



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

11226
94
2ej

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
(CLAVE 130400)

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MEDICO FAMILIAR

I. S. S. S. T. E.
Subdirección Gen. Médica
Subsección de los Serv. Médicos



CLINICA
Huejutla, Hgo.

28/10/22

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

PRESENTA:

DR. JUAN CARLOS OSORNIO RAMIREZ

HUEJUTLA, HGO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1999. |



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

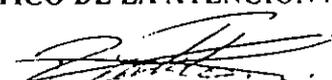


TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

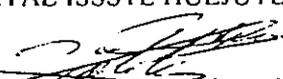
PRESENTA:

DR. JUAN CARLOS OSORNIÓ RAMÍREZ

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

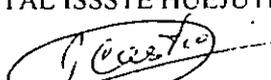

DRA. VIOLETA GARCÍA LÓPEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO.


DRA. VIOLETA GARCÍA LÓPEZ

ASESOR DE TESIS

EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO.


DR. JOSÉ CASTRO CANTE

ASESOR DE TESIS POR PARTE DEL ISSSTE


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.T.E.

CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
HUEJUTLA, HIDALGO.

ENERO 1999.



MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. JUAN CARLOS OSORNIO RAMIREZ

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~U.N.A.M.~~

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO

DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

INDICE

I.-MARCO TEÓRICO -----	1
1.1 EL MEDICO FAMILIAR -----	1
1.2 FAMILIA -----	8
HIPOTESIS ETIMOLÓGICA DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA-----	8
DEFINICIONES DE LA FAMILIA -----	10
CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS -----	11
FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA -----	13
CICLO VITAL DE LA FAMILIA -----	16
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	23
III.- JUSITIFICACIÓN -----	24
IV.- OBJETIVOS -----	26
4.1. OBJETIVO GENERAL -----	26
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS -----	26
V.- HIPOTESIS -----	27
VI.- METODOLOGÍA -----	28
6.1 TIPO DE ESTUDIO -----	28
6.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO -----	28
6.3 UNIVERSO DE ESTUDIO -----	28
6.4 TIPO DE MUESTRA -----	28
6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA -----	29
6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN-----	29
6.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN -----	29
6.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN -----	29
6.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN-----	29
6.7 VARIABLES -----	29
6.8 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN -----	31
6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS -----	32
VII.- RESULTADOS -----	33
FASE I -----	33
FASE II -----	33
FASE III -----	34
CENSO POBLACIONAL -----	36
CUADROS (TABLAS) -----	38
ANÁLISIS DE RESULTADOS -----	57

FASE I -----	57
FASE II -----	58
FASE III -----	60
VIII.- CONCLUSIONES -----	62
8.1 LINEAS DE ACCIÓN -----	63
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	73
IX.- ANEXOS -----	77

1.- “MARCO TEORICO”

1.1 EL MÉDICO FAMILIAR

:-

La atención medica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud.

Hacia finales del siglo I a. C. la medicina se consideraba parte integral de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los filósofos expertos en el arte de curar.

Un antecedente importante respecto a los intentos de instrumentar una medicina integral se dio en la medicina azteca, la cual estaba enfocada en gran medida a la prevención y a la investigación. Es bien sabido que en la antigua Tenochtitlán el aprovisionamiento de agua para beber no procedía del gran lago, sino que era traída por grandes acueductos desde Chapultepec a la capital. El control sanitario de la ciudad era muy estricto, ya que los habitantes que arrojaban basura o los desperdicios al lago eran fuertemente castigados por atentar contra la salud de la población, había letrinas públicas instaladas en toda la capital azteca para prevenir la contaminación del lago, la basura pública era barrida y las calles lavadas diariamente por una cuadrilla de trabajadores en número 1000 al día; la higiene personal era escrupulosa y exigía el baño diario a los habitantes, el mismo Moctezuma II se bañaba y cambiaba de ropa cuatro veces al día, se propiciaba la higiene dental al lavar los dientes con una pasta hecha de cenizas de madera como abrasivo y miel, para el gusto y olor.

La práctica médica era realizada por distintos especialistas; había cirujanos de guerra, hueseros, obstetras, oftalmólogos y dentistas que atendían tanto a los guerreros como el resto de la población. Un aspecto importante era el papel asignado a la investigación médica, la cual era promovida por investigadores de tiempo completo

dedicados a experimentar con plantas y animales en el zoológico y en el laboratorio de herbolaria más grande en Latinoamérica, instalado precisamente en el Valle de México, en Chapultepec y Oaxtepec principalmente. (1)

Como puede verse, la medicina azteca aspiraba a ser integral; contemplaba los aspectos preventivo, curativo, las labores asistenciales y la investigación. Sin embargo el nivel alcanzado por los aztecas además de precario fue muy parcial, pues atendía de manera diferente a la población de acuerdo a la clase social a que pertenecía (1)

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, grupales o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar, consecuentemente, la fundamentación de la existencia del médico radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud, limite las sesiones y recupere las capacidades remanentes posteriores a la enfermedad, utilizando los conocimientos existentes, los recursos tecnológicos y la experiencia milenaria en tratar enfermos, experiencia plagada de aciertos y errores, práctica que deben realizar los médicos con un alto compromiso humanitario, respetando al individuo y sus normas sociales, es decir, dando su actuación como tal una característica ética, y efectuando su actividad con un gradiente elevado de calidad.

La medicina requiere ser transmitida para acrecentar, mejorar y hacerse cada día más útil, por lo que se necesita un particular juicio crítico-analítico, para aprender de los yerros y fortalecer la infraestructura que se ha construido para ello; comités de mortalidad, sesiones anatomoclínicas, etc; evidentemente este ejercicio de constante autocritica ha provocado un permanente crecimiento profesional y obliga a mantenerse alerta y actualizado. Por tanto, se requiere apreciar objetivamente las aportaciones a la salud del país, como es el caso de la especialidad en medicina familiar. (2)

En el IMSS desde 1954 en que se instauró el sistema Médico Familiar como modelo de atención médica, se tuvo la intención de cubrir grupalmente las necesidades de salud de los derechohabientes a través de un sistema que a pesar del nombre atendía por separado a niños y adultos, este modelo operó por más de 20 años y poco se pudo lograr para incidir en la salud familiar. (3)

El 15 de marzo de 1971 inicia formalmente el curso de especialización en Medicina Familiar con 32 alumnos, con la firme intención de atender las necesidades de salud familiar por un especialista de corte horizontal y con una fuerte carga de materias sociales y preventivas. En 1972 se incrementó a 11 el número de sedes de medicina familiar extendiéndose a la provincia, en 1973 aumentó a 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes de la residencia, para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del Curso de Especialización en Medicina Familiar. (1)

Debe señalarse que a partir de 1976 y durante los tres años siguientes se implantó el modelo mixto de atención médica, desapareciendo los médicos de menores y adultos, para asignarle núcleos familiares completos a un sólo médico, haciendo factible la atención médica grupal, familiar y continua.

A partir de 1986 se han propuesto instrumentaciones metodológicas que acercan a esta atención integral a través del modelo de Abordaje Integral de la Salud Familiar (AISF), que propone básicamente estudiar a la familia desde los ámbitos psicológico, sociodinámico y social y desde las esferas biológica, psicológica y social; contemplando las funciones de asistencia, docencia e investigación y considerando tres momentos: diagnóstico, pronóstico y manejo. (1)

México vive en la actualidad tendencias en el campo de la Salud que obliga a adoptar una revisión prospectiva y anticipatoria. Los avances de la ciencia, la tecnología

y la organización han permitido que la mortalidad disminuya; asimismo, las desigualdades sociales existentes en nuestro país favorecen que la población de escasos recursos económicos sea la que muera con mayor frecuencia y por lo tanto la que presenta un riesgo mayor de enfermedad.

El efecto trascendental del fenómeno demográfico será que aunque las tasas de mortalidad y fecundidad seguirán descendiendo, el número absoluto de muertes, y por lo tanto de enfermos, así como el de nacimientos se incrementará, lo que representará el volumen de la demanda de servicios que deberá ser atendida.

Este panorama epidemiológico obliga a encontrar alternativas de solución a las necesidades de atención planteadas, en las que obligadamente sobresale la imagen del primer nivel de operación y como figura central y representativa del mismo, el médico familiar.

Aunado a lo anterior el papel que salta a la vista para el desarrollo profesional del médico familiar será el de lograr satisfacer las expectativas sociales que en él se han cifrado y que deberán responder a los retos de atención antes mencionados. Para ello se precisan cuatro funciones básicas que se deben cumplir:

- 1.- Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.
- 2.- Otorgar atención médica integral.
- 3.- Participar en el proceso de educación médica.
- 4.- Realizar investigación médica.

Los servicios otorgados por el médico familiar tanto en el presente como en el futuro deber dirigirse a dar respuesta a las necesidades reales, expresadas o no, más que las demandas de la población derechohabiente. (3)

Como parte fundamental de este enfoque de atención se encuentra además, el propiciar en el primer nivel de operación la verdadera práctica de la medicina familiar mediante la identificación de las disfunciones familiares que por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad requieren la atención a la familia así como, elaborar y aplicar planes para su manejo integral. (3).

En el estudio de la salud familiar, uno de los aspectos que interesa a la medicina contemporánea, es la evaluación de la funcionalidad familiar (FF); este es conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar conformes a las normas de la sociedad a la cual se pertenece. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en alguno(s). Los subsistemas conyugal, parental, filial y fraternal son dinámicos, interactuantes, con variabilidad inter e intrasubsistemas y los cambios significativos en ellos pueden ser breves o duraderos repercutiendo en la FF. Bellón et al definen a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y es por tanto funcional. (23).

Debemos afirmar que la pareja no se forma con el matrimonio formal desde el punto de vista de su funcionalidad, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja.(24).

En correlación la disfunción familiar en principio es un problema de interrelación, basta identificar que el ser humano al encontrarse solo o al sentirse solo, encara un problema de relación consigo mismo y con las estructuras sociales, complejidad que se incrementa maritalmente al fusionarse, ya que se compromete además a una relación íntima, satisfactoria y quizás por siempre; situación compleja en sí misma, ya que requiere de modificaciones estructurales y adaptativas de fondo en todos los órdenes: confrontación de valores, sentimientos, costumbres domésticas y sociales, deseos sexuales, prácticas religiosas, nivel económico, etc., que determinan la

continuidad de la pareja con diferente grado de felicidad; situación que tiende al entropismo con el nacimiento de los hijos o con la incorporación de individuos de las familias de procedencia.

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en “crisis” y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente.

La resolución de la crisis familiar tiene una gama amplia de conductas y grados, depende de cuatro recursos fundamentales: productividad y eficiencia familiar, patrones de liderazgo, expresión de los conflictos y claridad de la comunicación. (4)

En caso de que se sospeche de disfunción familiar será necesario proceder a evaluar el grado de alteración y los elementos de la función familiar que se encuentran afectados. Para estudiar el equilibrio familiar podemos recurrir a distintos métodos, como la entrevista clínica, el genograma, el estudio del ciclo vital, o cuestionarios para medir el apoyo familiar; de entre ellos se recomienda el índice Apgar familiar de Smilkstein por tratarse de una herramienta de rápido y fácil manejo, que no supone un aumento de la carga de trabajo en la consulta. No conviene olvidar que con el Apgar no se realiza una medida objetiva de la función familiar, sino que solo se detecta el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. Para conocer con exactitud el grado y extensión de la disfunción será necesario recabar la información de otros miembros de la familia, mediante el uso de test, encuestas, Apgar, o bien recurriendo a la entrevista familiar.

