

11226
60



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

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MORELOS ISSSTE
DELEGACIÓN ORIENTE D.F

"Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar
en la Unidad de Medicina Familiar Morelos ISSSTE"

I. S. S. S. T. E.
SUBDELEGACION MEDICA
ZONA ORIENTE
CLINICA MORELOS

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

Dr. Dionicio Olvera Portugal



México D.F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003

A



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.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

**“Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar
en la Unidad de Medicina Familiar Morelos ISSSTE”**

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

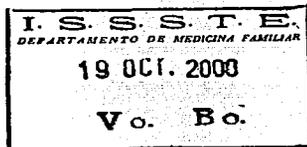
Dr. Dionicio Olvera Portugal

Dr. Gerardo A. Brambila B.
Prof. Titular del Curso de Especialización en Medicina
Familiar para Médicos Generales del ISSSTE
Sede: Clínica Morelos

AUTORIZACIONES:



DRA. SUSANA TREJO RUIZ
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



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

B

**TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN**

**"Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar
en la Unidad de Medicina Familiar Morelos ISSSTE"**

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar.

**Presenta:
Dr. Dionicio Olvera Portugal**

AUTORIZACIONES:



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



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



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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

C

DEDICATORIAS

A mis padres Fausto y Regina
quienes me enseñaron
El camino y me apoyaron
siempre para seguir caminando
y a quienes debo lo que soy

A mis hijas Cecilia, Diana y
Fabiola Gricel quienes han sido
son y serán el motor de mi vida
y a quienes debo lo mejor de mi vida.

A mi esposa Juanita Suaste
por todo el apoyo y paciencia
en el proceso de elaboración
de este logro y a quien debo
el amor y comprensión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeras Lupita Coss,
Martha Lemus, Betilde Acosta y
Rosa Inés García por todo el
trabajo estadístico para
la elaboración de este logro.

A Martín Suaste por la elaboración
y gráficas del presente trabajo.

Muy en especial a la Dra Susana Trejo Ruiz
quien sin su ayuda, orientación y sapiencia
jamás hubiera logrado terminar esta obra.
Sinceramente : Muchas Gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

In memoriam

A la Dra. María del Rocío Noriega Garibay

¡Brillante sea el lugar de tu alma!
Ningún espíritu más encantador que el tuyo,
nunca liberóse de su mortal sujeción,
para lucir en las órbitas de los bienaventurados.
En la tierra lo eras todo, salvo divino,
y tu alma eternamente será
y nuestro dolor no cesará de lamentarse
cuando sepamos que tu Dios está contigo.

Lord Byron

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

...por eso, ya al influjo de azote o de regalo
nada en el fondo extingue mi tenaz optimismo.

Amado Nervo.

...quién no desea nada, dondequiera está bien.

Amado Nervo.

El placer de ser rebaño
es más antiguo que el placer de ser un yo
y mientras la buena conciencia se llame rebaño,
la mala conciencia es la que dice : yo

Friederich Nietzsche

El más odiado de todos es el que vuela.

Friederich Nietzsche.

Pues me encontraba
...por tantas dudas y errores
que me parecía no haber conseguido,
tratando de instruirme,
otro provecho que el de descubrir
más profundamente mi ignorancia.

René Descartes

...ni nuestra imaginación
ni nuestros sentidos nos asegurarían
jamás de cosa alguna
sino nuestro entendimiento
no interviniese en ello.

René Descartes

**“MODELO SISTEMATICO DE ATENCION
MEDICA FAMILIAR”**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

- 1 **Título**
- 2 **Indice General**
- 3 **Marco teórico (Marco de referencia o antecedentes)**
- 4 **Planteamiento del problema**
- 5 **Justificación**
- 6 **Objetivos**
 - General
 - Específicos
- 7 **Metodología**
 - Tipo de estudio
 - Población, Lugar y Tiempo de estudio
 - Tipo de muestra y tamaño de la muestra
 - Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación
 - Información a recolectar. Variables a recolectar
 - Método o procedimiento para captar la información
 - Consideraciones éticas.
- 8 **Resultados**
 - Descripción de los resultados
 - Tablas (cuadros) y gráficas
- 9 **Discusión de los resultados encontrados**
- 10 **Conclusiones**
- 11 **Referencias bibliográficas**
- 12 **Anexos**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO

Historia de la Familia

Por todos es conocida la revolución en el pensamiento humano que produjo la publicación del libro de Darwin sobre el origen de la especie por medio de la selección natural o la preservación de razas favorecidas en la lucha por la sobrevivencia, publicada en 1859. Hacia 1877 Morgan influenciado por Darwin nos presenta su obra fundamental *La Sociedad Antigua*, de la que Federico Engels trata de explicar el origen de la institución familiar.(1)

La familia evidencia ser el sistema central para el hombre: las principales identificaciones, los más importantes valores y objetivos del hombre, su adaptación social remiten a lo que sucedió y sucede en su familia. (2).

El factor decisivo en la historia de la humanidad es la producción y la reproducción de la vida inmediata, esta producción y reproducción es de dos clases, de una parte la producción de medios de existencia y por otra la producción del hombre mismo (la continuación de la especie). El orden social en que viven los hombres en una época o en un país dado está condicionado por esas dos especies de producción por el grado de desarrollo del trabajo, de una parte y de la familia, de la otra.

La historia primitiva nos revela un estado de cosas en que los hombres practican la poligamia y sus mujeres la poliandria y en que, por consiguiente, los hijos de unos y de otros se consideran comunes. A su vez ese mismo estado pasa por una serie de cambios hasta que se resuelve en la monogamia. Estas modificaciones son de tal especie, que el círculo comprendido en la unión conyugal común, y que era muy amplio en su origen, se estrecha poco a poco hasta que, por último, ya no comprende sino la pareja aislada que predomina hoy.

El estudio de la historia de la familia se inicia con las siguientes tesis:

- 1) Primitivamente, los seres humanos vivieron en promiscuidad sexual.
- 2) Tales relaciones excluyen toda posibilidad de establecer con certeza la paternidad, por lo que la filiación sólo podía contarse por línea femenina.
- 3) A consecuencia de este hecho, las mujeres, como madres, como únicos progenitores conocidos de la joven generación, gozaban de un gran aprecio y respeto, que llegaba hasta el dominio femenino absoluto (ginecocracia). (3).
- 4) Paso a la monogamia (casado simultáneamente con una mujer).(4). (Bachofen,1861. Derecho materno) .

Monogamia, Poligamia y Poliandria.

El paso de la promiscuidad a la monogamia (*mono-único, gámos-matrimonio*) y del derecho materno al derecho paterno se produce a consecuencia del desarrollo de las concepciones religiosas, la introducción de nuevas divinidades que representan nuevas ideas, en el grupo de los dioses tradicionales, poco a poco los viejos dioses van siendo relegados a segundo plano, se cree que estas divinidades realizaron el milagro de echar abajo el derecho materno y de sustituirlo por el paterno (literatura clásica griega).

Bachofen (1861) fue el primero en demostrar de que entre los griegos y entre los pueblos asiáticos existió antes de la monogamia, un estado social en el que no solamente el hombre mantenía relaciones sexuales con varias mujeres (poligamia), sino que también la mujer mantenía relaciones con varios hombres (poliandria), sin faltar por ello a los hábitos establecidos, e incluso que este uso no desapareció sin dejar huellas bajo la forma de la necesidad, para la mujer, de entregarse por un período determinado a otros hombres, la cual era el precio de su derecho al matrimonio único, por tanto no podía contarse la descendencia sino en línea femenina, la que se mantuvo por largo tiempo, incluso en el período de la monogamia con la paternidad establecida y reconocida, esta situación de las madres como únicos genitores ciertos de sus hijos, aseguró a las mujeres una posición más elevada de la que desde entonces nunca han tenido.

"Desde el momento en que la *exogamia* y la poliandria proceden de una sola causa, del desequilibrio numérico entre los sexos, debemos considerar que entre todas las razas *exogámicas*

ha existido primitivamente la poliandria...Y por eso debemos tener por indiscutible que entre las razas *exógamas* el primer sistema de parentesco era aquel que sólo reconocía el vínculo de la sangre por el lado materno" (MacLennan . *Studies in ancient history, comprising a reprint of primitive marriage. London,1886,p 124*).

De este modo sólo se conocieron tres formas de matrimonio: La *poligamia*, la *poliandria*, y la *monogamia*, sin embargo se cree que en pueblos no desarrollados existían otras formas de matrimonio, en las que varios hombres tenían en común varias mujeres (matrimonio por grupos).

En 1871 Lewis H. Morgan con su *Systems of Consanguinity and Affinity of the Human Family*. Washington, y en 1877 con *Studies in ancient history* las cuales le permitieron bosquejar por vez primera una historia de la familia , donde, por lo menos en líneas generales, quedaron asentados, los estadios clásicos de la evolución.

De tal forma se dice que el estadio de promiscuidad sexual o el matrimonio por grupos fue el estadio primitivo imperante, tesis propuesta por Morgan y Bachofen respectivamente, Morgan sostiene que de ese estado promiscuo derivaron:

1.-La familia *consanguínea*. (considerada la primera etapa de la familia), se considera como el estadio preliminar necesario en la historia de la familia y se caracterizaba en que los grupos conyugales se clasifican por generaciones y todos ellos son maridos y mujeres entre sí.

2.-La familia *punalúa* (compañero íntimo). Principio de la selección natural; y forma clásica del matrimonio por grupos. Al ir progresando la organización de la familia se va excluyendo del comercio sexual imperante en primer lugar a los padres e hijos dando paso a la exclusión de los hermanos; este progreso se ve demostrado con la formación de las *gens* y que fue la base del orden social de la mayoría de los pueblos bárbaros de la Tierra y que pasando por Grecia y Roma sin transiciones, se llega a la civilización.

Así la familia punalúa :

- a) es la explicación completa del sistema de parentesco
- b) constituía el punto de arranque para deducir la gens de derecho materno
- c) se consideró el estadio anterior al matrimonio sindiásmico.

3. La familia sindiásmica. - Matrimonio inestable; sustitución del matrimonio por grupos y derrocamiento del derecho materno.

En esta etapa un hombre vive con una mujer, pero de tal suerte que la poligamia y la infidelidad ocasional siguen siendo un derecho para los hombres, al mismo tiempo, se exige la más estricta fidelidad a las mujeres mientras dure la vida común y su adulterio se castiga cruelmente. Sin embargo, el vínculo conyugal se disuelve con facilidad por una y otra parte, y después, como antes, los hijos sólo pertenecen a la madre.

La familia sindiásmica, demasiado débil e inestable por sí misma para hacer sentir la necesidad o, aunque sólo sea, el deseo de un hogar particular, no suprime el predominio de la mujer en la casa. lo mismo que el reconocimiento exclusivo de una madre propia, en la imposibilidad de conocer con certidumbre al verdadero padre, significa profunda estimación de las mujeres, es decir de las madres.

Se dice que en América se dio clásicamente este tipo de familia, no así en Europa en donde la domesticación de animales y la cría de ganado habían abierto manantiales de riqueza desconocidos hasta entonces, creando relaciones sociales enteramente nuevas, anteriormente la riqueza duradera se limitaba poco más o menos a la habitación, los vestidos, adornos primitivos y los enseres necesarios para obtener y preparar los alimentos.

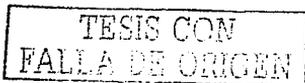
En su origen esa nueva riqueza pertenecía a la gens, pero muy pronto debió de desarrollarse la propiedad privada de los rebaños y es indudable que en los umbrales de la historia auténtica encontramos ya en todas partes los rebaños como propiedad particular de los jefes de familia, así como los productos del arte, los objetos de lujo y, finalmente, el ganado humano, los esclavos.

Convertidas todas estas riquezas en propiedad privada de las familias, y aumentadas después rápidamente, asestaron un duro golpe a la sociedad fundada en el matrimonio sindiásmico y en la gens basada en el matriarcado. El matrimonio sindiásmico había introducido en la familia un elemento nuevo; junto a la verdadera madre había puesto al verdadero padre.

Así pues, las riquezas, a medida que iban en aumento, daban, por una parte, al hombre una posición más importante que a la mujer en la familia y, por otra parte, hacían que naciera en él la aspiración de valerse de esta ventaja para modificar en provecho de sus hijos el orden de herencia establecido.

Así quedaron abolidos la filiación femenina y el derecho hereditario materno, sustituyéndolos la filiación masculina y el derecho hereditario paterno.

4.-La familia monogámica. Lazos conyugales más sólidos, predominio del hombre y la paternidad indiscutible, nace de la familia sindiásmica y es origen de la civilización actual.



La paternidad indiscutible se exige porque los hijos en calidad de herederos directos, han de entrar un día en posesión de los bienes de su padre; existe preponderancia del hombre en la familia y procreación de hijos que sólo pudieran ser de él.

La monogamia nació de la concentración de grandes riquezas en unas mismas manos y del deseo de transmitir esas riquezas por herencia a los hijos de este hombre, excluyendo los de cualquier otro.

“Si se reconoce el hecho de que la familia ha atravesado sucesivamente por cuatro formas y se encuentra en la quinta actualmente, plantéase la cuestión de saber si esta forma puede ser duradera...debe progresar a medida que progresa la sociedad,...lo mismo que ha sucedido antes. Es producto del sistema social y reflejará su estado de cultura. Habiéndose mejorado la familia monogámica desde los comienzos de la civilización, y de una manera muy notable en los tiempos modernos, lícito es, por lo menos, suponerla capaz de seguir perfeccionándose hasta que se llegue a la igualdad entre los dos sexos....” (3).

DEFINICION DE FAMILIA

Existen varios conceptos de lo que es la familia algunos de ellos serían los siguientes:

En su origen la palabra familia no se aplicaba a la pareja conyugal y a sus hijos, sino, tan sólo a los esclavos. *Famulus* quiere decir esclavo doméstico, y *familia* es el conjunto de los esclavos pertenecientes a un mismo hombre.(3).

El vocablo *familia* se origina en el latín y designa a un grupo de personas de diversas edades unidas por lazos de parentesco conyugal o sanguíneo, que viven bajo la autoridad de una de ellas en una casa (incluye parientes, sirvientes y otras personas).

Desde el punto de vista de salud, a este concepto general de familia debe agregarse que se comparten factores de riesgo para la salud.

La familia es tan antigua como la historia; en todas las comunidades es factor social de gran influencia para el desarrollo humano, es el componente importante en el cuidado de la salud. Su participación se hace más manifiesta cuando se conocen los problemas que producen la enfermedad (5).

En base al suministro de salud se puede definir a la familia en un concepto más amplio como sería "grupo de personas que viven juntas o en contacto íntimo y que se cuidan mutuamente y dan orientación y guía a sus miembros dependientes" (6).

Otra definición sería el de dos personas emparentadas que viven juntas: un padre y su hijo; cualquier mezcla de progenitores, hijos y hermanos que viven juntos; es la unidad social básica, y a cuyos miembros se les asignan papeles específicos para que desempeñen alguna función dentro de la misma. Se define como un hombre y una mujer casados con o sin hijos (7).

La familia es la mayor unidad de nuestra cultura en la que se desarrollan relaciones y se proporcionan cuidados a largo plazo.(8).

Aunque el término se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente.(1).

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar: (1).

El ciclo vital familiar son las características dinámicoestructurales y adaptativas que deben darse por parte de los integrantes de la familia para mantener el equilibrio emocional y funcionalidad adecuadas.(8).

FASE DE NOVIAZGO (8,9)
FASE DE MATRIMONIO
FASE DE EXPANSION
FASE DE DISPERSION
FASE DE INDEPENDENCIA
FASE DE RETIRO Y MUERTE (1).

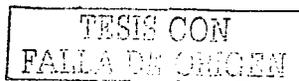
La fase de noviazgo se inicia por el galanteo y la selección del futuro cónyuge y se considera como etapa de exploración y de preparación, de acuerdo con las normas morales y religiosas que nuestra sociedad acepta.

