

11226

13

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR BALBUENA MEXICO DISTRITO FEDERAL

S. S. S. T. E.  
DELEGACION ORIENTE  
SUBDELEGACION MEDICA

★ MAYO 23 2000 ★

DIRECCION  
CLINICA BALBUENA MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

290877

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DR. FERMIN RENE BENITEZ ORTEGA

MEXICO, D.F.

2000.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

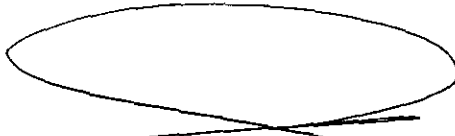
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

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

**DR. FERMIN RENE BENITEZ ORTEGA**

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



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



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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A


**DR. FERMIN RENE BENITEZ ORTEGA**

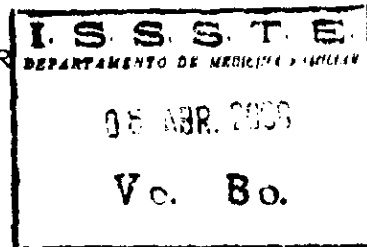
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

**DRA. MARÍA DE LOS ANGELES CARRERA VÁZQUEZ**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO  
UNIDAD ACADÉMICA BALBUENA

**DRA. GEORGINA SOLIS GARCÍA**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
CLÍNICA ORIENTE ISSSTE  
ASESORA DE TESIS

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS

  
**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y  
MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE



# "MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR"

## INDICE

Pag.

1. MARCO TEORICO.	
1.1.ANTECEDENTES.	1
1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	37
1.3.JUSTIFICACION.	38
1.4.OBJETIVOS.	40
2. METODOLOGIA.	41
2.1.TIPO DE INVESTIGACION.	41
2.2.POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.	41
2.3.TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	42
2.4.CRITERIOS DE INCLUSION.EXCLUSION Y ELIMINACION.	42
2.5.DEFINICION DE VARIABLES.	43
3. RESULTADOS.	46
4. GRAFICAS T CUADROS.	49
5. ANALISIS.	69
6. CONCLUSIONES.	72
7. REFERENCIAS.	74

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. ANTECEDENTES

En nuestro medio, la atención de la salud de la población ha alcanzado complejidad paulatina. El compromiso gubernamental se ha hecho cada vez más explícito y alcanzado rango de norma constitucional. De la misma forma, en otros sectores de la vida social, los asuntos referidos a la salud han adquirido particular importancia. La propia población ha sido sujeta de esta transformación y en la actualidad núcleos importantes, aún cuando no mayoritarios, no solo opinan sobre problemas colectivos de salud y formas de organización para atenderlos, sino que comienzan a mostrar capacidad de influir en las decisiones que se toman en los distintos subsistemas asistenciales. 1-5

La medicina familiar ha sido parte de las transformaciones referidas. 6.

Inicialmente habría que partir del concepto que en nuestro caso ha prevalecido en torno a la medicina familiar. Se acepta ampliamente que aquella es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. 1.

El médico actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Presta sus servicios a todos los miembros de la familia, más que a individuos aislados, y lo hace con independencia de la edad, el sexo o el problema de salud que se le plantee. 1.7

El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención primaria, con una serie de características que adjetivan el auténtico sentido de la profesión. Así, la atención que se presta ha de ser continua e integral de tal forma que la práctica se contraponga a la atención esporádica y fragmentada que en general es ofrecida por otros especialistas de la medicina. 8

La atención que puede prestar el médico familiar se desarrolla tanto en el consultorio como en el hogar del paciente, o en los propios servicios hospitalarios. A lo largo de su práctica reconoce la necesidad insalvable de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. En este sentido, el médico familiar ha de actuar como coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud.9.10.11

El médico Familiar ha de ser, por excelencia, un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes de tal manera que cada contacto con ellos debe verlo como oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud. Sin embargo, esta vocación por la prevención no deberá obscurecer sus capacidades para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan entre su población. 12

Para el adecuado cumplimiento de sus responsabilidades, el médico Familiar busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por el. 12

A diferencia de otros especialistas, el médico Familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos en particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Este especialista enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Como consecuencia de lo anterior, con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple. 13

El médico Familiar entiende la organización de su práctica profesional no solo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico, más que aplica de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo. Existen elementos que se pueden proponer para explicar el porqué del resurgimiento de la medicina familiar en diversos



países incluyendo el nuestro, entre otras cosas podemos citar: 1.5.9.

- a) La necesidad de establecer equilibrio entre la especialización y el generalismo.
- b) La existencia de cambios en el patrón de la morbilidad, con el aumento de la incidencia de las enfermedades crónico degenerativas, que hacen necesarios tratamientos que demandan continuidad en la atención.
- c) Las transformaciones y desarrollos en los esquemas asistenciales que demandan tipos específicos de personal.
- d) La necesidad sentida y expresada por algunos sectores de la sociedad que consideran oportuno contar nuevamente con un médico de familia o "de cabecera".
- e) La demanda presentada por las instituciones del sector salud de contar con personal que se hiciera cargo de la atención primaria continua e integral de la población.
- f) Las distintas experiencias nacionales e internacionales en medicina general o familiar.

Las primeras acciones de medicina Familiar en México se remontan al año 1953. En esa época en virtud de la problemática que aportaban los servicios asistenciales en el IMSS un grupo de médicos de esa institución había establecido un procedimiento de trabajo para los médicos de esa área, a 10 años de su establecimiento, el instituto se

encontraba en plena etapa de crecimiento y expansión sin embargo, los sistemas asistenciales adolecían de numerosas dificultades. Por ejemplo, la atención médica general, la visita domiciliaria, se encontraba en etapa muy pobre de organización; la consulta externa era controlada por el personal de archivo; Los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la unidad asistencial, el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción eran sumamente deficientes. Como resultado de esta situación, el trabajo de los médicos se entorpecía, lo esporádico y eventual del contacto médico-paciente previamente determinado, hacía que el conocimiento de los problemas del paciente por parte del médico fuera muy reducido. La visita domiciliaria se había convertido en problema para todos los participantes del acto asistencial, y en algunas ocasiones no se efectuaba. 2,3,14-16.

Frente a este panorama se estableció un procedimiento nuevo a través del cual, al médico adscrito a una clínica se le fijaba un número determinado de pacientes. Así mismo se le fijaban plazos para atender la consulta externa y efectuar visitas domiciliarias todo esto en forma integral a las familias encomendadas para su atención.

Después de algunos meses de ser probado este esquema se ponderaron sus ventajas, concluyéndose que era benéfico para el derechohabiente, el médico y la institución. Entre los argumentos favorables pueden citarse:

Ofrecer mejor atención médica, contar con mejor fórmula y, por ende, control de la visita domiciliaria, tener mejores posibilidades de efectuar acciones preventivas en beneficio de la salud de los derechohabientes, estimular la dignificación de los profesionales de la medicina, establecer coordinación entre los servicios de consulta externa y de atención domiciliaria y en general, contar con mejores elementos para planear, organizar y administrar el proceso médico asistencial. 5.

Paulatinamente se hicieron evidentes las bondades del sistema y se aprobó su extensión a más clínicas en la ciudad de México. Estableciéndose de esta manera en 1955 el "sistema médico Familiar".

Otros elementos se fueron introduciendo en el esquema operativo, de forma tal que a la adscripción de población y a la visita domiciliaria controlada se sumaron la cita previa y modificaciones en el manejo de los expedientes clínicos, en el archivo clínico y en los mecanismos de adscripción.

Para el año de 1959, el sistema se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación en el ámbito nacional, en esta época se clasificó al médico familiar en dos ramas: de adultos y de menores.

Es interesante apreciar que a lo largo de 25 años la influencia que este esquema ejerció sobre otras instituciones de salud como el ISSSTE y la SSA han hecho que

en la totalidad del sistema de salud es un modelo ideal para la prestación de los servicios médico-asistenciales de primer nivel. 2.4,17.18.19.

Los cambios profundos que actualmente están ocurriendo en medicina, sólo pueden comprenderse a plenitud cuando se analizan a la luz de la perspectiva histórica. El cambio en sí no es una novedad: desde el comienzo de su historia, la medicina ha estado siempre sometida a cambios. Solo ha variado la velocidad con que estos se producen. 20.

En medicina, los cambios se deben a muchas influencias, algunas científicas y tecnológicas, otras de tipo social. La medicina familiar es solo una de las muchas disciplinas nuevas que se han desarrollado en el curso de la historia de la medicina. Esto es en respuesta a una necesidad que había sido descuidada por las disciplinas existentes. Todas estas influencias han jugado un papel en el reciente surgimiento de la medicina Familiar. Los cambios sociales, la especialización y un nuevo patrón de morbilidad, exigen un nuevo prototipo de médico. Que en este caso la misma especialidad lo exige para la práctica de la medicina Familiar. El éxito obtenido en el control de las enfermedades infecciosas más importantes, trajo como resultado el surgimiento de un nuevo patrón de morbilidad. El médico de hoy se enfrenta principalmente a procesos agudos, crónicos, desórdenes del desarrollo, trastornos de conducta, y una clase diferente de enfermedades infecciosas.

La disminución de la mortalidad infantil y de la juventud ha convertido la superpoblación para la salud pública y con cada nueva generación, ha aumentado la proporción de personas viejas en la sociedad. 21.

La fragmentación de la profesión y el énfasis dado a la tecnología han tenido otra consecuencia seria: el deterioro de la relación médico paciente. Incluso hace 50 años, Flexner (1930), señaló que con la reforma de la educación médica si bien se había ganado muchas cosas también se perdieron otras. Las consecuencias de haber descuidado los aspectos afectivos y personales de la medicina comienzan a manifestarse en la crisis del ejercicio impropio de la medicina y en el desencanto generalizado en relación con la tecnología. 21.22.

Por eso, a medida que la era de la especialización alcanza su culminación, podemos empezar a ver la necesidad de una nueva clase de médico general y "médico Familiar" pero este nuevo profesional debe ser diferente del antiguo médico general. Lejos de constituir la masa indiferenciada de la profesión, caracterizada por la falta de un entrenamiento particular, ahora tendrá un rol bien diferenciado y un conjunto bien definido de habilidades. 23.

Podemos describir las acciones del médico familiar como un conjunto de conocimientos acerca de los problemas confrontados por la familia, como en otras disciplinas prácticas, el conjunto de conocimientos abarcados por la

medicina familiar incluye no solo conocimientos tácticos sino también habilidades y técnicas, a los miembros de una disciplina clínica se les puede identificar a veces no tanto por lo que saben sino por lo que hacen. 1.24.

Por eso, para describir la medicina familiar, es mejor comenzar por los principios que gobiernan nuestras acciones. El médico de Familia está más comprometido con la persona que con un conjunto particular de conocimientos, un grupo de enfermedades o algunas técnicas especiales. Su compromiso es ilimitado en dos sentidos. En primer lugar, porque éste no está circunscrito a un grupo determinado de problemas de salud, ya que el médico siempre está disponible para cualquiera de estos problemas, sea cual fuere la edad y sexo de la persona que solicita sus cuidados. Su ejercicio de la medicina no se limita a problemas de salud estrictamente definidos: es el paciente quien define el problema.

El médico de familia debe tratar de comprender el contexto de la enfermedad para comprender bien el estado real de una problemática dada en una persona como en una familia tanto dentro como fuera de su medio y estar familiarizado con toda la gama de sus variaciones. Muchas de las enfermedades que se ven en medicina familiar, no se pueden comprender plenamente a menos que se analicen dentro del propio contexto personal, familiar y social. 25,26,27.

El médico de familia debe aprovechar la oportunidad que le brindan las consultas frecuentes de sus pacientes para

practicar la medicina preventiva o impartir educación sanitaria. El hecho de que el médico de familia vea a cada uno de sus pacientes de una a cuatro veces al mes como promedio le ofrece innumerables oportunidades para poner en práctica la medicina preventiva. El médico de familia trata a cada uno de sus pacientes como parte de una población riesgo. Los clínicos generalmente piensan en función de pacientes aislados, en vez de grupos de poblaciones. El médico de familia tiene que pensar en función de unos y otros, es decir, que debe ser tan importante para él un niño que un adulto o una enfermedad aguda que una crónica. Esto involucra el compromiso de mantener la salud de los miembros de su comunidad, asistan o no a la consulta. 28.

El médico de familia se considera parte de una red más amplia de atención médica y servicios de apoyo para la comunidad. Todas las comunidades tienen una red de servicios sociales de apoyo, oficiales y particulares, formales e informales. El término red, sugiere un sistema coordinado que debe ser principalmente otorgado por el médico, o la medicina familiar. El médico de familia puede ser mucho más eficiente si utiliza todos los recursos de la comunidad en beneficio de sus pacientes. 28.

El médico de familia es aquel que:

1. Sirve como médico de primer contacto con el paciente y él provee un medio de entrada al sistema de cuidados de la salud.

2. Evalúa las necesidades de salud total del paciente, le provee cuidados médicos personales en uno o más campos de la medicina y refiere al paciente cuando está indicado, hacia recursos apropiados de cuidados de salud, mientras preserva para sí la continuidad de dichos cuidados.
3. Asume la responsabilidad por la atención continua e integral del paciente y actúa como coordinador del equipo que le provee servicios de salud.
4. Acepta la responsabilidad por el cuidado total del paciente dentro de su contexto ambiental, incluyendo la comunidad y la familia o una unidad social similar.
5. El médico de familia es un médico personal, orientado hacia el paciente total, que practica una medicina a la vez científica y humanística, que puede dar cuidados a un solo miembro de la familia, como también para todos los miembros de esa familia. 28.

El cuidado integral incluye servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de mantenimiento de la salud, y referencias apropiadas de pacientes hacia los servicios especializados y de apoyo.

Por otro lado tenemos la aparición de la atención primaria de salud como se ha mencionado, existe una estrecha vinculación entre la situación de salud de un país y su situación económica y social. A pesar del desarrollo técnico y científico de la medicina su bajo impacto frente a las desigualdades sociales entre unos países y otros y aún entre



los mismos países, ha sido uno de los motivos para que los distintos foros mundiales de la salud busquen el camino más racional para lograr una situación más justa.

La OMS ha declarado en diversos documentos oficiales que la medicina se basa en métodos exclusivamente clínicos y no ha resuelto de manera satisfactoria los problemas de salud más frecuentes y poco complicados que afectan a la población mundial. 29.

La ONU, por su parte reconoció recientemente que la mayoría de los países dependientes poseen sistemas de salud organizados deficientemente y que estos servicios benefician a una mínima parte de la población ya que el personal de salud actual no está preparado para las tareas asignadas por este personal. 30.

¿Qué es la atención primaria de la salud?

La atención primaria de la salud es un concepto relativamente novedoso ya que surgió hace apenas unos 25 años como respuesta a las evaluaciones de los servicios de salud que demostraron que la mayoría de la población mundial no tenía acceso a una atención apropiada.

El concepto surgió de la experiencia obtenida durante el trabajo comunitario de salud realizado en países africanos, asiáticos y fue avalado y recomendado por los países miembros de la región de América. 30.

En 1977 la OMS se propone una meta (Salud para todos para el año 2000), el concepto fue ampliamente promovido en todo el

mundo, sin embargo faltan muchas acciones para poder llegar a la atención primaria de la salud y existen varios conceptos como acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud, que, actuando sobre las personas en forma directa, promuevan la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral. 28,30.

La atención médica puede llevarla a la práctica el mismo paciente, la atención médica es la asistencia directa inmediata e individual de la persona o al paciente y de sus familias, como una consulta, una inmunización, un consejo higiénico, una intervención quirúrgica, etc. La atención médica se puede efectuar en el domicilio de los pacientes, en el hospital, en los servicios de consulta externa o en la propia comunidad.

La atención médica en salud pública, para ser salud de atención primaria y para llevar a cabo esto, la atención primaria de la salud, debe presentar varias funciones. Que protejan, fomenten y restablezcan la salud del individuo y en consecuencia, de su familia, de la colectividad, legislatividad y administrativa. 30.

#### **Funciones en general de Atención primaria de la salud.**

- A) Promoción a la salud.
- B) Protección específica.
- C) Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
- D) Rehabilitación.

- E) Educación.
- F) Investigación.
- G) Legislación.
- H) Administración.

La atención médica, cuando se integra a la salud pública se conoce o se forma como Atención Primaria de Salud.

Las funciones de la atención de la salud de acuerdo con los organismos y personas que los llevan a cabo, se clasifican en la forma siguiente. 4.

**1.- Realizadas básicamente por autoridades gubernamentales**

- A.- Purificación del agua.
- B.- Disposición de la basura.
- C.- Inmunización obligatoria.
- D.- Reglamento en cuanto al medicamento o saneamiento.

**2.- Realizadas por el personal de salud que realiza en forma directa.**

- A.- Toma de la tensión arterial.
- B.- Inmunizaciones.
- C.- Pruebas de gabinete.
- D.- Exámenes de laboratorio.
- E.- Atención domiciliaria.
- F.- Exámenes médicos periódicos.
- G.- Toma de Papanicolaou.

3.- Realizadas por los pacientes, en este caso los individuos deben aprender e implementar ciertas prácticas de salud.

- a) Evitar fumar.
- b) Evitar tomar bebidas embriagantes y drogas.
- c) Evitar accidentes dentro y fuera del hogar.

También comprende aspectos relativos a la dieta, bajar de peso, tomar su medicamento adecuadamente cuando se trata de una enfermedad crónica degenerativa, pero esto no basta debe estar consciente de sus necesidades y funciones personales, como: bañarse, aseo dental, cambio de ropa, etc.

Debe decirse que no se ha demostrado en forma objetiva que las funciones de la atención primaria en su totalidad sean eficaces. 28.

Por lo siguiente, una buena atención a la salud, a una comunidad o de una institución debe reunir los siguientes requisitos:

1. Igualdad.
2. Calidad.
3. Integral
4. Oportunidad y accesibilidad.

La atención médica consta de tres componentes básicos:

1. Beneficiarios. Son los usuarios (pacientes).

2. Recursos. Son el personal, equipo, locales, tecnología, instalaciones y el financiamiento.

3. Administración.

La atención médica está sujeta a dos fenómenos.

La demanda y la oferta, lo que quiere decir que sus servicios en cuanto a número de hospitalizaciones, consultas, inmunizaciones, etc. Debe aclararse que los términos demanda y oferta, en un sentido económico estricto, no son del todo aplicables a los servicios médicos ya que la demanda económica siempre se relaciona con el precio y la salud no se compra se adquiere en diversas formas (atención primaria de la salud).

En cuanto a la oferta, esta se limita sólo a servicios (edificios, instalaciones y equipo). En la demanda deben considerarse tres componentes; el biológico, socioeconómico y psicológico. 1,6,7.

1. **Biológico:** se estudia con base en el estado de salud-enfermedad, edad y sexo.

a. Estado de salud enfermedad: es el elemento más importante de la demanda, su participación depende en gran parte de la urgencia que presente, del dolor y de la incapacidad que deja la enfermedad.

b. Edad: se dice que es en los extremos de la vida pero actualmente se ha incrementado en las dos etapas de la vida, infancia y senectud.

- c. Sexo: se piensa que las personas que más acuden son las del sexo femenino.
2. **Socioeconómicos:** tiene diversos factores, al mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida, aumenta la demanda de servicios médicos, los aspectos de mayor relevancia son:
- a. Residencia. Los habitantes de los medios urbanos solicitan más servicios que los rurales.
  - b. Escolaridad, a medida que el padre de familia o algunos miembros de la familia tienen mejor preparación la petición de los servicios aumenta.
  - c. Tamaño de la familia. Los integrantes de la familia grande solicitan más los servicios médicos, que los de las pequeñas.
  - d. Estado civil. Es muy importante ya que se refiere que en promedio casados viven más y que solicitan menos la consulta que los solteros.
  - e. Actividad. Las personas que desarrollan actividades comerciales o intelectuales solicitan más atención médica que los dedicados al campo.
  - f. Ingresos económicos o familiares en términos generales, la demanda aumenta junto con el ingreso per cápita o familiar.
3. **Psicológico.** La situación psicológica va a condicionar al paciente con respecto al fenómeno salud enfermedad y la creencia de la afectividad terapéutica está influida

por el estado emocional, las actitudes, las experiencias previas y las creencias.

Oferta comprende:

- a. Accesibilidad, se refiere a los días y horas de los servicios, costo de ellos y tiempo, distancia física entre pacientes y recursos.
- b. Calidad, cantidad, y tipo están dados por diversos elementos, número, variedad y tipo de recursos humanos, equipo médico y productividad de los servicios.1,28.

### **NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA**

Los servicios médicos y en particular los de un área geográfica, deben otorgar una atención integral, oportuna, accesible y eficaz y una de las formas de lograrlo es recurriendo a un procedimiento administrativo llamado: niveles de atención médica, que enfoca las necesidades de salud curativas y preventivas de las comunidades, las acciones mismas a favor de la salud habitualmente se consideran tres niveles de atención médica. Primario, secundario y terciario.29,30.

**Primer nivel de atención:** es el más importante por la magnitud de las necesidades de salud, por ser el sitio de mayor demanda por la población y por coordinar todas las acciones, el primer nivel debe ser el contacto inicial y

directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud, en este nivel se previene y se promueven programas para mejorar resultados con respecto a la salud. Se tratan los problemas agudos y se controlan enfermedades crónicas. Sus funciones están dadas por características ya establecidas.

**Segundo nivel de atención.** Por lo regular el beneficiario llega a este nivel después de haber sido referido por el primer nivel, se identifica con servicios de consulta externa y hospitalización general, en los que se encuentran médicos familiares o generales, algunos especialistas y algunos técnicos especializados.

A este nivel acuden todos aquellos pacientes que requieren cierta atención especializada, su enfoque no es integrador, es función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados.

**Tercer nivel de atención.** Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o ya la participación de servicios altamente tecnificados.

Todos los niveles tienen igual importancia en el panorama general de la salud de las comunidades, aunque se debe



enfaticar que la piedra angular para mejorar las condiciones de la salud es la atención primaria.

Esto significa que la atención médica por niveles, es una forma más de afirmar que la salud es parte integrante de la vida y que la atención médica es, además, parte de la actividad del individuo y de la sociedad. 28.

### **La Familia.**

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 desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la Familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, por esto cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad. 1,28,29,31.

Si entendemos a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para facilitar la procreación y crianza

de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos. Este concepto no establece diferencia en cuanto a como la familia sea definida o como esté constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica. 32,33,34.

Para el estudio de la familia desde el punto de vista social se clasifica en:

**Con base en su desarrollo**

Moderna

Tradicional

Arcaica o Primitiva

Proporción aproximada en nuestro medio: moderna 30%;  
tradicional 60%; arcaica o primitiva 10%.

**Con base en su demografía**

Urbana

Rural

Proporción aproximada en nuestro medio: urbana 40% rural 60%.

### **Con base en su integración**

Integrada

Semi-integrada

Desintegrada

Integrada: en la cual los cónyuges viven 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 muerte, divorcio, separación o abandono.

### **Desde el punto de vista tipológico**

Campesina

Obrera

Profesional

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

## **Con base en su composición o estructura**

Nuclear

Extensa

Extensa compuesta

Nuclear: padres e hijos.

Extensa: padres, hijos, abuelos, etc.

Extensa compuesta: padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

## **Variaciones de los tipos de familia**

Pareja sin hijos

Padre o madre solteros

## **Funciones esenciales de la familia**

Socialización

Cuidado

Afecto

Reproducción

Estatus y nivel socioeconómico

## Ciclo de vida de la Familia

Hay diversos problemas y responsabilidades que afronta la familia durante sus diversas etapas de desarrollo. Las funciones familiares varían con el ciclo de vida de la familia. Existen cinco fases en dicho ciclo:

1. **FASE DE MATRIMONIO.** Cuando dos personas quedan unidas por un lazo, sus preocupaciones iniciales consisten en prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de ambas personas, se alteran sus papeles, y se adoptan nuevas funciones. Uno de sus principales problemas es aprender a vivir juntos mientras se satisfacen uno a otro las necesidades básicas de su personalidad.
2. **FASE DE EXPANSIÓN.** La parte principal de esta fase es la educación prenatal, parto, atención posnatal, visitas de bienestar del lactante, reconocimiento temprano y manipulación adecuada de síntomas, inmunizaciones, asesoría de desarrollo infantil, planeación familiar e interacción familiar.
3. **FASE DE DISPERSIÓN.** En esta fase los padres tienen un trabajo triple para ayudar a sus hijos a que se adapten socialmente, a que desarrollen la autonomía, y a que satisfagan sus propias necesidades. Al mismo tiempo, los padres deben satisfacer las propias. Del mismo modo que la familia debe adaptarse a los nuevos miembros también

debe adaptarse para que los hijos sean totalmente independientes.

4. **FASE DE INDEPENDENCIA.** Conforme se dispersan los hijos, los padres tienen que aprender a volverse independientes de nuevo, en el reajuste, el matrimonio debe ser viable si se quiere que sigan satisfaciéndose sus necesidades. Para que la fase de independencia sea completa.
5. **FASE DE RETIRO Y MUERTE.** Hacer planes para el final de la vida familiar es tan difícil como hacerlos para su iniciación y, en general, se adopta este trabajo con mucho menos entusiasmo. El problema puede estar compuesto por retiro temprano a causa de la incapacidad o la muerte. 1.

### **Indicadores de la salud familiar**

Los indicadores de la salud familiar son de cuatro tipos:

1. **Demográfico.** Los indicadores demográficos son el tamaño de la familia, la composición de la Familia como estado civil, edad, sexo, grado de escolaridad, empleo, etcétera. Residencia urbana o rural y los ingresos económicos.
2. **Vitales.** Los indicadores vitales son las tasas de mortalidad, natalidad, de fecundidad y las esperanzas de vida.

3. **De servicios.** Los indicadores de servicios son las tasas de demanda de servicios médicos, número de consultas a la familia, días promedio de estancia hospitalaria, etc.
4. **De morbilidad.** Sus indicadores son las tasas de aborto, tasas de infecundidad, tasas de incapacidad, tasas de frecuencia y prevalencia de enfermedades, tasas de ausentismo al trabajo o escuela, tasas de jubilación temprana por incapacidad, indicadores de salud mental, etc. 30.

#### TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO

En México, como en el resto del mundo, han ocurrido enormes cambios sociales. La medicina no ha sido ajena a estos cambios, existen factores no médicos que ha tenido profunda influencia en las condiciones generales de salud de los pueblos, como por ejemplo la educación, especialmente la de la mujer, la urbanización, el saneamiento, la nutrición y las modificaciones en la organización laboral, fluctuaciones en el crecimiento económico y la tendencia a la democratización participativa, cambios que ha ocurrido con fuerza notable en nuestro país. Se puede decir que todos ellos en conjunto marcan el desarrollo del país, han contribuido para reducir la frecuencia de la mayoría de las enfermedades transmisibles, mientras que otras enfermedades no transmisibles crónicas de origen multifactorial y

caracterizadas por lesiones múltiples se han hecho más comunes. Estas son las enfermedades crónicas y degenerativas que coexisten con las transmisibles en proporción variable en las distintas naciones. 36,39.

En las últimas décadas con la modernización, los niveles de mortalidad se ha reducido y la natalidad también ha empezado a descender. El rápido aumento poblacional ha hecho evidente una transición demográfica que ha dado sustento a otros cambios que incluyen desde luego la transición epidemiológica. 39.40,41

La esencia misma de toda acción médica es de naturaleza clínica y por lo tanto la información debe ser coherente y suficiente para lograr que la epidemiología proporcione datos confiables y oportunos sobre la frecuencia y distribución de las enfermedades y sobre los factores que la determinan o se relacionan con su presencia. 42.

Sólo a través de conocer la magnitud de la mortalidad, de la morbilidad, de la invalidez podremos alcanzar el marco de referencia que posibilite manejar el concepto de transición epidemiológica. 39.

Las enfermedades crónicas y degenerativas dentro de una estructura demográfica donde casi el 20% de la población tiene una edad superior a los 40 años, son problemas muy comunes, de etiopatogenia multifactorial, que reciben influencia de varios factores inmunogenéticos y que se encuentran en interacción con factores ambientales de toda



indole como dieta, hábitos y exposición a agentes físicos, químicos y biológicos. 36.44,45.

En este punto cabe señalar la reciente introducción de un paradigma: las alteraciones genéticas de las mitocondrias como factor común para explicar el desarrollo de números problemas que incluye a las enfermedades crónicas y degenerativas. De acuerdo con esta hipótesis los genes de las mitocondrias, pueden sufrir mutaciones capaces de alterar la síntesis de los complejos enzimáticos que se localizan en la membrana interna de la mitocondria, estos complejos enzimáticos son responsables de transporte de electrones necesario para crear el gradiente electroquímico que se requiere para condensar ADP y fósforo inorgánico, generar así ATP, la moneda energética. Si se altera la fosforilación oxidativa, que es la fuente energética del organismo la disfunción será una consecuencia inevitable. Esta hipótesis propuesta por Wallace ofrece una explicación molecular para la cardiopatía isquémica, la Diabetes mellitus tipo II, la enfermedad de Parkinson, el Alzheimer y el envejecimiento.

El diagnóstico y el manejo de las enfermedades crónicas y degenerativas ocupan mucho del amplio campo de la medicina interna y no son ajenos a la cirugía. Por otro lado, consumen amplios recursos de la investigación clínica biomédica. En un número creciente de enfermedades crónicas y degenerativas presentes en todos los grupos etarios, se han

introducido procedimientos terapéuticos como trasplantes de órganos que ha disminuido la mortalidad pero al mismo tiempo han modificado la calidad de vida y las necesidades de atención médica. Las múltiples medidas terapéuticas indicadas en las diversas enfermedades crónicas y degenerativas favorecen iatrogenia, un riesgo siempre presente.

Las enfermedades crónicas y degenerativas tienen gran importancia en la economía de la salud, son tributarias de decisiones médicas de impacto poblacional y justifican un enfoque epidemiológico orientado hacia los servicios de salud, ya que abarcan aspectos económicos, educativos y de recursos humanos, así como de investigación y desarrollo. 47. Para considerar el perfil de salud de la nación es conveniente tomar en cuenta algunos antecedentes. En México la esperanza de vida ha mostrado un aumento consistente de 62 años en 1970 ha llegado a 69 en 1990, así la población muestra incremento proporcional de adultos y viejos lo que aunado a la creciente migración urbana explica la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas de la población. 48.

En las enfermedades cardiovasculares, la Diabetes mellitus, ha hipertensión arterial y las neoplasias, generalmente se consideran enfermedades crónicas y degenerativas, también e mencionan las secuelas de accidentes, los efectos tardíos de las intoxicaciones y los envenenamientos, así como las

enfermedades reumáticas, endócrinas renales hepáticas y psiquiátricas. De todas ellas es necesario destacar a las hepatopatías y en particular a la cirrosis hepática pues es una de las enfermedades crónicas de mayor impacto en adultos jóvenes que ocasiona alta morbilidad u mortalidad, predominantemente en los hombres y durante los periodos productivos de la vida. 49,51.

A través de la intervención concertada entre los servidores de la salud y la comunidad, podremos transitar a una situación epidemiológica, misma que ni necesariamente corresponde a la que se encuentra ahora en los llamados países desarrollados ni tendrá que seguir ese tránsito conforme a una proyección determinada.

El panorama epidemiológico de México queda manifiesto al revisar los datos estadísticos sobre mortalidad, morbilidad e incapacidad, desafortunadamente esta información no tiene la certeza que sería deseable, como será evidente más adelante.

Entre las primeras veinte causas de mortalidad general en tres cortes transversales por décadas 1970, 1980 y 1990 encontramos cambios notables, y las enfermedades transmisibles han dejado sitio a las enfermedades crónicas y degenerativas las cuales ocupan ya tres de los primeros cinco rubros y por sí mismas integran un número considerable de causas de mortalidad, pues ocho de las veinte principales causas son enfermedades crónicas y degenerativas con 178,551

fallecimientos, lo que representa el 40% de los ocurridos en 1990. 51,53.

Cabe hacer notar que los accidentes se localizan en el tercer lugar y si bien no son enfermedades crónicas y degenerativas, nos ocuparemos de ellos ya que su elevada frecuencia nos alerta acerca de la importancia que pueden tener en la génesis de alteraciones crónicas por las secuelas que dejan, incluso se señalan los efectos tardíos de accidentes y envenenamientos como categorías independientes en la novena clasificación internacional de enfermedades. 54.

La mortalidad por cardiopatías, neoplasias malignas y Diabetes mellitus es mayor conforme aumenta la edad; estas enfermedades aparecen hasta la edad adulta entre las diez primeras causas de mortalidad general, mientras que los accidentes están presentes desde la etapa preescolar lo que significa que son eventos que pueden ocurrir con gran frecuencia desde la infancia y pueden dejar secuelas para toda la vida en los casos que no fueron mortales. 53.

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares causan el 25% de las muertes, cobran 12,000 de vidas cada año e incapacitan temporal o permanentemente a muchos. En México fueron la principal causa de muerte durante la década pasada. No sorprende que la organización mundial de la salud declarara en el día mundial de la salud, el 7 de abril de este año, el lema "La salud al ritmo del corazón, como

una estrategia para destacar la necesidad de actuar previniendo enfermedades cardiovasculares. 54.

Con relación a la prevención hay conocimiento suficiente para que mediante la educación y las motivaciones para el cambio de hábitos y conductas, se busque modificar actitudes, promover una nutrición adecuada, el ejercicio físico y la eliminación del tabaquismo, factores bien conocidos que inciden en la génesis de atero y arterioesclerosis, los cuales son substratos patogénicos de muchas cardiopatías, hipertensión arterial y enfermedades cerebrovasculares. 45,55.

Por otro lado la cardiopatía reumática sigue cobrando vidas en México, por ello, reforzar la prevención primaria y el tratamiento oportuno de la estreptococia faríngea mediante la educación a los padres de familia y a los maestros puede ser otra acción preventiva de valor indiscutible.

Analizar la morbilidad general en México resulta una tarea difícil debido a que no hay criterios homogéneos. Si consideramos solamente el criterio principal de egreso hospitalario la mortalidad por Diabetes mellitus en la secretaria de salud representa solo el 0.88% mientras que en las instituciones de seguridad social alcanza el 2.2% en el IMSS y el 3% en el ISSSTE. 56.

Las enfermedades cardiovasculares son más frecuentes que la diabetes en los hospitales que en la secretaria de salud; durante 1990 hubo 9,558 egresos con este diagnóstico

principal, lo que representó el 1.75%.<sup>56</sup> Con frecuencia ambos padecimientos coexisten. Es conocido que los diabéticos tienden a la enfermedad vascular. Cabe señalar en este punto que la diabetes mellitus, principalmente la de tipo II, como las enfermedades cardiovasculares son influenciadas por defectos nutricionales y por hábitos inapropiados entre los que se cuenta sedentarismo, tabaquismo y estrés; estos son difícilmente cuantificables, pero son blanco potencial de acción de educación social y médica que podía incidir en el tránsito epidemiológico que recorra México, ya que la reducción de la prevalencia de estos factores de riesgo podría tener efecto multiplicador en la reducción de la frecuencia de estas enfermedades. En los hospitales de la secretaria de salud,<sup>57</sup> los egresos por neoplasias en el año de 1990 fueron 6852 y de estos los carcinomas cervicouterino y mamario fueron los más frecuentes; esta situación también se puede influenciar si se modifican algunas conductas, especialmente la educación preventiva. Los egresos hospitalarios por neoplasias en general, incluyendo enfermedades hematológicas, colocan a los padecimientos malignos en el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad. Mas abajo se encuentran otras condiciones crónico degenerativas, como colelitiasis; enfermedades del sistema nervioso, enfisema, bronquitis crónica y asma; nefropatías y cirrosis hepática entre otras. Llama poderosamente la atención que no aparecen enfermedades

reumáticas, ni úlceras gástrica o duodenal, que son padecimientos comunes en la práctica hospitalaria. Es conocido que la frecuencia de la úlcera gástrica favorecida por la prescripción de medicamentos antirreumáticos va en aumento.

Los accidentes registrados en el IMSS, ISSSTE, PEMEX y STPS durante 1990 produjeron incapacidad temporal con una pérdida de más de 14 millones días/año, y se distribuyeron en dos rubros: accidentes en el trabajo y accidentes en el trayecto. La incapacidad permanente en ese mismo año por accidentes de trabajo fue de 13,802 casos y por accidente en el trayecto 1,274. Estas cifras pueden enmascarar varias enfermedades crónicas en los sujetos invalidados; baste mencionar la pielonefritis crónica del parapléjico o las úlceras de decúbito con riesgo de amiloidosis secundaria.

Los datos revisados hacen ver que la información accesible está actualizada en el renglón de mortalidad, pero en lo que toca a morbilidad e incapacidad aún es incompleta. Es muy probable que un gran subregistro y más aun en la identificación de casos contribuyan a viciarla. Este último punto juega un papel importante sobre la heterogeneidad en la preparación de los médicos.

Es necesario y a la vez urgente buscar remedio a esas fallas. Sin duda alguna, existe un incremento considerable en las condiciones crónicas y degenerativas, pero también es claro que tenemos tareas inmediatas de atender para lograr

una información adecuada de la prevalencia de un número no despreciable de estas enfermedades, que aun sin peso notable entre las causas de mortalidad como es el caso de las enfermedades reumáticas, si representan un renglón importante en la morbilidad y en la capacidad temporal o permanente y por tanto tienen un enorme interés como generadoras de demanda de servicios y consumen grandes recursos para su manejo, con frecuencia complejo y de naturaleza paliativa.

La academia nacional de medicina, ilustre corporación que reúne a médicos, investigadores y catedráticos en un cuerpo de excelencia, que tiene representación nacional y goza de un sólido y bien ganado prestigio, puede contribuir favorablemente en las medidas correctivas de los defectos de información que es el sustento de toda acción de indole epidemiológica. Solo hace falta desarrollar mecanismos que vinculen a los académicos y a los médicos certificados por los consejos que a la propia corporación considera idóneos, con las autoridades encargadas del acopio y del análisis de la información para lograr que en el futuro la notificación de enfermedades alcancen niveles superiores. .

Haciendo un análisis juicioso sin sesgos y con objetividad, podemos decir que los esfuerzos de muchos años no han sido en vano ya que ahora contamos con un panorama epidemiológico de México y para hacerlo aun más operativo debemos reconocer que es perfectible y que existen los elementos y la voluntad



de perfeccionarlo. Esto supone el compromiso de todos los integrantes de la profesión médica en el país entero, busquemos entonces las vías convergentes para alcanzar una información superior para educar a nuestro pueblo usando todos los medios accesibles y para hacer de nuestros jóvenes estudiantes mejores médicos, capaces de establecer diagnósticos precisos que nos puedan dar una mayor confianza a nuestro momento epidemiológico.

Informar es corocer y sólo quien conoce puede intentar la prevención condicional de toda medida generosa en busca de la salud y el bienestar.

Como académico y como servidor publico creo que estamos a tiempo de lograr que la transición epidemiológica sea diferente; con una mejor educación y en particular con educación para la salud y apoyo para la comunicación social, se podrán generar conductas saludables que sean accesibles a toda la población y conseguir con ello que el asalto de la patología crónica y degenerativa se module y tal vez en la siguiente generación logremos una vida más larga pero sobre todo de mejor calidad; esta es la meta digna de todo nuestro esfuerzo que vale la pena perseguir.

## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las características familiares y médicas de los derechohabientes de la clínica Balbuena del ISSSTE, son desconocidas de manera sistematizada por el equipo de salud. La población vista en el consultorio 8 de esta clínica por su situación social vive en condiciones higiénico dietéticas medias, situación observada de manera empírica durante el trabajo cotidiano.

El subsistema biológico cuyos factores son, sexo, edad, peso corporal, herencia etc. Son factores pertenecientes también a los subsistemas psíquicos, sociales y culturales, como el tipo de personalidad, creencias, estado civil, posición social, educación y que juegan un papel que puede ser patológico dependiendo del área donde se ubique el grupo humano estudiado, contribuyendo a no incrementar la problemática familiar.

Actualmente en nuestro país se observa un incremento de las enfermedades agudas igualándose a las crónico-degenerativas, o probablemente por arriba de ellas. Aún con la tecnología y la cobertura de la atención a la salud.

Por lo anterior, como problema de este trabajo se plantea la importancia de señalar:

¿Cuáles son las características familiares y médicas de la población adscrita al consultorio 8 de la clínica Balbuena que pueda influir para el control de la salud?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente en nuestro país se vive la era de la especialización ya que casi todas o una gran mayoría de las enfermedades son canalizadas a médicos especialistas, en nuestras instituciones de salud, llámese: ISSSTE, IMSS, Ssa, etc. Se establecen programas para enfermedades crónico-degenerativas. 28.

Pero se descuidan programas básicos muy importantes para la atención primaria de salud tales como:

Promoción a la salud, contaminación y control ambiental, planificación familiar, control del crecimiento y desarrollo en niños, programas preventivos dentales en niños, programas geriátricos, etc. Para que haya una mejor calidad de vida de los integrantes de las familias.

Por lo tanto, para el médico como para las familias, no hay resultados positivos que dignifiquen la salud de los derechohabientes. 6,7,12.

Se encuentran también grandes problemas que van desde los servicios administrativos, laboratorio, rayos X, servicios de enfermería y nivel dirección, que son muy importantes en

los pacientes que son canalizados a un segundo o tercer nivel de atención médica y se detectan problemas para las citas o la simple atención y posteriormente esperar la contrarreferencia que nunca llega, o llega en un porcentaje muy bajo en la mayoría de los casos por los especialistas.

Aproximadamente el 90% de la población acude con el médico familiar, y si estos médicos no cuentan con los medios adecuados para elaborar bien su trabajo, entonces los pacientes van a tener complicaciones en su entorno biológico, psíquico, social, cultural, es decir en su salud integral. Esto influirá en su seguimiento, por lo tanto para evitar esto, es necesario y de suma importancia identificar las características familiares y médicas para darle mejor atención a los pacientes. 2,3.

En las unidades de primer nivel, las enfermedades de primer causa de consulta son de tipo agudo, por ejemplo:

Infecciones del tracto respiratorio alto y bajo, enfermedades gastrointestinales, síndromes diarreicos de tipo viral, colitis parasitarias, enfermedades dermatológicas, problemas emocionales y psicológicos y hasta las crónico degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, etc. 12,13.

Un manejo adecuado de los pacientes con estas enfermedades, un control y seguimiento por parte del médico familiar, servicios administrativos, trabajo social, laboratorio, servicios de enfermería y otro tanto del paciente, evitará

complicaciones graves, se fortalecen los programas ya establecidos para las causas ya mencionadas.

Otras ventajas que se pueden obtener son profundizar en el conocimiento y frecuencia de dichas características, obteniéndose beneficios no solo para el paciente. Sino también para su familia y para las instituciones de salud, ya que esto representa menor número de consulta, menor cantidad de medicamentos, menor derrame financiero y evitamos en un gran número las transferencias a un tercer nivel de atención, todo esto nos dará una reducción importantísima en la morbimortalidad. 23,26,27.

#### 1.4. OBJETIVOS

##### OBJETIVO GENERAL

Conocer las características y tipo sociomédicas de los derechohabientes del consultorio no. 8 de la clínica Balbuena del ISSSTE.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la pirámide poblacional del consultorio no. 8.
2. Determinar las 10 principales causas de atención médica.
3. Conocer el tipo de familia.

4. Identificar el ciclo vital de la familia.
5. Identificar el nivel socioeconómico de los pacientes.
6. Identificar el grado de escolaridad.
7. Identificar el número de mujeres en edad fértil.
8. Identificar el número de niños en edad para vacunación.
9. Determinar el número de mujeres susceptibles para la detección de cáncer cervico-uterino.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

En este tipo de investigación se efectúa un estudio:

- observacional
- descriptivo
- de corte transversal
- retrospectivo
- prospectivo

### **2.2. POBLACIÓN - LUGAR Y TIEMPO**

Se estudiarán, pacientes y hojas de informe diario del médico, para conocer las características socio - médicas de los derechohabientes de la clínica Balbuena del ISSSTE en México, D.F. en el período comprendido entre los meses de

4. Identificar el ciclo vital de la familia.
5. Identificar el nivel socioeconómico de los pacientes.
6. Identificar el grado de escolaridad.
7. Identificar el número de mujeres en edad fértil.
8. Identificar el número de niños en edad para vacunación.
9. Determinar el número de mujeres susceptibles para la detección de cáncer cervico-uterino.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

En este tipo de investigación se efectúa un estudio:

- observacional
- descriptivo
- de corte transversal
- retrospectivo
- prospectivo

### **2.2. POBLACIÓN - LUGAR Y TIEMPO**

Se estudiarán, pacientes y hojas de informe diario del médico, para conocer las características socio - médicas de los derechohabientes de la clínica Balbuena del ISSSTE en México, D.F. en el período comprendido entre los meses de

septiembre a noviembre de 1997, así como las hojas de registro de enero a diciembre de 1998.

### **2.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Los pacientes con los que se trabajó, se obtuvieron mediante un muestreo no aleatorio, por cuotas hasta completar un total de 100 pacientes y el total de hojas de registro del año de 1998.

### **2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Derechohabientes de la clínica Balbuena del ISSSTE.
- Pacientes que pertenezcan al consultorio 8.
- Pacientes que acepten colaborar con el estudio.
- Que sean de ambos sexos.
- Pacientes de diferentes grados de escolaridad.
- De todos los niveles socioeconómicos.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- No derechohabientes de la clínica Balbuena del ISSSTE.
- Pacientes que no pertenezcan al consultorio 8.
- Pacientes que no aceptan colaborar con el estudio.



- Pacientes que presenten problemas psiquiátricos.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Hojas incompletas de informe diario del médico.
- Pacientes que no contesten en forma completa el cuestionario.

### **2.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

#### **INFORMACIÓN A RECOLECTAR**

Para la obtención de la información, se utilizará un cuestionario con 13 variables (cédula de recolección de datos) (anexo 1). el cual se llenará con datos que otorgue el paciente y son los siguientes:

- nombre de la familiar
- estado civil
- años de unión conyugal
- escolaridad
- edad del padre
- edad de la madre
- número de hijos (hasta de 10 años en adelante)
- número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- número de hijos (de 20 años en adelante)

- ocupación de los padres de familia
- ingresos económicos
- tipo de familia
- etapa del ciclo vital de la familia

Para la identificación de las causas de consulta las variables son:

- los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo (hoja de informe diario del médico) (anexo 3)

**PARA EL CENSO POBLACIONAL SUS VARIABLES SON:**

- número total de individuos
- número total de individuos del sexo masculino
- número total de individuos del sexo femenino
- número total de individuos del sexo femenino por grupos etáreos
- número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos

anexo (2)

## **PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN**

### **A).- PARA EL ESTUDIO DE LA COMUNIDAD:**

- 1- Se hablará con el encargado del servicio para obtener primero la información y su autorización.
- 2- Se aplicará el cuestionario para el estudio de la comunidad del consultorio 8 a la población mayor de 18 años en el horario de 14:00 a 20:00 hrs. del 1o. de octubre al 30 de noviembre de 1998.
- 3- Se aplicará el cuestionario al padre o madre de la familia, que den los datos para su correcto llenado, que se incluye.  
(Anexo 1) (identificación familiar).

### **B) PARA CONOCER EL CUESTIONARIO APLICADO POR EL MÉDICO DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD Y CENSO DE LA POBLACIÓN.**

- 1- Se utilizará la hoja de informe diario del médico formatos sm10-1 (anexo 2).
- 2- Los datos registrados en el servicio de estadística el cual se hablará con el encargado del servicio.
- 3- La recolección de los datos se llevó a cabo en la clínica.

### 3. RESULTADOS

Las características médicas, se estudiaron en base alas diez causas de morbilidad más importantes, de las cuales se detectó que las más frecuentes son:

1.- Rinofaringoamigdalitis	777
2.- Diabetes mellitus	337
3.- Hipertensión arterial sistémica	333
4.- Gastroenteritis probablemente infecciosa	227
5.- Parasitosis intestinal	197
6.- Síndrome diarreico	183
7.- Lumbalgia	103
8.- Enfermedad ácido péptica	73
9.- Onicomycosis	73
10. Colitis	24

Como se observa en la tabla 1 se tomó como rango de edad de 0 a 70 años y se formaron grupos por cada 5. encontrando mayor prevalencia de padecimientos agudos en los grupos de menos de 40 años de edad, procesos crónicodegenerativos en grupos de 45 años de edad en adelante. En cuanto al sexo femenino en 7 de los 10 padecimientos fue mayor el porcentaje y el sexo masculino fue de 3 de los 10 padecimientos. Por lo que se refiere a las características sociales este estudio se realizó en 100 pacientes con los

criterios de inclusión. Con respecto al estado civil (cuadro y gráfica 3) el mayor porcentaje fue de casados con 87 y el menor es para unión libre con 6 encontrando 2 madres solteras y 5 divorcios. En los años de unión conyugal los cuales se pueden observar en la gráfica 4, la mayor frecuencia se encontró en el grupo que comprende de 46 a 50 años con 23 pacientes, en tanto que el menor porcentaje fue en el grupo de 1 a 5 años con sólo 2 pacientes.

Por lo que se refiere al número de integrantes por familia como se ejemplifica en la gráfica 5, la mayor frecuencia fue en el grupo de integrantes de 3 a 4 por familia en un total de 50, los grupos con mayor integrantes los obtuvieron los grupos 9, 10, 11 y 15.

El tipo de familia como se ejemplifica en la gráfica 6 por su desarrollo predominó en la familia tradicional con 70 casos y la familia moderna con 30.

Con base en su situación demográfica como se ejemplifica en la gráfica 7 el 100% fueron urbanas.

En cuanto a escolaridad del cónyuge (gráfica 8) la mayor frecuencia fue profesional con 37 pacientes en tanto que la menor fue para el grupo de analfabetas.

Por su composición familiar (gráfica 9) se obtuvieron 38 familias extensas, 59 nucleares, y extensas compuestas 3.

Respecto a los ingresos mensuales (gráfica 10) el 90% fue de 3 o más salarios mínimos y el 10% restantes fue de 1 a 2 salarios mínimos.

En la etapa del ciclo vital (gráfica 11) en etapa de dispersión se encontró el 55% de los casos en independencia el 22, en expansión el 14, en matrimonio el 3 y en retiro el 6.

La ocupación actual de los padres (gráfica 12) tenemos profesionistas 45%, técnicos 11, hogar 37 y obreros 7.

#### 4. GRÁFICAS, CUADROS Y ANEXOS

## MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

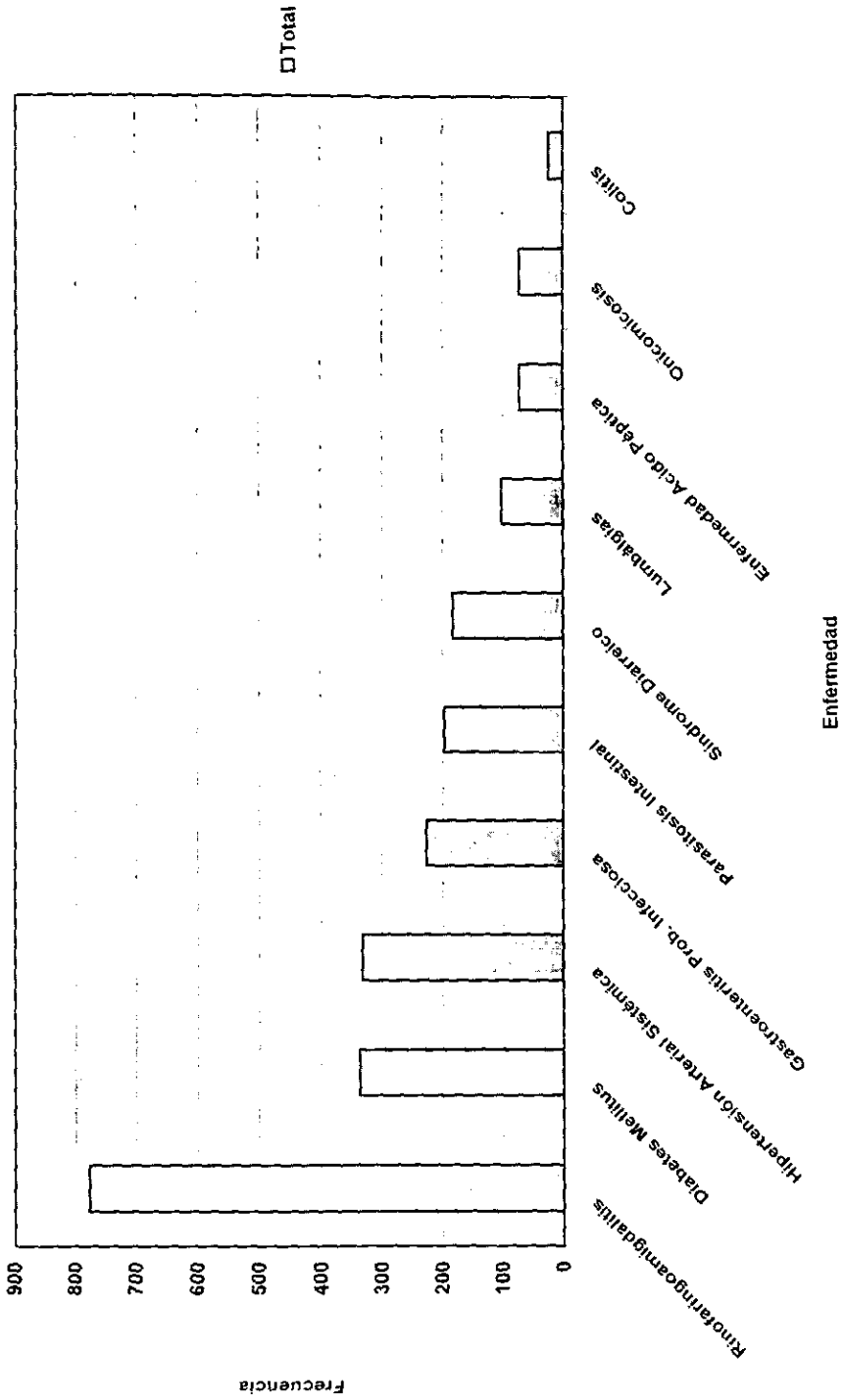
Enfermedades mas frecuentes consultorio 8 del turno vespertino clinica Balbuena

Enfermedad	Fem.	Masc.	Total	% Fem.	% Masc.	% Enfermedad Total
Rinofaringoamigdalitis	340	437	777	43.8	56.2	33.4
Diabetes Mellitus	139	198	337	41.2	58.8	14.5
Hipertensión Arterial Sistémica	160	173	333	48	52	14.3
Gastroenteritis Prob. Infecciosa	110	117	227	48.5	51.5	9.8
Parasitosis Intestinal	95	102	197	48.2	51.8	8.5
Síndrome Diarreico	59	124	183	32.2	67.8	7.9
Lumbalgias	64	39	103	62.1	37.9	4.4
Enfermedad Acido Péptica	36	37	73	49.3	50.7	3.1
Onicomiosis	31	42	73	42.5	57.5	3.1
Colitis	16	8	24	66.7	33.3	1
<b>totales</b>	<b>1050</b>	<b>1277</b>	<b>2327</b>	<b>45.1</b>	<b>54.9</b>	<b>100</b>

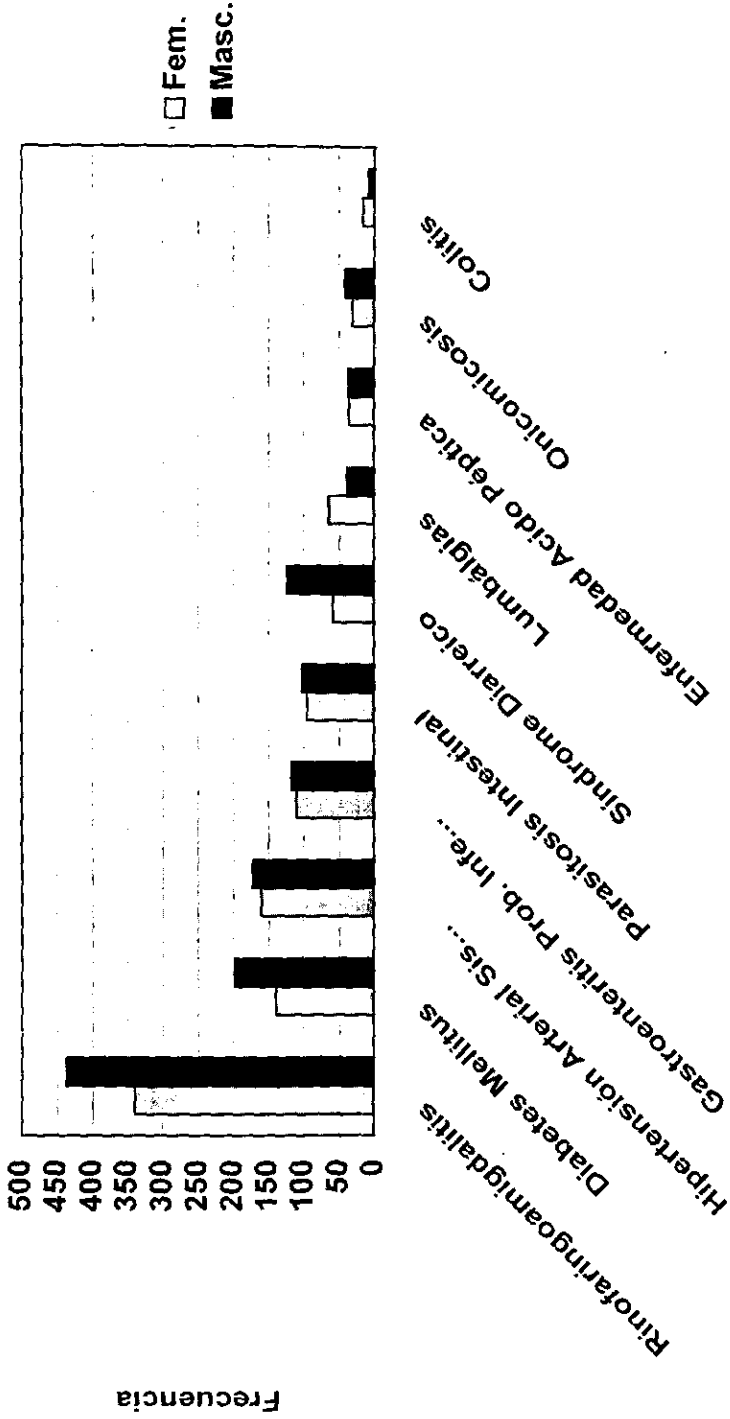
Fuente : Cédula de identificación familiar ( recolección de datos)



Totales

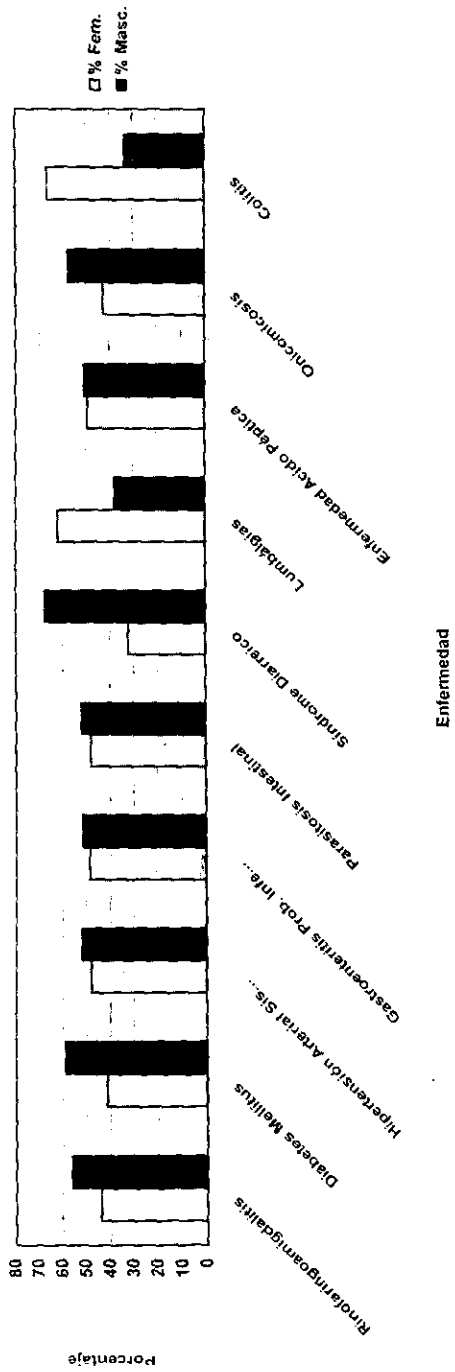


Femenino vs. Masculino



Enfermedad

% Femenino vs. % Masculino



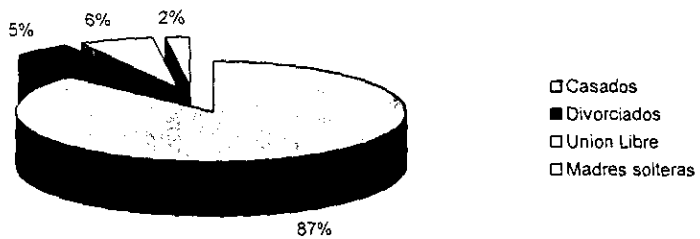
# MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

Características familiares

Poblacion estudiada

Estado civil

Estado civil	Cantidad	%	Totales
Casados	87	87	87
Divorciados	5	5	5
Union Libre	6	6	6
Madres solteras	2	2	2
Totales	100	100	100



Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

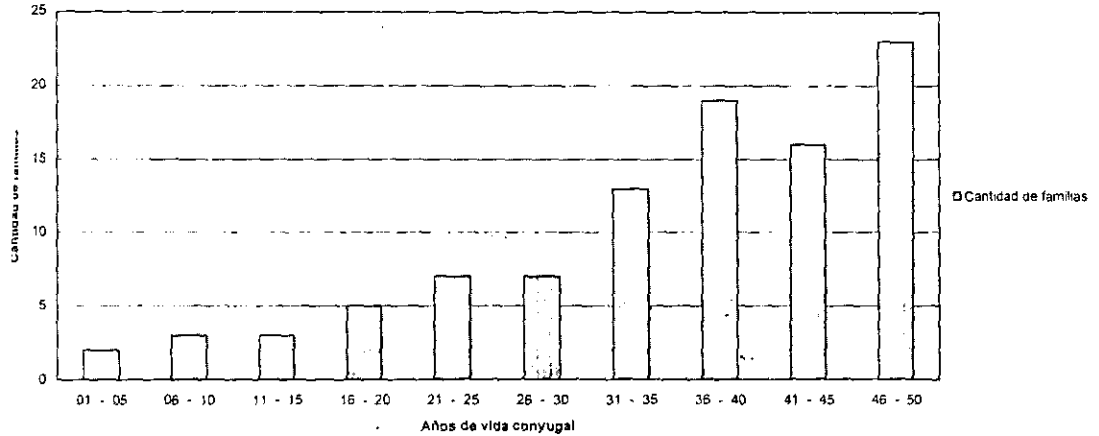
# MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

*Años de unión Conyugal*

Clinica de Medicina Familiar Balbuena

Años de vida conyugal	Cantidad de familias	%	Totales
01 - 05	2	2	2
06 - 10	3	3	3
11 - 15	3	3	3
16 - 20	5	5	5
21 - 25	7	7	7
26 - 30	7	7	7
31 - 35	13	13	13
36 - 40	19	19	19
41 - 45	16	16	16
46 - 50	23	23	23
Totales	98	98	98

Nota : 2 Madres Solteras

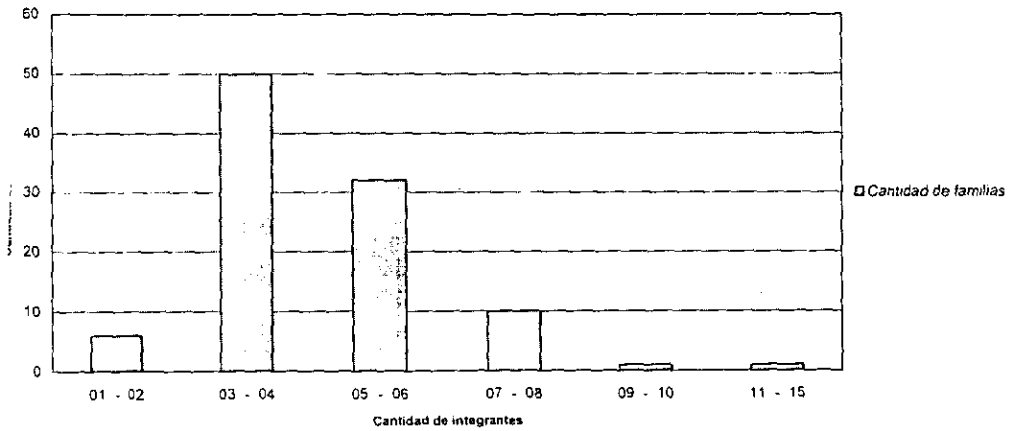


Fuente : Cedula de identificación familiar ( recolección de datos )

# MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

Cantidad de integrantes por Familia

Cantidad de integrantes	Cantidad de familias	%	Totales
01 - 02	6	6	6
03 - 04	50	50	50
05 - 06	32	32	32
07 - 08	10	10	10
09 - 10	1	1	1
11 - 15	1	1	1
Totales	100	100	100

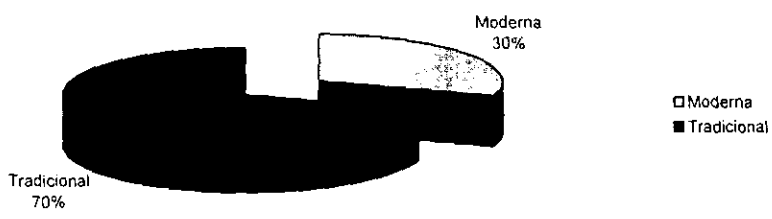


Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

# MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

Tipo de familia en base a su desarrollo

Tipo de familia	Cantidad de familias	%	Totales
Moderna	30	30	30
Tradicional	70	70	70

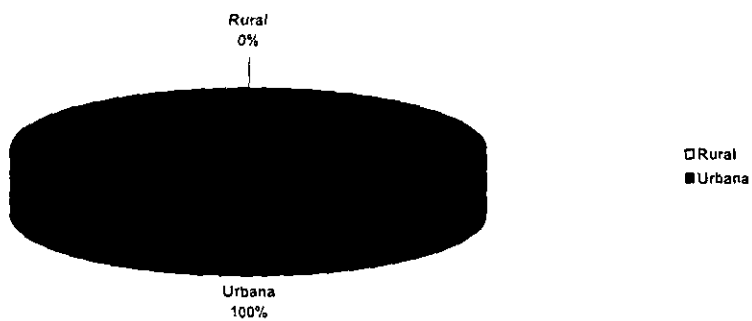


Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

# MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR

Tipo de familia en base a su demografía

Demografía	Cantidad de familias	%	Totales
Rural	0	0	0
Urbana	100	100	100



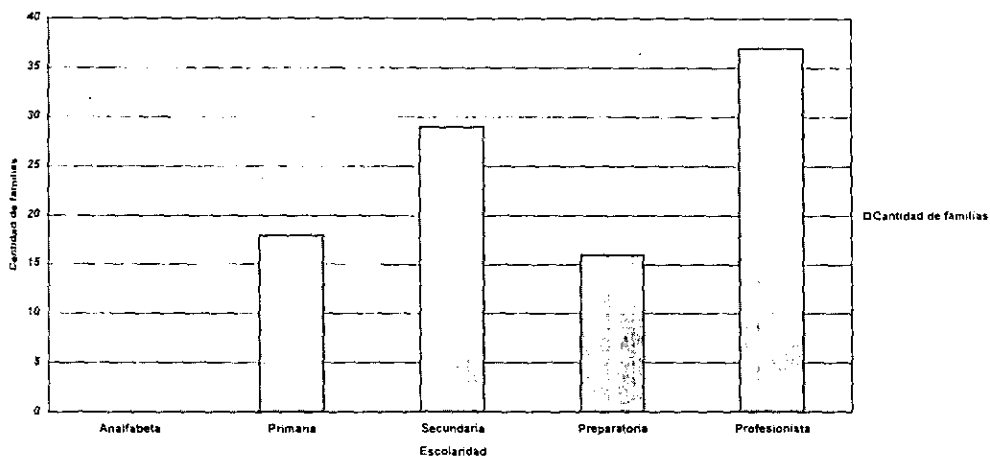
Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)



## MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

*Escolaridad del Conyuge encuestado*

Escolaridad de los padres	Cantidad de familias	%	Totales
Analfabeta	0	0	0
Primaria	18	18	18
Secundaria	29	29	29
Preparatoria	16	16	16
Profesionista	37	37	37
Totales	100	100	100

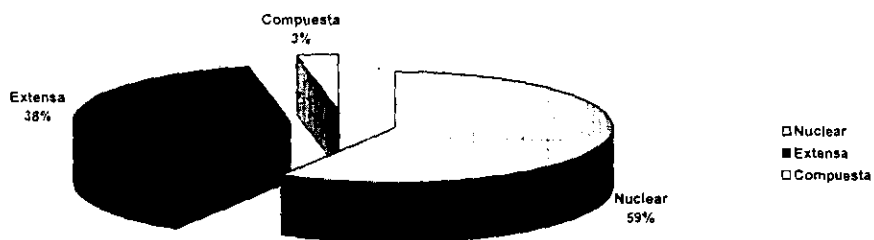


Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

# MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

## Composición de la familia

Composición de la familia	Cantidad de familias	%	Totales
Nuclear	59	59	59
Extensa	38	38	38
Compuesta	3	3	3
total	100	100	100

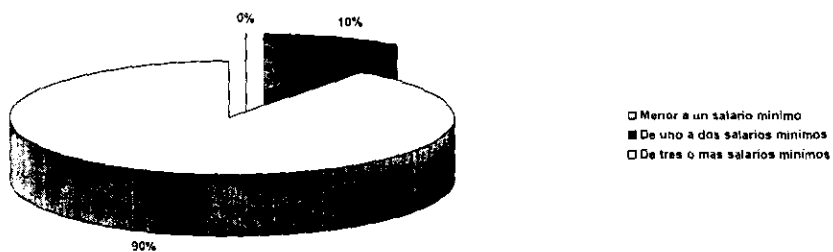


Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

## MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

Ingresos mensuales de la familia

Ingreso Mensual	Cantidad de familias	%	Totales
Menor a un salario mínimo	0	0	0
De uno a dos salarios mínimos	10	10	10
De tres o más salarios mínimos	90	90	90
total	100	100	100

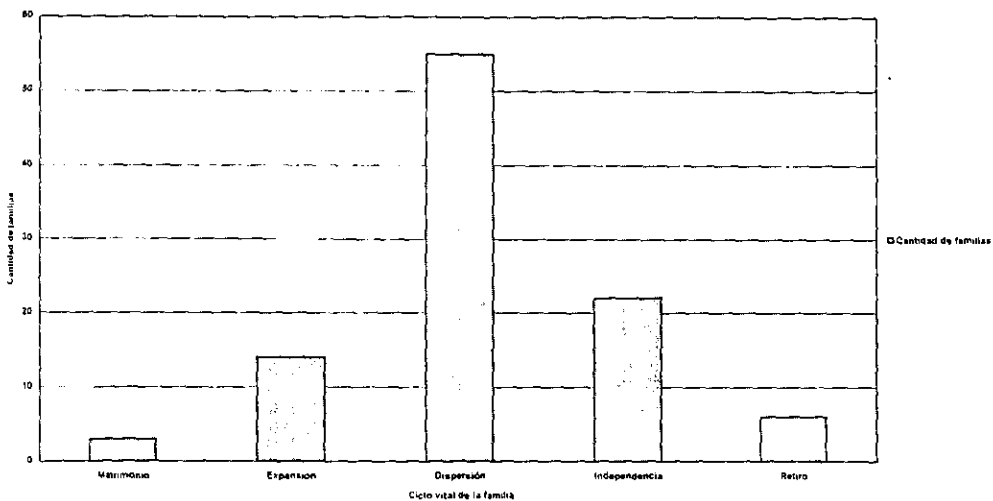


Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

# MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

## Etapa del ciclo vital de la familia

Ciclo vital de la familia	Cantidad de familias	%	Totales
Matrimonio	3	3	3
Expansión	14	14	14
Dispersión	55	55	55
Independencia	22	22	22
Retiro	6	6	6
Totales	100	100	100

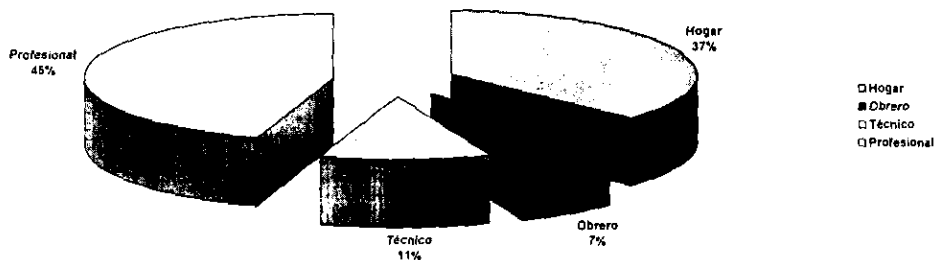


Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

# MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

## Ocupación de los padres de familia

Ocupación	Cantidad de familias	%	Totales
Hogar	37	37	37
Obrero	7	7	7
Técnico	11	11	11
Profesional	45	45	45
Totales	100	100	100



Fuente : Cédula de identificación familiar (recolección de datos)

# IDENTIFICACION FAMILIAR

FAMILIA \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL CASADOS ( )  
U LIBRE ( )  
AÑOS DE UNION CONYUGAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDE EL TEST \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO M F ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

EDAD DEL PADRE \_\_\_\_\_ EDAD DE LA MADRE \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (HASTA 10 AÑOS DE EDAD) \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD) \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD) \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

TIPO DE FAMILIA MARQUE CON UNA ("X")

DESARROLLO: MODERNA ( ) DEMOGRAFIA: URBANA ( )  
TRADICIONAL ( ) SEMIURBANA ( )

COMPOSICION: NUCLEAR ( )  
EXTENSA ( )  
COMPUESTA ( )

INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS: < DE 1 SALARIO MINIMO ( )  
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS ( )  
3 O MAS SALARIOS MINIMOS ( )

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA \_\_\_\_\_

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR: EXPANSION ( ) DISPERSION ( )  
INDEPENDENCIA ( ) RETIRO ( )

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



		No.	%
<b>ESTADO CIVIL:</b>			
SOLTERO			
CASADO			
UNION LIBRE			
DIVORCIO			
VIUDO			
<b>AÑOS DE UNION CONYUGAL:</b>			
<b>ESCOLARIDAD:</b>			
BASICA			
MEDIA			
MEDIA SUPERIOR O TECNICA			
SUPERIOR			
<b>EDAD DEL PADRE:</b>			
<b>EDAD DE LA MADRE:</b>			
<b>METODO DE PLANEACION FAMILIAR:</b>			
DIU			
ANT. ORAL			
ANT. INYECTABLE			
OTRO			
RITMO			
CONDON			
VASECTOMIA			
<b>NUMERO DE HIJOS (HASTA 10 AÑOS DE EDAD)</b>			
<b>NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD)</b>			
<b>NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD)</b>			
<b>OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA:</b>			
PROFESIONAL			
TECNICO			
EMPLEADO			
HOGAR			
OTRO			
<b>INGRESO ECONOMICO</b>			
< 1 UN SALARIO MINIMO			
1 A 2 SALARIOS MINIMOS			
3 O MAS SALARIOS MINIMOS			
<b>TIPO DE FAMILIA:</b>			
DESARROLLO:			
MODERNA			
TRADICIONAL			
<b>COMPOSICION:</b>			
NUCLEAR			
EXTENSA			
COMPLETA			
<b>DEMOGRAFIA:</b>			
URBANA			
RURAL			
<b>ETAPA DEL CICLO FAMILIAR:</b>			
EXPANSION			
DISPERSION			
INDEPENDENCIA			
RETRO			

		No.	%
<b>ESTADO CIVIL:</b>			
SOLTERO			
CASADO			
UNION LIBRE			
DIVORCIO			
VIUDO			
<b>AÑOS DE UNION CONYUGAL:</b>			
<b>ESCOLARIDAD:</b>			
BASICA			
MEDIA			
MEDIA SUPERIOR O TECNICA			
SUPERIOR			
<b>EDAD DEL PADRE:</b>			
<b>EDAD DE LA MADRE:</b>			
<b>METODO DE PLANEACION FAMILIAR:</b>			
DIU			
ANT. ORAL			
ANT. INYECTABLE			
OTRO			
RITMO			
CONDON			
VASECTOMIA			
<b>NUMERO DE HIJOS (HASTA 10 AÑOS DE EDAD)</b>			
<b>NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD)</b>			
<b>NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD)</b>			
<b>OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA:</b>			
PROFESIONAL			
TECNICO			
EMPLEADO			
HOGAR			
OTRO			
<b>INGRESO ECONOMICO</b>			
< 1 UN SALARIO MINIMO			
1 A 2 SALARIOS MINIMOS			
3 O MAS SALARIOS MINIMOS			
<b>TIPO DE FAMILIA:</b>			
DESARROLLO:			
MODERNA			
TRADICIONAL			
<b>COMPOSICION:</b>			
NUCLEAR			
EXTENSA			
COMPLETA			
<b>DEMOGRAFIA:</b>			
URBANA			
RURAL			
<b>ETAPA DEL CICLO FAMILIAR:</b>			
EXPANSION			
DISPERSION			
INDEPENDENCIA			
RETRO			



INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES  
DEL ESTADO  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

DIA	MES	ANO

INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO													
NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO		FIRMA	CLAVE	ESPECIALIDAD	HORARIO	UNIDAD	LOCALIDAD Y ENTIDAD						
PARA SUBSTITUCIONES		FIRMA	CLAVE	CAUSA									
NUM PRO	NOMBRE	EXPEDIENTE	TIPO	SEXO Y EDAD		SUBS	FORMADO	SOLICITUDA			DIA DE INICIAMIENTO	MOTIVO DE LA CONSULTA	
				M	F			1ª VEZ	LAB	EN INTERIORS			OTROS
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	LA VEZ	SUBSECUENTE			0-4 MESES		5-9 ANOS		10-14 ANOS		15-19 ANOS		20-24 ANOS		25-27 ANOS		30-34 ANOS		35-39 ANOS		40-44 ANOS		45-49 ANOS		50-54 ANOS		55-59 ANOS		60-64 ANOS		65-69 ANOS		70 O MAS ANOS						
		H	M	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M							
1																																							
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							

## 5. ANÁLISIS

Este estudio se realizó para conocer las características socio-médicas de acuerdo a los criterios de inclusión y los resultados obtenidos y son valiosos únicamente para la muestra estudiada, las características más frecuentes de los pacientes que asisten a la consulta diaria están basados dentro de los subsistemas biológicos sociales y culturales y se analizan las que se consideran más importantes en este estudio.

De las 10 enfermedades estudiadas, las infecciones respiratorias agudas son las principales causas de atención, lo cual demuestra que este tipo de problemas, en la gran mayoría de los casos se resuelven en el primer nivel de atención, ya que del total de consultas de acuerdo con la lista de morbilidad general, las afecciones principales agudas según la frecuencia son las respiratorias, según los estudios reportados. En este trabajo otros padecimientos frecuentes correspondieron las enfermedades crónicas-degenerativas como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedad del aparato digestivo, estos resultados son los esperados ya que este tipo de enfermedades en un gran número de pacientes se diagnostican y se controlan en el primer nivel de atención. Los grupos de edad en los que se encontraron la mayor frecuencia de los padecimientos de proceso agudo, 3 fueron en las primeras décadas de la vida

de 0 a 35 años de edad y fue motivo de consulta por afección por grupos de edad.

Las enfermedades infecciosas son las más trascendentes en las personas de 15 a 45 años, los traumatismos y procesos agudos también en las mayores de 45-50. Las enfermedades crónico degenerativas.

El sexo más frecuentemente afectado por las patologías más comunes fue el sexo masculino aunque ésto no sea notable como para pensar en que fue un factor determinante y sobre todo porque el presente estudio se hallaron más hombres que mujeres por lo que se requiere de otro con control más específico de estas variable.

En cuanto al estudio de las características familiares el estado civil predominante fue entre los casados.

Por lo que se refiere a los años de unión conyugal la mayor frecuencia fueron las familias con más años de vida conyugal. Esto es favorable porque en los primeros años es donde se fundan los cimientos de los que llegaron hacer la familia futura y se crean los nuevos roles de padre y de madre.

La familia tradicional ocupó el primer lugar de este estudio y demostró que por la cultura en que vivimos se da este tipo de familias cuyo denominador común es su tradicionalidad.

En cuanto a los integrantes por familias están compuestas por varios integrantes y se observa que las familias grandes solicitan más los servicios médicos.

El grado de escolaridad del cónyuge encuestado demostró que existen niveles adecuados porque a medida que el padre de familia tiene mejor preparación, la petición de servicios médicos mejora de acuerdo a los problemas que presenta cada uno de sus integrantes.

Los resultados de la composición de la familia son satisfactorios ya que se encontró que las familias en su gran mayoría son nucleares y extensas habiendo una gran variedad de relaciones entre padres e hijos y otros parientes presentando en ocasiones elementos no consanguíneos que complica la estructura.

Respecto al nivel económico este tiene muchas variables dependiendo de la zona del trabajo, de la profesión, ocupación y dependiendo de esto será la demanda de consulta en las unidades.

En cuanto al ciclo vital este se encuentra en etapa de expansión predominantemente caracterizando a la población de este consultorio.

Con respecto a la ocupación de los padres de familia se observó mayor frecuencia de profesionista y esto depende mucho de la zona donde se realice el estudio.

## 6. CONCLUSIONES

Se logró detectar las características socio-económicas de los derechohabientes las cuales incluyeron los factores médico, social y cultural. Asimismo las características médicas más frecuentes con base a las 10 causas principales de atención fueron:

1. Rinofaringoamigdalitis
2. Diabetes mellitus
3. Hipertensión arterial sistémica
4. Gastroenteritis probablemente infecciosa
5. Parasitosis intestinal
6. Síndrome diarréico
7. Lumbalgias
8. Enfermedad ácido péptica
9. Onicomycosis
10. Colitis

Se debe tomar en cuenta que el tipo de estudio que se realizó, los resultados sólo tienen validez para la muestra estudiada.

Con base en las características encontradas, el médico debe ser capacitado para responsabilizarse de la atención médica

primaria e integral del individuo y su familia, debe fortalecerse el desarrollo de la medicina familiar en unidades de primer nivel de atención médica.

En la mayoría de las ocasiones actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de salud siendo necesaria la coordinación para el uso de los recursos para la atención de los mismos y se dará atención independientemente de la edad, sexo o los padecimientos agudos, crónicos y de rehabilitación.

## 7. REFERENCIAS

1. Mandallie JH. La contribución de la investigación al mejoramiento de la Práctica familiar. Limusa 1987, 325-337.
2. Delgado A, López A. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atención primaria. 1992;9:457-459.
3. Rodríguez MJ, Ruiz JP. Cumplimiento de actividades de prevención y promoción de la salud. Atención primaria. 1992;13:39-40.
4. Estebanell AJA, Pérez AU, Martín M y col. Actuación derivada a la aplicación de un programa de actividades preventivas. Rev Atención primaria. 1992;10: 539-542.
5. Martín ZA, Brotons CC, Ciurana M. Actividades de prevención promoción de la salud en las de atención primaria. VREV. de Atención Primaria. 1993;12: 665-575.
6. Jiménez MC, y co. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Rev Atención Primaria. 1992;42:269-276.
7. Álvarez AR. Salud Pública y Medicina Preventiva. Manual moderno. México 1990:8-55.
8. Cheeseman GS, Seleknav J. Manual de Educación Sanitaria del Paciente. Doyma México, 1994, 267-276.
9. Ramírez ME. Educación para la salud. Limusa. 1993; 391-437.
10. Mustar HS, StebbinsL. Introducción a la salud Pública. Manual Moderno. México. 1990;71-87.
11. Bernett L. Claire SS. Manual de enfermedades transmisibles. Limusa. México. 9-51.
12. Raymonds G. Epidemiología Médica. Limusa. 1992. México. 1-17.
13. Moreno AC. epidemiología Médica. Interamericana. México. 1992: 11-30.
14. Harnan SM. Tratado General de la Salud. Prensa Médica Mexicana. Tomo I, 3-82.
15. Harnan SM. Tratado General de la Salud. Prensa Médica Mexicana. Tomo II, 235-282.
16. Harnan SM. Tratado General de la Salud. Prensa Médica Mexicana. Tomo III, 617-619.
17. Orosco T, Metodología documental para la investigación en ciencias de la Salud. Salvat. Madrid. 33-74.
18. Morris JN. Aplicaciones de la Epidemiología. Salvat. Madrid, 33-75.
19. Barker GR. Epidemiología en la práctica Médica. Salvat. 99-110.
20. Fletcher HR. Epidemiología Clínica. Consulta. 157-171.
21. Dubos R. Hombre Medicina y ambiente. Monte Avila. 1992. 109-141.
22. Green WH. Educación para la Salud. Interamericana. 1988. 151-307.



23. Soberón AG. La protección de la Salud en México. Porrúa Hnos. 1989. 319-339.
24. Beneson A. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. OMS. 84-104.
25. Las condiciones de la Salud en las Américas De. 1994. OPS. México. 308-320.
26. IMSS. Atlas Epidemilógico 1985. Mortalidad. 60-70.
27. IMSS. Atlas Epidemilógico 1985. Morbilidad. 71-98.
28. Irigoyen CA, Fernández OMA, Medicina Familiar. Internacional. 1996, 105-109.
29. Levi Strauss C. La familia. Hoermé. Buenos Aires. 1992 645-670.
30. OMS Índice de la salud de la familia. Serie de informes técnicos. Ginebra. 1989. 654-670.
31. Ibarra AF. Aspectos Éticos de la familia Mexicana. Limusa. 1988. 345-480.
32. Madalie JH Historia clínica familiar. Limusa. México. 1989 465-480.
33. Chavez Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Revista Mexicana de Medicina familiar. 1989. 47-67.
34. Narvaez PM. La familia Mexicana. Revista mexicana de Medicina familiar. 1990-5: 50-60.
35. Méndez Ruiz Ignacio. El protocolo de investigación. 1995. 11-89.
36. Katz J, La Salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración. México. Fondo de cultura económica. 1983.
37. Panorama de la Salud y la seguridad social en 1982. En la Salud Pública en México. Reseña Histórica. 1982-1988 Secretaría de salud, México D. F., 1988.
38. Urbina F. Fecundidad y salud en México. Salud Publica Mex 1989;31:168.
39. Frenk J. La transición epidemiológica en América Latina. Bol. Of Sanit Panam 1991;111:485.
40. Urbina F. El impacto de la planificación familiar algunos indicadores del bienestar social Gac med mex 1991; 127-153.
41. Informe sobre la situación demográfica de México. Consejo nacional de población 1990.
42. Knox EG. La epidemiología en la planificación de la atención a la salud. México. Siglo XXI editores. 1981.
43. XI Censo General de población y vivienda 1990'. Instituto nacional de estadística, geografía e informática. Estados Unidos Mexicanos. Indicadores Sociodemográficos México 1991.
44. Light L. Changing the course a school nutrition and cancer education curriculum developed by the American Cancer Society and the National Cancer Institute. J Sci Health 1989, 59:205.

45. Dohrin Safety of the american heart association step I diet in childhood. Annl NY Acad Sce 1991;683:263.
46. Wallace DC. Mithochondrial genetics: a paradigm for aging and degenerative diseases. Science 1992; 256:628-631.
47. OMS. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. OPS, 1978.
48. Sria. De Gobernación. Programa nacional de población consejo Nacional de Población México. 1992.
49. Sria. De Salud, Dirección general de epidemiología. Información epidemiológica de morbilidad. 1989.
50. García T. Características y costo del tratamiento de pacientes con cirrosis, internados en el INSZ. Rev Gastroentero. Mex 1988;30:110.
51. Consejo asesor de epidemiología México. Información prioritaria en salud. 1990.
52. Secretaría de salud. Estadísticas vitales de los estados unidos mexicanos 1970.
53. Secretaría de Salud. Principales causas de defunción por entidad federativa y grupo de edad, 1990.
54. OMS. Manual de clasificación estadística internacional e enfermedades traumatismos y causas de defunción. 1978.
55. OMS. La salud al ritmo del corazón. Día mundial de la salud. 7 de abril de 1992. Ginebra Suiza 1992.
56. Secretaría de Salud. Anuario estadístico. 1990.
57. Secretaría de Salud. Breviario estadístico sectorial 1980-1990. Sistema nacional de salud.
58. Anuario estadístico de riesgo de trabajo 1980°.1990. México. Comisión consultiva Nacional de seguridad e higiene en el trabajo. 1991.