



112 26
55
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
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

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
QUERETARO; QUERETARO

MOSAMEF

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA



DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL ISSSTE
QUERETARO, QRO.

DRA. JUANA NORIEGA CAUDILLO

QUERETARO; QUERETARO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

M O S A M E F

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

PRESENTA

DRA. JUANA NORIEGA CAUDILLO

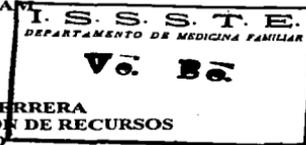
AUTORIZACIONES

Campos
DRA. ANA MARIA MONTES CAMPOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
EN QUERETARO; QUERETARO
ASESOR DE TESIS

Carpijo
DR. JORGE VAZQUEZ CARPIZO
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
EN QUERTARO; QUERETARO.
ASESOR DE TESIS

Guerrero
DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
ASESOR DE TESIS

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



QUERETARO: QUERETARO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1999

MOSAMEF

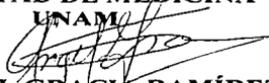
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DRA JUANA NORIEGA CAUDILLO**

AUTORIZACIONES

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


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


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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

C

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por la gran fortaleza que me da para seguir, a pesar de las adversidades.

A MIS PADRES:

A quienes admiro profundamente por el gran amor que profesan a sus hijos. Les doy gracias por brindarme la oportunidad de ser alguien, y estar junto a mi en todos los momentos de mi vida. Por su gran fe en Dios.

A MI ESPOSO:

Por su amor, paciencia y la fuerza que me ha brindado para seguir adelante en mi superación personal y profesional.

A MIS HERMANOS :

Jesús, Micaela, Leobardo, Angel, Luis, Ramón, y Lulu por ser mi familia, estar siempre conmigo y darme su cariño.

A MI HERMANITO RAÚL:

Quién esta con DIOS, pero siempre permanecera en mi corazón .

A MIS HERMANOS AURORA Y CARLOS:

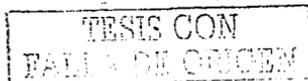
Por creer en mí, cobijarme con su amor, pero sobre todo por su amor a DIOS y a sus semejantes.

A MIS SOBRINOS:

Por el cariño que me dan en todo momento.

A MI MAESTRO DR. EDUARDO BARREIRA:

Con respeto y admiración .



INDICE

I	MARCO TEORICO	1
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
III	JUSTIFICACIÓN	18
IV	OBJETIVOS	19
V	MATERIAL Y METODOS	20
	a) Tipo de estudio	
	b) Población lugar y tiempo	
	c) Tipo de muestra	
	d) Tamaño de la muestra	
	e) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
	f) Variables	
	g) Procedimientos de captación de la información.	
	h) Aspectos Eticos	
	i) Recursos	
VI	RESULTADOS	27
	a) Pirámide Poblacional	
	b) Estudio de Comunidad	
	c) Identificación de Causas de Consulta	
	d) Tablas y gráficas	
	e) Análisis de Resultados	
	f) Conclusiones	
	g) Referencias Bibliográficas	
	h) Anexos	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

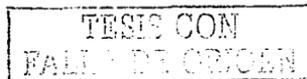
MARCO TEORICO

La Medicina de Familia surge como especialidad a finales de la década de los sesenta, como disciplina académica, ha proporcionado una ampliación del concepto de la salud y un avance del conocimiento médico en diversas áreas; adopto un modelo más ecológico o biopsicosocial, el cual considera la salud como un estado natural que se ve afectado por diversos factores interrelacionados; como es el entorno físico y social, la herencia, estilo de vida personal y el acceso a los servicios de salud.

Es fundamental también un enfoque holístico del individuo, una creencia en la promoción de la salud; la prevención de la enfermedad y el cuidado del paciente en el contexto de la familia y la comunidad. (1)

Como consecuencia de todo esto es necesario que la Medicina de Familia tenga como aliado a un profesional, con sólida formación clínica que le permita prestar una atención efectiva y eficiente y en lo cual la relación Médico-Paciente ocupe un lugar privilegiado en su práctica diaria, así como otros elementos que deben hacer su espacio en él, como son el trabajo en equipo, la docencia, e investigación y la garantía de calidad que suelen estar relacionados en mayor o menor grado con la práctica del Médico de Familia. (2)

El médico especialista en Medicina de Familia asume como objetivos básicos de su actividad la atención individual, integral, integrada, con un enfoque de prevención y de promoción de la salud y tomando a la familia como una unidad de atención. (3)



La Medicina Familiar comprende una serie de actividades fundamentales en tres ejes:

I.- ESTUDIO DE LA FAMILIA

Que permite el entendimiento del entorno biopsicosocial en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo.

II.- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Que favorece el seguimiento del proceso Salud- Enfermedad de los individuos sin importar edad, sexo y / o naturaleza de la enfermedad.

III.- ACCION ANTICIPATORIA

Basada en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de atención y medidas preventivas en la población expuesta. (4)

ESTUDIO DE LA FAMILIA.

Por FAMILIA se entiende la unidad biopsicosocial , integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculo de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable y que conviven en un mismo hogar. La concepción sistémica de la institución familiar la plantea como un subsistema social abierto en constante interacción con el medio natural, cultural y social , en el que cada uno de sus integrantes interactúa como microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos , psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para la atención familiar: se requiere de la comprensión de conceptos básicos como:

- _ La Estructura Familiar**
- _ El Ciclo Vital de la Familia**
- _ Los Recursos y Función Familiar**

Estudio de la Estructura Familiar:

Nos da a conocer quién la conforma , que tipo de vínculos la unen, quién habita en el hogar, ya que sin conocer este armazón familiar, no se pueden investigar las relaciones, roles o funciones.

La estructura familiar es un fenómeno dinámico que cambia en relación con el momento en que se estudia, en la etapa del ciclo vital en que se encuentra o con determinados acontecimientos vitales a los que se puede ver sometida la familia.

La composición familiar es un elemento a tener en cuenta como factor etiológico sobretodo en el caso de patologías psicosociales. (3)

Tipos de Familia:

Por su desarrollo:

Moderna: caracterizada porque la madre labora fuera del hogar en iguales condiciones que el padre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tradicional : el proveedor casi siempre esta constituido por el padre.

Arcaica ó primitiva: familia campesina cuyo sostenimiento se produce por lo s productos de la tierra que laboran.

Por su demografía:

Urbana: vive en las ciudades con todos ó la mayoría de los servicios domésticos y sociales.

Rural: vive en medio de poco desarrollo sociocultural, comunidades pequeñas, carece de los servicios básicos de la urbanización.

Por su integración:

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

Semiintegrada: Los cónyuges viven juntos, pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Desintegrada: ausencia de uno de los cónyuges, por muerte, separación, divorcio, abandono.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por su Tipología:

Campesina

Obrera

Profesional.

Por su estructura:

Nuclear: formada por el padre, la madre y los hijos.

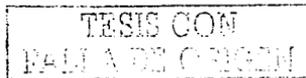
Extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.

Extensa compuesta: Además de los que incluye la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como amigos y compadres. (5)

La familia nuclear se ha convertido en la nueva forma de estructura familiar, pero su sola identificación no permite tomar decisiones en el campo de la salud, por lo que se ha establecido una nueva clasificación demográfica

Familia extensa:

Aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en un mismo hogar más de dos generaciones.



Familia nuclear:

Formada por dos individuos de distinto sexo, que ejercen el papel de padres, y sus hijos.

- **Familia Nuclear con parientes próximos:** familia que tiene en la misma localidad a otros miembros familiares.
- **Familia nuclear sin parientes próximos:** familia que no tiene otros miembros en la misma localidad.
- **Familia nuclear numerosa:** formada por los padres y más de cuatro hijos.
- **Familia nuclear ampliada:** cuando en el hogar conviven otras personas: Parientes (abuelo, tío, etc.), Agregados: (personas sin vínculo consanguíneo. servicio domestico, huéspedes, etc.).
- **Familia binuclear:** cuando después de un divorcio uno de los cónyuge se ha vuelto a casar y conviven en un mismo hogar hijos de distinto progenitor.

Familia monoparental:

constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Personas sin familia:

aquí se incluyen al adulto sin pareja, al separado, o al viudo sin hijos y los jóvenes que por necesidades de trabajo viven de ese modo, sin implicar el rechazo hacia el modo de vida familiar.

Equivalentes familiares:

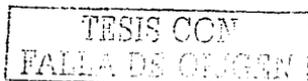
individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que conviven en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad.

