



11226 28
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA

LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLINICA HOSPITAL DR. ISMAEL VAZQUEZ O.

QUERETARO, QRO.

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA U.M.F.
SATELITE QUERETARO, QRO.

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRÁ. MARIA LUISA GRACIDA MONTESINOS



ISSSTE

QUERETARO, QRO.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

1999

A

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA HOSPITAL DR. ISMAEL VÁZQUEZ O. QUERÉTARO. QRO.

**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA U.M.F.
SATÉLITE QUERÉTARO, QRO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDAD
E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL ISSSTE
QUERÉTARO, QRO.



ISSSTE

DRA. MARÍA LUISA GRACIDA MONTESINOS

QUERÉTARO, QRO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1999

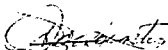
**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA U.M.F.
SATÉLITE QUERÉTARO, QRO.**

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

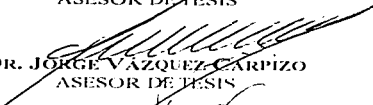
PRESENTA:

DRA. MARÍA LUISA GRACIDA MONTESINOS


AUTORIZACIONES




DRA. ANA MARÍA MONTES CAMPOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN QUERÉTARO, QRO.
ASESOR DE TESIS



DR. JÓRGE VÁZQUEZ CARPIZO
ASESOR DE TESIS



DRA. ANNABELLA DICHARA KIRIENSKO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS



DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS PARA LA SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E.

QUERÉTARO, QRO

1999

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**


**MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA U.M.F.
SATÉLITE QUERÉTARO, QRO.**

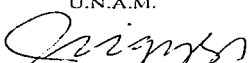
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

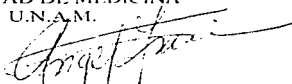
PRESENTA:

DRA. MARÍA LUISA GRACIDA MONTESINOS

AUTORIZACIONES


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


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


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

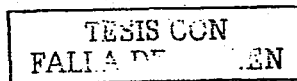
**TESIS CON
FALTA DE PAGOS**

U

INDICE

I.-	MARCO TEORICO.....	1
II.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
III.-	JUSTIFICACION	17
IV.-	OBJETIVOS	18
V.-	METODOLOGIA	19
	- TIPO DE ESTUDIO	
	- POBLACION LUGAR Y TIEMPO	
	- UNIVERSO DE TRABAJO	
	- TIPO DE MUESTRA	
	- TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	
	- VARIABLES	
	- PROCEDIMIENTOS O METODOS	
	- ASPECTOS ETICOS	
VI.-	RESULTADOS	24
	- PIRAMIDE POBLACIONAL	
	- DIAGNOSTICO FAMILIAR	
	- MORBILIDAD	
	- CUADROS Y GRAFICAS	
VII.-	DISCUSION	57
VIII.-	CONCLUSIONES	59
IX.-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
X.-	ANEXOS	62

E



MARCO TEORICO

La Medicina familiar es una especialidad que fue creada debido a las necesidades de la sociedad ante la visión reduccionista del ser humano donde la problemática no ha sido resuelta por el resto de las especialidades, necesitándose de un especialista que sea capaz de verlo en todo su contexto y determine la problemática en cuanto a salud se refiere, por lo que la medicina familiar tiene sus bases científicas y filosóficas que son las siguientes:

BASES CIENTIFICAS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Existen 2 teorías de la enfermedad que han rivalizado por el predominio del pensamiento médico y son la teoría reduccionista y la teoría Holística.

La teoría Reduccionista u Ontológica.- Se refiere a que las enfermedades son causadas por agentes externos y tienen poco que ver con las personas que las padecen, ofreciendo una visión parcial y restringida de los fenómenos complejos de las enfermedades humanas.

En cambio la teoría Holística.- refiere que la enfermedad se relaciona estrechamente con la personalidad y el estilo de vida del paciente, así como también el medio ambiente desempeña un papel importante en el mecanismo de la enfermedad, este método siempre se ha practicado y se ha aprendido intuitivamente, por lo que el médico familiar para pensar holísticamente debe aprender a trascender las categorías de las enfermedades y no abandonar la taxonomía de estas. (1)

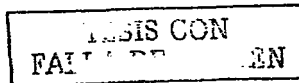
Otro aspecto que ayuda a comprender más al ser humano y su problemática está basado en la:

TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Esta teoría tiene sus orígenes en la Física, Ingeniería. Psicología, Gestalt e Investigación operacional.

En el siglo XIX el método de la ciencia manejaba los problemas disminuyendo su tamaño, separando sus elementos circundantes a cadenas simples y lineales. La teoría de los sistemas busca lo opuesto, ensanchar los problemas hasta incluir todas sus partes y relaciones significativas.

Von Bertalanffy define el sistema como "un orden dinámico de partes y de procesos que se mantienen en mutua interacción con cada uno de ellos".



Conceptos Fundamentales de la Teoría General de los Sistemas.

a) Orden jerárquico.

El universo esta compuesto por una jerarquía de sistemas, tanto elementos vivientes como no vivientes. Cada sistema es a la vez un todo en sí mismo y parte de un todo mayor. Todos los sistemas de elementos vivos son abiertos, intercambian energía e información con su medio ambiente. La forma de un sistema puede llevar a la muerte del organismo entero.

b) Homeostasis.

Según Claude Bernard y luego Walter Cannon desarrollaron los siguientes conceptos: Los sistemas existen en estado de equilibrio, si este es perturbado por la interacción con el ambiente, entran en juego fuerzas correctivas que pueden restaurar el equilibrio anterior o lo lleva a un nuevo estado de equilibrio.

c) Regulación.

Todos los sistemas vivos tienen un patrón estable, que establece las normas dentro de las cuales funcionan. Los sistemas vivos tienen subsistemas reguladores, por ejemplo en el hombre regulan el sistema nervioso y endocrino, en la sociedad los gobiernos y los burócratas.

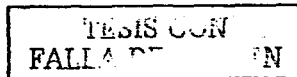
d) Acción del Sistema.

El concepto básico de la teoría de los sistemas es la interdependencia, cualquier cambio en sus partes produce cambios en todo el sistema, por lo que esta teoría se aplica a la familia como un sistema que está contenido dentro de otros. (1)

PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

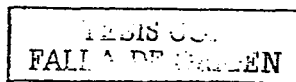
La medicina familiar como cualquier otra especialidad o profesión según Mc Whinney cuenta con nueve principios que gobiernan nuestras acciones de los cuales ninguno es exclusivo de esta disciplina. Sin embargo, tomados en su totalidad, sí representan una visión distinta del mundo, un sistema de valores y una manera de abordar los problemas que evidentemente es diferente a la de otras disciplinas, por lo que es importante tenerlos en cuenta en el desempeño o la practica del médico.

- a) El médico de familia esta más comprometido con la persona que con un conjunto particular de conocimientos, o un grupo de enfermedades. Su compromiso no cesa con la curación de la enfermedad o la conclusión de un tratamiento, en muchos casos el compromiso se establece cuando la persona esta sana y con un enfoque preventivo.



- b) Trata de comprender el contexto de la enfermedad, por lo regular la atención se centra en lo que esta en primer plano y no en lo que aparece en el fondo. Muchas de las enfermedades de la medicina familiar, no se pueden comprender plenamente a menos de que se analicen dentro del propio contexto personal, familiar y social.
- c) Aprovecha la oportunidad que le brindan las consultas frecuentes de sus pacientes para practicar la medicina preventiva o impartir educación sanitaria.
- d) Trata a cada uno de sus pacientes como parte de una población de riesgo, esto involucra el compromiso de mantener la salud de los miembros de su comunidad, asistan o no a la consulta.
- e) Se considera parte de una red más amplia de atención médica y servicios de apoyo para la comunidad.
- f) Idealmente debería de compartir el mismo hábitat de sus pacientes, y conocer así su problemática.
- g) Ve a los pacientes en el consultorio, en sus casas y en el hospital.
- h) Le da mucha importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Esto incluye el conocimiento de sí mismo, el médico de familia sabe que sus propios valores, actitudes y sentimientos son determinantes de la forma en que el ejerce la medicina.
- i) Es un administrador de recursos y médico de primer contacto, él controla inmensos recursos. Es por lo tanto responsabilidad del médico de familia, administrar estos recursos a fin de proporcionar a sus pacientes el máximo beneficio.

Además el médico familiar debe tener otras características como son:



HABILIDADES.

- a) Manejo de problemas indiferenciados en el contexto de una relación continua y personal con los individuos y las familias.
- b) La identificación de riesgos y detección de anomalías en los pacientes.
- c) Uso de la relación médico paciente como recurso terapéutico para aumentar la efectividad de todos los tratamientos.
- d) Manejo de los recursos de la comunidad y de los sistemas de salud para beneficio de los pacientes.
- e) Manejo de la historia clínica orientada a problemas, lo que se correlaciona con el uso de la clasificación de problemas de salud en atención primaria.

CARACTERISTICAS DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR.

1.- Continuidad del cuidado:

Es una responsabilidad inquebrantable de estar disponible en cualquier problema de salud hasta el final.

2.- Atención Integral:

El médico de familia está disponible para atender cualquier problema de salud y el cuidado provisto debe ser integral, aplicando medidas preventivas curativas y de rehabilitación.

3.- Cuidado de la familia:

El médico de familia atiende a pacientes de ambos sexos y cualquier grupo de edad, atiende Unidades Familiares, lo que le da ventaja en el diagnóstico y manejo de casos. La familia es la unidad de atención.

Mc Whinney agrega las siguientes características:

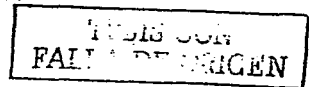
4.- Vínculo:

Como resultado de la duración e intensidad del cuidado, tiene lugar un proceso de vinculación entre el paciente, médico y la familia.

