cierto que los hombres nacen solos y mueren solos”, pero el antes y después de estos 2 extremos de las manifestaciones de la vida y su intervalo son eminentemente sociales.<sup>22</sup>

“los hombres hacen su propia historia pero no la hacen a su propio arbitrio, sino bajo circunstancias elegidas por ellos mismos , sino bajo aquellas circunstancias con que se encuentran directamente Inter actuantes que existen y les han sido legadas por el pasado”<sup>21</sup>

No en vano en este modelo la cultura aparece como el demiurgo explicativo del quehacer de los sujetos en la sociedad.

El papel de los antepasados en la religión ha marcado la pauta para establecer los cambios de una sociedad, las costumbres de familia y su transmisión a través de generaciones han marcado la diferencia

Los mismos cambios económicos que destruyen la familia, llevan consigo el peligro del totalitarismo. La familia en crisis produce las actitudes que predisponen a los hombres a una sumisión ciega.

Con respecto a la jerarquía de clases, la familia es una unidad sus miembros ocupan el mismo rango, esto se debe a que una de las principales funciones de la familia, es la descripción de status, no podría realizar tal función , si como familia, no ocupase una sola posición en la escala. Se dice que los niños” adquieren el status de sus padre”, con lo cual se quiere insinuar que los dos padres tienen un status común que trasmitir y que el niño lo recibe automáticamente como miembro de la familia. Del mismo modo, marido y esposa son considerados como pares sociales.<sup>23</sup>

A medida que la familia ha dejado de ejercer una autoridad específica sobre sus miembros, se ha convertido en terreno de entrenamiento, de ejercicio para la autoridad en sí La vieja dinámica de la sumisión familiar sigue siendo operativa, pero contribuye a fomentar un espíritu general de ajustes y de agresividad autoritaria, más que a fomentar los intereses de la familia y de sus miembros.

### 3.- JUSTIFICACIÓN:

El modelo sistemático de atención Médico Familiar, se inicia en la ciudad de Juan Aldama Chihuahua el mes de marzo de 1997, con la presencia del primer residente de la especialidad

Estableciéndose los principios, la organización y el modus operandi de una medicina integral, que abarcará todos los aspectos bio-psico-sociales como factores condicionantes del proceso salud -enfermedad

Siendo la unidad de medicina familiar de Aldama un afluente del Hospital Gral. , Presidente Gral. Lázaro Cárdenas ubicado en la ciudad de Chihuahua, con población cautiva, situación muy propicia para la realización del estudio y aplicación programática de los resultados

La unidad de atención se encuentra ubicada en un consultorio particular, que reúne las características adecuadas para ofrecer la atención Médico-Familiar, con la calidad y la calidez que nuestro derecho-habiente requiere.

Este puesto de atención tiene su historia desde hace 15 años aproximadamente con el desempeño de médicos pasantes de servicio social , médicos de contrato temporal, pero siempre con la finalidad de solo prestar un servicio sin una conducción encaminada a resolver la problemática de salud de los núcleos familiares de la comunidad derechohabiente, fundamentada en los principios básicos de la medicina familiar.

Con ubicaciones distintas y con modus operandi diversos, atendido por un Médico, desde pasantes, Médicos titulados y por último por un Médico Residente del curso de especialización en Medicina Familiar.

Es de suma importancia mencionar que los sistemas de salud de diversos países entre ellos , Canadá y España han hecho modificaciones que han impactado en la salud de la comunidad en forma relevante, de tal manera que es adecuado seguir el ejemplo .

Dentro del sistema de salud de España se hicieron modificaciones de gran importancia, entre ellas es menester mencionar que como consecuencia de la conferencia de la OMS de Alma-Ata en 1978, se creó la especialidad de medicina familiar y comunitaria y como consecuencia de esto se estructura la atención primaria para la salud y los centros de

salud comunitaria, con una cobertura a la medicina asistencial, preventiva y promotora con la participación activa de la comunidad.»

Siendo la vertiente principal, la atención primaria e integral familiar de la población.

Los beneficios que proporciona el estudio del modelo sistemático de atención médico familiar (MOSAMEF) son :

Por antecedentes encontrados en la literatura al ser aplicado a la sociedad derechohabiente, analizando las condiciones familiares, sociales, culturales, laborales y las interacciones con los demás componentes de la sociedad, el resultado traerá importantes beneficios para establecer estrategias de planeación, organización, programación de las actividades tendientes a preservar y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud que esta unidad presta.

La población usuaria de Aldama presenta características similares con el mismo entorno, afectando de manera semejante los daños a la salud, siendo con estos resultados, una fácil programación de las actividades tendientes a reforzar las actividades preventivas y la buena acción de la medicina curativa con limitación del daño y una excelente rehabilitación.

## **5.- OBJETIVOS**

### **5.1 GENERAL:**

Identificar las características bio-psico-socio-laborales y familiares de la población con la finalidad de una buena programación de la atención a la salud. <sup>14</sup>

### **5.2 ESPECIFICOS:**

- Detectar los grupos de familias con patologías similares, con la finalidad de tratamiento grupal.
- Elaboración de planes de acción sobre problemas de salud.
- Conocer los diferentes grupos etáreos, con la finalidad de aplicar el paquete básico de salud, correspondiente.
- Conocer la situación actual de las características familiares, sociales, políticos y económicos que son condicionantes de la salud de una población
- Conocer las características epidemiológicas de la población derechohabiente.
- Conocer las fortalezas y debilidades del proceso de la atención médico familiar y establecer estrategias para reforzarlas en lo sucesivo
- Conocer el diagnóstico situacional que refleje la demanda de servicios para justificar la solicitud de recursos. <sup>6</sup>

### III.- MATERIAL Y MÉTODOS

Para conocer las características y los daños a la salud de la población de Villa Aldama se realizará un **Estudio Descriptivo**.

La aplicación del MOSAMEF a la comunidad derechohabiente del ISSSTE de Cd. Aldama, del estado de Chihuahua, será de gran utilidad para cumplir con los objetivos establecidos

se aplicará en todos los núcleos familiares para estudiar las características sociales, económicas, políticas y sobre todo familiares, siendo un total de 119 núcleos familiares.

Para el estudio familiar se utilizará la encuesta a través del famiograma del Modelo sistemático de atención Médico familiar( MOSAMEF).

Este formato contiene la información de todas las familias, misma que se concentrará tabulándose en cada caso

Se hará un análisis de cada uno de los parámetros.

Posteriormente se concentrarán los motivos de consulta agrupando en los diferentes parámetros de importancia, ésta información será de la hoja diaria de productividad del médico.

Este estudio se realizará en un período de 3 meses, en el año de 1998

**RECURSOS HUMANOS.**- todas las actividades serán realizadas por el Médico residente de la especialidad de medicina familiar.

**RECURSOS MATERIALES.**- se utilizará el formato de cédula familiar, la hoja de productividad diaria del Médico y formato de concentrado mensual de productividad.

**RECURSOS FINANCIEROS.**- todo lo necesario será financiado por el Médico residente de la especialidad de medicina familiar.



7.- **DISEÑO.**- El tipo de estudio que se va a realizar es observacional, descriptivo y transversal.

### **DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

El estudio que se llevará cabo será meramente observacional

Se utilizara la encuesta descriptiva en el censo poblacional, la retrospectiva en el estudio familiar y la encuesta transversal en identificación de daños a la salud

### **ELEMENTOS DE OBSERVACIÓN**

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>SUJETOS DE OBSERVACION</b>
<b>Censo poblacional</b>	<b>Expedientes clínicos y entrevista directa</b>
<b>Estudio de comunidad</b>	<b>Total de familias asignadas a médico familiar</b>
<b>Identificación de causas de consulta</b>	<b>Hoja de informe de diario de consulta</b>

**Fuente: manual para la aplicación del MOSAMEF.**

### **IDENTIFICACION DE VARIABLES**

Las variables serán tanto cuantitativo como cualitativo en los 3 procesos a seguir.

