

11226
17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

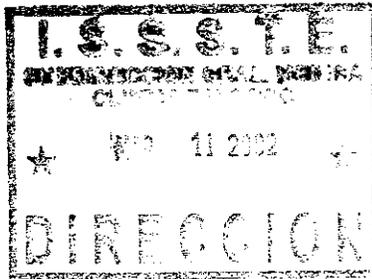
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CMF "TEXCOCO ESTADO DE MÉXICO"



ISSSTE

MOSAMEF

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

QUE PRESENTA:

LA DRA. MIREYA AYALA RIVERA.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



ESTADO DE MÉXICO ~~1000~~

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.

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

TITULO

MOSAMEF

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Mireya Ayala Rivera

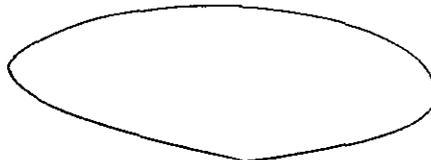
FECHA: 02-10-02

FIRMA: [Firma]

Presenta:



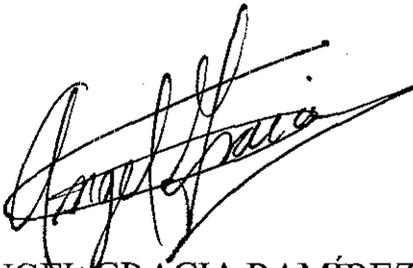
DRA. MIREYA AYALA RIVERA



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR UNAM



DR. ANGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR UNAM

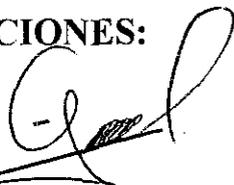
TITULO
M O S A M E F

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

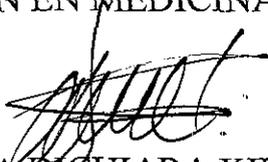
Presenta:

DRA. MIREYA AYALA RIVERA

AUTORIZACIONES:



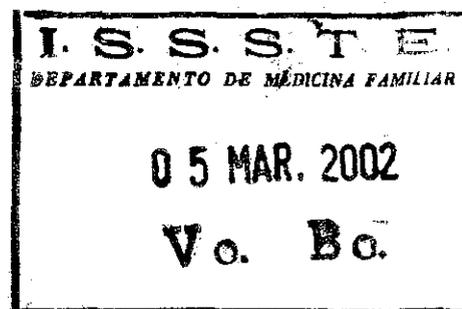
DR. OSCAR J. TERRAZAS ZAMORA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



DRA. ANNABELLA DICHIARA KIRIENKO
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE



A G R A D E C I M I E N T O S

**Agradezco de manera muy importante
a mis seis amores por el apoyo y
tiempo que de alguna forma les quite
para la realización de esta tesis:
Wences, Jetzy, Jersau, Josabad, Josué
y Talita. Gracias.**

**Agradezco al Dr. Oscar J. Terrazas Zamora
Por el apoyo brindado para la realización de
Este trabajo**

**También es de reconocer el apoyo y
La enseñanza que dejo en mi la
Dra. Anabella Dichiara K., mi asesor.**

**SI DIOS no nos hubiera dado
la posibilidad de soñar. No nos hubiera dado la
oportunidad de hacer realidad nuestros sueños.**

ANONIMO

INDICE

	Pag.
1. MARCO TEORICO	1
• Familia, Definiciones.	2
• Familia, Clasificaciones.	4
• Familia, Funciones.	6
• Papel de cada miembro de la familia.	8
• Ciclo Vital Familiar (Duvall 1977).	9
• Ciclo Vital Familiar (J. Geyman 1980).	11
• Etapas Esenciales de la Familia.	12
• Elementos del Diagnóstico de Familia.	14
• Evaluación de la Funcionalidad Familiar.	15
• Modelo Sistemático de la Atención Medica Familiar.	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. OBJETIVOS	23
5. METODOLOGÍA	24
• Población, Lugar y Tiempo.	24
• Tipo y Tamaño de Muestra.	24
• Criterios: Inclusión, Excusión y eliminación.	24
• Variables.	25
• Procedimiento de la captura de datos.	26
6. CONSIDERACIONES ETICAS	27
7. RESULTADOS	28
8. ANÁLISIS	31
9. CONCLUSIONES	36
• Sugerencias.	37
10. BIBLIOGRAFÍA	38
11. ANEXOS	

MARCO TEORICO

1) MEDICINA FAMILIAR

- LA MEDICINA FAMILIAR es una disciplina académica de especialidad médica de atención a la salud que podemos conceptualizarla como la atención médica integral con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad del médico en relación con la salud, sin limitantes de edad, sexo del paciente ni del órgano o sistema afectado por la enfermedad.
- LA MEDICINA FAMILIAR es la atención especializada de las necesidades de salud familiar, dada por un especialista de corte horizontal, con una carga de materias sociales y preventivas; proponiendo en esta formación conocimientos en medicina preventiva, sociología, medicina social y salud pública.

Disciplina académica y médica que comprende una serie de actividades, las cuales se fundamentan en tres ejes:

1. Estudio de la familia
2. Continuidad
3. Acción Anticipatoria (1)

2) FAMILIA

- Etimológicamente el término familia es propuesto por el Marques Morante como proveniente de la palabra latina 'famulus' que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos, criados, propiedad de un solo hombre.
- El concepto de familia según la organización de las Naciones Unidas la define como el conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio (1970).
- El consenso estadounidense la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.
- La definición de familia que da Canadá: es un grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos o un padre o madre con hijos, que viven bajo el mismo techo.
- La definición funcional de la familia como unidad de atención médica incluye en el núcleo familiar a todas las personas que conviven en una misma unidad habitacional, entre las cuales existen, lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y por lo general están ligadas por lazos de parentesco.
- La familia es la institución básica de la mayoría de las sociedades humanas, siendo así el fundamento lógico de cualquier desarrollo cultural, aunque cada cultura tiene su propia forma de ver a la familia con sus propias y únicas características intrínsecas, en nuestra cultura propiamente occidental, el núcleo básico de toda sociedad esta formado por un padre, por una madre y por los hijos, donde los primeros tienen la obligación de dar nuevos miembros a la sociedad, enseñarlos a vivir y ser parte de ella; así como brindarles apoyo emocional y físico.(2)

- Con todo este conocimiento, la familia es la única institución social considerada como la célula básica de la sociedad en la que sus miembros mantienen relaciones directas, personales, compartiendo sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones. (3)

CLASIFICACION SEGÚN (BOWEN)

I.- DESARROLLO.

- a) **MODERNA.** Aquella en la cual la mujer trabaja fuera de la casa, en iguales condiciones que el hombre.
- b) **TRADICIONAL.** Aquella en la cual el hombre es el principal proveedor y la mujer puede ayudar en el sostén de la familia pero desde dentro de su casa (costurera, repostera, etc.).
- c) **ARCAICA O PRIMITIVA.** Es generalmente la familia campesina cuyo sostenimiento es a través de medios anticuados o primitivos.

II.- DEMOGRAFÍA.

- a) **URBANA.** Familia que habita una comunidad de mas de 5,000 habitantes y que cuenta con todos los servicios de urbanización básicos: agua entubada (intra o extradomiciliaria) energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.
- b) **SUBURBANA.** Familia que habita una comunidad de más de 5,000 habitantes y solo tienen algunos de los servicios de urbanización.
- c) **RURAL.** Familia que habita una comunidad de menos de 5,000 habitantes los cuales se encuentran dispersos y no tienen servicios de urbanización.

III.- INTEGRACIÓN.

- a) **INTEGRADA.** Es aquella en la que los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones.
- b) **SEMI-INTEGRADA.** Es aquella en la que los cónyuges viven juntos pero no cumplen con sus funciones.
- c) **DESINTEGRADA.** Cuando falta algún miembro de la pareja por diversas causas (separación, abandono, divorcio y muerte).

IV.- OCUPACIÓN

- a) CAMPESINA**
- b) PROFESIONAL**
- c) OBRERA**

V.- COMPOSICIÓN – ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA.

- a) NUCLEAR.** Conformada por padres e hijos solamente.
- b) EXTENSA.** Conformada por la familia nuclear más otros miembros con lazos de consanguinidad, adopción o afinidad tales como abuelos.
- c) EXTENSA COMPUESTA.** Se agregan a la anterior otros miembros sin ningún nexo legal, tales como compadres y amigos.

3) FUNCIONES DE LA FAMILIA

Cada grupo pequeño tiene su propia conducta, que depende de las comunicaciones interpersonales. La familia es un tipo especial de grupo pequeño, en donde cada miembro tiene potencialidades inherentes debido a los factores comunes heredados o desarrollados y a las relaciones de afecto. Así como las expectativas sociales. El pertenecer a una familia implica una participación durante toda la vida, con la posibilidad casi nula de separarse completamente de ella, ya que uno nunca podrá negar a sus padres, hermanos o incluso los hijos.

El vivir en una misma casa, el compartir actividades sociales, tener un mismo nivel de estudio, vivir los mismos éxitos y fracasos, hacen que las personas sientan un lugar propicio para vivir y desarrollarse. Cada familia en lo personal hace que la disciplina, la sexualidad, comunicación, privacidad, etc. tenga sus propias características intrínsecas. También da a sus miembros características físicas y rasgos psicológicos similares, los cuales se heredan genéticamente. Da también sensación de pertenencia, cariño, respeto, compañía y seguridad. Ningún miembro puede desligarse completamente de su familia a pesar que los adolescentes son capaces de abdicación temporal y parcial.

Se han establecido diversos modelos para explicar el funcionamiento normal de la familia. Estos varían en la complejidad y en la manera en que son tomados en cuenta los diferentes aspectos de la vida familiar. El más claro y comprensible es el Modelo Familiar Circunflejo descrito por Olson et al, el cual considera que hay cinco funciones básicas que son desarrolladas por todas las familias.

- a) Socialización**
- b) Cuidado**
- c) Afecto**
- d) Reproducción**
- e) Estatus y Nivel Socioeconómico**

a) SOCIALIZACION. La familia establece autonomía e independencia para cada uno de sus miembros lo que incluye como comportarse en sociedad, con otras personas, de la misma edad e incluso de otras, también implica las relaciones interpersonales, lo cual facilita el crecimiento de cada uno de sus individuos en el seno familiar. Cada persona tiene una serie de roles determinados que establecen unas señas de identidad y que sirven para fundamentar su papel dentro de la sociedad.

b) CUIDADO. Implica brindar casa, respeto, cordialidad, sustento, vestido, confianza, protección, ayuda a cada uno de sus miembros en pocas palabras dar un hogar.

c) AFECTO. Se intercambia la necesidad de recibir y brindar amor, cariño, preocupación y cuidado siendo esto determinante en las relaciones familiares.

d) REPRODUCCIÓN. Para la perpetuación de la especie humana con énfasis en la salud reproductiva e implica relaciones sexuales satisfactorias.

e) ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO. Implica dar legitimidad a los miembros por medio del matrimonio legal y un nivel socioeconómico estable y educación de nivel a su vez esto refiere derechos y obligaciones así como exigencias de perpetuar las mismas condiciones a las familias por formar.

PAPEL DE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA

La definición tradicional de la familia son: padre, madre y los hijos. Pero esto ha ido evolucionando conjuntamente con la sociedad.

El papel del padre tradicional y esposo es más práctico, ya que incluye el sostenimiento económico, la responsabilidad para tomar decisiones importantes, además representa la autoridad superior, la actividad sexual y cierto grado de cuidado de los hijos y el modelo masculino frente a los hijos.

El papel de la esposa tradicional y madre es principalmente expresivo o afectivo, esto incluye la maternidad, atención del hogar, la actividad sexual y el modelo femenino frente a los miembros de la familia.

El papel tradicional de los hijos es el que recibe la atención de los padres, aprende y practica nuevos conocimientos, además es una fuente de retro-alimentación educativa y de aprendizaje en los padres.

