

11226
26
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA ISSSTE. GUADALUPE,
ZONA NORTE D.F.

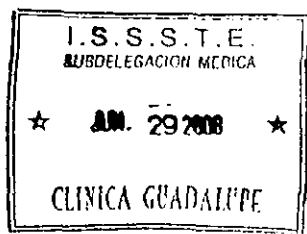
APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR
EN UN CONSULTORIO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUADALUPE DEL ISSSTE

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

PRESENTA:



AMALIA DELGADILLO RÁBAGO



MEXICO, D.F.

1999

23/12/92

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR
EN UN CONSULTORIO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUADALUPE DEL ISSSTE.**

Trabajo de Investigación para obtener e diploma de especialización en
Medicina Familiar

PRESENTA:

AMALIA DELGADILLO RÁBAGO

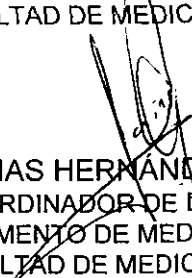
AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM.~~



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM.



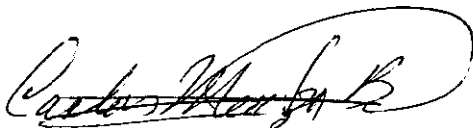
DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA. UNAM

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR
EN UN CONSULTORIO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUADALUPE DEL ISSSTE.**

Trabajo de Investigación para obtener e diploma de especialización en
Medicina Familiar

PRESENTA:

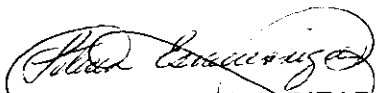
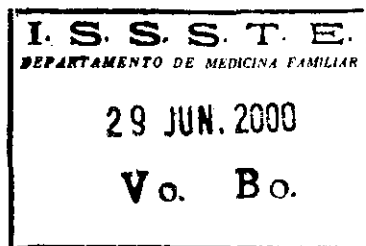
AMALIA DELGADILLO RÁBAGO



DR. CARLOS MENDOZA BARRÓN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
CLINICA GUADALUPE, ISSSTE
ZONA NORTE, D.F.



DR. ARNULFO IRIGOYÉN CORIA
ASESOR DE TESIS. UNAM



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

INDICE

MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	11
HIPÓTESIS	12
METODOLOGÍA	12
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS (GRÁFICAS Y TABLAS)	26

MARCO TEORICO

La Familia

El hombre vive y se socializa en grupos, de aquí que se ha definido tradicionalmente a la familia como el grupo formado por marido, mujer e hijos, siendo ésta la unidad básica de la sociedad. Rodríguez de Cepeda se refiere a la familia como el "conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural". Fernández de Moratín incluye a los ascendientes, descendiente, colaterales y afines de un linaje. ¹

Sin embargo, con los cambios y/o madurez que ha presentado la sociedad, se han realizado consensos internacionales para redefinirla.

El Consenso Canadiense dice que "una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo".

El Consenso Norteamericano menciona que "una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas entre sí por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción".

La ONU entiende a la familia como a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

De esto, la importancia de considerar a la familia como la base de una estructura social, de la cual parte cada individuo que la conforma, y a su vez funciona como referencia para la consecución de un ambiente saludable; de esto último también es considerada como unidad epidemiológica.

Origen Etimológico de Familia

El vocablo 'familia', según Marqués de Morante, deriva de famulus que significa siervo, siendo esta originaria del primitivo famul, y esta a su vez de la voz osca famel, que significa esclavo.¹

Clasificaciones de Familia

La clasificación de familia le enmarca en un concepto que permite al investigador realizar un estudio inicial de la familia, de esta manera se puede obtener un diagnóstico preliminar.

1. Con Base en su Desarrollo:

- a) Moderna: la madre sale a trabajar, en iguales condiciones que el padre.
- b) Tradicional: el padre es el responsable del subsistema proveedor, excepcionalmente la madre o el hijo.
- c) Arcaica o Primitiva: familia campesina cuyo sostenimiento se produce a través de los productos de la tierra que laboran.

2. Con Base en su Demografía:

- a) Urbana: ubicada en la ciudad.
- b) Rural: ubicada en poblados pequeños de provincia.
- c) Suburbana: ubicada en poblados sobre la periferia de grandes ciudades.

3. Desde el Punto de Vista Tipológico: (según la ocupación de uno o ambos cónyuges)

- a) Campesina
- b) Obrera
- c) Profesional

4. Con base en su composición o estructura:

- a) Nuclear (padres e hijos)
- b) Extensa (padres, hijos y otros consanguíneos.)
- c) Extensa compuesta (padres, hijos, otros consanguíneos, compadres, amigos, etc.)

5. Con Base en su Integración:

- a) Integrada (los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones)
- b) Semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no cumplen bien sus funciones)
- c) Desintegrada (falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono)

6. Variantes:

- a) Pareja sin hijos
- b) Padre o madre solteros

Funciones de la Familia

Se le atribuyen a la familia ciertas funciones que debe realizar para cada uno de sus integrantes.

⇒ Socialización

Se refiere a la transformación de un individuo dependiente en uno relativamente autónomo e independiente.

⇒ Cuidado

Mediante éste, se resuelven las necesidades básicas de los miembros de una familia, tales como la alimentación, vestido, seguridad, acceso al sistema de salud, etc.

⇒ Afecto

Con el cual se proporciona cariño, amor, ánimo, etc., siendo éste la recompensa básica de la vida familiar y es igualmente importante para cada uno de los miembros.

⇒ Reproducción

El matrimonio nace de la necesidad legal y religiosa para regular el ambiente sexual y la reproducción, así cumple al proveer de nuevos miembros a la sociedad.

⇒ Nivel Socioeconómico

Ya que la familia es una institución mediadora entre el individuo y la sociedad, se confiere a un miembro familiar, el nivel socioeconómico del mismo grupo, al transferirle derechos y tradiciones.²

Fases del Ciclo Vital de la Familia

Para un mejor estudio y comprensión de la evolución de la familia, se le ha dividido en fases o etapas por diferentes autores.

Fases del ciclo vital familiar según J. Geyman 1980 ³

1. Fase de Matrimonio, la cual comprende desde el matrimonio propiamente hasta la llegada del primer vástago al hogar; durante ésta el médico familiar enfrenta el ajuste sexual, información sobre planificación familiar e interacción de la personalidad.
2. Fase de Expansión, se incorporan nuevos miembros e inicia con la llegada del primer hijo; durante ésta se valora el ajuste de la pareja a ese nuevo miembro, además de atender los periodos prenatal, parto y post-natal.
3. Fase de Dispersión, en ella se crea la independencia y autonomía de los hijos mediante una adecuada socialización por parte de los padres. Todos los hijos asisten a la escuela. Los padres se ajustan al pensamiento de los hijos; hay divergencia.
4. Fase de Independencia, inicia cuando los hijos forman nuevas familias y los padres deben vivir independientes nuevamente, sin romper los lazos de unión y procurando no perder las funciones de socialización, afecto, etc.
5. Fase de retiro y Muerte, en ésta se advierte incertidumbre y nostalgia por tratarse del final del ciclo, también se presentan factores que ponen en peligro la estabilidad familiar, tales como la incapacidad para laborar, el desempleo, agotamiento de los recursos económicos, además del deficiente apoyo económico por parte de las familias en expansión. ⁽³⁾

Etapas del ciclo vital familiar según Duvall 1977:

- 1.- Pareja sin hijos, adaptación de la pareja y autonomía de la familia de origen.
- 2.- Nacimiento del primer hijo, adaptación a la llegada del primer hijo, se establece relación madre - hijo, el padre puede sentirse desplazado.
- 3.- Hijos preescolares, el hijo mayor entre 2.5 a 6 años de edad, hay menor tiempo y energía para la pareja.
- 4.- Hijos escolares, el hijo mayor entre 6 y 12 años de edad , los hijos contrastan su sistema familiar con el de sus amigos. La escuela participa como formadora de seres humanos.
- 5.- Hijos adolescentes, el hijo mayor entre 13 y 19 años de edad, es importante permitir la autonomía de los hijos.
- 6.- Desprendimiento, el hijo mayor es de 20 años o más, surge el nido vacío al formarse familias colaterales.
- 7.- Padres solos, enfrentamiento a la vejez, inicio de enfermedades crónico - degenerativas, pérdida del atractivo y capacidad para laborar.
- 8.- Padres ancianos, presenta cuatro fases críticas: angustia por la pérdida de los hijos, angustia por envejecimiento prolongado, angustia por la cercanía a la muerte, extrema necesidad de apoyo y afecto. ⁴

Instrumentos

El médico familiar cuenta con varios instrumentos útiles para el estudio de la familia, de manera tal que pueda analizarla en forma ordenada y llegar así a un diagnóstico de salud familiar. ⁽²⁾ A continuación se mencionan los instrumentos básicos:

El Familiograma (Genograma)

Se trata de un instrumento práctico de registro y visualización de los antecedentes familiares con que cuenta el médico familiar. Es de suma utilidad para ayudar a comprender los patrones generacionales del sistema familiar, así mismo, ayuda a definir las características de los miembros de la familia. Favorece el trazo de fronteras físicas y emocionales en el sistema familiar; también es útil para elaborar hipótesis terapéuticas.

Se elabora con una simbología característica, la cual distingue a cada miembro de la familia en relación con los demás integrantes de la familia; en nuestro país ya se han unificado criterios para tal simbología.⁽³⁾

APGAR Familiar (Smilkestein 1978)

Mediante un cuestionario se mide cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros de la familia en cada componente de las funciones familiares.

Adaptation : Adaptación, cualidad de utilizar los recursos en función del bien común.

Partnership : Compañerismo, distribución equitativa de responsabilidades compartiendo de manera solidaria los problemas de la familia.

Growth : Crecimiento, grado de crecimiento humano en los miembros de la familia como expresión de apoyo mutuo.

Atacchment : Afecto, relaciones de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia.

Resolution : Resolución, Capacidad para resolver los problemas familiares dedicando el tiempo necesario. ⁴

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar

En su desarrollo conceptual el MOSAMEF explica que la esencia de la medicina familiar se sustenta en tres ejes: estudio de familia, continuidad de la atención y acción anticipadora. Para facilitar la práctica a nivel operativo del médico familiar se identifica la necesidad de una metodología bien definida, es así que se propone el 'Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar' producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad respectiva. Siguiendo el esquema propuesto por la jefatura de servicios de investigación de la Subdirección General Médica del ISSSTE se elabora una estrategia para iniciar actividades que definan con claridad el campo de acción del médico familiar. Favorece además el conocimiento de las familias de manera lógica, analítica y crítica; a su vez, fundamenta el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina. ⁷

El MOSAMEF cuenta con tres fases:

1. Censo Poblacional
2. Estudio Sistemático Familiar
3. Análisis de las Causas de Demanda de Consulta

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las posibilidades de llevar a cabo investigaciones en medicina familiar han sido soslayadas ya que parece que los médicos familiares no han identificado las grandes ventajas que tiene sobre otros especialistas en cuanto a planteamiento y ejecución de investigaciones, olvidando que el mantener una población adscrita y el ver a todos los miembros de la familia facilita la observación de patología en todas sus etapas, lo que ayuda a la construcción de indicadores de riesgo y el llevar a efecto, con mayor probabilidad de éxito, medidas preventivas en la comunidad. Aún cuando la metodología de investigación en el primer nivel de atención ha permanecido en una etapa alarmantemente subdesarrollada, el identificar a la familia como objeto de estudio sistemático es una necesidad que no puede ser aplazada por más tiempo.^{8, 9, 10}

El diagnóstico de salud en la práctica familiar plantea preguntas y refleja en qué circunstancias se desarrollan las actividades en el primer nivel de atención; por otra parte permite ser utilizado como valioso instrumento para desarrollar una efectiva atención longitudinal en la comunidad bajo el cuidado del médico familiar. Este tipo de atención a las familias debería ser el núcleo de la actividad del médico familiar, dado que éste análisis le permite desarrollar actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación en su población adscrita.^{11, 12}

¿Cuales son las principales características biosociales, con énfasis en la estructura familiar, de las familias usuarias del consultorio 7 turno vespertino de la Clínica Guadalupe, así como las principales causas de demanda de consulta que inciden en la prevalencia de la morbilidad de esa población determinada?

JUSTIFICACIÓN

La mejoría en la calidad de la atención principalmente del primer nivel, es una prioridad. Para lograrlo es indispensable conocer las características biosociales de las familias que se atienden, de esta manera se podrán realizar actividades anticipatorias al daño para mejorar el estado de salud familiar. Los avances en medicina preventiva son capaces de incidir de manera directa en la salud comunitaria, con la aplicación de estrategias bien organizadas y en coordinación con otros servicios de atención primaria, tales como son los de trabajo social, psicología, geriatría, etc. se podrá brindar educación comunitaria. El otorgar atención oportuna mediante la aplicación de programas previamente establecidos, o mediante el diseño de nuevas estrategias podrá influir en variables modificables para prevenir daños a la salud. Ésto se logra al determinar los motivos principales de demanda de consulta de acuerdo a la estadística de morbilidad de la zona, correlacionado incluso, las acciones sugeridas con el poder adquisitivo de cada grupo.^{12, 13, 14, 15, 16}

OBJETIVOS

1. General

Identificar las principales características biosociales de las familias adscritas y usuarias del consultorio 7 turno vespertino de la Clínica Guadalupe, así como las principales causas de demanda de consulta.

2. Específicos

- 2.1. Determinar el número de población por edad.
- 2.2. Determinar el número de población por sexo.
- 2.3. Determinar el estado civil de los padres de familia en estudio.
- 2.4. Determinar el nivel de escolaridad de los padres de familia en estudio.
- 2.5. Determinar el tipo de ocupación de los padres de familia en estudio.
- 2.6. Determinar el ingreso mensual de cada familia en estudio.
- 2.7. Determinar el método de planificación familiar que cada familia ocupa.
- 2.8. Determinar la tipología familiar.
- 2.9. Determinar la fase del ciclo vital de cada familia.
- 2.10. Identificar los 10 principales motivos de demanda de consulta anual.

HIPOTESIS

Como el trabajo es descriptivo no se requiere de hipótesis.

METODOLOGIA

1. Tipo de estudio

Es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

2. Población, lugar y tiempo

Los derechohabientes del I.S.S.S.T.E. adscritos al consultorio 7, atendidos en el turno vespertino de la Clínica Guadalupe, en la Zona Norte del Distrito Federal; durante el periodo comprendido entre Diciembre 1998 y Abril 1999.

3. Tipo y tamaño de la muestra

Es una muestra no probabilística por cuotas, en función de las familias que asistieron al consultorio durante el tiempo de estudio comprendido entre Diciembre de 1998 y Abril de 1999, conformada por 135 familias encuestadas.

4. Criterios de selección

4.1. De inclusión

- 4.1.1. Derechohabientes del I.S.S.S.T.E. adscritos y usuarios del consultorio 7 que asisten al turno vespertino de la Clínica Guadalupe.
- 4.1.2. Edad: encuesta familiar aplicada a mayores de 18 años; para fines del censo poblacional se incluyen todas las edades.
- 4.1.3. Sexo: ambos.
- 4.1.4. Tipo de consulta: primera vez y subsecuente.
- 4.1.5. Diagnósticos de certeza.

4.2. De exclusión

- 4.2.1. No derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- 4.2.2. No adscritos al consultorio 7 de la Clínica Guadalupe.
- 4.2.3. Foráneos.
- 4.2.4. Diagnósticos imprecisos.
- 4.2.5. Mala cooperación del encuestado.

4.3. De eliminación

- 4.3.1. Defunción.
- 4.3.2. Cambio de adscripción.
- 4.3.3. Encuesta incompleta.
- 4.3.4. Familia de trabajador(a) no registrada o usuaria.

5. Variables

5.1. Cualitativas

- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Método de planificación familiar
- Tipo de familia
- Fase del ciclo vital
- Motivos de demanda de consulta

5.2. Cuantitativas

- Edad
- Ingreso
- Número de hijos

6. Método de recolección de la información.

Para realizar el censo de población se revisaron expedientes del Archivo Clínico correspondientes al consultorio 7 de la Clínica Guadalupe. Se registró de cada uno edad y sexo; así mismo se agruparon las familias.

Para la recolección de los motivos de consulta se revisaron las hojas de informe diario del médico, correspondientes al consultorio 7 del turno vespertino, durante Diciembre de 1998 y Abril de 1999. Se paltearon todos los motivos de consulta en un formato previamente elaborado para determinar los diez mas frecuentes (anexo 1).

Para la elaboración del estudio sistemático familiar, primero se determinó el número de familias adscritas al consultorio; enseguida se aplicaron las encuestas mediante el formato previamente elaborado denominado Identificación Familiar (anexo 2). Se procedió a seleccionar aquellas encuestas que cumplieran con los criterios de selección.^{17, 18, 19, 20, 21}

7. Consideraciones éticas.

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki y a la Ley General de Salud en Materia de Investigación Biomédica.

RESULTADOS

El Consultorio 7 de la Clínica Guadalupe cuenta con 2,611 derechohabientes adscritos, de los cuales son 1,130 (43%) hombres y 1,481 (57%) mujeres (tabla 1). El grupo de edad con mayor población correspondió al rango de los 30 a los 39 años de edad, tanto de hombres como de mujeres, seguido del de 40 a 49 años para mujeres y de 10 a 14 años para hombres (gráfica "Pirámide Poblacional"). Por tipo de derechohabiente: 1,102 (42.2%) trabajadores, mujeres y hombres; esposas de trabajador 277 (10.6%); hijos 496 (19%); hijas 418 (16%); padres de trabajador 65 (2.5%); madres de trabajador 117 (4.5%); pensionados 97 (3.7%) y familiares de pensionados 39 (1.5%) (tabla2).

El registro de consultas de Diciembre 1998 a Abril 1999, muestra un total de 1,535 consultas médicas. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Infecciones Respiratorias Agudas 485 (31.6%), Hipertensión Arterial Sistémica 262 (17%), Diabetes Mellitus Tipo II 106 (7%), Traumatismos 86 (5.7%), Enfermedad Acido Péptica 78 (5%), Infección de Vías Urinarias 76 (4.9%), Control de Embarazo 67 (4.3%), Onicomicosis 34 (2.2%), Otitis 28 (2.2%), Epilepsia 22 (1.8%) y otros 291 (19%) (gráfica 1).

Se identificaron 580 familias adscritas, aplicando 135 encuestas a familias usuarias. El 86% (116) de las encuestas fueron contestadas por la madre, 12% (16) por el padre y 2% (3) por otros familiares. Se obtiene un promedio de 4.5 individuos por familia. Padres de familia (266), de un total de 605 individuos integrantes de las familias en estudio.

El estado civil de los padres se registra como sigue: 230 (86.6%) casados, 6 (2.3%) en unión libre, 5 (1.8%) separados, 16 (6%) divorciados, 5 (1.8%) viudos y 4 (1.5%) solteros (gráfica 2). Seis cuentan con una escolaridad de primaria

incompleta (2.3%), 43 con primaria completa (16.3%), 88 con secundaria (33.3%), 76 con carrera técnica o comercial (28.6%), 36 con bachillerato (13.8%). 15 con licenciatura (5.7%) (gráfica 3).

No se registraron analfabetas entre los padres de familia. La ocupación de los padres de familia es como sigue: 31 (11%) dedicadas al hogar, 53 (20%) obreros, 27 (10%) comerciantes, 83 (32%) técnicos, 56 (21%) empleados de oficina, 13 (5%) profesionistas y 3 (1%) pensionados (gráfica 4).

El ingreso mensual de cada familia se determinó por salarios mínimos, considerando un salario mínimo equivalente a 1,130 pesos; en este caso se toma en cuenta la suma de los ingresos de todos los miembros que aportan a la economía familiar, registrando 83 familias (62%) con 3 salarios mínimos, 29 familias (21%) con 2 salarios mínimos, 19 (14%) con 4 o más salarios, 4 familias (3%) con un salario mínimo (gráfica 5).

Los años de unión conyugal oscilan entre 2 y 36 años, se encontró a la mayoría de las parejas entre los 5 y 15 años de unión, con un promedio de 10.7. La edad de los padres de familia varió entre los 19 y los 64 años; con relación a las madres fue de los 16 a los 57 años.

Se registraron 320 hijos (156 mujeres y 164 hombres), un promedio de 2.3 hijos por familia. Cuatro familias registradas sin hijos.

El estudio de las características familiares se muestra como sigue:

1. Por su desarrollo, 82% fueron familias modernas y 18% tradicionales (gráfica 6).
2. El 100% de las familias fueron urbanas.

3. Con relación a su estructura, 69% nucleares, 29% extensas y 2% extensa-compuestas (gráfica 7)
4. De acuerdo a su integración 78% fueron integradas, 13% semi-integradas y 9% desintegradas (gráfica 8).
5. Por su ocupación, 41% obreras y 59 % profesionistas, no se registraron familias campesinas.
6. Con base al ciclo vital familiar, 7% de las familias se encontraron en fase de matrimonio, 42% en fase de expansión, 31% en fase de dispersión, 6% en fase de independencia y 14% en fase de retiro y muerte (gráfica 9).

El método de planificación familiar más usado fue la Oclusión Tubaria Bilateral con 48 (36 %) usuarias, seguido del DIU (dispositivo intrauterino) con 43 (32%) usuarias, y los Hormonales Orales con 22 (16%) usuarias; con menor frecuencia se ocupan los Hormonales Inyectables 3 (2%), el Preservativo 9 (7%) y el Ritmo 6 (4%). Otro método poco usado fue el uso de espermaticidas locales, registrándose una usuaria. (gráfica 10).

DISCUSIÓN

El presente trabajo nos muestra una comunidad constituida por 580 familias. De este universo, fue estudiado el 23% (135 familias) en su gran mayoría fueron urbanas, nucleares, profesionistas, integradas, con un promedio de 5 a 15 años de unión conyugal, con 3 salarios mínimos promedio mensuales y en fase de expansión.

El censo poblacional de este estudio muestra una mayor presencia de adultos jóvenes, cuya característica principal radica en su nivel de productividad. Destaca el hecho de que son más mujeres que hombres. Es importante mencionar que la mayor población femenil se encuentra en edad reproductiva. Todas ellas cuentan con algún método de planificación familiar, en su mayoría ocupan métodos de alta confiabilidad; sin embargo, aquellas que ocupan métodos de menor confiabilidad son candidatas a ofertas de mejores métodos por parte de los servicios de salud a que corresponden. Partiendo de estos datos, son ellas susceptibles de un estudio mas profundo que valore la aplicación de métodos de detección oportuna de cáncer cervico-uterino. Un alto porcentaje de derechohabientes usuarios es de trabajadores, tanto mujeres como hombres, seguido de los hijos e hijas de los mismos.

Considerando la alta incidencia de enfermedades agudas del sistema respiratorio, es en este punto donde debe analizarse el programa preventivo existente, de tal manera que disminuya este índice de morbilidad mediante la educación a la población y la promoción de la salud.

Es importante mencionar también la gran cantidad de consultas relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus. Si se relacionan estas entidades con la menor cantidad de población en edad adulta madura o senil, se puede valorar cuan frecuente son las

enfermedades crónico-degenerativas entre ellos; siendo este punto también de suma importancia para diseñar programas de atención a los individuos y familias que se encuentran en las fases de independencia o retiro y muerte.

El médico de Familia tiene la tarea de comprender el ciclo vital familiar por el que atraviesan sus pacientes; detectar la respectiva crisis y factores de riesgo asociados y actuar con medidas y consejos anticipados y de este modo favorecer un equilibrado desarrollo de las familias.

Los factores: culturales, socioeconómicos y demográficos inciden en las características de la población; en sus enfermedades, en el ciclo vital familiar y estructura de las familias. Los elementos identificados en este estudio, pensamos que facilitan un mejor entendimiento de las peculiaridades que muestran los grupos familiares que asisten a una Clínica de Medicina Familiar.

CONCLUSIONES

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce al primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua, siguiendo con frecuencia las orientaciones de su médico.

Los múltiples beneficios de la promoción de la salud, pueden resumirse en dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: **incremento de la calidad de vida de los miembros de las familias, disminución de los costos de la atención.**

Estas cualidades norman el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar -incluyendo enfermería, trabajo social, dietistas, sanitaristas- pero sobre todo de un nuevo tipo de relación con el paciente, ya que la promoción de la salud, el ejercicio de medidas eficaces de prevención y la práctica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas, sólo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

Los intentos por implementar un diagnóstico por consultorios de medicina familiar, indicando el número de pacientes que fueron atendidos en un año, dentro de una población de 2500 personas; la identificación de patología social y frecuencia de patologías poco comunes en un consultorio fueron descritos por Fry desde el inicio de los años ochentas. El propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar parten desde los trabajos de McWhinney y White este último autor en 1961 describió por primera vez que un paciente -de cada 250 consultas por problemas de salud - era atendido en un hospital, señalando así la importancia del llamado médico de familia. Hart describió al médico familiar como un profesional de la salud con imaginación ágil, señalando como una de sus peculiaridades más importantes (en contraposición con el modelo de consultorio tradicional) el desarrollo de actividades no

estrictamente asistenciales que repercuten en la salud de la comunidad bajo su cuidado, es decir incrementar actividades preventivas, de consejo y educación sanitaria.²²

El MOSAMEF, es un excelente recurso para establecer el desarrollo de investigaciones clínicas y epidemiológicas en el primer nivel de atención; debido a que entre otras características, pone de manifiesto la relación entre las características de las familias en estudio y la problemática existente. Los datos estadísticos de los grupos familiares estudiados muestran una morbilidad específica para una población determinada, la cual cuenta con cierto nivel cultural, que puede ser receptora de programas educativos y promocionales de salud.

Referencias Bibliográficas

1. Irigoyen Fernandez-Ortega y cols. La Familia. En: Irigoyen Coria A.. 5ª. Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. Fundamentos de Medicina Familiar. pg. 3 - 29. 1998.
2. Irigoyen Coria A., Palomeque-Ramírez P. y cols. Funciones de la Familia. En: Irigoyen Coria A.. 5ª. Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. Fundamentos de Medicina Familiar. pg. 35 - 38. 1998.
3. Irigoyen Coria A., Gomez-Clavelina F.J. y cols. Ciclo Vital de la Familia. En: Irigoyen Coria A.. 5ª. Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. Fundamentos de Medicina Familiar. pg. 27 - 31. 1998.
4. Gomez-Clavelina FJ y cols. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 1, No. 2, abr-jun 1999.
5. Gomez-Clavelina FJ y cols. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 1, No. 1, ene-mar 1999.
6. Irigoyen Coria A. et al. Diagnostico Familiar. 5ª. Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996.
7. Irigoyen Coria A., Gomez-Clavelina F.J. y cols. Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar. En: Irigoyen Coria A.. 5ª. Edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. Fundamentos de Medicina Familiar. pg. 143 - 175. 1998.
8. Mc Whinney . An Introduction to Family Medicine. Oxford University Press. 1981.
9. Narro-Robles J. Medicina Familiar. En: Soberón G. Kumate J. Laguna J. (compiladores) La Salud en México, testimonios 1988. Las especialidades médicas en México. Pasado, Presente y Futuro. Vol 2 Tomo IV, México. De. Fondo de Cultura Económica, 1989: 239 - 252.

10. Irigoyen Coria A, Romero-Vazquez R, Medina-Nava M. Clasificación de Familias, Prioridad a Investigar en Medicina Familiar. Rev Med IMSS (Mèx.) 1991; 29:365 - 368.
11. Ceitlin J ¿Que es la Medicina Familiar? Fepafem/Kellog Foundation, Caracas. 1982.
12. Saultz J. La Atención de la Salud Centrada en la Familia. Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona. Ed. Doyma. 1991.
13. Brunton S. Sutherland S. Prevención de la enfermedad y protección de la salud. Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona. Ed. Doyma. 1991.
14. Richards WJ. Blum A. Promoción de la Salud. Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona. Ed. Doyma. 1991.
15. Mc Whinney IR. La prevención en la práctica de medicina familiar. Op. Cit. Pg. 143 – 181.
16. Zurro M.C. y cols. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de Atención Primaria. Elaboración del MOSAMEF. Fac. de Med. Dpto. de Med. Fam. UNAM. 1996.
17. Mc Whinney IR. La investigación en medicina familiar. Op. Cit. Pg. 229 - 239.
18. Rojas SR. Guía para realizar investigaciones sociales, 14ª. Ed. 1994, edit. Plaza y Valdés.
19. Mendez RI. y cols. El protocolo de investigación. 2ª. Ed. 1990. Edit. Trillas.
20. Garcia RJ. Taller de Introducción a la Metodología de Investigación Médica Interdisciplinaria. Programa Universitario de Investigación en Salud. UNAM, 1991.
21. García-Shelton L.M. Técnicas de entrevista y comunicación. Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona. Ed. Doyma. 1991.
22. Wall ME. Razonamiento clínico y manejo de los problemas. Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y Práctica. Barcelona. Ed. Doyma. 1991.
23. Mc Whinney IR. Perfil de la práctica médica familiar. Op. Cit. Pg. 49 – 57.
24. Mc Whinney IR. Solución de problemas y toma de decisiones. Op. Cit. Pg.

91 – 119.

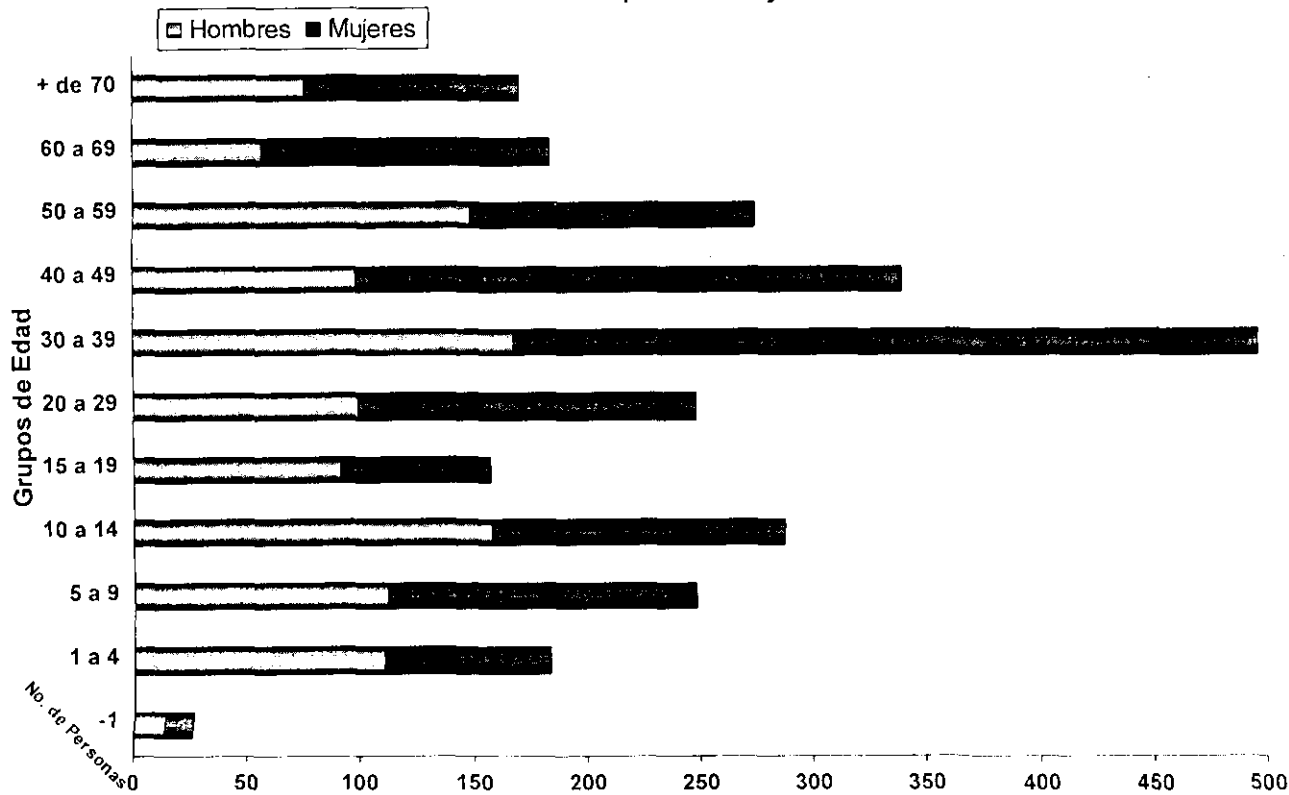
25. Mc Whinney IR. Influencias de la vida familiar sobre la salud y la enfermedad. Op. Cit. Pg. 121 - 142.
26. Frenck J. La Salud Pública: campo de conocimiento y ámbito para la acción. Salud Pública de México. 1988. 3ª. Ed. Pg 246 – 254.
27. Medalie JH. Medicina Familiar, Principios y práctica. Ed. Limusa, 1987. pg. 325 – 337.
28. Irigoyen C.A. y cols. Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar. Elaboración del MOSAMEF. Fac. de Med. Dpto. de Med. Fam. UNAM. 1996.

ANEXOS

Pirámide Poblacional

Población Adscrita al Consultorio 7 Durante 1997

Distribución por Edad y Sexo



26
Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Tabla 1
 Distribución por edad y sexo
 Población adscrita al consultorio 7
 Durante 1997

EDAD	SEXO		TOTAL
	hombres	mujeres	
menor de 1a	13	13	26
1 a 4	110	73	183
5 a 9	112	136	248
10 a 14	158	129	287
15 a 19	91	66	157
20 a 29	99	149	248
30 a 39	168	328	496
40 a 49	98	241	339
50 a 59	148	126	274
60 a 69	57	126	183
mayor de 70	76	94	170
TOTAL	1130	1481	2611

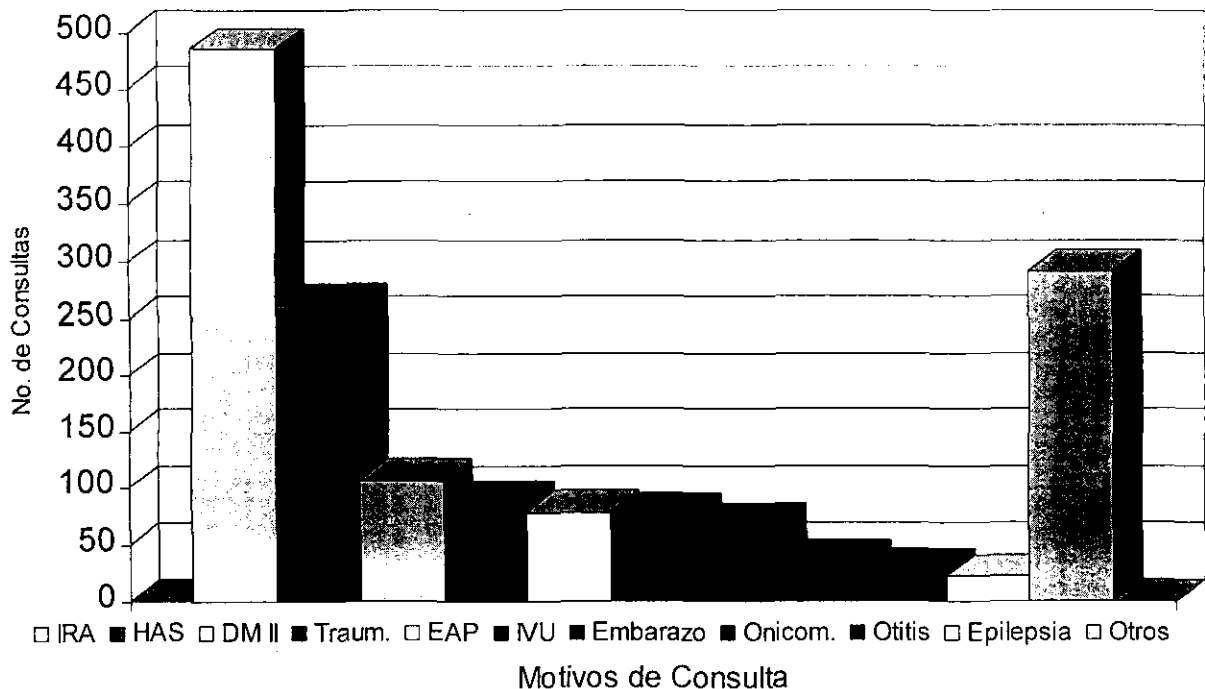
Fuente: Archivo Clínica Guadalupe, I.S.S.S.T.E.

Tabla 2
 Distribución por Tipo de Derechohabiente
 Población Adscrita al Consultorio 7
 Durante 1997

Tipo de DH*	Clave	No.	Porcentaje (%)
Trabajador(a)	1 ó 2	1102	42.2
Esposa	3	277	10.6
Hijo	7	496	19
Hija	8	418	16
Padre	5	65	2.5
Madre	6	117	4.5
Pensionado	9	97	3.7
Fam. De Pensionado	4	39	1.5
	TOTAL	2611	100

Fuente: Archivo Clinica Guadalupe, I.S.S.S.T.E.

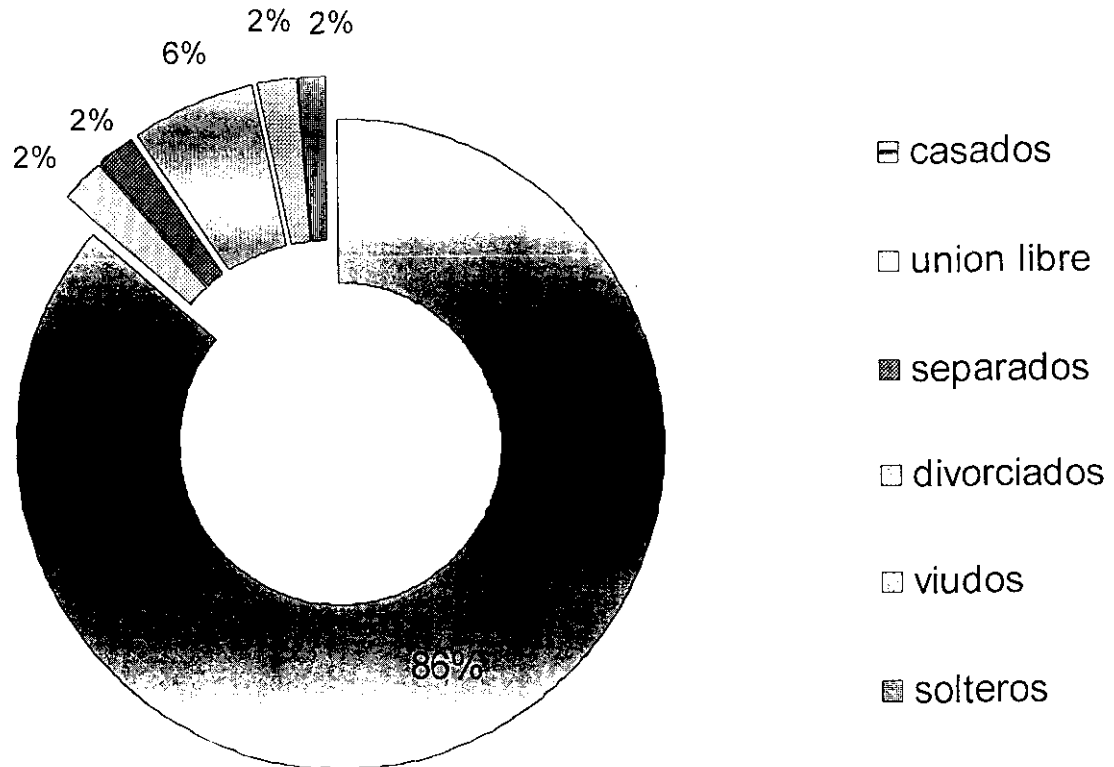
Gráfica 1
Motivos de consulta por frecuencia
en población adscrita al consultorio 7 turno vespertino
de Diciembre 1998 a Abril 1999



Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 2

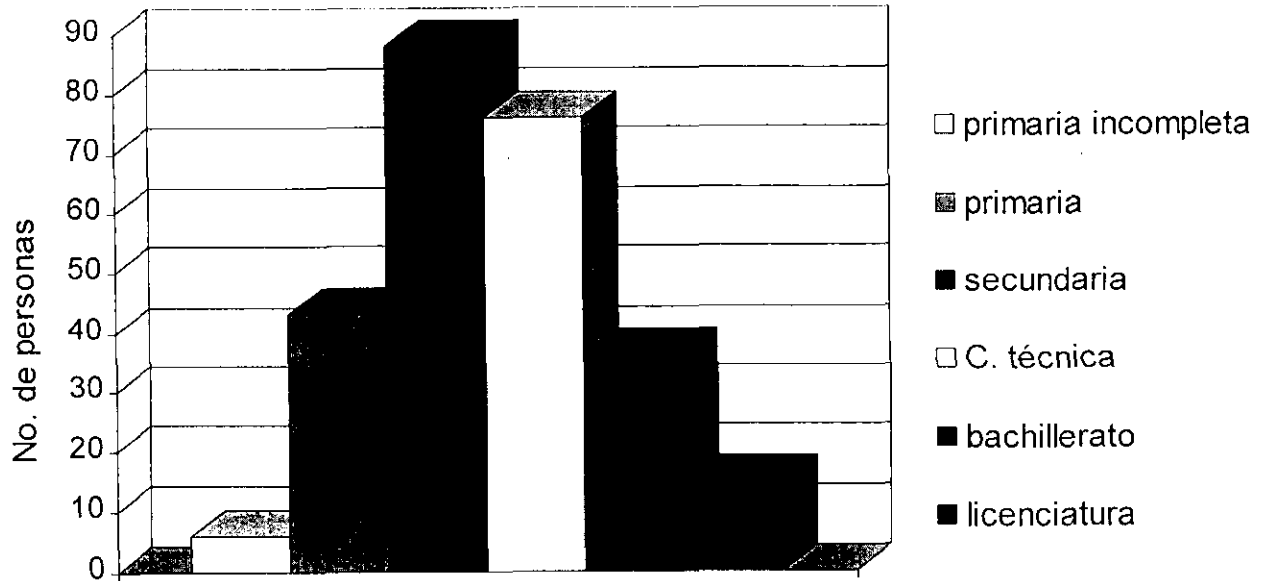
Estado Civil de los Padres de Familia



Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 3

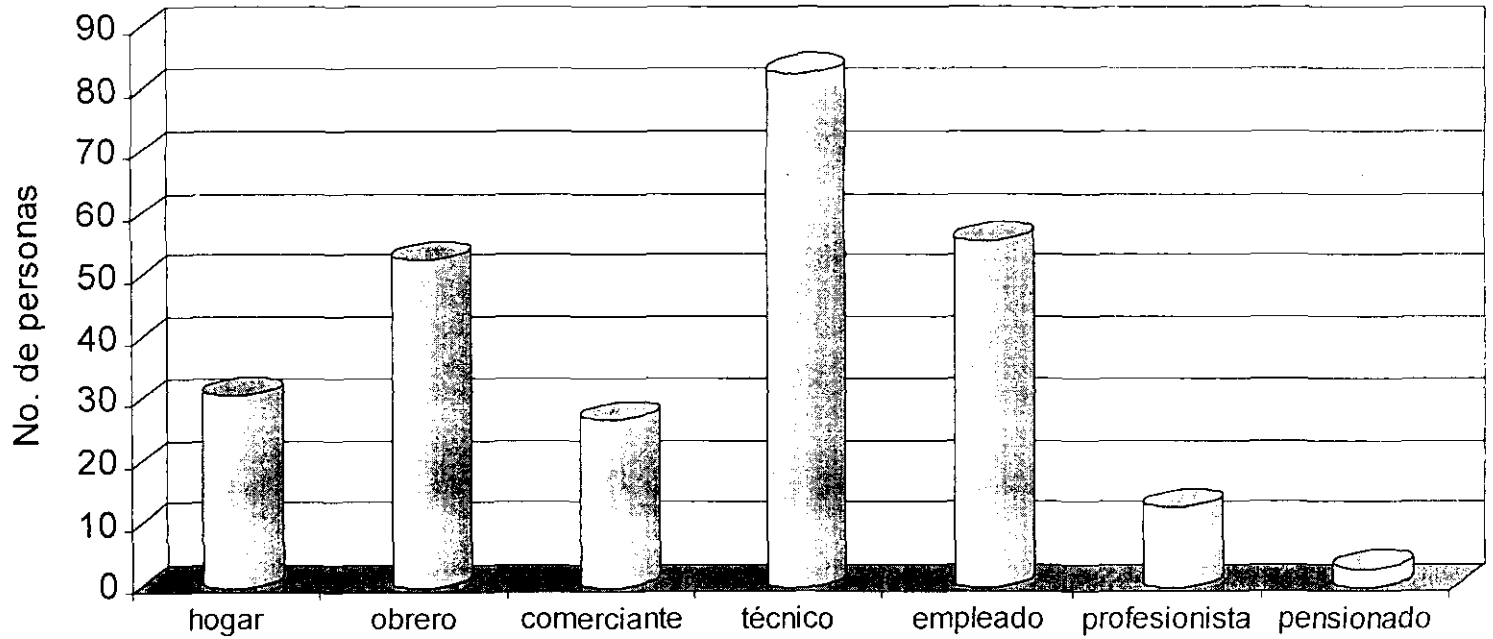
Escolaridad de los Padres de Familia



Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 4

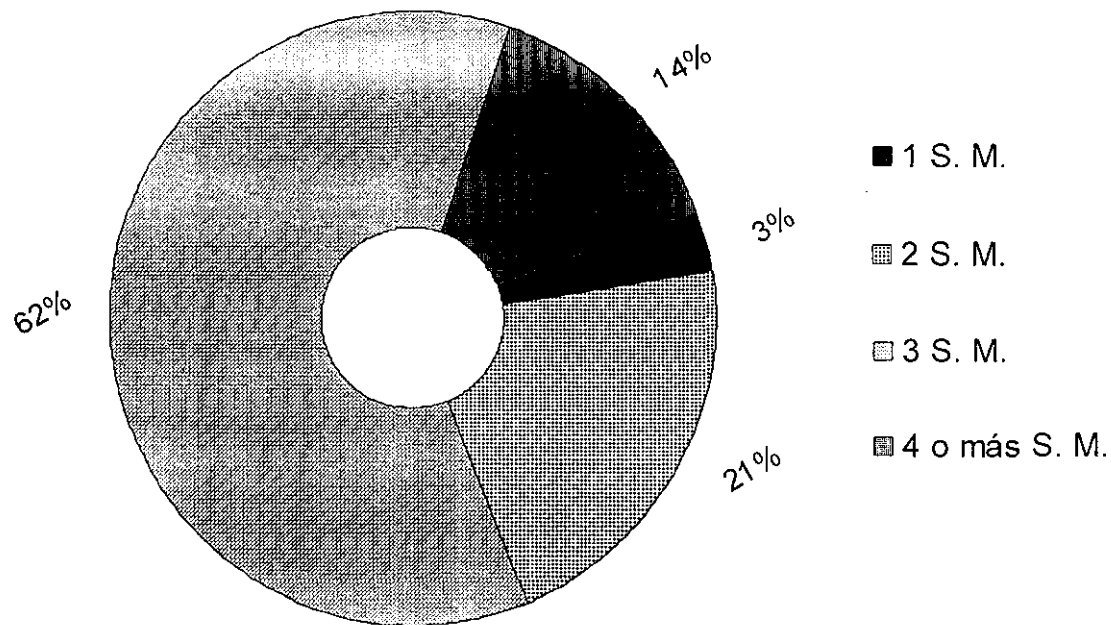
Ocupación de los Padres de Familia



Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

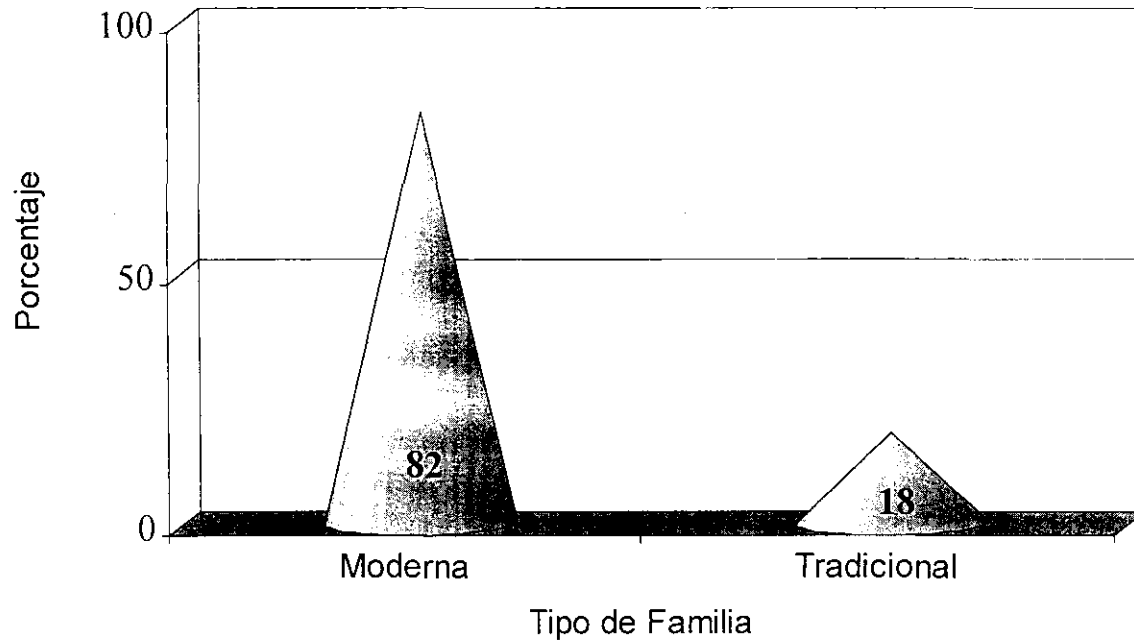
Gráfica 5

Ingreso Mensual Familiar Por Suma de Salarios Mínimos



Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 6
Clasificación de Familias
Distribución de Familias por su Desarrollo

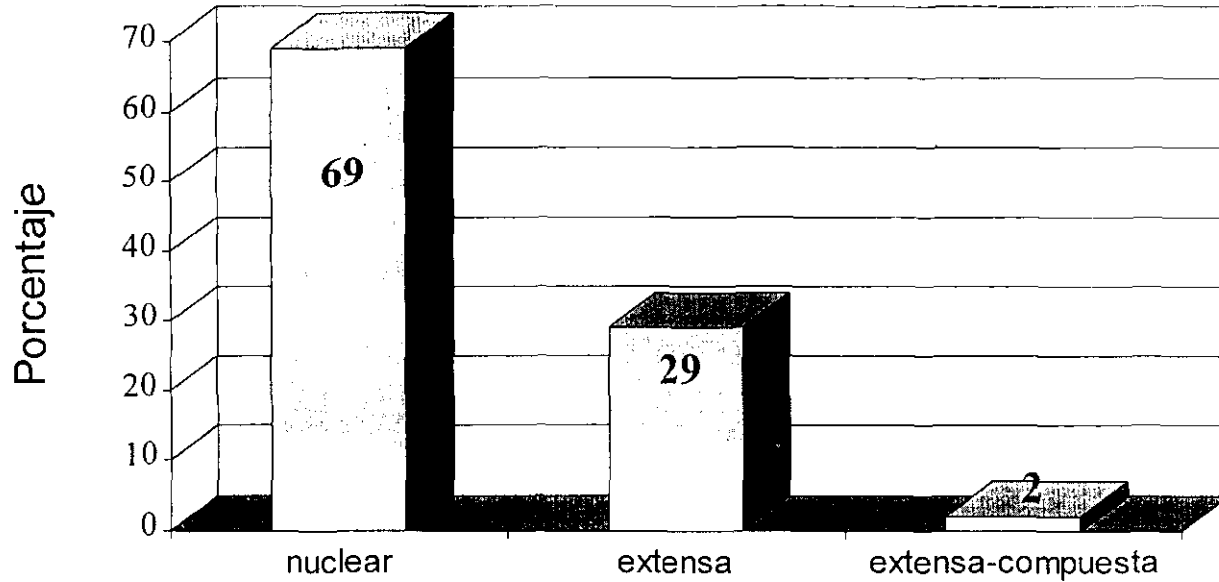


Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 7

Clasificación de Familias

Distribución de Familias por su Estructura Familiar

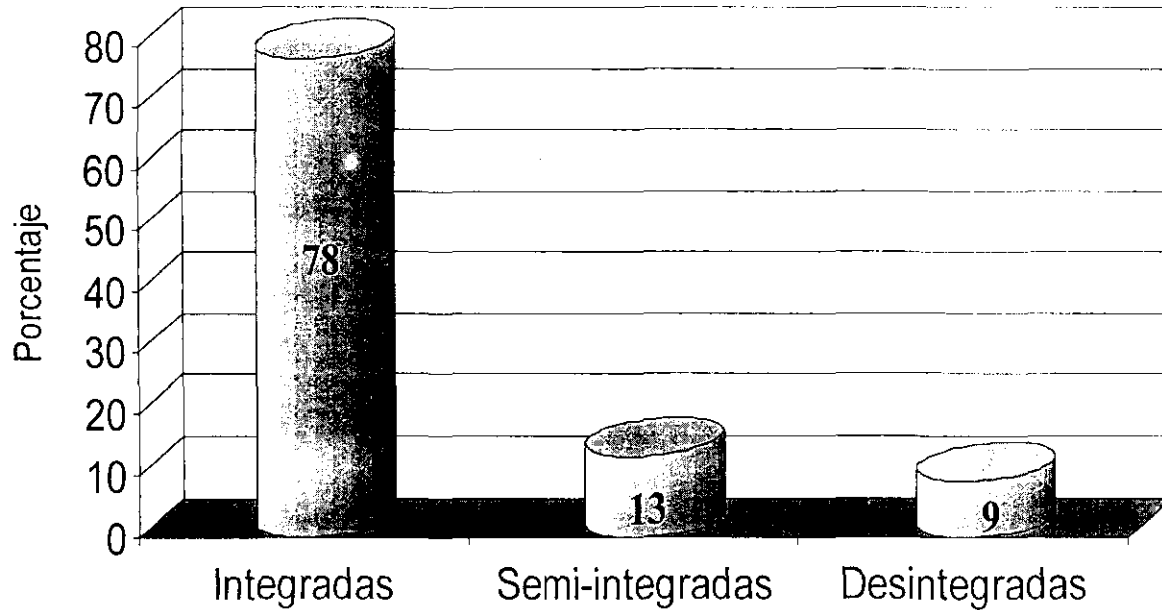


Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 8

Clasificación de Familias

Distribución de Familias por su Integración

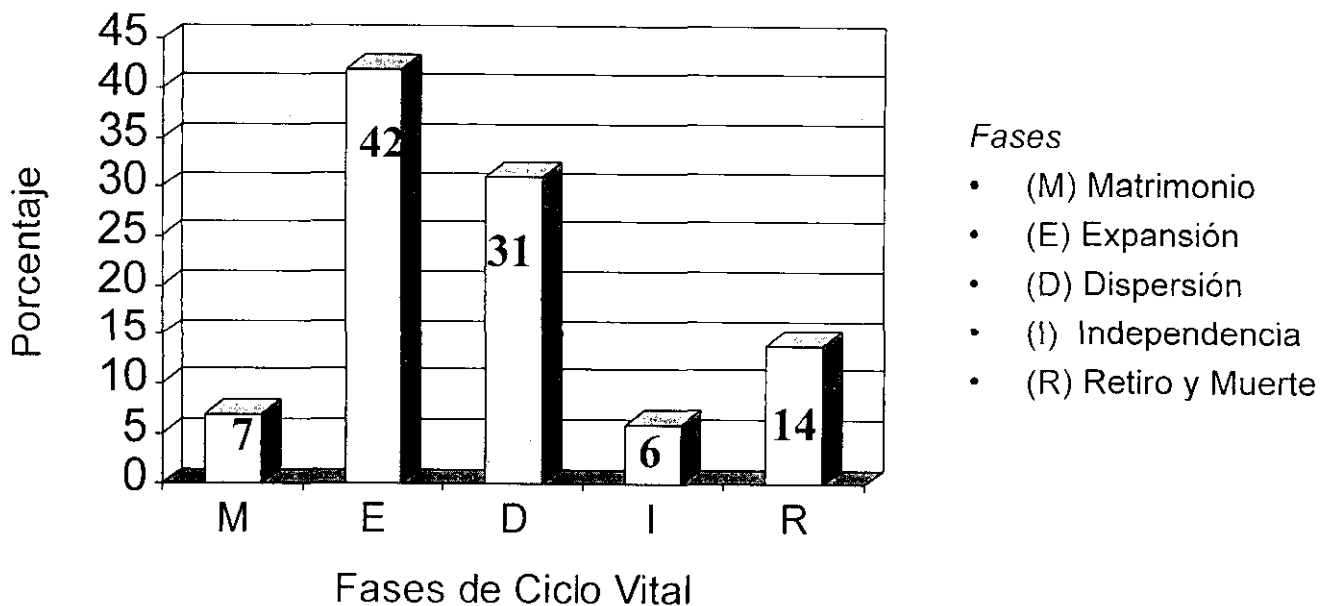


Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 9

Clasificación de Familias

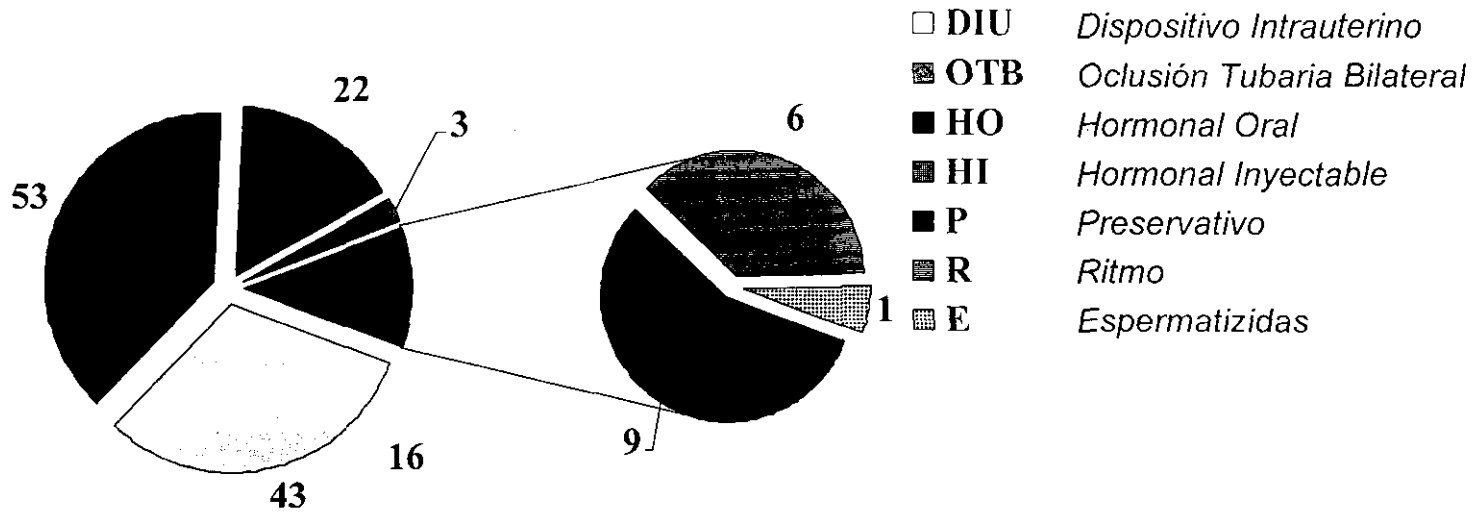
Distribución de Familias con Base en las Fases del Ciclo Vital



Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

Gráfica 10

Métodos de Planificación Familiar



Fuente: Archivo de la Clínica Guadalupe, ISSSTE

1.- IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia _____ No. Expediente: _____

Nombre de la persona que responde el cuestionario: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Parentesco con la Familia: _____

Edad del padre: _____ Edad de la Madre: _____ No. de hijos: _____

Edo. Civil de los padres: _____ Años de Unión Conyugal: _____

Escolaridad del padre: _____ Escolaridad de la madre: _____ Ocupación del
padre: _____ Ocupación de la madre: _____

Domicilio: _____

Ingresos Mens. Aprox.: _____

Tipo de Familia:

- 1) Desarrollo:
 - a) Moderna
 - b) Tradicional
 - c) Primitiva
- 2) Demografía
 - a) Urbana
 - b) Rural
- 3) Composición
 - a) Nuclear
 - b) Extensa
 - c) Ext. – compuesta
- 5) Integración
 - a) Integrada
 - b) Semi – Int.
 - c) Desintegrada
- 6) Etapa del Ciclo Vital
 - a) Matr.
 - b) Exp.
 - c) Disp.
 - d) Indep.
 - e) Ret.

Variantes: _____

Método de Planificación Familiar Utilizado: _____

Fecha: _____

Elaboró: _____

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**