Ciclo Vital de la familia

La atención longitudinal debe tener en cuenta que la familia tiene una historia natural que la hace transitar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios; estas etapas conforman el Ciclo Vital de la Familia. En cada etapa del ciclo vital se dan circunstancias específicas que intervienen en el proceso de salud y enfermedad de la familia (Tennyson Williams 1983). (3)

Esquema propuesto por Geyman en 1983 :

a).- Fase de matrimonio: se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.



b).- Fase de expansión: momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.

c).- Fase de dispersión: todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

d).- Fase de Independencia: al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias.

e).- Fase de retiro y muerte: se observa el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizan la fase de matrimonio con la incertidumbre y nostalgia que con frecuencia se ve marcada en esta fase de desarrollo familiar. (6)

El ciclo Vital se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.

Este concepto de disolución se encuentra establecido en la clasificación modificada de la OMS del ciclo vital de la familia.

ETAPA	DESDE	HASTA
I Formación	Matrimonio	Nacimiento del 1er hijo
IIa Extensión	Nacimiento del 1er hijo	1er hijo tiene 11 años
IIb Extensión	1er hijo tiene 11 años	Nacimiento ultimo hijo
III Final de extensión	Nacimiento ultimo hijo	1er hijo abandona el hogar
IV Contracción	1er hijo abandona hogar	Ultimo hijo abandona hogar
Final de contracción	Ultimo hijo abandona hogar	Muerte 1er cónyuge
Disolución	Muerte 1er cónyuge	Muerte cónyuge.(5).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Investigación de los Recursos Familiares

Ante una enfermedad, un conflicto o una crisis ponemos en marcha una serie de mecanismos defensivos de adaptación, una serie de instrumentos económicos, afectivos, de conducta, etc. que denominamos Recursos.

Los recursos pueden ser: personales, familiares y externos.

Cuando somos incapaces de dar respuesta de forma personal a una situación conflictiva, solemos recurrir a la familia.

Los médicos y los pacientes han considerado a la familia como el más importante de los recursos, ya que la cohesión familiar, el amor y el afecto son recursos inestimables.

Entre los recursos externos incluimos los servicios de comunidad, los profesionales de la salud, los vecinos etc.

Función familiar

Por función familiar entendemos las tareas y actividades que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el rol que desempeñan en la unión familiar, que le permite alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos.

Resulta difícil estudiar las funciones familiares, ya que no son inmutables ni universales, de manera que el momento histórico en que se analizan, su etnia, clase social, cultura o etapa del ciclo vital en que se encuentre puede cambiarlas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El funcionamiento de la familia se da en distintas áreas:

Psicobiológica: en la que se cumplen las funciones de Reproducción, crecimiento y desarrollo de los niños, adolescentes y jóvenes, la madurez psicobiológica.

Sociocultural y Educativa: preside la transferencia de conocimientos, habilidades, creencias y valores que definen el estilo de vida del grupo familiar.

Económica: capacidad de producción y consumo.

Existen seis funciones básicas de la familia que se deben tomar en cuenta para la evaluación de la función familiar:

- 1.- **Comunicación:** gracias a esta conocemos las demás.
- 2.- **Afectividad:** relación de cariño, o amor que existe entre los miembros de la familia.
- 3.- **Apoyo:** la familia brinda apoyo a los miembros que lo necesitan.
- 4.- **Adaptabilidad:** La familia se expone a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder a una variedad de estímulos.
- 5.- **Autonomía:** Todos los componentes de la familia necesitan cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y maduración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.- Reglas y normas: Las familias establecen reglas y normas de comportamiento, que permiten mantener con armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar.

La familia mantiene su equilibrio por medio de una dinámica interna que regula las relaciones entre sus componentes y la de estos con el medio exterior. El mantenimiento de su homeostasia es un requisito indispensable para ejercer sus funciones y utilizar todos los recursos necesarios para mantenerla. Entre los elementos que afectan la dinámica familiar conviene destacar dos: los cambios que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital de la familia y los acontecimientos vitales estresantes.

Si se sospecha de disfunción familiar debemos evaluar grado de alteración y elementos de función familiar que se encuentran alterados

Para lo cual recurrimos a métodos como:

Entrevista clínica

Genograma

Estudio del Ciclo Vital

Cuestionario para medir apoyo social

Algunos Test miden directamente la función familiar como el Índice Apgar familiar de Smilkstein, y las encuestas, entrevista familiar nos apoyan para conocer el grado y extensión de la disfunción. (3)

TESIS CON
FALLA DE CENSO

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

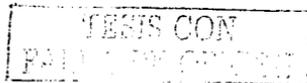
La esencia de la Medicina Familiar es la Continuidad de la Atención, donde la función Primaria del Médico Familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles como prevenir o reducir las posibilidades de futuras enfermedades.

La continuidad de la Atención interviene en todos los aspectos de la Medicina Familiar en el primer contacto: indica que el Médico Familiar es el primer médico a quién el paciente consulta, a partir de esto implica la responsabilidad de ser consejero, interprete e integrador de la atención, sin importar donde se encuentre y cuando este problema se resuelva estar disponible para ayudar en el siguiente.

Mc Whinney recalca que la relación del paciente con el Médico Familiar no esta limitada por la duración de la enfermedad, termina cuando el médico o el paciente deciden finalizarla, alguno de ellos muere o cuando el médico deja de ejercer, de otro modo la atención debe seguir ya sea directa o a través de los colegas que este recomiende.

La Continuidad de la Atención tiene cuatro dimensiones:

- **Cronológica:** incluye los aspectos de la atención que se relacionan con el crecimiento y desarrollo humano, ya sea del individuo o de la familia.
- **Geográfica:** proporcionar atención primaria independiente del lugar en que se encuentre el paciente.
- **Interdisciplinaria:** el Médico Familiar puede necesitar el manejar enfermedades de diversos aparatos y sistemas, apoyar al paciente para que maneje los problemas de su vida que pueden o no estar



relacionados con la enfermedad y manejar enfermedades en otros miembros de la familia, además coordinar estas actividades para mantener u buen funcionamiento familiar.

- **Interpersonal: que contiene tres elementos:**

1.- **Relación Médico-Paciente:** implica el establecimiento de un punto de confianza y simpatía mutuo; o como Carmicael lo describió: " Esa relación de pertenencia".

2.- **Comprensión de las relaciones familiares.**

3.- **Relaciones interprofesionales. (7)**

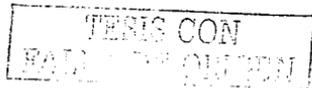
ACCION ANTICIPATORIA

Basada en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de atención y medidas preventivas en la población expuesta.

La conferencia de Alma Ata realizada en 1978, expreso que la Atención Primaria es la estrategia mediante la cual debe lograrse la cobertura universal de los servicios médicos. (4)

La conferencia de la OMS- UNICEF de Alma Ata definio a la APS como:

"La asistencia esencial basada en métodos y tecnológicos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar en todos y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación ". (8)



La atención Primaria de la Salud debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y los problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben abordarse a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

Las consultas de Atención Primaria constituyen el ámbito principal donde ha de producirse la integración real de las actividades de promoción, prevención asistenciales, de rehabilitación.

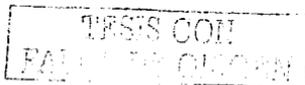
La organización de los equipos de Atención Primaria debe permitir poner en práctica una adecuada división funcional del trabajo según las aptitudes, actitudes y disponibilidad de sus componentes, de forma que las actividades pueden llevarse a cabo de la manera más adecuada. (9)

Cada país ha de determinar cuáles son las vías concretas de desarrollo de la APS más adecuadas, para sus circunstancias socioeconómicas y culturales, así como para las características de su sistema sanitario.

En los países subdesarrollados o en vías de desarrollo las dificultades para conseguir los objetivos de la APS tienen origen múltiple: en muchos casos la pobreza y sus secuelas de malnutrición, falta de agua potable, inexistencia casi total de infraestructura sanitaria son obstáculos difícilmente salvables, sumándose con frecuencia la gestión y la utilización incorrecta de los recursos disponibles.

En países desarrollados, la propia inercia de los potentes sistemas de salud centrados en la asistencia hospitalaria y especializada puede ser el obstáculo principal para la implantación de la estrategia de la APS.

Es importante no perder de vista que la implantación de una verdadera APS no es una cuestión que pueda resolverse sólo mediante disposiciones



legales y administrativas de mayor o menor rango. Alcanzar un desarrollo adecuado de la APS es un objetivo a medio y largo plazo hacia el que hay que dirigirse introduciendo modificaciones progresivas en los actuales servicios sanitarios, poniendo especial cuidado en que éstas no nos alejen de dicho objetivo, en lugar de aproximarnos. (8)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Reino Unido el servicio Nacional de Salud asume la provisión de atención médica a la población con una sólida base en la Medicina de Familia. (10)

En el Reino Unido la experiencia de relacionar los efectos de la desigualdad social y la pobreza con el proceso salud-enfermedad tiene una historia centenaria.