En los últimos años la familia tradicional ha cambiado, ahora la madre puede hacer de padre y viceversa, los hijos de una actitud pasiva se ha vuelto mas activa, ahora todos comparten las mismas actividades, sin importar que antes se consideraban primordialmente masculinas o femeninas. (4)

ETAPAS DEL CICLO DE LA FAMILIA

(DUVALL 1977)

Por su topología pueden ser clasificadas según DUVALL:

1ra. ETAPA (PAREJAS SIN HIJOS): Autonomía en relación con la familia de origen. Adaptación a la pareja con la implantación de límites de poder e intimidad.

2da. ETAPA (NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO): Llegada de un nuevo miembro de la familia, pudiendo generar situaciones de estrés en la pareja al definirse más claramente la relación madre – hijo por lo que el padre se puede sentir desplazado.

3ra. ETAPA (HIJO EN EDAD PREESCOLAR): El hijo mayor se encuentra entre los dos años y medio y seis años de edad. En esta etapa los niños comienzan a demostrar características personales y a afirmar su identidad de género, los padres deben acomodarse para brindarles espacio para este nuevo desarrollo y al mismo tiempo, aceptar que tienen menos tiempo y energía para ellos mismos como pareja.

4ta. ETAPA (HIJO ESCOLAR MAYOR DE SEIS AÑOS HASTA LOS TRECE): Se incorporan a la escuela como institución colaboradora en la formación de seres humanos. Los hijos contrastan su sistema familiar con el de amigos y compañeros.

5ta. ETAPA (HIJOS ADOLESCENTES ENTRE TRECE Y DIECINUEVE): En esta fase se hace crucial el permitir la autonomía de los hijos.

6ta. ETAPA (DESPRENDIMIENTO HIJO MAYOR DE VEINTE AÑOS): Se forman familias colaterales al empezar a casarse los hijos, surgiendo el llamado nido vacío.

7ma. ETAPA (PADRES SOLOS): Enfrentamiento a la vejez y apareamiento de enfermedades crónico – degenerativas, aunado a la pérdida del atractivo físico y capacidad para laborar.

8va. ETAPA (PADRES ANCIANOS): Pueden recorrer las siguientes fases críticas: angustia por la pérdida de los hijos, angustia por el envejecimiento, angustia por la proximidad de la muerte y extrema necesidad de apoyo y afecto. (4)

CICLO VITAL FAMILIAR (C V F)

- Para el médico de familia es la comprensión del CVF de cada una de las familias a su cargo, a fin de poder formular adecuadas respuestas acerca de la problemática presentada.

La familia como todo ser vivo, o grupo humano, tiene un ciclo vital: inicio desarrollo y muerte, el esquema propuesto por J. GEYMAN (1980) es el más utilizado en México y consta de cinco etapas:

- 1. FASE DE NACIMIENTO DE LA FAMILIA.** El cual se inicia con la unión de la pareja; matrimonio.
- 2. FASE DE EXPANSIÓN.** Esta inicia con el nacimiento del primer hijo y finaliza hasta que el último hijo es adulto. Es la fase de la fertilidad y maduración de los hijos.
- 3. FASE DE DISPERSIÓN.** Esta inicia cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el último se va (período de escuela).
- 4. FASE DE INDEPENDENCIA.** La pareja se encuentra nuevamente sola (nido vacío).
- 5. FASE DE RETIRO O MUERTE.** Esta indica cuando los padres se jubilan del trabajo y termina cuando uno de ellos muere. En esta fase los padres suelen ser dependientes de los hijos. (5)

ETAPAS ESENCIALES DE LA FAMILIA

- **NACIMIENTO**
- **ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD**
- **ESTADO LABORAL**
- **MUERTE**

NACIMIENTO. Este repercute en la dinámica familiar. Desde el punto de vista económico, si se trata de una familia de clase alta no habrá desajustes presupuestarios, en cambio en la clase media y baja este nuevo miembro puede o no actuar como un estímulo para que los padres traten de elevar su nivel de vida.

El padre se sentirá decepcionado si el primer hijo no es varón, ya que en muchos estratos de nuestra población este hecho se toma como prueba de su hombría e influyendo negativamente si es niña, el padre puede pensar que esta hija no es útil para el sostenimiento de la familia. Lo cual puede llevar a hostilizar a la madre e hija. Si es varón la situación es diferente ya que sentirá su hombría reforzada. En familias lesionadas en donde el hijo no es deseado porque el número de hijos es elevado y esto puede incluso propiciar el abandono del padre por la impotencia del sostenimiento de la familia.

ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD. Esta enseñanza depende muchas veces del estrato social en que se desenvuelve y el acervo cultural de la familia. De acuerdo al sexo del niño o adolescente será esta educación en la mayoría de las familias mexicanas a la hija se le ocultan los problemas sexuales que pueda enfrentar en su vida. La enseñanza de la sexualidad que proporciona la familia puede ser:

Positiva: Cuando se da información real y adecuada acerca del sexo.

Negativa: Cuando se da información deformada y prejuiciosa con respecto a la sexualidad humana.

Cuando los padres ponen excusas por falta de tiempo y esto provoca en los hijos desorientación, angustia y ocasionalmente desestabilización en la dinámica familiar.

ESTADO LABORAL. Principales riesgos para la familia en cuanto a lo laboral son: desocupación, búsqueda y cambio de trabajo.

Desocupación: se debe tomar en cuenta si fue por edad avanzada, negligencia, disminución de fuente de trabajo, preparación deficiente o nula, así como invalidez.

Búsqueda de trabajo: con la actual crisis de la economía en México la ha colocado en un nivel de desempleo muy alto y esto dificulta la oportunidad de trabajo, ya que la mano de obra disponible excede a la demanda, ocasionando pocos empleos estables, abandono del padre a la búsqueda de empleo y como consecuencia desestabilización de la familia.

Cambio de empleo: se debe estudiar si el cambio fue para mejorar económicamente o culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo mejor y menormente remunerado pero intelectualmente mayor satisfacción requiriendo mayor tiempo ocupacional, lo cual conduce a ausencias de un miembro de la familia (padre o madre) repercutiendo emocional y sexualmente, propiciando con esto abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia.

MUERTE DE UN FAMILIAR. Esta se enfoca desde lo social lo psicológico tomando en cuenta la edad y número de hijos y dependiendo si la muerte se da en un hijo, madre o padre. Si es el padre el que muere y dependían solamente de él, esto obligará a la madre a trabajar; si tiene preparación el problema es menor, pero si es baja se produce un desajuste económico importante. El hijo mayor sustituirá al padre y esto lo hará abandonar sus estudios provocando alteraciones en su desarrollo y modificando su personalidad. Económicamente la pérdida de un miembro de la familia puede llegar a provocar ruptura de la integración familiar, su dispersión así como situaciones conflictivas. (6)

ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO DE FAMILIA

- **FAMILIOGRAMA**
- **ANALISIS Y SÍNTESIS DE ELEMENTOS**
- **REDACCION DEL DIAGNOSTICO FAMILIAR**

FAMILIOGRAMA

- El familiograma es un diagrama estructural del sistema de relaciones de varias generaciones de una familia. También es conocido como GENOGRAMA, FAMILIOGRAMA, PEDIGREE, ayuda a trazar fronteras físicas y emocionales del sistema familiar, las características de sus miembros, eventos importantes, representa un instrumento práctico de registro de los antecedentes familiares.
- El familiograma permite también organizar la información de la familia en estudio, entender patrones multigeneracionales del sistema familiar y reconocer datos para la elaboración de manejos terapéuticos.
- El familiograma fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen, los conceptos básicos de su teoría son:
 - a) Diferenciación del ser (a mayor diferenciación del individuo mayor autonomía).
 - b) Masa del ego familiar indiferenciado (relaciones fundadas indiferenciadas).
 - c) Sistema emocional de la familia nuclear (conflicto marital, enfermedad o disfunción de uno de los cónyuges).
 - d) Triangulación (alianzas o colisiones).
 - e) Separación de las parejas (de sus familias de origen).
 - f) Posición de los hermanos (características de la personalidad según su posición).(8,19).
- Un familiograma congrega y registra información de tres generaciones en seis categorías:
 1. Estructura familiar.
 2. Estructura del ciclo de vida.
 3. Patrón de repetición a través de las generaciones.
 4. Eventos de la vida y funcionamiento familiar.
 5. Patrones de relación y triángulos.
 6. Equilibrio y desequilibrio familiar.(9)

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

APGAR FAMILIAR

Instrumento introducido en 1978 por Smilkestein para explorar la funcionalidad familiar. Para establecer los parámetros por medio de los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos.

1. Adaptability * Adaptabilidad
Calidad de utilizar los recursos en función del bien común.
2. Partnership = Compañerismo
Distribución equitativa de responsabilidades compartiendo de manera solidaria los problemas familiares.
3. Growth = Crecimiento
Grado de crecimiento humano en los miembros de la familia como expresión del apoyo mutuo.
4. Attachment = Afecto
Relaciones de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia.
5. Resolution = Resolución.
Capacidad para resolver los problemas de familiares, dedicando el tiempo necesario.(15)

OBJETIVO DEL APGAR FAMILIAR

Medir cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros de la familia en cada componente de las funciones familiares. El Family Environmental Scale (FES) es un cuestionario de noventa preguntas desarrollado por Moos. Este ha sido utilizado como un instrumento de investigación para comparar los resultados de la atención médica con las variables familiares.

El modelo circunflejo de funcionamiento familiar de Olson facilita la visualización integral de la estructura familiar presentando un esquema en tres dimensiones: Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación para lo cual se apoya en el paquete de evaluación circunfleja (CAP) y este esta integrado por una serie de instrumentos, comprendiendo la satisfacción como una dimensión mas; para las dimensiones de adaptabilidad y cohesión se utiliza fases III cuyas siglas significan Escalas para la Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar. (16) El fases III prueba confiabilidad para la discriminación de familias funcionales de las no funcionales.

El paciente clasifica a su propia familia a partir de 30 cuestiones según una escala de 1-5 el método es fácil de puntuar y tiene la ventaja de poder contrastar sus resultados.

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

(MOSAMEF)

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. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar.

Estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria con la consecuente insatisfacción de los usuarios y médico, ya que su ejercicio clínico es episódico, curativo limitando la capacidad resolutoria y de seguimiento.

El modelo sistemático de la atención médica se presenta como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar por primera vez en 1995 diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México y se origina a partir de tres preguntas fundamentales ¿cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar? ¿cómo identificar las necesidades de atención a la salud de las familias? ¿cómo verificar que la atención médica produce un impacto favorable en la salud de las familias?.

Con base en estas premisas se elaboró una estrategia para indicar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.(20)

FUNDAMENTO DEL MOSAMEF

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de morbilidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo en el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

El MOSAMEF pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la carta de Ottawa producto de la segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción:

1. Reorientar los servicios de Salud.
2. Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
3. Crear medioambiente saludable.
4. Elaborar políticas explícitas para la salud.
5. Reforzar la acción comunitaria en salud.

Al identificar concretamente las características biopsicosociales de las familias que están bajo su cuidado, el médico familiar podrá implantar medidas eficaces de prevención de enfermedades y promoción de la salud en su consultorio de medicina familiar. Con lo que hará efectiva la premisa de estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados en la salud de las familias. Para su realización consta de los siguientes elementos:

- 1. CENSO POBLACIONAL**
- 2. ESTUDIO DE COMUNIDAD**
- 3. IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS DE CONSULTA**

- **CENSO POBLACIONAL.** Identificar la población asignada, esta sectorizada, identificando el número de expediente de los derecho habientes de nuestra población clasificándolos por edad, sexo, grupo etéreo (de cinco años), clasificando todos los expedientes por núcleos familiares.
- **ESTUDIO DE COMUNIDAD.** Se requiere reproducir las cédulas de identificación familiar para coincidir con el número de grupos familiares asignados. Hacer las gráficas correspondientes a cada rubro mencionado en la cédula de identificación utilizando números absolutos, porcentajes, promedios y desviaciones estándar.
- **CAUSAS DE CONSULTA.** En base a nuestro reporte diario de actividades durante un año anterior a la fecha actual, llenado el formato de motivos de consulta de primera vez y subsecuentes, clasificando por grupos de edad y sexo. Se elaboran las gráficas correspondientes a cada motivo de consulta con números absolutos y porcentajes.
- Analizando los resultados identificaremos las características demográficas de la población adscrita a nuestro consultorio prestando atención a los grupos de mayor riesgo como son niños, ancianos y mujeres en edad fértil.

En la fase II se describe la estructura familiar (ciclo vital, desarrollo), elementos socioculturales, relación de estos con los factores de riesgo. Finalmente la elaboración de estrategias de acciones medico familiares preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (21)

En el año 2000 el MOSAMEF fue aplicado como una estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit, México obteniéndose un conocimiento amplio de las características demográficas a través de este modelo de atención, permitiendo ofrecer servicios en forma integral y continua enfocada a la detección temprana y anticipación al daño. Optimizar el otorgamiento de servicios, disminuir costos y abrir líneas de investigación medica cuyos resultados sean útiles para la toma de decisiones.

De acuerdo a los cinco campos de acción de la carta de Ottawa para mejorar la salud de la población mencionados en la pagina numero 18.

Sensibilizar al personal formador de recursos para la salud de tal manera que se logre integrar a los planes de estudio los elementos que permitan a los nuevos médicos una visión amplia del MOSAMEF, hecho que repercutiría en una atención más congruente con las necesidades de salud de la población modificando la atención curativa y episódica desarrollada hasta ahora de esta manera se espera que este tipo de estrategias contribuyan a lograr la meta planteada en la declaración de ALMA ATA: Salud para Todos. (2)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se reconoce al primer nivel de atención como un impulsor de programas y desarrollo de actividades de promoción de la salud preventivas, terapéuticas y oportunas, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua.

La promoción de la salud, junto con la prevención, diagnóstico oportuno y acciones terapéuticas efectivas, incrementan la calidad de vida de la familia y disminuyen los costos de la atención.

Por lo anterior y con la finalidad de promover e impulsar estos programas, es necesario conocer las características de la población de cada consultorio de medicina familiar.

Por lo que nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las principales características biopsicosociales de las familias del consultorio No 5 turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar Texcoco del ISSSTE. así como las principales causas de morbilidad?

JUSTIFICACION

La importancia de llevar a cabo el siguiente trabajo radica en el desconocimiento de las principales características de las familias adscritas al consultorio No 5 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Texcoco así como las principales causas de demanda de consulta y la problemática del entorno familiar para poder incidir en ellas.

El modelo sistemático de Atención Medica Familiar nos permite identificar en forma concreta la estructura de las familias adscritas a la población, las características de la pirámide poblacional que conforman como grupo de mayor riesgo a los niños, ancianos y mujeres en edad fértil; el número de hijos Etapa del Ciclo Vital en que se encuentren; la escolaridad ingresos económicos y las principales causas de demanda de consulta. Todo esto es de fundamental importancia para el médico familiar, lo que nos permite en base a un conocimiento lógico, analítico y crítico iniciar y/o implementar una serie de medidas preventivas y de promoción a la salud con acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces y tratamiento oportuno; así como el seguimiento efectivo de estas familias a cargo de un médico cumpliendo así con cada uno de los cinco campos de acción planteados por la Carta de Ottawa producto de la II Conferencia Internacional de promoción de la salud, la cual señala la reorientación de los servicios de salud mejorando las actividades personales en relación con los estilos de vida creando medios ambientes saludables, elaborando políticas explícitas para la salud y reforzando la acción comunitaria en salud.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar las principales características biosociales de las familias adscritas al consultorio No. 5 turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Texcoco así como las demandas de consulta.

ESPECÍFICOS

1. Determinar la pirámide poblacional del consultorio No. 5 turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Texcoco.
2. Identificar las características de las familias.
 - **Estado Civil**
 - **Edad**
 - **Sexo**
 - **Grado de escolaridad**
 - **Tipo de familia**
 - **Etapa del Ciclo Vital en que se encuentra**
 - **Principal método de planificación familiar que están llevando**
 - **Ingresos Económicos**
3. Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta.

M E T O D O L O G I A

El presente trabajo es de tipo: Descriptivo, Retrospectivo, Transversal, Observacional.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

- Población adscrita al consultorio No. 5 turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar Texcoco ISSSTE en el período comprendido de Enero a Diciembre de 1998, además las hojas de registro diario del médico (SM1-10) para obtener la morbilidad.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- El tipo de muestra es aleatoria por cuotas con un total de 100 familias que aceptaron contestar la encuesta en un tiempo determinado, del total de la población que es de 4951.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **INCLUSIÓN:** Que sean derechohabientes y familias asignadas al consultorio No. 5 de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE, grupos de edad de 0 a 60 años o más, sexo, masculino o femenino, jefe de familia o esposa, aceptación a la participación en la encuesta, diagnóstico de certeza, consultas de primera vez y subsecuentes, hoja de registro del médico.
- **EXCLUSIÓN:** Derechohabientes que no aceptaron participar en el estudio, foráneos o que no pertenecen al consultorio. Que no sean derechohabientes. Sin diagnóstico de certeza.
- **ELIMINACIÓN:** Encuestas incompletas, defunciones, cambios de domicilio, pérdida de expediente, diagnósticos no claros, ilegibles o de probabilidad.

VARIABLES

VARIABLES	TIPO
1. EDAD	CUANTITATIVA
2. SEXO	CUALITATIVA
3. ESTADO CIVIL	CUALITATIVA
4. AÑOS DE VIDA CONYUGAL	CUANTITATIVA
5. NUMERO DE HIJOS	CUANTITATIVA
6. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	CUANTITATIVA
7. OCUPACIÓN DE LOS PADRES	CUALITATIVA
8. PROMEDIO DE INGRESOS	CUANTITATIVA
9. TIPO DE FAMILIA	CUALITATIVA
10. ETAPA DEL SICLO VITAL DE LA FAMILIA	CUALITATIVA
11. METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	CUALITATIVA
12. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD	CUALITATIVA

PROCEDIMIENTOS DE LA CAPTURA DE DATOS DE LA INFORMACIÓN

- Toda la información se obtuvo recabando datos del CENSO POBLACIONAL del Consultorio No 5 en el archivo de la Clínica del (Anexo 1) IDENTIFICANDO primeramente que la población asignada este sectorizada e identificando el número de expedientes de los derechohabientes clasificándolos por edad y sexo conforme a los grupos étnicos (por quinquenios) clasificando los expedientes clínicos por núcleos familiares; con estos datos se realizó por técnica de paloteo y se elaboraron los gráficos de barras constituyendo la PIRÁMIDE POBLACIONAL.
- Para el ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR se reprodujo las cédulas de identificación familiar necesarias (ANEXO 2) de tal forma que coincidieran con el número de grupos familiares que fueron asignados integrando una cédula a cada expediente familiar, llenando las cédulas de identificación familiar utilizando el glosario de términos (ANEXO 3) y haciendo uso de la hoja tabular (ANEXO 4) con el propósito de clasificar la totalidad de los grupos familiares y de acuerdo a cada rubro de la cédula elaboré los cuadros gráficos correspondiente a cada rubro utilizando números absolutos, porcentajes promedio y desviaciones estándar esto de gran importancia para el diseño de estrategias de prevención y control de las familias a mi cargo.
- Para la tercera fase ANÁLISIS DE CAUSAS DE CONSULTAS se apoyo en la hoja de reporte diario de actividades del médico SM-10 durante el año comprendido de Enero a Diciembre de 1998 formato de motivos de consulta de primera vez o subsecuentes clasificando por edad utilizando la técnica de paloteo, posteriormente se elaboraron las gráficas correspondientes por cada motivo de consulta refiriendo los números absolutos y porcentaje.
- Se acudió al archivo clínico de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE así como del archivo de vigencia de derechos.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la DECLARACIÓN DE HELSINKI y a la LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA.

RESULTADOS

RESULTADOS

Analizando los resultados obtenidos basándose en la fase 1 del MOSAMEF anexo Poblacional del consultorio No 5 se identificaron las características demográficas de la población adscrita al consultorio 5 turno matutino de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE.

Obteniéndose un total de 4951 derechohabientes de los cuales 2299 son hombres y 2652 son mujeres. **VER TABLA # 1**

Sobresaliendo en la pirámide poblacional que el mayor número de derechohabientes masculinos fluctúan entre los 30 a 49 años de edad siendo la etapa de mayor productividad, en tanto que el grupo femenino se observa un pico en el número de mujeres en edad fértil y un descenso en 60 o más.

En cuanto a la fase 2 del MOSAMEF o Estudio Sistemático Familiar de la población adscrita al consultorio 5 turno matutino de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE los elementos socioculturales son: Estado civil de la mayoría de las personas están casadas 89%, en unión libre 9%, soltero 1% y viudo 1%. **VER TABLA # 2**

Años de unión conyugal: encontramos un promedio de 16 a 20 años.

Escolaridad: tenemos que la escolaridad en ambos padres es 53.2% básica, 32.1% media, 9% bachillerato y superior solo 5%. **VER TABLA #3**

La edad promedio de los padres es de 35 a 44 años

Método de planificación familiar: Salpingoclasia un total de 37%, Dispositivo intrauterino 19%, Ritmo 15%, Hormonal oral 6%, Hormonal inyectable 2% y Otro 21%. **VER TABLA # 4**

Ocupación de los padres: tenemos que la gran mayoría son empleados gubernamentales ya que el 40% de personas realizan trabajos de: Campesinos, Vigilantes, Policías, Planchadoras, Mensajeros, Cocineros, Jardineros, Albañiles, Electricistas, Secretarias, Estadistas, Plomeros, etc. Al hogar se dedican solo 33.5% de mujeres, Técnicos 10.5% de personas, Profesionales tan solo 6% de personas y otros como son Comerciantes, Campesinos, Obreros etc. **VER TABLA # 5**

En cuanto a los ingresos económicos encontramos de las 100 familias entrevistadas que 85% de familias perciben de uno a dos salarios mínimos y de tres a mas salarios solo 15% de familias. **Ver tabla # 6**

En cuanto al tipo de las familias se encontró que hay 72% de familias tradicionales y 28% son modernas. **Ver tabla # 7**

Demografía: tenemos que el 100% de las familias son semiurbanas. **Ver tabla # 15**

Composición de las familias se encontró: nuclear 79%, extensa 15% y compuesta 6%. **Ver tabla # 8**

Etapa del Ciclo Vital Familiar: se encontró que 62% de las familias están en etapa de dispersión, 25% en etapa de Independencia, 11% en etapa de expansión y 2% en retiro. **Ver tabla # 9**

Fase III Causas de consulta

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: las diez primeras causas de consulta en el consultorio No. 5 turno matutino de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE, son en primer lugar las Enfermedades Respiratorias en un 24.5%, en segundo lugar Traumatismos y Fracturas con un 5.9%, en tercer lugar Cariesdental y extracciones con un 5.6%, en cuarto lugar la Hipertensión Arterial con 4.1%, en quinto lugar las Infecciones Gastrointestinales con 3.4%, en sexto lugar Parasitosis con un 3.4%, en séptimo lugar Vulvovaginitis con 2.7%, en octavo lugar Ametropía y Miopía con 2.3%, en noveno y décimo lugar tenemos a la Diabetes Mellitus tipo II y enfermedad Ácido Péptica con un 2.1% respectivamente.

ANÁLISIS

Dentro de la muestra obtenida dentro del censo de población del consultorio 5 turno matutino de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE tenemos una población infantil considerada de 0 a 4 años de edad obteniéndose un total de 366 infantes de los cuales 207 son del sexo masculino y 159 femenino. **Ver tabla # 10**

Mujeres en edad fértil: si consideramos que la edad fértil oscila entre los 14 años y hasta 40 años, se encontró que la muestra obtenida tenemos un 24.6% en edad fértil de la población total. **Ver tabla # 11**

Ancianos: de acuerdo al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) una persona es considerada anciana después de haber cumplido los 60 años, encontrando en nuestro muestreo un total de 333 personas que cumplen este requisito, lo que corresponde a un 6.7% de la población total concordando con las estadísticas nacionales (Censo Poblacional 1990).

