

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

142



**DIVISION DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"  
ISSSTE. TEPIC, NAYARIT.**

**MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR**

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

**PEDRO VILLA AGUILAR**



**TEPIC, NAYARIT, 1999.**

*Tepec*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR**

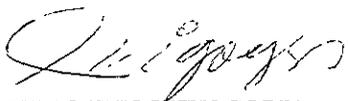
**PRESENTA:**

**PEDRO VILLA AGUILAR**

**AUTORIZACIONES**



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



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



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

## INDICE GENERAL

1. -Marco teórico.....	1
2. -Planteamiento del problema.....	7
3. -Justificación .....	8
4. - Objetivos .....	9
5. -Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos).....	11
6. -Metodología .....	12
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	
- Información a recolectar	
- Procedimiento para capturar la información	
- Consideraciones éticas	
7. -Resultados .....	16
-Descripción de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
8. -Discusión de resultados.....	28
9. -Conclusiones .....	31
10. -Referencias bibliográficas.....	33
11. -Anexos .....	35

## MARCO TEORICO

### MODELO SISTEMATICO ATENCION MEDICA FAMILIAR

#### ANTECEDENTES

Entre los pueblos primitivos sumergidos en el pensamiento mágico; el origen de las enfermedades se atribuían a sucesos sobrenaturales, recurriendo el médico a amuletos, exorcismos o bien al sacrificio de víctimas para agradar a los seres sobrenaturales.<sup>16</sup>

La atención médica ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud. En la antigua China el concepto del Yin y el Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias eran consideradas como base del equilibrio y grado de salud alcanzado.

Otro antecedente importante respecto a los intentos de instrumentar medicina integral se dio en la medicina Azteca, aspiraba a ser integral, contemplaba los aspectos preventivos, curativo, las labores asistenciales y la investigación; solo que atendía a la población de acuerdo a la clase social a la que pertenecía.<sup>3</sup>

No es sino hasta en la Gran Bretaña donde se asientan las bases de la medicina familiar con aproximadamente 100 años de lucha por encontrar un modelo de atención acorde a sus necesidades.<sup>25</sup>

En México se ha visto que la atención primaria a la salud es la estrategia más viable para elevar el nivel de salud de la población como elemento fundamental para prevenir y resolver los principales problemas de salud. La historia reciente de la importancia a la atención a la salud se encuentra inscrita en la carta magna de 1917 que

establece la educación gratuita, la creación de instituciones de seguridad social, los derechos de los trabajadores y la obligación de los patrones de proporcionarles vivienda.<sup>2,29</sup>

El avance científico ha provocado, sobre todo en las últimas décadas un desarrollo acelerado de los conocimientos en el área médica, que favoreció la aparición de las especialidades dentro de la medicina; esto aunado a las características epidemiológicas dentro de nuestro país, ha creado la necesidad de un personaje que pueda responder a la problemática de la atención, surgiendo así el especialista de medicina familiar. Para poder enfrentar ese reto, es necesario que cumpla las funciones básicas de atención integral a la salud.<sup>16</sup>

Así entre la salud, dolencia y enfermedad, la práctica general asume un papel primordial en el aseguramiento del trabajo armónico de un sistema de salud complejo y la satisfacción de necesidades, tanto de los compradores y proveedores de servicio.<sup>19</sup>

Es así como en la década de los 40's se fortalece la institucionalidad de la salud y la seguridad social de nuestro país con la creación de la Secretaría de Salubridad y asistencia, el IMSS. Institutos de salud y hospitales.<sup>26</sup>

Es en el IMSS donde se inicia el desarrollo de la medicina familiar en el año de 1954 con muy pobres logros; y es hasta 1971 cuando inician la especialidad con cargas de materias preventivas y sociales con la intención de brindar una atención integral.<sup>1</sup>

Finalmente es hasta el año de 1986 cuando se propone un modelo de abordaje integral de la familia.<sup>13,23</sup>

Particularmente en el estado de Nayarit, es hasta el año de 1995 en que se instaura por acuerdo de las autoridades UNAM-ISSSTE; cabe mencionar que anterior a este hecho, en la institución solo se prodigaba atención en medicina general con un manejo al libre albedrío.<sup>21</sup>

El ISSSTE por su parte en su intento por encontrar el modelo de atención a la salud familiar parte de 1979, iniciando los cursos de especialidad en marzo de 1981 con los mismos propósitos con los que encaminó los suyos el IMSS, con duración de tres años, con actividades teóricas, en unidades de atención médica de contacto primario.<sup>18</sup>

El médico familiar se define como el profesional que de la medicina que debe otorgar atención médica primaria, integral y continua con la participación del paciente y su familia, administrar los recursos y las actividades inherentes a la atención médica primaria.<sup>8</sup>

El origen de la familia es el origen del hombre, si aceptamos la teoría de Darwin acerca de la evolución de las especies, nuestros parientes más cercanos se agrupan en familias. La familia ha evolucionado con el hombre.<sup>9</sup>

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.<sup>12</sup>

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, la familia por su parte sigue un patrón similar: (fase de matrimonio, expansión, dispersión, independencia, de retiro y muerte), esquema propuesto por Geyman en 1980.<sup>11</sup>

En México de acuerdo a estudios actuales, el 95% de unidades domésticas están formadas por hogares familiares, el resto corresponde en la mayoría a personas que viven solas.

De los hogares familiares 68.4% son del tipo nuclear (parejas con hijos o sin ellos); 25.1% son extensos (parejas con o sin hijos y otros parientes) y un 1.1% son hogares compuestos, de aquí se desprende que los hogares nucleares conyugales y en menor medida los hogares extensos del mismo tipo constituyen las modalidades predominantes de la estructura familiar en México.<sup>22</sup>

La atención integral de las familias, incluyendo un manejo en la esfera psicológica es un asunto que interesa tanto a médicos familiares como a profesionales de la salud mental. En la actividad cotidiana del médico familiar es frecuente encontrar patología fuertemente asociada con las disfunciones familiares. El médico familiar está preparado para la orientación familiar y a su vez para referir.