## PRESENTACION DE LA INFORMACION

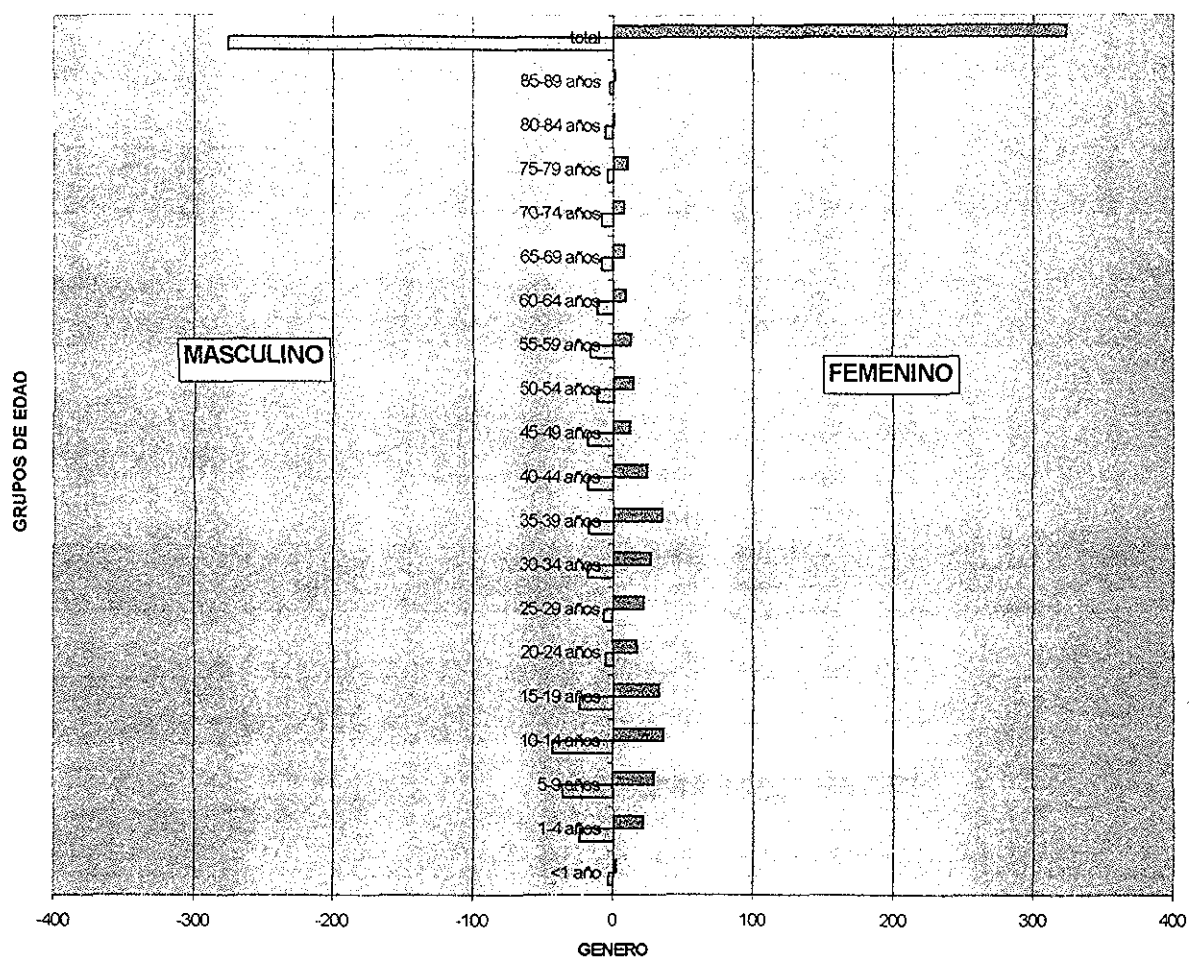
Se presentara la información obtenida de las 3 estrategias aplicadas, mediante cuadros y gráficas

### PIRÁMIDE DE POBLACIÓN ADSCRITA AL ISSSTE ALDAMA CHIHUAHUA.

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTALES
< 1	3	2	5
1-4	24	21	45
5-9	36	30	66
10-14	43	36	79
15-19	24	33	57
20-24	5	17	22
25-29	6	22	28
30-34	18	27	45
35-39	17	35	52
40-44	17	25	42
45-49	18	12	30
50-54	11	14	25
55-59	15	13	28
60-64	11	9	20
65-69	8	8	16
70-74	8	8	16
75-79	4	10	14
80-84	5	1	6
85-89	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>324</b>	<b>599</b>

FUENTE: censo realizado por el médico residente.

PIRÁMIDE DE POBLACION DEL ISSSTE ALDAMA CHIHUAHUA



FUENTE: Censo realizado por el Médico residente.

## FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD.

### UBICACIÓN GEOGRAFICA:

Está ubicada a 25 km. De la ciudad de chihuahua a 28° 50 minutos latitud Norte 105° 55' Longitud Oeste, a una altura de 1270 msnm.

Municipio. - desértico, climático extremo con vegetación variada, ya que es el inicio del desierto partiendo en esa dirección Noroeste de la Cd. De Chihuahua.

**CUADRO 1**  
**ACTIVIDAD ECONOMICA**

Ganadera	60 %
Agrícola	20 %
Otros	20 %

**Fuente: INEGI 1999.**

La actividad industrial, se inicia a partir de esta fecha con actividad de la transformación (Maquiladora)

Un 20 % aproximadamente de la población emigra a trabajar a la Cd. De Chihuahua y un 5 % a los EUA.

A 15 Km. Al Norte de la Cd. Juan Aldama se encuentran minas de uranio que fueron explotadas hace 20 años por empresa URAMEX.

Al Sur de la Cd. Pasa el Río Chuviscar que anteriormente cruza la Cd. De Chihuahua, recogiendo todos los desechos.

El municipio cuenta con una Presa " El Granero " la cual no proporciona beneficios de irrigación a este municipio

### MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Teléfono
- Telégrafo
- Correo
- Radio
- Televisión

## VIAS DE COMUNICACION

- ◆ Carretera – Autopista
- ◆ Ferrocarril Chihuahua – Ojinaga
- ◆ Carretera de pavimento, terracería y brechas

**CUADRO: 2**

### VIVIENDA

VIVIENDAS		HABITATES	PROM. DE OCUPANTES POR VIVIENDA
Total	4724	19998	4.23
Particulares	4722	19939	4.22
Colectivas	2	59	29.5

Fuente: INEGI 1999.

## SANEAMIENTO BASICO

### CARACTERISTICAS DEL SANEAMIENTO BASICO

La ciudad de Aldama tiene pavimentación aproximadamente en un 3% de las calles, el resto son de tierra, cuenta con agua potable en un 100% de los hogares de mi población, cuenta con drenaje en un 95% de los hogares de las familias La energía eléctrica prevalece en el 100% de los hogares que tenemos asignados

**CUADRO: 3**

### SANEAMIENTO BASICO

SANEAMIENTO BASICO	DRENAJE	DISPONE
Agua acumulada - 94.8 %	Conectado a la red pública	83.4 %
Extradomiciliario - 65.05 %	Conectada a fosa séptica	45.5 %
Pública o hidrante - 29.4 %	Desague a río	37.4 %
No disponía de agua - 0.35 %	Otro desagüe	14 %
No dispone de agua - 0.2 %	No dispone	16.4 %

Fuente: INEGI 1999.

## SERVICIOS PUBLICOS

### a) Energía Eléctrica

Energía eléctrica disponible – 90 6 %

Energía eléctrica no dispone –9 4 %

### b) Servicios de agua y drenaje.

### c) Correo

### d) Radio

### e) Carreteras y Caminos

### f) Servicios Municipales

### i) funerarios

### g) Servicios Educativos

### j) religiosos( existen 2 iglesias católicas

### h) Servicios de Salud.

y algunas protestantes)

♦ IMSS –Ordinario ( servicio las 24 hrs)

♦ IMSS –Solidaridad

♦ SSA –Centro de Salud

♦ ISSSTE –U MF Aldama

♦ ICHISAL –Un hospital servicio las 24 Hrs.

♦ CRUZ ROJA –Servicio las 24 Hrs.

**CUADRO 4**  
**INFRAESTRUCTURA EN SALUD**

Médicos	19	48 %
IMSS Ordinario	7	36.8 %
ISSSTE	1	5.2 %
PENSIONES	3	15.6 %
IMSS Solidaridad	2	10.4 %
SSCH	1	5.2 %
ICHISAL	5	26.0 %

Fuente: censo realizado por el médico residente

**CUADRO 5**  
**EDUCACION**

Población > 15 años con Alfabetización

TOTAL	ALFABETAS	ANALFABETAS
12957	46.9 % hombres	3.5 % hombres
	46.8 % mujeres	2.6 % mujeres

**Fuente: INEGI 1999.**

## PARTE I, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN.

El censo poblacional fue realizado en un lapso de 12 semanas interrogando a algún elemento del núcleo familiar en algún momento en que acudían a la consulta. Obteniéndose 599 usuarios en ese lapso con un total de 119 familias.

(a) Distribución por sexo. Siendo 45.9% hombres y 54.1% mujeres

(b) Distribución por grupos de edad. La forma de la pirámide es de menor a mayor grupo de edad, en la cual se observa el % por cada grupo de edad.

(c) Distribución por parentesco:

⇒ El 26.03% lo ocupan los trabajadores siendo un 75% mujeres

⇒ El 13.34% lo ocupan las esposas

⇒ El 13.34% son padres en igual proporción

⇒ El 42.56% son hijos, siendo ligeramente mayor para los hombres

⇒ El 2% son pensionados y el 2.67% son familiares pensionados

(d) Número de derechohabientes por trabajador, 2.8 derechohabientes están inscritos por trabajador, las dimensiones de los núcleos familiares se extienden desde mínimo 3 hasta un máximo de 6 integrantes por el núcleo familiar. Siendo el mayor porcentaje en núcleos familiares de 5 en un 75%, de 3 un 10%, 4 un 7%, 6 un 8%.



