



11226  
34  
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS  
DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**CLINICA HOSPITAL DEL ISSSTE APATZINGAN**

**TRABAJO DE INVESTIGACION MOSAMEF**

**Trabajo que para obtener el título de especialista en Medicina  
Familiar. Presenta:**

**DRA. MA. DEL ROCIO DINORA FERNANDEZ ROJAS**



**MICHOACAN, 1999**

28

**TESIS CON**

**EXAMEN DE GRADUACION**



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).

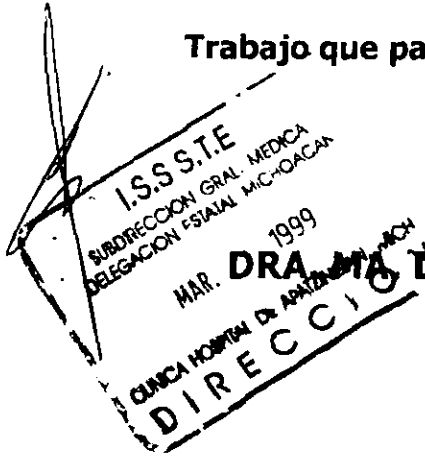
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

# MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

**DRA. DEL ROCIO DINORA FERNANDEZ ROJAS.**



## AUTORIZACIONES:

**DRA. PATRICIA ANDALUZ ANDALUZ**  
PROFESORA TITULAR Y ASESORA DE TESIS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE APATZINGAN.

---

**DR. JUVENTINO VILLA GARCIA**  
PROFESOR ADJUNTO Y ASESOR DE TESIS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE APATZINGAN,

---

**DR. JOSE VILCHIS CASTRO**  
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

---

**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**  
JEFA DE EDUCACION CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

---

# **MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR**

**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.**

**Presenta:**

**DRA. MA. DEL ROCIO DINORA FERNANDEZ ROJAS**

## **AUTORIZACIONES:**

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

---

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

---

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
**COORDINADOR DE DOCENCIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

---

## **DEDICATORIA**

**Dedico este trabajo de investigación a mis hijos Guillermo y Jorge Arturo, a mi mamá, a mi hermano, a mis tías y a toda mi familia, por su comprensión, por el tiempo robado a su compañía, por su apoyo y por todo el amor que me dan**

**Con todo mi amor**

**ESTRELLA**

# INDICE

<b>1.</b>	<b>Marco Teórico</b>	<b>Pag. 1</b>
	1.1. Clasificación de familias	20
	1.2. Etapas de la Familia	22
	1.3. Funciones de la familia	23
	1.4. Etapas críticas de la familia	23
	1.5. Dinámica familiar	24
	1.6. Características de la población	24
<b>2.</b>	<b>Planteamiento del Problema</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>Justificación</b>	<b>36</b>
<b>4.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>37</b>
	4.1. Objetivo General	37
	4.2. Objetivo Específico	37
<b>5.</b>	<b>Metodología</b>	<b>38</b>
	6.1. Diseño	38
	6.2. Universo	40
	6.3. Aspectos Eticos	41
	6.4. Bioseguridad	42
	6.5. Organización	42
	6.6. Sujetos de Observación	43
	6.7. Criterios de Inclusión	44
	6.8. Criterios de Exclusión	44
	6.9. Definición de Variables	45
<b>6.</b>	<b>Resultados</b>	<b>47</b>
	7.1. Descripción de Resultados	47
	7.2. Tablas, Cuadros y Gráficas	53
<b>7</b>	<b>Discusión de Resultados</b>	<b>94</b>
<b>8</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>96</b>

Referencias Bibliográficas

Anexos

# **1. MARCO TEÓRICO**

La enfermedad no debe de ser un objeto, ni el foco de atención, sino siempre un sujeto o sistema de ellos, como el individuo, la familia, la comunidad, el grupo o la clase social son sus historias sociales de salud – enfermedad, pues de otro modo se estaría fomentando una actitud tecnócrata deshumanizada. (17)

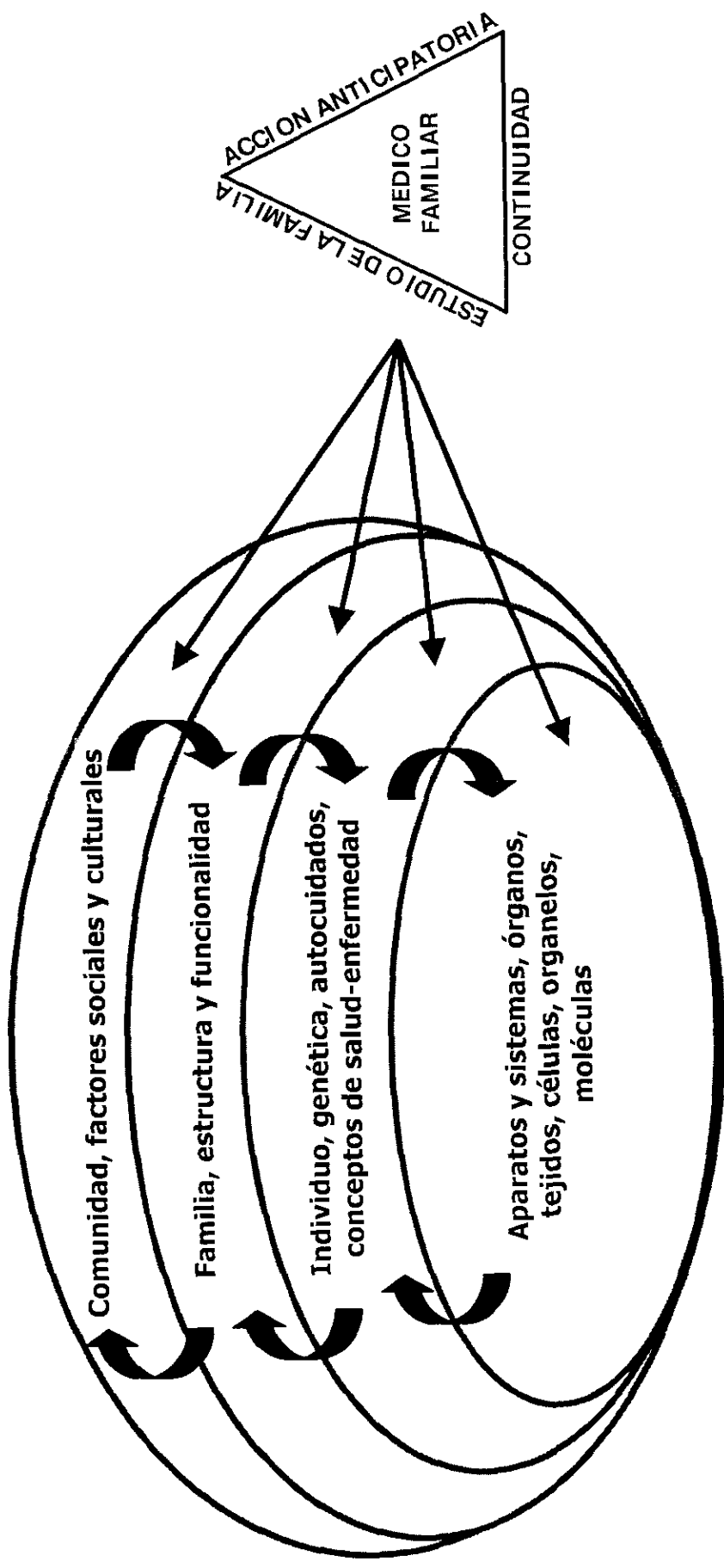
Las condiciones deben ser la comunicación y el estudio del consultante, de la familia en el hogar, de la comunidad y del grupo o clase social.

A continuación describiremos algunos aspectos metodológicos para el estudio de los consultantes:

- I. Historia natural de la enfermedad que a nuestro entender forma un médico consciente de su responsabilidad social, participativo, crítico y creativo en desarrollar una medicina altamente útil a toda la salud de toda la población.

*fig.1.*

# Niveles de enfoque del proceso salud-enfermedad





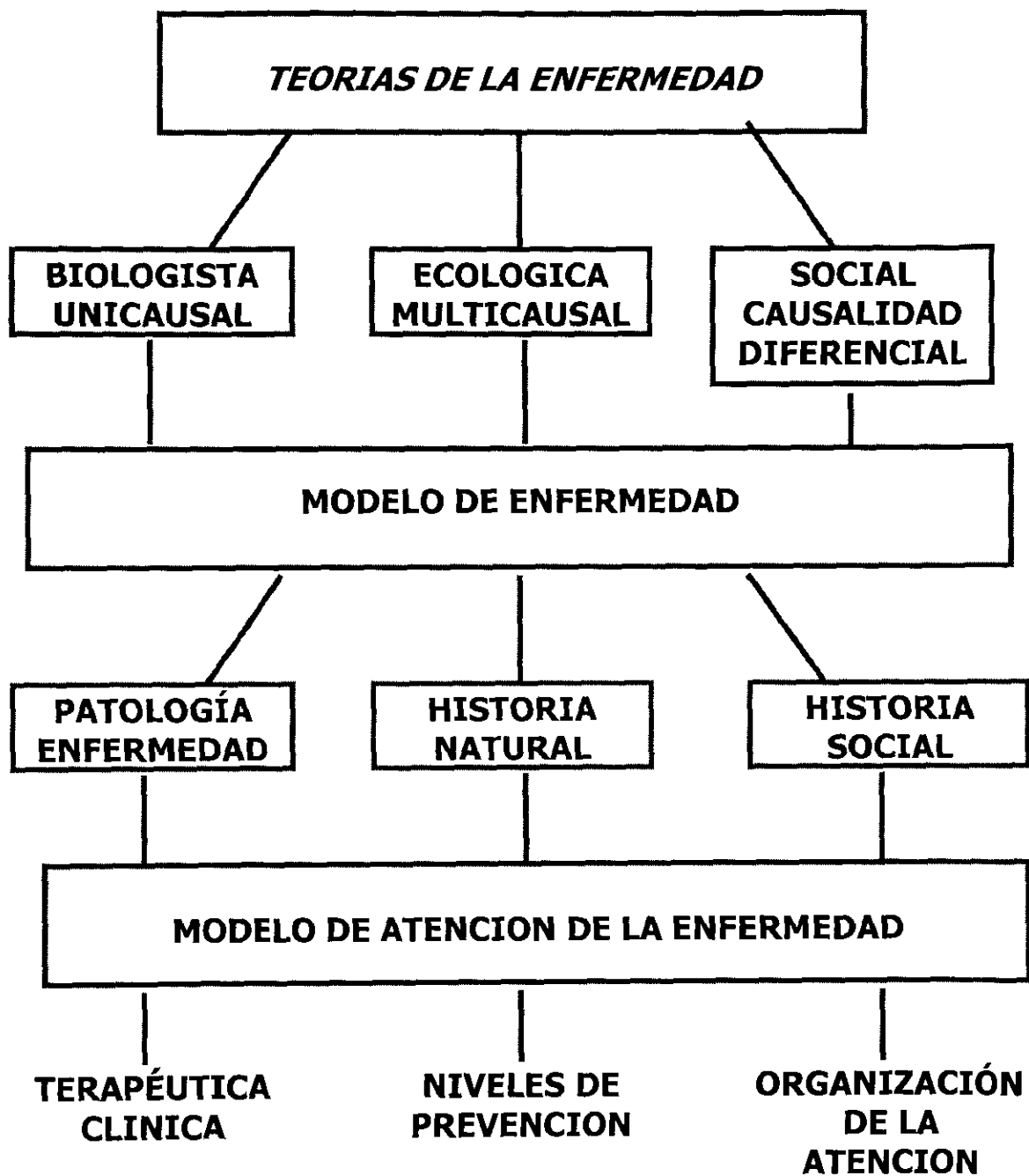


Fig. 1

II. A partir de las características subclínicas y clínicas en el periodo patogénico, se induzcan los factores determinantes de la enfermedad del periodo prepatogénico. Para lo cual, es fundamental que los datos sean extraídos de una realidad, refiriéndose a los factores de riesgo o periodo prepatogénico de un individuo, familia, comunidad, clase o grupo social para predecir riesgos de enfermar a partir de los factores de riesgo.

fig.2

### METODOLOGIA DEDUCTIVA

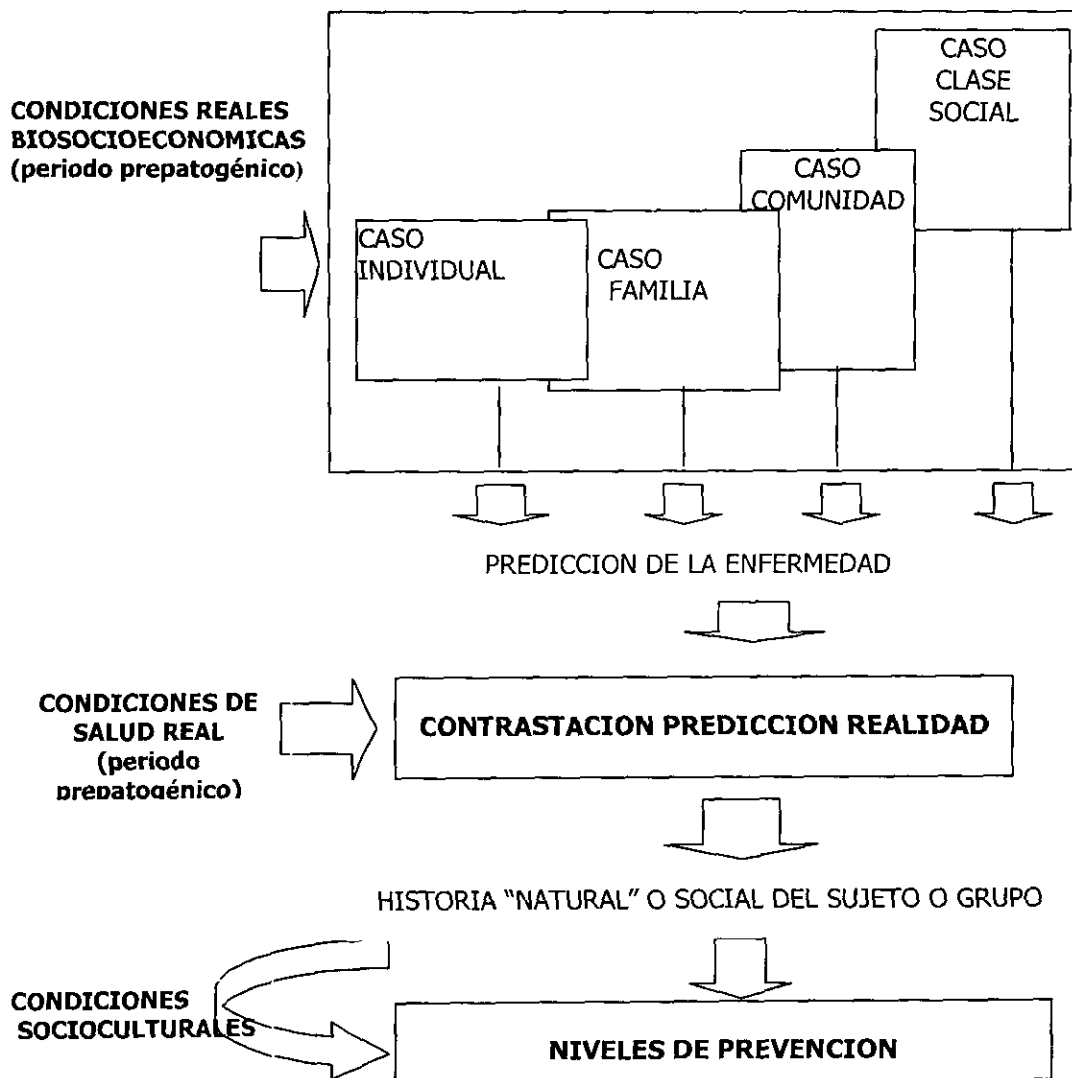


Fig. 2

Finalizaremos conociendo los datos reales y construyendo la historia del individuo, familia, comunidad, grupo, clase social; yendo de lo general (periodo prepatogénico o mecanismos sociales) a lo particular (periodo patogénico o mecanismos biopsicológicos) y viceversa, en un continuo proceso teórico de análisis. Síntesis de la historia natural o social, contrastada dentro de una realidad, estudiando sus contradicciones y ligada siempre a la búsqueda de su transformación (niveles de prevención y reorganización). *fig.3, 4, 5 y 6.*

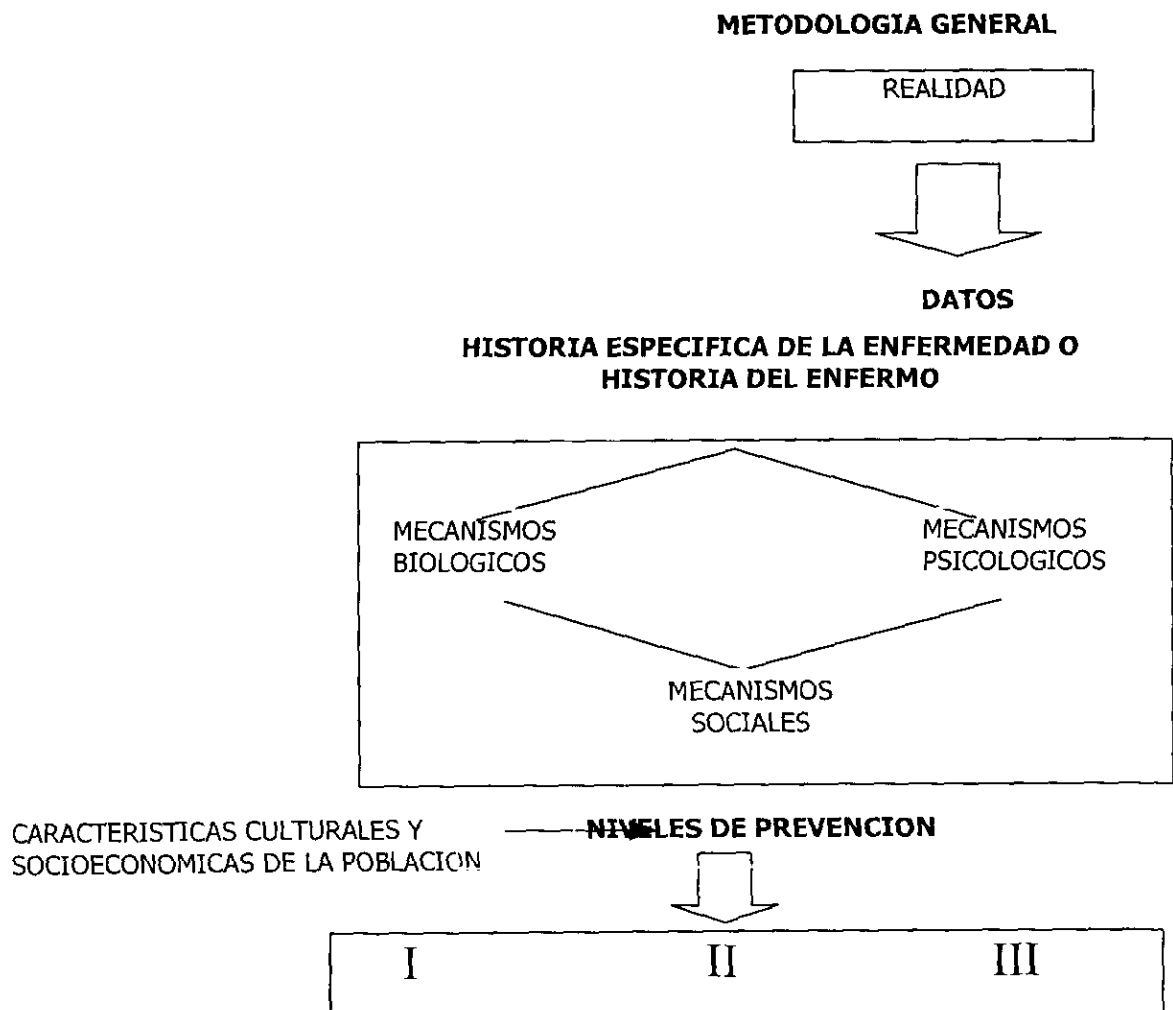


Fig.3

# APRENDIZAJE EN EL CONSULTANTE

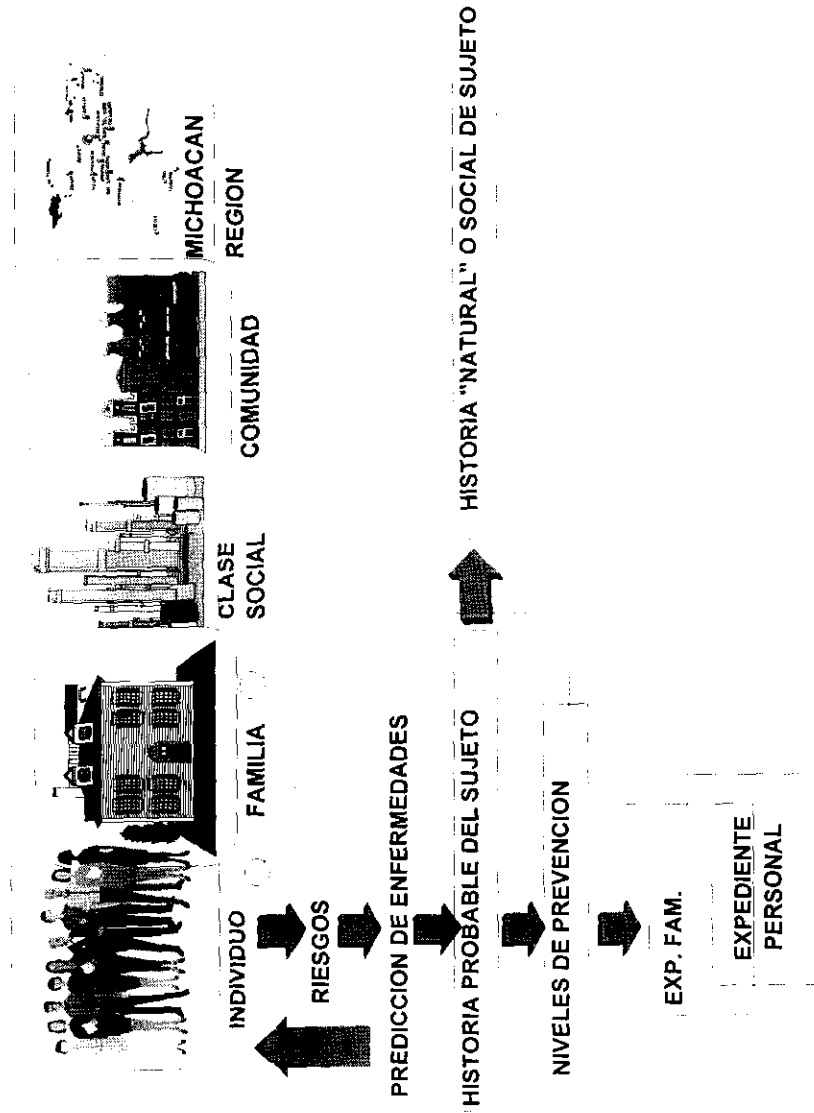
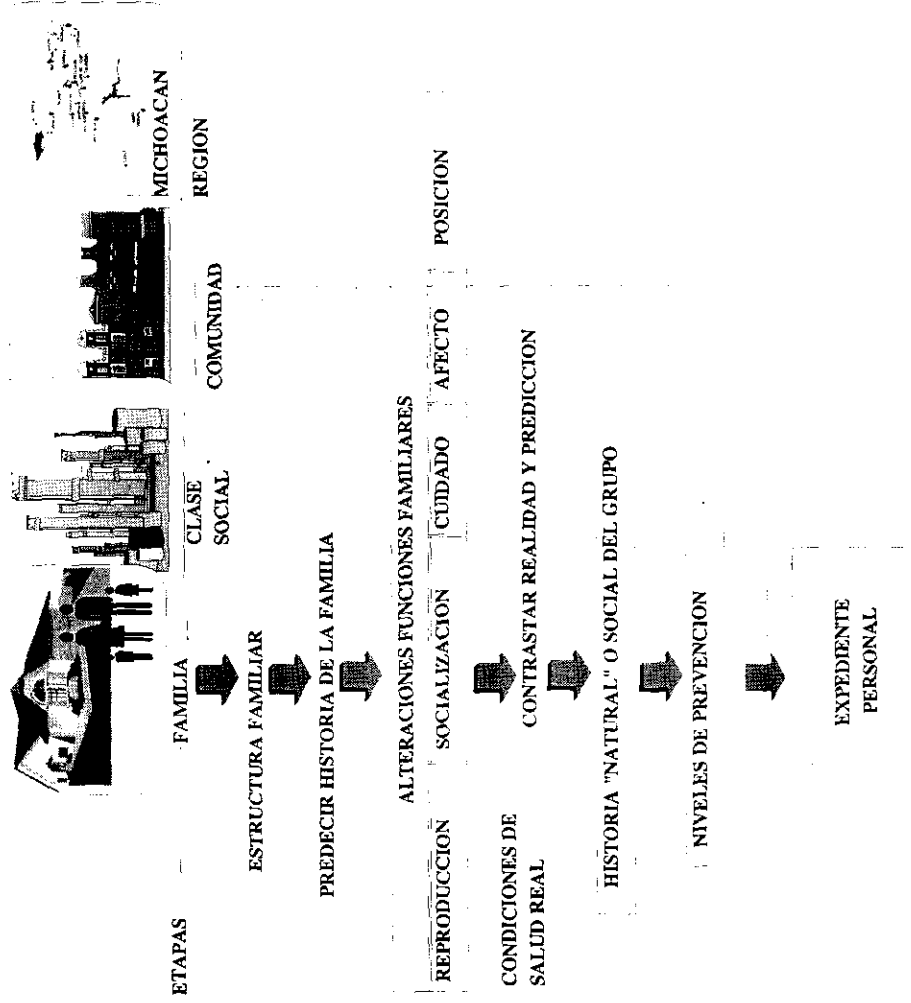


Fig.4 Aprendizaje en el consultante.

