

86

11226



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

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE
 "DR. MANUEL CÁRDENAS DE LA VEGA"

MODELO SISTEMÁTICO DE LA
 ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
 EN EL CONSULTORIO N° 1
 DE LA UMF. MR-1 GUAMÚCHIL.



ISSSTE

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

P R E S E N T A

DR. FIDEL SAINZ CALDERÓN

CULIACÁN, SINALOA ~~1985~~ ²⁰⁰³

2003

SAINZ CALDERON FIDEL



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

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

PRESENTA:

DR. FIDEL SAINZ CALDERÓN

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO 1 GUAMÚCHIL

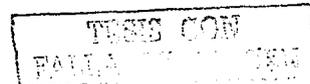
DR. MARÍA DE LOS ANGELES ÁLVAREZ LÓPEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN CULIACÁN, SINALOA

DR. ROBERTO GARCÍA ARCIGA
ASESOR DE TESIS
UMF. MR-1 GUAMÚCHIL

DR. JOSÉ VILCHIS CASTRO
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

DR. GUSTAVO ADELDO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD.
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO ISSSTE

CULIACÁN, SINALOA. OCTUBRE 1995



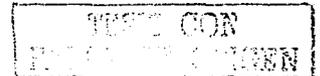
CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR



ISSSTE
ADMINISTRACION
Culiacán, Sinaloa
2502140108

INDICE

I.	MARCO TEÓRICO-----	1
	1.1 ESTUDIOS DE LA FAMILIA	
	1.2 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	
	1.3 ACCIÓN ANTICIPATORIA	
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	24
III.	JUSTIFICACIÓN-----	25
IV.	OBJETIVOS -----	26
V.	HIPÓTESIS -----	26
VI.	METODOLOGÍA-----	27
	6.1 TIPO DE ESTUDIO	
	6.2 POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO	
	6.3 UNIVERSO DE TRABAJO	
	6.4 TIPO DE MUESTRA	
	6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	
	6.7 VARIABLES	
	6.8 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
	6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	
VII.	RESULTADOS-----	31
	7.1 CENSO POBLACIONAL	
	7.2 ESTUDIO DE COMUNIDAD	
	7.3 DIAGNÓSTICO FAMILIAR	
	7.4 MORBILIDAD	
	7.5 CUADROS Y GRÁFICAS	
VIII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS-----	60
IX.	CONCLUSIONES -----	62
X.	LINEA DE ACCIÓN -----	62
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	68
XII.	ANEXOS-----	71



I - MARCO TEORICO

La medicina familiar es la atención médica integral, y continua, que lleva a cabo el médico, cuidando la salud con responsabilidad dentro del contexto ambiental de la familia sin limitantes de edad o sexo del paciente ni del órgano o sistema afectado por la enfermedad. (2).

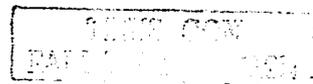
Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer 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).

Ejecutando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente *insatisfacción* tanto de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutive y de seguimiento. (3)

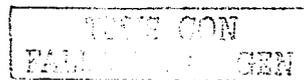
La atención primaria es la medicina de primer contacto y es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico. Bajo estas consideraciones se expresa que la atención primaria de la salud es la estrategia fundamental, mediante la cuál debe lograrse la cobertura universal de servicios de salud.

En el momento actual la relación médico-paciente-familia, tiene una gran importancia para satisfacer las expectativas de los pacientes y de los prestadores de los servicios. Resultando la importancia de la educación para la salud como elemento fundamental para prevenir y resolver los principales problemas de salud, y modificar favorablemente los patrones culturales de las poblaciones en la adquisición de una cultura de la salud y finalmente como recurso para enfrentar la crisis actual que vive la medicina familiar en México. (4) Para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar desde un punto de vista más científico e integral surge la propuesta de crear "EL MODELO SISTEMATICO DE LA TENSION MEDICA FAMILIAR", que consiste en la identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los 3 ejes o acciones que la sustentan para que facilite la practica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios y exclusivos. Este



modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesionales de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezcan un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en 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. (2)

El estudio de la Salud Familiar es una actividad esencial en la práctica de la medicina familiar, para llevarlo a cabo se hace uso de diversos modelos e instrumentos que permiten un diagnóstico estructural y funcional de los grupos familiares. Con base en ese diagnóstico, es posible desarrollar acciones dirigidas a una aplicación óptima de los recursos que poseen las familias para afrontar diversos factores de estrés. Así, el médico familiar, junto con el personal de salud puede definir intervenciones tanto en el ámbito individual como familiar, actividad que le confiere su papel de orientador familiar. Los diagnósticos de salud familiar, planes de manejo e intervenciones en el ámbito familiar son apoyados por el uso de herramientas como el genograma. Para evaluar la construcción de genogramas, el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar (CMCMF), ha utilizado una cédula incluida en un instrumento para valorar las características de los estudios de salud familiar que presenten los candidatos a certificación. Esta cédula fue creada con una visión fundamentalmente cuantitativa, que permite identificar la aplicación de algunos criterios generales y símbolos que deben observarse en los genogramas. EL COMITÉ ACADEMICO PARA LA REVISIÓN DEL GENOGRAMA (CARG) clasificó los símbolos y características para la construcción de genogramas en 3 categorías : básicos, específicos y complementario; operacionalmente, se definieron los básicos como los que representa la estructura familiar y los vínculos intergeneracionales; los específicos son los que señalan elementos generales de carácter social, así como eventos significativos que ocurren durante la existencia de la familia y, los complementarios se refieren al señalamiento de la relaciones afectivas intrafamiliar. (6)



1.1 ESTUDIO DE LA FAMILIA

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cuál depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento y un estado óptimo bio-psicosocial en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala además a la familia como un grupo social en el que el proceso de salud enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer por limitar la salud ya sea individual o familiar.

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización (5).

Idealmente, los miembros de una familia están unidos por lazos de afecto como por lazos de interés común.

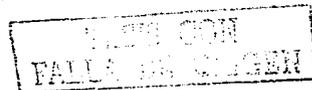
Este concepto no establece diferencia en cuanto a como la familia sea definida o como este constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica (6).

Podemos definir a la familia de múltiples maneras; desde el punto de vista médico y para tener una visión más precisa podemos hacer nuestro el consenso canadiense que nos dice:

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

Otro consenso válido es el norteamericano que menciona : “Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción”.

También la O.M.S. cita que como familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, o matrimonio.



CLASIFICACION DE LA FAMILIA

POR SU COMPOSICIÓN :

FAMILIA NUCLEAR: por el padre, la madre y los hijos.

FAMILIA EXTENSA: formada por el padre, madre hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.

FAMILIA EXTENSA COMPUESTA : Además de los que incluyen la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

POR 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 está constituido por el padre.

FAMILIA ARCAICA: nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

POR SU DEMOGRAFÍA :

RURAL : vive en medio de poco desarrollo socio-cultural, comunidades pequeñas, más en contacto con la naturaleza y carece de los servicios básicos de urbanización.

URBANA: vive en ciudades con todos o la mayoría de los servicios domésticos y sociales.



POR SU INTEGRACIÓN :

FAMILIA INTEGRADA : En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.

FAMILIA SEMI-INTEGRADA : Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

FAMILIA DESINTEGRADA : La característica esencial es la ausencia de uno de los cónyuges, bien por su muerte, separación, divorcio, abandono o el desmembramiento de la familia debido a causas graves internas o externas.

POR SU CICLO VITAL :

FASE DE MATRIMONIO : Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

FASE DE EXPANSION : es la etapa en que se van incorporando mas hijos a la familia

FASE DE DISPERSIÓN : Da inicio cuando ocurre la separación primera de uno de los hijos, sobre todo por matrimonio.

FASE DE INDEPENDENCIA: es cuando todos los hijos han partido del hogar paterno y la pareja de nuevo se queda sola como antes de la llegada del primer hijo.

FASE DE RETIRO O MUERTE : Esta dado por jubilación, incapacidad para seguir laborando, recluimiento en asilo o por muerte de alguno de los cónyuges.



Una familia es una totalidad, un sistema y no se le puede reducir a la suma aritmética de sus partes componentes. Por otra parte es una entidad que evoluciona y los cambios que ocurren en una parte del sistema producen cambios en los miembros individuales .

El individuo que vive en el seno de una familia es miembro de un sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas características incluyen el estrés que se produce en los lugares del sistema, a los que se adapta, y él puede contribuir en forma significativa al estrés de otros miembros del sistema (8).

El tener una familia numerosa tiene sus consecuencias importantes, ya que viola las horas libres de la pareja, aumenta el tiempo dedicado al trabajo remunerando para poder cubrir las necesidades de todos los miembros de la familia, así como el trabajo de la madre en la casa para realizar las labores domésticas y dedicar el tiempo necesario para dedicarlo a la convivencia con ellos y a su formación.

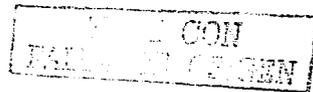
También un riesgo de tener muchos hijos es que alguno de ellos puede ser indeseado.

La motivación de lograr algo declina a medida que la familia se va haciendo más grande, todas las familias empiezan chicas, pero algunos de los hijos nacidos al último deben vérselas con mas hermanos que otros. Entre mayor es el número de hermanos que los preceden, menor es la atención que reciben de sus padres, por consiguiente los hijos nacidos al último en las familias numerosas, tienen menor oportunidad de adquirir motivación, educación y el dinero para tener educación superior.

A mayor número de hijos el ingreso familiar se va rebanando en segmentos cada vez menores, también la atención y el afecto de los padres se va dividiendo en porciones más pequeñas. Por lo tanto, entre más hijos, menor es la ración de amor que cada uno recibe, no sólo de sus padres sino también de un hermano dado.

En conclusión, para que los hijos y los padres obtengan la máxima satisfacción hay que limitar su número (9).

Todos los niños necesitan sentirse aceptados, esta aceptación puede verse enturbiada cuándo uno o ambos padres muestran una predilección por alguno o algunos de sus hijos, y los hijos que se sientan relegados pueden manifestar cambios de salud o conducta, que se puede ver manifestada a corto o largo plazo, y repercutir en su aprendizaje y en su desarrollo posterior y ser fuente de patología dentro de la familia.



DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar es una colección de fuerzas, positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia haciendo que ésta como unidad funcione bien o mal, la manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros que cada miembro de la familia tiene; producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión(10).

La familia, para mantener su equilibrio, posee una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y las de estos con el medio exterior. El mantenimiento de su homeostasis es requisito indispensable para ejercer sus funciones, y utiliza todos sus recursos para mantenerla. (11).

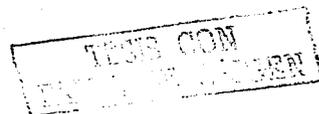
El estudio de la familia como sistema comprende tres relaciones o dimensiones fundamentales:

1. LA RELACION DE LOS ESPOSOS ENTRE SI
2. LA RELACION DE LOS PADRES CON LOS HIJOS
3. LA RELACION DE LOS HIJOS ENTRE SI

Las 3 relaciones pueden subdividirse para su estudio en diversas líneas de desarrollo.

Esta línea de desarrollo son las siguientes: limites, intimidad y poder.

1. Limites. (¿Hay interferencia?). (¿Quién o que interfiere?).
2. Intimidad. (¿Qué tan cerca, que tan lejos?).
3. Poder (o jerarquía). (¿Quién manda?)



Los acuerdos e intereses que la pareja debe conciliar para poderse incorporar como una familia en su ámbito social, son considerados como bases universales para establecer un núcleo familiar y son :

- Una casa
- Un sistema de captación y distribución de dinero
- Un sistema de patrones de responsabilidad
- Mutua satisfacción en las relaciones sexuales
- Un sistema adecuado de comunicación
- Integración con amigos asociaciones, clubes etc.
- Relaciones de trabajo de ambos
- Un concepto filosófico de la vida en pareja
- Continuación de la educación de ambos

Las principales funciones del subsistema conyugal a considerar para su evaluación son :

a) Comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

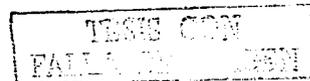
b) Calidad de convivencia; es decir la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber periodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca.

c) Reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges este dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el terreno del afecto, la recreación individualidad y actividades extrahogar.

TOMA DE DECISIONES:

a) Toma de decisiones conjunta, ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones de la decisión a tomar, habitualmente provoca un sentimiento de coparticipación e interés.

b) Toma de decisiones individual, uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge (13)



El matrimonio no es una relación rígida; por el contrario, es una relación fluida entre sus sistemas conductuales; sin importar que tan fuerte sea la personalidad de un individuo, su conducta estará determinada por la de las personas que lo rodean, es decir, una persona se comporta de una manera cuando esta sola y de otra cuando se encuentra con sus amigos o en la intimidad de su matrimonio. A su vez, la forma de comportarse de un individuo determinara la conducta de los demás.

Se puede caracterizar a una familia o matrimonio por el tipo de transacciones que emplea para definir la naturaleza de su relación, dichas categorías pueden describir una fase de la relación, rasgos perdurables, o una tendencia predominante en la familia.

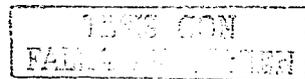
Es posible clasificar a las familias o relaciones en cuatro tipos:

- a) Satisfactoria estable
- b) Satisfactoria inestable
- c) Insatisfactoria inestable
- d) Insatisfactoria estable

A menudo se utilizan síntomas psicósomáticos o histéricos como manera de definir la relación, puesto que son mensajes que pueden negarse como mensajes. Este tipo de relación se encuentra en la mayor parte de los sistemas que se señalan como enfermos.

Los procesos psicodinámicos familiares, varían según el tipo de organización de la familia.

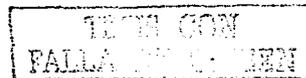
En la familia bien integrada, la liga de los padres entre si y de estos y sus hijos, es estrecha, cálida y esta basada en el respeto de la individualidad de sus miembros. Un elemento de identidad familiar mantiene la unión afectiva. Pero ocurre que muchos hogares no son sino lugares donde habitan personas que comparten la misma casa, sin que entre ellos halla una interacción real.



La enfermedad en uno de los miembros significativos, tiene siempre efectos colaterales en la familia: por ejemplo, altera el equilibrio de fuerza. Es importante que el médico no pierda de vista que la enfermedad de una persona cambia tanto al interesado como al grupo familiar al que pertenece.

Entre los elementos que afectan a la dinámica familiar, se destacan por su importancia en primer lugar, los cambios obligados que se producen en el tránsito de una etapa de otra del ciclo vital, y en segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes. (10)

En cierto grado las personas adultas tienden a recrear en su vida familiar de adultos, las relaciones dañadas que caracterizaron a su vida familiar infantil. En cierto modo, los problemas actuales son una proyección de los problemas originales en la infancia. Si bien modificados por la experiencia.



LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA Y LA DISFUSION FAMILIAR

Las familias tienen que atender a cinco tareas básicas que deben ser asumidas en cualquier momento de su evolución histórica, si bien algunas de ellas tienen mayor significación y trascendencia según la etapa del ciclo vital en la que se encuentren, estas cinco tareas son :

Socialización, cuidado, afecto, reproducción y status socioeconómico.

Dado que catalogar a una familia de normal o anormal es un concepto relativo y discutible, es preferible utilizar un concepto más pragmático y menos controvertible como es el de funcionalidad. (15).

La distribución funcional de la autoridad requiere que ésta quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo deseable es que la jerarquía más alta sea compartida flexiblemente por los padres en las proporciones que ellos decidan.

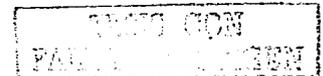
Si se transgreden las líneas de autoridad o cuando éstas no están claramente definidas pueden surgir problemas psicológicos a nivel individual o grupal.

Íntimamente relacionadas con el ejercicio de la autoridad en la familia se encuentran las prácticas de crianza por los padres con su afán de promover el desarrollo de la disciplina.

Los tipos de crianza son: autoritaria, indiferente / negligente, indulgente permisiva, y reciproca con autoridad.

1. Autoritaria: caracterizada por reglas decididas por los padres y firmemente aplicadas por ellos, sin aceptar las demandas del hijo y sin discusión o negociación. Este patrón no conduce al desarrollo de la conciencia, tiende a promover una baja autoestima y puede llevar a la infelicidad y al aislamiento social.
2. Indiferente / negligente: hay deficiencia en demandas y controles de parte de los padres tales como agresividad, baja autoestima, pobre autocontrol y relaciones trastornadas entre padres e hijos.
3. Indulgentes permisiva: hay sobreprotección y se aceptan indiscriminadamente las demandas del hijo con una carencia de controles y restricciones.

Este patrón no favorece al niño la generación de confianza en sí mismo y lo predispone a ser agresivo, cuando los padres se cansan de tolerar las actitudes insolentes del hijo pueden llegar a castigarlos con dureza, lo cual les genera culpa y promueve nuevamente la sobreprotección en un círculo vicioso.



4. Reciproca con autoridad : Combina la firme aplicación de las reglas con un estilo de interacción donde se alienta la independencia del niño, se reconocen sus derechos, se atiende a sus demandas razonables y se le toma en cuenta al llegar a decisiones.

Hay muchas formas de conducir una buena crianza y los errores ocasionales no generan necesariamente un efecto catastrófico en la formación de la personalidad del hijo, sobre todo si los padres tratan de conducirse con flexibilidad, de aprender de sus propios errores, de estimular el desenvolvimiento de las capacidades del hijo y de experimentar placer al verlo crecer y madurar.

Una comunicación funcional es a la vez clara, específica y honesta. Si así ocurre, es más factible manejar a satisfacción las dificultades inevitables en todo tipo de convivencia.

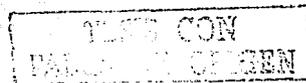
Una familia funcional se diferencia de otra disfuncional en el manejo que hace de sus conflictos, no en la presencia o ausencia de estos. En las familias funcionales se emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver los problemas; en cambio en las disfunciones tiende a convertirse en instrumento de ataque y el criterio a seguir ante una dificultad no es tanto lo que conviene hacer sino quien se va a salir con la suya en una desgastante lucha por el poder.

La flexibilidad se encuentra íntimamente relacionada con la comunicación y permea todas las facetas de la estructura familiar.

Cuando el grado de flexibilidad es adecuado la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en la solución de sus problemas. Las familias disfuncionales en cambio se caracterizan por una rigidez que no les permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas.

De acuerdo con los lineamientos derivados del enfoque estructural en la psicoterapia familiar, una familia posee las siguientes características : (3).

1. La jerarquía consta de un subsistema parental especialmente fuerte, pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o a ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes de crianza.
2. Los límites entre los individuos y entre los subsistemas son claros y firmes, no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas se basan en afinidades y metas comunes, no en el propósito de perjudicar a nadie.
4. Los roles son complementarios y tienen consistencia interna, no son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo con las circunstancias cambiantes.



5. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.
6. Hay la suficiente flexibilidad para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes de la familia y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como el mantenimiento del sistema.
7. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo) como las externas (las ambientales).

Una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital donde se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo e interno.

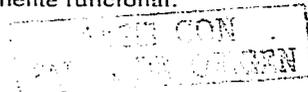
El término de "Salud Familiar" se refiere al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Cuando la familia "enferma", es decir se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos de familia disfuncional.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación, basta identificar que el ser humano al encontrarse solo o al sentirse solo, encara un problema de relación consigo mismo y con las estructuras sociales, complejidad que se incrementa al fusionarse maritalmente, ya que se compromete además una relación íntima, satisfactoria y quizás por siempre; Situación compleja en sí misma, ya que requiere de modificaciones estructurales y adaptativas de fondo en todos los órdenes: Confrontación de valores, sentimientos, costumbres domésticas y sociales, deseo sexuales, prácticas religiosas, nivel económico, que determina la continuidad de la pareja con diferente grado de felicidad.

Entre los recursos extrafamiliares más solicitados y efectivos están los servicios médicos y en primer lugar el médico familiar, ya que cuando existe un conocimiento de tiempo atrás, y si ha establecido vínculo de amistad y confianza es al que más acude y busca un apoyo moral y orientador, que le permita visualizar otra manera de enfrentar su situación y resolverla de una manera más adecuada y pronta.