El médico familiar está capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y de su familia. La atención primaria como responsable de la atención de sus pacientes y familias en forma total y permanente. La continuidad considerada como la quinta esencia de la medicina familiar da sustento a este modelo de atención: Es una responsabilidad inquebrantable de estar disponible por cualquier problema de salud hasta el final del evento independientemente del curso que este tome.<sup>10</sup>

Con relación a la demografía las proyecciones más optimistas señalan que la población de México ascenderá a 100 millones en el año 2000; aumentará el grupo de la tercera edad y los grupos etéreos adoptarán la configuración de barril. También se incrementará la migración rural urbana y la magnitud del empleo informal.<sup>28</sup>

Las naciones deben enfrentar una gran diversidad de retos para lograr que sus sistemas de salud satisfagan las necesidades de la población: Los habitantes de los países en vías de desarrollo siguen sufriendo de infecciones comunes, problemas de salud reproductiva y desnutrición, que mantienen la mortalidad infantil y materna en niveles inaceptablemente altos.

La transición epidemiológica que vive la República Mexicana está caracterizada por la yuxtaposición de los viejos con los nuevos problemas. De un lado están las enfermedades infecciosas y los problemas ligados con la reproducción que conforman el rezago epidemiológico. Del otro lado están las enfermedades no transmisibles y las

lesiones accidentales e intencionales que representan los problemas emergentes. Esto se refleja en las principales causas de muerte entre los Mexicanos.

De ahí que sea necesario dar a conocer al médico familiar, que vive la transición epidemiológica en su diario trabajo clínico.<sup>5</sup>

Las necesidades de salud en el individuo y la familia hacen indispensable la presencia del médico familiar, ya que su perfil profesional implica la realización de acciones para la preservación o restablecimiento de la salud, así como tareas de educación dirigidas a la comunidad y actividades de investigación, docencia y administración. El desarrollo de conceptos teóricos, metodológicos, técnicos e instrumentales en los que se sustenta este perfil profesional será posible en tanto que la práctica y sus formas de organización se transformen. En este proceso la investigación y la docencia constituyen una clave de desarrollo. Sin embargo es necesario investigar para avanzar en el conocimiento y para que el médico familiar pueda contar con elementos suficientes para dar respuesta a las necesidades de salud que le plantea la familia, tanto en el ámbito individual como a su conjunto mediante estrategias efectivas de prevención y el desarrollo de instrumentos y metodologías para el abordaje de la familia; en la práctica, a pesar de los presupuestos mínimos, el médico familiar puede llevarla a cabo con pocos recursos.<sup>7</sup>

El esquema actual de la atención médica familiar ha favorecido insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias, así como de los recursos que puedan ser implantados para mejorar el nivel de salud de las familias<sup>14</sup>

EL MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar? ¿Cómo identificar

las necesidades de atención a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?

Con base en esta premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar, requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios.

El MOSAMEF (Modelo sistemático de la Atención Médica Familiar) fue propuesto por primera vez por Irigoyen y Gómez, en 1995, como una estrategia para llevar a cabo la práctica de la medicina de primer contacto, como requisito indispensable para planificar los servicios de la atención a la salud, optimizar la prestación de servicios médicos, satisfacer las demandas de los usuarios y disminuir los costos de la atención médica.<sup>17</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Cuál es el diagnóstico de salud-enfermedad de la población atendida en el consultorio Número 12 de la Unidad de Medicina Familiar Dr. Joaquín Canovas Pouchades. En base a la identificación de las características del censo poblacional, de estructura familiar, la demanda de atención a la salud y el ciclo vital de las familias adscritas durante el período comprendido de julio de 1997 a junio de 1998.

## JUSTIFICACION

El nacimiento de la Medicina Familiar Junto al perfil del profesional que esta necesita, de acuerdo a la configuración cambiante del mapa Epidemiológico de nuestro país, hace necesario Un modelo de atención primaria a la salud, Adecuada al momento y que sea perfectible Por esta misma razón.

La familia es el centro de atención del médico Familiar, por lo tanto es importante conocerla Desde el punto de vista de su estructura, de su tipología y conocer su ciclo vital, para identificar las necesidades de atención a la salud de las familias y llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar.

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las características demográficas, De estructura familiar, ciclo vital y establecer el diagnóstico de salud-enfermedad de la población adscrita al consultorio número 12 De la Unidad de Medicina Familiar Dr. Joaquín Cánovas Pouchades.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. - Identificar los grupos etáreos mas frecuentes
2. - Identificar el sexo predominante de cada grupo etáreo
3. - Identificar los 10 motivos de consulta principales responsables de mayor consulta.
4. - Identificar los tipos y estructuras familiares de la población adscrita a la Unidad.
5. - Identificar la fase del ciclo vital de los núcleos familiares.

## METODOLOGÍA

### TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal, prospectivo, observacional y abierto.

### POBLACIÓN, LUGAR, TIEMPO.

Población adscrita al consultorio número 12 de la U.M.F. "Dr. J.C.P." Clínica 180300,

ISSSTE; Tepic, Nayarit. Período de junio de 1997 a Julio de 1998.

### TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA.

La pirámide poblacional se realizó por medio de conteo de tarjetas de afiliación asignadas al consultorio número 12 de la U.M.F. "Dr J.C.P."

Las principales causas de consulta se captaron de acuerdo al informe diario de labores del médico, formato SM-10-1, en el tiempo comprendido de junio de 1997 a julio de 1998.

La estructura, características sociodemográficas y ciclo vital familiar se hizo por muestreo aleatorio de 543 núcleos familiares.

GRUPO DE ESTUDIO: Núcleos familiares adscritos al consultorio número 12 de la U.M.F. "Dr J.C.P."

GRUPO CONTROL: No existe

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

### **Criterios de inclusión:**

- Ser derechohabiente del ISSSTE. De la U.M.F. "Dr J.C.P."
- Asignados al consultorio número 12.
- Que acepten contestar la encuesta en forma completa.

### **Criterios de exclusión:**

No ser derechohabiente del ISSSTE.

Sin núcleo familiar

Muerte

## INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION)

Para El censo poblacional: Las variables son de tipo cuantitativo y cualitativo identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso, se consideran las siguientes variables:

Número total de individuos

Número total de individuos de sexo masculino

Número total de individuos del sexo femenino.

Número total de individuos del sexo masculino por grupos etáreos.

Número total de individuos del sexo femenino o por grupos etáreos.

Los grupos etáreos se establecen en una amplitud de clase de < de un año, 1-4 años, 5-14 años, 15-19 años, 20-44 años, 45-64 años y de 65 años y más.

Para el estudio de morbilidad, se consideran variables de tipo cualitativo en escala Nominal, y a los cuales corresponden:

Las diez principales causas de consulta

Para el estudio sociodemográfico y de familia las variables son fundamentalmente cualitativas en escala Nominal y se identifican:

Nombre de la familia

Años de unión conyugal

Escolaridad

Edad del padre

Edad de la madre

Número de hijos menores de un año de edad

Número de hijos de 1 a 4 años de edad

Número de hijos de 5 a 14 años de edad

Número de hijos de 15 a 19 años de edad

Número de hijos de 20 años o más.

Ingreso económico

Tipo de familia

Etapas del ciclo vital familiar

## **METODO Y PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

se realizará censo poblacional, estudio de morbilidad y Sociodemográfico.

### **Censo poblacional.**

La cifra de la población existente en el consultorio número 12 de la U: M.F: "Dr. J: C: P:", se obtendrá por medio del conteo de las tarjetas de afiliación obtenida en vigencia de derechos.

También la identificación del sexo del derechohabiente y la edad del mismo a intervalos de < De un año de edad, de 1-4 años de edad, de 5 -14 años edad, de 15-19 años edad, de 20 a 44 años de edad y de 65 años de edad y más. Se obtendrá el número de familias por medio de la detección de grupos conformados por una misma clave de adscripción

### **Estudio Sociodemográfico**

Las diez principales causas de consulta se obtendrán a través de la revisión y registro de los informes diarios de labores del médico, (SM-10-1) en forma manual a través del paloteo durante el período de junio de 1997 a julio de 1998.

### **Estudio de comunidad.**

Este proceso se llevará a cabo por medio de la aplicación del test denominado "Identificación Familiar", (Irigoyen-Coria), que contiene las variables a estudiar, se aplicará por médico investigador y contestado por padre o madre de familia.

### **Consideraciones éticas**

Los informes y resultados se harán con el consentimiento de los entrevistados; manejados confidencialmente y no presentan riesgos para la salud.

## RESULTADOS

Se obtuvieron un número de 8341 registros de las tarjetas de afiliación, asignados al consultorio número 12; 4669 (55.9%) mujeres y 3672 (44.02%) hombres.

El grupo de edad más numeroso correspondió al ubicado en el rango de 20 a 44 años de edad seguido del de 5 a 14 años. Tabla I y gráfica I. Se detectaron 2188 familias.

El registro de consultas en el informe diario del médico aportó 6523 consultas Médicas de junio de 1997 a julio de 1998. (dos turnos).

Las causas de consulta médica más frecuentes se reportan en la grafica 2 y 3.

Las 10 principales causas de consulta fueron en orden descendente: Infección de vías respiratorias agudas en un 42.48%, enfermedades crónico degenerativas en un 10.43%, parasitosis intestinal en un 6.23%, colitis en un 5.02%, gastritis un 4.66% le siguieron, control prenatal, gastroenteritis, micosis superficiales, infección de vías urinarias, control del niño sano y otras.

Para las entrevistas a la muestra del universo de familias que corresponden a 543, se les aplicó el test denominado "Identificación Familiar", que fueron contestados por la madre en un 71% de los casos y el 29% por el padre, lográndose identificar las características En cuanto a los resultados en relación con la tipología familiar se observaron las siguientes características:

Las familias por su desarrollo: 298 (54%) son modernas y 255(46%) son tradicionales.

Por su demografía todas las familias encuestadas pertenecen a la familia urbana Con relación a la composición fueron 423 (78%) familias nucleares, 109 (20%) familias extensas y 11(2%) pertenecían a familias extensas compuestas.

Las familias por su ocupación 310 (57%) pertenecen a profesionales; 227(42%) a familias obreras y 5 (1%) a familias campesinas.

Las familias por su integración tenemos 478 (88%) que pertenecen a familias integradas, 44(8%) son semiintegradas y 21(4%) son desintegradas.

Por su ciclo vital las familias en la muestra estudiada de 543 de la totalidad, 39(7.1%) se encontraban en fase de matrimonio, 148(27.2) en fase de expansión, 244(44.9%), en fase de dispersión, 76(13.9%) en fase de independencia y 36(6.6%) en fase de retiro o muerte. TABLA 4. :

El estado civil de las parejas registró (473)87.1% de casados, 34 (6.2%) madres solteras (16) 2.9% en estado de viudez (11)2.02% en unión libre y 1.1%(6) de divorciados.

En los años de unión conyugal se registró desde uno a 79 años de casados, promediando 15.5 años con una amplitud de clase de 16 a 79 y 15 a 88 respectivamente.

La edad de los padres referida fue entre los 19 y 73 años de edad en el padre y de 15 a 74 años de edad en la madre; la edad promedio fue de 43.2 y de 38.3 años respectivamente.

Dentro de la información obtenida de las familias encuestadas, el número de hijos del sexo masculino fueron 818 y 916 del sexo femenino. TABLA II.

El número de hijos por familia fue desde 0 a 9 hijos con un promedio de 3.1 hijos. Fueron nueve familias sin hijos. TABLA III.

En las familias estudiadas se obtuvo los ingresos económicos promedios medidos en salarios mínimos en las cuales se observó que no existe ninguna con menos de un salario; con 1 a dos salarios fueron 206( 37.9%) familias y la gran mayoría con tres o más salarios en número de 337(56.5%)

La escolaridad encontrada de los padres encuestados fue del 2.02% sin instrucción, 17.8% con instrucción primaria, 22.8% con secundaria, 13.9% con nivel

medio superior y 42.9% con nivel profesional; las madres reportaron un 1% sin instrucción, 18.4% con instrucción primaria, 32.9% con secundaria, 20.9% instrucción media superior y 27.07% en nivel profesional.

TABLA I

POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO ASIGNADAS AL CONSULTORIO No 12						
GRUPO DE EDAD.	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
< 1AÑO	23	0.275	30	0.35	53	0.635
1-4 AÑOS	235	2.81	241	2.88	476	5.70
5-14 AÑOS	813	9.74	827	9.91	1640	19.66
15-19AÑOS	452	5.41	390	4.67	842	10.09
20-44 AÑOS	1051	12.60	1693	20.29	2744	32.81
45-64 AÑOS	609	7.3	886	10.62	1495	17.92
65 O MAS	489	5.86	602	7.21	1091	13.07
TOTAL.	33672	43.99%	4669	55.93%	8341	99.88%

FUENTE: ARCHIVO DE VIGENCIA DE DERECHOS

TABLA II.

NUMERO DE HIJOS POR EDAD Y SEXO EN LAS FAMILIAS ESTUDIADAS			
EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-10 AÑOS	280	328	608
11-19 AÑOS	272	302	574
20 O MAS	266	286	552
TOTAL	818	916	1734

FUENTE: ARCHIVO DE VIGENCIA DE DERECHOS.

TABLA III

NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA	
No DE HIJOS	FAMILIAS
0	10
1	123
2	384
3	388
4	420
5	195
6	76
7	25
8	78
9	44

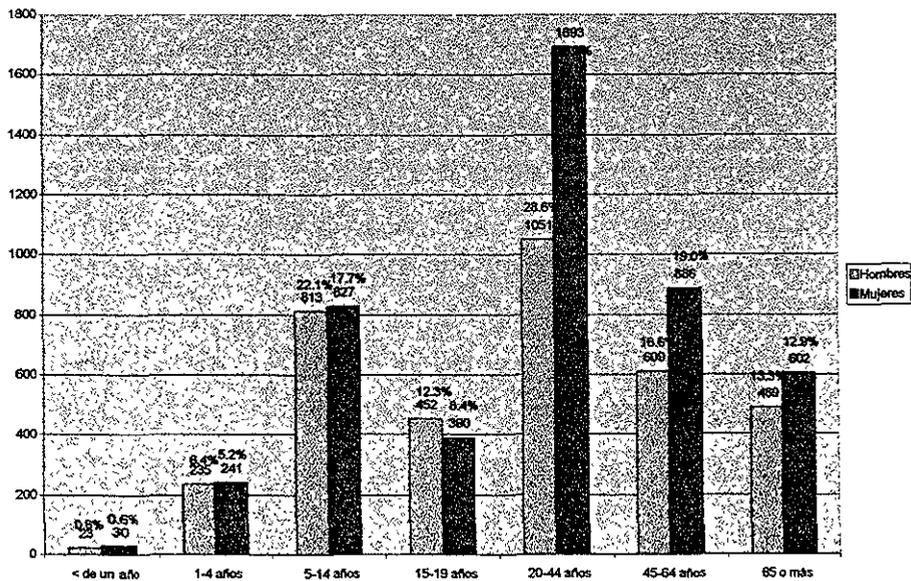
FUENTE : VIGENCIA DE DERECHOS

TABLA 4

ESTRUCTURA FAMILIAR														
POR SU DESARROLLO			POR SU DEMOGRAFIA			POR SU COMPOSICION			POR SU PROFESION			POR SU INTEGRACION		
MODERNA	298	54%	URBANA	543	100%	NUCLEAR	423	78%	PROFESIONAL	310	57%	INTEGRADA	478	88%
TRADICIONAL	255	46%	SEMIURBANA			EXTENSA	109	20%	OBRAERA	228	42%	SEMIINTEGRADA	44	8%
ARCAICA O PRIMITIVA			RURAL			EXTENSA COMPUESTA	11	2%	CAMPESINA	5	1%	DESINTEGRADA	21	4%
TOTALES	543	100%		543	100%		543	100%		543	100%		543	100%

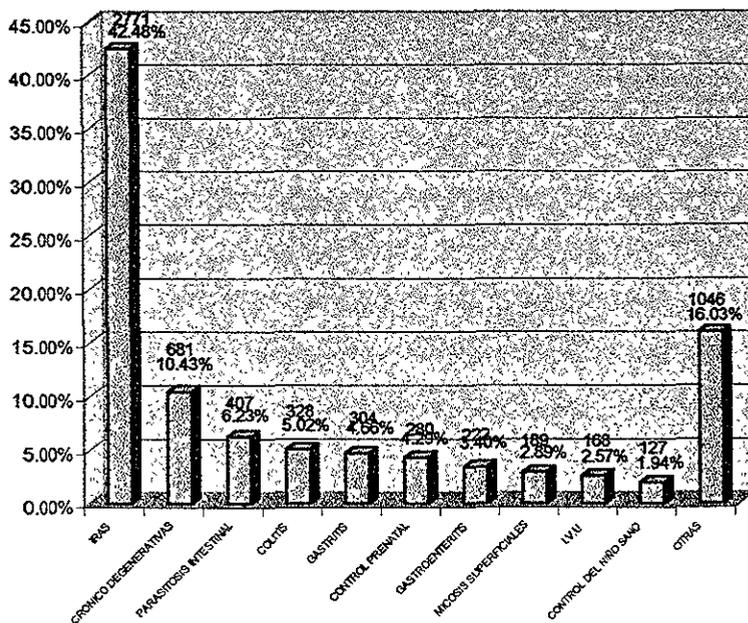
FUENTE. VIGENCIA DE DERECHOS.

**GRAFICA 1 PIRAMIDE POBLACIONALPOR GRUPO DE EDAD Y SEXO ASIGNADAS  
AL CONSULTORIO NUMERO 12 DE LA U.M.F. "DR. J.C.P**



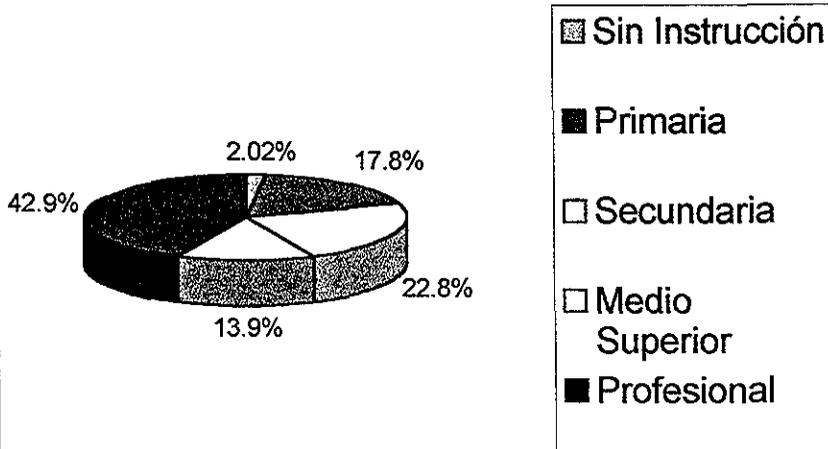
FUENTE: ARCHIVO DE VIGENCIA DE DERECHOS

**GRÁFICA 2**  
**MOTIVOS DE CONSULTA POR FRECUENCIA, POBLACIÓN ADSCRITA AL**  
**CONSULTORIO No. 12 DE LA U.M.F. "DR. J.C.P." ISSSTE, TEPIC, NAYARIT**



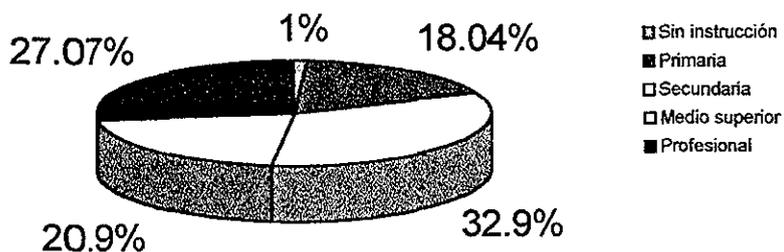
FUENTE : HOJA DE ACTIVIDADES DIARIA DEL MEDICO.

### GRAFICA 3 GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PADRES ENCUESTADOS (PADRE)



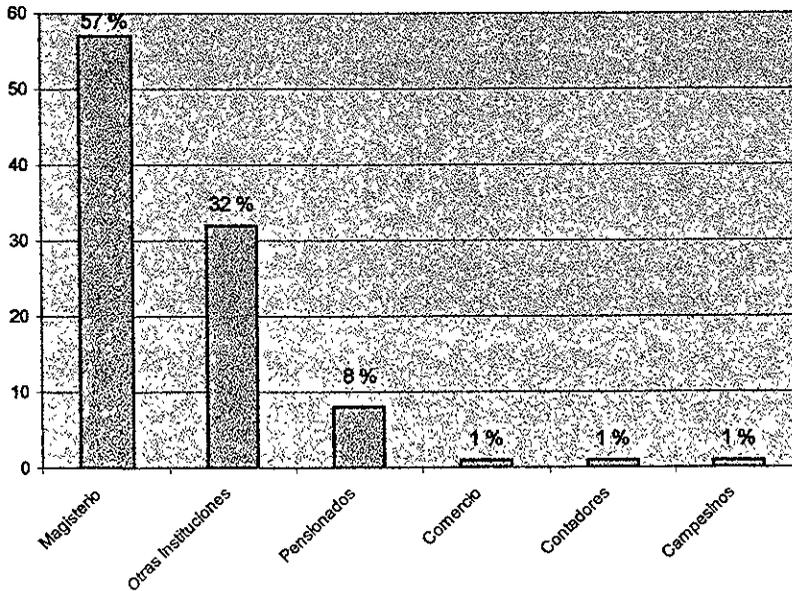
FUENTE: TEST DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

### GRÁFICA 4 GRADO DE ESCOLARIDAD EN LOS PADRES ENCUESTADOS (MADRE)



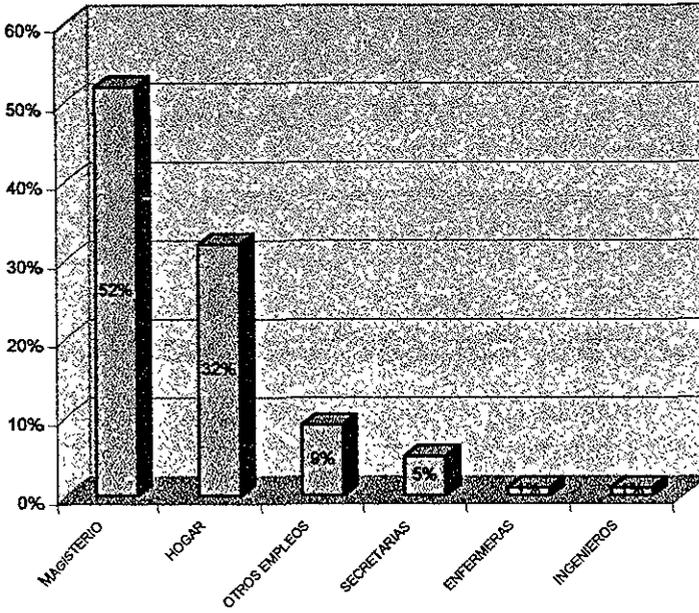
FUENTE: TEST DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