# APRENDIZAJE EN EL HOGAR



**Fig.5 Aprendizaje en el hogar.**



Fig.6 Aprendizaje en la comunidad.

Una familia no es un grupo sencillo de definir, pero si de explicar como influye de manera directa en la salud y en el desarrollo de sus integrantes.

La sociedad determina el estado socioeconómico de la familia a través del trabajo (ocupación de los padres). La cultura es otro elemento que incide, pues cada familia matiza la cultura o ideología y la proyecta en sus miembros más jóvenes; el medio urbano o rural también influye en la familia tanto en su composición como en su desarrollo y crecimiento.

La familia de un individuo está en una etapa del ciclo vital familiar, funciona de una determinada manera, de acuerdo al cumplimiento de los roles de sus miembros, como grupo, se organiza y se estructura en un tipo de dinámica. La dinámica y la funcionalidad familiar pueden ser alteradas por una crisis familiar (enfermedad grave, cesantía, separación o muerte) y cada situación influye en la salud de sus miembros. La familia le aporta un ambiente sanitario, y los padres los han dotado de una herencia biológica.

Todos estos factores influyen en el proceso de salud - enfermedad del individuo en desarrollo. *cuadro 1 y 2*

Una familia con miembros sanos tiene más recursos que la que cuenta con enfermos; la enfermedad deteriora los recursos económicos y emocionales familiares, los planes y aspiraciones de sus integrantes tienden a verse limitadas cuando la salud de un miembro es deficiente.

La actitud hacia la salud es importante. Si la salud es vista como recurso familiar, las detecciones serán bien aceptadas. Si la salud no es importante como elemento de cuidado de grupo, muchas acciones médicas tendrán resultados poco deseables.

Después del diagnóstico clínico de la enfermedad, es necesario una evaluación de la capacidad de la familia para efectuar la orientación y el manejo.

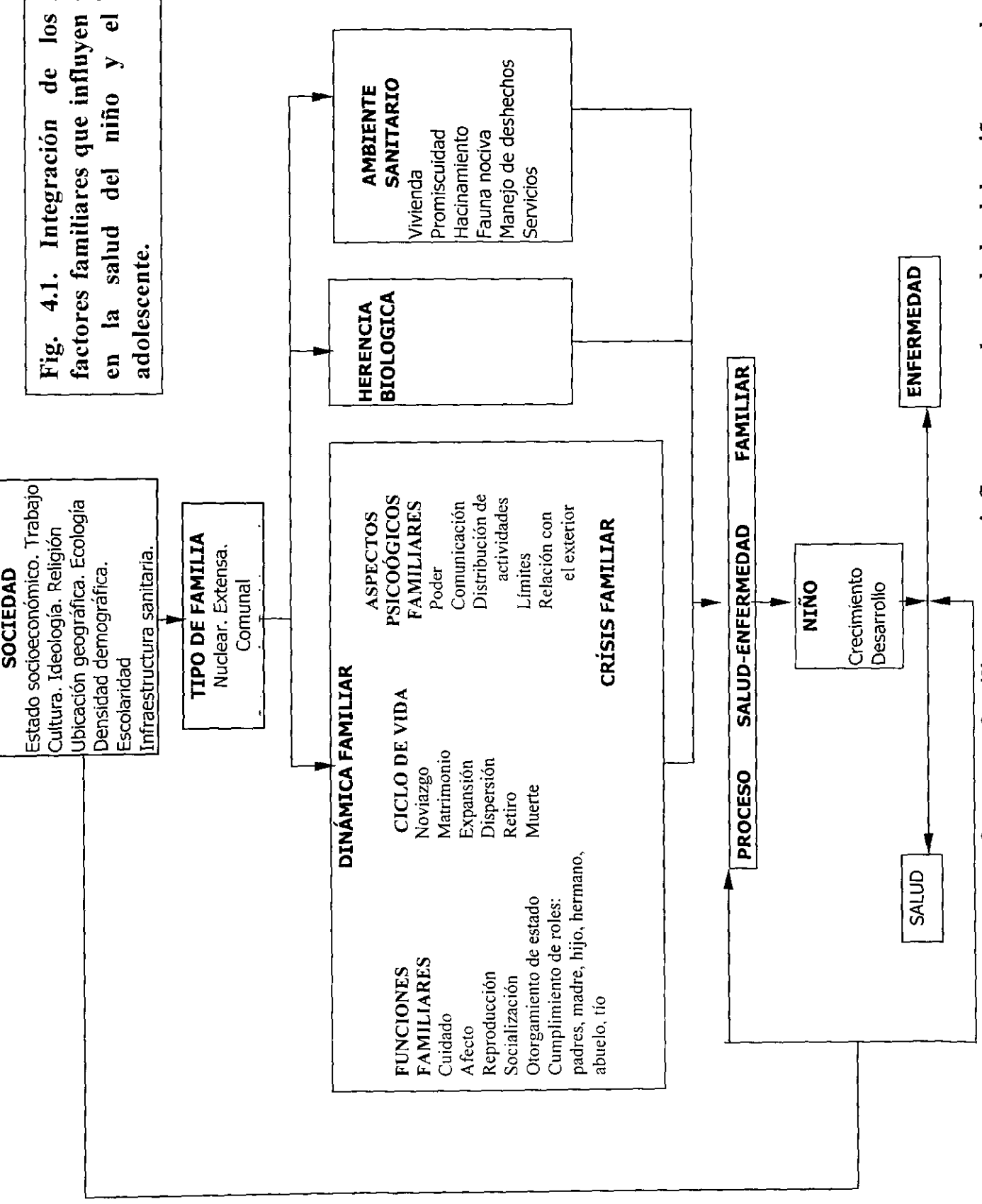
En cada etapa de la historia natural y social de las enfermedades posible que la familia intervenga a favor o en contra de la salud; el médico debe tomar en cuenta a la familia como facilitador u obstáculo para su trabajo y propician la concienciación del grupo para que colabore como recurso, de acuerdo al nivel de prevención correspondiente.

Utilizar a la familia como recurso implica que el médico se convierta en un educador - educando con la familia; procurando el siguiente proceso:

- 1.- Elaborar un diagnóstico integral por el médico familiar y/o el equipo de salud.
- 2.- Investigar los elementos familiares importantes que incidan en la salud del individuo en estudio.
- 3.- Examinar junto con el paciente y la familia, el problema en toda su dimensión, tanto orgánica como social y psicológica, ubicándola en la historia natural de la enfermedad.







**Fig. 4.1. Integración de los factores familiares que influyen en la salud del niño y el adolescente.**

**Fig. 4.1. Integración de los factores familiares que influyen en la salud del niño y el adolescente.**

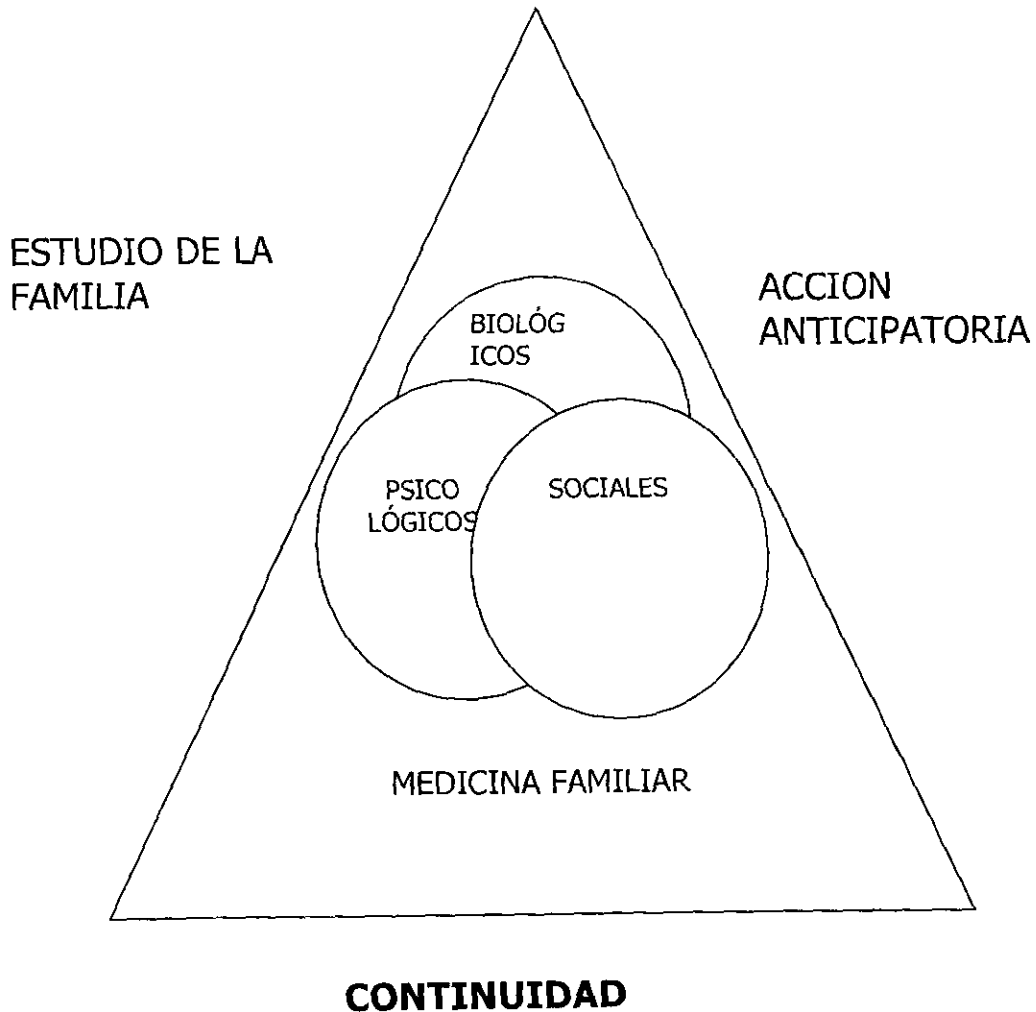
Cuadro 4-2. Acciones familiares en los niveles de prevención, según la historia natural y social de la enfermedad. (Adaptado de Leavell-Clark, Prevention Medicine for the doctor in his community, 3ª. De. McGraw-Hill, 1965.)

Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
<i>Promoción de la salud</i>	<i>Protección específica</i>	Dx temprano y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación Básica
Educación en el hogar	1.- Respuesta a inmunizaciones	1. Dx familiar del padecimiento en periodo de incubación	1. Participar en la prevención de secuelas	1. La recuperación máxima del incapacitado
En la salud familiar	2. Promoción de la higiene personal y de los alimentos	2. Manejo familiar del problema	2. Apoyar al enfermo crónico	2. Participar en la terapia ocupacional
En la sexualidad	Tipo de alimentación		3. Participar en la educación del paciente	
En la enfermedad	Costumbres de alimentación		4. Acudir con el paciente a	3. Comprender el cambio psicosocial del incapacitado
2. Inculcar valores de salud-enfermedad	3. Respuesta a los programas de detección de enfermedades	3. Acudir oportunamente a la Atención médica	4. Acudir con el paciente a sus citas médicas	4. Aceptar al incapacitado
Planificación familiar	4. Seguridad en el hogar	4. Aclarar Dx con el trabajador de la salud	5. Vigilar que el paciente lleve su tratamiento	5. Estimular al incapacitado a obtener otras habilidades
Educación nutricional	Orientación sobre seguridad en otras áreas	5. Establecer contrato Terapéutico igualitario con el médico	6. Buscar nuevos recursos médicos que limiten el daño	
Creimiento y desarrollo Pre y posnatal	Carcinógenos y alergógenos	6. Seguir las indicaciones Médicas	7. Estimular al paciente para sobrellevar su enfermedad	
Condiciones de saneamiento de la vivienda	5. Estimular el ejercicio físico	7. Vigilar efectividad de Tratamiento		
Estrato socioeconómico	6. Visitas a control médico	8. Vigilar convalecencia por posibles recaídas		
	7. Participar en el control de contactos de enfermos Transmisibles	9. Promover el control de otros niños aparentemente sanos		
	8. Utilización óptima de los recursos médicos asistenciales	10. Acudir a cursos de Capacitación de padres de Familia		
	Seguir consejo genético			

- 4.- Paciente, familia y médico acuerdan un diagnóstico conjunto de la situación.
- 5.- Establecer un contrato terapéutico entre el médico y la familia para la salud del individuo en estudio.
- 6.- Promover la vigilancia del individuo en estudio por el equipo de salud.

Este proceso es una alternativa en medicina familiar para tratar de mejorar los problemas. (17)

La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en 3 ejes *fig.7*. Estudio de la familia, continuidad y acción anticipadora. (16)



**Fig.7. ENFOQUE MEDICO FAMILIAR DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

La medicina institucional debe ser organizada en forma piramidal. La base de la pirámide tiene que ser la **Medicina Familiar**. En segundo nivel debe estar **La Atención Médica otorgada por Especialistas**, y en el tercer nivel **La Atención Hospitalaria**.

En la medicina institucional bien organizada, la calidad de la atención a nivel de Medicina Familiar tiene que influir en la eficiencia de los servicios de especialidad y de hospitalización.

El SMF contempla colocar bajo la responsabilidad y el cuidado de un solo médico a un grupo determinado de población derechohabiente, lo que hará posible lograr una relación afectiva y de confianza entre el médico y sus enfermos, en lugar de la inseguridad que se crea cuando el derechohabiente es atendido por varios médicos. Así mismo, da la oportunidad al médico para que trabaje con un núcleo humano fijo, que puede llegar a conocer en todos sus aspectos físicos y psicológicos, convirtiéndose en consejero y educador de las familias particularmente en lo que se refiere a la medicina preventiva.

El SMF tiene por base esencial la adscripción fija de los asegurados (por lo que) debe tratar de establecer una relación perdurable entre núcleos de población y un determinado médico. (16)

La medicina familiar juega un papel de suma importancia en el reconocimiento precoz de las enfermedades, en su manejo integral, en la prevención de las posibles complicaciones, y sobre todo, en el mantenimiento de salud y la protección oportuna de riesgo.

Entendida en sentido amplio, la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino el equilibrio del hombre con su entorno, entendiendo este como un contexto social propicio para su sustento y desarrollo, descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones económicas, sociales y culturales; y es en ellas un componente sinérgico del bienestar social, es un elemento imprescindible de desarrollo, y en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos. (1)

En épocas contemporáneas, la formación del personal de salud se ha dirigido a la familia como unidad social y también intenta enfocar en forma integral a la comunidad y a la sociedad. (2)

El IMSS intentó la implantación del SMF desde 1954. No obstante que la orientación de los directivos del instituto era correcta y que las normas generales estaban bien fundamentadas, el sistema tropezó con grandes obstáculos en el curso de su aplicación práctica. Estos obstáculos fueron unos de orden material, otros en relación con el personal y, como consecuencia no se obtuvo el éxito deseado. Este audaz diagnóstico sin duda contribuyó para que 22 años después en 13 de marzo de 1971, se iniciara en el IMSS un programa formal de Especialización en Medicina Familiar, teniendo como uno de sus propósitos fundamentales fortalecer al propio Sistema Médico Familiar.(15)

Las familias tienen tanto una estructura como una función. A los miembros de la familia se les asigna papeles específicos para que desempeñen alguna función dentro de la misma. A primera vista el grupo familiar no parece estar estructurado sobre un modelo eficaz, pero los esfuerzos del afecto y de las obligaciones tienden a compensar la aparente o torpe organización. (7)

La salud familiar se refiere al funcionamiento de la familia como agente social primario por lo que un buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad.

La familia enferma "Disfuncional", se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones.

La familia normofuncional es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno.

Las familias deben atender cinco tareas básicas:

- a) Socialización o desarrollo de Habilidades Sociales.
- b) Atención o aporte de alimentos y protección.
- c) Afecto o relación de cariño o amor y suministro de cuidados.
- d) Reproducción y relaciones sexuales, y
- e) Estatus o legitimación y transmisión de las características del grupo social de origen.

Gran número de problemas tienen su origen en la disfunción familiar, en ocasiones es una enfermedad crónica invalidante o terminal la que altera la homeostasis y desequilibra a la familia. Estas situaciones requieren una evaluación de la familia para conocer el impacto que se origina en el sistema familiar, como para precisar el apoyo que éste puede aportar para responder a la situación en crisis recurriendo a distintos métodos como son:

- La entrevista clínica
- El genograma
- El estudio del Ciclo Vital
- El cuestionario para medir el apoyo social.

El conocimiento de una disfunción familiar obliga al médico de la familia a poner en marcha medidas de intervención, que pueden ir desde la simple reactivación de los recursos familiares al asesoramiento, sin olvidar algunas formas de terapia familiar. (4)

El estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar analiza la dinámica familiar en la población que utiliza los servicios sanitarios. El Apgar permite distinguir los pacientes con disfunción familiar y los motivos de consulta.

En nuestro estudio hay un predominio claro de las mujeres debido probablemente a que mantienen el papel social de salud familiar.

En relación con la percepción de la función familiar, hemos obtenido una baja tasa de disfuncionalidad puesto que de acuerdo a su cultura no las identifican.

El nivel de instrucción también aportó cifras significativas en cuanto a la percepción familiar, en especial en el grupo sin estudios. Este parece ser un factor que depende más de lo social que de otros.

Los individuos con poca preparación cultural suelen adoptar un puesto de inferioridad en sus relaciones sociales y familiares que motiva una disminución de respuestas a las crisis que se le presentan además de privarles de los recursos necesarios para afrontarlos. (3)

Para la buena atención médica es necesario conocer algunos datos:

- El conocimiento de la naturaleza y el curso de enfermedades.
- El conocimiento y el tratamiento con drogas y otras medidas.
- El conocimiento del paciente individual, así como de su medio
- Ambiente, social y ocupacional.
- El conocimiento de las instalaciones de la localidad.
- El conocimiento de las propias habilidades.

Las características especiales de la medicina familiar son las siguientes:

1. El paciente tiene un acceso directo y continuo al médico.
2. El médico tiene que trabajar un espectro no determinado de enfermedades y de situaciones familiares.
3. El médico trabaja con una población que estadísticamente no rebase a 2000 o 3000 personas.
4. El médico proporciona atención continua prolongada.
5. Las enfermedades que se encontrará son "Las enfermedades que ocurren comúnmente", así como "las enfermedades raras que ocasionalmente ocurren" entre la población de 2000 y 3000 personas.



6. El papel del médico consistirá en evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes, coordinar y manipular las instalaciones disponibles para atenderlos y protegerlos de los hospitales y viceversa.

Los más jóvenes y los más viejos son los que más ocurren a ver a los médicos. Las mujeres asisten más que los hombres, en proporción de 3 a 2. Los individuos de los grupos de menores ingresos económicos acuden con más frecuencia que las clases acomodadas. (14).

La identificación y el análisis de las características sociales, demográficas, económicas y familiares de la población adscrita al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" de Secretaría de Salud en la Ciudad de México propiciaron el interés por realizar un estudio de salud comunitaria, el cual tuvo como principal objetivo la identificación precisa de las necesidades de atención médica, y así determinar prioridades en la gestión sanitaria considerando el enfoque de riesgo en la atención a la salud de la población. (13)

Los patrones de consulta son altamente influenciados por los hábitos sociales y familiares, aun cuando son susceptibles de cambio. Existen familias cuyas caras llegan a ser más conocidas que otras, ya que acuden con mucha más frecuencia que el promedio, para enfermedades y padecimientos menores. En algunos estudios de nuestra práctica encontramos que el hábito de asistir con frecuencia al médico pasa de una generación a otra. (13)

La práctica de la medicina familiar se desarrolla a la luz de los avances científicos aplicados a la medicina, ya, en el nivel molecular básico, como en el área clínica, integrando en la praxis los más recientes conocimientos de Salud Pública, Psicología y Sociología. De ésta manera, las posibilidades de enfoque del proceso de Salud – Enfermedad se diversifican y complementan, definiendo una interrelación dinámica y constante en la cual el médico familiar puede intervenir, utilizando las estrategias que le brindan los tres ejes que sustentan su especialidad ( \*ver fig.7) .(16)

La identificación de los principales factores de riesgo por medio de la salud comunitaria hizo necesario estructurar un proyecto que permitiera la definición de una metodología para el estudio médico de familias disfuncionales, así como la incorporación de un programa de prevención y diagnóstico temprano. (8).

Las actividades de Atención Primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o a disminuir las probabilidades de padecer una enfermedad determina. Sus objetivos, disminuir su incidencia. Este grupo de actividades se desarrolla en periodo prepatogénico, antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocan enfermedad.

Las actividades de prevención secundaria pretenden detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la base preclínica, cuando aun los síntomas y signos no son aparentes pero existen en estado embrionario o subclínico y, por ello, no nos permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión. La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de enfermedad.

Las actividades de prevención terciaria están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida retardando su progresión y, con ello, la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. (9)

Todavía se requiere mucha investigación para determinar el mejor modo de tratar y manejar las enfermedades comunes. Aun hay mucho que hacerse en lo relativo a la mejor utilización de nuestros limitados recursos. Ningún campo está más necesitado de estudios sólidos que el de la práctica general o medicina familiar. (14)

## **1.1. CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS**

En la actualidad el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica de la sociedad en la cultura de Occidente conservando aún, la responsabilidad de dar nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

**FAMILIA: La familia es un grupo de individuos con una relación legal, genética o emocional continua. (23)**

### **1.1.1. CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE EN SU DESARROLLO:**

1. *Moderna* (ambos cónyuges trabajan).
2. *Tradicional* (uno solo de los cónyuges trabaja).
3. *Arcaica o primitiva*.

### **1.1.2 CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU DEMOGRAFIA:**

1. *Urbana* (cuentan con los servicios básicos de urbanización y viven más de 5000 habitantes).
2. *Rural* (comunidades con menos de 5000 habitantes y que carecen de algunos de los servicios básicos de urbanización).

### **1.1.3. CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SOBRE LA BASE DE SU INTEGRACION**

1. ***Integrada*** (cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones para sacar adelante su familia).
2. ***Semi-integrada*** (los cónyuges viven bajo el mismo techo pero no cumplen sus funciones para con su familia).
3. ***Desintegrada*** (cuando uno de los cónyuges falta dentro del hogar ya sea por separación, divorcio o muerte).(16)

### **1.1.4. CLASIFICACION DE FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO**

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

La clasificación se basa en la ocupación de uno o ambos cónyuges.

### **1.5.5. CLASIFICACION DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL:**

1. *Nuclear* (padre, madre e hijos).
2. *Extensa* (padre, madre, hijos, familiares consanguíneos).
3. *Extensa compuesta* (además de los anteriores por otras personas sin lasos familiares).
4. *Variantes* (personas adultas que viven solas).

### 1.1.6. CLASIFICACION DE LA FAMILIA SEGÚN SU CICLO VITAL

1. **Matrimonio.** Periodo que comprende desde el noviazgo, el matrimonio y hasta el nacimiento del primer hijo.
2. **Expansión.** Es la etapa de nacimiento de los hijos.
3. **Dispersión.** En esta etapa los hijos acuden a la escuela sin que ninguno trabaje.
4. **Independencia.** Los hijos ya preparados forman nuevas familias.
5. **Retiro y Muerte.** Existen en esta etapa circunstancias difíciles como son la incapacidad para laborar, el desempleo, el agotamiento de los recursos familiares, los hijos casados en etapas de expansión no tiene posibilidad de aportar recursos económicos a los padres, los abandonan en sus hogares o los internan en casa de asistencia social. El ciclo vital llega a su final natural que es la muerte.(24)

### 1.2. ETAPAS DE LA FAMILIA

La familia a través del tiempo atraviesa por diferentes etapas:

1. **Etapa Prenupcial.** Es durante el noviazgo donde se conoce la pareja y por mutuo convencimiento deciden unirse para formar una familia.
2. **Etapa Nupcial.** Comprende desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos. Aquí se forman los cimientos de la familia.
3. **Etapa de Formación de los Hijos.** La formación de los hijos es una responsabilidad de ambos cónyuges y debe cumplir con la satisfacción de las necesidades físicas y afectivas, fortalecer la personalidad de cada miembro, formación de los roles sexuales, preparación para el desempeño de los roles sociales y estimular las actividades de aprendizaje y apoyo a la iniciativa de cada miembro.
4. **Etapa de Madurez.** Es cuando los hijos alcanzan la mayoría de edad, la madurez física, psicológica y social y con ello independizarse y crear su propia familia o continuar viviendo con

sus padres pero con una personalidad propia con toma de decisiones y autosuficiencia económica.(23)

### 1.3. FUNCIONES DE LA FAMILIA

El ser miembro de una familia implica una participación durante toda la vida sin posibilidades de desligarse totalmente de ella; uno nunca puede negar totalmente a sus padres, hermanos o hijos. La familia brinda a sus miembros una sensación de pertenencia, de afecto, compañía, seguridad, es fuente de consejo y ayuda. La familia desempeña cinco funciones básicas:

1. **Socialización.** (Desarrollo de habilidades sociales y de relaciones interpersonales).
2. **Atención.** (Proporcionar refugio, cordialidad, alimento y protección).
3. **Proporcionar Afecto.** (Dar amor, cariño, preocupación y cuidados).
4. **Reproducción.** (Relaciones sexuales con o sin anticoncepción).
5. **Proporcionar un Status,** (Factores socioeconómicos, educacionales y ocupacionales).(16)

### 1.4. ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA

1. **Embarazo.** Cumple uno de los objetivos del ciclo familiar por lo que; resulta importante que, sea deseado, pues de no serlo el embarazo representa una etapa crítica de la familia.
2. **Nacimiento.** El nacimiento de un hijo repercute en la dinámica familiar, en lo económico y en lo social/.
3. **Enseñanza de la sexualidad.** De acuerdo con el sexo del niño o del adolescente será la educación sexual que se le otorgue y dependerá además desde el punto de vista sociocultural de los padres la cual es reforzada por la educación sexual en las escuelas.