Si los apoyos extrafamiliares son eficaces se podrá retornar a la etapa de adaptación y normalidad. Pero en caso de que estos recursos no sean suficientes se pasará por una fase de inadaptación, que hará necesario poner en marcha mecanismos de defensa que situara a la familia en un equilibrio patológico o de disfunción pudiendo llegar en casos extremos a la ruptura familiar.

Una familia no se constituye en funcional solo por el derecho de tener un documento que la acredita legalmente, si no por que sus miembros aprendan a vivir en conjunto estableciendo una urbanización tal que propicie la independencia al mismo tiempo que la solidaridad; por lo tanto mientras no sean educados aquellos que van a formar una familia no se estará seguro de que ese sistema sea permanentemente funcional.



En las familias normales, se encaran las crisis en grupo; cada miembro acepta un papel para hacer frente a la crisis y la familia necesariamente cambie para adaptarse a las circunstancias, cada miembro conoce las fuerzas positivas y debilidades de los otros y no las explota. Cada miembro da apoyo a los otros pero también lo pide, hay cierta igualdad en el nivel humano que permite el cambio cuando se necesita funcionar de una manera satisfactoria.

Una familia normal identifica sus problemas de una manera clara, los miembros no dudan en expresar verbalmente su inconformidad cuando una situación difícil se presenta, se dicen mutuamente lo que uno quiere y lo que otro no quiere y están dispuestos a negociar o hasta a comprometerse en una batalla que tenga por meta eludir el callejón sin salida.

“Familia disfuncional es aquella que es incapaz de responder a las necesidades de sus miembros y de afrontar los cambios y tensiones de su entorno”

Los factores familiares afectan no solo a la aparición de la enfermedad, sino también a la utilización de los servicios médicos; esta última aumenta en época de estrés familiar. Un cúmulo de visitas puede constituir un indicio muy importante de problemas familiares.

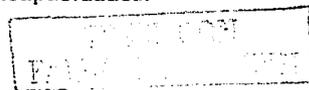
El embarazo puede también ser muy estresante ya que representa un estadio psicológico de desarrollo tanto para la mujer como para su compañero, esto conlleva aspectos positivos y negativos : La preocupación referente a la salud del producto y de la madre, así como los cambios que ocurre en la estructura familiar, podría causar ansiedad u otros síntomas familiares.(15)

Gran número de problemas psicosociales tiene su origen en la disfunción familiar, y la demanda excesiva de servicios sanitarios lo son por que viven en familias en desequilibrio patológico. Los miembros de familia disfuncionales suelen consultar por molestias poco definidas, como náuseas, vómitos, dolores osteomusculares, fatiga, cefalea, etc. O por manifestaciones somatiformes, trastornos afectivos y ansiedad.

Es lógico que estos miembros sintomáticos de la familia disfuncional acudan al médico, mas aún si tenemos en cuenta que el sistema sanitario es uno de los principales recursos extrafamiliares al que recurren los individuos en nuestro modelo sociocultural, por ellos sería conveniente que el médico evaluara la función familiar ante síntomas sugerentes de disfunción.

Se puede considerar como demandante excesivo del servicio médico a aquel paciente o familia que consulta igual o más de la media.

La familia es importante para la recuperación de la enfermedad, el apoyo de la familia representa un factor importante para el resultado de todo tipo de enfermedades, pero especialmente para las crónicas y las enfermedades que producen incapacidades.



Sabemos bien que el apoyo social no es simplemente una cuestión de relaciones entrelazadas, lo que importa en una persona es el sentimiento subjetivo de ser amado, deseado, valorado, estimado y poder contar con los demás si se plantea la necesidad, la percepción de ser amado y estimado puede ejercer una fuerte influencia sobre la autoestima de la persona; Los apoyos sociales pueden ser tanto un reflejo como la causa de la salud mental (16).

La tendencia del modelo familiar del tercer milenio deberá dirigirse cada vez más hacia el tipo de familias nutricias con las características que describe la Doctora Satir :

1. Autoestima elevada en cada uno de sus miembros
2. Comunicación directa, clara, específica y sincera.
3. Reglas flexibles, humanas, adecuadas y sujetas a cambio.
4. Enlace con la sociedad abierta y confiado fundamento en la libertad.

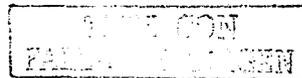
Por lo tanto la familia de tercer milenio será nutricia o no lo será.

EVALUACIÓN DE LA FUNCION FAMILIAR

La exploración de la familia no es una tarea fácil, ya que se tocan aspectos personales y muy íntimos de ella. Es por eso que en las últimas décadas han sido empleadas diferentes maneras para llevar a cabo esta evaluación, entre estos medios tenemos el familiograma o genograma; utilizándose de una manera muy difundida en los diferentes países.

El apgar familiar ideado originalmente por smilkeisten, sigue siendo de valor limitado, ya que explora solo la comunicación, el afecto, la cooperación, las crisis familiares y la autoestima.

La exploración de la funcionalidad familiar se hace a través de 5 preguntas de respuesta breve, siendo una incursión corta en amplitud, dejando sin explorar importantes funciones como la gratificación sexual la toma de decisiones, los roles desempeñados en la familia.



1.2 CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La continuidad se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso de salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecte, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación. (2)

La atención médica es la asistencia directa, inmediata e individual a la persona o al paciente, pero la atención médica no es sustituto de la salud.

En la demanda deben considerarse 3 componentes : El biológico, el socioeconómico y el psicológico.

Se puede esperar que en las urbes un médico que trabaja a tiempo completo y destina 6 horas en total a la consulta externa puede atender una población de 2000 personas, calculando la atención de medicina familiar a razón de 3.5 atenciones anuales por cada persona. (17).

El uso repetido de los servicios sanitarios constituye un problema importante tanto para el usuario como para el sistema, la única y valuable contribución de la práctica médica general se ha demostrado en la diferencia entre cuidado primario y secundario que se aprecie en la continuidad de su atención.

Uno de los puntos más importantes en el sistema de salud y especialmente en la medicina familiar es la calidad con la que se presta los servicios. Esto es lo que hace la mayoría de las veces entre los médicos y los resultados obtenidos en su práctica, la calidad la podemos ver desde diferentes ángulos.

De hecho los médicos en nuestra práctica profesional, al atender pacientes aplicamos un proceso similar al de las técnicas de calidad total que es uno de los pilares del mejoramiento continuo, eso mismo al trasladarse a la medicina en el contexto social; entraña una creciente agregación de responsabilidades, esfuerzos y recursos que requiere magnificar y sistematizar la administración del proceso de calidad (18)

En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes, una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, para él y de una forma más aún importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención de la salud. (19)



Apenas se esboza un nuevo horizonte que debe ser explorado con mayor detenimiento si se considera que en la atención a la salud, se justifica plenamente adoptar una estrategia de calidad total siempre y cuando se considere, que si se habla de calidad total por definición, la calidad de la atención no debería de ser disociada de la calidad de la educación de los profesionales de la salud y viceversa. Las relaciones entre ambas constituyen un ciclo iterativo que puede convertirse fácilmente un círculo vicioso (a menor calidad de la una, menor calidad de la otra) o en un círculo virtuoso.

Por consiguiente el reto es vincular los esfuerzos para incrementar la calidad en los dos ámbitos de manera armónica. (20).

En uno de los aspectos donde más se aprecia la calidad de atención mas que en la aplicación de la tecnología, es en la : RELACION MEDICO-PACIENTE.

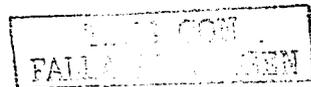
Toda la tradición académica de la medicina moderna tiende a hacer, como indicaba Bernard, "una medicina sin enfermos"; De esta manera se olvida una de las claves esenciales del arte : La relación del médico con el paciente, la atención a su padecer personal, concreto, como fin último de la medicina y como medio de comprender su enfermedad y actuar sobre ella. (21)

El éxito del tratamiento reside básicamente en que se establezca una adecuada comunicación, y esta se inicia con la "mirada", como protagonista primero y luego como señal y acompañante, la mirada interviene decisivamente en la comunicación entre médico y enfermo.

La relación centrada en el paciente da métodos para un marco filosófico de la relación medico-paciente que habla de la separación artificial del orden humano dentro de lo "físico" y "fenómenos psicológicos", dentro de este paradigma las estrategias de comunicación específica podría ser utilizadas. Los sistemas familiares aprobados enfatizan la importancia del contexto de la vida del paciente manejando el daño y sumando las raíces que nos dan las preguntas acerca del paciente en lo individual, lo familiar y el medio social. (22)

El padecer es lo que lleva el paciente con el médico y es el motivo por el cual le consulta. Entendemos por padecer la serie de molestias, inquietudes, dolores, sufrimientos, limitaciones, temores, incapacidades y dudas por las cuales una persona consulta al médico. (21)

El médico familiar y sus pacientes tiene una especial situación sensitiva en la dinámica de intimidad, vulnerabilidad y confianza. La medicina familiar promueve a largo tiempo una cuidadosa relación entre los médicos y sus pacientes, los médicos familiares están en una posición de aprendizaje a un grado ideal acerca de la mas íntima relación con sus pacientes, psicológica y situación social y esta exposición trae una especial vulnerabilidad de los pacientes. (23)



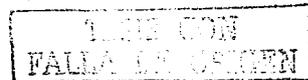
El médico debe explicar razonablemente al paciente su enfermedad, adecuando esta explicación a la cultura del enfermo, a su estado psicológico, a su responsabilidad y cuando se trata de un pronóstico grave o fatal, debe tratar de explicarlo al paciente de la manera más razonable y humana; o en caso de que por su edad, por su actitud psicológica o por su carácter se considere que no es conveniente decirlo en forma clara, debe recurrir a un pariente cercano responsable para plantearle el problema. (24).

Mediante la comunicación el médico y el paciente intercambian información alternativas terapéuticas y sentimientos con el fin de cumplir el objetivo que los une y compromete : Cuidar y restaurar la salud.

Sin embargo la comunicación en la relación médico paciente no siempre es adecuada debido a que ha sufrido entre otros factores las consecuencias del predominio de la técnica sobre el aspecto humanista de la medicina aunada a una atención masificada.

