



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11226

108
201

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 4 DE LA CLINICA-HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.

S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
05/05/98
ENSEÑANZA HOSPITAL
COLIMA, COL.



TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. HECTOR JAVIER MARTINEZ CASTILLO

1998

ISSSTE TESIS CON FALLA DE ORIGEN

264999



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.

**“MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.4 DE LA CLÍNICA-
HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL. 1998”**

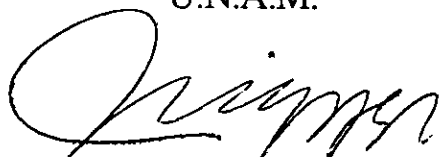
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. HÉCTOR JAVIER MARTÍNEZ CASTILLO

AUTORIZACIONES:



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



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

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

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

PRESENTA:

DR. HÉCTOR JAVIER MARTÍNEZ CASTILLO

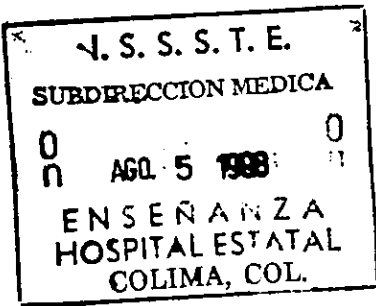
**“MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.4 DE LA CLÍNICA-
HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” DEL I.S.S.S.T.E.
COLIMA, COL. 1998”**

Guadalupe Ortega

DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GÓMEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN COLIMA, COL.

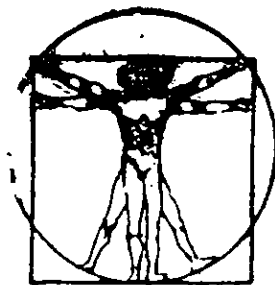
Guadalupe Ortega

DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GÓMEZ
ASESOR DE TESIS.



Castro

DR. JOSÉ CASTRO CANTE
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E.



Leticia Esnaurrizar

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E

COLIMA, COL. ABRIL DE 1998.

INDICE

I.- MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. EL MÉDICO FAMILIAR	1
1.2. FAMILIA	15
HIPÓTESIS ETIMOLÓGICA DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA	15
DEFINICIONES DE LA FAMILIA	16
CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS	17
FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA	20
CICLO VITAL DE LA FAMILIA	22
FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA	22
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
III.- JUSTIFICACIÓN.....	28
IV.- OBJETIVOS.....	30
4.1. OBJETIVO GENERAL	30
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
V.- HIPÓTESIS.....	31
VI.- METODOLOGÍA.....	32
6.1. TIPO DE ESTUDIO	32
6.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	32
6.3. UNIVERSO DE ESTUDIO	32
6.4. TIPO DE MUESTRA	32
6.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	33
6.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	33
6.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
6.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
6.6.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	33
6.7. VARIABLES	33
6.8. MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	35
6.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
VII.- RESULTADOS.....	36
FASE I	36
FASE II	37
CUADROS(TABLAS)	38
CENSO POBLACIONAL	56
ANÁLISIS DE RESULTADOS	62
PARTE I	62
PARTE II	68
VIII.- CONCLUSIONES.....	72
8.1. LÍNEAS DE ACCIÓN	73
IX.- ANEXO.....	83
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

I.- MARCO TEÓRICO

1.1. EL MÉDICO FAMILIAR

Parece probable que el primero en llevar a Europa noticias sobre los milagros curativos que lograban los habitantes de América, utilizando sólo hierbas y encantamientos, haya sido Cristóbal Colón, si bien esto no está documentado.

Los relatos de Hernán Cortés, donde expresa su admiración hacia las tiendas de herbolaria y su asombro ante la multiplicidad de presentaciones y principios medicinales que halló en la Gran Tenochtitlan, se hallan en cambio perfectamente conservados en sus Cartas de Relación dirigidas al Emperador Carlos (Primero de España, Quinto de Alemania, de acuerdo con ser doble casa real).

Posteriormente, Bernal Díaz del Castillo, el relator por excelencia de la Conquista, confirmó plenamente lo observado por Cortés (1).

La creciente fuerza institucional de la Medicina, por otra parte, le dio considerable impulso a las tareas de estudio y prevención de epidemias, de identificación de problemas de salud pública, y a la realización de campañas en su contra.

Entre estas últimas, una de las más trascendentes fue la llevada a cabo en 1929 contra la tuberculosis. Impulsada por el Dr. Aquilino Villanueva, entonces

director de Salubridad, esta campaña fue una de las primeras en tratar de enfocar el mal como un problema de salud pública. Fue, por otra parte, el punto de partida para la formación de tisiólogos en México, y antecedente importante para la fundación de la Sociedad respectiva, diez años después. Los doctores Rafael Cosío Villegas y Donato Alarcón fueron figuras sobresalientes de este proceso, y responsables en gran medida de la formación de varias generaciones de tisiólogos, que fueron los precursores, a su vez, de los neumólogos de la actualidad. Igualmente, cabe reconocer la importancia de los esfuerzos realizados por el Dr. Víctor Fernández Manero, orientados de manera principal hacia la construcción de centros hospitalarios especializados en la atención de tuberculosos. Los nuevos nosocomios construidos en el Distrito Federal, Guadalajara, Jal., y Perote, Ver., significaron un incremento muy oportuno en la capacidad de atención para estos enfermos, y apoyos invaluable para los trabajos de control de la enfermedad que siguieron y cuyos resultados son palpables en la actualidad.

El Dr. Eliseo Ramírez, por su parte, desde su puesto de director del Laboratorio Central del Departamento de Salud Pública, fue, en 1935, uno de los inspiradores de la primera campaña contra las enfermedades venéreas que se realizó en México.

Los medios de que se disponía en aquel entonces eran todavía primitivos, y no existieron modos para evaluar los resultados obtenidos, pero la campaña de Ramírez tuvo la virtud de iniciar la sensibilización ante el problema, a la vez que constituirse en modelo para los esfuerzos que se llevaron a cabo con posterioridad.

Otra campaña que dejó una considerable secuela de enseñanza fue la realizada por el Dr. Galo Soberón y Parra contra el paludismo en el estado de Guerrero, particularmente en Acapulco y sus alrededores. Luego de haber estudiado en Alemania y España, el Dr. Soberón ensayó una serie de técnicas nuevas en nuestro país, con tanto éxito que logró la erradicación del paludismo de la zona de Acapulco, y dejó una importante serie de lecciones que luego fueron aprovechadas en otras campañas realizadas en todas las zonas endémicas.

Otro hecho de gran importancia fue que se dio comienzo a ese trabajo gigantesco que ha sido el relevamiento y recopilación de los datos referentes a la salud de la población en todo el territorio nacional. Se echaban las bases, para las estadísticas de salud.

En 1936, se vivieron algunas de las polémicas más agudas de la Medicina mexicana, que involucraron de manera especial su enseñanza. El presidente Lázaro Cárdenas, consciente de que la mayor parte de las zonas rurales del país se hallaban desprovistas de atención médica, empezó a darle fuerte impulso al concepto de Medicina rural, valiéndose, de manera especial, de la Escuela de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

La resistencia que despertó el proyecto en algunos sectores médicos llevó a un profundo examen de las modalidades del ejercicio médico y, de manera especial, las modalidades de su enseñanza.

Esto llevó a un polémico debate en torno de la Facultad de Medicina de la UNAM, el cual, a su vez, impulsó al presidente Cárdenas a expresar la intención

de clausurar dicha casa de estudios, por no responder a las verdaderas necesidades de salud de las grandes mayorías de los habitantes del país.

Al Dr. Gustavo Baz, director de la Facultad de Medicina, le tocó defender ante el presidente el trabajo, las tradiciones, y los métodos de la Facultad. Y uno de sus recursos para persuadir a Cárdenas del inminente cierre de la Facultad fue la presentación de un proyecto trascendente: la instauración del Servicio Social Obligatorio.

Por medio de este servicio, que en su momento fue muy resistido por una parte del estudiantado, Baz demostraba al presidente que la Facultad era una institución con una sensibilidad social acorde con los programas favorecidos por el Presidente, a la vez que le entregaba a éste un instrumento para implementar rápidamente su intención de llevar la atención médica a las zonas rurales.

De esta manera nació una modalidad que estaba destinada a modificar de manera profunda no solamente la percepción del médico de los grandes problemas de salud, sino también imprimir un nuevo rumbo al enfoque que la facultad le daba a la enseñanza de la Medicina.

Los efectos de esta medicina radical aún se sienten en nuestros días, y la enseñanza mexicana de la Medicina ha adquirido un rasgo que la distingue en el mundo entero.

La iniciativa establecía que todo estudiante de Medicina debía dedicar un año de trabajo profesional a una comunidad que carecía de servicios médicos, sin

recibir remuneración alguna. Esto, a pesar de las primeras resistencias entre una parte importante del estudiantado, permitió incorporar a los servicios de salud a numerosas poblaciones aisladas, muchas de las cuales iniciaron de esta manera su integración a la vida del país.

Uno de los desafíos más graves para la salud, tanto durante el período prehispánico como durante la Colonia, estuvo constituido por las epidemias, que llegaron a provocar mortandades realmente impresionantes (2).

Durante el siglo XIX, las epidemias no desaparecieron, pero sí se modificaron las enfermedades más frecuentes. La viruela y el **cocoliztle** fueron reemplazados por el cólera, la influenza y el tifo.

De éstas, quizás la más temible fue el **Cholera morbus** de la que se registran tres grandes epidemias, en 1833, 1851 y 1882.

Cabe reconocer que la reducción de la viruela se debió en gran parte a una paciente y constante tarea de vacunación llevada a cabo por las diversas autoridades a partir de las vacunas traídas por Balmis en su viaje altruista, si bien, como ya se señaló, se habían iniciado en la costa del Golfo labores de vacunación que llegaron eventualmente hasta Louisiana, en lo que hoy es Estados Unidos, antes de la llegada del médico español.