En la Conferencia Internacional sobre promoción de la salud celebrada en Ottawa en 1986 se concluyó que la salud es la fuente de riqueza de las naciones, identificando como elementos que la sustentan educación, ingreso, vivienda, alimentación y un ecosistema estable. (11)

La plataforma mundial de Acción, adaptada en Pekín durante la cuarta Conferencia de la Mujer en 1995 estableció: que la igualdad en el acceso a la educación para las mujeres es uno de los medios más efectivos para lograr el desarrollo sostenible de las naciones. (12)

Existe un marcado interés por desarrollar investigaciones que faciliten la comprensión de las múltiples relaciones entre condiciones de salud y características socioeconómicas de la población. De las investigaciones más significativas realizadas en México pueden citarse las publicadas para la coordinación general del plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginales (COPLAMAR) en 1982 y los trabajos de Frenk, Infante, Scheingart Cervantes, Ochoa-Díaz y Boltvnik; estos estudios señalan que la desigualdad social, inequidad, marginación y pobreza se relacionan con el proceso salud enfermedad desde perspectivas teóricas, metodológicas y empíricas. (11)

TESIS CON
FALSA ORIGEN

Por lo tanto es necesario conocer las características de nuestras familias, para así crear las estrategias necesarias para su atención.

**¿ CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES,
ECONÓMICAS Y LAS 10 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES
DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 5 DE LA CLÍNICA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE QUERÉTARO ¿**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

Desde los orígenes de la Epidemiología se ha considerado que la desigual distribución de la enfermedad es un reflejo de las desigualdades existentes en la propia estructura social. (3)

Uno de los elementos que caracterizan a la atención Primaria a la Salud (APS), es el integral que considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial. Las esferas biológicas, psicológica y social no son independientes o tangenciales, sino que se interseccionan en las personas y sus problemas de salud. (8)

Al tener un acontecimiento vital estresante la familia entra en crisis, es decir se afecta su funcionamiento, se alteran sus roles, impidiéndole resolver el problema. (3)

Reconocemos entonces que las sucesivas crisis económicas han producido un marcado debilitamiento en las diversas formas de vida y organización familiar.

Entre 1982 y 1991 las familias mexicanas de las zonas urbanas mostraban rasgos significativos de deterioro económico. En 1990 los ingresos económicos presentaban una distribución polarizada donde el 2.84% de la población se benefició con el 78.55% de ingreso, mientras que el 41.46 de la población trabajadora obtuvo entre uno y dos salarios mínimos lo que equivale al 4.48% del ingreso nacional. (11)

Todo lo anterior justifica la realización de este estudio en nuestras familias.

TESIS CON
FALLA ORIGINAL

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer en las familias del Consultorio 5 de la Clínica de Medicina Familiar Querétaro las características biosociales y económicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1).- **Determinar la población usuaria del consultorio 5**
- 2).- **Identificar el tipo de familia**
- 3).- **Conocer la estructura familiar.**
- 4).- **Detectar los ingresos familiares mensuales.**
- 5).- **Grado de escolaridad de los padres**
- 6).- **Métodos de planificación familiar utilizados.**
- 7).- **Estado Civil**
- 8).- **Años de Unión Conyugal**
- 9).- **Edad de los padres**
- 10).- **Etapa del Ciclo Vital**
- 11).- **Edad de los hijos.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, Retrospectivo y Transversal.

Se fundamenta en tres estrategias:

Censo Poblacional

Estudio de Comunidad

Identificación de las Causas de Consulta

Se obtuvieron los datos de la población usuaria cuantificando los expedientes asignados al C-5 de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Querétaro. Se tomo el sexo y edad del derechohabiente por grupos etáreos.

CENSO POBLACIONAL

Se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas (escolaridad, estado civil, años de unión conyugal, edad del padre, de la madre etc.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO DE COMUNIDAD

Se estudiaron a 180 familias adscritas al consultorio 5 a través de entrevista dirigida a quienes se les aplico " Identificación Familiar" Irigoyen-Gómez.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTA

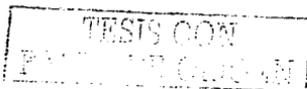
Se identificaron las 10 Causas de Consulta revisando las hojas de Informes Diarios de Labores del Médico las cuales se recopilaron de forma manual.

POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO

El estudio se realizo en la población adscrita al C-5 de la Clínica de Medicina familiar del ISSSTE Querétaro durante el periodo de Enero a Diciembre de 1998.

TIPO DE MUESTRA

La muestra esta representada por las familias derechohabientes del C-5 que acuden a consulta a la Clínica de Medicina Familiar de forma consecutiva.



TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomaron 180 familias para este estudio de un total de 900 familias adscritas al C-5

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Derechohabientes del consultorio 5 de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Querétaro.

Que cuenten con expediente clínico

Ambos sexos

Que acepten responder la encuesta

Que asistieron a consulta en periodo de Enero- Diciembre 1998

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Población no usuaria

Derechohabientes que no cuentan con expediente clínico.

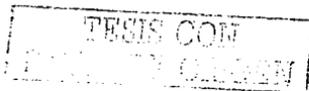
Derechohabientes que no aceptan la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Expedientes incompletos

Expedientes dados de baja

Encuesta incompleta



VARIABLES

Para el censo poblacional se efectúan de tipo:

Cuantitativo:

Número total de individuos

Número total de individuos del sexo masculino

Número total de individuos del sexo femenino

Número total de individuos del sexo masculino por grupo étnico

Número total de individuos del sexo femenino por grupo étnico.

Cualitativo:

Tipología de la familia

Escolaridad de la familia

Para el estudio de Comunidad

Son variables cuantitativas en escala nominal

Estado civil

Escolaridad

Años de unión conyugal

Edad del padre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Edad de la madre

Número de hijos (de 0 a 10 años d edad)

Numero 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 familiar

Métodos de planificación familiar

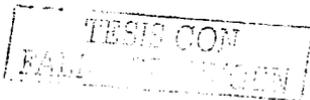
Para la identificación de las causas de consulta se tomaron en cuenta variables cuantitativas en escala nominal.

Las 10 causas de consulta por grupos de edad y sexo.

PROCEDIMIENTOS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el Censo Poblacional:

En el archivo clínico de la unidad, se identificaron los expedientes de los derechohabientes del C-5 encontrándose 5,286 adscritos. Se clasificaron los expedientes por núcleos familiares, agrupándose 900 familias.



Para el estudio de Comunidad.

La recolección de datos se efectuó por el Médico responsable a través de entrevista dirigida a pacientes que acudieron a consulta, anotando la información en el cuestionario de "Identificación Familiar".

Identificación de las Causas de Consulta

Se recopiló la información de la hoja de Informe de actividades diarias del médico durante el periodo de Enero-Diciembre 1998.

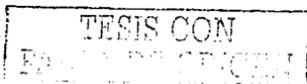
ASPECTOS ETICOS

Para la realización de los estudios de investigación, el investigador se hará responsable de cumplir con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 y posteriormente Tokio en 1975, así como con las normas específicas del país en que se realice el estudio.

En lo que respecta a este estudio se considera que no representa ningún riesgo para la salud, ya que no se invade la integridad física ni mental del paciente.

En cuanto al consentimiento informado se refiere, en este estudio no es necesario.

En el artículo 15 del resumen del comunicado de la SSA, una traducción de las declaraciones de Helsinki de 1964, menciona que el Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias del presente acuerdo sobre las áreas ó modalidades de la investigación en que considere que es necesario. Entre estas disposiciones estarán las de



bioseguridad, en las que se tomaran en cuenta. Ingeniería Genética; Investigación con géneros patógenos e investigación de radio isótopos.

Por lo anterior reconocemos que en este estudio no se identifican implicaciones medicas de bioseguridad.

RECURSOS

Recursos Humanos:

Médico responsable de la investigación.

Con relación a los recursos materiales y presupuesto, este proyecto contempla gastos que son aportados por el investigador responsable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Del Censo Poblacional se obtuvieron los siguientes resultados:

Pirámide Poblacional por edad y sexo. (tabla y gráfica 1)

El Consultorio 5 cuenta con 5,286 pacientes de los cuales 2206 son masculinos (41.73%) y 3,080 son femeninos (58.26 %)

Estudio de Comunidad.

El comportamiento por mes de la consulta (gráfica y tabla 2) es predominante la de primera vez sobre la subsecuente.

En lo que respecta al Estado Civil y Años de unión Conyugal (gráfica y tabla 3 y 4) el 79% de la población de este consultorio son casados y donde la mayoría de las familias tienen de 0-24 años de unión conyugal.