Por último no debemos olvidar que el conocimiento de una disfunción familiar obliga al médico de 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. (5)

Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún

miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares. (25).

El médico familiar para consolidar su especialidad en la sociedad actual requiere propiciar el cambio de su imagen pública mediante tres acciones básicas:

- a) Procurar la mejoría continua del trabajo cotidiano del especialista en medicina familiar y proyectarlo no únicamente en el terreno institucional, sino en el ámbito del ejercicio profesional privado.
- b) Elevar el sentido gremial del especialista en medicina familiar para favorecer su agrupación en asociaciones serias que garanticen a la propia sociedad la calidad técnica del médico familiar y permitan la proyección social de la especialidad, mediante la certificación de los especialistas por un organismo autorizado.
- c) Favorecer la proyección de la especialidad y el trato con otros especialistas a fin de establecer relaciones de complementariedad y de no competitividad, a la vez que se muestre a la población, mediante un proceso de concientización, el ser un elemento útil a sus demandas de atención.

Las acciones anteriores deben ser realizadas con la finalidad de hacer al médico familiar más competitivo y otorgarle cualidades que le permitan realizar sus acciones con mayor probabilidad de éxito tanto en el terreno intra como extrainstitucional.

El médico familiar, actualmente, está en posibilidades de otorgar la atención médica en unidades perfectamente equipadas, en óptimas condiciones de salubridad y auxiliado por un equipo de salud eficiente. Pero todavía falta mucho camino por recorrer y éste no lo van a dar los estímulos económicos, los cambios de esquemas o sistemas, las modificaciones en la designación, el aumento de normas o procedimientos, los títulos sociales o universitarios; sino que ese camino solo podrá ser recorrido en la forma más difícil; es decir, con actitud de servicio. (3).

1.2. FAMILIA

HIPOTESIS ETIMOLÓGICA DEL ORIGEN DE LA PALABRA FAMILIA.

TAPARRELLI: La palabra familia deriva del latín FAMES (hambre), ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.

MARQUES DE MORANTE: La palabra familia deriva de FAMULUS (siervo) a su vez del primitivo FAMUL, originado de la voz osca FAMEL que significa esclavo.

MENDIZABEL: El origen de la familia deriva de FAMES (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre.

RODRIGUEZ DE ZEPEDA: Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

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

ANONIMO DEL SIGLO XIII: Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.

FERNANDEZ DE MORATIN: Conjunto ascendiente, descendiente, colaterales y afines de un linaje.

GONGORA: Cuerpo de una orden, religión o parte considerable de ella.

ALARCON: Gente que el señor sustenta dentro de su casa.

DEFINICIONES DE FAMILIA

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS: El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

CONSENSO NORTEAMERICANO: La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por los lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

CONSENSO CANADIENSE: El grupo está compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (1)

Aunque el término familia se ha definido en distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo el desarrollo cultural. (1)

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE A SU DESARROLLO:

- 1.- Moderna.
- 2.- Tradicional.
- 3.- Arcaica o primitiva.

En México se considera: Moderna el 40%, es la familia cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar. Tradicional 50%, es la familia en la que un solo cónyuge trabaja fuera del hogar. Arcaica o primitiva representa el 10%.

CON BASE A SU DEMOGRAFÍA:

- 1.- Urbana.
- 2.- Rural.

En nuestra sociedad Mexicana se clasifican en urbana el 60% de la población y son las familias que habitan en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuentan con los servicios básicos de la urbanización: agua entubada (intra o extradomiciliaria) energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Rural el 40% que habita en comunidades de menos de 5000 habitantes y que carecen de algunos servicios básicos de urbanización. (1)

EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

- 1.- Integrada.
- 2.- Semi-integrada.

3.- Desintegrada.

Integrada: Cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones. Semi-integrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero cumplen adecuadamente sus funciones. Desintegrada: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte. (1)

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:

- 1.- Campesina.
- 2.- Obrera.
- 3.- Profesional.

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

DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL:

- 1.- Familia nuclear.
- 2.- Familia extensa.
- 3.- Familia extensa compuesta.
- 4.- Variante.

La familia nuclear o elemental es la familia constituida por madre, padre e hijos. La familia extensa, aparte de la nuclear se agregan los abuelos, los primos, tíos, cuñados, etc. La familia extensa compuesta además de los anteriores conviven miembros no consanguíneos. Variante, adulto que vive solo, pareja sin hijos, padre o madre solteros.

La familia extensa tiene relaciones muy estrechas entre abuelos, padres e hijos, primos y sobrinos y son características rurales. (1)

La familia conyugal extensa es más común en las zonas rurales. No así en las grandes ciudades que es más frecuente la familia nuclear para cumplir con sus funciones esenciales.

FUNCIÓNES ESENCIALES DE LA FAMILIA:

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

Es de suma importancia determinar si la familia cumple con éstas funciones, y sobre todo los mecanismos que utiliza para efectuarlos. (1)

I. SOCIALIZACIÓN

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudios de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa de lactante y

preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en éstas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartido por los profesores, los padres y la sociedad misma. (1)

II CUIDADO

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

III AFEECTO

Según los académicos de la lengua el affectus de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios de alguna dependencia. En cuanto a la institución familiar referido a proporcionar ánimo, amor y cariño. Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen como son el: conyugal, paternal y filial. (1)

IV. REPRODUCCIÓN

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

V. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

Esto lo va a conformar el trabajo conjunto de la familia y que en nuestra sociedad, la familia se ve más respetada en su entorno que una persona sin apoyo familiar. (1)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

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

FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA

FASE DE MATRIMONIO.

FASE DE EXPANSIÓN.

FASE DE DISPERSIÓN.

FASE DE INDEPENDENCIA.

FASE DE RETIRO Y MUERTE.

FASE DE MATRIMONIO

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

- 1.- Ajuste sexual.
- 2.- Información sobre planificación familiar.
- 3.- Interacción de la personalidad.

En esta fase es donde invariablemente la búsqueda de la pareja responde a necesidades previas: compañía, resolución de expectativas de desarrollo económico y social, así como una necesidad a veces inconsciente, de una realización humana más plena. Esta última resulta la más difícil de lograr, ya que requiere de una madurez

previa en donde lejos de negar las cualidades de mi pareja tendré que exaltarlas (y ahí radica uno de los signos más seguros de poseer madurez humana), la seguridad en nosotros mismos nos hace ver claramente el valor del otro. (1)

FASE DE EXPANSIÓN

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

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

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

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

Características del amor paterno: sustentando en la disciplina, favorece la independencia, facilita el dominar la vida por sí mismo, "Te amo porque llenas mis

aspiraciones, porque cumples con tu deber, porque ere como yo”. “Obraste mal, no puedes dejar de aceptar las consecuencias de tu mal acción, y especialmente, debes cambiar si quieres que te aprecie”. (1)

FASE DE DISPERSIÓN

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

FASE DE INDEPENDENCIA

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

FASE DE RETIRO Y MUERTE

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

Pudiendo ser por invalidez, jubilación o desempleo o muerte.

Estudios recientes en esta fase demuestran que en las sociedades donde los ancianos tienen un papel social, útil claramente definido; la frecuencia de enfermedades

mentales y emocionales (estrechamente relacionados con la vejez) muestran una dramática disminución. Debemos incluirnos en la tarea de revalorar la importante función que el viejo juega en la familia siguiendo el consejo del libro eclesiástico:

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

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

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

Como blasfemo es el que abandona a su padre, maldito del señor quien irrita a su madre.(1)

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

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

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

- Aprender mucho de las vivencias que posee.
- Mostrar paciencia y cortesía cuando lo tratemos cotidianamente.

- No sobreprotegerlos, favoreciendo así una posible ruptura “en la intimidad de los abuelos”.

MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar (estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria) ejecutando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente insatisfacción tanto de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutoria y de seguimiento.

La identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los tres ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite la práctica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios y exclusivos. El modelo sistemático de la atención médica familiar, se presenta por primera vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar. Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezcan un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.

Presentamos el modelo sistemático de la atención médica familiar en forma de protocolo de investigación, siguiendo el esquema propuesto por la Jefatura de Servicios de Investigación de la Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (26).

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE MORBILIDAD ESTATAL Y NACIONAL

Según los datos epidemiológicos obtenidos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el año de 1997, las diez principales causas de morbilidad tanto a nivel nacional como en el estado de Hidalgo, fueron las mismas y de éstas en primer lugar se encuentran las infecciones respiratorias agudas, el segundo lugar lo ocupan las enfermedades diarreicas, en tercer lugar se encontraron como diagnóstico las infecciones intestinales debidas a otros organismos y las mal definidas, en cuarto lugar se encuentran las amibiasis intestinales, en quinto lugar se encuentran las ascariasis, como podemos observar estos padecimientos podrían disminuir su número de casos si se trabajara más en actividades de medicina preventiva y promoción a la salud.

En sexto lugar se encuentra a la hipertensión arterial, en séptimo lugar tenemos a la varicela, en octavo lugar se presentan las neumonías, aunque cabe recalcar que este padecimiento se encuentra como uno de los principales como causa de mortalidad por complicación de infecciones respiratorias. En noveno lugar se encuentra la diabetes mellitus observando que la tasa de este padecimiento se ha incrementado a partir de 1995. Y por último en décimo lugar se encuentra el asma. (22).

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En medicina familiar se deben propiciar conductas en la población que promuevan la salud, no quedarse solamente en un nivel informativo acerca de lo que se debe hacer. La información no es suficiente como actividad para incidir en la salud familiar, ya que la población la percibe como ajena, como una cuestión de los médicos y no como de ellos. Las actividades formativas con los mismos derechohabientes, para que identifiquen los factores psicosociales y biológicos que provocan enfermedades, para poder enfrentar dichos factores y no sólo las resultantes del proceso social. Estas actividades deben realizarse de manera permanente con grupos formales de derechohabientes con similares condiciones de salud. (1)

Dicha estrategia nos permitirá conocer más ampliamente ¿Cuáles son las características Biosociales y causas de demanda de consulta de las familias adscritas al consultorio # 2 de la Clínica Hospital del ISSSTE en Huejutla, Hidalgo?

JUSTIFICACIÓN

En la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla en el Estado de Hidalgo se pretende realizar una medicina integral, modificando la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psicosociales en la comprensión del proceso Salud-Enfermedad. A su vez enfocar los conocimientos para la atención del núcleo familiar. Esta concepción de la enfermedad beneficia a la población, ya que no fracciona al individuo, sino que se le considera parte dinámica de una familia y coparticipe de la salud o de la enfermedad. También compromete a actuar prácticamente bajo cualquier circunstancia sin limitaciones propias de otras disciplinas, como pueden ser la edad, el sexo, el padecimiento, etc.; este beneficio al enfermo que por principio otorga la disciplina de la medicina familiar, debe realizarse durante todas las etapas de la vida. Aunado a lo anterior entender, sus propias limitaciones. Esta aparente desventaja creada por la amplitud de su campo, en la práctica le permite conducir los recursos médicos, apoyar al enfermo y a su familia, con una actitud de mesura y madurez ante sus propias limitaciones, capitalizando la pérdida aparente de su aureola de deidad y acercándose más al hombre y a su familia, en una relación médico-paciente más auténtica, fructífera y gratificante, mejor que otras disciplinas. (2). Existen en la medicina el sentido humanista y el sentido humano de la medicina, dos palabras que en diferente forma compaginan con la profesión médica, y si el buen médico se precisa de serlo debe consignar en el estudio integral de quien lo consulta no sólo el daño físico, sino el grado de desajuste emocional, moral, anímico que lo invada. Y atender de paso, el ambiente, medio, “habitat” donde se desenvuelve, que allí se plasman los valores y los caracteres adquiridos, ésos que, encajonados en la veta sutil de lo intangible, resbalan hasta formar un acervo sociocultural capacitado para impregnarse de justicia, de belleza y de bondad (6)

Tomando en cuenta lo anterior se pretende finalmente brindar a la población adscrita al consultorio No. 2 turno vespertino, de la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla, una mejor atención médica que nos conlleve a reflejar un equilibrio biosocial en la salud-familia.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar en la población adscrita al consultorio No. 2 turno vespertino de la Clínica Hospital ISSSTE en Huejutla de Reyes de el Estado de Hidalgo, las características biosociales de la comunidad como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud, así como de sus principales causas de demanda de consulta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer el número total de derechohabientes adscritos al consultorio No. 2 turno vespertino de la Clínica Hospital ISSSTE Huejutla por grupos de edad y sexo.
- Identificar los tipos de familia: según su demografía, desarrollo y composición.
- Identificar la etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias.
- Identificar dentro de las funciones de la familia: su reproducción, estatus y nivel socioeconómico.
- Identificar las 10 principales causas de demanda de consulta en el consultorio # 2 de la Clínica Hospital ISSSTE en Huejutla del mes de marzo de 1997 a marzo de 1998.

HIPÓTESIS

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

METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

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

Fundamentado en tres estrategias: Haciendo uso del censo de población, estudio de identificación familiar e identificación de causas de consulta.

6.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Se estudiaron familias usuarias que acudieron a consulta en el turno vespertino del consultorio # 2 de la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla, de Reyes del mes de marzo de 1997 al mes de marzo de 1998.

6.3 UNIVERSO DE ESTUDIO.

Esta integrado por 1636 familias adscritas y 1125 familias usuarias del consultorio # 2 turno vespertino de medicina familiar en la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla, tomando dichos datos de las tarjetas de vigencia de derechos y en el área de estadística, así como el informe de labores diarias del médico forma SM-10.

6.4 TIPO DE MUESTRA

No aleatorio representativo de las familias adscritas al consultorio # 2 turno vespertino de medicina familiar de la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla, Hidalgo.

6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas a 115 familias.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

6.6.1 Criterios de inclusión:

Población derechohabiente vigente del servicio adscrito al consultorio # 2 del turno vespertino de la Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla en el estado de Hidalgo, que aceptan responder a la encuesta de datos, tomando en cuenta todos los grupos de edad, las patologías agudas y crónicas, así como pacientes de primera vez y subsecuentes y diagnósticos de certeza.

6.6.2 Criterios de exclusión:

Población registrada no usuaria del servicio, que no sea adscrita al consultorio # 2, así como pacientes foráneos y/o familias que no tengan expediente o bien se rehúsen a colaborar en la aplicación de la encuesta.

6.6.3 Criterios de eliminación:

Encuestas incompletas, falsos datos, finados, así como diagnósticos de “no certeza”.

6.7 VARIABLES

Para el censo poblacional se utilizaron variables de tipo cualitativo como cuantitativo indentificándose una escala de intervalo para la primera y nominal u ordinaria en la segunda:

- Número total de individuos.
- Número total de individuos del sexo masculino.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número total de individuos del sexo masculino por grupo etáreo.
- Número total de individuos del sexo femenino por grupo etáreo.

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

Para el estudio de identificación familiar se tomaron las siguientes variables:

- Estado civil.
- Años de Unión Conyugal de parejas casadas.
- Años de Unión Conyugal de parejas en unión libre.
- Años de Unión Conyugal de pacientes viudos.
- Edad de pacientes trabajadores por edad y sexo solteros.
- Escolaridad.
- Edad del padre.
- Edad de la madre.
- Número de hijos por grupo de edad hasta 10 años, de 11 a 19 años, de 20 a más años de edad.
- Ocupación de los padres de familia.
- Ingreso económico.

- Tipo de familia según su composición.
- Tipo de familia según su desarrollo.
- Etapa del ciclo familiar.

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

- Los diez primeros motivos de consulta por edad y sexo.
- Consultas en el año de primera vez y subsecuentes.
- Los diez principales motivos de consulta primera vez y subsecuentes.
- Los diez principales motivos de consulta.
- Métodos de planificación familiar en las familias encuestadas.

6.8 MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Para el censo se acudió al departamento de vigencia de derechos en donde por convicción se seleccionaron todas las tarjetas correspondientes al consultorio # 2 turno vespertino correspondiendo un total de 4,500 personas; clasificándose cada uno de sus expedientes por núcleos familiares, encontrándose un total de 1636 familias de las cuales solamente 1125 acuden a los servicios médicos adscritos al consultorio.

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

Para la identificación de las causas de consulta se recabaron los datos de la hoja de informes diarios del médico SM-10 del 03 de marzo de 1997 a 02 de marzo de 1998, según las consulta realizadas en el consultorio # 2 del turno vespertino.

6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

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

VII.- RESULTADOS.

FASE I

En el consultorio No. 2 turno vespertino el censo poblacional con el que cuenta es de 4500 pacientes derechohabientes del los cuales predominantemente se observa que 2547 son mujeres y 1953 son hombres.

FASE II

Se detectó que el 87.9% de las familias encuestadas se encuentran casadas, lo cual corresponde a 101 de las 115 familias de la muestra.

En tanto que a los años de unión conyugal de parejas casadas se observó que el 18.8% de las familias encuestadas tienen un promedio de 10 a 14 años de unión que corresponde a 19 familias de las 101 de la muestra, y en comparación similar en años de unión conyugal de parejas en unión libre de 5 familias de las 11 de la muestra en estudio se percibió que viven en dicha unión en un promedio de 10 a 14 años.

La edad de los pacientes solteros se encuentra en un 99.9% entre los 20 y 34 años en ambos sexos predominantemente en masculinos.

Haciendo mención del grado de escolaridad de los pacientes el 51.3% de las familias tienen una escolaridad media superior técnica que corresponde a 118 de las 230 familias de la muestra.

La edad de los padres de familia oscila entre los 35 a 39 años de edad y un 35% del total, así como a su vez la edad de las madres de familia en su mayoría jóvenes oscilan entre los 30 a 34 años de edad que correspondería al 22.3% del total, y aunado a estos los hijos de estas familias son menores de 10 años de edad en un 43.7% del total.

Respecto a la ocupación de los padres de familia el 47.8% se encuentra en un nivel profesional, posteriormente con nivel de empleado y ocupación de hogar ambas con 19.6% cada uno, por lo cual el salario que perciben es un 97.4% es de 3 salarios mínimos o más.

En mención a la composición de la familia el 85.2% son familias nucleares y en base a su desarrollo el 69.6% son familias tradicionales, en base a su demografía son en un 100% semiurbanas.

Cabe mencionar en cuanto a la etapa del ciclo familiar que el 39.1% de las familias en estudio viven en etapas de expansión predominantemente.

FASE III

A continuación se mencionan en orden de predominio los 10 principales motivos de consulta siendo en primer lugar las infecciones respiratorias agudas en un 44.3% del total de la muestra que corresponde a 799 consultas atendidas en el año, en segundo

lugar tenemos a la amibiasis intestinal en un 15.9% del total de la muestra que corresponde a 286 consultas, en tercer lugar se percibió la hipertensión arterial sistémica en un 7.1% del total, equivalente a 110 consultas. La quinta causa es la diabetes mellitus tipo II en un 5.4% del total de la muestra de 97 consultas atendidas en el año, como sexta causa la infección de vías urinarias se presenta con un 5.2% del total equivalente a 93 consultas atendidas, en séptimo lugar se encuentran las micosis superficiales en un 4.9% del total de 88 consultas atendidas en un año, el octavo lugar lo ocupan las artropatías degenerativas con un 4.1% del total de la muestra estudiada, de un total de 74 consultas que se les dio atención médica, en noveno lugar se encuentra el síndrome diarreico con un total de 68 consultas en el año, que equivale a un 3.8% del total de la muestra, finalmente en décimo lugar la anemia se presenta en un 3.2% del total equivalente de 58 consultas.

CONSULTORIO # 2 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE
DE HUEJUTLA, HIDALGO
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

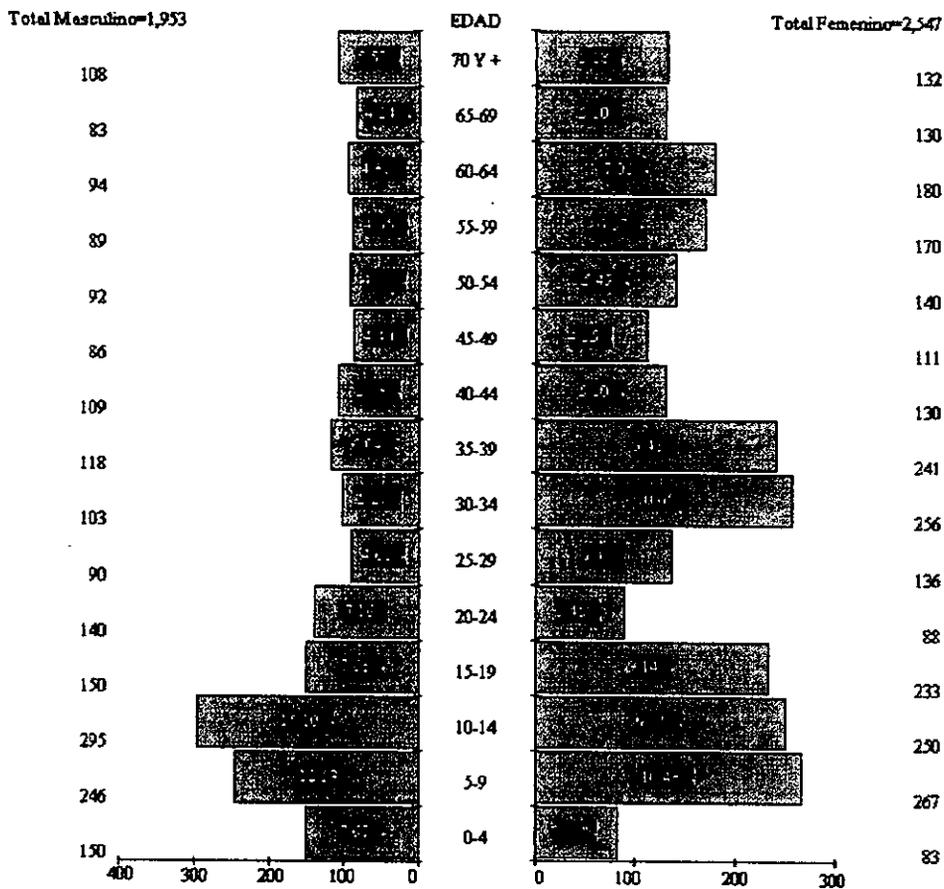
POBLACIÓN TOTAL PERTENECIENTE AL CONSULTORIO # 2 TURNO VESPERTINO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE DE HUEJUTLA, HIDALGO.

GRUPO DE EDAD	MASCULINOS	%	FEMENINOS	%
0 - 4	150	7.68%	83	3.25%
5 - 9	246	12.59%	267	10.98%
10 - 14	295	15.10%	250	9.81%
15 - 19	150	7.68%	233	9.14%
20 - 24	140	7.16%	88	3.45%
25 - 29	90	4.60%	136	5.33%
30 - 34	103	5.27%	256	10.05%
35 - 39	118	6.04%	241	9.46%
40 - 44	109	5.58%	130	5.10%
45 - 49	86	4.40%	111	4.35%
50 - 54	92	4.71%	140	5.49%
55 - 59	89	4.55%	170	6.67%
60 - 64	94	4.81%	180	7.06%
65 - 69	83	4.24%	130	5.10%
70 Y +	108	5.52%	132	5.18%
TOTAL=4,500	1953	100%	2547	100%

FUENTE: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y ESTADISTICA DEL HOSPITAL ISSSTE DE HUEJUTLA, HIDALGO.

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO # 2 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO

(POBLACION TOTAL 4,500)



FUENTE: DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS Y ESTADISTICA
DEL HOSPITAL ISSSTE DE HUEJUTLA, HIDALGO

CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

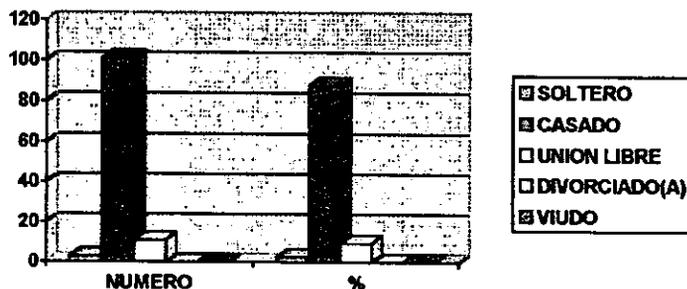
ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	3	2.6
CASADO	101	87.9
UNION LIBRE	11	9.5
DIVORCIADO(A)	0	0
VIUDO	0	0

TOTAL	115	100%
-------	-----	------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

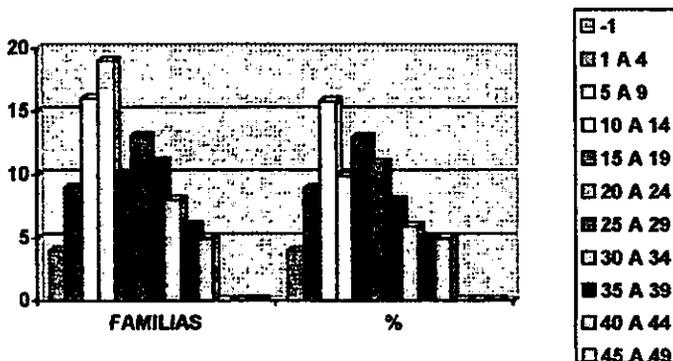
**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	4	4
1 A 4	9	8.9
5 A 9	16	15.8
10 A 14	19	9.9
15 A 19	10	12.9
20 A 24	13	10.9
25 A 29	11	7.9
30 A 34	8	5.9
35 A 39	6	5
40 A 44	5	5
45 A 49	0	0
50 A 54	0	0
55 A 59	0	0

TOTAL	101	100%
--------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

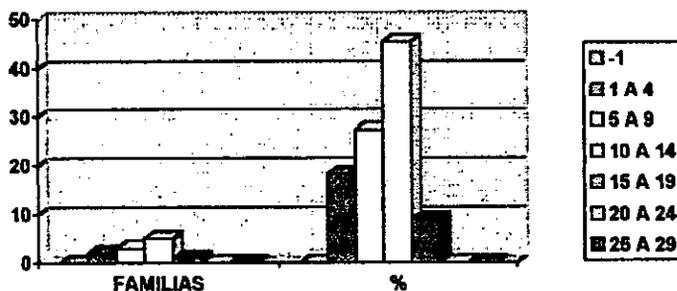
**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS EN UNIÓN LIBRE
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	0	0
1 A 4	2	18.2
5 A 9	3	27.3
10 A 14	5	45.5
15 A 19	1	9.0
20 A 24	0	0
25 A 29	0	0
TOTAL	11	100%

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE PAREJAS EN UNIÓN LIBRE
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

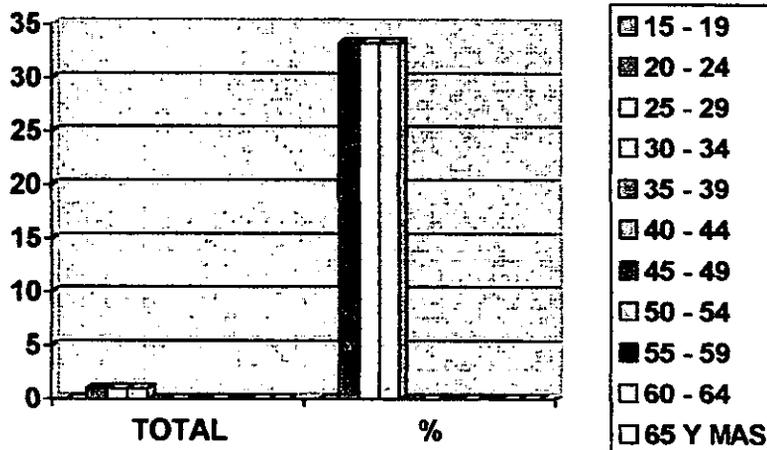
**EDAD DE PACIENTES TRABAJADORES POR EDAD Y SEXO
 SOLTEROS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

AÑOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15 - 19	0	0	0	0
20 - 24	1	0	1	33.3
25 - 29	0	1	1	33.3
30 - 34	0	1	1	33.3
35 - 39	0	0	0	0
40 - 44	0	0	0	0
45 - 49	0	0	0	0
50 - 54	0	0	0	0
55 - 59	0	0	0	0
60 - 64	0	0	0	0
65 Y MAS	0	0	0	0

TOTAL	1	2	3	99.9%
--------------	---	---	---	-------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**EDAD DE PACIENTES TRABAJADORES POR EDAD Y SEXO
 SOLTEROS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

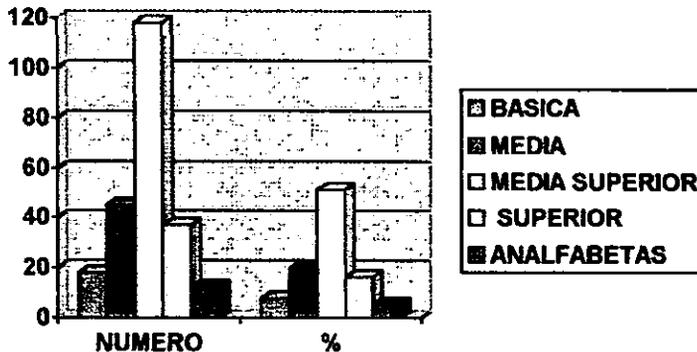
**ESCOLARIDAD EN PACIENTES
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
BASICA	18	7.8
MEDIA	45	19.6
MEDIA SUPERIOR	118	51.3
SUPERIOR	37	16.1
ANALFABETAS	12	5.2

TOTAL	230	100%
--------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**ESCOLARIDAD EN PACIENTES
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

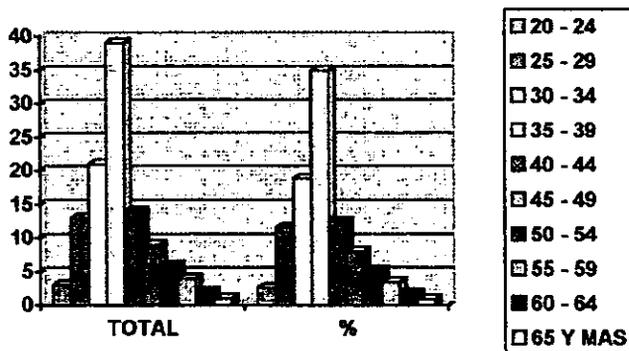
**EDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

EDAD	VIVO	TOTAL	%
20 - 24	3	3	2.6
25 - 29	13	13	11.6
30 - 34	21	21	18.8
35 - 39	39	39	35
40 - 44	14	14	12.5
45 - 49	9	9	8
50 - 54	6	6	5.3
55 - 59	4	4	3.5
60 - 64	2	2	1.8
65 Y MAS	1	1	.9

TOTAL	112	112	100%
--------------	------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**EDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

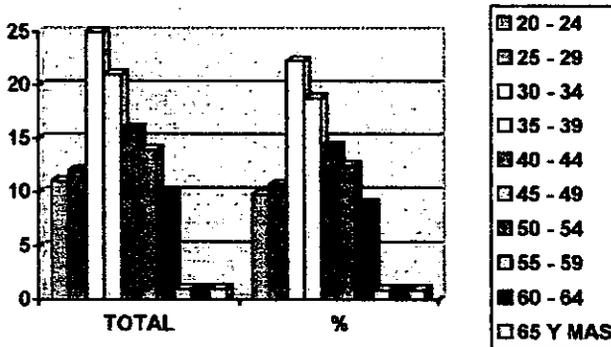
**EDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

EDAD	VIVO	TOTAL	%
20 - 24	11	11	9.8
25 - 29	12	12	10.7
30 - 34	25	25	22.3
35 - 39	21	21	18.8
40 - 44	16	16	14.3
45 - 49	14	14	12.5
50 - 54	10	10	8.9
55 - 59	1	1	0.9
60 - 64	1	1	0.9
65 Y MAS	1	1	0.9

TOTAL	112	112	100%
--------------	------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**EDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS
 ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

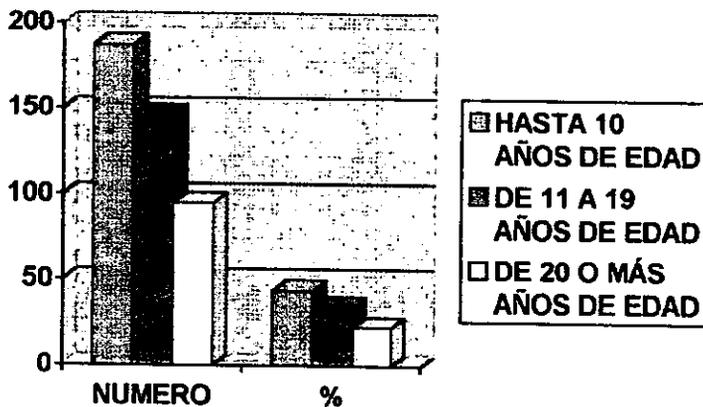
**NUMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	187	43.7
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	146	34.1
DE 20 O MÁS AÑOS DE EDAD	95	22.2

TOTAL	428	100%
--------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**NUMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

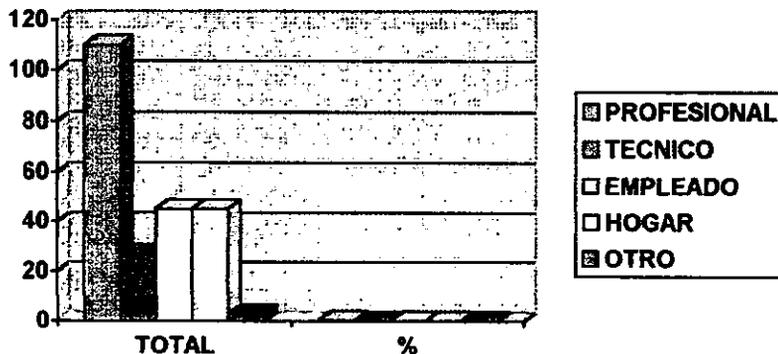
**OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 2**

OCUPACIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
PROFESIONAL	75	35	110	47.8
TECNICO	11	16	27	11.7
EMPLEADO	26	19	45	19.6
HOGAR	0	45	45	19.6
OTRO	3	0	3	1.3

TOTAL	115	115	239	100%
--------------	------------	------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

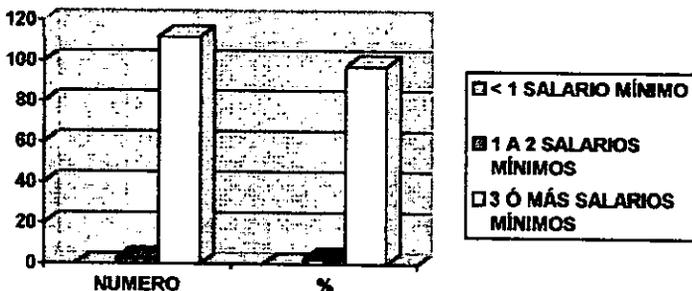
**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INGRESO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

SALARIOS	NUMERO	%
< 1 SALARIO MÍNIMO	0	0
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	3	2.6
3 Ó MÁS SALARIOS MÍNIMOS	112	97.4

TOTAL	115	100%
--------------	-----	------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INGRESO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

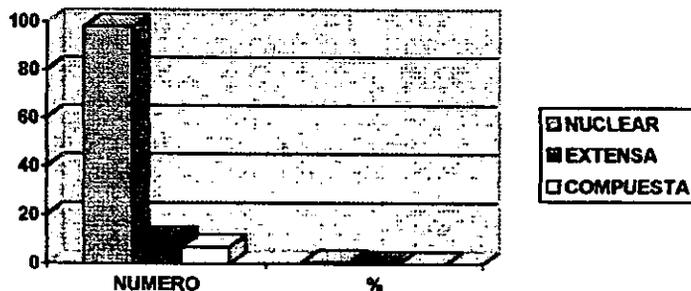
**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICIÓN
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

TIPO	NUMERO	%
NUCLEAR	98	85.2
EXTENSA	10	8.7
COMPUESTA	7	6.1

TOTAL	115	100%
--------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU COMPOSICIÓN
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

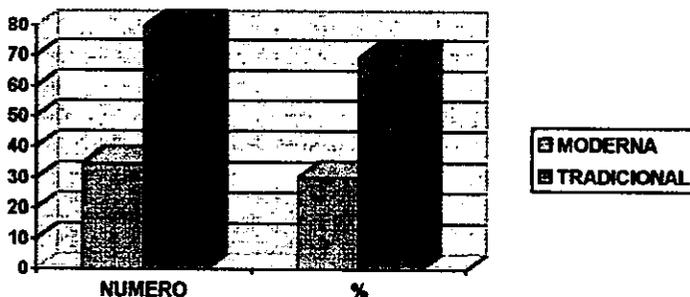
**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	35	30.4
TRADICIONAL	80	69.6

TOTAL	115	100
--------------	------------	------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

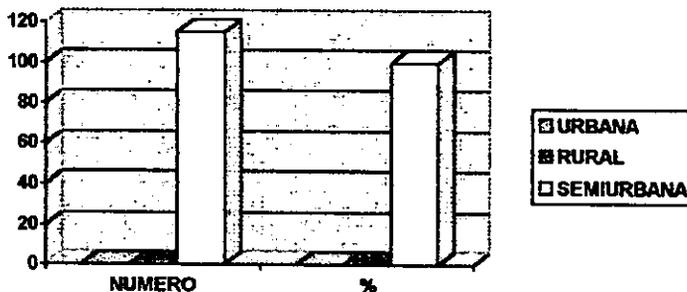
**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

TIPO	NUMERO	%
URBANA	0	0
RURAL	0	0
SEMIURBANA	115	100

TOTAL	115	100%
--------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

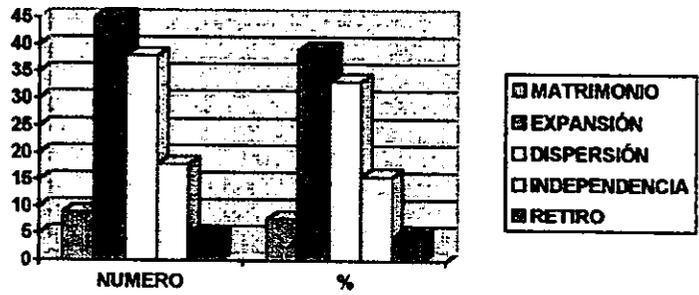
**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

ETAPA	NUMERO	%
MATRIMONIO	9	7.8
EXPANSIÓN	45	39.1
DISPERSIÓN	38	33.1
INDEPENDENCIA	18	15.7
RETIRO	5	4.3

TOTAL	115	100%
--------------	------------	-------------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR.

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

CONSULTORIO No. 2 TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE DE HUEJUTLA
 "MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR"

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR EDAD Y SEXO DE MARZO DE 1997 A MARZO DE 1998.

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2 TURNO VESPERTINO DE MEDICINA FAMILIAR DE HUEJUTLA ISSSTE

GRUPO DE EDAD Y SEXO	1ERA VEZ		SUBSECUENTE		0-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15-18 AÑOS		20-24 AÑOS		25-29 AÑOS		30-34 AÑOS		35-39 AÑOS		40-44 AÑOS		45-49 AÑOS		50-54 AÑOS		55-59 AÑOS		60-64 AÑOS		65-69 AÑOS		70 O MAS AÑOS		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	657	142	394	435	105	49	30	20	75	95	40	28	8	90	6	10	8	30	8	20	4	3	5	21	10	14	1	15	2	31	2	9	0	0	
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	218	68	143	143	24	20	3	29	50	6	20	11	0	12	0	3	16	10	20	11	0	18	0	2	5	1	0	3	5	5	0	11	0	0	
AMIBIASIS INTESTINAL	3	125	89	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	76	34	50	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	0	5	8	7	6	4	5	2	5	0	2	4	11	0	8	10	0	10	0	
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	5	92	48	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	6	0	2	3	2	10	0	10	2	0	8	10	12	13	16	
DIABETES MELLITUS TIPO II	57	36	25	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	9	10	0	8	0	5	10	0	0	7	0	1	3	4	0	0	
INFECCION DE VIAS URINARIAS	83	5	39	53	9	9	5	5	3	2	6	1	3	0	3	3	6	6	0	5	0	7	0	0	0	5	0	6	0	2	0	1	0	1	
MICOSIS SUPERFICIAL	70	4	45	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	4	0	5	0	3	2	3	1	5	3	12	9	4	2	0	0
ARTROPATIA DEGENERATIVA	87	1	36	33	10	12	13	2	4	10	0	0	0	3	2	4	3	0	1	0	0	5	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SINDROME DIARREICO	52	6	30	28	5	4	6	5	1	3	2	2	4	3	0	0	1	0	1	1	2	1	2	2	2	1	0	1	1	2	1	1	5	1	0
ANEMIA																																			

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

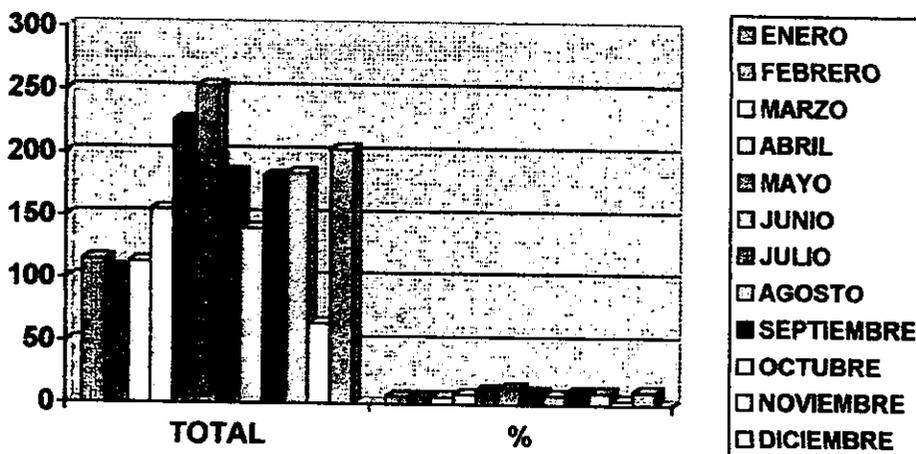
**CONSULTAS MARZO 1997 A MARZO 1998
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**

MES	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTES	TOTAL	%
ENERO	83	32	115	6
FEBRERO	82	25	107	5.6
MARZO	85	28	113	5.9
ABRIL	129	26	155	8.0
MAYO	153	73	226	11.7
JUNIO	174	79	253	13.1
JULIO	121	63	184	9.6
AGOSTO	96	44	140	7.3
SEPTIEMBRE	102	80	182	9.4
OCTUBRE	113	71	184	9.6
NOVIEMBRE	31	33	64	3.3
DICIEMBRE	127	76	203	10.5

TOTAL	1296	630	1926	100%
--------------	------	-----	------	------

FUENTE: INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MÉDICO SM-10.

**CONSULTAS MARZO 1997 A MARZO 1998
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No. 2**



FUENTE: INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES DEL MÉDICO SM-10.

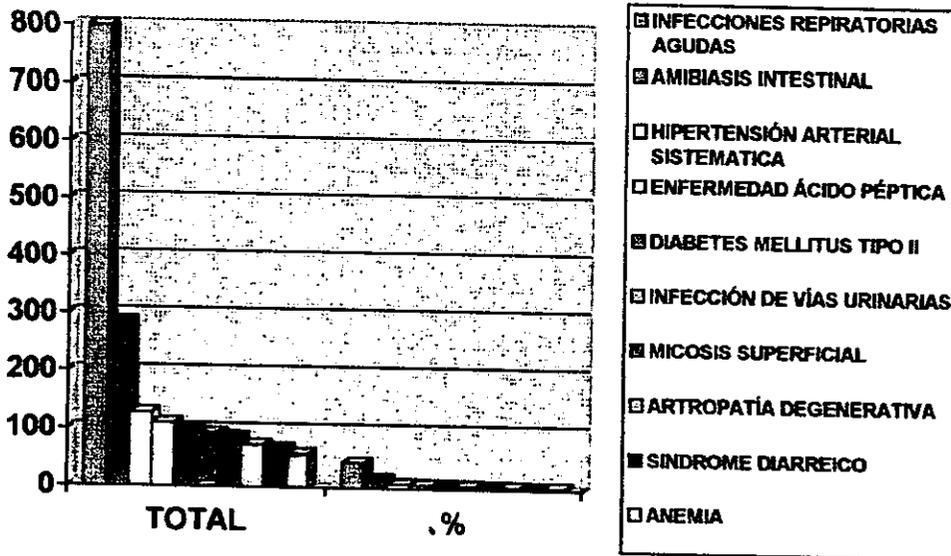
CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

No.	DX.	1ERA. VEZ	%	SUBSEC	%	TOTAL	%
1	INFECCIONES REPIRATORIAS AGUDAS	657	51%	142	27.7%	799	44.3
2	AMIBIASIS INTESTINAL	218	16.9%	68	13.2%	286	15.9
3	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMATICA	3	0.2%	125	24.4%	128	7.1
4	ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA	76	5.9%	34	6.6%	110	6.1
5	DIABETES MELLITUS TIPO II	5	0.4%	92	18%	97	5.4
6	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	57	4.4%	36	7.01%	93	5.2
7	MICOSIS SUPERFICIAL	83	6.4%	5	1%	88	4.9
8	ARTROPATÍA DEGENERATIVA	70	5.4%	4	0.8%	74	4.1
9	SINDROME DIARREICO	67	5.2%	1	0.2%	68	3.8
10	ANEMIA	52	4.0%	6	1.2%	58	3.2
TOTAL		1288	71.5%	513	28.5%	1801	100%

FUENTE: INFORME DE ACTIVIDADES DIARIAS DEL MEDICO SM-10.

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA



FUENTE: INFORME DE ACTIVIDADES DIARIAS DEL MEDICO SM-10

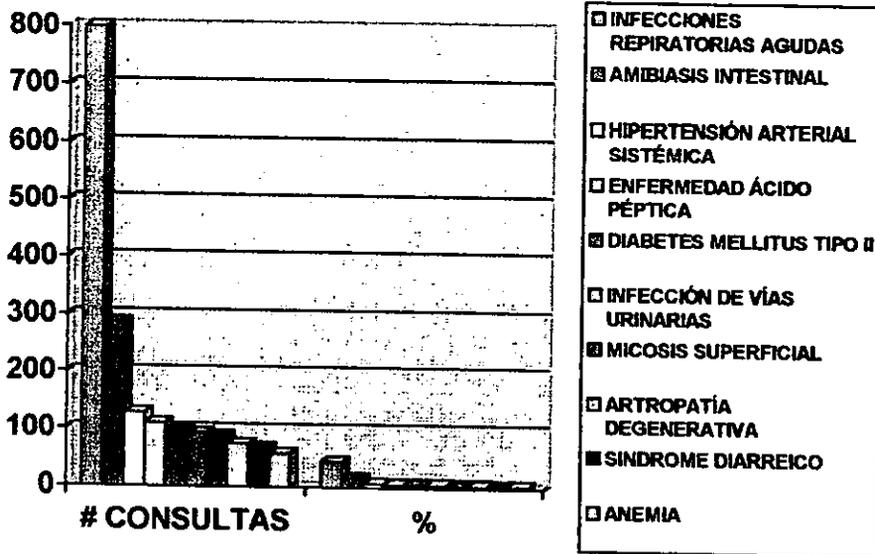
**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

NÚMERO	DX.	# CONSULTAS	%
1	INFECCIONES REPIRATORIAS AGUDAS	799	44.3
2	AMIBIASIS INTESTINAL	286	15.9
3	HIPERTENSION ARTERIAL SISTÉMICA	128	7.1
4	ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA	110	6.1
5	DIABETES MELLITUS TIPO II	97	5.4
6	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	93	5.2
7	MICOSIS SUPERFICIAL	88	4.9
8	ARTROPATÍA DEGENERATIVA	74	4.1
9	SINDROME DIARREICO	68	3.8
10	ANEMIA	58	3.2
TOTAL		1801	100%

FUENTE: INFORME DE ACTIVIDADES DIARIAS DEL MÉDICO.

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA



FUENTE: INFORME DE ACTIVIDADES DIARIAS DEL MÉDICO.

**CONSULTORIO # 2 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE HUEJUTLA, HIDALGO
 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

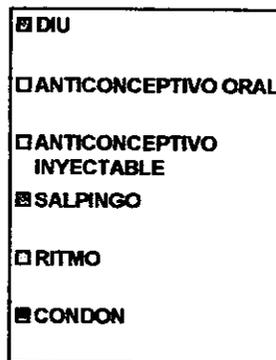
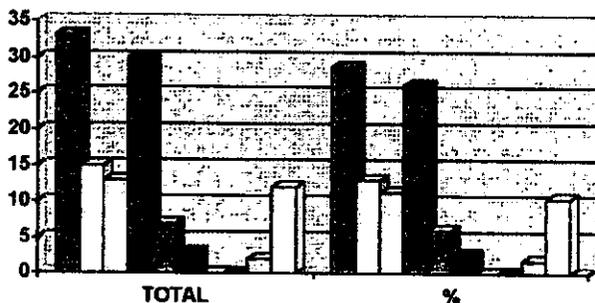
**METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 FAMILIAS ADCRITAS AL CONSULTORIO # 2**

METODO	EDAD							TOTAL	%
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 Y +		
DIU	4	6	12	5	3	3	0	33	28.7
ANTICONCEPTIVO ORAL	2	3	5	2	1	2	0	15	13.0
ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	2	2	3	4	1	1	0	13	11.3
SALPINGO	0	0	2	7	5	6	10	30	26.1
RITMO	1	2	1	2	1	0	0	7	6.1
CONDON	0	0	0	1	2	0	0	3	2.6
VASECTOMIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTROS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EMBARAZO	0	0	2	0	0	0	0	2	1.8
NINGUNO	3	0	1	0	3	2	3	12	10.4

TOTAL	12	13	26	21	16	14	13	115	100%
--------------	----	----	----	----	----	----	----	-----	------

FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

**METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 FAMILIAS ADCRITAS AL CONSULTORIO # 2**



FUENTE: CEDULA DE MICRODIAGNÓSTICO FAMILIAR

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

FASE I

En el Hospital ISSSTE de Huejutla se ha optimizado la atención de servicio de consulta con la finalidad de inmiscuirse más a fondo con los derechohabientes en su ámbito biosocial para entender y evitar más aun los padecimientos más comunes en la población adscrita a la Unidad médica así como al mismo tiempo haciendo promoción de la salud en dicha población para mantener en equilibrio la "Salud Familiar" que es el objetivo primordial.

Basándose en el censo poblacional del consultorio No. 2 del turno vespertino de Clínica Hospital ISSSTE de Huejutla se obtuvo un total de 4500 pacientes derechohabientes, de los cuales 2547 son del sexo femenino y 1953 son del sexo masculino.

Los grupos etareos que tienen mayor incremento son los de 5 a 19 años de edad, cual coincide con lo citado en el Boletín Médico Familiar 1998, el cual señala que la base de la pirámide poblacional en la República Mexicana será de personas económicamente activas, el ritmo de crecimiento de la población menor de 5 años se mantendrá estable hasta el fin del siglo y posteriormente disminuirá. (27).

Es importante mencionar en cuanto al estado civil de las familias estudiadas que con gran satisfacción se observa que la mayoría de las parejas son casadas, lo cual propicia y refleja una solidez y equilibrio familiar como lo menciona el Dr. Irigoyen y colaboradores, además menciona que cuando estas familias cumplen sus funciones están bien integradas, como ocurre en este estudio donde el 87.9% de las familias están bien integradas. (1).

Respecto al grado académico de los derechohabientes encuestados se observó que la mayoría cuenta con una educación media superior. La UNESCO en 1985 reporta que la tasa de alfabetización de los adultos en nuestro país era del 92% en hombres y 87% en mujeres.

La mayoría de los padres de familia 47.8% son profesionistas y su ingreso económico familiar se percibe en 3 o más salarios mínimos lo que corresponde al 97.4%. El panorama de Salud en México reporta que alrededor de la tercera parte de la población es económicamente activa. Es de notarse que cada vez es más amplia la participación de la mujer en la población económicamente activa. (28).

La edad es otro factor de importancia ya que la edad en los padres de familia se detecta que son padres jóvenes en etapa productiva y reproductiva con edades que oscilan entre los 35 a 39 años en un 35% y de 30 a 34 años de edad con un 18% del total, igual que también se percibe que las madres de familia son aun más jóvenes ya que las edades de éstas oscilan entre los 30 a 34 años en un 22.3% y de 35 a 39 años en un 13.8% del total de la muestra, en estas edades es de suma importancia para el desarrollo familiar para con los hijos en orientación, alimentación y educación.

En cuanto a planificación familiar se refiere se detecta con agrado que el DIU ocupa el primer lugar como método de anticoncepción con un 28.7% que a pesar de no ser el método definitivo es muy solicitado, en segundo lugar se observó el método quirúrgico de OTB con un 26.1% de usuarias, en tercer lugar los anticonceptivos orales con un 13.0%, sucesivamente 11.3% anticonceptivos inyectables, lamentablemente el 9.4% no utilizaban ningún método, por lo que hay que reforzar el tema de planificación familiar en la consulta a los usuarios especialmente a los pacientes que estén en edad productiva, además se encontró que el 6.1% utiliza el método del ritmo, el preservativo en un 2.6%, y desafortunadamente quizá por temor e ignorancia no se ha aceptado pacientes masculinos usuarios de del método vasectomía influyendo en este resultado tal vez la educación, creencias y cultura inculcada de padres a hijos.

En lo que concierne a su composición predominaron las familias de tipo nuclear, pero en determinado momento favorece la unión familiar, en base a su desarrollo predominan las familias tradicionales con 69.6% lo que coincide con lo que cita el Dr. Goyen Coria A. y colaboradores, ya que mencionan que en nuestro medio el 40% son familias modernas, el 50% son tradicionales y el 10% son arcaicas o primitivas. (1).

En relación al ciclo familiar predomina la etapa de expansión en un 39.1% debido a que la mayoría de las familias son jóvenes y se encuentran en etapa productiva reproductiva.

Como veremos a continuación nos podemos dar cuenta que dentro de los 10 primeros motivos de consulta predominan en un 50% las enfermedades infectocontagiosas y de esto resumimos que las medidas higiénico dietéticas son escasas en este tipo de población y sobre todo a pesar de que se trabaja para poder evitarlas se siguen presentando.

Las enfermedades crónico degenerativas se han incrementado poco a poco sobre todo la diabetes mellitus tipo II, como lo menciona el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la tasa de este padecimiento se ha incrementado a partir de 1995. (22).

El Sistema Nacional de Epidemiología a nivel estatal reporta en orden de aparición los siguientes principales padecimientos: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, amibiasis intestinal, cariasis, infección de vías urinarias, otitis media aguda, otras helmintiasis, hipertensión arterial sistémica, anemia y dermatitis. (22).

La jurisdicción sanitaria No. 10 de huejutla, Hgo. tiene como principales causas de morbilidad los siguientes padecimientos: infecciones respiratorias agudas, amibiasis intestinal, infección intestinal por otros organismos y las mal definidas, anemia, cariasis, caries dentales, conjuntivitis adenovírica, infección de vías urinarias, otitis media aguda, cefalea tensional. (29).

Los datos obtenidos por este estudio son similares a los reportados en la jurisdicción sanitaria No. 10 y nivel estatal, ya que en ambas se encuentran las infecciones respiratorias agudas, síndrome diarreico (EDAS), amibiasis intestinal, helmintiasis, infección de vías urinarias, ascariasis, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II.

II.- CONCLUSIONES

El médico familiar otorga atención a la salud en la disciplina de la medicina familiar. Su entrenamiento y experiencia lo califican para la práctica profesional en los diversos campos en la medicina y la cirugía.

También el médico familiar está educado para y entrenado para desarrollar y poner en práctica actividades únicas y actividades que lo califican para una atención continua, mantenimiento integral de la salud y atención médica a todos los miembros de familia sin importar sexo, edad o tipo de enfermedad, sea biológica, conductual o social. Este médico se constituye en la figura que intercede ante todos los asuntos relacionados con la salud incluyendo el uso adecuado de los consultantes así como de los recursos de la comunidad. (1)

Se realizó el objetivo general que consistía en conocer las principales características biosociales de la población adscrita del consultorio # 2 turno vespertino de la clínica hospital ISSSTE de Huejutla, pudiéndose percibir que en realidad la población infantil, las mujeres en edad fértil y ancianos siguen siendo los grupos etáreos de mayor riesgo de contraer diversos padecimientos, por lo que es necesario incrementar más aun la educación para la salud y medicinas de prevención de enfermedades más estrechamente en estos grupos de edad.

Las familias del consultorio No. 2 turno vespertino son familias semi-urbanas las cuales perciben buenos ingresos con una educación de predominio superior. Mayormente son familias nucleares, tradicionales, con una buena integración y en etapa de expansión.

Los padecimientos que se observaron más comunes en la población fueron: las infecciones respiratorias agudas, la amibiasis intestinal, la hipertensión arterial sistémica, enfermedad ácido péptica, diabetes mellitus tipo II, infecciones de vías urinarias, micosis superficial, artropatía degenerativa, síndrome diarreico y anemia.

Los resultados obtenidos del estudio de las familias nos permite conocer el entorno biopsicosocial de los individuos para darnos un amplio panorama del comportamiento de las enfermedades para así poder contrarrestarlas, mediante técnicas, estrategias diagnósticas y un tratamiento eficaz y pertinente, todo esto con el fin de eliminar, evitar la enfermedad y fomentar la salud. (8)

LINEAS DE ACCIÓN:

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

ESTRATEGIAS GENERALES.

Cabe hacer un breve comentario a un sostenido paradigma en relación con la salud. El paradigma centrado en la enfermedad, con la atención dirigida casi exclusivamente en el daño, cuando ya está instalado, con sus respectivas secuelas. Este paradigma ha sido prevaeciente y hasta la fecha su inercia deja sentir sus efectos, trayendo o considerando como las más importantes todas aquellas funciones profesionales con dicha orientación.

Esta énfasis ha traído como consecuencia la ignorancia o la minimización del enfoque preventivo, dejando al margen el manejo específico de los factores de riesgo. Esto imposibilita una programación más adecuada para atender la salud como un fenómeno total, con elementos multideterminantes, cuyo centro de interés no sólo sea el daño o la enfermedad, sino la visión holística de sus condiciones, que permita atenuar o disminuir riesgos.(9)

Se pretende que la población derechohabiente sea copartícipe junto con el médico para el mejor aprovechamiento de los servicios de salud, es decir que el paciente acuda a la consulta cuando en realidad esta enfermo, esto permite se evite una sobresaturación y mayor agilidad y atención en la consulta, una actitud de mutuo respeto, un razonio y conciencia de la población fomentada por el médico al realizar promoción de orientación de medicina preventiva.

La OMSS sintetiza en su eslogan “hacer la elección sana, la elección fácil”, que implica el mensaje muy claramente; y reconoce que es responsabilidad de la sociedad establecer las condiciones que hagan fácil para un individuo comportarse de una forma que le conduzca a una buena salud.

Se marcan tres líneas de acción en educación para la salud la primera enfocada a educación para la salud en el ámbito escolar. Se promueven, por un lado, programas de educación para la salud dirigidos a los escolares y por otro la creación de ambientes y entornos saludables, al mismo tiempo se pretende fortalecer los servicios de salud para niños y jóvenes. (11).

En base a lo anterior las principales estrategias de acción que se proponen para el consultorio 2 turno vespertino de la clínica Hospital ISSSTE de Huejutla, tomando en

En los estudios de familia y de comunidad, es sin duda alguna la de poner en práctica la acción anticipatoria que constituyen las acciones propias del médico familiar, el modelo sistemático deberá implementarse como una obligación y deberá contar con: actualización periódica, evaluación operativa del sistema, establecimiento de la estrategia para la solución de los problemas de salud y anticipación del daño, así como medidas preventivas de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación o limitación del daño.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquieren conocimientos que benefician a la organización otorgante de los servicios de salud, a los investigadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. (12).

PROMOCION DE LA SALUD

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

Hábitos y costumbres

Educación nutricional

Educación médica sexual

Planificación familiar

Control del niño sano

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

Higiene de los alimentos

Distribución racional del ingreso familiar

Mejoramiento del ambiente familiar y escolar

Recreación periódica

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Son estrategias efectivas que se aplican en las diversas enfermedades con el fin de prevenirlas y que no causen deterioro en la salud del ser humano. Para dicho fin es necesario la aplicación de inmunizaciones, fomentar la higiene personal, orientación nutricional y sobre hidratación, idear medidas contra riesgos de accidentes en el hogar, escuela o el centro de trabajo, la práctica de ejercicio físico adecuado, visitas médicas periódicas, llevar un control sobre enfermedades transmisibles, realización de campañas contra el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se enfoca al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno, y a la limitación del daño de una enfermedad en evolución para modificar las alteraciones progresivas, permite anticiparse al horizonte clínico y atiende a las enfermedades que no fue posible aplicar las acciones preventivas antes que se manifestara clínicamente la enfermedad, por lo tanto comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación del daño.

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

Se debe reconocer los factores de riesgo, signos y síntomas de las enfermedades para detectarlas y tratarlas oportunamente llegando a la curación del enfermo antes de que ésta avance y produzca daños irreversibles y deje secuelas por lo tanto, es importante prevenir las complicaciones y acortar el periodo de incapacidad si es que llegara a existir.

LIMITACIÓN DEL DAÑO

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

PREVENCIÓN TERCIARIA

Se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica, para registrar hasta donde sea posible la incapacidad del daño producido, y para que pueda

adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad en la escuela, hogar o trabajo. Lo cual comprende la recuperación máxima de la funcionalidad, la terapia ocupacional en el hogar u hospitales, la educación de familiares, grupos escolares y empresas para apoyo del incapacitado, protección estatal de la incapacidad total.

PROGRAMA DE REHABILITACION DEL INVALIDO

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

STRATEGIAS PARTICULARES

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Las I.R.A. constituye una de las principales causas de la demanda de consulta en las unidades de medicina familiar y son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en la población infantil de los países en vías de desarrollo. Por lo tanto el médico familiar es el primer contacto en la atención de la población derechohabiente por lo que en consecuencia debe estar en un proceso continuo y permanente de actualización en el manejo de las patologías más frecuentes.

Así como en las IRA bacteriana de igual forma el tratamiento más específico es a través de antibióticos que siguen siendo de elección las penicilinas, ampicilinas y amoxicilina según agente patógeno identificado ya sea por sintomatología o laboratorio. Cabe comentar de las infecciones virales que de inicio de la enfermedad se deben

mejorar de manera sintomática hasta no observarse sintomatología mayor o bien se descarta la presencia de otro agente patógeno quizá bacteriano.

Agregando a esto la orientación que se debe de dar a la población sobre las complicaciones, riesgos e identificación de sintomatología respiratoria, así como la importancia de evitar el contacto con otros pacientes enfermos, evitar el hacinamiento en dicha personas, evitar tabaquismo, evitar cambios bruscos de temperatura y procurar una buena alimentación.

AMIBIASIS INTESTINAL

La amibiasis intestinal desafortunadamente sigue siendo de los padecimientos más frecuentes y causantes de mortalidad y morbilidad principalmente en niños de 5 a 9 años y en segundo término en niños de 5 a 9 años por los malos hábitos higiénicos de la población, la manipulación deficiente de los alimentos, la falta de concientización sobre la gravedad de este padecimiento en la población que la padece o ha padecido.

Es necesario seguir orientando a la población en extremar cuidados higiénico-dietéticos en su manipulación e ingesta, hervir el agua, cocer bien los alimentos, no comer cosas en la calle, el no fecalismo al aire libre. La sintomatología se caracteriza por pujo, tenesmo, diarrea con moco y sangre, malestar general, astenia, adinamia y fiebre hasta de 39°C.

HIPERTENSION ARTERIAL

Padecimiento crónico de etiología diversa en la cual se presenta un aumento sostenido de la tensión arterial con un desequilibrio de la tensión arterial diastólica, sistólica o de ambas. En México se considera la presión arterial alta como un problema de salud pública, ya que favorece la aparición de otras enfermedades, acorta la vida de quien la padece y se traduce en años potenciales de vida perdidos.

La Hipertensión Arterial es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular; diversos estudios han notificado algunos factores que son conducentes a la aparición de la Hipertensión Arterial como los de orden genéticos, la edad, el estrés, el índice de Quetelet y los dietéticos, como algunos nutrientes, entre los que destacan el sodio, el potasio y el calcio.

Con medidas de prevención y en base a lo anterior se recomendaría a la población afectada modifique sus hábitos alimenticios, realizar ejercicio sin extenuarse para mejorar la circulación sanguínea, evitar el sedentarismo y la obesidad, también el tomar en forma responsable sus medicamentos y obedecer las sugerencias e indicaciones médicas para bienestar propio y una mejor calidad de vida, también la prevención y detección insistida en la toma de T-A a la población de 25 años y más

ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA

Se define como “inflamación del estómago” que se clasifica como gastritis aguda crónica, superficial o erosiva, leve o grave, hipertrófica o atrófica de etiología diversa. Es comúnmente secundaria a malos hábitos alimenticios alcoholismo y situaciones de ansiedad y estrés prolongado. Como medidas de prevención se recomendaría evitar exceso de grasas, alimentos irritantes o muy condimentados, los ayunos prolongados, situaciones de estrés, toxicomanias.

DIABETES MELLITUS TIPO II

Actualmente la diabetes mellitus es considerada una pandemia con tendencia ascendente. Cada año en México se registran más de 180 mil casos nuevos de esta enfermedad y es causa de aproximadamente 36 mil defunciones. En julio de 1997 fue aprobada la clasificación vigente, la cual permite incluso identificar población con

Es decir, entre la que se encuentra aquella con intolerancia a la glucosa (definida por la obtención de resultados iguales o mayores de 140 mg/dl en la prueba de tolerancia a la glucosa con carga oral y con medición a las dos horas) o con alteración de la glucosa en ayuno (entendida como el resultado de glucosa plasmática entre 110 y 125 mg/dl en ayunas en las condiciones). Esto corresponde a un estado intermedio entre la condición de intolerancia a la glucosa normal y la diabetes mellitus. Dicha clasificación ideada por la Asociación Americana de diabetes mellitus fue avalada por OMS.

Por lo que es necesario hacer oportunamente detección mediante destroxitis de referencia en ayunas a la población mayor de 30 años, en aquellos que la padecen. Se debe tener un control mínimo cada mes mediante destroxitis y glicemia central, dieta estricta, evitar obesidad, sedentarismo, fomentar el deporte o ejercicio, evitar lesiones o traumatismos, situaciones de estrés, así como psicoterapia al paciente y a la familia, para un mejor control del padecimiento.

INFECCION DE VIAS URINARIAS.

La infección de vías urinaria en más del 95% son causadas por una sola bacteria, siendo la más frecuente *Escherichia coli* y puede afectar al riñón, el uréter o la vejiga.

El tratamiento de elección es la ampicilina seguido posteriormente del metoprima con sulfametoxazol todo dependerá del agente causal encontrado en la orina. Cuando se presenta dicho padecimiento por hábitos higiénicos deficientes principalmente por la mala técnica de limpieza genital y anal ya sea posterior a la defecación principalmente o manipulación de genitales sin higiene, micciones poco frecuentes. Por lo que se recomienda tomar abundantes líquidos, higiene personal diariamente, buena técnica del aseo del ano después de defecar limpiando el arrastre hacia atrás para evitar contaminar genitales.

MICOSIS SUPERFICIALES

La Micosis superficial se considera una infección que sólo invade tejidos muertos de la piel o sus apéndices (estrato, uñas, corneo y pelo) causadas por dermatófitos.

Habitualmente ocasiona prurito, descamación e inflamación de la zona afectada, así como pérdida del bello o pelo si llega a ser moderada o severa la micosis. En la población afectada se presenta como consecuencia de malos hábitos higiénicos, el clima húmedo y cálido constante, el hacinamiento o contacto con pacientes que lo padezcan, por lo que se puede evitar recomendando a la población aseo diario ya sea personal con jabón y agua, buena ventilación en el hogar, evitar contactos con gentes enfermas del tipo de micosis.

ARTROPATIA DEGENERATIVA

La artropatía degenerativa se considera un padecimiento que afecta las articulaciones, principalmente el cartilago hialiano, y los huesos que sirven como estructura y apoyo para sostener el peso del cuerpo y que afecta principalmente a los ancianos. Ocasiona desde dolor en las articulaciones hasta imposibilidad para efectuar algunas actividades. La etiología es desconocida sin embargo se recomienda de ser necesario la rehabilitación, terapia física, ejercicio, una alimentación adecuada y evitar el sedentarismo.

SÍNDROME DIARREICO

El síndrome diarreico es uno de los problemas de salud pública en los países en desarrollo por su alta carga morbilidad y mortalidad. En México la diarrea aguda es la primera causa de mortalidad en niños de entre 1 y 5 años y se relaciona con las

complicaciones de la enfermedad entre las cuales sobresale la pérdida de agua y electrolitos, entre los sobrevivientes los episodios de diarrea pueden causar o exacerbar desnutrición tanto macro como de micronutrientes.

Se observa con frecuencia en la población por deficientes hábitos alimentación e higiénicos. Por lo que se deben intensificar las pláticas de saneamiento ambiental, higiene personal, tomar agua potable, hervir o cocer bien los alimentos, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, evitar focos de infección como son la suciedad o excretas, en caso de diarrea tomar abundante suero oral o bien abundantes líquidos, acudir inmediatamente al médico, evitar la deshidratación, ingerir alimentos irritantes sin irritantes.

ANEMIA

La Anemia se designa como un conjunto de síntomas y signos secundarios a una disminución del contenido de hemoglobina o número de hematíes ya sea por pérdida de sangre, alteración de la producción o aumento de la destrucción de hematíes o bien por mala alimentación como es común en la población estudiada. Quizá en la población se ha visto que la causa principal sea la alimentación debido a que en su mayoría manifiesta acostumbrar a comer diariamente muchas tortillas con chile y agua o café aunque sus posibilidades económicas son satisfactorias, sin embargo han sido habituados a comer siempre lo mismo.

Se tiene que orientar a la población de la importancia que tiene el comer alimentos diversos y las propiedades que tiene cada uno de los mismos siendo que todos son necesarios para el organismo para un mejor estado de salud y nutrición, es decir cambiar hasta donde sea posible su cultura alimenticia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Irigoyen Coria A. Ciclo Vital de la Familia. En: Irigoyen Coria A. editores. Fundamentos de Medicina Familiar. editorial Medicina Familiar Mexicana. 5ª. edición 1998. Pág. 25-63.

- Chávez A. V, García Mangas A. La atención integral en medicina familiar. Medicina familiar. Rev. Med. IMSS (Mex) 1995 33:167-171.

- Velazco Orellana, Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Medicina familiar Rev. Med. IMSS México 1995 33:61-65.

- López S. S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 1995 33:317-320.

- Velazco Orellana, La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Medicina familiar Rev. Med. IMSS 1994 32:271-275.

- De La Revilla L. La disfunción familiar, Atención primaria Vol. 10 Num. 2 2 julio-agosto 1992. 582-583.

- Cardenas P. E. El sentido humanista y el sentido humano de la medicina. Vol. 07 Num. 01 Rev. Inst. Enf. Resp. Mex. Enero-marzo 1994.

- Chávez A. H. El médico familiar en la Atención primaria a la salud. Rev. Med. IMSS Vol. 33 Num. 2 marzo-abril 1995 pp 173-176.

- Aguirre Huacaja E. La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. Vol. 36 Num. 02 salud pública de México marzo-abril 1994 pp 210-213.
- Buitraco F. Editoriales. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. Atención primaria Vol. 19 Num. 01 enero 1997 pp 4-6
- Arenas M. L. Páginas de salud pública. Vol. 40 Num. 3 mayo-junio 1998 pp 306-316.
- Ramírez Sánchez, Teresita de J. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México; perspectiva de los usuarios. Salud pública de México Vol. 40 Num. 01 enero-febrero 1998 pp 3-12.
- Andalón P. S. Competencia clínica y conducta prescriptiva del médico familiar en infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años. Efecto de una estrategia educativa Rev. Med. IMSS 1997 35(4):295-302.
- Alcántara B. J. Infecciones Respiratorias en atención primaria. Atención primaria Vol. 18 suplemento 1, noviembre 1996 pp. 72-73.
- Onofre Muñoz, Javier Torres. Avances en los criterios diagnósticos terapéuticos en diarrea aguda. Vol. 128 Num. 05, septiembre-octubre 1992 pp 573-580.
- Guerrero R. J., Rodríguez M.M. Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud pública de México Vol. 40 Num. 04 mayo-agosto 1998 pp 345-349

7.- Ballesteros V.M., Cabrera P., Saucedo Tamayo S. M. Consumo de fibra dietética, sodio, potasio y calcio y su relación con la presión arterial en hombres adultos hipertensos. Salud pública de México Vol. 40 Num. 03 mayo-junio 1998 pp 241-247.

8.- Melchor Alpizar S., Alejandro S. Acciones anticipadas ante diabetes mellitus. Rev. Med. IMSS 1998 36(1) pp 3-5

9.- M. Gantz Nelson, Noskin Gary A. Infecciones complicadas de las vías urinarias 2. Atención médica noviembre 1997 pp 60-67

10.- Eugene D. Shapiro. Infecciones urinarias. The Pediatric Infect. Disease Journal Vol. 11 Num. 01 octubre 1992 pp 27-30

11.- Martínez Salgado H., Díaz Urdinavia. Alimentación sostenida durante diarrea aguda en niños menores de 5 años. Salud pública de México Vol 40 Num. 02 marzo-abril 1998 pp 141-149.

12.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiología Vol. 14 Num. 23 junio 1997.

13.- Dickinson Bannack M. A., Ponce Rosas E. R. Determinantes Sociales en la Adhesión y Adaptabilidad Familiar. Atención Primaria. vol. 21 número 5, 31 de marzo 1998. pág. 275-282.

14.- Chavez Aguilar V. Velazco Orellana R. Disfunciones Familiares del Subsistema Conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS (Méx. 1994; 32:39-43.

- Bellón Saameño J. A. Delgado Sánchez A. Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Atención Familiar Apgar-Familiar. Atención Primaria. Vol. 18 número 6 15 de octubre 1996. pág. 289-295

- Irigoyen Coria A. Modelo Sistemático de la Atención Medica Familiar. En: Irigoyen Coria A. editores. Fundamentos de Medicina Familiar. editorial Medicina Familiar Mexicana. 5ª edición. 1998. pág. 153-174.

- La Población de México. Boletín Médico Familiar. vol. 5 No. 1 enero-febrero 1998. Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina U.N.A.M. pág. 6.

- Güemez Sandoval C. Moreno Altamirano L., Rivas Blancas C., García de la Torre Panorama de Salud en México. Rev. de la Facultad de Medicina U.N.A.M. México 6 1989 pág. 294-297.

- Epi-1-95. Principales Causas de Morbilidad General. Servicios de Salud en Hidalgo. Departamento de Epidemiología. Jurisdicción Sanitaria No. 10 1998.

IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

FAMILIA: _____ CEDULA: _____

ESTADO CIVIL CASADOS () AÑOS DE UNION CONYUGAL _____
U. LIBRE ()

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDE AL 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 A MAS AÑOS DE EAD) _____

TOTAL _____

TIPO DE FAMILIA. MARQUE CON UNA (X)

DESARROLLO: MODERNA () DEMOGRAFÍA: URBANA ()

TRADICIONAL () SEMIURBANA ()

COMPOSICION: NUCLEAR ()

EXTENSA ()

COMPUESTA ()

INGRESOS: MENSUALES APROXIMADOS:

MENOS DE UN SALARIO MINIMO ()

DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS ()

3 O MAS SALARIOS MINIMOS ()

OCCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA: PADRE _____ MADRE _____

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR:

EXPANSION () DISPERSION ()

INDEPENDENCIA () RETIRO ()

OBSERVACIONES _____

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil:		
Soltero		
Casado		
Unión Libre		
Divorciado		
Viudo		
Años de unión conyugal:		
Escolaridad:		
Básica		
Media		
Media Superior o Técnica		
Superior	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edad del padre:		
Edad de la madre:		
Método de Planificación Familiar		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta 10 años de edad)		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)		
Número de hijos (de 24 o más años de edad)		

	No.	%
Occupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
2 o más salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Desarrollo:		
Moderno		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA

NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	GRUPO DE EDAD Y SEXO		0-4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-24 AÑOS		25-29 AÑOS		30-34 AÑOS		35-39 AÑOS		40-44 AÑOS		45-49 AÑOS		50-54 AÑOS		55-59 AÑOS		60-64 AÑOS		65-69 AÑOS		70 O MAS								
	1ERA VEZ	SUBSECUENTE	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M									