También es justo recalcar los méritos del trabajo del Dr. Miguel Muñoz, quien se dedicó a la entonces árdua tarea de conservar, reproducir y distribuir la linfa vacunal lograda a partir de la campaña enviada por el rey Fernando VII.

Para los extranjeros resultaban particularmente temible el “vómito amarillo” y el “vómito negro”, que causaron singulares estragos entre las tropas invasoras norteamericanas en 1847 y francesas en 1862.

Estos males, que resultaban endémicos en grandes zonas de México, alcanzaban dimensiones epidémicas entre los extranjeros, haciendo cundir auténticos pánicos entre las grandes concentraciones procedentes de otras latitudes.

La viruela fue disminuyendo en importancia y virulencia, si bien hubo diversos brotes a lo largo del siglo.

Mucho más importante fue el tabardillo, o tifo exantemático, que presentó varios brotes en la ciudad de México y diversas ciudades del interior, y continuó planteando graves amenazas hasta bien entrado el siglo XX (3).

En nuestro país, la Constitución de 1917 estableció en su Artículo 123 el derecho a la justicia y la previsión social; derecho que dio lugar, tiempo después, en los años 40, al inicio del desarrollo de la medicina institucional. Se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y numerosos hospitales especializados, al temor de las tendencias estadounidenses, que iniciaban su liderazgo mundial en la medicina.

La Ley del Seguro Social, publicada el 19 de enero de 1943, dio vigencia a la voluntad del constituyente al garantizar la asistencia médica, la protección de

los medios de subsistencia y los servicios necesarios para el bienestar individual y colectivo; además, estableció los seguros de riesgos de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. Desde luego dio lugar al nacimiento del Instituto que dedicó su primer año a tareas de planeación y afiliación para iniciar, el 1 de enero de 1944, la impartición de servicios médicos, primero en forma subrogada y después directamente. Más tarde, en la reforma de 1973 incorporó el seguro de guarderías y la protección de la salud a la población rural sin capacidad de cotización.

Existe una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la asamblea de la O.M.S. En 1977, denominada salud para todos en el años 2000. (4)

Un papel primordial lo aportan las instituciones de salud y la responsabilidad recae en la medicina de primer contacto, así es como se ve la necesidad de preparar y formar a los médicos especialistas en medicina familiar, tan importante como cualquier otra especialidad de la medicina, la profesión tal como la conocemos hoy día, solo existe desde el siglo XIX. Antes de esta época, la sociedad estaba atendida por una variedad de “curanderos”, de los que solo una pequeña proporción eran médicos. En los siglos XVII y XVIII, los médicos constituían un grupo pequeño y sector de hombres instruidos, que se habían formado en las pocas Universidades existentes. Ejercían en las ciudades para una clientela rica e influyente, no realizaban intervenciones quirúrgicas ni dispensaban fármacos, y no mantenían relaciones profesionales ni sociales con los artesanos y comerciantes encargados de cubrir las necesidades médicas de la

población más pobre y rural. Los cirujanos eran artesanos que habían aprendido con la práctica, los farmacéuticos eran comerciantes que originalmente dispensaban y vendían fármacos, pero que en respuesta a una necesidad no cubierta, adoptaron de forma gradual el papel de clínicos.

Aunque entre los primeros colonos llegados a Norteamérica se incluían algunos médicos, no eran suficientes para cubrir las necesidades de la población. Así pues las primeras colonias fueron atendidas por una gran variedad de clínicos. Puesto que no existían facultades de medicina hasta que se fundó el medical department de la University of Pennsylvania durante la década de 1760, quienes deseaban hacerse médicos tenían que estudiar en Europa. Su número no era suficiente para la población creciente; en la Virginia del siglo XVIII, por ejemplo, solo uno de cada nueve clínicos había recibido formación médica (Boortin, 1958).

Durante mucho tiempo, los graduados que volvían de Europa intentaron mantener su distinción negándose a practicar la cirugía o dispensar fármacos. Los estudiantes americanos en Edimburgo formaron el Club Virginia, uno de cuyos artículos especificaba que “todos los miembros de este club ejercerán sus tareas para honor de la profesión, no para degradarla mezclándose con los boticarios o cirujanos”. Sin embargo, la demanda intensa de servicios y el derrumbe de las antiguas barreras sociales en las nuevas colonias, hicieron pronto que esas aspiraciones fueran imposibles de cumplir. Al cabo de poco tiempo, todos los clínicos graduados o no, estaban practicando como médicos generales. Así nació la medicina general en América del siglo XVIII. (5)

La primera mitad de este siglo presenció el surgimiento de las principales especialidades médicas, concentradas cada vez más en los grandes hospitales.

El prestigio cada vez mayor de los especialistas y la valoración de las habilidades técnicas por encima de los cuidados personales, convirtieron a la medicina general en una carrera impopular, que pasó por una fase de casi desaparición. Los médicos de “cabecera”, tan queridos por la población quedaron relegados a profesionales de segunda clase.

El tipo de atención “especializada” produjo los efectos indeseables: la fragmentación de la atención al individuo y despersonalización. Esto trajo consigo un nuevo auge, después de la segunda guerra mundial y coincidiendo con el desarrollo de servicios nacionales de salud.

WONCA es el nombre abreviado de la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Es una organización no gubernamental cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población del mundo mediante el mantenimiento de buenos estándares de calidad de la atención dada por la medicina de familia, a través de proporcionar un foro de intercambio de conocimientos e información entre los miembros de las organizaciones de los médicos de familia (Neuman, 1993).

La reacción contra la fragmentación y despersonalización, que da origen a la reformulación de la medicina general de familia, comienza en forma prácticamente simultánea en Gran Bretaña, Canadá, Australia y Estados Unidos, a partir de los años sesenta. (6)

El médico se convirtió en un funcionario de los sistemas de seguridad social. En la enseñanza de la medicina se ha olvidado la medicina familiar y comunitaria. Los estudiantes solo ven especialistas durante sus estudios, pero no ven ningún médico familiar ni tienen posibilidad de hacerse una idea de la situación y de su actividad.

Estos acontecimientos históricos no son irrelevantes para la posición de la profesión médica actual. Existen dos lecciones que no debemos olvidar.

1.- Si la profesión deja de atender una necesidad pública, la sociedad encontrará alguna forma de cubrirla, si es necesario incluso recurriendo a un grupo fuera de la profesión.

2.- Las profesiones evolucionan en respuesta a las presiones sociales, a veces de una forma que entra en conflicto con las intenciones expresadas por los miembros de las mismas. (5)

La medicina familiar se puede describir como un cuerpo de conocimientos sobre los problemas que encuentran los médicos de familia durante su ejercicio profesional, que incluye no solo conocimientos de hechos, sino también de habilidades y técnicas. (5)

Al describir la medicina de familia, por lo tanto es preferible comenzar con los principios que gobiernan nuestras acciones. Describiremos nueve de ellos, aclarando que no todos los médicos de familia son ejemplo de los nueve.

1.- El médico de familia está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas espaciales. Interés está abierto en dos sentidos. En primer lugar no se limita a un tipo de problema sanitario. El médico de familia se encuentra disponible para cualquier problema de salud experimentado por persona de cualquier sexo y edad. Su ejercicio profesional no se limita a problemas sanitarios estrictamente definidos; el paciente es que define el problema. En segundo lugar, el compromiso no tiene un punto final definido. No termina con la curación de la enfermedad, el final del ciclo del tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad incurable. La naturaleza a largo plazo del compromiso hace también que la relación médico-paciente tenga una especial importancia en la práctica clínica de la medicina de familia. Tras unos pocos años de ejercicio de la profesión, el médico de familia desarrolla un interés por sus pacientes que va más allá de las dolencias que ellos padecen. Las dolencias con poco interés intrínseco para el clínico, se convierten en interesantes cuando afectan a personas conocidas por el médico. El crecimiento y desarrollo de la personalidad de los pacientes proporciona un contexto sobre el que sus dolencias adquieran un significado nuevo y más importante. Este aspecto de la medicina de familia ha sido descrito de una forma muy bella en libros como "a fortunate man". De John Berger (1967). Y "the longest art." de Kenneth Lane (1969).

2.- El médico de familia intenta comprender el contexto de la enfermedad, para comprender bien una cosa, necesitamos verla fuera y dentro de su medio ambiente, y tener en cuenta toda su gama de variaciones. Escribió William Lames, muchas enfermedades atendidas en la práctica familiar no se pueden

comprender a fondo si no son consideradas en su contexto personal, familiar y social, es posible ilustrar la importancia del contexto por analogía con un rompecabezas muchas veces encontramos una pieza cuya imagen no parece tener sentido en ninguna parte del cuadro, sin embargo, una vez correctamente colocada en contexto de la imagen completa, su significado queda claro de modo inmediato. Cuando un paciente ingresa en el Hospital, se elimina o se oculta gran parte del contexto de su enfermedad. La atención se centra en el primer plano y no en el fondo. El resultado es en muchos casos un aspecto limitado de la dolencia.

3.- El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria. Puesto que como media un médico de familia ve a cada paciente unas cuatro veces al año, tiene muchas oportunidades para practicar la medicina preventiva.

4.- El médico de familia considera al conjunto como una población en riesgo. Los clínicos piensan normalmente en términos de un solo paciente, y no en grupos de población. El médico de familia tiene que considerar ambos aspectos. Eso significa que un paciente no vacunado o al que no se le ha medido nunca la tensión arterial, merece tanta atención como el que solicita consejo sobre el cuidado de los hijos o el tratamiento de la hipertensión. Ello implica un compromiso para mantener la salud de la población a la que atiende, con independencia de que determinados individuos acudan o no a consulta.

5.- El médico de familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria. Todas las comunidades cuentan con

una red de apoyo social, oficial y no oficial, formal e informal, la palabra red sugiere un sistema coordinado. Por desgracia, muchas veces no sucede así, frecuentemente, los miembros de los servicios de atención sanitaria y social, incluyendo los médicos trabajan en compartimentos herméticos, sin que ninguno de ellos perciba el sistema como un conjunto. Los médicos familiares pueden ser mucho más eficaces si emplean todos los recursos de la comunidad para beneficio de sus pacientes.

6.- Desde el punto de vista ideal. Los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes. Eso se ha hecho menos frecuente durante los últimos años, excepto en las áreas rurales, también en las áreas rurales encontramos al médico que solo permanece en ellas sus horas de trabajo y posteriormente se reintegra a la ciudad. Para Wendell Berry (1978). Esa es la causa de muchas enfermedades modernas. (si no vivimos donde trabajamos y cuando trabajamos, estamos malgastando nuestra vida y también nuestro trabajo).

7.- El médico de familia atiende a los pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital. La distribución del tiempo y el interés hacia alguno de estos tres contextos variara de acuerdo con las circunstancias. En determinados momentos puede existir un desequilibrio entre ellos. En nuestro país hoy en día se tiende a conceder menos importancia a la atención domiciliaria. Sin embargo, el punto más importante es que el médico de familia puede seguir a los pacientes sin tener en cuenta este tipo de fronteras.

8.- El médico familiar concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Durante la mayor parte de este siglo la medicina ha estado dominada por una actitud estrictamente objetiva y positiva hacia los problemas sanitarios. Los médicos familiares siempre han tenido que reconciliar esa actitud con la sensibilidad hacia los sentimientos y la valoración de las relaciones. En tal concepto se incluye la percepción de ellos mismos: los médicos familiares saben bien que sus propios valores, actitudes y sentimientos son determinantes importantes de la forma como practican la medicina.

9.- El médico familiar es un gestor de recurso. Como médico general y médico de primer contacto, tiene el control de muchos recursos y, dentro de ciertos límites puede controlar el ingreso a los hospitales, el empleo de pruebas complementarias, la prescripción de tratamientos y el envío a especialistas. Los recursos son limitados en todas las partes del mundo y a veces muy limitados. Por tanto, el médico familiar tiene la responsabilidad de gestionarlos para proporcionar el máximo beneficios a sus pacientes. (5)

1.2. FAMILIA

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.

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

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.(9)

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 (9).

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 (9).

CONSENSO CANADIENSE: El grupo está 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.

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo el desarrollo cultural.

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%.

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.

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.

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, tíos, 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.

La familia extensa tiene relaciones muy estrechas entre abuelos, padres e hijos, primos y sobrinos y son características rurales.

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 (9).

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA

- I. SOCIALIZACIÓN
- II. CUIDADO
- III. AFECTO
- IV. REPRODUCCIÓN
- V. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Es de suma importancia determinar si la familia cumple con éstas funciones, y sobre todo los mecanismos que utiliza para efectuarlos.

I. 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 plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa de lactante y preescolar, consituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en éstas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartido por los profesores, los padres y la sociedad misma.

II. CUIDADO

Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc., en cada uno de sus miembros.

III. AFECTO

Según los académicos de la lengua el affectus de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios de alguna 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 y filial.

IV. REPRODUCCIÓN

Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc., nace para regular dos factores finalmente dentro de la familia y por tanto de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción.

V. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Esto lo va a conformar el trabajo conjunto de la familia y que en nuestra sociedad, la familia se ve más respetada en su entorno que una persona sin apoyo familiar(9).

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Los problemas de la familia cambian, y consecuentemente las prioridades en las funciones de la familia varían de acuerdo a las etapas por las que pase en su ciclo vital.

FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA

FASE DE MATRIMONIO

FASE DE EXPANSIÓN

FASE DE DISPERSIÓN

FASE DE INDEPENDENCIA

FASE DE RETIRO Y MUERTE

FASE DE MATRIMONIO

En el ciclo vital de la familia señalamos como primer componente la fase de matrimonio la cual comienza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer vástago al hogar. Enumeraremos las tres esferas con que se enfrenta el médico familiar en esta etapa:

1° Ajuste sexual

2° Información sobre planificación familiar

3° Interacción de la personalidad

En esta fase es donde invariablemente la búsqueda de la pareja responde a necesidades previas: compañía, resolución de expectativas de desarrollo

económico y social, así como una necesidad a veces inconsciente, de una realización humana más plena. Esta última resulta la más difícil de lograr, ya que requiere de una madurez previa en donde lejos de negar las cualidades de mi pareja tendré que exaltarlas (y ahí radica uno de los signos más seguros de poseer madurez humana), la seguridad en nosotros mismos nos hace ver claramente el valor del otro.(10)

FASE DE EXPANSIÓN

Desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último de sus hijos. En esta fase el médico familiar participa principalmente:

Atención y educación prenatal, atención del parto (aún cuando en nuestro medio el médico usualmente no atiende el parto), cuidado posnatal y atención del niño sano.(9)

La labor de ser padre de familia es compleja y requiere de gran sensibilidad; de forma imprescindible se necesita el apoyo alternado y mutuamente responsable tanto el padre como de la madre. Desde el inicio de los años 30 se han identificado más o menos clara las causas más frecuentes, que participa en la gestación de seres neuróticos, narcistas, en una palabra débiles emocionalmente. Entre otras, se apunta la presencia de una madre excesivamente amorosa, en extremo indulgente o bien dominante (opacando reiteradamente la figura del padre), así como la figura de un padre débil e indiferente. Para ser más objetivos podríamos expresar gráficamente cuáles serían las características del amor materno y paterno en nuestro aparato psicológico.(10)

Características del amor materno: incondicional, otorga seguridad y cuidados, no se requiere merecerlo "Me aman porque soy", no hay ningún delito, ningún crimen, que pueda privarte de mi amor, de mi deseo de que vivas feliz.

Características del amor paterno: sustentado en la disciplina, favorece la independencia, facilita el dominar la vida por sí mismo, "Te amo porque llenas mis aspiraciones, porque cumples con tu deber, porque eres como yo". "Obraste mal, no puedes dejar de aceptar las consecuencias de tu mala acción, y especialmente, debes cambiar si quieres que te aprecie".(10)

FASE DE DISPERSIÓN

Una vez alcanzado el ajuste de un nuevo miembro, éste sale del núcleo familiar para formar una nueva familia.

FASE DE INDEPENDENCIA

Resulta difícil ejemplificar cronológicamente el lapso ocurrido desde la fase de matrimonio hasta la fase de independencia, porque cada familia es particular, pero generalmente ocurren 20 o 30 años y es ahora cuando la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, los hijos han formado nuevas familias, sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen, y es de procurar que las funciones de afecto, socialización, etc. no se pierdan.

FASE DE RETIRO Y MUERTE

El entusiasmo al inicio del ciclo vital contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo.

Pudiendo ser por invalidez, jubilación o desempleo o muerte (9).

Estudios recientes en esta fase demuestran que en las sociedades donde los ancianos tienen un papel social, útil claramente definido; la frecuencia de enfermedades mentales y emocionales (estrechamente relacionados con la vejez) muestran una dramática disminución. Debemos incluirnos en la tarea de revalorar la importante función que el viejo juega en la familia siguiendo el consejo del libro eclesiástico:

Hijo, cuida de tu padre en su vejez y en su vida no le causes tristeza.

Aunque haya perdido la cabeza se indulgente, no le desprecies en la plenitud de tu vigor.

Pues el servicio hecho al padre no quedará en el olvido.

Como blasfemo es el que abandona a su padre, maldito del señor quien irrita a su madre.

Es por ello que recomendamos unas pautas de convivencia con el anciano en la familia, aceptar con paz que:

- El anciano es más rígido en su pensamiento.
- Tiene menor capacidad para adaptarse a nuevas ideas y experiencias.
- Sus demandas de apoyo y cariño son mayores.
- La aparición de enfermedades crónicas y degenerativas pueden hacer más penosa su vida.

Por lo tanto, nosotros su familia debemos estar dispuestos a:

- aprender mucho de las vivencias que posee.
- Mostrar paciencia y cortesía cuando lo tratemos cotidianamente.
- No sobreprotegerlos, favoreciendo así una posible ruptura "en la intimidad de los abuelos".(10)

II. 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 una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico.

(14)

¿Establecer un programa de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en el consultorio de medicina familiar?

Cuáles son las principales características biopsico-sociales y causas de demanda de consulta de las familias adscritas al consultorio no. 4 de la clínica hospital del ISSSTE en Colima, Colima?

III. - JUSTIFICACIÓN

En la clínica del ISSSTE “Dr. Miguel Trejo Ochoa” de Colima, se cuenta con un estudio de salud estatal, pero nos olvidamos de un estudio de salud de cada uno de los sectores ya que en esta unidad el médico de familia se asigna por sectores poblacionales, es decir, por su ubicación geográfica o domicilio, lo cual no se respeta, es decir si la demanda de la atención médica en un sector es menor se completa con la demanda de otros sectores, cortando un eslabón importante en la relación médico-paciente, además de perderse el seguimiento a cada familia asignada, es por demás decir que cada sector tiene necesidades diferentes aunque se ubiquen en la misma ciudad, o como en nuestro estado es tan pequeño que un sector abarca dos o más municipios.

El esquema actual de la atención médica familiar ha favorecido insatisfacciones tanto en médicos como en los pacientes ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud (14).

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 de archivo clínico, derivaciones justificadas a 2 y 3 nivel y en general una atención de mayor calidad 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 a su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman, la patología más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que se ejerce en su consultorio, para desarrollar una eficaz labor, la que a través del tiempo tendrá un positivo

impacto en la salud familiar del consultorio # 4 del turno vespertino de la clínica Dr. “Miguel Trejo Ochoa”, de la unidad misma del ISSSTE por qué no decirlo quizá también del sistema de salud del país. (14)

El proyecto: Modelo Sistemático de Atención Médica pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la carta de Ottawa, producto de II Conferencia Internacional de Promoción a la Salud. La cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción. 1)Reorientar los servicios de salud. 2)Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida. 3)Crear medioambientes saludables. 4)Elaborar políticas explícitas para la salud. 5)Reforzar la acción comunitaria en la salud.(14)

IV. – OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar en la población adscrita al Consultorio No. 4 turno vespertino de la clínica hospital “Dr. Miguel Trejo Ochoa” del ISSSTE en Colima, las características biopsicosociales de la comunidad como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud, así como de sus principales causas de demanda de consulta(14).

4. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar las diez principales causas de demanda de consulta en el Consultorio No. 4 de la clínica hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" durante el año de 1997.

Aplicar el modelo sistemático de atención médica familiar MOSAMEF con el propósito de hacer aplicativo los 3 ejes que sustentan la medicina familiar.

4)

Estudio de la familia.

Continuidad de la atención.

Acción anticipatoria.

V.- HIPÓTESIS

Dado que el presente trabajo es de tipo descriptivo no requiere de hipótesis.

VI.- METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Se ubica en área sociomédica y es de tipo descriptivo, prospectivo, parcial, transversal.

Fundamentado en tres estrategias: censo de población, estudio de la comunidad e identificación de causas de consulta.

6.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Grupo de 200 familias que acudieron a consulta en turno vespertino del consultorio # 4 de la clínica hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa. Del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1997.

6.3. UNIVERSO DE ESTUDIO

Lo forman 1,870 familias adscritas y 1,500 familias usuarias del sector # 4 de la clínica hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa, basados en las tarjetas de vigencia de derechos del sector 4, así como el informe de labores diarios del médico forma SM-10.

6.4. TIPO DE MUESTRA

No aleatorio representativo de las familias adscritas al sector # 4 y que escogieron la consulta en el turno vespertino.

6.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por cuotas a 200 familias usuarias al consultorio # 4 en un total de 3,009 consultas otorgadas del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.

6.6. CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

6.6.1. Criterios de inclusión:

Población usuario vigente del servicio adscrito al consultorio número 4 que acude a consulta al turno vespertino y acepta responder a la encuesta de datos.

6.6.2. Criterios de exclusión:

Población registrada no usuaria del servicio, familias que acuden a consulta y que no corresponden a dicho sector y pacientes o familias que se niegan a participar en la encuesta, familias que no tengan expediente.

6.6.3. Criterios de eliminación:

Hojas de encuesta incompletas o ilegibles, falsificación de datos, pacientes que sacaron cita pero que no acudieron a la consulta.

6.7. VARIABLES

Para el estudio de comunidad las variables se identifican como:

- Estado Civil
- Años de Unión Conyugal de parejas casadas
- Años de Unión Conyugal de parejas en unión libre
- Años de Unión Conyugal de pacientes viudos

- Edad de pacientes trabajadores por edad y sexo solteros
- Escolaridad
- Edad del Padre
- Edad de la Madre
- Número de Hijos por Grupo de Edad hasta 10 años, de 11 a 19 años, de 20 a más años de edad.
- Ocupación de los Padres de Familia
- Ingreso Económico
- Tipo de Familia según su Composición
- Tipo de Familia según su Desarrollo
- Etapa del Ciclo Familiar
- Antecedentes Heredo-Familiares de enfermedades crónico-degenerativas.
- Toxicomanías

Para el censo poblacional se utilizaron variables de tipo cualitativo como cuantitativo identificándose una escala de intervalo para la primera y nominal u ordinal en la segunda, 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 grupo etáreo
- Número de individuos del sexo femenino por grupo etáreo

Los grupos etáreos se establecen en una amplitud de clase de cinco años.

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

- los diez primeros motivos de consulta por edad y sexo
- consultas en el año de primera vez y subsecuentes
- los diez principales motivos de consulta primera vez y subsecuentes
- los diez principales motivos de consulta
- métodos de planificación familiar en las 200 familias encuestadas.

6.8. METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Para el censo se acudió al departamento de vigencia de derechos en donde por escrutinio se seleccionaron todas las tarjetas correspondientes al sector # 4 correspondiendo un total de 7,480 personas; clasificándose cada uno de sus expedientes por núcleo familiares, encontrándose un total de 1,870 familias de las cuales solamente 1,500 acuden a los servicios médicos de su sector.

Para estudiar la familia se aplicó directamente la cédula de microdiagnóstico por el médico del sector al paciente.

Para la identificación de las causas de consulta se recabaron los datos de la hoja de informes diarias del médico SM-10 del 1° de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1997, según las consultas otorgadas en el sector # 4 turno vespertino.

6.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

VII.- RESULTADOS

FASE I

Se observó que el 86% de las familias encuestadas se encuentran casadas lo cual corresponde a 172 de las 200 familias de la muestra.

En lo que respecta a la edad de los pacientes trabajadores por edad y sexo que permanecen solteros es lógico pensar que el mayor porcentaje del 33.6% recaiga sobre los pacientes entre 15 y 19 años de edad, el 16.6% entre los de 20 y 24 años de edad, el 16.6% a 2 mujeres entre 30 y 34 años de edad, el 16.6% a 2 mujeres entre 45 y 49 años de edad, y el 16.6% a 2 mujeres entre 55 y 59 años de edad.

Por lo que respecta a la edad de los hijos de las familias encuestadas se observa que el 52.38% les corresponde a las familias que tienen hijos menores de 10 años de edad, y el 28.57% a las familias que tienen hijos entre los 11 y los 19 años, y el 19.5% para las familias que tienen hijos de 20 años o más de edad.

De acuerdo a la composición de la familia se observó que el 93% le corresponde a la familia nuclear y el sólo el 7% para la familia extensa.

De acuerdo a su desarrollo se observó que de las familias encuestadas el 53% corresponde a la familia tradicional y el 47% a la familia moderna.

Cincuenta y ocho personas de las encuestadas admitieron fumar tabaco,

entre las que destacan 16 mujeres y 42 hombres, así también como 52 personas refirieron tomar bebidas alcohólicas 45 de ellas eran hombres y 7 mujeres, solo 6 personas admitieron automedicarse 4 hombres y 2 mujeres.

FASE II

El censo poblacional se observó que la población adscrita al consultorio #4 fue de 7,480 personas, de las cuales predomina el sexo femenino con 4,086 personas y 3,394 son del sexo masculino.

En lo que respecta a los diez principales motivos de consulta por primera vez y subsecuentes las enfermedades respiratorias agudas les correspondió el 40.3% con un total de 825 consultas de primera vez y 341 subsecuentes, a la hipertensión arterial le corresponde el 14.5% como segundo lugar de consultas con 33 consultas de primera vez y 385 subsecuentes, el 7.6% le correspondió a la amibiasis intestinal con 198 consultas de primera vez y 22 subsecuentes.

Los diez principales motivos de consulta fueron como sigue 1,166 consultas sobre infecciones respiratorias agudas como un 40.3%, 418 consultas sobre hipertensión arterial con un 14.5% y 220 consultas sobre amibiasis intestinal con el 7.6%.

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA - HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA"
MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%
SOLTERO	14	7%
CASADO	172	86%
UNIÓN LIBRE	2	1%
DIVORCIADO(A)	10	5%
VIUDO	2	1%
TOTAL	200	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	2	1.1%
1 – 4	26	14.28%
5 – 9	36	19.78%
10 – 14	34	18.68%
15 – 19	32	17.59%
20 – 24	16	8.8%
25 – 29	18	9.89%
30 – 34	8	4.39%
35 – 39	8	4.39%
40 – 44	1	.55%
45 – 49	0	0
50 – 54	0	0
55 - 59	1	.55%
TOTAL	182	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” MODELO
SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS EN UNIÓN LIBRE
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4**

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

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL EN PACIENTES JEFES DE
FAMILIA ACTUALMENTE DIVORCIADOS
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 4**

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1	0	0	0	0
1 - 4	4	0	4	36.4%
5 - 9	0	2	2	18.2%
10 - 14	1	2	3	27.3%
15 - 19	2	0	2	18.1%
20 - 24	0	0	0	0
25 - 29	0	0	0	0
TOTAL	7	4	11	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA - HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" MODELO
SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PACIENTES VIUDOS
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 4**

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
-1	0	0	0	0
1 - 4	1	0	1	50%
5 - 9	0	0	0	0
10 - 14	0	0	0	0
15 - 19	0	0	0	0
20 - 24	1	0	1	50%
25 - 29	0	0	0	0
30 - 34	0	0	0	0
35 - 39	0	0	0	0
40 - 44	0	0	0	0
45 - 49	0	0	0	0
50 - 54	0	0	0	0
55 - 59	0	0	0	0
TOTAL	2	0	2	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” MODELO
SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

EDAD DE PACIENTES TRABAJADORES POR EDAD Y SEXO
SOLTEROS
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 4

EDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15 – 19	0	4	4	28.57%
20 – 24	2	2	4	28.57%
25 – 29	0	0	0	0
30 – 34	2	0	2	14.3%
35 – 39	0	0	0	0
40 – 44	0	0	0	0
45 – 49	2	0	2	14.3%
50 – 54	0	0	0	0
55 – 59	2	0	2	14.3%
60 – 64	0	0	0	0
65 Y MAS	0	0	0	0
TOTAL	8	6	14	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA”
MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

ESCOLARIDAD EN PACIENTES
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

ESCOLARIDAD	NÚMERO	%
BÁSICA	81	23%
MEDIA	126	35.8%
MEDIA SUPERIOR TÉCNICA	37	10.52%
SUPERIOR	108	30.68%
TOTAL	352	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

EDAD DEL PADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

EDAD	VIVO	TOTAL	%
20 – 24	4	4	2.35%
25 – 29	16	16	9.41%
30 – 34	28	28	16.47%
35 – 39	44	44	25.88%
40 – 44	24	24	14.12%
45 – 49	20	20	11.76%
50 – 54	14	14	8.24%
55 – 59	6	6	3.54%
60 – 64	10	10	5.88%
65 Y MAS	4	4	2.35%
TOTAL	170	170	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

EDAD DE LA MADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

EDAD	VIVAS	TOTAL	%
20 – 24	12	12	6.52%
25 – 29	28	28	15.2%
30 – 34	38	38	20.65%
35 – 39	32	32	17.39%
40 – 44	22	22	11.96%
45 – 49	20	20	10.87%
50 – 54	20	20	10.87%
55 – 59	0	0	0
60 – 64	6	6	3.27%
65 Y MAS	6	6	3.27%
TOTAL	184	184	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

NÚMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

EDAD	NÚMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	198	52.38%
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	108	28.57%
DE 20 ó MAS AÑOS DE EDAD	72	19.05%
TOTAL	378	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA”
MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA
PADRES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 4

OCUPACIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
PROFESIONAL	55	53	108	30.77%
TÉCNICO	11	16	27	7.7%
EMPLEADO	102	46	148	42.16%
HOGAR	0	68	68	19.37%
OTRO	0	0	0	0
TOTAL	168	183	351	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INGRESO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

SALARIOS	NÚMERO	%
< 1 SALARIO MÍNIMO	1	.5%
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	100	50%
3 ó MAS SALARIOS MÍNIMOS	99	49.5%
TOTAL	200	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICIÓN
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

TIPO	NÚMERO	%
NUCLEAR	186	93%
EXTENSA	14	7%
COMPUESTA	0	0%
TOTAL	200	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

TIPO	NÚMERO	%
MODERNA	94	47%
TRADICIONAL	106	53%
TOTAL	200	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA - HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA" MODELO
SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMARCACIÓN
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

TIPO	NÚMERO	%
URBANA	196	98%
RURAL	4	2%
TOTAL	200	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

ETAPA	NÚMERO	%
MATRIMONIO	14	7%
EXPANSIÓN	61	30.5%
DISPERSIÓN	85	42.5%
INDEPENDENCIA	20	10%
RETIRO	20	10%
TOTAL	200	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES DE ENF. CRÓNICO
DEGENERATIVAS
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 4**

ENFERMEDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
DIABETES MELLITUS	44	62	106	28.9%
H.A.S.	34	35	69	18.8%
ONCOLÓGICOS	14	20	34	9.26%
ALERGIAS	14	18	32	8.71%
OBESIDAD	30	39	69	18.8%
ENF. TIROIDEAS	8	7	15	4.09%
EPILEPSIA	0	8	8	2.18%
ASMA	14	20	34	9.26%
TOTAL	158	209	367	100%

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

TOXICOMANÍAS

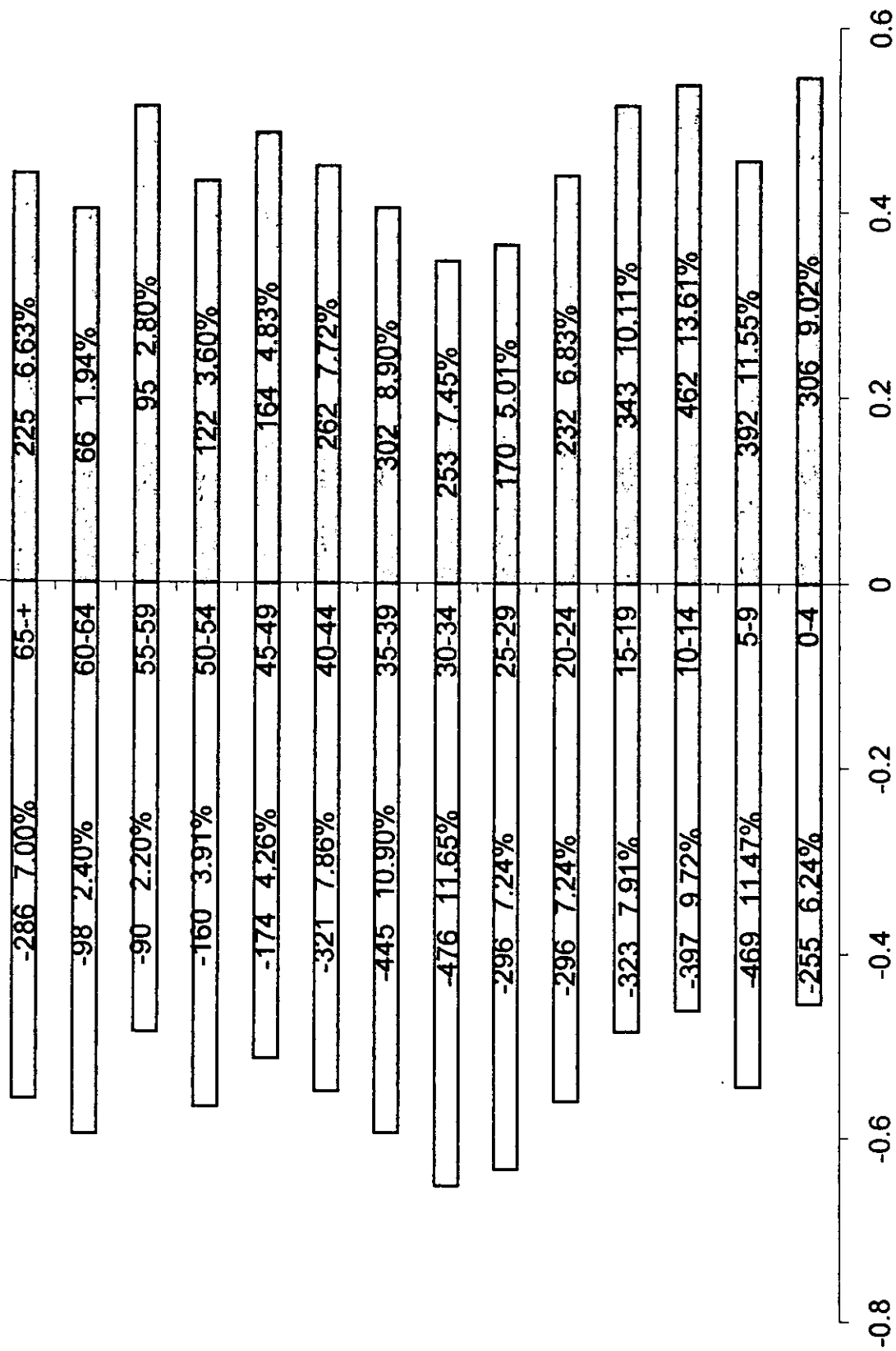
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 4

T I P O	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
TABACO	16	42	58
ALCOHOL DIVERSAS VARIEDADES	7	45	52
MARIHUANA	0	0	0
COCAÍNA	0	0	0
MEDICAMENTOS SIN RECETA	2	4	6
TOTAL	25	91	116

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

PIRÁMIDE POBLACIONAL SECTOR #4
POBLACIÓN TOTAL 7,480

EDAD



□ MASCULINOS 3,394 □ FEMENINO 4,086

FUENTE: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS. CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR EDAD Y SEXO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1997
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4 DE MEDICINA FAMILIAR DE COLIMA ISSSTE
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																
INF.RES.P.AGUDA	5	6	100	43	90	20	100	120	40	48	8	190	6	60	8	80	6	60	4	18	5	28	30	30	14	1	32	2	31	2	9	
H.A.S.													10	1	20	2	30					2	20	50	30	3		70	1	29	147	
AMIBIASIS	10	6	14	14	3	29	50	6	11		12			3		10	11			19		2			1		3		5		11	
ACCIDENTES					20	1	2	10	5	50	6			8	5	5		4	10	17	6	8			6		12		34		11	
DIABETES M.																3	6		2	3	2	2	20	20		2	2	8	45	98		
GASTRITIS												10	11	5	5	10	8	15	15	4	5	5	5	5	10	11		8	40	4		
EMBARAZO												21		38		4	39			8												
DIARREA	2	20			25	6		24			3	3	3	7	3	3	1			3			2	3	2	3						
MICOSIS					5	5	6	6	10	1	3	3	3	6	6	5				7			20		5		6		2			
SANOS					3	3			5		16	28			2		4	4	2	4	3	2	2	1		4	2	2	1	2		
COLITIS											10		13	2	4	2	1	2		10	3	2	2	4	4	6		3				

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA”
 MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

CONSULTAS EN EL AÑO DE 1997
ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 4

M E S	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL	%
ENERO	85	45	130	4.3%
FEBRERO	80	35	115	3.8%
MARZO	86	16	102	3.4%
ABRIL	208	208	416	13.8%
MAYO	170	171	341	11.3%
JUNIO	216	143	359	11.9%
JULIO	221	173	394	13.1%
AGOSTO	76	42	118	3.9%
SEPTIEMBRE	192	106	298	9.9%
OCTUBRE	181	144	325	10.8%
NOVIEMBRE	51	53	104	3.5%
DICIEMBRE	147	160	307	10.2%
TOTAL	1,713	1,296	3,009	100%

FUENTE: INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MÉDICO SM-10

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” MODELO
SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

NUMERO	DIAGNÓSTICO	PRIMERA VEZ	%	SUBSECUENTE	%	TOTAL	%
1	INF. RESP.AGUDA	825	53.6%	341	25.2%	1,166	40.3
2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL S.	33	2.2%	385	28.5%	418	14.5
3	AMIBIASIS INT.	198	12.7%	22	1.6%	220	7.6
4	ACCIDENTES	110	7.2%	110	8.1%	220	7.6
5	DIABETES MELLITUS	66	4.3%	143	10.6%	209	7.2
6	GASTRITIS	33	2.6%	143	10.6%	176	6.1
7	EMBARAZO	33	2.6%	77	5.7%	110	3.8
8	DIARREA	77	5.0%	33	2.4%	110	3.8
9	MICOSIS	66	4.3%	33	2.4%	99	3.4
10	SANOS	55	3.6%	33	2.4%	88	3.1
11	COLITIS	44	2.9%	33	2.4%	77	2.7
TOTAL		1,540	53.2%	1,353	46.8%	2,893	100

FUENTE: INFORME DE ACTIVIDADES DIARIAS DEL MÉDICO SM-10

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA – HOSPITAL “DR. MIGUEL TREJO OCHOA” MODELO
SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

NÚMERO	DIAGNÓSTICO	Nº DE CONSULTAS	%
1	INF. RESP.AGUDA	1,166	40.3%
2	HIPERTENSIÓN ARTERIAL S.	418	14.5%
3	AMIBIASIS INT.	220	7.6%
4	ACCIDENTES	220	7.6%
5	DIABETES MELLITUS	209	7.2%
6	GASTRITIS	176	6.1%
7	EMBARAZO	110	3.8%
8	DIARREA	110	3.8%
9	MICOSIS	99	3.4%
10	SANOS	88	3.1%
11	COLITIS	77	2.7%
TOTAL		2,893	100%

FUENTE: INFORME DE ACTIVIDADES DIARIAS DEL MÉDICO

CONSULTORIO No. 4 DE LA CLÍNICA - HOSPITAL "DR. MIGUEL TREJO OCHOA"
 MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 4

MÉTODO	EDAD	TOTAL	%
--------	------	-------	---

	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35-39	40 - 44	45 - 49	50+		
DIU	2	2	18	0	4	8	0	34	17%
ANT. ORAL	0	8	4	0	0	0	0	12	6%
ANT. INYECTABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
SALPINGO	0	6	14	18	6	8	2	54	27%
RITMO	0	2	2	4	2	0	0	10	5%
CONDÓN	4	6	4	2	0	0	0	16	8%
VASECTOMÍA	0	0	0	0	0	0	2	2	1%
OTROS	0	0	4	0	0	2	4	10	5%
EMBARAZO	0	2	2	2	2	0	0	8	4%
NINGUNO	4	2	2	0	4	14	28	54	27%

TOTAL	10	28	50	30	22	24	36	200	100 %
-------	----	----	----	----	----	----	----	-----	----------

FUENTE: CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

ANÁLISIS DE RESULTADOS

PARTE I

El sistema de medicina familiar establecido en la clínica -hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" a permitido brindar una atención a un grupo establecido fijamente, lo cual ha propiciado un acercamiento y conocimiento de su ámbito familiar, con lo cual se ha logrado un seguimiento en el crecimiento y desarrollo así como en la atención continuada de los diferentes padecimientos de sus miembros, también, establecer en los diferentes grupos de edad y sexo las orientaciones específicas de la prevención de las enfermedades más comunes, tal como es el propósito de la medicina familiar.

Se observó con gran satisfacción que la gran mayoría de las parejas se encuentran casadas o sea que 172 de las 200 familias encuestadas se encuentran en armonía, 14 de ellas permanecen solteras, esto es, debido a que sus edades oscilan entre los 15 y 24 años de edad, solamente 6 de ellas como madres solteras oscilan entre los 30 y 34 años de edad y 2 más entre los 35 y 39 años de edad.

Con lo que respecta a los años de unión conyugal de las parejas casadas la gran mayoría o sea 36 de las 200 encuestadas tienen entre 5 y 9 años de matrimonio, otras 34 tienen entre 10 y 14 años de unión, otras 32 entre 15 y 19 años, y un grupo importante de 26 prácticamente recién casadas tienen entre 1 y 4 años de matrimonio, y es muy grato observar que 8 familias tienen entre 35 y 39 años de casadas, una más entre 40 y 44, una más rebasó las bodas de oro pues

tienen entre 50 y 55 años.

A pesar de que aún encontramos 4 parejas que se resisten a legitimar su unión se puede decir que son parejas con cierta estabilidad ya que 2 de ellas se mantienen unidas entre 10 y 14 años, y 2 más se han mantenido juntos entre 15 y 19 años de edad.

Desgraciadamente como en toda sociedad, observamos familias desintegradas en esta caso por la separación de los cónyuges con 11 familias separadas, el mayor porcentaje observamos que son 4 mujeres que tuvieron entre 1 y 4 años de matrimonio, el 27.3% o sea 3 matrimonios se separaron cuando tenían entre 10 y 14 años de convivir y el 18.1% lo hizo cuando tenía entre 15 y 19 años de permanecer juntos.

En lo que se refiere a los años de unión conyugal de los pacientes viudos la encuesta solo muestra a dos familias en donde se pierde a la pareja el 50 % con tan solo de 1 a 4 años de unión conyugal , el otro 50 % le corresponde a una pareja con 20 a 24 años de unión conyugal , en ambas parejas es el hombre el que faltó.

En lo que se refiere a pacientes trabajadores por edad y sexo solteros, se observó que el porcentaje mayor 33.6% recae en los hombres jóvenes entre los 15 y 19 años de edad, de igual manera según la encuesta 2 hombres más jóvenes entre 20 y 24 años permanecen solteros, el 16.6% entre 30 y 34 años de edad es a mujeres y que son madres solteras también el 16.6% corresponde a 2 mujeres

entre 45 y 49 años de edad también como madres solteras, y otro 16.6% con 2 mujeres siendo cabeza de familia también madres solteras.

El ISSSTE se caracteriza por tener en su derechohabencia personas con educación de media a superior y en el sector #4 se observó que el 35.8% de la población tiene educación media, el 30.68% educación superior o a nivel de licenciatura, el 10.52% educación media superior técnica, y el 23% o sea 81 personas de 352 encuestadas solamente de educación básica.

En lo que respecta a la edad del padre el mayor porcentaje es de 35 a 39 años de edad, siguiendo de 30 a 34 años con 16.47% y en tercer término de 40 a 44 años con el 14.12%. Esto quiere decir, que el padre se encuentra en la edad productiva y reproductiva .

Con respecta a la edad de la madre el mayor porcentaje recae en la edad de 30 a 34 años con un 20.65%, etapa en la que la madre se encuentra en edad reproductiva y productiva para dejar paso como segundo término al 17.39% entre la edad de 35 a 39 años, como tercera posición están las de 25 a 29 años con el 15.2%, en esta etapa es donde se necesita la fuerza de la madre para la educación y orientación de los hijos.

Según la encuesta observamos que la mayoría de las familias tienen hijos en un 50% menores de 10 años, y en un 28% de 11 a 19 años, y el porcentaje más bajo se observa con el 19.5% en hijos de más de 20 años a más de edad. Esto quiere decir que se trata de familias relativamente jóvenes y con un promedio de 2 hijos y como máximo 3 por familia, lo que representan una mejor

atención y distribución de los recursos materiales y afectivos, y poder ofrecer mejores oportunidades de superación académica y de desarrollo personal.

En lo que respecta a la ocupación de los padres de familia observamos que el mayor porcentaje 42.16% se observa en los empleados seguida de un 30.77% de personal profesional, y un 19.37% lo ocupa a la organización del hogar, y sólo un 7.7% labora como personal técnico. Por lo que decíamos en el inciso anterior se trata de un buen nivel tanto cultural, económico y social.

En lo que refiere a la familia según su ingreso observamos que el 50% percibe de 1 a 2 salarios mínimos, y el 49.5% se ve favorecido por salarios mejor remunerados que equivalen a 2 o más salarios mínimos. La encuesta arroja que sólo una persona que equivale al 0.5% percibe menos de un salario mínimo, situación que no debería darse en nuestro medio por ir, primero contra la ley establecida, y en segundo porque una familia no puede desarrollar sus actividades si no están satisfechas sus necesidades básicas como son, la alimentación, educación y salud.

Por lo que respecta a las familias según su composición se observa que el 93% corresponden a las familias nuclear, y sólo el 7% corresponde a la familia extensa. Lo que nos lleva a pensar que existe una independencia total con respecto a la familia de origen, y sólo un porcentaje inferior se encuentra entre las familias extensas.

En lo que respecta al desarrollo familiar, observamos que sigue predominando la familia tradicional con un 53% y cada día observamos que

existen más familias modernas como en este caso el 47%, esto quizá sea debido a la crisis económica en que actualmente estamos viviendo y que se requiere del esfuerzo de la pareja para contribuir al gasto familiar, o también puede ser que la familia requiera de una mayor comodidad e independencia económica de cada uno de los miembros de la familia.

Por su demografía observamos que el 96% de las familias son urbanas y afortunadamente sólo un 4% son rurales, esto marca una diferencia muy marcada de los indicadores nacionales donde se observa que el 60% de las familias es urbana y un 40% es rural, siendo Colima un estado tan pequeño y tan bien comunicado donde una población por más apartada que esté tiene acceso a los servicios de salud en un tiempo no mayor de 30 minutos, situación que hace más fácil la labor de los médicos familiares.

En lo que respecta al ciclo familiar observamos que el mayor porcentaje recae en la etapa de dispersión, esto quiere decir, que una familia está a punto de crear una nueva familia con bases sólidas como la de origen y en la etapa de expansión con un 30.5% donde observamos en segundo lugar a las familias jóvenes que se encuentran en la etapa reproductiva, esto quiere decir, donde más se necesitan a los padres. El tercer lugar corresponde a la etapa de independencia, en esta etapa ocurre entre los 20 y 30 años después de haber convivido en el núcleo familiar y sabedores de la responsabilidad que existe el mantener en el buen sentido de la palabra la unión familiar deciden formalizar otro núcleo familiar como el que están a punto de dejar. Sólo el 10% se encuentra en la etapa de retiro con la satisfacción de haber cumplido en la formación y preservación de la familia. En cuarto lugar queda la etapa del

matrimonio, esto es, porque se tienen pocas familias de recién casados.

En lo que respecta a antecedentes heredo-familiares en enfermedades crónicas degenerativas desgraciadamente observamos que el 28.9% de los núcleos familiares tienen algún familiar en primer término con diabetes mellitus y el mayor porcentaje se ve afectado en mujeres, y un 18.8% con hipertensión arterial sistémica donde también se ve afectado mayormente el sexo femenino debido a la modernidad y a las comodidades actuales, la obesidad se ha ido presentando más en cada una de las familias hasta alcanzar un 18.8% como enfermedad crónica, siendo estas enfermedades con un alto porcentaje de predisposición o de herencia es importante extremar las medidas preventivas y los hábitos higiénico-dietéticos, así como las actividades físicas que conllevan a la preservación de la salud.

En lo que respecta a toxicomanías observamos que 58 personas persisten en el error al tener la adicción al tabaco, también observamos que la mujer continúa participando importantemente en el tabaquismo, ya que, de los 58 fumadores encuestados 16 correspondieron al sexo femenino. El alcoholismo sigue siendo una adicción importante en la desintegración de muchas familias en nuestro medio, y observamos que de 52 bebedores 7 de ellos son mujeres.

PARTE II

En la identificación de las características de la población adscrita al sector #4 de la clínica hospital del ISSSTE en Colima nos reporta que siguen predominando el sexo femenino ya que de los 7,480 pacientes adscritos 4,086

son del sexo femenino y sólo 3,394 corresponden al hombre.

De los grupos etáreos con mayor población es el de 10 a 14 años del sexo masculino y del 11.4% del sexo femenino entre los 5 y 9 años de edad considerando estas edades de las más vulnerables y susceptibles de contraer enfermedades por lo que se deben extremar los cuidados de salud. También observamos que otro de los grupos más vulnerables son los llamados de la tercera edad en donde existe mayor longevidad de las mujeres con respecto al hombre, es decir, que un 7% de la población femenina es de mayor de 65 años de edad, y en el equivalente en el hombre es de 6.66%. en este grupo de pacientes es donde se debe de estrechar la vigilancia para evitar los ingresos hospitalarios a consecuencia de enfermedades respiratorias que en ocasiones y para esta edad son mortales, y las no menos peligrosas enfermedades crónico degenerativas como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

En relación a las 10 principales causas de consulta se reportan cifras muy elevadas de infecciones respiratorias agudas afectando principalmente a los grupos más vulnerables como son a niños varones entre 1 y 4 años con 100 consultas y niñas mujeres de 120 consultas entre los 10 y 14 años. Otro grupo femenino también importantemente afectado es el de 20 a 24 años con 120 consultas lo que afecta importantemente en su economía ya que están en una etapa productiva.

La hipertensión arterial sistémica como segundo motivo de consulta afecta importantemente al grupo etáreo más vulnerable de 65 años o más que corresponde a 147 pacientes femeninos con este padecimiento, en tercer lugar

observamos a la amibiasis intestinal y que afecta principalmente al grupo etáreo entre 10 y 14 años del sexo masculino con 50 consultas, y al sexo femenino entre los 5 y 9 años de edad con 29 consultas. Y como cuarto lugar observamos los accidentes desgraciadamente la mayoría de los accidentes no ocurren en las calles como se pudiera pensar sino existen dentro del mismo seno de la familia o en el hogar.

En quinto lugar observamos a la diabetes con el grupo etáreo más afectado de 65 o más años, estos pacientitos son los que observamos en las áreas de hospitalización con pies diabéticos que terminan desgraciadamente en amputación, o diabetes descompensada y en el último de los casos con diálisis peritoneales en fases terminales, por lo que es importante el resaltar la prevención y el autocuidado de las enfermedades crónico-degenerativas.

Como sexto padecimiento encontramos a la gastritis presente a partir del grupo etáreo de 20 años o más hasta la edad de 65 años o más esto ocasionado por los malos hábitos alimenticios, así como el stress tan característico que se vive hoy en día.

Como séptimo motivo de consulta encontramos el control prenatal a las mujeres embarazadas con el grupo etáreo más representativo y que desgraciadamente es de 35 a 39 años de edad debiendo ser el grupo ideal el que se encuentra en segundo término que es el de 25 a 30 años de edad, por lo que se debe hacer hincapié en que a mayor edad de la mujer mayor es el riesgo de presentarse abortos o malformaciones congénitas en el producto.

Con gran satisfacción vemos que las diarreas han descendido hasta el

octavo puesto de motivo de consulta, y siguen siendo los menores de 5 años y entre los 5 y 9 años los más afectados con este padecimiento, afortunadamente contamos en esta unidad con una unidad de hidratación oral que ha disminuido notablemente el ingreso a los hospitales de pacientes deshidratados por este padecimiento.

En noveno lugar encontramos a las micosis siendo Colima un estado de clima de predominio caluroso, situación que favorece el desarrollo de las micosis aunado a los malos hábitos higiénicos, por lo que debemos de resaltar la educación para mejorar dichos hábitos.

En décimo lugar observamos la consulta a sanos y no tan solo vemos que tiene éxito el programa de control de niño sano, sino que día a día existen más personas que acuden a la consulta para prevenir alguna enfermedad o realizarse exámenes periódicos de control y chequeo.

Observamos que los meses de mayor afluencia al consultorio #4 lo realizaron en el mes de abril siendo similares las consultas de primera vez como las subsecuentes con un 13.8% del total de las consultas en el año, también en el mes de julio observamos mayor afluencia de pacientes debido quizá a chequeos que se realizan por esta fecha el sector educativo que se encuentra gozando de sus vacaciones, o por que se cuenta con mayor tiempo para realizarse estudios previamente solicitados.

Lo que a planificación familiar se refiere se observo que el mayor porcentaje 27 % lo obtienen las mujeres que optaron por un método definitivo

como es la salpingoclasia o, también con un 27 % se observa a las que manifestaron que no están dentro del programa de planificación, en este porcentaje entran las que por alguna razón se les practicó histerectomía, o como se puede observar catorce de las mujeres corresponde a la edad de 45 a 49 años y el más alto con 28 mujeres encuestadas de más de 50 años de edad, como segundo método más utilizado el dispositivo intrauterino (DIU), con un 8% en tercer lugar se encuentra el uso del condón o preservativo, que además de ser un método de apoyo a la planificación se utiliza en forma preventiva contra las enfermedades de transmisión sexual, con 6 % observamos a los hormonales orales, el ritmo también se encuentra dentro del método de planificación con 5% de usuarios y desgraciadamente solo una persona de las encuestadas optó por el método definitivo de la vasectomía.

VIII.- CONCLUSIONES

Podemos decir que se pudo cumplir el objetivo general que era conocer las principales características bio-psicosociales de la población adscrita del consultorio #4 de la clínica hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa". Se pudo observar que efectivamente la población infantil, las mujeres en edad fértil y los ancianos son los grupos de mayor riesgo y en los que enfocamos y seguiremos enfocando nuestra atención.

Las familias del consultorio No. 4 son totalmente familias urbanas que viven principalmente en casa propia con buena calidad de construcción y con la totalidad de los servicios básicos, perciben buenos ingresos y su educación es predominantemente superior. Son en su mayoría familias nucleares, modernas, bien integradas y en etapa de expansión.

Sus padecimientos más comunes son: las infecciones respiratorias agudas, la hipertensión arterial, la amibiasis intestinal, los accidentes, la diabetes mellitus, la gastritis, las diarreas, algunas micosis o dermatitis.

La información recolectada para el estudio que se realizó es muy importante, pero considero que deberán incrementarse algunas opciones más como son: esquemas de vacunación de nuestros hijos, enfermedades más frecuentes presentadas en el núcleo familiar sin que sean crónico-degenerativas. Además de que sería bueno encuestar el tipo de accidente que mayormente se presenta en el hogar.

El modelo sistemático de atención médica familiar nos muestra no sólo los elementos bio-psicosociales sino la relación de éstos con los factores de riesgo que además de servir al médico familiar repercutirá en beneficio de los pacientes al recibir una mejor atención integral del Instituto para presentar un servicio más oportuno, de mejor calidad y calidez, así mismo, al comentar éstos aspectos con la familia misma, podrán verse favorecidas con las mejoras que se realicen en su núcleo familiar.

8.1. LINEAS DE ACCIÓN:

ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD Y ANTICIPACIÓN DEL DAÑO.

ESTRATEGIAS GENERALES

Tiene por objeto una vez conocidos los riesgos y hecha una investigación en el periodo prepatogénico, de debe de aplicar la prevención para disminuir la acción. Por desgracia no sabemos cómo prevenir la mayor parte de las enfermedades, y por lo tanto, no sabemos mantener a los pacientes con buena salud.

Además lo habitual es que los pacientes tengan una mejor información acerca de cómo utilizar en la mejor forma posible la asistencia médica disponible. Por lo tanto, el principal inconveniente para el ejercicio de la medicina preventiva es la ignorancia, tanto por parte del médico como por parte del paciente. Se trata de un reto fundamental en la investigación y la educación

médica.

Existen también dificultades de actitud. La tardanza antes de la consulta se debe muchas veces a ansiedad y actitud negativa. Los médicos agravan inconscientemente a tomar en serio solo las enfermedades " orgánicas " (con cosas que ver y tocar) como si pensarán que todas las demás son imaginarias, muchas veces esta actitud tiene como consecuencia que el paciente no acuda al médico en caso de síntomas menores, pero indicativas de futuras enfermedades que se hubieran podido evitar.(17)

Por lo tanto la medicina preventiva 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 como son: la vacuna específica, la aplicación tópica de flúor, los buenos hábitos higiénicos de lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño, o antes de preparar cualquier alimento, así como mantener nuestra higiene personal para evitar las micosis.

Por lo tanto, las principales estrategias de acción que se proponen para el consultorio #4 de la clínica hospital del ISSSTE, considerando los estudios de familia y de comunidad, poner en práctica la acción anticipatoria que constituyen las acciones propias del médico familiar, el modelo sistemático deberá implementarse como una obligación y deberá contar con: actualización periódica, evaluación operativa del sistema, establecimiento de la estrategia para la solución de los problemas de salud y de anticipación del daño, así como medidas preventivas de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación o limitación del daño.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pretende mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental, y en equilibrio con su ambiente, sus bases radican en:

Hábitos y costumbres

Educación nutricional

Educación médica sexual

Planificación familiar

Control del niño sano

Promover el saneamiento ambiental (disposición de excretas, eliminación de basura, control de fauna nociva y mejoramiento de la vivienda).

Higiene de los alimentos

Distribución racional del ingreso familiar

Mejoramiento del ambiente familiar y escolar

Recreación periódica.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Son medidas específicas en cada enfermedad con el fin de prevenirlas, aplicación de inmunizaciones, aplicar la higiene personal, una buena nutrición e hidratación, establecer medidas contra riesgos de accidentes en el hogar, la escuela o el centro de trabajo, practicar el ejercicio físico adecuado, visitas médicas periódicas, llevar un control sobre enfermedades transmisibles, realizar campañas permanentes contra el tabaquismo, el alcoholismo y la 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, permite anticiparse al horizonte clínico y atiende a las enfermedades en las que no fue posible aplicar la acción preventiva antes de que se manifestara clínicamente la enfermedad, por lo tanto, comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la 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, llegando a la curación del enfermo antes de que ésta avance y produzca daños irreversibles, y deje secuelas, por lo tanto, es importante prevenir las complicaciones y acortar el periodo de incapacidad si es que llegara a existir.

LIMITACION DEL DAÑO

Se refiere principalmente a las medidas de orden terapéutico a través de medicamentos, a través de actos quirúrgicos de rehabilitación física, de rehabilitación psicoterapéutica y de tratamientos o equipos ortopédicos.

PREVENCIÓN TERCARIA

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. La cual comprende la recuperación máxima de la funcionalidad, la terapia ocupacional en el hogar u

hospitales, la educación de familiares, grupos escolares y empresas para apoyo del incapacitado, protección estatal de la incapacidad total.

Los servicios de rehabilitación son los siguientes: detección oportuna y limitación del daño permanente que consiste en, la identificación de inválidos en estadios iniciales para proporcionarles atención médica, rehabilitación oportuna y adecuada con el objeto de limitar la invalidez.

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DEL INVÁLIDO

Se establece de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico, comprende las siguientes actividades: psicoterapia, capacitación para el trabajo, evaluación de capacidades, desarrollo de habilidades, así como también terapia psicosocial, laboral, recreativa y terapia familiar.

ESTRATEGIAS PARTICULARES

Infección respiratoria aguda:

Tratar de diferenciar entre las infecciones de las amígdalas y de la faringe es en el mejor de los casos artificial, son pocos los casos que infectando a la faringe no lo hagan a la amígdala y viceversa. Los síntomas varían de acuerdo a la intensidad de la infección, desde ligera molestia al tragar hasta dolor faríngeo, con odinofagia que imposibilita la deglución, hay fiebre en la mayoría de las ocasiones. La exploración muestra enrojecimiento difuso de la faringe o

enrojecimiento que involucra exclusivamente los islotes linfoides solitarios, la faringitis aguda habitualmente evoluciona espontáneamente a la curación del agente causal; si es viral, debe reducirse al tratamiento sintomático de las manifestaciones asociadas: analgésicos, antitérmicos, reposo, etc. Si se sospecha o demuestra el origen bacteriano, el tratamiento debe ser con antibióticos activos contra gérmenes gram positivos, debido a que la inmensa mayoría son estreptococos o neumococos.(15)

Medidas de prevención: identificación oportuna de sintomatología, recalcar la importancia de recurrir oportunamente a la atención médica, evitar el contacto con personas enfermas o acudir a lugares de concentración como cines, clubs o discotecas, suprimir el hábito de fumar, evitar cambios bruscos de temperatura, permanecer en áreas donde exista buena ventilación y circule el aire.

Hipertensión arterial:

Es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mmHg

para la presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida. Por lo tanto, se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90mmHg en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas más arriba, en más del 50% de las tomas registradas.

La hipertensión arterial es un problema de salud de primera importancia ya que se estima que ocurre en el 21% al 25% de la población adulta general. Esta cifra obliga a que todo médico, independientemente de su grado académico o especialización, deba tener un conocimiento claro y lo más profundo posible del padecimiento, ya que sería imposible que la hipertensión arterial fuera vista y tratada por especialistas. Se comprende que los casos de difícil manejo o de etiología no bien precisada deban ser derivados al especialista apropiado (16).

Medidas de prevención información al respecto al problema de salud pública, aplicación del programa de prevención de enfermedades crónico-degenerativas con la toma de la TA a los pacientes mayores de 25 años antes de la consulta, evitar la obesidad y el sedentarismo, evitar el consumo excesivo de sal, evitar la angustia y la tensión emocional.

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 tercera causa de consulta en módulo de medicina familiar del consultorio número 4. Por lo que se proponen las siguientes acciones: continuar con el programa de enfermedades crónico-degenerativas haciendo detecciones a través de dextroxtis a todos aquellos pacientes mayores de 30 años de edad por lo menos 2 veces al año, educación, evitar el sedentarismo, la obesidad, disminuir la ingesta de hidratos de carbonos, disminuir la multiparidad, disminuir la angustia y tensión emocional, tratamiento oportuno de las infecciones crónicas y estrechar la vigilancia con medidas más rigurosas a todos aquellos pacientes que tengan antecedentes hereditarios en su núcleos familiares de diabetes.(18)

Amibiasis:

En lo que respecta a la amibiasis ésta se considera como la 3ª parasitosis causante de muerte, se ha estimado que el 10% de la población es portadora de E.Histolítica y que únicamente el 10% sufre la enfermedad. En México sobre la población total, se estima que un 20% es portadora y un 2% son enfermos.

La amibiasis es una parasitosis que si no se diagnostica y trata oportunamente puede llevar al paciente a la muerte.

Mecanismos de infección: El hombre adquiere la amibiasis al adquirir quistes de entamoeba histolítica junto con los alimentos contaminados al introducirse las manos o fómites contaminados en la boca, mecanismo llamado

"fecalismo" aunque también se puede infectar por la trofozoitos en la piel o por el contacto ano-mano-boca, o mucosas o piel.

Amibiasis intestinal aguda: se caracteriza por pujo, tenesmo, diarrea con moco y sangre, deterioro del estado general, astenia, adinamia y fiebre, puede haber temperatura también hasta de 39 grados y también se caracteriza por dolor en ambas fosas iliacas.

Profilaxis: se fundamenta en el control adecuado de excretas, evitando el fecalismo al ras del suelo; la higiene personal y de los alimentos son hábitos que deben recomendarse y ser observados por la población, así como acudir al médico tan pronto se presenten casos de disentería, sobre todo en lactantes, para evitar tanto la amibiasis cutánea como la hepática.(19)

Por lo que deberá extremarse los cuidados higiénico y dietéticos, con énfasis a los expendedores de alimentos, invitar a la población a que consuma agua purificada o filtrada, y asean periódicamente los depósitos o tinacos. Y fomentar la educación para la salud.

Gastritis:

El término gastritis es uno de los más vagos dentro de la gastroenterología, ya que el vulgo denomina así a un grupo de molestias vagas como regurgitación, náusea, ardor epigástrico, agruras, borborigmos y distensión abdominal y el médico no intenta aclarar la naturaleza del problema en lugar de dar por hecho lo que el paciente califica como gastritis. Dispepsia es otro término de uso común

para este mismo cuadro.

La gastritis tiene una connotación diferente para el endoscopista, para el radiólogo y para el histopatólogo. De hecho sólo este último puede afirmar categóricamente que se trata de una inflamación de la mucosa gástrica.

La gastritis puede ser aguda o crónica. También superficial o profunda. A la vez puede ser erosiva o no erosiva, grave o leve, hipertrófica o atrófica. En muchas ocasiones no se reconoce algún factor causal o etiológico. En otras exista relación con una quemadura o traumatismo, como las úlceras de estrés. Tal vez lo más frecuente es su relación con la ingesta de medicamentos o de alcohol que irritan la mucosa gástrica, o que consumidos de manera crónica provocan erosiones y úlceras francas. Algunas veces se relaciona con la ingestión de cáusticos, también con infecciones, neoplasias, deficiencia de hierro y con estados de estrés y ansiedad. Se relaciona asimismo con enfermedades poco frecuentes como la sarcoidosis y en ocasiones, también raras, existe un factor inmunológico.(20)

Lo importante en éste padecimiento es la prevención, desgraciadamente en nuestro medio se consumen alimentos ricos en condimentos y con exceso de picante. Los pacientes presentan la gastritis por meses sin llegar a la curación, esto es, porque consumen salsas altamente picantes y para contrarrestarla se toman su ranitidina. Por lo que deberá hacer énfasis en la educación para la salud, y enfatizar los buenos hábitos alimenticios.

CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

AÑOS UNION CONYUGAL

FAMILIA: _____

DOMICILIO: _____

COLONIA: _____

MZ No. _____

ELABORO: _____

CIUDAD: _____

VIVIENDA No. _____

MPIO: _____

SECTOR: _____

FECHA: _____

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD/SEXO		ESTADO CIVIL	ESCO-LARIDAD	OCUPACION	INGRE-SOS	PADECIMIENTO(S) CRONICOS(S)	FASE CICLO VITAL			TIPO DE FAMILIA					
		M	F						MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSION	INDEPENDENCIA	RETIRO MUERTE	NUCLEAR	EXTENSA	EXT.COMP.	

TOXICOMANIAS: ALCOHOLISMO TABACO MEDICAMENTOS SIN RECETA OTROS

ALIMENTACION: BUENA DEFICIENTE

HABITOS HIGIENICOS: BUENOS DEFICIENTE

OBSERVACIONES:

TECHO		PAREDES		PISO		SERV.PUBLIC. SI/NO		CUARTOS		SI/NO		ANTEC.HEREDO.FAMILIARES	
CONCRETO		TABIQUE		CEMENTO		LUZ		COMEDOR		PATERNOS		MATERNOS	
LAMINA		BLOCK		TIERRA		TELEFONO		COCINA		D.M.			
MADERA		MADERA		MADERA		DRENAJE		ESTANCIA		H.T.A.			
OTROS		LAMINA		OTROS		AGUA		BAÑO		ONCOLOGICOS			
		CARTON				INTRA-DOM		RECAMARAS		ALERGIAS			
		OTROS				EXTRA-DOM		CUARTAS		OBESIDAD			
PROPIA		COMBUSTIBLE UTILIZADO		DISPOSICION DE EXCRETAS		DISPOSICION DE BASURA		ANIMALES DOMESTICOS		ENFTIROIDEAS			
RENTADA		GAS		DRENAJE		RED MUN.		FERROS		EPILEPSIA			
PRESTADA		PETROLEO		FOSA SEP.		ENTERRAM.		GATOS		ASMA			
FOVSSSTE		CARBON		LETRINA		CIELO AB.		AVES					
HIPOTECADA		LEÑA		RAS SUELO		INCINERAC.		OTROS					
OTRA		OTROS		OTROS		OTROS							

VIVIENDA

