



123  
1122631

**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  
SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ERMITA**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y  
CARACTERISTICAS FAMILIARES DE LA  
POBLACION DE LA COLONIA SECTOR POPULAR**

**T R A B A J O**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**DR. HERMILO RODRIGUEZ VAZQUEZ**



**ISSSTE**

**MEXICO, D. F.**

**NOVIEMBRE DE 1997**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**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  
SEDE CLINICA ERMITA**

*PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD Y CARACTERISTICAS  
FAMILIARES DE LA POBLACION DE LA COLONIA SECTOR POPULAR*

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA : DR. HERMILO RODRIGUEZ VAZQUEZ**

**I. S. S. T. E.  
Sub-Delegación México  
Ezca Sur, D. F.**

**NOV. 21 1997.**

**DIRECCION  
CLINICA ERMITA**

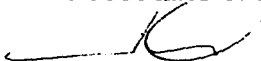
**México, D.F. noviembre de 1997.**

FRANCISCALES CAJAS DE MEDICINA Y DERMATOLOGIA  
FAMILIAR DE LA FRELACION DE LA COCINA ES DONDE SE ENVAJA

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA: DR. HERMILO RODRIGUEZ VAZQUEZ**

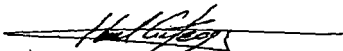
**AUTORIZACIONES**



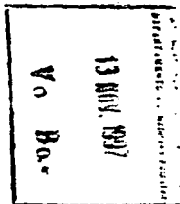
**DR. JOSE LUIS VELAZCO CRUZ  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA U.M.F. "ERMITA" I.S.S.S.T.E.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E.**



**DR. EMILIO GRANUEL GUERRERO  
COORDINADOR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION I.S.S.S.T.E.  
ASESOR DE PROTOCOLO**



**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
I.S.S.S.T.E.**

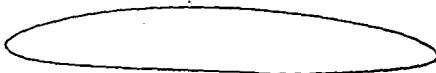


*ELIJE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS  
RAMALES DE LA FORMACIÓN DE LA CONCIENCIA EN OTRO...*

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA: DR. HERMILO RODRIGUEZ VAZQUEZ**

**AUTORIZACIONES**



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

**DR. ARNULFO TRIGO Y EN CORIA**  
**COORDINADOR DE INVESTIGACION**  
**DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY**  
**COORDINADORA DE DOCENCIA DEL**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DEDICATORIA**

**A MI HIJA BRENDA ESTHER RODRIGUEZ PATIÑO**

## **AGRADECIMIENTO**

**MI AGRADECIMIENTO MAS PROFUNDO A LAS PERSONAS QUE ME AYUDARON A TERMINAR ESTA TESIS, COMO FUERON MIS CUATRO COMPAÑEROS QUE ME APOYARON MORALMENTE EN FORMA INCONDICIONAL, A MIS PADRES, A MIS HERMANOS Y A MI ESPOSA; PERO EN ESPECIAL A MI HUA BRENDA ESTHER QUE ME SIRVIO DE INSPIRACION EN TODO MOMENTO PARA PODER SUPERARME Y ALCANZAR ESTA META; ANTE TODO LO ANTERIOR, QUIERO AGRADECER AL SER SUPREMO QUE ME ILUMINO PARA ESCALAR UN PELDAÑO MAS EN ESTA VIDA Y PODER CONTAR CON SU BENDICION EN CADA MOMENTO DE MI VIDA.**

**"LAMPARA ES A MIS PIES TU PALABRA Y LUMBRERA EN MI CAMINO"**

**HERMILO**

**INDICE GENERAL****PAGINA**

<b>TITULO.....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>6</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>12</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>TIPO DE INVESTIGACION.....</b>	<b>14</b>
<b>TAMANO DE LA MUESTRA.....</b>	<b>14</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSION.....</b>	<b>14</b>
<b>CRITERIOS DE EXCLUSION Y DE ELIMINACION.....</b>	<b>15</b>
<b>PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.....</b>	<b>15</b>
<b>CONSIDERACIONES ETICAS.....</b>	<b>16</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>DESCRIPCION DE RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
<b>ANALISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>79</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>81</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>87</b>



**TITULO**

***PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y CARACTERISTICAS  
FAMILIARES DE LA POBLACION DE LA COLONIA SECTOR POPULAR***

## **MARCO TEORICO.**

La medicina desde el comienzo de su historia, siempre se ha sometido a cambios, sólo ha cambiado la velocidad con la que éstos se producen.

La medicina familiar es sólo una de las muchas disciplinas nuevas que se han desarrollado en el curso de la historia de la medicina, los cambios sociales, la especialización y un nuevo patrón de morbilidad, exigen un nuevo prototipo de médico; las nuevas disciplinas pueden desarrollarse en tres formas, renacen como el ave fénix, de una disciplina más vieja, puede surgir algo nuevo, o formarse por fragmentación de una disciplina más vasta. (1)

Se acepta ampliamente que la medicina familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y a su familia, a partir de ésta definición podemos identificar lo que caracteriza al Médico Familiar: actúa como como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud; la atención que presta se desarrolla, tanto en el consultorio como en el hogar del paciente y en el hospital . la atención que presta debe ser continua e integral.. (2)

Los objetivos generales del médico familiar dentro del ISSSTE son básicamente:

Promover y controlar la salud física y mental.

Restablecer la salud del enfermo mediante el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Mejorar las relaciones humanas.(3)

En lo que respecta a las consultas pediátricas prenatales, se recomienda dedicar 30 a 45 minutos a la revisión de la historia familiar, la historia obstétrica y los factores psicosociales, así como a los aspectos prácticos y emocionales que implica un recién nacido, éste es importante, porque el Médico Familiar puede conocer los aspectos importantes de la historia clínica y prenatal, por ejemplo: desórdenes hereditarios potenciales, identificar factores psicosociales que tienen mayor impacto en la adaptación del recién nacido y la familia. (4)

Es una función esencial del equipo de atención primaria ofrecer información adecuada en lo que se refiere a los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, el alcohol y otras drogas. Recomendar el ejercicio físico adecuado a cada edad y detectar las necesidades según el sexo y la edad de las personas a las que nos dirigimos.(5)

Dentro de las consultas más frecuentes en los niños se encuentra la de las vías respiratorias altas, por lo que hay que valorar el antimicrobiano específico tomando en cuenta que puede haber resistencia a la penicilina, por ejemplo en el caso del neumococo. El neumococo se puede encontrar como flora comensal en las vías respiratorias superiores, con cifras que varían de un 5% a un 60%, según la estación, la edad y el tipo de población estudiada, la causa de que haya aparecido tanta resistencia, hay que buscarla en el incremento de la movilidad de la población, lo cual ha facilitado la propagación de las cepas resistentes entre países, tanto próximos como distantes, puesto que la aparición de resistencias exige contacto del germen con el antibiótico. Puede afirmarse que la principal causa de que se haya incrementado el número de bacterias resistentes es el abuso o mal empleo de los antibióticos.(6)

Los adolescentes, representan la cuarta parte de la población nacional, en éste período es importante dar educación para la salud, principalmente sobre anticonceptivos. Ya que en las mujeres jóvenes aumenta el riesgo de presentar toxemia, desproporción cefalopédica, prematuraz, bajo peso al nacer etc. En el embarazo de la adolescente también intervienen otras situaciones como el significado que tiene la gestación en el desarrollo y madurez psicosocial de la mujer , la limitación de oportunidades educativas, la deserción escolar y la aceptación ó rechazo del entorno familiar.

En lo que se refiere a las adolescentes menores de 20 años que acuden a consulta por causas obstétricas con el fin de recibir atención, se debe dar énfasis al uso adecuado de métodos anticonceptivos con el propósito de aumentar el intervalo en los embarazos y así disminuir el riesgo reproductivo.(7)

En diversos estudios epidemiológicos se ha observado una relación positiva entre colesterol total sérico y otros de presión arterial, en 1985 se estudiaron los niveles de lípidos plasmáticos en 5,800 suetanos adultos, siendo este el primer estudio en demostrar que los hipertensos, incluso los no tratados, tienen una mayor prevalencia tanto de concentraciones séricas demasiado elevadas de colesterol total como del cociente HDL, demasiado alto y los resultados obtenidos en este estudio son otra prueba de confirmación en relación positiva y significativa entre hipertensión arterial con hiperlipemia e hiperlipemia.(8)

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, enfermedad que es la principal causa de mortalidad en nuestro medio y la segunda causa de años perdidos de vida potencial, hoy día por suerte para los enfermos y profesionales sanitarios, la situación ha cambiado y se dispone de un buen número de tratamientos y pautas de actuación de reconocida efectividad, de ahí que los intentos actuales destinados a conseguir que aumente la proporción de pacientes que sigan las indicaciones de los médicos se constituyan como un verdadero camino para mejorar la salud del enfermo y de la población.(9)

Entre los fármacos que existen para tratar la hipertensión arterial es importante conocer las reacciones adversas de cada uno de ellos para poder identificar, según la edad del paciente, por ejemplo los de acción central, su reacción adversa es congestión nasal, depresión, pesadillas, fatiga, vértigo y trastornos sexuales.

Los Diuréticos (osmóticos), sus reacciones adversas son trastornos gastrointestinales, vértigo, debilidad, fatiga, dermatitis, hiperglucemia, gota y calambres.

Bloqueadores Beta, su reacciones adversas son: fatiga, disnea, claudicación impotencia, trastornos del sueño, depresión e insuficiencia cardíaca.

Antagonistas del Calcio, edema y adema.

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, causan tos irritativa, cefalea y mareos.

Nuevos fármacos son los inhibidores de los receptores AT<sub>1</sub> de la angiotensina II, por su mecanismo de acción sobre el receptor, estos fármacos no inducen tos ni erupciones cutáneas.(10)

Otra causa frecuente de consulta son las parasitosis, entre ellas la amebiasis.

La prevención de la amebiasis debe enfocarse hacia aspectos proféticos en materia de higiene personal, con especial énfasis en los grupos de riesgo, como manejadores de alimento, asimismo es necesario establecer medidas de salud pública (Potabilización del agua y adecuados sistemas de manejo, eliminación de excretas y desechos sólidos).(11)

Entre las causas de consulta diaria se encuentra la Diabetes, ya que se calcula que el 2% de la población mundial padece Diabetes y en México se maneja la cifra del 2% al 4%, aunque la Diabetes aún no es curable se puede controlar en la mayoría de los casos pero se requiere que el paciente haga grandes modificaciones en su comportamiento para evitar las complicaciones nerviosas y vasculares que la enfermedad provoca.(12)

En cualquier tipo de enfermedad, la historia clínica y el examen físico son importantes, por ejemplo en la infección del tracto urinario en niños, la infección por lo general es ascendente, la colonización perineural es fundamental en su patogénesis y lo más importante, tratar los factores predisponentes, a saber higiene personal inadecuada, diarrea y erupción por el uso de pañales.(13)

Los episodios de lumbálgia suelen comenzar entre los 20 y los 30 años, con recurrencia a los años siguientes, con problemas de incapacidad a las personas de 40 a 50 años, así que su impacto fundamental aparece durante las épocas laborales, la inmensa mayoría de los episodios de lumbálgia no incapacitan de una forma importante, el 90-95% de los que buscan tratamiento por lumbálgia en atención primaria, mejora en menos de un mes, sólo un 5% de los pacientes sigue presentando síntomas después de 6 meses, por lo que es importante en el diagnóstico y tratamiento, optamos por lo principal en la prevención de la incapacidad por la lumbálgia.(14)

Se pueden desarrollar tres estrategias básicas:

Prevención primaria, consiste en conocer los factores que causan la incapacidad y crear programas que la identifiquen antes de que aparezca.