## PARTE II

### ESTUDIO DE FAMILIA

El estudio de las familias se hizo tabulando las cédulas de identificación de cada una de las familias, acumulando 119 familias, que alguno de sus integrantes acudió a consulta en un lapso de 12 semanas

#### DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

(a) COMPOSICION: El 67% lo integran familias nucleares, el 16% familias extensas y el 17% familias compuestas

(b) El tipo de familias por su desarrollo es tradicional en un 47% y moderna en un 53%

(c) De acuerdo a la Demografía tenemos semi-urbana un 62.2 %, urbana un 32.8 % y rural un 5%

(d) Etapa del desarrollo:

- 33% es en fase de expansión
- 21% es en fase de dispersión
- 17 % en fase de independencia
- 29 % en fase de retiro

(e) El numero de hijos según la edad es como sigue:

- <10 años \_\_\_\_\_ 16%
- 11-19 años \_\_\_\_\_ 27%
- >20 años \_\_\_\_\_ 57%

#### i. CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES

(a) INGRESO: El 61.4% recibe mas de 3 salarios mínimos  
El 31.9% recibe de 1-2 salarios mínimos  
El 6.7% recibe un salario mínimo diarios

#### OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

- Empleados 43%
- Profesionistas 26%
- Otros 17%
- Hogar 10%
- Técnicos 4%

### C ) ESTADO CIVIL:

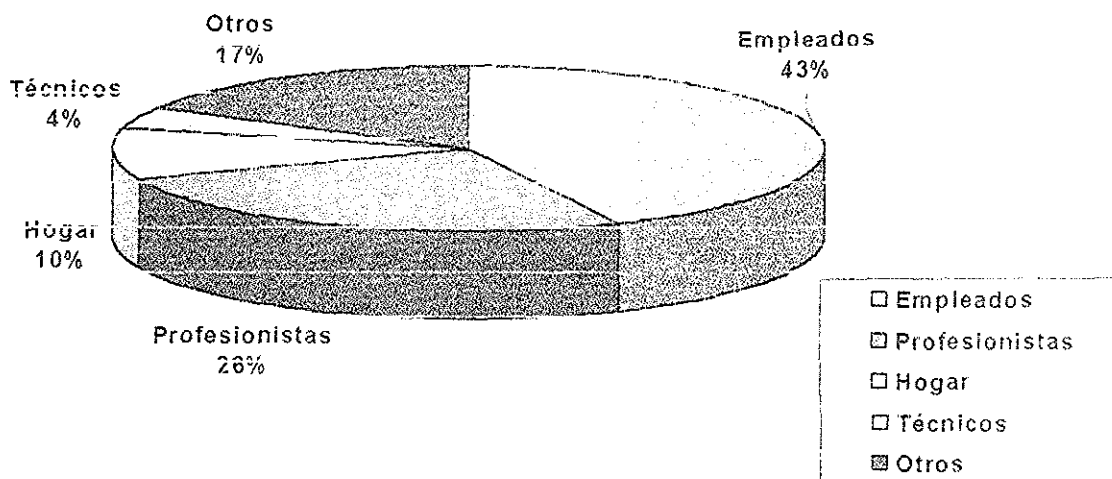
- Un 67% están casados
- Un 11% son viudos
- Un 8% en unión libre
- Un 7% en divorcio
- Un 7% están solteros

### (d) AÑOS DE UNION CONYUGAL:

- De 0-10 años es un 25%
- De 10-20 años es un 28%
- De 20-30 años es un 24%
- De 30 ó más en un 23 %

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



CUADRO 9

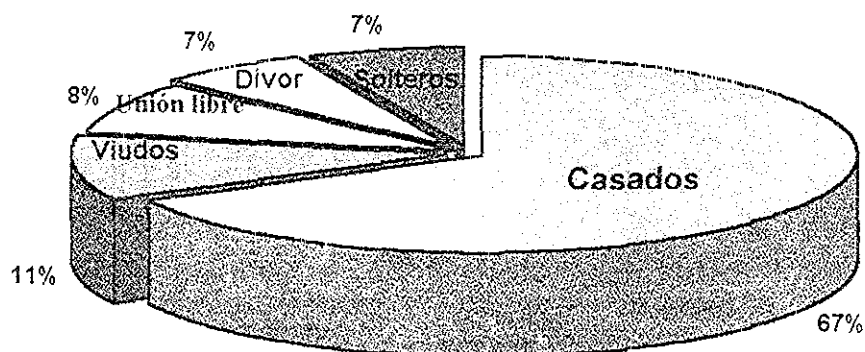
ESTADO CIVIL DE LA POBLACION DH ISSSTE DE ALDAMA	
ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
CASADOS	67
VIUDOS	11
UNION LIBRE	8
DIVORCIADOS	7
SOLTEROS	7

Fuente: censo realizado por el médico residente.

GRÁFICA 2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

### ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS



□ Casados □ Viudos □ U. Libre □ Divorciados □ Solteros

Fuente: censo realizado por el médico residente.

(e)ESCOLARIDAD:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

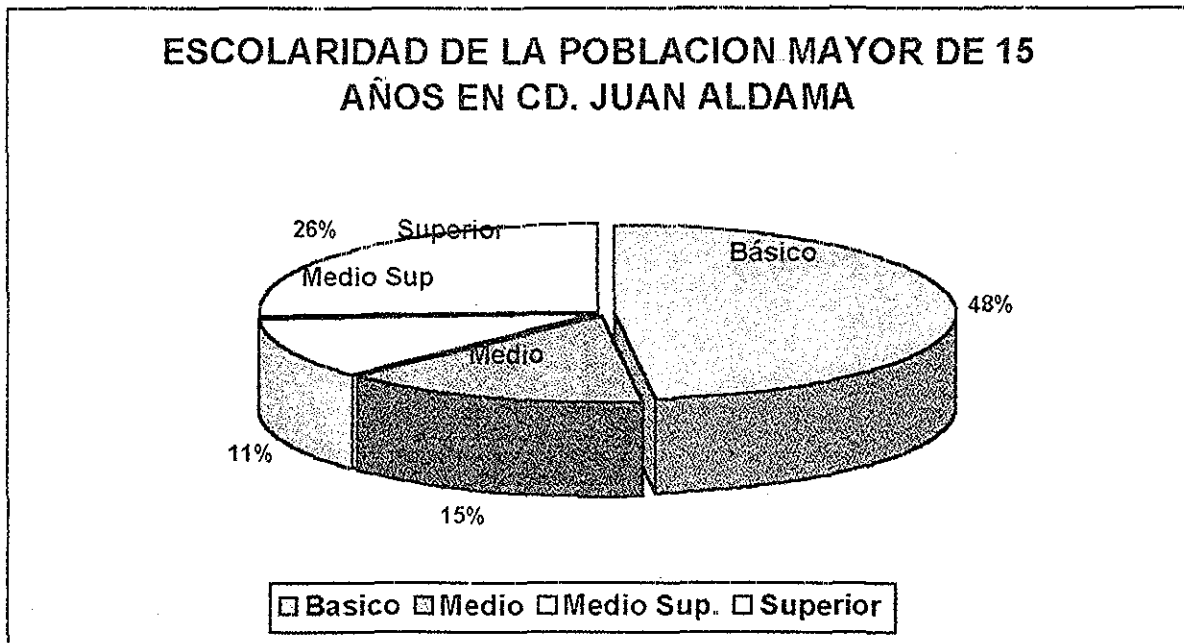
CUADRO 10

ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE  
MAYOR DE 15 AÑOS EN CD. JUAN ALDAMA

ESCOLARIDAD	Nº PERSONAS	%
Básica	194	48
Medio	60	15
Medio Superior	45	11
Superior	105	26
TOTAL	404	100

Fuente: Familiogramas realizados por el médico residente.

GRÁFICO 2



Fuente: censo realizado por el médico residente.

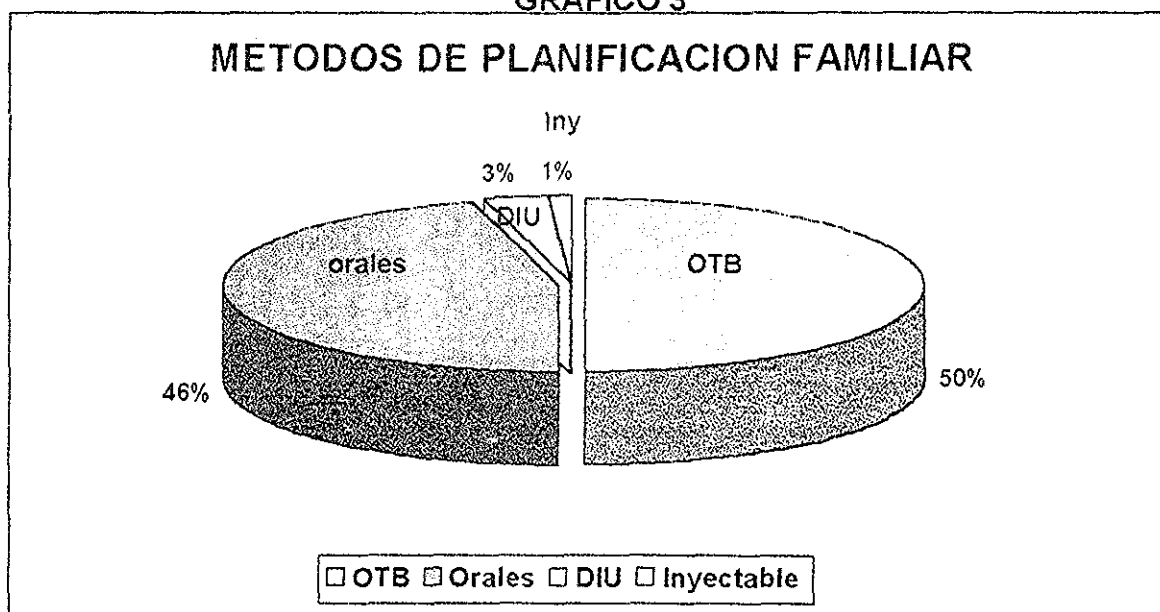
f) PLANIFICACION:

CUADRO 11  
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS FAMILIAS

METODO	PAREJAS	%
OTB	49	50
ORALES	45	46
DIU	3	3
INJECTABLE	1	1
TOTAL	98	100

FUENTE: Familiogramas realizados por el Médico residente.

GRÁFICO 3



Fuente: Familiogramas

CLASIFICACIÓN POR CALIDAD  
CUADRO 12

CLAVE	TIPO DE DERECHOHABIENTE
1 y 2	TRABAJADORES
3	ESPOSAS
5 y 6	PADRES
7 y 8	HIJOS
9	PENSIONADOS
10	FAM. PENSIONADOS

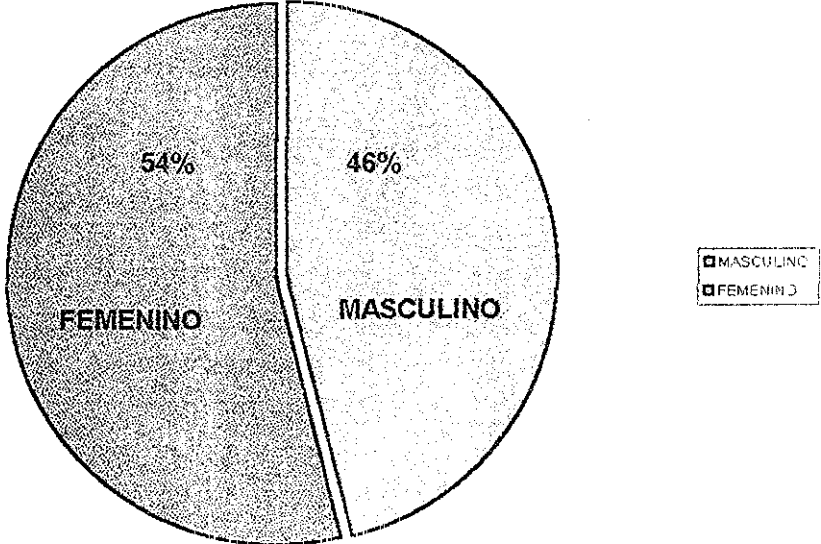
FUENTE: famiogramas.

**CUADRO 13  
POBLACIÓN POR GÉNERO**

GENERO	TOTAL	%
MASCULINOS	275	46
FEMENINOS	324	54
TOTAL	599	100

FUENTE: familiogramas .

**POBLACION POR GENERO ,DERTECHOHABIENTE DEL ISSSTE DE Cd. ALDAM,  
CHIHUAHUA.**



FUENTE: FAMILIOGRAMAS

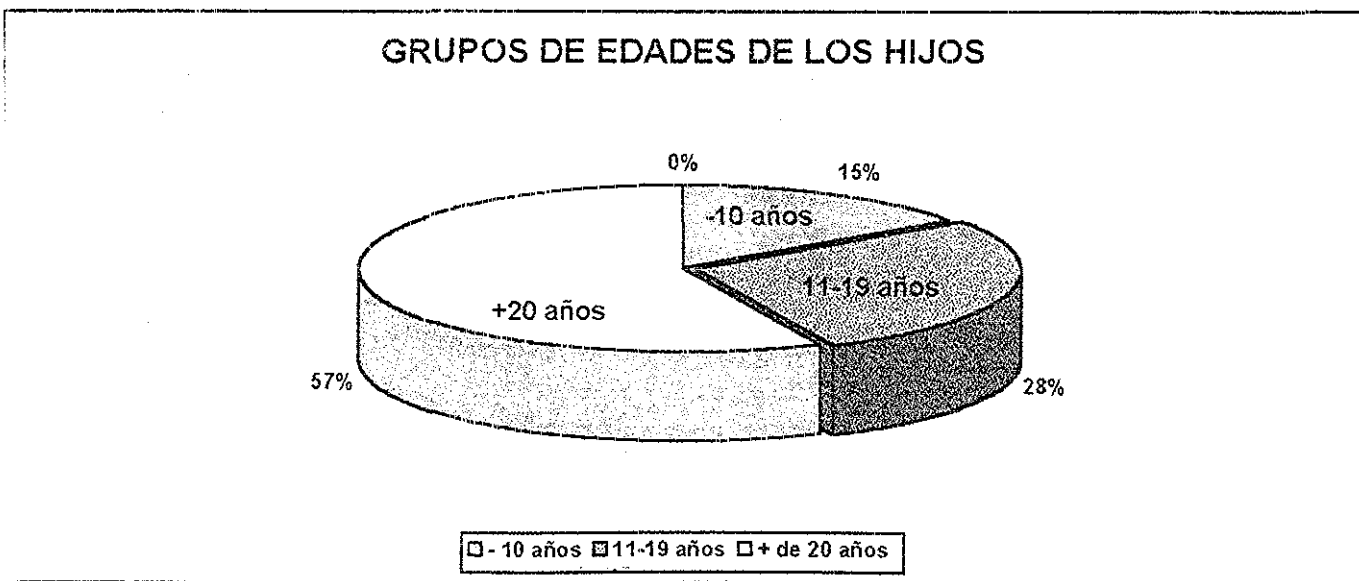


CUADRO 14  
GRUPOS DE EDAD DE LOS HIJOS

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
- de 10 años	64	15
11 - 19 años	115	28
+ de 20 años	237	57
TOTAL	416	100

FUENTE: Familiogramas realizados por el Médico residente.

GRÁFICO 4



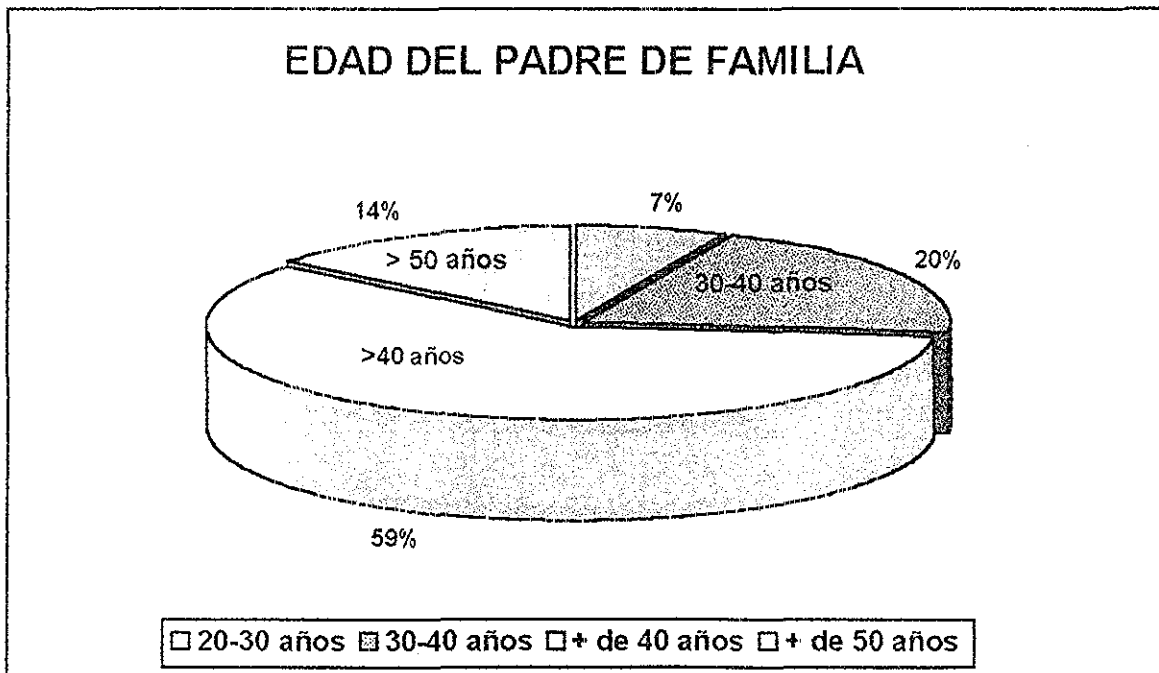
Fuente: Familiogramas.

CUADRO 15  
EDAD DEL PADRE DE FAMILIA

EDAD	TOTAL	%
20 a 30 años	8	7
30 a 40 años	24	20
Mayor de 40 años	70	59
Mayor de 50 años	17	14
TOTAL	119	100

FUENTE: Familiogramas realizados por el Médico residente.