La relación médico paciente se ha visto perjudicada por la contaminación de la medicina norteamericana, si nosotros podemos evitar eso y lograr que nuestros pacientes tengan la seguridad de que nuestras principales preocupaciones son la preservación de su salud y el mejoramiento de la calidad de vida, juntos podríamos buscar mediante la investigación clínica, tener una mejor comunicación. (25)

Los pacientes la mayoría de las veces catalogan a sus médicos de acuerdo al trato que reciben de ellos y en muchas ocasiones se afiecionan tanto, que su confianza rebasan las relaciones estrictamente medicas para resultar amistosas y cordiales. Esta conducta se debe sin duda al tipo de comunicación que se establece con ellos (26).



1.3 ACCION ANTICIPATORIA

La acción anticipatoria se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias mas adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales (2).

El papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad, sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actividad, como es la prevención y la promoción de la salud. (27)

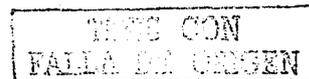
La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es una de las tareas más importantes en atención primaria. Ya se ha definido la buena práctica médica como aquella que hace énfasis en la prevención. (4)

En la primera conferencia internacional de promoción de salud que se declara heredera del espíritu de alma-ata, se señala que para mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en los llamados cinco campos de acción de la carta de Ottawa :

- Reorientar los servicios de salud,
- Mejorar las habilidades en relación con los estilos de vida,
- Crear medio-ambientes saludables,
- Elaborar políticas explícitas para la salud
- Y reforzar la acción comunitaria en la salud. (28)

Las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen pilares en la actuación profesional del médico de familia. El que esto no se refleje en la medida deseable en la práctica, es consecuencia de que no son demandadas por la población de manera prioritaria y no se retribuyen de forma específica por el momento. (27)

Una buena atención médica enfatiza la prevención, por lo que la medicina preventiva de ninguna manera está confinada solamente a las actividades de salud pública; las ideas de prevención y promoción de la salud deben alcanzar todas las ramas de la medicina.



De hecho, en un sentido estricto, toda la medicina es preventiva.

Prevención, diagnóstico y tratamiento son aspectos inseparables de la ciencia y el arte de la medicina. Tiene un fin común la promoción y el mantenimiento de la salud y comparten un mismo cuerpo de conocimientos.

El paradigma centrado en la enfermedad con la atención dirigida casi exclusivamente en el daño, cuando ya está instalado con sus respectivas secuelas, ha sido prevaletante y hasta la fecha su inercia deja sentir sus efectos, subrayando o considerando como las más importantes todas aquellas funciones profesionales con dicha orientación.

Este énfasis ha adquirido como consecuencia la ignorancia o la minimización del enfoque preventivo, dejando al margen el manejo específico de los factores de riesgo. Esto imposibilita una propagación más adecuada para atender la salud como un fenómeno total, con elementos multideterminantes cuyo centro de interés no sólo sea el daño o la enfermedad, sino la visión holística de sus condicionantes, que permita atenuar o disminuir riesgos. (29).

Dentro de la práctica de la medicina, uno de los aspectos más importantes es la promoción y educación para la salud en la población, identificando oportunamente: los factores que ponen en riesgo la salud de la población de acuerdo a su tipo y estilo de vida.

En términos generales, en la evolución histórica de los patrones de enfermedad se encuentra primero el predominio de enfermedades infecciosas; segundo, crónico degenerativas y tercero, enfermedades asociadas con un estilo de vida "moderno". Estos patrones pueden coexistir y frecuentemente coexisten.

Las enfermedades asociadas con un estilo de vida "moderno", representan la aceptación de que la salud está relacionada con otros dominios sociales. El marco de referencia se vuelve más amplio al abarcar características biológicas, sociales, psicológicas etc.

En este marco de referencia se ubica la definición de la salud de la O.M.S. como "el estado físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad". (30)

Financieramente para los servicios de intervención, las medidas preventivas quedan rezagadas, primeramente se financian los servicios para curación, resultado en una falta de tiempo en la clínica para encontrar un cuidado preventivo, y por eso los pacientes sufren una experiencia del daño, pudiendo descubrirse anticipadamente por servicios preventivos. (31)

El reciente reporte del grupo de expertos de los servicios preventivos de los Estados Unidos es un compendio de la evidencia científica que da soporte a los servicios clínicos preventivos para ser ofertados para el cuidado médico primario.



Estas recomendaciones están según los diferentes grupos de edades: del nacimiento a los 10 años, de los 11 a los 24 años, de los 25 a los 64 y de 65 años y más. Además para el grupo de mujeres embarazadas.

Estas recomendaciones son consideradas como el "estándar de oro" para los servicios preventivos, y fueron muchos miembros de este grupo de expertos médicos generalistas. (32)

Una de las peculiaridades más importantes del trabajo de los profesionales sanitarios en los equipos de atención primaria respecto al modelo de consultorio tradicional es el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercutan en la salud de la comunidad, es decir, actividades preventivas y de consejo o educación sanitaria.

La educación para la salud durante la infancia y la adolescencia tiene como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y sobre todo actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables, la capacidad de auto cuidado de los futuros adultos y la utilización adecuada de los recursos sanitarios. No obstante la importancia primordial de las acciones preventivas, nos seguimos encontrando con que estas acciones continúan enfocándose a las campañas nacionales de salud. Afortunadamente en estos momentos en nuestra Institución se está llevando a la práctica una atención médica integral haciendo énfasis en los aspectos preventivos y promoción de la salud en el primer nivel de atención médica.

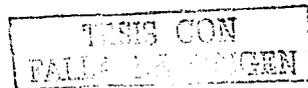
Una mayor educación del individuo y de los padres permite la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad por lo que se espera que una familia con mayor educación utilice más los servicios de salud, sobre todo en el caso de enfermedades agudas y en servicios preventivos.

La educación para la salud representa hoy en día un gran reto para las Instituciones prestadoras de servicios médicos, ya que ha quedado demostrado que los modelos de atención basados en la medicina curativa tienen poco o nulo impacto sobre la salud de la población. (33).

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores y pronósticos.

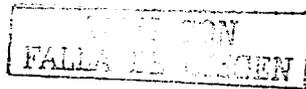
Así los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención y en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento y, en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación. (34)

Entre los indicadores de salud positiva encontramos de manera principal las condiciones de vida.



Estos indicadores se pueden agrupar en :

1. Empleo,
2. Vivienda,
3. Ingreso familiar,
4. Educación,
5. Nutrición,
6. Accesibilidad y calidad de los servicios de salud,
7. Servicios públicos. (30).



II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planeación para realizar este estudio es para que nos permita conocer de forma particular los aspectos condicionantes del proceso salud-enfermedad del consultorio No. 1, de ésta unidad Médica; de acuerdo a los factores relevantes, desde el punto de vista bio-Psíquico-social de cada familia. Ya que muchas de las enfermedades que se ven en medicina familiar, no se pueden comprender plenamente, a menos que se analicen dentro del propio contexto. Personal, familiar y social (1).

Existen aspectos particulares de cada familia que pueden influir y repercutir de manera importante en su estado de salud-enfermedad, como son : La transmisión de enfermedades infectocontagiosas, enfermedades crónico degenerativas y el origen de enfermedades psicosomáticas. Por lo que esta investigación nos permitirá identificar los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad, orientándonos a plantear objetivos y proponer alternativas de solución que coadyuve a tener familias sanas.

La planeación para realizar este estudio es para que nos permita conocer de forma particular los aspectos condicionantes del proceso salud-enfermedad del consultorio No. 1, de ésta unidad Médica; de acuerdo a los factores relevantes, desde el punto de vista bio-social de cada familia. Ya que muchas de las enfermedades que se ven en medicina familiar, no se pueden comprender plenamente, a menos que se analicen dentro del propio contexto. Personal, familiar y social (1).

La población económicamente activa y sus dependientes, necesitan buena salud para producir, aprender y disfrutar de una mejor calidad de vida.

Cada día hay un incremento en la demanda de atención médica por los derechohabientes del ISSSTE, ante lo cual debemos otorgar una mejor calidad y calidez en la atención principalmente en la de primer nivel.

¿Cuáles son las primeras causas de consulta en el consultorio 1 de la U.M.F. ISSSTE, Guamúchil, Sin., Del 01 de Julio del 2000 al 30 de Junio del 2001.



III. JUSTIFICACIÓN

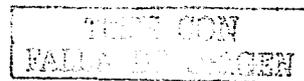
La medicina, cada vez mas especializada y tecnificada, orienta su estudio e importancia casi exclusivamente a la parte física del hombre, desdénando atender con igual importancia al mundo efectivo y mental del ser humano, lo que no permite considerarlo del todo como tal.

Por lo que es necesario, llevar a cabo una nueva forma de medicina, de acuerdo a lo que realmente el paciente necesita, y que nosotros podremos identificar solo con un verdadero interés por el cómo persona, explorando hasta conocer cada vez más, con cada consulta y por todo el tiempo que el y su familia sean nuestros pacientes.

Es el papel del médico general orientado hacia la atención integral de la familia, considerar todos los aspectos de ésta, ya que la familia es el lugar donde se gesta la salud o la enfermedad de la persona, es por lo tanto fundamental conocer a nuestras familias en su dinámica y sus funciones, para reconocer si en ese ámbito es dónde se encuentra el origen de su padecimiento y es el que motiva a acudir en demanda de atención médica.

Conociendo mejor a nuestro paciente y su familia podremos identificar mejor cualquier desajuste en una etapa temprana, cuando aún no repercute de una manera importante en su salud; Reconoceremos factores de riesgo, causas que motiven el origen de algunas enfermedades, y estaremos en esas circunstancias en posibilidades de practicar una medicina mas integral y humana, actuando más favorablemente en los tres niveles de acción, el preventivo, curativo y rehabilitatorio.

Con la implementación del proyecto de modelo sistemático de atención médica familiar abordaremos la problemática actual de salud existente en nuestro país, ya que a partir del inicio y aplicación del MOSAMEF tendremos un diagnostico de salud de nuestros consultorios de medicina familiar actualizado y de acuerdo a la realidad por lo que mejoraremos la atención integral de las familias; lo cual se reflejará en el tiempo espera para consulta, una archivo clínico más ágil y eficiente, una derivación o referencia a especialidad a especialidades más justificada y más curativa que rehabilitatoria, esto nos permitirá tener familias cada día más sanas, lo que también impactará en el ahorro de recursos de nuestras Instituciones de Salud.



IV.- OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar en la población a su cargo las características bio--sociales y de salud, como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta durante el 01 de Julio del 2000 al 30 de Junio del 2001 del consultorio N° 1 del ISSSTE en Guamúchil, Sinaloa.

Determinar el número de pacientes y familias adscritas a éste consultorio, así con su distribución por grupos de edades y sexo.

Conocer las características de vivienda, estructura familiar, ingresos y educación de las familias estudiadas.

V.- HIPÓTESIS

No necesaria.

VI.- METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El presente es un estudio sociomédico, descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional.

Se fundamenta en 3 estrategias :

- Censo poblacional
- Estudio de comunidad
- Identificación de las causas de consulta

6.2 Población, lugar y tiempo :

Grupo de familias que asistieron a consulta en el turno vespertino del consultorio número 1 de la U.M.F. con modulo resolutivo-1 del ISSSTE, en la Ciudad de Guamúchil, Sin., 01 de Julio 2000 al 30 de Junio del 2001.

El número de consultas y las causas de morbilidad fueron obtenidas del archivo clínico y el informe diario del médico, en el lapso del 01 de Julio del 2000 al 30 de Junio del 2001.

6.3 Universo de Estudio :

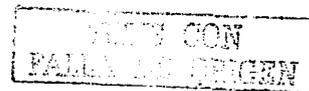
El universo de estudio lo forman las familias del consultorio número uno de medicina familiar de la UMF,MR-1 Guamúchil.

6.4 Tipo de muestra :

Se llevó a cabo un muestreo de no probabilístico por cuotas a familias adscritas al consultorio número uno consultas otorgadas en el turno vespertino.

6.5 Tamaño de la muestra :

Se tomaron 200 familias para el presente estudio de un total de 779 familias asignadas al consultorio número uno. Se tomaron exclusivamente de las familias usuarias.



6.6. Criterios de inclusión y eliminación :

Criterios de inclusión :

Población derechohabiente usuario, asignada al consultorio número 1 de la UMF, MR-1 Guamúchil.

Criterio de exclusión :

- Población adscrita no usuaria.
- Familias no asignadas al consultorio 1 de la Unidad de Medicina Familiar con Modulo Resolutivo Guamúchil. Y pacientes que no tengan expediente clínico.

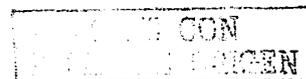
Criterio de eliminación :

- Expedientes no activos
- Cambio de consultorio
- Hojas de encuestas incompletas.
- Cambio de residencia

6.7 VARIABLES

Para el censo poblacional : Se utilizaron variables de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso. Se consideran las variables de :

- Número total de individuos
- Número total de individuos del sexo masculino
- Número total de individuos del sexo femenino
- Numero de individuos del sexo masculino por grupos etareos
- Número de individuos del sexo femenino por grupos etareos.



Los grupos etareos se establecen en una amplitud de clase de cinco años :

Para el estudio de comunidad las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal, se identifican :

- Nombre de la familia
- Estado civil
- Años en unión conyugal. Casados, unión libre, divorciados y viudos.
- Escolaridad de los cónyuges
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Número de hijos (hasta de 10 años de edad)
- Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- Número de hijos (de 20 o más años de edad)
- Ocupación de los padres de familia
- Ingresos económicos
- Tipo de familia
- Etapa del ciclo vital.

En observaciones (enfermedades crónico-degenerativas, toxicómanas, tipo de vivienda, dependencia de trabajo y antecedentes heredo-familiares).

Para la identificación de las causas de consulta, se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal a las cuales corresponden :

- Los 10 primeros motivos de consulta
- Consulta por mes

6.8 Método para captar la información :

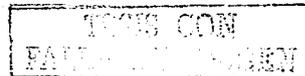
Para el censo poblacional :

Se acudió al archivo clínico de la unidad, identificando todos los expedientes clínicos de las familias en estudio; los expedientes por núcleos familiares. Encontrándose asignados al consultorio número uno 3116 pacientes constituyendo 779 familias.

Para el estudio de la comunidad :

El estudio se llevó a cabo captando la información solamente del número de familias usuarias que asistieron a la consulta.

La recolección de datos se aplicó por el médico responsable directamente consignando los hallazgos en la cédula de recolección de datos.



Para la identificación de las causas de consulta :

Se recolectó la información de la hoja de reporte diario del médico, forma SM-10-1 (hoja rosa) del 01 de Julio del 2000 al 30 de Junio del 2001 reportándose un total de 8612 consultas otorgadas en el turno matutino del consultorio número uno.

6.9 Consideraciones éticas :

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki en el año de 1964 y revisados en la XXIX asamblea de Tokio, Japón en 1975 y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación de la S.S.A.



VII. RESULTADOS

7.1 Censo poblacional :

En el censo poblacional se observó que la población adscrita al consultorio fue de 3116 individuos, correspondiendo al sexo masculino el 45.82% y al femenino el 54.17 %.

El grupo del sexo masculino esta constituido en él mas alto porcentaje por los individuos entre 15 y 19 años.

El grupo del sexo femenino, él más numeroso es él comprendiendo entre 35 y 39 años.

7.2 Estudio de la comunidad :

La vivienda de las familias es propia en el 80.5%; la mayoría tiene 2 recamaras. Su construcción en el 100% de ladrillo; el techo de concreto en el 98.5%, el piso es de mosaico en 77%.

Cuentan con servicio doméstico en un 100 %.

Sus hábitos higiénicos son buenos en 81%. La alimentación es buena en el 88%.

Las familias no cuentan con un animal doméstico en su mayoría.

7.3 Diagnostico Familiar :

Las familias encuestadas en su mayoría laboran para la S.E.P.

El 100% son urbanas, modernas el 88% y nucleares 80.5%

El 93% de familias son bien integradas. El 94% de los padres son casados se encuentran en expansión el 67%.

Por su salario, el 93.5% de las familias perciben mas de 3 salarios mínimos.

Los años de vida conyugal en pareja más frecuente es de 10 a 14 años.

Los años de unión conyugal en pareja en unión libre es de 5-9 años en 50%.

Los años que duró la unión conyugal en pacientes ahora viudos fue de 35 a 39 años.

La edad predominante de los padres es de 35 a 39 años con el 21.5%

La edad de las madres es predominante el grupo de 35 a 39 con 19.5%

El método de planificación familiar más utilizado es la O.T.B. en un 47%.

El número de hijos que encontramos en las 200 familias encuestadas fue de 415.

La escolaridad de los padres es predominante superior con 58.5%.

La ocupación de los padres de familia es mayor el rubro de empleados con un 35.2%.

Las madres de familia son profesionales el 50%, predominando el magisterio.

La toxicomanía más encontrada fue el alcohol.

7.4 Morbilidad :

El número de consultas otorgadas durante el 01 de Julio del 2000 al 30 de Junio del 2001 fue de 8612.

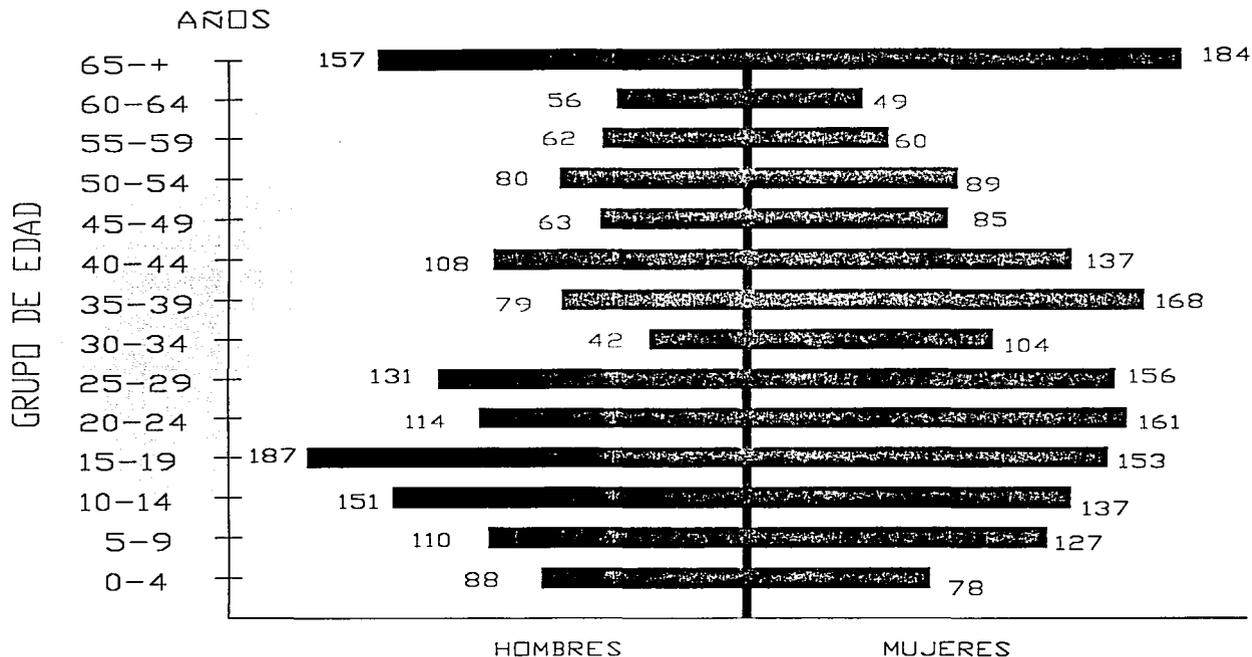
La principal causa de consulta fue la rinofaringitis con un 17%

El antecedente familiar mas encontrado fue el de Hipertensión Arterial en 57% de las familias.

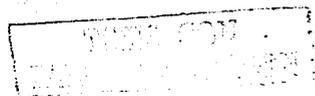
Las enfermedades crónico-degenerativas más comunes encontradas en los pacientes sujetos del estudio fue artropatia 52 de ellos.



PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LA UMF. MR-1 GUAMUCHIL CONSULTORIO NUM.1.



FUENTE: DEPARTAMENTO DE VIGENCIAS DE DERECHOHABIENTES DE LA UMF. MR-1 GUAMUCHIL CONSULTORIO NUM. 1.



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**VIVIENDA
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTARIO N° 1**

TIPO DE POSESIÓN	NÚMERO	%
PROPIA	161	80.5
RENTADA	33	16.5
PRESTADA	6	3.0
TOTAL	200	100

CUADRO #1

RECAMARAS	NÚMERO	%
UNA	17	8.5
DOS	105	52.5
TRÉS	63	31.5
CUATRO O MAS	15	7.5
TOTAL	200	100

CUADRO #2

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO N° 1**

MIUROS	NÚMERO	%
LADRILLOS	200	100
TOTAL	200	100

CUADRO #3

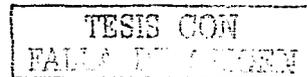
TECHIO	NÚMERO	%
CONCRETO	197	98.5
LÁMINA	1	0.5
PALMA	2	1.0
TOTAL	200	100

CUADRO #4

PISO	NÚMERO	%
CEMENTO	27	13.5
MOSAICO	154	77.0
VITROPISO	19	9.5
TOTAL	200	100

CUADRO #5

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**SERVICIOS DOMÉSTICOS
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTARIO N° 1**

TIPO DE SERVICIO	NÚMERO	%
GAS	200	100
DRENAJE	200	100
RED MPAL DE BASURA	200	100
LUZ ELÉCTRICA	200	100
AGUA INTRADOMILIARIA	200	100
COMEDOR	200	100
COCINA	200	100
BANO	200	100
TÉLEFONO	167	83.5
TOTAL	200	100

CUADRO #6

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**HÁBITOS HIGIÉNICOS
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTARIO N° 1**

CALIDAD	NÚMERO	%
BUENA	162	81.0
REGULAR	35	17.5
DEFICIENTE	3	1.5
TOTAL	200	100

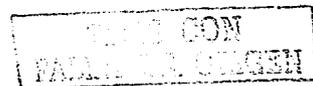
CUADRO #7

**ALIMENTACIÓN
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTARIO N° 1**

CALIDAD	NÚMERO	%
BUENA	176	88.0
REGULAR	24	12.0
DEFICIENTE	0	0.0
TOTAL	200	100

CUADRO #8

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**ANIMALES DOMÉSTICOS EN LA VIVIENDA
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTARIO N° 1**

TIPO DE ANIMAL	NÚMERO	%
NINGUNO	117	58.5
PERRO	45	22.5
GATO	12	6.0
AVES	6	3.0
PECES	7	3.5
VARIOS	13	6.5
TOTAL	200	100

CUADRO #9

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**DEPENDENCIA FEDERAL
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

DEPENDENCIA	NÚMERO	%
SEP	143	71.5
SECTOR SALUD	4	2.0
SAGAR	12	6.0
ISSSTE	8	4.0
INEGI	2	1.0
C.N.A	4	2.0
S.C.T	3	1.5
SEMARNAP	11	5.5
TELECOM	6	3.0
S. TRABAJO	2	1.0
S.R.L.A	5	2.2
TOTAL	200	100

CUADRO #10

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

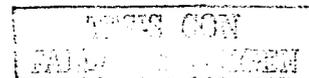
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMARCACIÓN
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

TIPO	NÚMERO	%
URBANA	200	100
RURAL	0	0
TOTAL	200	100

CUADRO #11

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



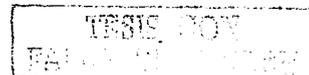
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

TIPO	NÚMERO	%
MODERNA	176	88
TRADICIONAL	24	12
TOTAL	200	100

CUADRO #12

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICIÓN
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

TIPO	NÚMERO	%
NÚCLEAR	161	80.5
EXTENSA	28	14.0
COMPUESTA	11	5.5
TOTAL	200	100

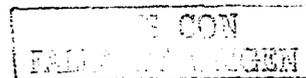
CUADRO #13

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACIÓN
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

TIPO	NÚMERO	%
INTEGRADA	186	93
SEMI-INTEGRADA	4	2
DÉSINTEGRADA	10	5
TOTAL	200	100

CUADRO #14

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
V FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERO	3	1.5
CASADO	188	94.0
UNION LIBRE	2	1.0
DIVORCIADO(A)	3	1.5
VIUDO(A)	4	2.0
TOTAL	200	100

CUADRO #15

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIENE CON
FALLA DE ORIGEN

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

ESTAPA	NÚMERO	%
MATRIMONIO	4	2.0
EXPANSION	134	67.0
DISPERSION	34	17.0
INDEPENDENCIA	21	10.5
RETIRO	7	3.5
TOTAL	200	100

CUADRO #16

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



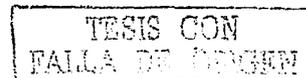
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**PERCEPCIÓN SALARIAL DE LAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

SALARIOS	NÚMERO	%
< 1 SALARIO MÍNIMO	0	0
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	13	6.5
3 O MÁS SALARIOS MÍNIMOS	187	93.5
TOTAL	200	100

CUADRO #17

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

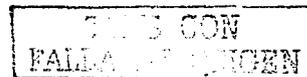


**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	2	1.06
1 - 4	9	4.78
5 - 9	31	16.48
10 - 14	50	26.59
15 - 19	37	19.68
20 - 24	16	8.51
25 - 29	18	9.57
30 - 34	8	4.25
35 - 39	6	3.19
40 - 44	5	2.65
45 - 49	6	3.19
50 - 55	0	0
56 - 59	0	0
TOTAL	188	100

CUADRO #18

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



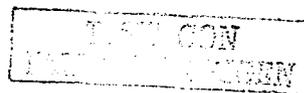
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS EN UNIÓN LIBRE
ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	0	0
1 - 4	1	50
5 - 9	1	50
10 - 14	0	0
15 - 19	0	0
20 - 24	0	0
25 - 29	0	0
TOTAL	2	100

CUADRO #19

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



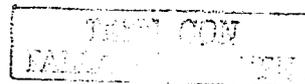
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PACIENTES VIUDOS
ADSCRITOS AL CONSULTARIO N° 1**

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1				
1 - 4				
5 - 9				
10 - 14				
15 - 19	1		1	25
20 - 24				
25 - 29				
30 - 34				
35 - 39		2	2	50
40 - 44		1	1	25
45 - 49				
50 - 55				
56 - 59				
TOTAL	1	3	4	100

CUADRO #20

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**EDAD DEL PADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

AÑOS	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	%
20 - 24	0		0	0.0
25 - 29	11		11	5.5
30 - 34	37		37	18.5
35 - 39	43		43	21.5
40 - 44	36		36	18.0
45 - 49	39	1	40	20.0
50 - 55	13		13	6.5
55 - 59	12		12	6.0
60 - 64	6		6	3.0
65 Y MÁS	1	1	2	1.0
TOTAL	198	2	200	100

CUADRO #21

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



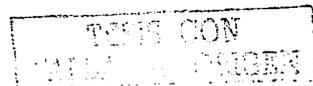
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**EDAD DE LA MADRE
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

AÑOS	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	%
20 - 24	7		7	3.5
25 - 29	16		16	8.0
30 - 34	33		33	16.5
35 - 39	39		39	19.5
40 - 44	38		38	19.0
45 - 49	44		44	22.0
50 - 55	11		11	5.5
55 - 59	5	1	6	1.5
60 - 64	2		2	1.0
65 Y MAS	2	2	4	2.0
TOTAL	197	3	200	100

CUADRO #22

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



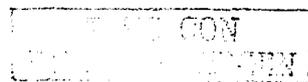
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

MÉTODO	EDAD							TOTAL	%
	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
DIU	2	8	12	10	7	1	0	40	20.0
H. ORAL	0	1	2	2	2	0	1	8	4.0
RITMO	2	0	2	2	0	0	0	6	3.0
PRESERVATIVO	0	0	0	1	0	0	0	1	0.5
OTB	0	0	2	29	26	23	14	94	47.0
VASECTOMIA	0	0	0	0	3	2	1	6	3.0
NINGUNO	9	10	5	6	4	5	6	45	22.5
TOTAL	13	19	23	50	42	31	22	200	100

CUADRO #23

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



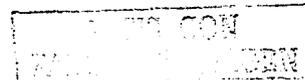
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
 EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
 FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
 SALVADOR ALVARADO, SINALOA
 1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**NÚMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTARIO N° 1**

EDAD	NÚMERO	%
HASTA 10 AÑOS	206	49.6
DE 11 A 19 AÑOS	107	25.7
DE 20 A MAS AÑOS	102	24.5
TOTAL	415	100

CUADRO #24

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



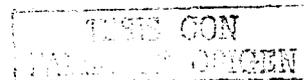
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
 EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
 FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
 SALVADOR ALVARADO, SINALOA
 1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**ESCOLARIDAD EN PACIENTES
 PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTARIO N° 1**

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
BÁSICA	14	7.0
MEDIA	20	10.0
MEDIA SUPERIOR TECNICA	49	24.5
SUPERIOR	117	58.5
TOTAL	200	100

CUADRO #25

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



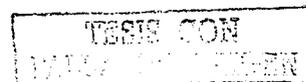
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA
PADRES ADSCRITOS AL CONSULTARIO N° 1**

OCUPACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
PROFESIONAL	78	59	137	35.35
TECNICO	65	16	81	20.25
EMPLEADO	57	84	141	35.25
HOGAR	0	41	41	10.25
OTRO	0	0	0	0
TOTAL	200	200	400	100

CUADRO #26

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**TOXICOMANIAS
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTARIO N° 1**

TIPO	MUJERES	HOMBRES	%
TABACO	12	18	30
ALCOHOL DIVERSAS VARIEDADES	7	49	56
MARIHUANA	0	0	0
COCAINA	0	0	0
TOTAL	19	67	86

CUADRO #27

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



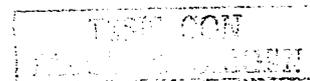
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**CONSULTAS DEL 01 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DEL 2001
ADSCRITOS AL CONSULTARIO N° 1**

MES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL	%
ENERO	512	428	940	10.91
FEBRERO	485	374	859	9.94
MARZO	465	379	839	9.74
ABRIL	347	390	737	8.55
MAYO	291	328	619	7.18
JUNIO	299	294	593	6.88
JULIO	186	236	422	4.90
AGOSTO	333	299	632	7.33
SEPTIEMBRE	409	349	758	8.80
OCTUBRE	395	392	787	9.13
NOVIEMBRE	342	418	760	8.82
DICIEMBRE	349	317	666	7.73
TOTAL	4408	4204	8612	100

CUADRO #28

FUENTE: HOJAS DE REPORTE DIARIO 01 DE JULIO 2000 AL 30 DE JUNIO DEL 2001



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

NÚMERO	DIAGNÓSTICO	N° DE CONSULTAS	%	
1	FARINGITIS	1234	14.32	
2	HIPERTENSION ARTERIAL	1043	12.11	
3	ARTROPATIAS	708	8.22	
4	AMIGDALITIS	517	6.00	
5	DIABETES MELLITUS	430	4.99	
6	GASTRITIS	376	4.36	
7	DERMATITIS	364	4.22	
8	COLUMNA INESTABLE	362	4.20	
9	BRONQUITIS	222	2.57	
10	PARASITOSIS	126	1.46	
	OTROS	3230	37.50	
TOTAL	4408	4204	8612	100

CUADRO #28

FUENTE: HOJAS DE REPORTE DIARIO 01 DE JULIO 2000 AL 30 DE JUNIO DEL 2001



**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES
FAMILIAS ENCUESTADAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

DIAGNÓSTICO	NUMERO	% DE 200 FAM.
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	128	64.0
DIABETES MELLITUS	120	60.0
ALERGIAS	24	12.0
ONCOLOGICOS	23	11.5
OBESIDAD	17	8.5
ASMA	12	6.0
ENF. TIROIDEAS	3	1.5
EPILEPSIA	3	1.5

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #29

FUENTE: HOJAS DE REPORTE DIARIO 01 DE JULIO 2000 AL 30 DE JUNIO DEL 2001

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR CON MÓDULO RESOLUTIVO I GUAMÚCHIL
SALVADOR ALVARADO, SINALOA
1 DE JULIO DEL 2000 AL 30 DE JUNIO DE 2001**

**VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
EN PREVENCIÓN Y CONTROL
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 1**

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
DIAGNOSTICO DE CANCER CERVICOUTERINO (PAPANICOLAU)	1	0	1
DIAGNOSTICO DE CANCER MAMARIO (EXAMEN Y AUTOEXAMEN)	1	0	1
DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS	7	7	14
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL	12	9	21
OBESIDAD	34	18	52
TOTAL	55	34	89

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO #28



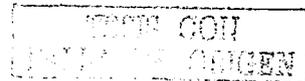
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS :

El sistema de medicina familiar establecido en la Unidad de Medicina Familiar MR-1 Guamúchil, ha permitido brindar una atención a un grupo establecido fijamente, lo cual ha propiciado un acercamiento y conocimiento de su ámbito familiar, con lo cual se ha logrado un seguimiento en el crecimiento y desarrollo así como en la atención continuada de los diferentes padecimientos de sus miembros, también establecer en los diferentes grupos de edad y sexo las orientaciones específicas de prevención en las enfermedades más comunes. Tal como es el propósito de la medicina familiar.

Al realizar la pirámide poblacional encontramos que el número de derechohabientes adscritos al consultorio número uno, es de 3116 derechohabientes, el cuál es mayor al indicador existente que contempla que un médico general o familiar de 6 horas, debe atender una población de 2000 personas, (17). Situación que limita al médico familiar a llevar a cabo la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina "Estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria" (2).

En las 200 encuestas realizadas encontramos que el grupo de familias adscritas a este consultorio cuentan con características demográficas, educativas y económicas superiores a la media común en nuestro país, y con una integración familiar mayor a la encontrada en otras regiones de México, tal vez ocasionado por un nivel cultural más elevado de las familias; Lo que permite que tengan un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva, para resolver los retos que debe superar la familia (13). Así mismo se observa que las 779 familias adscritas al consultorio No. 1 de la U.M.F. MR-1 Guamúchil, está dentro de los indicadores que establecen las condiciones de vida en México como son : Empleo, Vivienda, Ingreso Familiar, Educación, Accesibilidad y Calidad de los Servicios de Salud, Servicios Públicos (29).

Al analizar y confrontar los resultados de este estudio con otros como el de diagnóstico de salud y estructura familiar a través del modelo sistemático de atención médica familiar, en el consultorio No. 9, de la clínica de medicina familiar "Dr. Joaquín Canova Puchadas" ubicada en la ciudad de Tepic Nayarit. (36) Observo que los resultados obtenidos son muy similares en ambos estudios, con diferencias en algunas variables pero mínimas: encontrando que en ambos consultorios los médicos atienden a una mayor población derechohabiente, de acuerdo a los indicadores de salud para atención médica de 6 horas: por grupos de edad y sexo son mayoría el sexo femenino, y el grupo de edad más numeroso corresponde al de 15 a 44 años, siendo el grupo más representativo por ser el que participa más en la productividad y reproducción. La morbilidad tiene un comportamiento similar al tener como principal causa de consulta las infecciones de vías respiratorias, seguidas de las enfermedades crónico degenerativas. En el estado civil de los derechohabientes los resultados guardan similitud con mínima diferencias, a excepción de las parejas casadas que en el caso de este estudio fue del 94% y en el estudio comparativo es del 88%. Hay una diferencia significativa en el grado escolar ya que en el consultorio 9 de la CMF "Dr. Joaquín Canova Puchadas" el 17 % de los padres no recibieron instrucción escolar, variable que no existe en el estudio del consultorio 1 de la UMF GUAMUCHIL. En la percepción de salarios hay un margen significativo de diferencia ya que mientras el 93.5% de nuestros derechohabientes perciben salario de 3 o más salarios mínimos la derechohabiencia del consultorio 9 del estudio comparativo solo un 66% percibe este salario. Esto tal vez se deba al mayor grado de escolaridad que tienen los derechohabientes del consultorio 1 de la UMF GUAMUCHIL al grado de escolaridad que tienen los derechohabientes del estudio comparativo. En el estudio de las características familiares en ambos consultorios sus porcentajes en las variables son similares, tal vez este resultado se deba a que los derechohabientes de ambos consultorios tienen un nivel escolar técnico y profesional, lo que se refleja en que se tienen familias con más economía y con más preparación lo que nos permite tener familias más integradas y con un desarrollo familiar equilibrado. Por las características propias de nuestros derechohabientes es posible aplicar en nuestro Instituto programas de salud encaminadas a mejorar la calidad y esperanza de vida de nuestra población.



IX. CONCLUSIONES

Logramos cumplir con el objetivo general de conocer las características principales en el aspecto biopsicosocial de la población derechohabiente adscrita al consultorio N° 1 de la UMF-MR-1 ISSSTE Guamúchil.

Son familias urbanas en su totalidad, que viven principalmente en casa propia con buena calidad de construcción y con la totalidad de los servicios básicos. Perciben buenos ingresos y su educación es predominante superior.

Son en su mayoría familias nucleares, modernas, bien integradas y en etapa de expansión.

Sus padecimientos más comunes son las infecciones de vías respiratorias superiores y las enfermedades crónico-degenerativas, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus esencial.

X. LINEAS DE ACCION

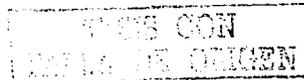
Las categorías que se proponen para el consultorio N° 1 de la Unidad de Medicina Familiar con Modulo Resolutivo 1 ISSSTE Guamúchil.

ESTRATEGIAS GENERALES:

Prevención Primaria:

Se encamina a la promoción de la salud y a la protección específica de enfermedades, con esto se pretende mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental, y en equilibrio con su ambiente, es decir, que no se refiere a ninguna enfermedad en particular, sus bases radican en:

- Educación medica sexual
- Planificación familiar
- Promover el saneamiento ambiental
- Hábitos y costumbres
- Eliminación de basura
- Mejoramiento de la vivienda
- Mejoramiento del ambiente familiar
- Mejoramiento del ingreso económico
- Recreación
- Educación nutricional
- Control del crecimiento y desarrollo



Protección específica:

Son las medidas específicas en cada enfermedad con el fin de evitarlas. Estas medidas son:

- Aplicación de inmunizaciones específicas contra las principales enfermedades transmisibles
- Evitar la exposición a agentes cancerígenos y alérgicos
- Establecer medidas contra riesgos en el hogar, la escuela y el trabajo
- Programas de detección de enfermedades
- Llevar el control de enfermedades transmisibles
- Realizar campañas permanentes para fomentar hábitos de vida sana contra el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

Prevención secundaria

Diagnóstico precoz y oportuno: consiste en reconocer los factores de riesgo, síntomas y signos de las enfermedades para detectarlas y tratarlas en forma oportuna. Curar al enfermo antes de que ocurran daños irreversibles, prevenir complicaciones y secuelas y acortar el periodo de incapacidad. Lo llevaremos a cabo con:

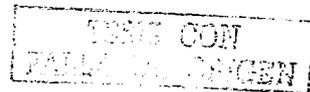
- La atención médica oportuna
- Detección de casos individuales en grupos de población específica
- Tratamiento inmediato y adecuado de los casos descubiertos

Limitación del daño: se refiere principalmente a las medidas de orden terapéutico: físico, dietético, medicamentoso, ortopédico, quirúrgico y psicoterapéutico.

Prevención terciaria:

Se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica, para corregir hasta donde sea posible, la incapacidad del daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad en la escuela, hogar y trabajo. Se buscará:

- La recuperación máxima de la funcionalidad
- La terapia ocupacional
- Cambio psicosocial del incapacitado



Estrategias particulares

Estrategias de acción médica familiar en el consultorio no. 1 de la UMF. MR-1 GUAMÚCHIL, de acuerdo a las principales causas de la consulta.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

La prevención de las I.R.A. se llevará a cabo a través de la promoción y educación para la salud. Comprende las siguientes medidas.

Educación :

- Identificación oportuna de la sintomatología.
- Importancia de acudir oportunamente a la atención médica.
- Medidas preventivas generales.
- Evitar el contacto con personas enfermas.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.

Promoción :

- Mejoramiento de la vivienda
- Información y orientación a la población.
- Manejo adecuado de alimentos, exactas.

Tratamiento:

Será de acuerdo a la etiología y manifestaciones clínicas:

- Cuidados generales
- Tratamiento sintomático
- Tratamiento específico



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Estando caracterizada por la elevación sostenida y prolongada de la presión arterial diastólica por arriba de 90 mm y la segunda causa de motivo de consulta en el consultorio a mi cargo, por lo cual se proponen las medidas siguientes:

Medidas de prevención:

Las medidas de prevención se llevarán a cabo a través de la educación y promoción de la salud. Y utilizando las siguientes medidas:

Toma de presión arterial a todo paciente mayor de 25 años que acuda a consulta o cuando menos cada 6 meses.

- Evitar el sedentarismo.
- Evitar la obesidad.
- Manejo emocional adecuado
- Evitar el consumo excesivo de sal
- Evitar el consumo de tabaco, drogas y alcohol.

Medidas de control:

Identificación y tratamiento del paciente y la ausencia de una causa primaria

El tratamiento de la hipertensión arterial se llevará a cabo con tratamiento no farmacológico:

- Control de peso
- Evitar el sedentarismo
- Evitar el tabaquismo
- Suprimir o reducir el consumo de alcohol
- Modificar la ansiedad y las emociones adversas
- Dieta baja en sales, grasas y rica en fibras vegetales



Tratamiento farmacológico:

Se usará simultáneamente al tratamiento no farmacológico a aquellos pacientes que la presión arterial no haya descendido después de usar tratamiento no farmacológico después de 30 días. Utilizando idealmente un solo medicamento de ser posible.

El paciente se remitirá a segundo nivel en caso de presión con pobre respuesta al tratamiento o en etapas de crisis hipertensiva.

DIABETES MELLITUS

Medidas de prevención:

Las medidas preventivas se realizarán a través de la educación, la detección y la promoción para la salud, así como la participación decidida y permanente del paciente. Y son las siguientes:

- Educación
- Importancia de acudir a examen periódico

Evitar las situaciones siguientes:

Obesidad, multiparidad, sedentarismo, infecciones crónicas, alcohol, tabaco.

Detección:

- Antecedentes familiares de diabetes mellitus o de obesidad
- Edad mayor de 30 años
- Sobrepeso mayor del 10%
- Multiparidad
- Vida sedentaria
- Estrés frecuente

Medidas de control:

Comprende la identificación y el tratamiento del paciente.

El tratamiento del paciente con diabetes mellitus se lleva a cabo a través de los siguientes recursos:

Educación:

Implica orientación sobre los aspectos siguientes:

Conocimiento de su enfermedad. Dieta. Ejercicio físico.

Tratamiento farmacológico:

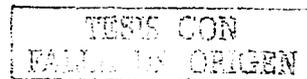
Está indicado en todo enfermo diabético que no se controla con dieta y ejercicio y se lleva a cabo con sulfonilureas o biguanidas o bien con insulina.

Los casos de diabetes mellitus que son referidos a segundo nivel son los siguientes:

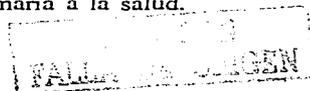
- Control metabólico difícil
- Con complicaciones crónicas
- Padecimientos intercurrentes, cirugía mayor y parto.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Gómez-Clavellina F.J, Irigoyen-Coria A, Fernández-Ortega, Mazón-Ramírez J.J..La medicina familiar: hacia una nueva conceptualización. Boletín Médico Familiar 1996: (15-16): 18-19.
- 2-Irigoyen-Coria A. Modelo sistemático de la atención medica familiar. En fundamentos de medicina familiar. México. Ed. Medicina familiar mexicana 4ª edición 1996. 153-154
- 3-Estebanell-Arnal M:P: et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actitudes preventivas. Atención Primaria 1992; 539-546.
- 4-Sauceda García J:M: Psicología de la vida en familia: Una visión estructural. Rev. Médicas miss 1991;29:61-67. Gilberto Sánchez Luna. El reto actual de la Medicina Familiar en México. 1994: 355
- 5-Alarid H. Irigoyen C.A.. En la familia Dr. Carlos Walt Montejano, Dr. Rogelio Esteban Hidalgo, Dra. María Esperanza Camarillo y DR. Arnulfo Irigoyen Coria. Fundamentos de medicina familiar México. Francisco Méndez Cervantes 2ª. Ed. 1985.
- 6-De la Fuente R. La familia visión de conjunto. Cuadernos de psicología medica y psiquiátrica. Dpto. de psiquiatria y salud mental México U:N:A:M: 1987. 5-9.
- 7-Fernandez-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavellina FJ. Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación de genogramas. Medicina Familiar Ach-med.fam. 1999 pag. 6-7.
- 8-Blood Bob y Margaret. Dinámica familiar y patología en la familia: Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México ed. Medica del Hospital Infantil de México 1980.
- 9-Chagoya B:L: Dinámica familiar y patología en la familia:medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. México del Hospital Infantil de México 1980.
- 10-De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención Primaria 1992: 10:-8.
- 11-Barragán M. Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar. Curso de especialización en medicina familiar. modulo de psicología medica, 3er año, unidad 11. dpto. de medicina familiar fac. Medicina U:N:A:M:
- 12-Chávez Aguilar Víctor, Rubén V.O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Medica miss 1994;32: 39-43.
- 13-Velazco Orellana Tuben. Víctor Chávez A. La disfunción familiar, un reto diagnostico terapéutico. Rev. Medica miss 1994; 32:271-275.



- 14-Thompson L. Troy II. Tratamiento de la paciente difícil. *Mundo médico* 1993;20:51-62.
- 15-Orueta S:A: et al. Características familiares de los hiperutilizadores de servicios sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria* 1993;2:46-48.
- 16-Chavez Jorge. La familia del tercer milenio *Médico Moderno* 1991;12:92-98
- 17-Mc Cormik James. La naturaleza de la practica de la medicina general medica educación. 1996; 30:315.
- 18-Donabedian Avedis. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad Salud Publica de México. 1993;3:239-251.
- 19-Barajas Ruelas Enrique, Garza Zurita B. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México* 1993;3:237-249.
- 20-Martínez Cortés Fernando. El hombre t su padecer, centro de una nueva medicina. *Médico Moderno* 1995;2:22-60.
- 21-Leal Rodríguez Juan de Dios. La comunicación; llave del éxito. *Médico moderno* 1997;8:20-32
- 22-Yeo Michael, Longhurst Mark. Intimacy in the patient-physician relationship *Canadian Family Physician*. 1996;42:1505-1508.
- 23-Villalobos Pérez José Luis. El hombre medico. *Gaceta Médica Mexicana* 1996; 2:209-215.
- 24-Alarcón Segovia Donato. La investigación clínica en la practica médica *Conamed*. 1997;3:29-35.
- 25-Chávez Aguilar Héctor, Roselis Baeza M. La relación médico paciente. Un enfoque comunicacional. *Rev. Medica miss* 1994;32:179-182.
- 26-Jiménez Mena C., Riera Lorenzo. De la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. *Atención Primaria* 1993;5:271-276.
- 27-Delgado a, Fernández López L. La participación comunitaria: Una revisión necesaria. *Atención Primaria* 1992;8:72-77.
- 28-Aguirre-Huacuja. La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. *Salud Pública de México* 1992;2:211-216.



- 29-Sclaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La medición de la salud: Perspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública de México 1990;32;142-153.
- 30-Kameron B. Douglas. Prioritizing prevention. Journal of Family Practice 1994; 3:229.
- 31-Frames Paul et al.. U.S. Preventive services task force: highlights of the 1996 report. American Family Physician. 1997;2:567-576.
- 32-González Almada Eugenio. Un modelo institucional bajo esquemas de calidad y eficiencia. Médico Moderno 1994; 2:58-62
- 33-Arredondo Armando, Meléndez Víctor. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. Salud Pública de México 1992; 1:38-44
- 34-Biagi Francisco. Los servicios para la salud de un país en desarrollo al entrar en un tratado de libre comercio. Médico Moderno 1995;7:66-74
- 35-Diagnóstico de Salud y Estructura Familiar. Arch med. Fam. 2000: 2(1). 12,13,14,15.



A N E X O S





CÉDULA DE DIAGNÓSTICO FAMILIAR

Familia: _____ Años Unión Conyugal: _____
 Domicilio: _____
 Colonia: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
 Manz. N°: _____ Vivienda: N° _____ Sector: _____
 Elaboró: _____ Fecha: _____

NOMBRE	PAREN TESCO	EDAD/SEXO		ESTADO CIVIL	ESCO LARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESOS	PADECIMIENTOS CRÓNICOS(S)	FASE CICLO VITAL	TIPO DE FAMILIA
		M	F							
									Matrimonio <input type="checkbox"/> Expansión <input type="checkbox"/> Dispersión <input type="checkbox"/> Independencia <input type="checkbox"/> Retiro o Muerte <input type="checkbox"/>	Nuclear <input type="checkbox"/> Extensa <input type="checkbox"/> Ext. Comp. <input type="checkbox"/>
									INTEGRACIÓN FAMILIAR Integrada <input type="checkbox"/> Semi-Integrada <input type="checkbox"/> Desintegrada <input type="checkbox"/>	PLANIFICACIÓN FAMILIAR H. Orales <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Saipingo <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Otros _____

TOXICOMANÍAS Alcoholismo Tabaco Medicamentos sin receta Otros _____

ALIMENTACIÓN: Buena Regular Deficiente
HÁBITOS HIGIÉNICOS Buena Regular Deficiente

Observaciones: _____

VIVIENDA	TECHO	PAREDES	PISO	SERV. PUBLICO	CUARTOS	ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES	
				S/No	S/No	PATERNO <input type="checkbox"/>	MATERNO <input type="checkbox"/>
	Concreto <input type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Tabique <input type="checkbox"/> Block <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Lámina <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Cemento <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Luz <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Intra-Dom <input type="checkbox"/> Extra-Dom <input type="checkbox"/>	Comedor <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Estancia <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Recamaras <input type="checkbox"/> Cuantías <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Fovissste <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	COMBUSTIBLE UTILIZADO Gas <input type="checkbox"/> Petroleo <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	DISPOSICIÓN DE EXCRETAS Drenaje <input type="checkbox"/> Fosa Séptica <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Ras Suelo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	DISPOSICIÓN DE BASURA Red Mun. <input type="checkbox"/> Enterram. <input type="checkbox"/> Cielo Ab. <input type="checkbox"/> Incineración <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	ANIMALES DOMÉSTICOS Perros <input type="checkbox"/> Galos <input type="checkbox"/> Aves <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						D.M. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H.T.A. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oncología <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. Tiroideas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>