La fuerza de este vínculo es variable, depende del número de contactos y duración de relación.

5.- Conocimiento acumulativo de los pacientes:

El cuidado continuo e integral de los pacientes permite construir una gran cantidad de conocimientos acerca de la familia. (1)



Sabemos que la base de la sociedad humana es la familia, desde la época más primitiva hasta la actualidad, ya que a través de la historia el hombre ha experimentado diferentes clases de familia las cuales varían de cultura a cultura y ya desde el siglo XIX se ha observado un creciente interés por el estudio de la familia, teniendo entre otras aspiraciones, el definirla con la mayor claridad posible llegando incluso la Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970, a definir el concepto de familia, por intermedio del documento "M" número 44 como:

"El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio". (2)

S. Minuchin define a la familia como:

"Grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos de afinidad o de matrimonio que interactúan y que conviven en forma más o menos permanente y que en general, comparten factores biológicos psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar". (3)

La base de la sociedad humana es la familia, desde la época más primitiva hasta la actualidad, ya que a través de la historia el hombre ha experimentado diferentes clases de familia las cuales varían de cultura a cultura.

HISTORIA NATURAL DE LA FAMILIA.

La familia como nosotros la conocemos ha sufrido una serie de modificaciones. No siempre ha existido con las características actuales y a pesar de que los pensadores estudiosos de este fenómeno social no se han puesto de acuerdo sobre su evolución histórica, hay un denominador común que tiende a considerar las siguientes etapas.

- 1.- Promiscuidad inicial
- 2.- Cenogamia.
- 3.- Poligamia
 - a.- La poliandria
 - b.- La poligenia
- 4.- Familia patriarcal Monogámica.
- 5.- Familia Conyugal Moderna.

1) Promiscuidad

La etapa llamada de Promiscuidad; se caracteriza por la nula existencia de vínculos permanentes en el padre y la madre, no hay una reglamentación consuetudinaria de sus relaciones y de su responsabilidad que el padre pueda tener hacia los hijos. Es la madre la que mantiene un vínculo constante de cuidado

y protección del hijo, este no sabe quien es su padre y el parentesco se señala por la línea materna.

Cenogamia

La Cenogamia; se caracteriza porque un grupo específico de mujeres mantiene relaciones sexuales con un grupo determinado de hombres.

Poligamia.

La Poligamia es uno de los fenómenos que la historia nos muestra con más claridad en su evolución. En este tipo de familia se puede hablar de dos aspectos

A.- La poliandria.- es aquella en la que una mujer tiene varios maridos, es un tipo de Familia que lleva al matriarcado. La mujer ejerce la autoridad, fija Los derechos y obligaciones de la descendencia. Se considera que esta etapa por la que pasó la familia se acentúa en la época en la que el hombre se convierte en un grupo sedentario, esto es, cuando aparece la agricultura y la ganadería en forma incipiente.

B.- La poligenia.- Un solo hombre se encuentra unido a varias mujeres con las que puede tener hijos. Una variante es que las mujeres habitan con sus hijos y son visitadas por el cónyuge, este fenómeno es más aceptado por nuestra sociedad en la actualidad.

La Familia Patriarcal Monogámica.-

Se caracteriza porque la figura preponderante es la del padre, que representa el centro de las actividades económicas, religiosas, políticas y jurídicas. Entre otros derechos, el padre tenía el de reconocer a los hijos o rechazarlos a su nacimiento, repudiar a la mujer, casar a los hijos, designar al morir al tutor de su esposa y de sus hijos, y ser el único propietario del patrimonio. La mujer debía tener un sometimiento absoluto a la autoridad del padre.

La Familia Conyugal Moderna.-

Este tipo de familia es la que predomina en la actualidad, y las siguientes son características de ésta:

- a.- Es una institución socio jurídica que conocemos por: matrimonio.
- b.- Una relación sexual legítima y permanente.
- c.- Un conjunto de normas que regulan la relación entre los padres y los hijos, normas que pueden ser jurídicas, religiosas y morales.
- d.- Un sistema de nomenclaturas que defina el parentesco.
- e.- Una regulación de las actividades económicas.
- f.- Un lugar físico para vivir.

Estas características se actualizan a través de una multiplicidad de procesos sociales como:

- 1.- contacto recíproco: presencia, conciencia y conducta de unos miembros. con otros.
 - Intercomunicación recíproca.
 - De interactividad (Influencia recíproca).
 - Cooperación por división de trabajo.
 - Cooperación Solidaria (madre y padre realizan funciones educativas Etc.)
- 2.- De mutuo apoyo y auxilio (entre padres e hijos).

Lo anterior va creando y fortaleciendo una interdependencia material y emotiva entre quienes integran la familia. Son estos procesos los que configuran el vínculo consanguíneo, los que le dan historicidad a la familia. (1)

Por lo tanto la familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso: a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se reproduce y muere, la familia por su parte sigue un patrón similar que se distingue por las siguientes fases:

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Fase de Matrimonio.
Fase de Expansión.
Fase de dispersión.
Fase de Independencia.
Fase de Retiro y Muerte.

Fase de Matrimonio; Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo; lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

Fase de Expansión; Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica, la familia se dilata se "expande". Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy "armónica" para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas.

Fase de Dispersión; Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar, se detiene el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.

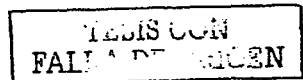
Fase de Independencia; Es difícil precisar el número de años transcurridos; Al inició de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años.

Fase de Retiro y Muerte; Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban a la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar.

Cuatro son las circunstancias más difíciles que se han identificado:

- a) Incapacidad para laborar, (desempleo debido a la presencia de las enfermedades crónico - degenerativas).
- b) Desempleo.
- c) Agotamiento de los Recursos Económicos.
- d) Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidades de proporcionar recursos a los padres, por lo que los abandonan en sus hogares de origen o recluyéndolos en asilos para ancianos.

En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en las que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; esta situación que conlleva el riesgo de provocar "injerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite *perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría costumbre que asumida con responsabilidad y cautela, no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural.*



Así pues para que se lleve a cabo un buen funcionamiento de la familia, este debe cumplir con varios puntos que son los siguientes:

1. SOCIALIZACION.
2. CUIDADO.
3. AFECTO.
4. REPRODUCCION.
5. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

Socialización; La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los 6 primeros años de vida, ya que a partir de este momento, habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.

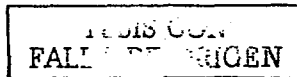
Cuidado; Esta función clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la reservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

Afecto; Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares.

Reproducción; Llanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de "proveer de nuevos miembros a la sociedad" aun cuando debemos aclarar, que esta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: salud reproductiva.

Estatus y Nivel Socioeconómico: Aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente, cómo el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico; es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.

El conocimiento de estas funciones de la familia, son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia. (2)



TIPOLOGIA FAMILIAR

En base a su Desarrollo puede ser;

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

Familia tradicional: El miembro proveedor, casi siempre está constituido por el padre.

Familia arcaica o primitiva: Nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

En base a su Demografía puede ser;

Urbana: Vive en ciudades con todos o la mayoría de los servicios públicos, con una proporción aproximada en nuestro medio 40 %.

Rural: Vive en un medio de poco desarrollo sociocultural, comunidades pequeñas, más en contacto con la naturaleza y carece de los servicios básicos de urbanización, con una proporción aproximada en nuestro medio de 60%.

En base a su integración puede ser:

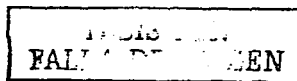
Integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.

Semi-integrada: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Es aquella en la cual falta uno de los cónyuges por muerte, separación, divorcio o abandono.

Desde el punto de vista topológico puede ser:

Campesina, obrera y profesional: Esta característica está dada según la ocupación de los cónyuges.



En base a su composición puede ser:

Nuclear: Está compuesta por padres e hijos.

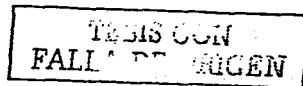
Extensa: Está compuesta por padres, hijos y abuelos.

Extensa compuesta: Está formada por padres, hijos, abuelos, compadres, amigos Etc. (1)

Actualmente promover la medicina familiar en la esfera internacional requiere de una serie de esfuerzos coordinados desde las comunidades locales hasta las organizaciones mundiales ya que la situación actual de la medicina familiar es la que a continuación se menciona:

SITUACION MUNDIAL DE LA MEDICINA FAMILIAR

En noviembre de 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización mundial de médicos de familia (WONCA) organizaron en Londres, Ontario, un foro de acción estratégica global cuyo tema fue "Como lograr que la atención de salud y la educación médica sean más sensibles a las necesidades del público: El papel de los médicos de familia". A continuación, la OMS y la WONCA colaboraron en la preparación de un plan de acción para alcanzar la meta de salud para todos, potenciar la relevancia de la enseñanza y el ejercicio de la medicina, y acentuar la función de los médicos de familia en la prestación de servicios de salud. Según los datos de la encuesta de la WONCA y otras fuentes, por lo menos 56 países tienen programas de formación de posgrado en medicina familiar. Hay que señalar que la mitad de estos programas se establecieron después de 1970, lo cual indica el rápido crecimiento y la importancia de la especialidad, y la necesidad de dar mayor estímulo a la formación de médicos de atención primaria. (4)



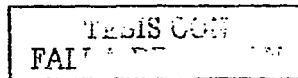
América del Norte, el Caribe, América Central y Sudamérica.

En las Américas es evidente que el campo de la medicina familiar se encuentra en diversas etapas de desarrollo. Es una especialidad bien establecida en el **Canadá** cuyas 16 escuelas de medicina cuentan con departamentos de medicina familiar.