Es en el noviazgo en donde se presupone el conocimiento real de los futuros esposos, los que deben decidir en un acto que debería tener la mayor objetividad, la aceptación para la formación de su futuro hogar.(9).

La fase de matrimonio se traduce como el desarrollo y consolidación de un vínculo estable y complementariamente funcional, valoración de la madurez emocional y desarrollo cognoscitivo de los cónyuges, designación y la aceptación de las responsabilidades maritales y/o para separarse de la familia de origen y termina con la llegada de los hijos.(8). Lógicamente que el arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.(1).

La fase de expansión aparece con la llegada de los hijos a la familia (8), es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se "expande",(1) se caracteriza por el desplazamiento y la reorganización de afectos y la adaptación de las responsabilidades de los roles parenterales y maritales y termina con la entrada de los hijos a la escuela.(8).

Es muy conocido el ejemplo de los jóvenes esposos, que deben organizarse de manera muy "armónica" para levantarse por la madrugada y proporcionar su biberón al bebé, cuidando que esta situación altere lo menos posible sus actividades diurnas.(1).



La fase de dispersión se caracteriza por la presencia de hijos en edad preescolar y escolar y existe la asignación de responsabilidades y deberes por parte de los padres hacia los hijos, se dirigen conductas y estilos de pensamiento.(8) para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

En esta etapa de la vida familiar, se prepara el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia.

Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias (1) termina en el momento en que el hijo busca su independencia.(8).

La fase de Independencia es cuando los hijos llegan a la edad de la adolescencia tardía o inicio de la juventud con los cambios en la personalidad característicos de esta etapa del desarrollo individual y el distanciamiento físico, emocional, y económico relativo entre hijos y padres. Existe incapacidad por parte de los padres para aceptar y tolerar hechos tales como el natural deseo de independencia, autonomía y búsqueda de identidad, e incluso el deseo de formar su propia familia.(8).

Es difícil precisar el número de años transcurridos; al inicio de esta fase la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", sus hijos han formado nuevas familias.

Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años. (1).

La fase de retiro y muerte se inicia cuando los padres deben de enfrentarse a la situación de relativo aislamiento y soledad que se puede dar en los momentos finales del matrimonio.(8).

Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado:

- Incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico - degenerativas).
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres; abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos.(1).

Coincidiendo muchas veces con la etapa de jubilación laboral o agudización de problemas de salud creando una serie de conflictos y trastornos emocionales entre la pareja que afectan directa o indirectamente a la familia dándose en esta fase el Síndrome del Nido Vacío.

La etapa de retiro se genera por la muerte de uno de los cónyuges lo que crea un reajuste a la realidad circundante.(8).

En nuestro medio se dan con frecuencia las familias en que los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; esta situación conlleva el riesgo de provocar "ingerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección a los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela...no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural.(1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUNCIONES DE LA FAMILIA

- I SOCIALIZACION
- II CUIDADO
- III AFECTO
- IV REPRODUCCION
- V ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

Socialización: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los seis primeros años de vida, ya que de este momento, habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.

Cuidado: Esta función clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella:

---Alimentación

---Vestido

---seguridad física

---apoyo emocional

Afecto: Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares.

Reproducción: Ilanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de "proveer de nuevos miembros a la sociedad", aun cuando debemos aclarar, que esta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: salud reproductiva.

Estatus y Nivel Socioeconómico: Aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente, cómo el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico; es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.

El conocimiento de estas funciones de la familia, son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia (1).

ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA

**EMBARAZO
NACIMIENTO
ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD
ESTADO LABORAL
MUERTE DE UN MIEMBRO.**

Etapas que van desde el beneplácito por el próximo embarazo; hasta el manejo clínico y de apoyo emocional cuando muere un miembro de la familia. (1).

La crisis que aparece con la llegada de los hijos a la familia, el desplazamiento y la reorganización de afectos a que da lugar el nacimiento del primogénito requiere de esfuerzos adaptativos que uno o ambos padres no pueden desarrollar. Este fenómeno lleva a una gran dificultad para adoptar las responsabilidades de los roles parenterales y maritales. Asimismo, pueden existir expectativas poco factibles, en relación al hijo, por no estar de acuerdo con las verdaderas potencialidades de este.

La crisis que puede presentarse al tiempo del nacimiento del primer hijo, puede observarse con el nacimiento de los otros. (8).

Nacimiento

El nacimiento de un hijo repercute desde diferentes ángulos en la dinámica de la familia. Desde el punto de vista económico, si se trata de una familia de la clase alta, no habrá desajustes presupuestarios. En las clases media y media baja, este nuevo miembro actuará como estímulo para que los padres traten de elevar su nivel de vida.

En una familia de estrato socioeconómico y cultural bajo, las implicaciones de la llegada de un nuevo miembro traen consigo desajustes importantes en cuanto al reducido presupuesto, y las limitadas expectativas de desarrollo económico de la familia.

Desde el punto de vista social, el padre se sentirá decepcionado si el primer hijo no es varón, ya que en algunos estratos de nuestra sociedad este hecho se toma como prueba de su hombría, influyendo negativamente en el nacimiento de su primogénita, el padre pensará que esta hija no es útil para el sostenimiento de la familia, lo cual puede llevar a hostilizar marcadamente a la madre y a la hija. Si el primer hijo es varón, la situación será totalmente diferente, ya que sentirá reforzada su "hombría"; su actitud para con la mujer y el hijo, será positiva y, la esposa responderá esta acción reforzando la integración familiar.

En una familia estructuralmente lesionada, el nacimiento del primer hijo puede influir de dos formas, dependiendo de si es deseado o no, en el primer caso integra a la familia, en el segundo si el numero de hijos es elevado, el nacimiento de un nuevo miembro puede incluso propiciar el abandono por parte del padre, ante la impotencia del sostenimiento de la familia.

Enseñanza de la sexualidad.

Esta actividad familiar, debe ser valorada desde el punto de vista sociocultural, ya que la enseñanza que se recibe con respecto a la sexualidad, depende en muchas ocasiones del estrato social en que se desenvuelve y del acervo cultural de la familia. De acuerdo con el sexo del niño o del adolescente, será la educación sexual que se otorga.

En la mayoría de las familias mexicanas a la hija se le ocultan los problemas sexuales que puede enfrentar en esta etapa de su vida. Afortunadamente la reforma educativa, ha venido a cubrir esta deficiencia ancestral.

La enseñanza que proporciona la familia puede ser:

- a) **Orientadora** : positiva cuando el niño recibe información real y adecuada acerca del sexo; negativa, cuando se recibe información deformada y prejuiciosa con respecto a la sexualidad humana.
- b) **Indiferente**: cuando los padres no se comprometen, con la excusa de no tener tiempo disponible para brindar la mínima orientación sexual.

Es importante recordar que una falta de orientación sexual por parte de los padres, provocará en los hijos: desorientación, angustia y en ocasiones facilitar la presencia de factores que provoquen desestabilización en la dinámica familiar.

Estado laboral

Los principales factores de riesgo para la familia, en cuanto al estado laboral son en primer lugar, la desocupación, búsqueda y cambio de trabajo:

- a) **Desocupación** : Se debe tomar en cuenta su causa, si fue por edad avanzada, negligencia, disminución de fuente de trabajo, preparación deficiente o nula, así como invalidez.
- b) **Búsqueda de trabajo**: Como consecuencia de la actual crisis económica, México, se ha colocado en un nivel de desempleo muy alto, lo cual dificulta las oportunidades de trabajo ya que la mano de obra disponible excede a la demanda, dando como resultado pocos empleos estables, abandono del padre a la búsqueda de empleo y como consecuencia desestabilización en el núcleo familiar.
- c) **Cambio de empleo**: Se deberán estudiar los motivos del cambio, si fue para mejorar económica o culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo menor remunerado pero con mayor satisfacción intelectual, requiriendo mayor tiempo ocupacional, lo cual puede conducir a ausencias de un miembro de la familia (padre o madre) repercutiendo emocional, social e incluso sexualmente, propiciando abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia.(1).

Muerte de un miembro

La crisis que se genera por la muerte de uno de los cónyuges da una reorganización de roles en el resto de la familia, lo que ocasiona dificultades de ajuste recíproco y adaptación a la realidad circundante. Cuando estas dificultades no se superan, generan conflictos de diversas consecuencias entre las que se encuentran la desintegración parcial o total de la familia.(8).

Esta crisis familiar puede enfocarse desde los ángulos social y psicológico, tomando en cuenta el número de hijos y edad de ellos dependiendo si la muerte se da en el padre, la madre o un hijo.

Desde el punto de vista económico si el que muere es el padre y representa la única fuente de ingresos, la situación, obligará a la madre a trabajar para sostener a la familia, si está preparada, el problema será menor, se adaptará pronto a la situación, si la escolaridad es baja se producirá un desajuste económico importante disminuyendo el nivel económico.

El hijo mayor sustituirá al padre constituyéndose en el sostén de la familia, lo que lleva a abandonar sus estudios, alteraciones en su desarrollo y modificaciones importantes en su personalidad.

Emocionalmente, el choque por la pérdida de un miembro, puede llegar a provocar ruptura de la integración familiar, su dispersión, así como situaciones conflictivas.

Si el padre no constituye el principal apoyo económico, la repercusión será emocional, pudiendo en este caso conservarse la estructura familiar. Si quién fallece es la madre, puede no responsabilizarse el padre de la crianza y educación de los hijos, produciendo desintegración en la familia con sustitución por parte de la hija mayor, y desajuste emocional. (1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESQUEMA DE CLASIFICACION INTEGRAL DE LA FAMILIA

El desarrollo de la familia puede clasificarse en:

Familia Moderna: La característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.

Familia Tradicional. El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.

Familia Primitiva o Arcaica: Nos referimos en general a la Familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse en:

Rural o Urbana según la ubicación de la familia.

La Integración Familiar puede clasificarse en:

Familia Integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Familia Semi—Integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Familia Desintegrada: La característica esencial, es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

Por su composición la familia puede clasificarse en:

Familia Nuclear: Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

Familia Extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o bien afinidad.

Familia Extensa Compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y "compadres". (10).

LAS CIENCIAS MEDICAS Y LA MEDICINA FAMILIAR

Se comete un error al pensar que son novedosos los enfoques que aproximan las ciencias sociales a los problemas médicos, o a los de salud.

El estudio de la relación entre los fenómenos relativos a la salud y los hechos sociales tiene raíces históricas anteriores y más profundas. Antes de que las ciencias sociales identificaran como objeto de estudio especializado a los hechos médicos y a los que tienen que ver con la salud, un conjunto de hombres dedicados a asuntos políticos y de estado ya se habían preocupado por los problemas sociomédicos, e incluso ya habían hecho algunas contribuciones significativas para su solución.

Los orígenes de la medicina social, es decir de las políticas y acciones sociales relacionadas con la salud, se ubican, como lo señala Michel Foucault, en las postrimerías del Siglo XVIII y los inicios del Siglo XIX.

La llamada medicina estatal, surgida en Alemania, cuya máxima expresión fue la *Medicinsche Polizey* de Johan Peter Frank; la medicina urbano-industrial, que vio sus orígenes en Francia y la medicina ocupacional que tuvo amplia expresión en la Inglaterra de comienzos del Siglo XIX configuraron el inicio de una práctica que tomaba en cuenta los factores sociales que estaban presentes en los problemas de salud comunitarios.

A esto, se sumó luego el papel desempeñado por algunos médicos e higienistas que comenzaron a buscar las raíces de la enfermedad en los hechos sociales, y que empezaron a visualizar con claridad que la expresión de los daños a la salud ocurría no sólo en los individuos, sino también, y de manera importante, en grupos de población.

En los países europeos, al desarrollo siguió una proliferación de las ideas sobre la relación de los aspectos sociales con la salud. En los albores del Siglo XX, el alemán Alfred Grotjahn comenzó a elaborar la idea, ya no sólo de una medicina social sino de una higiene social. De hecho llegó a postular como científicamente aceptable la idea de una "etiología social" de varios padecimientos.

Desde principios del Siglo XX hasta entrada la década de los treinta, la medicina social tuvo su mayor auge en Alemania y, desde ahí, se difundió a otros países de Europa Oriental y Occidental. A esta expansión contribuyó también el enfoque social que la Unión Soviética confirió, a los problemas de salud.

En los Estados Unidos hubo contribuciones importantes, pero dispersas, en el área de los aspectos sociales de la salud desde las primeras décadas del siglo, pero no fue sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial, pasando por algunas proposiciones hechas en los años treinta, que se fue prestando un mayor interés en las ciencias sociales aplicadas a la salud. Como para muchas otras cosas, los efectos de la medicina social comenzaron a sentirse de manera importante en los países del tercer mundo, tiempo después de un desarrollo en los países centrales.

No fue sino hasta finales del Siglo XIX y principios del XX cuando comenzó el surgimiento de la sociología médica, es decir el estudio sociológico de las instituciones de salud y de los aspectos

médicos y sociales de la salud y la enfermedad. Un antecedente a este respecto sin duda, es, el estudio de Federico Engels sobre la condición de la clase trabajadora en Inglaterra.(11).

Al iniciarse la industrialización hubo un movimiento de protesta de los trabajadores ingleses que consistió en la destrucción de las máquinas, por creerlas las causantes de la desocupación y sustitución del trabajo de los hombres.

Otro de los fenómenos que se presentaron pronto en el proceso de la industrialización, fueron las crisis de sobreproducción, fenómeno paradójico que desconocieron hombres anteriores al desarrollo industrial, al mismo tiempo que había exceso de artículos de consumo, no había quién los adquiriera.

En medio de la crisis de desocupación, de sobreproducción, de insalubridad manifiesta, de enfermedades múltiples, de muertes prematuras, de mortalidad infantil agobiante, de despido de los obreros de sus fuentes de trabajo, el sociólogo inglés Ricardo Owen que dirigía un complejo industrial y a diferencia de lo acostumbrado hasta entonces, en una crisis de su tiempo no despidió a sus obreros, sino que los sostuvo y redujo la jornada de trabajo a los adultos y a los niños, y en algunos casos, aumentó los salarios, manteniendo en el complejo industrial que dirigía, a los obreros durante la crisis económica.

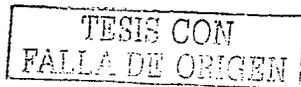
Ante la necesidad de difundir los derechos de los trabajadores comenzaron a organizarse ligas de resistencia de los obreros, organizaciones de los trabajadores, corporaciones, mutualidades, etc. Uno de los primeros organismos que defendió a los trabajadores fue establecido en Londres y estuvo formado en gran parte por obreros alemanes e ingleses y se llamó "La Liga de los Justos", establecida en 1836. Esta liga tomó pocos años después, el nombre de Liga Comunista. Esta agrupación tenía como asesor a Federico Engels y organizó su primer Congreso en Inglaterra en mayo de 1847.

De 1836 a 1876, se formó la Primera Internacional de Trabajadores y estuvo dirigida por Carlos Marx. La Segunda Internacional de Trabajadores fue organizada en París en 1889 y vivió hasta 1914. Este organismo de defensa de los derechos de los trabajadores ya se formó con obreros industriales de casi todos los países de Europa.

Un siglo después de iniciada la industrialización en Inglaterra, Alemania era también una potencia industrial. Hubo en los actos de los obreros de Europa del Siglo pasado, huelgas de los trabajadores mineros, protestando por las condiciones de insalubridad, por los exiguos salarios que recibían, por la falta de atención médica.

A finales del siglo XVIII gobernaba Alemania el Mariscal Bismark y después de una huelga de los obreros mineros de todo el País que exigían sistemas de seguridad social, se estableció el Seguro de Maternidad y Vejez, y se establecieron leyes para la protección de los trabajadores que sufrían accidentes de trabajo y también se establecieron los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte en ese país europeo.