La Etapa del Ciclo Vital de las familias (gráfica y tabla 5), nos muestra que el 76% de estas se encuentran en periodo de expansión y un 13% en periodo de independencia.

Tipo de Familia: La mayoría son Modernas (87.78%), Nucleares el (77.78%) y Urbanas (88.89%), (gráfica y tabla 6); con Edades de los Padres entre los 30 y 49 años (gráfica y tabla 7).

En cuanto a la Escolaridad de los Padres un 42% de las madres tienen Educación Media superior ó Técnica y un 22% Educación Superior, en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caso de los padres el 36% es por igual en los dos niveles (gráfica y tabla 8).

Ocupación de los Padres. El 48% de los padres y un 26% de las madres son Empleados; y el 34% por igual en padres y madres que son Profesionistas (tabla y gráfica 9).

Los Ingresos Económicos son de 3 ó más salarios mínimos (tabla y gráfica 10).

En estas familias el 40% de los hijos son mayores de 20 años, seguidos por los de 11 a 19 años (gráfica y tabla 11).

Los Métodos de Planificación Familiar más usados son los definitivos en lo que respecta a la mujer 32%, la Vasectomía se realizo en 8 casos (4%) (tabla y gráfica 12).

Las 10 causas de Consulta más frecuentes:

La principal causa de consulta fueron las infecciones de vías respiratorias.

La Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus ocupan el segundo y tercer lugar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.S.S.S.T.E. Delegación Estatal Querétaro Clínica de Medicina Familiar.
 Piramide Poblacional por grupo de edad y sexo Consultorio 5

28-1

Tabla No. 1

Edad	Masculino	Femenino
0 1	23	13
1 4	152	146
5 9	339	338
10 14	267	274
15 19	216	216
20 24	102	155
25 29	147	278
30 34	193	346
35 39	186	369
40 44	157	279
45 49	102	180
50 54	127	204
55 59	46	38
60 64	44	67
65 +	105	177

Subtotal =	2206	3080
------------	------	------

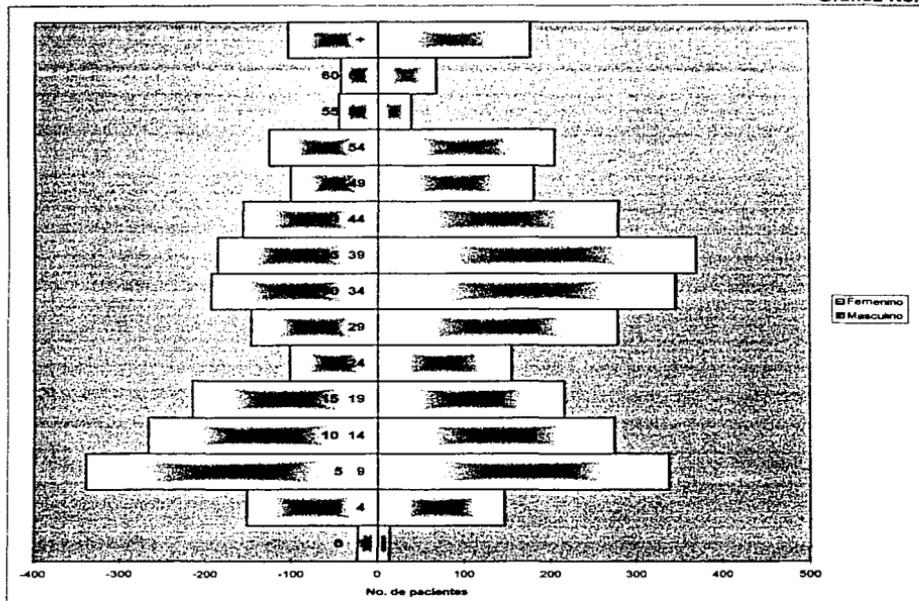
Total =	5286	
---------	------	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: Expedientes

I.S.S.S.T.E. Delegación Estatal Querétaro Clínica de Medicina Familiar.
 Pirámide Poblacional por grupo de edad y sexo Consultorio 5

Grafica No. 1



Fuente: Expedientes

En esta grafica podemos identificar que existen dos grupos que predominan, el primero comprendido entre los 5 y los 19 años y el segundo entre 25 a 44 años.

Observando que en la edad de 35 a 39 años hay mas hombres que mujeres.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Consultas por mes en 1998 del consultorio 5

Clinica de Medicina Familiar

ISSSTÉ Querétaro

28-3

Tabla No. 2

Consultas	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Primera vez	324	285	252	295	245	276	215	156	169	137	218	203
Subsecuente	126	56	55	55	53	78	110	48	37	31	34	41
Total	450	341	307	350	298	354	325	184	206	168	252	244
%	12.9%	9.8%	8.8%	10.1%	8.4%	10.2%	9.3%	5.3%	5.9%	4.8%	7.2%	7.0%

Total de Consultas	3479
% Total	100%

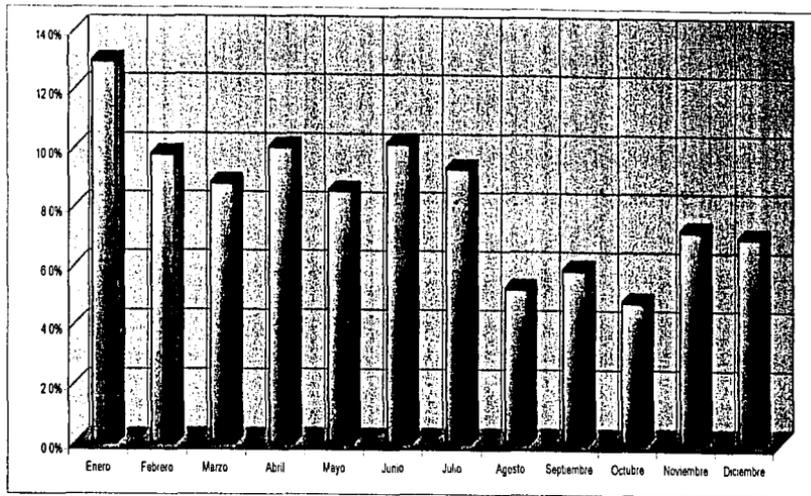
Fuente: Hojas de Reporte diario

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

28-3

28-1

Gráfica No. 2



Fuente: Hojas de Reporte diario

En esta grafica observamos que predomina la consulta de primera vez, con picos máximos en el mes de Enero, seguido de los meses de abril y junio.

ANÁLISIS CON
FUENTE DE ORIGEN

4-82

Estado Civil de las familias adscritas al Consultorio 5

Clínica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Estado Civil	Frecuencia	%
Casados	142	79%
Union libre	4	2%
Divorciados	5	3%
Viudos	13	7%
Solteros	16	9%

Total	180	100%
--------------	------------	-------------

Tabla No. 3

Fuente: Encuestas

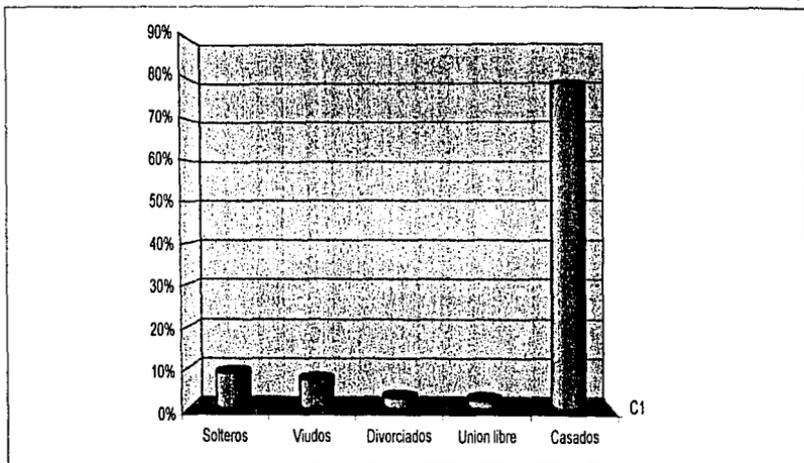
28-5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5-82

Clínica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Grafica No. 3



Fuente: Encuestas

Observamos que los matrimonios son el factor predominante de estas familias.