GRÁFICO 5



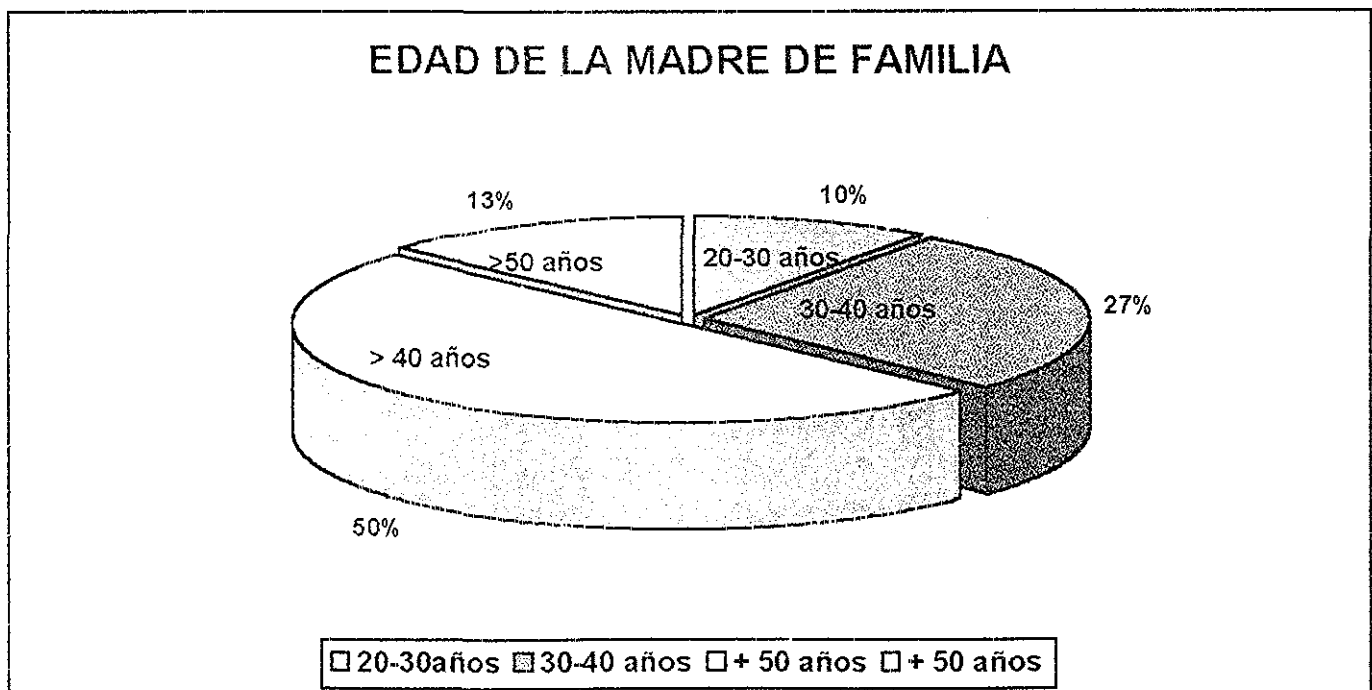
FUENTE: Familiogramas realizados por el Médico residente.

CUADRO 16  
EDAD DE LA MADRE DE FAMILIA

EDAD	TOTAL	%
	20-30	
20-30 años	20	10
30-40 años	53	27
+ de 40 años	99	50
+ de 50 años	26	13
TOTAL	198	100

FUENTE: Familiogramas realizados por el Médico residente.

GRÁFICO 6



Fuente: familiogramas

CUADRO 17  
CLASIFICACIÓN POR CALIDAD ISSSTE  
MASCULINOS (275), FEMENINOS (324)

CLAVE	%	CLAVE	%
1.- Trabajador	15.35	6.- Madre	6.67
2.- Trabajadora	10.68	7.- hijos	21.53
3.- Esposa	13.35	8.- hijas	21.03
4.-	No hay	9.- pensionados	2.00
5.- Padre	6.67	10.- familiar pens.	2.67

FUENTE: familiogramas

**CUADRO 18**  
**POBLACIÓN DE JUAN ALDAMA POR CALIDAD Y SEXO FEMENINO**

CALIDAD	TOTAL	%
2	64	19.76
3	80	24.70
6	40	12.34
8	126	38.88
9 y 10	14	4.32
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100.0</b>

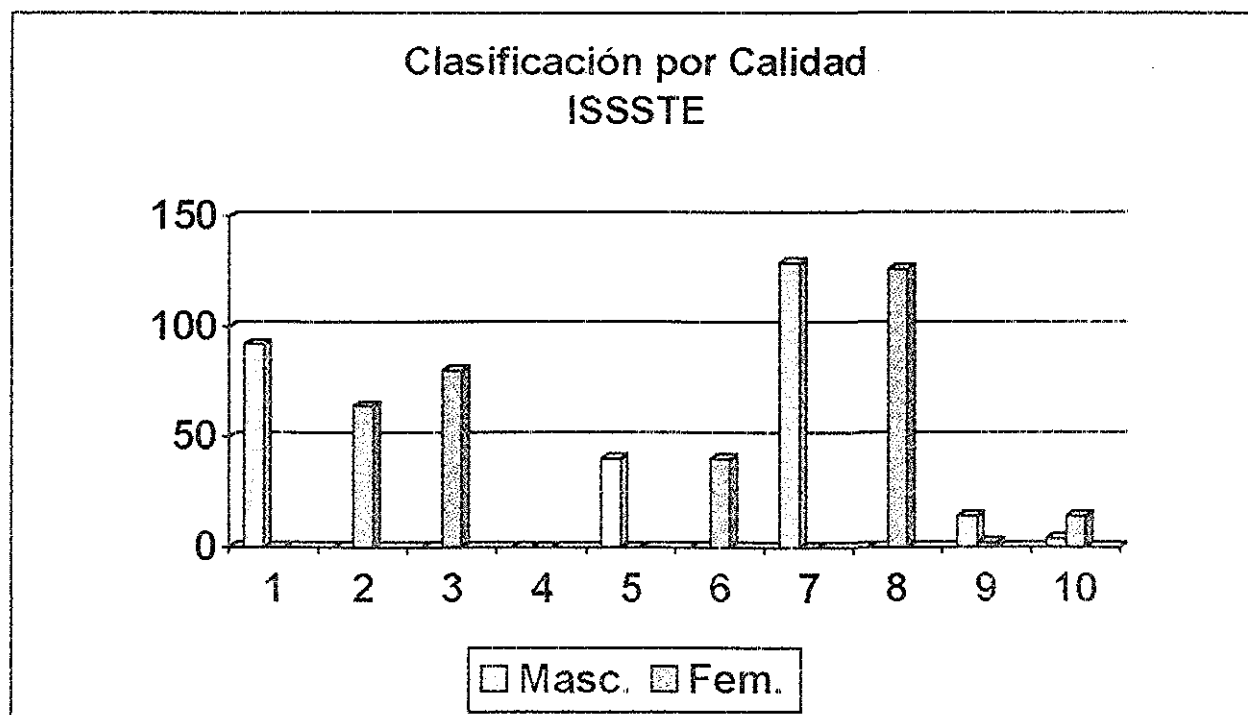
**FUENTE:** famiogramas.

**CUADRO 19**  
**POBLACIÓN DE JUAN ALDAMA POR CALIDAD Y SEXO MASCULINO**

CALIDAD	TOTAL	%
1	92	33.40
5	40	14.50
7	129	47.00
9 y 10	14	5.10
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Censo Familiogramas.

**GRÁFICO 7**



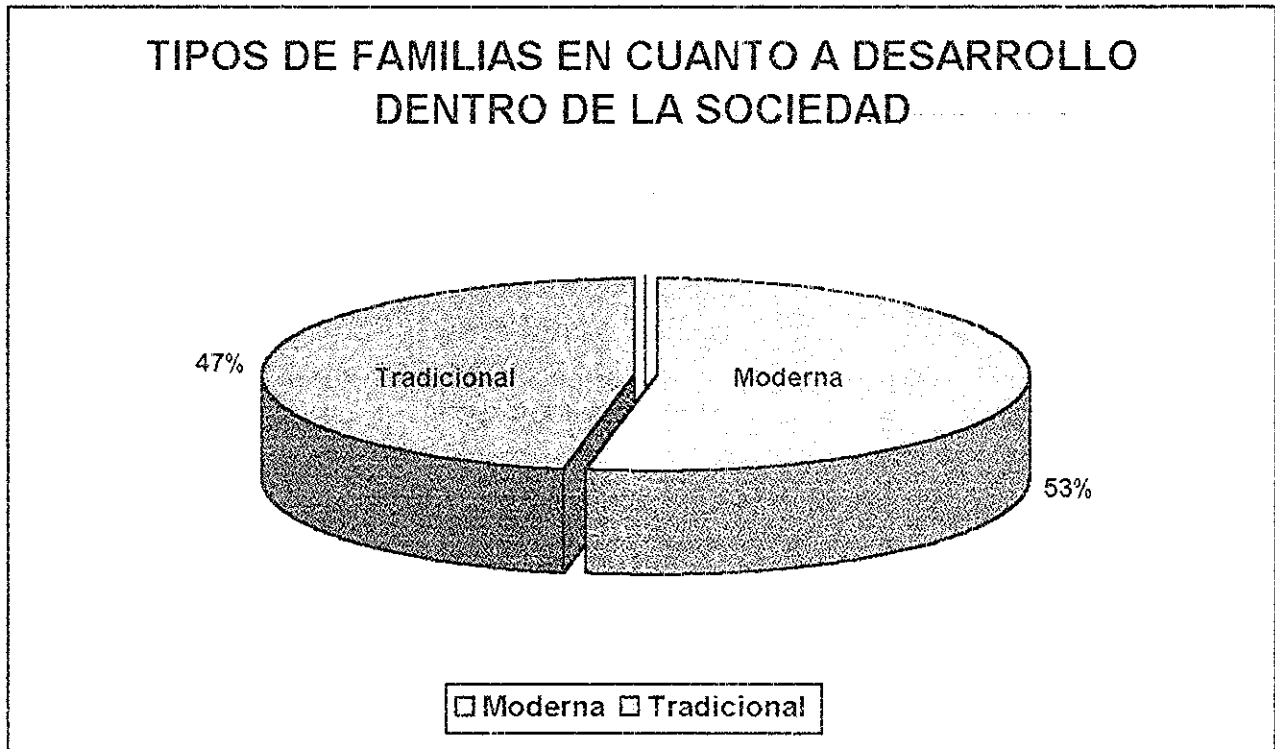
DESCRIPCION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

