

131
1122 (Gj)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA ERMITA**

**DIAGNOSTICO DE SALUD DE LOS
DERECHOHABIENTES DE LA COLONIA
ESCUADRON 201**

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
JESSICA FRANCISCA DE LA ROSA PALACIOS**



ISSSTE

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ERMITA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1997



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
CLINICA ERMITA**

***DIAGNOSTICO DE SALUD DE LOS
DERECHOHABIENTES DE LA COLONIA
ESCUADRON 201***



ISSSTE

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
JESSICA FRANCISCA DE LA ROSA PALACIOS**

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ERMITA**

1996

**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JESSICA FRANCISCA DE LA ROSA PALACIOS

**DIAGNOSTICO DE SALUD DE LOS
DERECHOHABIENTES DE LA COLONIA
ESCUADRON 201**



DR. LUIS VELASCO CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA ERMITA



DR. LUIS VELASCO CRUZ
ASESOR DE TESIS



DR EMILIO GRANJEL GUERRERO

ASESOR DE TESIS

COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA LOS
MEDICOS GENERALES

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E



DR HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

I. S. S. S. T. E DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
18 SET. 1997
V o. B o.

I. S. S. S. T. E.
Sub-Delegación Médica
Sana Sur, D. F.

OCT. 22 1997

**DIRECCION
CLINICA ERMITA**

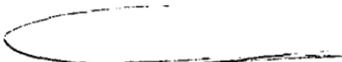
CLINICA ERMITA DICIEMBRE DE 1996

**DIAGNOSTICO DE SALUD DE LOS
DERECHOHABIENTES DE LA COLONIA
ESCUADRON 201**

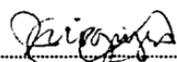
**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DRA. JESSICA FRANCISCA DE LA ROSA PALACIOS

AUTORIZACIONES :



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



DR. ARNULFO TRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

INDICE

CONTENIDO	PAG.
1.- MARCO TEORICO.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
3.- JUSTIFICACION.....	20
4.- OBJETIVOS.....	21
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
5.- METODOLOGIA.....	23
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
5.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	23
5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	23
5.4 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y DE ELIMINACION.....	24
5.5 VARIABLES DE MEDICION.....	26
5.6 METODO O PROCESAMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.....	31
5.7 CONSIDERACIONES ETICAS.....	32
6.- RESULTADOS.....	32
6.1 TABLAS.....	32
6.2 DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	51
7.- ANALISIS DE RESULTADOS.....	52
8.- CONCLUSIONES.....	54
9.- COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.....	55
GRAFICAS.....	60
ANEXOS.....	99
BIBLIOGRAFIA.....	105

1.- MARCO TEÓRICO

LA MEDICINA SURGE CON EL HOMBRE, EL PROBLEMA QUE ESTE SE DEBIÓ PLANTEAR PRIMERAMENTE FUE CONSERVAR LA SALUD Y CURAR LAS ENFERMEDADES. EL HOMBRE PRIMITIVO OBSERVO Y A TRAVES DE LA OBSERVACIÓN REPETIDA DE CIERTAS ENFERMEDADES Y SU RELACIÓN CON CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE LO HIZO REFLEXIONAR AL RESPECTO DE LAS MISMAS.

DESDE LOS EGIPCIOS SE DESARROLLO UNA LEGISLACIÓN HIGIÉNICA QUE CONTENIA ORIENTACIONES DE HIGIENE PERSONAL Y SALUD COLECTIVA, DESCRIBÍA LA FORMA DE PREPARAR LA ALIMENTACIÓN, LAS RELACIONES SEXUALES, LA LIMPIEZA DE LAS HABITACIONES(1)

EN LA ANTIGUA ROMA LA FAMILIA FUE EL ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA CONSERVAR Y MANTENER LA SALUD, LA PATRIA POTESTAD O PATER FAMILIAS INCLUÍA EL DERECHO A CURARLOS Y VIGILAR QUE OBSERVARAN NORMAS HIGIÉNICAS DE AQUELLA ÉPOCA. LA MENTALIDAD PREVENTIVA DE ESTA SOCIEDAD SE OBSERVA EN LA CONSERVACIÓN DE BOSQUES, LA CREACIÓN DE ACUEDUCTOS, LA CONSTRUCCIÓN DE ALCANTARILLADO Y NORMAS LEGISLATIVAS SOBRE LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS, LA HIGIENE SEXUAL Y LA HIGIENE EN LA DEFUNCIONES.

EN TODAS CULTURAS TAMBIÉN EXISTIERON NORMAS HIGIÉNICAS QUE TRATABAN DE MANTENER LA SALUD. LA SOFISTICACION DE LOS RECURSOS CIENTIFICOS Y LA INDUSTRIALIZACION MODIFICO LA FORMA PARA CONSERVAR Y MANTENER LA SALUD, SE PODRÍA DECIR QUE UN PRIMER ORGANISMO CON APOYO GUBERNAMENTAL PARA DEFENDER A LOS ESTADOS CONTRA LAS ENFERMEDADES FUE CONCEBIDO EN ESTADOS UNIDOS DURANTE LA GUERRA DE INDEPENDENCIA SE FORMARON LOS MEDICOS MILITARES, LOS QUE DESPUES DE SU INDEPENDENCIA, FUERON CONSERVADOS PARA CONSTITUIR UN CUERPO QUE SE ENCARGABA DE LA VIGILANCIA EN PUERTOS Y FRONTERAS, ESTA VIGILANCIA SE DABA EN RELACION CON LAS MERCADERIAS O EMIGRANTES, EXISTIERON 2 TIPOS DE HOSPITALES (DE AISLAMIENTO Y NO AISLAMIENTO), SURGIENDO UNA MEDICINA ESTATAL, DE TIPO PREVENTIVA Y SUS PRINCIPALES OBJETIVOS SERIAN LA HIGIENE AMBIENTAL, LA PREVENCION ESPECIFICA DE LOS

PADECIMIENTOS, Y EL ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGÍA, AL PRINCIPIO, RESTRINGIDA A LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, Y DESPUÉS, A TODAS AQUELLAS QUE SE ORIGINAN POR LA INFLUENCIA DEL MEDIO(2), SIN EMBARGO EL ESTUDIO DE LA SALUD LOS MEDICOS NO PUEDEN HACERLO NI EN EL MICROCONTEXTO DE LA CONSULTA DE UN CENTRO DE SALUD, NI EN EL MACROCONTEXTO DE UN SISTEMA SANITARIO SE REALIZA EN LA FAMILIA(3)

EN 1977 LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD ADOPTO EN EL MES DE MAYO LA META DE ALCANZAR UN NIVEL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 QUE LES PERMITIERA LLEVAR UNA VIDA SOCIAL Y ECONÓMICAMENTE PRODUCTIVA, LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SE DIVERSIFICÓ EN METAS ESPECÍFICAS COMO ES LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER, MORTALIDAD INFANTIL, MORTALIDAD PREESCOLAR, INMUNIZACIONES, AGUA POTABLE Y DISPOSICIÓN DE EXCRETAS, Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, ESTAS METAS SE LLEVAN A CABO A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. ESTE CONCEPTO SURGE DE LAS EXPERIENCIAS OBTENIDAS DURANTE EL TRABAJO COMUNITARIO EN SUDÁFRICA, LATINOAMÉRICA Y ASIA EN 1976(4).

LA ATENCIÓN PRIMARIA DEBE CUMPLIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS: SER ACTIVA, CONSCIENTE, RESPONSABLE, VOLUNTARIA, ORGANIZADA Y CONTINUA. DEBE SER UN PROCESO MEDIANTE EL CUAL LOS INDIVIDUOS SE TRANSFORMEN DE ACUERDO A SUS PROPIAS NECESIDADES Y LAS DE SU COMUNIDAD, ADQUIRIENDO UN SENTIDO DE RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU PROPIO BIENESTAR, ASÍ COMO LA CAPACIDAD PARA CONTRIBUIR CONSCIENTE Y CONSTRUCTIVAMENTE CON EL PROCESO DE DESARROLLO

EL TÉRMINO ATENCIÓN PRIMARIA SE ACUÑA EN LA CONFERENCIA DE ALMA ATÁ EN 1978. ASÍ PUES, SURGE LA NECESIDAD DE CONTAR CON UN MÉDICO QUE PROPORCIONE ATENCIÓN PRIMARIA, PERSONAL Y CONTINUA; QUE ESTUDIE A SUS PACIENTES Y A LAS ENFERMEDADES EN EL CONTEXTO DE LA FAMILIA Y A SU AMBIENTE, Y QUE LOS CONSIDERE COMO UN TODO, NO COMO UN CONJUNTO DE ÓRGANOS O SISTEMAS POTENCIALMENTE ENFERMOS, RECORDEMOS QUE EN SU LIBRO DIAGNÓSTICO FAMILIAR LOS DOCTORES IRIGOYEN Y GÓMEZ CLAVELINO DICEN QUE EL MÉDICO FAMILIAR DEBE "TENER COMO NÚCLEO DE SU DESEMPEÑO LA ACCIÓN ANTICIPATORIA", POR LO QUE PODEMOS AFIRMAR QUE ADÉMÁS DE DIAGNOSTICAR Y PRONOSTICAR DEBE SER CAPAZ DE PREVER LOS EVENTOS QUE VENDRÁN A ALTERAR LA SALUD FAMILIAR(5).

LA PRACTICA MEDICA TIENE POR OBJETO EVITAR LAS ENFERMEDADES Y CURARLAS CUANDO SE HAN DESARROLLADO EN UNA PERSONA.

LAS ENFERMEDADES LAS RECONOCEMOS POR SUS MANIFESTACIONES OBJETIVAS, QUE NOS DAN A CONOCER LAS ALTERACIONES ANATOMICAS Y FUNCIONALES QUE SE PRODUCEN EN EL ORGANISMO, LLEGAR A ESTE CONOCIMIENTO ES LO QUE SE DENOMINA DIAGNOSTICO.

EL ADECUADO DIAGNOSTICO DEL PACIENTE DA UNA EXPECTATIVA DE VIDA (SU CURACION Y LIMITACION DEL DAÑO), EN PAISES DESARROLLADOS EL PRIMER NIVEL DE ATENCION TIENE UNA IMPORTANCIA PRIORITARIA Y CUENTA CON RECURSOS QUE CLARIFIQUEN Y FUNDAMENTEN LA EXACTITUD DE ESTE DIAGNOSTICO. ESTA ES LA LABOR ESENCIAL DEL MEDICO, Y ELLO HA SIDO LA PAUTA PARA IMPULSAR PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS. CUYOS BENEFICIOS SE PUEDEN RESUMIR EN MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y DISMINUCION DE LOS COSTOS DE ATENCION POR EJEMPLO, EN BARCELONA SE REALIZO UN ESTUDIO EN 15 CENTROS DE ATENCION PRIMARIA OBTENIENDOSE QUE EL COSTO EN PERSONAL FUE DE 188 PESETAS POR HABITANTE, EN TANTO EN OTRAS ESPECIALIDADES COMO PEDIATRIA FUE DE 162 PESETAS POR HABITANTE. CONCLUYENDO QUE EN ESTOS ÚLTIMOS AÑOS LA EXTENSION DE LOS SERVICIOS E INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO HACIA EL SECTOR EXTRAHOSPITALARIO DE PRIMER NIVEL HA PERMITIDO DISMINUIR GASTOS MAYORES EN NIVELES DE ESPECIALIDAD (6)

EL PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR ES QUIEN REÚNE LAS CARACTERÍSTICAS APROPIADAS PARA DESARROLLAR ESTA ATENCION YA QUE ESTA CAPACITADO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL INDIVIDUO Y SU FAMILIA DENTRO DE SU CONTEXTO SOCIAL ADEMÁS DE ACTUAR COMO VIA DE ENTRADA A LOS SERVICIOS DE SALUD, COORDINAR LOS RECURSOS EXISTENTES PARA LA POBLACION A SU CARGO, INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD, SEXO O PADECIMIENTO QUE PRESENTE EL PACIENTE. LA MEDICINA QUE PRACTICA ESTE PROFESIONAL ESTA ENCAMINADA AL DESARROLLO DE ACCIONES DE MANTENIMIENTO Y PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD REHABILITACIÓN Y COSTOS DE TODOS ESTOS RUBROS, POR EJEMPLO EN LA REGION DE ARAGON, ESPAÑA SE REALIZARON DIFERENTES ESTUDIOS RESPECTO AL COSTO DEL PRODUCTO DE CONSULTAS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA. DETECTAR EL RANGO DE LAS NECESIDADES EN LA POBLACION TRIBUTARIA DE LOS SERVICIOS Y DE ORGANIZAR LOS RECURSOS CON EL

FIN DE RESPONDER A ESAS NECESIDADES DENTRO DE LAS LIMITACIONES INHERENTES A LA DISPONIBILIDAD DE LOS MISMOS, PARA ELLO FUE NECESARIO REALIZAR UN DIAGNOSTICO DE SALUD(7). ESTO ES, CONOCER EL TIPO DE POBLACION QUE TENEMOS, LAS CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES, Y LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION. LOS PRIMEROS INTENTOS EN APLICAR ESTE TIPO DE DIAGNÓSTICOS FUERON DESCRITOS POR FRY EN EL INICIO DE LOS AÑOS 80(OP CIT 4).

FRY DECIA "... CON MAS EXPERIENCIA, MAS CONFIANZA Y MEJORES RECURSOS TERAPEUTICOS LOS MEDICOS GENERALES PODRÁN ATENDER MEJOR A LAS ENFERMEDADES MAS GRAVES FUERA DEL HOSPITAL".

SE HA EVIDENCIADO QUE EXISTE UNA INTENSA ASOCIACION ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL ESTADO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD(8). ADEMÁS DE QUE EXISTEN TAMBIEN BARRERAS DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN COMO EN EL ESTUDIO DE EL DR. J. MORENO, EN VALENCIA ESPAÑA, DONDE SE ENCONTRARON DENTRO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS PARA DAR CONSULTA PREVENTIVA : EXCESO EN LA CARGA ASISTENCIAL, PROBLEMAS DE COORDINACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES Y PROBLEMAS DE ESTRUCTURA EN LOS SERVICIOS DE SALUD, QUE MOTIVO UNA MIERMA IMPORTANTE EN LA CONSULTA PREVENTIVA (9).

DEBEMOS RECORDAR QUE EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE PACIENTES EN UNA COMUNIDAD. LOS PACIENTES QUE ACUDEN DE MANERA CONSTANTE A CONSULTA (PACIENTES HIPERFRECUENTADORES), YA SEA POR NECESIDAD DE UN MEDICAMENTO (HIPERTENSOS, DIABÉTICOS, OSTEOARTRITICOS, ETC) O POR CONSULTAS MAL DEFINIDAS, DENTRO DE LOS QUE PODEMOS INCLUIR A LOS PACIENTES CONFLICTIVOS, ESTOS LOS PODRIAMOS REFERIR COMO DESCONFIADOS, EXIGENTES E INCONFORMES, DEMANDANTES, HOSTILES Y DESCONSIDERADOS, MANIPULADORES, DESPLAZADOS Y SOMATIZADORES, ASÍ COMO PACIENTES QUE NO SE ACERCAN A LOS SERVICIOS DE SALUD Y QUE ES NECESARIO APLICAR PLANES QUE PROTEJAN A TODOS LOS TIPOS DE PACIENTE(10).LA VISION NEGATIVA Y ESTEREOTIPADA DE LOS PACIENTES QUE PREDOMINAN EN AMBOS GRUPOS PUEDE OBSTACULIZAR UNA RELACION COOPERATIVA EN LA CONSULTA. LOAYSSA ENCONTRO EN SU ESTUDIO EN NAVARRA QUE EL MEDICO DE FAMILIA PARECE ALBERGAR EXPECTATIVAS IRREALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES, AFECTANDO LA CALIDAD DE LA CONSULTA(11).

POR ULTIMO, RECORDEMOS QUE EL PRIMER NIVEL DE ATENCION ES EL MARCO IDEAL PARA IMPULSAR Y DESARROLLAR UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD, YA QUE DE MANERA DIRECTA SE TRATA CON EL GRUESO DE LA POBLACION, NO OLVIDEMOS QUE LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCION DE LA SALUD ES UNA DE LAS TAREAS MAS IMPORTANTES EN LA ATENCION MEDICA.

EN LA INVESTIGACION MEDICA SOBRE LA ATENCION PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN LA QUE SE REVISARON 43 ARTICULOS ENTRE 1990 Y 1993 SE ENCONTRO QUE UNA BUENA PARTE DE LOS ARTICULOS DESCRIBEN PROCESOS DE CONTROL Y CALIDAD DE ATENCION [17], PERO LA MAYOR PARTE DE ELLOS ES CLINICO-EPIDEMIOLOGICO [21], ESTO NOS INDICA QUE PRIMERAMENTE SE DEBE CONOCER LAS CARACTERISTICAS DE LA COMUNIDAD Y LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA MISMA [12], COMO LOGRAR ESTO ?

LO PRIMERO ES CONOCER QUIEN ES NUESTRA POBLACION, ¿ CUANTOS SON ? LOS CENSOS DESDE EL PRINCIPIO HAN SIDO Y SEGUIRAN SIENDO EL PRIMER PARAMETRO CON EL QUE SE CUENTA PARA CONOCER A LA POBLACION, SUS CARACTERISTICAS DE EDAD, SEXO, SI SON TRABAJADORES O NO, POSTERIORMENTE NOS PREGUNTAMOS ¿ COMO ES EL MEDIO AMBIENTE DONDE SE DESARROLLAN ? ¿ CON QUE CUENTAN ? EN ESTUDIOS DE APLICACION DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS COMO EL DE EL DR. ESTEBANELL EN ZARAGOZA, ESPAÑA PRIMERO SE REALIZO UN ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION, CON ESOS RESULTADOS SE PUDO OBTENER LAS PRIORIDADES EN PREVENCION QUE NECESITABA LA COMUNIDAD ESTE ESTUDIO INFORMO QUE LA MAYORIA DE LA POBLACION ERAN MUJERES MIORES DE 25 AÑOS, MAS DEL 50% ERAN FUMADORAS, UN 41% TENIAN SOBRE PESO ETC. ESTOS RESULTADOS PERMITIERON ESTABLECER ACTIVIDADES PREVENTIVAS ACORDES A LAS NECESIDADES DE ESA COMUNIDAD

LA CONCLUSION MAS IMPORTANTE DE ESTE ESTUDIO ES QUE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCION DEBEN TENER UN SUSTENTO EPIDEMIOLOGICO PARA CONOCER LAS PRIORIDADES QUE TIENE LA COMUNIDAD [13].

ADEMÁS SE DEBE RECONOCER QUE EXISTEN ETAPAS EN LA VIDA DE LOS PACIENTES DECISIVAS PARA APOYAR LA EDUCACION PARA LA SALUD, POR EJEMPLO LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, ASI LO DESCRIBE EL DR. BUSTOS, EN SU ARTICULO SOBRE LA

ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA. EL DR. BUSTOS REFIERE " LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA TIENEN POR OBJETIVO EL APRENDIZAJE DE CONCEPTOS, PROCEDIMIENTOS Y SOBRE TODO ACTITUDES QUE PROMUEVAN LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES ASÍ COMO LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS FUTUROS ADULTOS " (14).

HAY TAMBIÉN PACIENTES QUE POR SU EDAD PUEDEN SER " DESCUIDADOS " COMO SUJETOS DE MEDIDAS PREVENTIVAS UN EJEMPLO DE ELLO ES EL ESTUDIO REALIZADO POR JIMÉNEZ MENA EN EL QUE DEJA AL DESCUBIERTO QUE LA POBLACION JOVEN QUE SE CREÍA CONOCIA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE A PROBLEMAS COMO EL TABAQUISMO, EL ALCOHOL Y EL SOBREPESO ES LA MENOS INFORMADA, LA CAUSA PRINCIPAL DE ESTE FENOMENO FUE QUE LA GENTE JOVEN ES LA QUE MENOS VA A CONSULTA, Y ES EL CENTRO DE SALUD DONDE SE DAN LAS PLATICAS PREVENTIVAS (15).

SI HABLAMOS DE LA ATENCION PREVENTIVA EN LA EDAD GERIATRÍA NOS ENCONTRAMOS CON RESULTADOS SORPRENDENTES COMO LO MUESTRA EL ESTUDIO REALIZADO POR LA DRA. BENITEZ SOBRE UNA EVALUACION DE LA TENSION PREVENTIVA EN GERIATRÍA EN DONDE SE OBSERVO QUE EXISTEN PROBLEMAS CON LOS PACIENTES EN EDAD GERIATRÍA Y QUE OBSTACULIZAN LA CAPACIDAD PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN ENTRE ELLOS SE ENCUENTRAN HIPOACUSIA Y OLVIDOS SENILES, Y POR ELLO SE DEBEN APLICAR PROGRAMAS QUE TOMEN EN CUENTA ESAS SITUACIONES.

OTROS PROBLEMAS COMO LA INCONTINENCIA URINARIA PODRÍAN SER TOMADAS POR LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES COMO ALGO NATURAL Y NO SE INFORMAN CON SU MEDICO, POR LO QUE ES NECESARIO INDAGAR PARA DETECTAR ESTOS PROBLEMAS (16).

DESPUÉS DE ESTAS REVISIONES CONCLUIMOS QUE ES ESENCIAL CONOCER LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y VARIABLES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN PARA ESTRUCTURAR PROGRAMAS ACORDES A LAS NECESIDADES DE CADA COMUNIDAD (17).

POR TODO LO ANTERIOR SE DECIDIO REALIZAR UNA INVESTIGACION PARA CONOCER ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN COMO SON LOS ORÍGENES DE LA COLONIA, SUS MEDIOS DE TRANSPORTE, SUS ESCUELAS ETC. ESTA INVESTIGACIÓN ARROJO LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

LA COLONIA ESCUADRON 201 SE ESTABLECIO EN LO QUE FUERON LOS TERRENOS DEL ESPAÑOL VIDAL ALONSO Y SU ESPOSA, LA SEÑORA AMALIA IPRAO DE ALONSO.

EL 14 DE NOVIEMBRE DE 1946 SE PRODUJO UNA INVASIÓN DE LOS TERRENOS DIRIGIDA POR LOS SEÑORES ARCADIO RIVERA, ARTURO VELASCO, WENCESLAO GARCÍA, MANUEL CANUL Y LA GUERA RIQUELME. A LOS SEÑORES SE LE HABÍAN OFRECIDO OTROS TERRENOS CON LA PROMESA DE COMPRA AL VERSE ENGAÑADOS SE DECIDIO LA INVASION. DESPUES DE VARIOS INTENTOS DE EXPULSION EN LOS QUE INCLUSO HUBO PERSONAS MUERTAS, EL SEÑOR RODOLFO ENCISO PONCE, JEFE DE LA OFICINA DE COLONIAS, DIO POSESIÓN LEGAL A LOS COLONOS DE LOS TERRENOS SE INICIO A PAGAR EL PREDIO CON UN COSTO APROXIMADO DE 3 PESOS EL METRO CUADRADO EN EL AÑO DE 1949. LOS SERVICIOS DE AGUA Y DRENAJE TARDARON EN INICIARSE. NO ES HASTA EL AÑO DE 1950 CUANDO SE INICIARON LOS TRAMITES PARA LA LEGALIZACIÓN DE LOS PREDIOS, Y ES EL PRESIDENTE MIGUEL ALEMÁN VALDEZ QUIEN DA LOS TITULOS DE PROPIEDAD, A PESAR DE ELLO, LOS SERVICIOS PÚBLICOS TARDARON VARIOS AÑOS EN COMPLETARSE SE LE DIO PRIMERO EL NOMBRE DE "AMPLIACION HÉROES DE CHURUBUSCO" POSTERIORMENTE SE CAMBIO POR SU ACTUAL NOMBRE. INICIALMENTE FUE FUNDADA POR 3,512 PERSONAS. ACTUALMENTE VIVEN EN ELLA APROXIMADAMENTE 50,000.

LA COLONIA LIMITA CON (ANEXO I) :

LA CALZADA RÍO CHURUBUSCO (AL NORTE), LA CALZADA ERMITA IZTAPALAPA (AL SUR), LA AV. 5 O EJE 3 ORIENTE (AL ORIENTE) Y LA CALLE SUR 115 (AL PONIENTE).

COLINDA CON LAS COLONIAS:

SIFÓN, COL. PROGRESO DEL SUR, COL. GRANJAS SAN ANTONIO Y SECTOR POPULAR

TIENE 4 ESCUELAS PRIMARIAS LAS CUALES SON:

"BANDERA DE MEXICO " CLAVE 41118

"BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN" CLAVE 41119

"BEATRIZ VELASCO DE ALEMÁN" CLAVE 4120 (TURNO VESPERTINO)

"RESPECTO AL DERECHO AJENO " CLAVE 41121

CUENTA CON 4 JARDINES DE NIÑOS

NO HAY SECUNDARIAS EN LA COLONIA LA SECUNDARIA MAS PROXIMA ESTA EN LA COLONIA SECTOR POPULAR

CUENTA CON UN MERCADO ESTABLECIDO ("LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS") INAUGURADO EL 4 DE MARZO DE 1961. UN TIANGUIS FIJO ALREDEDOR DEL MERCADO Y UN TIANGUIS QUE SE PONE LOS JUEVES Y DOMINGOS .

TIENE 6 CANCHAS DE BASQUETBOL

UN CENTRO SOCIAL ("GENERAL IGNACIO ZARAGOZA") CON MAS DE 20 ACTIVIDADES RECREATIVAS ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRAN DANZA, GIMNASIA, CORTE Y CONFECCIÓN, CULTURA DE BELLEZA, NATACION, AJEDREZ, ETC.

UN CENTRO FEMENIL DE TRABAJO ("LUCRECIA TORIZ")

UN PARQUE INFANTIL

CENTRO DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DE IZTAPALAPA (QUEDA A 2 CALLES DE LA COLONIA)

HAY 6 CONSULTORIOS MEDICOS PARTICULARES.

3 CLINICAS DE ESPECIALIDADES PARTICULARES.

2 HOSPITALES PARTICULARES.

UN TEMPLO CATOLICO

LA COLONIA CUENTA CON VARIAS RUTAS DE PESEROS COMO SON: ESCUADRÓN 201-LAGUNILLA, MUNICIPIO LIBRE-ESCUADRÓN 201, IZTAPALAPA-MERCED, ROSALES-PURISIMA- IZTAPALAPA, ERMITA IZTAPALAPA, UNA ESTACION DE METRO CON EL NOMBRE DE LA COLONIA, Y EL TROLEBÚS.

UNA VEZ CONOCIENDO LAS CARACTERISTICAS DEL AMBIENTE ES DE VITAL IMPORTANCIA CONOCER LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN ESTO SE REALIZA A TRAVES DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL, POSTERIORMENTE DEBEMOS CONOCER LAS CAUSAS DE

CONSULTA DE LA MISMA, TANTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO AGUDAS, LAS NECESIDADES PREVENTIVAS DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO, EL USO DE ESTAS MEDIDAS POR LA POBLACIÓN Y EL DIAGNOSTICO FAMILIAR A UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN, CON RESPECTO A LA DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS DE LA PIRAMIDE, LAS CAUSAS DE CONSULTA SE DESCRIBE EN LAS VARIABLES DEL ESTUDIO PERO ES NECESARIO HACER HINCAPIE EN EL DIAGNOSTICO FAMILIAR EL CUAL CONSTA DE UN ESQUEMA DE CLASIFICACION INTEGRAL DE LA FAMILIA, CON UNA CÉDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR EN DONDE SE AGRUPAN POR SU DESARROLLO, SU DEMOGRAFIA, SU COMPOSICION, LA ETAPA DEL CICLO VITAL EN QUE ESTA, Y SU FUNCIONABILIDAD FAMILIAR PARA ELLO SE APLICO UN TEST LLAMADO FACES III, EL CUAL NACE EN 1985 EN BASE A LAS HIPOTESIS DE OLSON Y COLABORADORES RESPECTO AL MODELO FUNCIONAL FAMILIAR, LA PALABRA FACES SE DERIVA DE FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION SCALE (POR SUS SIGLAS EN INGLES), ESTE MODELO FAMILIAR SE DENOMINA CIRCUMFLEJO Y ESTA CONSTITUIDO DE 3 DIMENSIONES, FACES III CALIFICA 2 DE LA DIMENSIONES Y LA TERCERA ES RESULTADO DE LAS 2 PRIMERAS.

ESTAS DIMENSIONES SON:

COHESION

ADAPTABILIDAD

COMUNICACION

"LA COHESIÓN FAMILIAR SE DEFINE COMO LA UNIÓN EMOCIONAL QUE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA TIENEN UNOS ENTRE OTROS.

LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR ES EL VALOR DEL CAMBIO EN EL LIDERAZGO, RELACIONES EN LOS ROLES Y LAS NORMAS EN LA RELACION.

LA COMUNICACIÓN FAMILIAR DEBE SER CONSIDERADA COMO UNA DIMENSION FACILITADORA QUE ES POSIBLE EVALUAR ENFOCANDO A LA FAMILIA COMO UN GRUPO CON RESPECTO A SU CAPACIDAD PARA ESCUCHAR, PARA CONVERSAR, PARA MANTENER UNA CONTINUIDAD Y CLARIDAD EN EL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN QUE FAVOREZCA EL RESPETO Y LA CONSIDERACIÓN."

LOS PARÁMETROS QUE SE UTILIZAN PARA LA COHESIÓN SON LAZOS EMOCIONALES, LÍMITES, COALICIONES, TIEMPO Y ESPACIO, AMIGOS, TOMA DE DECISIONES INTERESES Y RECREACION EXISTEN 4 NIVELES EN LA COHESION:

NO RELACIONADA (CON COHESIÓN BAJA)

SEMIRELACIONADA (CON COHESIÓN DE BAJA A MODERADA)

RELACIONADA (CON COHESIÓN DE MODERADA A ALTA)

AGLUTINADA (CON COHESION MUY ALTA).

CUANDO LA COHESIÓN ES MUY ALTA SE NECESITA MUCHO DEL CONSENSO FAMILIAR Y HAY MUY Poca INDEPENDENCIA, EN TANTO QUE CUANDO LA COHESIÓN ES MUY BAJA TIENEN SU PROPIA FORMA DE ACTUAR SIN TOMAR EN CUENTA A LA FAMILIA.

EL PARÁMETRO PARA ADAPTABILIDAD ES LA POSIBILIDAD DE CAMBIAR LAS REGLAS Y LOS ROLES DE ACUERDO A LAS CIRCUNSTANCIAS, LOS NIVELES PARA ADAPTABILIDAD SON:

RÍGIDA (POCO ADAPTABLE)

ESTRUCTURADA (CON Poca A MODERADA ADAPTABILIDAD)

FLEXIBLE (DE MODERADA A ALTA ADAPTABILIDAD)

CAÓTICA (EXISTEN DEMASIADOS CAMBIOS).

LAS FAMILIAS RÍGIDAS TIENDEN A NO CAMBIAR LAS REGLAS EN TANTO QUE EN LAS CAÓTICAS EXISTEN DEMASIADOS CAMBIOS.

EL CUESTIONARIO SE APLICÓ A UNA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS MIEMBRO DE UNA FAMILIA, LA ESCALA DE CALIFICACIÓN FUE:

COHESION	
NO RELACIONADA	0 A 34 PUNTOS
SEMIRELACIONADA	35 A 40 PUNTOS
RELACIONADA	41 A 45 PUNTOS
AGLUTINADA	46 A 50 PUNTOS
ADAPTABILIDAD	
RIGIDA	10 A 19 PUNTOS
ESTRUCTURADA	20 A 24 PUNTOS
FLEXIBLE	25 A 28 PUNTOS
CAOTICA	29 A 50 PUNTOS

EL MODELO CIRCUMFLEXO FORMA UN MAPA CON 16 TIPOS DE SISTEMAS FAMILIARES, LOS CUALES SE PUEDEN UBICAR EN ESTE MAPA INDICANDO EL MOMENTO DE FUNCIONALIDAD QUE ESTA VIVIENDO LA FAMILIA, ESTE MOMENTO NO ES ESTACIONARIO SINO CAMBIA DE ACUERDO A LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL QUE SE ESTÁN VIVIENDO (ESTRES NORMATIVO), Y A LAS CRISIS A LAS QUE SE ENFRENTA LAS FAMILIAS (ESTRES NO NORMATIVO) COMO PODRIAN SER LA MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA, EL DESEMPLEO, LA ENFERMEDAD ETC.

DENTRO DE LOS 16 TIPOS DE SISTEMAS FAMILIARES ESTÁN 4 TIPOS BALANCEADOS, 8 DE RANGO MEDIO Y 4 TIPOS EXTREMOS.

ESTO NOS PERMITE REALIZAR VARIAS HIPÓTESIS CON RESPECTO AL MODELO CIRCUMFLEXO:

1.- FAMILIAS CON TIPOS DE SISTEMAS FAMILIARES BALANCEADOS FUNCIONAN DE MANERA MAS ADECUADA EN CADA ETAPA DEL CICLO VITAL.

2.- UNA COMUNICACIÓN POSITIVA ES UNA HABILIDAD CON LA QUE CUENTAN LOS TIPOS BALANCEADOS Y LOS AYUDA A CAMBIAR DE MANERA OPORTUNA LOS GRADOS DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD NECESARIOS PARA MANTENER LA FUNCIONABILIDAD FAMILIAR.

3.- LA SITUACION IDEAL ES TENER LA CAPACIDAD DE CAMBIAR LA ADAPTABILIDAD Y LA COHESIÓN DE ACUERDO A LAS ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR Y LAS SITUACIONES DE ESTRESS(OP CIT 1,18,19)

MODELO CIRCUMFLEXO

NO RELACIONADA:

YO

POCA PROXIMIDAD

FALTA DE FIDELIDAD

ALTA INDEPENDENCIA

SEMIRRELACIONADA:

YO- nosotros

POCA PROXIMIDAD

POCA FIDELIDAD

INTERDEPENDENCIA: MAS INDEPENDENCIA QUE DEPENDENCIA

RELACIONADA:

YO-Nosotros

MODERADA PROXIMIDAD

ALGUNA FIDELIDAD

INTERDEPENDENCIA: MAS DEPENDENCIA QUE INDEPENDENCIA

AGLUTINADA:

NOSOTROS

MUCHA PROXIMIDAD

ALTA FIDELIDAD

ALTA DEPENDENCIA

RÍGIDA:

UN SOLO JEFE AUTORITARIO

CAMBIO DE ROLES RARA VEZ

DISCIPLINA ESTRICTA

MUY POCOS CAMBIOS

FLEXIBLE:

UN JEFE EN PARTE AUTORITARIO

ROLES ESTABLES

UNA DISCIPLINA CON POCA DEMOCRACIA

CAMBIOS CUANDO HAY DEMANDAS

ESTRUCTURADA:

JEFATURA COMPARTIDA

CAMBIOS EN LOS ROLES

DISCIPLINA DEMOCRATICA

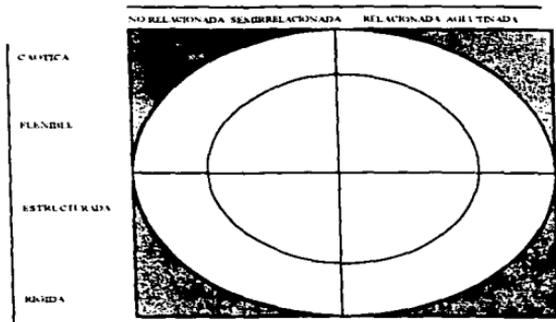
CAMBIOS CUANDO SON NECESARIOS

CAÓTICA:

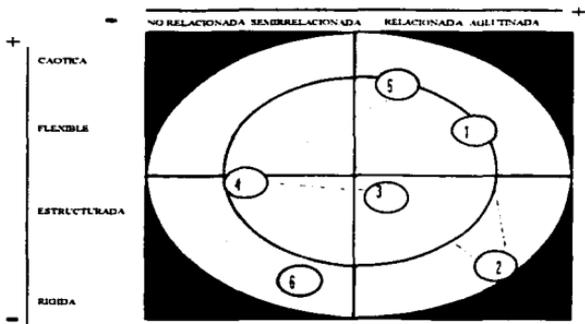
POCA AUTORIDAD

CAMBIOS DRAMÁTICOS EN LOS ROLES

DISCIPLINA ERRÁTICA DEMASIADOS CAMBIOS



EJEMPLO DE LOS CAMBIOS EN UN SISTEMA FAMILIAR EN DIFERENTES ETAPAS DE UN CICLO FAMILIAR.



1= NOVIOS

2= RECIEN CASADOS

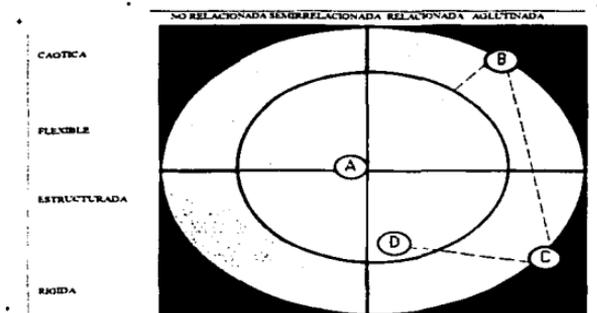
3= PRIMER AÑO

4= SEGUNDO AÑO

5= NACIMIENTO DEL BEBE

6= BEBE AL AÑO

EJEMPLO DE LOS CAMBIOS DE UNA FAMILIA DURANTE UNA CRISIS FAMILIAR



A= ANTES DE LA CRISIS

B= 1 A 2 SEMANAS DESPUÉS

C= 3 A 6 SEMANAS DESPUÉS

D= FAMILIA ACTUALMENTE(20)

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EN EL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD MEDICA ME ENFRENTO AL DESCONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION QUE ATIENDO POR LO QUE LA POSIBILIDAD DE CUBRIR SUS NECESIDADES ES REMOTA. SIN CONOCER EL NUMERO DE PACIENTES, SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y SU ESTADO DE SALUD. NO ES POSIBLE DESARROLLAR UN ADECUADO PROGRAMA DE ACTIVIDADES MEDICAS, MUCHO MENOS REALIZAR ACCIONES PREVENTIVAS. POR EJEMPLO, SE DESCONOCE CUAL ES EL TIPO DE DERECHOHABIENTE QUE MAS HAY (INFANTES, ANCIANOS, MUJERES, ETC), NO CONOCEMOS SI LOS PACIENTES EN EDAD REPRODUCTIVA TIENEN MÉTODO ANTICONCEPTIVO O NO, ¿ CUALES TEMAS DE TIPO PREVENTIVO ES NECESARIO DAR ? , ¿ DE QUE SE ENFERMA NUESTRA POBLACION ? , ¿ QUE PORCENTAJE DE MUJERES SE PRACTICA EL PAPANICOLAO ?

TENEMOS LINEAMIENTOS GENERALES AL RESPECTO COMO SON LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD ENTRE ELLOS LOS DE HIPERTENSION Y DIABETES, SIN EMBARGO APESAR DE ELLO EXISTEN PROBLEMAS EN LA ADQUISICIÓN DE ALGUNOS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS, SABEMOS POR ESTUDIOS REALIZADOS QUE LA MAYORIA DE LOS DERECHOHABIENTES SON MUJERES, QUE LA HIPERTENSION ES EL SEGUNDO PROBLEMAS DE SALUD (OP CIT 7).

EN 1995 LAS PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FUERON:

- 1.- AFECIONES OBSTÉTRICAS
- 2.- PARTO NORMAL
- 3.- TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS
- 4.- AFECIONES URINARIAS
- 5.- ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO.

EN ESE MISMO AÑO, LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FUERON:

- 1.- CAUSAS OBSTÉTRICAS**
- 2.- PARTO NORMAL**
- 3.- TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS**
- 4.- AFECCIONES EN EL PERIODO PERINATAL**
- 5.- NEFRITIS**
- 6.- ABORTO**
- 7.- TUMORES MALIGNOS**
- 8.- ENFERMEDADES DEL CORAZON**
- 9.- DIABÉTES MELLITUS**
- 10.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES**

EN TANTO QUE EN EL ISSSTE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA EN 1995 FUERON:

- 1.- CAUSAS OBSTÉTRICAS**
- 2.- PARTO NORMAL**
- 3.- TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS**
- 4.- DIABETES MELLITUS**
- 5.- NEFRITIS**

6.- ABORTO

7.- ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

8.- TUMORES MALIGNOS

9.- INFECCIONES EN PERIODO NEONATAL

10.- HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL

(INFORMACIÓN OBTENIDA DEL CENIDS [CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SOBRE SALUD] DISEMINACIÓN SELECTIVA DE INFORMACIÓN)

EN LA CLÍNICA ERMITA EN EL AÑO DE 1995 CON UN TOTAL DE 91,165 CONSULTAS LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL AÑO FUERON:

1.- INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

2.- UROSEPSIS

3.- PARASITOSIS

4.- GASTROENTERITIS

5.- COLITIS

6.- GASTRITIS

7.- MICOSIS

8.- RINITIS

9.- ENTERITIS

10.- OTITIS

(TOMADO DEL FORMATO DE CAPITACIÓN PARA UNIDADES DE PRIMER NIVEL, SUBDELEGACION MEDICA, PROGRAMA DE REGIONALIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS)

¿ SUCEDE LO MISMO EN NUESTRA POBLACIÓN ? EN LA CONSULTA DIARIA TENEMOS PACIENTES QUE DE MANERA CONSTANTE ACUDEN, ¿ CUAL ES LA CAUSA ? , ¿ NO LES ALCANZA LA DOTACIÓN DE MEDICINA QUE DAMOS ? , ¿ TIENEN PATOLOGÍA MÚLTIPLES ? , ¿ ESTÁN MAL CONTROLADOS ?

EN LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN ESPAÑA LA CAUSA PRINCIPAL DE CONSULTA SON LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y LA SEGUNDA LAS NEOPLASIAS (OP CIT 10), ¿ PASA ALGO SIMILAR EN LA POBLACION QUE TENEMOS ?

¿ COMO SON LAS FAMILIAS DE NUESTRA COMUNIDAD ?

EN ESTUDIOS REALIZADOS LA MAYORIA TIENDE A ESTAR EN RANGO MEDIO(GRIS CLARO DEL MODELO), ¿ QUE PASA EN NUESTRA POBLACIÓN ? , POR LO ANTERIOR CONCLUIMOS:

ES POSIBLE REALIZAR UN DIAGNOSTICO DE SALUD DE UNA COLONIA PARA CONOCER LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES Y A TRAVÉS DE ELLO TENER EL MARCO DE REFERENCIA NECESARIO PARA ESTABLECER PROGRAMAS DE SALUD QUE PREVENGAN, PROMOCIONEN DIAGNOSTIQUEN Y TRATEN DE MANERA OPORTUNA A ESA POBLACION ?

3- JUSTIFICACIÓN

EL DIAGNOSTICO DE SALUD PERMITE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION MEDICA, LA ACCIÓN ANTICIPATORIA Y EL ESTUDIO DE LA FAMILIA, RECORDEMOS QUE: "TODA ENFERMEDAD INDUCE MODIFICACIONES Y GENERA ADAPTACIONES"

DURANTE AÑOS LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL INSTITUTO NO SE HAN DISEÑADO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA ÁMBITO DE ACCION, SINO CON UN PERFIL GENERAL QUE SE TIENE DEL DERECHOHABIENTE SIN EMBARGO DEBEMOS DE ENTENDER DESPUÉS DE LA REVISIÓN HECHA QUE EN CADA MEDIO SE INTERRELACIONAN FACTORES QUE MODIFICAN EL AMBIENTE Y ESTO LLEVA A CONOCER :

TRASCENDENCIA DEL PROBLEMA

EL CONOCER EL DIAGNOSTICO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD IMPLICA PODER REALIZAR ACCIONES QUE MODIFIQUEN ESTE CUADRO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS. ESTO REDITUA EN AHORRO DE RECURSOS HUMANOS, EL PRIMER NIVEL ES SIN LUGAR A DUDAS, EL PARACHOQUES DE LA MEDICINA, TIENE LA CAPACIDAD DE RESOLVER EL 80 POR CIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE UNA POBLACIÓN. CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN IMPLICA ANTICIPARSE A SUS NECESIDADES Y LOGRAR UN MEJOR APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS, LOGRANDO APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS Y TRATAR LAS COMPLICACIONES MAS COMUNES, ORGANIZAR LAS NECESIDADES DE MEDICAMENTOS DE LOS ENFERMOS, TENER CONOCIMIENTOS SOBRE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS, CONOCER LOS EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES, DAR A CONOCER MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS QUE PERMITEN ELEVAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS, POR LO QUE DE MANERA SIMULTÁNEA SE DISMINUIRÁ LA CARGA DE TRABAJO DEL MEDICO (EL ENFERMO ALARGARA SUS VISITAS AL MEDICO), DISMINUIR EL EMPLEO DE EXAMENES DE LABORATORIO DE TIPO GENERAL BUSCANDO ORIENTACION DIAGNOSTICA, POR EXÁMENES ESPECÍFICOS QUE CONFIRMEN EL DIAGNOSTICO Y NOS DEN EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

CONOCIENDO EL ESTADO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD SE DESCRIBIRÁ EL PERFIL DE LAS ENFERMEDADES Y LOS PACIENTES QUE ACUDÉN A CONSULTA, MEJORANDO LA CALIDAD DE SALUD DE LOS ENFERMOS Y PROMOVINDO LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES QUE LA COMUNIDAD TIENE RIESGO DE DESARROLLAR ADEMÁS DE SENTAR LAS BASES PARA CREAR OTROS MODELOS QUE BASADOS EN EL DIAGNOSTICO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD MODIFIQUEN A LA MISMA Y SE DE LA POSIBILIDAD DE ESTRUCTURAR SISTEMAS ACORDES A LAS NECESIDADES REALES DE ESTA, QUE CAMBIEN EL ESTADO DE SALUD Y MEJOREN SUS CONDICIONES DE VIDA, NO OLVIDEMOS QUE CONOCER EL ESTADO DE SALUD DE UNA COMUNIDAD PERMITE APLICAR POLÍTICAS ACORDES A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD (21).

4.- OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL:

CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES DE LA POBLACION ADSCRITA AL ISSSTE DE LA COLONIA ESCUADRÓN 201

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

CONOCER LA CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN (SEXO, EDAD), REALIZANDO UNA PIRÁMIDE POBLACIONAL.

CONOCER LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS POR SEXO Y EDAD

CONOCER LAS CAUSAS DE CONSULTA EN UN AÑO DE LA POBLACION

CONOCER LA POBLACIÓN EN EDAD REPRODUCTIVA Y EL TIPO DE MÉTODOS QUE UTILIZA.

CONOCER EL TIPO DE CONSULTAS PREVENTIVAS QUE SE DAN A LA POBLACIÓN Y EL NÚMERO DE BENEFICIARIOS QUE LAS RECIBEN EN UN AÑO.

REALIZAR UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DEL DIAGNOSTICO FAMILIAR PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE FAMILIAS QUE CONFORMAN A LA POBLACIÓN DE LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CONOCIENDO LOS SIGUIENTES ASPECTOS

- A) ESTADO CIVIL**
- B) ESCOLARIDAD DE JEFE DE LA FAMILIA**
- C) NÚMERO Y EDAD DE LOS HIJOS**
- D) TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A:
 - D.1 SU DESARROLLO.**
 - D.2 SU DEMOGRAFÍA.**
 - D.3 SU COMPOSICIÓN.****
- E) INGRESOS MENSUALES.**

- F) OCUPACIÓN DE LOS PADRES
- G) FASE DEL CICLO FAMILIAR EN EL QUE SE ENCUENTRA.

5.-METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

EL DISEÑO ES DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO TRANSVERSAL BASADO EN UN CENSO POBLACION OBTENIDO DE LOS EXPEDIENTES QUE CONFORMAN EL CONSULTORIO #7 Y QUE PERTENECEN A LA COLONIA ESCUADRÓN 201, LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTAS, LA CUAL SE OBTENDRÁ DE LA HOJA DIARIA DEL MEDICO (ANEXO 2) Y POR ULTIMO UN ESTUDIO DE COMUNIDAD EL CUAL SERÁ UN MUESTREO POR CUOTA FIJA DE LOS PACIENTES QUE LLEGUEN A CONSULTA ENTRE LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1996 (22).

5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

LA POBLACIÓN SON LAS PERSONAS DERECHOHABIENTES QUE VIVAN EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 Y QUE ESTÉN CON EXPEDIENTE ACTIVO EN LA CLÍNICA ERMITA DEL ISSSTE DURANTE EL AÑO DE 1995.

5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

PARA LA PIRÁMIDE POBLACIONAL CORRESPONDIO A TODA LA POBLACIÓN DE LA COLONIA ESCUADRÓN 201 QUE ESTE CON EXPEDIENTE ACTIVO EN LA CLINICA ERMITA EN EL AÑO DE 1995. PARA LA MORBILIDAD A LA POBLACIÓN DE LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE ACTIVO Y QUE ACUDIO A CONSULTA EN EL AÑO DE 1995.

PARA EL DX FAMILIAR A LA POBLACIÓN DE LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE ACTIVO Y QUE ACUDIO A CONSULTA ENTRE EL MES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1996, PARA DETERMINAR SI EL TAMAÑO DE LA MUESTRA DE LA ENCUESTA FUE REPRESENTATIVO, SE REALIZO APARTIR DE LA SIGUIENTE FORMULA (23):

n= Z:PQ

d2

DONDE:

n= TAMAÑO DE MUESTRA

Z2= NIVEL DE CONFIANZA DE 95 (1.96)

P= CARACTERÍSTICA DE % (0.8)

Q= COEFICIENTE DE VARIACIÓN (0.2)

d2= INTERVALO DE CONFIANZA (0.05)

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

INCLUSIÓN

1.- PARA LA PIRÁMIDE:

TODOS PACIENTES QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 Y SU EXPEDIENTE ESTE EN ACTIVO EN 1995.

2.- PARA LA MORBILIDAD:

TODOS PACIENTES QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201, SU EXPEDIENTE ESTE EN ACTIVO Y HAYA ASISTIDO A CONSULTA EN EL AÑO DE 1995.

3.- PARA EL DIAGNOSTICO FAMILIAR:

TODOS PACIENTES QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201, SU EXPEDIENTE ESTE EN ACTIVO Y

HAYA ASISTIDO A CONSULTA DEL 1º DE MAYO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1996.

EXCLUSIÓN

1.- PARA LA PIRÁMIDE:

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 QUE SU EXPEDIENTE ESTE EN PASIVO.

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 QUE NO ESTE INSCRITO

2.- PARA LA MORBILIDAD:

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE EN PASIVO O QUE NO ESTE INSCRITO

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE EN ACTIVO QUE NO HAYA ASISTIDO DURANTE EL AÑO DE 1995 A CONSULTA.

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE EN ACTIVO QUE HAYA ASISTIDO A CONSULTA A OTRO CONSULTORIO

3.- PARA EL DX FAMILIAR:

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE EN PASIVO O QUE NO ESTE INSCRITO

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE EN ACTIVO QUE NO HAYA ASISTIDO A CONSULTA DEL 1º DE MAYO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1996 .

PACIENTE QUE VIVA EN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 CON EXPEDIENTE EN ACTIVO QUE HAYA ASISTIDO A CONSULTA A OTRO CONSULTORIO DURANTE EL PERIODO ANTES MENCIONADO.

ELIMINACIÓN

1.- PARA LA PIRÁMIDE:

NINGUNO.

2.- PARA LA MORBILIDAD:

QUE NO PERTENEZCA A LA COLONIA ESCUADRÓN 201.

3.- PARA EL DX. FAMILIAR:

QUE NO PERTENEZCA A LA COLONIA ESCUADRÓN 201.

QUE NO ACEPTE LLENAR EL CUESTIONARIO.

5.5 VARIABLES DE MEDICIÓN.

REVISIÓN DE CADA UNO DE EXPEDIENTES EN ACTIVO QUE CONFORMAN LA COLONIA ESCUADRÓN 201 EN EL AÑO DE 1995.

REVISIÓN DE LA HOJA DIARIA DEL MEDICO DURANTE EL AÑO DE 1995.

APLICACION DEL CUESTIONARIO FACES III A LA POBLACION QUE ACUDIÓ A CONSULTA DURANTE EL PERIODO DEL 1º. DE MAYO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1996.

1.- ESTADO CIVIL

DEFINICIÓN: SITUACIÓN EN QUE ESTA UNA PERSONA PARA LA CIUDADANÍA.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: SOLTERO, CASADO, UNIÓN LIBRE, VIUDO, DIVORCIADO

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

2.- AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL

DEFINICIÓN: EL NUMERO DE AÑOS QUE HA VIVIDO CON SU PAREJA.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: 1 A 5 AÑOS, 6 A 10 AÑOS, 11 A 15 AÑOS, 16 A 20 AÑOS, 20 A 25 AÑOS, 26 A 30 AÑOS, 31 A 35 AÑOS, MAS DE 36 AÑOS.

OPERACIONALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

3.- EDAD

DEFINICIÓN: TIEMPO QUE UNA PERSONA A VIVIDO A CONTAR DESDE QUE NACIÓ.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: 0-1, 2-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-30, 31-34, 35-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71 O MAS.

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA Y POR BÚSQUEDA DE DATOS EN EXPEDIENTE Y HOJA DIARIA DEL MEDICO.

4.- SEXO

DEFINICIÓN: CONJUNTO DE CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS QUE HACE LA DISTINCIÓN DEL FEMENTNO Y EL MASCULINO.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: MASCULINO Y FEMENTNO.

OPERALIZACION: POR OBSERVACIÓN Y POR BÚSQUEDA DE DATO EN EXPEDIENTE Y HOJA DIARIA DEL MEDICO.

5.- ESCOLARIDAD

DEFINICIÓN: PERIODO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL ASISTE A LA ESCUELA O CENTRO DE ENSEÑANZA PARA CURSAR ESTUDIOS.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: ANALFABETA, PRIMARIA, COMERCIO, SECUNDARIA, TÉCNICO, NIVEL MEDIO SUPERIOR, NORMAL, UNIVERSIDAD.

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

6.- NUMERO DE HIJOS

DEFINICIÓN: CANTIDAD DE DESCENDIENTES.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: 0, 1 A 2, 3 A 5, 6 O MAS.

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

7.- EDAD DE LOS HIJOS

DEFINICIÓN: TIEMPO QUE HAN VIVIDO LOS DESCENDIENTES DE LA PERSONA.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORIAS HASTA 10 AÑOS, 11 A 19 AÑOS, 20 O MAS.

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

8.- TIPO DE FAMILIA

DEFINICIÓN: TIPO DE GRUPO DE 2 O MAS PERSONAS QUE VIVEN JUNTOS Y ESTÁN RELACIONADOS POR LAZOS CONSANGUINEOS, DE MATRIMONIO O ADOPCIÓN.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: EN BASE A SU DESARROLLO (MODERNA O TRADICIONAL), EN BASE A SU DEMOGRAFÍA (URBANA O RURAL), EN BASE A SU COMPOSICION (NUCLEAR, EXTENSA Y COMPUESTA).

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

9.- INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS

DEFINICIÓN: CANTIDAD DE DINERO QUE RECIBE UN INDIVIDUO COMO CONTRAPRESTACION DE LOS SERVICIOS PRODUCTIVOS REALIZADOS POR EL INDIVIDUO.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍA: < 1 SALARIO MÍNIMO, DE 1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS, 3 0 MAS SALARIOS MÍNIMOS

SALARIO MÍNIMO 480 PESOS MENSUALES.

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

10.- OCUPACIÓN DE LOS PADRES

DEFINICIÓN: SERVICIO DESEMPEÑADO POR EL EMPLEADO.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: OFICIO, TÉCNICO, ADMINISTRATIVO, PROFESIONAL.

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

11.- CICLO FAMILIAR

DEFINICION: ETAPAS EN LA "VIDA" DE UNA FAMILIA.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS EXPANSIÓN (NACE EL PRIMER HIJO), DISPERSION (PRIMERO HIJO ASISTE A LA ESCUELA), INDEPENDENCIA (PRIMER HIJO SE CASA), RETIRO (LOS PADRES QUEDAN SOLOS).

OPERALIZACION: POR PREGUNTA DIRECTA.

12.- REGISTRO

DEFINICIÓN: CLAVE DE IDENTIFICACIÓN QUE DA EL ISSSTE A LOS TIPOS DE DERECHOHABIENTE.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: 1= TRABAJADOR, 2= TRABAJADORA, 3= ESPOSA O CONCUBINA, 4= PENSIONADO O JUBILADO, 5= PADRE DEL TRABAJADOR, 6= MADRE DEL TRABAJADOR, 7= HIJO DEL TRABAJADOR, 8= HIJA DE TRABAJADOR, 9= CÓNYUGE INCAPACITADO.

OPERALIZACION: BÚSQUEDA DEL DATO EN LA HOJA DIARIA DEL MEDICO Y EL EXPEDIENTE.

13.- ENFERMEDAD CRÓNICA

DEFINICIÓN: CUALQUIER PROCESO MORBOSO QUE TIENE UN CURSO PROLONGADO SIN CAMBIOS RÁPIDOS.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA ENFERMEDAD.

CATEGORÍAS: HIPERTENSIÓN, DIABETES MELLITUS, LUMBALGIAS, ARTRITIS, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, INSUFICIENCIA VASCULAR, CÁNCER, CARDIOPATA, EPILEPSIA, HIPOTIROIDISMO, ASMA, GOTA, HEMORROIDES, HIPERTIROIDISMO, INSUFICIENCIA CARDIACA, EPOC, TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO, BOCIO, CIRROSIS, CREATINISMO, EMBOLIA, HIPERCOLESTEROLEMIA, INFARTO, ISQUEMIA CEREBRAL, MIASTENIA GRAVIS, PICWICK, SACROILITIS, SÍNDROME DE RETT, TÓRAX EXCAVADO, TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE, TROMBOSIS DE LA SUBCLAVIA, VÁLVULA ARTIFICIAL, DISFUNCION CEREBRAL, ALCOHOLISMO, SORDERA, HIPERQUINESIS.

OPERALIZACION: BÚSQUEDA DEL DATO EN EL EXPEDIENTE.

14 - NUMERO DE CONSULTAS

DEFINICIÓN: CANTIDAD DE REUNIONES A PETICIÓN DEL PACIENTE CON EL MEDICO PARA DESCRIBIR SU ESTADO DE SALUD Y SOMETERSE A EXPLORACIÓN MEDICA E INTERROGATORIO QUE AYUDE AL MEDICO A ESTABLECER UN DIAGNOSTICO.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE TIPO DE CONSULTA.

CATEGORÍAS: PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE.

OPERALIZACION: POR BÚSQUEDA DEL DATO EN HOJA DIARIA DEL MEDICO.

15.- ENFERMEDADES MAS FRECUENTES

DEFINICIÓN: ESTADOS MORBOSOS QUE FUERON MOTIVO DE CONSULTA EN UNA MAYOR CANTIDAD DE VECES DURANTE UN AÑO.

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA ENFERMEDAD.

CATEGORÍAS: INFECCIONES RESPIRATORIAS, HIPERTENSIÓN, DIABETES MELLITUS, OSTEOARTROSIS, GASTROENTERITIS, UROSEPSIS, TRAUMATISMOS, CERVICOVAGINITIS, LUMBALGIA, GASTRITIS, OTITIS, EPILEPSIA, TRASTORNOS DE CONDUCTA, TRASTORNOS TIROIDEOS, COLITIS, PARASITOSIS, LESIONES EN PIEL, ENFERMEDADES EXANTEMATICAS, CARDIOPATAS .

OPERALIZACION: POR BÚSQUEDA DEL DATO EN HOJA DIARIA DEL MEDICO.

16 - CONSULTAS PREVENTIVAS

DEFINICIÓN: REUNIÓN A PETICIÓN DEL PACIENTE CON EL MEDICO PARA DESCRIBIR SU ESTADO DE SALUD Y SOMETERSE A EXPLORACIÓN MEDICA E INTERROGATORIO SIN UN PROCESO MORBOSO ESPECIFICO. PARA CONTINUAR SU ESTADO DE SALUD A TRAVÉS DE ACCIONES ANTICIPATORIAS

MEDICIÓN: POR SUMATORIA DE CADA CATEGORÍA.

CATEGORÍAS: EMBARAZO, DOTACIÓN DE LECHE, PLANIFICACION FAMILIAR, PAPANICOLAO, CONTROL DE NIÑO SANO.

OPERALIZACION: POR BÚSQUEDA DE DATOS EN HOJA DIARIA DEL MEDICO.

5.6 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA CAUSAS DE CONSULTA DE ENERO - DICIEMBRE DE 1995 (ANEXO 3).

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (ANEXO 4)

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL (ANEXO 5).

ENCUESTA FACE III DE OLSON DH, PORTNERJ, LAVEE (ANEXO 6).

FACES III APLICACIÓN Y CALIFICACIÓN (OTORGADO POR LOS DOCTORES FRANCISCO GOMEZ CLAVELINA Y ARNULFO IRIGOYEN CORIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA UNAM) (ANEXO 7) (24).

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

ESTE ESTUDIO NO AFECTA LA INTEGRIDAD DE LOS PACIENTES DE ACUERDO CON LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD (ARTICULO 17 DEL REGLAMENTO), DERIVADA DE LOS ACUERDOS DE HELSINKI, 1964 Y TOKIO 1975. Y PUBLICADO A TRAVES DEL DIARIO OFICIAL DEL 26 DE ENERO DE 1982 (25).

6.- RESULTADOS

6.1 TABLAS

LA POBLACION TOTAL ADSCRITA A LA COLONIA ESCUADRÓN 201 ES DE 3707, PERSONAS DE LAS CUALES

1618 SON MUJERES Y 1089 SON HOMBRES (Gráfica 1).

SU DISTRIBUCION POR EDADES ES DE (Gráfica 2):

0 A 11 MESES	38	
1 A 4 AÑOS	258	
10 A 14 "	215	
15 A 19 "	176	
20 A 24 "	128	
25 A 30 "	222	
31 A 35 "	256	
36 A 40 "	229	
41 A 45 "	195	
46 A 50 "	174	
51 A 59 "	290	
51 A 55 "	117	
56 A 60 "	111	
61 A MAS	298	(FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO)

LA DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE AMBOS SEXOS ES (Gráfica 3):

NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS 586

(DE LOS CUALES 296 SON MENORES DE 4 AÑOS LO QUE CORRESPONDE A UN 51% DE LA POBLACION INFANTIL [Gráfica 4]).

ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS 391

ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS 1432

ANCIANOS DE 60 AÑOS O MAS 298

LA PIRÁMIDE POBLACIONAL FUE: (Gráfica 5) :

0 A 11 MESES	20
1 A 4 AÑOS	119
5 A 9 "	120
10 A 14 "	107
15 A 19 "	98
20 A 24 "	82
25 A 30 "	158
31 A 35 "	178
36 A 40 "	158
41 A 45 "	129
46 A 50 "	118
51 A 55 "	85
56 A 60 "	65
61 A MAS	183 (FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO)

0 A 11 MESES	18
1 A 4 AÑOS	139
5 A 9 "	170
10 A 14 "	108
15 A 19 "	78
20 A 24 "	46
25 A 30 "	64
31 A 35 "	78
36 A 40 "	71
41 A 45 "	66
46 A 50 "	56
51 A 55 "	32
56 A 60 "	48
61 A MAS	115 (FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO)

SU DISTRIBUCIÓN POR REGISTRO ES DE (Gráfica 6) :

1	462
2	680
3	270
4	138
5	41
6	123
7	515
8	476
9	3

(FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO)

TOMANDO EN CUENTA LOS INSCRITOS SE AGRUPARON POR INTEGRANTES QUE PERTENECEN AL MISMO REGISTRO PARA DETERMINAR DE MANERA INDIRECTA LAS FAMILIAS , OBTENIÉNDOSE QUE LA MAYORÍA SOLO INSCRIBEN A UNO YA SEA EL TRABAJADOR O LA ESPOSA O EL PADRE, POCOS INSCRIBEN A TODA SU FAMILIA (Gráfica 7)

UN SOLO REGISTRO	793
DOS EN EL REGISTRO	293
TRES	207
CUATRO	99
CINCO	43
SEIS	10
SIETE	4
OCHO	1

(FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO)

DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

LA DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL SEXO FEMENINO POR FRECUENCIA FUE (Gráfica 8):

HIPERTENSIÓN	140
DIABETES	60
LUMBALGIA	38
ARTRITIS	30
EMBARAZO	24
CARDIOPATIA	12
TRAST.DE LA CONDUCTA	10
INSUFICIENCIA VASCULAR	9
CÁNCER	7
EPILEPSIA	6
HIPOTIROIDISMO	5
INSUFICIENCIA CARDÍACA	3
HIPERTIROIDISMO	3
HEMORROIDES	3
GOTA	3
ASMA	3
TRASTORNOS DEL RITMO	2
EPOC	2
VÁLVULA ARTIFICIAL	1
CONTINUA ...	

TROMBOSIS DE LA SUBCLAVIA	1
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	1
TÓRAX EXCAVADO	1
SÍNDROME DE RETT	1
SACROILITIS	1
PICWICK	1
MIASTENIA GRAVIS	1
ISQUEMIA CEREBRAL	1
INFARTO	1
HIPERCOLESTEROLEMIA	1
EMBOLIA	1
CREATINISMO	1
CIRROSIS	1
BOCIO	1
TOTAL	371

(FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO)

LA DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL SEXO MASCULINO POR FRECUENCIA FUE (Gráfica 9) :

HIPERTENSIÓN	57
DIABETES	52
ARTRITIS	24
LUMBALGIA	23
GOTA	16
CARDIOPATIA	13
ASMA	4
EPILEPSIA	4
CÁNCER	3
EPOC	3
HIPERCOLESTEROLEMIA	3
INSUFICIENCIA VASCULAR	3
TRASTORNOS DE CONDUCTA	3
VALVULOPATIA	3
DISFUNCION CEREBRAL	2
HEMORROIDES	2
INSUFICIENCIA CARDIACA	2
SORDERA	2
ALCOHOLISMO	1
CONTINUA . . .	

ISQUEMIA	1
CIRROSIS	1
HIPERQUINESIS	1
HIPOTIROIDEO	1
PICKWICK	1
TOTAL	220

DISTRIBUCIÓN POR EDAD REPRODUCTIVA (FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO)

SI DISTRIBUIMOS POR EDAD REPRODUCTIVA ENCONTRAMOS QUE 1206 ESTÁN EN EDAD REPRODUCTIVA ES DECIR ENTRE LOS 16 A 45 AÑOS Y DE LOS CUALES SOLO 361 TIENE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, LO QUE CORRESPONDE A UN 30% DE ESTA POBLACIÓN (Gráfica 10)

LOS MÉTODOS POR FRECUENCIA FUERON (Gráfica 11): (FUENTE EXPEDIENTE MEDICO)

SALPINGOCLASIA	114
DIU	107
HORMONAL	51
HISTERECTOMÍA	33
RITMO	30
VASECTOMÍA	14
PRESERVATIVOS	11
COITO INTERRUPTUS	1
TOTAL	361

MORBILIDAD:

EL TOTAL DE CONSULTAS POR MESES FUE (Gráfica 12):

ENERO	454	290	164
FEBRERO	378	257	121
MARZO	88	56	32
ABRIL	149	94	55
MAYO	401	271	130
JUNIO	98	64	34
JULIO	390	232	158
AGOSTO	98	50	48
SEPTIEMBRE	299	221	78
OCTUBRE	241	159	82
NOVIEMBRE	333	216	117
DICIEMBRE	332	215	117
TOTAL	3,261	2,115	1,136

(FUENTE. HOJA DIARIA DEL MEDICO)

LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES FUERON (Gráfica 13):

INF. RESP. AGUDAS	72	F>34 Y M 1-4
HIPERTENSIÓN	223	F>34
DIABETES	218	F>34
REUMATOLOGICOS	217	F>34
GASTROENTERITIS	175	F>34
UROSEPSIS	126	F>34
TRAUMATISMOS(HX. ESGUINCE, FX)	101	F>34
CERVICOVAGINITIS	100	F>34
LUMBALGIAS	82	F>34
GASTRITIS	60	F>34
OTITIS	44	F>34
EPILEPSIA	42	M 14 -18
TRAST. DE CONDUCTA	39	F>34
TRAST. TIROIDEOS	37	F>34
COLITIS	32	F>34
PARASITOSIS	29	F>34
LESIONES EN PIEL	29	F>34
ENFERMEDADES EXANTEMATICAS	28	F 1-4
CARDIOPATAS	25	F>34
TOTAL	2479	(FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO)

Las gráficas de la 14 a la 23 se muestra el comportamiento de las 10 enfermedades mas frecuentes en la consulta diaria, por mes en el año, con los grupos de edad afectados y el numero de pacientes atendidos.

LAS CONSULTAS PREVENTIVAS REALIZADAS EN EL AÑO FUERON (Gráfica 24-28) :

EMBARAZOS	84	F 25 - 30
DOTACIONES DE LECHE	36	(PARA IGUAL NUMERO DE NIÑAS Y NIÑOS)
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	30	(9 APLICACIONES DE DIU)
PAPANICOLAO	29	
CONTROL DE NIÑO SANO	25	
TOTAL	204	(FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO)

TAMAÑO DE LA MUESTRA

APLICANDO LA FORMULA

$$n = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

d2

DONDE:

n= TAMAÑO DE MUESTRA

Z2= NIVEL DE CONFIANZA DE 95 (1.96)

P= CARACTERISTICA DE % (0.8)

Q= COEFICIENTE DE VARIACIÓN (0.2)

d2= INTERVALO DE CONFIANZA (0.05)

n= 200

d2

 $n = (1.96)^2(0.8)(0.2) = 0.614656 = 45.8$ MUESTRA DE **246**(0.05)²

0.0025

RESULTADOS DE LA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

SE OBTUVO UNA MUESTRA DE 246 ENTREVISTAS CON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

POR SU ESTADO CIVIL (Gráfica 29):

SÓLTEROS	16
CASADOS	178
EN UNIÓN LIBRE	12
DIVORCIADOS	14
VIUDOS	26

(FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

POR SU ESCOLARIDAD (Gráfica 30):

ANALFABETAS	4
PRIMARIA	77
COMERCIO	15
SECUNDARIA	45
CARRERA TECNICA	16
PREPARATORIA	27
NORMAL	15
PROFESIONAL	47

(FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

POR AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL (Gráfica 31):

DE 1 A 5 AÑOS	31
DE 6 A 10 AÑOS	33
DE 11 A 15 AÑOS	32
DE 16 A 20 AÑOS	18
DE 20 A 25 AÑOS	20
DE 26 A 30 AÑOS	16
DE 31 A 35 AÑOS	13
DE 36 O MAS AÑOS	27

(FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

Nota: 56 personas sin pareja

POR NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA (Gráfica 32):

SIN HIJOS	9
DE 1 A 2 HIJOS	115
DE 3 A 5 HIJOS	97
DE 6 O MAS HIJOS	17

(FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

POR EDAD DE LOS HIJOS (Gráfica 33):

MENORES DE 10 AÑOS	106
ENTRE 11 Y 19 AÑOS	74
MAYORES DE 20 AÑOS	125

(FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

TIPO DE FAMILIA:

I.- POR SU DESARROLLO (Gráfica 34) (FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

MODERNA	97
TRADICIONAL	149

II.- POR SU COMPOSICIÓN (Gráfica 35) (FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

NUCLEAR	168
EXTENSA	64
COMPUESTA	14

III.- POR SU DEMOGRAFÍA (FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

TODAS FUERON URBANAS	246
----------------------	-----

INGRESO POR FAMILIA REFERIDO EN SALARIOS MÍNIMOS (Gráfica 36):

MENOS DE 1 SALARIO	14
ENTRE 1 Y 2 SALARIOS	122
3 O MAS SALARIOS	110

(FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR (Gráfica 37): (FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

EXPANSIÓN	98
DISPERSIÓN	54
INDEPENDENCIA	36
RETRO	58

FAMILIAS QUE TRABAJA UN CONYUGE	125
FAMILIAS QUE TRABAJAN LOS 2 CONYUGES	121

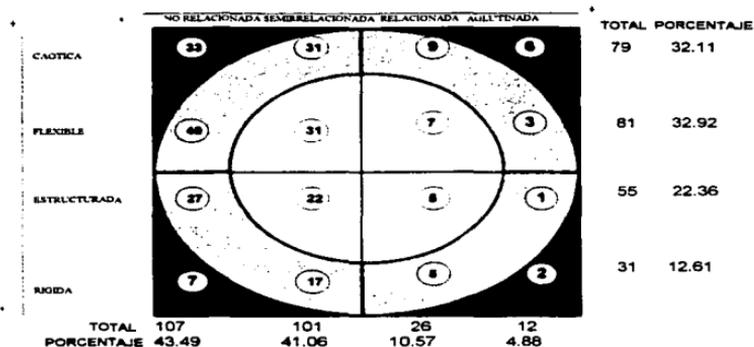
(Gráfica 38)

OCUPACION DE LOS PADRES (Gráfica 39): (FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)

OBRAERO- MANUAL	55
TÉCNICO	22
ADMINISTRATIVOS	107
SERVIDORES PÚBLICOS	17
PROFESORES	42
PROFESIONALES	38
JUBILADOS O PENSIONADOS	88
AMAS DE CASA	118
TOTAL	487

NO RELACIONADA/ RIGIDA	7
NO RELACIONADA/ ESTRUCTURADA	27
NO RELACIONADA/ FLEXIBLE	40
NO RELACIONADA/ CAOTICA	33
SEMIRELACIONADA/RIGIDA	17
SEMIRELACIONADA/ESTRUCTURADA	22
SEMIRELACIONADA/FLEXIBLE	31
SEMIRELACIONADA/CAÓTICA	31
RELACIONADA/RIGIDA	5
RELACIONADA/ESTRUCTURADA	5
RELACIONADA/FLEXIBLE	7
RELACIONADA/CAÓTICA	9
AGLUTINADA/RIGIDA	2
AGLUTINADA/ESTRUCTURADA	1
AGLUTINADA/FLEXIBLE	3
AGLUTINADA/CAOTICA	6

(FUENTE: CUESTIONARIO FACES III)



6.2- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

ENCONTRAMOS QUE LA MAYORÍA DE LOS INSCRITOS SON TRABAJADORES (1142), LA POBLACIÓN ADULTA (ENTRE 20 A 59 AÑOS) REPRESENTA AL 53% DE LOS INSCRITOS, POCOS INSCRIBEN A SU FAMILIA COMPLETA. LA ENFERMEDAD MAS FRECUENTEMENTE CONSULTADA FUE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, LOS PACIENTES MAS AFECTADOS SON LOS ADULTOS CON PICOS EN LOS MESES DE ENERO A MARZO Y DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE. LAS SIGUIENTES 3 ENFERMEDADES SON CRONICO DEGENERATIVAS, LA HIPERTENSION OCUPA EL SEGUNDO LUGAR CON PICOS EN JULIO, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, LA DIABETES MELLITUS EL TERCER LUGAR CON PICOS EN ABRIL, ENERO Y FEBRERO Y LA ARTRITIS CRÓNICAS EN CUARTO LUGAR CON PICOS EN ENERO, ABRIL Y FEBRERO. EL QUINTO Y SEXTO LUGAR ESTÁN OCUPADOS POR GASTROENTERITIS CON

PICOS EN MAYO JULIO, NOVIEMBRE, DICIEMBRE, Y UROSEPSIS, CON PICOS EN FEBRERO Y ABRIL LOS TRAUMATISMOS (HERIDAS, ESGUINCES Y FRACTURAS) OCUPAN EL SÉPTIMO LUGAR CON PICOS EN ENERO, SEPTIEMBRE, NOVIEMBRE, EL OCTAVO LA CERVICOVAGINITIS, CON UN PICO EN AGOSTO EL NOVENO LAS LUMBALGIAS CON UN PICO EN FEBRERO Y LA GASTRITIS SE ENCUENTRA EN DÉCIMO LUGAR CON PICO EN ENERO.

EN EL ÁREA PREVENTIVA LA CANTIDAD DE PAPANICOLAOS REALIZADOS FUERON 29 LOS PACIENTES CON MÉTODO ANTICONCEPTIVO SON 361 .

LA POBLACION INFANTIL 586, DE LA CUAL EL 51% (296) ES MENOR DE 4 AÑOS .

CON RESPECTO AL DIAGNOSTICO FAMILIAR FUE UNA MUESTRA ALEATORIA DE LA POBLACION QUE ACUDIO A CONSULTA. LA MAYORIA SON CASADOS, SOLO CON ESCOLARIDAD BÁSICA, PRINCIPALMENTE SON FAMILIAS JÓVENES CON UNO O DOS HIJOS, LOS HIJOS SON MENORES DE 19 AÑOS LA MAYORÍA SON FAMILIAS TRADICIONALES, NUCLEARES, URBANAS, LAS CUALES TIENEN UN INGRESO PROMEDIO DE ENTRE UNO Y DOS SALARIOS MÍNIMOS, EN LA MAYORÍA TRABAJA UN CÓNYUGE, Y LA OCUPACION MAS COMÚN ES EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA. LA MAYORÍA DE LAS FAMILIAS ESTÁN EN RANGO MEDIO DE FUNCIONALIDAD (113). 65 SON BALANCEADAS Y 48 EN RANGOS EXTREMOS

7.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

LA MUJER SIGUE CONSTITUYENDO EL PRINCIPAL SUJETO DE ATENCION DE CONSULTA (1618 INSCRITAS), EN ELLO INFLUYEN VARIOS FACTORES, EL DOBLE TRABAJO QUE DESEMPEÑA, SU TENDENCIA NATURAL A PREOCUPARSE MAS POR SU SALUD, LA RESPONSABILIDAD QUE TIENE ELLA SOBRE LA SALUD DE SU FAMILIA(3,4,8,11).

EL 51% DE LA POBLACION INFANTIL ES MENOR DE 4 AÑOS (296), ESTA POBLACION DEBE SER VACUNADA Y ESTAR BAJO EL PROGRAMA DE NIÑO SANO, 361 MUJERES SE ENCUENTRAN EN EDAD REPRODUCTIVA, ESTO IMPLICA REALIZAR UNA EXHAUSTIVA LABOR EDUCATIVA TOMANDO 2 PUNTOS IMPORTANTES, SALUD REPRODUCTIVA Y DETENCION OPORTUNA DE CÁNCER (3,9,11,12).

A TRAVÉS DE DIFERENTES ESTUDIOS SE HA COMPROBADO QUE SON LAS MUJERES EN SU MAYORÍA LAS QUE TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, INTERVIENIENDO EN ELLO MUCHOS FACTORES CULTURALES, ESTE SUCESO NOS PERMITE TENER AL ALCANCE AL SUJETO MAS IMPORTANTE EN EL PROCESO DE PLANIFICAR LA FAMILIA: LA MUJER POR LO QUE ES NECESARIO APLICAR UN INTENSO PROGRAMA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR. UNIDO A ESTE PROCESO ESTA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER, FACTORES COMO LA VIDA SEXUAL A TEMPRANA EDAD, LAS INFECCIONES VAGINALES, SOBRE TODO DE TIPO VIRAL, LA MULTIPARIEDAD, SON FACTORES PREDISPOSITIVOS PARA EL CaCu, Y SIENDO ESTA LA PRIMER CAUSA DE CANCER EN LA MUJER, NO EXISTE LA MENOR DUDA QUE DEBE ORIENTARSE A LA MUJER EN ESTE ASPECTO, POR LO QUE SON NECESARIOS PROGRAMAS DE APOYO QUE ACLAREN DUDAS Y QUE RESALTE LOS BENEFICIOS DE REALIZARSE ESTE ESTUDIO DE MANERA PERIÓDICA (4,5,7,9,13,15,17).

PASANDO AL RUBRO DE INFECCIONES CRÓNICAS LA POBLACIÓN CON ENFERMEDADES CRONICAS, ES UNA POBLACIÓN TOTAL DE 591 DERECHOHABIENTES LOS CUALES REQUIEREN ATENCIÓN PERIÓDICA POR DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS, COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD, USO DE LABORATORIO, ESTE ES NUESTRO PACIENTE HIPERFRECUENTADOR DE LA CONSULTA, ES EL QUE AGOTA LAS FICHAS DE LABORATORIO, EL QUE ESTA CADA 18 DÍAS POR SU MEDICAMENTO, ESTA CON NOSOTROS, LOS CONOCEMOS, ¿ POR QUE NO ORGANIZARNOS PARA DARLE UNA MEJOR ATENCIÓN ?, QUE REDITUARÍA EN MEJOR APROVECHAMIENTO DE RECURSOS Y UNA MEJOR CALIDAD DE ATENCIÓN PARA EL PACIENTE (3,5,6,8,9,10,11).

ES NECESARIO ACLARAR QUE SI BIEN LA PRIMER CAUSA DE CONSULTA FUE UNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA, LAS SIGUIENTES 3 CAUSAS MAS FRECUENTES FUERON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS, A LAS CUALES SE PUEDE DAR MEJOR ATENCIÓN (9,11,13,14,16,17).

ES TRISTE RECONOCER QUE DE 3,261 CONSULTAS OTORGADAS DURANTE EL AÑO DE 1995 SOLO 204 FUERON DE TIPO PREVENTIVO, ESTO DEBE HACERNOS REFLEXIONAR SOBRE LO QUE ESTA SUCEDIENDO A LOS MÉDICOS FAMILIARES (3,5,7,9,13,14,15,17).

ES TANTA LA DEMANDA DE CONSULTA POR ENFERMEDAD QUE NO ALCANZA A DESARROLLAR LA CONSULTA PREVENTIVA, HAY QUE INVESTIGAR

¿ QUE FACTORES CONTRIBUYEN A ELLO?.

LA ESTRUCTURA DE LA INSTITUCIÓN, EL PERFIL QUE SE LE A DADO AL MEDICO, LA BAJA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN PLATICAS, ESTO ENTRE OTRAS COSAS PROVOCA QUE LA POBLACION NO ACUDA A PREVENCIÓN, SINO YA ENFERMA Y COMO RECURSO PARA CONSEGUIR INCAPACIDAD (3,5,8,11,12,18).

EL PERFIL DEL MEDICO DEBE CAMBIAR, EL MEDICO DEBE APRENDER QUE ESTAMOS PARA SERVIR SIN IMPORTAR TURNO O ADSCRIPCIÓN, EL TRATO QUE DEMOS DEBE SER CORDIAL Y AGRADABLE, QUE MOTIVE AL PACIENTE A REGRESAR, SOLO ASÍ TENDREMOS SUJETOS PARA APLICAR PROGRAMAS PREVENTIVOS. UN PACIENTE CON MAL ESTADO DE SALUD (FIEBRE, CATARRO, DIARREA), AL QUE TENGA QUE PEDIRSE 4 O 5 REQUISITOS PARA LA CONSULTA, QUE TENGA QUE ESPERAR 4 HORAS PARA SER ATENDIDO, PROBABLEMENTE ESTE PARADO, QUE SE LE LLAME DE MANERA POCO CORTES Y QUE BRUSCAMENTE SE LE PREGUNTE POR SU PADECIMIENTO, CON INTERRUPCIONES CONSTANTES SIN UNA VALORACIÓN ADECUADA POR LA LIMITACIÓN DEL TIEMPO, NO VA DESEAR REGRESAR A LA CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN A MENOS QUE SEA ABSOLUTAMENTE NECESARIO (7,11,13,14,26).

8.- CONCLUSIONES

SE ALCANZARON LOS OBJETIVOS DE MANERA SATISFACTORIA CONOCIMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN LA PIRÁMIDE POBLACIONAL, DONDE LAS MUJERES (1618) SUPERARON A LOS HOMBRES (1089), SE SABE LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS POR SEXO Y EDAD, (LA PRINCIPAL FUE LA HIPERTENSION EN AMBOS SEXOS -197-) SE CONOCEN LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL AÑO DE NUESTRA POBLACIÓN,(1a CAUSA FUE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS). LOS MÉTODOS

ANTICONCEPTIVOS QUE OCUPÓ MÁS FRECUENTEMENTE FUERON SALPINGOCLASIA Y EL DIU Y LA CANTIDAD QUE OCUPÓ CADA MÉTODO ANTICONCEPTIVO (114 Y 107 RESPECTIVAMENTE), ADEMÁS DE SABER EL NÚMERO DE CONSULTA PREVENTIVAS QUE SE DIERON (204). CONOCIMOS A TRAVÉS DE UNA MUESTRA LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS QUE CONFORMAN NUESTRA CONSULTA, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CONCORDÓ LA INFORMACIÓN QUE TENIAMOS CON LOS RESULTADOS PRESENTADOS SIN EMBARGO LAS DIFERENCIAS DEMOSTRADAS NOS PERMITEN RECONOCER QUE POR LAS CARACTERÍSTICAS DE NUESTRA POBLACIÓN ES NECESARIO APLICAR PLANES DE TRABAJO QUE ESTÉN ENCAMINADOS A CUBRIR LAS NECESIDADES DE ESTA POBLACIÓN PARA QUE A TRAVÉS DE ELLO, SE ELEVE SU NIVEL DE ATENCIÓN, POR LO QUE SE SUGIERE:

9.- COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

COMO COMENTARIO ALGUNAS DIFICULTADES QUE TUVIMOS AL REALIZAR EL TRABAJO FUERON: NO SE TIENE EL NÚMERO DE DERECHOHABIENTES ADSCRITOS DE CADA COLONIA, EL EXPEDIENTE NO CUENTA CON LA DIRECCIÓN DEL PACIENTE (SOLO SI SON TRABAJADORES, VIENE EN LA COPIA DE LA INCAPACIDAD), LA MAYORÍA DE LAS NOTAS NO INFORMAN DE PADECIMIENTOS CRÓNICOS QUE TENGAN LOS PACIENTES AMENOS QUE ESA SEA LA CAUSA DE CONSULTA, INCLUSO DENTRO DE LAS 10 PRINCIPALES ENFERMEDADES A NIVEL DE LA CLÍNICA QUE MÁS CON MÁS SE BUSCO NO APARECE NINGUNA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS, ESTO NO CONCUERDA YA QUE EL 35% DE LA POBLACIÓN DE LA CLÍNICA ES MAYOR DE 40 AÑOS, Y ES ESTE TIPO DE PACIENTES LOS QUE MÁS CON MÁS ACUDEN POR DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS.

EL MÉDICO DEBE SER MÁS PARTICIPATIVO, NO DEBE CONVERTIRSE EN UN "DADOR DE RECETAS", POR LO QUE SUGERIMOS ALGUNAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS:

1.- ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN PEDIATRÍA:

INVESTIGAR ENFERMEDADES METABÓLICAS

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA (HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO CON LA COLABORACIÓN DE PERSONAS QUE PROMUEVAN LA LACTANCIA MATERNA, TALES COMO LA LIGA DE LA LECHE)

SUPERVISIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

SUPERVISIÓN DE DESARROLLO PSICOMOTRIZ

INVESTIGAR LUXACION CONGÉNITA DE CADERA

INVESTIGAR ESCOLIOSIS

EXPLORACIÓN DE GENITALES EN LACTANTES

PREVENCIÓN Y BÚSQUEDA DE CARIES

INVESTIGAR ESTRABISMO Y AMBLIOPIA

INVESTIGAR HIPOACUSIA

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL

PREVENCIÓN DE TABAQUISMO ACTIVO Y PASIVO

PREVENCIÓN DE CÁNCER DE LA PIEL

PREVENCIÓN DE OBESIDAD

VACUNACIONES

INVESTIGACIÓN DE PIE PLANO.

2.- ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA ADOLESCENCIA:

PLATICAS DE EDUCACIÓN SEXUAL (ENFERMEDADES SEXUALES, EMBARAZO, PLANIFICACIÓN FAMILIAR ETC.)

PREVENCIÓN DE ALCOHOLISMO, TABAQUISMO Y DROGADICCIÓN

NUTRICIÓN

3.- ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LOS ADULTOS

REFORZAR CON PLATICAS LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CÁNCER TANTO CERVICO UTERINO COMO MAMARIO

POR EJEMPLO:

CUANDO SE DE LA DOTACIÓN DE LECHE PARA EL LACTANTE, SE SOLICITE A LA MADRE QUE SE PRACTIQUE EL EXAMEN DEL PAPANICOLAO Y ESCOJA UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

APLICAR MÉTODOS DE DIAGNOSTICO PARA PREVENIR Y DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS COMO SERIA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DIABETES Y ARTROPATIAS DEGENERATIVAS QUE CORRESPONDEN A LOS PRIMEROS LUGARES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS .

POR EJEMPLO:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

TABAQUISMO

ALCOHOLISMO

ACTIVIDAD HABITUAL

ESTADO CIVIL

CONVIVENCIA

4.- ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LOS ANCIANOS Y PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

DAR PLATICAS ORIENTADAS A MEJORAR EL ESTADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEGENERATIVAS PUES SON PARTES DE UN NÚCLEO FAMILIAR Y DE SU ADECUADO MANEJO EN LA FAMILIA DEPENDE UNA BUENA CALIDAD DE VIDA.

POR EJEMPLO:

ALIMENTACION: QUE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN DEBE HACER POR SU ENFERMEDAD

DAÑOS ORGÁNICOS QUE PRODUCE LA ENFERMEDAD

IMPORTANCIA DE SEGUIR EL TRATAMIENTO CORRECTAMENTE

EJERCICIO

APOYO FAMILIAR (¿ QUIEN PREPARA LA COMIDA ? , ¿ QUIEN RECUERDA EL HORARIO DE LOS MEDICAMENTOS ? , ¿ QUIEN ACOMPAÑA A LAS VISITAS MEDICAS ? . ETC.).

5.- CONOCER EL PERFIL DEL PACIENTE FRECUENTADOR DE LA CONSULTA ¿ CUAL ES SU PATOLOGIA ? , ¿ A QUE TRAMITES BUROCRÁTICOS SE ENFRENTA ? , ¿ RECIBE DE MANERA ADECUADA SU TRATAMIENTO COMPLETO ? , ¿ TIENE PROGRAMAS DE APOYO EN SU ENFERMEDAD ? REFORZAR USO DE DIETAS COMPLEMENTARIAS Y EJERCICIOS EN PACIENTES TALES COMO EL ASMÁTICO, EL HIPERTENSO, EL DIABÉTICO.

CLÍNICA FREMTA

DR. JESSICA DE LA ROSA PALACIOS

6.- **NORMATIZAR CRITERIOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES A TRAVÉS DE UNA GACETA MEDICA DE LA CLÍNICA INVITANDO A LOS MÉDICOS A ESCRIBIR SOBRE TEMAS COMUNES DE INTERÉS MEDICO**

POR EJEMPLO:

EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA, ¿ HASTA QUE CIFRA SE PUEDE MANEJAR CON DIETA Y HASTA CUANDO USAR CON MEDICAMENTO ?

EN LA GASTRITIS EROSIVA ¿ POR CUANTO TIEMPO SE PUEDE DAR EL TRATAMIENTO MEDICO ? ¿ CUANDO ES NECESARIA LA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD? Y ¿ CUAL ES LA DIETA ADECUADA ?

7.- DAR TERAPIA A FAMILIAS BASADOS EN EL MÉTODO CIRCUMPLEXO LLEGANDO A:

REDUCIR LA PRESENTACIÓN DE PROBLEMAS Y SINTAMOS EN LOS SISTEMAS FAMILIARES.

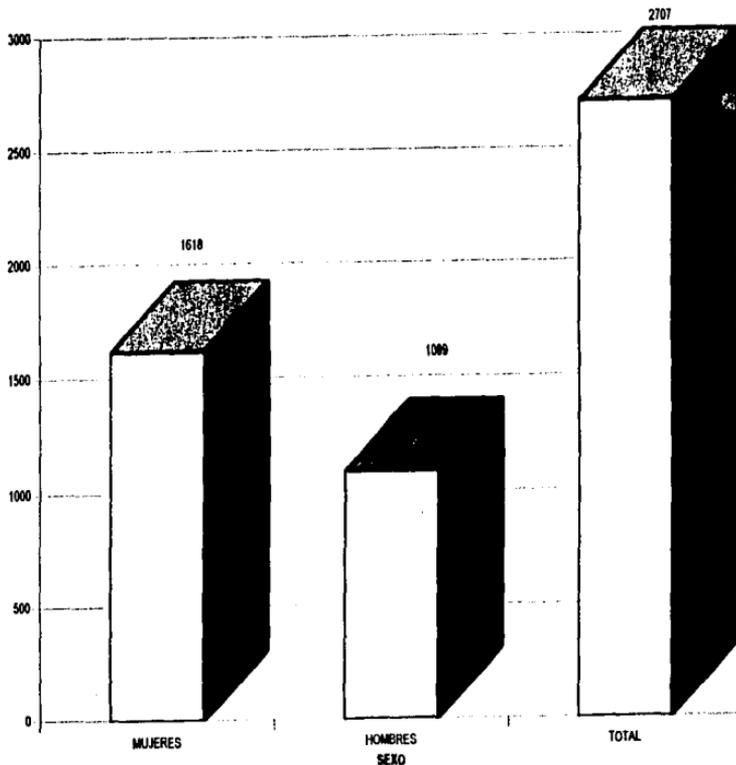
CAMBIAR SISTEMAS EN EL NIVEL DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD DE RANGOS EXTREMOS A RANGO MEDIO Y DE RANGO MEDIO A BALANCEADOS.

INCREMENTAR LA HABILIDAD DE NEGOCIAR LOS CAMBIOS DENTRO DEL SISTEMA A TIEMPO.

8.- LA TELEVISIÓN ES UN EXCELENTE ALIADO EN LA PROMOCION DE LA SALUD. TENEMOS UNA POBLACIÓN CAUTIVA ATENTA AL TELEVISOR, POR LO MENOS 2 HRS, POR LO QUE SE PUEDE INTERCALAR CON LOS PROGRAMAS DE TELEVISIÓN PELÍCULAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ATENCION DE EMBARAZO, ABUSO DE DROGAS, ETC. YA QUE HAY ESTE TIPO DE MATERIAL EDITADO POR LAS SECRETARIAS DE SALUD, PGR, IMSS, ISSSTE, SEP, POLITÉCNICO, UNAM, SERIA UN BUEN MÉTODO PARA LLEVAR PREVENCIÓN A LA POBLACIÓN.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO

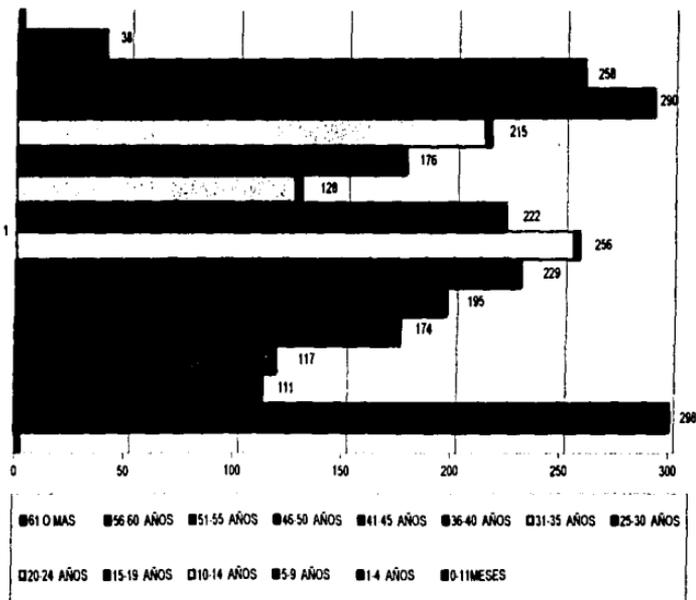
GRAFICA 1



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDADES

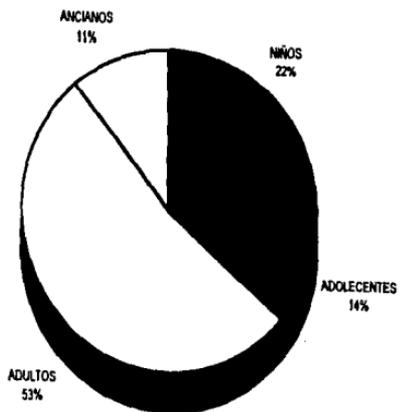
GRAFICA 2



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

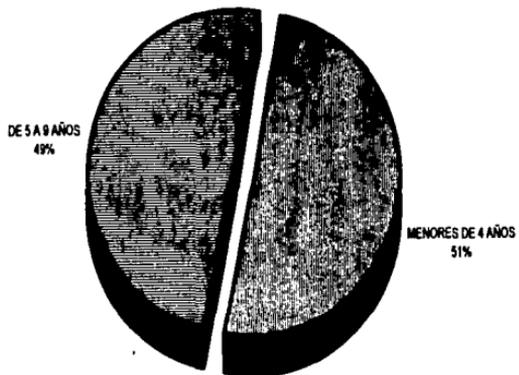
GRAFICA 3



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFANTIL.

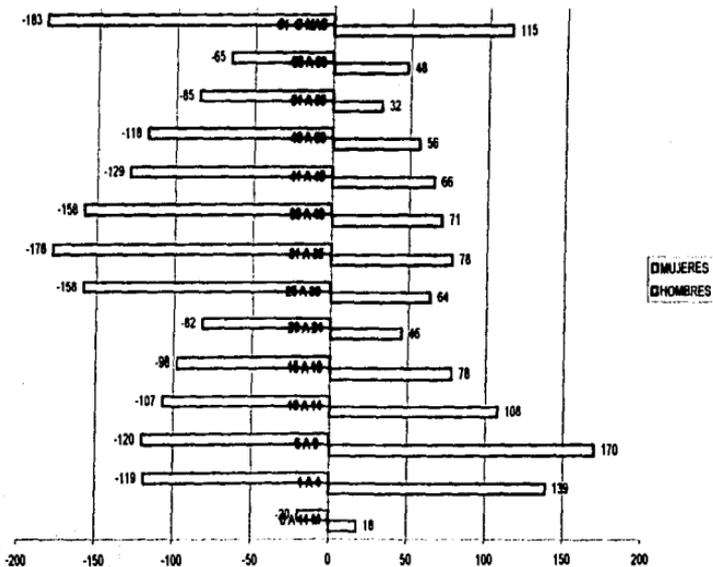
GRAFICA 4



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

PIRAMIDE POBLACIONAL

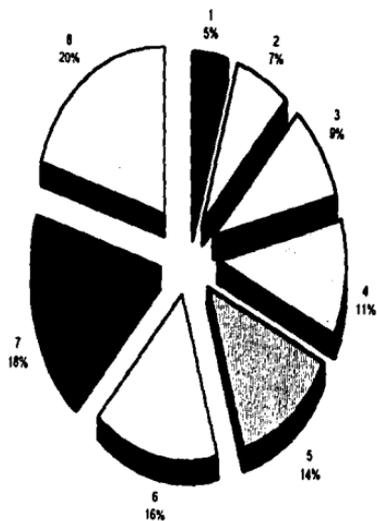
GRAFICA 5



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

DISTRIBUCION POR REGISTRO

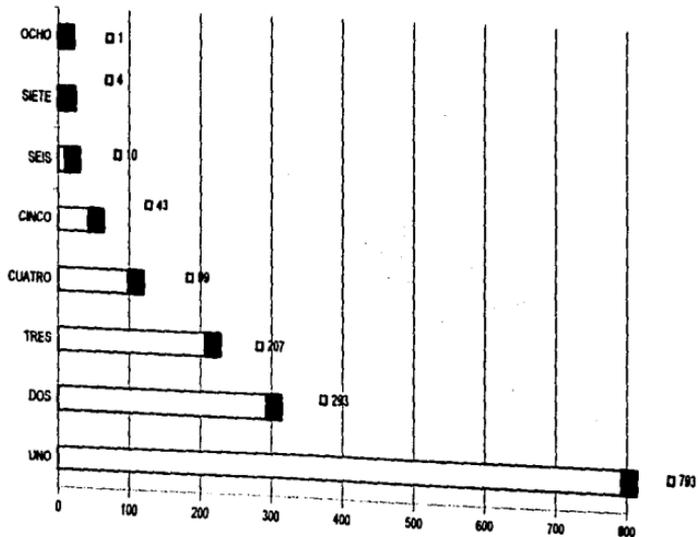
GRAFICA 6



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

DETERMINACION INDIRECTA DE LAS FAMILIAS

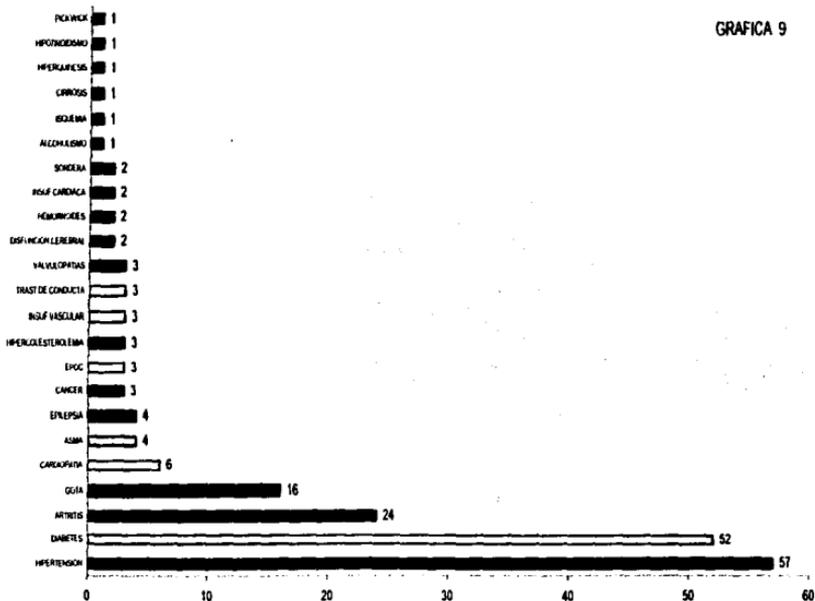
GRAFICA 7



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES CRONICAS EN EL SEXO MASCULINO

GRAFICA 9

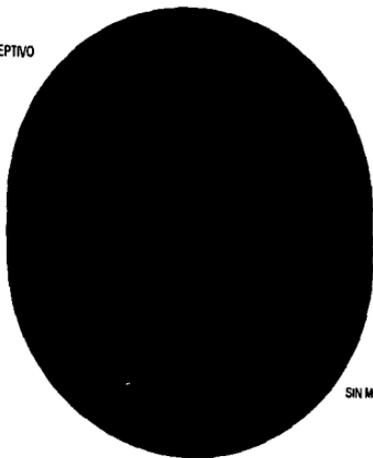


FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

POBLACION EN EDAD REPRODUCTIVA Y PORCENTAJE QUE UTILIZA METODO ANTICONCEPTIVO

GRAFICA 10

**CON METODO ANTICONCEPTIVO
30%**



**SIN METODO ANTICONCEPTIVO
70%**

FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

METODOS ANTICONCEPTIVOS

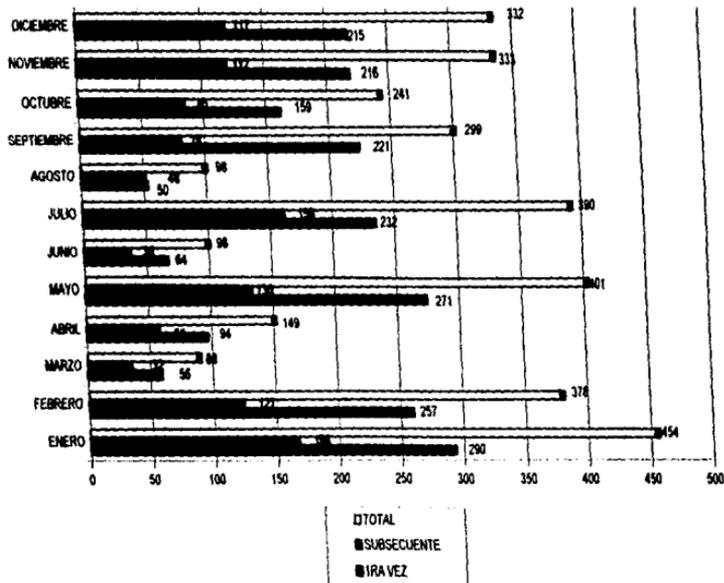
GRAFICA 11



FUENTE: EXPEDIENTE MEDICO

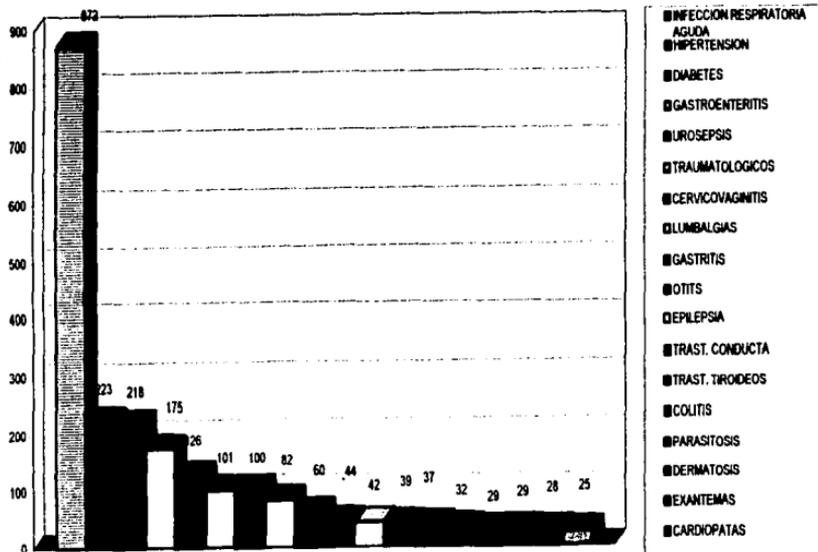
TOTAL DE CONSULTAS EN 1986

GRAFICA 12



CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES DEL CONSULTORIO 7

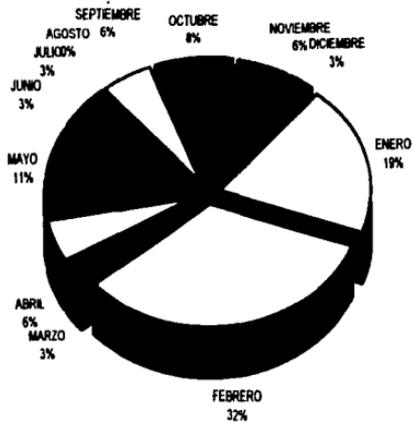
GRAFICA 13



FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO SM-10-1

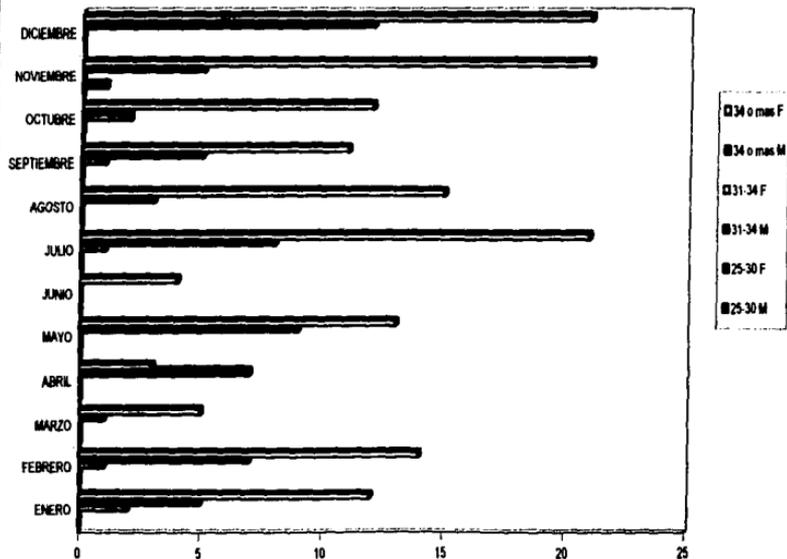
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

GRAFICA 14



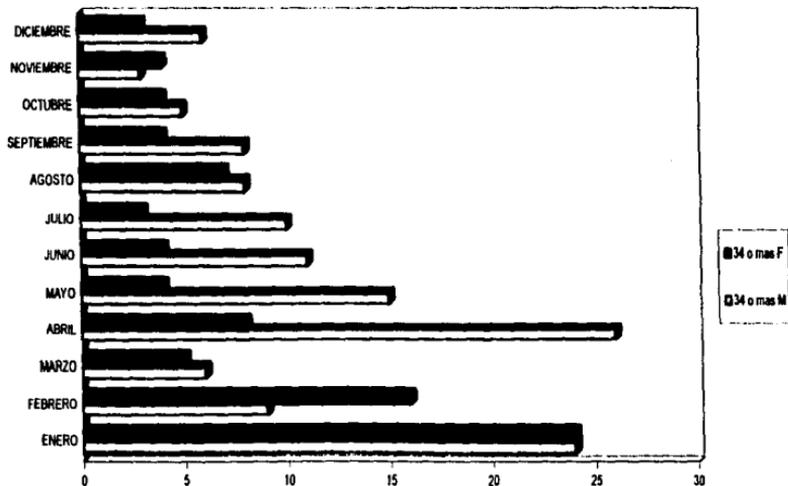
HIPERTENSION

GRAFICA 15



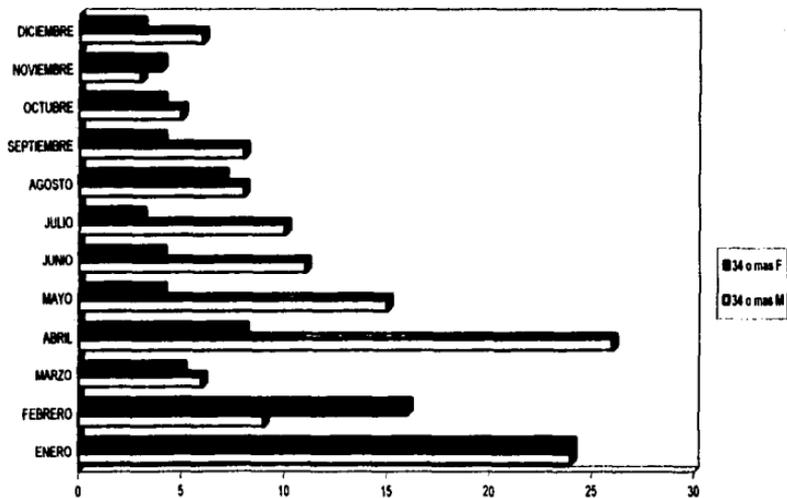
ARTRITIS CRONICAS

GRAFICA 16



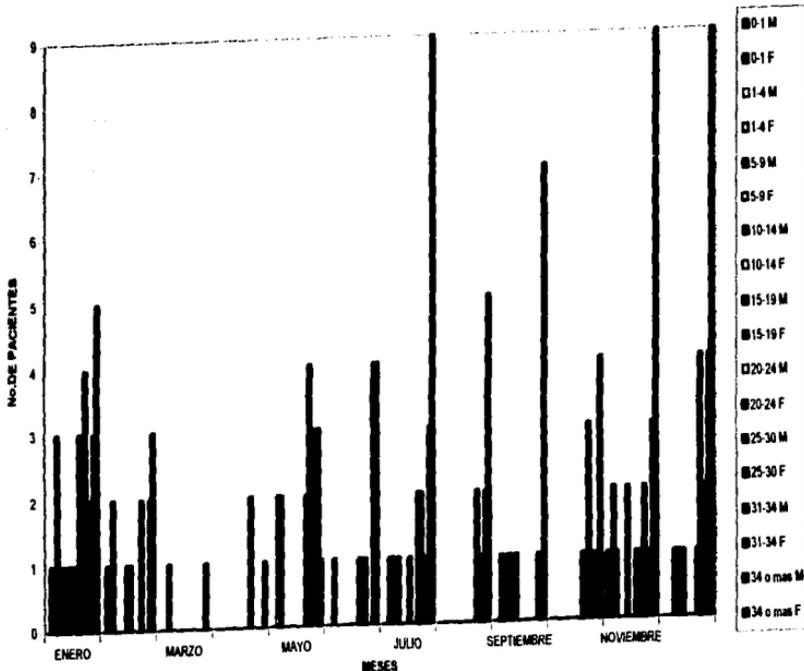
DIABETES MELLITUS

GRAFICA 17



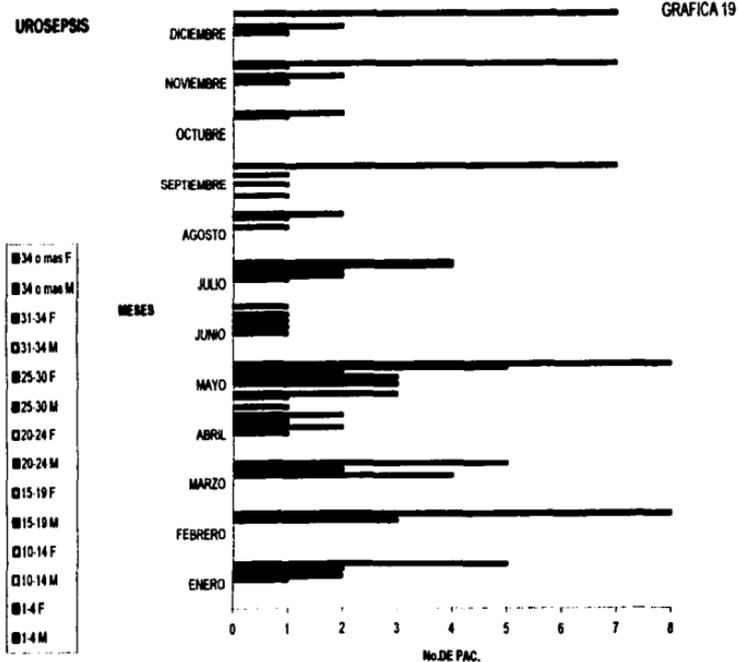
GASTROENTERITIS

GRAFICA 18



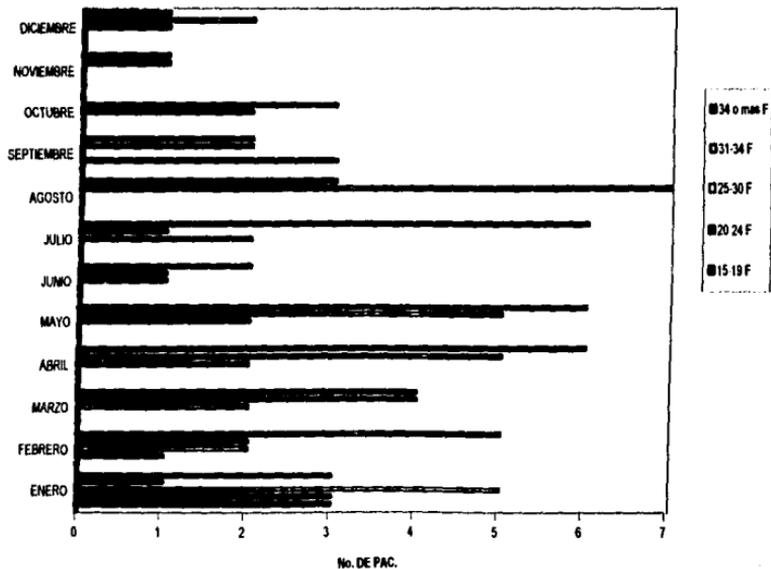
UROSEPSIS

GRAFICA 19



CERVICOVAGINITIS

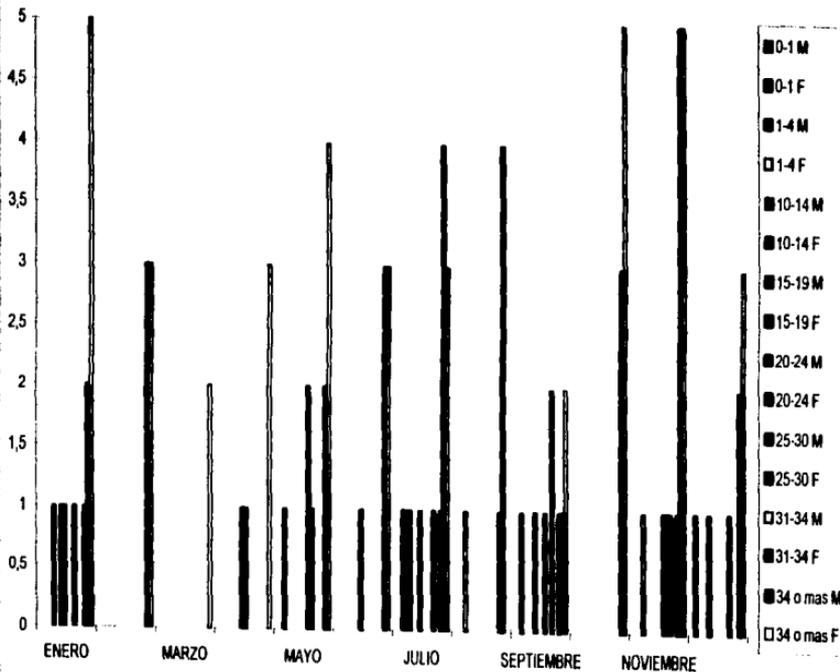
GRAFICA 20



FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO SM-10-1

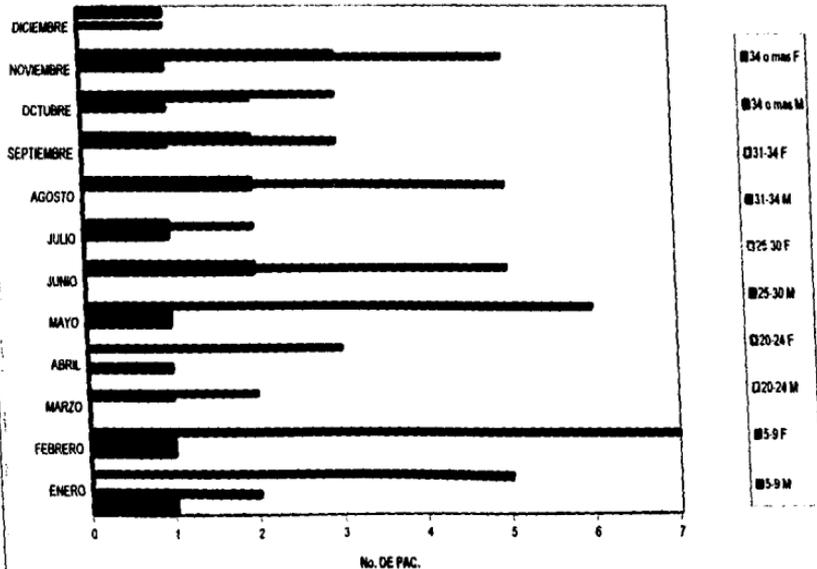
TRAUMATICOS

GRAFICA 21



LUMBALGIAS

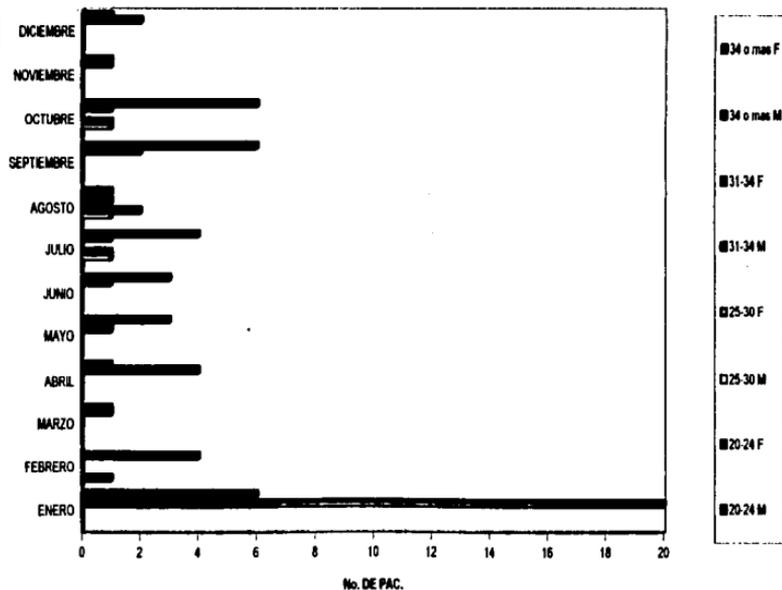
GRAFICA 22



FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO SM-10-1

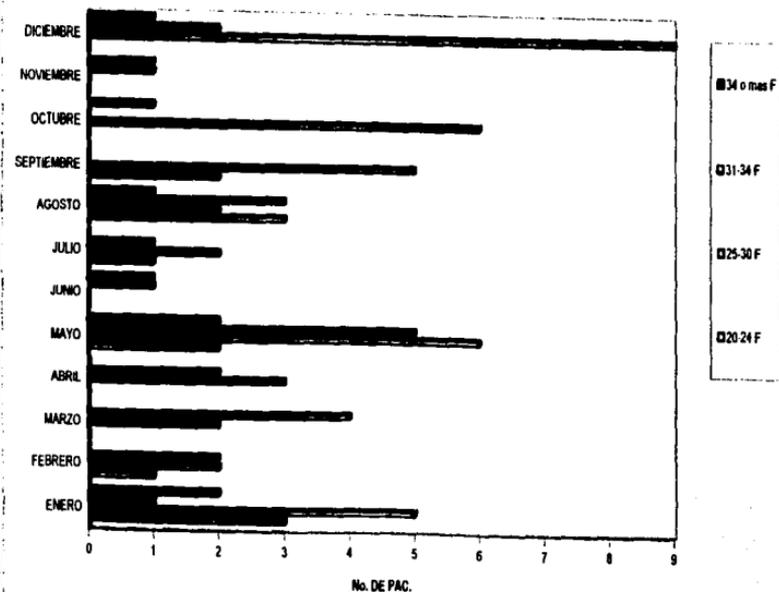
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA

GRAFICA 23



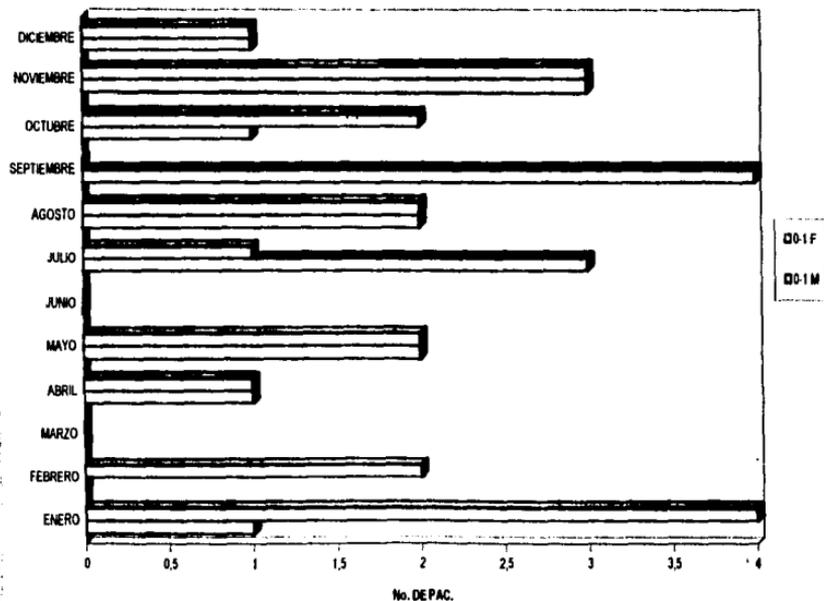
EMBARAZOS

GRAFICA 24



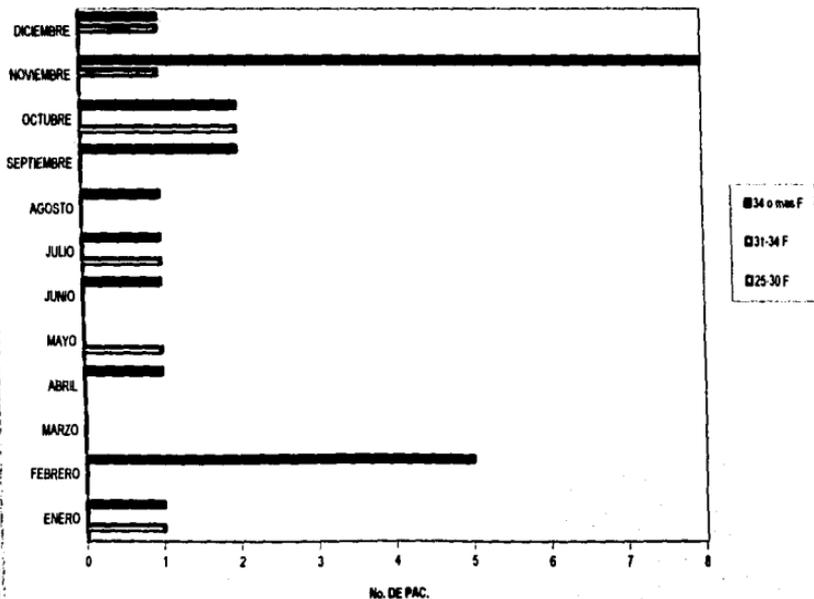
DOTACION DE LECHE

GRAFICA 25



TOMA PAPANICOLAO

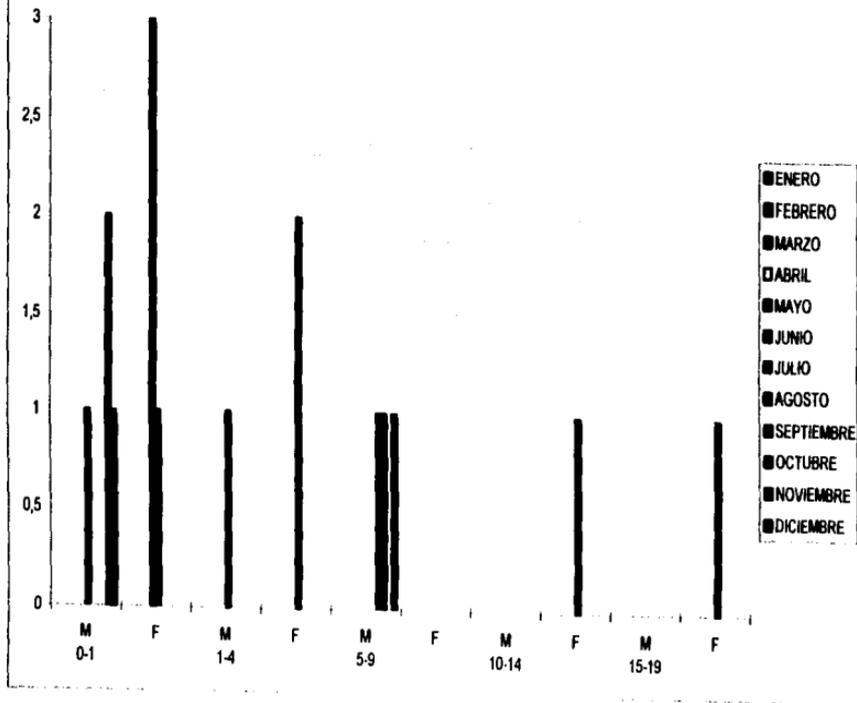
GRAFICA 26



FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO SM-10-1

CONTROL DEL NIÑO SANO

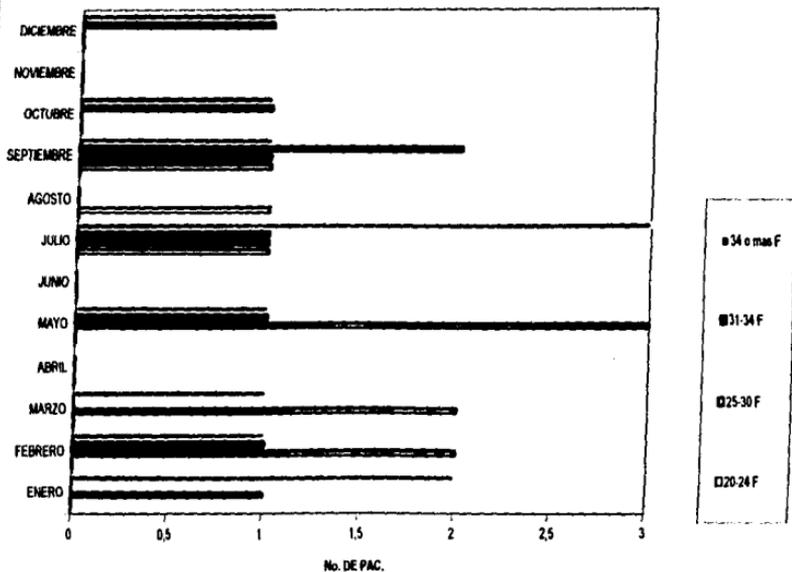
GRAFICA 27



FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO SM-10-1

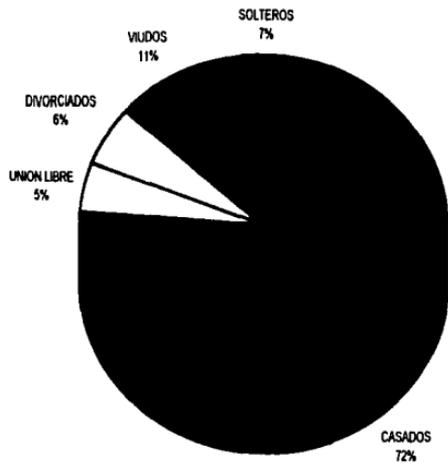
PLANIFICACION FAMILIAR

GRAFICA 28



ESTADO CIVIL

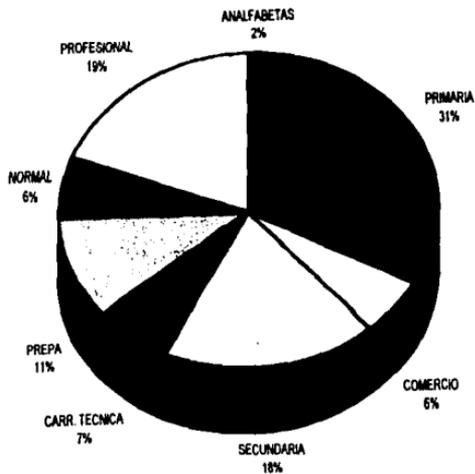
GRAFICA 29



FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS

ESCOLARIDAD

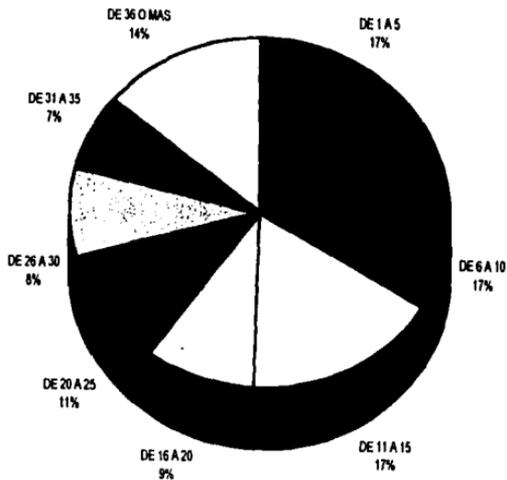
GRAFICA 30



FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS

AÑOS DE UNION CONYUGAL

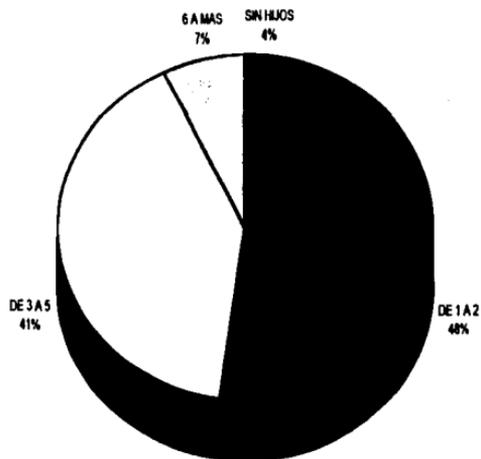
GRAFICA 31



**FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS**

NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA

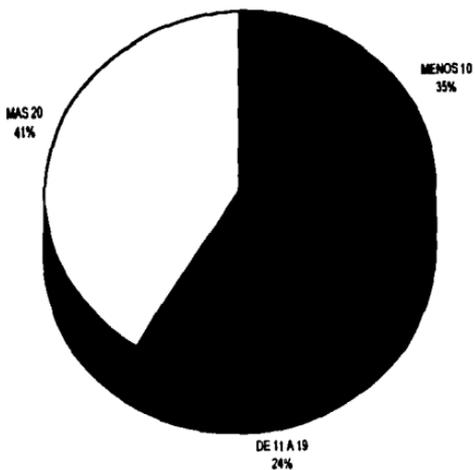
GRAFICA 32



**FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS**

EDAD DE LOS HIJOS EN AÑOS

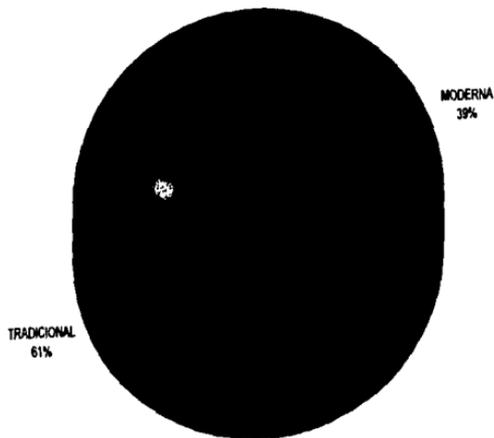
GRAFICA 33



FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS

FAMILIAS POR SU DESARROLLO

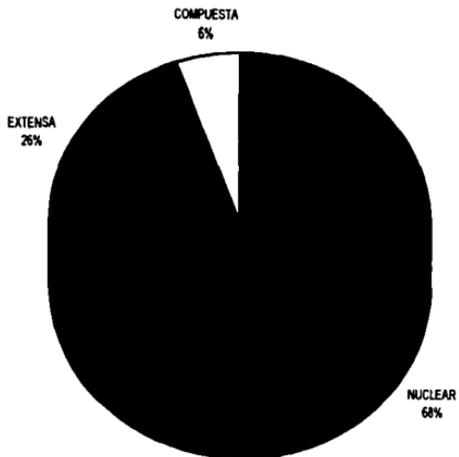
GRAFICA 34



FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS

FAMILIAS POR SU COMPOSICION

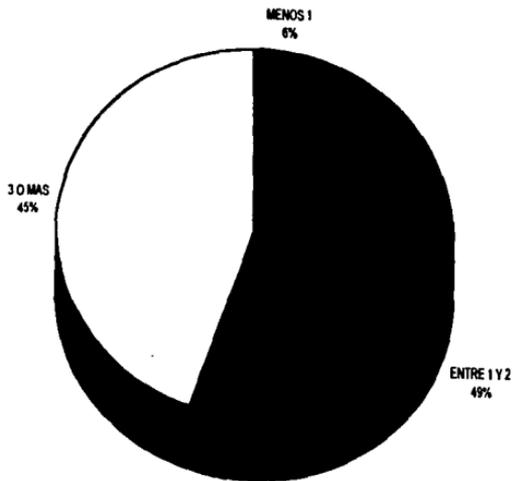
GRAFICA 35



FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS

INGRESO FAMILIAR REFERIDO EN SALARIO MINIMO

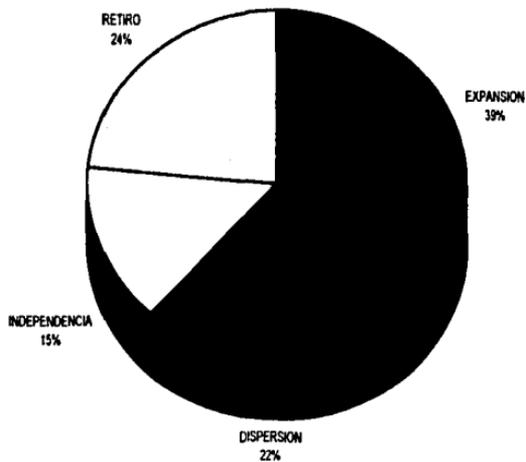
GRAFICA 36



**FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS**

NUMERO DE FAMILIAS POR ETAPAS DEL CICLO FAMILIAR

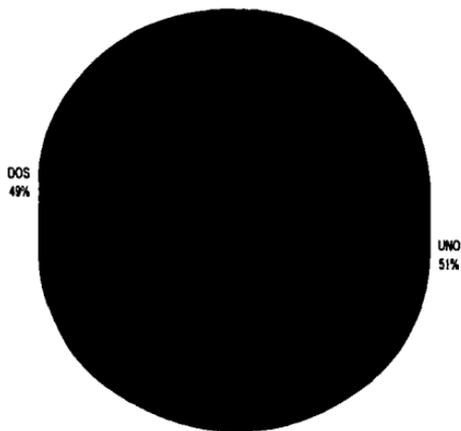
GRAFICA 37



**FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS**

FAMILIAS EN LAS QUE TRABAJA UNO O LOS DOS CONYUGES

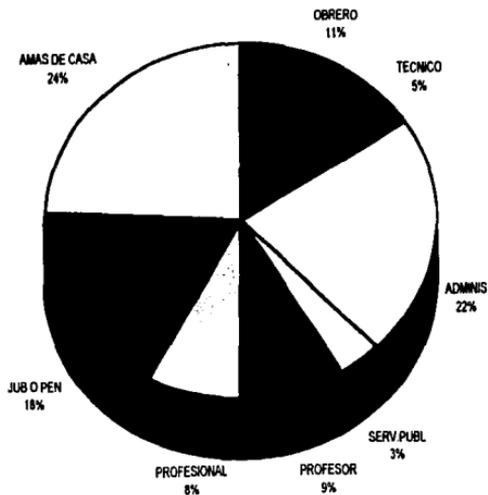
GRAFICA 38



**FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS**

OCUPACION DE LOS PADRES

GRAFICA 39



FUENTE: CUESTIONARIO FACES III
MUESTRA DE 246 FAMILIAS



Ministerio de Educación
y Servicios Educativos
del Estado de Sonora

Subsecretaría General de ASES

Da	Mes	Año

Informe Diario de Asistencia del ESTUDIANTE

Nombre Completo del Alumno	Firma	Cole	Especialidad	Número	Unidad	Localidad y Estado
Pase Substituciones		Firma		Cole		Cursa

Num. Pta.	Nombre	Especialidad	SENO Y ENAD					SOLICITUD A					Módulo de la Consulta	
			1er Sem	2o Sem	3o Sem	4o Sem	5o Sem	1er Sem	2o Sem	3er Sem	4o Sem	5o Sem		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA
DE ENERO-DICIEMBRE 1995**

Diagnostico	GRUPO DE EDAD Y SEXO																			
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-30		31-34		34 ó más			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		

Fuente: Hoja de Reporte Diario del Médico, Clínica Medicina Familiar () Caso ()
Fecha

IDENTIFICACION FAMILIAR

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

Años de unión conyugal: _____

Edad: _____ Sexo: M F 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 1 salario mínimo ()
 de 1 a 2 salarios mínimos ()
 3 o más salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de la familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
 Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS DE LA PIRAMIDE POBLACIONAL

	A	B	C	D	E	F
1	REGISTRO	TIPO	SEXO	EDAD	ENF. CRONICA	MET ANTICONCEPTIVO
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						

FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y.
Version en Español, Gomez C, Higoyen C.

1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 ALGUNAS VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
------------	-----------------	-----------------------	-------------------	--------------

DESCRIBA SU FAMILIA:

- _____ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- _____ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- _____ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- _____ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- _____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- _____ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- _____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- _____ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- _____ 19. La unión familiar es muy importante
- _____ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

FACES III: APLICACION

Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
UNAM

Es conveniente que la persona a quien se le va a aplicar el cuestionario, sea un adulto, (mayor de 18 años) miembro de una familia con hijos. Se solicita que responda el cuestionario, de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del mismo, considerando cada aseveración en relación con su familia. Es importante aclarar, que debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que considera que su familia reacciona en forma habitual. NO debe contestar de acuerdo a la manera en que piensa que debería reaccionar.

El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona seleccionada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan en relación con el significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

FACES III: CALIFICACION

La calificación en Cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones

La calificación en Adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems pares

Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en las tablas 1 y 2, con lo cual se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del Modelo Circunflejo.

TABLA 1

Cohesión	Amplitud de Clase
No relacionadas	10-35
Semirrelacionadas	35-40
Relacionadas	41-45
Agrupadas	46-50

TABLA 2

Adaptabilidad	Amplitud de Clase
Rígida	10-16
Estrechada	17-24
Flexible	25-28
Caras	29-30

EJEMPLO:

Suponga que luego de sumar ambos puntajes, obtiene una calificación de 40 puntos para cohesión y 27 para adaptabilidad.

Buscando en las amplitudes de clase de la tabla 1, el 40 se sitúa en el segundo renglón, el cual corresponde a las familias semirrelacionadas; siguiendo el mismo procedimiento, la calificación en adaptabilidad se encuentra en el tercer renglón de la tabla 2, con lo cual se puede clasificar a esta familia como flexible. Ambas calificaciones permiten tipificar a la familia en estudio como semirrelacionada / flexible.

BIBLIOGRAFÍA

1.-"LA FAMILIA"

CAPITULO 1

"CICLO VITAL DE LA FAMILIA"

CAPITULO 3

"FUNCIONES DE LA FAMILIA"

CAPITULO 4

"FACES III"

ANEXO 4

"MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR"

CAPITULO 11

"PERFIL PROFESIONAL DEL MEDICO FAMILIAR"

CAPITULO 12

FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR

IRIGOYEN CORIA, GÓMEZ CLAVELINO, JAIME ALARD, HERNANDEZ RAMÍREZ,

FARFAN SALAZAR, FERNÁNDEZ ORTEGA, MAZON RAMIREZ.

EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA

3a EDICIÓN 1995 pag 1-8, 25-38, 137, 151-188.

1a edición - la
Bibliografía es:

Revista:

Revista "Revista del Médico
Familiar de México", Vol. 38
Número 12, 1995.

Libros: "Manual de Medicina Familiar
en México" del Dr. Jaime Alard
y "Manual de Medicina Familiar"
del Dr. Jaime Alard.

2.-LUIS SÁNCHEZ GRAJEL, PEDRO LAIN ENTRALGO

HISTORIA UNIVERSAL DE LA MEDICINA

CAPITULO II,III Y V

EDITORIAL SALVAT

1a EDICIÓN 1974

3.-J.R. VÁZQUEZ DÍAZ

"1995, MEDICINA DE FAMILIA UN PROYECTO DE TODOS"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 16 Num. 7 31 de Octubre 1995 pags. 389- 390.

4.-S. LLORAS MUÑOZ

"MAS TECNOLOGÍA DIAGNOSTICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 14 Num. 7 30 Octubre 1994. pags. 805-806.

5.-J. A. BELLON SAAMEÑO

"ABORDAJE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 14 Num. 8 15 de Noviembre 1994 pags. 957-959.

6-F. GARCÍA CARDONA

"ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DE COSTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 16 Num. 8 15 de Noviembre 1995 pags. 473-478.

7.-J RODRÍGUEZ MORUA

"CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN UN CENTRO DE

ATENCIÓN PRIMARIA"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 13 Num. 1 15 de Enero 1994 pags 65-67.

8.-J.F. DOZ MORA

"POBREZA Y ENFERMEDAD: USUARIOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE

ATENCIÓN PRIMARIA"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 14 Num. 5 15 Junio 1994 pags. 563-566.

9.-J.MORENO,I HERNANDEZ, P. ZAMORANO

"BARRERAS PERCIBIDAS PARA LA IMPLEMENTACION DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA PRACTICA COTIDIANA DE LOS MEDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL PAÍS DE VALENCIA.

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

VOL. 14 Num. 8 15 Noviembre 1994 pag 959-962

10.-M.L. FUENTES GOÑI

"CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE HIPERFRECIENTADOR DE LAS CONSULTAS DE DEMANDA DE MEDICINA FAMILIAR"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 14 Num. 6 15 Octubre 1994 pags 809-814

11.-J.R. LOAYSSA LARA

"PERCEPCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 15 Num. 6 30 Abril 1995 pags. 389-392.

12.-J. M. SOLER TORRO

"INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, ARTÍCULOS ORIGINALES PUBLICADOS DURANTE 4 AÑOS (1990- 1993)".

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 16 Num. 6 15 de Octubre 1995 pags 338-342.

13.-MP. ESTÉBAN NELL ARND Y COLS

**"ACTUALIZACIÓN DERIVADA DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE
ACTIVIDADES PREVENTIVAS"**

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 10 Num. 1 15 de Junio 1992 pag 539-542.

14.-G. BUSTOS LOZANA

"EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 12 Num. 4 15 de Septiembre 1993 pags 183-184.

15.-J.C. JIMÉNEZ MENA

**"ANÁLISIS DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES
PREVENTIVAS Y PROMOCION DE LA SALUD SEGÚN GRUPOS DE EDAD".**

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 12 Num. 5 30 de Septiembre 1993 pags 269-272.

16.-M.A. BENITEZ ROSARIO.

**"EVALUACIÓN GERIÁTRICA EXHAUSTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA
VALORACIÓN DE SU UTILIDAD".**

REVISTA. ATENCIÓN PRIMARIA

Vol 13 Num. 1 15 de Enero 1994. pags 20-26

17.-A. CARRASCO

"MONITORIZACION DEL ESTADO DE SALUD EN LAS ZONAS BÁSICAS"

REVISTA: ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 14 Num. 8 15 de Noviembre 1994 pags. 963-966

18.-"ELEMENTOS DEL DIAGNOSTICO DE FAMILIA"

"ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN INTEGRAL DE LA FAMILIA"

"DIAGNOSTICO FAMILIAR"

"EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR"

"MODELO CIRCUMPLEXO"

DIAGNOSTICO FAMILIAR

IRIGOYEN CORIA, GÓMEZ CLAVELINO, HERNANDEZ RAMÍREZ, FARFAN SALAZAR.

EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA

4a EDICIÓN 1994 pag 11, 15-28, 71-73, 101-105, 107.

19.-DAVID H. OLSON

"CIRCUMPLEX MODEL OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS ASSESSING FAMILY
FUNCTIONING"

CAPTER 3

REVISTA: RESEARCH ON NORMAL FAMILY PROCESSES

Vol. 32 May 1994 pag 104-137.

20.-INGRID DUDOS CAND PSICOL.

"THE FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION SCALE III IN A NORWEGIAN SAMPLE"

REVISTA: FAMILY PROCESS

Vol. 33 June 1994 pags. 191-202

21.- GARCÍA R.H.,KURI MP, LEÓN H.P.

"PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA"

CAPITULO 2

EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA EDITORIAL INTERAMERICANA M.C. GRAW WILL 1ª EDICIÓN
1994pag 7-15

22.-"DISEÑO DE LA INVESTIGACION"

CAPITULO 4

"RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN"

CAPITULO 5

**MANUAL DE INVESTIGACION APLICADA EN SERVICIOS SOCIALES Y DE
SALUD.**

GARCÍA MANZANEDO HECTOR M.A.MSP DR PH

EDITORIAL EDICIONES CIENTÍFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA S.A.

1ª EDICIÓN 1983 pag 37-77..

23.-"PROTOCOLO DE INVESTIGACION"

CAPITULO 1

**MANUAL PARA ELABORAR PROYECTOS DE INVESTIGACION EN CIENCIA DE LA SALUD
DE LA CRUZ C.D. NIENDOZA N.V., MÉXICO.**

EDITADO POR ENEP "ZARAGOZA", UNAM 1990 pag 7-45.

24.-" MÉTODO Y ESTRATEGIAS DE LA EPIDEMIOLOGÍA"

CAPITULO 6

EPIDEMIOLOGÍA

GUERRERO, GONZÁLEZ, MEDINA

EDITORIAL ADDISON WESLEY- IBEROAMERICANA

1ª. EDICIÓN 1981, pag 63-75.

25.-"INSTRUCTIVO GENERAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA ÚLTIMA PARTE DE UN PROTOCOLO"

CAPITULO 4

"FORMATOS ESPECÍFICOS PARA CADA UNO DE LOS PROTOCOLOS".

CAPITULO 5

EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION, LINEAMIENTOS PARA SU ELABORACIÓN Y ANÁLISIS, MÉXICO.

MÉNDEZ RAMÍREZ IGNACIO, NAMIDA G. DAL SOSA MC.

EDITORIAL TRILLAS

3ª EDICIÓN 1986 pag 71-108.

26.-M.P.

ARROYO, C. PAREJA Y M. ALVAREZ

"EL FACTOR ECONOMICO Y LA PRACTICA DE LA MEDICINA DE FAMILIA"

REVISTA ATENCIÓN PRIMARIA

Vol. 14 Num. 8 15 de Noviembre 1994 pags. 976-978