Además hay médicos de familia docente que participan activamente en la enseñanza de los estudiantes de pregrado y alrededor de la mitad de los licenciados en medicina encauzan su carrera hacia esa especialidad. En los **Estados Unidos**, la medicina familiar se constituyó en especialidad en 1969 y desde entonces ha crecido hasta abarcar más de 400 programas de residencia. Cerca de 14% de los egresados de escuelas de medicina en 1994 entraron en esos programas; aproximadamente el 90% de dichas escuelas tienen divisiones o departamentos de medicina familiar. Los médicos de familia representan el 12.7% de todos los médicos no empleados por el gobierno federal que practican medicina en los EE.UU. **Cuba** ha desarrollado un programa integral de formación y empleo de médicos de familia dirigido a prestar atención de salud a todos los ciudadanos. **Argentina** cuenta con muchos programas, la mayoría de países latinoamericanos cuenta con un número limitado de residencias y la participación de las escuelas de medicina es mínima. En los años 70 y principio de los 80, la medicina de familia se expandió rápidamente en México, pero últimamente el número de centros de capacitación ha disminuido. Sin embargo gracias al apoyo y liderazgo de varias organizaciones, en toda América Latina se está formando un cuerpo de médicos de familia dedicados y comprometidos a impulsar esta especialidad. (4)

EUROPA

Los programas de posgrado para médicos de familia están bien establecidos en **Dinamarca, Escandinavia, España, Irlanda, Los Países Bajos, Portugal, y el Reino Unido**, pero menos desarrollados en los países del sur de Europa. Muchas naciones de Europa oriental se encuentran actualmente elaborando programas piloto de enseñanza posgrado. por ejemplo, 12 países de la Comunidad Económica Europea han acordado como requisito mínimo que todos los generalistas reciban 2 años de formación posgrado, incluidos 6 meses en una consulta acreditada. En Europa, se han puesto en marcha tanto la Academia Europea de profesores de Atención General como el Centro Europeo para la investigación y el desarrollo en Atención Primaria.



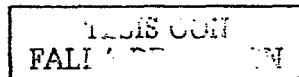
AFRICA, ORIENTE MEDIO, ASIA Y AUSTRALIA.

Se han establecido programas de residencia en medicina familiar en **Sudáfrica y Nigeria**, y en la Universidad del canal de Suéz en **Egipto**. El resto de los países africanos no cuentan con programas de formación en este campo o los que tienen están en etapas incipientes. En cuanto al Oriente Medio, la capacitación profesional de médicos de atención primaria está bien desarrollada en **Israel**, donde cada una de las cuatro escuelas de medicina dispone de un departamento de medicina familiar. La Universidad Americana de **Beirut** inició el primer programa de formación de medicina familiar en el mundo árabe en 1979, seguido meses después por uno en **Bahrein** en el Golfo Pérsico. En la Arabia Saudita, **Kuwait, Omán** y más recientemente en **Jordania**, ya hay funcionando programas de formación de posgrado. La medicina familiar está bien establecida en **Filipinas, Hong Kong, Malasia, Singapur, Taiwán y la República Popular Democrática de Corea**. En el **Pakistán y Sri Lanka** se ha iniciado la formación de médicos de familia, y en **China, India y Rusia** están en marcha programas piloto. Finalmente, **Austria y Nueva Zelandia** cuentan con programas de posgrado bien desarrollados. (4)

PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR.

En todas partes del mundo se dan diversos problemas que dificultan la capacitación de un número adecuado de médicos de familia. Incluso en los países donde la medicina familiar tiene muchos años de establecida, predomina la opinión de que no es posible producir médicos de atención primaria con amplios conocimientos que sean también capaces de prestar servicios de salud costo-efectivos y de calidad. La integración efectiva de habilidades para la práctica hospitalaria, ambulatoria y comunitaria representa un reto más para la medicina familiar.

No es sorprendente, entonces, que los médicos de atención primaria en todo el mundo hayan tenido que soportar una posición profesional más baja que la de sus compañeros especialistas. Por lo general perciben un salario menor que el de los médicos especializados y a menudo trabajan en condiciones difíciles, con una gran carga de pacientes, pocos recursos diagnósticos y el aislamiento profesional de sus colegas. Dentro de la jerarquía médica ha habido renuencia a aceptar la medicina familiar como una especialidad legítima e incluso en países donde está reconocida, los médicos de familia han tenido que trabajar duramente para ocupar el lugar que les corresponde en la atención de salud y conseguir privilegios hospitalarios apropiados.



Debido a estos factores y al escaso contacto con la atención primaria que permiten las escuelas de medicina, pocos estudiantes deciden seguir la carrera de generalista, excepto cuando no tienen otra opción. Además, puede ser que no haya oportunidades para conseguir formación de posgrado en medicina familiar, ya que en muchos países esos programas no existen. (4)

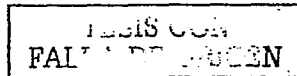
Y es de suma importancia reconocer que el perfil profesional ideal que nuestro país requiere, es un médico familiar pero debidamente capacitado y consciente de sus limitaciones: orientado a la curación de enfermedades pero, sobre todo a prevenirlas: con un sólido sustento científico pero conduciéndose de acuerdo con principios éticos y humanistas: responsable de su propia actuación pero capaz de trabajar en equipo: competente para la práctica de la medicina familiar pero con opción para estudios de posgrado: conocedor de la realidad epidemiológica, al acecho de los avances, responsable de su aptitud profesional continua y de su permanente actualización. (5)

Sabemos que desde que se inicia la historia humana, la medicina ha buscado a través de distintas técnicas un fin particular: aliviar el dolor y prolongar la vida, pero desde un punto de vista individual y con tendencias únicamente curativas. (8) Por lo tanto la atención primaria ha presentado cambios en su estructura, iniciando con la conferencia de la OMS en Alma-Ata en 1978 donde se proporcionó un nuevo modelo de atención primaria dirigida a la resolución de problemas de salud concretos y propios para cada comunidad. En 1986 la Ley General de Sanidad especifica que las administraciones públicas desarrollaran atención primaria integral de salud, incluyendo acciones curativas y rehabilitadoras, que tienden a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad. (9,10)

Por lo que el éxito del tratamiento reside básicamente en que se establezca una adecuada comunicación y esta se inicia con la "mirada" como protagonista y luego como señal y acompañante, la mirada interviene decisivamente en la comunicación entre el médico y el enfermo. (16)

Como se ha mencionado ya muchas veces, existe una estrecha vinculación entre la situación de salud de un país y su situación económica y social, así tenemos que en el mundo cerca de mil millones de personas viven en la pobreza, la desnutrición, la enfermedad y la desesperación, así mismo se demuestra que en los países desarrollados, el promedio de expectativa de vida al nacer es de 72 años y en los países en desarrollo es apenas de 55 años. Además que la mayoría de muertes en los países en desarrollo resulta de enfermedades infecciosas y parasitarias mientras que en los países desarrollados predominan las muertes por enfermedades crónico-degenerativas. (11)

Otro punto muy importante es el estudio de la demanda de servicios médicos de atención primaria la cual despierta gran interés por su importancia en la planificación de recursos, en la gestión de los centros de salud y en la evaluación del actual sistema sanitario. A esto se añade la excesiva presión asistencial que está causada por una utilización inadecuada de los servicios por algunos sectores de la población. Esta excesiva presión asistencial, tiene efectos negativos sobre el bienestar psicológico de los médicos aunque no hay que olvidar que hay otros factores que contribuyen a esto como: la atención a pacientes difíciles, o



problemas percibidos como triviales etc., los cuales pueden tener mayor repercusión que el propio volumen de trabajo. (18)

Aunque también es cierto que los pacientes catalogan a sus médicos de acuerdo al trato que reciben de ellos y en muchas ocasiones su confianza rebasa las relaciones estrictamente médicas para resultar amistosas y cordiales.

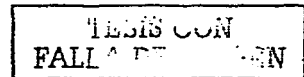
Esta conducta se debe sin duda al tipo de comunicación que se establece con ellos. (17)

Por lo tanto 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 para obtener como resultado una mejor atención médica a pesar de los obstáculos que puedan presentarse. (14)

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tipo de atención que la medicina hasta el momento ha proporcionado es básicamente curativa y las medidas de prevención se proyectan solamente hacia las enfermedades previsibles por vacunación y los programas de detección oportuna de cáncer. Por lo tanto resulta adecuado plantear una alternativa de estudio a ese problema por medio de la siguiente interrogante:

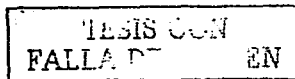
¿Cuáles son las características biosocioeconómicas de las familias y la patología mas frecuente de la población adscrita al consultorio Num. 1 de la U.M.F. Satélite, ISSSTE de la ciudad de Querétaro, Qro.?



III.- JUSTIFICACION.

El practicar la medicina tradicional, en forma desintegrada, priva al médico de oportunidades para conocer de alteraciones patológicas comunes a grupos afines, sin permitir tomar medidas preventivas, de promoción como diagnóstico y tratamientos oportunos retardando así las posibilidades de control. Con esto las instituciones utilizan mayores recursos económicos e impiden un análisis adecuado del sistema de salud del país. Si tomamos en cuenta esta perspectiva, la Medicina Familiar nos permite a nivel de consultorio optimizar a futuro los recursos humanos y económicos traduciéndose a la vez en una reducción de la morbilidad de nuestros pacientes.