**4. Estado laboral.** Los principales factores de riesgo laboral para la familia son la desocupación, la búsqueda y el cambio de trabajo.(24)

### **1.5. DINAMICA FAMILIAR**

El estudio y conocimiento de la dinámica familiar es otro de los elementos teóricos indispensables para el médico familiar, el cual consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que van a afectar el comportamiento de cada miembro de la familia. Lo cual, permite que esta funcione positiva o negativamente como unidad. La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás. La familia es el resultado de la suma de personalidades de sus miembros, quienes al relacionarse; Producen una organización en constante cambio y crecimiento constituyendo, un sistema abierto formado por varios subsistemas. (24).

### **1.6. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION**

Consideramos importante incluir de manera general las características de la comunidad investigada (12, 13), para conocer las características bio-psico-sociales del medio ambiente donde se desarrolla nuestra población en estudio.

La ciudad de Apatzingán, se encuentra ubicada en relación con el meridiano de Greenwich al sureste del estado de Michoacán.

Apatzingán fue fundada en el siglo XI por los Nahuatlts que venían en peregrinación desde Aztllacs.

La comunidad se fundó hacia el año de 1617; fue llamada Villa de Apatzingán de la Constitución, el 16 de Febrero de 1856 por el Gobernador Epitacio Huerta, posteriormente con el Derecho del 21 de Abril de 1858, se eleva al rango de Ciudad.

Apatzingán significa: "Lugar de Comadreas", "Lugar de Cañitas", Lugar donde se exprime la ropa".

Apatzingán proviene del dialecto Náhuatl y los etimólogos le atribuyen diversos significados como Apatztic que significa lebrillo, Tizco que significa Detrás o a la Espalda, Gan que significa lugar de.

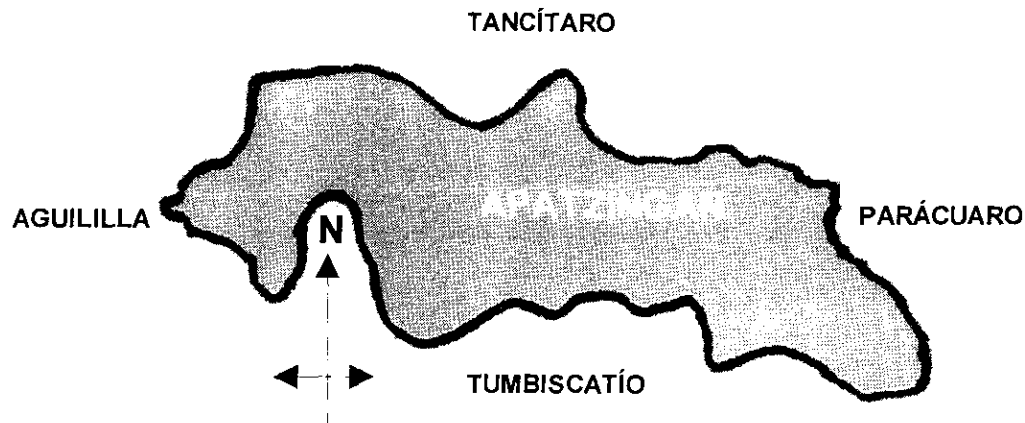
### ***Festividades Cívicas:***

- 5 DE Febrero, Aniversario de la Constitución de 1917
- 24 de Febrero, Día de la Bandera
- 18 de Marzo, Aniversario de la Expropiación Petrolera
- 21 de Abril, se otorga a la Cabecera Municipal la categoría de Ciudad
- 1º de Mayo, Día del Trabajo
- 16 de Septiembre, Día de la Independencia
- 22 de Octubre, Aniversario de la Promulgación de la Constitución de 1814
- 20 de Noviembre, Aniversario de la Revolución Mexicana
- 10 de Diciembre, en 1831 fue elevada a Municipio con el mismo nombre que le otorgó la ley territorial

### ***Límites:***

- Al norte limita con Tancitaro
- Al Sur limita con Tumbiscatío
- Al este limita con Aguililla y Buenavista
- 
- Al oeste limita con Parácuaro y Huacana





### ***Medio Ambiente:***

Apatzingán está ubicada con el meridiano de Greenwich al sureste del Estado de Michoacán en las coordenadas 19-04-54 de latitud norte y 102-15-30 latitud oeste. Se encuentra a 316 metros sobre el nivel del mar. Tiene una extensión de 1811 Km<sup>2</sup>, el 1.35% del total del Estado de Michoacán y el 0.00004% de la superficie del País.

### ***Orografía:***

El municipio esta por la Sierra Madre del Sur, de la depresión del Cerro del Tepalcatepec, la Sierra de Acahuato, Cerro de San Miguel, Cerro de San Juan, Cerro del Cajón y el Cerro de la Angostura.

### ***Hidrografía:***

La conforman los ríos del Tesorero, La Caballada, El río Apatzingán, Atimapa y las Delicias.

### ***Clima:***

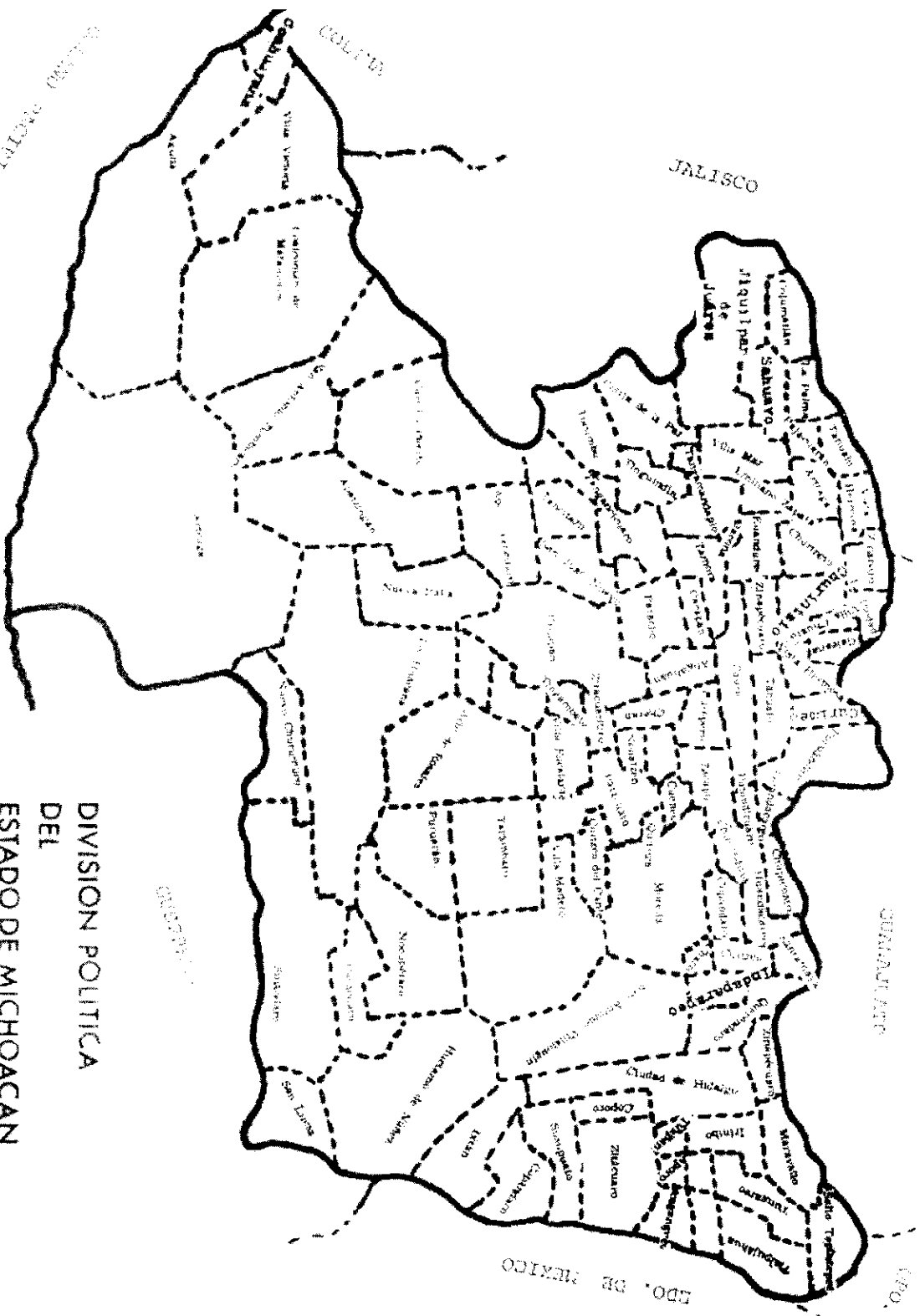
El clima es seco-cálido con ligeras lluvias en verano y con una temperatura que oscila desde los 20°C hasta los 40°C en todo el año. ( *ref. A*).

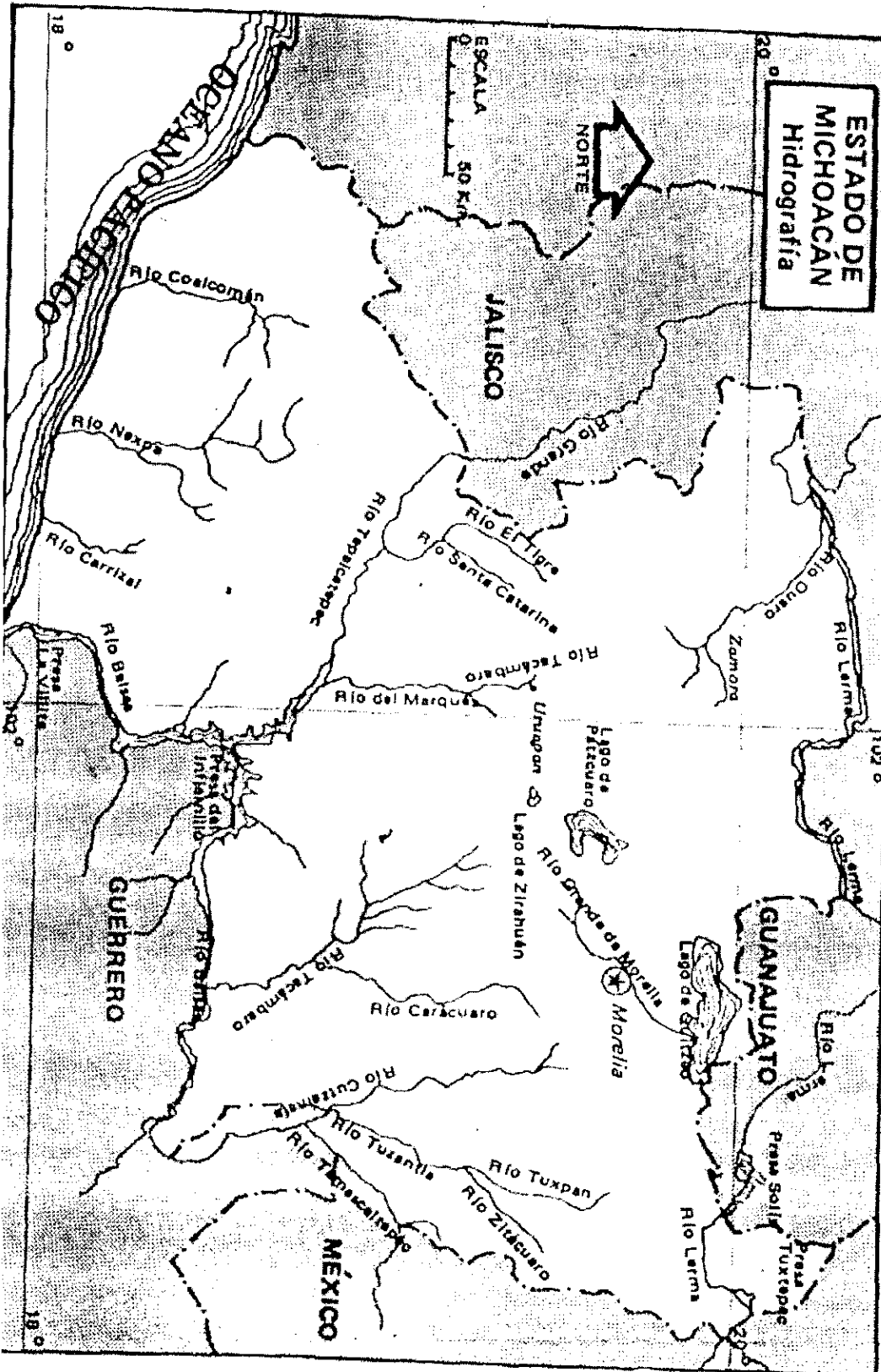
GUANAJUATO

COLIMA

JALISCO

DIVISION POLITICA  
DEL  
ESTADO DE MICHOACAN





## ***Población y Formas de Organización***

Apatzingán tiene una población de 116,530 habitantes.

Apatzingán se encuentra dividida en área Rural y Urbana, siendo la Primera de 26,801 habitantes que representan el 23.1% de la población y el área urbana está conformada por 89,080 habitantes que representa el 76.9% de la población.

Apatzingán tiene 170 localidades con una densidad de población de:

1 a 99 habitantes	114 localidades
100 a 499 habitantes:	38 localidades
500 a 999 habitantes:	9 localidades
1000 a 1997 habitantes	8 localidades
2500 a más habitantes	1 localidad

*\* ref. 21*

La cabecera municipal está organizada por 65 colonias. Cada colonia tiene un encargado o representante del orden al igual que las diferentes localidades el cual desempeña funciones de coordinador o gestor ante las demás autoridades; tiene un Presidente Municipal el cual se localiza en la Presidencia Municipal. Existen otros grupos organizados como son agrupaciones por trabajos afines y asociaciones de tipo social.

### ***Saneamiento básico:***

La cabecera municipal cuenta con abastecimiento de agua potable desde 12 depósitos localizados en áreas estratégicas, los depósitos son clorados en forma regular. Son 9 localidades las que cuentan con red intradomiciliaria, y el resto de las localidades se abastecen de pozos profundos o de los ríos.

En el Municipio existe una planta tratadora de aguas negras que se encuentra localizada al norte de la cabecera municipal, en el resto del municipio no se da tratamiento a las aguas negras (23).

### ***Recolección y Depósito de Basura:***

Se recolectan 60,000 toneladas de basura al año, los vehículos encargados para la recolección son 10 de municipio y 12 particulares. La basura se deposita en un relleno sanitario localizado al norte de la ciudad en el basurero municipal localizado aproximadamente a 7 Km de la ciudad por la carretera Apatzingán-Buenavista.

### ***Educación:***

Según la Secretaría de Educación Pública, en el ciclo 1998-1999 el municipio tiene una organización donde como cabeza esta la Unidad de Servicios Regionales cuya función es coordinar el municipio a través de escuelas en los niveles de:

Preescolar	19 escuelas
Primaria	32 escuelas
Secundaria	6 escuelas
Bachillerato	3 escuelas
Nivel Técnico	7 escuelas
Profesional	2 escuelas

La escolaridad de la población en general es un 8% de Analfabetas, 52% de Primaria, 20% de secundaria, 12 % de preparatoria y el 8% de profesional, éste porcentaje varía en los derechohabientes del ISSSTE pues su nivel cultural es mayor a la población en general.

### ***Comunicaciones y Transporte:***

Apatzingán se comunica a través de Carreteras, caminos de terracería, tren, aire, teléfono, radio, televisión, sistema Internet.

### ***Economía:***

Está dada por la agricultura, ganadería, silvicultura, caza, pesca, industria, comercio. (22)

La población empieza a causar movimiento económico real alrededor de los 15 años de edad pero, podemos ver niños desde los 5 años en distintas actividades como: boleros, limpia vidrios, lava carros, vendedores de chicles, voceadores, etc.

El ingreso familiar es variable pues no todos ganan el salario mínimo; los trabajadores del ISSSTE varían de 2 a 15 salarios mínimos.

### ***Salud:***

Apatzingán cuenta con cinco instituciones de salud que prestan sus servicios a la comunidad: ISSSTE, IMSS, CENTRO DE SALUD, HOSPITAL GENERAL Y CRUZ ROJA.

La mayoría de los recursos de salud se encuentran en el área urbana.

El ISSSTE cuenta con una Clínica Hospital de primer nivel y cuenta con los servicios de consulta externa de Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Odontología, Oftalmología, Medicina Interna, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Otorrinolaringología, Traumatología, Laboratorio, Rayos X, Urgencias y Hospital. Las referencias al Segundo y Tercer nivel son enviadas a Uruapan, Morelia, Guadalajara y México.

El IMSS cuenta con una Clínica de Primer nivel que cuenta con los servicios de Consulta externa de Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Medicina interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Laboratorio, Rayos X y Urgencias. Las referencias las realizan a Uruapan y Morelia.

El Centro de Salud cuenta con los servicios de Consulta externa de Medicina general, Odontología y Medicina Preventiva y refiere sus pacientes al Hospital General.

El Hospital General cuenta con los servicios en urgencias de consulta, de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Traumatología, Laboratorio, Rayos X y el único Banco de Sangre en la Ciudad.

La Cruz Roja atiende únicamente algunas consultas generales y algunas urgencias pues, carece de los recursos materiales y humanos para una atención eficaz y refiere a gran parte de sus pacientes al hospital.

Apatzingán cuenta además con 12 clínicas privadas que ofrecen las especialidades básicas.

En el área rural se encuentran cinco Unidades de Medicina Rural localizadas en el Pino, Acahuato, El Alcalde, Los Hoyos y Holanda. Estas unidades cuentan un médico pasante en servicio social, una enfermera y una auxiliar; cada unidad, atiende a cuatro localidades más y refieren a los pacientes en caso necesario a las unidades de referencia localizadas en Ario de Rosales y en Paracho Mich.

Cuenta con 24 boticas y 46 farmacias, 15 laboratorios particulares y 3 gabinetes de Rayos X particulares ubicados en la cabecera municipal.

Hay tres brujos; dos en la cabecera municipal y uno en la Presa del Rosario, los cuales existen gracias a la demanda que ocasiona la ignorancia que va de la mano con la pobreza.

Existen también parteras, curanderas y comadronas desconociendo el número de éstas.

Se sabe que existen 14 sobadores, 13 parteras y 2 "cura-empachos"; esta cifra no es totalmente confiable.

La ignorancia es la causa principal del uso de la medicina "Tradicional" pero, influyen otros factores como el bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad y la violencia; esto ocasiona que las enfermedades psicosomáticas sean muy frecuentes y por lo tanto curables a través de la sugestión. (20, 21 Y 22)

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La delegación Estatal Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene como objetivo, dar a los *MEDICOS DE CONSULTA* una capacitación continua tanto en forma teórica como práctica, para que en sus Clínicas y Hospitales se brinde a todos los derechohabientes una mayor atención, prevención, diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, haciendo énfasis en la *calidad y calidez* en la prestación de los servicios que ofrece esta institución de salud.

Este es el motivo por el cual el ISSSTE de manera conjunta con la U. N. A. M. ofrecieron esta capacitación para lograr el objetivo descrito. y fue realizada en **LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE DE APATZINGAN MICHOACAN.**

Hasta febrero de 1997, en LA CLÍNICA HOSPITAL ISSTE DE APATZINGAN, se había realizado, en mayor proporción, la Medicina Curativa respecto a la Promoción de Medicina preventiva, debido principalmente a que la promoción de la salud era practicada únicamente por el Servicio de Medicina Preventiva y apegada únicamente a los Programas Nacionales de Salud a población abierta, y



Existen también parteras, curanderas y comadronas desconociendo el número de éstas.

Se sabe que existen 14 sobadores, 13 parteras y 2 "cura-empachos"; esta cifra no es totalmente confiable.

La ignorancia es la causa principal del uso de la medicina "Tradicional" pero, influyen otros factores como el bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad y la violencia; esto ocasiona que las enfermedades psicosomáticas sean muy frecuentes y por lo tanto curables a través de la sugestión. (20, 21 Y 22)

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La delegación Estatal Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tiene como objetivo, dar a los *MEDICOS DE CONSULTA* una capacitación continua tanto en forma teórica como práctica, para que en sus Clínicas y Hospitales se brinde a todos los derechohabientes una mayor atención, prevención, diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, haciendo énfasis en la *calidad y calidez* en la prestación de los servicios que ofrece esta institución de salud.

Este es el motivo por el cual el ISSSTE de manera conjunta con la U. N. A. M. ofrecieron esta capacitación para lograr el objetivo descrito. y fue realizada en **LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE DE APATZINGAN MICHOACAN.**

Hasta febrero de 1997, en LA CLÍNICA HOSPITAL ISSTE DE APATZINGAN, se había realizado, en mayor proporción, la Medicina Curativa respecto a la Promoción de Medicina preventiva, debido principalmente a que la promoción de la salud era practicada únicamente por el Servicio de Medicina Preventiva y apegada únicamente a los Programas Nacionales de Salud a población abierta, y

nunca dentro de los consultorios de Medicina Familiar dirigida a los núcleos familiares.

Debido a lo anterior se ha visto la enorme necesidad de clasificar a los derechohabientes. En marzo de 1997 con la capacitación de los médicos, la reorganización de archivo clínico y la redistribución de la población derechohabiente adscrita (determinadas por los domicilios registrados en el departamento de vigencia de derechos), se asigna una zona geográfica a cada consultorio. A partir de entonces con la colaboración de todo el personal de la institución se realizó una mayor promoción de la Medicina Preventiva con una acción más directa dentro de los consultorios y promovida por los médicos de familia, de acuerdo al MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR (MOSAMEF), esto nos lleva a practicar una mejor calidad en la prestación de los Servicios de Salud, pues nos permite conocer a cada uno de los integrantes de la familia, sus padecimientos y los efectos psicosociales que les causan, pudiendo el médico familiar establecer una relación estrecha y guiarlos, si fuera necesario, en la solución de sus problemas; atendiendo con oportunidad sus padecimientos, dándoles tratamiento y de ser necesario, en forma justificada, la referencia a otras especialidades.

Con este modelo de atención el consultorio 5 del turno matutino, en coordinación con sus familias, pretende mejorar el trato personal y humano que cada uno de los individuos necesita, así como, orientar, educar y mejorar su medio ambiente con el fin de que tenga un mejor nivel de vida que se traduzca como SALUD FISICA, MENTAL, ECONOMICA Y SOCIAL.

### 3. JUSTIFICACION

El médico familiar a través de la educación pretende producir un cambio de conducta del conocimiento suficiente para identificar las ventajas de accesibilidad de los servicios preventivos de salud, influyendo en la cultura de las familias las cuales por medio del aprendizaje van a evaluar si la nueva conducta esperada tiene o no ventajas sobre la conducta previa (menor costo, menor trabajo, más satisfacciones, etc.) y si los resultados que obtenga serán observables en plazos cortos.

Es necesario un uso racional de los recursos para mejorar la atención en los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, derivaciones justificadas a segundo y tercer nivel y en general una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de sus familias.

El proyecto: MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA pretende medir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción planteados por la carta de Ottawa. (16)

- 1) Reorientar los servicios de salud.
- 2) Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- 3) Crear medios ambientes saludables.
- 4) Elaborar políticas explícitas para la salud.
- 5) Reforzar la acción comunitaria en la salud.

En esta investigación se realizó el estudio de la comunidad de Apatzingán, para identificar las características sociales, demográficas, económicas con el objeto de identificar las necesidades de atención médica, y así determinar prioridades en la gestión sanitaria considerando el enfoque de riesgo en la atención a la salud de la población. (8).

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer de la población las características Biológicas, Sociales y Económicas como requisito indispensable para determinar la programación del plan de organización, distribución y racionalización de los recursos generales de los servicios de salud, que pretenden aplicarse a la población de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán.(16).

### 4.2. OBJETIVO ESPECIFICO

1. Optimizar la prestación de servicios médicos con un enfoque integrador, que favorezca una mayor satisfacción de los usuarios y permita disminuir los costos de atención médica.
2. Establecer el **MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR** con el propósito de hacer aplicativo los 3 ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar. (16).

# **5. METODOLOGÍA**

## **5.1. DISEÑO**

De Enero de 1998 a Diciembre de 1998 se estudiaron mediante el MOSAMEF a los derechohabientes de la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán del consultorio número 5. Se realizó Encuesta Descriptiva, Retrospectiva y transversal. fundamentándose en tres estrategias:

**1) CENSO POBLACIONAL (18)**

**2) ESTUDIO DE COMUNIDAD (19)**

Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal. Se identifican:

- Apellidos de la Familia
- Estado civiles *\*tabla y gráfica 8.*
- Años de unión conyugal *\* tabla y grafica 9.*
- Escolaridad *\* tabla y gráfica 10.*
- Edad del padre
- Edad de la madre *\* tabla y gráfica 4.*
- Metodo de planificación familiar *\* tabla y gráfica 11.*
- Número de hijos (hasta de 10 años de edad).
- Número de hijos (de 11 a 19 años de edad).
- Número de hijos (de 20 o más años de edad).\* *tabla y gráfica 3.*
- Ocupación de los padres de familia *\* tabla y gráfica 12.*
- Ingreso económico (*\*ver tabla y gráfica 13*)
- Familias con base en su Desarrollo (Moderna o Tradicional).  
*\* tabla y gráfica 14.*

- Familias con base en su Demografía (Urbana o Rural). \* *tabla y gráfica 15.*
- Familias con base en su Tipología (Campesina, Obrera y Profesional). \* *tabla y gráfica 16.*
- Familias con base en su Composición (Nuclear, Extensa y Compuesta). \* *tabla y gráfica 17.*
- Familias con base en su Etapa de Ciclo Vital (Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia Y Retiro). \* *tabla y gráfica 18.*

Para efectuar esta investigación se realizó en cuenta directa e indirecta con familiares (anexo 1) después, por clasificamos cada variable y por paloteo simple obtuvimos los datos los cuales se encuentran mencionados en tablas y gráficas numeradas del 8 al 18.