CUADRO 20

TIPO DE FAMILIA EN CUANTO A DESARROLLO DENTRO DE LA SOCIEDAD

FAMILIA	TOTAL	%
MODERNA	63	53
TRADICIONAL	56	47
TOTAL	119	100

GRÁFICO 8



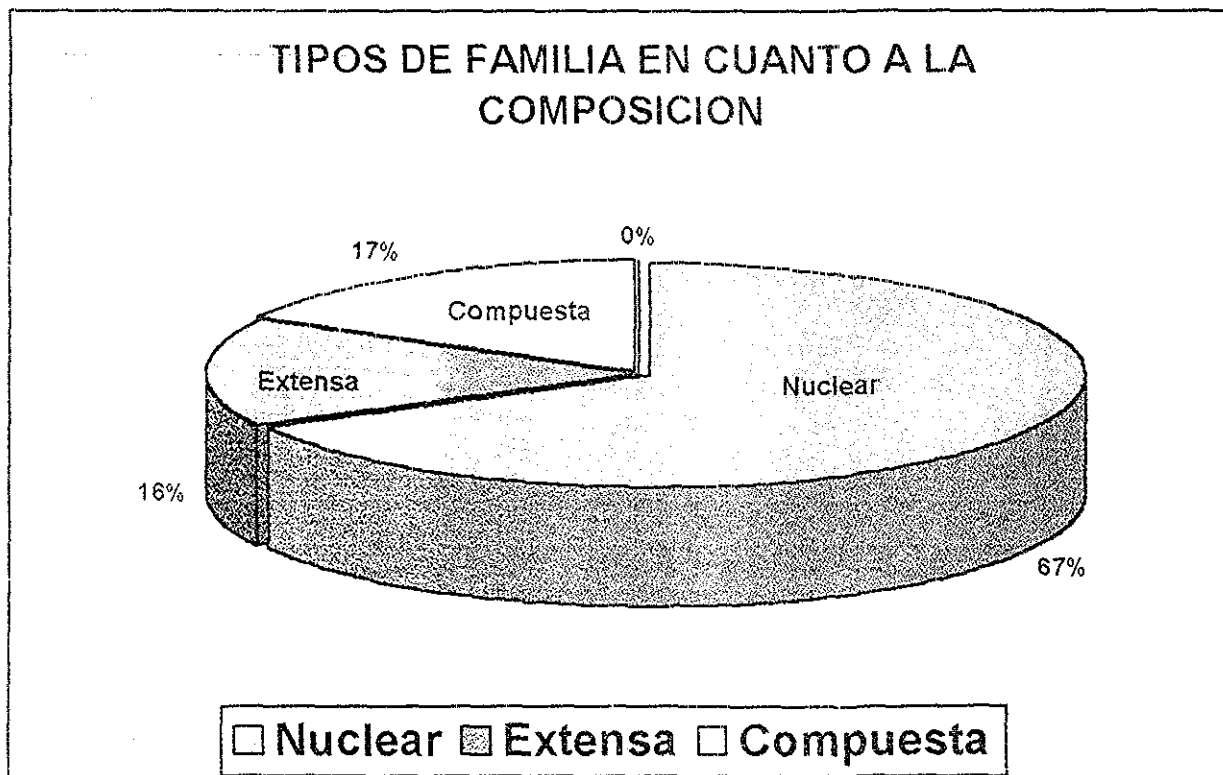
Fuente: Familiogramas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 21  
TIPOS DE FAMILIAS POR COMPOSICIÓN

TIPO DE FAMILIA	TOTAL	%
NUCLEAR	80	67
EXTENSA	19	16
COMPUESTA	20	17
TOTAL	119	100

GRÁFICO 9





Fuente: Familiogramas.

TESIS CON  
TÍTULO DE ORIGEN

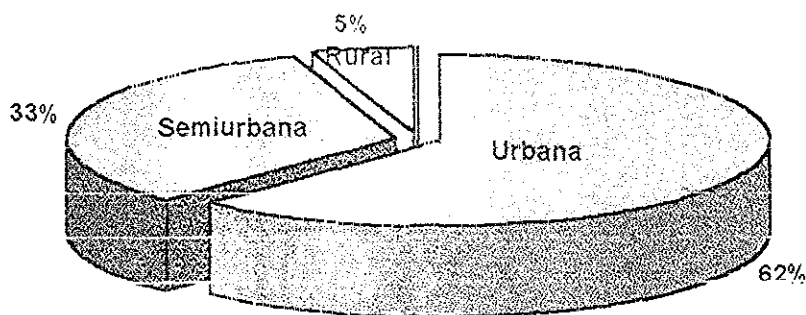
CUADRO 22  
TIPOS DE FAMILIAS POR SU GEOGRAFÍA DE RESIDENCIA

TIPOS DE FAMILIA	TOTAL	%
URBANA	74	62
SEMIURBANA	39	33
RURAL	6	5
TOTAL	119	100

FUENTE: Familiogramas.

GRÁFICO 10

TIPOS DE GRAFICA EN CUANTO A LA GEOGRAFIA  
DE SU RESIDENCIA



□ Urbana □ Semiurbana □ Rural

Fuente: Familiogramas.

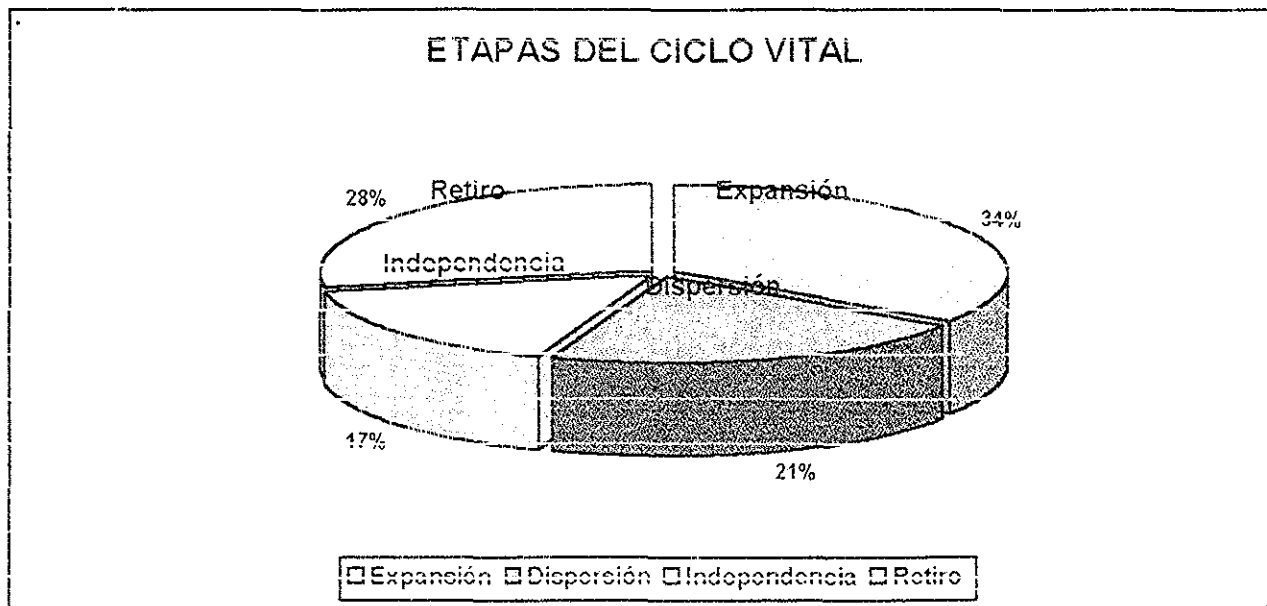
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 23  
TIPO DE FAMILIAS POR SU ETAPA EN EL CICLO VITAL

CICLO VITAL	TOTAL	%
Expansión	41	34
Dispersión	25	21
Independencia	20	17
Retiro	33	28
TOTAL	119	100

Fuente: Familiogramas

GRÁFICO 10



FUENTE: familiogramas

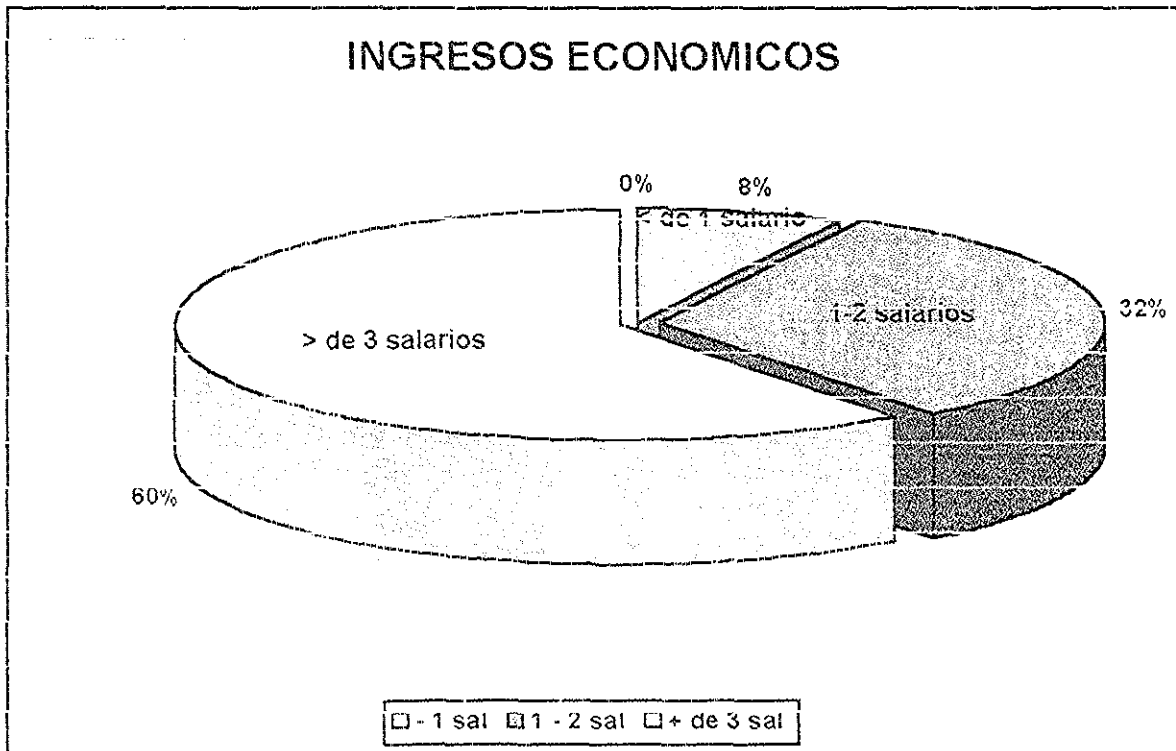
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 24  
TABLA DE INGRESOS ECONOMICOS

INGRESOS EN SALARIOS MINIMOS	TOTAL FAMILIAS	%
- DE 1 SALARIO	9	8
1 - 2 SALARIOS	38	32
+ DE 3 SALARIOS	72	62
TOTAL	119	100

Fuente: familiogramas

GRÁFICO 11



**PARTE III**  
**DAÑOS A LA SALUD.**

**10 PRINCIPALES MOTIVOS CONSULTA DE ENERO - DICIEMBRE 1998**

ENFERMEDADES	Total	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
AS	531	74	111	44	32	23	13	27	27	26	46	48	60
A	445	46	46	26	31	33	35	36	66	37	32	29	28
IF. ACIDO													
PTICA	174	41	21	9	12	22	15	10	23	14	6	4	7
M. TIPO II	137	20	10	11	10	8	14	11	14	11	10	9	9
F. ARTICULAR													
GENERATIVA	126	16	3	7	10	14	17	17	11	9	6	13	3
IGDALITIS	97	10	2	6	6	5	5	14	5	9	13	9	13
ECCION VIAS													
INARIAS	85	10	9	4	4	11	8	5	8	5	4	9	8
ECCION VIAS													
SPIRATORIAS BAJAS	82	13	13	11	4	0	6	5	4	5	4	2	15
ENFERMEDADES													
IECOLOGICAS	75	7	8	10	1	10	7	12	6	4	3	4	3
RMATOPATIAS	72	7	7	3	7	7	5	7	12	7	3	5	2

**FUENTE: Hoja de Informe diario del Médico SM 10-1.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**PREVALENCIA DE LAS 5 PRIMERAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS  
DE ENERO - DICIEMBRE 1998**

ENFERMEDADES	TOTAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
HTA	445	29	32	29	34	36	38	39	69	40	35	32	32
ENF. AC. PEPTICA	174	24	28	9	12	22	15	10	23	14	6	4	7
DIABETES MELLITUS TIPO II	137	14	16	11	10	8	14	11	14	11	10	9	9
ENF ART. DEGENERATIVA	126	11	8	7	10	14	17	17	11	9	6	13	3
TRANSTORNOS VASCULARES	63	6	6	4	5	6	3	1	13	7	3	4	5

**FUENTE: Hoja de informe diario del Médico SM 10-1.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

5 PRIMERAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS DE ENERO - DICIEMBRE 1998

ENFERMEDADES	TOTAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
NF. RESP. VIAS SUPERIORES	531	74	111	44	32	23	13	27	27	26	46	48	60
AMIGDALITIS	87	10	2	6	6	5	5	14	5	9	13	9	13
NF VIAS URINARIAS	85	14	5	4	4	11	8	5	8	5	4	9	8
NF. VIAS RESP. BAJAS	82	15	11	11	4	0	6	5	4	5	4	2	15
DEPI. SIN DHE	44	5	5	1	2	10	5	4	9	5	1	1	0

FUENTE: Hoja de informe diario del Médico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**DAÑOS A LA SALUD**

**DEMANDA DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE POR MES**

**DE ENERO - DICIEMBRE 1998**

	ENE 98	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
	97	114	76	91	73	92	90	87	92	87	87	94	1080
	49	99	85	120	114	114	99	145	97	111	97	75	1205
	146	213	161	211	187	206	189	232	189	198	184	169	2265

**FUENTE: Hoja de informe diario del Médico SM 10-1.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

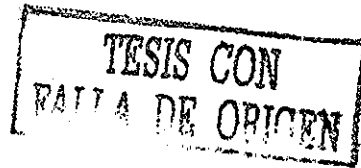
**15 PRIMEROS CASOS DE ENFERMEDADES POR MES  
DEMANDA DE CONSULTA POR GENERO ENERO - DICIEMBRE 1998**

<b>HOMBRES</b>	<b>776</b>	<b>33.90 %</b>
<b>MUJERES</b>	<b>1509</b>	<b>66.10 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2285</b>	<b>100.00 %</b>

**FUENTE:** Hoja de informe diario del Médico.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**





## RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

### I. CONCLUSIONES CONDICIONADAS POR LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION.

- i. Existe una tendencia importante hacia la estructura familiar legal, característica de nuestra sociedad y que proporciona estabilidad.
- ii. La población en estudio presenta una escolaridad en los padres característica de una sociedad del medio suburbano y rural; lo cual, requiere hacer mayor énfasis en los programas prioritarios y enfatizar en la educación para la salud.
- iii. El mayor % de padres es de > de 40 años, siendo promedio un 68%, un 32% es entre 30-40 años y un 10% entre 20-30 años, lo cual nos habla que debemos dirigir nuestros programas hacia la salud del adulto mayor.
- iv. La demografía de esta población en estudio es de 3.8 hijos por matrimonio, la cual es muy adecuada, siendo concretamente con los MPF, que son 50% con OTB y 46% se protegieron con anticonceptivos orales, solo un 3% de la población con DIU y 1% con inyectables.
- v. El porcentaje de la población < de 10 años, es de un 16%; por lo que, la población predispuesta a enfermedades prevenibles por vacunación serían mínimos.
- vi. El 61% de las familias tienen > de 3 salarios mínimos como ingresos, lo cual, es favorecedor para que esta población no presente carencias fundamentales, como son: alimentación, vestido, etc.; por lo que las enfermedades de la desnutrición son poco presentadas.
- vii. La cultura de la población encuestada es de características similares en cuanto a la modernización y preservación de tradiciones, lo cual, es muy facilitante para la instrucción de los programas medico-preventivos.
- viii. Como es característico de nuestra sociedad mexicana, la composición nuclear de las familias, además, existe un alto porcentaje de familias extensas y compuestas, en las cuales debemos tener incidencia para la resolución de lesiones al núcleo familiar.

- ix. Establecer el programa de atención al adulto mayor es prioritario en nuestra población así como en toda la población de nuestro país.
- x. Después de esta experiencia tan fructífera de aplicación del MOSAMEF, es sumamente importante el análisis de los resultados y la programación Médica Familiar año con año

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## II. CONCLUSIONES DE LA DEMANDA DE CONSULTA

- i. Es imprescindible el programa de salud del adulto mayor, ya que la HTA y DM, son las principales enfermedades crónico-degenerativas, la promoción de la salud, la limitación del daño y la rehabilitación física, psicológica y social son importantes.
- ii. Además, por otro lado, tenemos que las infecciones respiratorias ocupan también los primeros lugares, siendo notorio un punto importante las infecciones respiratorias bajas, las que mas tenemos que cuidar debido a su grado de complejidad y duración, como también el riesgo de complicación.
- iii. Las enfermedades ácido pépticas, ocupan también un lugar importante y esto es modificable, ya que el motivo de estas son los malos habito- higiénico dietéticos, propios de nuestra población, lo cual es cuestión de hacer mas promoción de la salud
- iv. La población femenina es mas demandante que la masculina, siendo un 87% mayor.
- v. Los grupos etéreos mas demandantes son el de 0-4 años y el de 60-64 años de edad, siguiendo el de > de 70 años y el de 35-44 años.
- vi. De los adultos mayores son mas demandantes de servicios de salud las mujeres en un 150% .
- vii. El grupo de HTA y DM, esta principalmente en los adultos mayores de 60 años, siendo este grupo el de 50% respecto de los grupos de 40-50 y el de 50-60 años de edad.
- viii. La mortalidad de la población se reduce a 4 casos en todo el año:
  - > Dos de ellos por cardiopatías avanzadas, del tipo de insuficiencia cardiaca congestiva global severa y el otro de cardiopatía isquémica, con edades entre los 55-65 años.
  - > Un paciente de 45 años por infarto agudo al miocardio.
  - > Un paciente femenino de 56 años por mieloma múltiple
 Siendo pues, una mortalidad de 6% de la población consultante, con una tasa de .02 por 100,000 habitantes.
- ix. El promedio de consulta anual es de 9 consultas por día, con un % de referencias a segundo nivel del 13%, solicitándole laboratorio a un 9.1% de la consulta y servicio de radiología en un 12 2% de la consulta global
- x. El promedio de consulta por mes es de 196

- xi.** El desempleo en la UMF de villa Aldama, consistió, además de la atención asistencial, en reorganizar los expedientes por núcleos familiares, cada uno con su familiograma, el realizar adecuadas notas y el involucrarse en los aspectos familiares, el conocer las características internas de la familia, lo cual es factible en una comunidad suburbana, aspecto que puede favorecer el conocimiento de cada familia y la relación de la patología física con interacciones patológicas en el núcleo familiar y las relaciones con otras familias
- xii.** El conocimiento del ámbito social, económico y político de la comunidad es un factor importante que el medico deberá conocer para la mejor comprensión de las patologías presentes.
- xiii.** Es sumamente importante implementar la promoción a la salud y el auto cuidado, el manejo en casa y la detección de signos de alarma en las enfermedades mas comunes, eventos y actividades poco practicadas, ya que el personal que labora en esta UMF es solo Médico.
- xiv.** Los resultados de la consulta de este estudio servirán de pilote para la justificación, programación de cada mes y anual del abastecimiento de insumos para la atención de la salud
- xv.** Los programas básicos, se llevaron tal como lo establecen las normas normativas nacionales. Debería de ser establecido que cada MF de las unidades hiciera un estudio Medico-familiar, Diagnostico situacional y de salud anualmente
- xvi.** Y en base a los resultados, establecer líneas de acción por el año posterior, programar en lo que se ha fallado, hacer mas promoción de la salud y promover el auto cuidado y la atención en casa y detección de signos de alerta de las enfermedades mas comunes.

## **DISCUSIÓN:**

No fue posible encontrar bibliografía de algún estudio de este tipo, lo que nos sirve de comparación, son estudios realizados por los demás compañeros de la especialidad, a continuación se mencionará algunas similitudes y diferencias en los resultados.

### **a) CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:**

- 1.- existe una diferencia de la estructura familiar de una comunidad suburbana y rural a la población de la ciudad.
- 2.- se observa una diferencia con otros estudios que es la escolaridad es más alta en la población urbana
- 3.- las características de los grupos de edad de otros estudios son muy similares a los del presente
- 4.- el número promedio de hijos es de 3.8 mientras que en la población urbana es de 3.0
- 5.- las características de ingresos son muy similares al de otros estudios.
- 6.- se tiene un mayor número de familias extensas y compuestas en la comunidad suburbana y rural que en la urbana
- 7.- la distribución de la población de adultos mayores es similar a la de la población urbana.

### **b) CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA DE CONSULTA:**

- 1.- La morbilidad de la población de adultos jóvenes y adultos mayores son muy similares en ambos tipos de población (urbana y suburbana- rural)
- 2.- La presentación de enfermedades respiratorias son muy características de nuestra región, no habiendo diferencia significativa con otros estudios
- 3.- La presentación de enfermedades ácido pépticas son muy similares a las de otros estudios debido a que las características de la dieta es muy similar en ambas poblaciones.
- 4.- La población más demandantes de servicios de salud son siempre los extremos de la vida y de predominio el género femenino.
- 5.- Las causas de mortalidad son las mismas de ambos medios sociales
- 6.- El promedio total de consultas es mucho más elevado en el medio suburbano y rural que en la ciudad por la facilidad con que tienen acceso a los servicios de salud.
- 7.- es notorio observar que la referencia al segundo nivel es más alto por la dificultad que tiene este grupo de población de acceder a una inter consulta a especialidad.
- 8.- fue muy notoria la facilidad con que el personal de salud puede interactuar, conocer y desempeñarse mejor en una población suburbana y rural que con población de la ciudad

## REFERENCIAS.

1.- FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR.  
IRIGOYEN CORIA ARNULFO  
EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA  
CUARTA EDICION 1996  
PAGINA 151-153

2.- ESTEBANEL-ARNAL Jaet al actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas Atención primaria 1992., 10:539-542.

3 -MARTIN A, BROTONS C, CIURANA R Et al. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. En : Martin Zurro A, Cano Pérez JF, Editorial Manual de Atención Primaria Segunda Edición Barcelona, Doyma, 1989: páginas 661-675.

4 - JIMENEZ-C MENA. Et al. Análisis de la cobertura de actividades preventivas y promoción de la salud según grupo de edad. Atención Primaria 1993., 12:269-272.

5.- RODRIGUEZ-MORUA P Et al Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria Atención Primaria 1994., 13:39-41.

6 - FRY J. La contribución de la investigación al mejoramiento de la prácticas de medicina familiar. En: medalie JH. medicina familiar. Principios y prácticas. México. Editorial Limusa 1987

7.- McWhinney I. An Introduction Family Medicine. Oxford University Press 1980.

8.- White KL Williams TL, Greenberg Bg. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 265:885-892

9.- Gil VFET et al. Medicina en atención primaria (asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alicante): dos años de experiencia. Atención Primaria 1993; 12 48-50.

10.- Cellin J ¿Qué es la medicina familiar? FEPAFEM/KELLOGG 1982

11.- Bustos LG. El pediatría en atención Primaria y las actividades preventivas. Atención Primaria 1993; 12 183-184.

12 - OMS. Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health. Promotion, Ottawa, 1986

13 - Delgado A. Lopez-Fernandez L. La participación Comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria 1992; 9:457-459.

14.- La familia como unidad de análisis, Dr. Javier Santacruz Varela, rev. médica del IMSS, 1983.

15.- Informes diarios del médico del Consultorio de Medicina Familiar de Villa Aldama(SM 10-1)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

16. - Cédula de Identificación Familiar aplicado a la población derechohabiente de Cd.  
De Aldama Chihuahua
- 17.-Censo Poblacional Derechohabiente, Departamento de Afiliación y Vigencias  
Delegación ISSSTE.
18. - censo INEGI 1999.
- 19.-GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia, medicina tradicional de Colombia, Universidad  
Nacional de Colombia, vol I y II, Bogotá 1985
- 20.- Honor Familia y Sociedad en la estructura patriarcal, Universidad Nacional de  
Colombia, Bogotá 1988.
- 21 - Marx C., Engels F. el 18 Brumario de Luis Bonaparte, obras escogidas editorial H.  
Progreso, tomo I, 1976, página 408.
- 22.-Bloch, E. El principio esperanza , Madrid: Aguilar , 1980, tomo II p.45
- 23.- Nohemí Barona de Infante y Lugardo Álvarez A., Sociedad y Salud, formas  
precisas, 1ª. Edición, Cali, Colombia, p 46-48
- 24.- Das Gandra , Domingo. El concepto de comunidad y su relación con los programas  
de salud. Material incluido en este módulo p 395.
- 25.- Laurell C , et al. Morbilidad, ambiente, organización social, material incluido en este  
módulo 425
- 26.- Nohemy Barona de Infante y Lugardo Álvarez A., Relación entre las ciencias sociales  
y la salud, Sociedad y Salud, Cali Colombia, Pág. 93-153.
- ESTUDIOS QUE SIRVEN DE COMPARACIÓN PARA UNA DISCUSIÓN ADECUADA.**
- 27.- Dra. Rosa Bandala, Aplicación del MOSAMEF consultorio 8 matutino , Clínica de  
Medicina Familiar, Hospital General, Gral. Pdte Lázaro Cárdenas, ISSSTE, Chihuahua,  
Chih, 1998
- 28.- Dr Héctor Marín Lozano, Aplicación del MOSAMEF consultorio 4 matutino , Clínica  
de Medicina Familiar, Hospital General, Gral. Pdte. Lázaro Cárdenas, ISSSTE,  
Chihuahua, Chih, 1998.
- 29.- Dra. María Antonieta Castañeda, Aplicación del MOSAMEF consultorio 2 matutino ,  
Clínica de Medicina Familiar, Hospital General, Gral. Pdte. Lázaro Cárdenas, ISSSTE,  
Chihuahua, Chih, 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





## HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

Estado Civil	No.	%
--------------	-----	---

Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Viudo		
Niños conyugalidad		
Escolaridad		
Básica		
Media superior o		
Superior		
Edad del padre		
Método de P.f.		
Tu		
Rurales		
Inyectables		
Condón		
Vasectomía		
Hijos de 10 años		
hijos de 11- 19 años		
hijos de 20 años		

Ocupación de los padres de familia	No.	%
------------------------------------	-----	---

Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingresos económicos		
de 1 salario mínimo		
1-2 salarios mínimos		
3 ó más salarios mínimos		
Tipo de familia		
Desarrollo		
Moderna		
Tracional		
Composición		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
retiro		

FUENTE: manual guía del modelo sistemático de la atención médica familiar