

11226

120
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA

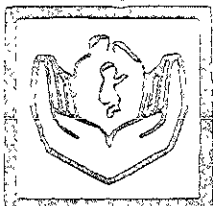
APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO NO. 4 TURNO MATUTINO
DE LA CLINICA HOSPITAL "B" CD. OBREGON SON.

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

P R E S E N T A :

Dra. Virginia Monroy Almaguer

265007



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



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 POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA.

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 4
TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "B"
CD. OBREGON, SONORA.**



ISSSTE

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

Dra. VIRGINIA MONROY ALMAGUER

1996



**DIRECCION
CLINICA HOSPITAL "B"
CIUDAD OBREGON, SONORA**

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

PRESENTA:

DRA. VIRGINIA MONROY ALMAGUER

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 4
DE LA CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE DE CD. OBREGON,
SONORA.**



**ISSSTE
DIRECCION**

Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa CLINICA HOSPITAL "B"
Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para CIUDAD OBREGON, SONORA
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.

Dr. David López del Castillo Sánchez
Médico Familiar UMF CMN IMSS
Asesor de Tesis

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Coordinador de Investigación del Departamento
de Medicina Familiar U.N.A.M.
Asesor de Tesis

Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves
Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE.

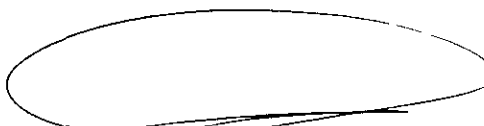
Cd. Obregón, Sonora; Noviembre de 1996

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 4 DE LA
CLINICA HOSPITAL "B" ISSSTE DE CD. OBREGON, SONORA.**

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

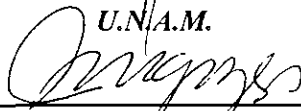
DRA. VIRGINIA MONROY ALMAGUER

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE 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.



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

ÍNDICE GENERAL

I.	MARCO TEÓRICO.	2
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
III.	JUSTIFICACIÓN..	6
IV.	OBJETIVOS.	7
V.	METODOLOGÍA .	8
	Tipo de Estudio.	8
	Poblacion, Lugar y Tiempo.	8
	Tipo de Muestra.	8
	Tamaño de la Muestra.	8
	Criterio de Inclusión, Exclusión y Eliminación.	9
	Variables de Medición.	11
	Procedimiento para captar Información.	14
	Consideraciones Éticas.	14
VI.	RESULTADOS	15
	Censo de Población.	15
	Estudio de la Comunidad .	16
	Diagnóstico Familiar.	23
	Morbilidad.	24
	Cuadros y Gráfica.	25
VII	DISCUSIÓN.	26
VIII	CONCLUSIONES.	29
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .	31
X.	ANEXOS.	35

I. MARCO TEÓRICO

De acuerdo a las características epidemiológicas de México, surge la necesidad dentro de la atención médica, de crear la especialidad de medicina familiar, dando la oportunidad al médico familiar de responder a esta problemática, proporcionando las funciones básicas de atención integral a las familias. (1)

El aprovechamiento de esta promoción de la salud se verá manifestado en dos hechos fundamentales. En reducir los costos de atención e incrementar la calidad de vida de los miembros de las familias. (13)

Basándose en la propuesta de la OMS, se crea por primera vez en el IMSS la especialidad de medicina familiar, con la firme intención de proporcionar atención integral a las familias derechohabientes y así elevar el nivel de salud de la población. (2) (3)

Se han presentado barreras tan difíciles de franquear, que hasta la fecha se ha llegado a pensar que el objetivo de la medicina familiar es utópico (3)

El médico familiar debe afrontar esta difícil tarea, pero cabe preguntarse: ¿En México estamos realmente convencidos para poder afrontar estas barreras y realizar este tipo de acciones? (3)

En México todavía existe desinterés por parte de los médicos en formación, de realizar la especialidad de medicina familiar por su escasa gratificación en el ejercicio de la misma; por lo que se requiere del apoyo gubernamental para fortalecer la especialidad como alternativa para resolver los problemas de salud a nivel primario. (4) (5)

Existen desigualdades sociales entre los distintos grupos de población en nuestro país, que tienen profundas repercusiones de salud en la población más pobre. (6)

Bustos Lozano nos refiere que la atención para la salud durante la infancia y la adolescencia tiene como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables. Las escuelas deberán convertirse en el principal agente promotor de salud y es aquí donde el médico familiar en acuerdo con maestros podrán establecer programas de promoción de la salud y actividades preventivas. (20) (22) (23)

En las Américas es evidente que el campo de la medicina familiar se encuentra en diversas etapas de desarrollo. Es una especialidad bien establecida en el Canadá.

En Estados Unidos, la medicina familiar se constituyó en especialidad en 1969 y desde entonces ha crecido hasta abarcar más de 400 programas de residencia.

Los programas de postgrado para médicos familiares están bien establecidos en Dinamarca, España, Irlanda, Portugal y el Reino Unido, pero menos desarrollados en los países del Sur de Europa. (7).

En todas partes del mundo se dan diversos problemas que dificultan la capacitación de un número adecuado de médicos familiares. (17)

Sólo en unos cuantos países que ofrecen acceso universal a la atención primaria de salud, se han asignado suficientes recursos para desarrollar programas de medicina familiar con personal y financiamiento adecuado (9) (10) (18)

No es sorprendente, entonces, que los médicos de atención primaria en todo el mundo hayan tenido que soportar una posición profesional más baja que la de sus compañeros de otras especialidades. (11)

Promover con éxito la medicina familiar en la esfera internacional, requiere una serie de esfuerzos independientes pero coordinados desde las comunidades locales hasta las organizaciones internacionales. (12) (25) (26)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud, ya que la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico, requiriendo de nuevas actitudes y destrezas por parte del médico familiar, pero sobre todo de un nuevo tipo de relación con el paciente para enseñarle la responsabilidad de su propio bienestar.

En la práctica, las únicas actividades preventivas que realizamos los médicos familiares son las derivadas de campañas que se diseñan en un nivel institucional centralizado; por lo que el médico familiar del consultorio No. 4 turno matutino de la clínica hospital del ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, se cuestiona lo siguiente:

¿Cómo establecer un programa de actividades preventivas, de promoción de la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria?

III. JUSTIFICACIÓN

México vive aún difíciles momentos en lo que atención primaria se refiere, ya que durante muchos años no se le ha dado el impulso necesario.

En la actualidad los problemas de salud se han acentuado por la problemática económica que vive nuestro país, por ello es urgente que se le brinde apoyo a la especialidad de medicina familiar ya que es el médico familiar el encargado de brindar atención integral a las familias, aplicando programas preventivos, curativos y de rehabilitación, con el objetivo de mantener e incrementar la salud y mejorar así los niveles de vida de la población en general.

Para llevar en forma satisfactoria estos programas, es necesario el conocimiento por parte del médico familiar, de las características demográficas, sociales, económicas y epidemiológicas de las familias que están bajo su cuidado, así como de la infraestructura sanitaria que existe en el lugar en que habita; esto nos permitirá organizar el trabajo asistencial a partir de estas necesidades y de los recursos disponibles, reflejándose en una mejor atención médica integral a los derechohabientes y sus familias.