### **3) IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS DE CONSULTA (18)**

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

1. El total de consultas otorgadas.
2. Consultas por primera vez y subsecuentes \* *tabla y gráfica 19.*
3. Consultas otorgadas a pacientes del sexo masculino y femenino \* *tabla y gráfica 20.*
4. Consultas por grupo etáreo \* *tabla y gráfica 21.*
5. Primeras 10 causas de consulta por meses durante un año, clasificadas en: masculino, femenino, primera vez y subsecuentes \* *tablas y gráficas 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29.*

Para la identificación de las causas de consulta acudimos al informe diario de actividades, las clasificamos y, por paloteo simple efectuamos la contabilidad.

## TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1998

Correspondieron a éste mes un total de 375 Consultas de las cuales fueron: 267 por primera vez, 108 subsecuentes, 117 fueron otorgadas al sexo masculino y 258 al sexo femenino, las primeras 10 causas fueron las siguientes: \* *tabla y gráfica 21.*

### 5.2. UNIVERSO

El grupo a estudiar corresponde al grupo de familias asignadas a la Atención Médica Familiar del consultorio 5 de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, y que solicitaron atención durante el periodo del estudio, correspondiéndole a éste consultorio 16 colonias de la ciudad de Apatzingán y 17 poblaciones rurales:

#### COLONIAS:

- ❖ Adolfo Ruiz Cortínez
- ❖ Babilonia
- ❖ El Cafetal
- ❖ El Tamarindo
- ❖ Infonavit Limones
- ❖ La Florida
- ❖ Las Palmas
  
- ❖ Lomas de Palmira
- ❖ Miguel Hidalgo
- ❖ Niños Héroe
- ❖ Nueva
- ❖ Palmira
- ❖ Priísta
- ❖ Rafael Sanchez Tapia
- ❖ Satélite
- ❖ Zona Industrial

## POBLACIONES RURALES:

- ❖ Antúnez
- ❖ Buenos Aires
- ❖ Chila
- ❖ Chiquihuitillo
- ❖ El Pino
- ❖ Holanda
- ❖ La Estancia
- ❖ La Nopalera
- ❖ La Presa del
- ❖ Rosario
- ❖ Las Yeguas
- ❖ Los Bancos
- ❖ Los Hornos
- ❖ Parácuaro
- ❖ Piedra Parada
- ❖ Puerta de Alambre
- ❖ Uspero

*\* ref.18*

### **5.3. ASPECTOS ETICOS**

#### A). RIESGO DE LA INVESTIGACION:

No se considera que represente algún riesgo para la salud.

#### B). CONSENTIMIENTO INFORMADO:

No es Necesario.



## **5.4. BIOSEGURIDAD**

No se identifican implicaciones Médicas de bioseguridad.

## **5.5. ORGANIZACIÓN**

### **5.5.1. PROGRAMA DE TRABAJO**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TIEMPO ESTIMADO</b>
CENSO POBLACIONAL	2 A 3 SEMANAS
ESTUDIO DE COMUNIDAD	4 A 6 SEMANAS
CAUSAS DE CONSULTA 3	3 A 4 SEMENAS
TABULACION Y REPORTE DE RESULTADOS	3 A 4 SEMANAS
ELABORACION DEL PRIMER ENSAYO	3 A 4 SEMANAS
ELABORACION DEL DOCUMENTO FINAL	3 SEMANAS

### **5.5.2. RECURSOS HUMANOS**

Dra. Ma. Del Rocío Dinora Fernández Rojas  
Residente de Medicina Familiar  
Encargada del Consultorio 5 de la Consulta Externa de Medicina Familiar en el Turno Matunino en la Clínica Hospital Apatzingán del ISSSTE.

### 5.5.3. RECURSOS MATERIALES

- Hojas de papel 350
- Lapices 2
- Goma de borrar 1
- Clips 1 caja
- Reglas 2
- Maquina para escribir 1
- Computadora 1
- Impresora 1

### 5.5.4. PRESUPUESTO

Los gastos relacionados con la aplicación de las tres estrategias que contempla este proyecto fueron aportados por el investigador responsable.

### 5.6. SUJETOS DE OBSERVACION

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>SUJETOS DE OBSERVACION</b>
<i>CENSO POBLACIONAL</i>	EXPEDIENTES CLINICOS DE TODOS LOS INDIVIDUOS DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO
<i>ESTUDIO DE LA COMUNIDAD</i>	FAMILIAS ASIGNADAS AL MEDICO FAMILIAR
<i>IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS DE CONSULTA</i>	HOJAS DE INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES MEDICAS

## **5.7. CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Todos los derechohabientes de la consulta externa de Medicina Familiar adscritos al consultorio 5 de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán con sus derechos vigentes:
  - Todos los trabajadores
  - Todas las esposas de los trabajadores
  - Todos los hijos hasta los 18 años de edad
  - Todos los hijos hasta los 24 años que tengan sus derechos vigentes por ser estudiantes
  - Todos los hijos nacidos hasta el 31 de Diciembre de 1998
  - Todos los padres de los trabajadores que estén registrados
  - Todos los hijos de cualquier edad minusválidos.
2. La población que acude usualmente a consulta familiar.
3. Disposición para responder a las entrevistas.

## **5.8. CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán con derechos vigentes pero no adscritos al consultorio 5 de Medicina Familiar.
2. Usuario ocasional del servicio de la consulta de medicina Familiar.
3. Derechohabientes con poca disposición a contestar las entrevistas.
4. Entrevistas con datos incompletos.

## 5.9. DEFINICION DE VARIABLES

### PARA EL CENSO POBLACIONAL:

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

- Número total de individuos
- Número total de individuos del sexo masculino
- Número total de individuos del sexo femenino
- Número de individuos de sexo masculino por grupos etáreos
- Número de individuos de sexo femenino por grupos etáreos  
*\* tabla y gráfica 1.*
- Número de individuos del sexo femenino esposas de los trabajadores
- Número de esposas de los trabajadores por grupo etáreo  
*\* tabla y gráfica 2.*
- Número de Individuos del sexo masculino hijos de los Trabajadores
- Número de hijos de los trabajadores por grupo etáreo
- Número de individuos del sexo femenino hijas de los Trabajadores
- Número de hijas de los trabajadores por grupo etáreo  
*\* tabla y gráfica 3.*
- Número de individuos del sexo masculino padres de los Trabajadores
- Número de padres de los trabajadores por grupo etáreo
- Número de individuos del sexo femenino madres de los Trabajadores
- Número de madres de los trabajadores por grupo etáreo  
*\* tabla y gráfica 4.*
- Número total de individuos trabajadores por secretarías  
*\* tabla y gráfica 5.*
- Relación de la población económicamente activa  
*\* tabla y gráfica 6.*

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

Para efectuar el censo de población acudimos al Departamento de Vigencia de derechos investigando las colonias y poblaciones adscritas al consultorio 5 de Medicina Familiar, revisión de los registros para obtener en número total de derechohabientes. Después acudimos al Archivo Clínico para efectuar revisión de expedientes clínicos para clasificar finalmente; por paloteo simple, las variables mencionadas.

A continuación mencionamos los datos encontrados en la investigación y los cuales describimos en tablas del 1 al 6 y gráficas del 1 al 6.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Descripción de los Resultados.

Una vez obtenida la información correspondiente a las tres estrategias propuestas por paloteo simple, analizamos mediante procedimientos estadísticos y relaciones porcentuales

La población correspondiente al Consultorio 5 de la Consulta Externa de Medicina Familiar de **LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGÁN** es de 1167 familias que nos aportan un total de 4204 derechohabientes. De éstos, 1914 corresponden al sexo masculino y 2290 al sexo femenino.

Al clasificar a los derechohabientes en grupos etáreos tenemos:

Edad	% de la Población Total
De 0 a 4 años	17.40
De 5 a 9 años	20.30
De 10 a 14 años	20.40
De 15 a 19 años	16.40
De 20 a 24 años	15.50
De 25 a 29 años	10.50
De 30 a 34 años	13.10
De 35 a 39 años	13.30
De 40 a 44 años	10.30
De 45 a 49 años	7.20
De 50 a 54 años	7.10
De 55 a 59 años	7.10
De 60 a 64 años	6.90
De 65 a 69 años	6.50
De 70 a 74 años	5.20
De 75 en adelante	6.10

De los datos de la tabla podemos observar que predomina el sexo femenino y que el mayor porcentaje de la población total es de los 10 a los 14 años de edad, siguiéndole el grupo etáreo de 5 a 9 años y en tercer lugar el grupo etáreo de 0 a 4 años. \* tabla y gráfica 1.

Asimismo, encontramos que 1167 personas pertenecen a la población trabajadora, que corresponden a un 28% de la población total adscrita al consultorio. Al clasificar la población trabajadora sexo y grupo etáreo obtuvimos que 680 son hombres y que 487 son mujeres. Es importante hacer notar que continúa siendo el hombre el que satisface las necesidades de la familia; pero observamos que la mujer se va incorporando cada vez más a contribuir al sustento familiar. En este estudio las mujeres trabajadoras de 30 a 34 años de edad superaron a los hombres trabajadores del mismo grupo etáreo.\* *tabla y gráfica 1.*

Al clasificar las esposas de los trabajadores por grupo etáreo obtuvimos que son 416, correspondiéndoles el 10% de la población total adscrita al consultorio. \* *tabla y gráfica 2 y 6*

Para esta investigación solamente incluimos a los hijos derechohabientes hasta los 24 años de edad, los cuales fueron clasificados por sexo y grupo etáreo. Estos, forman un total de 1895 y les corresponde el 45% de la población total en estudio. \* *tabla y gráfica 3. Y 6*

Los padres de los trabajadores fueron clasificados por sexo y grupo etáreo y son un total de 726, correspondiéndoles el 17% de la población en estudio. \* *tabla y gráfica 4.*

La población trabajadora que labora en distintas Dependencias Federales y Municipales, les corresponde un 28% de la población total en estudio. Esta población fue clasificada por Secretarías y observamos que la SEP es quien tiene el mayor número de trabajadores. \* *tabla y gráfica 5.*

Asimismo, encontramos que el total de trabajadores masculinos es de 680 y de trabajadores femeninos de 487. \* *tabla y gráfica 6*

De acuerdo al estado civil encontramos que el 58.6% son casados, el 4.8% en unión libre, el 5.3% viudos y un 31.3% Solteros. \*tabla y gráfica 8.

El 41 % de los casados tienen entre 10 y 19 años de edad, observándose un contraste muy marcado con respecto a las parejas que presentan entre 0 y 9 años de casados \* tabla y gráfica 9

De acuerdo a la escolaridad de los padres de familia, encontramos que no tenemos analfabetas, y que el 20% tienen una escolaridad básica, el 16% educación media, el 24% educación técnica media superior de educación media, el 16% tiene educación técnica media superior y el 40% con educación superior. \* tabla y gráfica 10.

De la población femenina encontramos 1049 mujeres en edad fértil (15 a los 44 años de edad), y de éstas 287 (27.3%) no tienen vida sexual hasta el momento de la investigación, el resto de las mujeres en edad fértil; a su vez (el 72.7%) utilizan distintos métodos anticonceptivos correspondiéndoles: a los anticonceptivos hormonales el 10%, al Dispositivo Intrauterino el 14%, a los métodos de Apoyo el 13%, a la OTB el 26% y las mujeres en Intervalo el 10%. \* tabla y gráfica 11.

El promedio de hijos por familia es de 1.7 hijos aproximadamente.

La ocupación de los padres es en un 44% de empleados, un 40% profesionistas, un 10% son técnicos y un 6% tienen otro tipo de empleos. \* tabla y gráfica 12.

El ingreso económico familiar varía de 2 a 15 salarios mínimos en promedio. El 60% gana más de 3 salarios y un 40% gana 2 salarios mínimos. \* tabla y gráfica 13.

Las familias con base en su Desarrollo son en su mayoría Tradicionales en un 58% y Modernas en un 42%, \* tabla y gráfica 14.



Las familias con base en su Demografía son en su mayoría urbana en un 60% y rurales un 40%. \* *tabla y gráfica 15.*

Las familias con base en su tipología son en un 40% profesionales y un 60% obreras. \* *tabla y gráfica 16.*

Las familias con base en su composición son en su mayoría nucleares en un 68%, extensas en un 30% y compuestas un 2%. \* *tabla y gráfica 17.*

Las familias con base en su Etapa de ciclo vital se encuentran en un 8% en etapa de matrimonio, el 20% en etapa de expansión, un 62% en etapa de dispersión, un 8% en etapa de independencia y un 2% en etapa de Retiro. \* *tabla y gráfica 18.*

Se otorgaron 2439 consultas durante el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de Diciembre de 1998. De éstas fueron otorgadas 1691 por primera vez, 748 subsecuentes \**tabla y gráfica 19,* y fueron 786 a pacientes del sexo masculino y 1653 a pacientes del sexo femenino \* *tabla y gráfica 20* y, las clasificamos por grupos etáreos \**tabla y gráfica 21.* Las causas de consulta las clasificamos por meses encontrando:

- En el primer mes que fueron 375 consultas: 267 por primera vez, 108 subsecuente, 117 otorgadas a pacientes hombres, 258 a pacientes mujeres y las primeras 10 causas fueron: IRA 65, Vulvovaginitis 35, IVU 18, Control prenatal 18, Parasitosis 17, DM 15, Dorsalgia 14, Enfermedad Articular 13, Gastroenteritis 12, Anemia 12 y el resto por otras causas \* *tabla y gráfica 22.*
- En el segundo mes fueron 276 consultas: 194 por primera vez, 82 subsecuentes, 101 otorgadas a pacientes hombres, 175 a pacientes mujeres y las primeras 10 causas fueron: IRA 68, Gastroenteritis 23, IVU 16, Control prenatal 16, Enfermedad Acido-péptica 14, HTA 11, Salmonelosis 11, Dermatitis 10, Traumatismos 10, Cervicovaginitis 8 y el resto por otras causas \* *tabla y gráfica 23*

- En el tercer mes fueron 472 consultas: 345 por primera vez y 127 subsecuentes, 143 fueron otorgadas a pacientes hombres, 329 a pacientes mujeres y las primeras causas fueron: IRA 149, HTA 26, Enf. Acido-Péptica 26, DM 25, Reumatismo 23, Control prenatal 19, IVU 16, Vulvovaginitis 15, Parasitosis 13, Colitis 12 y el resto por otras causas \* *tabla y gráfica 24*.
- En el cuarto mes fueron 225 consultas: 156 por primera vez, 69 subsecuentes, 67 se otorgaron a pacientes hombres y 158 a pacientes mujeres y las primeras causas fueron: 17 por Vaginitis, 13 por Colitis, 10 por Control prenatal, 10 por Diabetes Mellitus, 10 por Hipertensión Arterial, 9 por Lumbalgia, 9 por Otitis, 8 por amibiasis, 7 por Enfermedad Acido-péptica, 7 por Infección de vías urinarias y, el resto por otras causas \* *tabla y gráfica 25*.
- En el quinto mes fueron 363 consultas: 241 por primera vez, 122 subsecuentes, 119 se otorgaron a pacientes hombres, 244 a pacientes mujeres y las causas fueron: 22 por Enfermedad Acido-Péptica, 19 por Infección de Vías Urinarias, 18 por Diabetes Mellitus, 18 por amibiasis, 17 por Hipertensión Arterial, 16 por Parasitosis, 15 por Dermatitis, 13 por Control Prenatal, 12 por Conjuntivitis, 12 por Infección Respiratoria Aguda y el resto por otras causas (\**ver tabla y gráfica 26*).
- En el sexto mes fueron 278 consultas: 196 por primera vez, 82 subsecuentes, 109 se otorgaron a pacientes hombres, 169 a pacientes mujeres y las causas fueron: 64 por Infección Respiratoria Aguda, 17 por Control Prenatal, 14 por Infección de Vías Urinarias, 13 por Enfermedad Acido-Péptica, 12 por Dermatitis, 10 por Vulvovaginitis, 9 por Diabetes Mellitus, 9 por Anemia, 9 por Hipertensión Arterial, 8 por Colitis y el resto por otras causas \* *tabla y gráfica 7*.
- En el séptimo mes fueron 173 consultas: 99 por primera vez, 74 subsecuentes, 28 se otorgaron a pacientes hombres, 145 a pacientes mujeres y las causas de consulta fueron: 31 por Vulvovaginitis, 11 por Infección de Vías Urinarias, 10 por

Infección Respiratoria Aguda, 7 por Diabetes Mellitus, 5 por Enfermedad Acido-Péptica, 4 por Control Prenatal, 4 por Hipertensión Arterial, 3 por Colitis, 3 por Micosis, 3 por Dermatitis y el resto por otras causas \* *tabla y gráfica 28.*

- En el octavo mes fueron 277 consultas: 193 por primera vez, 84 subsecuentes, 102 se otorgaron a pacientes hombres, 175 a pacientes mujeres y las causas fueron: 50 por Infección Respiratoria Aguda, 18 por Infección de Vías Urinarias, 17 por Diabetes Mellitus, 13 por Micosis, 12 por Colitis, 11 por Enfermedad Acido-Péptica, 9 por Alergia, 9 por control Prenatal, 9 por vaginitis, 6 por Reumatismo y el resto por otras causas \* *tabla y gráfica 29.*

## 6.2. Tablas, Cuadros y Gráficas

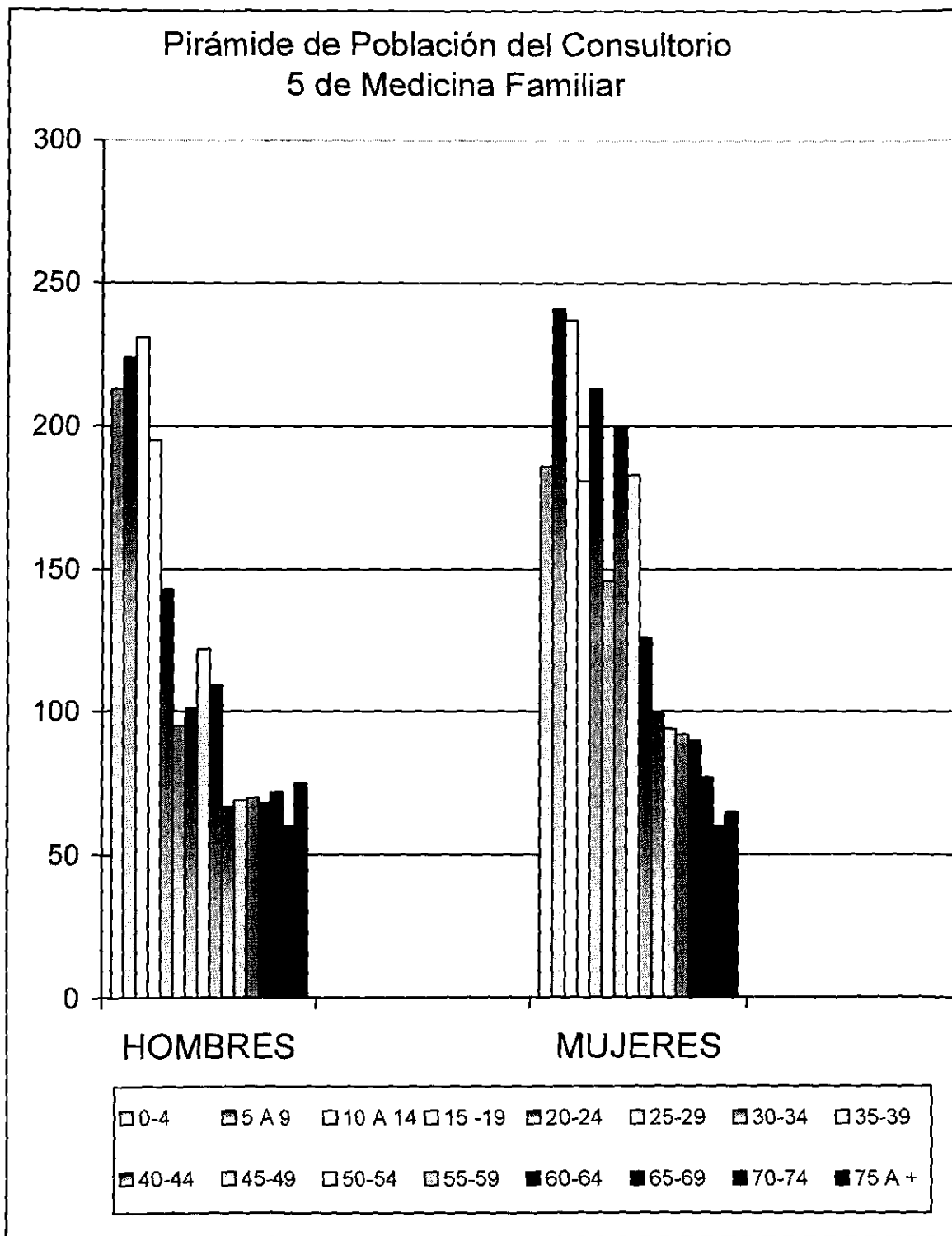
TABLA 1

PIRAMIDE DE POBLACION CORRESPONDIENTE AL CONSULTORIO 5  
DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE  
APATZINGAN

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
0 - 4	213	186	399	17.4
5 - 9	224	241	465	20.3
10 - 14	231	237	468	20.4
15 - 19	195	181	376	16.4
20 - 24	143	213	356	15.5
25 - 29	95	146	241	10.5
30 - 34	101	200	301	13.1
35 - 39	122	183	305	13.3
40 - 44	109	126	235	10.3
45 - 49	67	99	166	7.2
50 - 54	69	94	163	7.1
55 - 59	70	92	162	7.1
60 - 64	68	90	158	6.9
65 - 69	72	77	149	6.5
70 - 74	60	60	120	5.2
75 - MAS	75	65	140	6.1
TOTAL	1914	2290	4204	

FUENTE DE CONSULTA: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO  
CLINICO

Grafica 1



FUENTE DE CONSULTA: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO

TABLA 2

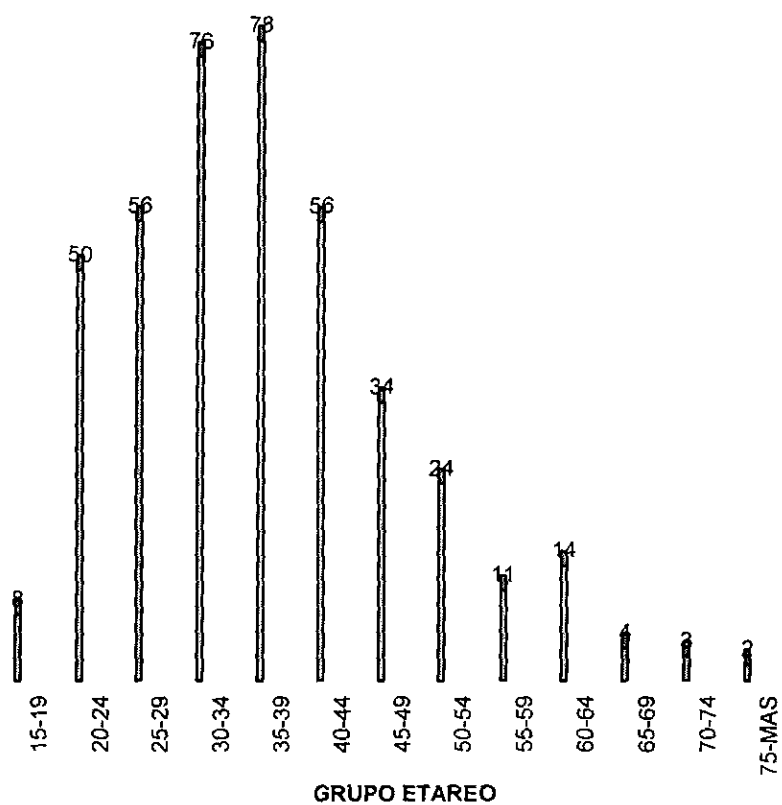
ESPOSAS DE LOS TRABAJADORES DEL CONSULTORIO 5 DE  
MEDICINA FAMILIAR

<b>EDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>15 – 19</b>	8	1.9
<b>20 – 24</b>	50	12.0
<b>25 – 29</b>	56	13.5
<b>30 – 34</b>	76	18.2
<b>35 – 39</b>	78	18.7
<b>40 – 44</b>	56	13.5
<b>45 – 49</b>	34	18.2
<b>50 – 54</b>	24	5.7
<b>55 - 59</b>	11	2.6
<b>60 – 64</b>	14	3.3
<b>65 – 69</b>	4	1.0
<b>70 – 74</b>	3	0.7
<b>75 – MAS</b>	2	0.5
<b>TOTAL</b>	416	0.5

FUENTE DE CONSULTA: *DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO*

## GRAFICA 2

### ESPOSAS DE LOS TRABAJADORES DEL CONSULTORIO 5 DE MEDICINA FAMILIAR



FUENTE DE CONSULTA: *DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO*

TABLA 3

HIJOS DE LOS TRABAJADORES DEL CONSULTORIO 5 DE MEDICINA FAMILIAR

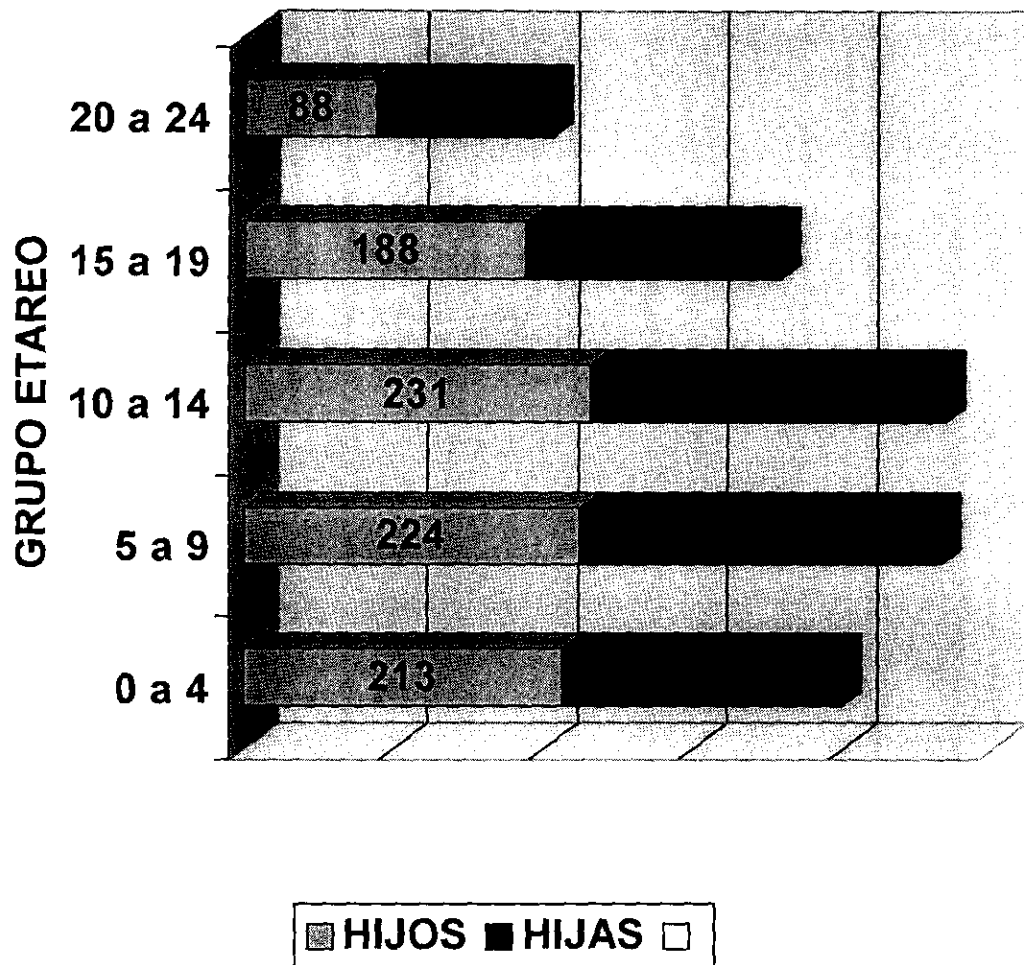
EDAD	HIJOS	HIJAS	TOTAL	%
<b>0-4</b>	213	186	399	21.0
<b>5-9</b>	224	241	465	24.5
<b>10-14</b>	231	237	468	24.7
<b>15-19</b>	188	170	358	18.9
<b>20-24</b>	88	117	205	10.8
<b>TOTAL</b>	944	951	1895	

FUENTE DE CONSULTA: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO



### GRAFICA 3

## HIJOS DE LOS TRABAJADORES DEL CONSULTORIO 5 DE MEDICINA FAMILIAR



FUENTE DE CONSULTA: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO

TABLA 4

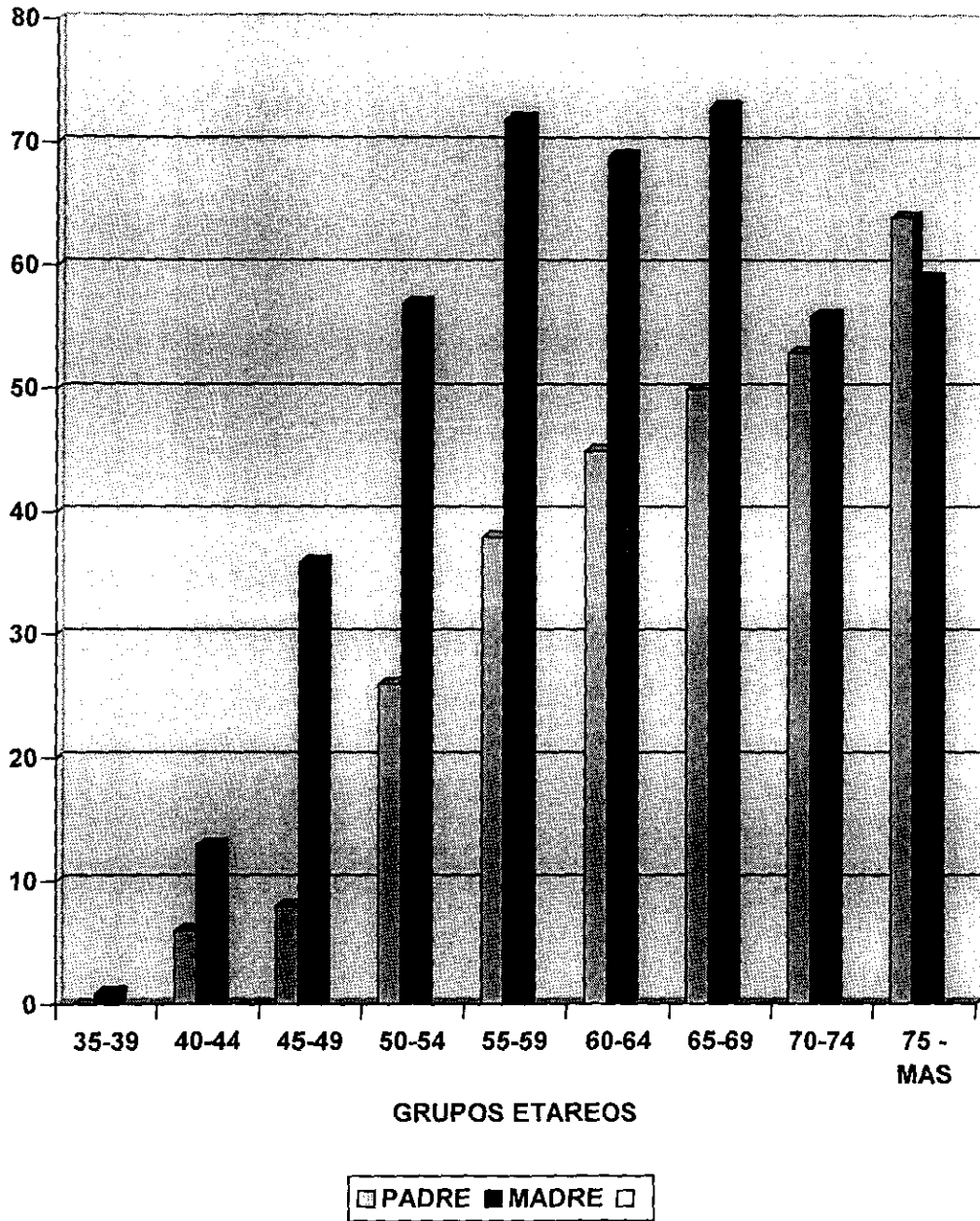
PADRES DE LOS TRABAJADORES DEL CONSULTORIO 5 DE  
MEDICINA FAMILIAR

EDAD	PADRES	MADRES	TOTAL	%
35-39	0	1	1	0.1
40- 44	6	13	19	2.6
45-49	8	36	44	6
50-54	26	57	83	11.4
55-59	38	72	110	15.2
60-64	45	69	114	15.7
65-69	50	73	123	16.9
70-74	53	56	109	15.0
75 -MAS	64	59	123	19.6
TOTAL	290	436	726	

FUENTE DE CONSULTA: *DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO*

GRAFICA 4

**PADRES DE LOS TRABAJADORES DEL  
CONSULTORIO 5 DE MEDICINA FAMILIAR**



FUENTE DE CONSULTA: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO

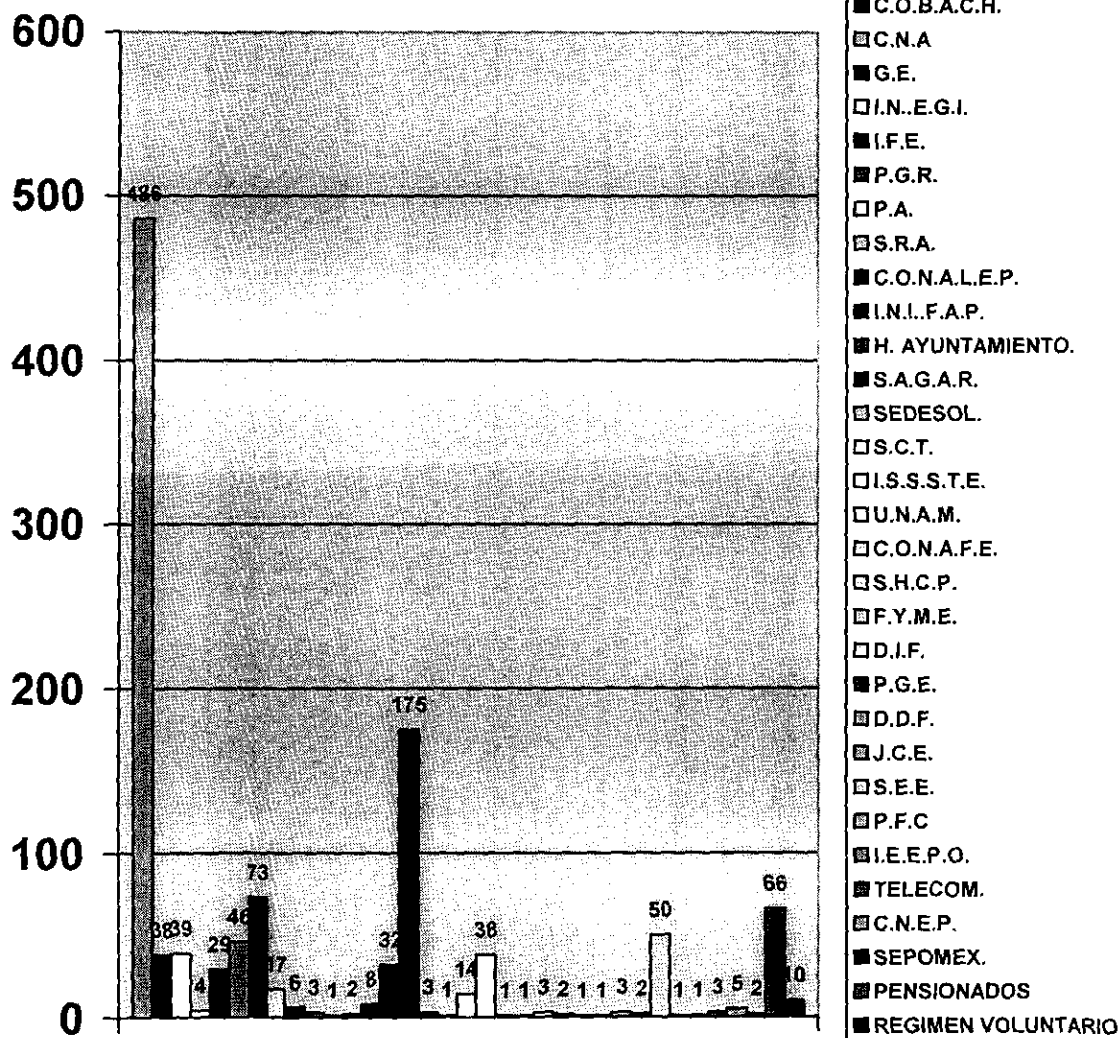
**TABLA 5**  
**NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES POR SECRETARIAS**  
**CORRESPONDIENTES AL CONSULTORIO 5 DE MEDICINA FAMILIAR**

<b>SECRETARIA</b>	<b>NUMERO DE TRABAJADORES</b>
<b>S.E.P.</b>	486
<b>S.S.</b>	38
<b>S.A.R.H.</b>	39
<b>I.N.E.A.</b>	4
<b>C.O.B.A.C.H.</b>	29
<b>C.N.A</b>	46
<b>G.E.</b>	73
<b>I.N..E.G.I.</b>	17
<b>I.F.E.</b>	6
<b>P.G.R.</b>	3
<b>P.A.</b>	1
<b>S.R.A.</b>	2
<b>C.O.N.A.L.E.P.</b>	8
<b>I.N.I..F.A.P.</b>	32
<b>H. AYUNTAMIENTO.</b>	175
<b>S.A.G.A.R.</b>	3
<b>SEDESOL.</b>	1
<b>S.C.T.</b>	14
<b>I.S.S.S.T.E.</b>	38
<b>U.N.A.M.</b>	1
<b>C.O.N.A.F.E.</b>	1
<b>S.H.C.P.</b>	3
<b>F.Y.M.E.</b>	2
<b>D.I.F.</b>	1
<b>P.G.E.</b>	1
<b>D.D.F.</b>	3
<b>J.C.E.</b>	2
<b>S.E.E.</b>	50
<b>P.F.C</b>	1
<b>I.E.E.P.O.</b>	1
<b>TELECOM.</b>	3
<b>C.N.E.P.</b>	5
<b>SEPOMEX.</b>	2
<b>PENSIONADOS</b>	66
<b>REGIMEN VOLUNTARIO</b>	10

FUENTE DE CONSULTA: *DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO*

GRAFICA 5

**NUMERO DE TRABAJADORES DEL  
CONSULTORIO 5 DE MEDICINA  
FAMILIAR POR SECRETARIA**



FUENTE DE CONSULTA: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO

TABLA 6

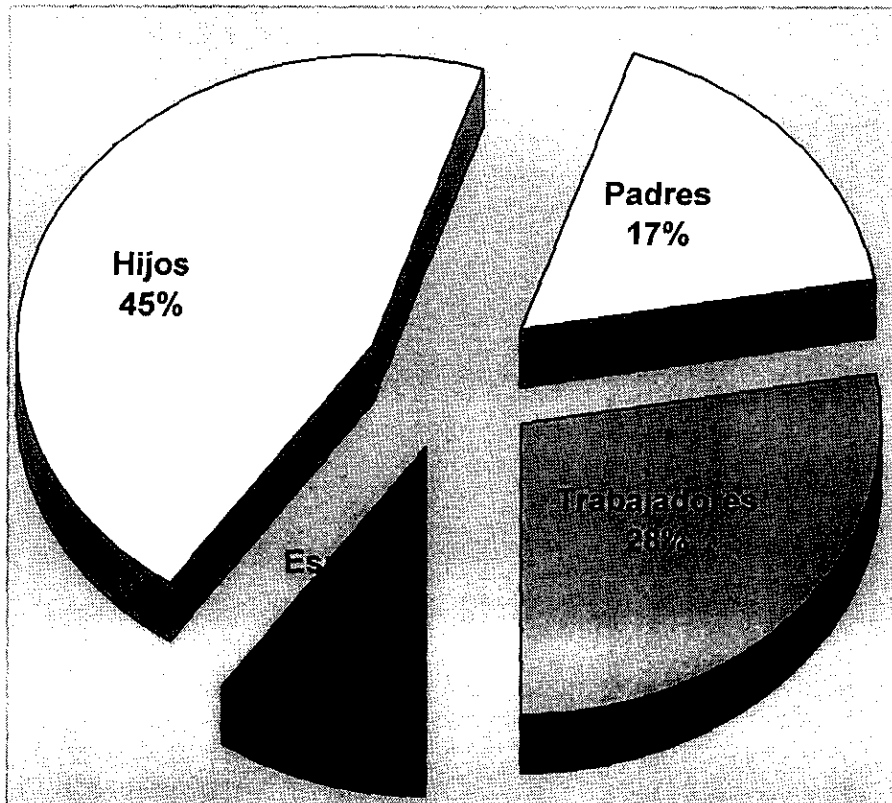
RELACION DE LA POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA Y SUS FAMILIARES DERECHOHABIENTES

	<b>TRABAJADORES</b>	<b>ESPOSAS</b>	<b>HIJOS</b>	<b>PADRES</b>
<b>NUMERO</b>	1167	416	1895	726
<b>%</b>	28	10	45	17

FUENTE DE CONSULTA: *DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO*

GRAFICA 6.

Relación de población económicamente activa



FUENTE DE CONSULTA: *DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y DEL ARCHIVO CLINICO*

TABLA 8

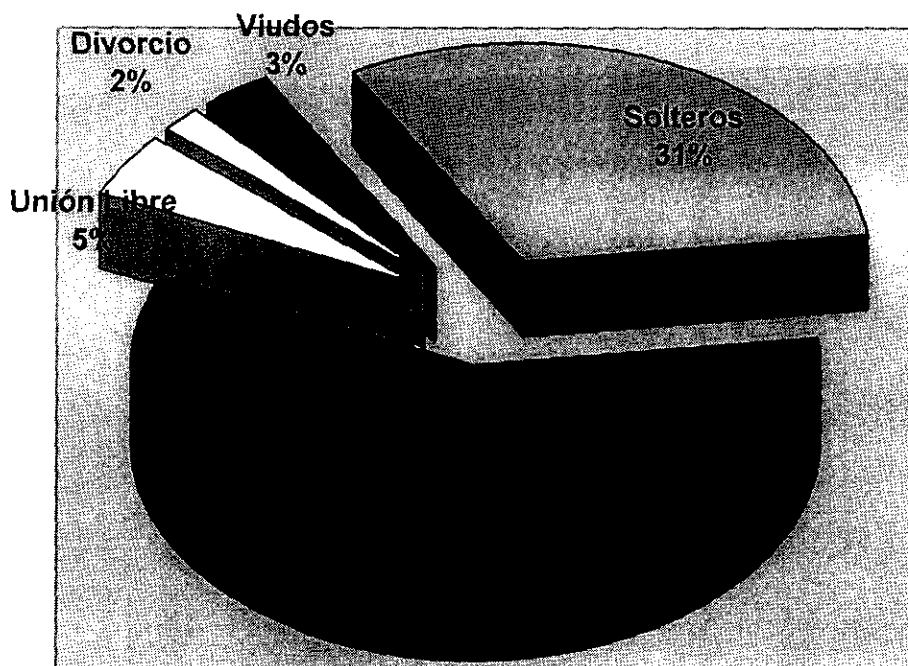
**ESTADO CIVIL DE LOS TRABAJADORES EN EL  
CONSULTORIO 5 DE MEDICINA FAMILIAR**

	<b>Solteros</b>	<b>Casados</b>	<b>Unión Libre</b>	<b>Divorcio</b>	<b>Viudos</b>
%	31	59	5	2	3

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

GRAFICA 8

**ESTADO CIVIL DE LOS TRABAJADORES**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**TABLA 9**

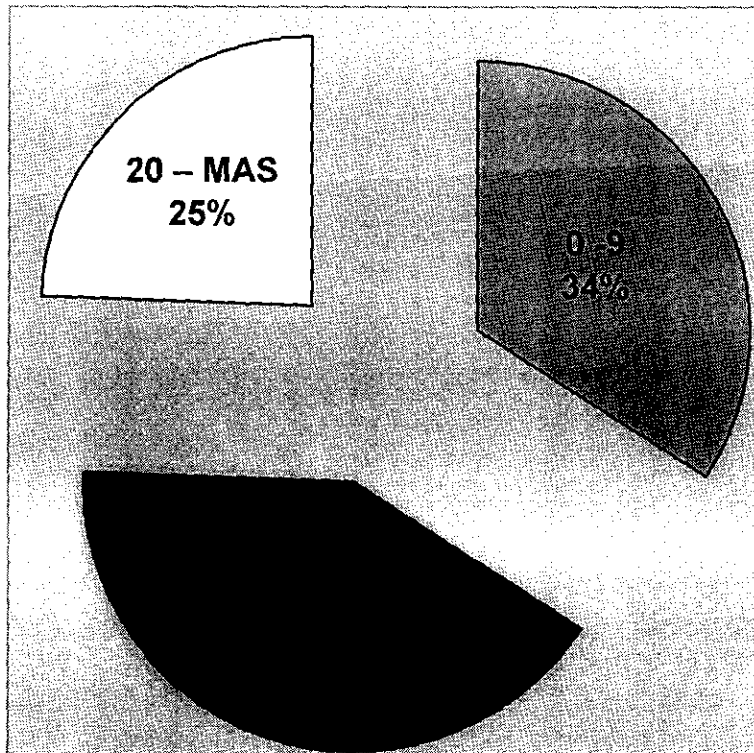
**AÑOS DE UNION CONYUGAL**

	<b>0 - 9</b>	<b>10 - 19</b>	<b>20 - MAS</b>
<b>%</b>	34	41	25

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**GRAFICA 9**

**AÑOS DE UNION CONYUGAL**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*



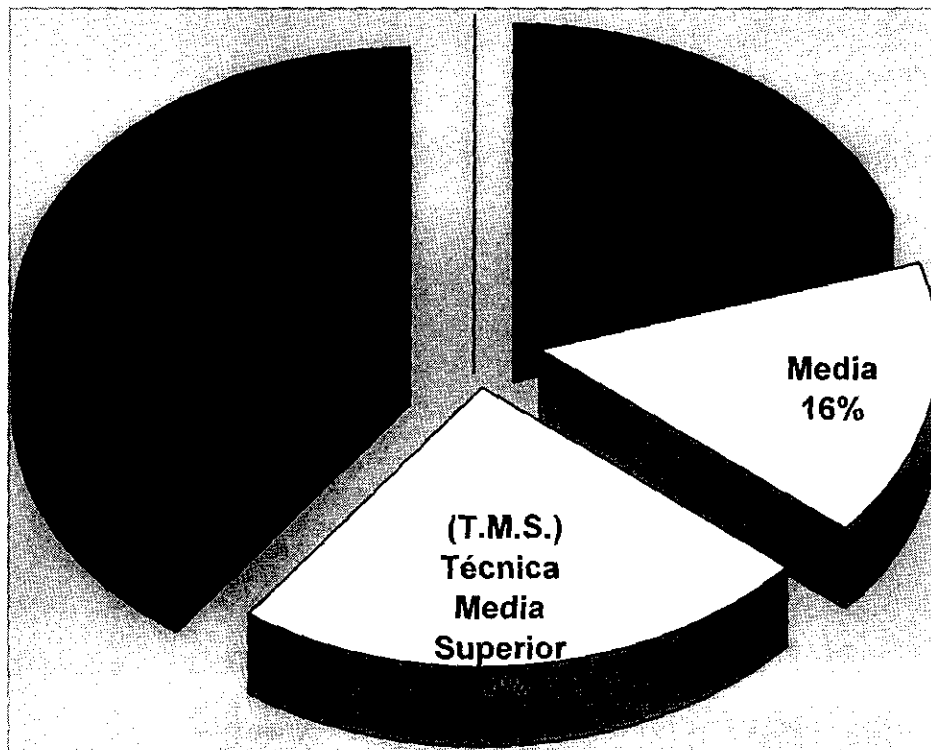
**TABLA 10**  
**ESCOLARIDAD DE LOS TRABAJADORES DEL CONSULTORIO**  
**5 DE MEDICINA FAMILIAR**

	<b>Analfabeta s</b>	<b>Básica</b>	<b>Media</b>	<b>(T.M.S.) Técnica Media Superior</b>	<b>Superior</b>
<b>%</b>	0	20	16	24	40

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**GRAFICA 10**

**Escolaridad de los Trabajadores**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**TABLA 11**

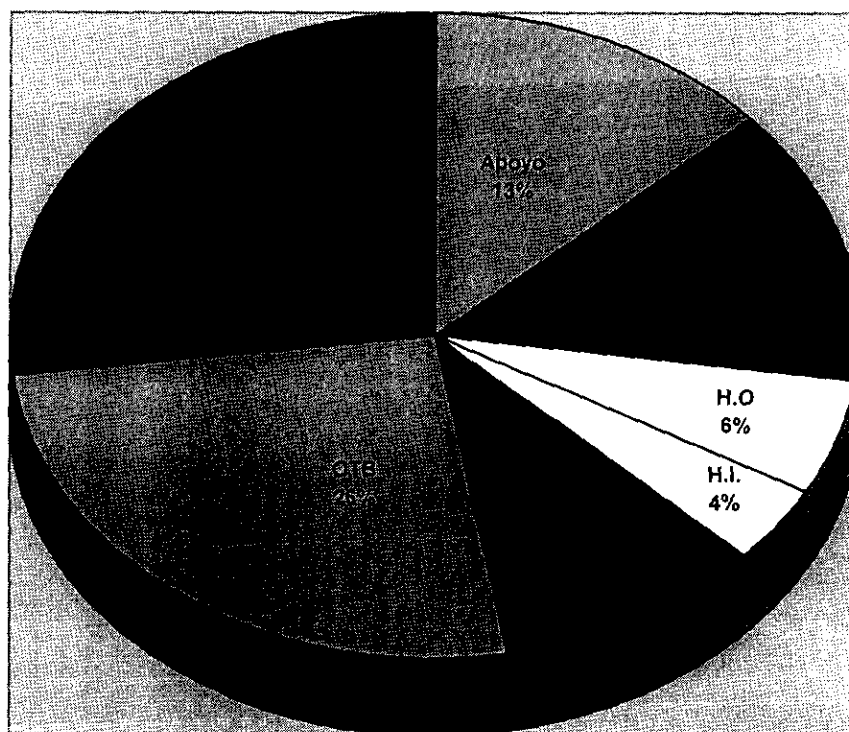
**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL EN EL CONSULTORIO 5 DE MEDICINA FAMILIAR**

	<b>Apoyo</b>	<b>DIU</b>	<b>H.O</b>	<b>H.I.</b>	<b>Interv.</b>	<b>OTB</b>	<b>Sin VSA</b>
<b>%</b>	13	14	6	4	10	26	27

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**GRAFICA 11**

Metodo de Planificación Familiar en mujeres en edad fértil



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**TABLA 12**

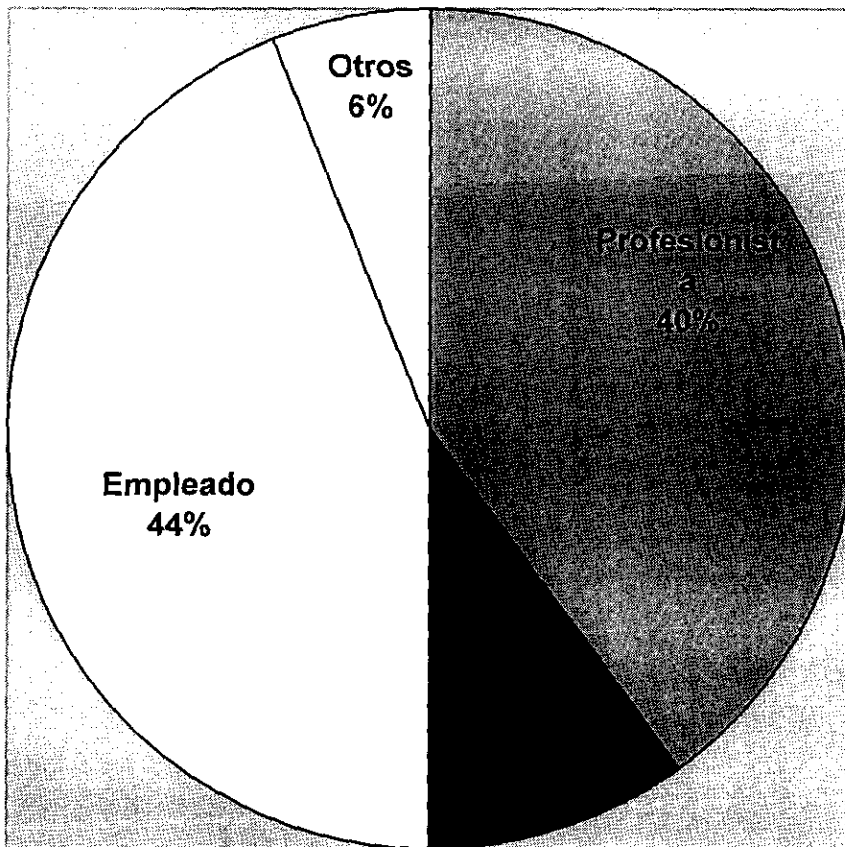
**OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA DEL  
CONSULTORIO 5**

	<b>Profesional</b>	<b>Técnico</b>	<b>Empleado</b>	<b>Otros</b>
<b>%</b>	40	10	44	6

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**GRAFICA 12**

**Ocupación de los padres de  
familia**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

TABLA 13

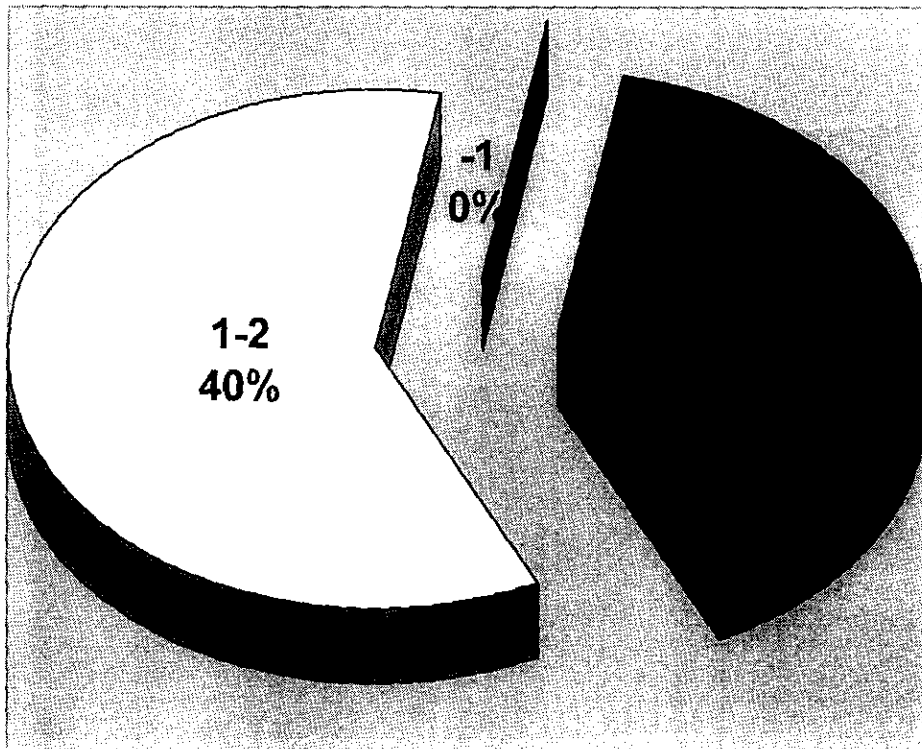
**INGRESO ECONOMICO POR SALARIOS MINIMOS**

<b>SALARIOS</b>	<b>- 1</b>	<b>1 -2</b>	<b>+ 3</b>
<b>%</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>60</b>

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

GRAFICO 13

**INGRESO ECONOMICO POR SALARIOS MINIMOS**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

TABLA 14

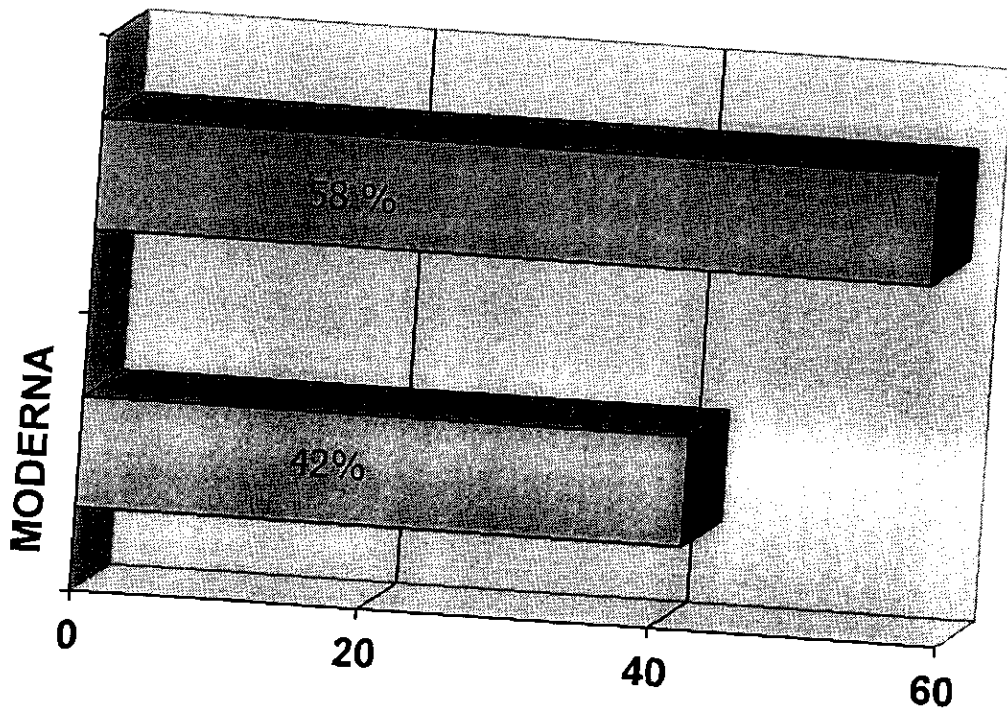
**FAMILIAS CON BASE EN SU DESARROLLO**

	<b>MODERNA</b>	<b>TRADICIONAL</b>
<b>%</b>	42	58

FUENTE DE CONSULTA: EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)

GRAFICA 14

**FAMILIAS CON BASE EN SU DESARROLLO**



FUENTE DE CONSULTA: EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)

TABLA 15

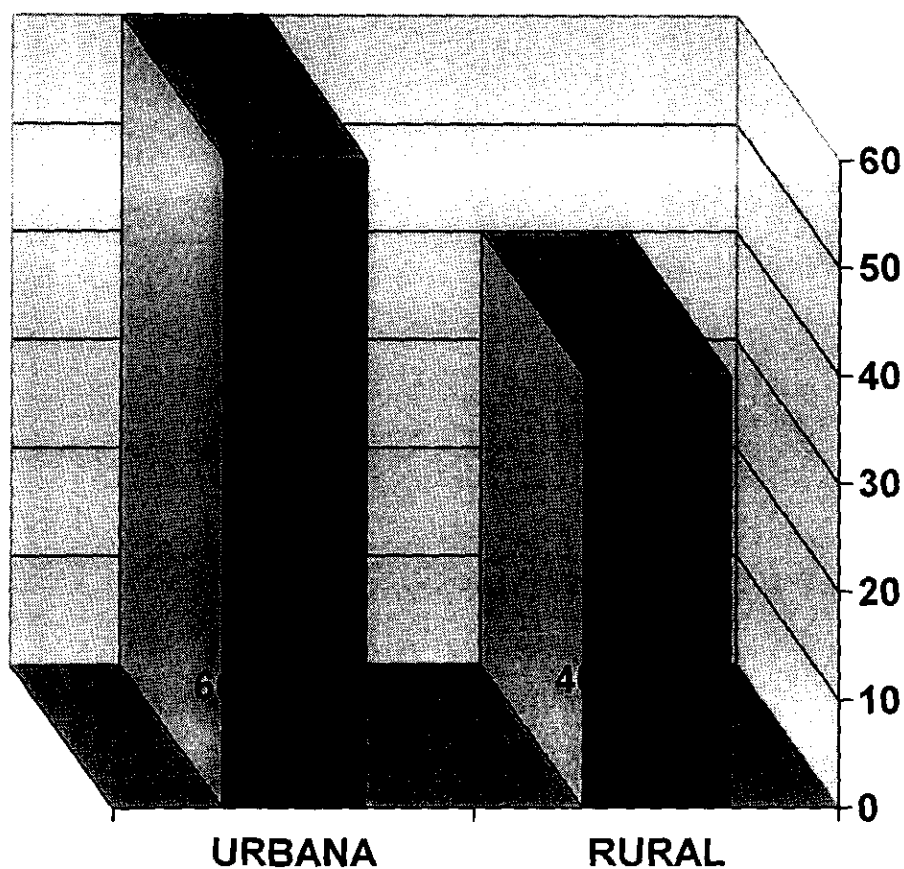
**FAMILIAS CON BASE EN SU DEMOGRAFIA**

	<b>URBANA</b>	<b>RURAL</b>
<b>%</b>	60	40

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

GRAFICA 15

**FAMILIAS CON BASE EN SU DEMOGRAFIA**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

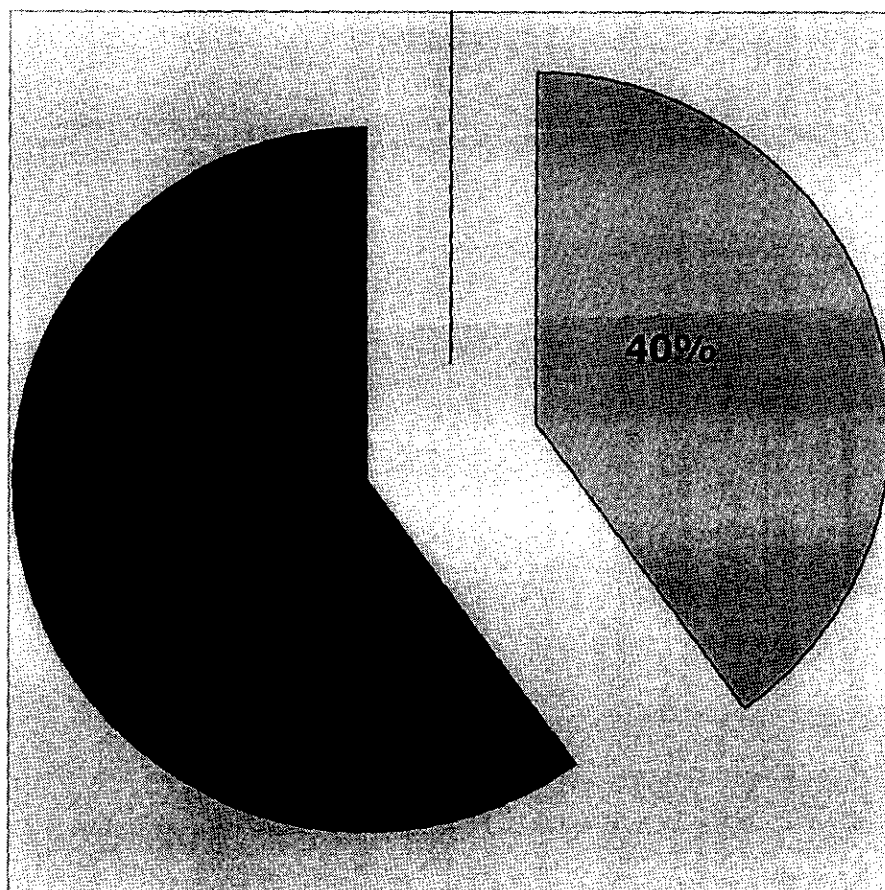
TABLA 16

**FAMILIA CON BASE EN SU TIPOLOGIA**

	<b>Profesional</b>	<b>Obrera</b>	<b>Campesina</b>
<b>%</b>	40	60	0

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**GRAFICA 16**  
**FAMILIAS CON BASE EN SU TIPOLOGIA**



■ Profesional ■ Obrera □ Campesina

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**TABLA 17**

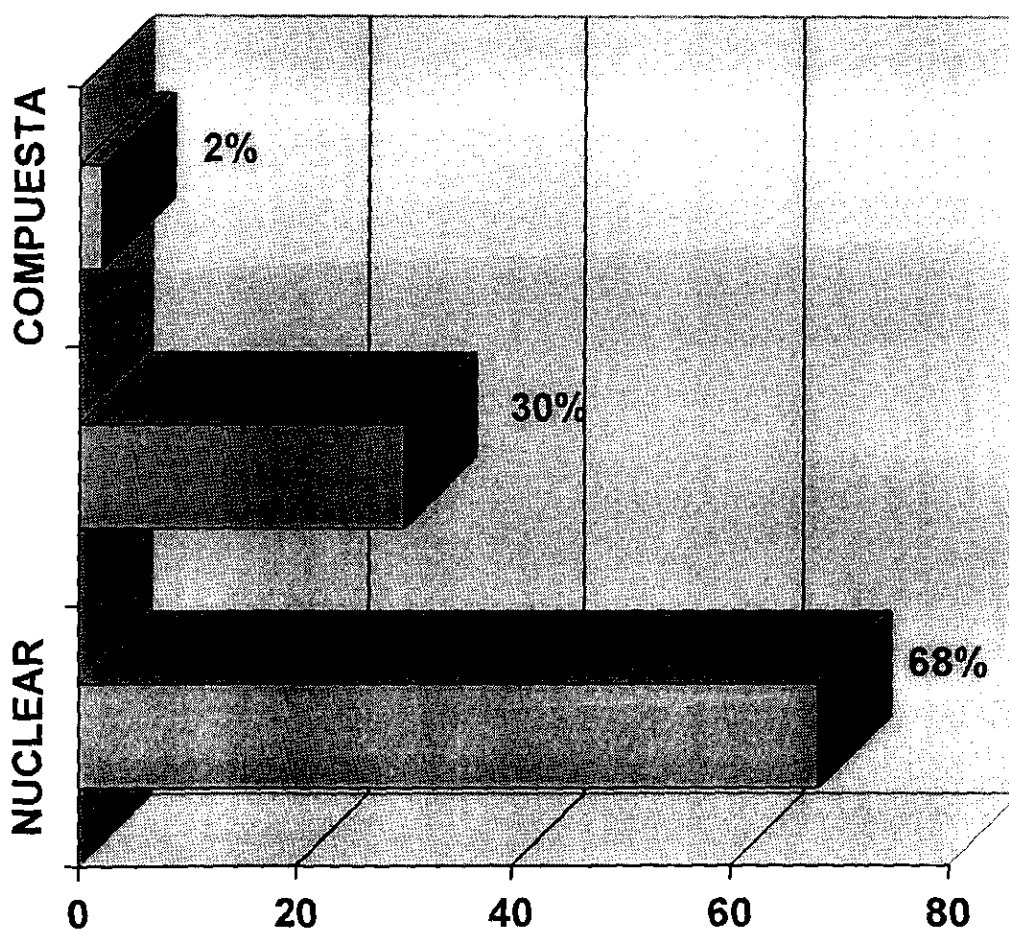
**FAMILIAS CON BASE EN SU COMPOSICION**

	<b>NUCLEAR</b>	<b>EXTENSA</b>	<b>COMPUESTA</b>
<b>%</b>	68	30	2

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

**GRAFICA 17**

**FAMILIAS CON BASE EN SU COMPOSICION**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*



TABLA 18

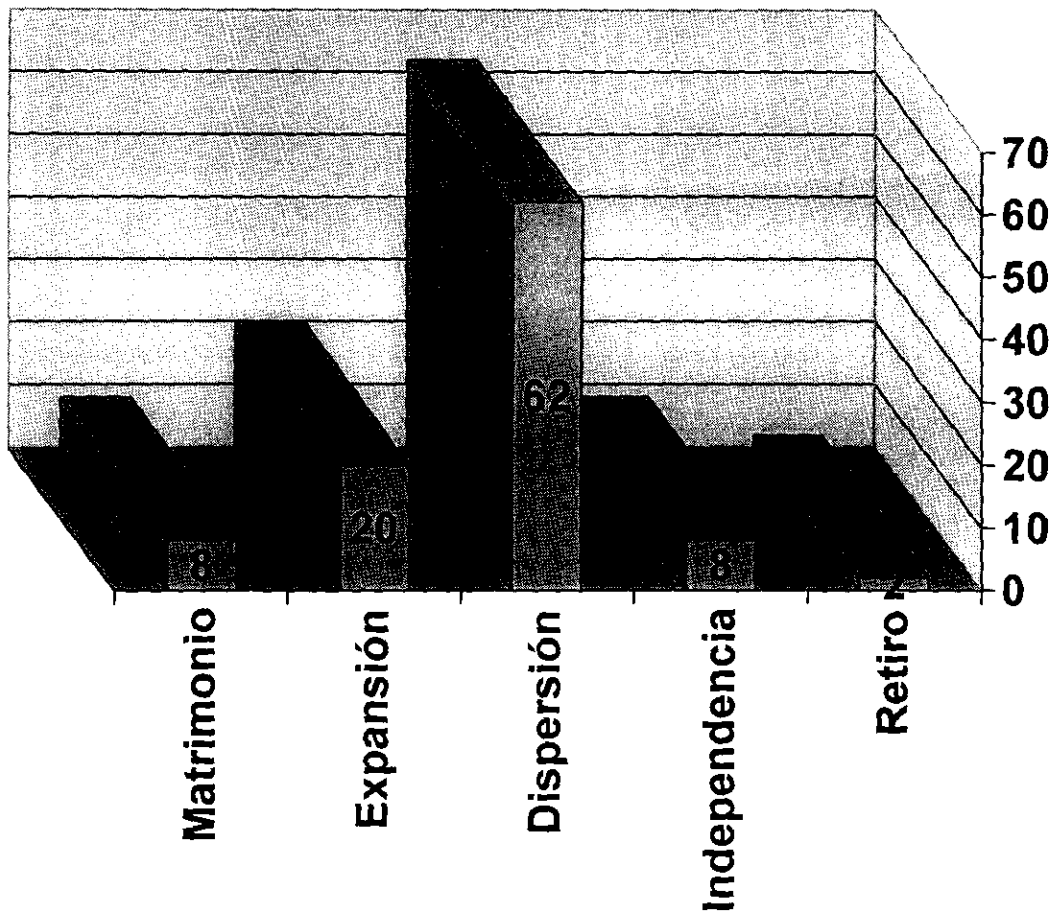
**FAMILIAS CON BASE EN SU CICLO VITAL**

	<b>Matrimonio</b>	<b>Expansión</b>	<b>Dispersión</b>	<b>Independencia</b>	<b>Retiro</b>
<b>%</b>	8	20	62	8	2

FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

GRAFICA 18

**FAMILIAS CON BASE EN SU ETAPA DE CICLO VITAL**



FUENTE DE CONSULTA: *EXPEDIENTE CLINICO DE LA HOJA DESTINADA A LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS (ANEXO 1)*

TABLA 19.

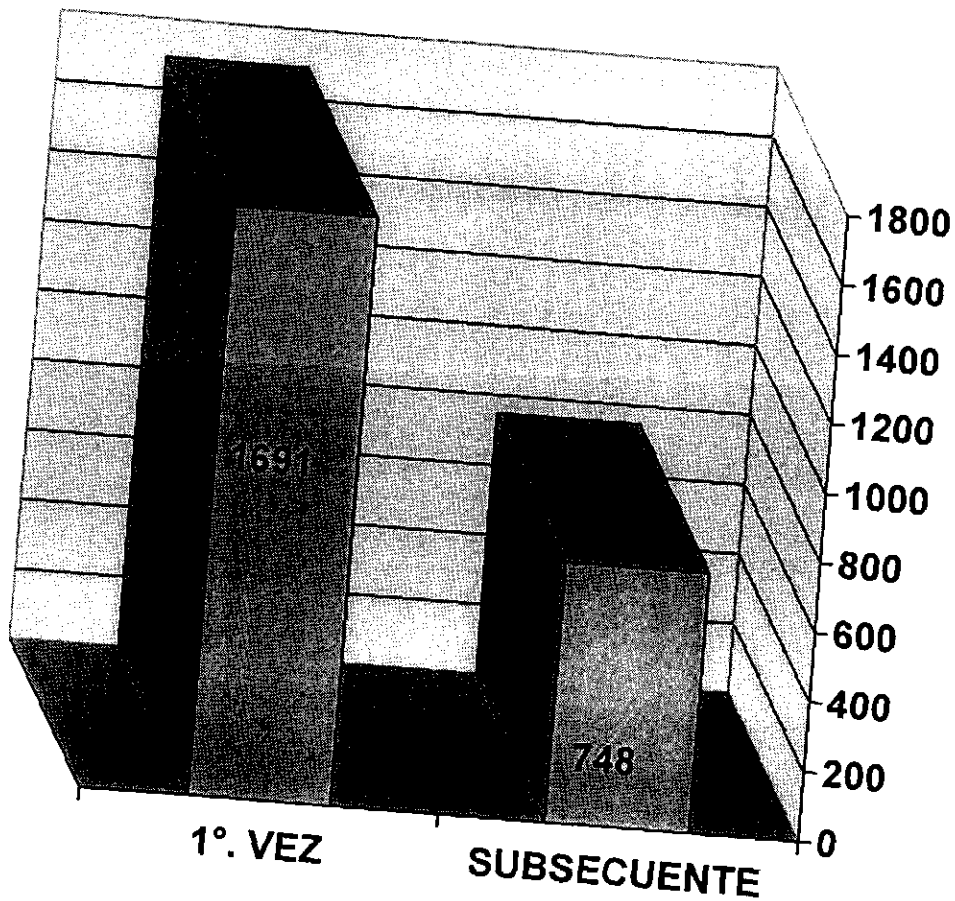
TOTAL DE CONSULTA EN UN AÑO

	<b>1ª VEZ</b>	<b>SUBSECUENTE</b>
<b>TOTAL</b>	1691	748

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 19.

TOTAL DE CONSULTAS EN UN AÑO



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

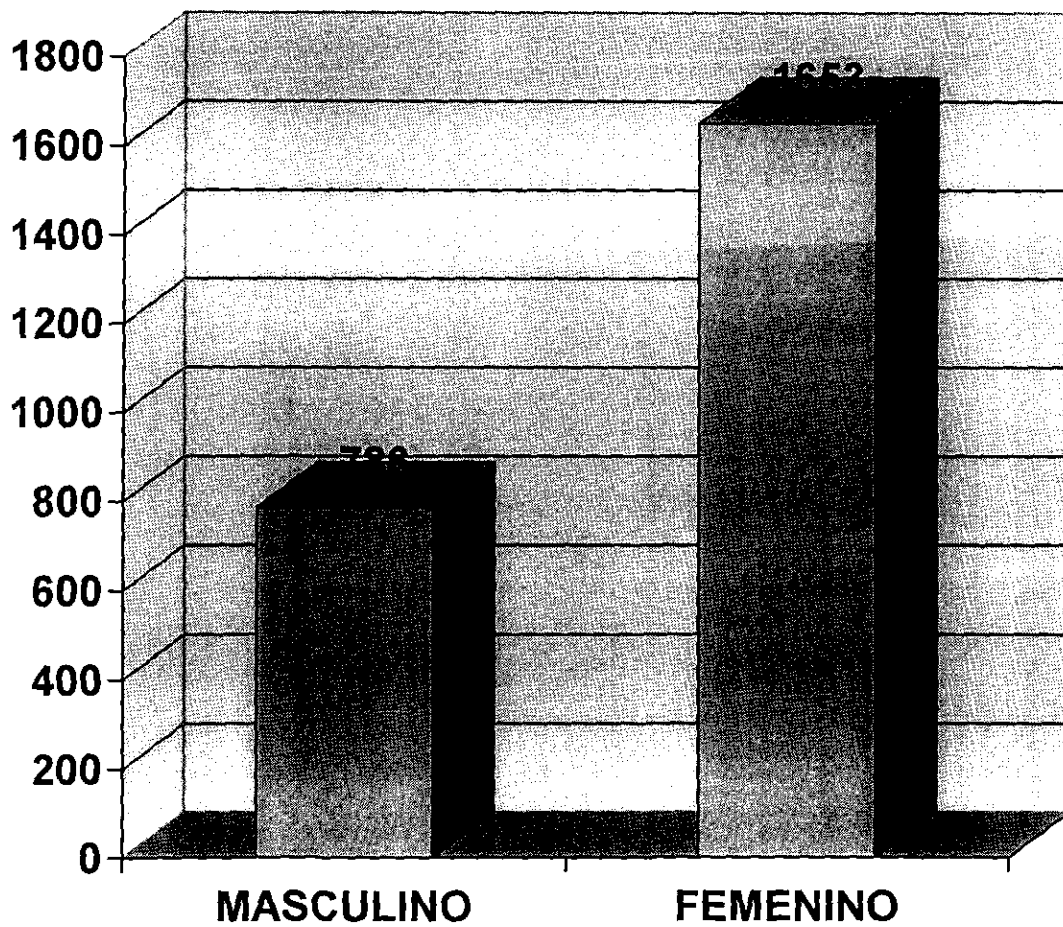
TABLA 20 TOTAL DE CONSULTAS POR SEXO

	MASCULINO	FEMENINO
TOTAL	786	1653

FUENTE DE CONSULTA: *HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)*

GRAFICA 20

TOTAL DE CONSULTAS POR SEXO



FUENTE DE CONSULTA: *HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)*

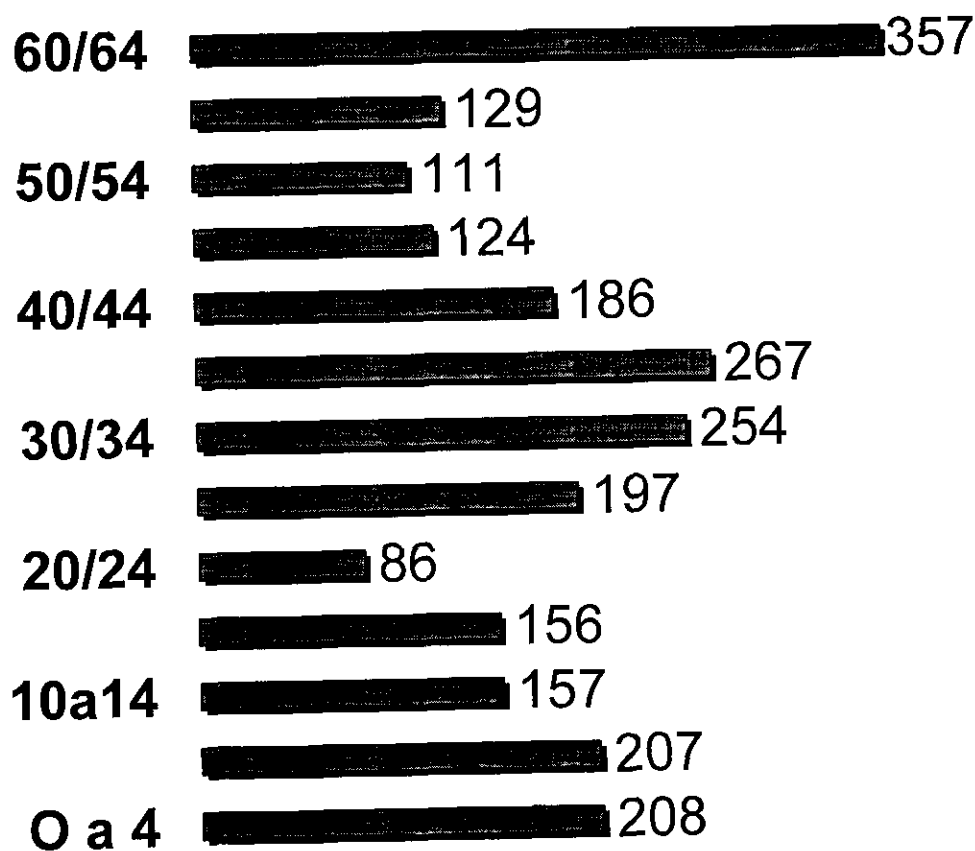
**TABLA 21**  
**TOTAL DE CONSULTAS POR GRUPO ETAREO**

Edad	0 a 4	5 a 9	10/14	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/59	60/64
Núm.	208	207	157	156	86	197	254	267	186	124	111	129	357

FUENTE DE CONSULTA: *HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)*

**GRAFICA 21**

**TOTAL DE CONSULTAS POR GRUPO ETAREO**



FUENTE DE CONSULTA: *HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)*

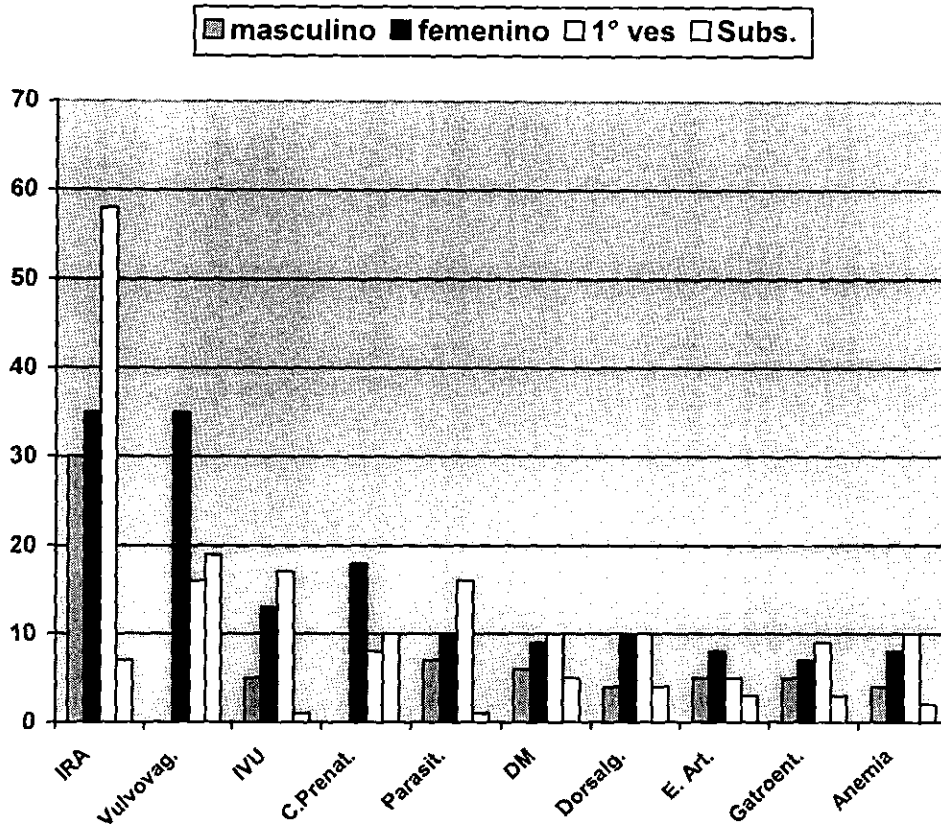
**TABLA 22**  
**PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5**  
**CORRESPONDIENTES AL PRIMER MES.**

<b>MOTIVOS DE CONSULTA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>MASC.</b>	<b>FEM.</b>	<b>1° VEZ</b>	<b>SUBS.</b>	<b>PREDOMI NIO EDAD</b>	<b>PREDOMI NIO SEXO</b>
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	65	30	35	58	7	SIN	FEM.
VULVOVAGINITIS	35	0	35	16	19	35/39	FEM.
INFECCION DE VIAS URINARIAS	18	5	13	17	1	35/39	FEM.
CONTROL PRENATAL	18	0	18	8	10	15/19	FEM.
PARASITOSIS	17	7	10	16	1	5/9	FEM.
DIABETES MELLITUS	15	6	9	10	5	35/39	FEM.
DORSALGIA	14	4	10	10	4	35/39	FEM.
ENFERMEDAD ARTICULAR	13	5	8	5	3	+DE 60	FEM.
GASTROENTERITIS	12	5	7	9	3	0/4	FEM
ANEMIA	12	4	8	10	2	10/14	FEM.

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 22.

PRIMERAS 10 CAUSAS DE C.E.M.F. C. 5 PRIMER MES



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

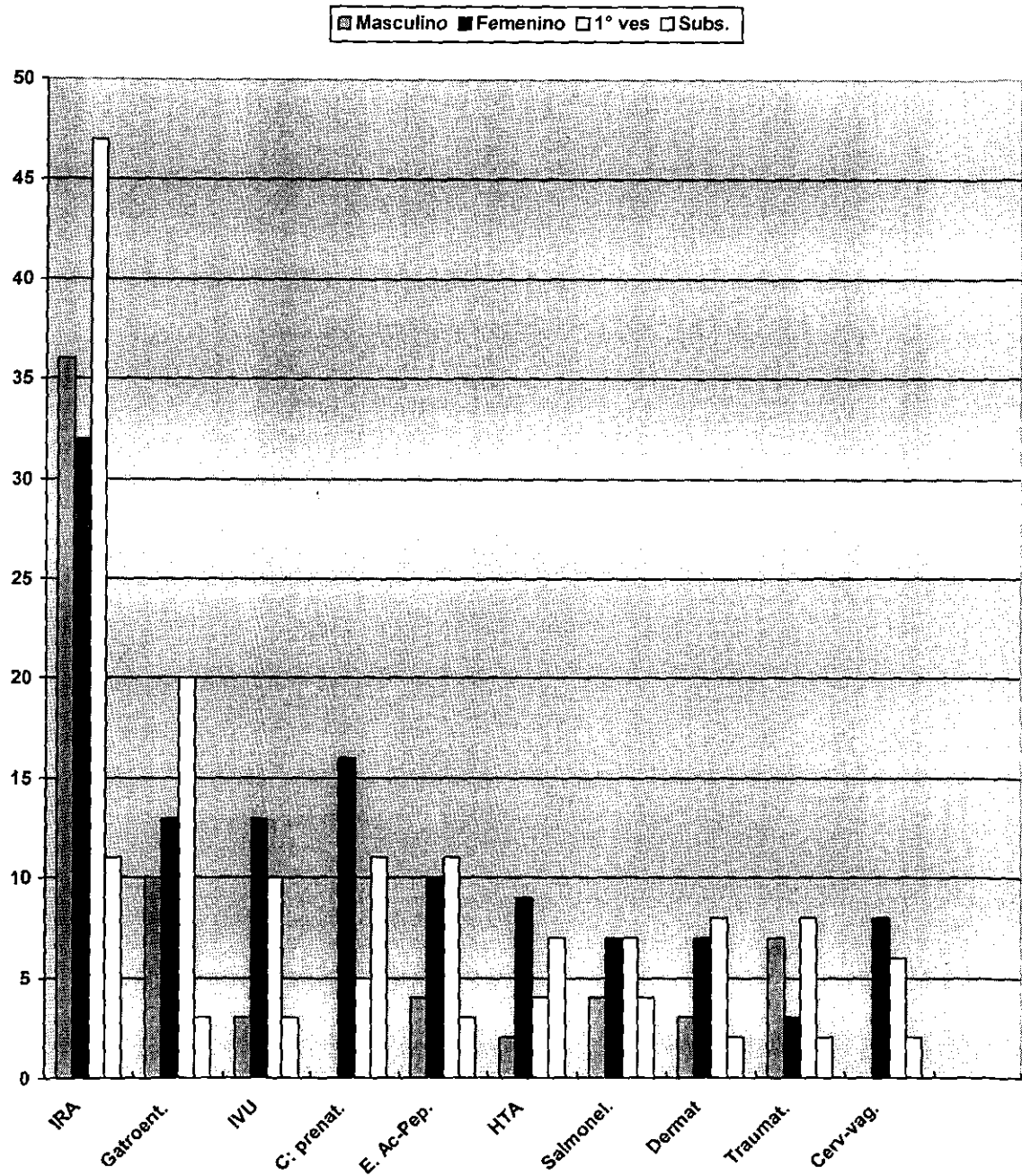
ESTA TESTIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

**TABLA 23**  
**PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5**  
**CORRESPONDIENTES AL SEGUNDO MES.**

<b>MOTIVOS DE CONSULTA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>MASC.</b>	<b>FEM.</b>	<b>1° VEZ</b>	<b>SUBS.</b>	<b>PREDOMINIO EDAD</b>	<b>PREDOMINIO SEXO</b>
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	68	36	32	47	11	0/14	MASC.
GASTROENTERITIS	23	10	13	20	3	20/24	FEM.
INFECCION DE VIAS URINARIAS	16	3	13	10	3	30/44	FEM.
CONTROL PRENATAL	16	0	16	5	11	25/29	FEM.
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	14	4	10	11	3	50/54	FEM.
HIPERTENSION ARTERIAL	11	2	9	4	7	+ 60	FEM.
SALMONELOSIS	11	4	7	7	4	20/24	FEM.
DERMATITIS	10	3	7	8	2	SIN	FEM.
TRAUMATISMOS	10	7	3	8	2	+ 60	MASC.
CERVICOVAGINITIS	8	0	8	6	2	35/45	FEM.

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 23  
 PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTAS SEGUNDO MES C.E.M.F.C.5



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)



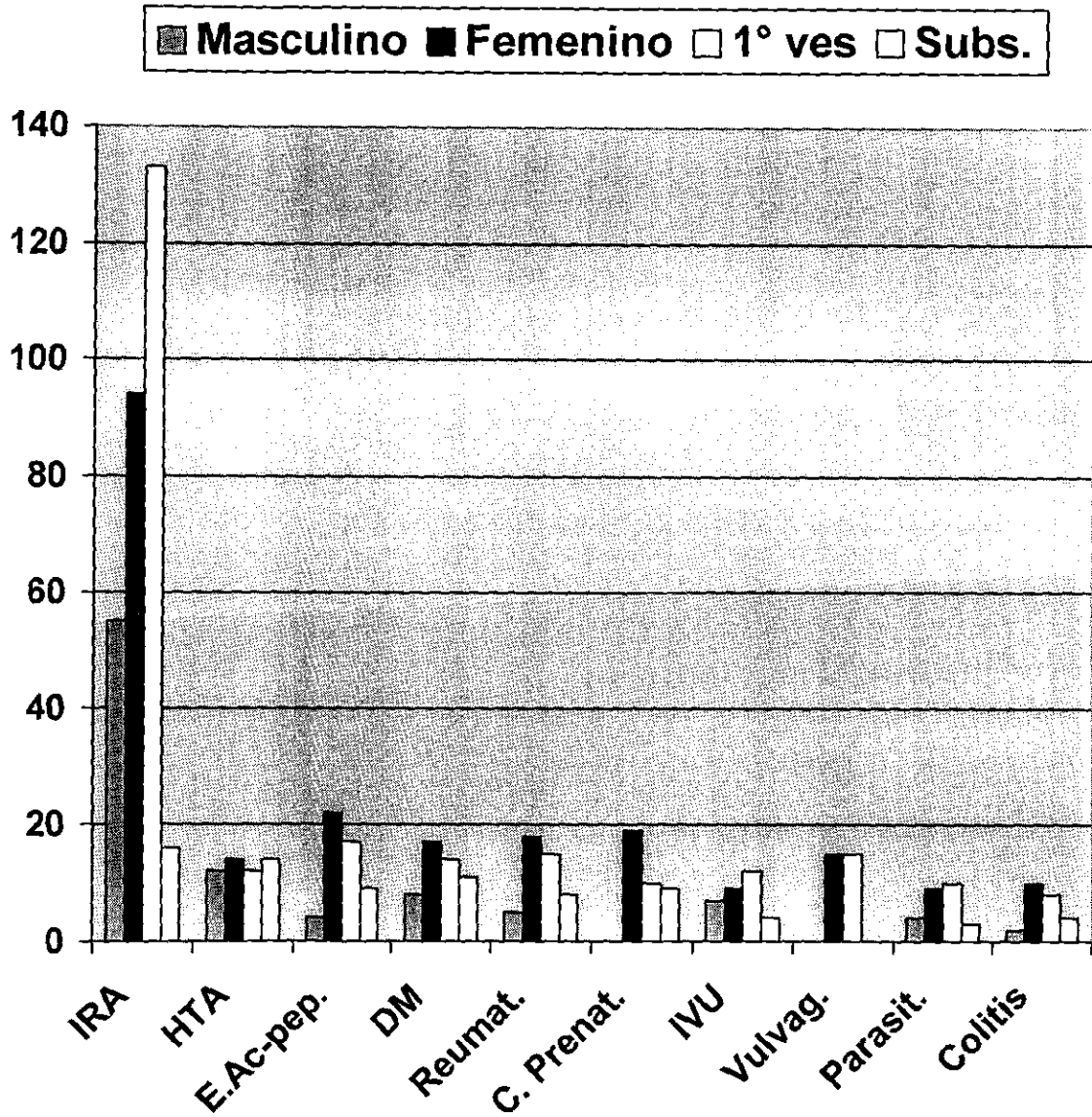
TABLA 24  
PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5  
CORRESPONDIENTE AL TERCER MES.

MOTIVOS DE CONSULTA	TOTAL	MASC.	FEM.	1° VEZ	SUBS.	PREDOMINIO SEXO	PREDOMINIO EDAD
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	149	55	94	133	16	SIN	SIN
HIPERTENSION ARTERIAL	26	12	14	12	14	FEM.	+ 60
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	26	4	22	17	9	FEM.	+ 60
DIABETES MELLITUS	25	8	17	14	11	FEM.	+ 60
REUMATISMO	23	5	18	15	8	FEM.	+ 60
CONTROL PRENATAL	19	0	19	10	9	FEM.	20/39
INFECCION DE VIAS URINARIAS	16	7	9	12	4	FEM.	+ 60
VULVOVAGINITIS	15	0	15	15	0	FEM.	25/29
PARASITOSIS	13	4	9	10	3	FEM.	0/19
COLITIS	12	2	10	8	4	FEM.	10/14

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 24

CAUSAS DE CONSULTA DEL TERCER MES DE C.E.M.F. C. 5



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

TABLA 25

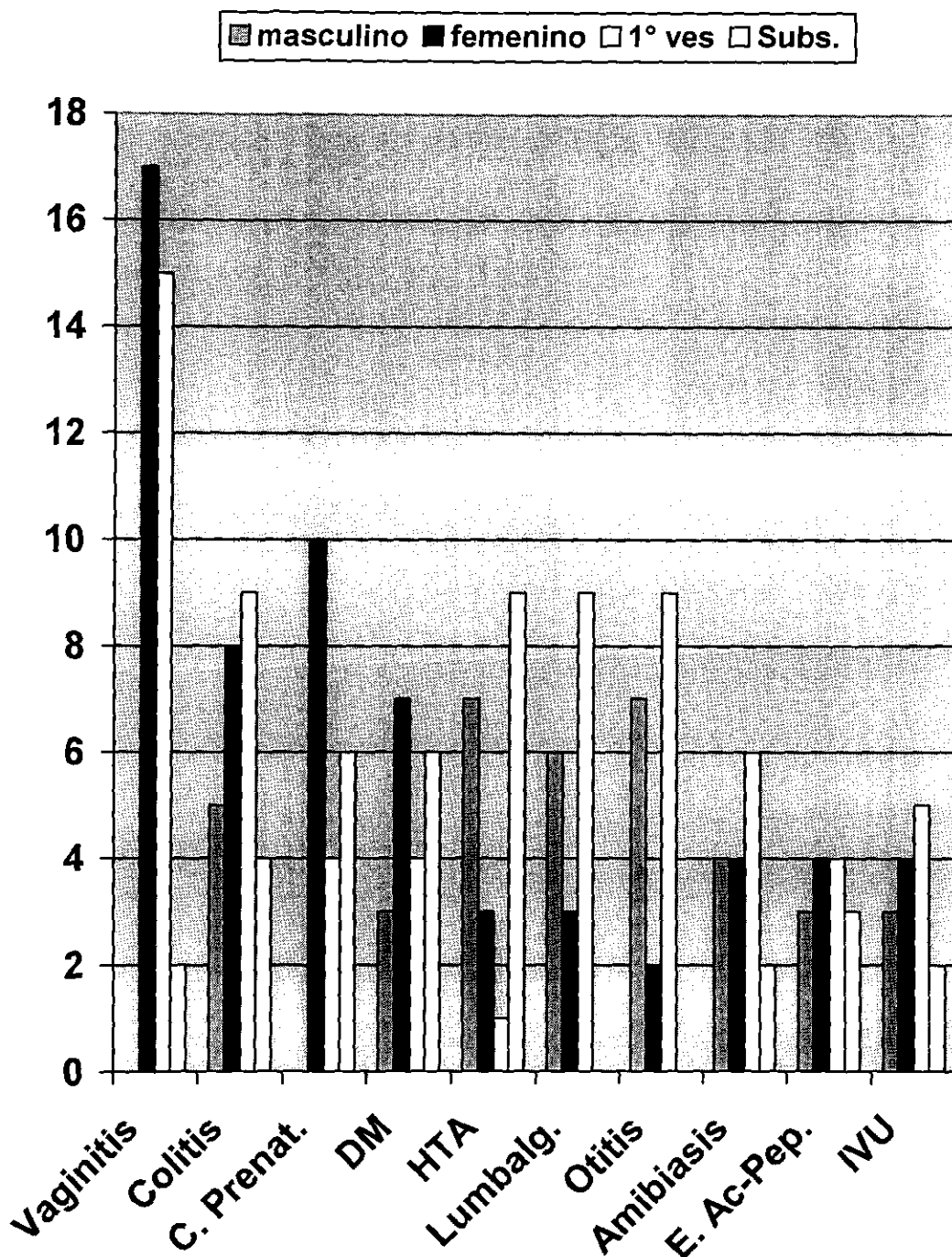
PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5  
CORRESPONDIENTE AL CUARTO MES.

MOTIVOS DE CONSULTA	TOTAL	MASC.	FEM.	1° VEZ	SUBS.	PREDOMINI O SEXO	PREDOMINI O EDAD
VAGINITIS	17	0	17	15	2	FEM.	35/59
COLITIS	13	5	8	9	4	FEM.	+ 30
CONTROL PRENATAL	10	0	10	4	6	FEM.	30/34
DIABETES MELLITUS	10	3	7	4	6	FEM.	+ 60
HIPERTENSION ARTERIAL	10	7	3	1	9	MASC	+ 60
LUMBALGIA	9	6	3	9	0	MASC	30/34
OTITIS	9	7	2	9	0	MASC	10/14
AMIBIASIS	8	4	4	6	2	SIN	30/34
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	7	3	4	4	3	FEM.	50/54
INFECCION DE VIAS URINARIAS	7	3	4	5	2	FEM.	+35

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 25.

PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA CUARTO MES, C.E.M.F. C.5



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

TABLA 26

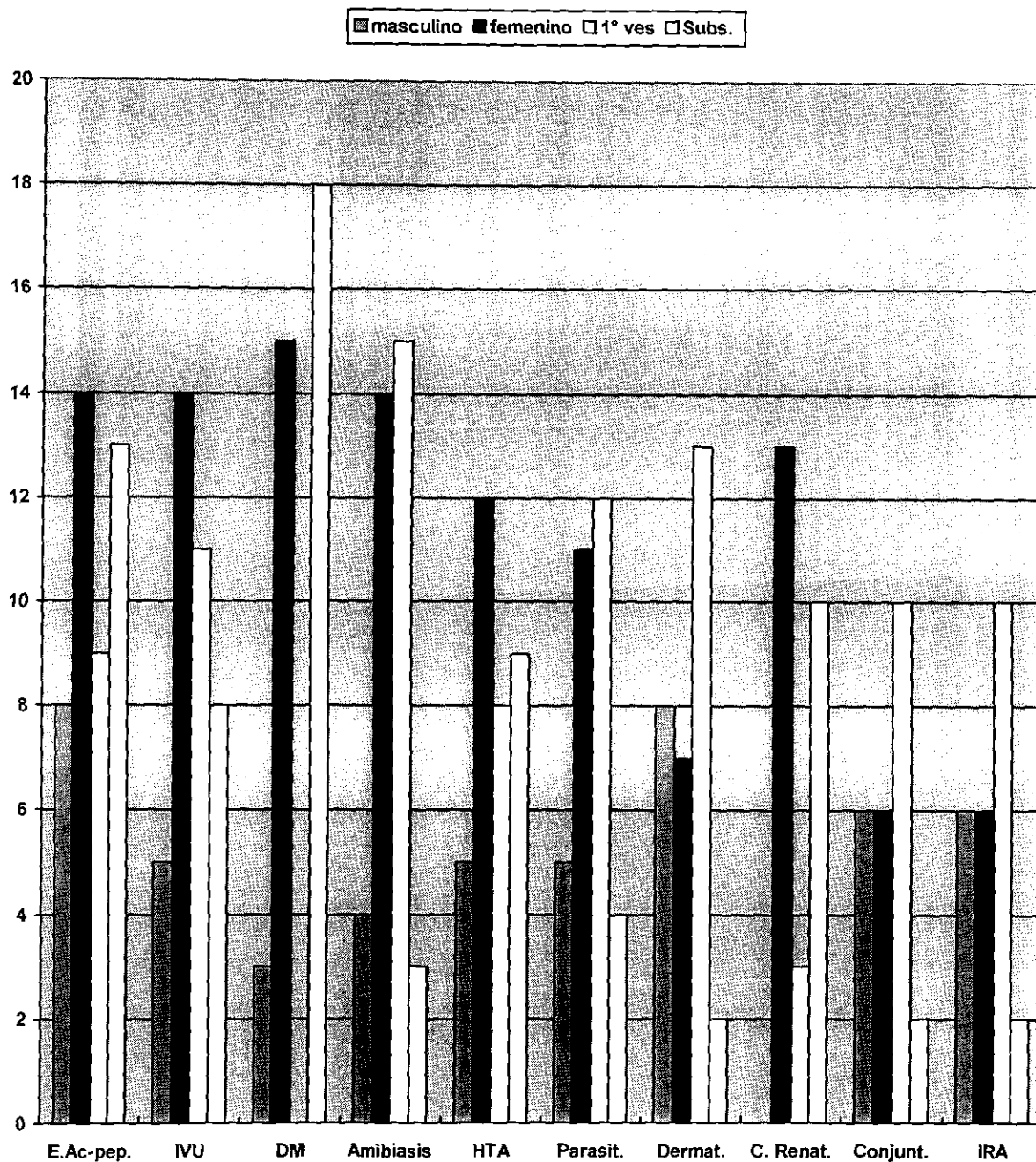
PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5  
CORRESPONDIENTE AL QUINTO MES

MOTIVOS DE CONSULTA	TOTAL	MASCU- LINO	FEME- NINO	1° VEZ	SUBSE CUENTE	PREDOMINI O SEXO	PREDOMINI O EDAD
ENFERMEDAD ACIDO- PEPTICA	22	8	14	9	13	FEM.	+ 60
INFECCION DE VIAS URINARIAS	19	5	14	11	8	FEM.	35/39
DIABETES MELLITUS	18	3	15	0	18	FEM.	+ 60
AMIBIASIS	18	4	14	15	3	FEM.	+ 30
HIPERTENSION ARTERIAL	17	5	12	8	9	FEM.	+ 60
PARASITOSIS	16	5	11	12	4	FEM.	5/9
DERMATITIS	15	8	7	13	2	MASC	SIN
CONTROL PRENATAL	13	0	13	3	10	FEM.	25/34
CONJUNTIVITIS	12	6	6	10	2	SIN	34/39
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	12	6	6	10	2	SIN	SIN

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

# GRAFICA 26.

## CAUSAS DE CONSULTA EN EL QUINTO MES C.E.M.F. C. 5



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

TABLA 27

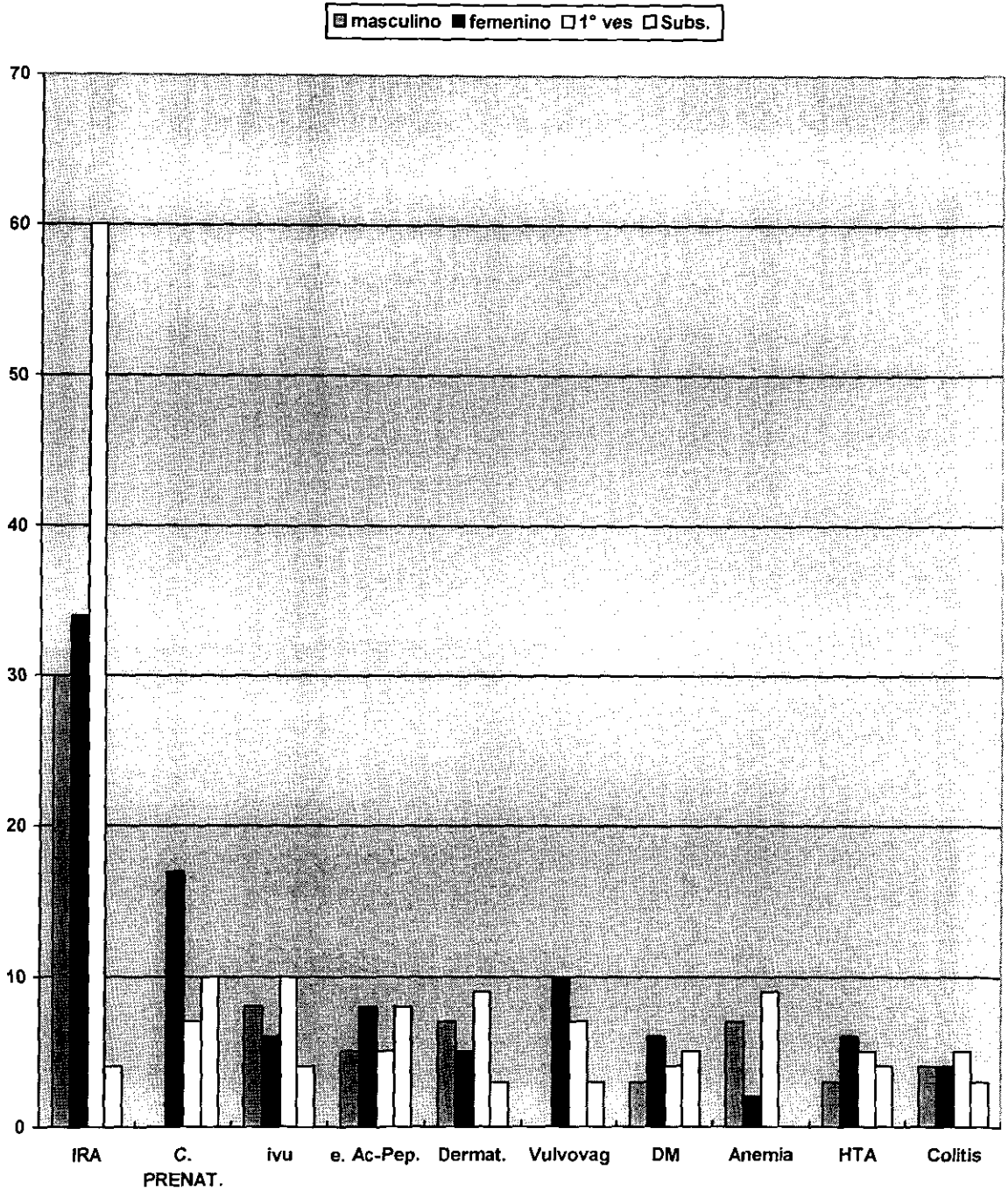
PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5  
CORRESPONDIENTES AL SEXTO MES.

MOTIVOS DE CONSULTA	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	1° VES	SUBSECUENTE	PREDOMINIO SEXO	PREDOMINIO EDAD
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	64	30	34	60	4	FEM.	SIN
CONTROL PRENATAL	17	0	17	7	10	FEM.	25/34
INFECCION DE VIAS URINARIAS	14	8	6	10	4	MASC	34/39
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	13	5	8	5	8	FEM	25/24
DERMATITIS	12	7	5	9	3	MASC	15/19
VULVOVAGINITIS	10	0	10	7	3	FEM.	25/29
DIABETES MELLITUS	9	3	6	4	5	FEM.	+ 60
ANEMIA	9	7	2	9	0	MASC	SIN
HIPERTENSION ARTERIAL	9	3	6	5	4	FEM.	+ 40
COLITIS	8	4	4	5	3	SIN	35/39

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 27.

CAUSAS DE CONSULTA SEXTO MES C.E.M.F. C. 5



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)



TABLA 28

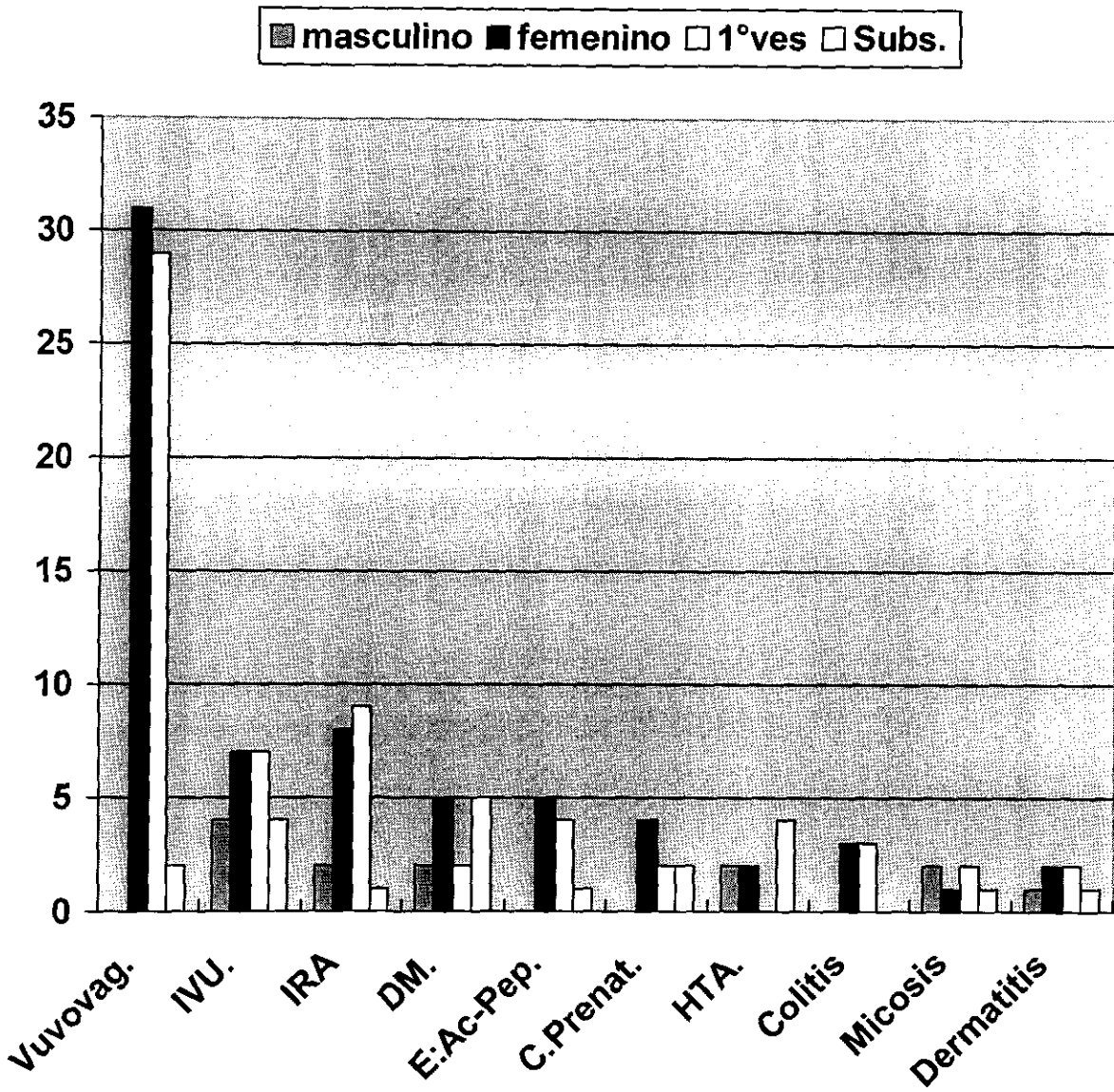
PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5  
CORRESPONDIENTES AL SEPTIMO MES.

MOTIVOS DE CONSULTA	TOTAL	MASCU- LINO	FEME- NINO	1° VES	SUBSE- CUENTE	PREDOMI- NIO SEXO	PREDOMI- NIO EDAD
VULVOVAGINITIS	31	0	31	29	2	FEM.	25/49
INFECCION DE VIAS URINARIAS	11	4	7	7	4	FEM.	55/65
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	10	2	8	9	1	FEM.	SIN
DIABETES MELLITUS	7	2	5	2	5	FEM.	+ 60
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	5	0	5	4	1	FEM.	SIN
CONTROL PRENATAL	4	0	4	2	2	FEM.	30/40
HIPERTENSION ARTERIAL	4	2	2	0	4	SIN	+ 60
COLITIS	3	0	3	3	0	FEM.	30/34
MICOSIS	3	2	1	2	1	MASC	10/14
DERMAMTITIS	3	1	2	2	1	FEM.	40/44

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 28.

CAUSAS DE CONSULTA DEL SEPTIMO MES C.E.M.F. C. 5



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

TABAL 29

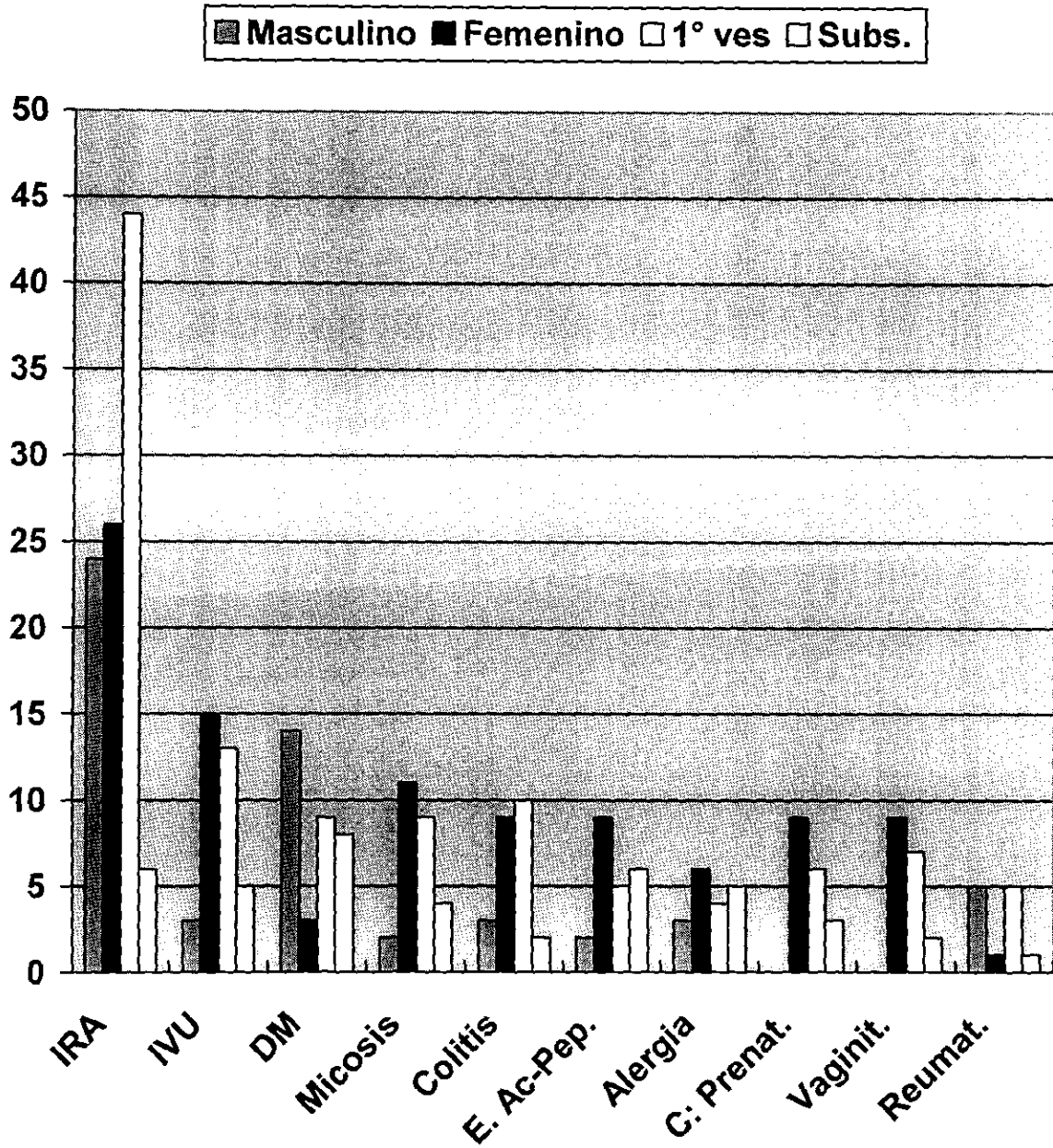
PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5  
CORRESPONDIENTES AL OCTAVO MES.

MOTIVOS DE CONSULTA	TOTAL	MASCU LINO	FEME- NINO	1° VES	SUBSE CUENTE	PREDOMI NIO SEXO	PREDOMI NIO EDAD
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	50	24	26	44	6	FEM.	SIN
INFECCION DE VIAS URINARIAS	18	3	15	13	5	FEM.	SIN
DIABETES MELLITUS	17	14	3	9	8	MASC	+ 50
MICOSIS	13	2	11	9	4	FEM.	SIN
COLITIS	12	3	9	10	2	FEM.	35/44
ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA	11	2	9	5	6	FEM.	+35
ALERGIA	9	3	6	4	5	FEM.	SIN
CONTROL PRENATA	9	0	9	6	3	FEM.	20/39
VAGINITIS	9	0	9	7	2	FEM.	25/39
REUMATISMO	6	5	1	5	1	MASC	+ 60

FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

GRAFICA 29.

CAUSAS DE CONSULTA DEL OCTAVO MES C.E.M.F. C. 5



FUENTE DE CONSULTA: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO (ANEXO 2)

## **7. DISCUSION DE RESULTADOS**

**Este trabajo de investigación nos permite observar que la población estudiada esta formada en su mayoría por gente joven a la cual podemos aplicarles con mayor énfasis los programas preventivos de *promoción a la salud*, evitando con ello la aparición de algunas enfermedades infecciosas y de algunas crónico degenerativas que actualmente nos afectan a causa de los hábitos alimenticios, sociales y culturales y, que podemos observar dentro de las primeras 10 causas de consulta que encontramos en este grupo estudiado como son las Infecciones Respiratorias Agudas, la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial principalmente , las cuales coinciden con las primeras 10 causas de Morbilidad en la Clínica Hospital de I.S.S.S.T.E., IMSS, Centro de Salud, Hospital General en la Ciudad de Apatzingán, Mich., así como a nivel Estatal y Nacional.**

Observamos también, que de acuerdo al grupo etáreo de los 15 a los 45 años de edad y del sexo femenino, ocurre una mayor demanda de atención por enfermedades ginecológicas (vulvitis, vaginitis, cervicitis, vulvovaginitis, cervicovaginitis), que son favorecidas además por el tipo de clima cálido y al uso de ropa interior sintética y, que encontramos en los mismos grupos en todas las instituciones de salud en ésta ciudad.

**Observamos que en esta población predomina la familia *Tradicional* seguida por la Moderna por una diferencia de tan solo el 16%., Lo que nos indica, que la mujer actualmente va tomando mayor participación en el sustento de la familia, lo que a su vez repercute aumentando el "*Status de la Familia*" y, que corroboramos al encontrar que los jefes de familia de esta población estudiada, ninguno es analfabeta, que tienen un trabajo fijo y por lo tanto un salario estable y que varía en promedio de 2 a 15 salarios mínimos diarios y, en consecuencia tratan de dar a sus hijos**

**una mejor educación y mayores cuidados de salud teniendo además menos número de hijos gracias a la aceptación y uso de los métodos anticonceptivos. Cada familia tiene en promedio 1.7 hijos y se encuentran en su mayoría las familias en la etapa de *Dispersión*.**

**Como Médico Familiar a través de este estudio, me he dado cuenta del enorme campo de acción que tengo como tal y, de la gran responsabilidad de ser el medio a través del cual se puede modificar la actitud de las familias en todos los aspectos (educación, salud, economía, social y moral) debido, al trato continuo con los integrantes de las familias asignadas a mi consultorio y que a través de la aplicación del *MOSAMEF*, nos brinda a todos un gran beneficio.**

**\*se reviso bibliografía y solo encontramos los datos estadísticos de las instituciones de salud y no existen publicaciones.**

tercer lugar los de la primera década de la vida principalmente por infecciones respiratorias agudas.

Encontramos que el clima cálido de la región condiciona la presencia de enfermedades respiratorias a causa de, los cambios bruscos de temperatura con los climas artificiales y la ingesta de líquidos helados. Las infecciones vaginales al uso de ropa interior sintética, ajustada, a la transpiración que proporcionan en la vagina un medio ambiente favorable para el crecimiento y desarrollo bacteriano, las infecciones urinarias son favorecidas por la gran pérdida de líquidos por sudoración, a la poca ingesta de líquidos. La dieta de la región que es rica en harinas, carbohidratos, sales, grasas y proteínas animales, especias, irritantes que unidos condicionan a la aparición de enfermedades como la Diabetes Mellitus, enfermedades Acido-Pépticas, Hipertensión Arterial, Colitis, y que unidos a la costumbre de consumir alimentos en la calle condicionan además la presencia de parasitosis.

Observamos que con las pláticas de promoción a la salud dentro del consultorio han aumentado los grupos de apoyo para el control de la Diabetes Mellitus, un incremento de consultas de Control Prenatal, aumento en la práctica de la lactancia materna y disminución del uso de la leche artificial, aumento en la aceptación de la Detección de cáncer cervico-uterino y mamario y en general existe un mayor interés de la población por la prevención de enfermedades.

Encontramos que la identificación del médico de familia con sus familias y, la aplicación de los programas prioritarios de atención a la salud, siguiendo las Normas Oficiales Mexicanas para la atención médica, propiciará una correcta interpretación del proceso salud-enfermedad y redundará en el mejoramiento de la prestación de servicios de atención médica primaria, con la consecuente y progresiva mejoría de la salud.

## **8. CONCLUSIONES**

Considerando las premisas de estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria que constituyen las acciones propias del médico familiar, el modelo sistemático deberá implementarse como una actividad que requiere de actualización periódica, evaluación operativa y del establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y de anticipación al daño.

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

En este estudio nuestra población se encuentra geográficamente en un valle de tierra caliente que favorece su economía pero también, favorece; la aparición de algunas enfermedades a consecuencia también de las costumbres alimentarias, sociales y culturales de la región. Nuestra población a diferencia de la mayoría de los habitantes del municipio tienen un mejor nivel sociocultural debido a que perciben un salario fijo y tienen un nivel cultural mínimo pues por lo mínimo el jefe de familia tiene una educación de primaria y esto hace que quieran que sus hijos vayan aumentando su nivel cultural y, en consecuencia un mejor futuro.

Un promedio de 1000 derechohabientes acuden en forma regular al consultorio 5 de la consulta externa de medicina familiar, siendo en relación aproximada en cuanto al sexo al sexo 2 mujeres por cada hombre que acuden a consulta; son en mayor porcentaje las personas en la sexta década de la vida por enfermedades crónico-degenerativas, seguidas en segundo lugar por las de la tercera, cuarta décadas por distintas causas pero predominando en las mujeres las infecciones vaginales, las infecciones de vías urinarias, la enfermedad ácido-péptica y el control prenatal, se siguen en



tercer lugar los de la primera década de la vida principalmente por infecciones respiratorias agudas.

Encontramos que el clima cálido de la región condiciona la presencia de enfermedades respiratorias a causa de, los cambios bruscos de temperatura con los climas artificiales y la ingesta de líquidos helados. Las infecciones vaginales al uso de ropa interior sintética, ajustada, a la transpiración que proporcionan en la vagina un medio ambiente favorable para el crecimiento y desarrollo bacteriano, las infecciones urinarias son favorecidas por la gran pérdida de líquidos por sudoración, a la poca ingesta de líquidos. La dieta de la región que es rica en harinas, carbohidratos, sales, grasas y proteínas animales, especias, irritantes que unidos condicionan a la aparición de enfermedades como la Diabetes Mellitus, enfermedades Acido-Pépticas, Hipertensión Arterial, Colitis, y que unidos a la costumbre de consumir alimentos en la calle condicionan además la presencia de parasitosis.

Observamos que con las pláticas de promoción a la salud dentro del consultorio han aumentado los grupos de apoyo para el control de la Diabetes Mellitus, un incremento de consultas de Control Prenatal, aumento en la práctica de la lactancia materna y disminución del uso de la leche artificial, aumento en la aceptación de la Detección de cáncer cervico-uterino y mamario y en general existe un mayor interés de la población por la prevención de enfermedades.

Encontramos que la identificación del médico de familia con sus familias y, la aplicación de los programas prioritarios de atención a la salud, siguiendo las Normas Oficiales Mexicanas para la atención médica, propiciará una correcta interpretación del proceso salud-enfermedad y redundará en el mejoramiento de la prestación de servicios de atención médica primaria, con la consecuente y progresiva mejoría de la salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA**

- 1.-** La Medicina Familiar. Atención Primaria.
- 2.-** El personal de salud en el IMSS. Atención Primaria.
- 3.-** Rodríguez Fernández y Cols. Estudio de la Función Familiar a través del cuestionario APGAR. Atención Primaria. Vol. 17, No. 6, 31 de marzo de 1996.
- 4.-** L. Revilla. La Disfunción Familiar. Atención Primaria. Vol. 10, No. 2, Julio de 1992.
- 5.-** Ansiedad Materna, Disfunción Familiar, Morbilidad y Frecuentación a las Consultas de Pediatría. Atención Primaria. Vol. 20, No. 20, 31 de Octubre de 1997.
- 6.-** Relación entre Ansiedad y Dinámica Familiar. Atención Primaria. Vol. 21, No. 1, Enero 1998.
- 7.-** Estructura y Función de la Familia. Atención Primaria a la Familia. Capítulo 3, 1980.
- 8.-** Diagnóstico de Salud Comunitaria a través de Análisis Factorial. Atención Primaria. Vol. 21, No. 1, Enero 1998.
- 9.-** Actividades Preventivas y de Promoción de la salud. Capítulo 21.
- 10.-** Cumplimiento de Actividades Preventivas en un Centro de Atención Primaria. Atención Primaria. Vol. 10, No. 1, Enero 1994.
- 11.-** Análisis de la Cobertura del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud según grupos de edad. Vol. 12, No. 5, 30 de Septiembre, 1993.
- 12.-** Actuación derivada de la Aplicación de un Programa de Actividades Preventivas. Atención Primaria Vol. 8, No. 7, 1998.
- 13.-** La Contribución de la Investigación al Mejoramiento de la Práctica de la Medicina Familiar. La investigación al mejoramiento de la práctica familiar. Capítulo 21, 1987.
- 14.-** Las Aportaciones del Dr. Bernardo Sepúlveda a la Medicina Familiar Mexicana. Revista Mexicana IMSS. México. 1993. 31.411.
- 15.-** A cuarenta años de la Propuesta de Atención Médica Familiar en el IMSS.

- 16.-** Arnurlfo Irigoyen Coria. Fundamentos de Medicina Familiar. 4ª. Ed. M.F.M.
- 17.-** Martínez y Martínez. Pediatría. La Salud del Niño y el Adolescente. Capítulos 1-4. 3ª. Ed. 1995.
- 18.-** Archivo Clínico
- 19.-** Departamento de Vigencias y Derechos.
- 20.-** INEGI.
- 21.-** SARH.
- 22.-** CNA.

# **ANEXOS**

# I. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO1.

## IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: Casado: ( )  
U. Libre: ( )

Años de Unión Conyugal: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que responde el test: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Escolaridad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad del Padre: \_\_\_\_\_ Edad de la Madre: \_\_\_\_\_

Número de hijos (Hasta 10 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (De 11 a 19 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (De 20 o más años de edad): \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

Tipo de Familia: Marque con una equis (X)

Desarrollo: Moderna ( ) Demografía: Urbana ( )  
Tradicional ( ) Semi Urbana ( )

Composición: Nuclear ( )  
Extensa ( )  
Compuesta ( )

Ingresos mensuales aproximados: < de 1 Salario Mínimo ( )  
De 1 a 2 Salarios Mínimos ( )  
3 o más Salarios Mínimos ( )

Ocupación de los Padres de Familia: \_\_\_\_\_

Etapas del Ciclo Vital Familiar: Expansión ( ) Dispersión ( )  
Independencia ( ) Retiro ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_