Prevención secundaria, recuperar al paciente lo más rápidamente posible en reposo corto, puesto que la mayoría tolera bien caminar y andar de pie.

Prevención terciaria, se aplica cuando el paciente ya está incapacitado y el objetivo es retomar al paciente como sujeto funcional desde el punto de vista laboral, lo cual implica en ocasiones una adaptación por parte del paciente de crear daño residual y por parte de las empresas de algunas modificaciones a los lugares de trabajo.(14)

Dentro de la consulta diaria, uno de los padecimientos más comunes es la osteoartritis. Se conocen sus características clínicas y el diagnóstico se establece con facilidad. La etiopatogénesis de la enfermedad aún no se conoce con precisión. Sólo recientemente fueron elaboradas la definición y clasificación de la osteoartritis por la Asociación Norteamericana de Reumatismo.

El tratamiento debe abarcar cuatro áreas: educación, psicológica, médica y quirúrgica y el objetivo del tratamiento debe estar destinado a proveer alivio sintomático y a la restauración de la función.(15)

Una vez que la mujer se embaraza, el seguimiento y control deben enmarcarse dentro de la preparación de la maternidad. Esta preparación es un proceso continuo, que se debe iniciar en la familia y la escuela, reforzándose en el período preconcepcional, durante la gestación y el puerperio.

La educación para la salud en la adolescencia debe incluir, como uno de sus objetivos; una futura maternidad y paternidad responsables.(16)

Gran parte de las mujeres en edad fértil buscan orientación sobre planificación familiar, en el primer nivel de atención médica y gran parte de la misma puede satisfacerse desde dicho nivel, por esto es necesario que el equipo sanitario favorezca la educación para la salud en el campo de la sexualidad y la anticoncepción. También merecen especial atención aquellas mujeres con familias numerosas, adolescentes, mujeres mayores de 35 años, toxicómanas y población socialmente desfavorecida, para enseñarles los métodos contraceptivos que existen como son: los preservativos, los espermatoicidas, el DIU, coitos interruptus, hormonales, etc.(17)

Uno de los grandes retos en materia de salud perinatal, en la prevención primaria de embarazos de alto riesgo, es necesario aumentar los esfuerzos a la identificación y modificación de las percepciones y actitudes de riesgo reproductivo, las actitudes por lo general preceden a las conductas, las cuales a su vez son el resultado de la participación de cuatro factores relativos a la percepción los cuales son: la susceptibilidad a los problemas o condiciones de riesgo, la severidad de las condiciones o problemas de riesgo y el riesgo beneficio.(18)

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico-degenerativa, cuya participación en la morbilidad y la mortalidad en México ha sido creciente, considerada como un padecimiento postransicional, tiene características propias que lo convierten en un buen modelo para el estudio de la transición demográfica que vive el país, se ha visto una clara polarización epidemiológica en la ocurrencia de diabetes Mellitus, hay mayores tasas de mortalidad en el norte comparativamente con el sur del país, el bien no se cuenta con datos de incidencia del padecimiento, la mortalidad es una medida indirecta de la ocurrencia real.(19)

Otra causa de consulta diaria son las enfermedades infecciosas, ya que éstas son el resultado de las relaciones biológicas entre el hombre, el medio ambiente (biológico, geográfico, sociocultural y climático) y los agentes vivos que las producen.(20)

Otra causa frecuente es la bronquitis crónica, como manifestación de la enfermedad pulmonar obstructiva, es una de las causas significantes de morbilidad, especialmente en los ancianos, los daños funcionales en la movilidad y la comunicación pueden resultar de la disminución en la profundidad de las respiraciones combinadas con copiosas secreciones respiratorias que se producen en la bronquitis crónica.(21)

La prevención y el control de las enfermedades diarreicas están relacionadas con muy diversas circunstancias que en conjunto determinan el nivel de vida y bienestar de la población, entre cuyos elementos destacan la cultura y el nivel de escolaridad, el estado de nutrición, el saneamiento básico, el acceso a los servicios de salud y la calidad de estos.(22)

Dentro de las enfermedades diarreicas infecciosas se clasifican aquellas que originan la Escherichia Coli, por lo que se debe orientar al paciente, los mecanismos de transmisión así como el uso de suero vida oral en caso de deshidratación de leve a moderada, la parte importante en la prevención de este tipo de padecimientos es como en el resto de las infecciones gastrointestinales la educación para la salud, para evitar el ingreso de la bacteria al organismo.(23)

Entre los factores que contribuyen al desarrollo de la osteoporosis se encuentra: episodios de amenorrea y oligomenorrea, menopausia temprana (menos de 40 años), ingestión de alcohol (tóxico para los osteoblastos), tabaquismo (incrementa la degradación de los estrógenos), corticoterapia, endocrinopatías (síndrome de Cushing, acromegalia, hipertiroidismo), deficiencias nutricionales (vitamina C, D, fósforo, flúor, proteínas), sedentarismo y antecedentes familiares.(24)

En la prevención de múltiples enfermedades ocasionadas por el tabaquismo, es necesario concientizar a los pacientes de estos problemas, entre las enfermedades asociadas a dicho consumo se pueden señalar a diversos tipos de cáncer. En particular los de pulmón, boca, faringe, laringe, esófago, estómago etc. Y otras enfermedades como: bronquitis crónicas, enfisema, enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo. Un aspecto importante es que el riesgo de morir por estos padecimientos disminuye si se deja de fumar, aún cuando se haya fumado por varios años.(25)

Por lo tanto en nuestro país, la vigilancia epidemiológica se comprende cada día más como un sistema de inteligencia, capaz de recolectar información sobre los diversos eventos de interés médico-epidemiológico. El análisis de dicha información proporciona un panorama sólido que permite iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control. La información respecto a los daños y riesgos para la salud representa el insumo más importante de la vigilancia epidemiológica.(26)

La atención primaria se ofrece, como complemento a la medicina tecnificada y altamente cualificada de las especialidades, una visión global de la mujer que sobrepase la atención por órganos y aparatos, una ubicación en el sistema sanitario que nos facilite la integración de actividades preventivas y de promoción de salud junto a las curativas y un modelo de atención que evite medicalizar o psicologizar momentos del ciclo vital de la mujer.(27)

También es una fuente principal de información sobre los problemas de salud y su variación, lo que tiene gran importancia en la evaluación de salud de la población, describir las características de la demanda, la estructura familiar y el proceso de derivación de las familias atendidas en una Unidad de Terapia Familiar.(28)

Nos encontramos con un fenómeno frecuente en la práctica clínica y sobre todo en asistencia primaria, que es el tema del duelo familiar en relación con la muerte, el sufrimiento que ello provoca y como repercute en la dinámica y en la salud familiar, un segundo objetivo del tratamiento consiste en una correcta atención a la familia es una tarea fundamental para introducir criterios de prevención sanitaria, ya que una atención incorrecta en un primer nivel es la puerta de entrada a patologías y repercusiones socio-sanitarias graves. Finalmente es la atención primaria el lugar indicado en el que se pueden atender de una forma más adecuada, las situaciones de duelo.(29)

Para el Médico Familiar es importante conocer las principales causas de morbilidad de la población a la que atiende así como la estructura familiar de la misma, para poder realizar este estudio apliqué el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, elaborado por el Dr. Irigoyen y Col. "Al identificar concretamente las características biológico-sociales de las familias que están bajo su cuidado, el médico familiar podrá implementar medidas eficaces de prevención de enfermedades y promoción de la salud en su consultorio de medicina familiar. Con lo que se harán efectivas las premisas de estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados en la salud de las familias".(30)

Para el estudio de comunidad, utilizaremos la ficha de identificación familiar la cual incluye: nombre de la familia, estado civil, años de unión conyugal, escolaridad, edad del padre, edad de la madre, número de hijos, ocupación de los padres de familia y etapa del ciclo vital.(31)

Para la identificación de la morbilidad de la población, se utilizó la cédula de recolección de datos para causa de consulta de enero-diciembre de 1995.Y la hoja de informe diario de labores del médico.(32)  
Para obtener el censo poblacional de las familias en estudio, utilizamos los expedientes clínicos.(30)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Colonia Sector Popular, se encuentra en la Delegación Iztapalapa. El cuaderno estadístico delegacional del INEGI nos indica los siguientes datos: La Delegación Iztapalapa cuenta con 1'400,400 habitantes, de los cuales el 49 % son hombres y el 51 % son mujeres.

De la población de 12 años y más por estado civil de los habitantes de esta demarcación el 45 % son solteros, el 44.29 % son casados, el 0.9 % son divorciados, el 3.4 % son viudos, el 7.8 % viven en unión libre y el 1.6 % son separados.

En la Delegación Iztapalapa predomina la religión católica con un 94 %.

En relación al número de integrantes en las familias de esta Delegación, oscila entre 3 y 4 miembros, le siguen en frecuencia 2 y 5 miembros.

La mayoría de las familias habitan casa sola propia(83 %), rentada ( 17 %).

La población de la Delegación Iztapalapa, cuenta con los servicios médicos del IMSS, DDF, SSA y del ISSSTE, este último cuenta con 311,730 derechohabientes.

De la población masculina de 15 años y más el 7.2 % es analfabeta, el 92.8 % es alfabeto, de estos últimos el 56.2 % cuenta con instrucción postprimaria.

La población económicamente activa en esta Delegación el 98 % tiene algún tipo de trabajo y el 2 % se encuentra desempleada. El ingreso mensual de los habitantes de esta Demarcación oscila entre uno y dos salarios mínimos, siguiendo en frecuencia un salario mínimo.

De la población en estudio deseo conocer:

- 1.- ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad?
- 2.- ¿Cuáles son las características de las familias de la colonia Sector Popular?

## **JUSTIFICACION**

"El esquema actual de atención médica familiar ha causado insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes, ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características socioculturales, así como de los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias".(30)

Para mejorar la atención médica, racionalizar los recursos, disminuir el tiempo de espera del paciente, agilizar el uso de archivo clínico y disminuir las derivaciones injustificadas al 2° y 3er nivel de atención médica, es necesario que el médico familiar conozca con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman, las patologías más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que ejerce en su consultorio.(30)

Por este motivo es que se realizará este trabajo de investigación a las familias que acuden a recibir atención médica a mi consultorio y que habitan en la colonia Sector Popular.



## **OBJETIVO GENERAL.**

Conocer las principales causas de morbilidad y características familiares, a través de la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar de la población en estudio, en el período mayo-diciembre de 1996.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.- Identificar de manera precisa las principales causas de enfermedad por las que acudieron con más frecuencia los paciente que habitan en la colonia Sector Popular, de enero a diciembre de 1995.
- 2.- Conocer la estructura familiar de las familias de la población en estudio.
- 3.- Conocer por grupos etáreos, a través de la piramide poblacional a las familias que habitan en la colonia Sector Popular.
- 4.- Conocer el nivel socioeconómico de las familias en estudio, para poder organizar, orientar y educar a la población en el sector salud.