IV. OBJETIVOS

Generales

Identificar las características biosicosociales en la población que es atendida en el consultorio No. 4, para planificar los servicios de atención a la salud.

Específicos

Ejecutar el modelo sistemático de atención médico familiar con el propósito de hacer aplicativos los tres ejes que conforman la práctica médica familiar: estudio de la familia, acción anticipatoria y censo poblacional.

V. METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

Se elaboró en el consulto No. 4 un estudio descriptivo, retrospectivo, parcial y transversal, que consideró tres actividades: censo de población, estudio de comunidad y morbilidad.

2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

El estudio se desarrolló en el consultorio No. 4 turno matutino de la clínica hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, del mes de enero a junio de 1996.

3. TIPO DE MUESTRA

No aleatoria por cuotas.

4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los tamaños de las muestras para las tres actividades señaladas fueron determinadas a través del paquete EPI-IFO 5.

$B \Rightarrow$ Error de estimación = 0.0450

$1 = \alpha$ Coeficiente de confianza = 0.95

Censo de Población

Universo de trabajo: 642 tarjetas del Departamento de Vigencia de Derechos pertenecientes al consultorio No. 4.

Tamaño de la muestra: 100 tarjetas de vigencias estudio de comunidad.

Estudio de Comunidad

Universo de trabajo: 642 familias inscritas al consultorio No. 4.

Tamaño de la muestra: 50 familias.

Morbilidad

Universo de trabajo: 240 hojas de informe diario de consulta, comprendido en un periodo de 6 meses.

Tamaño de la muestra: 50 hojas de informe diario de consulta.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Crterios de Inclusión

Censo de población: Tarjetas de vigencias, que sean usuarios del servicio.

Estudio de Comunidad: Todas las familias derechohabientes que pertenezcan al sector 4.

Morbilidad: Todos los diagnósticos de primera vez legibles de pacientes que acudan al consultorio No. 4.

Criterios de exclusión

Censo de población: Tarjetas de usuarios que no estén vigentes.

Estudio de Comunidad: Familias derechohabientes que no viven en el domicilio registrado y que acuden al consultorio No. 4.

Morbilidad: Diagnósticos subsecuentes, presuncionales e ilegibles.

Criterios de eliminación

Censo de población: Se eliminaron las tarjetas que fueron dadas de baja durante la investigación.

Estudio de Comunidad: Familias que rechazaron la encuesta, que falsearon datos y que cambiaron de domicilio durante la investigación.

Morbilidad: Se eliminaron diagnósticos que no entraron en las primeras diez causas de morbilidad infecciosa, no infecciosa y crónico-degenerativas.

6. VARIABLES DE MEDICIÓN

Censo de población

Las variables son de tipo cuantitativo y cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso.

Se consideran las variables de:

Número total de individuos.

Número total de individuos de sexo masculino.

Número total de individuos de sexo femenino.

Número de individuos de sexo masculino por grupos etáreos.

Número de individuos de sexo femenino por grupos etáreos.

Estudio de comunidad

Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal

Nombre de la familia. Se anotarán los apellidos paternos del padre y de la madre que conforman la familia.

Edad: Todas las edades.

Sexo: Femenino y masculino.

Estado civil: Casados, solteros, viudos, divorciados, unión libre, madre soltera.

Escolaridad: Preescolar, Primaria, Secundaria, Comercio, Preparatoria, Profesional y Analfabeta.

Ocupación: Trabajador, hogar, estudiante, jubilado y desempleado.

Vivienda: Se toma en cuenta si la vivienda es propia, rentada o hipotecada.

Toxicomanías: Tabaquismo consumo de cigarrillos en cualquier frecuencia y cantidad.

Alcoholismo: Se tomará en cuenta el consumo de bebidas alcohólicas en cualquier frecuencia y cantidad.

Tipo de familia: Familia nuclear: el modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

Familia extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos.

Familia extensa compuesta: Además de lo que incluye a la familia extensa se agregan miembros sin ningún nexo legal, como amigos y compadres.

Integración familiar: Puede clasificarse en: Familia integrada: En la cual los cónyuges queden juntos y cumplen sus funciones.

Familia semi-integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Familia desintegrada: Cuando hay la ausencia de uno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia debido a graves causas internas o externas.

Fase del ciclo vital, según Geyman:

Fase de matrimonio: Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión: Desde el nacimiento del primer hijo, el número de hijos aumenta y termina cuando inicia con actividades escolares.

Fase de dispersión: Se identifica claramente por el hecho de que los hijos asisten a la escuela.

Fase de independencia: Cuando los hijos han formado nuevas familias.

Fase de retiro y muerte: La pareja ha quedado sola y se ven amenazados por las siguientes circunstancias: incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y con frecuencia reclusos en asilos.

Planificación familiar: Hormonales orales, DIU, salpingoclasia, ninguno, otros.

Morbilidad

Para la identificación de las causas de consulta, se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las que corresponden: los diez primeros motivos de consulta de primera vez.

7. PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACIÓN

Se capturó la información de estas variables, por medio del método de paloteo simple con utilización de porcentajes y tasas (Anexo 1, 2 3 y 4).

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

No fueron necesarias, ya que esta investigación no representa ningún riesgo.

VI. RESULTADOS

La población total estudiada fue de 2,386 individuos, que equivaldría al 8.8% del total de los derechohabientes de esta clínica hospital. Se aporta información referente a la demografía de la población, como es la estructura de población por sexo y los grupos de edad, también se presentan indicadores en lo que respecta a la organización y características de las familias que habitan en este sector y por último presentamos los diez primeros motivos de consulta.

Censo de Población

Hombres 176 (46%), mujeres 213 (54%), siendo varones menores de 1 año 5 (1.4%) y mujeres 4 (1%); varones de 1-4 años 9 (2.3%) y mujeres 12 (3%), varones 5-14 años 31 (8.2%) y mujeres 29 (7%), varones de 15-24 años 32 (8.3%) y mujeres 35 (9%), varones de 25-44 años; 35 (9%) y mujeres 66 (17%); varones de 45-64 34 (8.8%) y mujeres, 35 (9%); varones de más de 65 años 30 (7.8%) y mujeres 32 (8%). (Cuadro 1)

Estudio de Comunidad

El Edo. de Sonora limita al Norte con los E.U.A., al Este con el Edo. de Chihuahua, al Sur con el Edo. de Sinaloa, al Oeste con la Península de Baja California. Se encuentra dividido en 69 municipios, dentro de los que se encuentra CAJEME. (Anexo 3)

El municipio de Cajeme se encuentra ubicado en el Suroeste del Estado, su cabecera es la población de CD. OBREGÓN (Anexo 4); al Norte está limitado por el municipio de Suaqui Grande, al Este con los municipios de Rosario y Quiriego, al Sureste con los municipios de Etchojoa y Navojoa, al Oeste con Guaymas y Bácum, al Sur con el Golfo de California.

Clima

Cajeme presenta básicamente dos tipos de clima: cálido y muy seco. la hidrografía del municipio cuenta con las corrientes del Río Yaquí, que abastece a la presa Alvaro Obregón, cuyas aguas son utilizadas para el desarrollo de actividades urbanas y agrícolas

Fauna

La fauna está representada por matorral sarcocaulé; la fauna es rica y variada: venado, coyote, zorra, búho, gavilán, coralillo, cascabel, etc.

Alimentación

La alimentación está representada por el platillo típico que son las tortillas de harina, carne machaca y carne asada.

Economía

La población económicamente activa se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Sector primario (agricultura, ganadería, pesca, caza).....	17.42%
Sector secundario (industria minera, construcción)	21.86%
Sector terciario (comercio, banca, administración pública).....	55.77%
Población desocupada.....	2.94%
Otros no específicos.....	2.01%

Religión

La religión se encuentra distribuida de la siguiente manera: católica con el 90.6%, ninguna 3.7%, protestante 1.9%, inespecífica 0.4%.

Dialectos

Población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena es de 2,800 principalmente el dialecto yaqui.

Estado civil

El estado civil en población de 12 años y más (INEGI 1990): casados con 43.1%, solteros 41.9%, unión libre 8.6%, separados 1.4%, viudos 3.3%, divorciados 1%, no especificado 0.75.

Vivienda

El 80.4% de las viviendas son propias, el 19.6% no propias, con un promedio de 4.8 ocupantes por vivienda. La construcción de la vivienda de un total de 64,473 casas particulares, el 80% cuentan con piso, techo y paredes de cemento y tabique. Cuentan con los servicios de agua entubada un 94% con drenaje 77.5% y con energía eléctrica 95.2%.

Política

La distribución política por colonias de Cd. Obregón es la siguiente:

COLONIA	HABITANTES	COLONIA	HABITANTES
Urbanizable #1	1,843	Fco. Eusebio Kino	3,350
Urbanizable #2	2,142	Fracc. del Bosque	105
Urbanizable #3	1,399	Fracc. Otanchui	173
Urbanizable #4	3,743	Hidalgo	4,189
Urbanizable #5	4,443	Infonavit Yukuhimari	2,412
Urbanizable #6	3,340	Jardines del Valle	3,297
Urbanizable #7	4,366	Luis Echeverría	3,825
Allende/Zaragoza	1,418	Machi López	8,387
Libertad	6,710	Matías Méndez	3,028
Agrónomos	87	Miravalle	14,098
Arboledas	133	Misioneros	330
Aves del Castillo	2,077	Morelos	2,732
Bella Vista	1,341	Ampliación Morelos	1,031
Benito Juárez	11,852	Multifamiliares	549
Cajeme	15,750	Municipio Libre	2,916
Campestre	7,259	Náimari del Yaqui	189

Cincuentenario	1,396	Noroeste	1,528
Constitución	6,710	Primero de Mayo	10,121
Cortinas	10,273	Real del Sol	790
Cuauhtémoc	5,658	Reforma	464
Cumuripa	1,953	Russo Voguel	6,188
Chapultepec	1,891	Santa Anita	757
Del Valle	1,536	Sochiloa	4,755
El Chorrizo	329	Ampl. Villa Calif.	1,195
El Túnel	642	Villa Fontana	5,641
Faustino Félix	6,080	Villa Náinari	1,045
FOVISSSTE #1	970	Valle Verde	4,580
FOVISSSTE #2	1,724	Valle Dorado	8,550
FOVISSSTE #3	752	Villa California	1,647
Sonora	4,068	Sóstenes Valenzuela	5,340
Tepeyac	2,838	Termoeléctrica	14
Tetabiate	343	Zona Norte	921
TOTAL. 224,404			

Educación

En Cajeme se ofrecen servicios educativos en los niveles de preescolar, primaria, secundaria, capacitación para el trabajo medio terminal, medio superior y superior.

En este último se cuenta con el Instituto Tecnológico de Sonora, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, la Universidad La Salle y la Escuela Nacional Estatal de Especialización. Existen también bibliotecas y centros culturales, de tal manera que ha alcanzado un índice de desarrollo promedio equivalente al 2o. grado de secundaria.

Se cuenta con 118 planteles para nivel preescolar, 200 para primaria, 61 para secundaria, 4 para instrucción laboral, 20 para elemental terminal, 10 para media terminal, 41 para media superior y 4 para nivel superior.

Recreación

Se cuenta con recursos como la Presa Alvaro Obregón, represas, aguas térmicas, casería de venado, museos y playas. Además cuenta con servicios de apoyo al turismo como: 9 agencias de viajes, 1 auto-renta, 4 líneas aéreas, 38 restaurantes, 1 teatro, 2 cines, 2 auditorios, 20 gasolineras, 1 sala de arte, 24 hoteles, 4 discotecas, 1 museo, 1 trailer park.

Recursos del Sector Salud

SSA

100 camas, 39 consultorios, 4 rayos X, 4 laboratorios, 3 quirófanos, 85 médicos, 155 enfermeras, 39 paramédicos, 44 administrativos, 89 otro personal.

IMSS

564 camas, 112 consultorios, 4 rayos X, 3 laboratorios, 9 quirófanos, 565 médicos, 660 enfermeras, 277 paramédicos, 234 administrativos, 405 otro personal.

ISSSTESON

34 camas, 12 consultorios, 2 quirófanos, 59 médicos, 60 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos, 25 otro personal, 1 RX y 1 laboratorio.

ISSSTE

49 camas, 2 rayos X, 1 laboratorio, 2 quirófanos, 84 médicos, 94 enfermeras, 13 paramédicos, 66 administrativos, 85 otras personas, 18 consultorios, de los cuales 4 son periféricos y 6 de medicina familiar.

El consultorio No 4 comprende el sector en estudio, tomando de éste a la colonia Constitución como representativa, la cual se encuentra ubicada al Sur de la ciudad y cuenta con una población de 6,710 habitantes, las calles que conforman esta colonia

se encuentran todas pavimentadas, dispone de un adecuado sistema de transporte, 1 escuela primaria, 1 escuela secundaria federal, 1 iglesia y 1 unidad deportiva. Toda la colonia cuenta con todos los servicios públicos. (Anexo 5).

Las familias que conforman este estudio pertenecientes al sector No. 4 serán descritas más adelante a través de un diagnóstico familiar.

Diagnóstico de Familia

Las variables reportaron: mujeres 91 (56%), hombres 70 (44%) (Gráfica 1)

Edo. Civil: Casados 29 (18%), solteros 78 (49%), viudos 9 (6%), divorciados 8 (5%), unión libre 10 (7%), madres solteras 2 (2%) (Gráfica 2).

Escolaridad: Preescolar 12 (8%), primaria 50 (31%), secundaria 27 (17%), comercio 21 (13%), preparatoria 26 (16%), profesional 23 (14%) y analfabetas 2 (1%) (Gráfica 3).

Ocupación: Trabajadores 58 (39%), hogar 31 (21%), estudiantes 50 (34%), jubilados 9 (6%) y desempleados 1 (0.6%) (Gráfica 4).

Toxicomanías: Alcoholismo 12 (30%) y tabaquismo 8 (23%) (Gráfica 5).

Vivienda: Propias 29 (74%), rentadas 3 (8%) e hipotecadas 7 (18%) (Gráfica 6).

El 100% está construida de cemento y tabique, 9 (24%) cuentan con 1 recámara, 15 (38%) con 2 recámaras y 15 (38%) con 3 recámaras, con todos los servicios públicos (Gráfica 7).

Fase del Ciclo Vital: Matrimonio 1 (2%), expansión 7 (18%), dispersión 14 (36%), independencia 12 (31%), retiro-muerte 5 (13%) (Gráfica 8).

Tipo de familia: Nuclear 25 (64%), extensa 12 (30%), extensa compuesta 2 (6%)

Integración familiar: Integradas 31 (80%), semi-integradas 0 (0%), desintegradas 8 (20%) (Gráfica 10)

Planificación familiar: Hormonales orales 10 (26%), D.I.U 1 (3%), salpingo 6 (15%), ninguno 18 (46%), otros 3 (10%) (Gráfica 11).

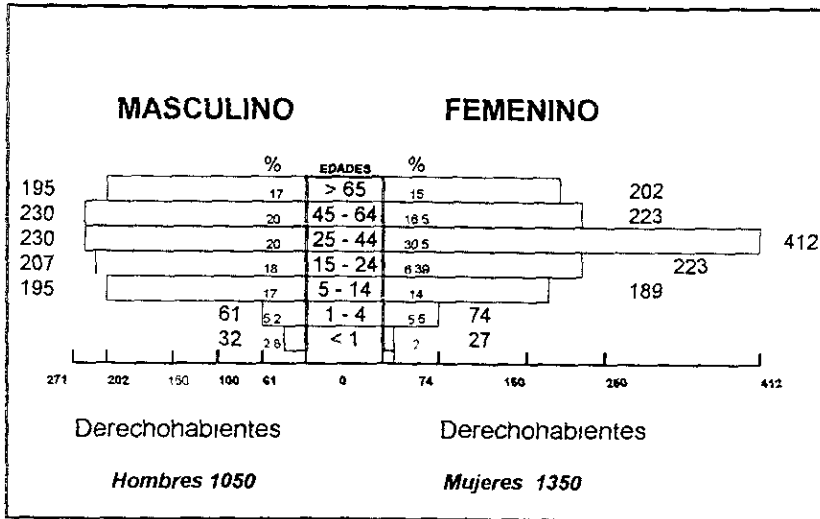
Morbilidad

Las diez primeras causas de consulta y su incidencia en orden de frecuencia, según la clasificación internacional de enfermedad (CIE) fueron. 116 (30%) casos de

infección de vías respiratorias altas, hipertensión arterial 93 (24%), diabetes mellitus 21 (5.3%), infección de vías urinarias (28 (7%), enfermedad articular degenerativa 26 (6.8%), colitis crónica 22 (5.7%), dermatomicosis 29 (7.5%), parasitosis intestinal 27 (7%), alergias 19 (4.9%) y control de embarazos 7 (1.8%) (Cuadro 2).

5. CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro 1. Pirámide poblacional del consultorio No. 4 de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, 1996.



Población total	2500
Masculino	1150
Femenino	1350
Femeninos 15-44	635
Menores de 1 año	27
1 - 4 años	135

Fuente: Departamento de Vigencia de Derechos, Clínica Hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora

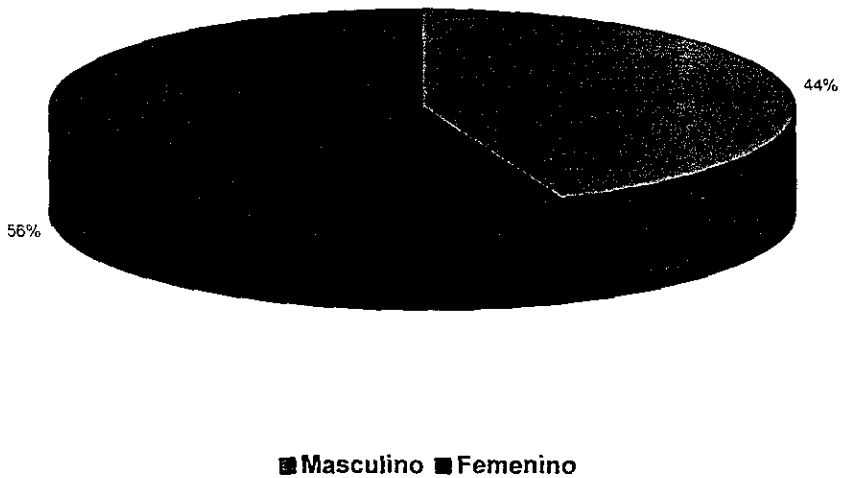
**CUADRO 2. MOTIVOS DE CONSULTA POR AFECIONES MORBOSAS PRINCIPALES
 AGRUPADAS SEGUN MAGNITUD DEL CONSULTORIO #4 DE MEDICINA FAMILIAR,
 CLINICA HOSPITAL ISSSTE, CD. OBREGON, SONORA 1996 (TASA x 100)**

AFECION	CODIGO	NÚMERO DE CASOS	TASA POR 100	PORCENTAJE
Infección Vías Resp. Altas	480-487	116	4.64	30
Hipertensión arterial	401	93	37.2	24
Dermatomicosis	111	29	11.6	7.5
Infección de vías urinarias	595	28	11.2	7.2
Parasitosis intestinal	121	27	10.8	7
Enfermedad articular degenerativas	200	26	10.4	6.8
Colitis crónica	551	22	8.8	5.7
Diabetes Mellitus	250	21	8.4	5.3
Alergias	127	19	7.6	4.9
Control embarazo	V22	7	2.8	1.8
Total	001-999	388	15.52	100%

Poblacion D H 2500

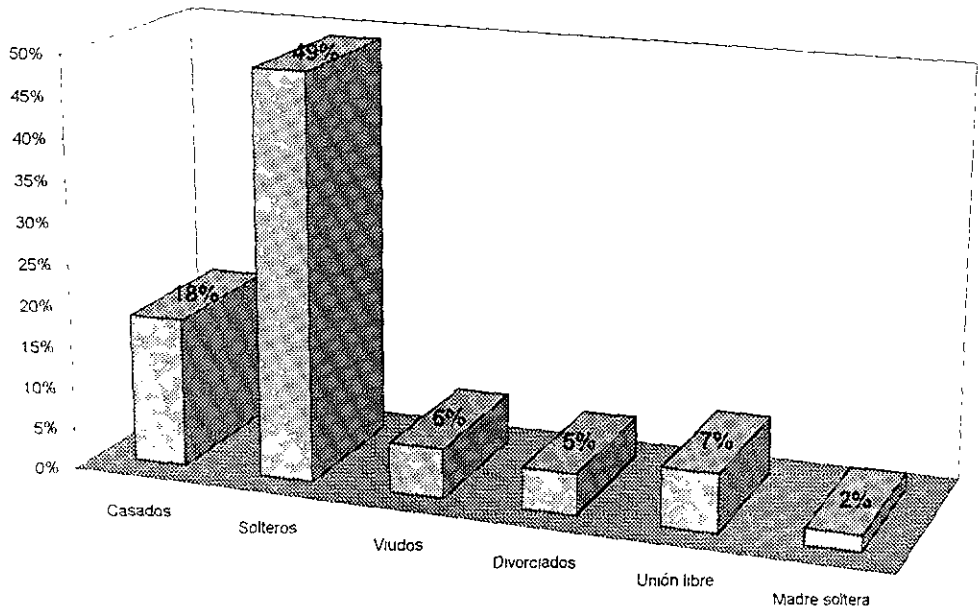
Fuente Archivo clínico

GRÁFICA 1. Sexo de los miembros de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



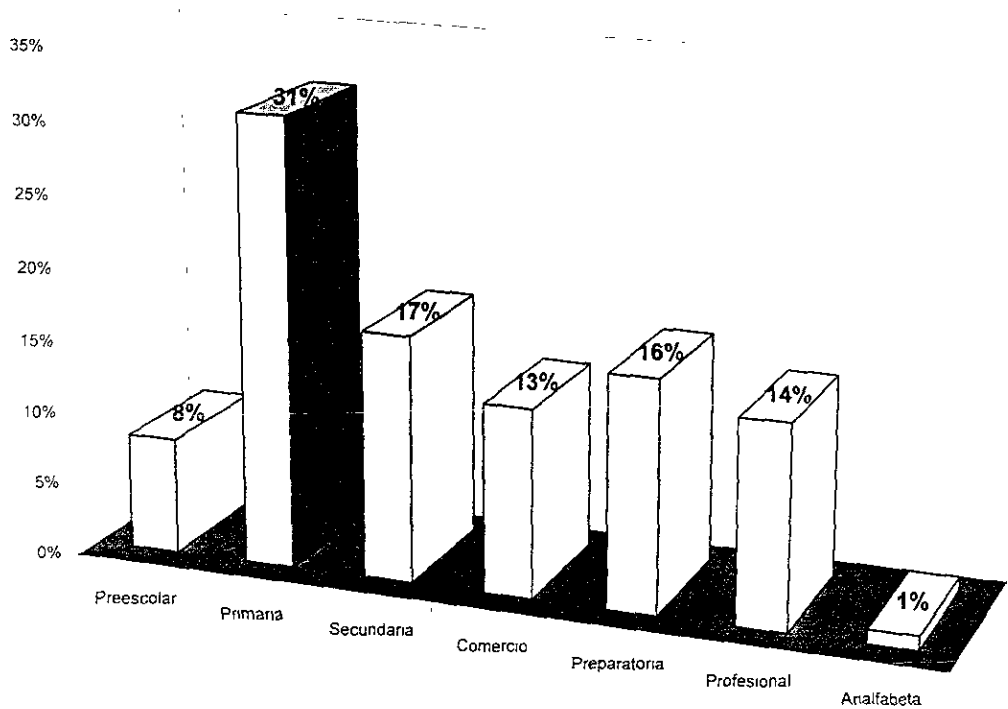
Fuente: Encuesta consultorio

GRÁFICA 2. Estado civil de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



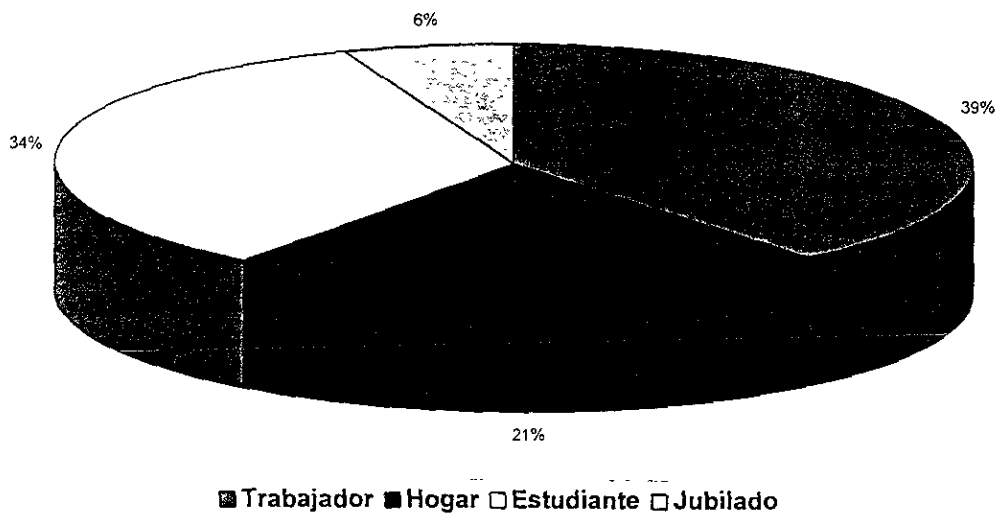
Fuente Encuesta consultorio

GRÁFICA 3. Escolaridad en las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



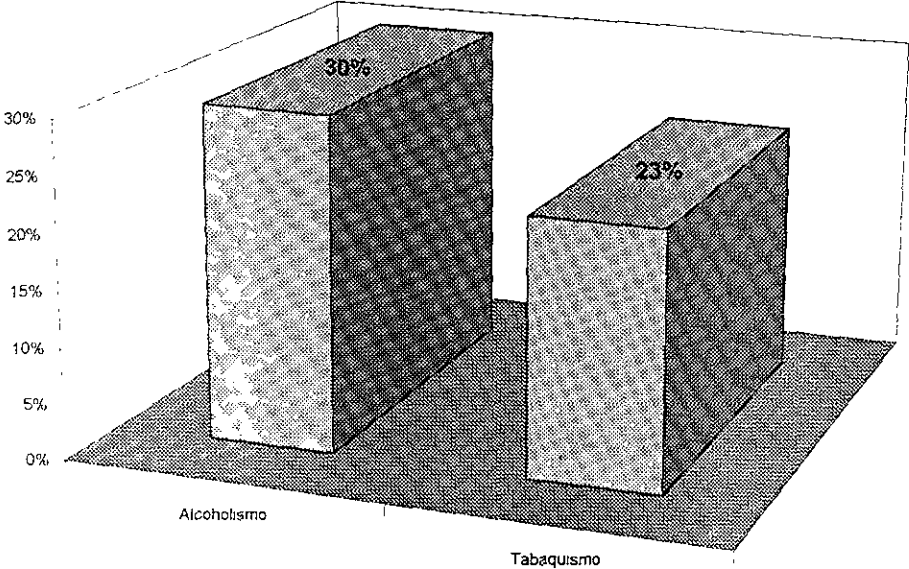
Fuente: Encuesta consultorio

GRÁFICA 4. Ocupación de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



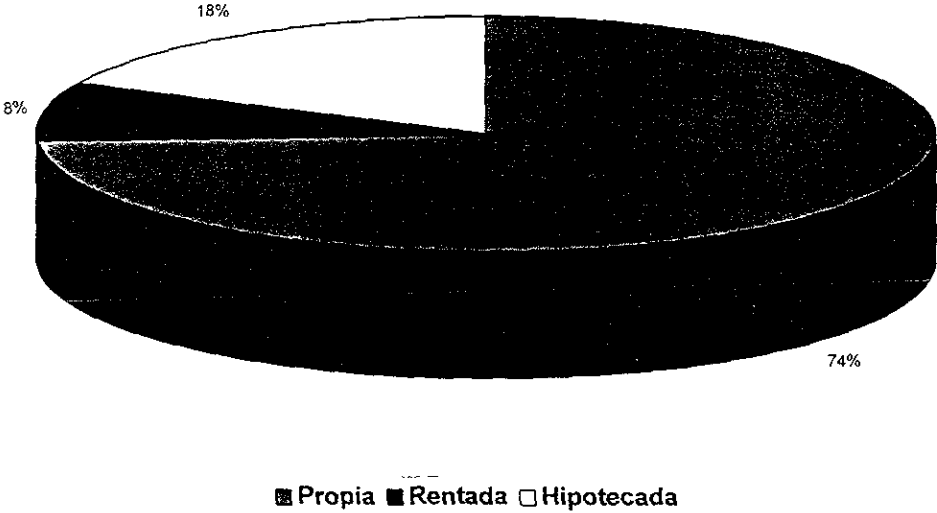
Fuente. Encuesta consultorio

GRÁFICA 5. Toxicomanías en las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



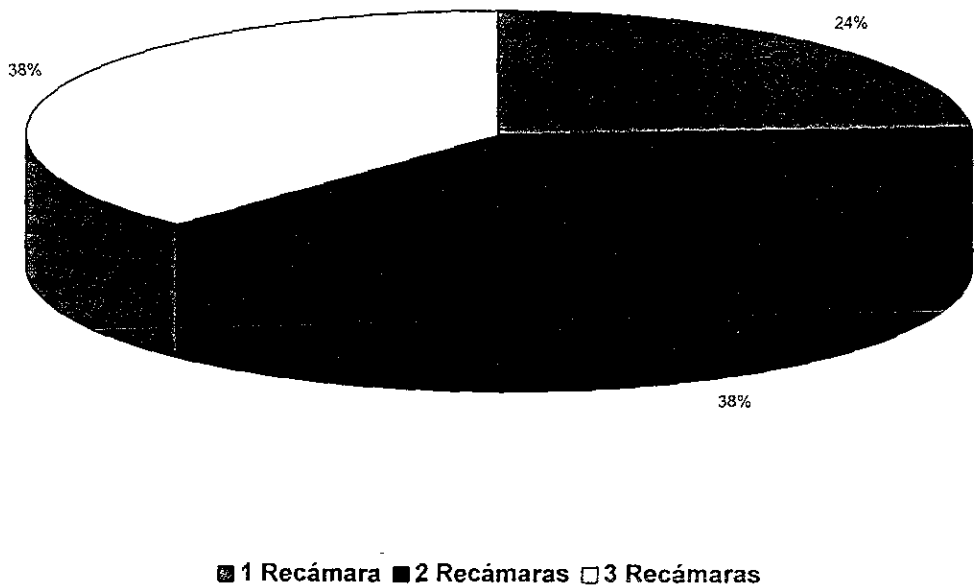
Fuente Encuesta consultorio

GRÁFICA 6. Vivienda de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



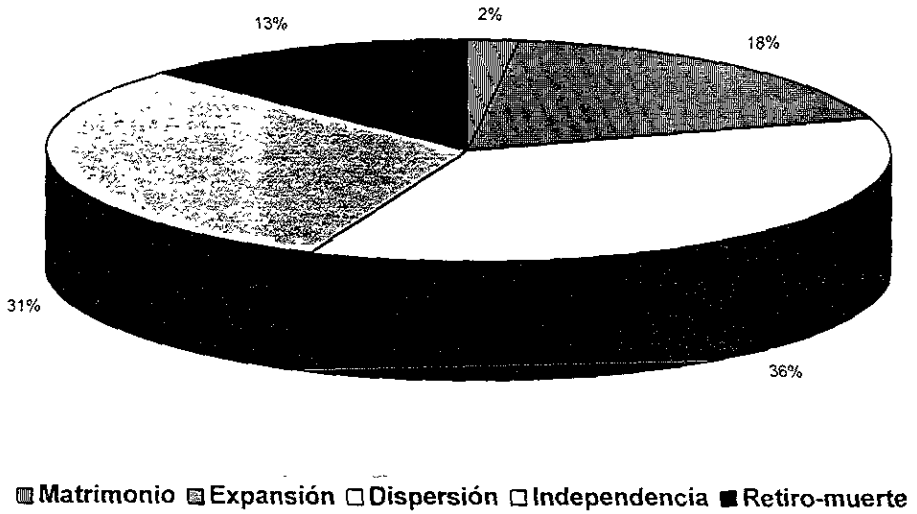
Fuente: Encuesta consultorio

GRÁFICA 7. No. de recámaras de las viviendas de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



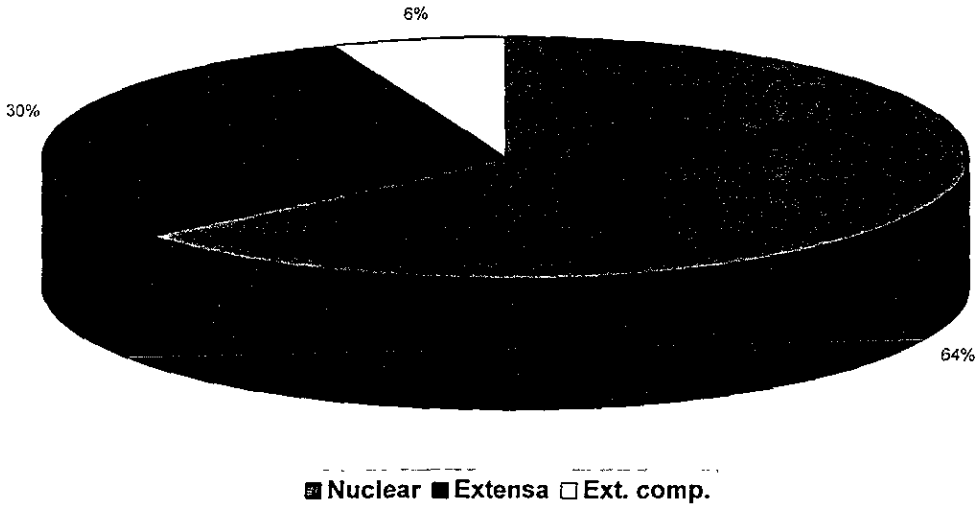
Fuente: Encuesta consultorio

GRÁFICA 8. Fase del ciclo vital de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996



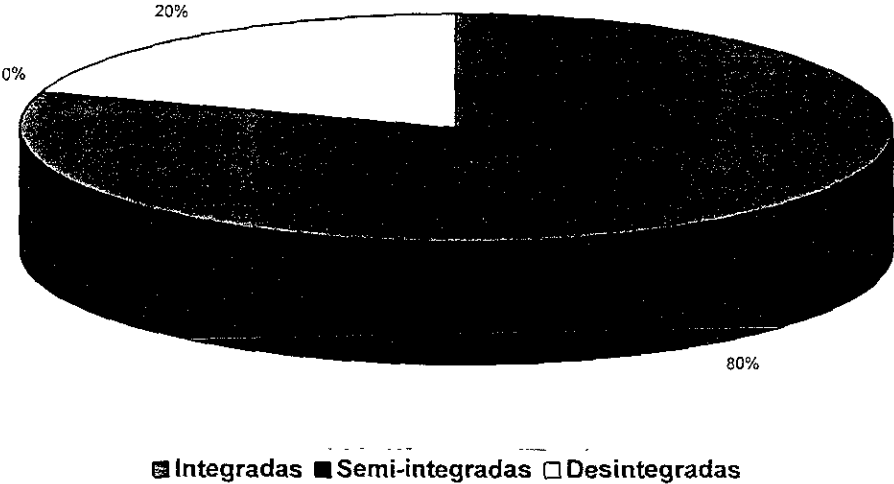
Fuente: Encuesta consultorio

GRÁFICA 9. Tipos de familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



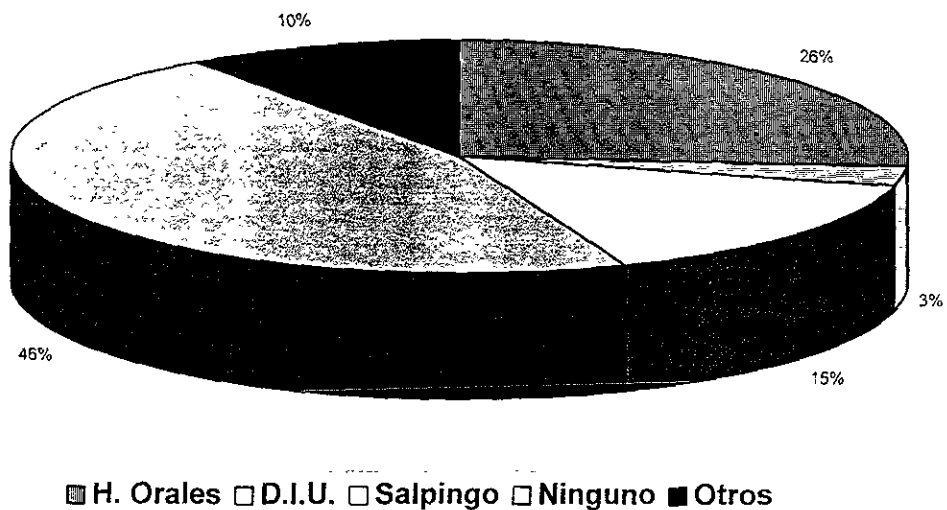
Fuente: Encuesta consultorio

GRÁFICA 10. Integración familiar de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

GRÁFICA 11. Planificación familiar de las familias del consultorio #4 de la clínica hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora, 1996.



Fuente: Encuesta consultorio

VII. DISCUSIÓN

A partir de los datos generales y panorámicos de una población muestral representativa del consultorio No. 4 y descritos en páginas anteriores se encontró:

Censo de Población

Predominio de mujeres con 54% en relación a los hombres con 46%. El 25.4% de las mujeres se encuentran en edad fértil, comparado con el 42% de mujeres fértiles en el municipio.

Otro grupo de edad que llama la atención es el de los 5 a 14 años con 31% y el de 15 a 24 años con 34.5%, ya que dentro de estos grupos se encontró a los jóvenes que están expuestos a las diversas toxicomanías y adicciones.

La población de 45 a 64 años arroja un 36.5% similar a la reportada en el municipio, lo que traduce el aumento de la longevidad en nuestra población.

La población menor de un año y de uno a cuatro años está representada por porcentajes bajos en relación a la población adulta.

Estudio de Comunidad

Se pudo observar que la colonia estudiada cuenta con una ubicación favorable, con todas sus calles pavimentadas, con todos los servicios públicos. Entre las familias un 74% cuenta con vivienda propia y el 18% se encuentran casados. El 49% de sus miembros está representado por niños y jóvenes solteros por lo que la escolaridad corresponde al 31% que acude a la primaria, con un 14% de nivel profesional, siendo el analfabetismo muy bajo y sólo representa el 1%. La ocupación de estas familias está representada por un 39% de trabajadores y el 34% de estudiantes, llama la atención el alto porcentaje de alcoholismo con 30% y el tabaquismo llega al 23%.

La fase del ciclo vital de estas familias corresponde en 36% a fase de dispersión y el 31% a la de independencia, esto representa que la mayoría de las familias son matrimonios cuyos hijos acuden a la escuela.

El tipo de familia que predomina en el grupo estudiado es el nuclear con 64%, extensa 30%, extensa compuesta con el 6%. En cuanto a la integración de estas familias el 80% son familias integradas cuyos miembros cumplen en apariencia con su rol, y el 20% corresponden a familias desintegradas. En relación con las mujeres que se encuentran en edad fértil el 46% no cuenta con ningún método anticonceptivo, argumentando no tener pareja sexual, el 26% usa anticonceptivos

orales como método de elección, al 25% se le practicó salpingoclasia, el 10% usa otros métodos anticonceptivos y el 3% no usa ningún método anticonceptivo.

Morbilidad

La mayor demanda de consulta fue solicitada por mujeres; encontrando como primer motivo de consulta las infecciones de vías respiratorias altas con un 29.8% siendo más frecuentes entre quienes ejercen el magisterio y también en los niños; llama la atención que las infecciones respiratorias también ocupan el primer lugar como motivo de consulta en los demás consultorios de medicina familiar de la misma unidad.

El segundo lugar como motivo de consulta fue la hipertensión arterial con el 24 % en comparación al cuarto lugar que ocupó en el mismo consultorio pero en el turno vespertino.

VIII. CONCLUSIONES

En el estudio realizado a las familias del consultorio No. 4 se pudo observar que un porcentaje significativo de mujeres en edad fértil no cuentan con un método anticonceptivo y aunque este grupo refiere no necesitarlo por no tener pareja sexual, se promoverá la planificación familiar en dicha población.

Una problemática existente en estas familias son el alcoholismo y tabaquismo en los adultos, que conforman el grupo económicamente activo de las familias. Aunque el ausentismo laboral no se reporta como problema, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades; representando un claro ejemplo de conducta negativa entre los jóvenes. Llama la atención la frecuencia en que se presentan las infecciones de vías respiratorias altas tanto en niños como en adultos.

De acuerdo a lo observado en esta población, se requiere de la aplicación del modelo sistemático de atención médico familiar; que integra las actividades que repercutan positivamente en la problemática de salud ya planteada.

Se espera aplicar programas preventivos, curativos y de rehabilitación para los diferentes grupos de edad, según pirámide poblacional:

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 1.- En colaboración con el servicio de medicina preventiva se invitará a las familias con hijos menores de 5 años, a acudir a las campañas de vacunación o al servicio para la aplicación de vacunas.
- 2.- Se impartirá educación para la salud en medicina preventiva a los adolescentes en relación a las diversas toxicomanías y adicciones.
- 3.- Se impartirán pláticas con apoyo de trabajo social a derechohabientes adolescentes y mujeres en edad fértil sobre sexualidad y planificación familiar.
- 4.- Se trabajará en conjunto con el servicio de medicina preventiva sobre la detección oportuna de CaCu y a través de pláticas en el consultorio, se les instruirá sobre la adecuada exploración de mamas, como medida preventiva contra el cáncer.
- 5.- Mantener Actualizado el censo poblacional.
- 6.- Elaborar cada mes dos familiogramas a las familias que demanden consulta por primera vez.
- 7.- Análisis anual de los principales motivos de consulta.
- 8.- Participar como ponente en la sesión clínica como actividad de educación médica continua.
- 9.- Se estudiará la etiología de los cuadros de infección de vías respiratorias altas, para establecer tratamientos adecuados.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Salamanca S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México 1995; 33 317-320
2. Turabian J. L et al. Percepción de éxito en programas de promoción de salud en la atención primaria de la provincia de Toledo. Atención Primaria 1994; 14: 765-768.
3. Estebanell-Amal Ja et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria 1992; 10:539-542.
- 4 Rodríguez Morua et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria Atención Primaria 1994; 13:39-41.
- 5 Bustos Lozano G El pediatra en atención primaria y las actividades preventivas. Atención Primaria 1993, 12.183-184.
- 6 Jinich H El médico ante nuevos retos. El padecer y la familia. Médico Moderno 1993; 2:37-42.

7. Secretaría de Salud. Salud desde el municipio: una estrategia para el desarrollo. Programa Nacional de prevención y control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas 1997; 3.4.
8. Tapia CR. Olaz Gustavo, Cravioto P. Mortalidad y años de vida potencial perdidos por consumo de tabaco en México. Gaceta Médica de México 1994; 130:425-430.
9. Joly D. El hábito de fumar cigarrillos en América Latina, una encuesta en ocho ciudades. Boletín de la oficina sanitaria panamericana 1975, 79 (2): 93-111
10. Simposium Internacional de Tabaquismo y XIII reunión del CLACCTA. El tabaquismo es considerado por la OMS como la pandemia del siglo. Gaceta de la Facultad de Medicina UNAM 1997; febrero 4.
11. Baragiola A. ¿Por qué fuma usted? Un estudio motivacional de estudiantes secundarios técnicos. Rev. Arg. Anal. Modif. Comport 1985; 1:35.
12. Jiménez-Mena C. et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos y edad. Atención Primaria 1993, 12:269-272.

13. Irigoyen Coria A y cols. Modelo sistemático de la atención médica familiar. Fundamentos de medicina familiar 1995; 11:151-173.
14. Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la atención primaria. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. Atención Primaria 1996; 17:449-455.
15. Narro Robles J. La medicina familiar como eje de la atención médica. Boletín Médico Familiar 1995; 13: 1-4.
16. Gutiérrez A. J. XXV Aniversario de la medicina familiar en el IMSS. Boletín Médico Familiar 1996; 17:6.
17. De la Fuente J.R. Hacia la reforma del sistema nacional de salud. Boletín Médico Familiar 1995; 14:5-6.
18. Soberón Acevedo G. Las nuevas perspectivas del movimiento salud para todos. Boletín Médico Familiar 1995; 13:1-3.
19. García-Procel E. Visión histórica serial de ciencia y sociedad. Gac Méd. Méx 1990; 126:201-205.

20. Sepúlveda Amor J. y cols. Estado Nutricional de preescolares y mujeres en México. *Gac Méd Méx* 1990; 126: 207-224.
21. Cravioto A. El papel actual de las infecciones e México. *Boletín Médico Familiar* 1995; 14:14.
22. Montaner I. Et al. Descripción de la demanda asistencial en la unidad docente de Tortosa. *Atención Primaria* 1985; 2: 3-8.
23. Kumate J. Los problemas y programas prioritarios de salud. *Revista de Administración Pública* 1987; 18: 111-125.
24. De la Garza-Estrada VA. Noriega-Fernández R. La consulta externa del internista en el ejercicio privado. Análisis descriptivo. *Revista de la Asociación de Medicina Interna de México* 1996; 12 (4): 229-234.
25. Valdez Rafael. Innovaciones de investigaciones en el combate a la diabetes mellitus. *Gaceta de la Facultad de Medicina de la UNAM* 1997; mayo: 4.
26. Crouch M. Guías prácticas para el tratamiento de dislipidemias familiares. *Mundo Médico* 1994; 21: 23-31.

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
 EN GRUPOS ETAREOS DE 5 AÑOS

GRUPO DE EDAD SEXO	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
- 1 Año			
1 - 5			
6 - 10			
11 - 15			
16 - 20			
21 - 25			
26 - 30			
31 - 35			
36 - 40			
41 - 45			
46 - 50			
51 - 55			
56 - 60			
61 - 65			
65 a +			
TOTAL			

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CÉDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

⇒ Localización.

- Familia: anotar los apellidos paternos del padre y de la madre.
- Años de unión conyugal: se anotará con número.
- Domicilio, colonia, ciudad y municipio: anotar todos los datos, sin abreviaturas.
- Manzana: anotar el número que le corresponda.
- Vivienda No: cada vivienda se numerará en forma progresiva de 01 al 50.
- Sector: definir mediante la sectorización de colonias y viviendas a qué sector pertenece.
- Elaboró: anotar el nombre del encuestador.

⇒ Composición Familiar.

- Nombre: anotar el nombre de pila iniciando por el padre, la madre y los hijos de mayor a menor; cuando se trate de otros familiares, anotar además del nombre, los apellidos.
 - Parentesco: anotar el que corresponda.
 - Edad: anotar el nombre de pila iniciando por el padre, la madre y los hijos de mayor a menor; cuando se trate de otros familiares, anotar además del nombre, los apellidos.
 - Parentesco: anotar el que corresponda.
 - Edad: anotar con claridad los años cumplidos, en el espacio según se trate de masculino (M) o femenino (F).
 - Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado o unión libre.
 - Escolaridad: anotar hasta qué grado escolar estudió.
 - Ocupación: anotar la principal actividad realizada por cada integrante de la familia.
 - Ingresos: anotar si se perciben menos de \$ 1,000; entre \$ 1,001 y \$ 2,000 ó más de \$ 2,000 por mes
 - Padecimientos crónicos: anotar el que refiera como diagnosticado por personal médico.
- ### ⇒ Toxicomanías, alimentación y hábitos higiénicos.
- Marcar con x en el espacio que corresponda.
 - Observaciones: se anotará lo que se considere importante.
- ### ⇒ Vivienda
- Marcar con x en el espacio que corresponda
- ### ⇒ Fase del ciclo vital, tipo de familia, integración familiar y planificación familiar.
- Marcar con x en el espacio que corresponda
- ### ⇒ Antecedentes heredo-familiares.
- Marcar con x en los espacios y que corresponda.

PLANO OFICIAL DE CIUDAD OBREGON, SONORA