A partir de estas conquistas de la clase obrera alemana, se generalizan los sistemas de Seguridad Social por toda Europa gracias a la solidaridad de los trabajadores del Viejo Continente. Unos cuantos años después se establecieron los sistemas de Seguridad Social a los obreros de toda Europa que por entonces presionaban para obtener los logros que alcanzaron por primera vez en



Alemania. Así nacieron los servicios de Seguridad Social en el Mundo, especialmente para la protección de los trabajadores industriales.

Este precedente se extendió por toda Europa y los organismos obreros de América pronto supieron de estos logros.

El Gran Círculo, organismo coordinado del Movimiento obrero de México, fundado por dirigentes obreros para encauzar sus luchas en México en el siglo pasado y que pertenecía a la Primera Internacional de Trabajadores con sede en Londres, publicaron durante 17 años un periódico "El socialista", a través del cual divulgaron sus tesis y las luchas de la Insurgencia obrera del Mundo y del País.

La Primera vez que la clase obrera de México pedía "médico y botica" fue en una huelga de sombrereros de 1875 donde se solidarizó la Facultad de Medicina y otras Escuelas de la Universidad Nacional.

A principios del Siglo XX (1905) hubo una huelga por mejores prestaciones en la fábrica de hilados y tejidos de Bellavista, Nay.

Un año después nace el Círculo de Obreros Libres, el Segundo Cuerpo dirigente Obrero Nacional con sucursales en todos los centros importantes del País y este Organismo influenciado sin duda por el luchador Ricardo Flores Magón influye en los movimientos huelguistas de 1906 de Cananea y de Río Blanco en 1907.

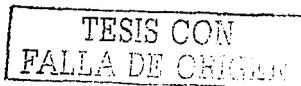
Con la Alianza de la Casa del Obrero Mundial, (que agrupó a distintos intelectuales mexicanos y dirigentes obreros en favor de la emancipación de la clase trabajadora del País y que tuvo influencia en la formación de la Primera Federación Sindical del Distrito Federal en 1914) del Movimiento Obrero y de grupos de intelectuales más importantes de principios de Siglo y su vinculación a la Revolución con el Constitucionalismo y le arranca a Venustiano Carranza el compromiso de hacer concesiones sociales en favor de los obreros del País.

Cuando en 1917 se discutía la Constitución de Querétaro, Diputados que habían participado en luchas obreras anteriores, contribuyeron a crear el Artículo 123 que garantizaba entre otros, la Seguridad Social de los obreros y la cristalización de muchas de sus conquistas.

Durante el fortalecimiento del sector industrial, del crecimiento de la industrialización en México en la década de los 40 de este Siglo hace presión el movimiento obrero del País por lograr nuevas conquistas y en 1944 nace el Instituto Mexicano del Seguro Social creado por el Presidente Avila Camacho.(12).

La Seguridad Social ha llegado a constituirse en un derecho de los componentes de una sociedad. Tal derecho ha sido instituido con carácter mundial en la propia Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en 1948 indicó en su Artículo 24: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure la salud y bienestar de sí mismo y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda, asistencia médica, y servicios sociales, así como derecho a la seguridad en caso de desocupación, enfermedad, incapacidad, vejez, etcétera" (13).

La base constitucional del Seguro Social en México se encuentra en la carta política fundamental del 5 de febrero de 1917, que en la fracción XXIX del Artículo 123 (14) Apartado A y XI del



Apartado B (13) considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares.

El primer antecedente del Seguro Social fue el Departamento de Seguros Sociales creado a principios de 1941, el cual dependía de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Un avance más se dio al formarse la Comisión Técnica encargada de elaborar el proyecto de Ley de Seguros Sociales, el cual una vez concluido fue presentado a la consideración del H. Congreso, que lo aprobó para convertirlo en ley conforme al Decreto del 31 de diciembre de 1942, publicado en el Diario Oficial el 19 de enero de 1943.

Se estableció así el sistema del Seguro Social en el País. La trascendencia de esta medida está presente en los problemas nacionales de orden económico y social, que la nascente institución debía enfrentar, entre los cuales cabe mencionar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, cuya frecuencia afectaba severamente a los trabajadores y a la economía en general, la elevada tasa de mortalidad del pueblo mexicano—especialmente infantil—debida a enfermedades originadas por las malas condiciones de alimentación, higiene y habitación prevalentes, así como al abandono en que quedaban los que por su avanzada edad o por encontrarse impedidos para el desempeño de un trabajo, no podían procurarse a sí mismos la satisfacción de sus necesidades, sin pasar por alto a las viudas, huérfanos o padres que al morir el sostén de la familia quedaban totalmente desprotegidos.

La Ley del Seguro Social original encauzó su protección hacia tres grandes vertientes: el Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, el Seguro de Enfermedades no Profesionales y Maternidad y los Seguros de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte. Dentro de cada una de esas ramas de aseguramiento se definieron los riesgos y las prestaciones para cubrirlos y se fijaron los beneficios que en especie—principalmente los servicios médicos—y en dinero se proporcionarían, a más de señalar a los derechohabientes de dichos beneficios.

Por otra parte, la Ley configuró al Seguro Social como un servicio público nacional de carácter obligatorio y encomendó su organización y administración a un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

El financiamiento de este sistema fue diseñado e implantado bajo un régimen de contribución tripartita: los trabajadores, los patrones y el estado.

En el tiempo transcurrido entre 1943 y 1973, la Ley fue reformada en varias ocasiones, con el propósito tanto de adecuarla a la consecución de fines de interés social, como para extender su protección a nuevos sectores de la población.

La vida del IMSS ha transcurrido dinámicamente con ajustes oportunos debidos a cambios demográficos por urbanización de la población, incorporación de nuevos grupos, disminución de las tasas de natalidad, y modificaciones en la morbimortalidad al incrementarse los padecimientos crónico-degenerativos y los accidentes.(14).

REGLAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS

Art. 3.—El Instituto proporcionará en los términos de la Ley del Seguro Social, los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los derechohabientes que señalan los artículos 84 y 241 de la Ley del Seguro Social, de igual manera a los pensionados en los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez, según corresponda.(15).

La atención médica es la resultante de un proceso dinámico interactuante de las comunidades como generadoras de demandas y las instituciones de salud responsable de impedir las alteraciones de la misma, tratarlas o limitarlas cuando ésto ocurra y concluir con la reincorporación de los individuos, en las mejores condiciones posibles, al núcleo familiar, social y laboral.

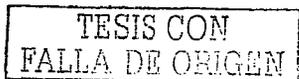
La diversidad de alteraciones en la salud, tanto del individuo como de las comunidades, así como el grado de severidad de las mismas y sus consecuencias, requieren que las instituciones identifiquen y clasifiquen las actividades médicas que satisfarán las necesidades en materia de salud, para lo cual se han definido "niveles de atención" (16).

Art. 4.—Para otorgar las prestaciones médicas a la población derechohabiente, el Instituto dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención:

I.-Primer Nivel de Atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar en donde se otorgan servicios de salud integrales y continuos al individuo y su familia. Es el sitio de entrada al sistema de salud institucional.

II.-Segundo Nivel de Atención. Corresponde a los hospitales generales de subzona, zona o región, en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios del primer nivel de atención, que requieren procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación.

III.—Tercer Nivel de Atención.—Es la red de Hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica. En ellos se atiende a los pacientes que los Hospitales del segundo nivel de atención remiten. (15).



MEDICINA FAMILIAR

¿Qué es la Medicina Familiar?

Origen

La medicina familiar se remonta a un buen número de siglos y uno puede encontrar grandes ejemplos de cómo en las culturas antiguas este era el mecanismo por el cual la práctica médica tenía su efecto, aunque se encuentran vestigios de especialización dentro de la cultura egipcia, es sorprendente encontrar como Herodoto nos reporta con asombro esta forma de sistematizar la labor del médico y como esta sorpresa seguramente obedece a que entre los griegos la medicina se practicaba de acuerdo a una dinámica diferente.(17).

A través de los siglos, las características implícitas en el acto médico se han ido modificando de acuerdo con las transformaciones que han experimentado la convivencia entre los seres humanos que constituye la sociedad. Lejos ha quedado en la historia aquellos tiempos en que el ejercicio de la medicina tenía relaciones inescrutables con la magia y la hechicería. También ha pasado la época en que los médicos eran distinguidos componentes de las cortes de reyes y emperadores para atender a los poderosos y en que los miembros de órdenes religiosas adquirían conocimientos empíricos de la medicina para atender los sufrimientos de los menesterosos y desvalidos.

En una etapa más reciente de la evolución de la humanidad, y probablemente coincidiendo con el siglo que medió entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, apareció el concepto de Médico de Familia, que era el profesional de nivel universitario, con un adecuado conocimiento de las ciencias biológicas y psicológicas, que se revestía de toda la pompa requerida para el ejercicio de una profesión privilegiada y que no sólo se hacía cargo de los problemas patológicos, sino que también servía de consejero indisputable para resolver conflictos emocionales, educacionales, matrimoniales y hasta económicos de la familia, respetado y admirado por la sociedad, desarrollándose el concepto de la relación médico-paciente como uno de los valores éticos de la profesión.

Sobre éstos se cimentó la autoridad de este profesional múltiple, que ejercía lo que se llamó el "Sacerdocio de la Medicina" y su autoridad frente a la familia no tenía igual, excepto la que gozaban los sacerdotes de los distintos credos religiosos.

Los cambios en el sistema de convivencia que trajo consigo la Revolución Industrial a fines del siglo XIX, condujeron inevitablemente a cambios profundos en la práctica de la medicina. A ello se agregan los descubrimientos científicos de elementos para el diagnóstico como el Microscopio y los rayos X, el hallazgo de los microbios como causas de enfermedades y consecutivamente, de las vacunas como instrumentos profilácticos para evitar las enfermedades transmisibles.

De todo ese conjunto de circunstancias resultó un cambio trascendente en la tecnología médica, una complejidad inesperada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades como

consecuencia, la necesidad de la especialización en la Medicina. Fue así como en los últimos decenios del siglo XIX y en la primera mitad del presente surgió el médico especialista, como el detentor del conocimiento científico moderno. (18).

La medicina familiar, como la entendemos en este momento es producto, entre otras cosas, del exceso de especialización, que en la década de los años 40 se empiezan a agudizar y que tiene como consecuencia el que poco a poco la atención médica que se practica se va fragmentando cada vez más, este exceso de especialización que conlleva también la utilización de tecnología sofisticada, poco accesible, muy costosa y que no ofrece los beneficios que uno esperaría de la misma.(17).

El desarrollo en México de la Medicina Familiar corre casi paralelo a la existencia del Instituto Mexicano del Seguro Social.(19).

A partir de 1954 en México se empieza a utilizar el término de médico de familias desde el punto de vista institucional. Esto es a raíz de que en la ciudad de Nuevo Laredo, en la Caja Regional de Monterrey, un grupo de médicos comienzan a trabajar teniendo bajo su cuidado un grupo de familias; esta experiencia causa gran interés a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, los tuvieron prácticamente a prueba piloto.(17) el modelo se implantó hasta Agosto de 1955 en la entonces Clínica Número 1 situada en la Colonia Roma, de la Ciudad de México, esta Unidad había sido construida para atender 50,000 derechohabientes y contaba con los siguientes servicios profilácticos, inyecciones e inmunizaciones, prenatal, post-natal, pediatría, infecciosos y medicina general, apoyados por Rayos X y farmacia, esta Clínica tuvo que adaptarse para recibir a los primeros 16 médicos familiares, los que después de ser capacitados dieron su primera consulta el 22 de Septiembre siguiente, para el personal médico tal cambio significó más responsabilidad profesional, al tener estrecha comunicación con la población asignada y mayor continuidad en el contacto con sus pacientes lo que hacía propicia la posibilidad de evaluar los resultados de su atención.

A fines de 1955 y durante la XII Asamblea General de la Asociación Internacional de Seguridad Social efectuada en la Ciudad de México, se dio a conocer la experiencia, haciendo énfasis en los propósitos del recién nacido Sistema Médico Familiar, los que eran muy adelantados para su época, ya que universalmente se ponderaba la especialización médica y la atención individual y episódica.

Esta modalidad de servicio se presentó en los siguientes términos:

"El modelo se basa en la adscripción de un grupo determinado de población derechohabiente a un Médico General, quién se hará responsable de la atención médica de él, permanentemente y en todas sus enfermedades o padecimientos, en estas circunstancias, el médico no limita sus funciones a la simple curación de las enfermedades, sino que puede prevenirlas, y además realizar una constante obra educativa, reivindica así el papel del Médico General".

Muy pronto se encontraron nuevas ventajas al sistema, tal es el caso de la ampliación de cobertura a un mayor número de personas y se sustentaba que, de haber continuado con la exclusiva construcción de Hospitales, esta necesidad hubiera sido imposible de cubrir como se esperaba, las unidades de Medicina Familiar implicaban mayor beneficio y menor costo, lo que también permitió la incorporación de la atención preventiva para grupos de usuarios sanos, principalmente en forma de cuidados al binomio madre-hijo.(8)

Es hasta 1960 en que se generaliza con el nombre de Sistema Médico Familiar en donde hay médicos que atienden a los mayores de 16 años se les denomina Médicos Familiares de Adultos y otros que atienden a los menores de 16 años y que denominan Médicos Familiares de Menores.

Esta denominación y esta división corresponde a las necesidades de la época y quizá a las presiones que podrían ejercer los grupos de trabajadores organizados donde estaban acostumbrados a la atención por especialistas, entonces se maneja la idea de especialistas en niños y especialistas en adultos.

Prácticamente no sufre ninguna modificación este sistema y no es hasta 1971 que sucede un hecho importante que es que en el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia en Distrito Federal la residencia de Medicina Familiar; considerando que la experiencia de este primer año es satisfactoria, al siguiente año se abren otras siete sedes para la residencia de Medicina Familiar.(17).

En 1972 se incrementó a 11 el número de sedes de Medicina Familiar extendiéndose a la provincia, en 1973 aumentó a 13 (20) y en 1974 y ya como consecuencia de estos egresados de la residencia de Medicina Familiar se dan las condiciones para que los médicos sean médicos familiares. En ese mismo año se suceden dos o tres hechos importantes, el primero que se da el reconocimiento universitario a la residencia de Medicina Familiar con lo cual se evita el status de segunda clase; paralelo a esto se funda el departamento de Medicina General Familiar Comunitaria en la misma Universidad y además como una actividad también universitaria, hay un ingreso masivo de Médicos Familiares en ejercicio del Instituto como maestros universitarios en una actividad experimental llamada clínica general.

El 94 % de los egresados de la residencia de Medicina Familiar son incorporados al sistema de la institución como médicos familiares y en 1977 la Universidad de Nuevo León crea su propia residencia de Medicina Familiar con otra orientación y con otro destino sus egresados; en 1979 el propio Instituto Mexicano del Seguro Social crea unidades denominadas de Medicina Familiar; coincidentemente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado inaugura su primera unidad de medicina familiar y en ese mismo año se fundan las residencias de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social de Trabajadores del Estado y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; (17) y para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del Curso de Especialización en Medicina Familiar (20).

En términos generales esta es la evolución global.(17).

EVOLUCION DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO.

- 1954 Programa experimental en la ciudad de Nuevo Laredo . Caja Regional de Monterrey. IMSS.
- 1954 Sistema Medico Familiar. Ponencia IMSS en la ciudad de Panamá, Panamá.
- 1960 Sistema Médico Familiar de Menores y de Adultos.
- 1968 Asociación Mexicana de Médicos Generales y Familiares.
- 1971 Residencia de Médicos Generales y Familiares.
- 1974 Programa de Medicina General Integral (Plan A-36)
- 1974 Reconocimiento del curso del IMSS por la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.
- 1975 Establecimiento del Departamento de Medicina General / Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, UNAM.
- 1977 Residencia de Medicina Familiar en la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- 1979 Establecimiento de Unidades de Medicina Familiar en el IMSS y en el ISSSTE .
- 1980 Transformación del Centro de Salud "Portales" de la SSA en Unidad Académica de Medicina Familiar.
- 1980 Residencia de Medicina Familiar en SSA e ISSSTE.
- 1980 Unidad de Educación Continua para el Médico General y Familiar SSA-UNAM.(17).