Ver tabla # 12

Dentro de los elementos socioeconómicos de la estructura familiar de la población adscrita al consultorio No. 5 turno matutino de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE encontramos lo siguiente:

Estado civil: Se encontró que la gran mayoría de las familias entrevistadas con la cedula de identificación familiar (MOSAMEF), todavía creen en el matrimonio como núcleo básico de la sociedad y lo respetan como tal, ya que el 89% de la población esta casada, un dato elevado con respecto a las tendencias Nacionales y Mundiales (Censo Poblacional 1990), otro dato que apoya esto es que no encontramos divorciados, y solo el 9% viven en unión libre. **Ver tabla # 2**

Años de Unión Conyugal: En este encontramos resultados que su gran mayoría existen matrimonios jóvenes ya que el 28% lleva una duración de 16 a 20 años de unión, siguiéndoles los de duración de 11 a 15 años con un 18% y en tercer lugar los de cinco años con un 15% lo que es un indicador muy alto de las bases morales de las familias entrevistadas. **Ver tabla # 13**

Escolaridad: Aquí encontramos resultados un poco preocupantes ya que un 53.2% de los encuestados solo cursaron la educación básica, y un 32.1% la educación media, media superior solo el 9% y tan solo el 5% de la población cuenta con educación superior. Esto representa un gran rezago que existe todavía actualmente en materia de educación en el Estado de México y no solo esto, ya que muchas de las veces los niños y jóvenes de todas las edades abandonan sus estudios para dedicarse a trabajar y así aportar económicamente al núcleo familiar. **Ver tabla # 3**

Método de planificación familiar: En los resultados encontrados existe un alto índice en las mujeres para controlar el crecimiento poblacional por la Salpingoclasia con un 37% siguiéndole el 26% sin ningún método y no existen métodos utilizados por los hombres siendo un dato muy claro de machismo ya que ningún hombre utiliza el método de la vasectomía en contra posición con la mujer que se encuentra más consciente sobre este tema. **Ver tabla # 4**

Numero de hijos por edad: En este rubro encontramos los siguientes resultados: el 33.9% del total de los hijos de familia son menores de 10 años, el 47.7% de entre 11 y 19 años y 24.4% son mayores de 20 años por lo que concluimos que la mayoría de los hijos de las familias encuestadas son totalmente dependiente de los padres y solo de estos depende su estado de salud. **Ver tabla # 14**

Ocupación de los padres de familia: Encontramos que los resultados de la encuesta son el 40% de los derechohabientes son empleados de alguna dependencia y que solo el 6% son profesionales, otro dato interesante es que el 33% de las mujeres encuestadas trabajan en el hogar y que ningún hombre realiza esta ocupación y solo 10.1% de las mujeres trabaja contribuyendo a la economía familiar lo que marca el rezago en educación. **Ver tabla # 5**

Ingresos económicos: Aquí encontramos que el 85% de las familias encuestadas perciben de uno a dos salarios mínimos y que solo el 15% recibe tres o mas salarios mínimos con esto podemos darnos clara cuenta del precario nivel de vida en que viven los habitantes de esta área ya que con tan bajos salarios es casi imposible otorgarle a los hijos una educación aceptable y mantener en niveles óptimos de salud e higiene los hogares y dar una buena prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades. **Ver tabla # 6**

TIPO DE FAMILIA:

Desarrollo: Encontramos que los resultados obtenidos en la encuesta realizada a nuestras familias el desarrollo es tradicional con un 72% y el resto moderno con un 28% con lo que podemos concluir que el hombre es todavía en esta población el único proveedor de dividendos y que las mujeres se dedican al hogar manteniéndose todavía el machismo tanto por factores socioculturales tanto como por educación, aunque por las necesidades económicas que imperan actualmente en la sociedad la mujer ha tenido que trabajar realizando trabajos de cualquier índole en una minoría. **Ver tabla # 7**

Composición: Se encontró que las familias son en su gran mayoría nucleares con un 74% el 15% extensa y el 6% compuesta, siendo esto un reflejo de los problemas económicos, ya que esto hace mas difícil el poder mantener a más personas por lo que han tenido que reducirse las grandes familias de antaño para alcanzar un nivel de vida mejor. **Ver tabla # 8**

Demografía: A cerca de la demografía de la población encuestada el 100% vive en zonas semiurbanas las cuales cuentan con pocos servicios como son (drenaje, alcantarillado, agua potable intra y extra domiciliaria, escuelas, centros de salud, etc.) por lo que existe agua contaminada, polvo, defecación al aire libre y muy poca cultura higiénica, condicionando que sea más difícil la prevención y control de enfermedades transmisibles. **Ver tabla # 15**

Etapas del ciclo familiar: Dentro de este encontramos que el grueso de la población la conforma la familia en etapa de dispersión con un 62%, independencia con un 25%, expansión con un 11% y retiro con solo 2% **Ver tabla # 9**

Análisis de las principales causas de consulta en el consultorio No. 5 de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE

En primer lugar tenemos a las enfermedades de vías respiratorias esto debido a que los virus y bacterias patógenos se encuentran en el aire del ambiente y esto con una pobre o nula educación de cómo debe comportarse el enfermo (al toser o estornudar debe taparse la boca o usar cubre bocas en los lugares cerrados y concurridos). Otra característica es la geográfica como lo es el clima, ya que en este municipio se cuenta con tres climas al año como son el húmedo con una temperatura media anual de 12 grados, la cual prevalece en la época de verano, otoño y en invierno disminuye tanto llegando a bajo cero y esto hace que las vías respiratorias se expandan para obtener mayor oxigenación y esto favorece la acumulación de patógenos en el organismo provocando enfermedades de este tipo. También existen factores culturales y educacionales como el no tener una buena dieta ya que la mayoría de las veces no tiene los requerimientos nutricionales necesarios y aunado a esto una higiene deficiente. Otro factor al parecer uno de los más importantes y causante de la mayoría de los problemas es el económico ya que la mayoría de las familias apenas cuenta con el salario mínimo por lo que es difícil otorgarle a los hijos una buena educación y cultura higiénico-dietética que pueda elevar su calidad de vida por lo que se hace difícil prevenir y tratar las enfermedades.

Otro factor son las jornadas laborales largas que desde muy jóvenes realizan ayudando a la economía familiar como es el trabajo en el que participan la mayoría de los miembros de la familia, como lo es el trabajo en el campo el cual los va debilitando y disminuyendo su aparato inmune y favoreciendo la enfermedad, y además son familias que habitan en un solo cuarto todos los miembros de la familia. Con lo que la mayoría de las veces basta que uno de los miembros enferme para que se contagien todos los demás, lo que hace necesario realizar medidas preventivas para toda la familia.

Traumatismos y fracturas: Es la segunda causa de consulta más frecuente posiblemente por las características de las condiciones para laborar que en su gran mayoría son en el campo y con aparatos o maquinaria, que creen es muy fácil de manipular y no ponen atención ni van a los cursos para manejo que le otorga seguridad e higiene esto por la misma falta de educación y cultura ya antes mencionada.

Caries Dentales y Extracciones: Es nuestra tercera causa de demanda de consulta y sabemos que se ve favorecida por las mismas características que las enfermedades respiratorias en cuanto a la falta de higiene, ya que no practican el cepillado dental después de ingerir alimentos lo que termina, junto con la alimentación deficiente y escasos recursos económicos en la pérdida de piezas dentarias.

Enfermedades del aparato digestivo: Aunque las Gastroenteritis y Parasitosis ocuparían el segundo lugar como motivo de consulta, es necesario realizar un análisis al respecto, el cual es que los principales factores que condicionan que estos padecimientos se presenten en la población en estudio son las aguas que se encharcan como resultado de las lluvias al no existir un adecuado drenaje y pavimentación; logrando así la proliferación de parásitos, bacterias, virus que atacan el aparato digestivo y que decir de la basura tirada en las barrancas y terrenos de cultivo así como el fecalismo al aire libre, ya que la mayoría de las casas no cuenta con baño completo al no existir un buen drenaje.

Otro factor importante es la ingesta de alimentos callejeros con una mala calidad de higiene en su preparación y el cual el pueblo mexicano es muy dado a ingerir propiciando así las enfermedades gástricas. Por lo que se deberían realizar medidas preventivas para los niños en las escuelas a las que asisten enseñándoles el lavado de manos, cepillado de dientes, baño diario con cambio de ropa y el lavado y desinfectado de alimentos tales como verduras y frutas. **Ver tabla # 16, 17**

CONCLUSIONES

Partiendo de los estudios de campo, y encuestas que se realizaron para la elaboración de este estudio podemos decir que la población adscrita al consultorio No. 5 de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE se encuentra como la gran mayoría del país con grandes rezagos económicos, sociales y en el sector salud debido a la mala estructuración y a la pésima planeación por parte de las autoridades tanto estatales como locales y federales.

Pero no estamos en tiempos de buscar culpables sino proponer o realizar cambios en la que los afectados deben tomar una actitud proactiva, además que sabemos que muchos de nuestros problemas de salud son producto de las costumbres, actitudes, tradiciones y creencias de los habitantes.

Ahora bien refiriéndonos un poco a estos factores diremos que esta población cuenta con un clima húmedo y frío con lluvias de mas de 3 meses y que además existen barrancas, cañadas, montes y riachuelos todos estos factores propicios para la ploriferacion de animales rastreros, fauna nociva, insectos, bacterias y virus propiciando enfermedades respiratorias, y gastrointestinales, reflejadas en las estadísticas como primera y segunda causa de consulta.

El segundo gran factor es el Económico ya que a falta de ingresos adecuados para la gran mayoría de los Mexicanos, se dificulta el acceso a una buena nutrición y que decir de una educación y vivienda.

Concluyendo: debemos decir que existe mucha similitud a nivel nacional de la problemática de salud encontrada en la población en estudio y que es una de las características de países tercermundistas como el nuestro, con los factores ya muchas veces referidos como son: Rezagos en lo Económico, Político, Cultural y Social, esto íntimamente ligado entre si. Por lo que este trabajo esta destinado a hacer una base de datos donde se han cualificado y cuantificado los principales problemas de salud en las familias del consultorio No. 5 turno matutino de la U.M.F. Texcoco del ISSSTE basándonos en el MOSAMEF.

SUGERENCIAS

En base a los resultados obtenidos en este trabajo se considera que es fundamental y primordial fortalecer el apoyo a la educación en todos sus aspectos realizando:

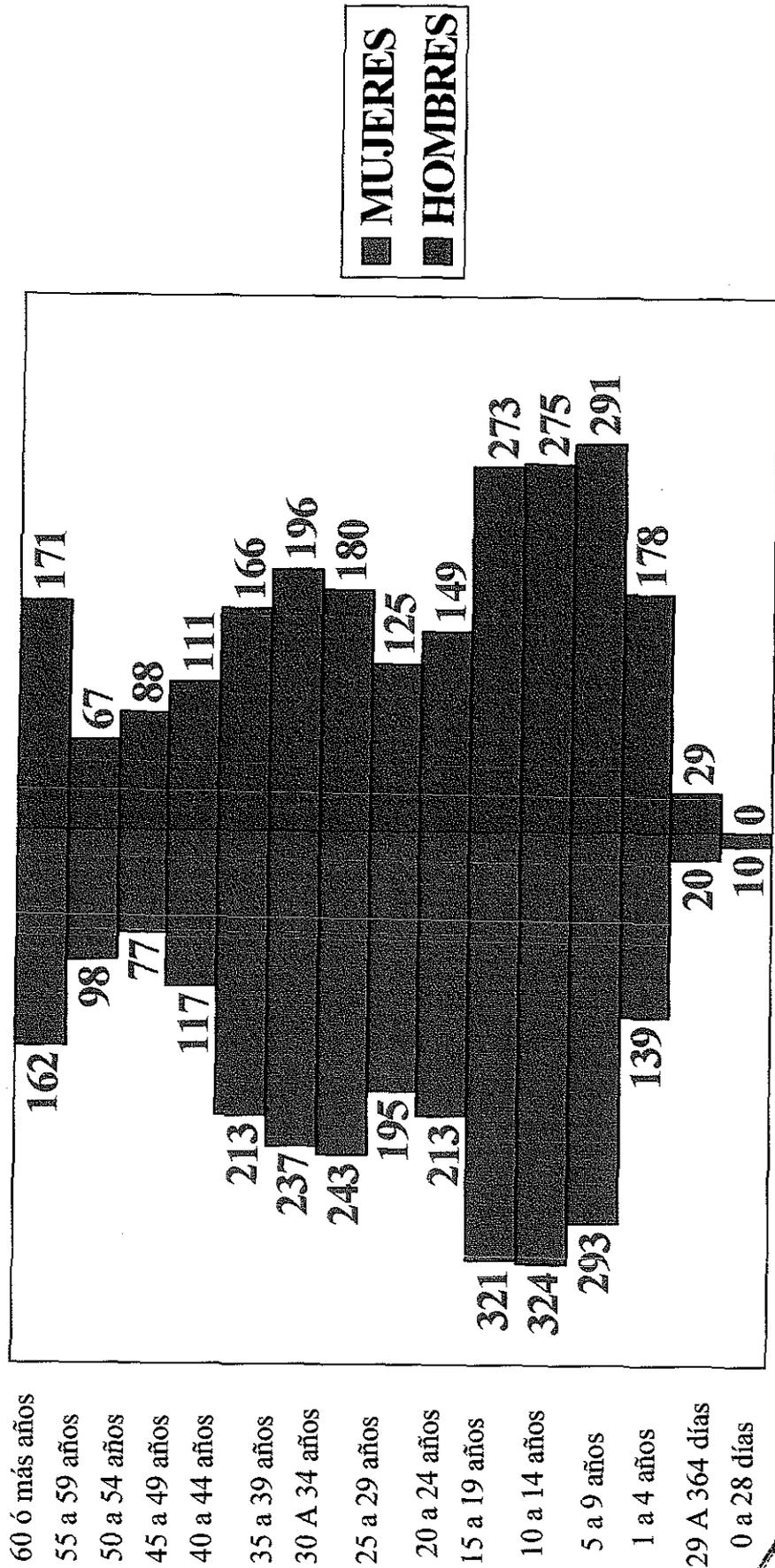
- a) Orientación nutricional y dietética a la población durante la consulta.
- b) Recomendaciones higiénicas, conscientizando a la población de la importancia de una adecuada higiene tanto personal como de sus viviendas.
- c) Incrementar los servicios públicos y saneamiento de la localidad para eliminar focos de contaminación
- d) Orientar a la población acerca de la compra de artículos de la canasta básica para favorecer el rendimiento del gasto familiar.
- e) Promover la continuación de estudios ya que la mayoría de los cónyuges solo cursaron la educación básica y por lo tanto solo pueden laborar como empleados, obreros etc., y como consecuencia de esto un bajo salario lo cual repercute en forma importante en la salud de cada uno de sus miembros ya que a mejor nivel socio-económico, mayor disponibilidad de recursos condicionando así un índice de mayor salud en la familia.

GRAFICAS

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO

MUJERES

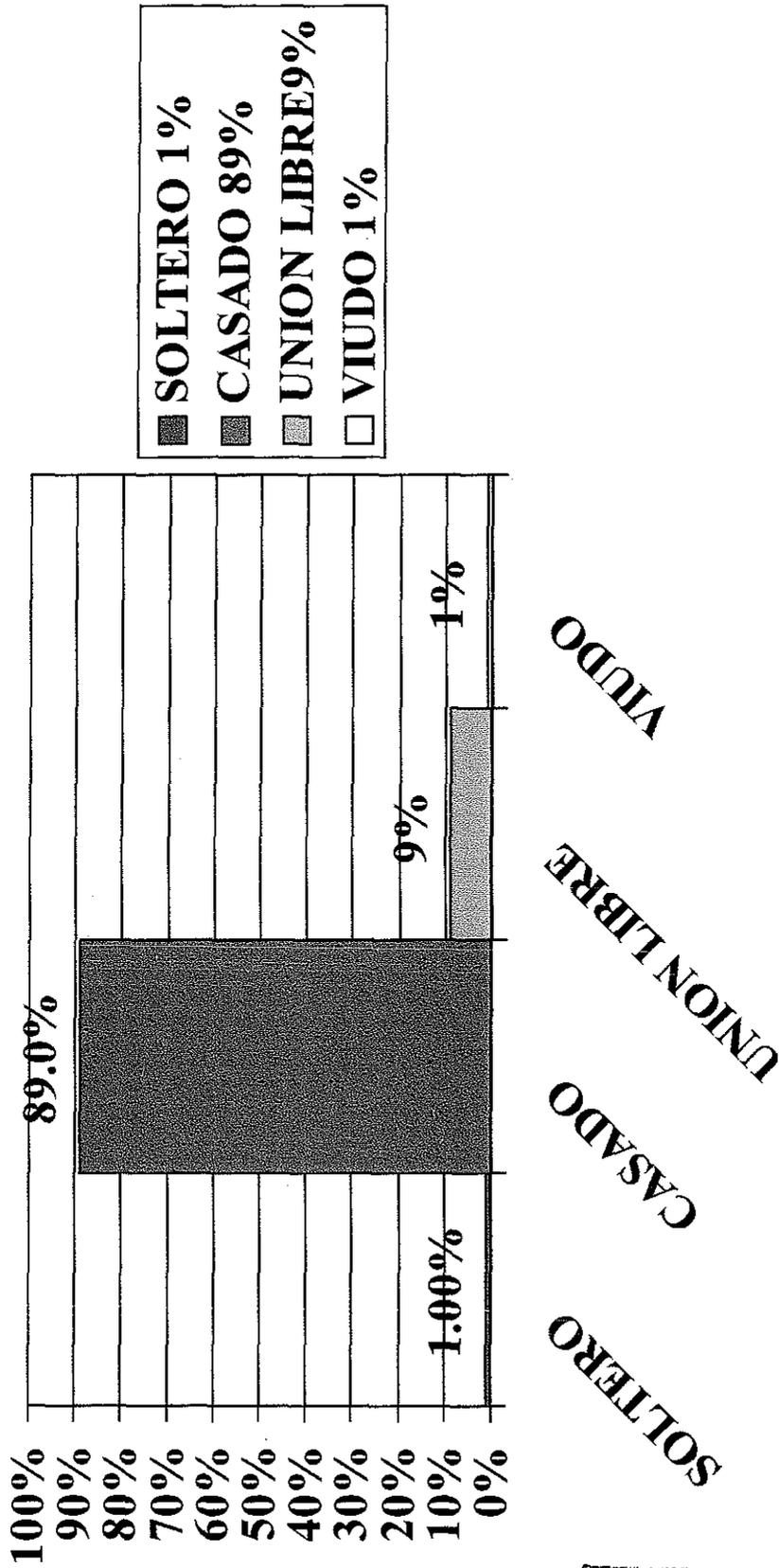
HOMBRES



Fuente: Archivo de vigencia de derechos de la UMF Texcoco
 Consultorio numero 5 turno matutino del ISSSTE

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

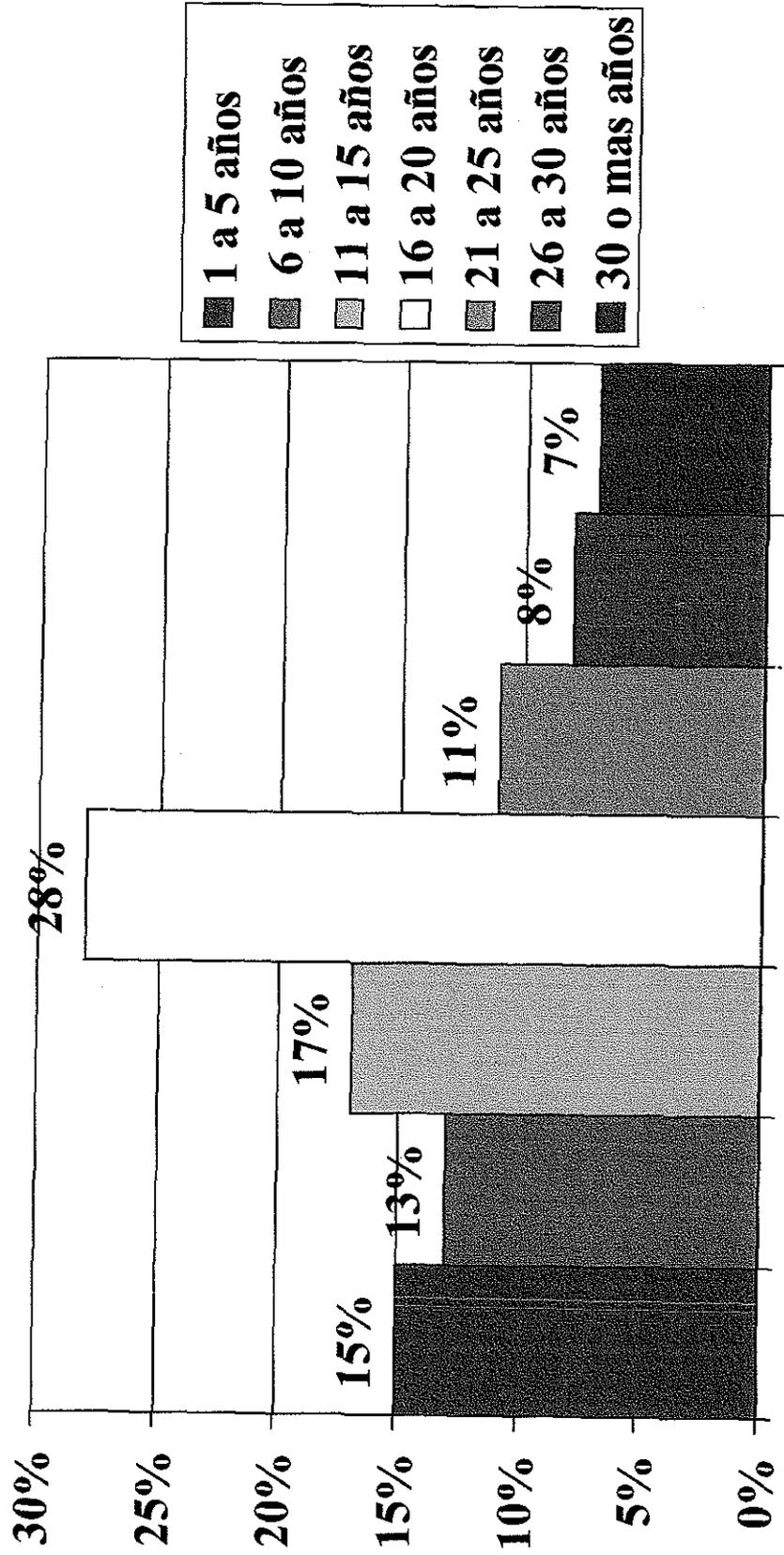
ESTADO CIVIL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

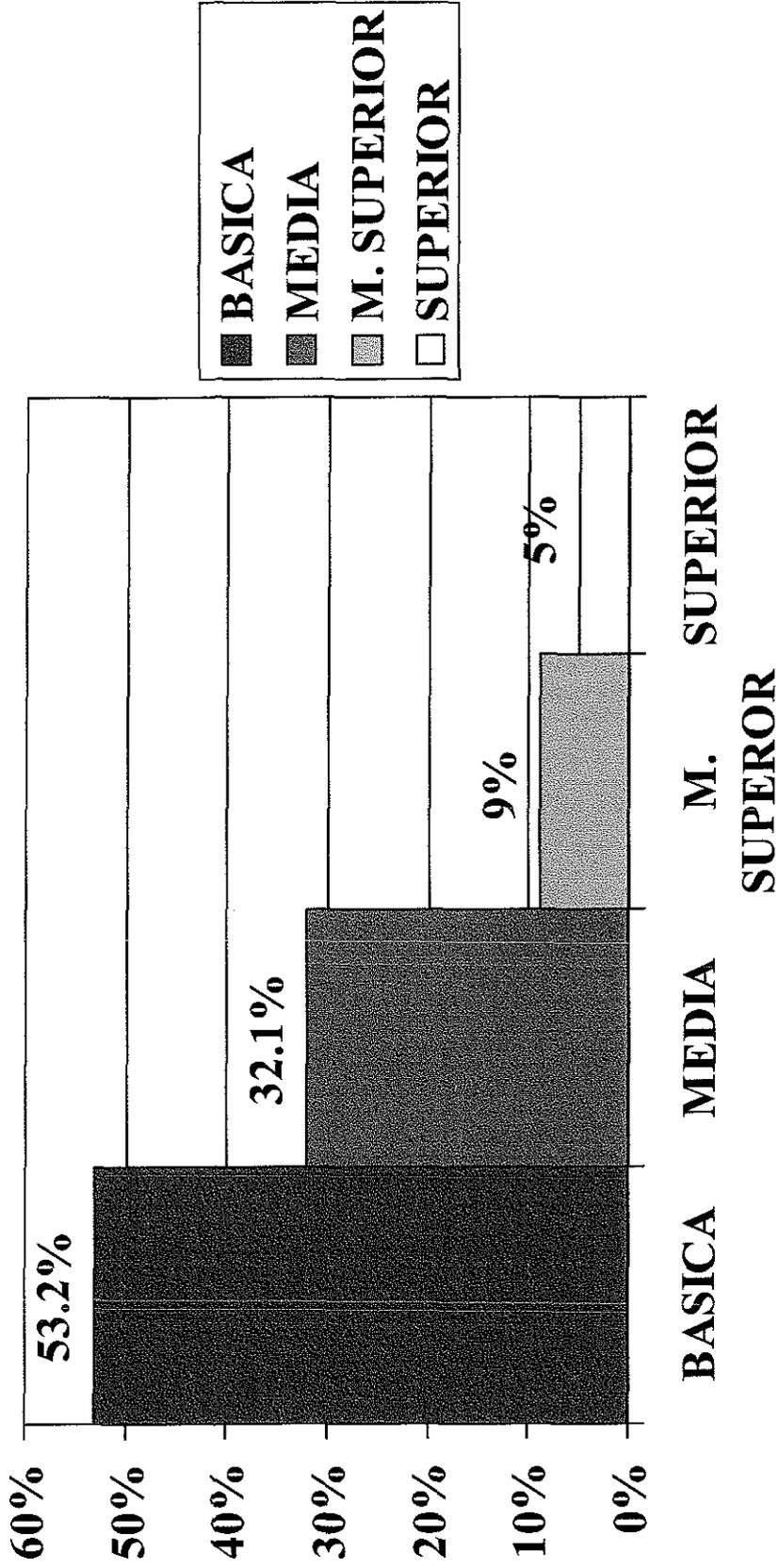
AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL



Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

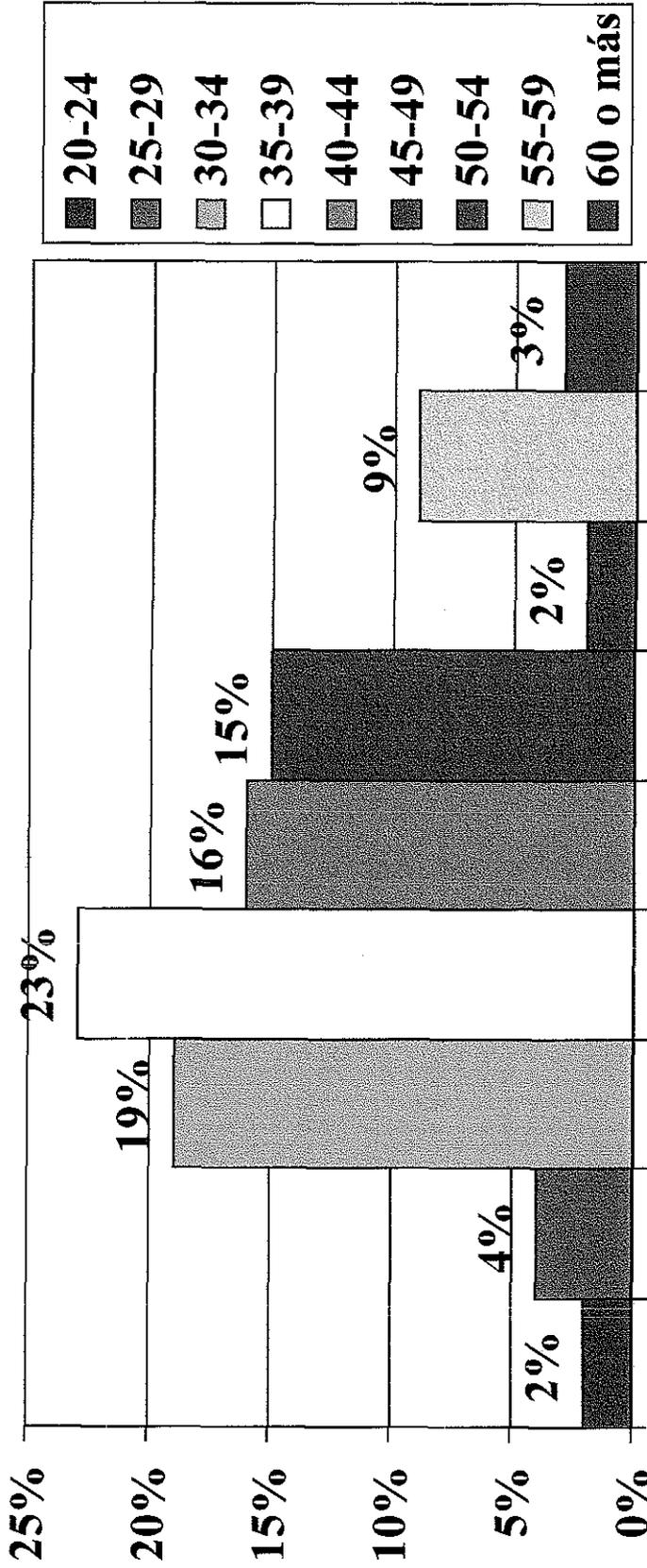
ESCOLARIDAD



Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD DEL PADRE

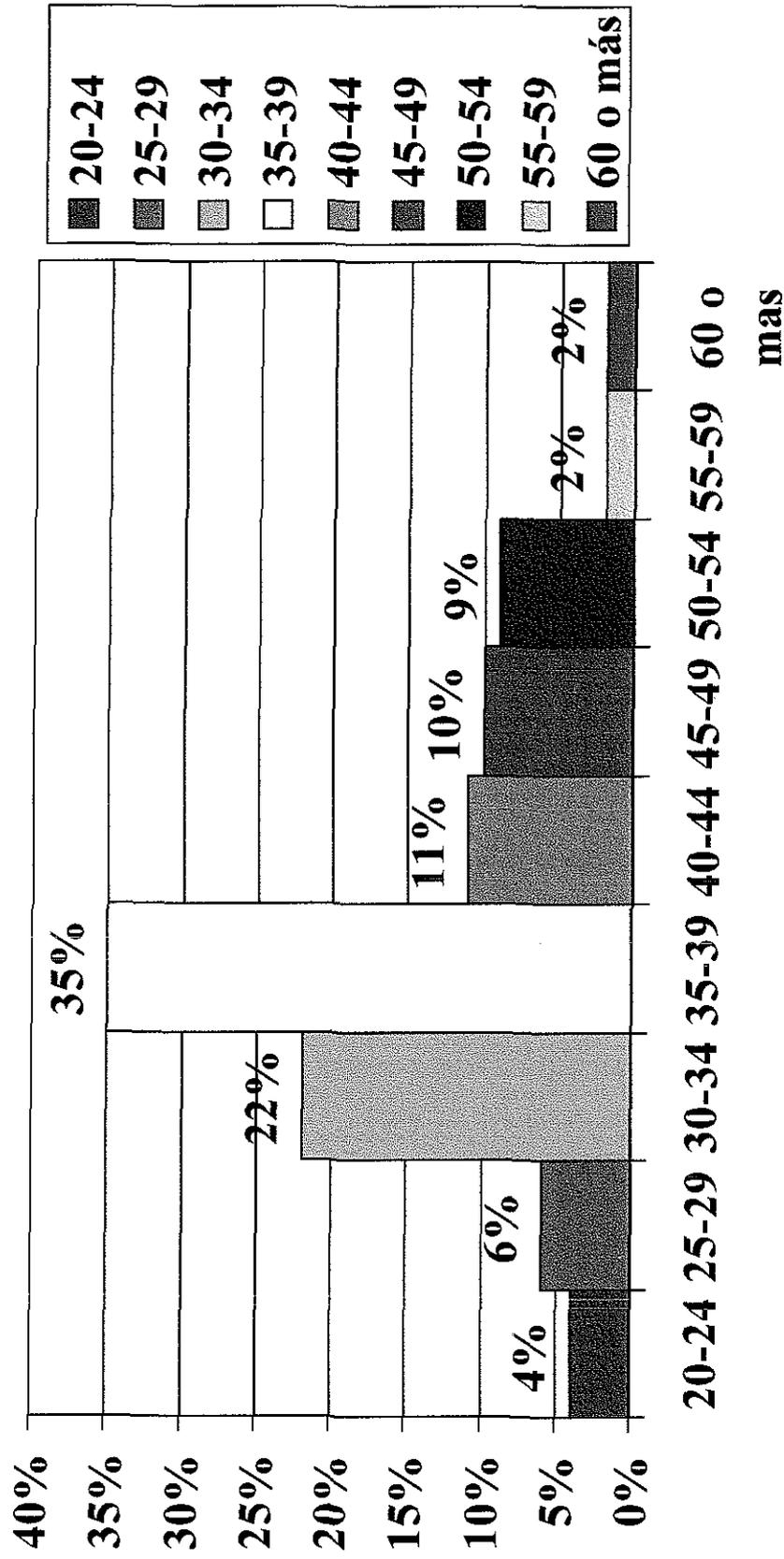


20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60 o mas

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

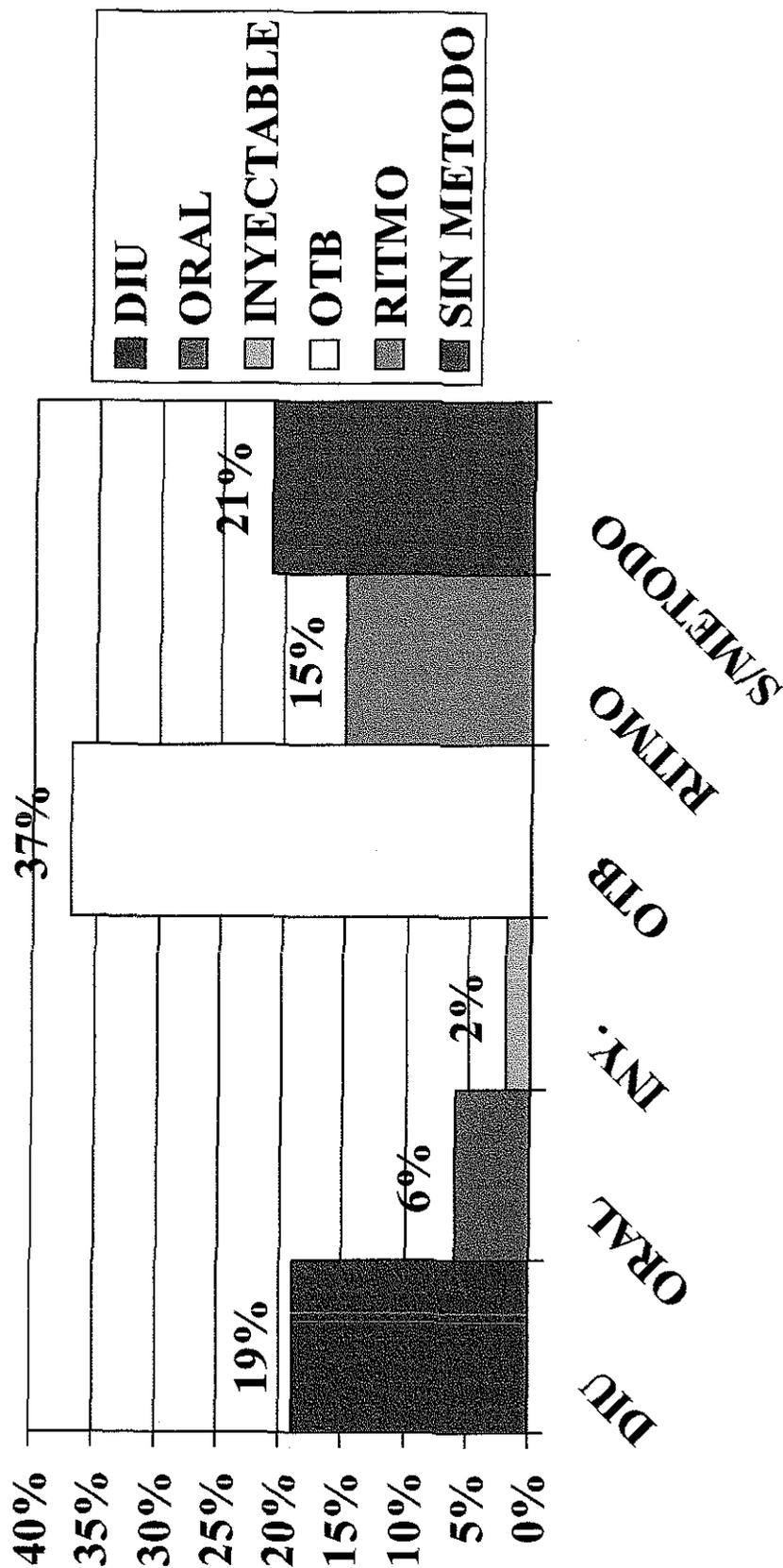
Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

EDAD DE LA MADRE



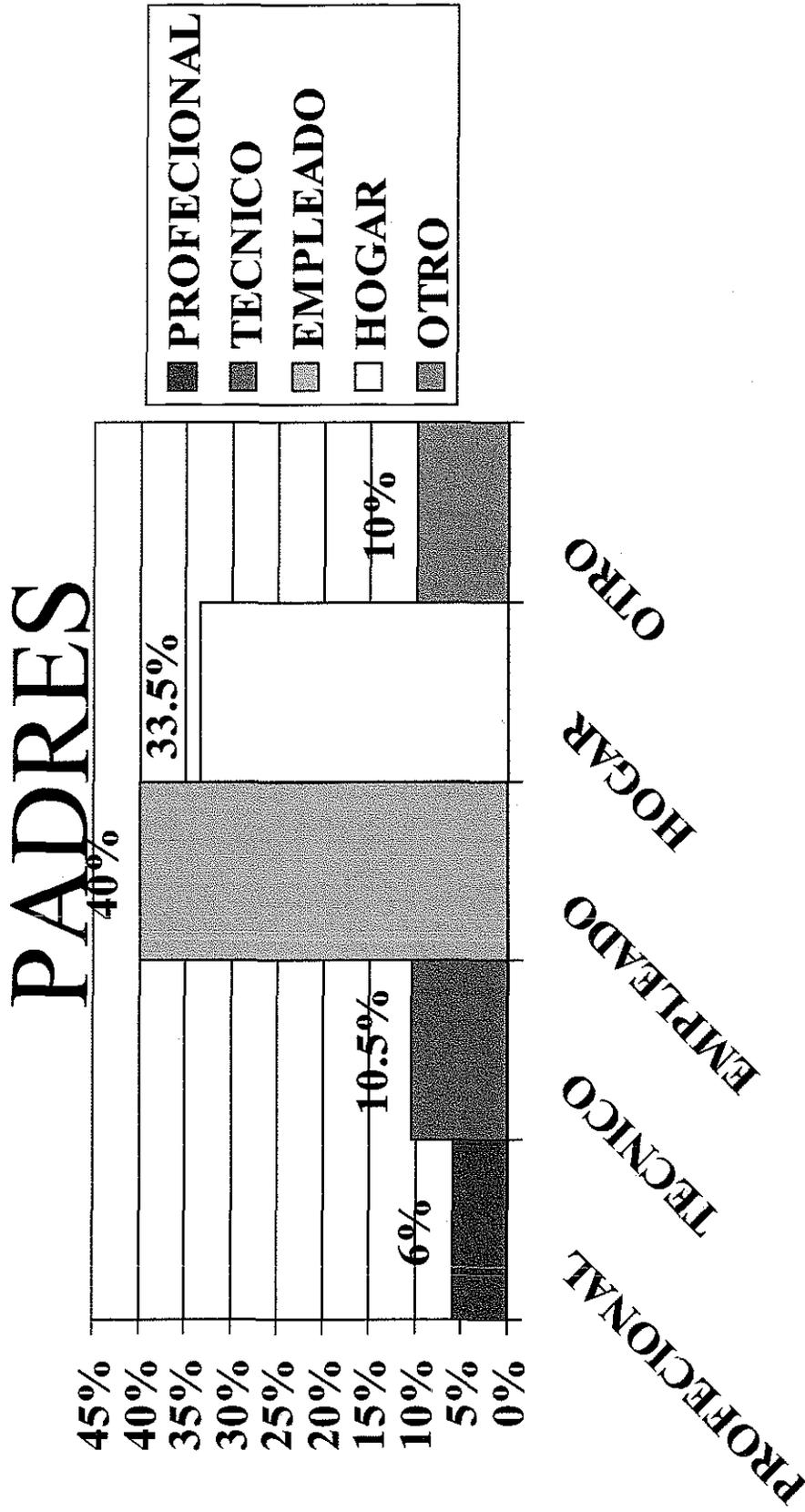
Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



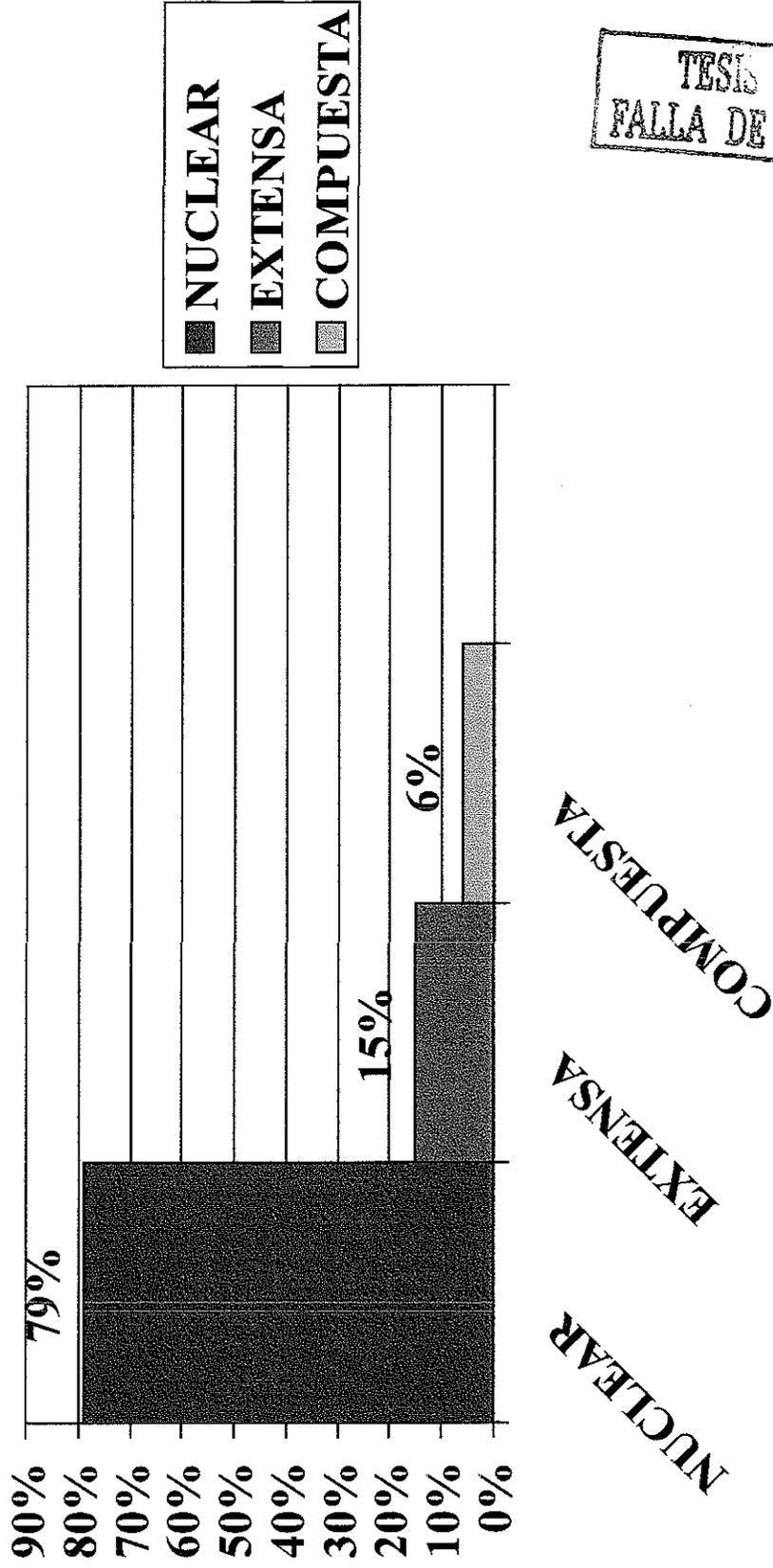
TESA CON FALLA DE ORIGEN

OCUPACION DE LOS PADRES



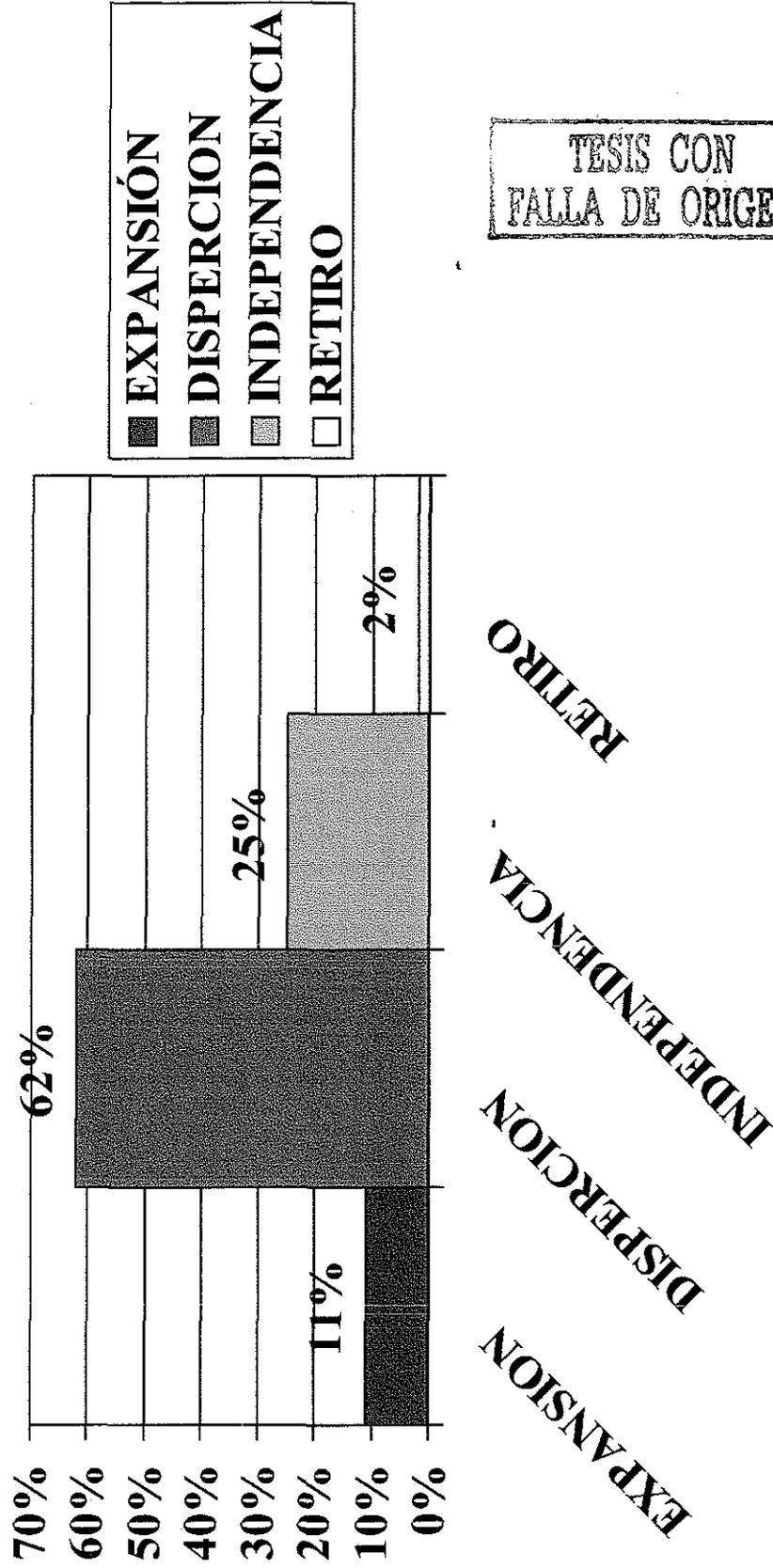
Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

COMPOCICION DE LAS FAMILIAS



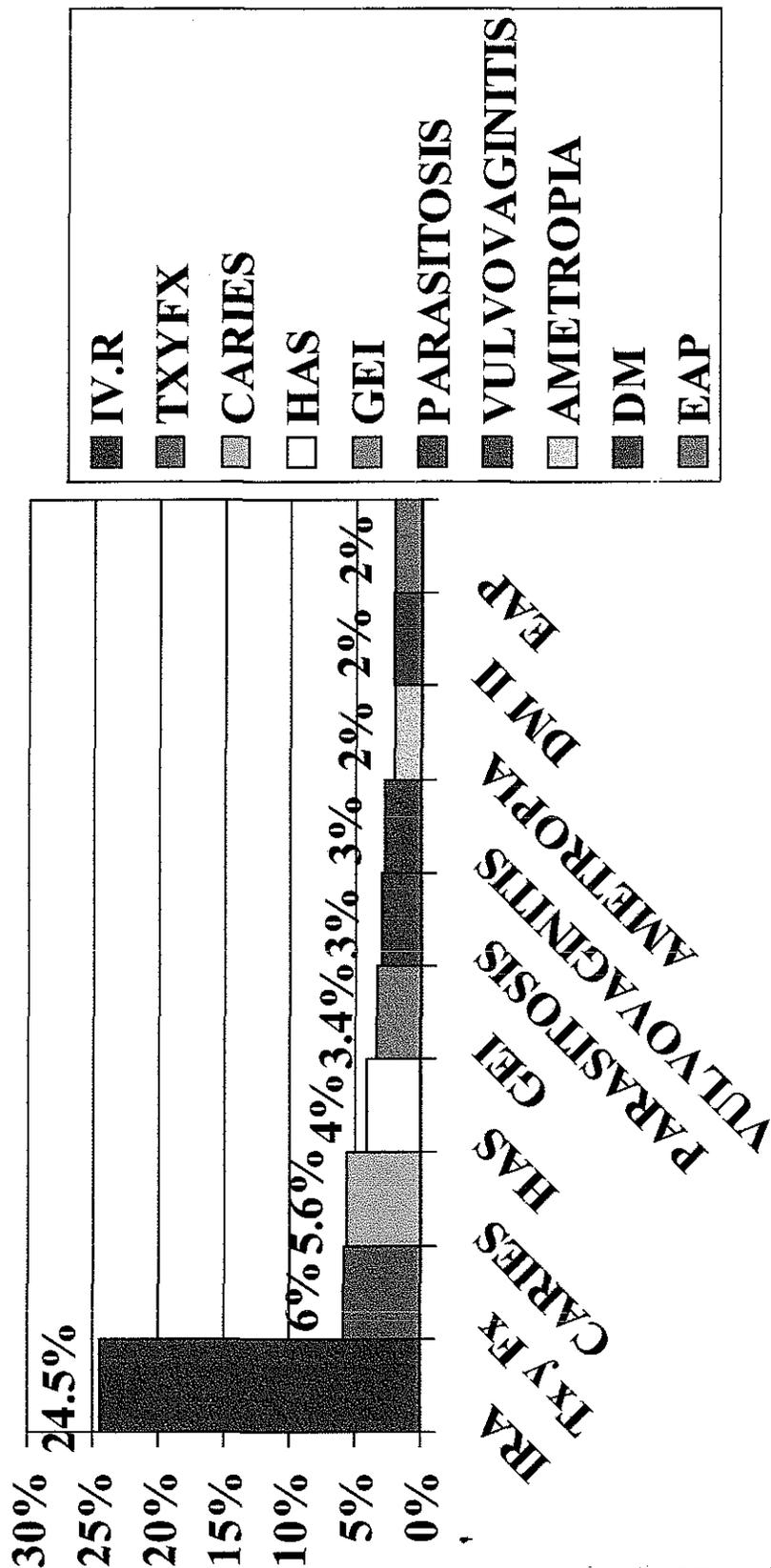
Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR



Fuente: Encuesta realizada a 100 pacientes adscritos a la UMF Texcoco del ISSSTE consultorio N° 5 1998-1999

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

BLA # 1

ARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO # 5 DE LA UMF TEXCOCO DEL ISSSTE

TOTAL DE LA POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
4951	2299	2652

BLA # 2

ESTADO CIVIL

CASADAS	UNIÓN LIBRE	SOLTERO	SOLTERO
89%	9%	1%	1%

BLA # 3

ESCOLARIDAD

BÁSICA	MEDIA	BACHILLERATO	SUPERIOR
53%	32%	9%	5%

BLA # 4

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SALPINGOCLACIA	INTRAUTERINO	RITMO	ORAL	INYECTABLE	OTRO
37%	19%	15%	6%	2%	21%

BLA # 5

OCUPACIÓN DE LOS PADRES

EMPLEADO	HOGAR	TÉCNICO	PROFESIONISTA	OTRO
40%	33.5%	10.5%	6%	10%

BLA # 6

INGRESOS ECONÓMICOS

1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	TRES O MAS SALARIOS MÍNIMOS
85%	15%

BLA # 7

TIPO DE FAMILIA

TRADICIONALES	MODERNAS
72%	28%

BLA # 8

COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS

NUCLEAR	EXTENSA	COMPUESTA
79%	15%	6%

BLA # 9

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR

DISPERSIÓN	INDEPENDENCIA	EXPANSIÓN	RETIRO
62%	25%	11%	2%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS

BLA # 10

ARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL EL CONSULTORIO # 5 DE LA UMF TEXCOCO DEL ISSSTE

TOTAL DE LA POBLACIÓN	NIÑOS	NIÑAS
366	207	159

BLA # 11

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

DE 14 A 40 AÑOS
24.6%

BLA # 12

ANCIANOS

MAYORES DE 60 AÑOS
6.7%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BLA # 13

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

16 A 20 AÑOS	11 A 15 AÑOS	5 AÑOS
28%	18%	15%

BLA # 14

NUMERO DE HIJOS POR EDAD

MENORES DE 10 AÑOS	ENTRE 11 Y 19 AÑOS	MAYORES DE 20 AÑOS
33.9%	47.7%	24.4%

BLA # 15

DEMOGRAFÍA

ZONAS SEMIURBANAS
100.0%

FASE III CAUSAS DE CONSULTA

TABLA # 16

RESPIRATORIAS	TRAUMATISMOS Y FRACTURAS	CARIES DENTAL Y EXTRACCIONES	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	INFECCIONES GASTRO INTESTINALES
24.5%	5.9%	5.6%	4.1%	3.4%

TABLA # 17

PARASITOSIS	BULBO VAGINITIS	EMETROPIA MIOPIA	DIABETES MELLITUS	ACIDO PÉPTICA
3.4%	2.7%	2.3%	2.1%	2.1%

BIBLIOGRAFIA

1. Linton R. Introducción a la Historia Natural de la Familia, en: From, Honrheimer, Parson, La Familia. ed Península, Barcelona. 1988. en curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales Vol. 1 ISSSTE. UNAM 1994. p. 90.
2. Trigoyen CA. y col. Fundamentos de Medicina Familiar. 4ª ed. Medicina Familiar Mexicana. 1996. pp. 3-7.
3. Huerta GJL Estudio de Salud Familiar Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar libro I Intresistemas S.A. de C.V. Ed 1999 p. 11.
4. Medalie. J.H. Medicina Familiar, Principios y Práctica. Ed. Limusa 1987. pp. 51-59 y 127-143.
5. Irigoyen C.A. Gómez Clavelina y col diagnostico Familiar México Ed. Medicina Familiar Mexicana 1995.
6. Irigoyen C.A. y col Fundamentos de Medicina Familiar Mexicana Ed. Medicina Familiar Mexicana 1996 pp. 42-46.
7. Zurro, M.R. Manual de atención primaria de Salud. ed. Barcelona Doyma 1995. pp. 3-12.
8. Zurro M.R. Huguet. M. Garcia F. En Op. Cit. Pp. 34-47.
9. De la Revilla. L. Fleitas. L. Influencias Socioculturales en los Cuidados de Salud. Enfoque familiar. Atención primaria de salud ed. Barcelona Doyma 1995. pp. 70-81.
10. Loewe R. Atención Primaria a la Salud Revisión Conceptual. Rev. Salud Publica sep. Oct. 1988 vol. 30 No. 5 pp. 666-673.
11. Miller. W. Modelos de Salud, Enfermedad y Atención Sanitaria Taylor. Medicina de Familia principios y práctica ed. Doyma Barcelona 1991 pp. 38-45.
12. Tennison. P.W. Atención Longitudinal Taylor R. B. Medicina de Familia principios y practica. ed. Doyma Barcelona 1991 pp. 46-54.

13. Saultz J. La Atención de la Salud Centrada en la Familia Taylor R. B. Medicina de Familia principios y práctica. ed. Doyma Barcelona 1991 pp. 31-37.
14. Brunton s. Sutherland. Prevención de la enfermedad y protección de la salud Taylor R. B. Medicina de Familia principios y práctica. ed. Doyma Barcelona 1991 pp. 85-99.
15. Golberg B. Asistencia sanitaria basada en la población Taylor R. B. Medicina de Familia principios y práctica. ed. 5ta. Ed. Springer Verlag 1999 pp. 36-39.
16. Burns E. Intervención en la crisis Taylor R. B. Medicina de Familia principios y práctica. ed. Doyma Barcelona 1991 pp. 7684.
17. Márquez E. Gascón J. Domínguez B. Clasificación Demográfica de la Familia en la Zona Básica de la Salud. Atención primaria de vol. 15 Enero de 1995 pp. 30-32.
18. Rodríguez E. Gea A. Gómez A. García J.M. Estudio de la Función Familiar a través del cuestionario Apgar. Atención primaria de vol. 17 Marzo de 1996. pp. 64-71.
19. Vellón J. Delgado, A. Luna, J. Lardelli, P. Validez y Fabilidad del cuestionario de función familiar Apgar –Familia. Atención primaria vol. 18 Oct. de 1995. pp. 43-56.
20. Irigoyen C. Ponce E.R. Dickinson M. Rodríguez Diagnóstico de salud a través del análisis factorial, atención primaria vol. 21 Enero de 1998 pp. 8-13.
21. Dickinson Ponce, E. Gómez, F. González Determinantes sociales en la Cohesión y adaptabilidad Familiar. Atención primaria vol. 21 Marzo de 1998 pp. 275-282.
22. Fernández Ma. Irigoyen A. Gomez FJ. Ponce. Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación de Genogramas Archivo de Medicina Familiar 1999 pp. 5-12.