28-6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

28-6

Años de Unión Conyugal de las familias del Consultorio 5

28-

Clínica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998

Tabla No.4

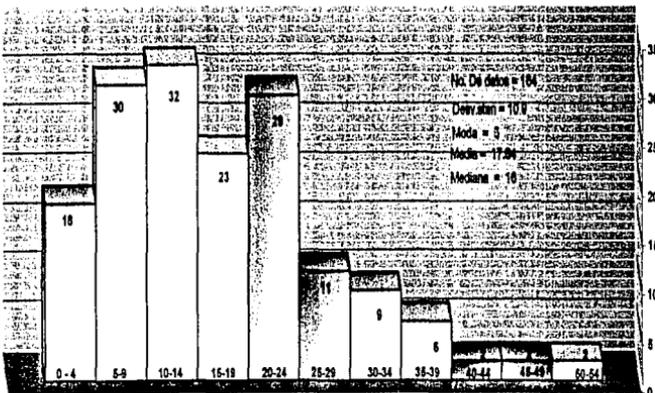
Años de Unión Conyugal	Tipo de Unión Conyugal								TOTAL
	Casados		U. Libre		Divorciados		Viudos		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
0 - 4	15	10.56%					3	23.08%	18
5 - 9	24	16.90%	1	25.00%	3	60.00%	2	15.38%	30
10 - 14	29	20.42%	1	25.00%	2	40.00%			32
15 - 19	23	16.20%							23
20 - 24	26	18.31%	2	50.00%			1	7.69%	29
25 - 29	8	5.63%					3	23.08%	11
30 - 34	8	5.63%					1	7.69%	9
35 - 39	4	2.82%					2	15.38%	6
40 - 44	2	1.41%							2
45 - 49	2	1.41%							2
50 - 54	1	0.70%					1	7.69%	2
	142	100%	4	100%	5	100%	13	100%	164

TESTIS CON ORIGEN

Fuente: Encuestas

28-7

Grafica No. 4


 ESTADÍSTICAS
 DE CONSULTORIO

Fuente: Encuestas

Se observa que el rango de 5 a 24 años es donde se encuentran la mayoría de los matrimonios, predominando los de 10 a 14 años.

Etapa del Ciclo vital de las familias del Consultorio 5

98-

Clinica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Ciclo Vital	Frecuencia	%
Expansión	137	76%
Dispersión	17	9%
Independencia	23	13%
Retiro	3	2%
Total	180	100%

Tabla No. 5

Fuente: Encuestas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

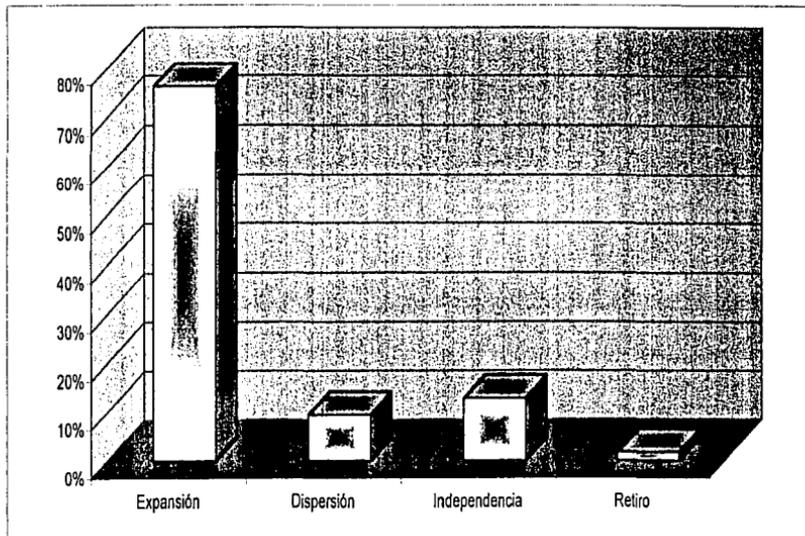
28-9

Etapa del Ciclo vital de las familias del Consultorio 5

Clínica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

1-88
28

Gráfica No. 5



COPIA ORIGINAL

Fuente: Encuestas

Se demuestra en esta grafica que predominan las familias en periodos de expansion, seguido de las familias en periodo de independencia.

28-10

Tipo de Familia adscritas al Consultorio No. 5

Clinica Medico Familiar
ISSSTE Queretaro Enero A Diciembre 1998

Tabla No. 6

Tipo de Familia		Frecuencia	%
Por su Desarrollo	Moderna	158	87.78%
	Tradicional	22	12.22%
		180	100%
Por su Composición	Nuclear	140	77.78%
	Extensa	37	20.56%
	Compuesta	3	1.67%
		180	100%
Por su Demografía	Urbana	160	88.89%
	Semi-urbana	15	8.33%
	Rural	5	2.78%
		180	100%

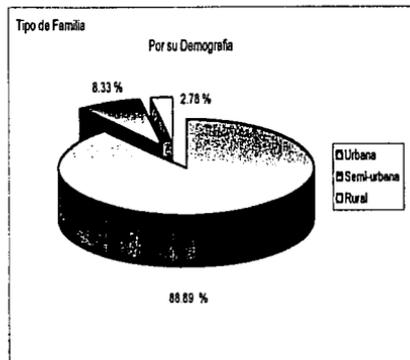
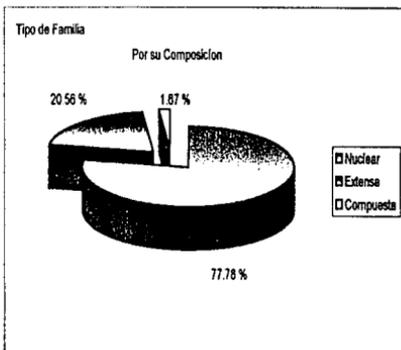
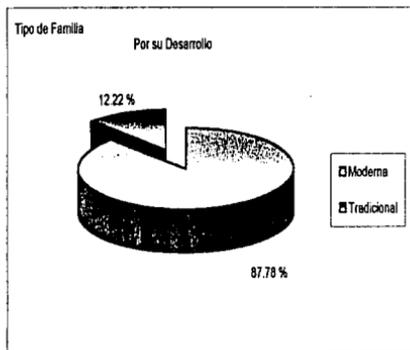
Fuente: Encuestas

28-11

TESIS CON.
 PALE DE ORIGEN

11-82

28-12



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

En la grafica de desarrollo se observa que las familias Modernas son las que predominan.

Por su composición es la de tipo nuclear la que muestra un mayor número.

En el caso por su demografía es la urbana la que ocupa el primer lugar seguida de la semi - urbana.

Fuente: Encuestas

28-12

Edad de los Padres de Familia del Consultorio 5

Clinica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

28-1

Tabla No. 7

Edad	Madres		Padres	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
15-19	2	1.1%	0	0.0%
20-24	4	2.3%	1	0.6%
25-29	15	8.5%	8	4.9%
30-34	23	13.0%	18	11.0%
35-39	35	19.8%	33	20.1%
40-44	36	20.3%	33	20.1%
45-49	19	10.7%	20	12.2%
50-54	12	6.8%	15	9.1%
55-59	14	7.9%	7	4.3%
60-64	6	3.4%	16	9.8%
65-69	7	4.0%	7	4.3%
70-74	2	1.1%	2	1.2%
75-80	2	1.1%	4	2.4%

Totales: 177 100% 164 100.0%

Fuente: Encuestas

Madres

No. De datos 177
DesvStand= 12.1
Mediana= 40
Media= 42.4
Moda= 40

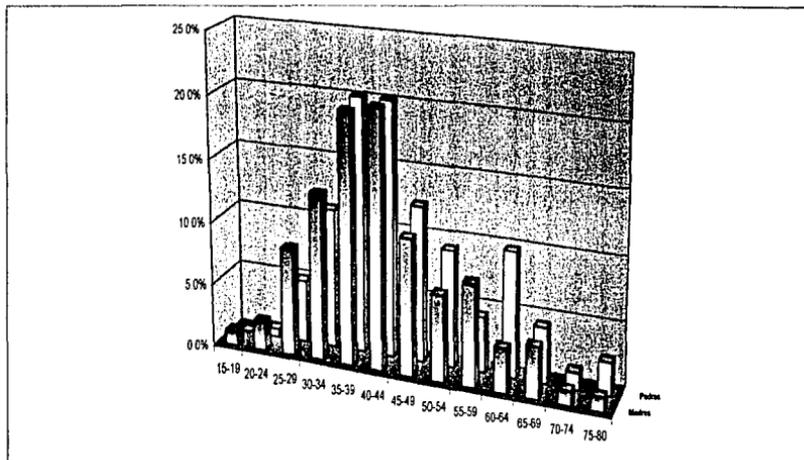
Padres

No. De datos 164
DesvStand= 11.9
Mediana= 43
Media= 45.5
Moda= 38

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

28-13

28-1



TESIS CON
FACULTAD DE ORIGEN

Fuente: Encuestas

En esta grafica observamos que la mayoría de los pacientes se encuentran entre los 30 y 49 años teniendo un aumento de la edad de los padres entre los 45 y los 64 años.

