



11226

183

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL PACHUCA I.S.S.S.T.E.

CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES DE LA POBLACIÓN
ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2 DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILAR DEL I.S.S.S.T.E. DE TULANCINGO, HGO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILAR

PRESENTA:

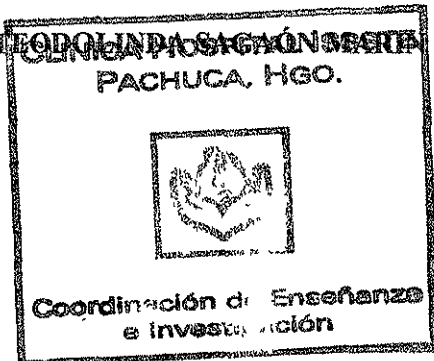
DRA. ~~TEODOLINDA SIGAÑÓN~~
CLINICA POSTGRADO
PACHUCA, HGO.

ISSSTE



HOSPITAL
GENERAL
PACHUCA

PACHUCA, HGO.



~~ISSSTE~~

2002



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.


**CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES DE LA POBLACIÓN
ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 2, DE LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE TULANCINGO
HIDALGO.**

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

PRESENTA:

DRA. TEODOLINDA SAGAÓN MARÍN

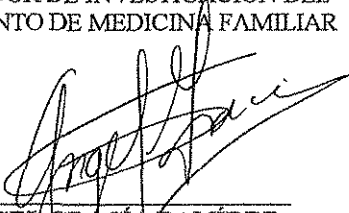
AUTORIZACIONES:



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



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



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

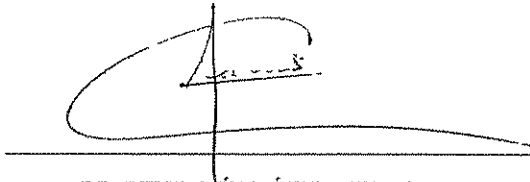
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LA POBLACION ADSCRITA AL
CONSULTORIO No. 2 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.
DE TULANCINGO, HGO.**

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

DRA. TEODOLINDA SAGAÓN MARIN

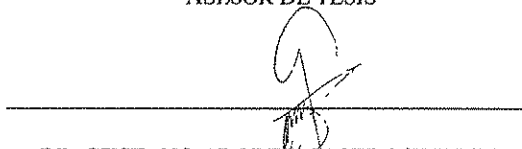
AUTORIZACIONES.



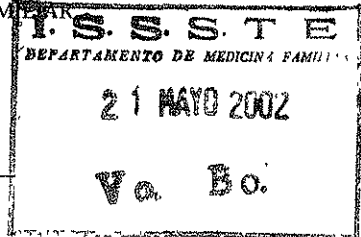
DR. BENJAMÍN NÁJERA ISLAS
PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL I.S.S.S.T.E
PACHUCA, HIDALGO



DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
ASESOR DE TESIS



DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION DE RECURSOS
HUMANOS PARA LA SALUD
COORDINACION NACIONAL DE POLITICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
I S S S T E



A MIS PADRES: +

A MI PADRE QUE CON SU EJEMPLO DE
SUPERACION, FUE MI GUIA

A MI MADRE QUE FUE MI APOYO
Y CONSUELO SIEMPRE

A MIS HERMANOS:

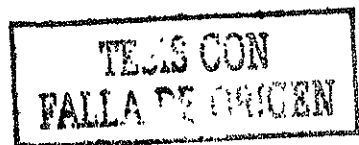
QUE SIEMPRE HAN ESTADO EN MIS
MOMENTOS DIFÍCILES Y GRACIAS A ELLOS
LOS HE SUPERADO

A MELI Y A CIRO:

QUE SON EL MOTIVO DE MI EXISTIR.
LES DOY LAS GRACIAS POR SU
COMPRESIÓN.

AGRADECIENDO A LOS PROFESORES:

DR. BENJAMÍN NAJERA POR SU COOPERACIÓN Y AYUDA
DR. JOSE CASTRO CANTE GRACIAS A SU APOYO INESPERADO



ÍNDICE

MARCO TEORICO.	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	20
JUSTIFICACIÓN.	21
OBJETIVOS	22
METODOLOGÍA	23
RESULTADOS.	28
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES.	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	35
ANEXOS	39

**TESIS CON
FALLA DE GRUEN**

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar, permite desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención e la enfermedad, realizando un uso más eficiente de los recursos para la salud que existen en la comunidad. Este tipo de atención a las familias debería ser el núcleo de la actividad del médico familiar dado que éste análisis le permite desarrollar actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación en su población adscrita. (31)

Actualmente la relación médico-paciente está alcanzando gran importancia, habiéndose incrementado espectacularmente desde 1950. Por una parte resaltan considerablemente, aspectos tan variados como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de la competencia profesional, la frecuencia de problemas legales, el pronóstico de la enfermedad o el estado de salud general del enfermo. Y por otra parte la clásica relación médico-paciente está sufriendo en los últimos años cambios, se está pasando de aquella postura que consideraba al buen médico como el paternalista y autoritario que obraba según el principio de la beneficencia (dando lo mejor para el paciente pero sin contar con él).

La práctica clínica es un proceso permanente de toma de decisiones relacionado con la atención a un paciente, la ejecución de algunas de éstas tareas presenta niveles de complejidad y distintos actores.

En algunos casos la actividad y su control se pueden realizar fácilmente, son circunstancias en las que no existen muchas opciones y la actividad requiere la participación y la decisión exclusiva del médico.

Es así como observamos que dada la diferenciación en subespecialidades la fragmentación de la profesión y el interés por la tecnología ha tenido un efecto grave, el deterioro de la relación médico-paciente.

En instituciones grandes la fragmentación de la atención y los cambios del personal representa la antítesis de la medicina personal e integradora. Y aquí surge un obstáculo más que no ha podido ser salvado tradicionalmente el médico atiende sólo la demanda de servicios requerida por los pacientes,



situación que no es posible mantener si se pretende implantar la estrategia de la atención primaria a la salud, por el contrario debe tomar la iniciativa y acudir a su comunidad a su cargo para analizar, planificar e implementar Acciones en forma conjunta con la población Sin embargo la calidad de cualquier servicio personal depende mucho de la competencia de quienes lo prestan y de que tengan suficiente tiempo para hacer un buen trabajo y mantenerse al día, ante estos hechos necesitamos un cambio como realizar una medicina integral, modificando la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psicosociales en la comprensión del proceso salud-enfermedad. El médico de familia debe atender a individuos en un contexto familiar; ya que es el seno familiar donde se encuentra un gran porcentaje de patologías relacionadas con el subsistema conyugal, pero a la vez es donde podemos encontrar alternativas de solución a las mismas. Es por eso precisamente necesario e indispensable que el médico familiar realice el estudio de la familia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTUDIO DE LA FAMILIA

DEFINICIONES DE LA FAMILIA

Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consaguinidad, matrimonio y/o unión estable y que conviven en un mismo hogar.

Se puede entender como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, que además responde a la clase social a la que pertenece, es decir que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social (32)

La familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, se considera la piedra angular de la cual el hombre requiere para satisfacer sus necesidades básicas. (1)

El consenso canadiense nos dice que la familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, ó un padre ó madre con uno ó más niños que viven bajo el mismo techo. (2)

El consenso norteamericano dice que la familia es un grupo de 2 ó más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción. (2)

Grupo familiar, con un padre, una madre y sus descendientes, que viven bajo el mismo techo y comparten atención médica y económica. (1)

Grupo de personas relacionadas con los demás por lazos consanguíneos ó de matrimonio, las personas se reconocen entre sí como parientes ó como aliados ó afines y están moralmente obligados a prestar servicios y trabajar para sus familiares. (4)

Es un contrato entre dos partes, cuya consecuencia es la transmisión de derechos debido a la causión de una nueva unidad doméstica. (4)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La O.N.U dice que una familia es el conjunto de miembros en el hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción ó matrimonio (2)

Rodríguez de Zepeda dice, que la familia es el conjunto de personas que viven bajo el mismo techo, subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural. (2)

Fernández de Morantin dice, que la familia es el conjunto de ascendientes y descendientes, colaterales y afines de un linaje. (2)

Alarcón define a la familia como a la gente que el señor sustenta dentro de su casa (2)

L familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos.(1)

La familia está compuesta por el padre, la madre, y los hijos; pero que tiene la función primordial de satisfacer las necesidades individuales de los miembros de la familia y para con la sociedad (5)

La familia es la más antigua de las instituciones sociales que sobrevivirá mientras exista nuestra especie (2)

La definición más aceptable para el modelo mexicano es la canadiense.

La concepción sistémica de la institución familiar la plantea como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, en el que cada uno de sus integrantes interactúa como microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de ala relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad. Op. Cit.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ORIGEN DE LA FAMILIA

La familia no siempre existió con las características actuales, ya que a lo largo de la historia ha sufrido una serie de modificaciones (2)

Es aquí donde encontramos diversidad de teorías, que aún cuando las dividen en diferentes etapas, la mayoría de estas coinciden en que la evolución de la familia surge de una forma paralela a la evolución de la humanidad (6)

Etimológicamente la familia proviene del latín “famulus” que significa sirviente o esclavo doméstico, porque en un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.(2)

Según Mendizábal el origen de la familia deriva del vocablo “fames” que significa hambre, por lo que se entiende que en castellano significa hambriento.(2)

Según Taparelli deriva del latín “fames” (hambre) que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.(2)

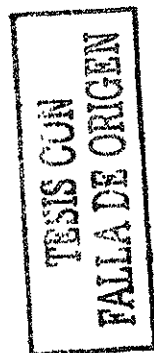
El Marqués de Morante dice que la palabra familia deriva de “famulus” que significa siervo, que a su vez deriva de “famul” originado al igual de “famel” que significa esclavo (2)

A través de la historia y desde los tiempos más antiguos existían las familias en las cuales encontramos:

La consanguínea donde había promiscuidad absoluta, los grupos conyugales se clasificaban por generaciones; todos los abuelos y abuelas, en los límites de la familia son maridos y mujeres entre sí, al igual que con los hijos, los padres y las madres.(6). La familia consanguínea abarca a todo el grupo social, la horda entera es la familia. (7)

La familia “punalua” donde un grupo de hermanas carnales eran mujeres comunes de sus maridos, los cuales son hermanos pero no se llaman como tal sino “punalua”, que quiere decir compañero o consocio.(6)

Continuando las etapas de la familia la “sindiásmica” donde los matrimonios por grupos ya formaban parejas conyugales para un tiempo más o menos largo, donde el hombre tenía una mujer principal. En esta etapa el hombre vive con una mujer, pero la poligamia y la infidelidad continúa, siendo un



derecho para los hombre, aunque por causas económicas la poligamia sólo aparece entre los sectores ricos de la población; al mismo tiempo se exige la más estricta fidelidad en la mujer, mientras dura la vida en común y el adulterio se castiga cruelmente. Sin embargo el vínculo conyugal se disuelve fácilmente, quedando los hijos al lado de la madre.(6) (7)

De la familia “sindiásmica” nace la familia monogamia, la cual se funda en el predominio del hombre, su fin es procrear hijos, cuya paternidad sea indiscutible, y se exige de esa manera porque los hijos en calidad de herederos directos, han de entrar algún día en posesión de los bienes de su padre.

En la monogamia aparecen los hogares individuales para cada pareja. Existe una mayor solidez de los lazos conyugales. La monogamia es un proceso histórico; la antigua libertad relativa al comercio sexual no desaparece con el matrimonio monogámico, sólo se transforma en una nueva forma que,

Morgan llama heterismo, que significa el comercio sexual extraconyugal de los hombres con los mujeres casadas. (6)(7)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

El especialista en medicina familiar debe tener un conocimiento más objetivo de la población que se encuentra bajo su cuidado, identificando a las familias y planeando estrategias de prevención de patologías y promoción de la salud (11)

Luis Leñero en su investigación de las familias en México, clasifica a las familias desde el punto de vista sociocultural, donde considera diversos factores estructurales fundamentales que dan origen a diversos tipos de familia (8)

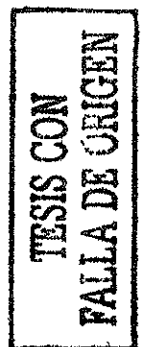
- 1.- Según la cultura o subcultura de las comunidades a las que pertenecen
 - ❖ Familias de cultura indígena con mayor o menor mestizaje
 - ❖ Familias de comunidad rural tradicional
 - ❖ Familias de comunidad o aglomeración urbana.
- 2.- De acuerdo a la pertenencia socioeconómica y de clase:
 - ❖ Familias de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia precaria totalmente.
 - ❖ Familias de estratos proletarios y populares, dependientes de actividad económica y con menor grado de precariedad.
 - ❖ Familias de estratos medios, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico hasta el semiestructurado
 - ❖ Familias de estratos elitistas de dominio con un alto grado de consumo y necesidades suntuarias (8)

Desde el punto de vista de su composición se divide:

- ❖ Familia nuclear: formada por el padre, la madre y los hijos.
- ❖ Familia extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o de afinidad.
- ❖ Familia extensa compuesta: además de los que incluye la extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres

Desde el punto de vista de su desarrollo.

- ❖ Familia moderna: la característica esencial consiste en que la madre labora fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.



- ❖ Familia tradicional: el miembro proveedor, casi siempre está constituido por el padre.
- ❖ Familia arcaica ó primitiva: nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

En base a su demografía:

Familia rural: viven en un medio de poco desarrollo sociocultural, comunidades pequeñas, más en contacto con la naturaleza, y carece de los servicios básicos de urbanización.

Familia urbana: viven en las ciudades con todos o la mayoría de los servicios domésticos y sociales. (9)

Con base a su integración:

- ❖ Familia integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones
- ❖ Familia semiintegrada: en la cual los cónyuges viven juntos, pero no cumplen sus funciones
- ❖ Familia desintegrada. es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación ó abandono

Desde el punto de vista tipológico. ésta característica es de acuerdo a la profesión ú oficio de uno ó ambos cónyuges. (2)

- ❖ Familia campesina
- ❖ Familia obrera
- ❖ Familia profesional

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere, la familia sigue un patrón similar dentro de las diferentes etapas que atraviesa tales como el propuesto por Geyman en 1980 y es el que se utiliza en México con mayor frecuencia:

- ❖ Etapa prenupcial: es el noviazgo y la elección del futuro cónyuge, con el que se va a buscar intereses, aptitudes semejantes, creencias y culturas similares, para situarse como familia
- ❖ Etapa de matrimonio. se inicia con la consolidación de la pareja, concluyendo ésta etapa con la llegada del primer hijo.
- ❖ Etapa de expansión: es el momento en que se incorporan nuevos miembros a la familia o sea la llegada de los hijos.
- ❖ Etapa de dispersión: se caracteriza por el hecho que todos los hijos asisten a la escuela.
- ❖ Etapa de independencia. no es fácil precisar los años que transcurren, los hijos se van para formar nuevas familias.
- ❖ Etapa de retiro y muerte. es la fase final del ciclo, existe incapacidad para laborar, puede haber desempleo y enfrentamiento con la muerte del cónyuge o la propia, ó reclusión de los padres en asilos. (10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Al estudiar las funciones familiares es conveniente aclarar algunas confusiones semánticas en torno a los términos de familia sana ó enferma y familia normofuncional o disfuncional.

Con el término "salud familiar" nos referimos al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. (14)

La funcionalidad familiar es producto del propósito y características de cada una de las familias y cursa por cuatro etapas secuenciales: proceso de identidad, disposición al cambio, proceso de la información y estructuración de roles

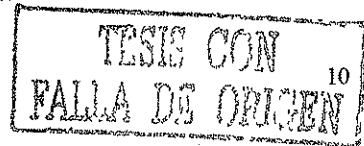
La funcionalidad familiar se modifica por diversos eventos que les acontecen a las familias tales como el divorcio, la muerte del cónyuge y la separación marital, que son las principales causas de crisis familiares.(12)

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares puede ser ubicados como disfunciones del subestima conyugal. Las funciones llevadas a cabo por la pareja deben ser claras y gratificantes, es por ello que el médico familiar debe orientar a la pareja y contar con criterios definidos que permitan evaluar su grado de disfuncionalidad sin perder de vista el marco social en el que se encuentran inmersos (13)

Algunos autores coinciden en que algunas patologías orgánicas tienen como sustrato la disfunción familiar, como es el caso de la drogadicción, homosexualidad, algunos casos de desnutrición infantil y síndrome del niño maltratado; algunas patologías por su trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras como el alcoholismo. (25)

Se han concretado las funciones de la familia en. socialización, cuidado, afecto y estatus y nivel socioeconómico

- ❖ Socialización: consiste en transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo e independiente
- ❖ Cuidado: es la función clave de la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie.



- ❖ Afecto: en esta etapa se observa una especie de transacción dentro de la familia, en relación con la necesidad de recibir y proporcionar amor.
- ❖ Reproducción: la familia es la encargada de proveer nuevos miembros a la sociedad
- ❖ Estatus y nivel socioeconómico: transferir a los miembros de la familia derechos, obligaciones y un nivel socioeconómico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

Para realizar actividades de atención familiar, tanto para el cuidado del paciente, como para atender a la salud familiar, se requiere la comprensión de conceptos básicos sobre estructura, ciclo vital familiar, recursos y función familiar; como de aquellos instrumentos que nos permitan medir y analizar todos los factores que intervienen en el proceso de la salud y la enfermedad del subsistema familiar.

Estos conocimientos y actividades facilitarán el desarrollo de un enfoque familiar, tanto para entender las causas de la enfermedad y la disfunción, como para realizar intervenciones de apoyo, orientación y terapia familiar Op.ct

Para cuantificar la función familiar disponemos de diversos instrumentos útiles, encontrando que la herramienta más importante para el médico familiar es el expediente clínico familiar donde encontramos características distintivas de la práctica familiar. Además de los expedientes individuales de cada uno de los miembros de la familia, deben existir carpetas para la familia como un todo.(10)

En el estudio de la salud familiar, uno de los aspectos que interesa a la medicina contemporánea es es la evaluación de la funcionalidad familiar.

Olson, a través del circunflejo de los sistemas familiar y conyugal (MCSFC), Ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran ala familia anglosajona por medio de un instrumento conocido como FACES III (family adaptability and cohesión educación scales). El MCSFC facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de su funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Con los resultados de éste instrumento las familias que se evalúan como balanceadas, serían lo esperado en la salud familiar (funcionales); de manera semejante, las familias extremas estarían en la antesala de una probable disfunción. (20)

El familiograma introducido como instrumento de evaluación familiar en México por Datz en 1978, también se le conoce como pedegree, árbol familiar y genograma Ackerman y otros autores recomiendan integrar en el familiograma al menos tres generaciones pretéritas, al fin de investigar el mayor número de disfunciones psicológicas, sociales y hereditarias. El

familiograma según la teoría de Bowen se constituye en una herramienta para articular los patrones multigeneracionales

Otras “herramientas” con las que cuenta el especialista en medicina familiar son:

- Unidades de Holmes para evaluar situaciones de stress familiar.
- Círculo familiar ó imagen familiar es un método gráfico y breve para la obtención de datos que nos facilite conocer la dinámica familiar. (10)

Otra “herramienta” es el cuestionario de APGAR-FAMILIAR, desarrollado por Smilkstein, el cual es útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y dado su simplicidad es posiblemente el cuestionario de elección con éste fin en la práctica clínica.

Existen otros cuestionarios que analizan la función familiar probablemente con una mayor validez que el apgar-familiar, pero en general suelen contener un número tan elevado de ítems que los hace de difícil aplicación en nuestras consultas. La escala de ambiente familiar (CES) tiene 90 ítems, la escala de McMaster 53 ítems, una de las últimas versiones del FACES III, dispone de más de 20 ítems, la escala de Piess-Satterwhite con 15 ítems.

Smilkstein utilizó el acrónimo APGAR para recordar los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnestship), desarrollo (growth), afectividad (afectión) y capacidad resolutive (resolve) Del mismo modo, aprovechó la similitud con el índice APGAR, empleado en pediatría; no sólo en sus iniciales, sino también en el significado de las puntuaciones. (16)

El cuestionario APGAR-F para el estudio de la percepción de la función familiar consta de cinco preguntas con tres posibles respuestas que se valoran con el 0,1 y 2 puntos. Los individuos se clasifican en normofuncionales cuando la puntuación es de 7-10 puntos y disfuncionales de 0-6 (disfuncionales graves de 0-2 y leves de 3-6)

Dieciséis puntos que analizaban variables tales como edad, sexo, número de hermanos, lugar ocupado entre ellos, profesión, situación laboral, económica, estado civil, número de hijos, nivel de instrucción, creencias religiosas, enfermedad mental, deben estar recogidos los datos afectivos en la historia clínica, motivo de consulta etapa del ciclo vital familiar y si eran o no hiperutilizadores.(15)

Es imprescindible que en atención primaria se cuente con un instrumental que permita clasificar adecuadamente la red de relaciones establecidas en el

entorno familiar para determinar posibles disfunciones que influyan en la salud del individuo.

Además presenta una serie de ventajas como: su fácil utilización, poco tiempo requerido para su realización, esto permite relacionar con suficiencia problemas psicosomáticos con difusión familiar y graduar dicha disfunción para realizar intervenciones posteriores

Así mismo el Apgar F ha demostrado ser un cuestionario fácil de complementar y perfectamente comprensible para los pacientes (15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTRUCTURA FAMILIAR ACTUAL EN MÉXICO

De acuerdo con estudios recientes en México, 95% de las unidades domésticas están formadas por hogares familiares, el resto corresponde a la mayoría a personas que viven solas. De los hogares familiares 68.4% son del tipo nuclear (pareja con hijos o sin ellos), 25.1% son extensas (pareja con o sin hijos y otros parientes) y 1.1% son hogares compuestos. De aquí se desprende que los hogares nucleares conyugales y, en menor medida, los hogares extensos del mismo tipo, constituyen las modalidades predominantes de la estructura familiar en nuestro país.

Otra conclusión consiste en que una proporción cada vez menor de los arreglos conyugales se ajusta al arquetipo del hombre como único proveedor y la mujer -esposa como ama de casa (17)

La familia en México, donde podemos referirnos a la familia rural, a la familia urbana y dentro de esta última a la de la clase baja, clase media o clase acomodada. Cada uno de los tipos de la familia muestra características muy peculiares (18)

La familia rural. -posee la familia campesina una fuerte cohesión interna, así como un gran número de miembros, 9 o 10 en promedio, regida generalmente por un gobierno patriarcal que a partir de la revolución de 1910 ha resentido bruscos cambios en su organización-

El niño campesino desde muy temprana edad es llamado a colaborar en la siembra y la cosecha, junto con los demás familiares, por lo que se desarrolla más el sentido de responsabilidad y adustez, el carácter poco alegre, reforzado con la herencia de la visión indígena de recelo o reserva hacia el "vencedor" o "ladino". Por ello no asiste a la escuela, no se capacita ni adquiere la posibilidad de romper el atraso rural, a lo más que aspira es a emigrar. La miseria de los hogares rurales provoca el fenómeno de la emigración y la desorganización familiar, los jóvenes se van de braceros o se van a las ciudades, donde debido a su escasa calificación técnica serán súper-explotados y engrosarán las filas de los desclasados. Entre las muchachas del campo que llegan a la ciudad, son muchas absorbidas por la prostitución (7)

La familia campesina no siente la muerte como final trágico, sino como el paso a una existencia mejor, a la "verdadera", por eso los velorios son lugares de plática, de algarabía, de brindis por el difunto. La miseria que a menudo se enseñoorea en el medio rural obliga a sus moradores a considerar la mortalidad infantil como un mal necesario y de júbilo; al entierro de "angelitos" va el vecindario entero, quien ve en la muerte una solución al drama del medio rural mexicano.(19)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La familia urbana comprende a la familia pobre (obreros, artesanos, comerciantes en pequeño, etc.) localizados por lo regular en las zonas más alejadas del centro de la ciudad ó en las zonas menos urbanizadas o decadentes de la misma, es la más numerosa de cualquiera de las otras y por lo regular está basada en la unión libre de un hombre con una mujer que conviven un tiempo más o menos largo, que se desintegra por la separación de éstos sin mayores formalidades dando lugar por una y otra parte a nuevas uniones. En tales familias, si el hombre mantiene o ayuda a la manutención de las esposas y los hijos, lo hace sólo mientras dura la unión, una vez separados se olvida por completo de sus obligaciones paternales; en resumen, carece de estabilidad, mientras dura la unión, el hombre es la principal autoridad en el hogar, las llamadas casas de vecindad en las que se hacían promiscuamente numerosas familias proletarias y de clase media inferior, son incubadoras de delitos. (7)

En el punto opuesto de la escala social se encuentra la familia burguesa, en ella y por lo general, la relación prematrimonial está basada en el interés económico, más que en un buen entendimiento; tanto el hombre como la mujer ven en el matrimonio un negocio, se busca el mejoramiento o la estabilidad económica, los hijos son un accidente, no deben obstruir ni entorpecer las funciones sociales de los padres y por eso se les pone en manos de los sirvientes (7)

Para la sociedad capitalista, ésta ha modelado la familia monogámica bajo el impacto no solo de la propiedad privada, sino de las condiciones del trabajo, la vida urbana, la cultura del éxito y los derechos individuales.