Por lo tanto para otorgar una atención médica familiar con calidad, es necesario identificar a tiempo a la población en riesgo que asiste a nuestro consultorio, asimismo conocer sus características en base a la tipología familiar, pirámide poblacional y de las patologías mas frecuentes. Ya que los lineamientos de esta especialidad están establecidos, nos corresponde luchar en forma integrada para cambiar la tendencia de la medicina tradicional, aplicando los conceptos de prevención, promoción de la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, todo esto es posible al contar con una población fija y con la sectorización de las colonias, motivo por el cual se justifica la realización de este estudio, además de que se desconocen estos datos de los derechohabientes de la U.M.F. Satélite, Qro.



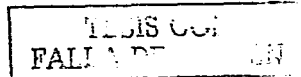
IV. OBJETIVOS.

1.- General.-

Determinar las características biosocioeconómicas y problemática mas frecuente de la población del consultorio No. 1 de la U.M.F. ISSSTE Satélite, Querétaro.

2. Específicos.-

- I.- Identificar la Pirámide Poblacional de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 1 de la UMF Satélite ISSSTE Qro.
- II.- Identificar a través de las encuestas, a las familias de la población en estudio por medio de lo siguiente:
 - a) Estado civil.
 - b) Años de unión conyugal.
 - c) Sexo.
 - d) Escolaridad de los padres.
 - e) Edad de los padres.
 - f) Número de hijos.
 - g) Tipología familiar en base a su desarrollo.
 - h) Tipología en base a su demografía.
 - i) Tipología en base a su composición.
 - j) Ingresos económicos.
 - k) Ocupación de los padres.
 - l) Etapa del ciclo vital familiar.
 - m) Método de planificación familiar.
- III.- Identificar las primeras diez enfermedades mas frecuentes de la población en estudio.



V.- METODOLOGIA.

5.1.- Tipo de estudio.

Estudio descriptivo. Retrospectivo, observacional y transversal.

5.2.- Población, lugar y tiempo.

Querétaro, Qro., Consultorio Núm. 1 U.M.F. Satélite, ISSSTE.
Enero / diciembre de 1998.

5.3.- Universo de trabajo.

Población adscrita al consultorio Núm. 1 de la U.M.F. ISSSTE Satélite, Querétaro.

5.4.- Tipo de muestra.

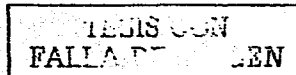
Aleatoria,

5.5.- Tamaño de la muestra.

a.- **Pirámide poblacional.**- Todos los derechohabientes que asisten al consultorio Núm. 1 de la U.M.F. ISSSTE Satélite Querétaro, Qro.

b.- **Diagnostico de familia.**- Consta de 171 familias entrevistadas en el periodo enero -diciembre de 1998.

c.- **Las patologías mas frecuentes.**- Todos los derechohabientes que asisten a consulta de enero-diciembre de 1998.



5.6.-CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de Inclusión.

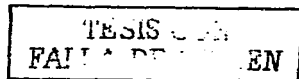
- 1.- Que sean derechohabientes de la clínica U.M.F. ISSSTE Satélite.
- 2.- Que asistan consultorio Num. 1 de la U.M.F. ISSSTE Satélite.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Que acepten responder las encuestas.
- 5.- Que hayan asistido a consulta médica en el periodo enero-diciembre de 1998.
- 6.- Que tengan expedientes completos.

Criterios de Exclusión.

- 1.- Que no sean derechohabientes del ISSSTE.
- 2.- Que no asistan al consultorio Núm. 1 U.M.F. ISSSTE Satélite.
- 3.- Que no deseen cooperar en el estudio.
- 4.- Que no hayan asistido a consulta médica en el periodo enero-diciembre de 1998
- 5.- Que los pacientes presenten alguna alteración psiquiátrica.

Criterios de Eliminación.

- 1.- Expedientes incompletos.
- 2.- Encuestas con datos incompletos.



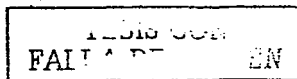
5.7.- VARIABLES.

VARIABLES para el Censo Poblacional: Las variables de tipo cuantitativo con una escala de intervalo de 5 años son las siguientes:

- a) Número total de individuos.
- b) Número total de individuos de sexo masculino.
- c) Número total de individuos de sexo femenino.
- d) Número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos.
- e) Número de individuos del sexo femenino por grupos etáreos.

VARIABLES para el Diagnostico Familiar. Las variables cualitativas son:

- a) Estado civil.
- b) Escolaridad.
- c) Ocupación de los padres de familia.
- d) Tipología familiar.
- e) Etapa del ciclo vital.



Las variables cuantitativas son:

- a) Años de unión conyugal.
- b) Edad del padre.
- c) Edad de la madre.
- d) Número de hijos hasta de 10 años.
- e) Número de hijos de 11 a 19 años.
- f) Número de hijos de más de 20 años.
- g) Ingresos mensuales.

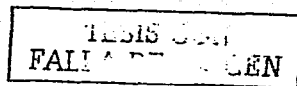
Variables para la Identificación de Causas de Consulta: Estas variables se consideran de tipo cualitativo en escala nominal.

- a) Las 10 enfermedades mas frecuentes de la población.

5.8.- PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS.

1.- **La Pirámide Poblacional:** Se obtendrá consultando los expedientes clínicos de los pacientes que pertenecen a la población en estudio, se tomaran en cuenta la edad y sexo con un rango de 5 años.

2.- **Diagnostico familiar:** Este se realizará de enero a diciembre de 1998, y consiste en la aplicación de encuestas a la población adscrita al consultorio No. 1 de la U.M.F. ISSSTE Satélite, Qro.



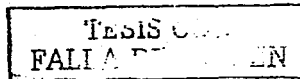
3.- Las 10 Primeras Causas de Consulta: Estas se obtendrán de las hojas de informe diario de labores del médico del año de 1998, por medio de procedimientos estadísticos y descriptivos, se analizarán y se clasificarán del primero al décimo lugar las enfermedades más frecuentes por las que acuden a consulta los pacientes del consultorio Núm. 1 de la U.M.F. ISSSTE Satélite, Qro.

5.9.- ASPECTOS ETICOS.

El presente trabajo se clasifica sin riesgo y se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de **Helsinki**, sobre la realización de trabajos de investigación biomédica, así como la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salud. Art. 17 (1).

RIESGOS DE LA INVESTIGACION

El presente estudio no se considera que represente algún riesgo para la salud.



VI: RESULTADOS

Los resultados del presente estudio se expresan en tres estrategias fundamentales que son: censo poblacional, diagnóstico familiar y morbilidad.

1.- Pirámide poblacional.

De la población adscrita al consultorio No.1 de la U.M.F. ISSSTE Satélite, existe un total de 2 102 derechohabientes, de los cuales el sexo femenino lo forman 1310 (62.3%), predominando el grupo de edad de 35 a 39 años con 158 (12.06%) mujeres.

Mientras que el sexo masculino tiene un total de 792 (37.7%) derechohabientes de los cuales predomina el grupo de edad de 10 a 14 años con 149 (18.81%) hombres. (cuadro 17, gráfica 17)

2.- Diagnóstico familiar.

Con la aplicación de 171 encuestas, se observó que la mayoría de parejas son casadas en un total de 144 (84%), divorciados 4 (2%), unión libre el 7 (4%), cuadro 1 gráfica 1).

En los años de unión conyugal el que más predomina es el de 15 a 19 años con 33 (20%), de 5 a 9 años con 27 (16%), media 10.25 Desv. Stand. 10.87 (cuadro 2 gráfica 2).

La escolaridad que más predomina es la media superior técnica con un total de 130 (39%), siguiéndole en frecuencia la escolaridad media con un total de 81 (24%), (cuadro 3, gráfica 3).

La edad predominante de los padres de familia se encuentra de 35 a 39 años con 38 (22%), media 41.35 Desv. Stand. 8.94 (cuadro 4 y gráfica 4).

Al igual que la edad de las madres también predomina de 35 a 39 años con 35 (21%), media 40.33, Desv. Stand. 4.8 (cuadro 5, gráfica 5).

El número total de hijos en las familias encuestadas fueron de 422, predominando la edad de 11 a 19 años, con un total de 178 (42%), encontrándose promedio de 2 hijos por familia. (cuadro 6, gráfica 6).

En cuanto al tipo de familia según su **desarrollo** predomina la familia moderna con un total de **101** (59%), tradicional 70 (41%). (cuadro 7, gráfica 7).

El tipo de familia según su **demografía** es 100 % urbana. (cuadro 8, gráfica 8).

El tipo de familia según su **composición** es principalmente nuclear en **145** (85%), siguiéndole en frecuencia la familia extensa con 26 (15%). (cuadro 9, gráfica 9).

Los ingresos mensuales son más de 3 salarios mínimos en **133** (78%) familias, y de 1 a 2 salarios mínimos en 38 (22%), (cuadro 10, gráfica 10).

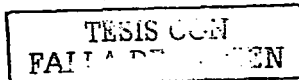
Con respecto a la ocupación de los padres la que sobresale son los empleados en **88** (51.4%), siguiéndole los profesionistas con 31 (18%), (cuadro 11, gráfica 11). Mientras que la ocupación de las madres la mayoría es técnica **49** (28%), dedicándose al hogar **64** (38%), (cuadro 12, gráfica 12).

En la etapa del ciclo vital predomina la de dispersión con **113** (66%), (cuadro 13, gráfica 13).

El método de planificación familiar más utilizado es el de O.T.B. con un total de **62** (36%), siguiéndole en frecuencia el ritmo con **35** (21%), (cuadro 14, gráfica 14).

3.- Morbilidad.

Con respecto a las diez primeras causas de consulta, ocuparon el primer lugar las **infecciones de vías respiratorias con 808** (31%), en segundo lugar la Hipertensión Arterial Sistémica con **342** (13%), (cuadro 15).



CUADRO No. 1

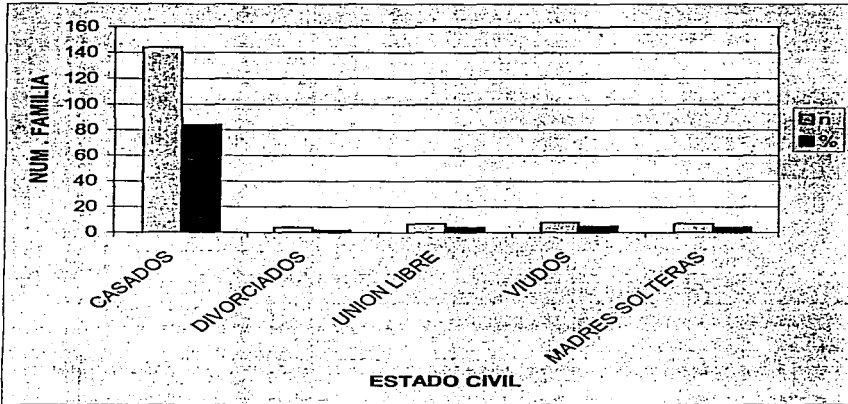
**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO No.1 DE LA U.M.F. SATELITE**

ESTADO CIVIL	n	%
CASADOS	144	84
DIVORCIADOS	4	2
UNION LIBRE	7	4
VIUDOS	8	5
MADRES		
SOLTERAS	7	4
PADRES		
SOLTEROS	1	1
TOTALES	171	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS
FAMILIAS QUE ACUDEN AL C - I DE LA
U.M.F. ISSSTE SATELITE.

GRAFICA No. 1

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS
AL C - 1 DE LA U.M.F. SATELITE



CUADRO No. 2

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO
No. 1 DE LA U.M.F. SATELITE**

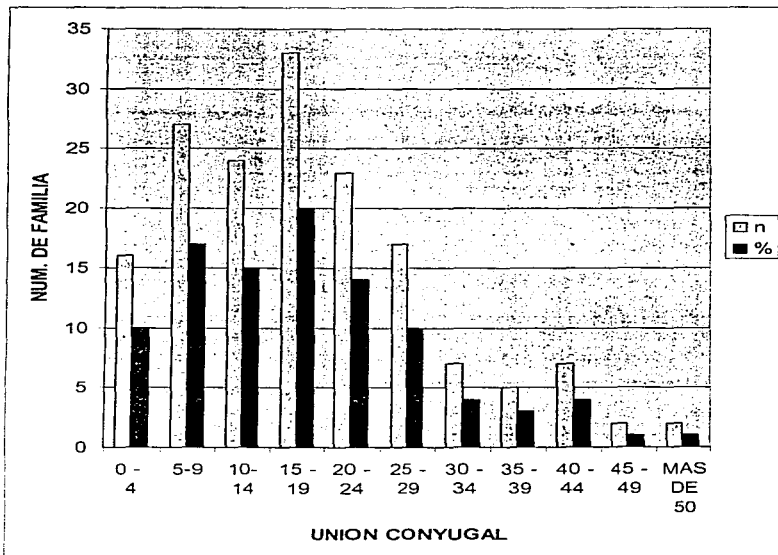
AÑOS	n	%
0 - 4	16	10
5 - 9	27	17
10 - 14	24	15
15 - 19	33	20
20 - 24	23	14
25 - 29	17	10
30 - 34	7	4
35 - 39	5	3
40 - 44	7	4
45 - 49	2	1
MAS DE 50	2	1
TOTAL	163	99

MEDIA 17.58
MODA 15
DESV. STAND. 7.08

**FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS AL LAS FAMILIAS
QUE ACUDEN AL C - 1 DEL LA U.M.F. SATELITE**

GRAFICA No. 2

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS
AL C - I DE LA U.M.F. SATELITE



CUADRO No. 3

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA
ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 1 DE LA
U.M.F. SATELITE

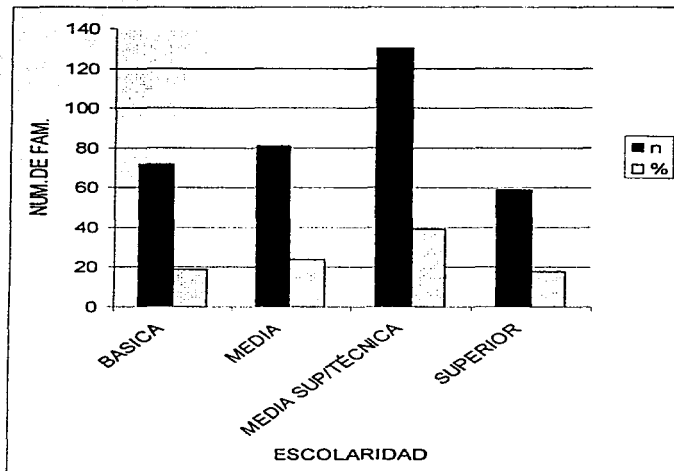
ESCOLARIDAD	n	%
BASICA	72	19
MEDIA	81	24
MEDIA SUP/TÉCNICA	130	39
SUPERIOR	59	18
TOTAL	342	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS
QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F. ISSSTE
SATELITE

TESIS CON
FALTA DE ENTEN

GRAFICA No. 3

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA ADSCRITOS
AL C - 1 DE LA U.M.F. SATELITE



CUADRO No. 4

EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 1 DE
LA U.M.F. SATELITE

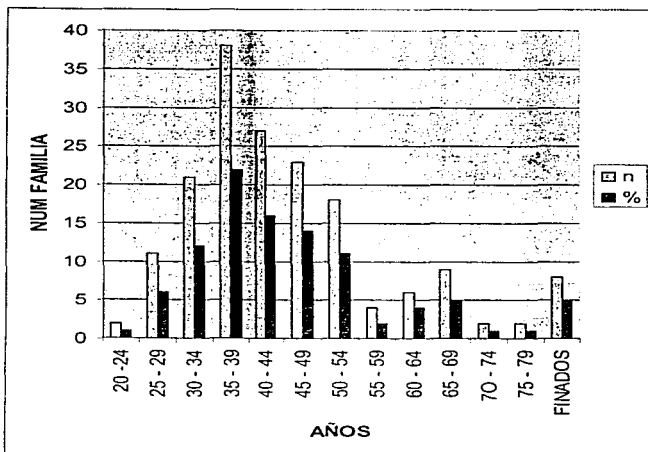
EDADES	n	%
20 - 24	2	1
25 - 29	11	6
30 - 34	21	12
35 - 39	38	22
40 - 44	27	16
45 - 49	23	14
50 - 54	18	11
55 - 59	4	2
60 - 64	6	4
65 - 69	9	5
70 - 74	2	1
75 - 79	2	1
FINADOS	8	5
TOTAL	171	100

MEDIA 41.35
MODA 36

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS
QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F SATELITE

GRAFICA No. 4

EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA ADSCRITOS
AL C-1 DE LA U.M.F. SATELITE



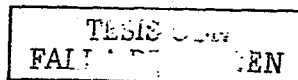
CUADRO No. 5

**EDAD DE LAS MADRES DE FAMILIA
ADSCRITAS AL CONSULTORIO
No. 1 DE LA U.M.F. SATELITE.**

EDADES	n	%
20-24	9	5
25-29	19	11
30-34	25	14
35-39	35	21
40-44	34	20
45-49	19	11
50-54	10	6
55-59	7	4
60-64	6	4
65-69	5	3
70-74	2	1
TOTAL	171	100

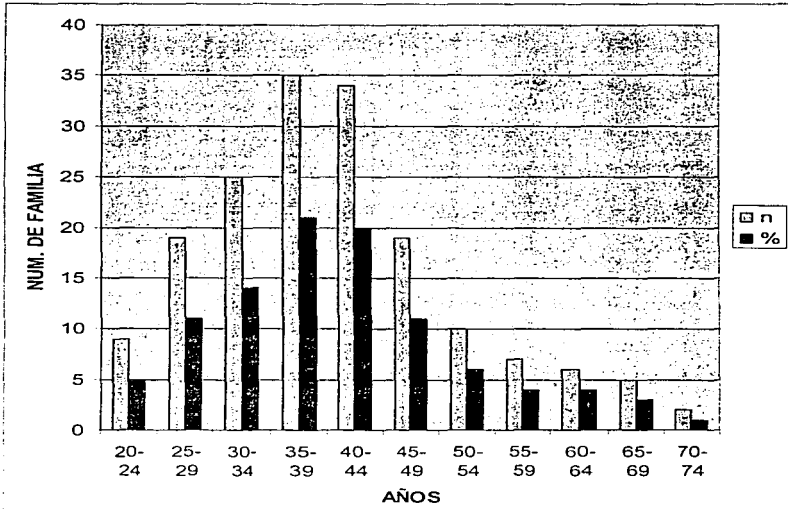
MEDIA 40.33
MODA 39
DESV. STAND 4.8

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS
QUE ACUDEN AL C-1 DE LA U.M.F. ISSSTE
SATELITE.



GRAFICA No. 5

EDAD DE LAS MADRES DE FAMILIA ADSCRITAS
AL C - 1 DE LA U.M.F. SATELITE



CUADRO No. 6

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No 1 DE LA
U.M.F. SATELITE

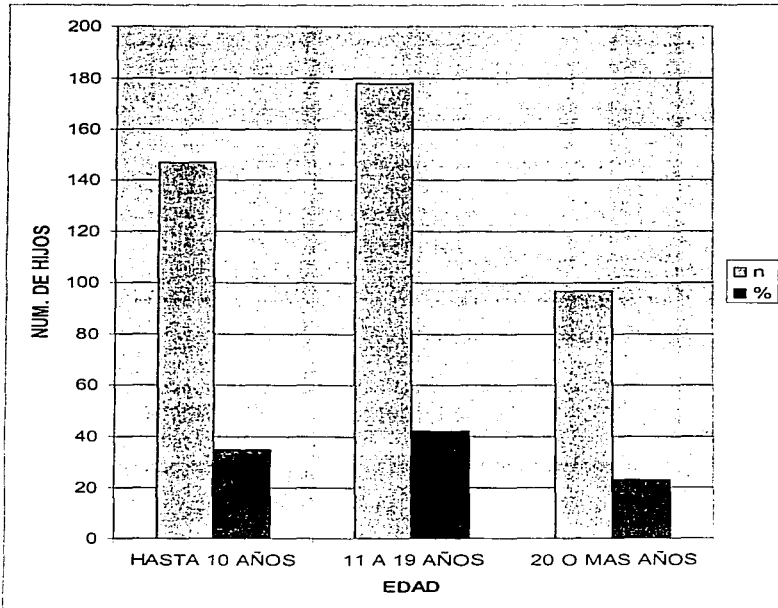
NUMERO DE HIJOS	n	%
HASTA 10 AÑOS	147	35
11 A 19 AÑOS	178	42
20 O MAS AÑOS	97	23
TOTAL	422	100

MODA 13

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS
FAMILIAS QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F.
ISSSTE SATELITE

GRAFICA No. 6

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL C-1 DE U.M.F. SATELITE



CUADRO No. 7

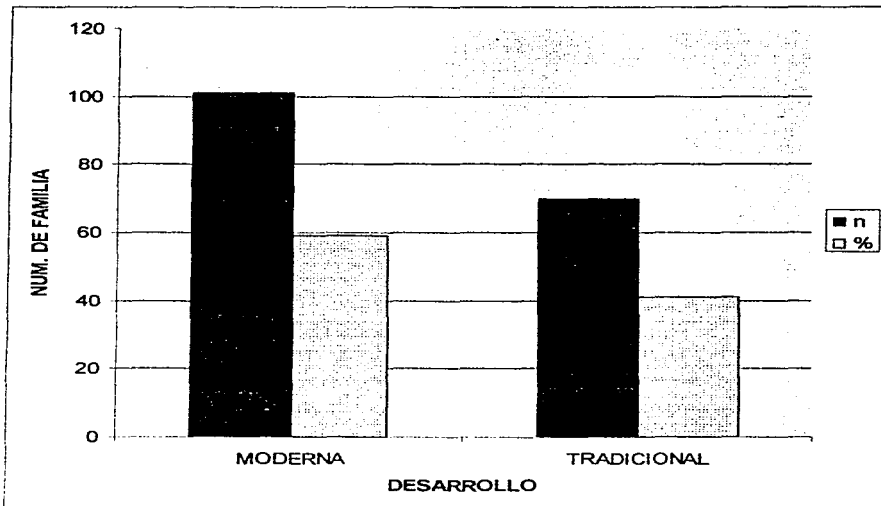
TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 1 DE LA
U.M.F. SATELITE

DESARROLLO	n	%
MODERNA	101	59
TRADICIONAL	70	41
TOTAL	171	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS
QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F. ISSSTE SATELITE.

GRAFICA No. 7

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
ADSCRITOS AL C - 1 DE LA U.M.F.
SATELITE



CUADRO No. 8

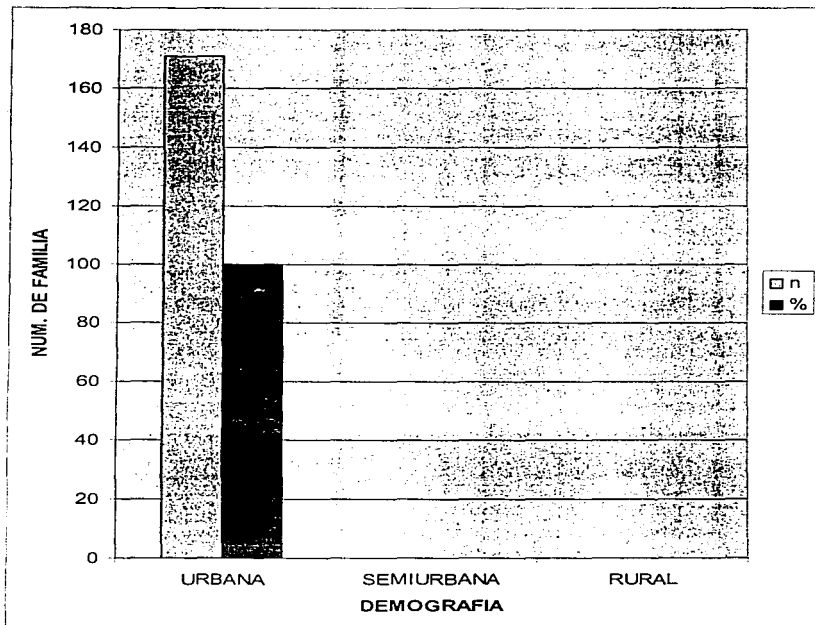
TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU
DEMOGRAFIA ADSCRITAS AL
CONSULTORIO DE LA U.M.F. SATELITE.

DEMOGRAFIA	n	%
URBANA	171	100
SEMIURBANA	0	0
RURAL	0	0
TOTAL	171	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS
FAMILIAS QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA
U.M.F. ISSSTE SATELITE.

GRAFICA No. 8

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFIA ADSCRITOS
AL C-1 DE LA U.M.F. SATELITE



CUADRO No. 9

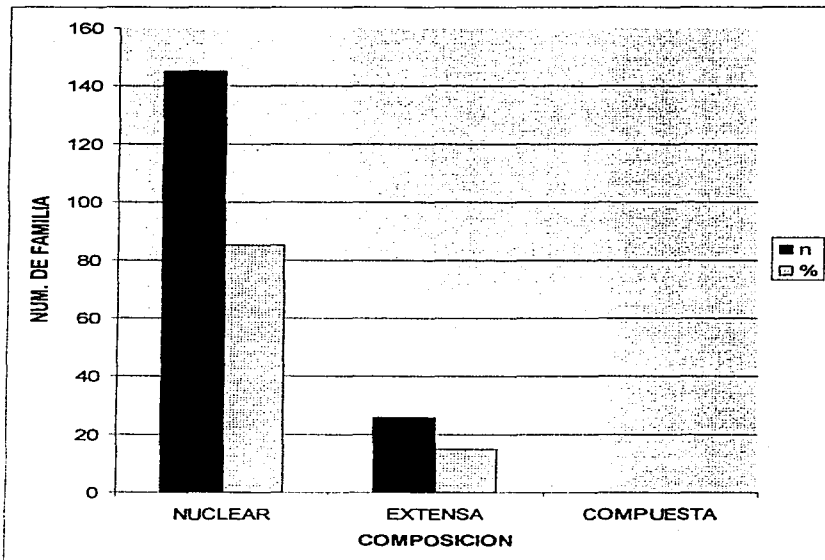
**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 1 DE LA
U.M.F. SATELITE.**

COMPOSICION	n	%
NUCLEAR	145	85
EXTENSA	26	15
COMPUESTA	0	0
TOTAL	171	100

**FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS QUE
ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F. ISSSTE
SATELITE**

GRAFICA No. 9

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICION ADSCRITOS
AL C - 1 DE LA U.M.F. SATELITE



CUADRO No. 10

**INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO No. 1 DE LA U.M.F. SATELITE.**

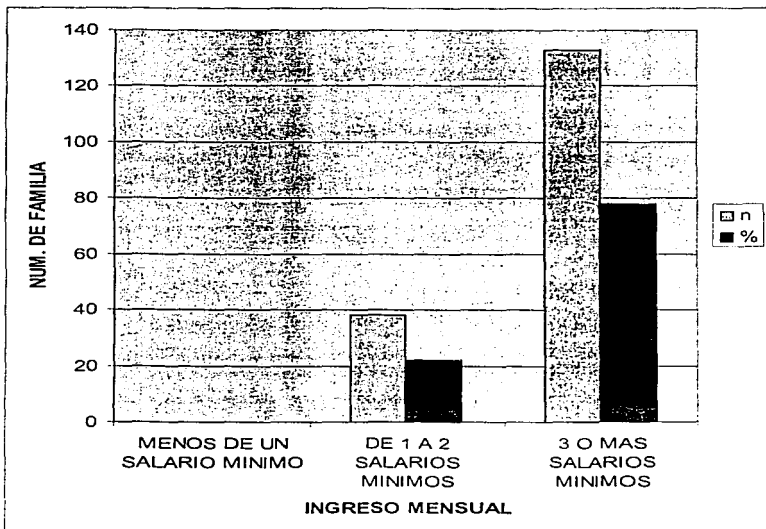
INGRESO MENSUAL	n	%
MENOS DE UN SALARIO MINIMO	0	0
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS	38	22
3 O MAS SALARIOS MINIMOS	133	78
TOTAL	171	100

**FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS QUE
ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F. ISSSTE SATELITE.**

**TESIS CON
FALTA DE PAGOS**

GRAFICA No. 10

**INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS
ALC - I DE LA U.M.F. SATELITE**



TESIS CON
FALTA DE DATOS EN

CUADRO No. 11

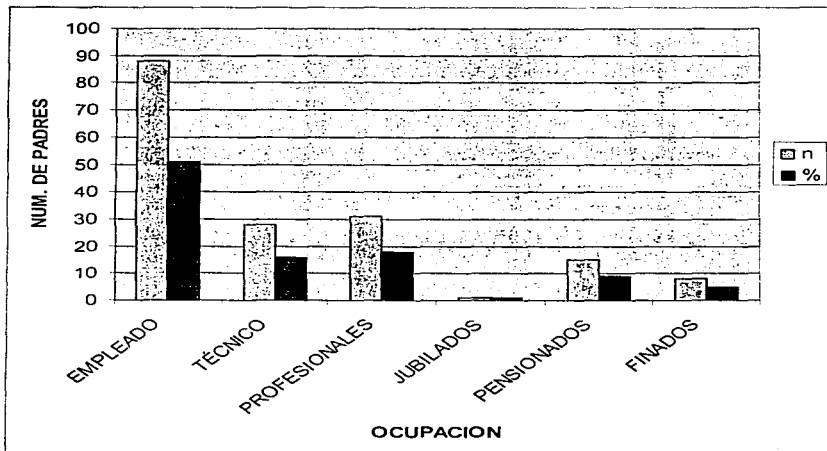
OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA
ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 1 DE LA
U.M.F. SATELITE.

OCUPACIÓN	n	%
EMPLEADO	88	51
TÉCNICO	28	16
PROFESIONALES	31	18
JUBILADOS	1	1
PENSIONADOS	15	9
FINADOS	8	5
TOTAL	171	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS
QUE ACUDEN AL C-1 DE LA U.M.F.
ISSSTE SATELITE.

GRAFICA No. 11

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA ADSCRITOS
AL C - I DE LA U.M.F. SATELITE



TESIS DE GRADUACION
FACULTAD DE CIENCIAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CUADRO No. 12

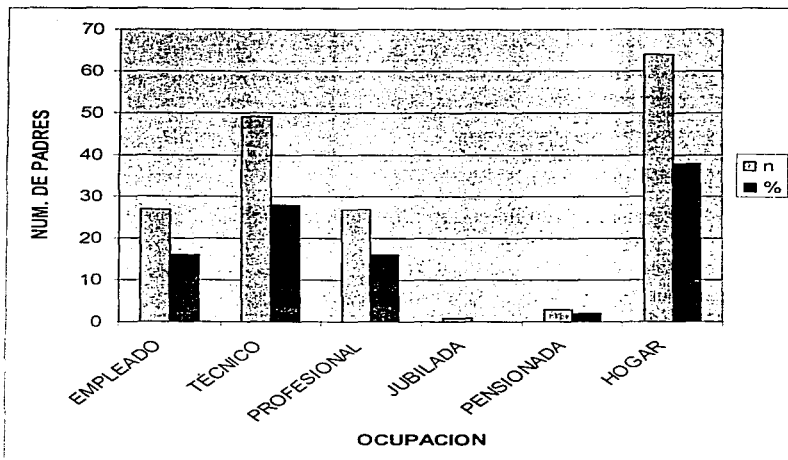
OCUPACION DE LAS MADRES DE
FAMILIA ADSCRITAS AL CONSULTORIO
DE LA U.M.F. SATELITE.

OCUPACIÓN	n	%
EMPLEADO	27	16
TÉCNICO	49	28
PROFESIONAL	27	16
JUBILADA	1	0
PENSIONADA	3	2
HOGAR	64	38
TOTAL	171	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS
FAMILIAS QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA
U.M.F. ISSSTE SATELITE.

GRAFICA No 12

OCUPACION DE LAS MADRES DE FAMILIA ADSCRITAS
AL C - 1 DE LA U.M.F. SATELITE.



CUADRO No. 13

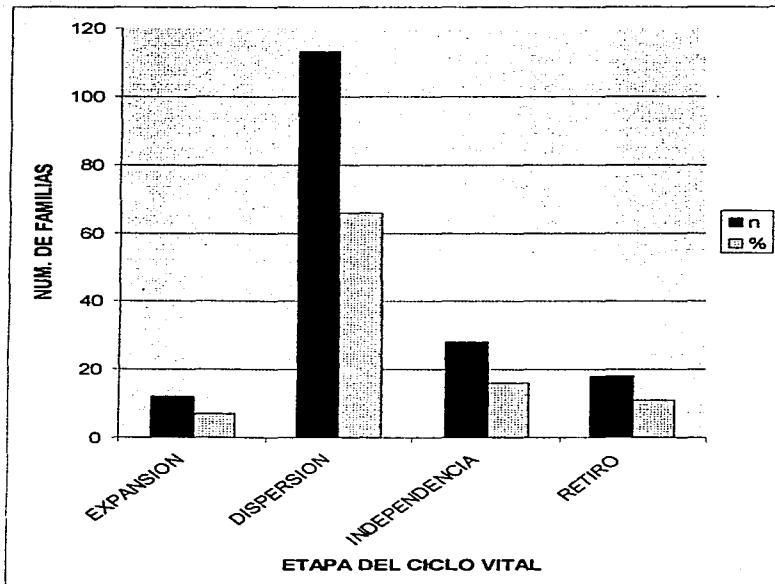
**ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL
CONSULTORIO No. 1 DE LA U.M.F. SATELITE.**

ETAPA DEL CICLO VITAL	n	%
EXPANSION	12	7
DISPERSION	113	66
INDEPENDENCIA	28	16
RETIRO	18	11
TOTAL	171	100

**FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS QUE
QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F. ISSSTE SATELITE**

GRAFICA No. 13

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS
AL C - 1 DE LA U.M.F. SATELITE.



CUADRO No. 14

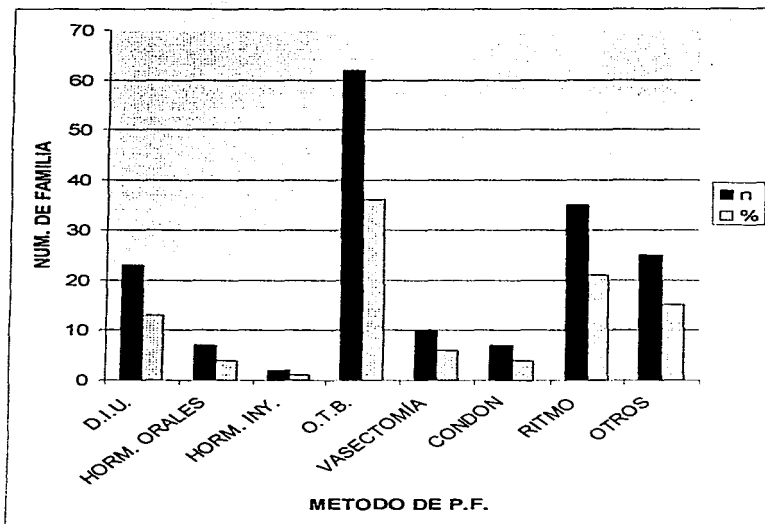
**METODO DE P.F. DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 1
DE LA U.M.F. SATELITE.**

METODO DE P.F.	n	%
D.I.U.	23	13
HORM. ORALES	7	4
HORM. INY.	2	1
O.T.B.	62	36
VASECTOMIA	10	6
CONDON	7	4
RITMO	35	21
OTROS	25	15
TOTAL	171	100

**FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A LAS FAMILIAS
QUE ACUDEN AL C - 1 DE LA U.M.F. ISSSTE
SATELITE.**

GRAFICA No. 14

**METODO DE P.F. DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS
AL C - 1 DE LA U.M.F. SATELITE**



CUADRO No. 15

10 CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTE EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA U.M.F. ISSSTE SATELITE, QUERETARO QRO.

MOTIVO DE CONSULTA	1ª VEZ	SUFS	TOTAL	H		M		8-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-24 AÑOS		25-29 AÑOS		30-34 AÑOS		35-39 AÑOS		40-44 AÑOS		45-49 AÑOS		50-54 AÑOS		55-59 AÑOS		60-64 AÑOS		65-69 AÑOS		70 y MAS AÑOS			
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
IRA	6	52	808	121	487	127	22	164	20	120	13	59	7	32	4	30	35	31	4	54	65	54	65	37	1	19	25	9	1	16	7	11	15	12	15
H.A.S	8	324	347	70	273												17	9	8	2	27	8	20	4	31	9	86	19	37	11	53	15	85	25	
COLICIS	270	22	298	40	258			8	25	21	7	18	6	24	0	21	25	31	105	55	185	28	83	30	10	13	45	6	55	8	25	7	23	14	45
DISPEPSIAS	163	93	256	93	163			2	1	9	35	20	8	12	42	15	6	23	9	22	85	29	11	19	75	31	12	10	4	25	65	19	45	28	13
IVU	173	25	198	37	156	7	35	9	45	15	75	12	6	11	65	14	7	15	75	37	19	33	17	17	85	5	25	6	3	2	1	7	35	6	3
OSTEOARTRITIS	29	141	170	45	130														2	1	11	65	14	85	10	6	21	135	38	32	23	35	49	20	
PARASITOSIS	143	10	153	14	139	23	15	29	19	50	32	18	12	5	25	2	1	4	25	5	35	4	25	3	2	4	25	2	1	3	2			1	1
AFECCION UTERINA	134	17	151	15	136			7	15	3	2	7	45	7	45	13	9	25	165	28	185	27	18	16	12	4	25	9	6	4	25	6	4		
DM	3	132	135	43	92														2	11	5	4	8	8	14	105	49	37	7	5	25	45	23	15	
TAJOS SUPERFICIALES	15	53	68	4	64	12	435	11	95	5	45	11	85	8	65	2	15	8	7	18	15	9	75	13	11	2	15	1	1	2	15	13	11	3	25

FUENTE : HOJA DE INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO ENERO - DICIEMBRE 1998

FIS COM
 DE
 EN

CUADRO 17

ISSSTE PIRAMIDE DE POBLACION DE LA U.M.F SATELITE 1998

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
0 - 4	94	11.87	95	7.25	189	8.99
5 - 9	131	16.54	147	11.22	278	13.23
10 - 14	149	18.81	134	10.23	283	13.46
15 - 19	72	9.09	104	7.94	176	8.37
20 - 24	27	3.41	63	4.81	90	4.28
25 - 29	28	3.54	99	7.56	127	6.04
30 - 34	36	4.55	125	9.54	161	7.66
35 - 39	50	6.31	158	12.06	208	9.9
40 - 44	66	8.33	125	9.54	191	9.09
45 - 49	30	3.79	84	6.41	114	5.42
50 - 54	29	3.66	41	3.13	70	3.33
55 - 59	20	2.53	38	2.9	58	2.76
60 - 64	18	2.27	39	2.98	57	2.71
+ - 65	42	5.3	58	4.43	100	4.76
TOTAL	792	100	1310	100	2102	100

FUENTE : ARCHIVO DE LA U.M.F. SATELITE

INSTITUTO
 DE ESTADÍSTICA
 Y CENSOS

GRAFICA 17

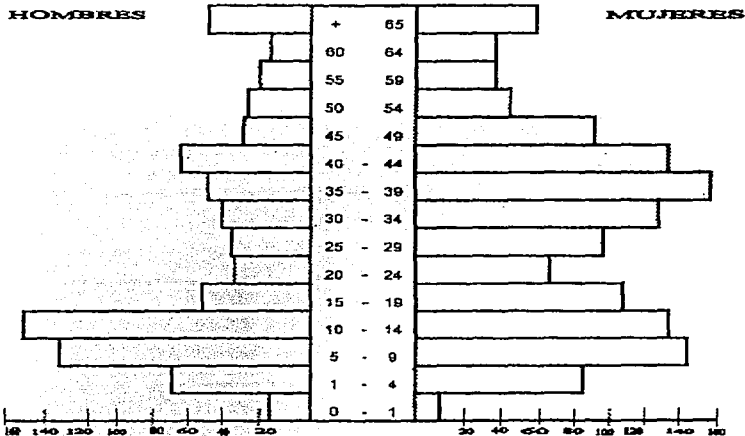
ISSATE
DELEGACION ESTATAL QUERETARO
SUBDELEGACION MEDICA

PIRAMIDE DE POBLACION. DERECHOHABIENTES

U.M.F. SATELITE

1998

GRUPOS DE EDAD



FUENTE: ARCHIVO U.M.F. SATELITE

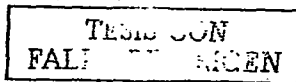
TRABAJOS CON
 FAI

DISCUSION

La visión integradora de todos los conocimientos de la medicina familiar es absolutamente imprescindible para que pueda ser realizada correctamente la función primordial de la medicina. En suma, en este amplio complejo y bellissimo campo de la medicina que es la medicina familiar ; tan solo los esfuerzos aunados de un conjuntos de médicos con dedicación forzosamente diversificada, permitirá realizar la función y que la sociedad reclama que sea de máxima calidad.

Muchas veces el medico en la practica debe tomar decisiones para las que son necesarias las siguientes condiciones: 1) habilidad tal que permita extraer a partir de un cúmulo de signos físicos contradictorios y de los datos de laboratorio obtenido, solo aquellos que son de importancia crucial a la hora de saber si es necesario tratar u observar un caso difícil. 2) capacidad para determinar cuando un indicio clínico merece estudiarse o bien es una "falsa alarma". 3) estar en situación de valorar si el tratamiento propuesto entraña para el paciente un riesgo mayor que la propia enfermedad. (12)

Así pues independientemente de la actitud del paciente el medico debe tener en cuenta el terreno en el que se produce la enfermedad, no solo en relación con el propio paciente sino también en relación con su entorno familiar y social sin el conocimiento de estos hechos, es difícil que el medico establezca una buena relación con el paciente o que pueda obtener una idea clara de su enfermedad.



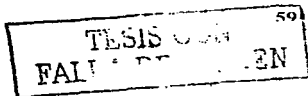
Además de que en la mayoría de los casos la atención medica es un labor de equipo, es fundamental incluso dentro de una situación de grupo, que cada paciente disponga de un medico y que tenga una visión amplia de sus problemas y que se mantenga al tanto de sus reacciones ante la enfermedad, ante los medicamentos administrados y ante los desafíos que se presenten. Por lo tanto el llamado "arte de la medicina" es precisamente esta combinación de conocimiento medico, intuición y buen criterio y es tan necesario para el ejercicio de la medicina como una sólida base científica.

VIII : CONCLUSIONES

Con el presente estudio se deduce que se cuenta con una población económicamente activa, con un buen nivel sociocultural y que la mayor parte de las familias, se encuentran en fase de dispersión con hijos en etapa de crisis en donde las dificultades para adaptarse a las nuevas situaciones son inevitables por lo que hay que tomar medidas dirigidas hacia la orientación familiar.

Otro aspecto importante es que con el conocimiento de nuestra población en riesgo será más fácil implementar programas preventivos por ejemplo: para enfermedades crónico-degenerativas las cuales han mostrado un importante aumento en su incidencia en nuestro país y también persisten aquellas de origen infeccioso-parasitario, las cuales son propias de países como el nuestro y ya que la medicina familiar es el primer nivel de atención y el primer contacto que tiene el paciente al sistema formal de servicios de salud, el médico debe ser capaz de resolver el 85% de los problemas de salud de la población y estar altamente preparado a tono con las exigencias del conocimiento integral del individuo y sus seres cercanos. (6-7) Pues el buen o mal funcionamiento familiar es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad, ya que cuando la familia se enferma se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones (13).

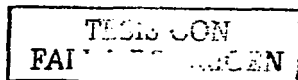
Esta investigación es de gran importancia ya que si en cada servicio se conocieran los indicadores propios de la población que se atiende y se identificaran sus características particulares, se estaría en posibilidad de complementar el trabajo diario con medidas específicas de acuerdo a las necesidades de cada paciente.



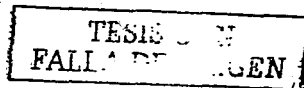
ESTA TESIS NO CALIFICA
DE LA BIBLIOTECA

IX : BIBLIOGRAFIA

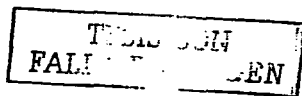
- 1.- Mc. Whinney. Ian R. Principios de la Medicina Familiar. 1ª Edición en Español 1995: 11-23.
- 2.- Irigoyen C. A. Fernández O. M. Mazón R. J. Reyes T. J. Noel M. C. Esteban H. R. Fundamentos de Medicina Familiar. La Familia 3ª Ed. México: Editorial Med. Nac. Mex. 1995: 1-7.
- 3.- Minuchin S. Familias y Terapias Familiar. 5ª Edición. Barcelona: Editorial Gedisa, 1995: 78-88.
- 4.- Haq C. Ventres W. Hunt V. et al. Salud y Sociedad "Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo". Bol. Oficina Panamericana. 1996; 120 (1): 44 - 57.
- 5.- Lifshitz A. Comentario al libro "La Educación Medica y la Salud en Mex." rev. fac. Med. UNAM 1996; 39 (3): 120-121.
- 6.- Guerra y Guitlens J.F. Referencia y contra referencia de un primer nivel a un segundo y tercer nivel de atención de pacientes de la clínica Moctezuma. Tesis de Especialidad de Medicina Familiar UNAM, México: 1995: 2-12
- 7.- Irigoyen C. A., Landgrave I. S. Gómez C. F. Mazón R. J. Hernández T. I. Bonilla G. I. veinte años de investigación en la Medicina Familiar Mexicana. Primer inventario interinstitucional IMSS, ISSSTE, SSA. Primera Edición. Edit. Medicina Fam. Mex. México, Prólogo Arechiga Urtuzuástegui H. 1993
- 8.- Jiménez C. Lorenzo A., Segura E. Suarez P. Duarte A., Hernández T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria 1993; 12 (5): 269-273.
- 9.- Pazarin Y. Barral C. Panella H., et. al. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. Atención Primaria. 1996; 17 (7): 47-61.



- 10.- Delgado A. López L.A. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria 1992; 9 (8) : 455-459.
- 11.- López M.S. Factores de riesgo en la comunidad. Atención Primaria de salud 1998; 52-53
- 12.- Thompson L Troy II Tratamiento de la paciente difícil. Mundo Médico 1993; 20: 51-62.
- 13.- Velasco O. R. Chávez A. V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. rev. Med. IMSS 1994; 32 : 271-275.
- 14.- Ruiz CH. M. Una reflexión sobre el renovado quehacer de la medicina. Gaceta Médica Mexicana 1995; 2: 131-139.
- 15.- Martínez C. F. El hombre y su padecer, centro de una nueva medicina. Médico Moderno 1995; 2: 22-60.
- 16.- Leal R. J. La comunicación, llave del éxito. Médico Moderno 1997; 8: 20-32.
- 17.- Chávez A. H. Roselis B. M. La relación médico paciente. Un enfoque comunicacional. rev. médica IMSS 1994; 32 : 179-182.
- 18.- Agreda P. J. et al.- Demanda de consultas medicas de atención primaria en Navarra. Atención Primaria. 1995; 16 (3) : 125-126.
- 19.- Departamento de Estadística y Epidemiología de la Subdelegación Médica del I.S.S.S.T.E. Qro.,



ANEXOS



HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil:		
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Venido		
Años de Unión Conyugal:		
Educabilidad:		
Básica		
Media		
Media Superior & Técnica		
Superior		
Edad del padre:	[\bar{x}]	[σ]
Edad de la Madre:		
Método de Planificación Familiar:		
OIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
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):		

	No.	%
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Desarrollo:		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

63

FAMILIAR
 ESTUDIO
 EN