28-1-82

Escolaridad de los padres de Familia del Consultorio No. 5

28-1

Clinica de Medicina Familiar
ISSSTE Queretaro Enero A Diciembre 1998

Tabla No.8

Escolaridad	Padre		Madre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Basica	27	18%	33	20%
Media	16	11%	26	16%
Media Superior ó Tecnica	54	36%	70	42%
Superior	54	36%	36	22%
Total	151	100%	185	100%

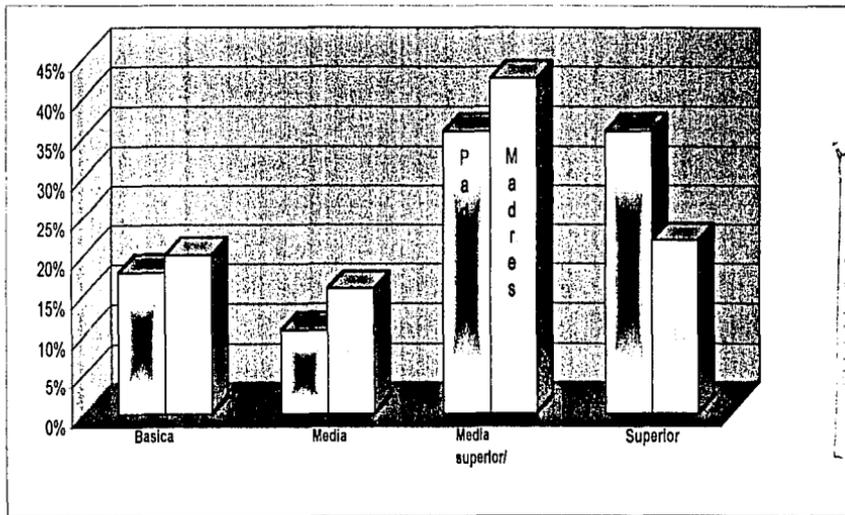
Fuente: Encuesta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

28-15

28-1

Gráfica No.8



PAISAJE CULTURAL

Fuente: Encuesta

Se aprecia en esta grafica el predominio de la escolaridad media superior tecnica con un incremento importante en las madres, lo que se invierte en la educacion superior.

28-11

Ocupación de los Padres de familias del Consultorio 5

Clinica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Ocupación	Padres		Mádrnes	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Profesional	55	34%	60	34%
Técnicos	15	9%	6	3%
Empleados	78	48%	46	26%
Hogar	0	0%	60	34%
Otros	16	10%	5	3%
Total	164	100%	177	100%

Tabla No. 9

Fuente: Encuestas

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

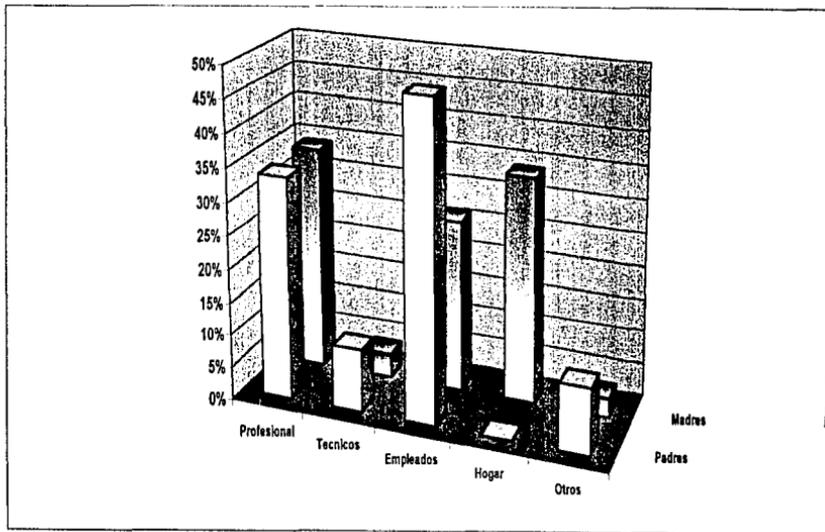
28-1

28-17

Ocupación de los Padres de familias del Consultorio 5
Clínica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Grafica No. 9

28-18



Fuente: Encuestas

El promedio de empleados es el de mayor rango que se observa en esta grafica en el rubro de los hombres, observandose que en el campo de profesionistas existe una paridad entre los hombres y las mujeres.

TESIS CON
FAMILIA DE ORIGEN

28-18

Ingresos Económicos de las familias del Consultorio 5

Clinica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Ingresos	Frecuencia	%
Menor de 1 salario mínimo	1	1%
De 1 a 2 salarios mínimos	20	11%
3 ó más salarios mínimos	159	88%

Total	180	100%
--------------	------------	-------------

Tabla No.10

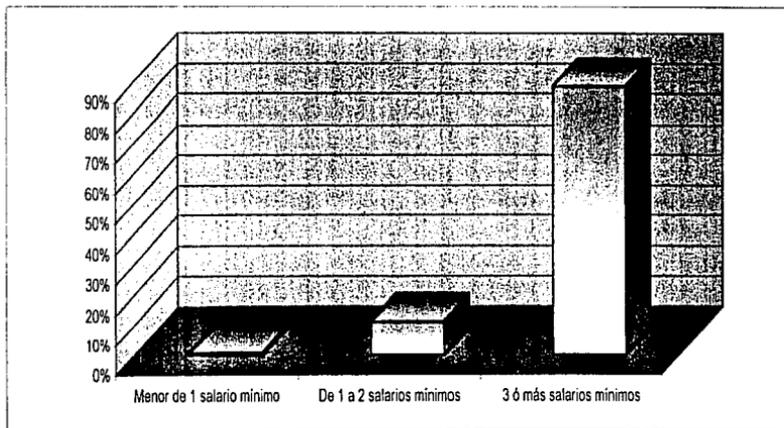
Fuente: Encuestas

28-19

28-19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No.10



Fuente: Encuestas

En cuanto a los salarios se refiere observamos que el 80 % de las familias obtienen 3 ó más salarios mínimos

28-82

28-82

TESIS CON
VALOR DE OBRERA

Edad de Hijos de las familias del Consultorio 5

Clinica de Medicina familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Edad	Frecuencia	%
Hasta 10 Años	157	29%
11 - 19	164	31%
20 ó Mas	216	40%

Total	537	100%
--------------	------------	-------------

Fuente: Encuestas

Tabla No. 11

28-21

28-2

TESIS CON
VALOR DE ORIGEN

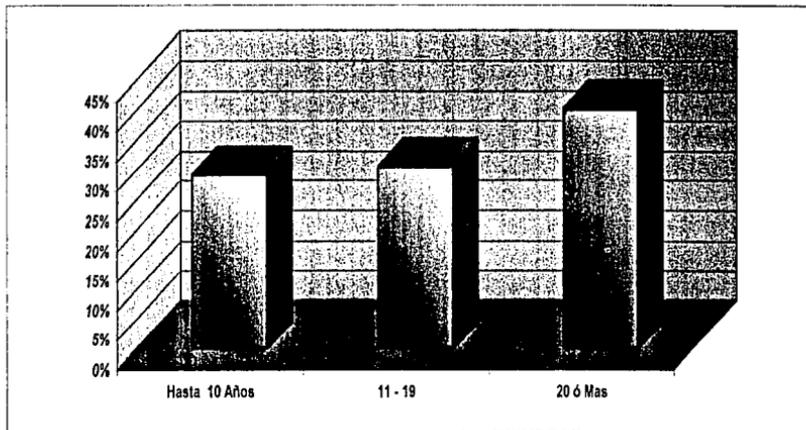
Edad de Hijos de las familias del Consultorio 5

Clinica de Medicina familiar

ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Gráfica No. 11

28-2



Fuente: Encuestas

La edad de los hijos es muy similar en porcentaje para las edades de 10 a 19 años teniendo un ligero incremento en la de 20 años ó mas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

28-2

Metodos de Planificación familiar en el Consultorio 5

Clinica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Metodos	Frecuencia	%
DIU	9	5%
Hormonales Orales	10	6%
Hormonales Inyectables	3	2%
OTB	58	32%
Vasectomia	8	4%
Preservativo	5	3%
Ritmo	8	4%
Ninguno	79	44%
Total	180	100%

Tabla No.12

Fuente: Encuestas

28-2

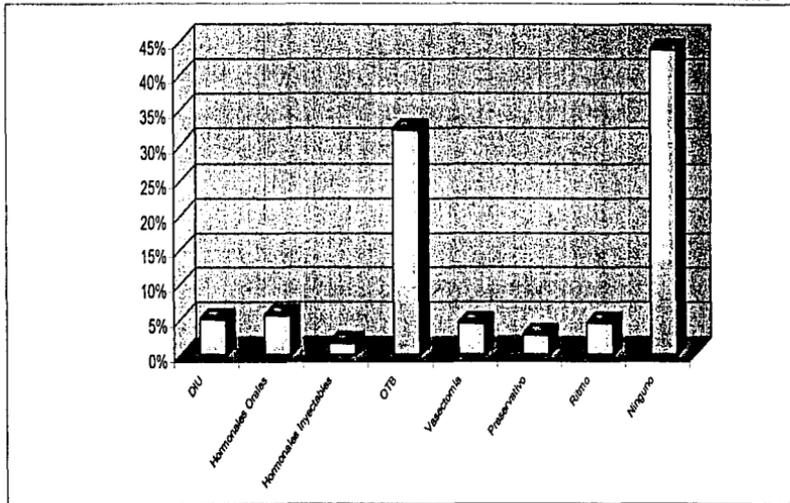
28-2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Metodos de Planificación familiar en el Consultorio 5
Clínica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

28-2

Gráfica No.12



TESIS CON
FALLAS EN ORIGEN

Fuente: Encuestas

La mayoría de las parejas refirió que no practicaban ningún método de planificación familiar. Aunque la OTB tiene un porcentaje importante entre estas familias.

28-2

Las 10 causas más frecuentes de Consulta en el Consultorio 5

Clínica de Medicina Familiar
ISSSTE Querétaro Enero a Diciembre 1998.

Tabla No. 13

28-88

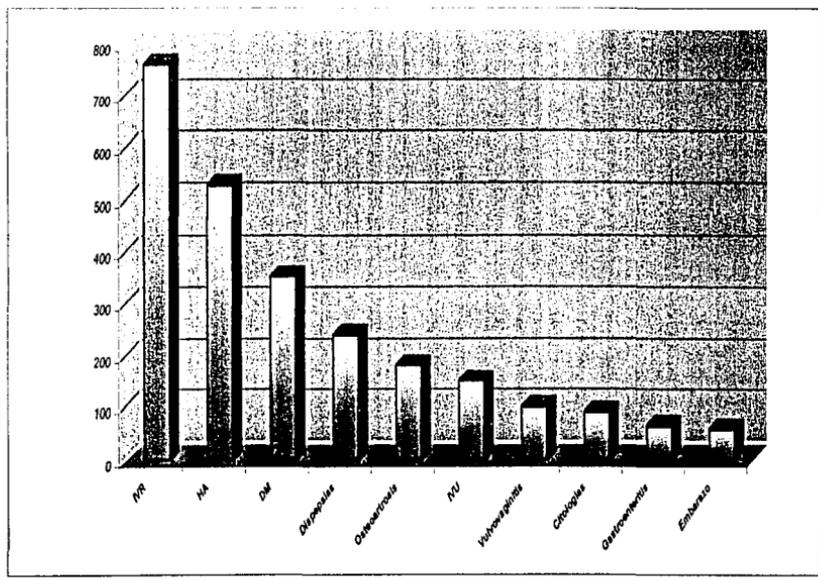
INSTITUTO QUERETANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
 INSTITUTO QUERETANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS

Causas	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad	Quantidad
IVR	148	100	87	72	58	54	61	33	38	30	54	58	791
HA	80	35	28	63	48	54	60	31	23	29	40	60	828
DM	31	33	30	38	32	24	31	22	27	24	30	30	382
Dispepsias	20	28	20	17	21	24	25	17	14	8	20	28	258
Osteoartritis	10	29	13	19	22	18	10	8	10	7	11	23	181
IVU	13	17	15	12	9	15	21	6	12	12	9	6	148
Nefropatías	0	14	15	18	10	0	7	6	6	14	8	0	88
Citologías	0	0	11	12	13	17	0	6	10	0	6	11	88
Gastroenteritis	12	8	0	10	9	0	18	6	0	0	0	0	63
Embarazo	11	10	10	0	0	0	0	0	8	6	0	0	67
	TOTAL												3814

Fuente: Hojas de Reporte diario

28-25

28-82



Fuente: Hojas de Reporte diario

El 80% de las causas de consulta esta comprendido por las infecciones de vias respiratorias, Hipertensión arterial y Diabetes mellitus, dejando el 20% restante para las otras causas de consulta.

INSTITUCION
FAMILIAR

28-82

Morbilidad Estatal.

28-8

Clinica Medico Familiar
ISSSTE Queretaro Enero A Diciembre 1998

	CAUSAS	Cantidad
1	Infecciones respiratorias agudas	45488
2	Infecciones intestinales	4073
3	Accidentes en tránsito	3376
4	Amibiasis intestinal	2786
5	Hipertencion arterial	1390
6	Diabetes Mellitus	919
7	Otitis media aguda	872
8	Varicela	470
9	Intoxicacion alimentaria bacteriana	455
10	Neumonias y bronconeumonias	254
11	Ascariasis	251
12	Angina estreptococica	232
13	Intoxicacion por ponzoña de animal	215
14	Intoxicacion por picadura de animal	154
15	Paratifoides y otras salmonelosis	149

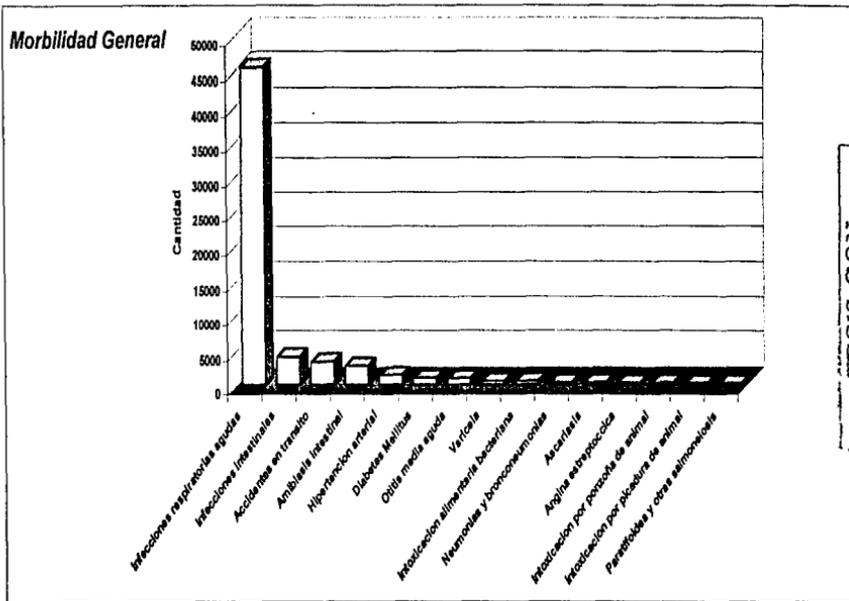
Tabla No. 14

Fuente. Subdelegacion Medica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

22-82

Grafica No. 14



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente. Subdelegación Médica.

ANALISIS DE RESULTADOS

La pirámide poblacional nos lleva a conocer que el grupo mayoritario de este consultorio lo forman pacientes jóvenes lo cual es relevante ya que es en este grupo donde se debe realizar promoción sobre el examen periódico de salud o Examen Medico Preventivo el cual tiene como propósito primordial proteger al individuo sano conociendo su estado de salud y enseñarle como conservarla. (13)

La población censada en este consultorio son casados en su mayoría, lo que concuerda con el registro de INEGI sobre matrimonios por municipio de registro reportándose un 35.7 en Querétaro. (14)

La unión conyugal predomina de 10 a 14 años encontrándose estas familias en periodo de expansión, modernas, nucleares y urbanas con un importante incremento del nivel cultural e ingreso a la vida laboral de la mujer; lo que mejora los ingresos económicos familiares.

A pesar de lo anterior las Infecciones de vías respiratorias ocupan el primer lugar de las consultas otorgadas en este consultorio.

En México durante el año de 1991 las infecciones de vías respiratorias agudas presentaban una tasa de casi 18,000 casos por 100,000 habitantes mostrando un incremento en relación con años anteriores. (15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a morbilidad Estatal en el ISSSTE Querétaro de Enero a Diciembre de 1998 las infecciones respiratorias agudas mostraron una cantidad de 45,488 casos. (16)

Los cuadros clínicos de resfriado común son muy frecuentes en climas fríos o templados y en los meses de invierno o primavera durante los cuales se registran más epidemias que incluyen amplias áreas geográficas (15). Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en relación al incremento de la consulta de primera vez y con predominio en los meses de Enero seguido de Abril y Junio.

También es importante recalcar que el segundo lugar en las causas de consulta lo ocuparon las enfermedades crónico degenerativas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Osteartrosis).

En la morbilidad Estatal ISSSTE Querétaro la Hipertensión Arterial y la Diabetes mellitus ocuparon un lugar importante dentro de los diez primeras causas de consulta. (16)

La prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo 2 aumenta con la edad (3-5%) en la 4ta y 5ta década de la vida, a un (10-20%) de las personas de la 7ª y 8ª década. (17)

En 1997 había en Estados Unidos casi 16 millones de personas con diabetes, de esta población aproximadamente 10.3 millones estaban diagnosticados y 5.4 millones no lo estaban. En el futuro se prevé que estas cifras aumentaran considerablemente.

La diabetes tipo 2 supone un 90- 95% del total de casos de diabetes en Estados Unidos, lo cual hace que esta enfermedad y sus consecuencias clínicas y económicas constituyan un importante problema de salud pública. (18)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mayoría de los enfermo hipertensos no presentan ningún síntoma concreto derivado del aumento de la presión arterial y solo se reconocen durante el curso de la exploración física. (19)

En lo que se refiere a Oste artrosis es el padecimiento reumático más frecuente en la práctica clínica cotidiana y también la principal causa de morbilidad y de incapacidad en personas mayores de 65 años.

En Estados Unidos A. se estima que 70% -90% de los mayores de 75 años tienen al menos una articulación afectada. (20)

En lo que respecta a Planificación Familiar es de llamar la atención el número tan importante de pacientes que no tienen ningún método de planificación familiar tomando en cuenta que la mayoría de estos son jóvenes.

En Europa, en los Estados Unidos, la planificación familiar se inicia enfrentando gran oposición moral y religiosa. (21)

Lo interesante aquí sería conocer cuales son los motivos por lo cuales nuestros paciente presentan este rubro de no control de planificación familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

Se cumplió el objetivo general del estudio que era conocer las características biosociales y económicas de las familias del Consultorio 5 de la Clínica de Medicina Familiar de ISSSTE Querétaro en las cuales predominan las familias modernas, nucleares y urbanas en periodos de expansión, con buenos ingresos económicos, y en escolaridad media superior o técnica.

Sus padecimientos más frecuentes son las Infecciones de Vías Respiratorias y las enfermedades crónico degenerativas Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Osteoartritis.

Como Médicos de Familia proporcionamos atención continua por lo cual el conocer las causas de la consulta así como las características biosociales y económicas de las familias nos permitira; promocionar, capacitar y llevar seguimiento de cada uno de sus problemas.

Tomando en cuenta lo anterior se dan las siguientes medidas de acción para el Consultorio 5 de la Clínica de Medicina Familiar.

Infecciones de Vías Respiratorias Altas

Fomento a la Salud:

- a) Dar a conocer a la población las épocas y factores de mayor riesgo.
- b) Orientación sobre los síntomas y signos para que los identifiquen tempranamente y acudir a la atención médica oportunamente.
- c) Evitar contacto con personas enfermas.
- d) Evitar cambios bruscos de temperatura

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e) **Nutrición adecuada**

Protección Especifica:

Si se ha presentado la Enfermedad.

Tratamiento sintomático específico de acuerdo a etiología.

Diabetes Mellitus:

Fomento a la Salud:

- a) **Detectar a la población con factores de riesgo.**
- b) **Información sobre la enfermedad.**
- c) **Examen de laboratorio periódicos.**
- d) **Control de la obesidad.**
- e) **Cambios de hábitos de vida.**

Si la Enfermedad esta presente:

- a) **Adecuado control de la glicemia.**
- b) **Valoración oftalmológica, laboratorio, cardiovascular para detección temprana de complicaciones.**
- c) **Hacer participe de la enfermedad al entorno familiar.**
- d) **Control nutricional.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e) Rutina de ejercicios individualizada.

f) Medicamentos.

Hipertensión Arterial

Fomento a la Salud:

a) Toma de TA a población en general al acudir a consulta.

b) Detectar a la población en riesgo.

c) Información sobre la enfermedad.

d) Control de la obesidad.

e) Información sobre factores de riesgo.

f) Laboratorio.

Si la enfermedad esta presente:

a) Control de peso.

b) Rutina de ejercicios.

c) Laboratorio.

d) Control nutricional.

e) Disminución de ingesta de sal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

D) Medicamentos.

g) Detección temprana de complicaciones.

Planificación Familiar:

a) Promoción durante la consulta sobre los diversos métodos.

b) Información en sala de espera.

c) Difusión por medio de trípticos, carteles etc.

d) Si no acepta método de Planificación Familiar conocer la causa.

Promoción del Examen Médico Preventivo que incluye:

Examen clínico completo.

Laboratorio.

Revisión de hábitos de vida.

Condiciones de su ambiente familiar y social. (13).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bruce W. Goldberg
"Asistencia Sanitaria Basada en la Población." Pags. 35-36
- 2.- F.J. Gallo Vallejo R. Altisent Trota, J. Diez Espino, C. Fernández Sánchez, G. Fox, Gil M. I. Granados Menendez y F. Lago Deibe
"Perfil Profesional de Medico de Familia.;" Atención Primaria; vol. 23; Num. 4; 1999; pags. 248-124
- 3.- L. de la Revilla Ahumada y L. Fleitas Cochoy.
"Influencias Socioculturales en los cuidados de Salud. Enfoque familiar en Atención Primaria de Salud.;" Principios de la Atención Primaria de Salud; Pags 76-77-78-71.
- 4.- Medina- Carrillo L. Lomeli-Guerrero L.E; Irigoyen-Coria A.
"Modelo Sistemático de Atención Medico Familiar . Estrategia para información de Recursos Humanos para la Salud de Nayarit México." Arch.Med. Fam. 2(2) 2000; Pag 42
- 5.- Dr. Hector Manuel Murillo Padilla
"Tesis MOSAMEF" ; 1998; pag 3-4
- 6.- Arnulfo Irigoyen Coria, Francisco J. Gomez Clavelina, Jesús Buendía Palao, Juan Jose Mazón Ramírez, Miguel Angel Fernández Ortega, Raúl Amezcua Aguirre; "Ciclo Vital de la Familia"; en: "Fundamentos de Medicina Familiar"; cap. 3; pag. 27-28.
- 7.- B.K Hennen MD
"Continuidad de la Atención"; Atención Primaria a la Familia; Cap.1; pag 4-5.
- 8.- A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez
"Atención Primaria de Salud ,"; Principios de la Atención Primaria de Salud; cap.1; pags. 5-6-9-7.

- 9.- A Martín Zurro, M. Huquet y F. García Cardona.
"La Organización de las Actividades en Atención Primaria." Principios de la Atención Primaria a la Salud.; cap. 3 ; pag. 37.
- 10.-Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
" 1ª. Conferencia Nacional de Medicina Familiar y Universidades".
- 11.- Irigoyen- Coria A, Gómez- Clavelina F. J. , Terán Trillo M, Ponce Rosas E. R. " Pobreza y daños a la Salud a nivel Familiar"; Arch. Med. Fam.; 1999; 1(1); pags. 29,28,31,30.
- 12.- Miriam Ruiz- CIMAC
"576 Millones de mujeres en el Mundo son Analfabetas."
- 13.- Hernán San Martín
" Las técnicas de la Medicina Preventiva"; en "Salud enfermedad"; 4ª. Edición; cap 16; pag 375,376; Prensa Medica Mexicana.
- 14.- INEGI " Matrimonios por Municipio de registro" ; 1999
- 15.- Andrés Noe Torales Torales y Abiel Mascareñas de los Santos
"Infecciones de Vías Respiratorias Superiores"; en: " Infectologia Clínica Pediátrica" ; 6ª. Edición; 1997; pag. 70; Editorial Trillas, México.
- 16.- Gráfica " Morbilidad Estatal ISSSTE." ; 1998; Subdelegación Médica Querétaro.
- 17.- "Transtornos del Metabolismo de los Carbohidratos." Diabetes Mellitus. en: " Manual Merck de Geriatria"; 2da. Edición 2001, pag. 624; Editorial: Harcourt; Madrid; España.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 18.- Michael Mengelgan MD MS, K.M. Venilat Narayan, MD,
MPW, MBA y William H. Herman , MD MPH
“ Estudios de Detección Sistemática de la Diabetes Tipo 2” ; en:
Anual Review of Diabetes; American Diabetes Association; 2001
Pag 11 Tomo I; España.
- 19.- Gordon H. Williams
“ Estudio del paciente con Hipertensión.”; en: Principios de Medicina
Interna; 14ª. Edición: 1998; pag. 233; Editorial Mc. Graw-Hill- Intera-
mericana.
- 20.- Horacio Lom Orta
“Osteartrosis”; en: “Introducción a la Reumatología”; 3ª.Edición 2003
Pag. 201.Fondo Editorial CMR; México.
- 21.- Mahmoud F. Fathalla, Allan Rosenfield y Cynthia Indriso
“ Planificación de la Familia: Introducción y Aspectos Generales”; en:
“ Manual de Reproducción Humana”; Edición 1994; pag 121.Editorial
The Parthenon Publishing Group; España.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN