

1122671



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
"CLINICA DEL VALLE"**

**"APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE
ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL
CONSULTORIO No. 7 DE LA CLINICA
DEL VALLE I. S. S. S. T. E. EN EL
DISTRITO FEDERAL 1996"**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. FERNANDO VARA JIMENEZ**



ISSSTE MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

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

P R E S E N T A :

DR. FERNANDO VARA JIMÉNEZ

TÍTULO

**"APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE
ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.
7 DE LA CLÍNICA DEL VALLE I.S.S.S.T.E. EN EL DISTRITO
FEDERAL, 1996"**

[Handwritten signature]
DRA. MARTHA LETICIA RAMOS AREAZOLA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA
CLÍNICA DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

[Handwritten signature]
DR. ARNULFO IRIBYÉN CORIA
ASESOR DE TESIS

[Handwritten signature]
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

SEDE: CLÍNICA DEL VALLE I.S.S.S.T.E.
MÉXICO, D.F.

JUNIO 1997



TÍTULO DEL TRABAJO

"APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 7 DE LA CLÍNICA DEL VALLE I.S.S.S.T.E. EN EL DISTRITO FEDERAL 1996"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. FERNANDO VARA JIMÉNEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :


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


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


DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

ÍNDICE

	PÁG.
MARCO TEÓRICO.....	1
LA FAMILIA.....	1
DEFINICIONES DE LA FAMILIA.....	2
HIPÓTESIS ETIMOLÓGICA DE LA PALABRA FAMILIA.....	3
CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS.....	5
ETAPAS DE LA FAMILIA.....	9
CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	14
FUNCIONES DE LA FAMILIA.....	19
FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.....	24
ETAPAS CRÍTICAS DE LA FAMILIA.....	26
DINÁMICA FAMILIAR.....	30
ELEMENTOS TEÓRICOS PARA ESTUDIAR A LA FAMILIA.....	32
LA MEDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO.....	33
LA MEDICINA FAMILIAR EN LATINOAMÉRICA.....	40
LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO.....	42
SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR DENTRO DEL I.S.S.S.T.E.....	48
EL MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E.....	54
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	57
JUSTIFICACIÓN.....	58
OBJETIVOS.....	59
METODOLOGÍA.....	60
TIPO DE ESTUDIO.....	60
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	60
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	60

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN.....	61
INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES DE MEDICIÓN.....	62
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	64
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	64
RESULTADOS.....	65
TABLAS (CUADROS).....	70
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	98
CONCLUSIONES.....	106
ANEXOS.....	139
BIBLIOGRAFÍA.....	146

MARCO TEÓRICO LA FAMILIA

El ser humano tiene como una de sus características fundamentales vivir en sociedad; el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es, desde que nace hasta que muere, invariablemente realizamos nuestras actividades dentro de la familia, el trabajo, la ciudad etc. Por medio de esta permanente interrelación, es como vamos obteniendo los satisfactores que nos permiten cubrir las amplias necesidades que todo ser humano tiene. De estos grupos resalta por su importancia la familia, satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo. (1)

La importancia que tiene la familia, es demostrar ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual va a depender de ella para su supervivencia y crecimiento. (2)

Para el hombre la autosuficiencia es algo imposible, solo puede existir un grado relativo de autonomía. En la familia humana existen miembros masculinos y femeninos, jóvenes y viejos, corpulentos y pequeños, altos y bajos, fuertes y débiles, inteligentes y tontos, de tez blanca y tez oscura, apuestos y feos; de la diferencia nace la unión, de la unión nace la diferencia. Para que la familia tenga asegurada la supervivencia y el crecimiento debe manejar en forma creativa dos factores siempre presentes: Lo incompleto y lo diferente. (3)

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y salud. (4)

DEFINICIONES DE LA FAMILIA

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS: El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. (2)

CONSENSO AMERICANO: La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por los lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. (2)

CONSENSO CANADIENSE: El grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (2)

Si definimos a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer a la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y la formación y cuidado de los hijos. (1, 5)

La palabra familia proviene de FAMULUS que significa sirviente o esclavo. En la actualidad es el grupo formado por marido, mujer e hijos, unidad básica de la sociedad con la responsabilidad de proveerle nuevos miembros, socializarlos, otorgarles apoyo emocional y físico; para hacer individuos independientes y que se puedan desarrollar en la misma sociedad. (2)

La familia es el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos es el de sentirse miembro de una familia y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares. (6)

HIPÓTESIS ETIMOLÓGICA DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA.

TAPARELLI: La palabra familia deriva del latín FAMES (hambre), ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.

MARQUÉS DE MORANTE: La palabra familia deriva de FAMULUS (siervo), a su vez del primitivo FAMUL, originado de la voz osca FAMEL que significa esclavo.

MENDIZÁBAL: El origen de la familia deriva de FAMES (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre.

RODRÍGUEZ DE ZEPEDA: Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

TRENDELENBURG: Existen en la familia tres sociedades unidas; la conyugal, paternal y la filial.

ANÓNIMO DEL SIGLO XIII: Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.

FERNÁNDEZ DE MORATIN: Conjunto de ascendientes, descendientes; colaterales y afines de un linaje.

GÓNGORA: Cuerpo de una orden, religión o parte considerable de ella.

ALARCÓN: Gente que el señor sustenta dentro de su casa. (2)

Es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno aunque no vivan dentro de la casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje. (7)

“Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un tronco genético común”.

Analógicamente, conjunto de individuos que tienen entre sí relaciones de origen y semejanza. (8)

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS

En su investigación de las familias en México, Luis Leñero Otero (9) clasifica a las familias desde el punto de vista socio-cultural, donde considera diversos factores estructurales fundamentales que dan origen a diversos tipos de familia; tomando en cuenta el nivel socio-económico, ubicación geo-social, socio-demográfica, composición del núcleo familiar y cultural, clasificandolas de la siguiente manera:

I.- Según la cultura o subcultura de las comunidades a las que pertenecen:

- 1.- Familias de cultura indígena con mayor o menor mestizaje.
- 2.- Familias de comunidad rural tradicional.
- 3.- Familias de comunidad o aglomeración urbana.

II.- De acuerdo a la pertenencia socio-económica y de la clase:

- 1.- Familias de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia precaria totalmente.
- 2.- Familias de estratos populares y proletarios, dependientes de actividad económica y con un menor grado de precariedad.
- 3.- Familias de estratos medios, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico hasta el semi-estructurado.
- 4.- Familias de estratos elitistas de dominio con un alto grado de consumo y necesidades suntuarias. (9)

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE EN SU DESARROLLO:

- 1.- Moderna**
- 2.- Tradicional**
- 3.- Arcaica o primitiva**

En México se considera: Moderna el 40%, es la familia cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar. Tradicional 50%, es la familia en la que un solo de los cónyuges trabaja fuera del hogar. Arcaica o primitiva representa el 10%. (2)

CON BASE A SU DEMOGRAFÍA.

- 1.- Urbana**
- 2.- Rural**

En nuestra Sociedad Mexicana se clasifican en urbana el 60% de la población y son las familias que habitan en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuentan con los servicios básicos de la urbanización: agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Rural el 40% que habita en comunidades de menos de 5000 habitantes y que carecen de algunos de los servicios básicos de urbanización. (2)

EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

- 1.- Integrada**
- 2.- Semi-integrada**
- 3.- Desintegrada**

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

Semi-integrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. **Desintegrada:** Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:

- 1.- Campesina**
- 2.- Obrera**
- 3.- Profesional**

Esta característica está dada según la ocupación de uno o de ambos cónyuges. (2)

DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL:

- 1.- Familia nuclear**
- 2.- Familia extensa**
- 3.- Familia extensa compuesta**
- 4.- Variante**

La familia nuclear o elemental es la familia constituida por madre, padre, hijos. La familia extensa, aparte de la nuclear se agregan los abuelos, los primos, tios, cuñados, etc. La familia extensa compuesta además de los anteriores conviven miembros no consanguíneos. Variantes, adulto que vive solo, pareja sin hijos, padre o madre solteros. (2)

La familia extensa tiene relaciones muy estrechas entre abuelos, padres e hijos, primos y sobrinos y son características de zonas rurales. (10, 11)

La familia conyugal extensa es más común en las zonas rurales. No así en las grandes ciudades que es más frecuente la familia nuclear para cumplir con sus funciones esenciales. (12)

ETAPAS DE LA FAMILIA

Dentro de las diferentes épocas por las cuales atraviesa la familia de acuerdo con su propio proceso existencial, se destacan las siguientes:

ETAPA PRENUPCIAL: Se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro cónyuge. En nuestra sociedad es la libre elección la del amor romántico. No hay una formación previa de la personalidad dentro de los medios institucionales que nos eduque, que nos informe lo que representa esta selección del futuro cónyuge. Es el noviazgo donde se presupone el conocimiento real de los futuros esposos. Es importante prevenir de los peligros que entraña que el noviazgo pierda objetividad al darse dentro de un esquema romántico que puede ser por lo engañoso, perjudicial para el futuro de un matrimonio.

Algunos autores han tratado de señalar cuáles deberían de ser los principales antecedentes de tomarse en cuenta por aquellas personas que van a formar un nuevo hogar. (13)

- 1.- Haber alcanzado un grado de madurez, físico, psicológico y social.
- 2.- Tener intereses y aptitudes semejantes.
- 3.- Reconocer creencias afines.
- 4.- Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- 5.- Completar expectativas económicas semejantes.
- 6.- Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.
- 7.- Situar la relación con la familia de la pareja.

La preparación para el matrimonio debe ser una función social. En estudios antropológicos hechos sobre las consecuencias de estar o no estar casado dentro de la sociedad en que vivimos se encontró que en hombres y mujeres de treinta años, se han encontrado que el promedio de muerte de los adultos solteros es aproximadamente el doble que en los casados, y que la frecuencia de enfermedades venéreas, alcoholismo, accidentes y suicidio es menor en el grupo de hombres casados. (14)

ETAPA NUPCIAL: Se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos. El primer año de vida en común representa el momento más difícil de ajuste y reconocimiento de la pareja. En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegará a ser en el futuro; representa el ambiente natural donde el ser humano debe de encontrar la plena realización de sus expectativas y donde se empiezan a afirmar los roles que el padre y la madre van teniendo. (15)

Uno de los principales problemas que presenta esta etapa es la inadecuación sexual.

Erickson ha descrito como los aspectos más significativos de una adecuada y madura relación sexual los siguientes:

- 1.- Mutualidad del orgasmo
 - 2.- Con el compañero amado
 - 3.- Del otro sexo
 - 4.- Con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua.
 - 5.- Con quien uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación.
 - 6.- A fin de asegurar también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.
- (16)

Como vemos en el cuadro anterior la sexualidad implica un logro en tres áreas que se complementan; la biológica, la psicológica y la social todas son inseparables. La vida sexual se actualiza a través de una función orgánica que tiene una carga emocional y social.

Es esta etapa en la cual la mujer con los cambios contemporáneos y problemas económicos tiene actualmente diferentes papeles que pueden ser:

1.- ESPOSA-MADRE: Tradicional, con una serie de derechos y obligaciones así como de privilegios reconocidos unánimemente: La dependencia económica del marido, con todo lo que ello implica; pensión alimenticia en caso de divorcio; la actualidad afectiva reconocida, que implica demandar al marido fidelidad, al cual le ha dado hijos como principal obligación, y presupone una correspondencia emocional de éstos y del marido. Su principal obligación ha sido la formación de aquellos y la constitución del hogar; de ella se espera prestación de servicios domésticos, una subordinación a los intereses económicos del esposo y una limitación a cualquier actividad de tipo socioeconómico. (2)

2.- ESPOSA-COMPAÑERA: Por lo regular se encuentran en la clase social alta y representando un modelo al que irracionalmente algunos grupos de la clase media alta tratan de copiar. En este caso la esposa más que nada busca con su presencia fortalecer el papel social de su marido; debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad de éste siendo objeto de admiración. Por lo tanto tiene que conservarse atractiva dado que en esta relación el aspecto físico de ella es altamente valorado. (2)

3.- ESPOSA-COLABORADORA: O esposa igualitaria, aparece principalmente en la clase media. Siendo las modificaciones socioeconómicas de la sociedad las que han propiciado este papel; la esposa dedica una parte muy importante de su vida a un trabajo remunerado fuera del hogar y representa un renglón muy considerable dentro de los ingresos familiares la toma de decisiones es compartida. Se considera una igualdad absoluta que mantiene el equilibrio dentro de la casa. (2)

La enseñanza sexual se debe de dar desde el nacimiento, es una característica inherente al hombre y no hay por qué negarlo. Debe ser un hecho evolutivo importante, que el hombre por encima y más allá de la sexualidad desarrolle una selectividad en el amor. (16)

La unión sexual tiene un objeto, el ofrecer la oportunidad para la generación de un nuevo ser, este impulso de la naturaleza es el más poderoso factor en todo lo que concierne a la raza humana. (17)

ETAPA DE FORMACIÓN DE LOS HIJOS: Son características de la familia la procreación y la legalidad de la vida sexual entre los cónyuges de acuerdo con conceptos morales, tradicionales y religiosos; se presupone que la vida sexual dentro del matrimonio tiene como finalidad crear nueva vida. Es necesario enfatizar en que la paternidad y la maternidad son actos biológicos y culturales ya que tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación y de un conocimiento real.

El concepto freudiano de que la familia representaba un medio de dominar los instintos biológicos del niño, como un medio de represión y de integración social, ha sido totalmente superado. (4)

Es fundamental que los padres hayan logrado esa relación de madurez y realización personal que se refleja en un mundo amable y feliz para los hijos. No debe olvidarse que la maternidad y la paternidad se expresan por medio del comportamiento cotidiano de los padres, que deben estimar sus propias posibilidades y cumplir lo más ampliamente posible con sus funciones.

Por lo anterior la familia debe de cumplir con las siguientes expectativas biopsíquicas y sociales de cada uno de sus miembros:

- 1.- Satisfacer las necesidades físicas (alimento, vestido, salud, techo, etc).
- 2.- Cubrir las necesidades afectivas.
- 3.- fortalecer la personalidad.
- 4.- Formar los roles sexuales.

5.- Preparar para el mejor desempeño de los roles sociales.

6.- Estimular las actividades de aprendizaje y apoyo de la iniciativa propia de cada miembro de la familia. (4)

Al individuo: el núcleo familiar le permite la más inmediata y plena satisfacción de sus necesidades, sobre todo al proceso de formación de los hijos por medio del fortalecimiento del conjunto de caracteres hereditarios a través de las normas, pautas y tendencias organizativas para formar el núcleo de la personalidad; la esencia misma del hombre. (4)

Los hijos deben crecer afirmando su propia personalidad y que lleguen a ser no lo que los padres quieran, sino lo que su propia capacidad les permita sin reprimir sus vocaciones.

Hay que estimular en el niño las reacciones sensitivas positivas. Esto incluye: alimentación, el baño. etc. aunque en este papel activo le toca a la madre debe de ser compartido por el padre. (18)

ETAPA DE MADUREZ: Esta etapa se alcanza cuando los hijos obtienen la mayoría de edad, esto es, la madurez física, psicológica y social. En la cual los hijos pueden tener familia propia o continuar en casa de los padres, pero ser autosuficientes económicamente.

Aquel ser humano con capacidad para una verdadera madurez, quien ha superado la niñez sin haber perdido las mejores características de ésta, que ha retenido los poderes emocionales básicos de la infancia, la obstinada autonomía de la deambulación, la capacidad de sentirse integrado, el placer y el espíritu juguetón de los años escolares, y el idealismo y la pasión de la adolescencia. Quien ha incorporado todo ello a su nueva pauta de desarrollo dominada por la estabilidad, la sabiduría, el conocimiento, la sensibilidad hacia los demás, la responsabilidad, la fuerza y la determinación de la edad adulta. (19)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

El estudio sistemático del ciclo vital humano empezó a principios del siglo XX, por el curso y el proceso del desarrollo de la personalidad. La división del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte se considera hoy en día esencial, para una comprensión más completa de las complejidades de la conducta humana. (20)

El conocimiento del ciclo vital de la familia permite al médico familiar analizar a la familia en sus diversas fases, pudiendo prever una serie de fenómenos que afectan de una u otra forma la funcionalidad familiar.

Erickson afirma que cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones, ya que si no se consigue la resolución en un determinado periodo de la vida todas las etapas posteriores reflejarán éste fallo, en forma de inadaptaciones, físicas, cognoscitivas, sociales o emocionales. (20)

Una etapa vital puede ser descrita mediante términos como etapa, estadio, periodo, era, época, etc. (20)

En las etapas normales del desarrollo familiar, ocurren múltiples episodios de estrés, anticipándose a éstos y colocándolos en la adecuada perspectiva, el médico puede ayudar a que los pacientes se enfrenten a ellos antes de que se produzca el mal funcionamiento. (21)

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar:

- 1.- Fase de matrimonio
- 2.- Fase de expansión
- 3.- Fase de dispersión

4.- Fase de independencia

5.- Fase de retiro y muerte

Este esquema propuesto por Geyman en 1980 es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. Modelo Santa Cruz. (2, 22)

1.- FASE DE MATRIMONIO: Se considera esta fase desde la elección de la pareja, el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo al hogar, y tiene esta fase como tarea atender las tareas básicas del compañero y los ajustes a la vida cotidiana. (2, 22)

La vida aparece como una experiencia compartida en consecuencia el individuo no puede vivir sólo o aislado pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos. (23)

2.- FASE DE EXPANSIÓN: Se caracteriza esta fase por la llegada del primer hijo, teniendo como uno de los eventos más importantes el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro. Es en esta etapa en la cual debe haber amor y disciplina, el exceso o defecto de cualquiera de estos dos elementos pueden producir patología en el niño. Balancearlos adecuadamente es quizá la tarea fundamental de padres y madres. (24)

Para que puedan desempeñarse estas funciones se requiere que la vida de la pareja sea relativamente funcional que entre ellos exista comunicación en sus actividades de crianza y que no involucren a sus hijos en sus dificultades conyugales. (24)

3.- 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 sólo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar separa 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 de ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias. (2)

La seguridad afectiva es muy importante en esta fase y la deben proporcionar en primer lugar los padres y hacerla extensiva los demás familiares educadores y maestros, evitando caer en el otro extremo, el de la sobreprotección que impide al hijo una independencia emocional. (1)

En la etapa de adolescencia se requiere que los hijos establezcan una relación simétrica con los padres. El hijo tiene que crecer y encontrar su camino por sí mismo. (21)

En esta etapa en la cual el objeto principal es de preparar a los adolescentes para ser adultos. Es importante considerar tres aspectos fundamentales; la emancipación, la cultura juvenil, la brecha generacional y no olvidar que es a través de la rebelión, como el adolescente reafirma su identidad. (25)

4.- FASE DE INDEPENDENCIA: En ésta fase los hijos ya preparados, forman nuevas familias, retirándose del hogar. Sin embargo los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen y es importante que las funciones de afecto y socialización no se pierdan. (2)

La culminación del proceso educativo de la familia en relación a la de los hijos llega cuando éstos obtienen la mayoría de edad, esto es, la madurez física, psicológica, social y son autosuficientes desde el punto de vista económico. La meta de todos los padres debería ser formar hijos libres, que a través de su proceso de crecimiento y desarrollo lleguen a ser adultos sanos. (1)

En esta fase; en que se vuelve a formar una familia nuclear, es necesario un ajuste mayor y una alta satisfacción material que en las etapas previas. (25)

Es la etapa donde los hijos se han ido, ya sea por casamiento o por independencia la pareja se encuentra sola, a esta etapa se le llama "El Síndrome de Nido Vacío" refiriéndose al aislamiento y depresión de la pareja. (26)

5.- LA FASE DE RETIRO Y MUERTE: El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta, con la incertidumbre que advierte al iniciar la fase final del ciclo, desestabilizándola por la incapacidad para laborar, por el desempleo y las jubilaciones, por el agotamiento de los recursos económicos, por lo que los hijos en fase de expansión no tienen posibilidades de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos. (2)

En esta etapa se presenta a la pareja un nuevo reto adaptativo que puede estar lleno de tensiones debidas a cambios en el estilo de vida. Principalmente en el hombre que deja de trabajar, el enfrentamiento a la muerte del otro y a la propia, es un tema importante que frecuentemente es evitado. El manejo de la vejez tiene connotaciones culturales importantes; en la actualidad hay una tendencia hacia un retorno con mayor equilibrio entre la libertad y empuje de la juventud y una valoración de la vejez. (27)

El ciclo vital alcanza su final natural e inevitable con la muerte y se debe aceptar ese carácter. (28)

Tal vez fue a la vista de la muerte cuando el hombre tuvo por primera vez la idea de lo sobrenatural y cuando comenzó a esperar algo más allá de lo que veía. La muerte fue el primer misterio. Puso al hombre en el camino de los otros misterios. Elevó su pensamiento de lo visible a lo invisible de lo pasajero a lo eterno, de lo humano a lo divino. (29)

Es muy importante entrar en una auténtica relación con el moribundo decirle en este punto la muerte no es más un mito, sino que está ocurriendo ya; pero nosotros somos tus amigos y por eso atendemos a tu muerte, sabemos que estas muriendo y tú lo sabes, y en este punto estamos juntos. (30)

El ciclo vital de la familia puede ser descrito en una gran variedad de formas con un número de estadios que varían de cuatro a veinticuatro. En nuestro medio se utiliza más frecuentemente el de Geyman. (23)

Ya que el ciclo vital de la familia puede ser descrito en una gran variedad de formas y que son numerosos los autores que se han interesado en su estudio cabe mencionar los siguientes: La clasificación de Pollak, la clasificación de Levinson, la clasificación de Estrada Inda, la clasificación de Duvall y varias más. (25, 26, 31, 32, 33)

Como se mencionó anteriormente, el ciclo vital de la familia puede ser descrito en una gran variedad de formas.

El conocimiento por lo tanto del ciclo vital de la familia es de gran importancia ya que se podrán efectuar actividades; preventivas, diagnósticas y terapéuticas así como de rehabilitación a las familias que acuden en busca de ayuda. (34, 35)

Por último hay que recordar que de acuerdo a los estudios de Mc Gooldrich M. y de Carter se encontró que las etapas típicas por las que pasan las familias, con las expectativas y problemática en que cada una ocurre. (36)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia es la unidad primaria base de la sociedad y dentro de ella se desarrollan roles entre sus miembros, funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples. (2)

Más que otros grupos humanos, en la familia el actuar de uno es el actuar del otro y allí, se encuentran los elementos que participan en la terapia y la prevención psíquicas y orgánicas. (2)

Toda la estructura social viene a ser unidad de acción de la responsabilidad y de toma de decisiones del pueblo. El hombre desde niño, se integra gradualmente a diversas formas de vida social el cual representa el proceso de socialización y aprende a actuar, a luchar y a responsabilizarse de sus actos ante los demás, está es una de las funciones que debe cumplir la familia. (37)

La función de la familia interna se refiere a la protección: Biológica, psicológica y social del individuo. (23)

Existen, otras formas de enfocar las funciones de la familia más descriptivas pero que permiten comprender más fácilmente las funciones familiares; una de estas formas señala que las funciones de la familia son: La seguridad psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización de la prole, la contribución a la economía, la conservación y la transmisión de las costumbres. (23, 28)

Las funciones familiares se pueden clasificar en externas e internas; las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y de esa manera perpetúe dichos valores a través del tiempo. (10, 28)

Otros estudios a cerca de las funciones de la familia. Señala que los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionadas con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas.

Un gran número de tipologías han sido descritas pero por lo menos cinco funciones de la familia pueden ser especificadas:

- 1.- Socialización
- 2.- Cuidado
- 3.- Afecto
- 4.- Reproducción
- 5.- Estatus o nivel socioeconómico

1.- SOCIALIZACIÓN: La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con la plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Es importante aclarar que dentro de las funciones de socialización, la familia se perfila como una institución ideológica del Estado con la misma fuerza e importancia que pudiera tener la Iglesia, el sistema escolar etc. Ya que la familia es vínculo entre el individuo y la sociedad por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende al sistema económico en que está inmersa.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como la educadora primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente durante los primeros seis años de vida, ya que a partir de este momento habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como el caso de la Escuela Primaria. El padre tiene primeramente el papel de soporte en esta etapa. Parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud.

2.- CUIDADO. Esta función clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella, la alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional. Las posibilidades de una buena salud y larga vida están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia.

La respuesta a las demandas de cuidado dependen no sólo al acceso a que tengan las familias a estos recursos, sino también del nivel de conocimientos de la familia o sea que las familias no sólo necesitan conocer que servicios son accesibles sino cómo usarlos. En este sentido es importante aclarar que en medicina no existen leyes, más aún en la Medicina Familiar; pero resulta obvio que a mayor disponibilidad de recursos, tener un índice mayor de salud en la familia es una meta más fácil de lograr.

3.- 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.

Según los académicos de la lengua el AFECTUS de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios en cualquier dependencia. En cuanto a la institución familiar referido a proporcionar ánimo, amor y cariño.

Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen como son: El conyugal, paternal, filial, etc. Se encuentran estrechamente relacionados por la necesidad de cubrir sus necesidades afectivas proporcionando así, la recompensa básica de la vida familiar. Visto así las necesidades de los padres cobran la misma importancia que las necesidades afectivas de los hijos.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia y aunque esta generalización es verdadera, también es verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Cuidado y afecto son parte del proceso de socialización y son recompensados o castigados. Inadecuada socialización puede resultar en privación lo que puede hacer el individuo sea menos capaz de responder afectivamente a otros.

4.- REPRODUCCIÓN: Llanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de "proveer nuevos miembros a la sociedad". Aún 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 le ha dado a llamar actualmente; salud reproductiva.

La educación sexual ha sido reconocida como parte importante de la socialización de los niños, pero aún existen controversias en los sistemas escolares. La educación médica ha sido criticada por que los médicos frecuentemente no han recibido entrenamiento para ser sensitivos a los problemas sexuales de los pacientes y no proporcionan un adecuado consejo.

5.-ESTATUS O NIVEL SOCIOECONÓMICO: La palabra estatus se deriva de la locución latina STATU QUO que en castellano se emplea para describir el estado de las cosas anterior o posterior a alguna cosa importante. Para nosotros resulta más correcto hablar de nivel socioeconómico que de estatus socioeconómico.

Aceptando el concepto de la familia como una 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 los logros familiares.

Si analizamos los datos anteriores en estos criterios de las funciones de la familia nos veremos inmersos como pueden ser comparables a las clasificaciones de funciones externas e internas del criterio psicosociológico. (2, 10, 38, 39)

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

FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

LAS FUNCIONES DE LOS PADRES SON:

- 1.- El cuidado del hogar.**
- 2.- Su propia superación con educación y capacitación permanente.**
- 3.- Planear su vida familiar y procreación.**
- 4.- Transmitir en forma conciente los valores naturales.**
- 5.- Ejercer la autoridad racional de la familia de acuerdo a la etapa de crecimiento de los hijos y compartir la responsabilidad de un ambiente democrático.**
- 6.- Formar el patrimonio familiar.**
- 7.- Cuidar de la salud y bienestar familiar.**
- 8.- Realizar los registros y legalización civiles que aseguren la nacionalidad, parentesco, ciudadanía y transmisión de bienes.**

LAS FUNCIONES DEL PADRE SON:

- 1.- Proveer los bienes económicos y culturales.**
- 2.- Figurar como patrón de identidad masculina.**
- 3.- Servir de cimiento en la estabilidad material y emocional.**
- 4.- Ser educador no sólo de palabra también de hecho.**
- 5.- Configurar como responsable de su núcleo familiar.**
- 6.- Encausar a la familia hacia la superación colectiva.**

LAS FUNCIONES DE LA MADRE SON:

- 1.- Ser la administradora del hogar y organizar la vida doméstica.**
- 2.- Figurar como patrón de los roles femeninos.**
- 3.- Ser esposa y compañera y figura central de la familia.**
- 4.- Ser educadora de la familia y de los hijos.**
- 5.- Figurar como responsable de su núcleo familiar en ausencia de su esposo.**

LAS FUNCIONES DE LOS HIJOS SON:

- 1.- Vivir bajo la patria potestad hasta la mayoría de edad o la independencia.**
- 2.- Respetar y obedecer a sus padres.**
- 3.- Cuidar los bienes patrimoniales.**
- 4.- Aprovechar todas las oportunidades formativas, educativas y de instrucción para su autosuficiencia y emancipación. (2)**

Algunas de estas funciones dentro de la familia cambiaron, sobre todo por el papel desempeñado por la mujer que trabaja, debido a la necesidad económica o de realización personal.

ETAPAS CRÍTICAS DE LA FAMILIA

El médico que está junto a los pacientes en el contexto de un impacto de crisis familiar, puede conocer más fácilmente el diagnóstico y el manejo de la crisis que induce a la disfunción familiar. (40, 41, 42)

La familia en crisis está viviendo eventos presentes o pasados que producen un cambio en el estado de funcionalidad de él o de los miembros de una familia. (43, 44, 45)

El significado de la etapas críticas de la familia, depende de la definición de los eventos y de los cambios que en otras familias con una diferente cultura y aspecto social puede ser una celebración. (44, 45)

Son innumerables las oportunidades que se ofrecen al médico familiar, para intervenir en la adaptación de la familia y en particular en sus etapas críticas que a continuación mencionaremos. (2)

1.- Embarazo

2.- Nacimiento

3.- Enseñanza de la sexualidad

4.- Estado laboral

5.- Muerte de un miembro

1.- EMBARAZO: Iniciando desde la fase de la elección de la pareja hasta el embarazo por lo cual debe de haber una gran alegría por el nuevo miembro de la familia, si es deseado, pero si no es deseado el embarazo representa un problema dentro de la etapa crítica de la familia. (4)

2.- NACIMIENTO: El nacimiento de un hijo repercute desde diferentes ángulos en la dinámica familiar. Desde el punto de vista económico, si se trata de una familia de clase alta no habrá desajustes presupuestarios. En las

clases media y media baja este nuevo miembro actuará como estímulo para que los padres traten de elevar su nivel de vida.

En una familia de estrato socioeconómico y cultural bajo, las implicaciones de la llegada de un nuevo miembro pueden traer consigo desajustes importantes en cuanto al reducido presupuesto y las limitadas expectativas de desarrollo económico de la familia. (2)

Desde un punto de vista social, el padre se sentirá decepcionado si el primer hijo no es varón, ya que en algunos estratos de nuestra sociedad éste hecho se toma como prueba de su "hombria", influyendo negativamente en el nacimiento de su primogénita, el padre pensará que ésta hija no es útil para el sostenimiento de la familia, lo cual puede llevar a hostilizar marcadamente a la madre y a la hija. Si el primer hijo es varón, la situación será totalmente diferente ya que sentirá reforzada su "hombria", su actitud para la mujer y el hijo será positiva y la esposa responderá a esta acción reforzando la integración familiar. En una familia estructuralmente lesionada, el nacimiento del primer hijo puede influir de dos formas; dependiendo si el número de hijos es elevado, el nacimiento de un nuevo miembro puede incluso propiciar el abandono por parte del padre, ante la impotencia del sostenimiento de la familia. (2)

3.- ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD: Esta actividad, debe ser valorada desde el punto de vista sociocultural, ya que la enseñanza que se recibe con respecto a la sexualidad, depende en muchas ocasiones del medio social en que se desenvuelve y del acervo cultural de la familia. De acuerdo al sexo del niño o del adolescente, será la educación sexual que se otorga. En la mayoría de las familias mexicanas a la hija se le ocultan los problemas sexuales que pueden enfrentar en ésta etapa de su vida; afortunadamente la forma educativa ha venido a cubrir esta diferencia ancestral. La enseñanza de la sexualidad puede ser:

a.- Orientadora: Positiva cuando el niño recibe información real y adecuada acerca del sexo; negativa, cuando se recibe información deformada y prejuiciosa con respecto a la sexualidad humana.

b.- Indiferente: Cuando los padres no se comprometen con la excusa de no

tener tiempo disponible para brindar la mínima orientación sexual. Es importante recordar que la falta de orientación sexual por parte de los padres, provocará en los hijos: desorientación, angustia y en ocasiones facilitará la presencia de factores que provoquen desestabilización en la dinámica familiar. (2)

4.- ESTADO LABORAL: Los principales factores de riesgo para la familia en cuanto al estado laboral son en primer lugar, la desocupación, la búsqueda y el cambio de trabajo:

a.- Desocupación se debe tomar en cuenta la causa, si fue por edad avanzada, negligencia, disminución de las fuentes de trabajo, preparación deficiente o nula, así como invalidez.

b.- Búsqueda de trabajo: Como consecuencia de la actual crisis económica, México se ha colocado en un nivel muy alto de desempleo, lo cual dificulta las oportunidades de trabajo ya que la mano de obra disponible supera a la demanda, dando como resultado pocos empleos estables, abandono del padre a la búsqueda de empleo y como consecuencia desestabilización económica y emocional en el núcleo familiar.

c.- Cambio de empleo: El médico familiar deberá estudiar los motivos del cambio. Si fue por mejorar económicamente o culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo menos remunerado pero con una mayor satisfacción intelectual, requiriendo mayor tiempo ocupacional, lo cual puede conducir a ausencias de un miembro de la familia (padre o madre), repercutiendo emocional, social e incluso sexualmente, propiciando abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia. (2)

5.-MUERTE DE UN MIEMBRO: Esta crisis familiar puede enfocarse desde los ángulos social y psicológico, teniendo en cuenta el número de hijos y edad de ellos dependiendo de la muerte se da en el padre, la madre o un hijo. Desde el punto de vista económico si el que muere es el padre y representa la única fuente de ingresos, la situación obligará a la madre a trabajar para sostener a la familia, si está preparada, el problema será menor, se adaptará a la situación, si la escolaridad es baja se producirá un ajuste económico importante disminuyendo el nivel económico. El hijo mayor

sustituirá al padre constituyéndose en el el sostén de la familia, lo que lleva a abandonar sus estudios, alteraciones en su desarrollo y modificaciones importantes en su personalidad. (2)

Emocionalmente, el choque por pérdida de un miembro, puede llegar a provocar una ruptura de la integración familiar, su dispersión, así como situaciones conflictivas. Si el padre no constituye el principal apoyo económico, la repercusión será emocional, pudiendo en este caso conservarse la estructura familiar. Si quien fallece es la madre, puede no responsabilizarse el padre de la crianza y educación de los hijos, pudiendo producirse desintegración en la familia.

Dado el momento que está pasando México cabe mencionar dos pensamientos diferentes y en distintos lugares, el primero de tipo mitológico el segundo revolucionario: En la antigüedad pagana las ideas sobre el mundo de los muertos eran bastantes confusas. Homero, que describe una visita de Ulises a éste mundo misterioso, el reino de la muerte es un lugar impreciso, habitado por sombras, en las que reinan Plutón y Proserpina. (46)

Cuando se muere en brazos de la patria agradecida, la vida acaba, la prisión se rompe y empieza al fin con el morir la vida. (47)

Lo expresado confirma que el pensamiento varía de acuerdo al tiempo y a la cultura, ya que lo que es bueno para unos puede ser desgracia para otros.

DINÁMICA FAMILIAR

El estudio y el conocimiento de la dinámica familiar es otro de los múltiples elementos teóricos indispensables para el médico familiar. El cual consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas, que van a afectar el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione positiva o negativamente como unidad. (34)

La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás. (23, 24, 48)

La familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituyendo un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por: Generación, sexo, intereses y funciones. Así tenemos los subsistemas de esposo-esposa, los esposos como padres, el binomio madre-hijo o el padre-hija o con otro miembro de la familia nuclear o extensa. (34)

El estudio de la dinámica familiar, da el enfoque de la organización psicosocial en constante cambio y crecimiento, definiendo las diferentes alianzas que llevarán al éxito o fracaso de esta dinámica familiar. (21)

Entre hombre -mujer o sea esposo-esposa debe existir la unidad no la competitividad, para que el cariño, amor y armonía pasen a ser el apoyo de los hijos, y a cada uno de estos miembros de la familia deben tomar las funciones que les corresponden por el bien familiar, respetando siempre la decisión como pareja. (9, 49)

Con el nacimiento de otro miembro de la familia es necesario un buen resultado, aunque esto no es tarea fácil ya que la educación, el amor y la disciplina deben ser con delicadeza y sin agresividad. Esto es con todos los hijos aún cuando se cuente con sólo un hijo. (49)

Para que la dinámica familiar funcione cabe mencionar los errores en que los padres pueden incurrir:

1.- **CASTIGAR MUY FRECUENTE:** La severidad del castigo no es tan importante como la frecuencia. Los hijos tienden a ser antisociales y agresivos.

2.- **DOBLE INFORMACIÓN:** Que dan los padres con lo cual el hijo tiende a manipular sus actitudes.

3.- **INCONSISTENCIA EN LAS ACCIONES DISCIPLINARIAS:** En las cuales se tolera un hecho y en otras no.

4.- **LA PRACTICA CON LA VERDAD:** Consiste en hacer lo que se predica y no dar mala información. (50)

La dinámica familiar debe ser acorde con el tiempo, lugar y proceso de cambio de cada miembro de la familia. Acorde con el rol que desempeña cada miembro de ésta.

ELEMENTOS TEÓRICOS PARA ESTUDIAR LA FAMILIA

El estudio de la familia representa una complejidad pero se le considera como elementos teóricos indispensables los siguientes:

- 1.- Características de la familia.**
- 2.- Clasificación de las familias.**
- 3.- Etapa en la cual se encuentra la familia.**
- 4.- Estructura de la familia.**
- 5.- Funciones de la familia.**
- 6.- Etapas críticas de la familia.**
- 7.- Dinámica familiar.**

El estudio de la familia representa un todo, para poder comprender su dinámica, sus funciones, sus alteraciones, sus necesidades primordiales y sus principios básicos es necesario conocerla en su conjunto.

Con el marco teórico antes descrito se ve que la familia es vista como un sistema que a la vez tiene sus subsistemas familiares que van a influir de manera positiva o negativa en el desarrollo del individuo en lo particular, en la familia en lo nuclear y en la sociedad en lo general.

LA MEDICINA FAMILIAR EN EL MUNDO

Los cambios que se efectúan actualmente en muchos países, en el campo de la medicina general y de la medicina familiar, han sido descritos como cambios revolucionarios.

Es interesante analizar las causas por las que el médico familiar ha sido salvado de una posición de extinción para asumir un liderazgo dentro del sistema de atención para la salud. Asimismo, conviene revisar la causa por la que esta disciplina, hasta hace poco tiempo migaja de la educación médica, es ahora una de las disciplinas más importantes en las escuelas de medicina en los países desarrollados.

Los cambios creativos y permanentes, solo ocurren ante la presencia de necesidades verdaderas. Nos encontramos al final de una de las épocas de grandes transformaciones en la educación y participación de los Médicos Familiares. De aquí la importancia del análisis de la evolución que ha tenido la medicina familiar en nuestro país y en algunos otros.

Existen factores que en mayor o menor grado se presentan en todos los países y que han influido en el reconocimiento de la medicina familiar como una especialidad en su enseñanza y en su práctica. Entre estos factores, pueden mencionarse como sobresalientes:

- 1.- La preocupación de un problema entre los médicos generales durante la década de los cuarenta la segunda guerra mundial creó un estado que aceleró el desarrollo de un cisma inevitable entre los especialistas y los médicos generales de esa era. Los grandes avances científicos, el consecuente modelo de organización de la atención médica, las expectativas de la sociedad y la filosofía prevalente en la educación médica fueron factores que contribuyeron a que se presentara un cambio de los intereses de los graduados de las escuelas de medicina.(51)
- 2.- La percepción de un problema entre aquellos individuos no miembros de la profesión. La sociedad poco a poco comenzó a estar consciente de la

disminución de médicos generales. Para ejemplificar esto, puede señalarse que en EE. UU. mientras en 1940 más de 75% de todos los médicos practicantes eran médicos generales; para 1960 la proporción había disminuido a 45% y 10 años después la cifra era solo de 20%.

3.- El establecimiento de grupos profesionales encargados del análisis del problema. Durante los 50 (s) y como respuesta al problema, nacen un buen número de sociedades y agrupaciones nacionales de médicos generales. En 1947 se establece la Academia Americana de Medicina General. En Inglaterra, en 1952 se funda el Colegio Real de Médicos Generales, mientras en el Canadá esto sucede en 1954.

4.- Planteamiento del problema y de soluciones por parte de grupos especiales de estudio. Aquellos individuos motivados en el estudio de la evolución de la especialidad, no pueden pasar por alto la influencia ejercida por algunos reportes de grupos de trabajo. Conviene destacar entre éstos el reporte Cohen y el de la Comisión Real sobre Educación Médica comunicadas en Inglaterra, y los reportes Millis y Willard desarrollados en los Estados Unidos. (51)

Puede afirmarse que los cuatro factores mencionados han influido en grado variable en la conformación presente de la enseñanza y la práctica de la medicina familiar.

A continuación procederemos a hacer una breve descripción de las condiciones que dicha evolución presenta en diferentes países: Por la importancia que Canadá, Inglaterra, Estados Unidos y algunos otros países han tenido en el desarrollo de la medicina familiar, me permitiré hacer un breve análisis de la evolución de esta especialidad en dichos países.

CANADÁ: Hace casi 20 años, algunos investigadores del Canadá empezaron a interesarse por conocer las razones por las cuales cada día menos médicos seleccionaban la medicina general como carrera y un número creciente de quienes ya estaban establecidos como médicos generales abandonaban la práctica para especializarse o dedicarse a otras ramas de la medicina. Pronto se llegaron a dos conclusiones:

1.- En las escuelas de medicina no se enseñaba medicina general. Toda la

enseñanza se desarrollaba en hospitales universitarios, a cargo de especialistas que nunca habían sabido lo que era la medicina general y cuya única referencia a esta práctica tenía propósitos peyorativos.

2.- Los médicos que practicaban la medicina general, carecían del entrenamiento necesario para asumir responsabilidades proporcionadas por el ejercicio de esta disciplina. Estos médicos referían gran número de pacientes a los especialistas con fines de diagnóstico y tratamiento. Se puede decir que no obstante que atendían muchos pacientes, apenas si actuaban como referidores a los especialistas. Esta situación creaba una paradoja, por una parte, existía evidencia de que la sociedad demandaba un médico general entrenado, capaz de atender a los miembros de una familia y al mismo tiempo, las escuelas de medicina no preparaban este tipo de personal. (51)

Ante esta situación, las escuelas de medicina, aceptaron el reto de cambiar su actitud de desprecio hacia la medicina general y de incluir la disciplina dentro del curriculum de cada una de ellas. Esto no tenía la pretensión de que todos los estudiantes fueran médicos generales, sino más bien demostrar que esta rama era una entidad como la pediatría, la medicina interna, la psiquiatría, etc.

Un aspecto importante dentro de la evolución, consistió en distinguir claramente al médico general de otros colegas especialistas. Así se llegó a definir que los rasgos distintivos del médico familiar eran los siguientes:

- 1.- Prestar sus servicios a todos los miembros de la familia, más que a pacientes individuales.
- 2.- Su responsabilidad se encuentra centrada en el primer contacto más que en la atención secundaria o terciaria, sofisticada y basada en el hospital.
- 3.- Su interés reside en la atención continua más que en la atención episódica prestada por especialistas.
- 4.- Tiene un compromiso con la atención integral en contraste con el estrecho compromiso del especialista con un solo interés y, finalmente.

5.- Reconoce la necesidad de compartir con los especialistas consultores y otros profesionales de la salud, problemas médicos seleccionados.

Esta caracterización condujo por un lado, al establecimiento de una definición del perfil profesional propuesta por los grupos académicos y laborales de médicos generales y por otro, a un cambio de la nomenclatura, se paso hablar de medicina familiar y de médico familiar en lugar de medicina general y de médico general.

Al reconocer a la familia como unidad básica de la sociedad, así como la necesidad de encontrar y definir un cuerpo de conocimientos, que pudieran trasladarse a un curriculum para la enseñanza de médicos preparados para aceptar la responsabilidad de proporcionar atención primaria, continua e integral, se pasó a definir a la medicina familiar como: “Un cuerpo de conocimientos que reúne las 5 disciplinas principales; obstetricia, medicina interna, pediatría, cirugía y psiquiatría, combinadas con influencias de las ciencias sociales y de la conducta relativa a la salud y a la enfermedad”. (51)

El resto del asunto es ahora historia, producto del trabajo árduo de una gran cantidad de individuos e instituciones en el Canadá. Todas las escuelas de medicina en este país cuentan con departamentos de medicina familiar. Esta disciplina se enseña en el pregrado y el posgrado; por profesores con puesto académico, que son médicos familiares en práctica docente.

La mayoría de los estudiantes de medicina selecciona medicina familiar, como opción de su carrera profesional. Se ha desarrollado un programa de acreditación y quienes lo aprueban reciben su certificación oficial como médicos familiares. En conclusión, la medicina familiar se ha constituido en la especialidad más reciente, y en una con futuro promisorio. Puede señalarse que sin duda, la atención médica primaria en este país se presta a través de los médicos familiares.

INGLATERRA: Pereyra Gray ha señalado que durante más de 100 años, un poco más de la mitad de los graduados en Gran Bretaña incursionaron en el campo de la medicina general sin haber experimentado un entrenamiento adecuado que los capacitara para ejecutar correctamente su trabajo. La necesidad de entrenamiento de posgrado no fue reconocida antes de 1960,

por la sencilla razón de que la medicina general no se consideraba como una disciplina académica en si misma.

El aumento notable en el conocimiento médico durante la primera mitad de este siglo, aunado a la fragmentación de las especialidades, originó una pérdida de extensión en el conocimiento por parte del médico de hospital. Al mismo tiempo, la clase de pacientes vistos en hospitales de concentración se hizo cada vez menos representativa de aquellos vistos en la práctica general. La necesidad de entrenamiento adicional se hizo cada vez más notoria. El establecimiento del Colegio Real de Médicos Generales, la publicación de varios reportes al respecto, la edición del “entrenamiento vocacional de médico general”, las recomendaciones de la comisión real de educación médica, y la legislación aprobada por las camaras legislativas, han hecho obligatorio su periodo de 2 a 3 años de entrenamiento para que los graduados puedan incorporarse a la práctica de la medicina general.

En el año de 1977, en Gran Bretaña existían más de 100 sitios y programas, con más de mil estudiantes incorporados a ellos y el médico general se ha constituido en el eje del sistema nacional de salud. En este país se pueden encontrar los ejemplos más acabados de la práctica, la enseñanza y la educación continua de estos profesionales.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA: En la historia de la educación médica en los Estados Unidos, el pionero Flexner en su reporte de 1910 intitulado “La educación Médica en Estados Unidos y Canadá”, expresa clara, enérgica y efectivamente las necesidades de la sociedad de ese tiempo respecto a las escuelas de medicina, la imperiosa necesidad de contar con curricula fundamentados en principios y conocimientos científicos básicos, y la conveniencia de contar con profesores de tiempo completo, tanto en las ciencias básicas, como las disciplinas clínicas. La recomendación de Flexner, exhortando que se aplicaran estos criterios al desarrollo y acreditación de todas las escuelas de medicina del país, estableció en forma sucinta los estándares loables de excelencia y una base científica para la práctica médica.

La tradición desarrollada a partir de los prototipos del hospital universitario, base del sistema organizado de residencias para la educación médica de posgrado y para el entrenamiento de médicos en disciplinas

clínicas especiales, representó la respuesta de la educación médica a las necesidades aparentes de la sociedad.

Dentro de este contexto, conviene analizar como al final de los años cincuentas y al principio de los años 60 (s), varios comités nacionales de prestigio, informando a través de reportes ampliamente difundidos, llamaron la atención hacia la reducción alarmante en el número de médicos generales disponibles para proveer la atención primaria. Esto contrasta con la expansión durante la posguerra de la especialización y el rápido crecimiento en el número de médicos que buscan educación de posgrado en campos clínicos especializados. Puede señalarse, que de 1966 a la fecha, han ocurrido cambios importantes en la educación médica de los Estados Unidos, resultado directo o indirecto de las necesidades o deseos de nuevas direcciones en atención a la salud.

En febrero de 1969, el consejo americano de medicina familiar pasó a ser el vigésimo consejo de especialidades, al ser reconocida la disciplina como una especialidad que prepara para otorgar atención médica integral con particular énfasis en la familia como unidad, en la que la responsabilidad del médico no está limitada por la edad del paciente, por el sexo o por un órgano, sistema o entidad nosológica. La especialidad deriva su cuerpo de conocimientos de otras disciplinas medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía y psiquiatría; y establece una unidad coherente combinando las ciencias de la conducta con las tradicionales ciencias biológicas y clínicas. De acuerdo a la academia americana de medicina familiar, la especialización en esta área prepara al estudiante para un papel único en la solución de problemas, el consejo a pacientes y la "administración de la salud" de sus familias. (51)

Por lo que se refiere a la incorporación de este profesional al sistema asistencial, puede decirse que en la actualidad cada vez se acepta con mayor claridad que existe un rol bien definido para este profesional en el cuidado de la salud de la población. Aún cuando hay mucho que avanzar en este sentido, el proceso está en desarrollo.

EL CASO DE OTROS PAÍSES EN EL MUNDO: Hasta el momento se ha mencionado la situación en que se encuentra la medicina familiar en aquellos países en donde esta disciplina ha tenido su mayor desarrollo y en algunos

incluso un proceso de consolidación, Sería ocioso en este momento el querer analizar el caso de todos los países en donde se desarrolló o se intenta desarrollar la medicina familiar, sin embargo cabe señalar el caso de países como Israel en donde actualmente se estudia la posibilidad de organizar un sistema de atención con equipos de salud, donde el médico general-familiar sería la unidad básica; en Francia existen dos tipos de médicos familiares; uno con enfoque a la atención curativa en el hogar y el otro con un enfoque social dirigido en su mayoría a la atención en industrias; Australia es un país con inquietud en esta área, incluso cuenta con el Real Colegio Australiano de Médicos Generales orientados a preparar médicos con una vocación diferente; por último el caso de Yugoslavia, en este país el médico general-familiar trabaja en unidades de salud comunitaria apoyado por unidades hospitalarias. (51)

LA MEDICINA FAMILIAR EN LATINOAMÉRICA

El desarrollo de la medicina familiar en Latinoamérica durante los últimos años es impresionante. De ninguna manera pretendería presentar un análisis exhaustivo de dicho desarrollo.

Principiaré por establecer un panorama del estado actual en este sentido, creo que es de elemental justicia mencionar el papel relevante que ha tenido la federación panamericana de asociaciones de facultades (escuelas) de medicina, en el desarrollo de la medicina familiar en nuestro continente. Mediante la organización de múltiples seminarios viajeros, la federación ha puesto en contacto a distinguidos colegas comprometidos con instituciones aplicativas o formadoras de recursos humanos, con los modelos de ejercicio, formación y desarrollo en medicina familiar en Canadá, Estados Unidos de América y México. El estímulo e impacto que han dejado en los participantes se ha reflejado en resultados inmediatos.

Estoy seguro que las expectativas de los organizadores han sido rebasadas con mucho. Compañeros de Bolivia, Brasil, República Dominicana, Chile, Ecuador, Honduras, Colombia, Argentina, México, Panamá, Perú y Venezuela han tenido la oportunidad de apreciar críticamente los programas.

La difusión de las ideas centrales y el apoyo a diversos proyectos en distintas naciones del área ha tenido resultados muy positivos. A través de la formación de un grupo asesor internacional, la federación está asegurando el consejo, la experiencia y el apoyo de distinguidos miembros de la comunidad académica. Sin duda que este grupo contribuirá a acelerar la evolución de la especialidad en muchos países latinoamericanos. (52)

Como ejemplo de acciones tangibles que algunos países de América Latina realizan en esta área en la actualidad, quisiera mencionar los casos de Panamá, Bolivia y Venezuela.

PANAMÁ: En un corto lapso Panamá ha obtenido logros muy importantes, La creación de la sociedad panameña de medicina general hace

más de una década, ha servido como base del desarrollo de la medicina familiar en este país. Al establecer en el año de 1976 la residencia de medicina familiar en el sistema de seguridad social, la disciplina tomó un carácter académico y de especialidad. La estrecha relación que guardan los elementos operativos y la Facultad de Medicina, garantizan el éxito del programa.

Una acción de gran trascendencia ha sido el diseño del proyecto de **habilitación y educación** continua para médicos generales en ejercicio; indudablemente, que con el tiempo el nivel de dichos médicos se incrementará en forma importante, lo que necesariamente deberá mejorar la calidad de la atención médica prestada. La inclusión de la enseñanza de la medicina familiar en el curriculum de posgrado es otra de las acciones que deben resaltarse.

BOLIVIA: El desarrollo de la medicina familiar en este país se ha iniciado a través de la instrumentación de programas asistenciales. El seguro social boliviano y el mexicano mantienen lazos estrechos de cooperación e intercambio de experiencias. El sistema de medicina familiar está diseñado y puesto en marcha.

VENEZUELA: Aquí, los acontecimientos de los últimos años en lo que corresponde a la medicina familiar son también muy estimulantes. El establecimiento de un departamento asistencial de medicina familiar ha constituido el punto de arranque. La participación de relevantes educadores médicos y autoridades asistenciales en los seminarios viajeros ha permitido que ellos acudan como multiplicadores de la idea. Dos eventos internacionales realizados en un período de un año están contribuyendo a la difusión de los principios que sustentan la especialidad. La XXXIII Asamblea de la Asociación Médica Mundial y el Taller de Medicina Familiar han servido de foro para discutir dichos principios.

En la actualidad, Venezuela se ha convertido en Sudamérica, en líder indiscutible de la medicina familiar. (52)

LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO

Como ya fue señalado, en México los orígenes de la medicina familiar pueden rastrearse hasta el año de 1953. En esa época el Instituto Mexicano del Seguro Social estaba en pleno crecimiento, la atención de medicina general, incluyendo la visita domiciliaria, se encontraba en una etapa de pobre organización; la consulta externa era controlada por personal de archivo, los enfermos eran vistos indistintamente por un médico u otro, como resultado, el conocimiento que tenía el médico de los problemas de sus pacientes era prácticamente nulo y la visita domiciliaria se había convertido en un grave inconveniente en un alto porcentaje de los casos existía abuso del servicio. (53)

Ante esta situación un grupo de médicos que laboraba en la institución en la Ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de que se reestructurara el esquema de atención médica.

Por lo que ese año, se inició un ensayo dirigido a valorar los cambios introducidos que, según el programa diseñado, afectarían positivamente tanto la atención brindada al paciente, como el trabajo médico, resultados que lógicamente serían convenientes para el Instituto.

Como consecuencia inmediata a la experiencia obtenida, el IMSS presentó en el año de 1954 en un seminario sobre seguridad social celebrado, en la República de Panamá, un trabajo libre sobre lo que denominó "El Médico de la Familia". En este trabajo, se delimitaban las características de las acciones que este profesional debería desarrollar, sobresaliendo el hecho de que el médico familiar tendría núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos médicos. (53)

Poco a poco, se fueron reuniendo datos que evidenciaban las bondades del esquema operativo. Como consecuencia, las autoridades del instituto dieron su aprobación para experimentar en forma más amplia con el sistema médico familiar. Esto sucedió en 2 clínicas de la Ciudad de México en el año de 1955. Los elementos más notables que se introdujeron consistieron en la adscripción de una población definida a cada médico familiar,

adscripción que incluía al recién nacido, al adulto y al anciano. Se implantó el sistema de cita previa y se definió que la visita domiciliaria era responsabilidad del médico familiar. Estos cambios fueron aparejados con modificaciones en el manejo del expediente clínico, del sistema de archivo, del mecanismo de adscripción, etc., etc.

No pasó mucho tiempo para que el sistema demostrara las ventajas y poco a poco, se fue extendiendo a todas las unidades del IMSS en el país. En el año de 1959 ésto se consolida a nivel nacional y se introduce una variante: La subdivisión del médico familiar en médico familiar de adultos y médico familiar de menores. Casi 20 años habían de transcurrir antes de regresar al esquema previo, es decir, al médico familiar que se hace cargo de la atención de todos los miembros de la familia sin importar el grupo de edad, el sexo o el padecimiento del individuo.

Durante cerca de dos décadas el desarrollo de recursos humanos en el área fue muy limitado, de tal manera que el IMSS se vio forzado a contratar médicos que al no contar con la capacitación necesaria, no fungían como auténticos médicos familiares. Los profesionales que ocupaban las posiciones de médicos familiares procedían de dos corrientes. Por un lado eran médicos generales, con limitaciones en la calidad de su conocimiento médico y sin la habilidad para abordar los problemas planteados por las familias y, por otro, algunos eran médicos provenientes de las especialidades tradicionales, que aún cuando estuvieran capacitados técnicamente en el manejo de su especialidad, ignoraban el resto de los contenidos que conforman la medicina familiar y sobre todo, no poseían la actitud requerida para cumplir satisfactoriamente con su papel como médicos familiares. (53)

Con ese panorama y después de definir que tanto en la institución en particular como en el país en general se requería de un gran número de especialistas en el área, el IMSS decidió diseñar un programa educacional para formar en el posgrado a este profesional. Así, en marzo de 1971, bajo la forma de una residencia médica, se inician en la Ciudad de México las actividades de los primeros 32 estudiantes del curso de especialización en medicina familiar. Uno de los objetivos básicos del programa consistió en el desarrollo integral del estudiante de adultos y médico de menores.

El programa se llevó a cabo originalmente en una sola sede y tuvo una duración de dos años. En la actualidad, tanto el número de sedes como el total de alumnos se incrementaron. En el año de 1974 La Facultad de Medicina de la UNAM dió un paso que contribuyó significativamente al desarrollo de la disciplina, cuando a través de la división de estudios de posgrado reconoció el curso de residencia que el IMSS había venido llevando a efecto, como un curso universitario. Llevando a la medicina familiar con este paso, a la categoría de especialidad.

Una de las formas de probar la existencia de la medicina familiar como campo asistencial independiente consiste en encontrar que la misma puede desarrollarse en países con organización social diferente, o en instituciones de atención médica de un mismo país que presentan filosofías, organización y recursos diferentes. Esto último está sucediendo en México y la Universidad Autónoma de Nuevo León ha contribuido significativamente. La Escuela de Medicina de esta Universidad lleva a cabo, desde 1977 un programa de dos años de duración que es modelo en su tipo, para la formación del médico familiar. Este programa, sostenido a través de los recursos de la universidad ha permitido, entre otras cosas, observar como existe demanda por un especialista de este tipo y como los egresados del programa pueden incorporarse sin dificultades al mercado de trabajo.

Hasta muy recientemente, los dos programas mencionados eran las únicas opciones que existían para aquellos interesados en la formación a nivel de posgrado en el área. A partir de 1978, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, entró en contacto con las autoridades de las otras dos grandes instituciones de salud con el propósito de evaluar la factibilidad de desarrollar un curso de especialización en medicina familiar. Tanto la SSA, como el ISSSTE, manifestaron su interés por llevar esto a la práctica, de tal forma que, después de diseñar el programa y las estrategias educacionales, el curso inició sus actividades el 1o. de marzo de 1980. Este programa puede verse como resultado de las experiencias obtenidas en los otros dos, ya que en él se han incluido los puntos identificados como aciertos y se han tratado de evitar aquellos que se han considerado como fallas.

Hasta marzo de 1981 existían en México cuatro programas y 55 sedes para el desarrollo del curso de especialización en medicina familiar. Los programas, como es de esperarse, peculiaridades que los diferencian; sin embargo, también comparten características generales que los identifican. Una de estas características básicas, es la conceptualización de la disciplina y el perfil del egresado de esos cursos.

Por último, en lo que toca al curso de especialización que la facultad de medicina de la UNAM lleva a cabo con la SSA y con el ISSSTE, puede decirse que, diseñado durante 1978 y 1979, el programa entró en operación en marzo de 1980; tiene una duración de tres años y demanda el cumplimiento de actividades teóricas y práctica en unidades de atención médica de contacto primario y en los cuatro servicios hospitalarios fundamentales, tanto en unidades urbanas como en centros ubicados en el medio rural.

El programa tiene una estructura modular conformada por seis módulos: Pediatría, medicina interna, ginecología y obstetricia, urgencias médico-quirúrgicas, medicina social y psicología médica. Durante el primer año, el curso contempla prácticamente 50 % de rotación hospitalaria y el 50 % en las unidades de contacto primario. En este último sitio el porcentaje se incrementa con el paso del tiempo, de tal forma que en el tercer año esta rotación puede constituir casi el 70 %.

En estos programas se incorpora la idea de la unidad académica de medicina familiar, entendida como el centro en el que se enseña y practica la medicina familiar por un grupo de especialistas con niveles de excelencia.

En el año de 1975 y con el propósito de estimular y coordinar acciones que apoyaran el desarrollo de la disciplina y de fortalecer su comprensión como campo académico, la facultad de medicina de la UNAM decidió crear el primer departamento de medicina general- familiar y comunitaria de América Latina, en la actualidad existen varias escuelas que están siguiendo este ejemplo.

El objetivo fundamental de un departamento de medicina familiar consiste en guiar el aprendizaje del estudiante, tanto en el pregrado como en

el posgrado, para adquirir los conocimientos, las habilidades y las actitudes que requieren para emitir juicios clínicos bien fundamentados en el cumplimiento en su práctica como médico general/familiar. Un departamento de esta naturaleza debe poner en contacto al estudiante con el modelo de práctica de la medicina familiar, de tal forma que se le sensibilice oportunamente respecto al tipo, de actividades que llevan a cabo los médicos familiares.

Es muy probable, que para alcanzar este objetivo sea necesario desarrollar múltiples acciones educacionales, asistenciales y de investigación.

En el pasado, el médico general-familiar ha visto a la investigación como un elemento al que le falta relevancia para la práctica clínica diaria. Es necesario que dentro de la enseñanza y la práctica de la disciplina se desarrolle una nueva actitud de apreciación crítica y que se trate de mostrar la relevancia de proyectos y acciones de investigación en el campo. En medicina familiar, aún en países desarrollados, la prioridad abrumadora ha sido el análisis de la organización e instrumentación de programas de enseñanza.

Tal parece que los médicos familiares no han terminado de hacer perfectamente conciente el gran número de ventajas que tienen sobre otros especialistas en cuanto al planteamiento y ejecución de investigaciones; entre ellas, pueden mencionarse las siguientes:

- 1.- El médico familiar ve a todos los miembros de la familia, sin importar la edad, el sexo o el tipo de padecimiento.
- 2.- Tiene, en general, una población fija adscrita, por lo que es fácil hacer seguimiento de la misma.
- 3.- Al tener una población fija, el médico familiar puede construir datos de población en riesgo, por sexo y grupo de edad. Al hacer esto, es factible contar con denominadores que, al ser relacionados con el número de diagnósticos, le permiten calcular tasas y, de esta manera, conocer la probabilidad de enfermar o morir que existe entre su población.

4.- A diferencia del hospital en donde intervienen factores selectivos bien claros, en medicina familiar los pacientes que el médico ve, generalmente son pacientes no seleccionados.

5.- El médico familiar tiene la oportunidad de ver la historia natural de la enfermedad en todas sus etapas, lo que facilita el entendimiento de la misma.

6.- Aún más, la preocupación del médico familiar no es solo la enfermedad, por el contrario, buena parte de su trabajo se dedica a tratar aspectos de salud. Esto, le permite ampliar el rango de posibilidades de investigación entre su población.

7.- Otra ventaja consiste en que, por todo lo anterior, el médico familiar puede construir indicadores de riesgo entre grupos de individuos a su cargo, los que pueden aplicar a casos particulares, realizando una prevención efectiva.

El desarrollo académico de los profesores de medicina familiar en México, ha tenido un avance importante en los últimos años, así podemos mencionar los esfuerzos que el IMSS ha realizado, así como el CIMF en colaboración con la UNAM, quienes en 1982 implementaron un curso de capacitación docente en medicina familiar.

Es indiscutible que nuestro país está viviendo, en el área de la salud, un momento de grandes decisiones políticas, que nos conllevan a la consolidación de un sistema nacional de salud, que entre otras ventajas nos permitirá ampliar la cobertura de población y la estrategia definida para alcanzar es la atención primaria a la salud, a través de un sistema de medicina familiar y desde mi punto de vista, al empezar a realizar acciones como la que el día de hoy finaliza, donde empezamos a hablar, dos áreas profesionales, de la salud familiar como unidad, es cuando se empieza a percibir su consolidación. (52)

SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA GENERAL FAMILIAR DENTRO DEL I.S.S.S.T.E.

ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL I.S.S.S.T.E.

Antes de la expedición de la Ley del ISSSTE, los servicios médicos que disfrutaban los Trabajadores del Sector Público eran heterogéneos en cuanto a su calidad y de cobertura parcial, ya que no estaban extendidos a todo el Territorio Nacional.

Ante esta situación, el Poder Ejecutivo, ordenó la integración de todos los servicios de salud de las diversas dependencias gubernamentales, que culminó con la promulgación de la Ley del ISSSTE el 28 de diciembre de 1959. En el artículo 3 de dicha Ley, se establecen con carácter de obligatorio las siguientes prestaciones:

- I. Seguro de enfermedad no profesional y de maternidad.**
- II. Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.**
- III. Seguro de reeducación y readaptación de inválidos.**

En los incisos del IV al XIV, las prestaciones se refieren a los aspectos culturales, sociales, laborales y económicos.

La tres primeras prestaciones de esta ley, se relacionan con el individuo enfermo y con la rehabilitación de aquél, que después de enfermo ha quedado incapacitado física o mentalmente. El número IV en forma muy general, menciona los "servicios que eleven los niveles de vida del servicio público y de su familia", en que se supone que pueden incluirse los "servicios que proporcionan la salud social". Destacan en la evolución de la atención médica los siguientes aspectos:

- 1.- Integración de la mayoría de los recursos médicos y trabajadores de la burocracia federal al ISSSTE.**
- 2.- La cobertura de atención médica a toda la población derechohabiente de la República Mexicana.**

3.- Adecuación de recursos físicos y humanos propios o subrogados para cubrir suficientemente la demanda de servicios.

4.- Práctica de una medicina altamente tecnificada e impartida cada vez con mejores relaciones humanas.

5.- Modificaciones de la estructura orgánica de la Subdirección Médica, orientadas a la tecnificación de la administración de la atención médica, para lograr un mejor aprovechamiento y productividad de los recursos disponibles.

6.- Planificación de la atención médica en base a una regionalización nacional, adecuada a las características demográficas de la población.

7.- Coordinación con otras instituciones de salud para sumar esfuerzos y evitar duplicidad de recursos.

8.- Fomento de las relaciones entre representantes sindicales y Autoridades.

9.- Establecimiento de mecanismos para el adiestramiento, capacitación y superación de todo el personal.

10.- La administración actual establece dentro de sus objetivos fundamentales la atención por niveles y la integración modular con el fin de ampliar la cobertura brindando una atención eficaz y oportuna, al mismo tiempo que se intensifica el sentido humanista de la misma, logrado a costos razonables.

Se ha tratado de lograr un mejor estado de salud entre la población derechohabiente mediante la atención médica proporcionada en base a las funciones preventivas, curativas y de rehabilitación que se llevan a cabo.

CONCEPTO ACTUAL DE LA SALUD Y DE LA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL.

Concepto de la salud: La OMS define la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, este

concepto resulta difícil de alcanzar íntegramente, sin embargo es la meta hacia la cual se deben encauzar todos los esfuerzos.

A efecto de lograr la salud, se generan las siguientes acciones, relacionadas íntimamente entre sí:

La acción sanitaria que comprende:

- a) La sanidad pública.**
- b) El saneamiento ambiental.**

La acción asistencial que comprende:

- c) La asistencia social.**
- d) La asistencia médica.**

a). La sanidad pública incluye las actividades que tienden a proteger a la sociedad de los aspectos negativos del medio ambiente, mediante procedimientos de prevención primaria de enfermedades, tales como la educación para la salud, la protección específica y la detención de enfermedades en el individuo aparentemente sano.

b). El saneamiento ambiental engloba las actividades tendientes a mejorar las condiciones del medio físico en que se desenvuelve la comunidad. Implica acciones como, por ejemplo: Sistemas de dotación de agua potable, redes de alcantarillado y drenaje, mejoramiento de la vivienda, contaminación atmosférica, etc.

c). La asistencia social se refiere al mejoramiento de las condiciones culturales, sociales, económicas y recreativas del individuo y de la comunidad.

d). La asistencia médica implica acciones de prevención primaria de enfermedades, de prevención secundaria, o sea el diagnóstico y tratamiento de las mismas y prevención terciaria o sea la rehabilitación.

En la actualidad hay una notable tendencia a la integración de las acciones sanitarias y de las acciones asistenciales considerando al hombre como un ser biopsicosocial que se desenvuelve en un ambiente en el que existen riesgos biológicos, económicos y sociales que amenazan su salud.

CONCEPTO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL: El instrumento más completo para lograr la salud del individuo y su núcleo familiar, es la atención médica integral a la cual la OMS define como "todos los programas y recursos de servicios de salud que se deben poner a la disposición de la colectividad, orientados al fomento y conservación de la salud, física y mental, teniendo en cuenta el medio ambiente físico, social y económico en que se desenvuelve el hombre".

PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICO GENERAL FAMILIAR DENTRO DEL I.S.S.S.T.E.

JUSTIFICACIÓN: La impartición de la atención médica en las unidades del ISSSTE, ha dejado, hasta la fecha, mucho que desear ya que no se ha logrado hacerla en forma integral. Intentar cambiar el sistema actual para otorgar la atención médica por niveles en donde el primer contacto sea a través de un médico familiar, capaz de desarrollar acciones en los campos de la prevención y conservación de la salud, el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz en la curación de los enfermos, justifica la creación de un Programa de Atención Médica General Familiar dentro del ISSSTE.

OBJETIVOS

General: Proporcionar atención médica integral a la población derechohabiente, a través de un equipo multidisciplinario de salud, proyectando las acciones a la comunidad.

ESPECÍFICOS:

- a) Promover y conservar la salud física y mental del núcleo familiar derechohabiente.
- b) Restablecer la salud del individuo enfermo mediante el diagnóstico certero y tratamiento oportuno y adecuado.

- c) Mejorar las relaciones humanas entre el personal que proporciona los servicios de salud y la población derechohabiente.**
- d) Satisfacer la demanda de servicios médicos con oportunidad, óptima calidad y a costos razonables.**
- e) Personificar la atención médica considerando al enfermo en el medio ambiente en que se desenvuelve.**
- f) Regionalizar la atención médica, brindándola fluidamente por niveles, a través de la identificación de los problemas de salud por el mejor y mayor conocimiento del enfermo.**

ACTIVIDADES:

- a) Asignación de 900 núcleos familiares a un consultorio que será manejado por un binomio médico, señalándose además un responsable de cada núcleo familiar.**
- b) Asignación del personal multidisciplinario del equipo de salud a cada uno de los consultorios.**
- c) Elaboración de una historia social y familiar a cada núcleo familiar.**
- d) Discusión multidisciplinaria de los casos interesantes.**
- e) Seguimiento longitudinal de algunos casos por el equipo multidisciplinario de salud.**
- f) Instrumentación de acciones de prevención y promoción para la salud.**
- g) Aplicación de acciones curativas a aquellos pacientes en que se afecte la salud, a través del estudio clínico y el apoyo de los auxiliares del diagnóstico y tratamiento necesarios.**
- h) Desarrollo de acciones de rehabilitación de acuerdo al padecimiento.**

i) Desarrollo de labores docentes dirigidas al equipo multidisciplinario de salud de la unidad, a los derechohabientes y a estudiantes de las diferentes escuelas de elementos técnicos o profesionales de la salud, así como a apoyar la formación de especialistas en Medicina General Familiar.

j) Participación en programas de investigación de la Unidad, del Área Metropolitana, y/o Subdirección Médica.

Estas actividades se han empezado a realizar en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE que, inaugurada el 1o. de octubre de 1979, la cual sirve de sede al curso de especialización en Medicina General-Familiar que el Instituto y la Facultad de Medicina desarrollan conjuntamente. La unidad está diseñada para alcanzar un total de 45,000 derechohabientes y servirá como modelo a desarrollar, por lo que las actividades de supervisión y evaluación deben ser de gran importancia. (53)

Posteriormente fue abierta la sede del curso de especialización de Medicina General Familiar en la clínica "Valle de Aragón" la cual dura poco tiempo por pertenecer al Estado de México, trasladándose dicha sede a la clínica "Gustavo A. Madero".

En el año de 1993 es implementado el primer curso de "Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del ISSSTE", a nivel nacional con reconocimiento de la UNAM, actualmente se encuentra en la tercera generación de egresados. (54)

EL MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL I.S.S.S.T.E

El nivel de salud de una población está determinado por su entorno el cual, a su vez, está constituido por factores físicos, sociales, económicos y políticos. Estos factores condicionan que la frecuencia y distribución del proceso salud-enfermedad sea diferente en cada individuo, familia y comunidad, de acuerdo a las diversas formas y grados de interrelación existente entre esos factores de riesgo.

Considerando que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un completo estado de bienestar físico y mental y que es un elemento imprescindible en el desarrollo integral de una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad social; se asume el compromiso institucional de garantizar el precepto constitucional que consagra el derecho a la protección a la salud como un derecho esencial de todos.

De lo anteriormente anunciado, se pueden hacer algunas reflexiones para una mejor interpretación de lo que es la salud; en primer término, la salud es un fenómeno eminentemente social, lo cual implica que de acuerdo al grado de desarrollo económico-social que alcanza una sociedad determinada, la salud se manifestará de una forma concreta y diferente en cada individuo, núcleo familiar y comunidad, dependiendo del nivel socioeconómico en que se encuentren y del resto de factores de riesgo de su entorno.

En este sentido el concepto biólogo de enfermedad es rebasado; por lo tanto, las acciones para restaurar la salud tienen que ir más allá de lo que habitualmente se realizaba en los servicios de salud tradicionales. Como atender enfermos, tratar de integrar un diagnóstico o algún síndrome nosológico, apoyándose en estudios de laboratorio e imagenología y recetar o realizar una acción quirúrgica. Todo esto con el propósito de restablecer la salud del paciente que acudió al servicio.

En segundo término, en el marco de la perspectiva social de la salud, se requiere que el personal de las clínicas realice estas mismas acciones y otras más que incidan trascendentalmente en la modificación de los factores de riesgo, los cuales en varias situaciones no están en la esfera de lo biológico,

sino que se instalan en diversos escenarios; físicos, económicos políticos, de comportamientos sociales, etc.

En este sentido las acciones de salud son múltiples y en varias ocasiones van más allá del ámbito estricto de competencia del Sector Salud.

Dentro de este contexto surge como alternativa para encausar los esfuerzos de la sociedad para conservar y mejorar su bienestar, la atención primaria a la salud.

La atención primaria es fundamentalmente asistencia a la salud fundamentándose en la declaración de Alma-Ata (51) a la Carta de Ottawa de promoción de la salud (1978-1986). Vuori sintetizó la propuesta estratégica de atención primaria estructurada a un tripode: servicios de salud centrados en el nivel primario de atención, acción intersectorial y participación comunitaria. Ocho años después en la 1ra. Conferencia Internacional de Promoción de Salud, que se declara heredera del espíritu de Alma-Ata. Se señala que para mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en los llamados cinco campos de acción de la Carta de Ottawa. (51)

La adopción de ésta estrategia por parte de las Unidades del ISSSTE. Trae implícita la modificación de las modalidades tradicionales de operación de los servicios; una de estas modificaciones es la de reorientación para la resolución de los problemas de salud, la cual surge del análisis de las causas de la enfermedad y muerte, de la relevancia de los factores derivados del medio y del comportamiento individual y colectivo como determinantes de la salud.

El modelo sistemático de atención médica familiar tiene el propósito de atender las necesidades de salud de las familias es este caso adscritas a un consultorio de medicina familiar y renovar no sólo las normas de actuar del Instituto sino de unificar los métodos de trabajo médico institucional.

Dentro de ésta estructura, al médico familiar se le ofrece la posibilidad de atender a un volumen determinado de pacientes, de adentrarse en el estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria, lo

que facilita la comprensión de los fenómenos que originan desajustes tendientes a alterar la salud.

Estas bases doctrinarias encausadas coordinadamente, permitirán que los propósitos trazados por la seguridad social en nuestro país y en nuestro sistema se cumplan en el campo de la medicina.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde su aparición en México. La medicina familiar, se ha practicado conforme a esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con bases que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares. (2)

La presente investigación reconoce como problema el no tener una base teórica respaldada por evidencias científicas que permitan esclarecer las características sociodemográficas y patológicas, de las familias con las que el médico familiar trabaja cotidianamente. Con lo cual se podrán llevar a cabo las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar que son: Estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria. Ayudando a una mejor expectativa de vida a las familias adscritas en este caso al consultorio número siete de la Clínica de Medicina Familiar "Del Valle" ISSSTE, en lo particular y en beneficio de todos los derechohabientes en general.

JUSTIFICACIÓN

El modelo sistemático de atención médica pretende incidir en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la Carta de Ottawa producto de la segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción: Reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medioambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud. (2)

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas a 2do. nivel y 3er. nivel y en general una atención médica de mayor calidad y calidez que le permita promover y mantener la salud de sus familias. Para lograr estos propósitos el médico familiar deberá conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman, las patologías más frecuentemente tratadas, así como la demanda de servicios que se ejerce en el consultorio, como la comprensión de la estructura y de la función de la familia, el conocimiento de la forma como la familia se comunica, la capacidad para observar como operan las familias y para relacionarse con éstas lo mismo que con los individuos, y la aceptación del papel de reforzadores de la función central de la familia, labor que se puede desarrollar eficazmente (1) lo que a través del tiempo tendrá un positivo impacto en la salud familiar del consultorio de medicina familiar y del sistema de salud del país. (2)

El esquema actual de atención médica familiar no es satisfactorio tanto para el médico como para los pacientes ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias, así como los recursos que pueden ser implantados para mejorar el nivel de salud de las familias. (2)

En consecuencia es importante conocer a nuestras familias, por que se desconocen los datos relacionados con la población adscrita al consultorio y las variantes socioculturales y patológicas; datos que podrían ser factibles de estudio por él propio médico familiar en su horario y sitio de trabajo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar en la población adscrita al consultorio número 7 de la Clínica de Medicina Familiar Del Valle ISSSTE, las características biopsicosociales como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Optimizar la prestación de servicios médicos con un enfoque integrador, que favorezca una mayor satisfacción de los usuarios y permita disminuir los costos de atención médica.

Establecer el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar con el propósito de hacer aplicativo los tres ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar. (2)

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación la ubicamos en el área: Sociomédica.

El tipo de estudio es: Descriptivo, retrospectivo y transversal.

Fundamentándose en tres estrategias:

- Censo poblacional.**
- Estudio de comunidad**
- Identificación de las causas de consulta. (2)**

POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO

Grupo de familias adscritas que acudieron a consulta en el turno matutino del consultorio número 7 de la Clínica de Medicina Familiar "Del Valle" ISSSTE, ubicada en la calle de Patricio Sanz No. 51 Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez . México, D.F. C.P. 03100. Durante el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de junio de 1996.

MUESTRA

Se llevó a cabo un muestreo no probalístico, por cuotas a 295 familias de las 397 adscritas al consultorio, en 1928 consultas otorgadas del 1 de enero al 30 de junio de 1996.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Población usuaria derechohabiente asignada al consultorio número 7 de la Clínica del Valle ISSSTE.**
- Que tengan expediente clínico.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Población adscrita no usuaria.**
- Familias no asignadas al consultorio número 7 de la Clínica del Valle ISSSTE.**
- Que no tengan expediente clínico.**

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Expedientes no activos.**
- Hojas de encuesta incompletas.**
- Cambio de consultorio.**
- Pacientes que causaron baja en la clínica.**

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES DE MEDICIÓN

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

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

Los grupos étnicos se establecen en una amplitud de clase de cinco años a excepción de menores de un año y de uno a cuatro años. (2)

PARA EL ESTUDIO DE COMUNIDAD: Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal se identifican:

- Nombre de la familia.
- Estado civil.
- Años de unión conyugal (casados, unión libre, divorciados y viudos).
- Escolaridad.
- Edad del padre.
- Edad de la madre.

- Número de hijos (hasta de 10 años de edad).
- Número de hijos (de 11 a 19 años de edad).
- Número de hijos (de 20 o más años de edad).
- Ocupación de los padres de familia.
- Ingreso económico.
- Tipo de familia.
- Etapa del ciclo vital familiar.
- En observaciones (mortalidad, vigilancia de enfermedades crónico-degenerativas, toxicomanías, tipo de habitación y dependencia de trabajo).

PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTA: Se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden:

- Los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo.
- Identificando a la población usuaria por edad y sexo.
- Tipo de derechohabiente.
- Consultas por mes.
- Incidencia y prevalencia.

PLANES PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

PARA EL CENSO POBLACIONAL: Se acudió al archivo clínico de la unidad identificando todos los expedientes clínicos de las familias en estudio; clasificando los expedientes por núcleos familiares. Encontrándose inscritos con expediente clínico a 397 familias con un total de 1906 expedientes.

PARA EL ESTUDIO DE LA COMUNIDAD: El investigador responsable, aplicó directamente la cédula de recolección de datos, a la cual se le efectuó una prueba piloto que consistió en efectuar el cuestionario inicial, aplicándolo a diez familias, llegando a la conclusión que para que la información fuese más completa se le agregarían en las observaciones cinco preguntas más.

PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTA: Incidencia, prevalencia, causas de consulta y tipo de derechohabiente se recolectó la información de la hoja de reporte diario del médico del 1 de enero al 31 de diciembre de 1995, reportándose 2897 consultas.

PLANES PARA LA PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos correspondientes a las tres estrategias propuestas se presentan mediante cuadros estadísticos y se analizará mediante procedimientos descriptivos, los cuales comprenden relaciones porcentuales y medias. (2)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No se considera que represente algún riesgo para la salud.

RESULTADOS

En el censo poblacional se observó que la población adscrita al consultorio fue de 1906 individuos. Correspondiendo al sexo masculino 695 con el 36.46 %, y el sexo femenino 1211 con el 63.54 %.

El número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos en primer lugar lo representan los mayores de 65 años de edad, con 92 individuos con el 4.82 %, el segundo lugar es de 5 a 9 años con 71 individuos con el 3.73 % y el tercer grupo lo constituyen los grupos de 35 a 39 años con los de 40 a 44 años de edad, con 61 individuos que representan el 3.20 % respectivamente.

El número por grupos etáreos del sexo femenino en primer lugar lo representan las mayores de 65 años con 286 individuos con el 15 %, el segundo y tercer lugar corresponde a los grupos etáreos de 35 a 39 años y de 40 a 44 años con el 10.17 % cada uno. (Cuadro 1)

La distribución de la población usuaria por tipo de derechohabiente fue en primer lugar para los trabajadores con el 48.74 %, de los cuales corresponden al sexo masculino el 18.41 %, y al sexo femenino el 30.33 %, el segundo lugar lo ocupan los hijos de trabajadores de los cuales 13.75 % son hombres y 12.75 % son mujeres lo que representa un total de 26.50 %. (Cuadro 2)

Con lo que respecta a las 10 principales causas de consulta por grupos de edad y sexo. La primera causa de consulta fue la hipertensión arterial con 16.71 %, correspondiendo al sexo masculino el 4.63 % y al sexo femenino el 12.08 %, siendo los pacientes de más de 65 años los que acuden por dicho diagnóstico, el segundo lugar lo ocupa la diabetes mellitus con el 6.14 % al igual que la anterior es más frecuente en mujeres de más de 65 años de edad, el tercer lugar lo ocupa las infecciones de vías urinarias con el 5.18 % siendo las mujeres más afectadas con predominio después de los 60 años de edad.

En general los menores de 4 años de ambos sexos acuden principalmente por infecciones de vías respiratorias, gastrointestinales y de vías urinarias. En la mujer en edad fértil las causas principales son las infecciones de vías urinarias y las cervicovaginales, en los pacientes ancianos las causas más frecuentes de consulta son; las crónico-degenerativas, infecciosas y las gástricas. (Cuadro 3)

La frecuencia de consultas por mes de primera vez y subsecuentes el primer lugar lo ocupó junio con el 10.40 %, en segundo lugar el mes de noviembre con el 10.0 %, los meses de menor número de consultas correspondieron a los de abril y septiembre con el 6.32 % y el 6.42 %. (Cuadro 4)

Se mencionó anteriormente las 10 principales causas de consulta que corresponden a la hipertensión arterial 16.71 %, diabetes mellitus 6.14 %, infección de vías urinarias 5.18 % hasta llegar a la décima causa que es la gastritis con el 3.11 % otras causas con 1291 consultas que representan el 44.56 % (Cuadro 5)

Por incidencia y prevalencia los principales 10 motivos de consulta fueron: de incidencia 1654 consultas, en primer lugar la faringitis aguda con el 4. % seguido por la cervicovaginitis con el 3.60 % y el tercer lugar la rinitis con 3.56 %, a otras causas les correspondió el 36.70 %.

En prevalencia la primera causa fue la hipertensión arterial con 15.91 %, la diabetes mellitus con 5.80 % y la osteoartritis con 4.10 %, otras causas 7.80 %. (Cuadro 6)

Se observó que el estado civil de las familias encuestadas el 65.76 % son casadas, el 17.63 % de los trabajadores son solteros, 6.78 % viudos, el 6.44 % viven en unión libre y el 3.39 % se encuentran divorciados. (Cuadro 7)

Con respecto a la edad y sexo de los trabajadores solteros que es de 52 correspondiendo a 17 hombres y a 35 mujeres. La edad más frecuente fue de los 25 a los 29 años con el 17.30 %, seguido por grupos etáreos de los 20 a los 24 años con el 15.38 % y de 35 a 39 años con el 13.46 %, el resto de los grupos etáreos con una media de 5.7 % por quinquenios. (Cuadro 8)

Se encontró que los años de unión conyugal de las 194 parejas casadas de 5 a 9 años es de 14.43 %, de 10 a 14 años 13.40 % , y de 1 a 4 años es igual que las que tienen de 20 a 24 años con el 11.34 %. (Cuadro 9)

Se observó que los años de unión en parejas que viven en unión libre de 5 a 9 años es el 42.10 %, las de 1 a 4 años, seguidas por las de menos de un año es de 31.58 % y de 10 a 14 años con el 10.53 % respectivamente. (Cuadro 10)

El porcentaje de años de unión conyugal en los pacientes actualmente divorciados que son en número de 10, fue de 5 a 9 años con el 50.0 % seguidos con los de 10 a 14 años con el 20.0 %. (Cuadro 11)

También se observó que los años de unión de los pacientes viudos que sumaron 20 en las encuestas de los cuales 4 son hombres y 16 mujeres. De los 10 a 14 años el 20.0 %, de 30 a 34 años el 15.0 %, y en tercer lugar los de 1 a 4 años, 15 a 19 años y de 40 a 44 años con el 10.0 % cada uno. (Cuadro 12)

Con lo que respecta a la escolaridad se encontró que la mayoría tiene un nivel profesional 36.95 %, media superior técnica 32.55 %, con educación media el 22.37 % y básica sólo el 8.13 %. No se encontraron analfabetas. (Cuadro 13)

En cuanto a la edad del padre el grupo de edad más numeroso lo constituyen los mayores de 65 años con el 19.66 %, seguido por los de 45 a 49 años con el 12.54 %, el resto por grupos etáreos representa una media de 10.50 %. 48 padres de familia habían fallecido representando el 16.27 %. (cuadro 14)

En lo que respecta a la edad de la madre predominan las de 65 años y más con un 21.36 %, seguidos de los grupos etáreos de 35 a 39 años con un 11.19 %, en tercer lugar las de 40 a 44 años de edad con un 10.51 %, el resto con media fue 8.13 %. 24 de las madres habían fallecido representando el 8.14 %. (cuadro 15)

Se estudió el método de planificación familiar utilizado por las 295 familias encuestadas, de las cuales 152 utilizan algún método, de los cuales 42 son hombres que representan el 30.26 %, el uso de condón es del 17.76 %, vasectomía 12.50 %. En la mujer el dispositivo intrauterino es el método más usado con 28.29 % seguido por la obstrucción tubárica bilateral con el 15.13 %. (Cuadro 16)

Los resultados obtenidos en el estudio por edad y número de hijos fueron: Hijos de hasta 10 años de edad 123 con un 20.30 %, de 11 a 19 años de edad 123 con un 20.30 % y de 20 años y más de 360 hijos con el 59.40 %. (Cuadro 17)

Se estudió la ocupación de los padres de familia, con un resultado de profesionales de 19.32 %, empleados 20.68 %, técnicos 18.30 %, otros 31.19 %, sólo el 10.51 % de la actividad de la madre fue dedicada al hogar. En estos datos se tomaron en cuenta la profesión de los padres en hijos solteros o en pacientes finados. (Cuadro 18)

El presente estudio se encontró que el ingreso económico familiar es de 1 a 2 salarios mínimos con un 28.14 %, de 3 o más salarios mínimos representa el ingreso del 71.86 % de las familias en estudio. (Cuadro 19)

En base a su desarrollo, las familias estudiadas dieron como resultado que el tipo de familia moderna es la predominante con el 79.0 % y la tradicional con el 21.0 %. (Cuadro 20)

En base a su composición los tipos de familias encontradas fueron: Las de tipo nuclear 79.0 %, extensa 15.93 %, y la compuesta del 5.07 %. (Cuadro 21)

En base a su demografía todas las familias estudiadas pertenecen al tipo urbano 100 %. (Cuadro 22)

Se encontró que un 35.25 % de las 295 familias estudiadas se encuentran dentro del ciclo vital en fase de expansión, 20.0 % en fase de dispersión, 21.02 % en fase de independencia y el 23.73 % en fase de retiro. (Cuadro 23)

La mortalidad encontrada según reporte de los propios miembros de las familias estudiadas fueron 7 en el período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 1995, de los pacientes adscritos al consultorio. (Cuadro 24)

En relación con la vigilancia de enfermedades crónico-degenerativas en prevención y control, en diagnóstico temprano de cáncer mamario (autoexamen), diagnóstico de cáncer cervicouterino (papanicolau), diagnóstico de diabetes mellitus, diagnóstico de hipertensión arterial y de obesidad. Las mujeres controladas fueron 941 que corresponde al 77.70 %, y 430 hombres correspondiendo el 61.87 %, dicha vigilancia corresponde a cualquiera de sus variantes. (Cuadro 25)

Se estudiaron las toxicomanías en los pacientes encuestados, siendo el tabaquismo el que ocupa el 1er. lugar con el 26.0 %, la ingesta de alcohol con el 15.93 %, la marihuana con el 0.68 % y el consumo de cocaína con el 0.35 %. (Cuadro 26)

Se encontró como resultado del estudio del tipo de habitación familiar que el 57.97 % tienen casa o departamento propio, 27.80 % rentan casa o departamento, el 9.15 % viven en casa prestada por padres o familiares de la esposa y el 5.08 % en casa o departamento prestado por padres o familiares del esposo. (Cuadro 27)

En relación a la dependencia federal en la cual labora el trabajador, los resultados fueron primeramente para la Secretaría de Educación Pública con 34.58 %, en segundo lugar lo ocupan los trabajadores del Departamento del Distrito Federal con el 13.90 %, seguidos en tercer lugar por los trabajadores de la Secretaría de Salud, Secretaría de Hacienda y Crédito Público y de la Universidad Nacional Autónoma de México con el 6.44 % respectivamente. (Cuadro 28)

CUADRO UNO

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN USUARIA POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

GPO. AÑO	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
MENOS DE 1	15.00	0.79	8.00	0.42	23.00	1.21
1 a 4	60.00	3.15	53.00	2.78	113.00	5.93
5 a 9	71.00	3.73	68.00	3.57	139.00	7.29
10 a 14	65.00	3.41	66.00	3.46	131.00	6.87
15 a 19	40.00	2.09	41.00	2.15	81.00	4.25
20 a 24	25.00	1.31	39.00	2.05	64.00	3.36
25 a 29	32.00	1.68	64.00	3.35	96.00	5.04
30 a 34	40.00	2.09	118.00	6.20	158.00	8.29
35 a 39	61.00	3.20	133.00	6.97	194.00	10.18
40 a 44	61.00	3.20	133.00	6.97	194.00	10.18
45 a 49	44.00	2.30	103.00	5.41	147.00	7.71
50 a 54	32.00	1.70	76.00	4.00	108.00	5.67
55 a 59	31.00	1.63	62.00	3.25	93.00	4.88
60 a 64	26.00	1.36	53.00	2.78	79.00	4.14
65 a más	92.00	4.82	194.00	10.10	286.00	15.00
TOTAL	695.00	36.46	1211.00	63.54	1906.00	100.00%

FUENTE: EXPEDIENTES DEL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I S.S.T.E.

CUADRO DOS

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA POR DERECHOHABIENTE

TIPO DE DERECHOHABIENTE	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
TRABAJADOR	351.00	578.00	929.00	48.74
PENSIONADO	57.00	117.00	174.00	9.13
PADRE/M IEFE	21.00	109.00	130.00	6.82
ESPOSA		162.00	162.00	8.50
HUJOS	262.00	243.00	505.00	26.50
ABUELOS	4.00	2.00	6.00	0.31
TOTAL	695.00	1211.00	1906.00	100.00%

FUENTE: EXPEDIENTES DEL CONSULTORIO # 7 CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E

CUADRO TRES

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR EDAD Y SEXO DE ENERO - DICIEMBRE DE 1995
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

GRUPO DE EDAD Y SEXO

DIAGNÓSTICO	0-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-30		31-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65+	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
HIPERTENSION ARTERIAL																2	4	2	6	16	20	14	28	18	36	8	44	74	212	
DIABETES MELLITUS										6							4	4	4	4	8	4	12	2	14	10	16	38	52	
INFECCION DE VIAS URINARIAS			4		2				2	2	6	4	8	4	10		12		10		14		4		8	10	14	6	30	
CERVICOVAGINITIS									2		8		18		12		12		18				14		12		32		8	
OSTEOARTRITIS																	6		2	4	2	8	18	4	14	12	8	26	24	
FARINGITIS	4		6	16	4	14	4	2	2	4	6	6	4		2		6		8	4	6	4		2	2			2	12	
RINITIS CATARRAL	2	4	2	8	10	2	4	10	4		2	2	4	16	2	2	6	8	2	2		4		2				2	8	
CONTROL DE EMBARAZO									2		14		38		38		10													
ENTERITIS	2	4	2	6		2	2			2		6	8	2	4	6	12		4	4	12	2	4	4		2	4	2	6	
GASTRITIS												2	2	2			2	2		6	4	4	8		2	10	10	12	24	
TOTAL 1606																														
OTRAS 1291																														
2897																														

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO CUATRO

CONSULTAS EN EL AÑO DE 1995 CONSULTORIO # 7

MES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL	%
ENERO	158.00	93.00	251.00	8.66
FEBRERO	130.00	119.00	249.00	8.60
MARZO	146.00	128.00	274.00	9.47
ABRIL	103.00	80.00	183.00	6.32
MAYO	135.00	97.00	232.00	8.00
JUNIO	185.00	116.00	301.00	10.40
JULIO	142.00	98.00	240.00	8.28
AGOSTO	107.00	104.00	211.00	7.28
SEPTIEMBRE	98.00	88.00	186.00	6.42
OCTUBRE	135.00	103.00	238.00	8.22
NOVIEMBRE	168.00	122.00	290.00	10.00
DICIEMBRE	147.00	95.00	242.00	8.35
TOTALES	1654.00	1243.00	2897.00	100.00%

FUENTE: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MÉDICO DEL CONSULTORIO # 7. CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.T.E.

CUADRO CINCO

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

NUMERO	DIAGNÓSTICO	NUMERO DE CONSULTAS	%
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	484.00	16.71
2	DIABETES MELLITUS	178.00	6.14
3	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	150.00	5.18
4	CERVICO - VAGINITIS	136.00	4.68
5	OSTEOARTRITIS	128.00	4.42
6	FARINGITIS AGUDA	126.00	4.43
7	RINITIS CATARRAL	110.00	4.80
8	CONTROL DE EMBARAZO	102.00	3.52
9	ENTERITIS	102.00	3.52
10	GASTRITIS	90.00	3.11
11	OTROS	1291.00	44.56
TOTAL		2897.00	100.00%

FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MÉDICO. CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.T.E.
CONSULTORIO # 7.

CUADRO SEIS

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA INCIDENCIA Y PREVALENCIA 1995

NÚMERO	DIAGNÓSTICO	PRIMERA VEZ	%	SUBSECUENTES	%	TOTAL	%
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA	23	0.79	461	15.91	484	16.71
2	DIABETES MELLITUS	9	0.30	169	5.80	178	6.14
3	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	96	3.30	54	1.80	150	5.18
4	CERVICO - VAGINITIS	107	3.60	29	1.00	136	4.69
5	OSTEOARTRITIS	9	0.30	119	4.10	128	4.42
6	FARINGITIS AGUDA	114	4.00	12	0.40	126	4.35
7	RINITIS CATARRAL	102	3.52	8	0.28	110	3.80
8	CONTROL DE EMBARAZO	17	0.57	85	2.83	102	3.52
9	ENTERITIS	92	3.15	10	0.35	102	3.52
10	GASTRITIS	21	0.72	69	2.38	90	3.11
11	OTROS	1064	36.70	227	7.80	1291	44.56
TOTAL		1654	57.09	1243	42.91	2897	100.00%

FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MÉDICO. CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E. CONSULTORIO # 7.

CUADRO SIETE

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DEL VALLE
I.S.S.S.T.E.**

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERO	52	17.63
CASADO	194	65.76
UNIÓN LIBRE	19	6.44
DIVORCIADO (A)	10	3.39
VIUDO	20	6.78
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO OCHO

**EDAD DE PACIENTES TRABAJADORES POR EDAD Y SEXO SOLTEROS
ADSCRITOS AL CONSULTORIO #7 CLÍNICA DEL VALLE I.S.S.S.T.E.**

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15-19		1	1	1.92
20-24	6	2	8	15.38
25-29	2	7	9	17.30
30-34	2	1	3	5.77
35-39	7		7	13.46
40-44	2	1	3	5.77
45-49	3	2	5	9.62
50-54	2		2	3.85
55-59	6	1	7	13.46
60-64	2		2	3.85
65 y +	3	2	5	9.62
	35	17	52	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO NUEVE

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DEL VALLE I.S.S.S.T.E.**

AÑOS	NUMERO DE FAMILIAS	%
- 1	3	1.55
1 - 4	22	11.34
5 - 9	28	14.43
10 - 14	26	13.40
15 - 19	19	9.79
20 - 24	22	11.34
25 - 29	17	8.76
30 - 34	20	10.31
35 - 39	11	5.67
40 - 44	10	5.15
45 - 49	12	6.19
50 - 54	1	0.52
55 - 59	3	1.55
TOTAL	194	100.00%

FUENTE. CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO DIEZ

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS EN UNIÓN LIBRE
ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DEL VALLE I.S.S.T.E.

AÑOS	NÚMERO DE FAMILIAS	%
-1	2	10.53
1-4	6	31.58
5-9	8	42.10
10-14	2	10.53
15-19		
20-24		
25-29	1	5.26
TOTAL	19	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO ONCE

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL EN PACIENTES JEFES DE FAMILIA ACTUALMENTE DIVORCIADOS
ADSCRITOS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.**

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1				
1-4				
5-9	4	1	5	50.00
10-14	2		2	20.00
15-19	1		1	10.00
20-24	1		1	10.00
25-29		1	1	10.00
TOTAL	8	2	10	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO DOCE

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PACIENTES VIUDOS ASCRITOS AL CONSULTORIO #7
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE L.S.S.S.T.E.

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1				
1-4	2		2	10.00
5-9	1		1	5.00
10-14	4		4	20.00
15-19	2		2	10.00
20-24	1		1	5.00
25-29		1	1	5.00
30-34	2	1	3	15.00
35-39	1		1	5.00
40-44	2		2	10.00
45-49		1	1	5.00
50-54				
55-59	1	1	2	10.00
TOTAL	16	4	20	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO TRECE

ESCOLARIDAD EN PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO #7
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
BÁSICA	24	8.13
MEDIA	66	22.37
MEDIA SUPERIOR TECNICA	96	32.55
SUPERIOR	109	36.95
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO CATORCE

EDAD DEL PADRE
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE
I.S.S.S.T.E.

EDAD	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	%
20 - 24	5		5	1.69
25 - 29	8		8	2.71
30 - 34	25		25	8.47
35 - 39	30		30	10.17
40 - 44	29	2	31	10.51
45 - 49	34	3	37	12.54
50 - 54	27	6	33	11.19
55 - 59	23	11	34	11.53
60 - 64	23	11	34	11.53
65 Y +	43	15	58	19.66
TOTAL	247	48	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO QUINCE

EDAD DE LA MADRE
FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO #7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

EDAD	VIVAS	MUERTAS	TOTAL	%
20 - 24	14		14	4.75
25 - 29	18		18	6.10
30 - 34	26		26	8.81
35 - 39	32	1	33	11.19
40 - 44	31		31	10.51
45 - 49	29		29	9.83
50 - 54	27		27	9.15
55 - 59	23	3	26	8.81
60 - 64	22	6	28	9.49
65 Y +	49	14	63	21.36
TOTAL	271	24	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO DIECISEIS

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

MÉTODO	EDAD						TOTAL	%
	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49		
DIU	4	5	8	9	9	8	43	28.29
ANT. ORAL	3	3	2	2			10	6.58
ANT. INYECTABLE	1	3	1	2	1	2	10	6.58
OTB	2		4	3	7	7	23	15.13
RITMO	3	3	3	7	2	2	20	13.16
CONDÓN	3	4	5	5	5	5	27	17.76
VASECTOMÍA			4	4	7	5	19	12.50
TOTAL	16	18	26	32	31	29	152	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO DECISIETE

NÚMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS ASCRITOS AL CONSULTORIO # 7
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

EDAD	NÚMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	123	20.30
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	123	20.30
DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD	360	59.40
TOTAL	606	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO DIECIOCHO

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA
ABSCRITOS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.T.E

OCUPACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
PROFESIONAL	55	59	114	19.32
TECNICO	41	67	108	18.30
EMPLEADO	67	55	122	20.68
HOGAR		62	62	10.51
OTRO	132	52	184	31.19
TOTAL	295	295	590	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO DIECINUEVE

INGRESO ECONÓMICO POR FAMILIA
ADSCRITA AL CONSULTORIO #7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

SALARIOS	NÚMERO	%
< 1 SALARIO MÍNIMO		0
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	83	28.14
3 O MAS SALARIOS MÍNIMOS	212	71.86
TOTAL	295	100.00%

FUENTE. CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTE

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
ADSCRITOS AL CONSULTORIO #7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E

TIPO	NÚMERO	%
MODERNA	233	79.00
TRADICIONAL	62	21.00
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTIUNO
TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICIÓN
ADSCRITOS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE
I.S.S.S.T.E.

TIPO	NÚMERO	%
NUCLEAR	233	79.00
EXTENSA	47	15.93
COMPUESTA	15	05.07
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTIDOS

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA
ADSCRITOS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE
I.S.S.S.T.E.**

TIPO	NÚMERO	%
URBANA	295	100.00
RURAL	0	0
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTITRES

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE
I.S.S.S.T.E.**

ETAPA	NÚMERO	%
EXPANSIÓN	104	35.25
DISPERSIÓN	59	20.00
INDEPENDENCIA	62	21.02
RETIRO	70	23.73
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTICUATRO**MORTALIDAD DE ENERO - DICIEMBRE 1995****FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.T.E.**

CAUSAS	MUJERES	EDAD	HOMBRES	EDAD	TOTAL
EVENTO VASCULO CEREBRAL	1	55 AÑOS	1	61 AÑOS	2
CIRROSIS			1	58 AÑOS	1
CÁNCER GÁSTRICO			1	65 AÑOS	1
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	1	57 AÑOS			1
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA			1	80 AÑOS	1
INSUFICIENCIA RENAL			1	73 AÑOS	1
TOTAL	2		5		7

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTICINCO

**VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICO - DEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO #7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.**

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER CERVICO - UTERINO (PAPANICOLAU)	179		179
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MAMARIO. (EXÁMEN Y AUTOEXAMEN)	203		203
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS	191	146	337
DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL	272	236	508
OBESIDAD	96	48	144
TOTAL	941	430	1371

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTISEIS**TOXICOMANÍAS****PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.T.E.**

TIPO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
TABACO	32	47	79
INGESTA DE ALCOHOL EN SUS DIVERSAS VARIEDADES	11	36	47
MARHUANA		2	2
COCAÍNA		1	1
TOTAL	43	86	129

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTISIETE**TIPO DE HABITACIÓN****FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.**

TIPO HABITACIÓN	NÚMERO	%
CASA O DEPARTAMENTO PROPIO	171	57.97
CASA O DEPARTAMENTO RENTADO	82	27.80
CASA O DEPARTAMENTO DE PADRES O FAMILIARES DE LA ESPOSA	27	9.15
CASA O DEPARTAMENTO DE PADRES O FAMILIARES DEL ESPOSO	15	5.08
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

CUADRO VEINTIOCHO

DEPENDENCIA DE TRABAJO

PACIENTE: TRABAJADOR ADSCRITO AL CONSULTORIO # 7 CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL VALLE I.S.S.S.T.E.

DEPENDENCIA	NÚMERO	%
SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA	102	34.58
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL	41	13.90
SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO	19	6.44
SECRETARIA DE SALUD	19	6.44
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MEXICO	19	6.44
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	15	5.10
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL	13	4.40
PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	9	3.05
SECRETARIA DE GOBERNACIÓN	9	3.05
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	9	3.05
OTROS	40	13.55
TOTAL	295	100.00%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

FASE I

La identificación de las características de la población adscrita al consultorio número 7 de la Clínica del Valle ISSSTE, nos reportaron datos que posiblemente no sean uniformes a las demás clínicas de medicina familiar, debido a las condiciones socio-económicas de los derechohabientes, que por pertenecer a la clase media y algunos de ellos a la clase media alta, tienen diferentes características.

De los resultados obtenidos es de gran interés el hecho de que la población usuaria a este servicio sea del sexo femenino, con 1211 pacientes, lo cual representa el 63.64 %. El sexo masculino representa el 36.46 %.

De los grupos etáreos más importantes son los de 35 a 44 años de edad, ocupando el 20.35 % de la población adulta, hecho que nos indica que es más factible el aumento de la población usuaria de más edad con el paso del tiempo.

La población infantil de menos de 4 años ocupa el sexto lugar en proporción a los demás grupos etáreos. Siendo un grupo de riesgo importante por los problemas de crecimiento y desarrollo, así como para los padecimientos infecto-contagiosos. (4)

En el presente análisis de los resultados la mujer en edad fértil es un rubro muy importante ya que representan el 77.12 % de su sexo y el 40. % de la población total. Es en este grupo en el que el médico familiar debe de intervenir más activamente, en el diagnóstico y tratamiento temprano de las infecciones cervicovaginales, diagnóstico temprano de cáncer cervicouterino, diagnóstico temprano de patología mamaria y aumentar las metas de planificación familiar, que aunque altas no se alcanza la cobertura total. (2, 10, 38)

Uno de los grupos etáreos de mayor riesgo son los llamados de la tercera edad que en el presente estudio correspondió al sexo femenino de

más de 65 años con 286 pacientes que representa el 15.0 %, y del sexo masculino con 92 pacientes que representan el 4.82 % de la población adscrita al consultorio. En este grupo de pacientes es donde se debe realizar una vigilancia más estricta de las enfermedades crónico-degenerativas, así como la valoración integral de la fase del ciclo vital por la que atraviezan para ayudarlos a su nuevo reto adaptativo. (27)

FASE II

Se observó que en las parejas encuestadas, la gran mayoría se encuentran casadas. Llegando a la premisa de que el hombre no debe de estar solo, sino que debe de vivir una experiencia compartida, al igual que los que viven en unión libre y no tengan una relación jurídica, legítima y permanente. Con esto se disminuye el riesgo de enfermedades venéreas, accidentes, infecciones y suicidios. (14)

Como está reportado en la literatura hay más mujeres solteras que hombres. (4)

Con lo que respecta a los años de unión conyugal de las parejas casadas la gran mayoría tienen más de 10 años de matrimonio y algunas parejas rebasan los cincuenta años de unión. Lo que hace pensar en la estabilidad en este tipo de familias; dicha estabilidad alcanzada y compartida según los datos por ambos cónyuges, que se hace extensiva a los hijos. (16)

También se encontró que los años de unión en parejas que no se encuentran casadas el 50.0 % de ellas tienen, entre 5 y 14 años de cohabitar. Al decir de ellos "la unión libre los hace libres". Razonamiento que es discutible de acuerdo a la forma de pensar de cada persona.

Se encontró como resultado que las parejas divorciadas el 80.0 % de la encuesta, correspondió a mujeres con un promedio de matrimonio de 5 a 24 años. Lo que nos habla de la disfuncionalidad como pareja. Por lo anterior se debería preparar mejor a la pareja en la elección del compañero o compañera al cual va estar unido de por vida.

Cuando se alcance en ambos la madurez, física, psicológica y social la preparación para el matrimonio debe ser una función social, para que posteriormente no se rompa. (16)

La desintegración familiar en los datos recabados se encontró que el porcentaje más alto es de mujeres viudas que de hombres. Con lo que se demuestra que según las encuestas hechas anteriormente, en la mayoría de las parejas el que fallece primero es el hombre, debido al tipo de vida o al trabajo desempleado. Aunque en estas familias los factores de trabajo son casi iguales en la mayoría de los casos. (17)

La escolaridad del padre es en la gran mayoría de educación media superior, técnica y profesional, algunos con maestría y doctorado, sólo la minoría tiene una educación básica. Esto demuestra que cada día existe un mayor interés en la superación del padre de familia, lo que puede ayudar para llevar una buena dinámica familiar, tanto por el conocimiento y la preparación del jefe de familia, como la aceptación para algún cambio dentro de la misma, además de una mayor superación económica.

En lo que se refiere a las mujeres que también buscan la superación la gran mayoría son: Empleadas, técnicas y profesionistas. No encontrándose analfabetismo, lo que se traduce que con la superación de la mujer se puede llegar a un mejor control dentro de la familia y de la sociedad. (2)

En los resultados obtenidos de la edad del padre, la gran mayoría se encuentra en edad productiva y reproductiva, lo que lo hace la columna fuerte económicamente, en los casos que sea la única fuente de ingresos familiares. En los casos en que la pareja sea una esposa-colaboradora, el gasto familiar no descarga completamente en el hombre teniendo en su compañera una gran ayuda.

Se observó que de acuerdo a la edad de la madre también se encuentra en edad reproductiva en el 77.12 %, y productiva en la mayoría de los casos; el otro rubro observado es que muchas de ellas, casi el 20.0 % es mayor de 50 años, lo que la hace susceptible a diferentes patologías que pueden ser motivo de prevención temprana.

Los resultados de planificación familiar de 150 mujeres en edad fértil, indicaron que 106 llevan algún tipo de método anticonceptivo, las 44 restantes no han aceptado ningún método, por no tener pareja, ser solteras, no tener relaciones sexuales, desear un nuevo embarazo o simplemente no aceptarlo. (16)

En el hombre el método de planificación más usado es el uso del condón seguido de la vasectomía. Aunque la carga de responsabilidad mayor la lleva la mujer.

Por lo anterior se debe de preparar más a la pareja para concientizarlos; principalmente a los solteros para que se aumente el uso del condón. Con lo que no sólo evitarán embarazar a su pareja sino que se evitarán en gran parte las enfermedades de transmisión sexual, generando un aumento real de la salud reproductiva.

Analizando el número de hijos por familia, la mayoría de estas tiene en promedio dos hijos, seguido por parejas con un hijo, las familias restantes con tres o más hijos que corresponden a los hijos de más de 20 años que representa casi el 60.0 %. Lo que refleja la educación sexual de hace más de dos décadas y la alta educación sexual que tienen las parejas con respecto a la planificación familiar en el presente. Como fue mencionado anteriormente hay parejas de más de tres hijos a las cuales se les debe de concientizar para que no tengan más y quienes así lo deseen deben hacerlo en forma responsable, para así llevarlos a la madurez necesaria y que exista una buena educación, respeto, comprensión y sobre todo amor. (16)

Se observó que en las familias estudiadas la ocupación principal es la de empleado, seguida por profesionistas y técnicos. En el 90.0 % de éstas familias trabajan ambos padres. Por lo que se puede considerar que sus hijos tengan un mayor nivel de escolaridad y que la familia en lo general tenga un nivel socioeconómico más elevado.

Los datos reportados en el ingreso económico familiar son en el 71.86 % superiores a los tres salarios mínimos y si tomamos en cuenta que en la gran mayoría de las familias ambos cónyuges trabajan, esto los situa en la clase

media y media alta, por haber trabajadores con puestos directivos, mandos medios y medios altos dentro de las dependencias de gobierno. Dándoles la ventaja de un mejor nivel de vida.

También se observó que la gran mayoría de las familias son nucleares. Lo que se traduce que existe una independencia total de la pareja con respecto a la familia de origen, encontrándose un porcentaje muy inferior en familias extensas y extensas compuestas. Donde se observa la responsabilidad que los padres han tomado con su familia. Datos comparables con los que reporta la literatura. (2)

Se observó que de acuerdo a su desarrollo la mayoría de las familias son modernas, donde la mayoría de ambos padres trabajan, lo que implica que la mujer en la actualidad tiene un papel muy importante en la economía del hogar, dado que dedica una parte de su tiempo a tener un trabajo remunerado. (2)

De acuerdo al tipo de familia según su demografía se encontró que el 100% es urbana. (2)

En relación al ciclo vital, la mayoría de las familias se encuentran en etapa de expansión con el 35.25 %, seguido por la etapa de retiro con el 23.73 %. El resto de las familias se encuentran en etapas de independencia y dispersión casi en las mismas proporciones. Por lo anterior es de interés prioritario conocer todo el ciclo vital y las disfunciones que en el se presentan, para poder responder mejor a las necesidades de estas familias. (2, 22, 24, 25)

La mortalidad ocurrida durante el año de 1995. Fue de 7 pacientes muertos predominando los procesos crónico-degenerativos, seguidos por patología gastrointestinal. Esto relacionado con el tipo y nivel de vida, aunado a el aumento de longevidad de los pacientes .

En la vigilancia de las enfermedades crónico-degenerativas se observa un buen índice de prevención y control, esto debe ser en el 100 % de los usuarios de acuerdo a su edad y sexo. Teniendo la ventaja de que estas familias son derechohabientes del ISSSTE, por lo que pueden tener un

mejor nivel educativo, de prevención y control. Con lo cual se retrasaría principalmente la incidencia de éstas enfermedades y se podría hacer una mejor promoción a la salud, diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

En las toxicomanías es importante el resultado con el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol y otras drogas. Es también aquí donde el médico familiar debe de actuar para poder captar a los pacientes y ayudarlos, no viéndolos como unos *viciosos*, sino como enfermos que son y que necesitan ayuda profesional.

En esta clínica, se cuenta afortunadamente con una "clínica de tabaquismo", al igual que con la ayuda del grupo "Jóvenes del Valle" de alcohólicos anónimos 24 horas, con pláticas a la población abierta en la clínica y en su dirección de la calle Alpes No. 14 Col. Alpes. Donde se dan servicios gratuitos y se encuentra abierto las 24 horas del día. Atendiendo a pacientes alcohólicos y farmacodependientes que pueden ser anexados al grupo o a pláticas abiertas "el grupo de AA tiene un solo objetivo primordial, llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo". Hoy en día comprendemos y aceptamos esta paradoja, mientras más se aferre a el propósito de ayuda al paciente alcohólico o farmacodependiente, mayor será la influencia bienhechora en todas partes. Con esto se ayuda en gran parte para evitar todas las complicaciones que el alcohol, tabaco y consumo de drogas provoca en detrimento de la salud del ser humano.

Los datos de acuerdo a la habitación de las familias encuestadas que tienen casa o departamento propio y que representan el 57.97 % nos confirman los datos de ingreso económico de las familias, algunas de las cuales cuentan con varias casas o departamentos tanto en el Distrito Federal como en la Provincia. De las familias que rentan o tienen casa prestada, varias tienen casa propia en provincia de donde generalmente son originarias.

El análisis de los resultados obtenidos por las encuestas hechas, tenemos que la mayoría de los trabajadores adscritos a éste consultorio presta sus servicios en la Secretaría de Educación Pública, institución que es la que tiene más trabajadores agremiados y que representan al grueso de los trabajadores afiliados tanto al ISSSTE, como a la FSTSE.

FASE III

En relación a los principales motivos de consulta con los factores demográficos, se reportan cifras muy elevadas en casos de hipertensión arterial y de diabetes mellitus, relacionadas principalmente con la edad de los pacientes mayores de 40 años y con un aumento significativo en pacientes de 60 años y más. Predominando en el sexo femenino; con factores de obesidad, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, café, estrés, carga genética y factores económicos.

En cuanto a las infecciones de vías urinarias y a las cervicovaginitis, son las mujeres en edad reproductiva y en las de más de 50 años las más afectadas. En los hombres la infección de vías urinarias es más frecuente entre los 20 a los 34 años de edad, que es cuando hay un aumento considerable de las relaciones sexuales. En la mujer además de las relaciones sexuales, la higiene y los factores hormonales contribuyen a éste padecimiento. Aunque el nivel educacional es alto, el nivel de cultura preventiva de enfermedades, aún no es el ideal, ya que el tratamiento instaurado a la paciente no es llevado siempre por su pareja sexual. (51)

Con lo que respecta a la osteoartritis la incidencia fue de dos consultas y una prevalencia de 119 consultas. Predominando en el sexo femenino; con factores familiares, culturales, económicos, obesidad, vida sedentaria, balance energético positivo, aunado a la edad de los pacientes ya que la gran mayoría son de más de 50 años. (51)

Las infecciones de vías respiratorias altas como son la faringitis y la rinitis catarral, fueron comunes en todas las edades y sin predominio en sexos. Esto es debido a que en la población infantil, las madres tienen que trabajar teniendo que llevar a sus hijos a la guardería, con baño temprano y exponiéndolos a cambios bruscos de temperatura. Lo mismo pasa con los grupos de más edad, aunado al contacto que se tiene con personas enfermas, por trabajar con público y en muchos casos por la susceptibilidad en el hábito de fumar. (51)

El control del embarazo se llevó a cabo a mujeres entre los 19 a 39 años de edad. Con una incidencia de 17 pacientes. Sin factores de riesgo para la

madre ni para el producto. Las mujeres embarazadas llevaron sus consultas periódicas en esta institución o en forma particular, sin presentar antecedentes de alto riesgo. Llevando sus estudios de laboratorio signos vitales y estudios obstétricos requeridos; siendo referidas a hospital para su atención integral de parto y puerperio. No se presentaron complicaciones maternas ni fetales.

Las enteritis obedecieron a causas múltiples, los factores principales fueron: La falta de aseo del paciente o el lugar de ingestión por los alimentos contaminados. Lo cual nos lleva a implementar mejores medidas de promoción a la salud para evitar consumir alimentos en la calle y llevar un buen aseo personal. (51)

La gastritis estuvo presente como la décima causa por motivo de consulta en los pacientes que acudieron al consultorio teniendo una incidencia de 21 casos. En los cuales los factores demográficos, familiares, culturales, económicos. Influyeron en su presentación entre ellos en la edad adulta debido al consumo de medicamentos por la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, otras causas que influyen son: El consumo de café, tabaco, alcohol, stress y factores nutricionales. Nuevamente hay que hacer énfasis en las medidas preventivas.

Como se mencionó anteriormente el análisis de los resultados nos sirven para integrar los elementos del modelo sistemático de atención médica familiar. Aunque es sencilla pero a la vez compleja nos lleva a una parte muy importante del estudio, por que nos permite definir criterios para evaluar los resultados finales, así como la trascendencia que tiene la investigación. Es aquí de donde se desprenderá el avance real del conocimiento. (2)

CONCLUSIONES

Se pudo cumplir con el objetivo general que era el conocer las principales características biopsicosociales de la población adscrita al consultorio número 7 de la Clínica del Valle ISSSTE, en el Distrito Federal. Con especial atención a los grupos de mayor riesgo como son: La población infantil, las mujeres en edad fértil y los ancianos, así como algunos aspectos de su dinámica familiar, como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud.

A pesar de que se aplicó una prueba piloto con la cédula de recolección de datos, consideré que hacia falta más información que completen más ampliamente el estudio que se realizó. Razón por lo cual se agrego al cuestionario: Las causas de mortalidad, la vigilancia de enfermedades crónico-degenerativas, toxicomanías, tipo de habitación familiar y dependencia en la cual labora el trabajador.

La información recolectada sí aporta datos suficientes para el estudio que se realizó. Que aunque tuvo varias faltantes aún después de las cinco preguntas agregadas a la prueba piloto realizada. Se sugiere que para las próximas investigaciones sean aumentados los datos en la cédula de recolección, para saber detectar tempranamente los posibles problemas por los cuales cursa la familia e instaurar el manejo de acuerdo a su ciclo vital, y así poder intervenir mejor como médico familiar.

La presente investigación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, nos aporta los elementos no solo biopsicosociales si no la relación de estos con los factores de riesgo, que además de servir al médico familiar, repercutirá en beneficio de los pacientes al recibir una mejor atención integral y al Instituto para prestar un servicio más oportuno de mejor calidad y calidez con la subsecuente reducción de costos.

Las principales estrategias de acción que se proponen para el consultorio número 7 de la Clínica del Valle ISSSTE, son: Considerando las premisas de estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria que constituyen las acciones propias del médico familiar, el modelo sistemático deberá de implementarse como una actividad que requiere de:

-Actualización periódica.

-Evaluación operativa.

-Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y de anticipación al daño (preventivas, de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación). (2)

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA: La población objeto de estudio presenta variedades en su composición, características sociodemográficas y morbimortalidad. Esto es debido al ingreso y egreso de nuevos núcleos familiares, incremento a la edad de sus componentes, expansión familiar o muerte de algunos de sus miembros, modificaciones estructurales y/o funcionales, efecto de las enfermedades y efecto de las acciones preventivas y curativas que efectúa el médico.

Como consecuencia de todos estos posibles cambios, es indispensable actualizar los datos correspondientes a las tres estrategias que plantea el modelo. Esta actualización debe de particularizarse en relación con la intensidad de las variaciones referidas. Se estima que es conveniente una actualización anual que permitiría identificar el comportamiento dinámico de las variables sociodemográficas y de morbimortalidad. (2)

EVALUACIÓN OPERATIVA: Se entiende como el conjunto de actividades que permiten un análisis crítico y comparativo de un proceso dinámico, caracterizado por cambios que son producto de intervenciones definidas y medibles. Con base a las variables sociodemográficas y de morbimortalidad de la población bajo el cuidado del médico familiar, mediante la comparación de las modificaciones de las variables antes mencionadas. (2)

ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y ANTICIPACIÓN AL DAÑO

ESTRATEGIAS GENERALES

PREVENCIÓN PRIMARIA

Investigados y conocidos los riesgos en el periodo prepatogénico, se debe de aplicar como atención médica de prevención primaria para evitar o disminuir su acción.

Tiene por objeto interrumpir o romper el eslabón más débil o el más accesible a la cadena epidemiológica y evitar que se produzca el estímulo de enfermedad; por ejemplo: Lavado de manos despues de las evacuaciones y cuando haya contaminación, vacuna especifica, aplicación tópica de flúor etc.

Se refiere a la promoción de la salud y a la protección específica de las enfermedades.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Pretende mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental, y en equilibrio con su ambiente; es decir: No se refiere a ninguna enfermedad en particular. Sus bases radican en:

- Educación médica sexual.**
- Planificación familiar.**
- Hábitos y costumbres.**
- Educación nutricional.**
- Control de crecimiento y desarrollo.**
- Promover el sanamiento ambiental.**

- Disposición de excretas.
- Eliminación de basura.
- Control de fauna nociva.
- Higiene de los alimentos.
- Mejoramiento de la vivienda.
- Distribución racional del ingreso familiar.
- Mejoramiento del ambiente familiar y escolar.
- Capacitación familiar y laboral.
- Mejoramiento del ingreso económico.
- Prestaciones.
- Recreación.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA: Son medidas específicas en cada enfermedad con el fin de evitarlas. Sus objetivos son:

- Aplicación de inmunizaciones específicas contra las principales enfermedades.
- Aplicar la higiene personal.
- Usar los nutrientes específicos.
- Utilizar el saneamiento ambiental.
- Establecer medidas contra riesgos en la escuela y accidentes en el trabajo y el hogar.
- Evitar la exposición contra agentes cancerogénicos y alergénicos.

- Practicar ejercicio físico adecuado.
- Desarrollar programas de detección de enfermedades.
- Visita regular al servicio médico para control.
- Llevar control de enfermedades transmisibles.
- Adecuar la distribución de los recursos médico-asistenciales.
- Asesoramiento genético.
- Realizar campañas permanentes contra el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se refiere al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno y a la limitación del daño, de una enfermedad en evolución, para modificar las alteraciones progresivas: Macromoleculares a células, tejidos y órganos, sistemas psicológicos y sociales, evitando lesiones orgánicas más graves que produzcan una mayor incapacidad.

Permite anticiparse al horizonte clínico y atiende a las enfermedades, en las que no fue posible aplicar la acción preventiva antes que se manifestara la enfermedad clínicamente. Comprende el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño.

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO: Significa reconocer los factores de riesgo, signos y síntomas de las enfermedades para detectarlas y tratarlas en forma oportuna. Curar al enfermo antes de que ocurran daños irreversibles, prevenir complicaciones y secuelas y acortar el periodo de incapacidad.

Implica el empleo de estudios de laboratorio y gabinete para identificar el mal. Y comprende:

- La atención médica oportuna.

- Descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estadios.
- Detección de casos individuales en grupos de población específica.
- Tratamiento inmediato y adecuado de los casos descubiertos.
- La existencia suficiente de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Estudios de grupos para detectar la enfermedad.
- Exámenes periódicos a ciertos grupos de población.

LIMITACIÓN DEL DAÑO: Se refiere principalmente a las medidas de orden terapéutico: Físico, dietético, medicamentoso, ortopédico, quirúrgico y psicoterapéutico. Para:

- Prevenir las secuelas.
- Utilizar los recursos médicos para evitar que la enfermedad pase a un estado más avanzado.

PREVENCIÓN TERCIARIA

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

- La recuperación máxima de la funcionalidad.
- La terapia ocupacional en el hogar u hospitales.
- Cambio psicosocial del incapacitado.
- La educación de familiares, grupos escolares y empresas para apoyo del incapacitado.
- Utilización máxima de las capacidades remanentes en ocupación adecuada.

-Protección estatal del incapacitado total.

LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN SON LOS SIGUIENTES:

PREVENCIÓN DE LA INVALIDEZ: Comprende las actividades siguientes:

-Educación y promoción para la salud que se llevan a cabo a través de la información al individuo, a la familia y a la comunidad, acerca de las causas y factores que originan invalidez y la manera de evitarla.

-Detección oportuna y limitación del daño permanente, consisten en la identificación de inválidos en estadios iniciales para proporcionarles atención médica y rehabilitación oportuna y adecuada con objeto de limitar la invalidez.

-Consejo genético; consiste en proporcionar orientación a la pareja respecto a la probabilidad de transmitir a sus descendientes, enfermedades hereditarias invalidantes.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DEL INVÁLIDO: Se establece de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico, comprende las actividades siguientes:

-Psicoterapia.

-Capacitación para el trabajo.

-Evaluación de capacidades.

-Desarrollo de habilidades.

-Orientación laboral.

-Terapia psicosocial: Laboral, ocupacional, recreativa y terapia familiar.

INVÁLIDO FÍSICO:

-Terapia física, ocupacional, de lenguaje, orientación y movilidad (a ciegos)

-Adaptación de: Prótesis, ortesis, ayudas auditivas, ayudas visuales, farmacoterapia y cirugía en su caso.

INVÁLIDO MENTAL:

-Estimulación temprana.

-Educación especial y psicofarmacoterapia en su caso.

INVÁLIDO SOCIAL:

-Educativa.

-Psicofarmacoterapia en su caso.

EL SEGUIMIENTO DEL INVÁLIDO: Comprende las actividades siguientes:

-Consulta subsecuente.

-Visitas domiciliaria, escolar y al lugar de trabajo.

-Rescate de pacientes.

ESTRATEGIAS PARTICULARES

Estrategias de acción médico-familiar en el consultorio número 7 de la clínica del valle ISSSTE, de acuerdo a las principales causas de consulta:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Siendo la hipertensión arterial esencial una enfermedad de causa no identificable, caracterizada por la elevación sostenida y prolongada de la presión arterial diastólica por arriba de 90 mm de Hg, que suele acompañarse de elevaciones de la presión arterial sistólica por arriba de 140 mm de Hg y habitualmente no presenta sintomatología. Por su magnitud

y trascendencia constituye un problema de salud pública y la primera causa de consulta en el módulo de medicina familiar a mi cargo. Razón por lo cual se proponen las siguientes medidas:

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: Las medidas preventivas en la hipertensión arterial esencial se realizarán a través de la educación y promoción de la salud así como de la participación de la comunidad y son las siguientes:

- Información respecto al problema de salud pública.
- Toma de presión arterial en personas mayores de 25 años de edad cuando menos una vez al año y en cada consulta.
- Evitar el sedentarismo.
- Evitar la obesidad.
- Orientar a los derechohabientes para evitar las situaciones siguientes:
- Angustia y tensión emocional.
- Consumo excesivo de sal.

MEDIDAS DE CONTROL: Comprende la identificación y tratamiento del paciente y la ausencia de otras enfermedades que la expliquen.

El tratamiento de la hipertensión arterial esencial se lleva a cabo de la siguiente manera:

NO FARMACOLÓGICO: Se aplicará inicialmente como único tratamiento a todos los casos que tengan presión arterial diastólica entre 90 y 104 mm de Hg y consistirá en las medidas siguientes:

- Control de peso.
- Evitar el sedentarismo.
- Suprimir el tabaquismo.

- Reducir o suprimir el consumo de alcohol y de café.
- Modificar la actitud ante la ansiedad y las emociones.
- Dieta con las características siguientes:
- Hiposódica, menos de 5 g de sal al día.
- Hipocalórica, con menos de 2000 calorías al día.
- Rica en fibras vegetales.
- Baja en lípidos de origen animal.
- Rica en potasio y magnesio.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Se aplicará simultáneamente con el tratamiento no farmacológico a los enfermos siguientes:

- Aquellos cuya presión arterial diastólica no ha descendido a 90 mm de Hg, después de 45 días de tratamiento no farmacológico.
- Aquellos que inicialmente tienen presión arterial diastólica arriba de 104 mm de Hg.

El tratamiento farmacológico: De la hipertensión arterial en la atención primaria a la salud puede comprender hasta dos etapas.

La primera etapa se caracteriza por la utilización de un sólo medicamento y en la segunda etapa de dos o más medicamentos.

La referencia de pacientes con hipertensión arterial esencia al segundo o tercer nivel se lleva acabo en los siguientes casos:

- Presión arterial diastólica inicial mayor de 114 mm Hg.
- Fracaso terapéutico de la etapa II.

-Sospecha o comprobación de complicación y

-Crisis hipertensivas.

El seguimiento del paciente hipertenso se llevará a cabo cuando la evolución del caso lo requiera y comprende los aspectos siguientes:

-Verificar el cumplimiento de la prescripción médica.

-Comprobar la efectividad del tratamiento.

-Identificar los efectos indeseables de los medicamentos.

-Recomendar las medidas necesarias para lograr que el paciente cumpla adecuadamente con el tratamiento y evitar las complicaciones.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus comprende un grupo de enfermedades crónicas producidas por factores genéticos y ambientales, caracterizadas por un defecto en la producción y en la acción de la insulina, lo que ocasiona alteración en el metabolismo en los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, se acompaña de hiperglucemia y produce lesiones vasculares y neurológicas. La diabetes mellitus por su magnitud y trascendencia constituye un problema de salud pública y es la segunda causa de consulta en módulo de medicina familiar del consultorio número 7 . Por lo cual se proponen las siguientes acciones:

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: Las medidas preventivas de la diabetes mellitus se realizarán a través de la educación la detección y la promoción para la salud, así como de la participación del derechohabiente y son las siguientes:

-Educación:

-Información respecto al problema de salud pública.

-Importancia de acudir a examen médico periódico.

- Orientación para evitar las situaciones siguientes:
- Sedentarismo.
- Obesidad.
- Ingesta excesiva de hidratos de carbono refinados.
- Multiparidad.
- Angustia y tensión emocional.
- Infecciones crónicas.
- Detección:
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus o de obesidad.
- Edad mayor de 30 años.
- Peso aumentado en 10 % o más en relación a la talla.
- Tres o más partos.
- Estrés frecuente.
- Vida sedentaria.
- Balance energético positivo.
- Ausencia de sintomatología.
- Seguimiento anual a través de peso, talla y glucemia con tira reactiva.
- Promoción:
- Integración y capacitación de grupos de personas de riesgo.
- Información y orientación a la comunidad a través de los medios de comunicación masiva.

MEDIDAS DE CONTROL: Comprende la identificación y el tratamiento del paciente. La identificación del paciente con diabetes mellitus se lleva a cabo mediante la comprobación, en dos ocasiones, de hiperglucemia en ayunas o postprandial, o bien provocada por una carga de glucosa, con o sin sintomatología, en ausencia de otras causas que la expliquen.

El tratamiento de la diabetes mellitus se lleva a cabo a través de los recursos siguientes:

-Educación: La educación del paciente diabético implica orientación sobre los aspectos siguientes:

-Conocimiento de su enfermedad.

-Dieta: Para proporcionar los requerimientos nutricionales para:

-Mantener el equilibrio metabólico.

-Mantener o alcanzar el peso ideal.

-Adaptarse a los hábitos alimenticios.

-Ejercicio físico está indicado en todo enfermo diabético y se adapta a las circunstancias siguientes: Edad, condición física, tipo de tratamiento y hábitos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Está indicado en todo enfermo diabético que no se controla con dieta y ejercicio y se lleva a cabo con las drogas siguientes:

-Sulfonilureas.

-Biguanidas.

-Sulfonilureas-Biguanidas.

-Insulina.

Los casos de diabetes que se refieren a unidades de salud de mayor complejidad son los siguientes:

- De control metabólico difícil.
- Con complicaciones crónicas.
- Diabetes gestacional.
- Diabetes y embarazo.
- Padecimiento no metabólicos intercurrentes, cirugía mayor y parto.

INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS

El término de infección urinaria denota una amplia variedad de entidades patológicas en las cuales el común denominador es la presencia de más de 100 mil colonias de microorganismos, afectando cualquier porción del sistema urinario y provocando cambios estructurales en el tejido afectado.

Factores predisponentes; podemos decir que es más frecuente:

- En el lactante menor y en las niñas.
- En los trastornos metabólicos.
- En los trastornos hidroelectrolíticos renales.
- Trastornos nutricionales.
- Enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus.
- Litiasis renal.
- Glomerulonefritis crónica.
- Obstrucción de vías urinarias a cualquier nivel.
- Estasis urinaria: Presencia de cuerpos extraños (sondas).

-Fuentes permanentes de infecciones por fistulas, estenosis, disfunciones vesicales.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: La prevención está encaminada a eliminar factores desencadenantes como:

-Malformaciones congénitas.

-Obstrucciones.

-Estrecheces.

-Litiasis.

-Diverticulitis.

-Pólipos.

-Hábitos higiénicos:

-Evitar uso de ropa interior nylon así (como muy ajustada)

-Evitar la retención urinaria voluntaria.

-Aseo adecuado de la región anal.

-Administración de antibióticos después de instrumentaciones y a todos los pacientes con sonda genitourinaria a permanencia.

MEDIDAS DE CONTROL: Comprende la identificación y el tratamiento del paciente. La identificación del paciente con infección de vías urinarias se llevará a cabo primeramente por el cuadro clínico y confirmándolo con los datos del laboratorio positivo de acuerdo al criterio de Kass.

El tratamiento de infecciones de vías urinarias se lleva a cabo a través de los recursos siguientes:

-Conocer el germen que provoca la infección.

-La educación sobre el conocimiento de la enfermedad.

- Aumento de la ingestión de líquidos.
- Acidificar la orina.
- Tratamiento con antibióticos sensibles al germen específico.

LIMITACIÓN DEL DAÑO: Si a pesar de todo lo anterior señalado la respuesta es nula y no observamos ningún cambio clínico o de laboratorio en la evolución del paciente o si se presentan recaídas o empeoramiento del cuadro, esté paciente se enviará con el nefrólogo para que junto con el urólogo estudien cuidadosamente al enfermo y así poder ofrecer el tratamiento médico o quirúrgico adecuado y específico evitando todas las complicaciones que conlleva una mala evolución o un tratamiento inadecuado.

CERVICOVAGINITIS

Los procesos inflamatorios de la vulva, de la vagina y del cuello uterino excepcionalmente se presentan en la clínica como entidades nosológicas aisladas, generalmente involucran dos o tres elementos anatómicos. Aunque la magnitud del proceso inflamatorio es variable en cada uno de ellos, es motivo frecuente de consulta, a tal grado que, en la consulta general de una población femenina no seleccionada, constituye, en promedio, el 50 % dentro del módulo de medicina familiar ocupó el 4to. lugar en número de consultas.

LAS CAUSAS Y LAS MEDIDAS: Difieren de acuerdo a la edad de la paciente:

En la infancia las condiciones que favorecen la infección son:

- Falta de protección vulvar por falta de vello.
- Espesor mínimo en grandes labios.
- Falta de protección de pH vaginal.
- Contaminación por materiales infectantes.

-Distancia corta entre el introito vaginal y el ano.

-Falta de aseo.

-Invación de parásitos intestinales.

En la época de reproducción:

-El mecanismo máximo de infección es el coito.

-Los inespecíficos: La falta de aseo perineal.

-Cuerpos extraños en vagina.

-Desfloración.

-Los específicos: Que son los gérmenes más frecuentes como la E. coli, Proteus, estafilococcus, la clamidia, la trichomoma, la candida albicans o el gonococo.

En la época de la menopausia:

-Los gérmenes son los mismos que el anterior.

-Hay que eliminar la presencia de patología maligna.

-Modificaciones del epitelio vaginal provocadas por la deficiencia de estimulación estrogénica.

TRATAMIENTO: En la infancia:

-Limpieza anal.

-Lavado suave con agua hervida.

-Secado suave.

-Evitar ropa húmeda y apretada.

-En caso de parasitosis tratamiento específico.

-Eliminar la presencia de cuerpo extraño en la vagina.

Lo anterior corrige casi la totalidad de los procesos inflamatorios vulvovaginales, a condición a que la madre vigile e instruya cuidadosamente a la niña.

En la época de reproducción:

-Tratamiento específico de acuerdo al germen causal con tratamiento simultáneo a la paciente y a su cónyuge, pues de no hacerlo así es causa frecuente de recidivas o de fracasos en el tratamiento instituido.

-Abstinencia de relaciones sexuales hasta lograr la curación.

-Las medidas higiénicas son esenciales.

Tratamiento en la menopausia.

-El tratamiento es similar al anterior sólo difiere en caso de que sea vaginitis atrofica la cual será tratada a base de estrógenos en aplicación local vaginal.

-Descartar patología tumoral maligna.

La referencia de pacientes con vulvovaginitis crónicas refractarias al tratamiento serán canalizadas al servicio de ginecología.

OSTEOARTRITIS

Es un padecimiento crónico, de tipo degenerativo, caracterizado por el deterioro del cartilago articular, esclerosis ósea subcontral y proliferaciones cartilaginosas y óseas marginales. Inicio incidioso y evolución lentamente progresiva.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: No existe en la forma primaria generalizada pero ayuda lo siguiente:

-Control de peso corporal.

-Evitar ejercicio inmoderado.

-Evitar traumatismos.

-Corrección de anomalías mecánicas posturales.

-En la forma secundaria se han de prevenir los efectos graves e invalidantes de los factores causales instalando la terapéutica oportunamente.

MEDIDAS DE CONTROL: Aunque se sabe la existencia de factores constitucionales y locales predisponentes para el desarrollo del padecimiento. Su etiología aún es desconocida se le considera que es un desgaste natural de las estructuras articulares (microtraumas). La senectud es otro factor.

El tratamiento de la osteoartritis se llevará a cabo de la siguiente manera:

TRATAMIENTO: Va encaminado a:

-Terapéutica medicamentosa.

-Higiénica.

-Fisiátrica.

-Ortopédica.

-Quirúrgica.

El tratamiento medicamentoso se usará con:

-Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.

-Infiltraciones de corticosteroides intraarticulares en caso de sinovitis intercurrente.

Las medidas higiénicas para prevenir el progreso de las lesiones serán por medio de:

- Control de sobrepeso.
- Reposo articular parcial para corregir defectos mecánicos-posturales.
- Periodos diarios de reposo de las articulaciones afectadas evitando prolongar el confinamiento en cama.
- Limitar el uso de las articulaciones afectadas, evitando los traumatismos y esfuerzos de carga.

Tratamiento fisiátrico se aplica para restaurar la función muscular, mejorar la movilidad articular y prevenir y corregir deformaciones, auxiliándose para ello de:

- Aplicación de calor local y profundo.
- Ejercicios pasivos y activos.
- Hidromasaje.
- Tracciones vertebrales.
- Corrección de defectos posturales.
- Uso de soportes (corsés, fajas, bastón, collarin o uso de muletas).

La referencia de los pacientes con osteoartritis avanzada se realizará cuando las medidas generales sean insuficientes pero cuando la enfermedad se complica o es refractaria al tratamiento corresponde al especialista seguir su atención médica. En clínica o en hospital.

El carácter crónico, irreversible y permanente de la enfermedad y la limitación funcional que impone en las etapas avanzadas, ocasiona grave repercusión a nivel familiar, social y laboral.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son enfermedades producidas por virus o bacterias que se transmiten directamente por vía respiratoria de persona a persona, cuya evolución no excede de 15 días. Se localizan en las vías respiratorias superiores o inferiores.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: La prevención de la IRA se llevará a cabo a través de la educación para la salud y de promoción y comprende las medidas siguientes:

De educación:

- Información respecto al problema de salud pública.
- Identificación oportuna de la sintomatología.
- Importancia de recurrir oportunamente a la atención médica.
- Medidas preventivas generales:
 - Evitar el contacto con personas enfermas.
 - Suprimir el hábito de fumar.
 - Evitar cambios bruscos de temperatura.
 - Evitar aglomeraciones en sitios confinados.

De promoción:

- Integración y capacitación de grupos que puedan desarrollar tareas comunitarias sobre:
 - Información y orientación a la población.
 - Mejoramiento de la vivienda.
 - Desarrollo de tareas para el mejoramiento del medio con la participación de las autoridades y de la comunidad.

MEDIDAS DE CONTROL: El control de las IRA comprende la identificación control y manejo del paciente. La IRA de acuerdo a su sintomatología se clasifican de la manera siguiente:

Caso leve es aquél de curso siempre benigno, autolimitado, y de corta duración:

- Obstrucción nasal.
- Dolor leve de oído.
- Secreción nasal.
- Dolor o ardor de garganta y ocasionalmente fiebre.

Caso moderado es aquel de curso incierto, que puede agravarse y se manifiesta por uno o varios de los síntomas y signos siguientes:

- Dolor intenso de oído.
- Secreción por el oído.
- Dolor de garganta con exudado.
- Ronquera.
- Tos con esputo purulento.
- Silbidos al respirar y frecuentemente fiebre.

Caso grave es aquél con riesgo de muerte y se manifiesta por uno o varios de los síntomas y signos siguientes:

- Tos con esputo purulento o hemorrágico.
- Dolor de costado.
- Quejido al respirar.

- Disnea.
- Tiros torácicos.
- Aleteo nasal.
- Cianosis.
- Estridor laríngeo.
- Fiebre.
- Postración acentuada y periodos de apnea.

TRATAMIENTO: El manejo y conducta terapéutica de las IRA de acuerdo a la gravedad del caso comprenderá los aspectos siguientes:

- Cuidados generales.
- Tratamiento sintomático.

En los casos leves se procederá de la siguiente manera:

Cuidados generales:

- Reposo.
- Evitar enfriamientos.
- Hidratación oral.
- Alimentación normal.

Tratamiento sintomático:

- Analgésicos y.
- Antipiréticos.

En caso moderado se procedera de la manera siguiente:

- Cuidados generales los mismos que en el caso anterior.
- Tratamiento sintomático los mismos que en el caso leve.
- Tratamiento específico con antibioticoterapia de acuerdo al germen causal.

En el caso grave se procedera de la manera siguiente:

- Cuidados generales.
- Tratamiento sintomático.
- Tratamiento específico.
- Se refiere de inmediato al paciente a una unidad de mayor complejidad para hospitalización.

CONTROL DE EMBARAZO

El embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término y en cuya evolución no se presentan factores que afectan la salud de la madre o del producto.

La atención del embarazo normal implica el diagnóstico y el control. El diagnóstico del embarazo se lleva a cabo con los datos siguientes:

- Mujer en edad reproductiva, con vida sexual activa.
- Amenorrea.
- Síntomas.
- En caso de duda solicitar prueba inmunológica de embarazo (después de la sexta semana de amenorrea).

El control del embarazo normal se llevará a cabo mediante un mínimo de consultas, con la siguiente frecuencia:

- Consulta mensual durante los primeros 7 meses.**
- Consulta cada 2 semanas durante el penúltimo mes.**
- Consulta cada semana en el último mes.**
- Consulta con cita abierta si lo requiere la paciente.**

La primera consulta se lleva a cabo para verificar los datos siguientes:

Descartar antecedentes desfavorables de la madre:

- Edad menor de 15 o mayor de 35 años.**
- Talla menor de 1.45 m.**
- Obesidad o desnutrición.**
- Paridad mayor de cinco.**
- Período intergestacional menor de dos años.**
- Cesárea o cirugía uterina.**
- Tumores ováricos o miomatosis uterina.**
- Tratamiento de infertilidad.**
- Toxemia.**
- Embarazo ectópico.**
- Embarazo molar.**
- Placenta previa.**

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Amenaza de parto a pretérmino.
- Ruptura prematura de membranas.
- Farmacodependencia y adicciones.
- Exposición a radiaciones.

Usos de medicamentos no recomendables durante el embarazo:

- Aborto habitual.
- Obito fetal.
- Bajo peso al nacer o macrosomía.
- Muerte neonatal.
- Productos múltiples.
- Isoinmunización materno-fetal.
- Defectos al nacimiento.

Descartar padecimientos que complican el embarazo.

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial.
- Infección de vías urinarias.
- Alteraciones tiroideas.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades renales.

-Enfermedades infecciosas.

-Peso.

-Talla.

-Exploración de glándulas mamarias y de órganos genitales externos.

-Solicitud de exámenes de laboratorio biometría hemática, grupo sanguíneo y Rh, química sanguínea, exámen general de orina y VDRL.

-Tratamiento sintomático.

Las consultas subsiguientes se llevarán a cabo para verificar en cada una, los datos siguientes:

-Embarazo normal.

-Tensión arterial.

-Peso.

-Altura del fondo uterino correspondiente a la edad gestacional.

-Latido cardiaco fetal normal.

-Situación y presentación del producto.

Además se llevarán a cabo las actividades siguientes:

-Inmunizar contra el tétanos después de la 12a. semana.

-Tratamiento sintomático, evitando el uso de medicamentos teratogénicos.

-Terapia con hierro vía oral.

-Informar sobre síntomas de alarma y orientar sobre el inicio de trabajo de parto.

En el momento en que se detecten factores que complican el embarazo, la paciente deberá ser referida a una unidad de salud de mayor complejidad.

ENFERMEDADES DIARREICAS

Las enfermedades diarreicas obedecen a causas múltiples, principalmente de naturaleza infecciosa son de carácter autolimitado, generalmente se adquieren por vía oral y se caracterizan por evacuaciones intestinales aumentadas en frecuencia y de consistencia disminuida.

La enfermedades diarreicas se presentan en cualquier edad, son más frecuentes y revisten mayor gravedad en niños menores de cinco años. La complicación más común y causa predominante de muerte es la deshidratación.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: La prevención de las enfermedades diarreicas se lleva a cabo a través de la educación y promoción para la salud, así como de la participación de la comunidad y comprende las medidas siguientes:

- Información respecto al problema de salud pública.**
- Lactancia materna hasta los cuatro meses de edad como alimento único.**
- Ab lactación con dieta complementaria a partir de los cuatro meses de edad.**
- Prolongación de la lactancia materna hasta el año de edad.**
- Mejoramiento del abasto de agua, del saneamiento básico y de la higiene de los alimentos en el hogar y en los establecimientos públicos.**
- Utilización de agua potable para consumo humano.**
- Lavado de manos con agua y jabón antes de preparar y tomar los alimentos así como después de defecar.**
- Disposición sanitaria de excretas.**

-Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

MEDIDAS DE CONTROL: El control de las enfermedades diarreicas comprende la identificación, el manejo y tratamiento del padecimiento y de la deshidratación. De acuerdo con la sintomatología y la deshidratación que produce se clasifican en:

-Sin deshidratación.

-Con deshidratación moderada.

-Con deshidratación grave.

-Especiales.

Caso sin deshidratación es aquél que presenta generalmente menos de cuatro evacuaciones líquidas en 24 horas, ausencia de vómito, sin pérdida de peso ni signos clínicos de deshidratación.

Caso con deshidratación moderada es aquél que presenta dos o más de las manifestaciones clínicas siguientes:

-Cuatro a diez evacuaciones líquidas en 24 horas.

-Vómito poco frecuente.

-Sed aumentada.

-Orina escasa.

-Somnolencia o irritabilidad.

-Llanto sin lágrimas

-Ojos hundidos.

-Mucosas secas.

-Polipnea.

- Fontanela hundida.
- Taquicardia.
- Recuperación lenta del pliegue cutáneo.
- Pérdida menor de 100 g por kilo de peso corporal.

Caso con deshidratación grave, es aquél que presenta estado de choque o bien dos o más de las manifestaciones clínicas siguientes:

- Más de diez evacuaciones líquidas en 24 horas.
- Vómito frecuente.
- Succión y deglución débiles.
- Ausencia de orina durante las últimas 6 horas.
- Estado de inconsciencia, hipotonía muscular generalizada o convulsiones.
- Ojos secos y hundidos.
- Lengua y boca secas.
- Hiperpnea.
- Fontanela hundida.
- Taquicardia con pulso débil o no perceptible.
- Recuperación del pliegue cutáneo en más de varios segundos.
- Pérdida mayor de 100 g por kilo de peso corporal.

Caso especial es aquél que presenta independientemente del estado de deshidratación, alguna de las manifestaciones clínicas siguientes:

- Diarrea durante más de tres semanas o diarrea con moco y sangre.

- Distensión abdominal persistente o progresiva.
- Desnutrición de tercer grado (más de 40 % déficit de peso).
- Fiebre persistente mayor de 38.5 grados C.

TRATAMIENTO: El manejo y la conducta terapéutica de las enfermedades diarreicas de acuerdo con la gravedad y evolución del caso, comprende las actividades siguientes:

- Incrementar las medidas higiénicas.
- Prevenir y tratar la deshidratación (suero vida oral o hidratación por venoclisis).
- Tratar en forma específica los casos especiales en caso de shigelosis o amibiasis.
- Tratar la presencia de otros focos infecciosos.
- No usar inhibidores de la motilidad intestinal ni absorbentes.
- Control de la fiebre por medios físicos cuando haya antecedentes de crisis convulsivas.

La deshidratación grave se atiende inmediatamente en la unidad de salud y se refiere de inmediato al paciente a una unidad de mayor complejidad para su hospitalización y manejo integral.

GASTRITIS

Es la alteración de la mucosa gástrica caracterizada por lesiones que van desde el edema superficial con hiperemia hasta la necrosis profunda.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: Las medidas de prevención se llevarán a cabo a través de educación para la salud y de promoción y comprende las medidas siguientes:

De educación:

- Información respecto al problema de salud.
- Identificación oportuna de la sintomatología.
- Importancia de recurrir oportunamente a la atención médica.

Medidas preventivas generales:

- Evitar el alcohol.
- Evitar el tabaco.
- Evitar medicamento sin control médico.
- Evitar ingesta de alimentos irritantes (café, picantes, refrescos con gas, condimentos etc.)

De promoción:

- Información y orientación a la población.
- Mejoramiento de los hábitos alimenticios.
- Manejo adecuado del estrés.

TRATAMIENTO:

- Evitar los irritantes químicos.
- En procesos infecciosos por bacterias o toxinas dar el tratamiento indicado.
- Tratamiento en caso de gastritis alérgica en la ingesta de mariscos.
- Ayuno hasta que haya cedido el dolor y el vómito, posteriormente dieta líquida y después dieta blanda.

-Uso de sedantes alcalinizantes.

-Uso de bloqueadores de los receptores H2 de la histamina.

La realización de estas tres actividades, fundamentadas en el modelo de atención médica familiar, propiciará una correcta interpretación del proceso salud-enfermedad en la población a cargo del médico, favorecerá la investigación como parte de la cultura médica y redundará en el mejoramiento de la prestación de servicios de atención médica primaria, con la consecuente y progresiva mejoría de la salud. (2)

Espero que las conclusiones de esta investigación, que creo son las más factibles y de realización inmediata, sean un grano de arena en la inmensa obra por realizar.

ANEXO I

CENSO POBLACIONAL

MOSAMEF A-1

MASCULINO						FEMENINO					
EDAD	TRABAJA- DOR	PENSIONA- DO	PADRE	HJO	ABUELO	TRABAJA- DORA	ESPOSA	PENSIONA- DA	MADRE	HIA	ABUELA
MENOS DE 1											
1 a 4											
5 a 9											
10 a 14											
15 a 19											
20 a 24											
25 a 29											
30 a 34											
35 a 39											
40 a 44											
45 a 49											
50 a 54											
55 a 59											
60 a 64											
65 a más											

ANEXO 2

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

MOSAMEF B-1

Familia: _____ Edo. civil: Casados ()
U. libre ()
Soltero ()

Edad: _____ Sexo _____ M F Años de unión conyugal: _____
Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

Total: _____

Tipo de familia: Marque con una equis (x)

DESARROLLO: Moderna () DEMOGRAFÍA: Urbana ()
Tradicional () Semiurbana ()

COMPOSICIÓN: Nuclear () Extensa () Compuesta ()

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

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA: _____

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

OBSERVACIONES: Causas de mortalidad, vigilancia de enfermedades crónico-degenerativas, toxicomanías, tipo de habitación familiar y dependencia en la cual labora el trabajador.

ANEXO 3

GLOSARIO DE TÉRMINOS PARA EL LLENADO DE LA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

MOSAMEF B-2

Familia:	Se anotarán los apellidos que identifiquen a la familia.
Años de unión conyugal:	Anotar en años cumplidos el tiempo que llevar de vivir en pareja.
Escolaridad:	Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado.
Domicilio:	Se anotarán: Calle, Número, (interior si lo hubiese), Colonia y Código Postal.
Familia moderna:	Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
Familia tradicional:	Es la familia en que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
Familia urbana:	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuenta con servicios básicos de urbanización: Agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.
Familia suburbana:	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
Familia nuclear:	Es la familia constituida por padre, madre e hijos.

Familia extensa: Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.

Ocupación de los padres de familia: Se anotarán las ocupaciones de ambos padres ejemplo: Padre albañil, madre hogar.

•

Etapa de expansión: Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

Etapa de dispersión: Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.

Etapa de independencia: Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado).

Etapa de retiro: Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.

- Para identificar con claridad la etapa en que se encuentra la familia, se deberán tomar en cuenta los acontecimientos familiares en relación con el primogénito.

Familia extensa: Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.

Ocupación de los padres de familia: Se anotarán las ocupaciones de ambos padres ejemplo: Padre albañil, madre hogar.

•
Etapa de expansión: Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

Etapa de dispersión: Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.

Etapa de independencia: Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado).

Etapa de retiro: Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.

- Para identificar con claridad la etapa en que se encuentra la familia, se deberán tomar en cuenta los acontecimientos familiares en relación con el primogénito.

ANEXO 4

HOJA DE TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO
FAMILIAR

MOSAMEF B-3

Estado Civil:	No.	%
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Viudo		
Años de Unión Conyugal:		
Escolaridad		
Básica		
Media		
Media Superior o Técnica		
Superior		
Edad del padre:		
Edad de la madre:		
Método de Planificación Familiar:		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta 10 años de edad):		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):		
Número de hijos (de 20 ó más años de edad):		

Ocupación de los padres de familia		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
< 1 salario mínimo		
2 salarios mínimos		
3 salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Desarrollo:		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas de ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		
En observaciones se agregaron:		
Causas de mortalidad		
Vigilancia de enfermedades crónico-degenerativas prevención		
Toxicómanías		
Tipo de habitación		
Dependencia de trabajo		

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Sánchez Azcona J. Familia y Sociedad. (3ª Ed.). México: Editorial Cuadernos de Joaquín Mortiz, 1980.**
- 2.- **Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F, Jaime Alarid, Hernández Ramírez, Farfán Salazar, Mazón Ramírez. Fundamentos de Medicina Familiar. (3ª Ed.). México: Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995.**
- 3.- **Ackermann Nathan W. Psicoterapia de la Familia Neurótica. Buenos Aires: Editorial Hormé, 1969.**
- 4.- **Ackermann Nathan W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Editorial Hormé, 1974.**
- 5.- **Bottomore T. B. Introducción a la Sociología. Barcelona: Editorial Península, 1968.**
- 6.- **Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Editorial Granica, 1977.**
- 7.- **Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Editorial Salvat, 1970.**
- 8.- **Ander E.E. Diccionario de Trabajo Social. México: Editorial El Ateneo, 1968.**
- 9.- **Leñero Otero L. Presentación y Avance de Resultados de una Investigación Nacional. México: Editorial Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 1978.**
- 10.- **Datz L. Dinámica de la Familia. México: Editorial Servicios de Enseñanza e Investigación IMSS., 1979.**
- 11.- **Klineberg O. Psicología Social. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1974.**
- 12.- **Sánchez Azcona J. Familia y educación. México: Bol. Med. Fam. Fac. Med. UNAM., 1994: 1 (5): 11-12.**

- 13.- Carroll Hebert A. *Higiene Mental*. México: Editorial Continental, 1968.
- 14.- Maclever R.M, Page Ch. *Sociología*. México: Editorial Tecnos, 1960.
- 15.- Leñero Otero L. *Investigaciones de la Familia en México*. México: Editorial Instituto de Ciencias Sociales, 1968.
- 16.- Erickson E. *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Hormé, 1966.
- 17.- Adoum J. *La Zarza de Horeb*. Buenos Aires: Editorial Kier, 1995.
- 18.- Ribble M. *The Personality of Young Child*. New York: Editorial Columbic University Press, 1955.
- 19.- Stone J, Church J. *Niñez y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Hormé, 1965.
- 20.- Harold I, Kaplan B, Sadock J. *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Salvat, 1993.
- 21.- Hoffman L. *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1981.
- 22.- Peña Piña B.A. *Ciclo Vital de la Familia*. México: Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Asociación de Médicos Generales y Familiares, 1990.
- 23.- Santa Cruz V. *La Familia como Unidad de Análisis*. México: Rev. Med. IMSS., 1983: 21(4) 28-32.
- 24.- Chagoya L. *Dinámica Familiar y Patología*. México: Rev. Méd. IMSS., 1985: 23 (2) 52-57
- 25.- Duvall E.M. *Family Development*. Philadelphia: Editorial Lippicott, 1967.
- 26.- Estrada I. *El Ciclo Vital de la Familia*. (2ª Ed.). México: Editorial Posada, 1987.

- 27.- Barjad L. La Teoría de la Familia. México: Rev. Fac. Med. UNAM, 1980.
- 28.- De la Fuente R. La Familia. México: Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Fac. Med. UNAM., 1986.
- 29.- Coulanger D. La Ciudad Antigua. Madrid: Editorial La Tabla Esmeralda, 1990.
- 30.- Rimpanche G. El Libro Tibetano de los Muertos. Buenos Aires: Editorial Troquel, 1978.
- 31.- Friedman M. Family Nursing Theory and Assessment. New York: Editorial Cecilia Abarca, 1981.
- 32.- Glick P. The Life Cycle of the Family Marriage and Family Living. New York: Editorial Basic, 1955.
- 33.- Fisher L. Classification of Families. New York: Editorial Basic, 1977.
- 34.- Saucedo G, Foncerrada M. Exploración de la Familia, Aspectos Médicos Psicológicos y Sociales. México: Rev. Méd. IMSS., 1981: 19 (15): 160-166
- 35.- Linton R. La Familia, Historia Natural de la Familia. Barcelona: Editorial Península, 1978.
- 36.- Carter A, Mc. Goldrick M. The Family Cycle. New York: Editorial Gardner Press Inc., 1980.
- 37.- Van Den Berghe P. Sistemas de la Familia Humana una Visión Evolucionista. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1983.
- 38.- Horwitz C. Familia y Salud Familiar un Enfoque para la Atención Primaria. Bol. of Sanit Panam, 1985: 98 (2): 439-444.
- 39.- Towle C. El Trabajo Social y las Necesidades Humanas Básicas. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1968.

- 40.- Ackermann Nathan W. Treating the Traubled Family. New York: Editorial Basic, 1966.
- 41.- Coelho GB, Hamburg DA, Adams JE. Coping and Adaptation. New York: Editorial Basic, 1974.
- 42.- Gordon M. The Nuclear Family in Crisis. New York: Editorial Harper & Row, 1972.
- 43.- Holmes TH, Rahe RH. The Social Read Justment Rating Scale. New York: Editorial Psychosom, 1967.
- 44.- Korsch V, Vaughan VC, Brazelton T. The Family Can it Be Soved. Chicago: Editorial Year Book Medical, 1976.
- 45.- Rougman KJ, Hech TP, Haggerty RJ. Copyng With Stress in Happerty, Child Health and Comunity. New York: Editorial Wiley, 1975.
- 46.- Homero. Obras Selectas. México: Editorial Limusa, 1988.
- 47.- Jiménez A. Manifiesto al Pueblo. México: Editorial Clandestina, 1972.
- 48.- Irigoyen Coria y Cols. Clasificación de Familias, Prioridades a Investigar en Medicina Familiar. México: Rev. IMSS., 1991: 29 (5-6): 365-368
- 49.- Collado R. La Identidad y la Familia. México: Editorial Los Universitarios, UNAM., 1980.
- 50.- Chess S. Your Child is a Person. London: Editorial Penquin Books, 1995.
- 51.- Delgado A, López Fernández. Atención Primaria a la Salud. Madrid: Departamento de Salud, 1992: 9 (26-28): 136-142.

- 52.- Narro Robles J. Curso de Odontología Familiar. Oaxtepec, Morelos. México: 11-18/02/84.
- 53.- Narro Robles J. VIII Conferencia Panamericana de Escuelas y Facultades de Medicina. Panamá, Panamá, 5-8/11/80.
- 54.- Santaella Guzmán B. Sistema de Atención Médica General Familiar dentro del ISSSTE. México: Rev. Fac. Med. UNAM., 1981; 24 (4-5): 4-20.