**GRÁFICA 5**  
**DISTRIBUCIÓN OCUPACIONAL DEL SUBSISTEMA PARENTAL DE LA**  
**POBLACIÓN ADSCRITA AL CONSULTORIO No. DE LA U.M.F. "DR. J.C.P."**  
**ISSSTE TEPIC, NAYARIT (PADRE)**



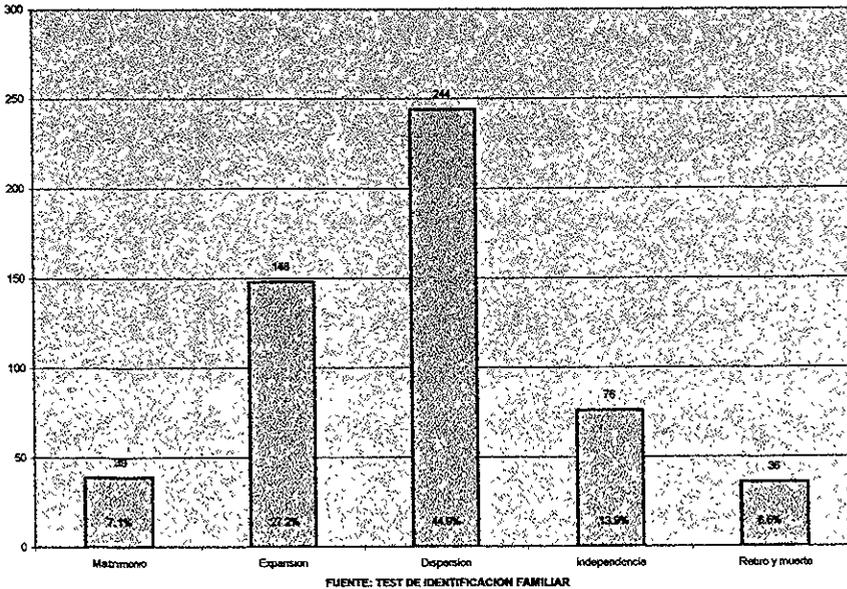
FUENTE: TEST DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

**GRÁFICA 6**  
**DISTRIBUCIÓN OCUPACIONAL DEL SUBSISTEMA PARENTAL POBLACIÓN**  
**ADSCRITA AL CONSULTORIO No. 12 DE LA U.M.F. "DR. J.C.P." ISSSTE TEPIC,**  
**NAYARIT. (MADRE)**



**FUENTE: TEST DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**GRAFICA 7 ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR (GEYMAN). POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO NUMERO 12 DE LA U.M.F. "DR J.C.P."ISSSTE, TEPIC, NAYARIT.**



## DISCUSIÓN

La población censada en el consultorio número 12 es en su gran mayoría población netamente urbana, muestra una pirámide poblacional con estructura de base amplia con una población muy importante de los 5 a los 14 años y de los 45 a 64 años; Es la población del grupo etáreo de los 20 a 44 años la que representa mas del 60% de nuestro estudio y que se encuentra en la edad reproductiva; al igual que en las estadísticas nacionales asentada en diversos artículos, esto nos hace suponer como médicos familiares que una educación temprana para los niños y niñas; el hombre y la mujer favorece el conocimiento de su cuerpo y su sexualidad como componente del desarrollo humano y autoestima. Además, les apunta hacia los hábitos saludables y el autocuidado de la salud. Puesto que sabemos que la mortalidad materna afecta sobre todo a mujeres de escasos recursos, desposeídas y analfabetas.<sup>4</sup>

En la muestra estudiada la mayor parte de la población predominante se encuentra en edad económicamente activa, conformada en su mayoría por familias nucleares, modernas, integradas, siendo baja la distribución de uniones no legalizadas y pocas familias con desintegración familiar, en donde sobresale la participación activa de la mujer en la vida económica, observando una transición en las relaciones en los diferentes aspectos de la dinámica familiar, asimismo se observa la contribución económica importante de la mujer hacia el núcleo familiar, ya que la mayoría de las familias trabajan ambos y pertenecen al gremio del magisterio<sup>21</sup> lo que redundará en mejores oportunidades en el terreno educativo y en general en las funciones básicas de la familia como salud reproductiva, afecto, status, alimentación.<sup>15</sup>

En nuestro estudio se observa que las enfermedades infecciosas y parasitarias persisten dentro de las primeras 10 causas de consulta que ocurre en la consulta diaria y que son además principales causas de muerte en el mundo como lo demuestran muchos

artículos al respecto; el factor educativo es importante implementarlo por el médico familiar hacia la comunidad.<sup>6</sup> en cuanto a las enfermedades crónico degenerativas se notan como principales motivos de consulta y que concuerda con el panorama epidemiológico actual en México en que los procesos infecciosos comparten con los procesos crónico degenerativos las listas en los primeros lugares como lo demuestran algunos estudios realizados en México y Latinoamérica.<sup>24</sup> El aumento del grupo de la tercera edad hace que los grupos etáreos vayan paulatinamente aumentando en número y al mismo tiempo las estadísticas adoptando la configuración de barril<sup>28</sup>, esto es de llamar la atención hacia las enfermedades de este tipo y simultáneamente necesaria mayor atención hacia este grupo de edad y la creación de grupos de apoyo se hace muy necesaria dentro de este grupo de enfermedades en donde el profesional de la medicina familiar actuará como facilitador del grupo y como coordinador con otras especialidades que avance en el remodelamiento de la actitud de los enfermos y se logre por lo tanto un mejor manejo de la misma.<sup>20</sup> De la misma manera se nota un incremento en el control prenatal y el control del niño sano, que representan retos en educación para la salud reproductiva y materno infantil, promoción de la planificación familiar, promoción de la salud materno-infantil, vigilancia y crecimiento del niño menor de 5 años, diversos estudios así lo demuestran.<sup>22</sup>

Al realizar la clasificación de 543 familias según el ciclo vital familiar se encontraron estas: En fase de matrimonio un 7 por ciento. En fase de expansión y en fase de dispersión se encontró la gran mayoría, lo que habla que nuestra población estudiada se encuentra en la edad reproductiva y económicamente activa pero también se intuye el mayor número de personas dependientes económicamente, lo que supone estrecheces respecto al poder adquisitivo de los salarios, perpetuado por las constantes crisis económicas que ha atravesado el país y que explica la persistencia de la

prevalencia de las enfermedades parasitarias e infecciosas, si tomamos en cuenta que el salario mensual por familia es de dos a tres salarios mínimos. En fase de independencia un 13 por ciento y un 6 por ciento en fase de retiro. Esto permite al médico familiar estudiar a la familia en las distintas fases del ciclo vital y le permite planear estrategias de prevención y promoción a la salud.<sup>3</sup>

El grado de escolaridad de los padres es en la mayoría de medio superior a profesional, siendo aún mayor el grado de instrucción por parte del género masculino en cuanto al grado medio superior y profesional y muy similar en los grados menores académicos en donde recaen mas las responsabilidades domésticas y formativas de los hijos predominantemente en la mujer.

Así pues, el saber las características sociodemográficas de una población determinada, su morbilidad, estructura familiar, ciclo vital de familias, mediante un modelo de atención como el MOSAMEF, así como el entender el perfil del médico familiar, permite ofrecer servicios en forma integral continua de la familia y de forma total y permanente con un enfoque de riesgo para la detección temprana y anticipatoria al daño<sup>10</sup>. abre un sinfín de posibilidades hacia la investigación en materia de la atención primaria a la salud que permitan la administración eficiente de recursos para una reorientación adecuada de acuerdo a la oferta y demanda de servicios de salud.

## CONCLUSIONES

En el campo de la atención primaria a la salud, las actividades que el médico Familiar debe realizar requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que atiende.

El MOSAMEF ( Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar) precisamente es una propuesta que favorece el conocimiento de las necesidades de atención de salud de las familias cautivas, para llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar. Por esta razón es impostergable el momento para seguir priorizando la difusión intensiva y a todos los rincones del país, así como a las universidades que forman los futuros médicos generales y familiares con el fin de unificar criterios, acrecentar nuestro acervo en torno a nuestro universo de familias que redunde en beneficio de las mismas; para poder ofrecer servicios médicos en forma integral y continua, enfocada a la detección temprana y anticipatoria al riesgo. El llevar a la práctica el MOSAMEF logrará una mejor adecuación de los recursos financieros basándose en las necesidades de las familias. Una reorientación de los servicios periódicamente se justifica mediante este modelo que permite visualizar hacia donde hacerlo.

El médico familiar tiene la obligación como profesional con un perfil sustentado en la historia de la medicina y en su evolución a involucrarse en el conocimiento pleno de las características de la población que atiende, las patologías que con mayor frecuencia inciden en la misma y por supuesto conocer la estructura del núcleo familiar , porque a partir de esto tendrá las bases para hacer medicina integral, continua y anticipatoria al riesgo, a través de la promoción y prevención de la salud, el conocimiento de la demanda de servicios de las familias cautivas le permitirá ser un

administrador optimizando los recursos en existencia. Implementar educación continua con la participación activa de las familias, higiénico sanitarias o grupos de apoyo dependiendo de las metas u objetivos que se planteen, detectar a aquellas familias con factores de riesgo y dar continuidad en la atención cuando encuentren en estado de bienestar integral, a través de la promoción de la salud y autocuidado, implementando clubes, sesiones individuales o colectivas que vayan educando a las familias en lo concerniente a salud-enfermedad, que a la postre nos obligue a todo el personal de salud a una capacitación continua dentro del área que compete a cada cual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ceitlin J. ¿Qué es la medicina familiar? Cap 1, FEPAFEM/ KELLOG, 1982.
- 2.- Chávez A. El médico familiar en la atención primaria a la salud, Rev Med(Mex) 1995; 33:173-176.
- 3.-Chávez A, García J A, La atención integral en la medicina familiar, Rev Med IMSS (Mex) 1995; 33:168.
- 4.- Editorial.Historia de la Maternidad Segura Información Mundial, Bol.Med.Fam.1998: 5(2)
- 5.-Editorial. La mortalidad en México.Bol.Med.Fam.1998; 5:1.
- 6.- Enfermedades emergentes: Una amenaza para la humanidad. Bol. Med Fam.1997;4(4):12-13.
- 7.- García P.M, Anzures C, Villa S y cols. Panorama de la investigación en medicina familiar Rev Med IMSS(Mex); 33:497-500.
- 8.- Gómez I, Desarrollo profesional del médico familiar. Un punto de vista. Rev.med.IMSS 1994;32:45-46.
- 9.- Gutiérrez C, II Diplomado en medicina familiar, aspectos relevantes de la familia. EN Dinámica familiar, 1996: 2-3
- 10.- Irigoyen Coria A, Gómez, Fernández M y cols. Orientación familiar o terapia de familias, disyuntiva del médico familiar. Boletín medico familiar1998; 5:20-22.
- 11.- Irigoyen C A, Fernández O M, Manzón R J, Reyes P J, Montaña C, Fundamentos de medicina familiar. EN: La familia. Editorial medicina familiar mexicana. 1995: 25.
- 12.- Irigoyen CA, Gómez C F, Buendía P J, Mazón R J, Fernández O M, Amezcua A R. Fundamentos de medicina familiar. EN: Ciclo vital de la familia. Editorial medicina familiar mexicana. 1995: 1-7
- 13.- Irigoyen C A, Hernández R C, Melchor G M, Manzon R J, A cuarenta años de la propuesta de atención médica familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Rev Med IMSS (Mex) 1993; 31:290
- 14.-Irigoyen-Coria, Morales-López, MOSAMEF Bases Conceptuales, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2000:p.31-35.
- 15.-Irigoyen Cona, Romero-Vázquez R, Medina Nava M. Clasificación de familias, prioridad a investigar en medicina familiar. Rev Med IMSS Mex 1991;29:365-368

- 16.- López SS, Actuación, El especialista en medicina familiar en la sociedad actual, Rev Med IMSS (Mex) 1995; 33: 317-318.
- 17.-Medina-Carrillo, Lomeli-Guerrero, Irigoyen-Coria A. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: Estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit. México. Arch.Med.Fam.2000; 2 (2) 29-35.
- 18.-Narro-Robles J. Medicina familiar, conceptos generales. Mecanograma didáctico. Departamento de Medicina Familiar, UNAM, México.
- 19.-O. Frede. La investigación en la práctica médica. BMJ Latinoamérica 1998; (6): 152-153.
- 20.-Rodríguez Y.-Agudelo, Díaz C -Olavarrieta, García C-Ramírez. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos, Gac.Med.Mex 1994; vol.131(3): 329-333.
- 21.- Sánchez T, Diagnóstico de salud, consultorio número 12, Clínica de medicina familiar Dr. Joaquín Cánovas Puchades: 1995: 5-7.
- 22.- Saucedo G J, Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev Med IMSS (Mex) 1995; 33: 249-250.
- 23.-Sepúlveda G B, Méndez H L, Programa para la implantación del nuevo programa sistema médico familiar, Rev Med IMSS 1993; 31 (5-6): 407-410.
- 24.- Simposio El Impacto De La Salud Pública en México.Bol.Med: Fam.1997:11.
- 25.-Taylor R, BuckinhanJ, Jonson T, Scherger J; Medicina de familia principios y práctica, 3ª edición 1974:21-29.
- 26.-T: G.M. Norberto. Los retos actuales de la atención a la salud y la enfermedad, GACETA MEDICA DE MÉXICO, 1994; 130(5): 320-322.
- 27.-Treviño N. Atención a la salud,... GACETA MEDICA DE MÉXICO, 1994; VOL.130(5): 322-323.
- 28.-Treviño N, Valle A, La función político social de la medicina. Historia reciente: GACETA MEDICA DE MÉXICO 1994 Vol.130(3): 111-113.
- 29.-Treviño TG. Los retos actuales de la atención a la salud y la enfermedad. GACETA MEDICA DE MÉXICO.1994; 130; 320.



## ANEXO 2

### INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

1. - Familia: Denominación de la familia por medio del primer apellido el padre y de la madre.  
  
Cedula: Se anota clave de afiliación al ISSSTE, con sus letras y números.  
  
Estado civil: Se anota de acuerdo al caso:  
  
Casado, soltero, unión libre, divorciado y viudo.
2. - Años de unión conyugal: Anotar el número de años transcurridos desde la unión como pareja.  
  
Escolaridad: Anotar grado de estudios alcanzados: Analfabeta, primaria, secundaria, medio superior y profesional. Tanto en el padre como en la madre.
3. - Edad: Anotar el número de años cumplidos desde el nacimiento en el padre y en la madre.
4. - Número de hijos: Marcar la cifra de hijos menores de 1 año, de 1-4 de 5-14 de 15-19 y de 20 o más; del sexo masculino y femenino.
5. - Ocupación de los padres: Anotar el trabajo o actividad sobresaliente del padre y de la madre al momento del estudio.
6. - Ingreso Económico: Se anotará la cantidad mensual de acuerdo al ingreso de menos de un salario mínimo, de uno a dos salarios mínimos y de tres o mas salarios mínimos. Tomando en consideración que el salario mínimo en esta área geográfica es de 33 pesos.

7. - Tipo de familia: Este apartado será marcado colocando una "X" en el paréntesis correspondiente de acuerdo a lo siguiente:

a) Moderna: Si la madre trabaja fuera del hogar igual que el padre.

Tradicional: Si el padre es el único que trabaja.

Arcaica: Si el sostenimiento del hogar se produce exclusivamente de la tierra que laboran.

b) Urbana o rural: Marcar de acuerdo a la característica dada por la zona de residencia.

c) Nuclear: Si el hogar esta compuesto únicamente por padres e hijos.

Extensa: Si el hogar lo comparten padres, hijos, abuelos u otros consanguíneos.

Extensa Compuesta: Si el hogar además de los anterior también lo comparten amigos, compadres u otros consanguíneos.

d) Campesina: Si hay ocupaciones agrícolas y relacionadas.

Obrera: Si hay ocupación en esta forma laboral.

Profesional: Si existen actividades relacionadas con alguna profesión.

e) Integrada: Si los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: Si los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Si falta uno de los cónyuges por muerte, divorcio o separación.

8 - Etapa del ciclo vital: Será marcado el paréntesis correspondiente con un "X" de acuerdo con la etapa al momento del estudio; tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

I.- Matrimonio: Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo esta etapa con la llegada del primer hijo.

II.- Expansión: Si la familia se encuentra en crecimiento, debido al nacimiento de hijos.

III.- Dispersión: Si la familia se encuentra en la etapa de que los hijos asisten a la escuela y ninguno se encuentra trabajando.

IV.- Independencia: Cuando la pareja vive sola los hijos han formado nuevas familias.

V.- Retiro y muerte: En esta etapa existen características como incapacidad para laborar, desempleo, sin recursos económicos o residencia en asilos.

9. - Informante: En este apartado anotar la persona que proporcionó los datos antes señalados, marcando una "X" ya sea el padre o la madre.

10. - Observaciones: En este espacio anotar cualquier dato relacionado con la escuela o algunas aclaraciones sobre las variables estudiadas.





Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Subdirección General Médico

Informe Diario de Labores del Médico

03 | 105 | 100

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Eje 233
Nombre del Substituto	Firma	Clave	Causa			

Num Pto	Nombre	Especialidad	SEXO Y EDAD		1a vez	2da vez	3ra vez	4ta vez	SOLICITUD A			Firma del Médico	Firma del Substituto	Localidad y Eje 233
			M	F					1a vez	2da vez	3ra vez			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														