## **TIPO DE INVESTIGACION**

El diseño es Retrospectivo-Transversal, ya que dicha información se obtendrá de los expedientes clínicos que conforman la colonia Sector Popular; además de la forma SM10-1( Informe Diario de labores del Médico) para seleccionar las 10 principales causas de consulta durante el año de 1995, a la vez se llevará a cabo un estudio de comunidad (Identificación Familiar) el cual será en forma de interrogatorio directo por uno de los padres de familia que acuden a consulta, durante los meses de mayo a septiembre de 1996, donde se detectarán las características de cada familia.

Y Descriptiva porque será en base al estudio de una sola población (colonia Sector Popular).

## **GRUPOS DE ESTUDIO**

Corresponde a la parte proporcional de la población derechohabiente del ISSSTE de la colonia Sector Popular, ya que dicha colonia, por sus características en el número de habitantes se dividió en 2 consultorios, siendo el total de 2,117 pacientes correspondiéndonos un total de 847 pacientes adscritos a mi consultorio, lo que equivale al 40% del total de la población de dicha colonia.

## **GRUPO PROBLEMA**

Es la población adscrita a mi consultorio, perteneciente a la colonia Sector Popular.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Corresponde en forma proporcional a la población de la colonia Sector Popular que acudio a consulta en los meses de enero a diciembre y además de las entrevistas que se realizaron durante los meses de mayo a septiembre de 1996 anotadas en la hoja de encuesta familiar (identificación familiar).

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- 1.- Que sean derechohabientes del ISSSTE.
- 2.- Que sean de la población adscrita a mi consultorio y que pertenezcan a la colonia Sector popular.
- 3.- Que asistan a consulta a la clínica Ermita.
- 4.- Ambos sexos.
- 5.- Que deseen cooperar en el estudio.
- 6.- Que hayan asistido a consulta médica en el período mayo-septiembre de 1996.
- 7.- Que las personas encuestadas sean mayores de 15 años.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- 1.- Que no sean derechohabientes del ISSSTE.
- 2.- Que no pertenescan al a población adscrita a mi consultorio (colonia Sector Popular).
- 3.- Que no existan a consulta médica a la clínica Ermita.
- 4.- Que no deseen cooperar en el estudio.
- 5.- Que no hayan asistido a consulta médica en el período mayo-septiembre de 1996.
- 6.- Que las personas encuestadas no sean mayores de 18 años.

## **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- 1.- Encuesta contestada inadecuadamente o que la letra sea ilegible.
- 2.- Expedientes incompletos.
- 3.- Personas encuestadas que cumplan los criterios de inclusión, pero que presenten alguna alteración psiquiátrica.

## **CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**

Recolección de datos de enero a diciembre de 1996 fué a través de:

- Formato SM-10-1 (Informe Diario de Labores del Médico)
- Expedientes Clínicos.
- Formato de identificación Familiar, por encuesta directa.

## **PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION**

Para la realización del siguiente trabajo, se determinó acudir al Departamento de Estadística de la Clínica de Medicina Familiar Ermita, en donde se proporcionó información a través del formato SM-10-1 (Informe Diario de Labores del Médico), del consultorio de mi población correspondiente a la Colonia Sector Popular, tomando como base el período comprendido de enero a diciembre de 1996, del cual se obtuvieron los siguientes datos:

- 1.- Se obtuvo el total de consulta del año 1996.
- 2.- De este total, se eligieron las 10 principales enfermedades (Causa de consulta).
- 3.- De estas enfermedades, se obtuvo el porcentaje de pacientes masculinos, femeninos, de primera vez y subsiguientes.
- 4.- Así como cuadros, gráficas y porcentaje de cada padecimiento.

También se acudió al departamento de Archivo Clínico para revisar expedientes de donde se tomó la información del número de pacientes, seleccionando por sexo y por grupos étnicos y poder tener el total de la pirámide poblacional en el año de 1995, como se aprecia en los siguientes cuadros y gráficas.

Asimismo se llevó a cabo una encuesta familiar en forma directa durante los meses de mayo a diciembre de 1986, por uno de los padres que acudieron a consulta o por medio de visita domiciliaria, vaciando los datos en el formato de "identificación familiar" para poder seleccionar las principales características de cada familia como son:

- A.) Estado civil, años de unión conyugal.
- B.) Escolaridad y número de hijos por edades .
- C.) Tipo de familia: De acuerdo a su desarrollo (Moderna y Tradicional)  
De acuerdo a su composición (nuclear, extensa, compuesta)  
De acuerdo a su demografía (urbana y semiurbana)
- D.) Ingresos mensuales ( de acuerdo al salario mínimo como base)
- E.) Ocupación de los padres.
- F.) Etapa del ciclo vital familiar (expansión, dispersión, independencia y retiro) como se muestra en los cuadros y gráficas.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

La investigación biomédica se efectuó en los pacientes en control etc, en la Clínica de Medicina Familiar "Ermita", con el antecedente previo de consentimiento y aviso de su estudio.

Tomando en cuenta los arts. 5, 6, 7 y 10 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos y en los arts. 7 y 12 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, complementados por medio de la publicación de un acuerdo con el Diario Oficial de la Federación del martes 26 de enero de 1982, apoyados en la Declaración de Helsinki.

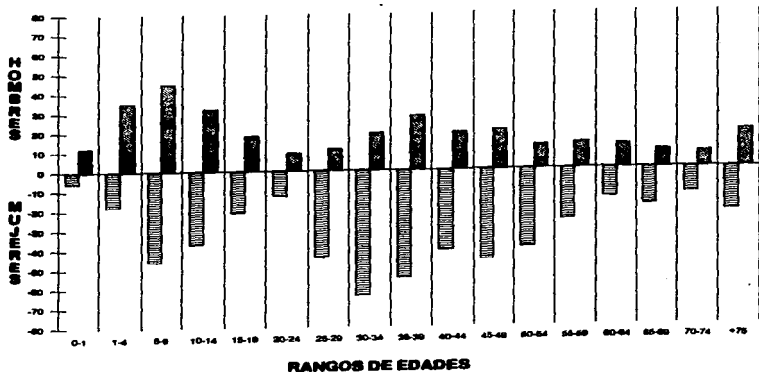
# **RESULTADOS**

**PIRAMDE POBLACIONAL DE LA COLONIA SECTOR POPULAR****DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO****CUADRO # 1**

<b>AÑOS</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>- 1 AÑO</b>	12	6	18	2.12 %
<b>1-4</b>	35	18	53	6.25 %
<b>5-9</b>	46	46	91	11.03 %
<b>10-14</b>	32	37	69	8.14 %
<b>15-19</b>	18	21	39	4.60 %
<b>20-24</b>	9	13	22	2.69 %
<b>25-29</b>	11	44	55	6.49 %
<b>30-34</b>	19	64	83	10.79 %
<b>35-39</b>	28	56	83	10.22 %
<b>40-44</b>	19	41	60	7.38 %
<b>45-49</b>	20	46	66	7.79 %
<b>50-54</b>	12	40	52	6.13 %
<b>55-59</b>	13	28	39	4.60 %
<b>60-64</b>	12	15	27	3.18 %
<b>65-69</b>	9	19	28	3.30 %
<b>70-74</b>	9	13	21	2.47 %
<b>+DE 75</b>	19	22	41	3.22 %
<b>TOTAL</b>	<b>321</b>	<b>626</b>	<b>947</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: EXPEDIENTES CLINICOS C-6  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "ERMITA"  
DICIEMBRE DE 1986.**

**PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA COLONIA SECTOR POPULAR  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 1**



Esta gráfica nos muestra que predominan las personas de 30 a 39 años del sexo femenino

**FUENTE DE INFORMACION: EXPEDIENTES CLINICOS C-6  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "ERMITA"  
DICIEMBRE DE 1996.**

**PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA COLONIA SECTOR POPULAR  
QUE INTEGRAN EL C-6 DE LA CLINICA "ERMITA DEL NOROESTE  
DISTRIBUCION POR TIPO DE DERECHOSABIENTE  
CUADRO # 2**

<b>TRABAJADOR</b>	<b>144</b>
<b>TRABAJADORA</b>	<b>250</b>
<b>ESPOSA</b>	<b>65</b>
<b>PENSIONADO (A)</b>	<b>43</b>
<b>PADRE</b>	<b>15</b>
<b>MADRE</b>	<b>35</b>
<b>HIJO</b>	<b>144</b>
<b>HIJA</b>	<b>132</b>
<b>TOTAL</b>	<b>847</b>

**FUENTE DE INFORMACION: EXPEDIENTES CLINICOS C-6  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "ERMITA"  
DICIEMBRE DE 1998.**



**PIRAMDE POBLACIONAL DE LA COLONIA SECTOR POPULAR  
QUE INTEGRAN EL C-6 DE LA CLINICA ERMITA DEL ISSSTE  
DISTRIBUCION POR TIPO DE DERECHOHABIENTE  
GRAFICA # 2**



De las personas registradas para recibir atención médica, predominan los trabajadores siguiéndolos en frecuencia los hijos

FUENTE DE INFORMACION: EXPEDIENTES CLINICOS C-6  
DE LA U.F.M. "ERMITA"  
DICIEMBRE DE 1996

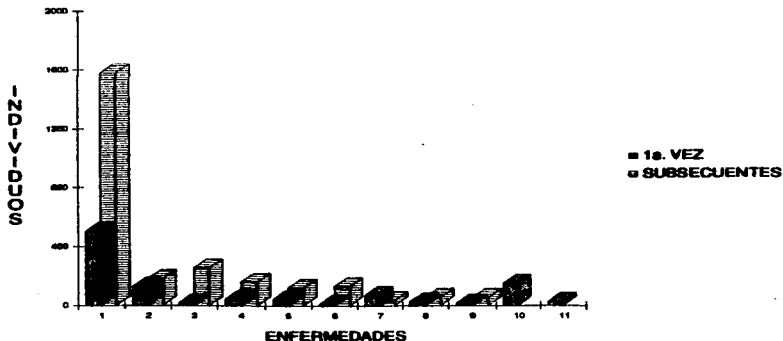
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD****DURANTE EL AÑO DE 1995****CUADRO # 3**

	<b>DE 1a. VEZ</b>	<b>SUBSECUENTES</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>	500	1578	2078
<b>GASTROENTERITIS</b>	128	183	311
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	13	254	267
<b>GOLPES TRAUMATICOS</b>	43	160	203
<b>PARASITOSIS INTESTINAL</b>	42	121	164
<b>DIABETES MELLITUS</b>	8	130	138
<b>UROSEPSIS</b>	70	34	104
<b>LUMBALGIA</b>	24	57	81
<b>ARTRITIS REUMATOIDE</b>	13	54	67
<b>CONTROL DE EMBARAZO</b>	150	0	150
<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>	25	0	25
<b>TOTAL</b>	1017	2571	3588

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME  
DIARIO DE LABORES DEL MEDICO. C-6 CLINICA "ERMITA"  
PERIODO ENERO- DICIEMBRE DE 1995.**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD  
DURANTE EL AÑO DE 1995**

**GRAFICA # 3**



- 1.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
- 2.- GASTROENTERITIS
- 3.- HIPERTENSION ARTERIAL
- 4.- GOLPES TRAUMATICOS
- 5.- PARASITOSIS INTESTINAL

- 6.- DIABETES MELLITUS
- 7.- URICEMIAS
- 8.- LUMBALGIA
- 9.- ARTRITIS REUMATOIDE
- 10.- CONTROL DE EMBARAZO
- 11.- PLANIFICACION FAMILIAR

Continúa siendo las principales causas de atención médica las enfermedades respiratorias y gastrointestinales

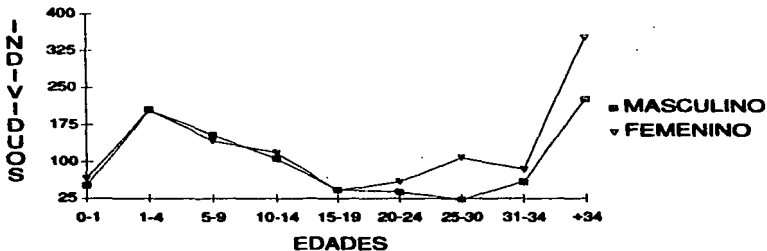
FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME  
DIARIO DE LABORES DEL MEDICO C-6 CLINICA ERMITA  
PERIODO: ENERO-DICIEMBRE DE 1995.

**MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS****DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO****CUADRO # 4**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>0-1</b>	<b>52</b>	<b>66</b>	<b>118</b>
<b>1-4</b>	<b>204</b>	<b>206</b>	<b>409</b>
<b>5-9</b>	<b>154</b>	<b>142</b>	<b>296</b>
<b>10-14</b>	<b>108</b>	<b>118</b>	<b>224</b>
<b>15-19</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>83</b>
<b>20-24</b>	<b>38</b>	<b>68</b>	<b>97</b>
<b>25-30</b>	<b>22</b>	<b>108</b>	<b>130</b>
<b>31-34</b>	<b>69</b>	<b>64</b>	<b>143</b>
<b>+ 34</b>	<b>226</b>	<b>352</b>	<b>578</b>
<b>TOTAL</b>	<b>903</b>	<b>1175</b>	<b>2078</b>

**FUENTE DE INFORMACION : HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (RM10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1988.**

**MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 4**



**Esta gráfica nos muestra que esta enfermedad predomina más en niños y en personas de la tercera edad**

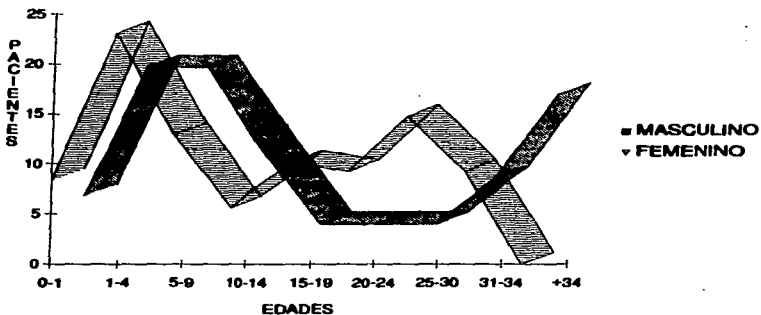
**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (88-10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1985**

**MORBILIDAD POR GASTROENTERITIS****DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO****CUADRO # 5**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
0-1	6	9	15
1-4	20	25	45
5-9	20	14	34
10-14	11	6	17
15-19	3	11	14
20-24	3	10	13
25-30	8	16	24
31-34	17	10	27
+ 34	40	82	122

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (9M10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1988.**

**MORBILIDAD POR GASTROENTERITIS  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 5**



*Esta gráfica nos muestra que esta enfermedad predomina en los niños y en personas de la tercera edad*

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995**

**MORBILIDAD POR HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA**

**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

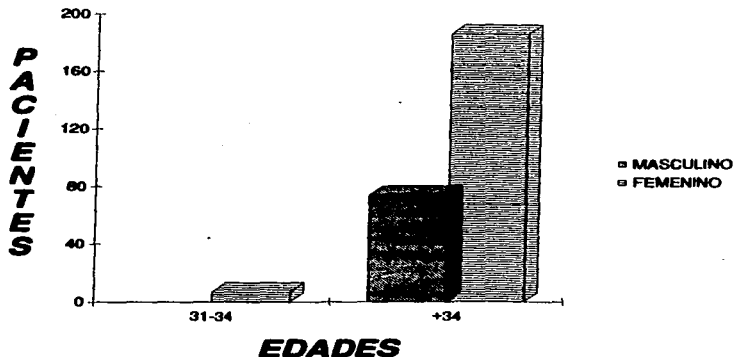
**CUADRO # 6**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>31-34</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>+ 34</b>	<b>74</b>	<b>186</b>	<b>260</b>

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1966.**



**MORBILIDAD POR HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 6**



Esta gráfica nos muestra que esta enfermedad es más frecuente en mujeres adultas

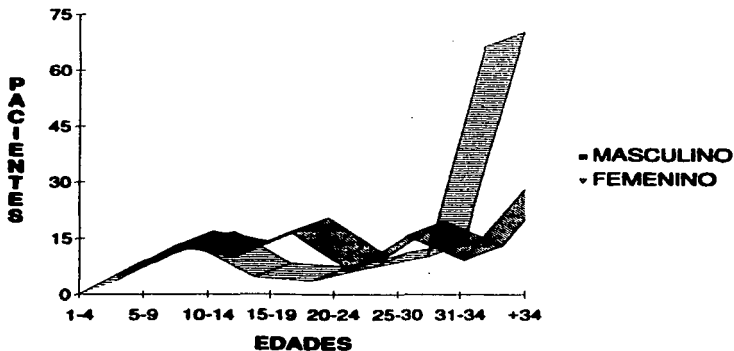
FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENRO-DICIEMBRE DE 1995.

**MORBILIDAD POR GOLPES TRAUMATICOS**  
**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**  
**CUADRO # 7**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENNO</b>	<b>TOTAL</b>
1-4	1	0	1
5-9	10	9	19
10-14	7	14	21
15-19	14	5	19
20-24	3	4	7
25-30	13	8	21
31-34	6	11	17
+ 34	20	72	92

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1966.**

**MORBILIDAD POR GOLPES TRAUMATICOS  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 7**



Esta gráfica nos muestra que esta enfermedad es más frecuente en hombres en lo de la niñez y la adolescencia y en mujeres de la tercera edad

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.**

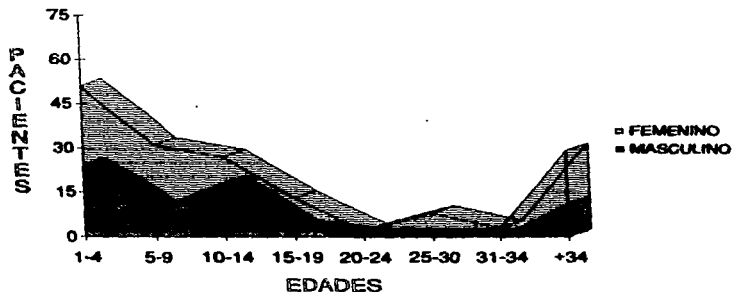
**MORBILIDAD POR PARASITOSIS**  
**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

**CUADRO # 6**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
1-4	24	27	51
5-9	9	22	31
10-14	18	9	27
15-19	3	10	13
20-24	0	2	2
25-30	0	8	8
31-34	0	3	3
+ 34	11	18	29
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>99</b>	<b>164</b>

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1986.**

**MORBILIDAD POR PARASITOSIS  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 8**



Esta gráfica nos muestra que esta enfermedad predomina en la población en estudio principalmente en los niños.

FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.

**MORBILIDAD POR DIABETES MELLITUS**

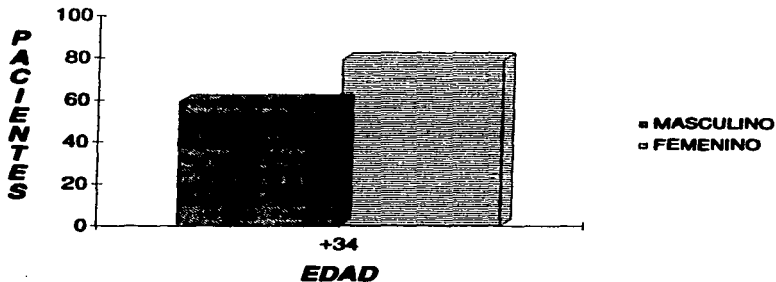
**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

**CUADRO # 9**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>&lt; 34</b>	<b>59</b>	<b>79</b>	<b>138</b>

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1986.**

**MORBILIDAD POR DIABETES MELLITUS  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 9**



Esta gráfica nos muestra que de la enfermedad padecemos en el sexo femenino

FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.

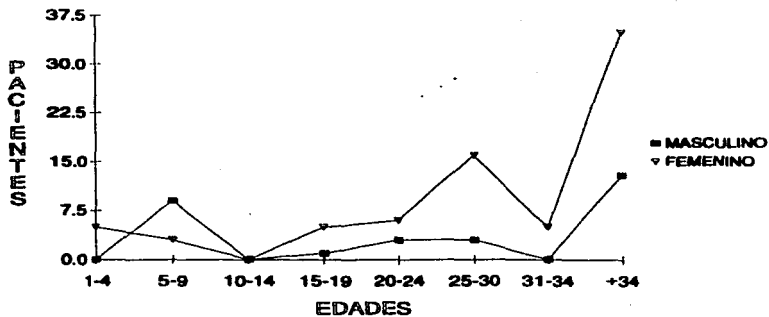
**MORBILIDAD POR UROSEPSIS**  
**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**  
**CUADRO # 10**

<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
1-4	0	5	5
5-9	9	3	12
10-14	0	0	0
15-19	1	5	6
20-24	3	6	9
25-30	3	16	19
31-34	0	5	5
+ 34	13	35	48
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>78</b>	<b>105</b>

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME  
 DIARIO DE LABORES DEL MEDICO (SM10-1)  
 ENERO-DICIEMBRE DE 1986.**



**MORBILIDAD POR UROSEPSIS  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 10**



Este tipo de enfermedad predomina en mujeres. En la infancia y en la edad reproductiva

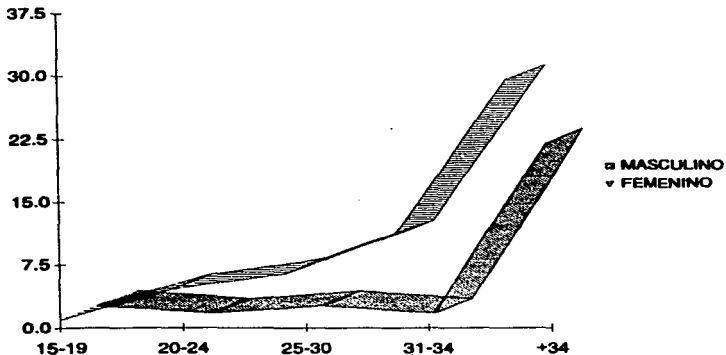
FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.

**MORBILIDAD POR LUMBALGIA**  
**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**  
**CUADRO # 11**

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
15-19	1	1	2
20-24	0	5	5
25-30	1	7	8
31-34	0	12	12
+ 34	22	32	54
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>57</b>	<b>81</b>

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.**

**MORBILIDAD POR LUMBALGIA  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 11**



**Esta gráfica nos muestra que esta enfermedad predomina en el sexo femenino, en la edad adulta**

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.**

**MORBILIDAD POR ARTRITIS REUMATOIDE**

**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

**CUADRO # 12**

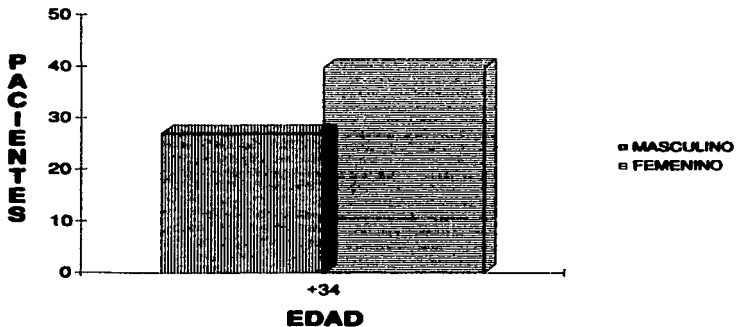
<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>+ DE 34</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>67</b>

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM-10-1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1986.**

## MORBILIDAD POR ARTRITIS REUMATOIDE

### DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

GRAFICA # 12



Este gráfico nos muestra que esta enfermedad  
es más frecuente en mujeres

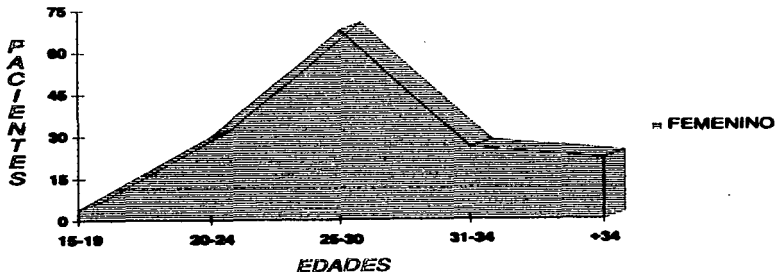
FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.

**NUMERO DE PACIENTES DE LA POBLACION EN ESTUDIO  
QUE ACUDIERON A RECIBIR ATENCION MEDICA  
POR CONTROL DE EMBARAZO  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
CUADRO # 13**

<b>EDAD</b>	<b>FEMENNO</b>
15-19	4
20-24	30
25-30	68
31-34	28
+ DE 34	22
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SAL.10.1.)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1988.**

**NUMERO DE PACIENTES DE LA POBLACION EN ESTUDIO  
QUE ACUDIERON A RECIBIR ATENCION MEDICA  
POR CONTROL DE EMBARAZO  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 13**



*Esta gráfica nos muestra que las mujeres adultas jóvenes acudieron con más a recibir atención médica*

FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.

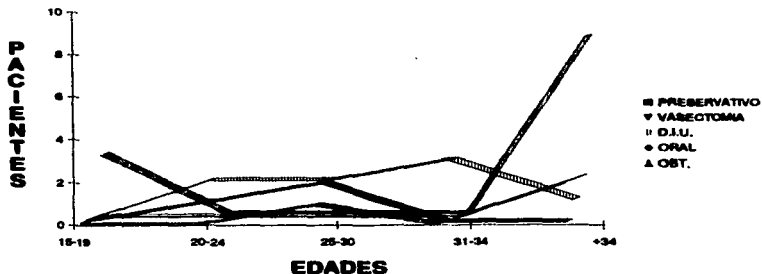
**NUMERO DE PACIENTES DE LA POBLACION EN ESTUDIO QUE  
ACUDIERON A RECIBIR ATENCION MEDICA  
PARA PLANIFICACION FAMILIAR  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
CUADRO # 14**

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		
	PRESERVATIVO	VASECTOMIA	DIU	ORAL	OBST.
15-19	3	0	0	0	0
20-24	0	0	2	1	0
25-30	0	0	2	2	1
31-34	0	0	3	0	0
+34	8	2	1	0	2

**FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO- DICIEMBRE DE 1966.**



**NUMERO DE PACIENTES DE LA POBLACION EN ESTUDIO QUE  
ACUDIERON A RECIBIR ATENCION MEDICA  
PARA PLANIFICACION FAMILIAR  
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO  
GRAFICA # 14**



Esta gráfica nos muestra que el método anticonceptivo más utilizado en esta población es el preservativo

FUENTE DE INFORMACION: HOJA DE INFORME DIARIO  
DE LABORES DEL MEDICO (SM.10.1)  
ENERO-DICIEMBRE DE 1995.

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
CUADRO # 15**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b># DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CASADOS</b>	<b>162</b>	<b>75 %</b>
<b>UNION LIBRE</b>	<b>12</b>	<b>5.56 %</b>
<b>DIVORCIADOS</b>	<b>8</b>	<b>3.70 %</b>
<b>VIUDOS</b>	<b>12</b>	<b>5.56 %</b>
<b>SEPARADOS</b>	<b>10</b>	<b>4.63 %</b>
<b>MADRE SOLTERA</b>	<b>6</b>	<b>2.78 %</b>
<b>SOLTEROS</b>	<b>6</b>	<b>2.78 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 15**



La mayoría de las familias que asisten al C-6 son casadas  
como nos lo muestra esta gráfica

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1986.**

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE  
SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**CUADRO # 16**

<b>AÑOS</b>	<b># DE PAREJAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
- 5	82	28.70 %
5-9	42	19.44 %
10-14	22	10.18 %
15-19	10	4.63 %
20-24	26	12.95 %
25-29	12	5.66 %
30-34	2	0.93 %
35-39	10	4.63 %
40-44	12	4.63 %
45-49	12	5.66 %
50-54	6	2.78 %
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE IDENTIFICACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.F.M. ERMITA  
PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1998.**

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE  
SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**GRAFICA # 16**



**Esta gráfica nos muestra que predominan las familias en el rango de edad de 0 a 9 años de unión conyugal**

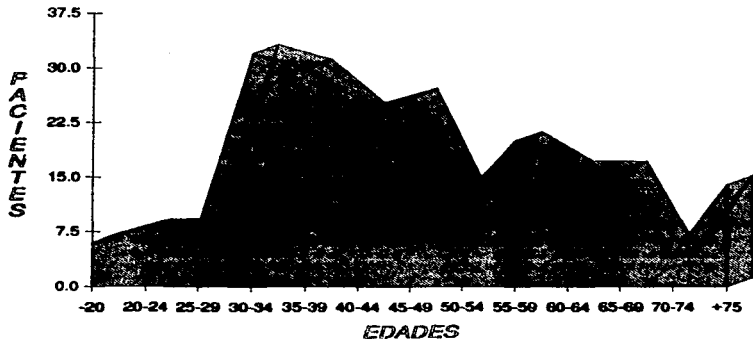
**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
CUADRO # 17**

<b>EDAD</b>	<b># DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
- 20	8	2.77 %
20-24	8	3.70 %
25-29	8	3.70 %
30-34	32	14.88 %
35-39	30	13.88 %
40-44	24	11.11 %
45-49	28	12.83 %
50-54	12	5.55 %
55-59	20	9.25 %
60-64	16	7.40 %
65-69	16	7.40 %
70-74	4	1.88 %
+ 75	14	6.48 %
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1986.**

**EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 17**



El rango de edad que más predomina en las personas consultadas  
fue el de 30 a 34 años de edad

FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.

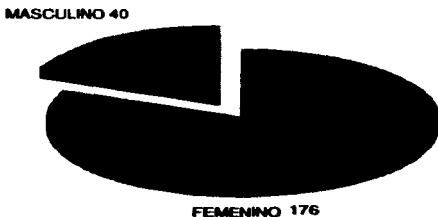
**SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
CUADRO # 18**

<b>FEMENNO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>178</b>	<b>40</b>	<b>218</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1986.**



**SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 18**



**Esta gráfica nos muestra que predominó el sexo femenino en el total de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar.**

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ**

**LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

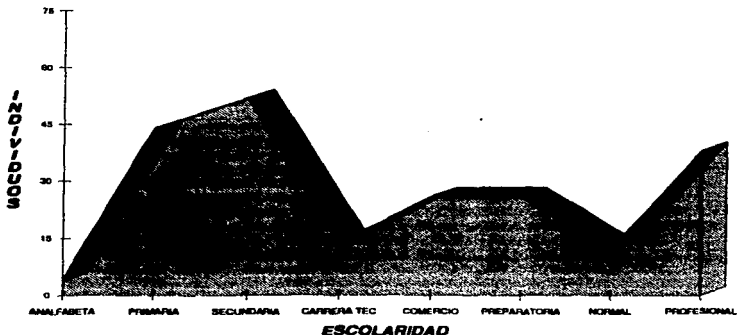
**CUADRO # 19**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b># DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ANALFABETA</b>	<b>4</b>	<b>1.85 %</b>
<b>PRIMARIA</b>	<b>44</b>	<b>20.37 %</b>
<b>SECUNDARIA</b>	<b>52</b>	<b>24.07 %</b>
<b>CARRERA TECNICA</b>	<b>14</b>	<b>6.48 %</b>
<b>COMERCIO</b>	<b>26</b>	<b>32.04 %</b>
<b>PREPARATORIA</b>	<b>28</b>	<b>12.04 %</b>
<b>NORMAL</b>	<b>12</b>	<b>5.56 %</b>
<b>PROFESIONAL</b>	<b>38</b>	<b>17.59 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA. PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1998.**

**ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**GRAFICA # 19**



De los niveles en estudio la mayoría  
son estudios de primaria y secundaria

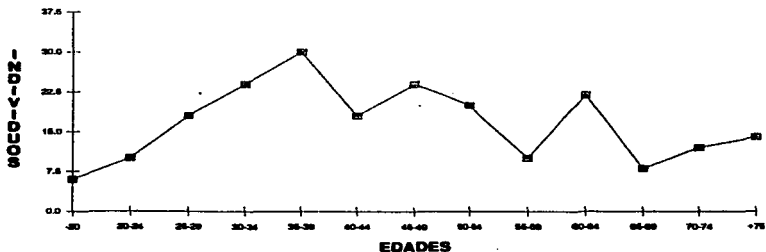
**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
 APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 CUADRO # 20**

<b>EDAD</b>	<b># DE PERSONAS</b>
- 20	6
20-24	10
25-29	18
30-34	24
35-39	20
40-44	18
45-49	24
50-54	20
55-59	10
60-64	22
65-69	8
70-74	12
+ 75	14
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
 PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1988.**

**EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE  
SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 20**



esta gráfica nos muestra que el rango de edad de los padres de familia que más predomina es de 35 a 39 años

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**EDAD DE LAS MADRES DE FAMILIA A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

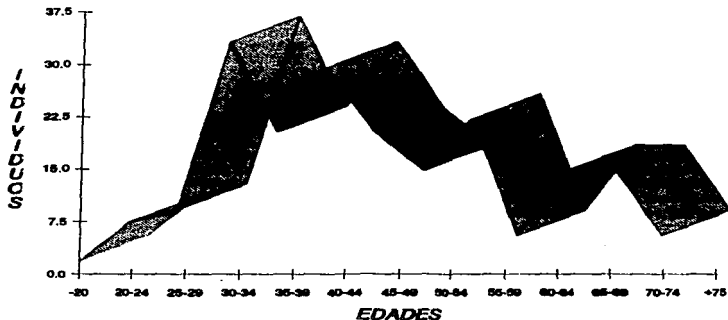
**CUADRO # 21**

<b>EDAD</b>	<b># DE PERSONAS</b>
- 20	2
20-24	8
25-29	10
30-34	38
35-39	22
40-44	32
45-49	22
50-54	16
55-59	24
60-64	6
65-69	16
70-74	16
+ 75	6
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1998.**

**EDAD DE LAS MADRES A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**GRAFICA # 21**



En relación a la edad de las madres de familia lo que más predomina es de 30 a 34 años, similar a la de los padres de familia

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

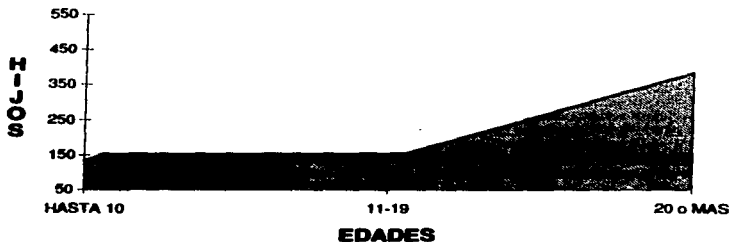
**NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
CUADRO # 22**

<b>NUMERO DE HIJOS</b>	<b>TOTALES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>HASTA 10 AÑOS</b>	<b>138</b>	<b>20.73 %</b>
<b>11-19 AÑOS</b>	<b>138</b>	<b>21.04 %</b>
<b>20 o MAS</b>	<b>382</b>	<b>58.23 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>656</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION : FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE DE 1986.**



**NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 22**



la edad de los hijos de las familias en estudio que más predomina es de más de 20 años de edad

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO**

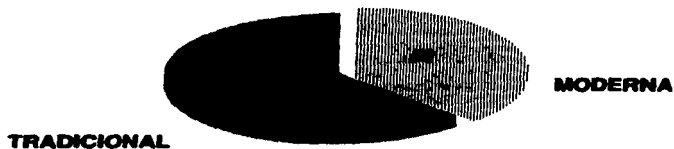
**LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**CUADRO # 23**

<b>DESARROLLO</b>	<b>TOTALES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MODERNA</b>	<b>82</b>	<b>37.96 %</b>
<b>TRADICIONAL</b>	<b>134</b>	<b>62.04 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1966.**

**DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 23**



**Esta gráfica nos muestra que predominan las familias tradicionales**

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
CUADRO # 24**

<b>DEMOGRAFIA</b>	<b># DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>URBANA</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>
<b>SEMURBANA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 24**



Esta gráfica nos muestra que las familias de la población en estudio son urbanas

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.F.M. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

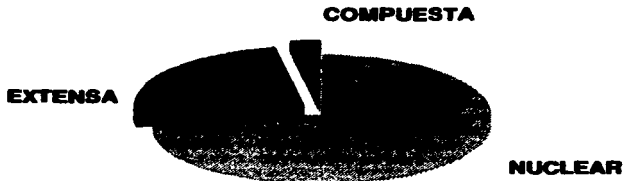
**COMPOSICION DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**CUADRO # 25**

<b>COMPOSICION</b>	<b># DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NUCLEAR</b>	<b>156</b>	<b>72.22 %</b>
<b>EXTENSA</b>	<b>54</b>	<b>25 %</b>
<b>COMPUESTA</b>	<b>6</b>	<b>2.16 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1988.**

**COMPOSICION DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO  
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 25**



**Esta gráfica nos muestra que predominan las familias nucleares**

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO**

**LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**CUADRO # 26**

<b>INGRESO MENSUAL</b>	<b># DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>&lt; 1 SALARIO MINIMO</b>	<b>2</b>	<b>.93 %</b>
<b>1 a 2 SALARIOS MINIMOS</b>	<b>122</b>	<b>56.48 %</b>
<b>3 o más SALARIOS MINIMOS</b>	<b>92</b>	<b>42.59 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1988.**



**INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 26**



\* S.S. SALARIOS MÍNIMOS

De las familias en estudio, la mayoría percibe de 1 a 2 salarios mínimos, como lo muestra esta gráfica

FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.

**OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES**

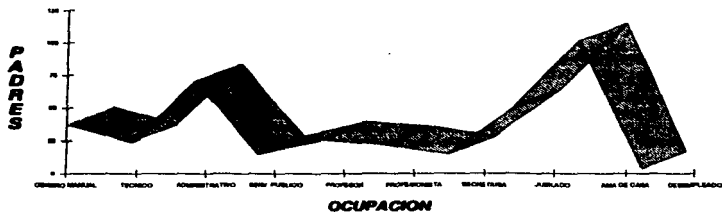
**APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**CUADRO # 27**

<b>OCUPACION</b>	<b># DE PERSONAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>OBREROS MANUALES</b>	<b>40</b>	<b>10.15 %</b>
<b>TECNICOS</b>	<b>28</b>	<b>6.89 %</b>
<b>ADMINISTRATIVOS</b>	<b>78</b>	<b>19.29 %</b>
<b>SERVIDORES PUBLICOS</b>	<b>16</b>	<b>4.06 %</b>
<b>PROFESORES</b>	<b>28</b>	<b>7.11 %</b>
<b>PROFESIONISTAS</b>	<b>24</b>	<b>6.09 %</b>
<b>SECRETARIAS</b>	<b>16</b>	<b>4.06 %</b>
<b>JUBLADOS O PENSIONADOS</b>	<b>54</b>	<b>13.71 %</b>
<b>AMAS DE CASA</b>	<b>110</b>	<b>27.92 %</b>
<b>DESEMPLEADOS</b>	<b>4</b>	<b>1.01 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>394</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. ERMITA PERIODO. MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
GRAFICA # 27**



**Esta gráfica nos muestra que la ocupación que predomina en los padres de los familiares en estudio, son las actividades administrativas**

**FUENTE DE INFORMACIÓN: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1996.**

**ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES  
APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

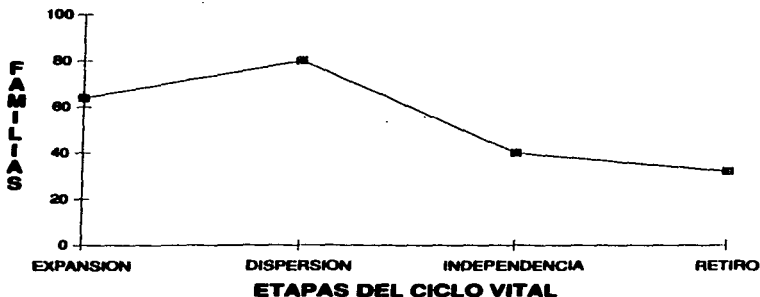
**CUADRO # 28**

<b>ETAPA</b>	<b># DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>EXPANSION</b>	<b>64</b>	<b>29.83 %</b>
<b>DISPERSION</b>	<b>80</b>	<b>37.04 %</b>
<b>INDEPENDENCIA</b>	<b>40</b>	<b>18.32 %</b>
<b>RETIRO</b>	<b>32</b>	<b>14.81 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>100 %</b>

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-8 DE LA U.M.F. ERMITA  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1998.**

**ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE  
SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

**GRAFICA # 28**



La mayoría de las familias de la población en estudio  
se encuentran en la etapa de dispersión

**FUENTE DE INFORMACION: FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA  
A LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL C-6 DE LA U.M.F. "ERMITA"  
PERIODO: MAYO-SEPTIEMBRE DE 1986.**

## DESCRIPCION DE RESULTADOS

El total de la población que asiste a consulta es de 847 derechohabientes, de este total son trabajadores 144, trabajadoras 250, esposas 85, pensionados 42, padre 15, madre 35, hijo 144, hija 132. Esta clasificación se obtuvo por la diagonal que se aplica en el registro del expediente clínico.

En cuanto a la pirámide poblacional de un total de 847 integrantes, 321 corresponden al sexo masculino y 526 al sexo femenino, los intervalos de edades tomadas fueron de 5 años; en el rango de edad de -1 año se encontró: masculino 12, femenino 6 con un total de 18 integrantes; en el rango de 4 a 4 años se encontraron, masculinos 35, femenino 18, con un total de 53 integrantes; en el rango de edad de 5 a 9 años se encontró: masculino 45, femenino 46 con un total de 91 integrantes; en el rango de edad de 10 a 14 años se encontró: masculinos 32, femenino 37 con un total de 69 integrantes; en el rango de edad de 15 a 19 años se encontró, masculino 18, femenino 21 con un total de 39 integrantes; en el rango de edad de 20 a 24 años se encontró : masculinos 9, femeninos 13 con un total de 22 integrantes; en el rango de edad de 25 a 29 años se encontró: masculinos 11, femeninos 44, con un total de 55 integrantes; en el rango de edad 30 a 34 años se encontró: masculinos 19, femeninos 64 con un total de 83 integrantes; en el rango de edad de 35 a 39 años se encontró: masculinos 28, femeninos 55 con un total de 83 integrantes; en el rango de edad de 40 a 44 años se encontró: masculinos 18, femeninos 41, con un total de 60 integrantes; en el rango de 45 a 49 años se encontró: masculinos 20, femeninos 46 con un total de 66 integrantes; en el rango de edad de 50 a 54 años se encontró: masculinos 12, femeninos 40, con un total de 52 integrantes; en el rango de edad de 55 a 59 años se encontró: masculinos 13, femeninos 26, con un total de 39 integrantes; en el rango de edad 60 a 64 años de edad se encontró: masculinos 12, femeninos 15, con un total de 27 integrantes; en el rango de edad de 65 a 69 años se encontró: masculinos 9, femeninos 19, con un total de 28 integrantes; en el rango de edad de 70 a 74 se encontró: masculinos 8, femeninos 13, con un total de 21 integrantes; en el rango de edad de + de 75 años de edad se encontró: masculinos 19, femeninos 22 con un total de 41 integrantes.

Dentro de las principales causas de consulta durante el año de 1995, se encontró la siguiente: En primer lugar las enfermedades respiratorias con un total de 2078 consultas; en segundo lugar las gastroenteritis con un total de 311 consultas; en tercer lugar la hipertensión arterial con un total de 267 consultas; en cuarto lugar golpes traumáticos con un total de 203 consultas; en quinto lugar parasitosis intestinal con un total de 184 consultas; en sexto lugar diabetes mellitus con un total de 138 consultas; en séptimo lugar urosepsis con un total de 104 consultas; en octavo lugar lumbalgias con un total de 81 consultas y en noveno lugar artritis reumatoide con un total de 67 consultas cloradas.

A las familias que asisten a la consulta se les aplicó, la Ficha de Identificación Familiar encontrándose lo siguiente:

En relación al estado civil de un total de 216 familias encuestadas, 162 son casadas, 12 viven en unión libre, 8 son divorcidas, 12 son viudos, 10 separados, 6 son madres solteras y 6 padres solteros.

En relación a los años de unión conyugal, para obtener un mejor resultado, se dividió por rangos de 5 años encontrándose lo siguiente: de menos de 5 años 62; de 5 a 9 años 42; de 10 a 14 años 22; de 15 a 19 años 10; de 20 a 24 años 28; de 25 a 29 años 12; de 30 a 34 años 2; de 35 a 39 años 10; de 40 a 44 años 10; de 45 a 49 años 12; de 50 a 54 años 6 familias.

En cuanto a la edad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar, se utilizaron rangos de edad de 5 años, para que fuese lo más confiable posible, obteniéndose los siguientes: de menos de 20 años 6; de 20 a 24 años 8; de 25 a 29 años 8; de 30 a 34 años 32; de 35 a 39 años 30; de 40 a 44 años 24; de 45 a 49 años 26; de 50 a 54 años 12; de 55 a 59 años 20; de 60 a 64 años 18; de 65 a 69 años 18; de 70 a 74 años 4 y de más de 75 años 14.

En relación al sexo de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar, los resultados son los siguientes: femenino 176, masculino 40 de un total de 216 encuestados.

El domicilio de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar, se encuentra en la colonia Sector Popular.

La edad de los padres y madres de familia también se obtuvo por rangos de 5 años y los resultados son los siguientes:

Padres: de menos de 20 años 6; de 20 a 24 años 10; de 25 a 29 años 18; de 30 a 34 años 24; de 35 a 39 años 30; de 40 a 44 años 18; de 45 a 49 años 24; de 50 a 54 años 20; de 55 a 59 años 10; de 60 a 64 años 22; de 65 a 69 años 8; de 70 a 74 años 12 y de más de 75 años 14 padres de familia.

Madres: de menos de 20 años 2; de 20 a 24 años 8; de 25 a 29 años 10; de 30 a 34 años 36; de 35 a 39 años 22; de 40 a 44 años 32; de 45 a 49 años 22; de 50 a 54 años 18; de 55 a 59 años 24; de 60 a 64 años 8; de 65 a 69 años 16; de 70 a 74 años 16 y de más de 75 años 6 madres de familia.

En relación al número de hijos de las familias encuestadas se encontró lo siguiente: hijos hasta 10 años 136; hijos de 11 a 19 años 136; hijos de 20 o más años 362.

En cuanto al tipo de familia los resultados son los siguientes:

Por su Desarrollo: moderna 82, Tradicional 134.

Por su Composición: Nuclear 156, Extensa 54, Compuesta 6.

Por su Demografía: Urbana 216, Semiurbana 0.

En relación al ingreso mensual se encontró lo siguiente:

Menos de un salario mínimo 2; de 1 a 2 salarios mínimos 122; 3 o más salarios mínimos 92.

la ocupación de los padres y madres de familia de las familias encuestadas es la siguiente: amas de casa 110; administrativos 76, jubilados y pensionados 54; obreros manuales 40; profesores 28; técnicos 28; profesionistas 24; servidores públicos 16; secretarías 16 y desempleados 4.

Las familias encuestadas se encuentran en las siguientes etapas del ciclo vital: Expansión 64; Dispersión 80; independencia 40; Retiro 32.

## **ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

La población total que asiste al consultorio # 6 de la U.M.F. Ermita es de 847 derechohabientes, de los cuales el 37.8 % son hombres y el 62.2 % son mujeres y pertenecen a la Colonia Sector Popular.

Tomando en cuenta la clasificación que hace Sánchez Azcona en su libro *Familia y Sociedad*, las familias que integran la población en estudio, pertenecen a la familia urbana de clase media, este tipo de familia como lo menciona, en nuestro país se va moldeando a partir de la estructura económica que prevalece.

Estas familias para poder sostenerse en la clase social en la que se encuentran, en la mayoría de las familias ambos cónyuges trabajan y el salario que perciben oscila entre los dos salarios mínimos, esto es congruente con la ocupación que tienen la mayoría de los padres y madres de familia. Ya que la mayoría se dedica a actividades administrativas ( secretarías, técnicos, profesores etc.). A diferencia de la familia tradicional, en este tipo de familia la mujer trabaja fuera del hogar y su trabajo es remunerado económicamente.

Sánchez Azcona menciona al respecto "por las modificaciones tan rápidas que la sociedad está teniendo vale la pena mencionar, que estos cambios han afectado o pueden llegar a influir en la estructura interna de la familia; sobre todo la transformación de la mujer que le permite ampliar su campo fuera del área tradicional".

Es difícil poder describir los diferentes papeles que la sociedad urbana de clase media le va permitiendo tener a la mujer, por ejemplo el rol de esposa tradicional, esposa compañera y el de mujer colaboradora, ésta última se presenta en las familias en estudio.

De las familias de la población en estudio, el 72.22 % son nucleares, lo que Sánchez Azcona llamaría familia conyugal, ya que están integradas por el padre, la madre y los hijos y están estructuradas sociójurídicamente por medio del matrimonio, el predominio de años de unión conyugal es de menos de 5 años.

En esta población predominan las familias integradas y esto es importante tomarlo en consideración, ya que las consecuencias de la desintegración familiar pueden ocasionar alteraciones sociales importantes que ponen en peligro la humanidad y se manifiesta en el malestar que presenta la juventud, el aumento creciente de divorcios, la delincuencia juvenil, la drogadicción, el abandono escolar, en resumen una amplia gama de problemas sociales y tiene como denominador la familia, si ésta no cumple con sus funciones, se convierte en el principal agente motivador de conductas antisociales.

Al trabajar los dos cónyuges, se ausentan del hogar y muy difícilmente pueden cubrir necesidades afectivas, por tanto prioridad a las necesidades económicas, estableciendo lo que Sánchez Azcona menciona: " El problema de la familia urbana no es la supervivencia física sino la espiritual, si no se le da importancia a esto, reforzará las causas de desintegración familiar". En esta población predominan los hijos de más de 20 años de edad y el 37 % de las familias se encuentran en la etapa de dispersión, siguiéndole en frecuencia la de expansión.



Por medio de la educación para la salud, tanto física como psicológica se podría en los padres de familia crear conciencia de la importancia de cimentar la personalidad biopsíquica y sociocultural de sus hijos ya que estos están por formar nuevas familias y otros ya lo estarán haciendo, para poder sostener una personalidad madura que nos dará como resultado más estabilidad, menos desintegración familiar y por lo tanto una estructura social más fortalecida, ante la espantosa estructura económica que en su momento nos rige, disminuyendo de la desintegración familiar y por lo tanto sus consecuencias.

Las primeras causas de morbilidad de la población en estudio son las siguientes: El primer lugar lo ocupan las enfermedades respiratorias, son más frecuentes en los extremos de la vida, en niños de 0 a 5 años (25 %) y en más de 34 años (27.8 %) , ya que son los grupos de edad más susceptibles a las enfermedades; Zurro M.A. en su artículo "actividades de prevención y promoción de la salud" , nos menciona que éstos tipos de enfermedades son epidémicos y extraordinariamente comunes y que originan una mortalidad significativa cuando se presentan complicaciones, especialmente en la población de edad avanzada y en niños, así también si presentan alguna enfermedad de base.

El segundo lugar lo ocupan las gastroenteritis, cumple con las características de la enfermedad anterior, en niños es más frecuente de 0 a 5 años (19.1 %) y en personas de más de 34 años (39.2 %) , González Gutiérrez en su artículo " Reducción de la mortalidad por enfermedades agudas", menciona que en nuestro país , la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas es muy elevada, superior a la media nacional, en el año de 1990 la tasa por 100,000 habitantes en menores de 5 años fué de 179.8 % , de 44.9 % en Nuevo León y de 133.3 % la nacional. También menciona que la prevención y el control de las enfermedades diarreicas están relacionadas con muy diversas circunstancias que en su conjunto, determinan el nivel de vida y bienestar de la población entre cuyos elementos destacan: la cultura , y el nivel de la escolaridad , el estado de nutrición , el saneamiento básico y el acceso a servicios de salud y la calidad de éstos.

El tercer lugar lo ocupa la Hipertensión Arterial sistémica probablemente porque en la población en estudio predominan las personas adultas (como se observó en la pirámide poblacional). Zurro Martín A. en su artículo " actividades de prevención y promoción de la salud" menciona que la Hipertensión Arterial Sistémica, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, son los tres factores de riesgo para el desarrollo precoz de arterioesclerosis, especialmente de cardiopatía isquémica, además refiere que que en nuestro país se ha incrementado en 50 % ésta enfermedad.

El cuarto lugar lo ocupan los golpes traumáticos y predominan en el grupo etáreo de más de 34 años de edad (48.2 %) y en el sexo femenino probablemente porque en éste período, las mujeres de la población en estudio se encuentran en el período de la menopausia o ya han pasado por él, el Dr. Vargas Martínez Alberto en su artículo "osteoporosis" menciona que en México ésta enfermedad está adquiriendo relevancia aún cuando no se conoce con precisión la magnitud del problema. Y nos indica que la revista Nature , publicó que en nuestro país ocurren anualmente 33,000 fracturas de cadera provocadas por la osteoporosis. También menciona que en un estudio realizado en la Ciudad de México en 1978, se revisaron 5,000 certificados de defunción y se estimó una tasa de mortalidad por causas asociadas a la osteoporosis de 1.8 por cada 1000.

En quinto lugar se encuentran los parasitosis intestinales como causa de consulta de la población en estudio, predominando más en los rangos de edad de 1 a 9 años (50 %), en esta edad los niños son más susceptibles de contraer este tipo de enfermedades porque están más en contacto con el suelo y sus hábitos higiénicos en esta etapa se están consolidando. El Dr. Barrios G. en su artículo "Ambiasis", nos menciona que en México, diversos estudios en 1990 a 1993 ocupó el tercer lugar entre las 20 principales causas de enfermedad, con una tasa de 1,262.4 y 1,241.7 por 100,000 habitantes. En 1994 se observó un descenso (tasa de 1021.9), en cuanto a los grupos de edad los menores de 5 años son los más afectados y la mortalidad, muestra una tendencia decreciente.

El sexto lugar por motivo de consulta, lo ocupa la Diabetes Mellitus, Díaz Nieto Laura y col. en su artículo grupo de autocuidado de Diabetes Mellitus II menciona que se calcula que el 2 % de la población mundial padece diabetes, particularmente en el caso de México se maneja la cifra del 2 al 4 %. En séptimo lugar se encuentran las urosepsis, predominando en las personas de más de 34 años (45.7 %) y el rango de edad en la que no se presenta esta enfermedad es de 10 a 14 años (0 %) y en niñas de de 1 a 9 años (18.09 %) presenta esta enfermedad predominando en niñas. El Dr. Lane M. Robson en su artículo infección del tracto urinario en niños diagnóstico y tratamiento, menciona que la E. Coli, es el patógeno más común en este tipo de infecciones, que el 50 % es resistente a la amoxicilina, sugiere iniciar tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol o nitrofurantoina, también menciona que el 50 % de E. coli y de klebsiella son resistentes a la ampicilina y sugiere el anterior tratamiento.

En octavo lugar se encuentran las lumbalgias, predominan en el grupo etéreo de 31 a 34 años (66.6 %) y más frecuente en el sexo femenino (70 %), Martín Cuevas P. en su artículo lumbalgia e incapacidad laboral, menciona que los episodios de lumbalgia suelen comenzar entre los 20 y 30 años con recurrencias en los años siguientes y planteando problemas de incapacidad en las personas de 40 a 50 años así que su impacto fundamental aparece durante las épocas laborales, también menciona que en España el dolor lumbar es la causa del 5 % de las incapacidades laborales y del 4.8 % de las jornadas laborales perdidas, la media de días de baja por lumbalgia aguda en nuestro país es de 41 días.

En el noveno lugar por motivo de consulta de la población en estudio se encuentra la artritis reumatoide, predomina en las mujeres en el grupo etéreo de más de 34 años Túbirian J.L. en su artículo variación de la frecuencia de las enfermedades crónicas y factores de riesgo de atención primaria 1985-1995, menciona que encontró una tendencia al aumento de las enfermedades crónicas y factores de riesgo y aunque éste incremento puede ser real y representar cambios en la prevalencia de las enfermedades, como resultados de factores genéticos y ambientales.

dentro de las actividades médicas que también se realizaron en el consultorio a la población en estudio fueron la del control del embarazo normal y el control de la fertilidad; en relación al control del embarazo normal, debe enmarcarse dentro de la preparación para la maternidad, este es un proceso continuo que debe iniciar en la familia y la escuela, reforzándose en el período preconcepcional, durante la gestación y el puerperio, como lo menciona Batalla Martínez C. en su artículo seguimiento del embarazo normal.

Así mismo el control de la fertilidad se realizó en primer instancia en el primer nivel de atención médica, por eso es necesario que el equipo sanitario favorezca la educación para la salud en el campo de la sexualidad y la anticoncepción como lo menciona Ramírez Hidalgo, en su artículo contracepción, en la población en estudio el método anticonceptivo que más se utiliza es el preservativo.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## CONCLUSIONES

Las principales causas por las que acudieron los pacientes a consulta fueron las siguientes: Enfermedades respiratorias, gastroenteritis, hipertensión arterial, golpes traumáticos, parasitosis intestinal, diabetes mellitus, urocapsia, lumbalgia y artritis reumatoide.

La estructura de las familias de la población en estudio es la siguiente: en relación al tipo de familia: Por su desarrollo: moderna 37.98 %, tradicional 62.04 % .

Por su composición: nucleares 72.32 %, extensa 25 %, compuesta 2.78 %.

Por su demografía: urbana 100 % .

La etapa del ciclo vital en la que se encuentra es la siguiente: Expansión 37.04 %, independencia 18.32 % , retro 14.81 % .

A través de la pirámide poblacional se conoció por grupos de edad y sexo a los potenciales de la población en estudio y lo resumiremos de la siguiente manera: En el rango de edad de menos 1 años a 19 años el 15.1 % son hombres y el 31.8 % son mujeres, con un total de 270 derechohabientes que equivale al 30.50 % de la población total; en el rango de edad de 21 a 39 años 20.7 % son hombres y el 28.6 % son mujeres con un total de 243 derechohabientes que equivalen al 28.80 % de la población total; en el rango de edad de 40 a 59 años, el 19.8 % son hombres y el 28.8 % son mujeres con un total de 244 derechohabientes que equivalen al 28.80 % de la población total; en el rango de edad de más de 60 años encontramos que el 6.3 % son hombres y el 10.6 % son mujeres con un total de 90 derechohabientes que equivalen al 11.90 % de la población total.

Con estos datos podemos concluir que la población de la Colonia Sector Popular, que asiste a recibir atención médica es: Adulto joven y predomina el sexo femenino.

El nivel socioeconómico de las familias en estudio, tomando en consideración que perciben de 1 a 2 salarios mínimos el 58.48 % de la población en estudio y el 42.50 % 3 o más salarios mínimos, la ocupación más predominante son las actividades administrativas con 19.29 %, siguiéndole en frecuencia los obreros mensuales con 10.15 % y la escolaridad que más predomina es: carrera comercial con 32.04 %, siguiéndole en frecuencia secundaria 24.07 % y primaria con 20.37 % .

Tomando en consideración estos tres factores y basándonos en la clasificación que hace Luis Leñero Obeso en su libro Presentación y Análisis de Resultados de una Investigación Nacional , Podemos concluir que las familias en estudio , corresponden al estrato medio.

## **SUGERENCIAS**

Considero que es básico para el Médico Familiar de primer nivel contar con un Laboratorio y gabinete de Rx, como auxilios de diagnóstico para poder mejorar el servicio en forma integral, ya que para confirmar un problema clínico, se le extiende la orden de laboratorio ó Rx y posteriormente en el Archivo Clínico, se le da una ficha con una fecha posterior para poder realizar un estudio, lo que retrasa obviamente el curso del seguimiento. Además considero también necesario que tengamos en la Clínica una Dietista de base, así como un Terapeuta Familiar para canalizar a los pacientes con problemas de disfunción familiar.

Sugiero también que exista un Archivo especial para los pacientes Crónico degenerativos, para poder llevar a cabo un control más adecuado y poder evitar complicaciones y secuelas.

con todo lo anterior estoy seguro que se reforzará la calidad de atención de nuestro primer nivel de atención y así a un buen número de nuestros pacientes no habrá necesidad de canalizarlos a un segundo o tercer nivel.

**ANEXOS**

## IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: \_\_\_\_\_ Edo. civil Casados ( )  
 U. libre ( )

Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Escolaridad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo: Moderna ( ) Demografía: Urbana ( )  
 Tradicional ( ) Semiurbana ( )

Composición: Nuclear ( )  
 Extensa ( )  
 Compuesta ( )

Ingresos mensuales aproximados: < de 1 salario mínimo ( )  
 de 1 a 2 salarios mínimos ( )  
 3 o más salarios mínimos ( )

Ocupación de los padres de la familia: \_\_\_\_\_

Etapas del ciclo vital familiar: Expansión ( ) Dispersión ( )  
 Independencia ( ) Retro ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Glosario de términos para el llenado de la hoja de identificación familiar

<b>Familia:</b>	Se anotarán los apellidos que identifiquen a la familia.
<b>Años de unión conyugal:</b>	Anotar en años cumplidos el tiempo que llevan de vivir en pareja.
<b>Escolaridad:</b>	Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado.
<b>Domicilio:</b>	Se anotarán: Calle, Número, (interior si lo hubiere), Colonia y Código Postal
<b>Familia moderna:</b>	Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
<b>Familia tradicional:</b>	Es la familia en que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
<b>Familia urbana:</b>	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.
<b>Familia suburbana:</b>	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
<b>Familia nuclear:</b>	Es la familia constituida por padre, madre e hijos.
<b>Familia extensa:</b>	Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.)
<b>Ocupación de los padres de familia:</b>	Se anotarán las ocupaciones de ambos padres. Ejemplo: Padre albañil, madre hogar.
<b>Etapas de expansión:</b>	Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.
<b>Etapas de dispersión:</b>	Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.
<b>Etapas de independencia:</b>	Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado).
<b>Etapas de retiro:</b>	Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres cesan de trabajar.

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS  
PARA CAUSA DE CONSULTA  
DE ENERO-DICIEMBRE 1995**

**ANEXO 3**

agnóstico	GRUPO DE EDAD Y SEXO																	
	0 - 1		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 30		31 - 34		34 ó más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

Fuente: Hoja de Reporte Diario del Médico. Clínica Medicina Familiar ( ) Caso ( )

Fecha





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


Forma Clínica de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico	Firma	Ciudad	Especialidad	Habrado	U. J.	Localidad y Estado

Para Substituciones:

Nombre del Sustituto

Firma

Ciudad

Cursos

Folio No.	Nombre	Especialista	SEXO Y EDAD		C. del pac.	S. del pac.	F. del pac.	SÍMPTOMAS			F. del pac.	D. del pac.	M. del pac.	M. del pac.	M. del pac.	
			M	F				1	2	3						
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Mc. Minney I.R. Introducción a la Medicina Familiar. 2a. ed, manual de atención primaria 1994. p.p 1-5
- 2.- Narro Robles J. La situación de la Familia en América Latina y el Mundo Fonapo, 1990 p.p 1-14
- 3.- Santsela Guzman B. Sistema de atención Médica General Familiar dentro del ISSSTE rev. Facultad de Medicina 1992
- 4.- Gallagher P. "Un enfoque de Medicina Familiar para la consulta prenatal" Revista Internacional de Medicina Familiar, vol 2 Num. 4, diciembre 1990 p.p 241-244
- 5.- Marín Z. Cano P.J. "Actividades de prevención de la salud en las consultas de atención primaria" Revista de Atención Primaria, octubre 1994 p.p 661-675
- 6.- Llor C. Solanellas J. "Implicaciones terapéuticas de la resistencia de los neumococos a la penicilina". Rev. Atención primaria, vol.18 Num.3 julio-agosto 1996 p.p 66-423
- 7.- Ehrenfeld N. "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada". Rev. Salud Pública en México., abril 1993 p.p 154-160
- 8.- Almodovar C. Carneira J. "Asociación de los factores de riesgo metabólico y presiones arteriales". Rev. Atención Primaria , vol. 17 Num. 7, abril 1996 p.p 64-67
- 9.- Iniesta T. Juncosa S. " Factores que influyen en el seguimiento de los pacientes hipertensos". Rev. Atención Primaria , vol. 17, num. 5, marzo 1996 p.p 333-337
- 10.- Córdoba G R. "Reacciones adversas a los fármacos". Rev. Atención Primaria, vol. 17, num. 6, abril 1996. p.p 112-114
- 11.- Barrios G G. Torrecano G.A. "Amibiasis". Rev. Epidemiología, vol. 13 num. 27, julio 1996. p.p 1-2
- 12.- Díaz N.L. Galán C.S. "Grupo de Autocuidado de Diabetes Mellitus Tipo II". Rev. Salud Pública en México , vol. 35 num. 2 , marzo-abril 1993. p.p 164-172
- 13.- Lane R.W. "Infección del tracto urinario en niños, diagnóstico y tratamiento". Rev. Internacional de Medicina Familiar , vol.3 num. 2, junio 1991, p.p 90-94
- 14.- Lascuevas M:P: "Lumbalgia e incapacidad laboral". Rev. Atención Primaria, vol.16, num. 10, diciembre 1995. p.p 641-645
- 15.- Tsang L. "Actualización sobre osteoartritis". Rev. Internacional de Medicina Familiar, vol.3 num. 2, junio 1991.p.p 212-216

- 16.- Martín Z.A. Cano P.J. Seguimiento del Embarazo Normal.  
2a. edición, ed. Manual de atención primaria, 1994, p.p 606-621, 622-638
- 18.- Salinas M. A. "Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo". Rev. Salud Pública de México, vol. 36, num. 5 p.p 513-520
- 19.- Escobedo P. J. "La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud".  
Rev. Salud Pública en México , vol.37, num. 1, enero-febrero 1995. p.p 37-46
- 20.- Medalla H. J. Transmisión de las Enfermedades Infecciosas ,  
Medicina Familiar 1994, p.p 111-123
- 21.- Heath M.J. "Manejo ambulatorio de la bronquitis crónica en los ancianos".  
Rev. Internacional de Medicina Familiar , vol. 6, num. 2, junio 1994, p.p 22-27
- 22.- Gutierrez G. "Reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas".  
Rev. Salud Pública en México , vol. 36, num. 2, p.p 168-178
- 23.- Serrano V. E. "Escherichia Coli",  
Rev. Epidemiología , vol. 13, num. 30, sem. 30, julio 1996
- 24.- Moreno C. E. Vargas M.A. "Osteoporosis".  
Rev. Epidemiología ,vol.13, num. 41, sem. 41, octubre 1996
- 25.- Kuri M. P. "Tabaquismo una epidemia mundial",  
Rev. Epidemiología , vol. 12 num. 10, sem. 35, agosto 1995
- 26.- Cuevas V. R. "Características del sistema de información para la vigilancia epidemiológica".  
Rev. Epidemiología , vol.13 num. 6, sem. 6, febrero 1996.
- 27.- Llorden C. A. "Perfil de los usuarios del servicio de planificación familiar".  
Rev. Atención Primaria , vol. 18 num. 2, junio 1996 p.p 64-66
- 28.- Turabian L. J. "Variación de la frecuencia de las enfermedades crónicas y factores de riesgo en atención primaria". Rev. Atención Primaria , vol. 18, num. 2, junio 1996 p.p 65-67
- 29.- Recanses M. J. "La muerte en la familia".  
Rev. Atención Primaria , vol. 10, num.1, junio 1992, p.p 563-565
- 30.- Irigoyen Coria, Gómez Clavelina, et. al. Fundamentos de Medicina Familiar ,  
3a. ed. 1995, p.p 1-189
- 31.- Sánchez Azcona Jorge, Familia y Sociedad ,  
ed. Joaquín Mortiz S.A. 1a. reimpresión de la 3a. Impresión, marzo 1994.