La familia tradicional generalmente es de tipo extenso, es decir en la "casa grande" viven los hijos y sus familiares; en el pueblo el trabajo se realiza en la misma casa.

La familia moderna de las sociedades industriales y urbanas son por lo general nucleares; cada familia tiene un hogar propio o privado y al vivir en la ciudad, necesariamente el trabajo se hace fuera de casa, los hijos se crían fuera de ésta (guarderías) La familia moderna es sin embargo muy inestable como la de Estados Unidos, ha aumentado el número de parejas que viven en unión libre. (3)

La familia es la unidad social básica; ya que la estabilidad de la familia se encuentra constantemente amenazada por fuerzas sociales cambiantes, sin embargo es cierto que una mayoría (80% en Canadá y un 75% en Estados Unidos) vive en unidades familiares y que la mayoría de las personas esperan

que la familia continúe siendo la unidad básica. Las elevadas tasas de divorcio son contrarrestadas por elevadas tasas de nuevos matrimonios entre los divorciados; lo cual sugiere que, incluso aquellos cuyos matrimonios han fallado, consideran aconsejable la institución matrimonial. (22)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR

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 respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Esto ha dado como resultado la limitación de la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar las cuales son:

- estudio de la familia
- continuidad de la atención
- acción anticipadora

Ejecutando actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar el médico familiar, con la consecuente insatisfacción tanto del usuario como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con licitantes en la capacidad resolutive y del seguimiento.

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

MOSAMEF (MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN EN MEDICINA FAMILIAR) éste modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, lo cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en ésta disciplina. (26)

El modelo sistemático de atención medica familiar, se trata de implementar en nuestro país, pretendiendo que los médicos de atención primaria a la salud, sean profesionales en las enfermedades más frecuentes que ocurren su

población derechohabiente, comprometiéndose a atender a su población en riesgo, implantando la prevención.(24)

La atención primaria a la salud es la estrategia más viable para elevar el nivel de salud de la población en los países con condiciones económicas precarias (27)

La medicina familiar es la parte de la atención médica prestada por un profesional del campo de la medicina que asume una amplia y continua responsabilidad por el paciente y su familia, independientemente de la edad. Esto no quiere decir que la atención médica personal de toda la familia deba ser prestada necesariamente en una clínica o hospital; algunos autores refieren que el ingrediente esencial de la atención médica de la familia es la atención personal dada por el mismo médico en el hogar, la clínica o el hospital (28)

La implementación de la atención primaria a la salud, lleva implícita la labor del médico, sobre todo del médico familiar, en la comunidad. Y esta labor requiere hacer énfasis en diversas actividades que no son propiamente las aprendidas en la escuela de medicina, y en ocasiones ni durante el curso de la especialización.(27)

Aquí surge un obstáculo más que no ha podido ser salvado, tradicionalmente el médico atiende sólo la demanda de servicios formulada por un paciente, situación que no es posible mantener, si se pretende implementar la estrategia de la atención primaria a la salud, por el contrario; debe tomar la iniciativa y acudir a la comunidad a su cargo para analizar, planificar e implementar acciones en forma conjunta con la población. (29)

Es un hecho universalmente reconocido que la práctica de la medicina, da lugar al establecimiento de una relación peculiar entre el médico y el paciente. Actualmente la medicina moderna marcha inexorablemente a la tecnificación, la especialización y la institucionalización cada vez mayores, son tres procesos ineludibles, pues son producto de la evolución de la ciencia y la sociedad. Una vez más, cada uno de ellos, ha traído consigo un caudal de problemas, entre los cuales destacan la mala relación médico-paciente, convertidos el primero en técnico y burócrata y el segundo en un objeto y un número.

Quizá el desafío máximo de la medicina contemporánea, simultáneamente dotada de poderío y perplejidad, consiste en la solución inteligente, humana, ética y benevolente de ésta contradicción. (30)



MORBILIDAD

De acuerdo a los boletines proporcionados por INEGI, del SECTOR SALUD incluyendo a la SECRETARIA DE SALUD, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y AL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, en el concepto de estadísticas continuas demográficas y sociales en la que difunden datos más recientes de estadística de morbilidad, nos menciona que es una herramienta de divulgación de utilidad para el público en general y en las que nos dan a conocer como fuente de información.

Se verifica que los padecimientos más frecuentes a nivel nacional son:

1. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
2. INFECCIONES INTESTINALES
3. AMIBIASIS INTESTINAL
4. OTRAS HELMINTIASIS
5. OTITIS MEDIA AGUDA
6. ASCARIASIS
7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
8. CANDIDIASIS UROGENITAL
9. DIABETES MELLITUS
10. VARICELA

Los padecimientos más frecuentes en el Estado son:

- 1 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
- 2 ENFERMEDADES DIARRERICAS AGUDAS
3. PARASITOSIS
4. CARIES DENTAL
5. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
6. INFECCIONES DE VIAS URINARIAS
7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA
- 8 CONJUNTIVITIS
- 9 VARICELA
10. NEUMONÍA Y BRONCONEUMONÍA

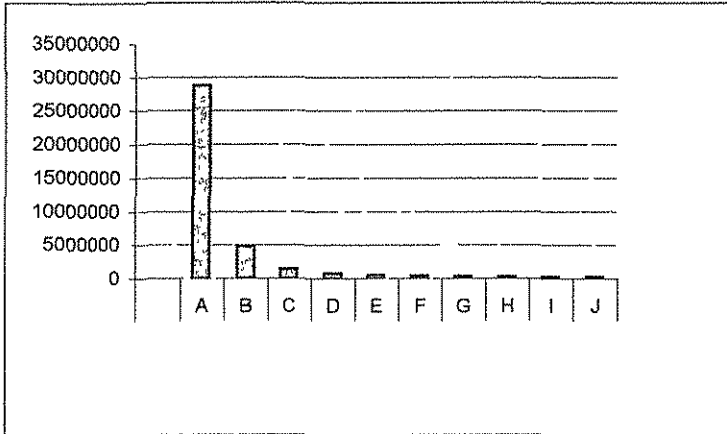


Los padecimientos más frecuentes en la Clínica son:

1. FARINGITIS
2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
3. RINOFARINGITIS
4. COLITIS, ENTERITIS Y GASTROENTERITIS
5. EMBARAZO
6. DIABETES
7. INFECCIONES DE VIAS URINARIAS
8. AMIGDALITIS
9. ESGUINCES Y FRACTURAS
10. CONJUNTIVITIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**MORBILIDAD NACIONAL
AÑO 2000**



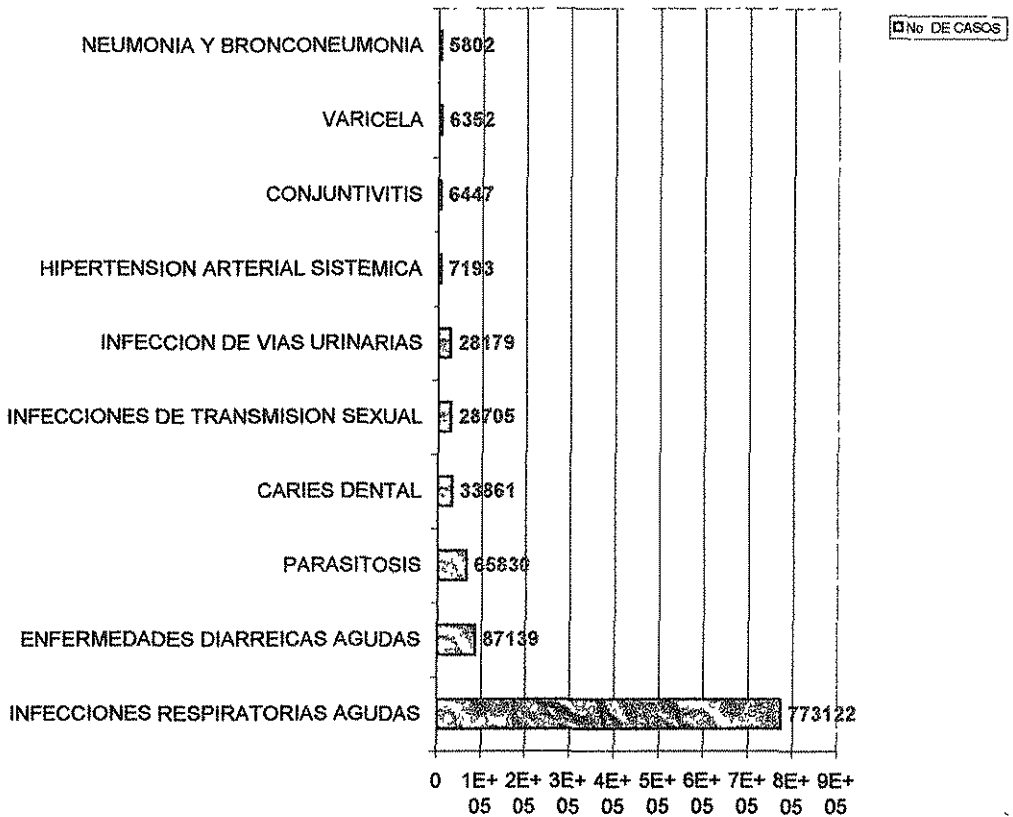
MORBILIDAD		
Infecciones de respiratorias agudas	A	28778809
Inf Intestinales otros organismos y mal def	B	4803141
Ambiasis intestinal	C	1430994
Otras helmintiasis	D	732450
Otitis media aguda	E	504337
Ascariasis	F	413067
hipertensión arterial	G	400678
candidiasis urogenital	H	288668
Diabetes mellitus	I	281458
Vanceja	J	279363

Fuente: Direccion general de epidemiología S.S.A

(18)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

10 PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES REGISTRADOS EN EL ESTADO DE HIDALGO, EN EL AÑO 2000

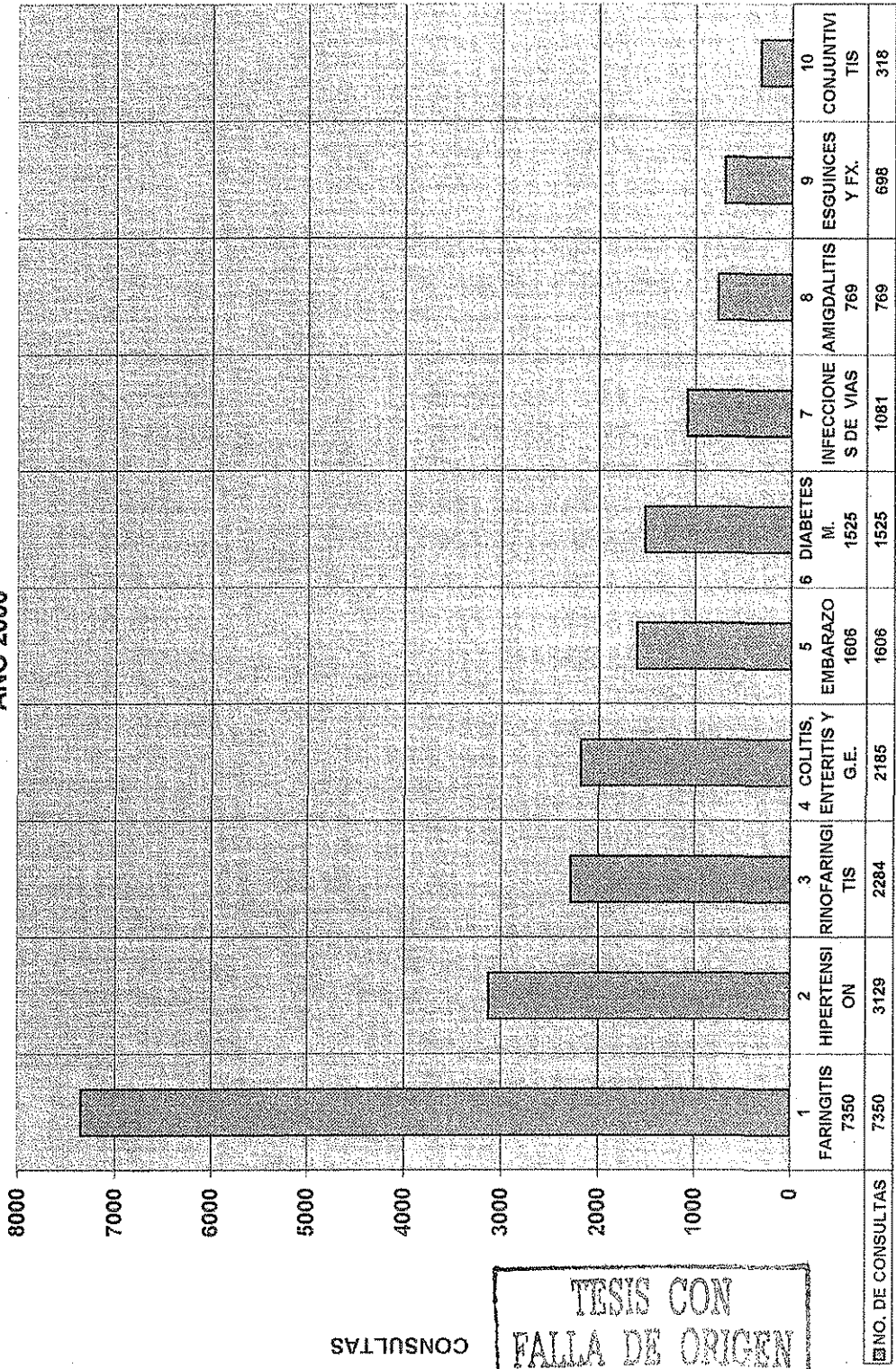


PADECIMIENTOS	No. DE CASOS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	773122
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	87139
PARASITOSIS	65830
CARIES DENTAL	33861
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	28705
INFECCION DE VIAS URINARIAS	28179
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	7193
CONJUNTIVITIS	6447
VARICELA	6352
NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA	5802
TOTAL	1042630

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FUENTE INEGI

CLINICA TULANCINGO
 NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS
 DE ACUERDO A LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
 AÑO 2000



CONSULTAS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NO. DE CONSULTAS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El médico especialista en medicina de familia y comunitaria asume como objetivos básicos de su actividad, la atención individual, integral e integrada, y la comunitaria, con un enfoque de prevención y de promoción a la salud.(32)

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce el primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud, preventivas y terapéuticas.

Actualmente ante la gran exigencia por parte de nuestros pacientes es un reto para los médicos otorgar una medicina con calidad y calidez, ya que la demanda de los servicios va en crecimiento, es conveniente ver al paciente no en forma individual sino como una familia en la que se pueden encontrar un sinnúmero de patologías siendo obligatorio encontrar solución a las mismas.

Es por ello que se deben llevar a cabo acciones que eleven la calidad de vida de nuestros derechohabientes

Por lo tanto surge la siguiente pregunta.

¿Cuáles son las principales causas de morbilidad y las características bio-sociales, de las familias usuarias adscritas al consultorio número dos de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Tulancingo, Hidalgo, en el periodo comprendido del 1º. de enero al 30 de diciembre del dos mil?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

Actualmente la práctica medica ha sufrido modificaciones que influyen en la atención a los pacientes, estas modificaciones se deben a la sofisticación, la nueva era tecnológica, la fragmentación en especialidades y subespecialidades, que ha llevado que se atiendan a los pacientes como individuos, incluso como órganos que pertenecen a un cuerpo humano, por ejemplo el nefrólogo atiende “riñones”, el cardiólogo el “corazón”, etc. Lo que traduce que se da importancia en una forma exclusiva a la parte física del hombre, olvidándonos de atender con igual importancia el mundo afectivo y mental del ser humano, lo que no permite considerarlo un todo como tal. Olvidándonos que el paciente pertenece a una institución llamada familia, es aquí que ésta con frecuencia se transforma en el centro del manejo de problemas de salud, que fueron inicialmente el resultado de su propio mal funcionamiento

Por lo tanto es función del médico familiar orientar su atención en forma integral a la familia, considerar todos los aspectos de la misma.

En base a lo anterior consideramos que conociendo mejor a nuestro paciente y su entorno familiar, podremos identificar mejor, cualquier desajuste en un nivel temprano, cuando aún no repercuta de una manera importante en su salud; así mismo estaremos en condiciones de reconocer factores de riesgo, causas que motiven el origen de algunas enfermedades, y a la vez estaremos realizando una práctica médica más integral y humana. Esto afortunadamente es posible desde el momento en que contamos con una población adscrita fija, la cuál tiene un expediente clínico actualizado, además de tener la intención de tener en forma integral a nuestros pacientes, a la vez que obtendremos la visión del micro ambiente familiar

Esto es posible, ya que se cuenta con los recursos humanos y materiales, y existe la disposición y deseos de lograrlo, para poder ofrecer una mejor calidad de vida a nuestros pacientes y sus familias.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuáles son las características biosociales, así como las principales causas de consulta de las comunidades que acuden al consultorio número 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de Tulancingo, Hidalgo, en el periodo comprendido del 1° de Enero al 30 de Diciembre del 2000.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.-❖ Determinar la pirámide población del consultorio dos de la unidad de Medicina Familiar de Tulancingo, Hidalgo.

2 - ❖ Identificar las características de la familia con respecto a.

- estado civil
- años de unión conyugal
- edad del padre
- edad de la madre
- número de hijos
- tipo de familia
- ingresos mensuales
- ocupación de los padres
- etapa del ciclo vital familiar

3. Conocer las diez principales causas de morbilidad de la población en estudio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se realiza en el área socio-médica y es de tipo observacional, retrospectivo parcial, descriptivo y transversal

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

La población adscrita al consultorio dos de la unidad de medicina familiar de Tulancingo, Hidalgo; en un período comprendido de enero a diciembre del 2000

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tipo de la muestra es no aleatoria por cuotas, de un total de 1302 familias se obtuvo una muestra de 130 que representan el 10% de la población del consultorio dos.

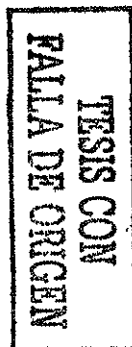
CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. Criterios de inclusión

- familias de la unidad adscritas al consultorio número dos de la clínica de la Unidad de Medicina Familiar de Tulancingo, Hidalgo.
- de ambos sexos
- jefe de familia ó esposa
- aceptación a la participación en la encuesta
- diagnóstico de certeza y legible en la hoja de registro diario.

b. Criterios de exclusión

- pacientes que no aceptaron participar en el estudio
- pacientes no adscritas al consultorio
- pacientes sin registro en vigencia de derechos
- pacientes que pertenezcan a la misma familia



c. Criterios de eliminación

- cambio de residencia
- diagnóstico no legible
- diagnóstico de probabilidad
- diagnóstico en estudio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES DE MEDICIÓN

PARA EL PRESENTE TRABAJO SE UTILIZARON LAS SIGUIENTES VARIABLES DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
1.- Estado civil	Cualitativa	Nominal
2.-Años de unión conyugal	Cuantitativa	Discontinua
3.-Edad	Cuantitativa	Discontinua
4.-Sexo	Cualitativa	Nominal
5.-escolaridad	Cuantitativa	Discontinua
6.-No. De hijos	Cuantitativa	Discontinua
7.-Tipo de familia	Cualitativa	Nominal
8.-Ingresos mensuales	Cuantitativa	Discontinua
9.-Ocupación de los padres	Cualitativa	Nominal
10.-Etapas del ciclo vital	Cualitativa	Discontinua

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Para captar la información se realizó una solicitud a los directivos de la unidad de Medicina Familiar de Tulancingo, Hidalgo, para poder acudir al área de vigencia de derechos y Archivo Clínico, para revisar los expedientes y verificar que estén ordenados por grupos familiares. Se realiza la pirámide de población de la unidad y del consultorio dos de la misma.

En el consultorio el investigador aplicó una encuesta al jefe de familia o a la esposa, que es la recolección de datos (anexo número 1), donde se contemplan las variantes a investigar la cual fue contestada en presencia del propio médico responsable del estudio, en base a las preguntas formuladas, durante las consultas otorgadas a los mismos en el período comprendido de enero a diciembre del 2000.

Se acude al departamento de estadística en busca de la hoja de informe diario del médico (SM1-10) de enero a diciembre del año 2000, se realiza una recopilación de datos en base a la hoja tabular previamente realizada con la técnica de paloteo; se procede por medio de promedios y porcentajes a elaborar las gráficas y cuadros correspondientes, para terminar con las conclusiones y propuesta de solución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como lo dice la declaración de Helsinki, la misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su ciencia deben dedicarse a la realización de ésta misión.

El médico debe actuar solamente en interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto sobre aquél.

En virtud de que el presente estudio es de carácter puramente observacional, no pone en peligro la integridad física, ni mental de los individuos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS

Al realizar el censo de población derechohabiente de el consultorio dos de la Unidad de Medicina Familiar de Tulancingo, Hidalgo, detectamos que existe una población de 3640 habitantes, de los cuales 1528 son del sexo masculino equivalentes al 42% de la población total, en tanto que en el sexo femenino son 2012 que corresponde al 68%. También observamos que la mayor población en el grupo etáreo del sexo masculino esta entre el grupo de 20 a 30 años con un total de 836 habitantes (23%); y para el femenino es de los 25 a 39 años de edad con un total de 1320 (28%).

Por el contrario los grupos de menor número de derechohabientes son en el sexo masculino de los 51 a 60 años y más , son 59 (3%) y en el femenino son 75 (5%) (ver pirámides y cuadros correspondientes a gráfica 1)

Existen un total de 1300 familias adscritas al consultorio dos de dicha unidad

RESULTADOS DEL ESTUDIO BIOSOCIAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO DOS DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DE TULANCINGO, HIDALGO

Se realizan encuestas en 130 familias que cubren el 10 % de la población a estudiar.

- 1 - En relación al estado civil de los padres, la mayoría están unidos en matrimonio 55 (42.3%), divorciados 24 (18.4%), solteros 18 (13.8%), unión libre 14 (10.7%), separados 11 (8.4%) y viudos 8 (6.1%).
Ver gráfica 2
- 2.- Al valorar los años de unión conyugal se percibe que de los 11 a los 15 son 28 (21.5%), de 16 a 20 son 22 (16.9%), de 6 a 10 son 18 (13.8%), de 26 a 30 son 17 (13%), de 1 a 5 son 16 (12.3%) de 21 a 25 son 13 (10%), de 36 a 40 años son 5 (3.8%), de 31 a 35 y de 41 a 45 son 4 (3%), de 46 a 50 son 2 (1.5%), de 51 a 55 es 1 (0.76%). Ver gráfica 3.
- 3.- Edad de los Padres, se encontró que la más frecuente está entre los 41 y 45 son 26 (20%), de los 36 a 40 son 23 (17.3%), de los 26 a los 30 son 16 (12.3%), de 46 a 50 y de los 51 a 55 son 14 (10.7%), respectivamente;

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de 21 a 25 son 11 (8.4%), de los 31 a 35 son 10 (7.6%) y de 61 a 65 son 6 (4.6%) Ver gráfica 4

4 - Edad de la madre de los 36 a los 40 son 30 (23%), de 41 a 45 son 19 (14.6%), de 26 a 30 son 17 (13%), de 21 a 25 son 12 (9.2%), 31 a 35 son 11 (8.4%), de 46 a 50 y de 51 a 55 son 10 (7.6%), de 56 a 60 son 9 (6.9%), de 66 a 70 son 4 (3%), de 76 a 80 son 3 (2.3%), de 81 a 85 son 2 (1.5%), y de 61 a 65 es 1 (0.78%) Ver gráfica 5.

5 - Jefe de familia, por lo general es del sexo masculino ocupando el 75% el 25% el sexo femenino.

6 - La escolaridad de los padres, se evalúa profesionistas (con licenciatura) son 57 (43.8%), con primaria son 24 (18.4%), con secundaria son 21 y con la misma cifra los de preparatoria (16.1%), analfabetas son 7 (5.3%). Ver gráfica 6

7 - Número de hijos por familia, con dos son 63 (48.4%), con 3 son 31 (23.8%), con un hijo son 15 (11.5%), la misma cifra para los que tienen 4, y con 5 son 6 (4.6%) Ver gráfica 7.

8 - Tipo de familia de acuerdo a su .
Desarrollo en las cuales las modernas son 88 (67.8%), y las tradicionales son 42 (32.2%). Ver gráfica 8

Con respecto a su composición las nucleares son 77 (59.2%), las extensas son 33 (25.3%) y la compuesta son 20 (15.3%). Ver gráfica 9

Hablando de su demografía la mayoría pertenece a la urbana son 89 (68.4%), la semirurbana son 36 (27.6%), y en la rural son 5 (3.8%) Ver gráfica 10.

En relación a su tipología hay 72 (55.3%), que son profesionistas, obreros son 53 (40.7%), y campesinos son 5 (3.8%). Ver gráfica 11.

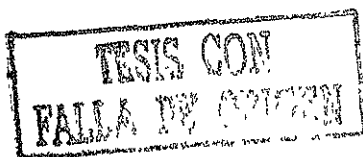
9.- Ingreso mensual económico, se encontró que hay 85 (65.3%) mayor a 3 salarios mínimos, 32 (24.6%) de 1 a 2 salarios mínimos, 3 (10%) con un salario mínimo Ver gráfica 12

INVESTIGACIÓN
DE LA ECONOMÍA

- 10.- Ocupación de los padres, los profesores son los que predominan encontrando 61 (46.9%), dedicados al hogar son 20 (15.3%), intendente son 11 (8.4%), enfermeras son 10 (7.6%), empleadas son 8 (6.1%), secretarías son 3 (2.3%), comerciantes, agricultores, veladores, veterinarios y albañiles son 2 de cada uno (1.5% respectivamente), además un chofer (0.76%) Ver gráfica 13
- 11 - Ciclo vital familiar, la mayoría está en expansión encontrando 54 (41.5%), en dispersión son 36 (27.6%), en independencia hay 25 (19.2%), y en retro y muerte son 15 (11.5%) Ver gráfica 14

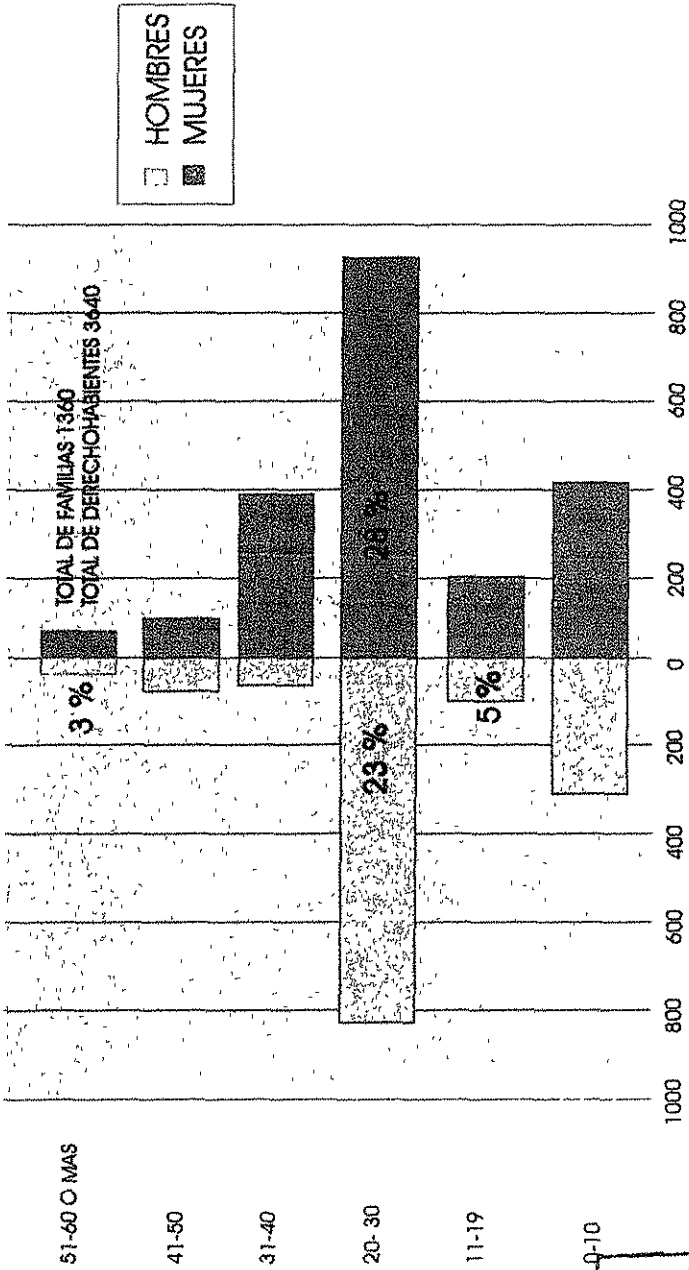
RESULTADOS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL CONSULTORIO DOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE TULANCINGO, HIDALGO.

Las enfermedades respiratorias superiores se consideran las más frecuentes. Con un total de 961 casos (56.8%), segundo lugar las infecciones de vías urinarias con 248 casos (14.6%), en tercer lugar las enfermedades diarreicas agudas con 112 casos (6.6%), en cuarto lugar fracturas y luxaciones con 85 casos (5.03%), quinto lugar enfermedades de transmisión sexual con 81 casos (4.7%), sexto lugar parasitosis con 80 casos (4.3%), séptimo lugar hipertensión arterial con 56 casos (3.3%), octavo lugar lumbalgia con 33 casos (1.9%), noveno lugar diabetes con 20 casos (1.1%) y heridas con 13 casos (0.76%)



I.S.S.S.I.E.
 CLINICA TULANCINGO
 PIRAMIDE POBLACIONAL
 CONSULTORIO 2

1 DE SEPTIEMBRE 2000

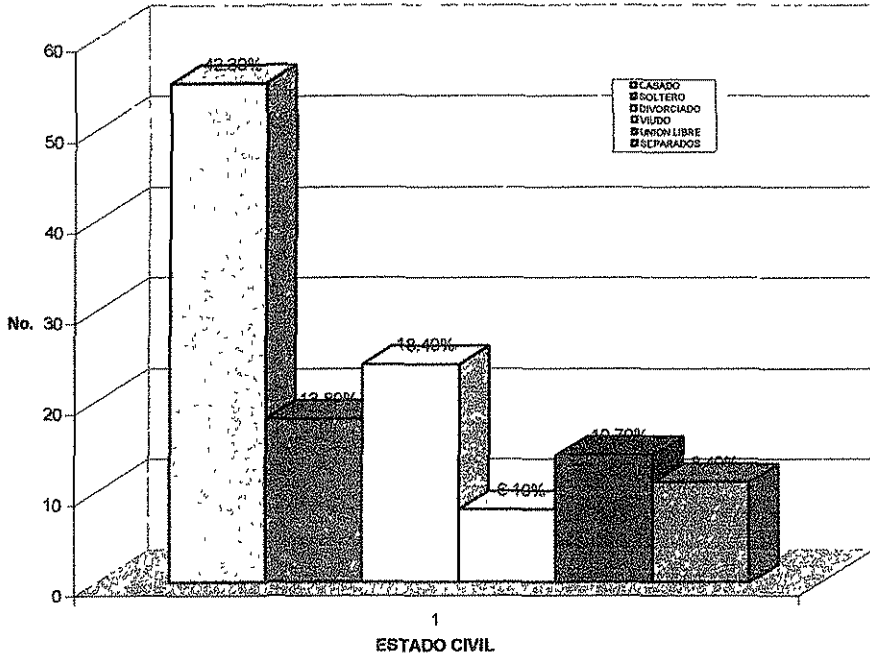


	51-60 O MAS	41-50	31-40	20-30	11-19	0-10	TOTAL	PORCENTAJE
HOMBRES	59	94	88	836	124	327	1528	42 %
MUJERES	75	107	385	935	200	410	2012	68 %

GRAFICA 1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE LA CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO, HIDALGO; EVALUANDO EL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.



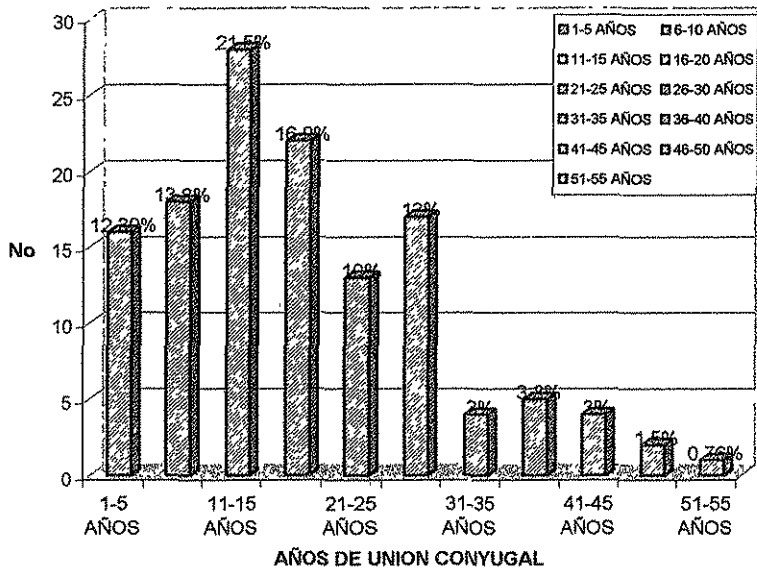
ESTADO CIVIL	No.	%
CASADO	55	42.3
SOLTERO	18	13.8
DIVORCIADO	24	18.4
VIUDO	8	6.1
UNION LIBRE	14	10.7
SEPARADOS	11	8.4
TOTAL	130	100

FUENTE CEDULA REALIZADAS

GRAFICA 2

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE LA CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO, HIDALGO; EVALUANDO AÑOS DE UNION CONYUGAL.



UNION CONYUGAL	No. CASOS	%
1-5 AÑOS	16	12.3
6-10 AÑOS	18	13.8
11-15 AÑOS	28	21.5
16-20 AÑOS	22	16.9
21-25 AÑOS	13	10
26-30 AÑOS	17	13
31-35 AÑOS	4	3
36-40 AÑOS	5	3.8
41-45 AÑOS	4	3
46-50 AÑOS	2	1.5
51-55 AÑOS	1	0.76
TOTAL	130	100

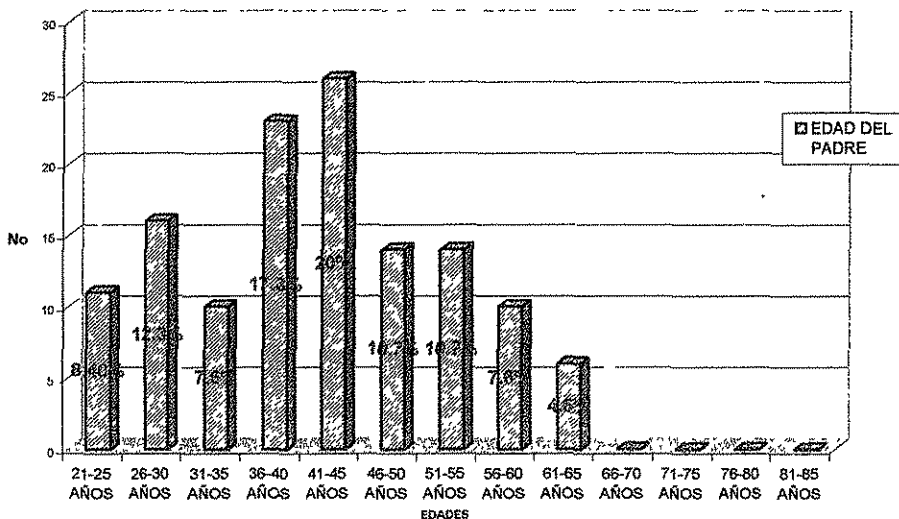
CÉDULAS

REALIZADAS

GRAFICA 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO,
HIDALGO EVALUANDO LA EDAD DEL PADRE



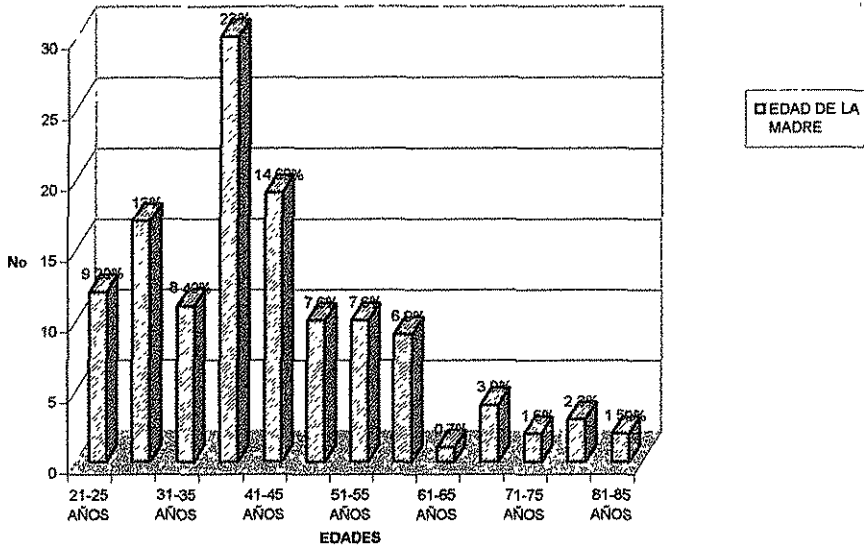
EDAD DEL PADRE	No.	%
21-25 AÑOS	11	8.4
26-30 AÑOS	16	12.3
31-35 AÑOS	10	7.6
36-40 AÑOS	23	17.3
41-45 AÑOS	26	20
46-50 AÑOS	14	10.7
51-55 AÑOS	14	10.7
56-60 AÑOS	10	7.6
61-65 AÑOS	6	4.6
66-70 AÑOS	0	0
71-75 AÑOS	0	0
76-80 AÑOS	0	0
81-85 AÑOS	0	0
TOTAL	130	100

FUENTE: CEDULAS REALIZADAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE LA CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO, HIDALGO; EVALUANDO LA EDAD DE LA MADRE.



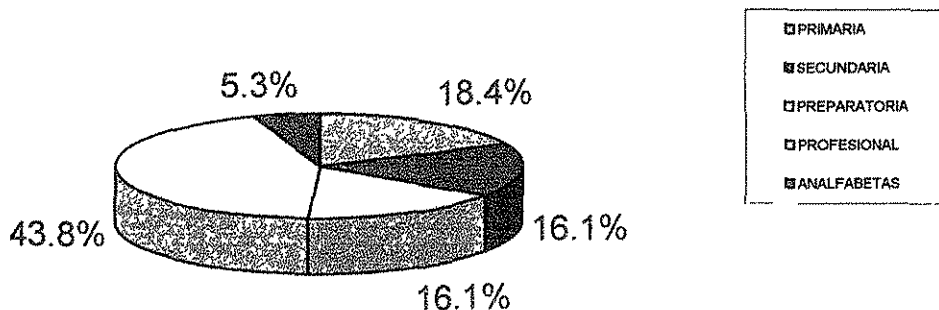
EDAD DE LA MADRE	NO	%
21-25 AÑOS	12	9.2
26-30 AÑOS	17	13
31-35 AÑOS	11	8.4
36-40 AÑOS	30	23
41-45 AÑOS	19	14.6
46-50 AÑOS	10	7.6
51-55 AÑOS	10	7.6
56-60 AÑOS	9	6.9
61-65 AÑOS	1	0.7
66-70 AÑOS	4	3
71-75 AÑOS	2	2.5
76-80 AÑOS	3	2.3
81-85 AÑOS	2	1.5
TOTAL	130	100

FUENTE CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 5

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO II, DE LA CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO HGO., EVALUANDO LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES



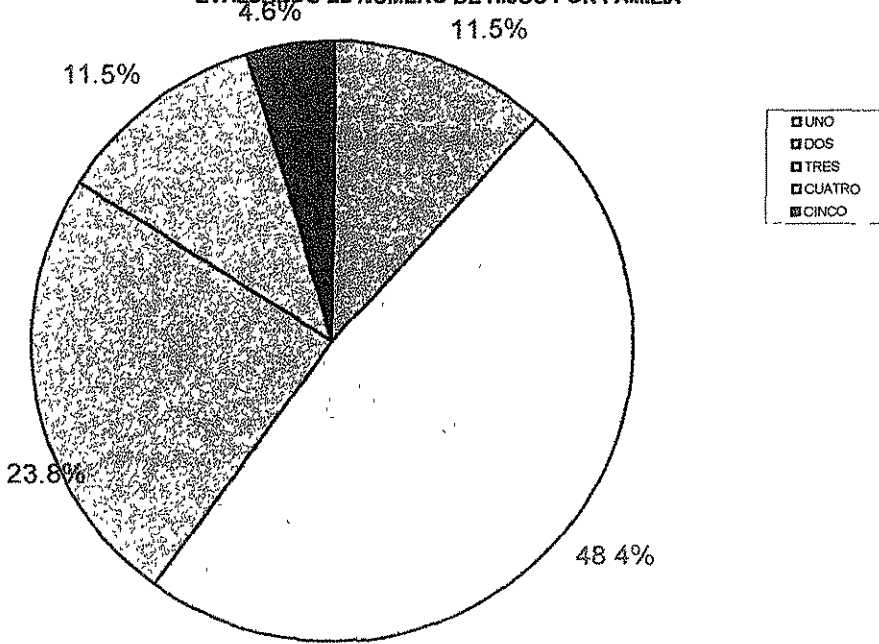
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	No.	%
PRIMARIA	24	18.4
SECUNDARIA	21	16.1
PREPARATORIA	21	16.1
PROFESIONAL	57	43.8
ANALFABETAS	7	5.3
TOTAL	130	100

FUENTE: CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN LA CLINICA DE TULANCINGO, HGO.,
EVALUANDO EL NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA



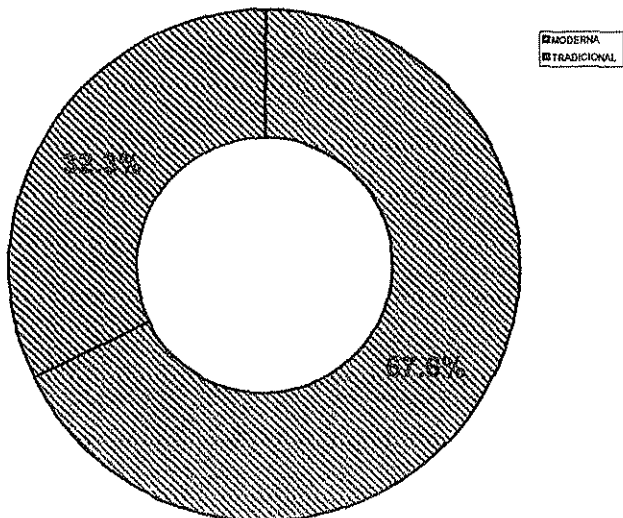
No. DE HIJOS	FAMILIAS	%
UNO	15	11.5
DOS	63	48.4
TRES	31	23.8
CUATRO	15	11.5
CINCO	6	4.6
TOTAL	130	100

FUENTE CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2 DE LA CLINICA
 DEL ISSSTE DE TULANCINGO, HGO., EVALUANDO EL TIPO DE
 FAMILIA DE ACUERDO A SU DESARROLLO



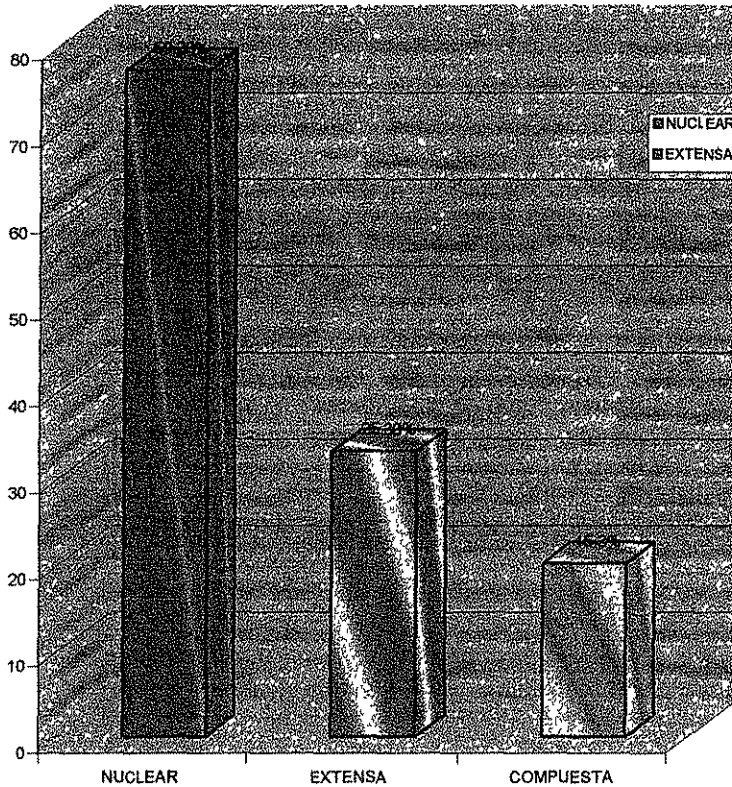
TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO	No. FAMILIA	%
MODERNA	88	67.8
TRADICIONAL	42	32.2
TOTAL	130	100

FUENTE. CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 8

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE LA CLINICA DEL
ISSSTE DE TULANCINGO, HGO., EVALUANDO EL TIPO DE FAMILIA DE
ACUERDO A SU COMPOSICION



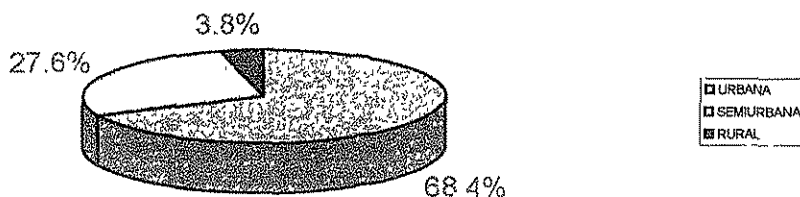
TIPO DE FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN	No. DE FAMILIA	%
NUCLEAR	77	59.2
EXTENSA	33	25.3
COMPUESTA	20	15.3
TOTAL	130	100

FUENTE: CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 9

TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

**ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE
LA CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO, HGO.,
EVALUANDO EL TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A SU
DEMOGRAFIA**



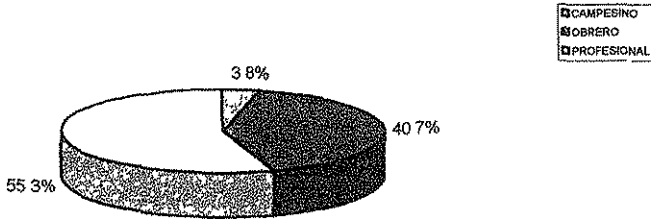
TIPO DE FAMILIA POR SU DEMOGRAFIA	No. DE FAMILIA	%
URBANA	89	68.4
SEMIURBANA	36	27.6
RURAL	5	3.8
TOTAL	130	100

FUENTE: CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 10

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE LA CLINICA DEL
 IGSSTE DE TULANCINGO, HGO., EVALUANDO EL TIPO DE FAMILIA DE
 ACUERDO A SU TIPOLOGÍA



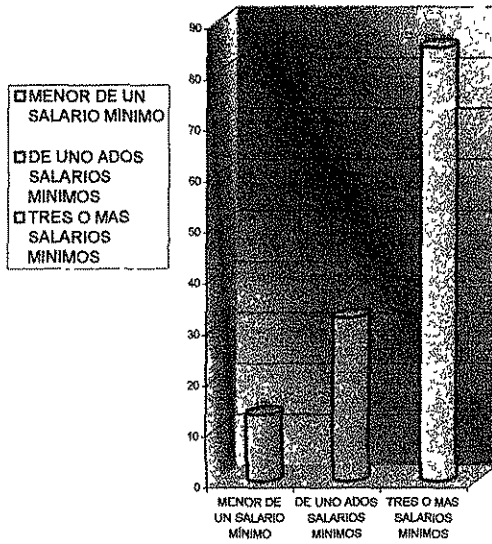
TIPO DE FAMILIA POR SU TIPOLOGIA	No. DE FAMILIAS	%	
CAMPESINO	5	3.8	
OBRERO	53	40.7	
PROFESIONAL	72	55.3	
TOTAL	130	100	

FUENTE CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 11

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE LA CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO, HGO., EVALUANDO EL INGRESO MENSUAL POR FAMILIA

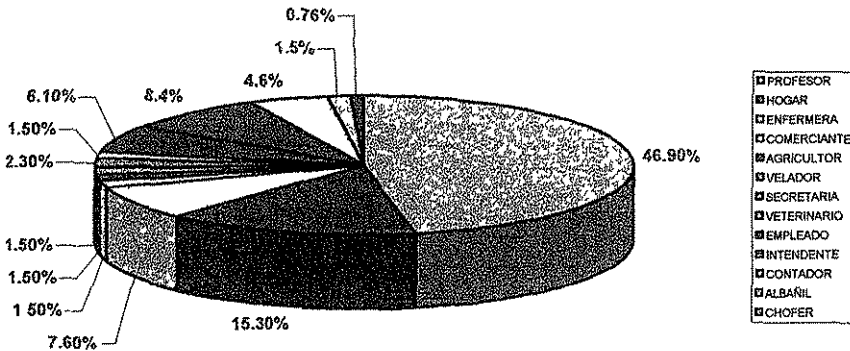


SALARIO MÍNIMO	ING. MEN	%
MENOR DE UN SALARIO MÍN	13	10
DE UNO A DOS SALARIOS M	32	24.6
TRES O MAS SALARIOS MINI	85	65.3
TOTAL	130	100

FUENTE. CEDULAS RE GRAFICA12

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENCUESTAS REALIZADAS EN EL CONSULTORIO 2, DE LA CLINICA DEL ISSSTE, DE TULANCINGO, HGO., EVALUANDO OCUPACIÓN DE LOS PADRES



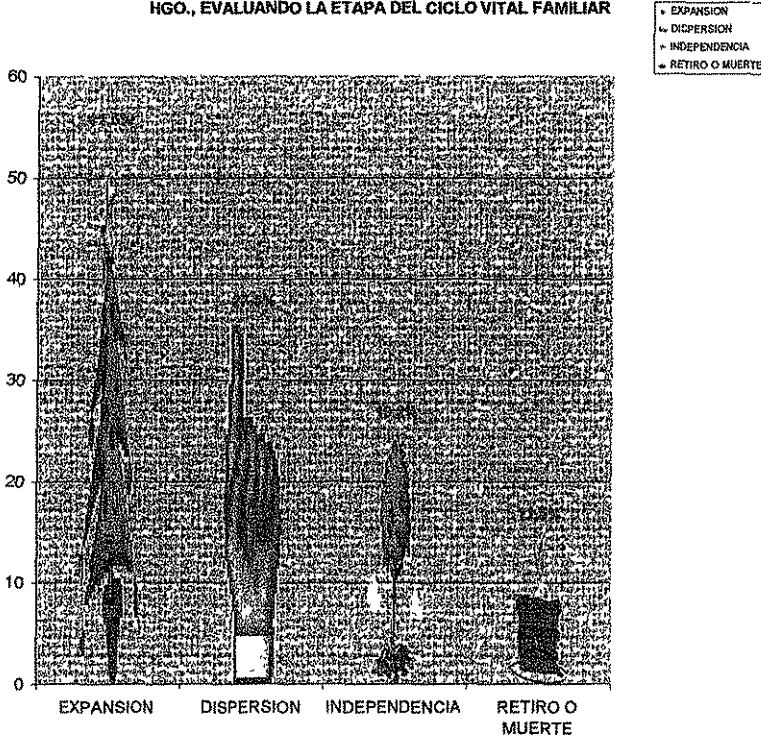
OCUPACION DE LOS PADRES	NUMERO	%
PROFESOR	61	46.9
HOGAR	20	15.3
ENFERMERA	10	7.6
COMERCIANTE	2	1.5
AGRICULTOR	2	1.5
VELADOR	2	1.5
SECRETARIA	3	2.3
VETERINARIO	2	1.5
EMPLEADO	8	6.1
INTENDENTE	11	8.4
CONTADOR	6	4.6
ALBAÑIL	2	1.5
CHOFER	1	0.76
TOTAL	130	100

FUENTE: CEDULAS REALIZADAS

TRABAJOS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 13

ENCUESTAS REALIZADAS EN LA CLINICA DEL ISSSTE DE TULANCINGO,
HGO., EVALUANDO LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR



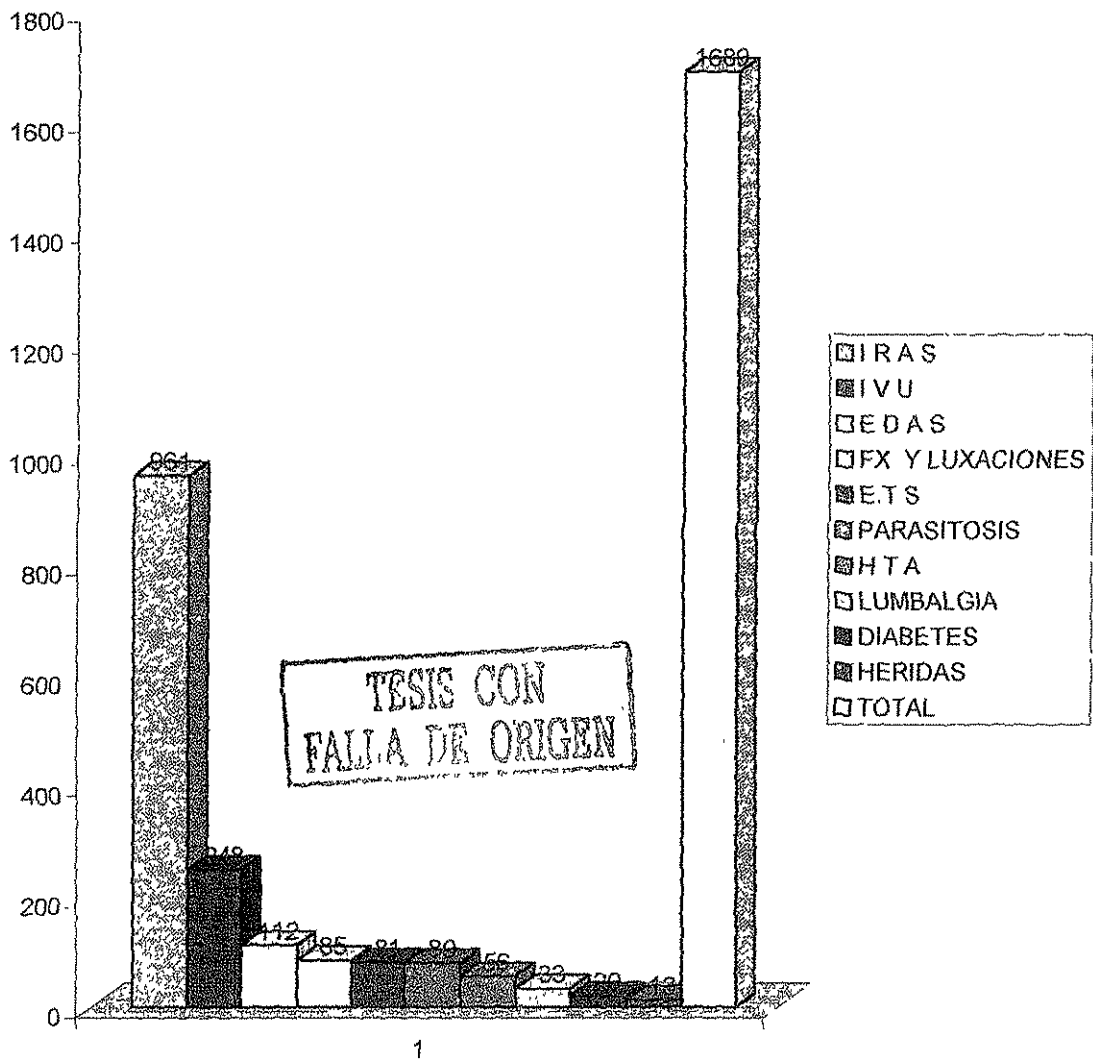
ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	NUMERO	%
EXPANSION	54	41.5
DISPERSION	36	27.6
INDEPENDENCIA	25	19.2
RETIRO O MUERTE	15	11.5
TOTAL	130	100

FUENTE: CEDULAS REALIZADAS

GRAFICA 14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CAUSAS DE DEMANDA MAS FRECUENTES
REGISTRADAS EN EL CONSULTORIO 2, EN LA
CLINICA DEL ISSSTE TULANCINGO, HGO. EN EL
AÑO 2000.**



DIAGNOSTICO	NUMERO	%
I.R.A.S.	961	56.8
I.V.U.	248	14.6
E.D.A.S.	112	6.6
FX. Y LUXACIONES	85	5.03
E.T.S.	81	4.7
PARASITOSIS	80	4.3
H.T.A.	56	3.3
LUMBALGIA	33	1.9
DIABETES	20	1.1
HERIDAS	13	0.76
TOTAL	1689	100%

FUENTE: FORMATO SM 1-10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

La población censada en éste consultorio, reconoce en su mayoría a personas en edades jóvenes, que son el grupo de mayor productividad y reproducción. Las mujeres sobresalen en número indicando una mayor incorporación al mercado laboral.

En el presente estudio podemos observar, dentro de la pirámide que ésta coincide con las estadísticas estatales, en donde se observa el grupo etáreo más numeroso es el que se encuentra comprendido entre los 5 a 18 años para ambos sexos y además que disminuye en extremos de la vida.

Así también observamos que en lo referente a las características biosociales. Encontramos que hay familias urbanas que en su mayoría tienen un nivel de estudios medio-superior, agremiados a la SEP (ya que son profesores); por lo tanto sus ingresos económicos igualan o superan los tres salarios mínimos. Con respecto a su estado civil, encontramos que el 55% son casados. Se verificó que la mayoría son familias nucleares, perdiéndose la tradición que la familia numerosa compuesta de antaño de varias generaciones atrás. Y como lo menciona Luis Leñero el tipo de familia que predomina en provincia es la tradicional, pero poco a poco atendiendo los altos costos de la vida, la familia moderna gana terreno.

En virtud de lo anterior el número de hijos por familia no rebasa el número de cinco; aunque en su mayoría son de 1 a 2 hijos.

Con lo que respecta las diez primeras causas de consulta encontramos

El presente estudio si coincide con las estadísticas nacionales y estatales, ya que la causa de morbilidad más frecuente y que lleva el primer lugar son las infecciones respiratorias agudas superiores. En cambio no concuerdan con las estadísticas estatales y nacionales, ya que mientras en otras instituciones las infecciones y parasitosis intestinales ocupan los segundos y terceros lugares (SSA E IMSS); en este estudio se demostró que estos lugares son ocupados por las infecciones de vías urinarias para ser seguidas por los padecimientos anteriores, además de encontrar con más frecuencia las fracturas y luxaciones y enfermedades de transmisión sexual que las parasitosis. En el ISSSTE, al igual que en otras instituciones IMSS Y SSA los traumatismos y luxaciones, las infecciones de vías urinarias y las enfermedades de transmisión sexual ocupan lugares de importancia.

CONCLUSIONES

Gracias al Modelo Sistemático de atención en medicina familiar aplicado en el consultorio 2, de la unidad Medicina Familiar de Tulancingo, Hidalgo, se lograron los objetivos de conocer las principales características bio-sociales; así como las 10 principales causas de consultas en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2000.

Se logró observar que la mayoría de las personas entrevistadas son de tipo urbano, profesores en un alto porcentaje, y por lo mismo con percepciones económicas superiores a los tres salarios mínimos, con un gran porcentaje de familias modernas en su mayoría casada con un número de hijos de 1 a 3 Familias donde predomina el tipo nuclear y en fase de dispersión

En relación a la causas de consulta se observa que al igual que en las estadísticas nacionales predominan las infecciones del tracto respiratorio. En los últimos años se ha observado que poco a poco se incrementan las enfermedades crónicas degenerativas

Se concluye pues que la familia es la piedra angular de cualquier sociedad, por lo tanto es el núcleo familiar donde se pueden generar gran parte de la problemática social y de salud; pero también podemos encontrar gran cantidad de recursos para evitar que transformen éste núcleo familiar, para lo cual se puede sugerir lo siguiente

- que los médicos familiares nos comprometamos a dar la atención a los derechohabientes con calidad y calidez; utilizando los recursos con los que se cuentan como es el expediente clínico, realización de familiogramas, diagnósticos de salud, realizar pirámide poblacional del consultorio; así como también se debe fomentar la relación médico-paciente, que se mejorará al superarse el médico, el cual debe dejar de ser burócrata y no manejar a los pacientes como si fueran un número o sólo una enfermedad
- formar grupos interdisciplinarios (enfermeras, odontólogo,, medicina preventiva, trabajo social, nutriólogo, etc.) para realizar campañas encaminadas a mejorar el nivel de vida de los pacientes, mejorando sus hábitos alimenticios, etc

TEBIS CON
FALLA DE ORIGEN

- inquietud por parte de los médicos para realizar cursos de capacitación y actualización, fomentar sesiones clínico-médicos, etc.
- Mejorar y orientar a los derechohabientes a hacer un uso adecuado de los diferentes programas y servicios impartidos en nuestra área de trabajo, y no limitarnos a dar consulta.
- Ofertar servicios de acuerdo a grupos de edad:

Infantil

- 0 a 10 años
 - vacunación con esquemas completos
 - detección de denutrición
 - detección de obesidad
 - prevención del retraso mental en el recién nacido por hipotiroidismo congénito
 - Edas
 - Desparasitación
 - Iras
 - Detección de estreptococias y fiebre reumática
 - Control de nutrición

Adolescente de 11 a 19 años

- 11 a 19 años.
 - Prevención y control de adicciones
 - Planificación familiar
 - Control de nutrición
 - Detección de enfermedades de transmisión sexual y su prevención.
 - Salud bucal
 - Salud mental
 - Atención integral del adolescente

Adultos jóvenes de 20 a 59 años

- 20 a 59 años:
 - Salud reproductiva
 - Salud sexual y enfermedades de transmisión Sexual

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Detección y riesgo de lactancia materna
Control del embarazo.
Planificación Familiar
Detección y control de la tuberculosis
Detección de adicciones
Detección y control de la diabetes
Detección y control de hipertensión arterial
Detección y control de cardiopatías
Detección de cáncer cervicouterino
Detección de cáncer mamario
Atención médica con enfoque familiar
Salud reproductiva
Control prenatal
Riesgo preconcepcional
Control de climaterio y menopausia
Detección y control de cáncer de próstata

Adultos mayores de 60 años y más

Manejo de enfermedades crónicas degenerativas
Detección y orientación del estado nutricional
Detección de osteoporosis
Detección y control de cáncer de próstata
Detección y control de cáncer de mama
Detección de cáncer cervicouterino
Detección de problemas de agudeza visual y
auditiva
Valoración funcional del adulto mayor
Evaluación del Katz (actividades de la
Vida diaria
Test de Lawton: actividades instrumentales
de la vida cotidiana
Miniexamen Folstém evaluación del estado
Mental
Escala de depresión geriátrica (GDS)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Alarid J Irigoyen, A. "Fundamentos de Medicina Familiar" Editorial Fco. Méndez Cervantes, México, D.F 1985
- 2 - Irigoyen Coria. "Fundamentos de Medicina Familiar" Editorial de Medicina Familiar Mexicana; 5ª Edición, México, D F. 1998 7 y subsecuents
- 3 - Amezcua Cardiel Héctor, Introducción a las Ciencias Sociales Compañía Editorial Nueva Imagen. Segunda Edición. 1996 92 al 100
- 4.- Población y Familia; Enciclopedia Metódica Larouse. Ediciones Larouse S A. De C V Colombia 1997, tomo 6; 12 a 37
- 5 - Hathaway William E., Hay, Jr. William W , Diagnóstico y Tratamiento-Pediátricos. Editorial Manual Moderno; México, D. F , 1995, 202
- 6 - Engels F , El Origen de la Familia, la propiedad privada y el estado. Ediciones Quinto Sol México, D F., 1997
- 7.- Gómez Jara Fco. A Sociología de acuerdo con los programas vigentes - Editorial Porrúa; vigésima séptima edición; México, D. F 1997.
- 8.- Leñero Otero Luis. Investigaciones de la Familia en México. Instituto -- Mexicano de Estudios Sociales, A. C México, D. F. 1968
- 9.- De la Fuente R , La Familia Visión de Conjunto Cuadernos de Psicología Médica; Psiquiatría y Salud Mental, U N A M., México, D. F. ---- 1987.



- 10 - Irigoyen Coria, Gómez Clavelina, Hernández Ramírez, Farfán Salazar Diagnóstico Familiar; Editorial Medicina Familiar Mexicana 5ª. Edición, México, D. F. 1996
- 11.- Irigoyen Coria, Romero Vázquez, Medina Nava, Clasificación de Familias, prioridad a investigar en Medicina Familiar; Revista Médica ---- IMSS, México 1991; 29 y 365
- 12.- Velazco Orellana, Chávez Aguilar Disfunción Familiar; un Reto Diagnóstico-Terapéutico Revista Médica IMSS, México, D. F. 1994, 273
- 13.- Chávez Aguilar, Velazco Orellana Disfunciones Familiares del Sub--- sistema Conyugal Revista Médica del IMSS; México, D F, 1994 -- 41
- 14.- L. De la Revilla La Disfunción Familiar Revista Atención Primaria -- 1992; 10, 582 y 583.
- 15.- Rodríguez Fernández, Gea Serrano, Gómez Moraga, García González.- Estudio de la Función Familiar a través del Cuestionario APGAR, Revista Atención Primaria, 1996, 17, No 5, 338 a 340
- 16.- Bellón Sameño, Delgado Sánchez, Luna del Castillo, Lardelli Claret. -- Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Función Familiar Apgar Fa--- Miliar. Atención Primaria, 1996. 18: No 6, 289 a 295.
- 17.- Saucedo García Juan Manuel. Lineamientos para Evaluar la Vida en -- La Familia. Revista Médica del IMSS, México, 1995, vol 33 249 a -- 256
- 18.- Morbilidad Nacional y Estatal
Dirección general de epidemiología.
S S A
- 19 - Bermúdez Elvira. La Vida Familiar del Mexicano Editorial Robredo -- México, D F, 1955

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 20 -Dickinson Bannack, Ponce Rosas, Gómez Clavelina, González Quintanilla, Fernández Ortega. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar Atención Primaria 1998; vol 21 No. 5, 275 a282.
- 21.- Saucedo García Juan Manuel Psicología de la Vida en Familia Una --- Visión Estructural. Revista Médica IMSS, 1991 vol 29, 61 a 67.
- 22.- Hennen, B. K , “La Familia como Unidad de Atención” en Shires, D – Hennen B “Medicina Familiar Guía Práctica”. Mc Graw-Hill, 1983.
- 23 -Cuevas, M. L Uriostegui M. C. D. Relación entre Médico y Paciente en la Consulta Externa de Unidades Médicas de primer Nivel Aten--- ción Médica 1991, 576 a 578
- 24.- Heather R. P. Garantizar la Calidad de la Atención Primaria de la Salud Conferencia Impartida en Harvard School Atención Primaria Vol 6 – No 4, de 209 a 212
- 25.- Alvarado G Islas RH La Familia del Alcohólico Tesis Recepcional -- México IMSS-UNAM, 1980, 59 a 61
- 26.- Ingoyen Coria, Gómez Clavelina F. J., Noriega Garibay R., Hernández Torres L., Arteaga Aceves G., Granel Guerrero E., Castro Cante J – Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar; en Fundamentos de Medicina Familiar Editorial Medicina Familiar Mexicana; México 1998, 151 a 172
- 27 - Chávez Aguilar Héctor, El Médico Familiar en la Atención Primaria a la Salud. Revista Médica IMSS México, 1995 33, 173 a 176
- 28 - Huntley Robert R , Epidemiología de la Medicina de la Familia; Investigaciones sobre servicios de salud. Journal Of The American Asso--- ciatón 185 (3) American Medical Association 1963, 175 a 178.
- 29.- Kroeger A , Luna R.. La Administración de un Programa de Salud en Atención Primaria de Salud Principios y Métodos, 1ª. Edición, México 1989, 53.



- 30.- Castañeda G y Jinich H , El médico, el Paciente y la Medicina. Serie --
nuestros Maestros. Facultad de Medicina de la U.N.A M , México, D -
F. 1986
- 31.- L.de la Revilla Ahumada y L. Fleytas Conchoy.
Influencias socioculturales en los cuidados de la salud. Formación de
Recursos humanos para la salud en Nayarit, México
Capitulo VI, pagina 76 y 77
Edición Segunda. Barcelona España.
- 32.- Medina Carrillo L, Lomeli Guerrero LE; Irigoyen-Coria A.
Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar.
Estrategias para la atención integral de la salud en Nayarit, México.
Archivo de Medicina Familiar 2000; 2(2)
Pagina 42-43-44.
Edición Barcelona, España

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los trabajadores
del Estado

Subdirección General Médica

Informe Diario de Labores del Médico		Nombre completo del Médico		Firma	Clave	Horario	Unidad	Localidad y Entidad	Causa						
Para Substituciones		Nombre del Substituto		Firma		Clave		Causa							
Núm Pro.	Nombre	Expediente	Tipo DH	SEXO Y EDAD		1º Vez	Subs	Forá neo	SOLICITUD A			Días de Licen cia	No de medi cam	Motivo de la consulta	
				M	F				Lab	Rx	Inter Cons				Otros
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

TRAJES CON
 FALLA DE ORIGEN

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia _____ Edo civil Casados ()
U libre ()

Años de union conyugal _____

Nombre de la persona que responde el test _____

Edad _____ Sexo M F Escolaridad _____

Domicilio _____

Edad del padre _____ Edad de la madre _____

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

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

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

TOTAL _____

Tipo de Familia Marque con una equis (x)

Desarrollo: Moderna () Demografía: Urbana ()
Tradicional () Semiurbana ()

Composición: Nuclear ()
Extensa ()
Compuesta()

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

Ocupación de los padres de la familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansion () Dispersion ()
Independencia () Retiro ()

Observaciones _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**