Diferencia con otras especialidades.

En primer lugar la Medicina Familiar ofrece una continuidad en la atención (8) la cual es longitudinal tanto al individuo y a su familia, cosa que en el resto de las especialidades no sucede, se ofrece una atención episódica, fragmentada (17) y vertical.

En segundo lugar, la Medicina Familiar ofrece una atención en la cual se cubren los tres aspectos que condicionan el proceso de una enfermedad, aspectos biológicos, psicológicos y sociales; el resto de las especialidades, en su mayoría, únicamente comprenden uno de estos aspectos.

En tercer lugar la Medicina Familiar ve al individuo dentro del marco familiar, en tanto que las otras especialidades sacan al individuo de su familia y lo ven en forma aislada.

En cuarto lugar la Medicina Familiar tiene como campo de acción, la comunidad en donde desarrolla las actividades a través de unidades de contacto primario y en el mismo domicilio del paciente, en tanto que la medicina de otras especialidades lo hacen en el hospital y en algunas unidades de contacto secundario de consulta externa por especialidades y finalmente la Medicina Familiar enfoca muchas de sus acciones, las principales de ellas, el mantenimiento y promoción de la salud, a la curación y a la rehabilitación, en tanto que las otras especialidades en su mayoría enfocan objetivos sólo hacia la curación del paciente. (17).

Finalidad de la Medicina Familiar.

La crisis actual de la Medicina Familiar mexicana se ha caracterizado por el desinterés general y por el cuestionamiento en el tipo de práctica de la especialidad en el ámbito institucional, situación que conduce a escasa gratificación en el ejercicio de la misma (21).

A esta altura de la evolución de la práctica de la medicina, el médico de familia adquiere de nuevo la importancia como el profesional esencial para extender la cobertura a toda la población y ofrecerle los servicios básicos de salud en centros primarios que constituyen el primer nivel dentro de un sistema regionalizado de servicios de salud integrales.

El médico de familia actual deberá ser distinto del antiguo médico de familia. Además del amplio conocimiento científico, tecnológico y social que requiere, tendrá que estar preparado para desempeñar una función integral frente a cualquier problema de salud, enfermedad o invalidez y estar motivado para una labor institucional como miembro y líder de un equipo de salud.(18).

La finalidad radica, en que el profesional médico deba brindar una atención médica integral al individuo y / o familia que lo reclame.

El médico familiar no conoce únicamente de la familia, sino que los conoce a cada uno de ellos. Este conocimiento puede utilizarlo de una buena manera. El sabe como, por ejemplo, el tipo de sentimientos que los distintos miembros de la familia le producen, y puede utilizar este conocimiento en hacer una hipótesis sobre los problemas que detecta en la familia.(22).

Características de la Medicina Familiar.

- 1.-Tiene como núcleo de acción a la familia, por lo que demanda conocimientos, habilidades, y destrezas que capacitan al individuo en la entrevista, el consejo y la terapia familiar.
- 2.-Representa la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica.
- 3.-Permite otorgar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia.
- 4.-La atención que se presta es independiente de la edad, el sexo o el padecimiento que aqueja al individuo.
- 5.-Las acciones desarrolladas están encaminadas al mantenimiento y promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad, al diagnóstico y tratamiento de los padecimientos agudos y crónicos más frecuentes y a la rehabilitación de los mismos.
- 6.-El profesional de la disciplina actúa como coordinador de los recursos que para la atención de la salud del individuo existen en la comunidad.(17).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RELACION MEDICO PACIENTE

La unidad esencial de la práctica médica es la ocasión en la cual, en la intimidad del consultorio o del cuarto del enfermo, una persona que está enferma o cree estarlo, busca el consejo de un médico en el cual confía. Esto es una consulta y todo lo demás en la práctica de la Medicina se deriva de ella.

Spence, 1960. (23).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RELACION MEDICO PACIENTE

INTRODUCCION

A lo largo de la historia del hombre, el encuentro de un "enfermo" y un curador siempre estuvo presente, y dio características a la sociedad en la que se llevó a cabo. En cada uno de estos encuentros siempre toman parte dos personas, el médico y el paciente o, en un sentido más amplio, el cuerpo médico y la sociedad, de tal forma que la medicina no es sino el resultado de las múltiples interacciones entre estos dos grupos.

La relación médico-paciente ocurre en cualquier sistema de atención médica, y es el componente más importante de la interrelación entre los usuarios de los servicios de atención médica y el personal de los mismos. De esta relación dependerá en mucho que los objetivos de las instituciones de salud se alcancen; o que, por el contrario los programas de atención médica no cumplan con las metas propuestas.

La enseñanza y aprendizaje de los aspectos biológicos, clínicos y técnicos de la Medicina es una empresa relativamente fácil, que implica gran número de experiencias; sin embargo, a pesar de que el momento en que el Médico y el paciente se reúnen constituye un aspecto fundamental en la práctica médica, su estudio, investigación y enseñanza con frecuencia se han olvidado.

Por lo tanto, es necesario dedicar tiempo al análisis de las características de la región a la manera en que el Médico define el problema del individuo y la forma de solución que plantea, a los mecanismos de reacción del paciente ante el evento y el encuentro con el Médico; en una palabra, a la forma en que estos dos sistemas humanos interactúan.(24).

RELACION MEDICO PACIENTE

La relación médico-paciente es uno de los instrumentos más útiles con los que cuenta el médico en su tarea de mantener o restablecer la salud, desafortunadamente su uso adecuado ha quedado poco a poco olvidado, con la consecuente deshumanización de la atención médica. (25).

La relación médico-paciente no es ni un lujo ni algo "extra y opcional" sino un componente integral del método y la práctica clínica.

¿DE QUE SE TRATA?

En la mejor de las situaciones. La relación médico-paciente debe ser confianza, respeto mutuo y empatía.

Se describen en esta relación tres elementos: la alianza terapéutica o de trabajo, la transferencia y la contratransferencia.

La alianza terapéutica se describiría como una armonía con el paciente.

La transferencia ocurre en respuesta a una nueva relación de acuerdo a patrones del pasado. Hay una tendencia general a trasladar al presente actitudes o impresiones adquiridas en el pasado en experiencias similares; así el médico puede ser visto en la imaginación del paciente como un padre con control exagerado o un hijo idealizado.

La contratransferencia se refiere a los sentimientos del médico hacia sus pacientes.

Características singulares de la atención primaria, que alimentan a la relación médico-paciente:

1. Accesibilidad del médico.
2. Autonomía del paciente.
3. Atención personal, integral y continua.

Existen algunas características del propio médico que favorecen una relación positiva. Entre ellas se incluyen empatía, simpatía y honestidad.

La empatía ha sido descrita como la capacidad de ponerse imaginariamente en el lugar de alguna otra persona y experimentar los sentimientos que se generan al hacerlo.

La simpatía implica reconocer los sentimientos de otra persona y compartir su idea que esos sentimientos son correctos.

Otra característica importante es la honestidad. Si tanto el médico como el paciente sienten que la comunicación entre ambos es honesta, franca y directa, entonces es probable que la confianza mutua que se tienen crezca.

Una buena relación médico-paciente también estimula al paciente a confiar más fácilmente en su médico. Esto favorece considerablemente al proceso diagnóstico.

La existencia de una buena relación médico-paciente aumenta la conciencia del médico sobre la interacción e importancia de los factores físicos, psicológicos y sociales.

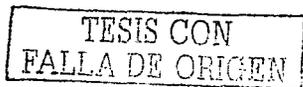
El incumplimiento del tratamiento o de las recomendaciones puede tener su origen, naturalmente en características humanas del tipo del olvido o la postergación; pero el incumplimiento sugieren que la causa más probable es la información inadecuada o desorientadora por parte del médico.

La existencia de una relación en la cual hay confianza mutua, respeto y comunicación efectiva, ha demostrado ser un factor de gran importancia para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones.

La relación médico-paciente no puede considerarse aislada de otras influencias sociales, sino que forma parte de una secuencia ininterrumpida de experiencias. Tanto el médico como el paciente llevan a la consulta su propio conjunto de actitudes y creencias, prejuicios y expectativas. Estas reciben la influencia de factores como son la clase social, la edad, el origen étnico, los antecedentes sociales y educativos, y las experiencias pasadas.

Es difícil tener una relación estrecha con una persona o familiar sin involucrarse, hasta cierto grado, en sus problemas. Debe lograrse un equilibrio para que el médico se interese por el bienestar del paciente y a la vez, sea eficaz.

Una relación demasiado estrecha con el paciente aumenta la ansiedad en el proceso de toma de decisiones y menoscaba el buen juicio. El médico puede sentirse incapaz de tolerar la incertidumbre o de usar el tiempo como auxiliar diagnóstico.



RESUMEN

1. La relación médico-paciente es un componente integral del método y la práctica clínica. Facilita el ejercicio de la medicina integral, e influye en las decisiones de tratamiento.
2. Las características singulares de la medicina familiar (atención personal, completa y continua) facilitan el desarrollo de la relación médico-paciente.
3. Las características del médico que estimulan una relación positiva incluyen simpatía, empatía y honestidad.
4. Para que la relación tenga éxito y sea efectiva el médico requiere comprender la conducta humana, tener conciencia de sus propios sentimientos y saber cómo usarlos. También debe ser capaz de comunicarse en forma efectiva y sensible con pacientes y sus familiares.
5. Se ha visto que una buena relación médico-paciente constituye un factor de gran importancia que influye en el cumplimiento del tratamiento y las recomendaciones.
6. Una relación demasiado estrecha puede afectar en forma adversa el proceso clínico aumentando la ansiedad del médico, estimulando la dependencia del paciente o evitando que el médico conserve un grado conveniente de indiferencia emocional.(23).

PLANIFICACION FAMILIAR

Los programas de Planificación Familiar en sus inicios su objetivo fundamental fue el de control demográfico, pero no alcanzó los logros que se esperaban. (26).

En la Carta Magna de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4º. se establece:

“El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia”.

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. (27).

En base a ello se establecen normas generales de Planificación Familiar, su carácter voluntario con base en la educación de la población, protección del desarrollo y organización de la familia. Siendo este el primer cambio entre la política oficial sobre población. No es hasta 3 años posteriores donde se aprueba el Programa Nacional de Planificación Familiar, con establecimiento de metas demográficas a corto, mediano y largo plazo, estimándose reducir del 2-5 % (1982), al 1.9 % (1988) y al 1.0 % en el año 2000. (28).

En 1979 se formó el concepto de Riesgo Reproductivo el cual le daba un nuevo enfoque a la Planificación Familiar, pasando a ser ésta última, la parte básica en el desarrollo de este concepto por ser evidentemente preventiva para evitar los embarazos de alto riesgo. En otras palabras la prevención del embarazo de alto riesgo puede lograrse mediante el empleo de metodología anticonceptiva basado en el enfoque de riesgo reproductivo. (26).

Uno de los grupos más vulnerable a la enfermedad, la incapacidad y la muerte, es la población materno-infantil, toda vez que múltiples factores de riesgo inciden dentro de la edad reproductiva, el estado gravídico periperal y las etapas de crecimiento y desarrollo del niño, originando una incidencia alta de morbilidad y mortalidad.

Dentro de los elementos fundamentales para la atención integral de la mujer de los 15 a los 49 años de edad se encuentra la estimación del riesgo reproductivo existente en el periodo intergenésico, es decir, el grado de peligro de experimentar enfermedad, lesión ó muerte, que tienen tanto las mujeres del grado de edad mencionado como su producto, en caso de que se embaracen.(29).

Si se considera que la Planificación Familiar puede reducir la morbimortalidad materno-infantil, es indispensable el conocimiento de las causas de dicha mortalidad, sus relaciones con los factores de riesgo reproductivo y el efecto del empleo de métodos anticonceptivos.

Por lo tanto el Programa Nacional de Riesgo Reproductivo lleva la intención de difundir el conocimiento de las principales condiciones, características o patologías que colocan a una mujer en edad fértil en peligro de engendrar un embarazo de alto riesgo y orientar perfectamente la protección anticonceptiva a este grupo de población. Asimismo como la identificación sistemática

de mujeres con riesgo reproductivo y el desarrollo de labores educativas destinadas a favorecer el autocuidado de la salud.(26).

HISTORIA DE LA ANTICONCEPCION

La preocupación por evitar la concepción es un problema antiguo, la historia de los anticonceptivos es probablemente tan antigua como la raza humana.

Documentos antiguos de muchas y diferentes zonas del mundo atestiguan el deseo que siempre ha tenido la civilización, de evitar nacimientos no deseados.

Un texto médico chino escrito alrededor del año 2700 AC, contiene lo que seguramente es la prescripción médica de mayor antigüedad registrada para el control de la población, pero era un abortifaciente.

Las recetas médicas para anticoncepción más antiguas que se han encontrado fueron descubiertas en papiros egipcios. Se hablaba ya de un papiro encontrado en Egipto llamado *Petrie Papyrus*, que data del año 1850 AC. En el que se recomendaba el uso de diferentes sustancias intravaginales para impedir la concepción, ya que se suponía tenían efecto espermaticida ó por lo menos impediendo la movilidad de los espermatozoides. Estas sustancias prácticamente eran cremas vaginales.

En 1550 AC. Se escribe el famoso *Papiro de Ebers*, donde describe lo que probablemente fue el primer tapón medicinal. Una especie de lino empapado que consistía principalmente de acacia molida, planta que contiene goma arábiga y que al fermentar libera una especie de ácido láctico, sustancia que contiene propiedades espermaticidas y que todavía se reconoce como tal.

En la India el tema de anticoncepción fue tratado hace 1600 años y los trabajos médicos hindúes escritos en *Sánscrito* se refieren a métodos mágicos y también racionales como la abstinencia, los tapones y los medicamentos vaginales de sal de roca humedecida en aceite.

En China la primera referencia es la de un texto médico hace 1300 años y en la literatura erótica de muchas tierras registra otras prácticas diferentes.

En los tiempos bíblicos se menciona como método anticonceptivo el coito interrumpido o retiro. En el versículo 9, capítulo 38 del *Génesis* se lee; "Más sabiendo Onán que la sucesión no había de ser suya cuando se llegaba a la mujer de su hermano dejaba caer por tierra el semen para no proporcionar a su hermano descendencia". La actitud de Onán era condenada por Dios, por verter el semen fuera de la vagina; a esta práctica se le llamó onanismo.

Este método de control de la concepción es probablemente el más antiguo, efectivo, universalmente usado y aún se practica en muchos países desarrollados.

En realidad, aunque la supresión permanente de la concepción es prohibida por el código religioso judío, el *Talmud*, compilado entre los Siglos II y VI D.C. y que incluye tanto la doctrina como los comentarios de los rabines, aconseja esta practica especial cuando el embarazo pone en peligro la vida.

Para estos casos el *Talmud* también aconseja otros métodos, tales como el uso de esponjas vaginales, movimientos violentos para expulsar el semen y varios brebajes hechos con raíces para inducir la esterilidad en la mujer.

Con el advenimiento del cristianismo se consideró el sexo como un pecado, excepto en los casos de procreación. El *concilio Niceno*, 325 D.C. y por medio de San Agustín perdonó el acto sexual en el matrimonio siempre y cuando no hubiera ningún intento por evitar la concepción, tanto en pensamiento como en el acto.

La Grecia Clásica y Roma.- En el periodo clásico en Grecia, el control de la natalidad era un tema de activa discusión entre hombres como Platón, Aristóteles y los seguidores de Hipócrates. En la primera mitad del Siglo II Serano (98 - 138 D.C.), el más grande Ginecólogo de la antigüedad, escribió un tratado sobre la anticoncepción que permaneció como el más brillante y original escrito sobre este tema hasta el Siglo XIX. Su concepto sobre el útero y el embarazo era un poco imaginativo; sin embargo distingue claramente los anticonceptivos de los abortifacientes, menciona indicaciones y contraindicaciones para abortos y describe un número de pesarios oclusivos, tapones vaginales y el uso de soluciones astringentes y varios ácidos de frutas.

Más tarde los romanos contribuyeron a otros adelantos por medio de la vejiga de cabra como condón. A pesar de esta evidencia de conocimientos y precauciones, parece que sólo algunos pocos privilegiados tenían acceso a estos métodos, los que eran desconocidos para el ciudadano en Grecia o en Roma.

La primera mención de un condón como método anticonceptivo está en un escrito del año 1564 del anatomista italiano Fallopius quien describe el uso de un paño de lino sobre el pene como profilaxis. Los preservativos se empezaron a usar en el Siglo XVI, se fabricaban de cuero y víscera de animales. En el año de 1770 en Londres, Inglaterra se hicieron de membranas de pez o de intestino de oveja y eran dos veces más delgados que los condones modernos. Actualmente en algunas partes de Sudamérica ya idearon un condón vaginal; una vaina de grano de diez cms. de longitud que se abre por un extremo y se inserta en la vagina, el extremo abierto recibe el pene. Las mujeres de Sumatra se insertaban en la vagina una píldora con alto porcentaje de ácido tánico que actúa como tapón vaginal y como espermaticida.

El desarrollo de los medios técnicos de control de la concepción fue al principio lento pero recientemente y sin duda alguna en respuesta al creciente interés así como al resultado de la expansión de los recursos científicos, el progreso ha sido rápido.

La descripción de Falopio de una funda de lino sobre el pene puede ser considerada como el comienzo del desarrollo de los anticonceptivos modernos.

Sin embargo transcurrieron muchos años antes de la vulcanización del caucho en 1843-1844, esto dio lugar a la amplia disponibilidad del condón. Aunque algunas prácticas basadas en materiales de obstrucción o dispositivos colocados en la vagina fueron al parecer, usadas esporádicamente desde tiempos inmemoriales, el primer diafragma oclusivo vaginal fue introducido por Mensinga sólo a principios de 1880.

El precursor actual del dispositivo intrauterino fue un anillo de metal descrito por primera vez por Gafenberg en 1929. Sin embargo su uso fue descontinuado hasta que materiales modernos y la

reducción de las posibilidades de infección permitieron nuevamente la introducción de éste método. Finalmente el primero de los anticonceptivos orales "la píldora" ha estado disponible desde las publicaciones de Rock, Pincus y García en 1956-1958.

En México las investigaciones sobre anticoncepción se iniciaron a partir de 1944 y desde 1960 se inició la venta de hormonales. En México el conocimiento y difusión sobre hormonales y conceptos de planificación familiar por parte del médico y su personal constituye una obligación y necesidad de nuestra época, la idea de los anticonceptivos en nuestro País nace hace 20 años y toma cuerpo bajo características oficiales hasta 1974 en el contexto de la Ley General de Población y recibe en 1976 el impulso definitivo con el establecimiento del Plan Nacional de Planificación Familiar.(30).

Planificación Familiar dentro del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Con objeto de atender la demanda de Servicios Médicos para la regulación de la fecundidad, en enero de 1973 se puso en operación la campaña de Paternidad Responsable.

A mediados de la década de los setenta es cuando se intensifica y se amplían los servicios de Planificación Familiar.

A partir del año de 1975 se inició el Programa Institucional de Planificación Familiar, campaña de incorporación progresiva de las unidades tanto en el área Metropolitana como en el sistema foráneo, hasta llegar a finales de 1979 a su establecimiento prácticamente en todas las unidades.

En 1980 se inició la extensión formal de las actividades de Planificación Familiar en los puestos periféricos, lo que permitió ampliar la cobertura del ISSSTE. (29).

Actualmente este es uno de los programas prioritarios en la totalidad de las Unidades de Medicina Familiar y su cobertura incluye personal no derechohabiente entre los cuales se considera a aquellos que no cuentan con una atención médica o Seguridad Social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En ocasiones el médico familiar en su ejercicio profesional no se ha sentido satisfecho, ello se ha debido a varias razones:

- 1 - No se tiene a la familia como unidad de salud, sino algunos miembros de la familia.
- 2 - No tiene una población fija a quién atender, ella cambia constantemente, es población "flotante".
- 3 - No conoce los objetivos de la medicina familiar, ni conoce cómo se le evalúa.
- 4 - No sabe hacer un diagnóstico de salud familiar (natalidad, mortalidad, hacinamiento, escolaridad) y por lo tanto no puede establecer programas de salud adecuados.

La atención actual otorgada en las Unidades de Medicina Familiar del I.S.S.S.T.E. ha dejado mucho que desear, provocando en los usuarios así como en el Médico una sensación de insatisfacción ya que no se ha logrado el manejo idóneo de los problemas de salud que ha diario se presentan.

Esto es debido a que existe un desconocimiento del ambiente psicosocial en el cual se desenvuelve el derechohabiente y que debiera ser conocido por el médico para un mejor entendimiento del problema de salud que se presente, por otro lado existe la discontinuidad en el manejo de los pacientes, lo que ocasiona una mala relación médico-paciente lo que entorpece manejo diagnóstico como terapéutico y sobre todo preventivo de las patologías de estos pacientes.

Todo lo anterior redundando en un fracaso en la implantación de un manejo óptimo de la salud como de la enfermedad. Así la impartición de la atención médica en las Unidades del I.S.S.S.T.E. ha dejado, hasta la fecha, mucho que desear, ya que no se ha logrado hacerla en forma integral y continua.

¿Cómo establecer un programa de prevención en los Derechohabientes para otorgar una promoción de salud y una atención adecuada a través de un Diagnóstico y Tratamiento oportunos ?

Mediante el conocimiento de las características de la población como son la formación de núcleo familiar, pirámide poblacional, su estructura, tipología, diagnóstico familiar y sus principales causas de consulta que se clasificarán por grupos de riesgo de acuerdo a la edad y sexo.

5. - JUSTIFICACION

Es importante la aplicación de un sistema de Atención Médico Familiar dentro de la clínica de medicina familiar Morelos del I.S.S.S.T.E. para intentar cambiar el sistema actual para otorgar la atención médica por niveles en donde el primer contacto sea a través de un médico familiar, capaz de desarrollar acciones en los campos de la prevención y conservación de la salud, el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz en la curación de los enfermos.

6.-OBJETIVOS

General:

Identificar plenamente las características bio-psico-socio-culturales y económicas de la población adscrita al consultorio número 7 en el turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar Morelos I. S. S. T. E. en el D. F. y proporcionar atención médica integral a dicha población.

Específicos:

- a) Identificar y conocer los grupos etareos que conforman la pirámide poblacional adscrita al consultorio número 7 de la Clínica de Medicina Familiar Morelos del I.S.S.T.E. en el turno matutino
- b) Identificar a los diversos grupos de riesgo (infantil, reproductivo, enfermedades Crónico-Degenerativas)
- c) Conocer las diez principales causas de consulta .
- d) Optimizar la prestación de los Servicios Medicos para conservar la salud física y mental del núcleo familiar derechohabiente.
- e) Identificar a través del diagnóstico familiar desde el punto de vista social, su estructura, el diagnóstico certero y tratamiento oportuno y adecuado.
- f) Mejorar la relación Médico-Paciente.

7.-METODOLOGIA

7.1-Tipo de estudio:

Descriptivo
Retrospectivo
Transversal
Fundamentada básicamente en
--Censo poblacional

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Estudio de la Comunidad
- Identificación de las causas de consultas.

7.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

Población adscrita al consultorio número 7 del turno matutino en la Clínica de Medicina Familiar Morelos del I. S. S. T. E. del 1 de septiembre al 31 de diciembre de 1997.

7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

No probabilística en muestreo por cuota Sampling

Tamaño de 200 del total de familias adscritas al consultorio 7 de la Clínica de Medicina Familiar Morelos del I. S. S. T. E.

7.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Inclusión : Población usuaria al consultorio número 7 del turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar Morelos del I.S.S.S.T.E. y que cuentan con expediente en el Archivo Clínico.

Exclusión : Población no usuaria al consultorio número 7 del turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar Morelos del I.S.S.S.T.E.

Pacientes que no desearon participar en el estudio.

Eliminación : Población sin expediente clínico dentro de la Unidad de Medicina Familiar Morelos. del I.S.S.S.T.E.

7.5 Información a recolectar. Variables a recolectar.

Para el Censo Poblacional : Las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, dependiendo del caso, se consideran las variables de :

Número total de individuos

Número total de individuos del sexo masculino

Número total de individuos del sexo femenino

Número total de individuos del sexo masculino por grupos etareos
Número total de individuos del sexo femenino por grupos etareos.
Los grupos etareos se establecen en una amplitud de clase de 5 años.

Para el estudio de comunidad las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal y se identifican las siguientes:

Nombre de la familia
Estado Civil
Años de unión conyugal
Edad del padre
Edad de la madre
Escolaridad del padre
Escolaridad de la madre
Método de Planificación Familiar:
DIU , Hormonal (oral-inyectable), Quirúrgico(OTB-Vasectomía) , Ritmo ,Condón.
Número de hijos (Hasta de 10 años de edad)
Número de hijos (De 11 a 19 años de edad)
Número de hijos (De 20 o más años de edad)
Tipo de Familia:
Desarrollo : Moderna o Tradicional,
Demografía : Urbana o semiurbana
Composición : Nuelear, Extensa, Compuesta.
Ingresos económicos aproximados:
Menos de un salario mínimo
De 2 a 3 salarios mínimos
3 o más salarios mínimos.
Ocupación de los padres de familia: Profesional, Empleado, Hogar .
Etapas del ciclo vital familiar:
Expansión, Dispersión, Independencia, Retiro.

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

Los diez motivos de consulta, por grupos de edad y sexo.

7.6 Método o procedimiento para capturar la información.

Censo Poblacional : Se realizó al identificar en el archivo clinico todos los expedientes clinicos de las familias adseritas y en estudio y que se clasificaron mediante núcleos familiares del consultorio número 7 del turno matutino de la Clínica de Medicina Familiar Morelos del I.S.S.S.T.E.

En el estudio de Comunidad se aplicó directamente la cédula recolectora al padre o la madre de familia estudiada.

El censo de consulta se recabara de la hoja del reporte diario del Médico del año 1997. Del 1 de enero al 31 de diciembre.

7.7 Consideraciones éticas-

Se aplicaran de acuerdo a los lineamientos contenidos en la "Declaración de Helsinki" Promulgada en la 18ª. Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, en 1964 y ratificada en Tokio, Japón, en 1975.

En nuestro país, la legislación está contenida en la Ley General de Salud, de dónde se desprende el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud publicada en el Diario Oficial en 1984 (31,32).

8. -RESULTADOS

8.1-Descripción de los resultados

El presente estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de un Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) en el consultorio número 7 de la Clínica Morelos del ISSSTE, en el D.F., se llevó a cabo en tres fases.

La fase 1 consistió en la investigación y realización de una pirámide poblacional de los derechohabientes adscritos al Consultorio número 7 y a la Clínica Morelos siendo los grupos etareos de 5 años cada uno, utilizando como fuente de datos, el archivo clínico.

La fase 2 fue la aplicación de una encuesta (censo poblacional; anexo 1) a los jefes de familia adscritos al Consultorio 7 en muestreo por cuotas (Cuota Sampling) estimadas en (n=200) del 1 de noviembre de 1998 al 28 de febrero de 1999.

La fase 3 se llevó a cabo con el análisis de las 10 principales causas de consulta de la población adscrita al Consultorio 7 del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

A continuación se muestran los resultados obtenidos.

FASE I.

PIRAMIDE POBLACIONAL (POBLACION ADSCRITA).

La población adscrita se divide en las siguientes colonias: Azteca (754 derechohabientes), Felipe Angeles (800 derechohabientes), Damián Carmona (794 derechohabientes), Revolución (990 derechohabientes), Francisco I. Madero (21 derechohabientes), (Tablas 1 a 5; Gráficas 1 a 5 respectivamente).

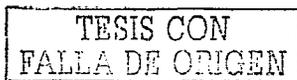
La población total del consultorio número 7 de la Clínica Morelos del ISSSTE es de 3359 derechohabientes. (Tabla N° 6, Gráfica N° 6).

Siendo el grupo femenino mayoritario, representado por un total de 1928 (57. 39%) del total de la población (Tabla N° 7, Gráfica N° 7) siendo el grupo masculino representado por un total de 1431; (42. 61 %) del total de la población. (Tabla N°7, Gráfica N° 8).

Existe una población de Riesgo Infantil (0-4 años) total de 210; siendo el grupo femenino de 121 lo que representa el 10. 89 % del total de la población femenina; el grupo masculino es de 89 lo que representa el 6. 21 % del total de la población masculina (Tabla N° 8, Gráfica N° 9).

Existe una población para Riesgo de Fiebre Reumática (5-14 años) de 460; lo que representa el 12. 92 % del total de la población, siendo el grupo femenino de 261 lo que representa el 13. 53 % y el grupo masculino de 199 lo que representa el 13. 90 % de la población total (Tabla N° 9, Gráfica N°10).

El grupo femenino en edad de Riesgo Reproductivo (15 - 49 años) es de 884 en total, lo que representa el 45. 85 % de la población total.



Siendo por grupos etareos los siguientes datos: De 15 a 19 años (129 lo que representa el 6. 69 %); de 20 a 24 años (135 lo que representa el 7. 00 %); de 25 a 29 años (125 lo que representa el 6. 48 %); de 30 a 34 años (128 lo que representa el 6. 63 %); de 35 a 39 años (124 lo que representa el 6. 43%); de 40 a 44 años (122 lo que representa el 6. 32 %); de 45 a 49 años (121 lo que representa el 6. 27 %) del total de la población femenina. (Tabla N° 10, Gráfica N° 11).

La población de adultos mayores (70 años o más) es de 222 para el grupo femenino (11. 51%) y de 160 para el grupo masculino (11. 37 %) del total de la población adscrita al Consultorio 7. (Tabla N° 11, Gráfica N°12).

FASE 2.

ESTRUCTURA FAMILIAR DE (n=200).

En cuanto al Cielo Vital Familiar del grupo en estudio se dieron los siguientes datos:

20 familias (10 %) se encuentran en fase de Expansión; 60 familias (30 %) en fase de Dispersión; 32 (16 %) en fase de Independencia y 88 (44 %) en fase de Retiro (Tabla N° 12; Gráfica N° 13)

En cuanto a su Integración se dieron estos datos:

80 familias (40 %) están Integradas; 24 familias (12 %) se encuentran Semi-Integradas; 84 (42 %) se encuentran Desintegradas y 12 (6%) de esas familias son personas que viven solas. (Tabla N° 13; Gráfica N° 14).

En cuanto a su Desarrollo:

136 familias (68%) son Modernas y 64 (32%) son Tradicionales (Tabla N°14; Gráfica N° 15).

En cuanto a su Composición:

120 familias (60%) son del tipo Nuclear; 64 (32%) son Extensas y 16 (8%) son Extensas Compuestas (Tabla N°15; Gráfica N° 16).

En cuanto a su Demografía:

Las 200 familias (100 %) son de Tipo Urbano (Tabla N°16; Gráfica N°17).

Por su Actividad Laboral:

Existen 22 (11%) familias en las cuales uno de los padres es Profesionista; en 118 (59%) familias laboran como Empleados; 28 (14 %) se dedican al hogar y 32 (16 %) se encuentran jubilados (Tabla N° 17; Gráfica N° 18).

Descripción de elementos socioculturales y económicos.

La escolaridad con que cuentan los padres es del 16 % (32) para los de estudios a nivel Licenciatura; 41% (82) los que cuentan con preparatoria; 18% (36) cuentan con secundaria completa; 13 % (26) con secundaria incompleta; 7 % (14) primaria completa y el 5 % (10) con primaria incompleta. La escolaridad de las madres es 10 % (20) nivel Licenciatura; 11% (22) con Preparatoria; 3.5 % (7) nivel Técnico; 12 % (24) Carrera comercial; 24 % (48) con secundaria completa; 3% (6) secundaria incompleta; 10 % (20) Primaria Completa; 20% (40) Primaria Incompleta; 6.5 (13) son analfabetas.

De las familias estudiadas y que reciben menos de un sueldo mínimo el 4 % (8 familias) son divorciadas, el 2% (4 familias) está formada por personas que son solteras; el 18% (36 familias) son personas viudas.

De las que tienen como ingreso entre dos y tres salarios mínimos el 6 % (12 familias) son divorciada; el 4 % (8 familias) está compuesta por personas solas; el 7 % (14 familias) son viudas; el 28 % (56 familias) son casadas; y el 6 % (12 familias) viven en unión libre.

De los que tienen ingresos de tres salarios mínimos el 4% (8 familias) son divorciadas; el 3 % (6 familias) son viudas; el 10 % (20 familias) son casadas y el 6 % (12 familias) que viven en unión libre.

El promedio de años de casados es de 17.19 (con una desviación estándar de +-15. 40). La edad de los Padres tiene como promedio 31.14 años (con una desviación estándar de +- 14. 64); la edad de las Madres tiene como promedio 41.70 (con una desviación estándar de +- 15.16)

El número de hijos menores de 10 años de las familias estudiadas fue en promedio de 0.625; el de edades entre 11-19 años fue en promedio de 0.475 y para los comprendidos entre 20 o más fue de 1.425.

De las familias estudiadas (n=200) 16 familias (8%) utilizan como método anticonceptivo el DIU; 8 familias (4 %) utilizan hormonales orales; 8 familias (4 %) utilizan hormonales inyectables; 48 familias (24 %) con OTB; 8 familias (4 %) utilizan el Ritmo; 32 familias (16 %) utilizan el preservativo; 4 (2 %) con vasectomía; y 76 familias (38 %) no utilizan ningún método de anticoncepción. (Tabla N°18; Gráfica N° 19).

FASE 3

Las principales causas de consulta:

En cuanto a las 10 principales causas de consulta puede verse que las infecciones de vías respiratorias altas, al igual que en muchas más estadísticas sigue ocupando el 1er. Lugar, seguida de las Enfermedades Crónico-Degenerativas (Hipertensión Arterial S. y la Diabetes Mellitus No Insulino dependiente); siguiendo en orden de frecuencia los accidentes que incluyen desde contusiones simples hasta fracturas óseas, resalta en 5to. lugar las micosis tanto del tipo ungueal como plantar; en el 6to. lugar se aprecia la colitis sobre todo del tipo irritable; la artritis mono y poliarticular en 7º lugar; las infecciones de Vías Urinarias Bajas ocupan un 8avo. Lugar; siendo de las menos frecuentes, no por eso menos importantes, las alteraciones digestivas del tipo

infeccioso agudo (gastroenteritis) como del tipo crónico como la Enfermedad Acido-Péptica que ocupan en esta Estadística un 9º y 10º lugar. (Tabla N° 19; Gráfica N° 20).

La anterior estadística es reflejo del incremento en el promedio de años de vida al nacer. Se dice que en 1950 era de 47 años y para 1995 se estimó en 72. (33). Por tanto esto implica un mayor riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas, y de procesos infecto-contagiosos ya que existe un mayor número de personas que pasan de los 70 años; así como el aumento de los factores de riesgo de accidentes y lesiones que conforman el estilos de vida moderno sobre todo en una Ciudad como la nuestra. En base también a esta estadística vale la pena considerar los padecimientos originados por el aspecto tensional; tanto la colitis como la misma Enfermedad Ácido - Péptica que son también padecimientos reflejo del estilo de vida actual.

POBLACION ASIGNADA AL CONSULTORIO N° 7 CLINICA MORELOS, ISSSTE.

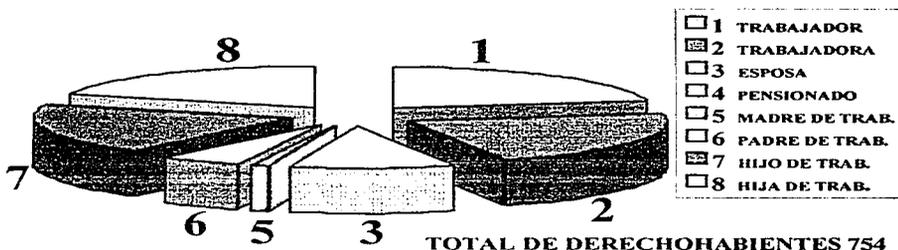
POR COLONIA Y TIPO DE DERECHOHABIENTE

| NOMBRE DE LA COLONIA | TIPO DE DERECHOHABIENTE | | | | | | | | TOTAL |
|----------------------|-------------------------|-------------|--------|------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|-------|
| | TRABAJADOR | TRABAJADORA | ESPOSA | PENSIONADO | MADRE DEL TRAB. | PADRE DEL TRAB. | HIJO DEL TRAB. | HIJA DEL TRAB. | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| AZTECA | 166 | 165 | 78 | 0 | 7 | 38 | 150 | 150 | 754 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

TABLA N°1

COLONIA AZTECA



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

GRAFICA N°1

POBLACION ASIGNADA AL CONSULTORIO N° 7 CLINICA MORELOS, ISSSTE.

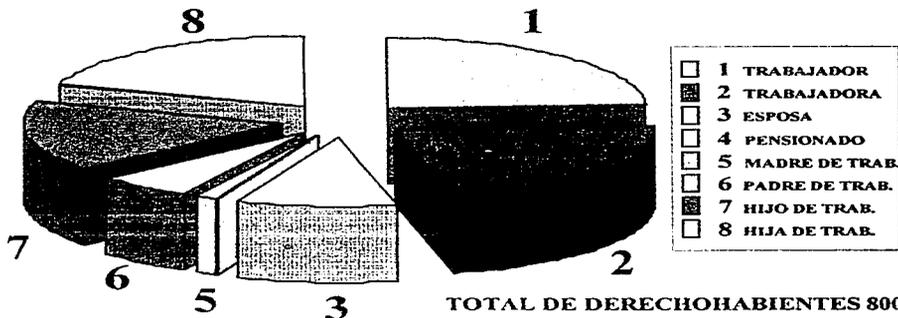
POR COLONIA Y TIPO DE DERECHOHABIENTE

| NOMBRE DE LA COLONIA | TIPO DE DERECHOHABIENTE | | | | | | | | TOTAL |
|----------------------|-------------------------|-------------|--------|------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|-------|
| | TRABAJADOR | TRABAJADORA | ESPOSA | PENSIONADO | MADRE DEL TRAB. | PADRE DEL TRAB. | HIJO DEL TRAB. | HIJA DEL TRAB. | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| FELIPE ANGELES | 196 | 176 | 80 | 0 | 11 | 49 | 129 | 159 | 800 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

TABLA N°2

COLONIA FELIPE ANGELES



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

GRAFICA N°2

POBLACION ASIGNADA AL CONSULTORIO N° 7 CLINICA MORELOS, ISSSTE.

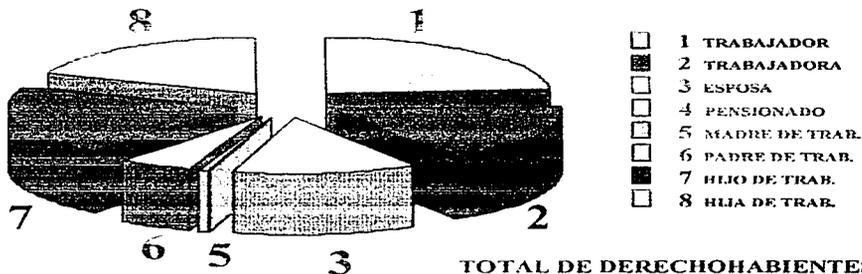
POR COLONIA Y TIPO DE DERECHOHABIENTE

| NOMBRE DE LA COLONIA | TIPO DE DERECHOHABIENTE | | | | | | | | TOTAL |
|----------------------|-------------------------|-------------|--------|------------|----------------|----------------|---------------|---------------|-------|
| | TRABAJADOR | TRABAJADORA | ESPOSA | PENSIONADO | MADRE DE TRAB. | PADRE DE TRAB. | HIJO DE TRAB. | HIJA DE TRAB. | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| DAMIAN CARMONA | 190 | 137 | 105 | 0 | 7 | 42 | 163 | 150 | 794 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE

TABLA N°3

COLONIA DAMIAN CARMONA



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

GRAFICA N°3

POBLACION ASIGNADA AL CONSULTORIO N° 7 CLINICA MORELOS, ISSSTE.

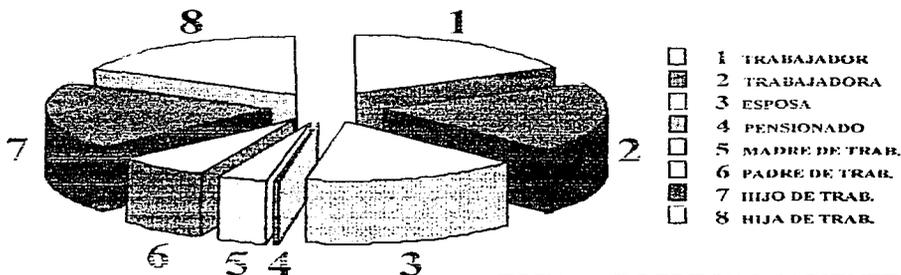
POR COLONIA Y TIPO DE DERECHOAHIENTE

| NOMBRE DE LA COLONIA | TIPO DE DERECHOAHIENTE | | | | | | | | TOTAL |
|----------------------|------------------------|-------------|--------|------------|-----------------|---------------|----------------|----------------|-------|
| | TRABAJADOR | TRABAJADORA | ESPOSA | PENSIONADO | MADRE DEL TRAB. | PADE DE TRAB. | HIJO DEL TRAB. | HIJA DEL TRAB. | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| REVOLUCION | 172 | 194 | 157 | 2 | 36 | 65 | 187 | 177 | 990 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE

TABLA N°4

COLONIA REVOLUCION



TOTAL DE DERECHOAHIENTES 990

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

GRAFICA N°4

POBLACION ASIGNADA AL CONSULTORIO N° 7 CLINICA MORELOS, ISSSTE.

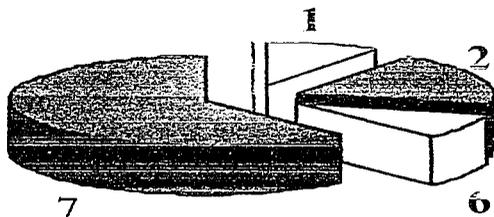
POR COLONIA Y TIPO DE DERECHOHABIENTE

| NOMBRE DE LA COLONIA | TIPO DE DERECHOHABIENTE | | | | | | | | TOTAL |
|----------------------|-------------------------|-------------|--------|------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|-------|
| | TRABAJADOR | TRABAJADORA | ESPOSA | PENSIONADO | MADRE DEL TRAB. | PADRE DEL TRAB. | HIJO DEL TRAB. | HIJA DEL TRAB. | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| FCO. I. MADERO | 2 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 | 0 | 21 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

TABLA N°5

COLONIA FRANCISCO I. MADERO



- 1 TRABAJADOR
- 2 TRABAJADORA
- 3 ESPOSA
- 4 PENSIONADO
- 5 MADRE DE TRAB.
- 6 PADRE DE TRAB.
- 7 HIJO DE TRAB.
- 8 HIJA DE TRAB.

TOTAL DE DERECHOHABIENTES 21

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE.

GRAFICA N°5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

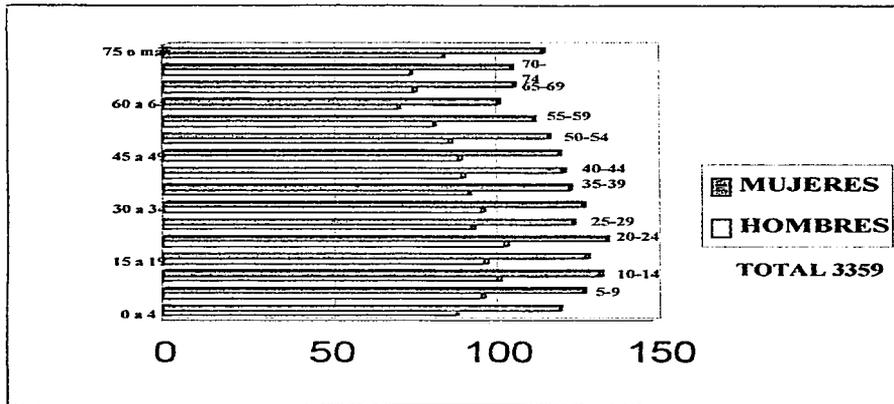
PIRAMIDE POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| EDADES | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75 O MAS | TOTAL |
|---------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|
| HOMBRES | 89 | 97 | 102 | 98 | 104 | 94 | 97 | 93 | 91 | 90 | 87 | 82 | 71 | 76 | 75 | 85 | 1431 |
| MUJERES | 121 | 128 | 133 | 129 | 135 | 125 | 128 | 124 | 122 | 121 | 118 | 113 | 102 | 107 | 106 | 116 | 1928 |
| TOTAL | 210 | 225 | 235 | 227 | 239 | 219 | 225 | 217 | 213 | 211 | 205 | 195 | 173 | 183 | 181 | 201 | 3359 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS, ISSSTE AÑO 1998.

TABLA N°6



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS, ISSSTE AÑO 1998.

GRAFICA N°6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

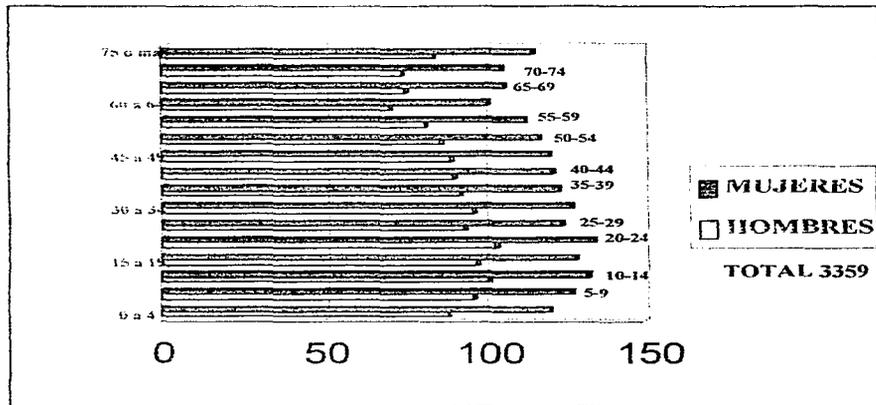
PIRAMIDE POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| EADES | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75 O MAS | TOTAL |
|---------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|
| HOMBRES | 89 | 97 | 102 | 98 | 104 | 94 | 97 | 93 | 91 | 90 | 87 | 82 | 71 | 76 | 75 | 85 | 1431 |
| MUJERES | 121 | 128 | 133 | 129 | 135 | 125 | 128 | 124 | 122 | 121 | 118 | 113 | 102 | 107 | 106 | 116 | 1928 |
| TOTAL | 210 | 225 | 235 | 227 | 239 | 219 | 225 | 217 | 213 | 211 | 205 | 195 | 173 | 183 | 181 | 201 | 3359 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE AÑO 1998.

TABLAN°6



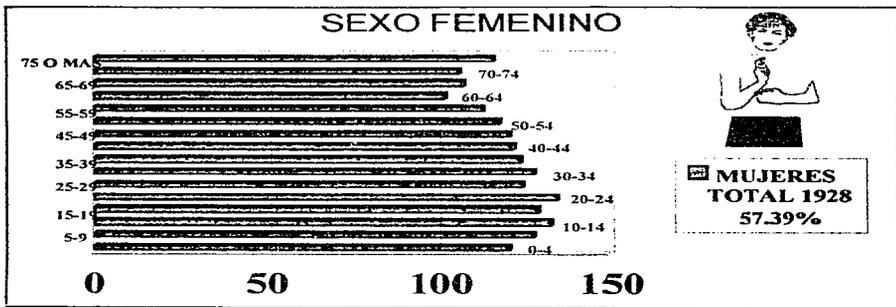
FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE AÑO 1998.

GRAFICA N°6

PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPO ETAREO, CONSULTORIO N° 7 CLINICA MORELOS, ISSSTE.

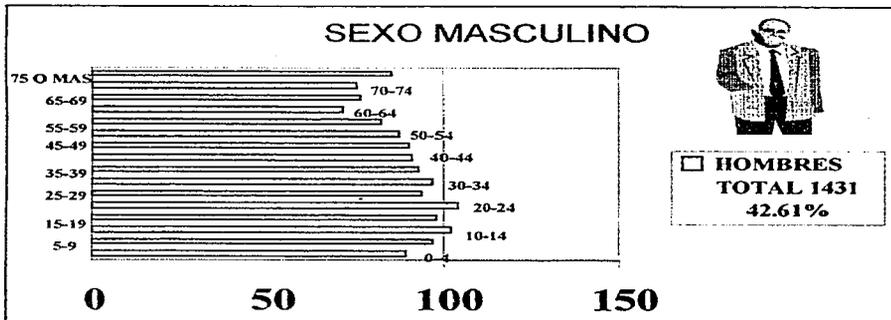
| | | |
|---------|------|--------|
| MUJERES | 1928 | 57.39% |
| HOMBRES | 1431 | 42.61% |
| TOTAL | 3359 | 100% |

TABLA N°7



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE AÑO DE 1998.

GRAFICA N°7



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE AÑO DE 1998.

GRAFICA N°8

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

POBLACION DE RIESGO INFANTIL

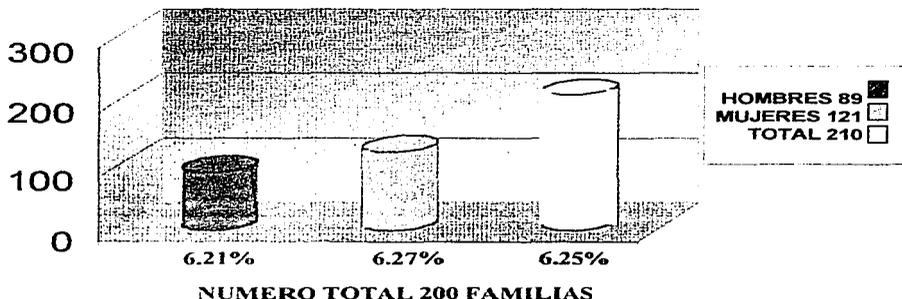
CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

POR SEXOS DE 0 A 4 AÑOS

| EDADES | 0-4 | % |
|---------|-----|------|
| HOMBRES | 89 | 6.21 |
| MUJERES | 121 | 6.27 |
| TOTAL | 210 | 6.25 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE AÑO 1998.

TABLA N°8



NUMERO TOTAL 200 FAMILIAS

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS, ISSSTE AÑO 1998

GRAFICA N°9

POBLACION DE RIESGO PARA FIEBRE REUMATICA

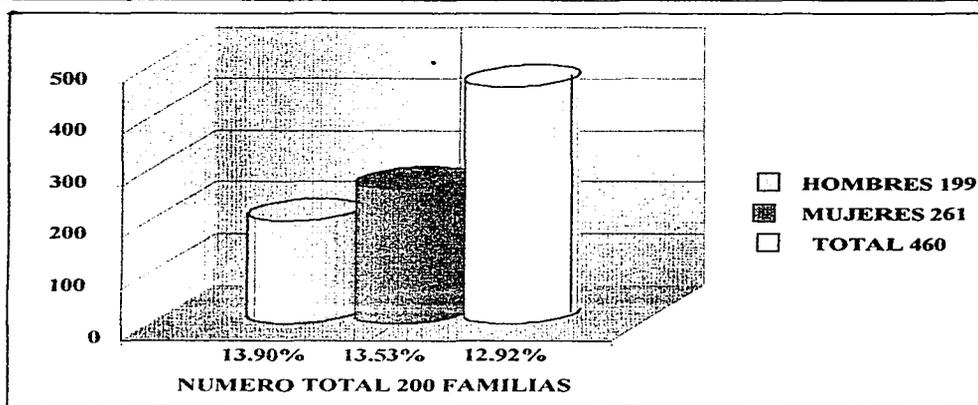
CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

POR SEXO DE 5 A 14 AÑOS

| EDADES | 5--14 | % |
|---------|-------|-------|
| HOMBRES | 199 | 13.90 |
| MUJERES | 261 | 13.53 |
| TOTAL | 460 | 12.92 |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS, ISSSTE AÑO 1988.

TABLA N°9



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS, ISSSTE AÑO 1988.

GRAFICA N°10

POBLACION FEMENINA EN RIESGO REPRODUCTIVO

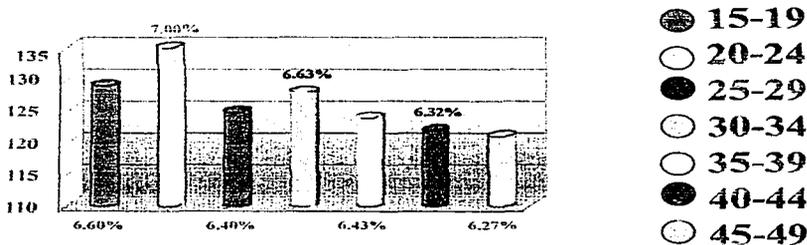
CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

DE 15 A 49 AÑOS

| EDADES | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | TOTAL |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| MUJERES | 129 | 135 | 125 | 128 | 124 | 122 | 121 | 884 |
| % | 6.60% | 7.00% | 6.40% | 6.63% | 6.43% | 6.32% | 6.27% | 45.85% |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS, ISSSTE AÑO 1998

TABLA N°10



NUMERO TOTAL 200 FAMILIAS

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS, ISSSTE AÑO 1998

GRAFICA N°11

POBLACION DE ADULTOS MAYORES

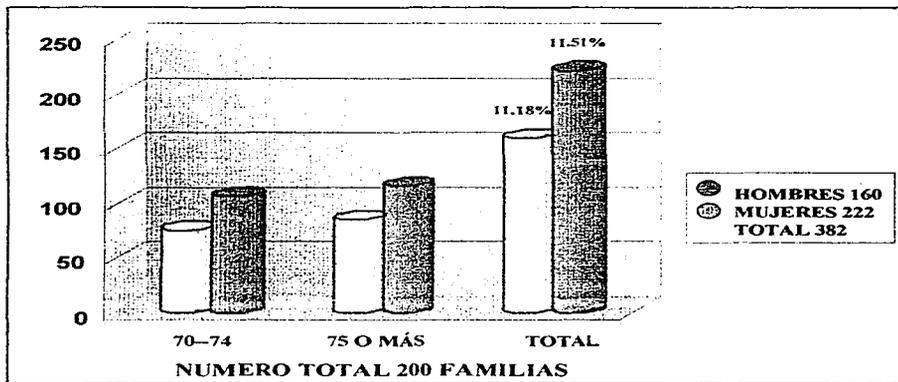
CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

POR SEXOS DE 70 AÑOS O MAS

| EDADES | 70-74 | 75 O MÁS | TOTAL | % |
|---------|-------|----------|-------|--------|
| HOMBRES | 75 | 85 | 160 | 11.18% |
| MUJERES | 106 | 116 | 222 | 11.51% |
| TOTAL | 181 | 201 | 382 | 11.37% |

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE AÑO 1998

TABLA N°11



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, CLINICA MORELOS ISSSTE AÑO 1998

GRAFICA N°12

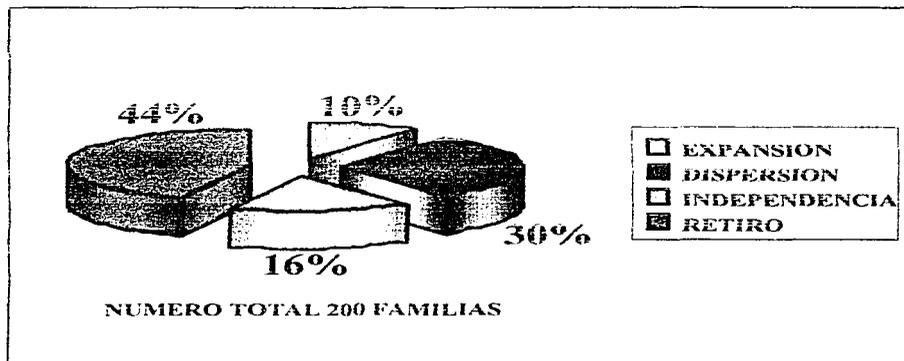
CLASIFICACION DE LA FAMILIA DE ACUERDO A SU CICLO VITAL

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| | | |
|----------------------|------------|-------------|
| EXPANSION | 20 | 10% |
| DISPERSION | 60 | 30% |
| INDEPENDENCIA | 32 | 16% |
| RETIRO | 88 | 44% |
| TOTAL | 200 | 100% |

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

TABLA N°12



FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

GRAFICA N°13

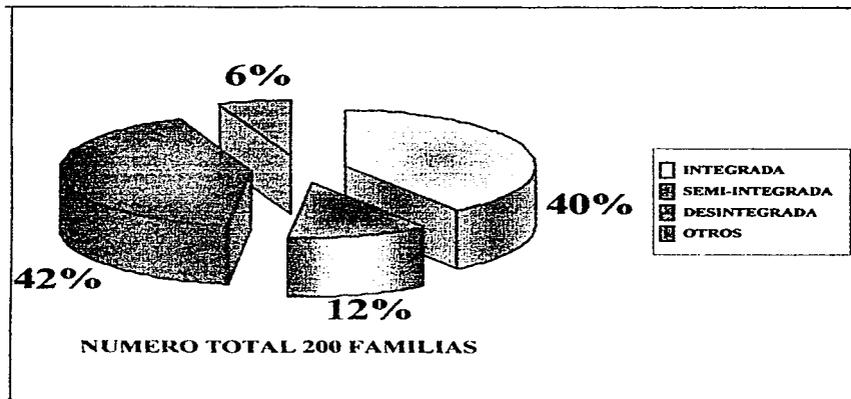
CLASIFICACION DE LA FAMILIA DE ACUERDO A SU INTEGRACION

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| | | |
|-----------------------|------------|-------------|
| INTEGRADA | 80 | 40% |
| SEMI-INTEGRADA | 24 | 12% |
| DESINTEGRADA | 84 | 42% |
| OTROS | 12 | 6% |
| TOTAL | 200 | 100% |

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

TABLA N°13



FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

GRAFICA N°14

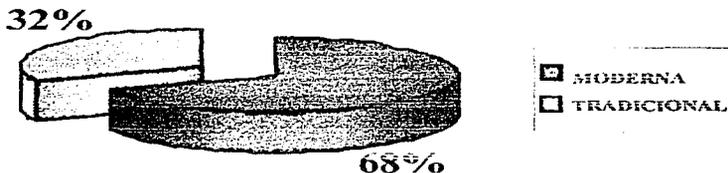
CLASIFICACION DE LA FAMILIA DE ACUERDO A SU DESARROLLO

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| | | |
|--------------------|------------|-------------|
| MODERNA | 136 | 68% |
| TRADICIONAL | 64 | 32% |
| TOTAL | 200 | 100% |

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

TABLA N°14



NUMERO TOTAL 200 FAMILIAS

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

GRAFICA N°15

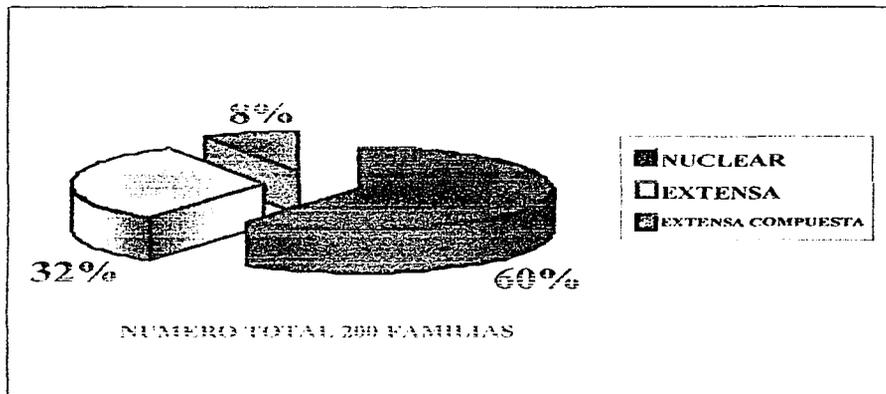
CLASIFICACION DE LA FAMILIA DE ACUERDO A SU COMPOSICION

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| | | |
|--------------------------|------------|-------------|
| NUCLEAR | 120 | 60% |
| EXTENSA | 64 | 32% |
| EXTENSA COMPUESTA | 16 | 8% |
| TOTAL | 200 | 100% |

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

TABLA N°15



FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

GRAFICA N°16

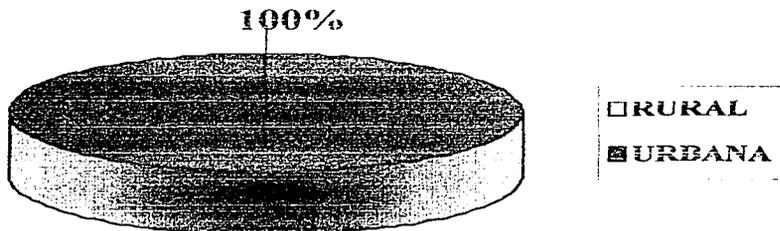
CLASIFICACION DE LA FAMILIA DE ACUERDO A SU DEMOGRAFIA

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| | | |
|---------------|------------|-------------|
| RURAL | 0 | 0% |
| URBANA | 200 | 100% |
| TOTAL | 200 | 100% |

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

TABLA N°16



NÚMERO TOTAL 200 FAMILIAS

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

GRAFICA N°17

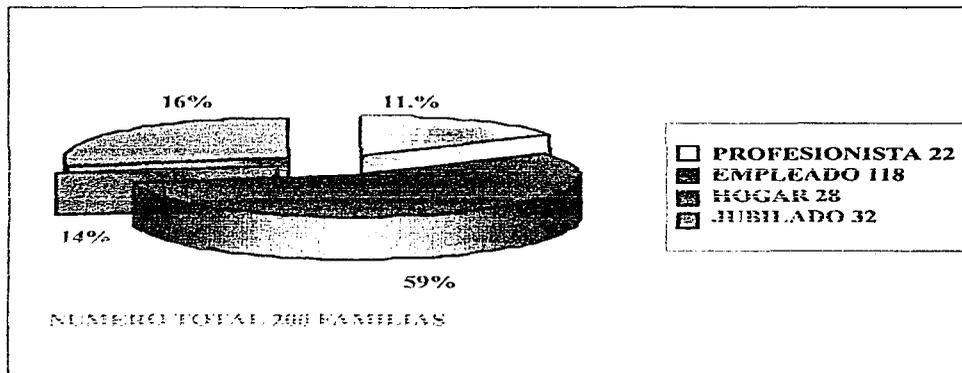
CLASIFICACION DE LA FAMILIA DE ACUERDO A LA OCUPACION DE LOS PADRES

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| OCUPACION | PADRE | MADRE | TOTAL | % PADRE | % MADRE | TOTAL |
|---------------|-------|-------|-------|---------|---------|-------|
| PROFESIONISTA | 16 | 6 | 22 | 8% | 3% | 11% |
| EMPLEADO | 56 | 62 | 118 | 28% | 31% | 59% |
| HOGAR | 0 | 28 | 28 | 0% | 14% | 14% |
| JUBILADO | 28 | 4 | 32 | 14% | 2% | 16% |
| TOTAL | 100 | 100 | 200 | 50% | 50% | 100% |

FUENTE. CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

TABLA N°17



FUENTE. CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE DE 1998 A FEBRERO DE 1999

GRAFICA N°18

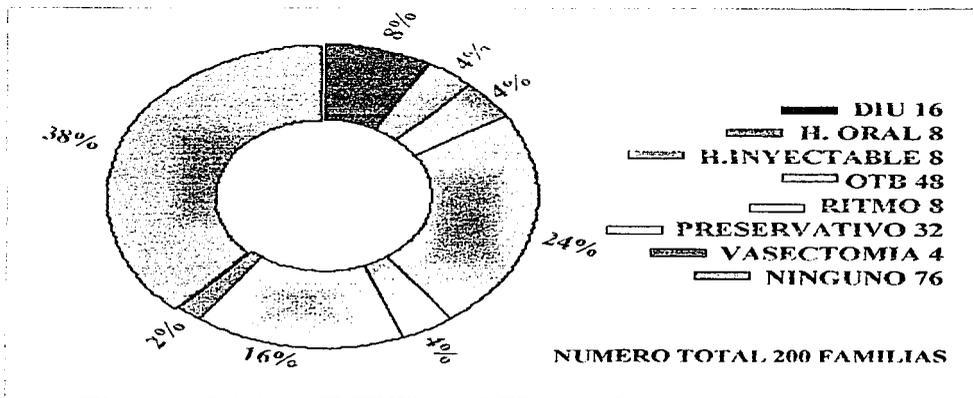
MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

CONSULTORIO N° 7, CLINICA MORELOS ISSSTE

| METODOS | TOTAL | % |
|------------------------|-------|------|
| DIU | 16 | 8% |
| HORMONALES ORALES | 8 | 4% |
| HORMONALES INYECTABLES | 8 | 4% |
| OTB | 48 | 24% |
| RITMO | 8 | 4% |
| PRESERVATIVO | 32 | 16% |
| VASECTOMIA | 4 | 2% |
| NINGUNO | 76 | 38% |
| TOTAL | 200 | 100% |

FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE 1998 A FEBRERO DE 1999

TABLA N°18



FUENTE: CENSO POBLACIONAL NOVIEMBRE 1998 A FEBRERO DE 1999

GRAFICA N°19

PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES EN EL AÑO DE 1997

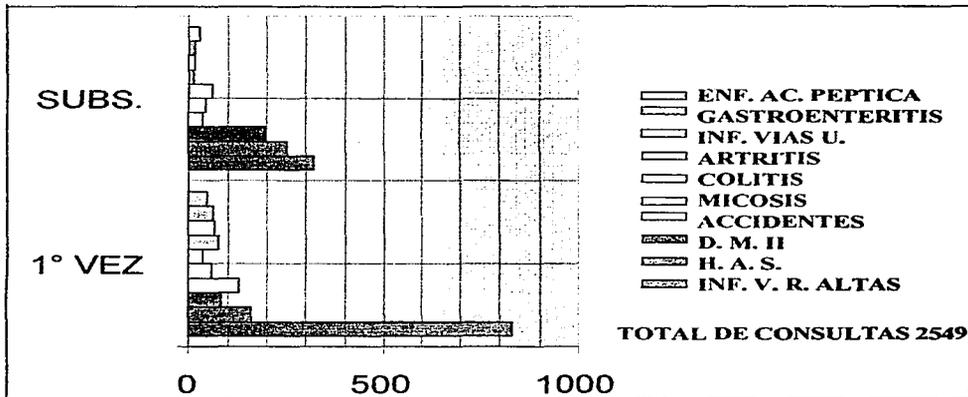
CLINICA MORELOS ISSSTE, CONSULTORIO N°7

TIPO DE CONSULTA

| PADECIMIENTOS | 1° VEZ | SUBS. | TOTAL |
|---------------------|-------------|------------|-------------|
| INF. V. R. ALTAS | 830 | 323 | 1153 |
| H. A. S. | 160 | 254 | 414 |
| D.M. TIPO II | 85 | 196 | 281 |
| ACCIDENTES | 128 | 38 | 166 |
| MICOSIS | 62 | 44 | 106 |
| COLITIS | 36 | 61 | 97 |
| ARTRITIS | 75 | 14 | 89 |
| INF. VIAS URINARIAS | 68 | 16 | 84 |
| GASTROENTERITIS | 66 | 16 | 82 |
| ENF. AC. PEPTICA | 47 | 30 | 77 |
| TOTAL | 1557 | 992 | 2549 |

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA, CLINICA MORELOS ISSSTE 1997

TABLA N°19



FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA, CLINICA MORELOS ISSSTE 1997

GRAFICA N°20



9. -Discusión de los resultados encontrados.

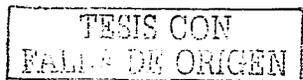
De los resultados obtenidos se puede apreciar que la población adscrita al Consultorio número 7 de la Clínica Morelos del I.S.S.S.T.E. en el D.F. es predominantemente femenina, siendo entre las edades de 20-24 años la población mayoritaria (en ambos sexos), en cuanto a la población infantil hasta de 14 años con un total de 670 derechohabientes (19.94 % de la población total) como factor de riesgo para Fiebre Reumática y Enfermedades Infecciosas sobre todo hay que reforzar el aspecto preventivo y manejo terapéutico adecuado para disminuir estos riesgos así como otros más; siendo en cuanto a Riesgo Reproductivo el 45.85 % de la población femenina, dándose la situación de que la mayoría de la población del consultorio número 7 no utiliza ningún método anticonceptivo y sobre la cual se debe de trabajar para dar a conocer las ventajas de una anticoncepción y promover la Salud Reproductiva; en cuanto la población de más de 70 años insistir un poco más en no descuidar su manejo terapéutico ya que muchos de ellos en ocasiones son abandonados a sus muy limitadas fuerzas y posibilidades de asistencia a consulta, y a sus familiares promover la prevención de las Enfermedades Crónico -Degenerativas.

En cuanto a su Integración familiar el 42 % de las familias se encuentran desintegradas (Viudas, Separadas, Divorciadas) y un 6 % viven en soltería. En cuanto a su Desarrollo la mayoría de las familias son de tipo Moderno y esto es reflejo de la situación económica del País que hace que la mujer aporte ingresos familiares en ocasiones mayores a los de los maridos; en cuanto a su composición se dieron mas del tipo Nuclear y una mitad de estos del tipo Extensa; esto también refleja parte de la situación actual ya que mucha gente habita ya casados con los padres propios o del cónyuge, muchos de ellos por razón económica o por la necesidad de ayuda al cuidado de los hijos; así en cuanto a nivel educacional y laboral el mayor número de adscritos a la Clínica son empleados federales, siendo muy pocos los que cuentan con un nivel de Licenciatura.

10.-Conclusiones.

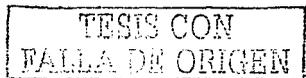
Esta investigación para la aplicación de un Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSANEF) en la Clínica Morelos del ISSSTE ha cubierto las expectativas iniciales, ya que me ha permitido conocer en primer lugar a mi población adscrita así como el medio Socioeconómico y Nivel Cultural del Consultorio número 7; me ha permitido conocer su Ciclo Vital y tratar de llegar a un Diagnóstico Familiar, me ha permitido detectar los grupos de riesgo tanto infantil como de edad reproductiva y mostrarme en que rubros o sobre que aspectos debo encaminar mi actividad preventiva antes que curativa, asimismo me ha dejado ver que tipo de enfermedades son las que ocupan mas mi atención y sobre que debo de conocer más de estas mismas.

Por lo anterior considero que esta Investigación me ha servido como Profesional de la Medicina para entender aún más mi labor como Médico y reconocer que se debe de actuar siempre de una manera más completa y de brindar una atención integral a todos nuestros pacientes.

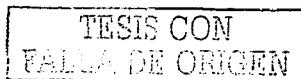


11.- BIBLIOGRAFIA

1. Irigoyen Coria, Arnulfo. Dr. Fundamentos de Medicina Familiar México: 5ª Ed. Internacional. Editorial Medicina Familiar; 1996 p. 11-12, 27-29, 35-37, 41-46.
2. Helm Stierlin, Igbeborg Rücker-Emdens. Terapia de familia: La primera entrevista. Editorial Gedisa Barcelona. Psicoteca Mayor. 1986 p 21.
3. Engels, Federico; Bachofen, MacLennan, Morgan. Contribución a la historia de la familia primitiva: El origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado. Serie Clásicos. Editorial Prisma. Cuarta edición alemana. 1891 p. 9-19.
4. García Pelayo y Gross. Pequeño Larousse Ilustrado 13ava Edición. Editorial Larousse. 1989 p. 696.
5. Fajardo Ortiz Guillermo. Atención Médica, Teoría y Práctica Administrativa. Editorial Prensa Médica Mexicana. 1ª. Reimpresión 1989. p 68.
6. Lord Coleman, William. La familia y el pediatra: Principios, Problemas y Métodos clínicos. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. 1995 p. 41.
7. Hennen, B. K. Medicina familiar. Editorial Interamericana. McGraw-Hill 1983 p. 8 y 16.
8. Sociedad Yucateca de Medicina Familiar A.C. Resumen 1º Curso de Actualización en Medicina Familiar. Editorial Colegio de Médicos de Yucatán. Octubre de 1994.
9. Carroll, Herbert A. Higiene mental, traducción de Luis Romano Haces. Editorial Continental, México, 1968 p. 77.
10. Irigoyen Coria, Arnulfo Dr. ; Gómez Clavelina, Francisco Javier F. Dr. Diagnóstico Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana 5ª Edición, 1996 p. 13-17 y 23-28.
11. Lopez Acuña, Daniel. Las ciencias sociales y la medicina familiar. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXII. Año 22, N° 4. 1979; 36-38.
12. Gascón Mercado, Julián. Sociología Médica. Editorial Méndez Oteo. 1975; 17-23.
13. Gurrola Castro, Gloria. Alvarez Gonzalez, Ma de Lourdes. Educación Cívica 3er Grado. Editorial Patria 15ava. Edición 1992. P.176.



14. Soberón, Guillermo. Kumate Jesús. **Compiladores. La Salud en México: Serie Testimonios. 1988. Desarrollo Institucional IMSS-ISSSTE. Tomo III, Vol. 1, Fondo de Cultura Económica. 1era Edición. 1988 p 15-16.**
15. **Ley del Seguro Social. 58ª. Edición. Editorial Porrúa. Tomo I, 1997. p 223-224.**
16. Castelazo Ayala, Luis. **Niveles de Atención y Regionalización de los Servicios Médicos. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1976 p. 1.**
17. Narro, José R.; Ponce De León María Eugenia. **Medicina General / Familiar. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXIV. Año 24. No. 3,1981; 5-6 y 9-10.**
18. Santaella Guzmán, Balfred. **Sistema de atención médica general familiar dentro del I. S. S. S. T. E. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXIII. Año 23. No. 5,1980; 14.**
19. Almeida Anchondo, Gloria. **III La Medicina Familiar. Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 31. Número 1, 1993; 14.**
20. Chavez Aguilar, Victor. García Mangas, J. Alberto. **La atención integral en Medicina Familiar. Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 33. Número 2, 1995; p 168-169.**
21. Velazco Orellana, Rubén. **Reflexiones y Pronóstico de la Medicina Familiar. Revista Médica del Seguro Social. Vol. 30 Número 4 , 1992; p. 278.**
22. McWhinney, Dr. I. R. **La Medicina Familiar en perspectiva. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXIII. Año 23. Número 3, 1980; p. 20-21.**
23. Fraser, Robin C. **El método clínico. Editorial Limusa. 1ª. Edición. 1990 p. 87-99.**
24. Narro, R. José. **La relación Médico-Paciente como modelo de Investigación. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XXII. Año 22 Número7, 1975;p. 17.**
25. Chavez Aguilar, Hector. y Rosiles Baeza, Miguel Angel. **La Relación Médico-Paciente. Un enfoque comunicacional. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 32. Número 2. 1994; p. 179.**
26. Sanchez García, José Fausto. Dr. **Evaluación de la cobertura anticonceptiva en base al programa de Riesgo Reproductivo. Tesis Recepcional. UNAM-IMSS. Mérida, Yucatán, México 1988; 1-2.**
27. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Alco. 1998 p 7-8.**
28. Gonzalez Padilla, María del Rocío. Dra. **La Planificación Familiar y sus repercusiones en la familia. Estudio de 300 mujeres. Tesis Recepcional. UNAM-IMSS. Culiacán, Sinaloa. 1984. P 1-4.**
29. Carmona Redin, Jesús. Dr. **Evaluación Epidemiológica de los Servicios de Planificación Familiar. Tesis Recepcional. México, D. F. UNAM- ISSSTE. 1988 p.1.**



30. Aparicio Herrera, Luis. Dr. Planificación Familiar Revisión y Análisis Tesis de Postgrado, UNAM-IMSS. México D. F. 1985 p 3-5.
31. Méndez Ramírez, Ignacio; Namihira Guerrero, Delia. El protocolo de investigación. México, Edit. Trillas, 5ª Edición 1997. p. 80.
32. Félix Grijalva, Ricardo; Andrade Delgado, Laura. Guía para la elaboración del Protocolo de Investigación. Revista Médica La Salle. Números 3 y 4 Julio-Diciembre 1987. p 68.
33. Morán, José Antonio. Prestaciones Sociales en el nuevo entorno institucional. Revista Mexicana de Seguridad Social. Cuestión Social. Número 42. I.M.S.S. Número 42 Abril 1998. p 69.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia _____ casados ()
 U. libre ()

Años de unión conyugal _____

Nombre de la persona que responde al test _____

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

Domicilio _____

Edad del Padre _____ Edad de la Madre _____

ESCOLARIDAD DEL PADRE : _____

ESCOLARIDAD DE LA MADRE : _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR _____

DIU () HORMONAL TABLETA () HORMONAL INYECTABLE ()

OTB () RITMO () CONDON () VASECTOMIA ()

Número de hijos (hasta de 10 años de edad) _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad) _____

Número de hijos (de 20 años ó más de edad) _____

Total _____

Tipo de Familia (marque con una X)

Desarrollo : Moderna ()

Tradicional ()

Demografía : Urbana ()

Semiurbana ()

Composición : Nuclear ()

Extensa ()

Compuesta ()

Ingresos Mensuales aproximados : Menos de un salario mínimo ()

De 2 a 3 salarios mínimos ()

3 o más salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de familia : _____

Etapas del ciclo vital familiar :

Expansión ()

Dispersión ()

Independencia ()

Retiro ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Observaciones : _____

COMENTARIO FINAL.

Quisiera hacer mención que el realizar este Trabajo de Investigación implicó leer y releer algunos libros ya olvidados y meterme horas y días enteros nuevamente a la Biblioteca a la búsqueda de artículos de interés y descubrir nuevos libros, lo que me brindo un acervo muy importante de conocimientos, me brindo la oportunidad de ponerme en contacto con la Historia de la Seguridad Social y sobre todo; me dio la oportunidad de conocer la esencia de la Medicina Familiar así como el conocer y leer a tantas y tantas personas valiosas en la Historia de la misma así como de las que actualmente continúan incentivando con sus publicaciones a muchos de los Médicos a leer e Investigar y de las que seguiré aprendiendo; ya que ellos me dieron esta gran oportunidad de entender que en la vida profesional debe de seguirse haciendo investigación día con día.


Dr. Dionicio Olvera Portugal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN