

11226

4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

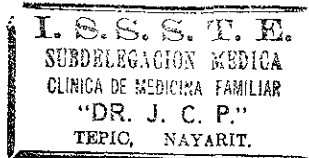
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR

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

JUAN ANTONIO / ALTAMIRANO JIMENEZ



TEPIC, NAYARIT, 1999.

2001



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.

11226

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

JUAN ANTONIO ALTAMIRANO JIMÉNEZ

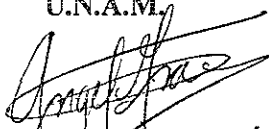
AUTORIZACIONES



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



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



DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar presenta:

JUAN ANTONIO ALTAMIRANO JIMÉNEZ.

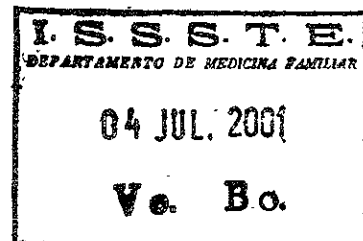
DRA. LAURA ELENA LOMELI GUERRERO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
ISSSTE EN TEPIC, NAYARIT.

DR. FERNANDO CARDENAS WONG.
ASESOR DE TESIS, I.S.S.S.T.E.

DRA. LUZ MARIA JUÁREZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.



MODELO SISTEMÁTICO

DE ATENCIÓN

MÉDICA FAMILIAR

INDICE.

	PAGINA
1. TITULO -----	1
2. INDICE GENERAL -----	2
3. MARCO TEORICO -----	3
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	11
5. JUTIFICACION -----	12
6. OBJETIVOS -----	13
♦ O. GENERAL	
♦ O. ESPECIFICO	
7. HIPOTESIS -----	14
8. METODOLOGIA -----	15
♦ TIPO DE ESTUDIO	
♦ POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
♦ TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA	
♦ CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMNACION	
♦ INFORMACION A RECOLECTAR	
♦ PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR INFORMACION	
♦ CONSIDERACIONES ETICAS	
9. RESULTADOS -----	22
♦ DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.	
♦ TABLAS (CUADROS) GRAFICAS	
10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS -----	37
11. CONCLUSIONES -----	40
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	41
13. ANEXOS -----	43

MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

Dentro del desarrollo histórico de la humanidad, los individuos, las familias, el medio ambiente, la morbimortalidad y las diferentes disciplinas científicas y tecnológicas, han estado sujetas a cambios constantes en las diferentes épocas.⁽¹⁾

La medicina no ha sido la excepción; así entre los pueblos primitivos sumergidos en el pensamiento mágico, el origen de las enfermedades se atribuyó a sucesos sobrenaturales entre los que se encontraban la ira de los dioses o la venganza de los muertos, recurriendo el médico de entonces a los amuletos, exorcismos o bien a sacrificio de víctimas para agradar a seres sobrenaturales.⁽¹⁾

Congruentes con las ideas prevalecientes en cada época. La medicina fue sacerdotal entre los Egipcios, filosófica entre los Griegos, pragmática con los Romanos, religiosa en la Edad Media y humanista durante el Renacimiento. La actividad del médico pudo convertirse en científica gracias a la evolución del pensamiento humano y al prestigio que las ciencias fueron adquiriendo en los círculos ilustrados de la sociedad.⁽¹⁾

Con el aislamiento de las bacterias y el desarrollo de las vacunas se introdujo el concepto de prevención de enfermedades; al aparecer la anestesia fue posible la realización de diferentes intervenciones quirúrgicas, con el advenimiento de las sulfamidas y la penicilina provocaron un rápido y explosivo avance de la medicina científica, produciéndose una gran cantidad de conocimientos, haciendo casi imposible para una persona ser experta en todas las ramas medicas, fragmentándose así la profesión y dando lugar a las especialidades ⁽¹⁾

En la antigua medicina china el concepto de Yin y el Yan , señala el primer intento de tener una visión integral del hombre. Como dos fuerzas inseparables y contrarias, era considerado como la base del equilibrio y de eso dependía el grado de salud alcanzado.

En América la medicina Azteca que aspiraba a ser integral, contemplaba los aspectos preventivos, curativos, las labores asistenciales y de investigación, sin embargo el nivel alcanzado fue precario y muy parcial, pues se atendía a la población de acuerdo a su posición social y rango de importancia a la que pertenecía. (2)

El desarrollo de la medicina familiar en los países de primer mundo como Inglaterra, Estados Unidos, Canadá y algunos otros países Europeos ha tenido un carácter de excelencia, donde los médicos de esta especialidad se han ganado un prestigio dentro de la sociedad o la comunidad donde prestan sus servicios, así como también dentro del ramo médico donde son respetados por sus conocimientos y vocación de servicio se han convertido en la puerta de entrada a los diferentes servicios de salud, tanto institucionales como privados, en estos países los médicos de familia se encuentran agrupados en asociaciones medicas que fomentan la superación profesional, tanto individual como grupal, con cursos, subespecialidades y congresos, también existen Colegios de Certificación, la cuál se lleva a cabo cada 4 a 5 años, como requisito para el ejercicio de la profesión. (3)

Posterior a la Revolución Mexicana y dentro de la etapa del desarrollo estabilizador de 1930 a la fecha, predominó en los sucesivos gobiernos la política social, durante este tiempo tiene lugar la creación de las diferentes Instituciones de Salud, como la Secretaria de Salubridad y Asistencia. (S.S.A.) el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) y el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E)

con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud a todos los mexicanos, estas tres instituciones de salud poco a poco han logrado metas importantes, avances tecnológicos y científicos, así como capacitación del personal que labora en ellos, para mejoría y beneficio de los derechohabientes y pueblo en general que recibe la atención.⁽⁴⁾

En México es en el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1954, que se instala el Sistema Médico Familiar, que en sus inicios atendía por separado a niños y adultos, este Sistema operó por más de 20 años y era atendido por médicos generales u otros especialistas adscritos a las clínicas o unidades de medicina familiar, que no tenían el perfil para manejar a los pacientes desde el punto de vista médico familiar, y poco pudo incidir en la morbilidad y mortalidad de la población.⁽⁵⁾

Es por ésta y otras razones que nace la necesidad de formar especialistas en Medicina Familiar en el Instituto, con el perfil y enfoque humanista, con una formación de corte horizontal y con una fuerte carga de materias sociales, psicológicas, preventivas y de salud pública, es así como el 15 de marzo de 1971 se inicia formalmente el curso de especialización en Medicina familiar con 32 alumnos, en una sola sede, es en el año de 1974 que se logra el aval académico de la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la facultad de medicina en el área de postgrado, posteriormente se incrementa el número de sedes en la ciudad de México hasta llegar a 11 y posteriormente al resto de los estados de la República hasta llegar a 50 sedes y a otras instituciones de salud.⁽⁶⁾

Se define al Médico familiar como el profesional de la medicina que debe otorgar Atención Médica Primaria, integral, continua y anticipatoria al riesgo, con la participación del paciente, su familia y la comunidad; administrará los recursos y coordinará las activida-

des inherentes a la atención médica primaria, sobre todo las de carácter preventivo, diseñará programas educativos para la familias y personal de salud a su cargo e investigará con metodología científica problemas de su práctica profesional, con el fin de otorgar servicios médicos de calidad.⁽⁷⁾

Así el medico de familia es responsable de familias con patología, ya sea de carácter Biológico, Psicológico y/o Social, teniendo con sus pacientes una relación dinámica y constante, que le permite el conocimiento de manera profunda de los individuos y las familias a su cargo.⁽⁸⁾

La Medicina Familiar en México y sobre todo en I.M.S.S. ha contribuido proporcionando atención médica de calidad y de bajo costo, si se compara con otras especialidades, ha influido en la educación y orientación médica de la población bajo su cargo e incidió en la morbilidad de las enfermedades infecciosas agudas tanto respiratorias como gastrointestinales, así como en el control de las enfermedades crónico degenerativas.⁽⁹⁾

En el año de 1986 se propone el modelo de Abordaje Integral de la salud Familiar (AISF). En el IMSS sustentado básicamente en estudiar a la familia desde el ámbito psicológico, Socio – dinámico y desde las esferas biológica, psicológica y social; contemplando, las funciones de asistencia, docencia e investigación y considerando tres momentos; diagnóstico, pronóstico y manejo, continuando con ésto la tendencia hacia la práctica de la medicina curativa.⁽¹⁰⁾

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar fue diseñado por los Drs. Irigoyen – Gómez, profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM. Presentado en el libro de Fundamentos de Medicina Familiar en el año de 1995, como una estrategia para la práctica de la medicina de primer nivel de aten-

ción, que permite optimizar la prestación de los servicios médicos, satisfacer las necesidades de los usuarios y disminuir los costos de los servicios médicos.⁽¹¹⁾

Este Modelo permite al médico familiar con su aplicación conocer las necesidades de atención de salud de la población a su cargo, retomar los principios básicos de la especialidad como son: El estudio de la familia, la atención integral y continua y la acción anticipatoria con un enfoque de riesgo, predominando en este modelo la tendencia a la prevención, sobre los aspectos curativos.⁽¹²⁾

Siendo la Atención Primaria a la Salud, la estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud, en la conferencia de Alma Ata en 1978, con la cual se puede lograr la cobertura universal en servicios de salud, esta propuesta ha sido adoptada en los diferentes países como fundamento o puerta de entrada para los diferentes sistemas de salud, para con ésto poder consolidar la propuesta de salud para todos en el año 2000.⁽¹³⁾

Ocho años después, en la Primera Conferencia Internacional de Promoción a la Salud, se señala que para mejorar la salud de las colectividades, es preciso actuar en los llamados cinco campos de acción de la Carta de Ottawa:⁽¹⁴⁾

- ◆ Reorientar los servicios de salud.
- ◆ Mejorar las habilidades personales en relación a los estilos de vida.
- ◆ Crear medio ambientes saludables.
- ◆ Elaborar políticas explícitas para la salud.
- ◆ Reforzar la acción comunitaria en la salud.

En estos últimos cincuenta años México, ha vivido acontecimientos que han transformado a la sociedad. El panorama epidemiológico y demográfico son hoy día totalmente diferentes.

Hace cincuenta años teníamos poco menos de 20 millones de habitantes y el 65 % de ellos

vivía en el medio rural.

Hoy en día la población se ha cuadruplicado , menos del 30 % viven en el medio rural, la esperanza de vida al nacer se ha duplicado, han descendido notablemente las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, mientras que la mortalidad por tumores malignos y por diabetes se ha multiplicado por 2 y por 7 respectivamente. Al prolongarse la supervivencia y reducirse la tasa de natalidad, el promedio de edad de la población tiende a aumentar, lo que plantea nuevos desafíos, tanto en un terreno cuantitativo por el número de ancianos que actualmente alcanza entre 6 y 8 % de la población total, como desde un punto de vista cualitativo porque los individuos mayores de 60 años representan una población específica con características distintivas comunes. ⁽¹⁵⁾

Además de las transiciones epidemiológica, demográfica y de la migración de la población rural a las ciudades, México ha entrado a una etapa de globalización económica y social aunque no ha resuelto las grandes desigualdades internas. Las enfermedades emergentes en el mundo, como las infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana, los problemas iatrogénicos y las adicciones, se van reconociendo como problemas de salud de importancia creciente. ⁽¹⁵⁾

Los individuos poseen una serie de atributos que pueden considerarse características puramente personales como son la edad y el sexo. También detentan cualidades que pueden ser definidas y observadas a nivel individual pero que corresponden a atributos relacionados con su entorno, es decir que se refieren a su pertenencia a un grupo como son la familia y el hogar. Tales atributos reflejan su situación en estas unidades; el estado civil, la posición de parentesco en la familia, las relaciones de género e intergeneracionales son algunos ejemplos. ⁽¹⁶⁾

La referida unidad (FAMILIA). La ONU la define como “Conjuntos de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio”.⁽¹⁷⁾

La familia, en el presente, como en el pasado, sigue siendo el núcleo fundamental de la sociedad, recae sobre ella la responsabilidad de satisfacer necesidades que la acción pública no es capaz de satisfacer, siguen cumpliendo importantes funciones relacionadas al soporte físico y emocional de sus miembros. Adicionalmente, en la familia se recrean las relaciones de transmisión de la herencia y la propiedad, se ejerce una importante parte del control social, ocurre la reproducción demográfica, se socializan los individuos y operan las relaciones de género e intergeneracional. (Tuiran 1993).⁽¹⁸⁾

La familia la podemos dividir de acuerdo al esquema de clasificación integral de la familia. en:

Por su composición se divide en;

- ◆ Nuclear. Cuando conviven en el hogar padres e hijos.
- ◆ Nuclear Extensa. Cuando además conviven otros miembros con lazos consanguíneos como abuelos, tíos etc.
- ◆ Extensa Compuesta. Cuando conviven en el hogar personas sin lazos legales o consanguíneos, amigos, empleados domésticos etc.

De acuerdo a su desarrollo se divide en:

- ◆ Familia Moderna: Su 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.

Por su demografía se divide en:

♦ Urbana. Cuando viven en ciudades o núcleos urbanos de más de 5000 habitantes y cuentan con servicios de urbanización como drenaje, luz eléctrica, agua potable etc.

♦ Rural. Cuando viven en pueblos pequeños o en el campo.

Por su ocupación se divide en :

♦ Profesional. Cuando algunos de los padres ostenta un título universitario.

♦ Obrera. Cuando trabajan en fábricas o talleres.

♦ Campesina. Cuando trabajan en labores del campo.⁽¹⁹⁾

Para las fases de ciclo vital familiar se utilizó la clasificación de Geyman la cuál la divide en:

♦ Matrimonio. Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

♦ Expansión. Es la etapa de incorporación de nuevos miembros a la familia.

♦ Dispersión. Los hijos acuden a la escuela, pero ninguno trabaja.

♦ Independencia. Los hijos se casan y forman nuevas familias o por trabajo o profesión se independizan. La pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia.

♦ Retiro y muerte. En esta etapa existen características especiales como incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, con frecuencia los padres son recluidos en asilos de ancianos.

Todas las fases tienen una duración variable y pueden estar imbricadas algunas de ellas. ⁽²⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el diagnóstico de salud – enfermedad de las familias adscritas al consultorio No 10 de la Unidad de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Canovas Puchades”, de Tepic, Nayarit. En el período comprendido entre Junio de 1997 a Julio de 1998.?

JUSTIFICACIÓN

La implantación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar como instrumento que permita la práctica de la medicina Familiar como especialidad, obliga al profesional de la salud que la práctica a conocer de manera sustancial y profunda a la población a su cargo, teniendo como unidad funcional de la misma al núcleo familiar.

El conocimiento de la pirámide poblacional por grupos de edad y sexo, la tipología Familiar y la etapa del ciclo vital en que se encuentran sus familias adscritas, así como conocer de que se enferman más frecuentemente; le permitirá desarrollar estrategias y programas de salud, sobre todo de promoción de la salud, prevención, un diagnóstico y tratamiento oportuno, con una rehabilitación temprana.

Actuando en los tres ejes que marca la especialidad; como son: La atención integral, continua y anticipatoria al riesgo, con estas estrategias se pretende elevar en nivel de educación, de responsabilidad con sus enfermedades, de los usuarios, elevar el conocimiento y preparación de los Médicos de Familia, fomentar el espíritu de investigación en ellos y en general del personal de salud que labora en las unidades de Medicina Familiar, esto permitirá optimizar recursos y disminuir costos, para de esta manera brindar servicios de salud eficaces y eficientes, así como con calidez que repercutan en beneficio de nuestros pacientes.

El conocimiento de la morbilidad nos permitirá desarrollar estrategias para incidir y tratar de modificar el perfil epidemiológico de nuestra población usuaria, con programas como planeación familiar, detección oportuna de cáncer, atención del niño sano y del adulto mayor, detección y control de enfermedades crónico degenerativas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer el diagnóstico de salud - enfermedad de las familias adscritas al consultorio No 10 de la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Joaquín Canovas Puchades". En el período de Junio de 1997 a Julio de 1998. En Tepic, Nayarit.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ◆ Identificar los grupos etáreos más frecuentes.
- ◆ Identificar el sexo predominante de cada grupo etáreo.
- ◆ Identificar los padecimientos responsables de mayor consulta.
- ◆ Identificar la estructura y tipología familiar y fases del ciclo vital de las familias.
- ◆ Identificar las características demográficas (escolaridad, ingresos económicos, etc.)

HIPOTESIS

No aplicable.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, Observacional, Transversal, Prospectivo y Abierto.

POBLACION, LUGAR, TIEMPO.

Se estudio un total de Población de 5200 individuos adscritos al consultorio No 10 de la Unidad de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Canovas Puchades,” del I.S.S.S.T.E. de la ciudad de Tepic, Nayarit en el periodo comprendido entre Junio del 1997 a Julio de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Con el propósito de aplicar el MOSAMEF se desarrollaron tres estrategias simultaneas de estudio.

El censo poblacional: se realizará por medio del conteo total de las tarjetas de afiliación en el departamento de vigencia, de la población adscrita al consultorio No 10. Estratificando por grupos etáreos y sexo.

Los motivos de consulta: (Morbilidad) se captaran las diez principales causas de consulta de acuerdo al Informe diario de labores del Médico, formato SM- 10 – 1 en tiempo comprendido a Julio 97 a junio 98.

Estudio de familia: Se realizará a través de entrevista cara a cara, por muestreo por conveniencia a población usuaria. Usando la clasificación integral de la familia y la la de GEYMAN de ciclo vital.

Se exploraron además variables como; escolaridad y ocupación, ingreso familiar, años de unión conyugal.

Los datos fueron recolectados en formatos previamente elaborados, de uso en la unidad de Medicina Familiar, como son las tarjetas de vigencia de derecho, el formato del informe diario de labores del médico, y un Tés de Identificación familiar, revisados y aplicado por médico residente, y capturados en Excel para su análisis estadístico descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION, ELIMINACION.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ◆ Derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- ◆ Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Dr. Joaquín Canovas Puchades.
- ◆ Asignados al consultorio No 10
- ◆ Adultos que acepten y contesten encuesta en forma completa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ◆ Sin núcleo familiar.
- ◆ No derechohabiente.
- ◆ Cambios de adscripción.
- ◆ Muerte

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

No Existen

INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICIÓN)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							
CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR	Censo Poblacional	Población por grupos de edad	Frecuencia absoluta de derechohabientes adscritos al consultorio No 10 por grupos de edad	Cuantitativa Ordinal	Ordinal	Pirámide poblacional	Grupos etáreos Total de < 1 A Total de 1 – 4 A Total de 5 – 14 A Total de 15 – 19 A Total de 20 – 44 A Total de 45 – 64 A Total de 65 o más
		Población por sexo	Frecuencia absoluta de derechohabientes adscritos al consultorio No 10 por sexo	Cualitativa Nominal	Nominal	Pirámide Poblacional	Total de individuos del sexo masculino Total de individuos del sexo femeni no
	Motivos de consulta	Diez principales motivos de consulta	Identificar los diez principales motivos por los que acudió La población adscrita al consultorio No 10 de la UMF Dr Joaquín Canovas Puchades En el periodo de Julio de 97 a Junio de 98	Cualitativa Ordinal	Ordinal	Tabla de frecuencia de los 10 principales motivos de consulta, obtenidos del informe diario de labores del médico (formato SM – 10 – 1) durante el periodo Julio del 97 a Junio del 98	I.R.A.S. E,C,D, Parásitosis Colitis Gastritis y duede – nitis. Control prenatal Gastroenteritis Dermatosis I.V.U. Cervicovaginitis Otros

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR	ESTRUCTURA FAMILIAR	Composición: ♦ Nuclear ♦ Nuclear extensa ♦ Extensa compuesta	Clasificación Integral de la Familia	Cualitativa Nominal	Nominal	Composición: Nuclear. Formada por padres e hijos. Nuclear extensa. Además conviven otros miembros consanguíneos como abuelos, tíos. Extensa compuesta. Conviven otros miembros sin nexos legales o consanguíneos. Desarrollo: Moderna. La madre trabaja fuera del hogar y aporta para el sustento familiar. Tradicional. El subsistema proveedor es el padre. Arcaica. El sostenimiento se por los productos de la tierra. Integración: Integrada. Los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones. Semintegrada. Los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus Funciones.	Número total de cada rango en la encuesta realizada
		Desarrollo: ♦ Moderna ♦ Tradicional ♦ Arcaica		Cualitativa Nominal	Nominal		
		Integración: ♦ Integrada ♦ Semintegrada ♦ Desintegrada		Cualitativa Nominal	Nominal		
		Demografía: ♦ Urbana ♦ Rural		Cualitativa Nominal	Nominal		
		Ocupación: ♦ Profesional ♦ Obrera ♦ campesina		Cualitativa nominal	Nominal		Número total de cada rango en la encuesta realizada

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR	ESTRUCTURA FAMILIAR					<p>Desintegrada. Ausencia de uno de los cónyuges por cualquier causa, abandono, muerte, familia desmembrada.</p> <p>Demografía: Urbana. Viven en ciudades o zonas urbanas. Rural. Viven en pueblos o en el campo.</p> <p>Ocupación: Profesional. Uno o ambos padres cuenta con un título universitario. Obrera. Laboran en fábricas o talleres. Campesina. Trabajan en labores del campo.</p>	<p>Número total de cada rango en la encuesta realizada</p> <p>Número total de cada rango en la encuesta realizada</p> <p>Número total de cada rango en la encuesta realizada</p>
	FASES DEL CICLO VITAL	<p>Matrimonio</p> <p>Expansión</p> <p>Dispersión</p> <p>Independencia</p> <p>Retiro y muerte</p>	<p>Fases del ciclo vital de acuerdo a la clasificación de GEYMAN</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <p>Cualitativa</p> <p>nominal</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Matrimonio. Consolidación de la pareja hasta el nacimiento del Primogénito. Expansión. Nacimiento de los hijos. Dispersión. Los hijos van a la escuela.</p>	<p>Número total de cada rango en la encuesta realizada</p> <p>Número total de cada rango en la encuesta realizada</p> <p>Número total de cada rango en la encuesta realizada</p>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
MODELO SISTEMÁTICO						Independencia. Los hijos se casan y forman nuevas familias. Retiro y muerte. La pareja de origen queda sola.	Número total de cada rango en la encuesta realizada Número total de cada rango en la encuesta realizada
	DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR	Características Socio demográficas	Ingresos Económicos	Total de ingresos que entran a la familia	Cuantitativa Discontinua	Discontinua	Total de ingresos en un mes.
		Escolaridad de los Padres	Grado escolar alcanzado por los padres	Cualitativa ordinal	Ordinal	Grado escolar que estudiaron los padres	Analfabeta Primaria Secundaria Media superior Profesional
		Años de unión conyugal	Total de años de vida en pareja	Cuantitativa Discontinua	Discontinua.	Total de años que han vivido juntos la pareja de origen	0 - 5 años 6 - 10 años 11 - 16 años 17 - 22 años 23 o más.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

Se realizarán tres estrategias simultáneas de estudio:

CENSO POBLACIONAL.

La cifra de la población existente en el consultorio 10 de la Unidad de Medicina Familiar se obtendrá por medio del conteo de las tarjetas de afiliación, en el departamento de vigencia de derecho, asignados a dicho consultorio.

Estratificados por sexos y grupos etáreos a intervalos de menos de 1 año, de 1 a 4 años, 5 a 14 años, de 15 a 19 años, de 20 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 o más.

EL ESTUDIO DE MORBILIDAD.

Las diez principales causas de consulta se obtuvieron a través de la revisión y registro de los Informes Diarios de Labores del Médico forma (SM - 10 - 1) en los 2 turnos en forma manual y directa correspondiendo al periodo de Julio de 1997 a Junio de 1998.

ESTUDIO DE FAMILIA.

Esta tarea se llevó a cabo por medio de la aplicación de una encuesta de Identificación Familiar que contenía las variables a estudiar, aplicado por médico investigador y contestado por el padre o la madre, u otro miembro de la familia mayor de edad.

CONSIDERACIONES ETÍCAS.

Los informes y resultados se hicieron con el consentimiento del entrevistado; manejados confidencialmente y no representan riesgos para la salud.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se identificó una población total de 5,200 derechohabientes, asignados al consultorio No 10 de los cuales 2477 (47.63 %) son del sexo masculino, y 2723 (52.36 %) son del sexo femenino.

El grupo de edad que predominó correspondió al ubicado en el rango de 20 a 44

Años con 1813 (34.86 %) seguido del de 5 a 14 años con 1028 (19.76 %). (Tabla 1) (Gráfica 1)

Se registraron un total de 6200 consultas otorgadas en el consultorio No 10 en el periodo de Junio de 1997 a Julio de 1998, censándose los dos turnos matutino y vespertino, con las infecciones respiratorias agudas en primer lugar con 2404 (38.79 %) seguido de las enfermedades crónico – degenerativas (D.M., H.A.S , E.A.D., Dislipidemia, Síndrome Metabólico) resto de resultados en (tabla II.) (Gráfica 2)

Se identificaron 1234 familias.

En un tamaño de muestra de 252 familias se aplicó el test denominado de “Identificación Familiar” de los cuales en el 80 % fueron contestada por la madre el 17 % por el padre y un 3 % por otros familiares mayores de edad.

En el estudio de tipología familiar se identificaron las siguientes características:

En base a su composición el rango más alto fue el Nuclear con (n=194) (77 %) seguido de Nuclear extensa con (n = 50) (20 .5%) y extensa compuesto con (n = 8) (3 %).

Por su desarrollo el rango mayor fue moderna con (n = 138) (55 %) seguido del Tradicional con (n = 114) (45 %).

Por su Integración el rango mayor fue con (n = 216) (86 %) Integrada, seguido de Semintegrada con (n = 30) (12 %) y desintegrada con (n = 6) (2 %).

Por su demografía el 100 % de las (n = 252) familias encuestadas son urbanas.

Por su ocupación el rango mayor fue el Profesional con (n = 151) (60 %) seguido del Obrero (n = 95) (38 %) y campesino (n = 6) (2 %) (tabla 111)

En el ciclo vital familiar se identificaron los siguientes resultados:

La etapa de dispersión fue el rango mayor con 117 (47 %) seguido de la de expansión con 51 (20 %) después la de Independencia con 38 (15 %), enseguida la etapa de matrimonio con 31 (12 %) y por último la de retiro y muerte con 15 (6 %).

(Tabla IV y Gráfica IV)

El ingreso económico de memos de un salario mínimo fue de 2 (0.79%), de 2 a 3 salarios 89 (35.2 %) y de 3 o más salarios 161 (64 %). (Tabla y Gráfica V)

Los Años de unión conyugal el rango más alto se obtuvo 0 a 5 años con un número de 56 (22,22 %) seguido del rango de 17 a 22 años con 53 (21.03 %) después el de 6 a 10 años con 52 (20.66 %) y por último el de 11 a 16 años con 46 (18.25 %)

(Tabla y Gráfica VI)

La escolaridad de los padres el rango mayor fue el profesional con 134 (53.17 %) seguido del media superior con 46 (18.25 %) enseguida el rango de primaria con 43

(17.06 %) y por último el de secundaria con 29 (11.50 %) (Tabla y Gráfica VII)

Tablas (cuadros y gráficas)

TABLA 1.

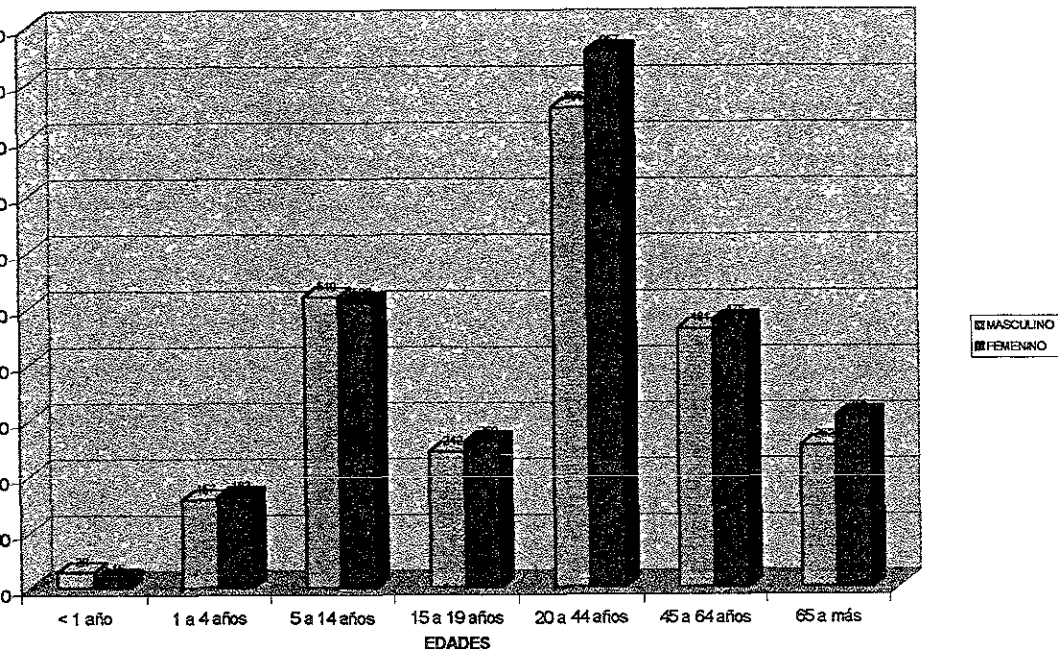
**POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPOS ETÁREOS DEL
CONSULTORIO No 10 DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
“DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES “
TEPIC, NAYARIT.**

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
< 1 año	28	0.53%	16	0.30%	44	0.84 %
1 a 4 años	157	3.01 %	163	1.65%	320	6.15%
5 a 14 años	519	9.97%	509	9.84%	1028	19.81%
15 a 19 años	242	4.65%	260	5.00 %	502	9.65%
20 a 44 años	856	16.35%	957	18.51%	1813	34.86%
45 a 64 años	461	8.89%	475	9.91%	936	18.00%
65 a más	252	4.82%	305	5.89%	557	10.71%
Total	2477	47.53%	2723	52.47%	5200	100.%

FUENTE: DEPARTAMENTO DE VIGENCIAS

**POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LAS FAMILIAS ASIGNADAS
AL CONSULTORIO No. 10 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"**

GRAFICA 1



FUENTE: Departamento de Vigencia.

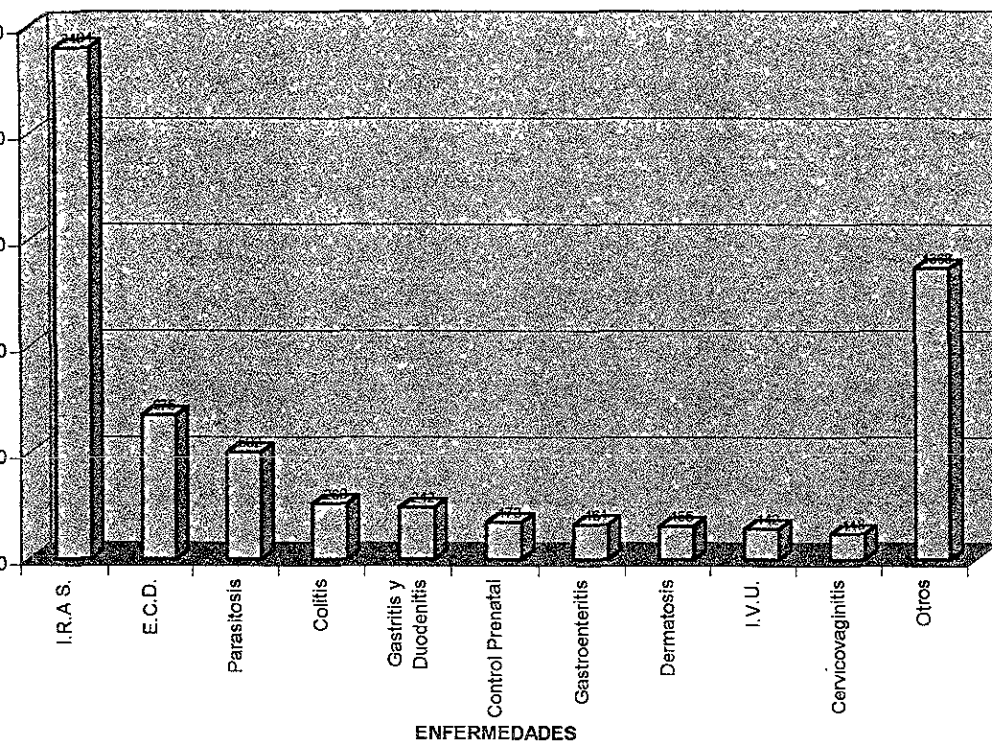
TABLA II

**MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS PACIENTES ADSCRITOS
AL CONSULTORIO No 10 DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"**

ENFERMEDADES	TOTALES	PORCENTAJE
1. I.R.A.S.	2404	38.79 %
2. E.C.D.	675	10.89 %
3. PARASITOSIS	502	8.09 %
4. COLITIS	260	4.19 %
5. GASTRITIS Y DUODENITIS	242	3.90 %
6. CONTROL PRENATAL	173	2.79 %
7. GASTROENTERITIS	161	2.59 %
8. DERMATOSIS	155	2.5 %
9. I.V.U.	142	2.29 %
10. CERVICOVAGINITIS	118	1.91 %
11. OTROS	1368	22.06 %
	6200	100.00 %

FUENTE: INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO.
FORMATO SM - 10 - 1

**MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS PACIENTES ADSCRITOS
AL CONSULTORIO No 10 DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
GRAFICA 11**



FUENTE: Informe Diario de las Labores del Medico

TABLA 111

**TIPOLOGIA FAMILIAR DEL CONSULTORIO NO 10
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES".**

COMPOSICIÓN			DESARROLLO			INTEGRACIÓN			DEMOGRAFIA			OCUPACIÓN		
TIPO	No	%	TIPO	No	%	TIPO	No	%	TIPO	No	%	TIPO	No	%
Nuclear	194	77	Moderna	138	55	Integra da	216	86	Urbana	246	97,62	Profesio nal	151	60
Nuclear Extensa	50	20	Tradicio nal	114	45	Seminte Grada	30	12	rural	6	2.38	Obrera	95	38
Extensa Compu- esta.	8	3	Arcaica o primitiva			desintegr ada	6	2				Campe si na	6	2

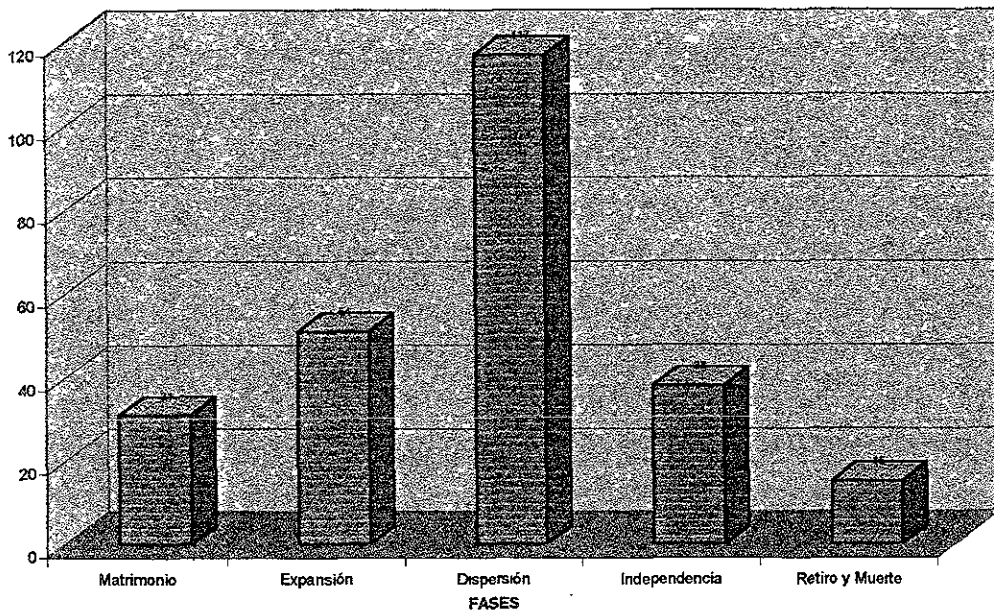
FUENTE: TES DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

TABLA IV

FASES DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No 10 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"		
FASES	TOTAL	PORCENTAJE
Matrimonio	31	12 %
Expansión	51	20 %
Dispersión	117	47 %
Independencia	38	15 %
Retiro y Muerte	15	6 %

FUENTE: TES DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

**FASES DEL CICLO VITAL
DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 10 DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
GRAFICA 1V**



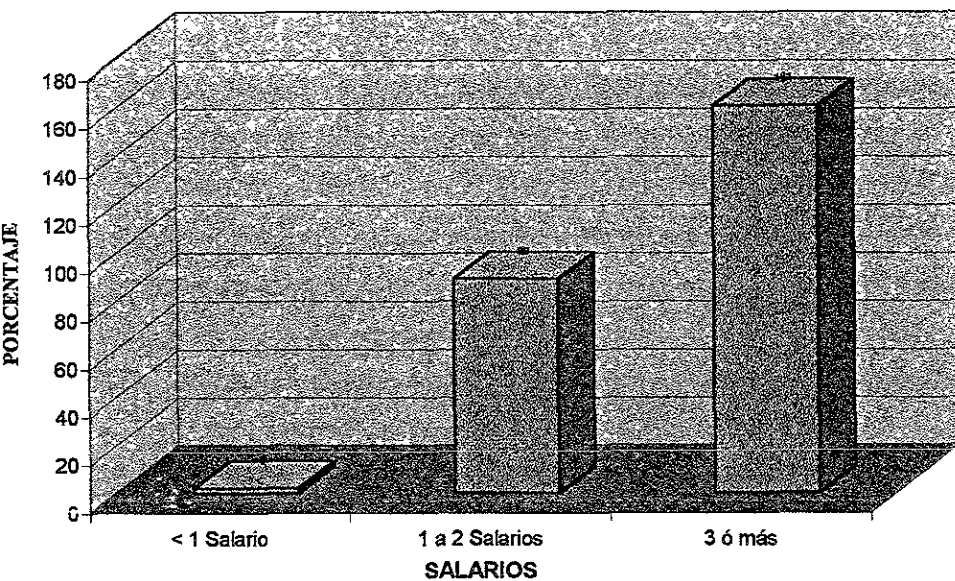
FUENTE: Test Identificación Familiar.

TABLA V

INGRESOS ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS ASCRITAS AL CONSULTORIO NO 10 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "DR JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"		
SALARIOS	TOTALES	PORCENTAJES
< 1 Salario	2	10.79 %
1 a 2 Salarios	89	35.21 %
3 o más	161	64.00 %
	252	100.00 %

FUENTE: TES DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

INGRESOS ECONOMICOS DE LAS FAMILIAS ASCRITAS AL CONSULTORIO
No. 10 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
GRAFICA V



FUENTE: Test Identificación Familiar.

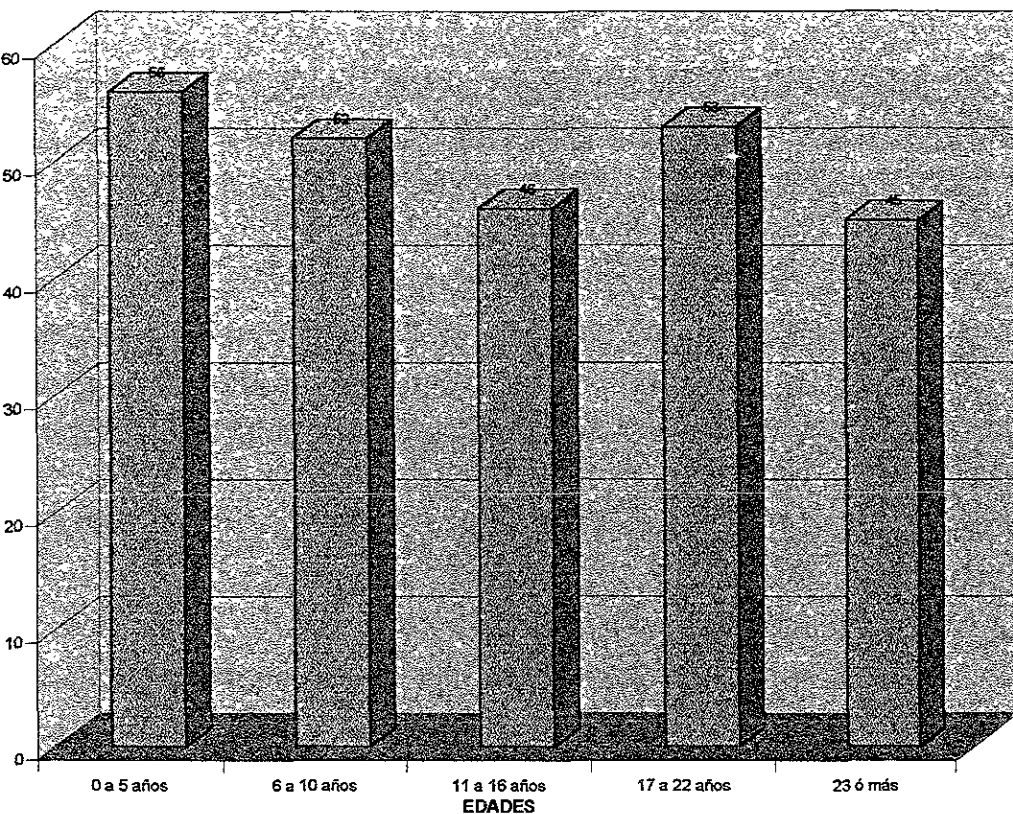
TABLA VI

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSUNTORIO No 10 DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"**

AÑOS	TOTALES	PORCENTAJE
0 A 5 Años	56	22.22 %
6 a 10 Años	52	20.66 %
11 a 16 Años	46	18.25 %
17 a 22 Años	53	21.02 %
23 o Más	45	17.85 %
	252	100.00 %

FUENTE: TES DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS
ADSCRITAS AL CONSUNTORIO N° 10 DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
GRAFICA VI**



FUENTE: Test Identificación Familiar.

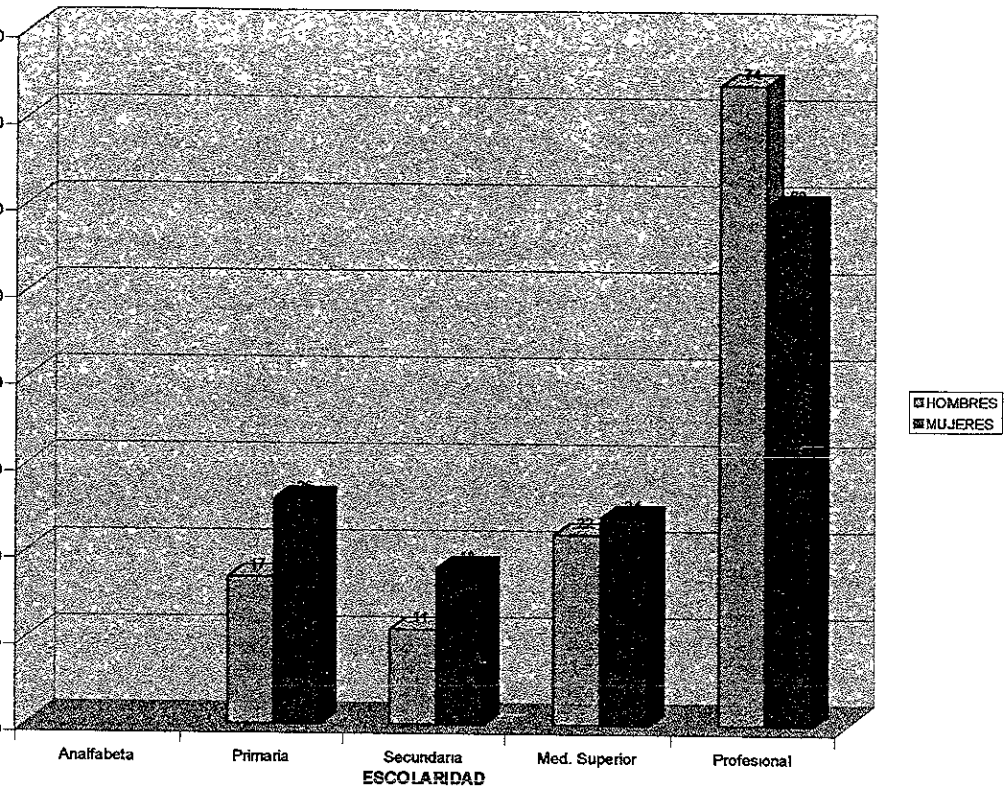
TABLA VII

**ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO NO 10
DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"**

ESCOLARIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
Analfabeta				
Primaria	17	26	43	17.06 %
Secundaria	11	18	29	11.50 %
Med. Superior	22	24	46	18.27 %
Profesional	74	60	134	53.17 %
	124	128	252	100.00 %

FUENTE: TES DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

**ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO NO 10
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
"DR JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"
GRAFICA V11**



FUENTE: Test Identificación Familiar.

DISCUSIÓN:

La población censada en este consultorio, ubica al grupo de adultos jóvenes como el de mayor porcentaje de (20 a 44 años) tanto en hombres como en mujeres, por su rango es el grupo de mayor productividad y reproducción. Con un incremento de las mujeres al mercado laboral, encontrando consecuentemente un equilibrio entre familias modernas y tradicionales, siendo este un estudio realizado con población de predominio urbano, lo que coincide con otros reportes. ⁽²¹⁾

Las diferencias por sexo en nivel de instrucción han venido disminuyendo en los últimos años, en el presente estudio se aprecia que la mujer se acerca al nivel educativo de los hombres. Esto origina la presencia mayoritarias de familias profesionales, en donde ambos cónyuges, son profesionistas, pues la mayoría de derecho –habientes del ISSSTE pertenecen a la Secretaría de Educación Pública, y laboran como Maestros, o en otras dependencias federadas, con estudio técnicos o educación media superior, con este fenómeno, se aprecia también un predominio de un porcentaje alto de familias con dos o más salarios mínimos, con un porcentaje de 64% de las familias encuestadas. Lo que origina un predominio de clase media, con predominio de residencia en zona urbana, en relación a otros estudios donde predominan los grupos con menor escolaridad, menos ingresos económicos, menor grado de condiciones demográficas favorables, lo que origina malas o regulares condiciones sanitarias, de educación y de salud.

Las fases del ciclo vital con mayor porcentaje fueron la de expansión y dispersión, que concuerda con los porcentajes de años de unión conyugal, con familias con hijos pequeños y adolescentes, representando problemas para las familias ya muchos de ellos quedan

al cuidado de personas ajenas a las mismas o en guarderías, o los últimos por estar en la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, con múltiples problemas de adaptación de su entorno biopsicosocial, y con los grandes riesgos de las zonas urbanas como son la drogadicción, pandillerismo, embarazos en adolescentes que requiere una atención, y orientación especial por parte de los padres, maestros y de los médicos de familia.

Se encontró una elevada frecuencia en padecimientos de vías respiratorias altas, principalmente en niños y adolescentes, un factor que puede influir en esto es que ambos padres trabajan y los hijos quedan a cargo de otra personas ajenas al núcleo familiar para su cuidado o en guarderías lo que favorece la presentación de este padecimiento.

En contraste, y acorde con otros estudios. ⁽²²⁾ La segunda causa específica correspondió a las enfermedades crónico degenerativos como (Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad articular degenerativa, dislipidemia, etc.) indicando con esto una importante afluencia en la consulta de pacientes adultos mayores y confirmando la transición epidemiológica que esta ocurriendo tanto en nuestro medio. Como en el resto del país.

Por otro lado, el Ciclo Vital Familiar en los hogares estudiados hace prevalecer los periodos iniciales que viven actualmente la mayoría de familias; las etapas de dispersión y expansión hacen posible el hallazgo predominante de familias nucleares con pocos miembros. En esto influye las campañas permanentes de planificación familiar. ⁽²³⁾

El Médico Familiar a cargo de las familias en las unidades de medicina familiar tiene la obligación de comprender la estructura y etapa del ciclo vital familiar por la que atraviesan sus familias, detectar en ellas crisis y factores de riesgo pues el segundo grupo de

la pirámide poblacional es el de 15 a 19 años, siendo esta la etapa de la adolescencia donde los jóvenes necesitan de todo el apoyo de padres, maestros y personal de salud con los que tienen contacto, pues en esta etapa se dan con mayor frecuencia los embarazos no deseados ni planeados entre ellos, el inicio en las adicciones como el tabaco, alcohol, y otras drogas

Así como crisis de adaptación social para actuar con medidas y consejos de manera anticipatoria al riesgo, para de este modo poder lograr un desarrollo equilibrado de las familias.⁽²⁴⁾

El manejo integrador de la salud familiar tiene como fundamento el estudio de la familia como sistema; requiere del análisis de cada uno de sus subsistemas, de los aspectos biológicos de cada uno de sus miembros, de la forma como se relacionan unos con otros, de las pautas de conducta permitidas, las normas que rigen la convivencia, la etapa que están viviendo como grupo y el contexto social donde las familias se encuentran inmersas; esto debido a que determina sus patrones de salud, enfermedad y muerte. Pues muchas veces el estudio de la familia se ha limitado al ámbito de enfermedad y no al de salud, con un enfoque predominantemente curativo y no preventivo.⁽²⁵⁾

Diversos factores tanto culturales, socio – económicos y demográficos inciden en las características de la población; en sus enfermedades, en el tamaño y composición interna del hogar, lo investigado y encontrado en el presente estudio, permite un mejor conocimiento y mayor entendimiento de las peculiaridades de las familias que asisten al consultorio No 10 de la Unidad de Medicina Familiar “Dr. Joaquín Canovas Puchades”.

CONCLUSIONES:

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar como una herramienta de los médicos familiares les permite conocer de manera amplia las características demográficas, los motivos de mayor demanda de consulta y servicios médicos que demanda la población a su cargo, así como profundizar en el conocimiento de la familia y su dinámica, estos conocimientos le dan ventaja al médico de familia en relación con otros colegas de otras especialidades, para ofrecer servicios médicos en forma integral y continua; enfocada a la detección temprana y anticipatoria al riesgo, le permite además hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, optimizando los recursos con que se cuente y hacer eficaz y eficiente los servicios otorgados a nuestros pacientes, con calidad y calidez.

Este modelo permite también al personal médico y de salud a su cargo desarrollar y fomentar la investigación científica, de cuyos resultados permita la toma de decisiones, para mejorar, reorientar los servicios de salud, con medidas de promoción, educación y prevención, de las enfermedades infecto - contagiosas, prevención y detección temprana de las enfermedades crónico – degenerativas, atención del adulto mayor, del niño sano, y fomentar la salud reproductiva.

Es necesario de manera prioritaria la difusión intensiva y masiva de este modelo en, Las diferentes universidades del país, entre las diferentes cedes de post – grado, que forman a los futuros médicos familiares, con el fin de unificar criterios y acrecentar los conocimientos en beneficio de población que atendemos.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. López S.S. Actuación del especialista en Medicina Familiar en la sociedad Actual. Rev Med IMSS (Mex) 1995; 33: 317 – 320.
2. Chávez A.V., García M.J. La Atención Integral en Medicina Familiar. Rev Med IMSS (Mex) 1995, 33: 167 – 171.
3. Narro – Robles J. Medicina Familiar, Conceptos Generales. Mecanograma Didáctico Departamento de Medicina familiar; UNAM, México.
4. Treviño G.M., Valle G.A. Mejoría de la calidad de la Atención Médica. Gaceta Médica de México; 1992: Vol. 128 : 467 – 474.
5. Sepulveda G.B., Méndez H.L. Programa para la implantación del nuevo Sistema Médico Familiar. Rev Med IMSS; 1993 : 31: 407 – 410 .
6. Almeida G. La Medicina Familiar. Rev Med IMSS; 1993: 14 – 15.
7. Gómez M.I. Desarrollo Profesional del Médico Familiar un punto de vista Rev Med IMSS 1994; 32 : 45 – 46.
8. Quiroz J. La Medicina Familiar. Rev Med IMSS; 1993 : 76 – 78.
9. Orientación Familiar o Terapia de Familias, Disyuntiva del Médico Familiar. Boletín Médico familiar. 1998; mayo – agosto : 5 (3 – 4).
10. Cerda O.A. Marco Teórico – Metodológico para el abordaje integral de la Salud Familiar. Trabajo presentado en el XVII Simposium Nacional de Medicina familiar de la ANREMFAC. IMSS, 1986.
11. Irigoyen – Coria A, Gómez – Clavelina FJ, Noriega - Garibay R, Hernández – Torres I. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. En Irigoyen – Coria , Gómez – Clavelina FJ. (eds.) Fundamentos de Medicina Familiar. 5ª Edición. Editorial de Medicina Familiar México. 1998 p. 151 –174.
12. Gómez – Clavelina FJ, Irigoyen – Coria A. La Medicina familiar y la investigación; Una perspectiva integradora. En Irigoyen CA y cols. Fundamentos de Medicina Familiar. México: Ed. Medicina Familiar Mexicana, 1996: p 143 – 149.
13. Ceitlin J. ¿ Que es la medicina familiar? Cap 1, FEPAFEM/KELLOG 1982.
14. Delgado A, López LA. La participación comunitaria: Una revisión necesaria. Aten Primaria. 1992; 9 (8): 77 – 79
15. Lifshitz A. Los retos actuales de la atención a la salud y la enfermedad. II. El escenario. Gaceta Médica de México; 1994 : Vol 130 No5 Sep – Oct : 321 –322.
16. López B.M., Izazola C.H. El perfil censal de los hogares y las familias en México. INGI Mex 1995; tomo IX.
17. Sánchez L.G. el reto actual de la Medicina Familiar en México. Rev Med IMSS Mex 1994; 32 : 355 – 357.
18. Irigoyen C.A., Romero V.R. Medina N.M. Clasificación de Familias, prioridad a investigar en Medicina Familiar
19. Irigoyen C.A., Gómez C.F. y col. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª edición México: Editorial de Medicina Familiar Mexicana, 1995. Cap.1. p 15 - 17
20. Irigoyen C.A., Gómez C.F. y col. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª edición México: Editorial de Medicina Familiar Mexicana, 1995. Cap.2 P 23 – 27.

21. Irigoyen C.A., Gómez C.F. y col. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª edición México: Editorial de Medicina Familiar Mexicana, 1995. Cap.3 P 27 – 29.
22. Estadísticas Vitales. El Panorama Epidemiológico de México. Mecanograma Didáctico. Departamento de Medicina Familiar UNAM, México.
23. Saucedo G.J. Lineamientos para Evaluar la Vida de la Familia. Rev Med IMSS Mex 1995; 33 : 249 – 256.
24. Tennyson – Williams P. Atención Longitudinal. Mecanograma Didáctico Departamento Medicina familiar UNAN, México.
25. Sánchez T. Diagnóstico de Salud. Consultorio No 12, Unidad de Medicina familiar “Dr Joaquín Canovas Puchades.

ANEXOS.



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado
Subdirección General Médica

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Informe Diario de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico Para Substituciones Nombre del Substituto	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad
Firma		Clave		Causa		

Num Pro	Nombre	Expediente	Tipo OHT	SEXO Y EDAD		Ea rot	Subs	Folia días	SOLICITUD A				Rete u otra u	Días de Licen cia	No de Mue stras	Motivo de la Consulta
				M	F				Lab	Re	Instr ción	Otros				
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

IDENTIFICACION FAMILIAR

1 - FAMILIA _____ Cédula _____ Edo. Civil _____

2.- Años de Unión Conyugal _____ Escolaridad: (padre) _____ (madre) _____

3.- Edad:(Padre) _____ (madre) _____ Domicilio _____

4.- Número de hijos: _____ Edad : 0-1 años _____ Sexo: M _____ F _____

1-4 años _____ M _____ F _____

5-14 años _____ M _____ F _____

15-19 años _____ M _____ F _____

+ 20 años _____ M _____ F _____

5 -Ocupación de los padres. (Padre) _____ Madre _____

6.- Ingreso económico. (mensual aproximado): _____ Salario mínimo:

Menos de 1 _____ de la 2 _____ 3 o más _____

7.- Tipo de familia:

a) DESARROLLO Moderna () Tradicional () Arcaica o primitiva ()

b) DEMOGRAFIA Urbana () Rural ()

c) COMPOSICION Nuclear () Extensa () Extensa compuesta ()

d) OCUPACION Campesina () Obrera () Profesional

e) INTEGRACION Integrada () Semi-integrada () Desintegrada ()

8.- Etapa del ciclo vital familiar:

I.-Matrimonio () II Expansión ()

III Dispersión () IV Independencia () V Retiro y muerte ()

9.- Informante (Padre) _____ (Madre) _____ otro mayor de edad _____

10.- Observaciones:

ANEXO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO "IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

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

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

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

Tradicional: Si el padre es el único que trabaja.

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

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

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

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

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

d) Campesina: Si hay ocupaciones agrícolas y relacionadas.

Obrera: Si hay ocupación en esta forma laboral.

Profesional: Si existen actividades relacionadas con alguna profesión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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