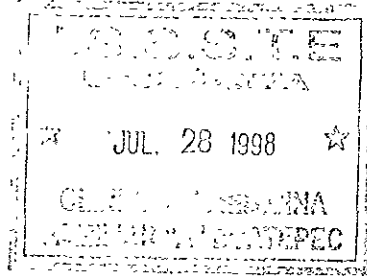


11226
15
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION



TRABAJO DE INVESTIGACION MOSAMEF

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. MARCOS BARRERA HUITRON

ECATEPEC DE MORELOS
ESTADO DE MEXICO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264855 1998



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR " A " E C A T E P E C.

M O S A Y E P

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

CONSULTORIO 14, EN LA CLINICA ECATEPEC EN EL ESTADO DE MEXICO.

I.S.S.S.T.E.

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

ECATEPEC DE MORELOS ESTADO DE
MEXICO.

DR. MARCOS BARRERA HUITRON

1997.

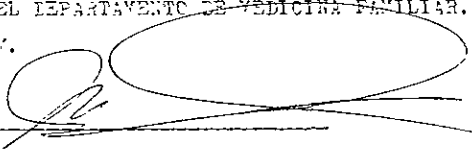
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

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

DR. MARCOS BARRERA HUITRON.

A U T O R I Z A C I O N E S

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



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
U.N.A.M.



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



TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

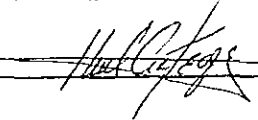
P R E S E N T A:

DR. MARCOS BARRERA HUITRON.

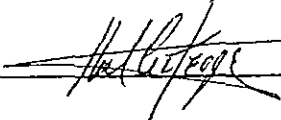
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR.

DR. ROBERTO ANTONIO MUÑOZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA LOS MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA A ECATEPEC.

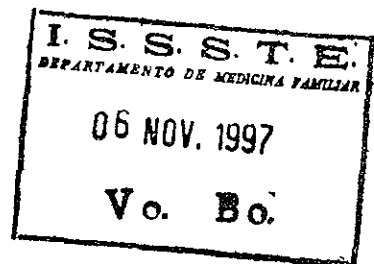
ASESOR DE TESIS.
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.



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



ECATEPEC DE MORELOS ESTADO DE MEXICO JUNIO DE 1997.



C L I N I C A E C A T E P E C .

I . S . S . S . T . E .

C O N S U L T O R I O N U M E R O 1 4 .

M O S A M E F .

R E S P O N S A B L E D E L A I N V E S T I G A C I O N .

D R . M A R C O S B A R R E R A H U I T R O N

1997.

I N D I C E.

- I.- Marco teórico.
 - _ Clasificación de las familias.
 - _ Clasificación de las familias desde el punto de vista social con base en su desarrollo.
 - _ Con base a su demografía.
 - _ En base a su integración.
 - _ Desde el punto de vista tipológico.
 - _ Desde el punto de vista estructural.
 - _ Etapas de la familia.
 - _ Ciclo vital de la familia.
 - _ Funciones de la familia.
 - _ Funciones de cada uno de los miembros de la familia.
 - _ Etapas críticas de la familia.
 - _ Dinámica familiar.
- II.- Planteamiento del problema.
- III.-Justificación.
- IV.- Objetivos;
 - _ Generales
 - _ Específicos
- V.-Metodología.
 - A).-Tipo de estudio.
 - B).-Población, lugar y tiempo.
 - C).-Tipo de la muestra y tamaño de la muestra.
 - D).-Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.
 - E).-Información a recolectar (variables de medición).
 - F).-Metodo o procedimiento para captar la información.
 - G).-Consideraciones éticas.
- VI.- Resultados
 - _ Descripción de resultados.
 - _ Pirámide de población No 1.
 - _ Pirámide de población No 2.

- _Gráfica No 1, del total de familias adscritas al consultorio 14.
 - _Cuadros del No 1 al 16.
 - _Representación gráfica del total de consultas en sus diez primeras causas en el año 1996, tanto de primera vez como subsecuentes, graficas de la No 1 a la 14.
 - _Resumen de la descripción de los resultados.
 - _Porcentaje de las diez primeras causas de consulta en el año 1996 de primera vez.
 - _Cantidad de familias estudiadas por colonia según el área de influencia y sus porcentajes.
 - _Representación gráfica de la pirámide No 1.
 - _Representación gráfica de la pirámide No 2.
 - _Representación de los cuadros del No 1 al 16.
 - _Gráficas de la No 1 a la 4.
- ESTUDIO DE COMUNIDAD.

- _Descripción de resultados.
 - _Gráficas del No 1 a la 13.
 - _Descripción de datos del estudio de comunidad y sus porcentajes de cada variable, cuadros 1,2 y 3.
- VII.- Análisis (discusión) de los resultados obtenidos.
- VIII.-Conclusiones.
- IX- Bibliografía.
- X.- Anexos.
- _ Cuadro A.
 - _ Hoja tabular para el estudio Sistemático Familiar.

1- M A R C O T E O R I C O

En los países desarrollados el problema de medicina familiar, ha reconocido al primer nivel de atención como un ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades en cuanto a promoción de salud (2).

La protección específica a nivel primario (6), por tratarse de un programa de salud a donde la población acude continua y directamente a los servicios de orientación por parte de su médico familiar, en cuanto a la promoción de salud (7) se incrementa la calidad (20), de vida de los miembros de cada familia, lográndose la disminución de costos en la atención y su buen desarrollo de nuevas actividades y destrezas por parte de su médico familiar, con ésto se pretende que cada paciente y su núcleo familiar aprenda a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar. (6).

Por eso en nuestro país como en otros lugares del mundo ha sido importante la evaluación que han ido experimentando los diferentes conceptos teóricos, siendo uno de ellos el de la participación comunitaria (4), en los servicios de salud.

La promoción de salud que se declara heredera del espíritu ALMA-ATA A OTAWA en (1978-1986) (4), señala que para mejorar la calidad de las colectividades es preciso actuar en los llamados campos de salud; mejorar las habilidades personales, elaborar prácticas políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud (4).

Con el concepto del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, M Ø - S A M E F (7), se trata de implantar en nuestro país, pretendiendo que los médicos de atención primaria a la salud (6), sean profesionales con una buena imaginación esforzándose para las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población derechohabiente comprometiéndose con sus conocimientos a atender los grupos de enfermedades más comunes en su población a su cargo, observando personalmente a sus pacientes como una población en riesgo.

Con los nuevos conocimientos en materia de atención (6), se puede tomar en cuenta la historia natural de las enfermedades con orientación hacia la medicina preventiva, desarrollando programas de información continua (6), con el fin de modificar actividades profesionales y sanitarias aprovechando ponerlas en práctica en población aparentemente sana.

En cuanto a la promoción de salud (4), es la actividad del médico familiar el que llevará a práctica a los diferentes grupos familiares con la finalidad de obtener satisfacción en el trabajo, obteniendo un alto porcentaje de éxito profesional (7).

Para poder afrontar ésto el médico familiar debe cumplir funciones básicas (20), en la atención integral en salud, esforzándose con sus conocimientos y habilidades a consolidar su especialidad y poder tener reconocimiento profesional (7).

Es necesario participar con la comunidad (20), ya que la preocupación - relativamente reciente en nuestro medio por lograr la calidad de la atención médica es una situación prevalente e insostenible que reclama acciones urgentes y concertadas, muchos de nosotros estamos en búsqueda de estrategias que permitan incrementar consistentemente la calidad del ejercicio de la medicina; sin embargo, los esfuerzos realizados han encontrado en general, poco éco en la comunidad médica. De la misma manera las aportaciones más significativas de la investigación en éste campo no pasan de ser una curiosidad en ambitos poco receptivos (20).

De acuerdo a éstos problemas es necesario ampliar las coberturas en cuanto a la medicina preventiva (4), promoviendo e informando a la población en general, poniendo empeño en los parámetros más importantes en materia de promoción de salud (4), ya que se presentan en nuestra comunidad una serie de enfermedades que la aquejan.

Para lograr ésto hay que concentrar nuestros esfuerzos para mejorar y corregir bajo un programa permanente de promoción de salud implantado por cada médico.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS.

En su investigación de las familias en México, Luis Leñero clasifica a las familias desde el punto de vista socio-cultural, donde considera diversos factores estructurales fundamentales que dan origen a diversos tipos de familia; - tomando en cuenta el nivel socio-económico, ubicación geo-social, socio-demográfica, composición del núcleo familiar y cultural, clasificandolas de la siguiente manera:

I.-Según la cultura o subcultura de las comunidades a las que pertenecen:

1.-Familias de cultura indígena con mayor o menor ^smetizaje.

2.-Familias de comunidad rural tradicional.

3.-Familias de comunidad o aglomeración urbana.

II.-De acuerdo a la pertenencia socio-económica y de la clase:

1.-Familias de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia precaria totalmente.

2.-Familias de estratos populares y proletarios, dependientes de actividad económica y con un menor grado de precariedad.

3.-Familias de estratos medios, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico hasta el semi-estructurado.

4.-Familias de estratos elitistas de dominio con un alto grado de consumo y -necesidades suntuarias (9).

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE EN SU
DESARROLLO:

- 1.-Moderna.
- 2.-Tradicional.
- 3.-Arcaica o primitiva.

En México se considera; Moderna en el 40 %, es la familia cuando ambos conyuges trabajan fuera del hogar. Tradicional en el 50 %, es la familia en la que un solo de los conyuges trabaja fuera del hogar. Arcaica o primitiva representa solo el 10 %. (2).

CON BASE A SU DEMOGRAFIA:

- 1.-Urbana.
- 2.-Rural.

En nuestra Sociedad Mexicana se clasifican en urbana en el 60 % de la población y son las familias que habitan en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuentan con los servicios básicos de la urbanización, agua entubada tanto intra - como extradomiciliaria, energía eléctrica, sistema de drenaje y alcantarillado y pavimentación de sus calles.

Rural en un 40 %, habitan en comunidades de menor de 5000 habitantes y carecen de algunos o casi todos de los servicios básicos de urbanización (2).

EN BASE A SU INTEGRACION:

- 1.-Integrada.
- 2.-Semi-integrada.
- 3.-Desintegrada.

Integrada, es cuando los conyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Semi-integrada, es cuando los conyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada, es aquella en la cual falta alguno de los conyuges, ya sea por separación, divorcio ó muerte.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:

- 1.-Campesina.
- 2.-Citrera.
- 3.-Profesional.

Esta característica está dada según la ocupación de uno o ambos conyuges.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL:

- 1.-Familia nuclear.
- 2.-Familia extensa.
- 3.-Familia extensa compuesta.
- 4.-Variante

La familia nuclear o elemental está constituida por madre, padre e hijos.

La familia extensa, está constituida por, padre, madre, hijos, abuelos, - primos, tíos, cuñados etc.

La familia extensa compuesta, está constituida además de los ya mencionados se agregan otros miembros no consanguíneos.

Variantes, son los adultos que viven solos, o parejas sin hijos, o madres - solteras.

La familia extensa tiene relaciones muy estrechas entre abuelos, padres e - hijos, primos, sobrinos y son características de las zonas rurales.

La familia conyugal extensa, es más común en las zonas rurales, no así en las grandes ciudades que es más frecuente la familia nuclear para cumplir con sus funciones esenciales.

ETAPAS DE LA FAMILIA.

Dentro de las diferentes épocas por las cuales atraviesa la familia de acuerdo con su propio proceso existencial, se destacan las siguientes.

ETAPA PRENUPIAL.-Se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro conyuge. En nuestra sociedad es la libre elección la del amor romántico. No hay una formación previa de la personalidad dentro de los medios institucionales que nos eduque, informe lo que representa ésta selección del futuro conyuge. Es el noviazgo donde se presupone el conocimiento real de los futuros esposos. Es importante prevenir de los peligros que entraña el noviazgo y que pierda objetividad al darse dentro de un esquema romántico que puede ser por lo engañoso, perjudicial para el futuro de un matrimonio.

Algunos autores han tratado de señalar cuales deberían de ser los principales antecedentes de tomarse en cuenta por aquellas personas que van a formar un nuevo hogar (13).

- 1.- Haber alcanzado un grado de madurez, físico, psicológico y social.
- 2.- Tener intereses y aptitudes semejantes.
- 3.- Reconocer creencias afines.
- 4.- Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
- 5.- Completar expectativas económicas semejantes.
- 6.- Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.
- 7.- Situar la relación con la familia de la pareja.

La preparación para el matrimonio debe ser una función social. En estudios antropológicos hechos sobre las consecuencias de estar o no estar casados, dentro de la sociedad en que vivimos se encontró que en hombres y mujeres de treinta años, se han encontrado que el promedio de muerte de los adultos solteros es aproximadamente el doble que en los que están casados, y que la frecuencia de enfermedades venéreas, alcoholismo, accidentes y suicidio es menor en el grupo de hombres casados. (14).

ETAPA MUNICIPAL.—Se caracteriza por la vida conjunta de los conyuges desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos. El primer año de vida en común representa el momento más difícil de ajuste y reconocimiento de la pareja. En ésta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegará a ser en el futuro; representa el ambiente natural donde el ser humano debe de encontrar los roles que el padre y la madre van teniendo (15).

Uno de los principales problemas que presenta ésta etapa es la inadecuación sexual.

Erikson ha descrito como los aspectos más significativos de una adecuada y madura relación sexual los siguientes:

- 1.— Mutualidad del orgasmo.
- 2.— Con el compañero amado.
- 3.— Del otro sexo.
- 4.— Con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua.
- 5.— Con quien uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación.
- 6.— A fin de asegurar también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.

Como vemos en el cuadro anterior la sexualidad implica un logro en tres áreas que se complementan; la biológica y la social todas son inseparables. La vida, sexual se actualiza a través de una función orgánica que tiene una carga emocional y social.

En esta etapa en la cual la mujer con los cambios contemporáneos y problemas económicos tienen actualmente diferentes papeles que pueden ser:

1.- ESPOSA-MADRE: Tradicional, con una serie de derechos y obligaciones así como de privilegios reconocidos unánimemente. La dependencia económica del marido, por todo lo que ello implica; pensión alimenticia en caso de divorcio; la actualidad afectiva reconocida, que implica demandar al marido fidelidad, el cual le ha dado hijos como principal obligación, y presupone una correspondencia emocional de éstos y del marido. Su principal obligación ha sido la formación de aquellos y la continuación del hogar; de ella se espera prestación de servicios domésticos, una subordinación a los intereses económicos del esposo y una limitación a cualquier actividad de tipo socio-económico. (2).

2.- ESPOSA-COMPANERA: Por lo regular se encuentran en la clase social alta y presentando un modelo al que irracionalmente algunos grupos de la clase media alta tratan de copiar. En éste caso la esposa más que nada busca con su presencia fortalecer el papel social de su marido; debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad de éste siendo objeto de admiración, por lo tanto tiene que conservarse atractiva dado que en ésta relación el aspecto físico de ella es altamente valorado. (2).

3.- ESPOSA-COLABORADORA: También llamada esposa igualitaria, aparece principalmente en la clase media, siendo las modificaciones socio-económicas de la sociedad las que han propiciado éste papel; la esposa dedica una parte muy importante de su vida a un trabajo remunerado fuera del hogar y representa un renglón muy considerable dentro de los ingresos familiares, la toma de decisiones es compartida. Se considera una igualdad absoluta que mantiene el equilibrio dentro de la casa. (2)

La enseñanza sexual se debe de dar desde el nacimiento, es una característica inherente al hombre y no hay porque negarlo. Debe ser un hecho evolutivo importante, que el hombre por encima y más allá de la sexualidad desarrolle una selectividad en el amor. (16).

La unión sexual tiene un objeto, el ofrecer la oportunidad para la generación de un nuevo ser, éste impulso de la naturaleza es la más poderosa en cuanto a su factor en todo lo que concierne a la raza humana. (17)

ETAPA DE FORMACION DE LOS HIJOS: Son características de la familia la procreación y la legalidad de la vida sexual entre los cónyuges de acuerdo con conceptos morales, tradicionales y religiosos; se presupone que la vida sexual dentro del matrimonio tiene como finalidad crear nueva vida. Es necesario enfatizar en que la paternidad y la maternidad son actos biológicos y culturales ya que tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación y de un conocimiento real.

El concepto freudiano, de que la familia representaba un medio de dominar los instintos biológicos del niño, como un medio de represión y de integración social, no ha sido totalmente superado (4).

Es fundamental que los padres hayan logrado esa relación de madurez y realización personal que se refleja en un mundo amable y feliz para los hijos. No debe olvidarse que la maternidad y la paternidad se expresan por medio del comportamiento cotidiano de los padres que deben estimar sus propias posibilidades y cumplir lo más ampliamente posible con sus funciones.

Por lo anterior la familia debe de cumplir con las siguientes expectativas bio-psíquicas y sociales de cada uno de sus miembros:

- 1.- Satisfacer las necesidades físicas (alimento, vestido, salud, techo etc).
- 2.- Cubrir las necesidades afectivas.
- 3.- Fortalecer la personalidad.
- 4.- Formar los roles sexuales.
- 5.- Preparar para el mejor desempeño de los roles sociales.
- 6.- Estimular las actividades de aprendizaje y apoyo de la iniciativa propia de cada miembro de la familia.

Al individuo, el núcleo familiar le permite la más inmediata y plena satisfacción de sus necesidades, sobre todo al proceso de formación de los hijos por medio del fortalecimiento del conjunto de caracteres hereditarios a través de las normas, pautas y tendencias organizativas para formar el núcleo de la personalidad; la esencia misma del hombre. (4)

Los hijos deben creer afirmando su propia personalidad y que lleguen a ser no lo que los padres quieren, sino lo que su propia capacidad les permita - sin reprimir sus vocaciones.

Hay que estimular en el niño las reacciones sensitivas positivas, esto incluye, alimentación, el baño etc, aunque en éste papel activo le toca a la madre, debe ser compartida por el padre.

ETAPA DE MADUREZ.-Esta etapa se alcanza cuando los hijos obtienen la mayoría de edad, esto es la madurez física, psicológica y social, en la cual los hijos pueden tener familia propia o continuar en casa de los padres, pero ser autosuficientes económicamente.

Aquel ser humano con capacidad para una verdadera madurez, quien ha superado la niñez sin haber perdido las mejores características de ésta, que ha retenido los padres emocionales básicos de la infancia, la obstinada autonomía - de la desambulación, la capacidad de sentirse integrado, el placer y el espíritu jugueteón de los años escolares, y el idealismo y pasión de la adolescencia quien ha incorporado todo ello a su nueva pauta de desarrollo dominada por la estabilidad, la sabiduría, el conocimiento, la sensibilidad hacia los demás, la responsabilidad, la fuerza y la determinación de la edad adulta. (19).

CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

El estudio sistemático del ciclo vital humano empezó a principios del siglo XX, por el curso y el proceso del desarrollo de la personalidad. La división del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte se considera hoy en día esencial, para una comprensión más completa de las complejidades de la conducta humana.

El conocimiento del ciclo vital de la familia permite al médico familiar analizar a la familia en sus diversas fases, pudiendo prever una serie de fenómenos que afectan de una o otra forma la funcionalidad familiar.(20).

Erikson afirma que cada fase del ciclo vital se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones, ya que si no se consigue la resolución en un determinado período de la vida, todas las etapas posteriores reflejarán éste fallo, en forma de inadaptación de tipo físico, cognositivo, social o emocional.

Una etapa vital puede ser descrita mediante términos como etapa, estadio, período, era o época etc.

En las etapas normales del desarrollo familiar, concurren múltiples episodios de estrés, anticipándose a éstos y colocándolos en la adecuada perspectiva, el médico puede ayudar a que los pacientes se enfrenten a ellos antes de que se produzca el mal funcionamiento. (21).

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

- 1.-Fase de matrimonio.
- 2.-Fase de expansión.
- 3.-Fase de dispersión.

4.-Fase de independencia.

5.-Fase de retiro y muerte.

Este esquema propuesto por Geyman en 1980 es el que se utiliza con mayor frecuencia en México. (Modelo Santa Cruz).

1.-FASE DE MATRIMONIO.-Se considera ésta fase desde la elección de la pareja, el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo al hogar, y tiene esta fase como tarea atender las tareas básicas del compañero y los ajustes a la vida cotidiana.

La vida aparece como una experiencia compartida en consecuencia, el individuo no puede vivir sólo o aislado pues quienes lo intentan están destinados a desintegrarse como seres humanos.

2.-FASE DE EXPANSION.-Se caracteriza, por la llegada del primer hijo, teniendo como uno de los eventos más importantes el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro. En ésta etapa en la cual debe haber amor y disciplina, el exceso o defecto de cualquiera de éstos dos elementos pueden producir patología en el niño. Balancearlos adecuadamente es quizá la tarea fundamental de padres y madres.

Para que puedan desempeñarse éstas funciones se requiere que la vida de la pareja sea relativamente funcional, que entre ellos exista comunicación en sus actividades de crianza y que no involucren a sus hijos en sus dificultades conyugales.

3.-FASE DE DISPERSION.-Para algunos investigadores ésta fase se identifica claramente por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En ésta etapa de la vida familiar separa el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los Padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.(2)

La seguridad afectiva es muy importante en ésta fase y la deben proporcionar en primer lugar los padres y hacerla extensiva a los demás familiares educadores y maestros, evitando caer en el otro extremo, el de la sobreprotección que impide al hijo una independencia emocional (1).

En la etapa de adolescencia se requiere que los hijos establezcan una relación simétrica con los padres. El hijo tiene que crear y encontrar su camino por sí mismo.

En ésta etapa en la cual el objeto principal es de preparar a los adolescentes para ser adultos. Es importante considerar tres aspectos fundamentales; - la emancipación, la cultura juvenil, la brecha generacional y no olvidar que que es a través de la rebelión, como el adolescente reafirma su identidad.

A.-FASE DE INDEPENDENCIA.- en ésta fase los hijos ya preparados, forman nuevas familias, retirándose del hogar, sin embargo los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen y es importante que las funciones de afecto y socialización no se pierdan.(2)

La culminación del proceso educativo de la familia en relación a la de los hijos llega cuando éstos obtienen la mayoría de edad, esto es la madurez física psicológica, social y son autosuficientes desde el punto de vista económico. La meta de todos los padres debería ser formar hijos libres, que a través de su proceso de crecimiento y desarrollo lleguen a ser adultos sanos. (1)

En ésta fase en que se vuelve a formar una familia nuclear, es necesario un ajuste mayor y una alta satisfacción material que en las etapas previas.

En la etapa donde los hijos se han ido, ya sea por casamiento o por independencia la pareja se encuentra sola, a ésta etapa se le llama " El Síndrome - del Hijo Vacío " refiriéndose al aislamiento y depresión de la pareja.

5.--LA FASE DE RETIRO Y MUERTE.--El entusiasmo que caracteriza el inicio del ciclo vital familiar, contrasta, con la incertidumbre que advierte al iniciar la fase final del ciclo, desestabilizandola por la incapacidad para laborar, por el desempleo y las jubilaciones, por el agotamiento de los recursos económicos por lo que los hijos en fase de expansión no tienen posibilidades de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos. (2)

En ésta etapa se presenta a la pareja un nuevo reto adaptativo que puede estar lleno de tensiones debidas a cambios en el estilo de vida;principalmente en el hombre que deja de trabajar, el enfrentamiento a la muerte del otro y a la propia, es un tema importante que frecuentemente es evitado. El manejo de la vejez tiene conotaciones culturales importantes, en la actualidad hay una tendencia hacia un retorno con mayor equilibrio entre la libertad y el empuje de la juventud y una valoración de la vejez.

El ciclo vital alcanza su final natural e inevitable con la muerte y se debe aceptar ése carácter.

Tal vez fue a la vista de la muerte cuando el hombre tuvo por primera vez la idea de lo sobrenatural y cuando comenzó a esperar algo más allá de lo que veía. La muerte fue el primer misterio, puso al hombre en el camino de los otros misterios, elevó su pensamiento de lo visible a lo invisible de lo pasajero a lo eterno, de lo humano a lo divino.

Es muy importante entrar a una auténtica relación con el moribundo decirle que en este punto la muerte no es más un mito, sino que está ocurriendo ya, pero -- nosotros somos tus amigos y por éso atendemos a tu muerte, sabemos que estás muriendo y tú lo, sabes y en éste punto estamos juntos.

El ciclo vital de la familia puede ser descrito en una gran variedad de formas con un número de estadios que varían de cuatro a veinticuatro. En nuestro medio se utiliza más frecuentemente el de Geyman.

Ya que el ciclo vital de la familia puede ser descrito en una gran variedad de formas y que son numerosos los autores que se han interesado en su estudio cabe mencionar los siguientes: La clasificación de Pollak, Levinson, Estrada Inda, Duvall y varias más.

Como se menciona anteriormente, el ciclo vital de la familia puede ser descrito en una gran variedad de formas.

El conocimiento por lo tanto del ciclo vital de la familia es de gran importancia ya que se podrán efectuar actividades, preventivas, diagnósticas y terapéuticas y de rehabilitación a las familias que acuden en busca de ayuda.

Por último hay que recordar que de acuerdo a los estudios de Mc Gooldrich M y de Carter, se encontró que las etapas típicas por las que pasan las familias con las expectativas y problemática en que cada una ocurre.

FUNCIONES DE LA FAMILIA.

La familia es la unidad primaria base de la sociedad y dentro de ella se desarrollan roles entre sus miembros, funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples. (2)

Más que otros grupos, en la familia el actuar de uno es el actuar de otro y allí, se encuentran los elementos que participan en la terapia y la prevención psíquicas y orgánicas. (2)

Toda la estructura social viene a ser unidad de acción de la responsabilidad y de toma de decisiones del pueblo. El hombre desde niño, se integra gradualmente a diversas formas de vida social el cual representa el proceso de socialización y aprende a actuar, luchar y a responsabilizarse de sus actos ante los demás, está en una de las funciones que debe cumplir la familia.

La función de la familia interna se refiere a la protección; Biológica, Psicológica y social del individuo.

Existen, otras formas de enfocar las funciones de la familia más descriptivas pero que permiten comprender más fácilmente las funciones familiares, una de éstas formas señala que las funciones de la familia son : La seguridad - Psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización de la prole, la contribución a la economía, la conservación y la transmisión de las costumbres.

Las funciones familiares se pueden clasificar en externas e internas, las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y de ésta manera perpetúe dichos valores a través del tiempo (10).

Otros estudios a cerca de las funciones de la familia, señala que los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionadas con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas.

Un gran número de tipologías han sido descritas, de éstas por lo menos cinco funciones de la familia pueden ser especificadas:

1.-Socialización.

2.-Cuidado.

3.-Afecto.

4.-Reproducción.

5.-Estatus o nivel socioeconómico.

1.-SOCIALIZACION.-La tarea principal de la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con la plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Es importante aclarar que dentro de las funciones de socialización, la familia se perfila como una institución ideológica del estado con la misma fuerza e importancia que pudiera tener la iglesia, el sistema escolar etc. Ya que la familia es vínculo entre el individuo y la sociedad por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende el sistema económico en que está inmersa.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como la educadora primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente durante los primeros seis años de vida, ya que a partir de éste momento habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la Escuela Primaria. El padre tiene primeramente el papel de soporte en ésta etapa. Parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud.

2.-CUIDADO.- Esta función es clave en la vida familiar, propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella, la alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional. Las posibilidades de una buena salud y vida larga están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia.

La respuesta a las demandas de cuidado responden no sólo al acceso que tengan las familias a éstos recursos, sino, también del nivel de conocimientos de la familia o sea que las familias no sólo necesitan conocer que servicios son accesibles sino cómo usarlos. En éste sentido es importante aclarar que en medicina no existen leyes, más aún en Medicina Familiar, pero resulta obvio que a mayor disponibilidad de recursos, tener un índice mayor de salud en la familia es una meta más fácil de lograr.

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

Según los académicos de la lengua " Affectus " de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios en cualquier dependencia. En cuanto a la institución familiar referido a proporcionar ánimo, amor y cariño.

Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen como son: El conyugal, paternal, filial etc. Se encuentran estrechamente relacionados por la necesidad de cubrir sus necesidades afectivas proporcionando así la recompensa básica de la vida familiar. Visto así las necesidades de los padres cobran la misma importancia que las necesidades afectivas de los hijos.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia y aunque ésta generalización es verdadera, también es verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Cuidado y afecto son parte del proceso de la socialización y son recompensados o castigados. Inadecuada socialización puede resultar en deprivación lo que puede hacer el individuo sea menos capaz de responder afectivamente a otros.

4.-REPRODUCCIÓN.- Llamamente se ha definido a la familia como la institución encargada de proveer nuevos miembros a la sociedad, aún cuando debemos aclarar, que esta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se le ha dado a llamar actualmente, Salud Reproductiva.

La educación sexual ha sido reconocida como parte importante de la socialización de los niños, pero aún existen controversias en los sistemas escolares. La educación médica ha sido criticada porque los médicos frecuentemente no han recibido entrenamiento para ser sensitivos a los problemas sexuales de los pacientes y no proporcionan un adecuado consejo.

5.-ESTATUS O NIVEL SOCIOECONÓMICO.-La palabra estus se deriva de la locución latina Statu Quo, que en castellano se emplea para describir el estado de las cosas anterior o posterior a alguna cosa importante. Para nosotros resulta más correcto hablar de nivel socioeconómico que de estatus socioeconómico.

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

Si analizamos los datos anteriores en éstos criterios de las funciones de la familia nos veremos inmersos como pueden verse al compararse las clasificaciones de las funciones externas e internas del criterio Psicosociológico.

El conocimiento de éstas funciones de la familia son la gran utilidad para -
determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia.
(2).

FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

LAS FUNCIONES DE LOS PADRES SON:

- 1.-El cuidado del hogar.
- 2.-Su propia superación con educación y capacitación permanente.
- 3.-Planear su vida familiar y procreación.
- 4.-Transmitir en forma conciente los valores naturales.
- 5.-Ejercer la autoridad racional de la familia de acuerdo a la etapa de crecimiento de los hijos y compartir la responsabilidad de un ambiente democrático.
- 6.-Formar el patrimonio familiar.
- 7.-Cuidar de la salud y bienestar familiar.
- 8.-Realizar los registros y legalización civiles que aseguren la nacionalidad parentesco, ciudadanía y transmisión de bienes.

LAS FUNCIONES DEL PADRE SON:

- 1.-Proveer los bienes económicos y culturales.
- 2.-Figurar como patrón de identidad masculina.
- 3.-Servir de cimiento en la estabilidad material y emocional.
- 4.-Ser educador no sólo de palabra sino también de hecho.
- 5.-Configurar como responsable de su núcleo familiar.
- 6.-Encausar a la familia hacia la superación colectiva.

LAS FUNCIONES DE LA MADRE SON:

- 1.-Ser la administradora del hogar y organizar la vida doméstica.
- 2.-Figurar como patrón de los roles femeninos.
- 3.-Ser esposa y compañera y figura central de la familia.
- 4.-Ser educadora de la familia y de los hijos.
- 5.-Figurar como responsable de su núcleo familiar en ausencia de su esposo.

LAS FUNCIONES DE LOS HIJOS SON:

- 1.-Vivir bajo la patria potestad hasta la mayoría de edad o la independencia.
- 2.-Respetar y obedecer a sus padres.
- 3.-Cuidar los bienes patrimoniales.
- 4.-Aprovechar todas las oportunidades formativas, educativas y de instrucción para su autosuficiencia y emancipación. (2)

Algunas de estas funciones dentro de las familias cambiarón sobre todo por el papel desempeñado por la mujer que trabaja, debido a la necesidad económica o de realización personal.

ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA.

El médico que está junto a los pacientes en el contexto de un impacto de crisis familiar, puede conocer más fácilmente el diagnóstico y el manejo de la crisis que induce a la disfunción familiar.

La familia en crisis está viviendo eventos presentes o pasados que producen un cambio en el estado de funcionalidad de él o de los miembros de la familia.

El significado de las etapas críticas de la familia, depende de la definición de los eventos y de los cambios que en otras familias con un diferente cultura y aspecto social puede ser una celebración.

Son innumerables las oportunidades que se ofrecen al médico familiar, para intervenir en la adaptación de la familia y en particular en sus etapas críticas que a continuación mencionaremos:

1.-Embarazo.

2.-Nacimiento.

3.-Enseñanza de la sexualidad.

4.-Estado laboral.

5.-Muerte de un miembro.

1.-EMBARAZO.-Iniciando desde la fase de la elección de la pareja hasta el embarazo por lo cual debe de haber una gran alegría por el nuevo miembro de la familia, si es deseado, en caso de que no lo sea el embarazo representa un problema dentro de la etapa crítica de la familia (4)

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

En una familia de estrato socioeconómico y cultural bajo, las implicaciones de la llegada de un nuevo miembro pueden traer consigo desajustes importantes en cuanto al reducido presupuesto y las limitadas expectativas de desarrollo económico de la familia.(2)

Desde un punto de vista social, el padre se sentirá decepcionado si el primer hijo no es varón, ya que en algunos estratos de nuestra sociedad, éste hecho se toma como prueba de su "hombresía", influyendo negativamente en el nacimiento de su primogénita, el padre pensará que ésta hija no es útil para el sostenimiento de la familia, lo cual puede llevar a hostilizar marcadamente a la madre y a la hija. Si el primer hijo es varón, la situación será totalmente diferente ya que sentirá reforzada su "hombresía", su actitud para su mujer y el hijo será positiva y la esposa responderá a ésta acción reforzando la integración familiar. En una familia estructuralmente lesionada, el nacimiento del primer hijo puede influir de dos formas; dependiendo si el número de hijos es elevado, el nacimiento de un nuevo miembro puede incluso propiciar el abandono por parte del padre, ante la importancia del sostenimiento de la familia.

1.-ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD.- Esta actividad, debe ser valorada desde el punto de vista sociocultural, ya que la enseñanza que se recibe con respecto a la sexualidad, depende en muchas ocasiones del medio social en que se desenvuelve y del acervo cultural de la familia. De acuerdo al sexo del niño o del adolescente, será la educación sexual que se otorge. En la mayoría de las familias mexicanas a la hija se le ocultan los problemas sexuales que pueden enfrentar en ésta etapa de su vida, afortunadamente la forma educativa ha venido a cubrir ésta diferencia ancestral.

La enseñanza de la sexualidad puede ser:

A).-Orientadora: Positiva cuando el niño recibe información real y adecuada acerca del sexo; Negativa, cuando se recibe información deformada y prejuiciosa respecto a la sexualidad humana.

B).-Indiferente: Cuando los padres no se comprometen, con la excusa de no tener tiempo disponible para brindar la mínima orientación sexual. Es importante recordar que la falta de orientación sexual por parte de los padres provocará en los hijos desorientación, angustia y en ocasiones facilitará la presencia de factores que provoquen desestabilización en la dinámica familiar.

4.-ESTADO LABORAL.-Los principales factores de riesgo para la familia en cuanto al estado laboral son en primer lugar, la desocupación, la búsqueda y el cambio de trabajo:

A).-Desocupación, se debe tomar en cuenta la causa, si fue por edad avanzada negligencia, disminución de las fuente de trabajo, preparación diferente o nula, así como invalidez.

B).-Búsqueda de trabajo, como consecuencia de la actual crisis económica, - México se ha colocado en un nivel muy alto de desempleo, lo cual dificulta las oportunidades de trabajo ya que la mano de obra disponible supera a la demanda, dando como resultado pocos empleos estables, abandono del padre a la búsqueda de empleo y como consecuencia desestabilización económica y emocional en el núcleo familiar.

C).-Cambio de empleo, el médico familiar deberá estudiar los motivos del cambio, si fue por mejorar económicamente o culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo mejor remunerado pero con una mayor satisfacción intelectual, - requiriendo mayor tiempo ocupacional, lo cual puede conducir a ausencias de un miembro de la familia, (padre o madre), repercutiendo emocional, social e incluso sexualmente, propiciando abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia. (2)

5.-MUERTE DE UN MIEMBRO.-Esta crisis familiar puede enfocarse desde los ángulos sociales y psicológico, teniendo en cuenta el número de hijos y edad de ellos dependiendo de la muerte se da en el padre, la madre y un hijo. Desde el punto de vista económico si el que muere es el padre y representa la única fuente de ingresos, la situación obligará a la madre a trabajar para sostener a la familia, si está preparada, el problema será menor, se adaptará a la situación, si la escolaridad es baja se producirá un ajuste económico importante disminuyendo el nivel económico. El hijo mayor sustituirá al padre constituyéndose en el sostén de la familia, lo que lleva a abandonar sus estudios, alteraciones en su desarrollo y modificaciones en su personalidad.

Emocionalmente, el choque por pérdida de un miembro, puede llegar a provocar una ruptura de la integración familiar, su dispersión, así como situaciones conflictivas. Si el padre no constituye el principal apoyo económico, la repercusión será emocional, pudiendo en éste caso conservarse la estructura familiar. Si quien fallece es la madre, puede no responsabilizarse el padre de la crianza y educación de los hijos, pudiendo producirse desintegración en la familia.

Dado el momento que está pasando México cabe mencionar dos pensamientos - diferentes y en distintos lugares, el primero de tipo mitológico y el segundo revolucionario; en la antigüedad pagana las ideas sobre el mundo de los muertos eran bastantes confusas. Homero, describe una visita de Ulises a éste mundo misterioso, el reino de la muerte es un lugar impreciso, habitado por sombras, en las que reinan Plutón y Proserpina.

Cuando se muere en brazos de la patria agradecida, la vida acaba, la cultura y la prisión se rompe y empieza al fin con el morir la vida.

Lo expresado confirma que el pensamiento varía de acuerdo al tiempo y la cultura, ya que lo que es bueno para unos puede ser desgracia para otros.

DINAMICA FAMILIAR.

El estudio y el conocimiento de la dinámica familiar es otro de los múltiples elementos teóricos indispensables para el médico familiar, el cual consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas, que van a afectar el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta funcione positiva o negativamente como unidad.

La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y les infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás.

La familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituyendo un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por: Generación, sexo, intereses y funciones, así tenemos los subsistemas de esposo-esposa, los esposos como padres, el binomio madre-hijo, o el padre-hija o con otro miembro de la familia nuclear o extensa.

El estudio de la dinámica familiar, da el enfoque de la organización principal en constante cambio y crecimiento, definiendo las diferentes alianzas que llevarán al éxito o fracaso de ésta dinámica familiar.

Entre hombre-mujer, o sea esposo-esposa debe existir la unidad, no la competitividad, para que el cariño, amor y armonía pasen a ser el apoyo de los hijos, y a cada uno de éstos miembros de la familia deben tomar las funciones que les corresponden por el bien familiar, respetando siempre la decisión como pareja.(9)

Con el nacimiento de otro miembro de la familia es necesario un buen resultado, aunque esto no es tarea fácil ya que la educación, el amor y la disciplina deben ser con delicadeza y sin agresividad. Esto es con todos los hijos aún cuando se cuente con sólo un hijo.

11.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La subdirección general médica del I.S.S.S.T.E, tiene como objetivo principal mejorar la prestación de los servicios médicos en forma integral - para toda la población derechohabiente en los diferentes niveles de atención médica para lo cual se ha avocado a reordenar, reorganizar los servicios de salud de sus clínicas de primer nivel y de los hospitales facilitando y organizando el acceso de los derechohabientes a los diferentes servicios de salud de tal forma que a todos se les brinde la misma - facilidad de ser atendidos, oportuna y eficazmente con un alto nivel de calidad y calidez en su trato humano.

En nuestra clínica de primer nivel, I.S.S.S.T.E Ecatepec en el Estado - de México, en sus consultorios de medicina familiar la atención que se - brinda al derechohabiente es de tipo curativa y no preventiva ya que se cuenta con muy poco tiempo entre paciente y paciente para darle una o-- rientación preventiva adecuada de tal manera que la medicina que se brin da es más curativa que preventiva.

El médico familiar del I.S.S.S.T.E, pretende establecer un método en sus consultorios y específicamente en el consultorio 14, llamado Modelo Sis-- temático de Atención Médica Familiar, M O S A M E F, promoviendo activi-- dades preventivas, tanto en promoción de salud como diagnóstico oportu-- no, tratamiento específico y rehabilitación, éste enfoque es el que -- pretende llevar a cabo el consultorio 14 en su turno matutino, en coor-- dinación con la comunidad y sus núcleos familiares.

III.-J U S T I F I C A C I O N

La insatisfacción de la atención médica ha causado en México, sobretodo en el médico de consultorio una problemática de salud, debido al insuficiente manejo al derechohabiente, ya que existe una serie de carencias tanto a nivel humano como socioeconómicos, así como los recursos generales (2)(20). Para ésto se tiene que implimentar de la mejor manera un nivel de atención al derechohabiente y sus familiares.

Es necesario un buen uso de los recursos para mejorar la atención médica (20), en los consultorios, desde la sala de espera con la agilización del archivo clínico, así como los servicios de medicina preventiva, planificación familiar, departamento de licencias médicas y la justificación de las derivaciones de los derechohabientes a un segundo y tercer nivel de atención médica con una calidad y calidez (20), que permita promover y mantener la salud de los derechohabientes y de sus familiares en forma integral, para ésto nosotros como médicos de familia pretendemos conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo nuestro cuidado, tomando como prioridad a las enfermedades más frecuentes y las demandas de servicios que se puedan ejercer en el consultorio.

A través del tiempo se pretende desarrollar una labor que tendra un impacto positivo en la salud de los derechohabientes y sus familiares - así mismo se verá una mejoría en la salud de nuestra población adscrita en éste caso al consultorio 14 del turno matutino en la Clinica A - Ecatepec. Esto se vera reflejado a futuro en la mejoría de la salud - en México.

IV.- O B J E T I V O S

GENERALES:

Determinar las características bio-psíco-sociales en la comunidad estudiada como requisito para planificar los servicios de salud, a donde se pretende aplicar el MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR.

ESPECÍFICAS:

Se pretende que los servicios médicos tengan un enfoque integral que favorezca la satisfacción de los usuarios, disminuyendo los costos de la atención médica.

Establecer el MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR, (M O S A Y E F), con el propósito de hacerlo aplicativo a los tres niveles de atención médica, primario, secundario y terciario.

V.-M E T O D O L O G I Á

A).-TIPO DE ESTUDIO.

Encuesta descriptiva, retrospectiva, parcial, transversal y abierta fundamentada en tres categorías:

Censo poblacional, Estudio de Comunidad, identificación de las - causas más frecuentes de consulta por año y mes.

B).-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Ecatepec de Morelos Estado de México.

Clinica de medicina familiar A Ecatepec I.S.S.S.T.E.

De Febrero a Mayo de 1997.

C).-TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Todas las familias estudiadas son derechohabientes del consultorio 14, con un total de 22 colonias adscritas a dicho consultorio. Se tomo en cuenta el informe diario de labores del médico.- Para el tamaño de la muestra se tomaron 200 expedientes clínicos familiares de los que más asisten a la consulta.

Se tomaron 200 encuestas familiares para el estudio de comunidad las cuales se realizarón de Febrero a Mayo de 1997.

Se tomarón 240 hojas del informe diario de labores del médico - correspondientes al año de 1996, con la finalidad de obtener las 10 primeras causas de consulta de primera vez y subsecuentes tanto por año como por mes respectivamente.

Se tomaron tambien a las 10 colonias de más influencia en la asistencia y solicitud de servicios médicos al consultorio 14.

Para efectuar el censo poblacional, primero se investigo cuantas colonias estan adscritas al consultorio 14, encontrandose que el número de éstas es de 22 en total, (ver cuadro A), en anexos. Posteriormente se efectuo la contabilidad de todos los expedientes agrupandolos por familias, obteniendose un total de 1,748 (ver grafica no 1), el total de derechohabientes es de 5,905. Para obtener éste dato con precisión se efectuo paloteo simple, posteriormente se construyo la pirámide poblacional tomandose en cuenta la edad y el sexo, ver grafica número 1.

Posteriormente se efectuo de nueva cuenta un paloteo simple para obtener el tipo de derechohabiente de acuerdo a los parámetros estipulados por el sistema I.S.S.T.E. en el departamento de vigencia de derechos, se procedio a la construcción de la pirámide correspondiente. Ver pirámide poblacional No 2.

Para obtener las 10 primeras causas de consulta por año y mes, se tomo en cuenta las hojas del informe diario de labores del médico desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1996, por medio de paloteo simple se efectuo la contabilidad, de ésta manera se obtuvo las causas de consulta de primera vez y sucesivas. Ver cuadros del número 1 al 16.

Al mismo se graficaron las diez primeras causas de consulta de primera vez y sucesivas durante el año 1996. Ver graficas de la número 1 a la 4.

D).-CRITERIOS DE INCLUSION DE EXCLUSION Y ELIMINACION.

Como criterios de inclusión se tomaron los expedientes vigentes de los derechohabientes en el consultorio 14. Se tomo en cuenta, la disposición del encuestado para contestar a las preguntas de la entrevista. Para ésto se tomo en cuenta las hojas del informe diario de labores del médico para obtener la población usuaria, con la finalidad de captar los diagnósticos tanto de primera vez como subsecuentes. Se tomarón en cuenta también los datos completos del llenado de la entrevista para el estudio de comunidad.

Como criterios de exclusión, se tomo en cuenta a los derechohabientes no usuarios comúnmente al consultorio 14, se tomaron en cuenta también el rechazo por parte del paciente a las preguntas de la encuesta para el estudio de comunidad así mismo se excluyeron los datos no creíbles o incompletos de la entrevista para el llenado del estudio de comunidad.

Como criterios de eliminación, se tomo en cuenta a todas aquellas familias que no asisten regularmente a la consulta al consultorio 14, así mismo se eliminaron todas aquellas familias que por alguna razón no fue posible informarles de dicha investigación.

E).-INFORMACION A RECOLECTAR.

Para el estudio de comunidad, las variables son de tipo cualitativo y en escala nominal, éstas son:

- 1.-Apellido de la familia y colonia de origen.
- 2.-Estado civil.
- 3.-Años de unión conyugal.
- 4.-Escolaridad.
- 5.-Edad del padre.
- 6.-Edad de la madre.
- 7.-Metodo de planificación familiar.

- 8.-Número de hijos hasta de 10 años de edad.
- 9.-Número de hijos de 11 a 19 años de edad.
- 10.-Número de hijos de 20 a más años de edad.
- 11.-Ocupación de los padres de familia.
- 12.-Ingresos económicos.
- 13.-Tipo de familia.
- 14.-Composición de la familia.
- 15.-Demografía.
- 16.-Etapa del ciclo familiar.

F).--METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

La recolección de datos en todas las variables del estudio de comunidad, - para el censo poblacional y el estudio de morbilidad se efectuó por paloteo simple.

G).--CONSIDERACIONES ETICAS.

No fueron necesarias ya que la investigación no se consideró de riesgo para la salud.

DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Iniciare con la descripción del cuadro (A), correspondiente al número de colonias adscritas al consultorio 14.

En éste cuadro se representa la cantidad de colonias que acuden a la consulta al consultorio 14, el número de colonias es de 22, de las cuales 4 de ellas son las que más solicitan los servicios médicos.

PIRAMIDE DE POBLACION No 1.

La construcción de ésta pirámide se llevo al cabo con la finalidad de saber y conocer el número total de derechohabientes adscritos al consultorio 14, se efectuo la contabilidad de todos los expedientes que le corresponden al consultorio, y por medio de un paloteo simple se obtuvo el total de pacientes por edad y sexo. Las edades que se tomaron en cuenta son: Menores de un año de edad, de 1 a 4 años, de 5 a 14 a 14 años, de 15 a 18 años, de 19 años, de 20 a 44 años, de 45 a 64 años y más de 65 años, respectivamente.

PIRAMIDE POBLACIONAL No 2.

En ésta piramide se representa al tipo de derechohabiente de acuerdo al sistema de numeración aplicado por el ISSSTE en los departamentos de -
vigencia de derechos.

Para efectuar la contabilidad de los derechohabientes se efectuó un pa-
loteo simple, los números que se toman en cuenta para distinguir al tipo
de derechohabiente son: el número 1 corresponde al trabajador, el número
2 corresponde a la trabajadora, el número 3 corresponde a la esposa del
trabajador, el número 4 corresponde a los pensionados, el número 5 co-
rresponde al padre del trabajador, el número 6 corresponde a la madre -
del trabajador, el número 7, corresponde a los hijos varones del traba-
jador, el número 8 corresponde a las hijas del trabajador y el número -
9 corresponde a otros familiares que tengan derechos por parte del tra-
bajador.

GRAFICA No 1 DE EL TOTAL DE FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 14.

En ésta grafica se representa el número total de familias adscritas al -
consultorio 14, para obtener éste dato se investigó en el archivo clíni-
co de la Clínica ISSSTE Ecatepec, el número de registros de los traba-
jadores estables que están casados o en unión libre y además cuentan -
con un hijo o más en éstos trabajadores, se investigó que de los 5,905
derechohabientes adscritos al consultorio 14, se obtuvo 1,748 familias
respectivamente.

CUADRO No 1.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL AÑO 1996
Y SUBSECUENTES.

En éste cuadro describo las 10 primeras causas de consulta en un año y las subsecuentes, para obtener éstos datos progedí a obtener todas la hojas de informe diario del médico del 1o de Enero al 30 de Diciembre del año 1996. Se procedio a hacer la contabilidad por paloteo simple viendo el tipo de enfermedad si acudieron por primera vez o subsecuentes, al final de la contabilidad llegue a un resultado total el cual se describe en éste cuadro. Obtuve 1976 casos de consulta de primera vez y 534 de consulta subsecuente, además verifique cuales son las enfermedades mas frecuentes en el curso de un año eto me informo que tipo de padecimientos hay que ponerles mas atención en su manejo y tratamiento.

CUADRO NO 2.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES DESGLOSADO
POR MES EN ESTE CASO PARA EL MES DE ENERO 1996.

Para obtener éste dato lo primero que efectue fue juntar todas las hojas del informe diario de labores del médico durante el mes de Enero de 1996 para obtener las 10 primeras causas de consulta y subsecuentes durante ese periodo, llegue a la conclusión de obtener 289 consultas de primera vez y 36 subsecuentes. En éste cuadro me di cuenta tambien cuales son las enfermedades más frecuentes durante el mes de Enero.

CUADRO No 3.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA Y SUBSECUENTES EN EL MES DE FEBRERO DE 1996

Para la obtención de éste dato se procedio a sacar todas las hojas del informe diario de labores del médico durante el mes de Febrero, llegue a la conclusión de obtener 186 consultas de primera vez y 62 subsecuentes. En éste cuadro me di cuenta cuales son las 10 primeras causas de consulta en dicho periodo.

CUADRO No 4.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA Y SUBSECUENTES EN EL MES DE MARZO DE 1996.

En éste cuadro se aprecia las 10 primeras causas de consulta correspondientes al mes de Marzo, para obtener el resultado se procedio igual que en el cuadro 3, se obtuvieron todas las hojas del informe diario de labores del medico durante el periodo de marzo y con paloteo simple se llego a la conclusión, 69 causas de consulta de la vez y 15 subsecuentes.

CUADRO No 5.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA Y SUBSECUENTES DURANTE EL MES DE ABRIL 1996.

Para obtener éste dato se procedio a ver todas las hojas del informe diario de labores del médico correspondientes al mes de abril, bajo paloteo-- simple se procedio a la contabilidad y se llego a la obtención de 105 pacientes de primera vez y 17 subsecuentes.

CUADRO No 6.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA Y SUBSECUENTES EN EL MES DE MAYO DE 1996.

Para obtener éste dato se procedio igual que en los cuadros anteriores - juntando todas las hojas de informe diario de labores del médico y haciendose la contabilidad por paloteo simple, se llego a la conducción de obtener 124 casos de primera vez y 34 subsecuentes.

Con éstos resultados me he dado cuenta de las enfermedades más frecuentes durante el mes de Mayo de 1996.

CUADRO No 7.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES EN EL MES DE JUNIO DE 1996.

Con el mismo procedimiento, se obtuñieron todas las hojas del informe diario de labores del médico del mes de junio de 1996, con paloteo simple se procede a la contabilidad, llegando al resultado de 152 pacientes de primera vez y 50 subsecuentes. Aqui tambien me di cuenta de las 10 primeras causas de consulta durante el mes de Junio.

CUADRO no 8.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO DE 1996.

Para obtener éste dato se procedio igual que en los cuadros anteriores, se obtuñieron todas las hojas del informe diario de labores del médico durante el mes de Julio, se procedio al conteo por paloteo simple y se obtuñieron: 245 Pacientes de primera vez y 76 subsecuentes.

Así mismo me di cuenta de las enfermedades más frecuentes durante éste periodo.

CUADRO No 9.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1996.

Para obtener el dato correspondiente a éste mes, se procedió a obtener todas las hojas del informe diario de labores del médico, bajo paloteo simple se efectúa el conteo encontrándose con 249 casos de primera vez y 85 subsecuentes.

Lo mismo en este mes y los anteriores me he dado cuenta de las enfermedades más frecuentes durante el mes de agosto.

CUADRO no 10.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA, TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1996.

Para la obtención de éste dato se procedió a la obtención de todas las hojas del informe diario de labores del médico correspondiente al mes de septiembre. efectuándose la contabilidad por paloteo simple se obtuvo 127 consultas de la vez y 29 subsecuentes.

Aquí también me di cuenta las enfermedades más frecuentes durante este mes.

CUALRO No 11

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DE 1996.

Para obtener éste dato se procedió a la revisión de todas las hojas del informe diario de labores del médico correspondiente al mes de octubre, bajo paloteo simple se efectuó el conteo llegando a obtenerse 275 consultas de primera vez y 87 subsecuentes.

Lo mismo que en los casos anteriores me di cuenta de las enfermedades más frecuentes en éste mes.

CUADRO No 12.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES
CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE DE 1996.

Para la obtención de éste dato se procedio a obtener todas las hojas del informe diario de labores del médico correspondiente al mes de noviembre, se efectuo paloteo simple y se obtuvo 256 consultas de primera vez y 69 subsecuentes.

Tambien aqui me di cuenta de las 10 causas de consulta medica de primera vez y subsecuentes correspondiente a éste mes.

CUADRO No 13.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES
CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE DE 1996.

Para obtener éste dato se procedio igual que en los cuadros anteriores, se obtuvieron todas las hojas del informe diario de labores del médico correspondientes al mes de diciembre. Se efectuo el conteo - por paloteo simple y se encontro con 145 consultas de primera vez y 41 consultas subsecuentes.

Con éstos datos me he dado cuenta de las causas más frecuentes de consulta en el mes de Diciembre.

CUADRO No 14.

PORCENTAJE DE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EN EL AÑO DE 1996
TANTO DE PRIMERA VEZ COMO SUBSECUENTES.

Para poder obtener los porcentajes correspondientes a cada enfermedad según su frecuencia, se efectuó conteo por paloteo simple, obteniéndose la frecuencia de las enfermedades tanto de primera vez como subsecuentes.

CUADRO No 15.

PORCENTAJE DE LAS CONSULTAS POR MES, DE ENERO A DICIEMBRE DE 1996 DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES.

En éste cuadro se representa las causas más frecuentes, de las enfermedades más comunes en cada mes respectivamente tanto de primera vez como subsecuentes.

CUADRO No 16

CANTIDAD DE FAMILIAS ESTUDIADAS POR COLONIA, SU INFLUENCIA Y PORCENTAJE.

En éste cuadro se anota el número de familias estudiadas por colonias tomando en cuenta el área de influencia al consultorio 14. El número de colonias fue de 10.

REPRESENTACION GRAFICA DE LAS 10 CAUSAS MAS FRECUENTES DE CONSULTA EN
EL AÑO DE 1996 DE ENERO A DICIEMBRE. DE PRIMERA VEZ.

GRAFICA No 1.

En ésta grafica de barras verticales se representa a a la cantidad de enfermedades de acuerdo a su frecuencia, apreciandose con claridad que en primer lugar las infecciones respiratorias agudas se presentaron en 964 casos, otras del aparato digestivo en 223 casos, atención a sanos en 134 casos, artritis reumatoide corresponde a 115 casos, torceduras y esguinces le corresponde a 113 casos, enterítis y diarreas corresponde a 106 casos, todas las infecciones de la piel con 84 casos, conjuntivitis e infecciones de los ojos con 83 casos, de los genitales femeninos con 79 casos y enfermedad hipertensiva con 75 casos.

GRAFICA No 2. = CUADRO No 1.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL AÑO DE 1996

En ésta grafica se representa a las diez causas de consulta más frecuentes en el año de acuerdo con esto se encontró:

La enfermedad hipertensiva fue la primera causa de consulta con 127 casos, en segundo lugar la diabetes mellitus con 87 casos, tercer lugar con artritis reumatoide 62 casos, en cuarto caso las enfermedades del aparato digestivo con 61 casos, como quinto lugar las enfermedades del aparato respiratorio con 55 casos, como sexto lugar se presento a los pacientes sanos con embarazo en cualquier etapa con 54 casos, en septimo lugar la epilepsia con 28 casos, en octavo lugar las torceduras y esguinces con 26 casos, como noveno lugar todas las infecciones de la piel con 19 casos y como decimo lugar la obesidad.

GRAFICA No 3 = CUADRO DEL No 2 AL 13

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL AÑO 1996 POR MES:

En esta grafica se representa la cantidad de consultas de primera vez por mes durante el año 1996, como se puede apreciar cada barra está representando la cantidad de pacientes que asistieron a la consulta.

GRAFICA No 4 = CUADRO DEL No 1 AL 13.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTAS SUBSECUENTES POR MES EN EL AÑO DE 1996:

En esta grafica se representa cada uno de los meses a donde se encuentra a la cantidad de derechohabientes que solicitarón los servicios médicos - subsecuente-ente.

RESUMEN DE DESCRIPCION DE RESULTADOS:

De acuerdo a los cuadros ya explicados, respecto a la frecuencia de las diez primeras causas de consulta en el año y subsecuentes se observo --- que la primera causa de consulta de primera vez en el año son las infecciones respiratorias agudas con un 48.54 %, sigue como segundo lugar en frecuencia las enfermedades del aparato digestivo con una frecuencia del 11.23 % y como la tercera causa de solicitud de consulta es a aquellos - derechohabientes sanos. Como se puede ver los cuadros respiratorios agudos y gastrointestinales continuan siendo un problema en nuestras comunidades de atención primaria, ésto nos ayuda a poner más atención en dichas patologías para disminuir su frecuencia.

En cuanto a las diez causas más comunes de consulta subsecuente en el - año he podido notar en ésta investigación que toman como primer lugar - las enfermedades hipertensivas y cardiacas hasta el 23.78 %, seguidas de las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus con un porcentaje de hasta el 16.29 %, en el tercer lugar se encontro que la artritis reumatoide tambien ocupa un gran porcentaje de demanda de la consulta hasta en un 11.61 %.

Con ésta investigación he notado que las enfermedades crónico-degenerativas con mayor demanda de consulta siguen siendo aquellas que más morbimortalidad se ha visto hásta la fecha, por tanto se hára apego a controlar - lo mejor posible a éstas entidades haciendo una buena promoción de salud a nuestra comunidad y en particular a los núcleos familiares con antecedentes de éstos males.

PORCENTAJE DE LAS CONSULTAS POR MES DURANTE 1996 DE PRIMERA VEZ:

Aquí en ese cuadro se efectuó un conteo por separado en cada mes en el año en curso 1996, para ver cual de los meses presentó más demanda de consultas, apreciándose como primer lugar al mes de - Enero con 289 o sea un porcentaje del 13.00 %, como segundo lugar el mes de Octubre con 275 consultas o sea un porcentaje del 12.38 % y como tercer lugar el mes de Noviembre con 256 consultas o sea un porcentaje del 11.52 %.

En cuanto a las consultas subsecuentes en el año de 1996 por mes se encontró que el mes de Octubre se presentaron 87 pacientes o sea un porcentaje del 14.48 %, como segundo lugar fue el mes de Agosto con 85 pacientes o sea un porcentaje del 14.14 %, y como - tercer lugar el mes de Julio con 76 pacientes o sea un porcentaje del 12.65 %.

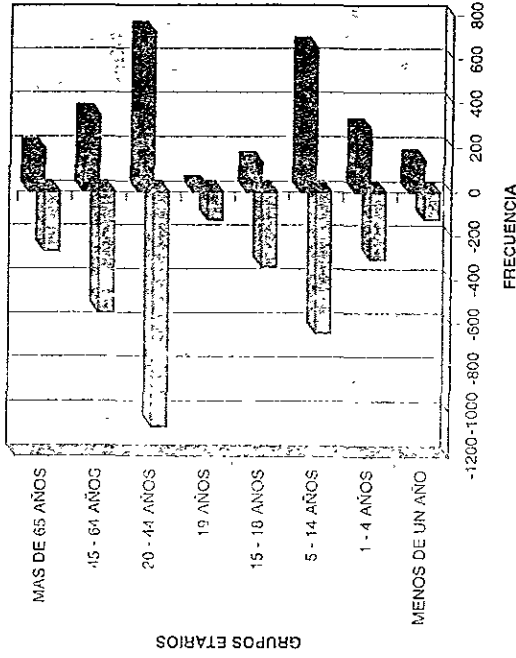
CANTIDAD DE FAMILIAS ESTUDIADAS POR COLONIA SEGUN SU INFLUENCIA Y PORCENTAJES.

De acuerdo a las 22 colonias adscritas al consultorio 14 de la Clínica Ecatepec se encontró que solo 4 de éstas colonias son de las que más usan los servicios de éste consultorio, para ésta investigación se tomaron a 200 familias de las que más asisten a la consulta, preguntando a que colonia pertenecían encontrándose que dichas familias solo pertenecían a las 10 colonias más cercanas a los servicios del consultorio, así se observo que las colonias que más asisten son: Santa Maria Chiconautla con 75 familias estudiadas con un porcentaje del 37.5% Como segundo lugar la Colonia EX- Hacienda Ojo de Agua, con 57 familias con un porcentaje del 28.5 %. Como tercer lugar la Colonia Ciudad Cuauhtemoc con 40 familias estudiadas, con un porcentaje del 20.0 %. Como un cuarto lugar la Colonia Venta de carpio con 14 familias estudiadas, con un porcentaje del 7 %. Como un quinto lugar se encontró a la colonia Loma Bonita, con 7 familias estudiadas y con un porcentaje del 3.5 %. Como un sexto lugar se encontró a la colonia 19 de Septiembre con 2 familias estudiadas y un porcentaje del 1.1 %. Como séptimo lugar se encontró a la colonia Esmeralda con 2 familias estudiadas, con un porcentaje del 1.1 %. Como octavo lugar se encontró a la colonia - No 2000, como noveno lugar se encontró a la colonia Pradera y por último como décimo lugar se encontró a la colonia San Isidro Atlaltenco, éstas últimas tres colonias se estudiarón únicamente a una familia respectivamente, con un porcentaje del .5 %.

Con ésto se pudo apreciar que solo 4 de las colonias, de las 22 registradas, son las que más usan los servicios del consultorio 14, las demás colonias no asisten con regularidad por motivos de lejanía o por vivir en zonas accesibles y de difícil acceso a las vías de comunicación que los transporten a nuestros servicios de medicina familiar, por lo tanto nuestra medicina de primer nivel no está al alcance de éstas familias, de ésto se deriva una inadecuada prevención y control de sus enfermedades.

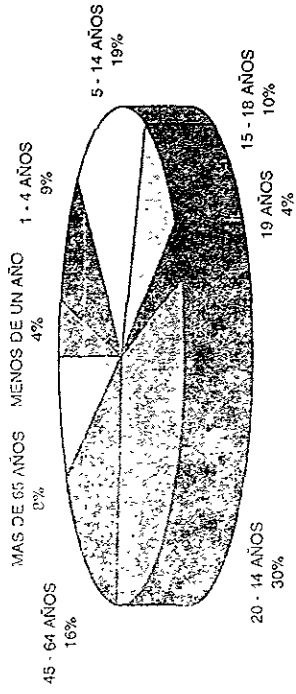
GRUPOS ETARIOS	FEMENINO	MASCULINO
MENOS DE UN AÑO	-123	143
1 - 4 AÑOS	-306	279
5 - 14 AÑOS	-642	649
15 - 18 AÑOS	-343	131
19 AÑOS	-127	23
20 - 44 AÑOS	-1065	719
45 - 64 AÑOS	-552	342
MAS DE 65 AÑOS	-272	189
TOTAL	-3430	2475

PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

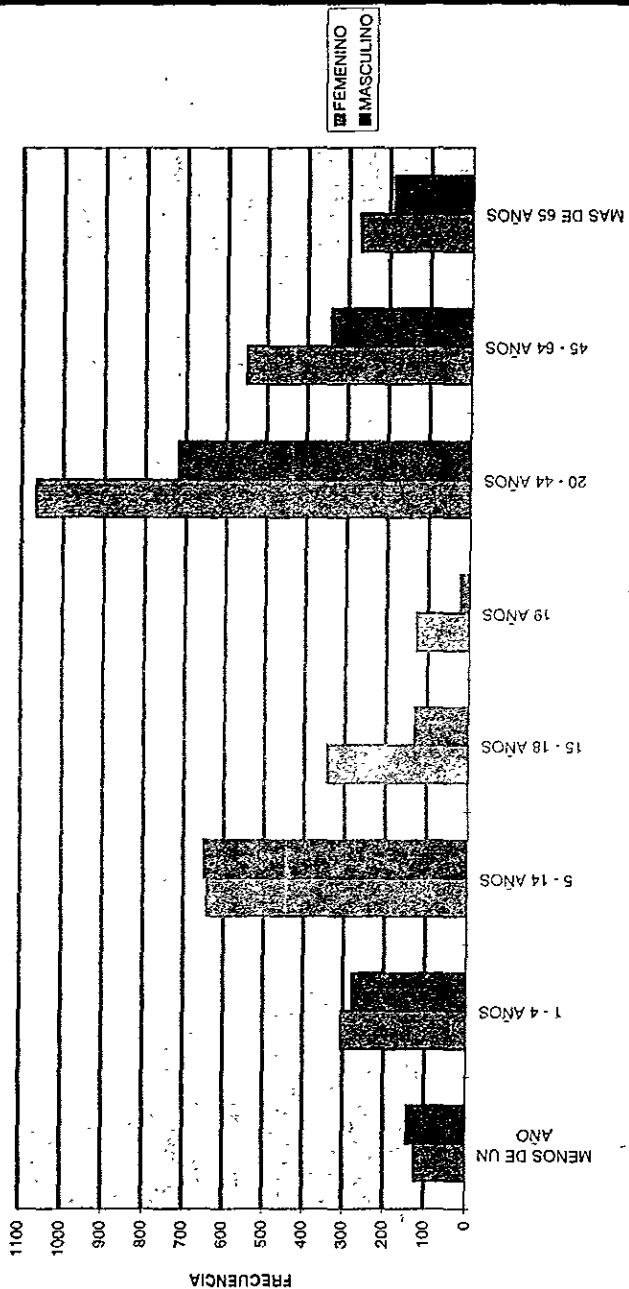


DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO

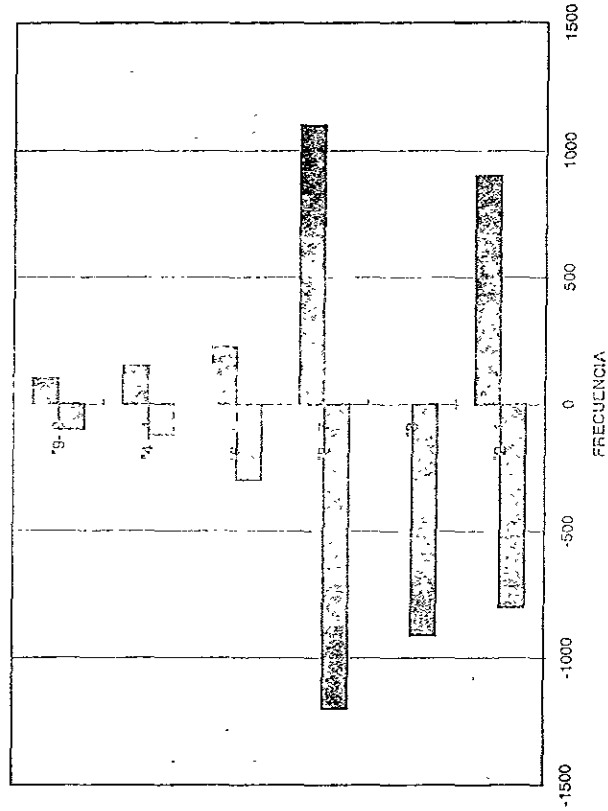
GRUPOS ETARIOS	FEMENINO	MASCULINO
MENOS DE UN AÑO	123	143
1 - 4 AÑOS	306	279
5 - 14 AÑOS	642	649
15 - 18 AÑOS	343	131
19 AÑOS	127	23
20 - 44 AÑOS	1065	719
45 - 64 AÑOS	552	342
MAS DE 65 AÑOS	272	189
TOTAL	3430	2475



PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPO DE EDAD Y SEXO. DATOS ACUMULADOS HASTA DICIEMBRE DE 1936. CONSULTORIO 14



PIRAMIDE POBLACIONAL POR TIPO DE DERECHOHABIENTE



MASCULINO
FEMENINO

TIPO

- 1.- TRABAJADOR
- 2.- TRABAJADORA
- 3.- ESPOSA
- 4.- PENSIONADO
- 5.- PADRE
- 6.- MADRE
- 7.- HIJO
- 8.- HIJA
- 9.- OTROS FAMILIARES

CUADRO No 1

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL AÑO 1996.

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS-----	964 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	223 CASOS.
3.-ATENCIÓN A SANOS-----	134 CASOS.
4.-ARTRITIS Y REUMATISMO-----	115 CASOS.
5.-TORCEDURAS Y ESGUINCES-----	113 CASOS.
6.-ENTERITIS Y DIARREAS-----	106 CASOS.
7.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL-----	84 CASOS.
8.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS-----	83 CASOS.
9.-DE LOS GENITALES FEMENINOS-----	79 CASOS.
10.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA-----	75 CASOS.

TOTALES 1976 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTES EN EL AÑO DE 1996.

1.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA-----	127 CASOS.
2.-DIABETES MELLITUS-----	87 CASOS.
3.-ARTRITIS Y REUMATISMO-----	62 CASOS.
4.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO-----	61 CASOS.
5.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS-----	55 CASOS.
6.-EMBARAZO NORMAL-----	54 CASOS.
7.-EPILEPSIA-----	28 CASOS.
8.-TORCEDURAS Y ESGUINCES-----	26 CASOS.
9.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL-----	19 CASOS.
10.-OBESIDAD-----	15 CASOS.

TOTALES 534 CASOS.

CUADRO NO 2.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE ENERO DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS-----	162 CASOS.
2.-ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO-----	27 CASOS.
3.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO-----	18 CASOS.
4.-TORCEDURAS Y ESGUINCES-----	17 CASOS.
5.-ATENCIÓN A SANOS -----	15 CASOS.
6.-ARTRITIS Y REUMATISMO-----	15 CASOS.
7.-EMBARAZO NORMAL -----	10 CASOS.
8.-CONTUSIONES -----	9 CASOS.
9.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	8 CASOS.
10.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	8 CASOS.

TOTALES 289 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTES EN EL MES DE ENERO DE 1996

1.-DIABETES MELLITUS -----	8 CASOS.
2.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	6 CASOS.
3.-EMBARAZO NORMAL -----	4 CASOS.
4.-FRACTURAS -----	4 CASOS.
5.-CONTUSIONES -----	3 CASOS.
6.-EPILEPSIA -----	3 CASOS.
7.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	2 CASOS.
8.-DIENTES Y ESTRUCTURAS DE SCISIEN -----	2 CASOS.
9.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	2 CASOS.
10.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	2 CASOS.

TOTALES 36 CASOS.

CUADRO No 3.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE FEBRERO 1996.

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	95 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	23 CASOS.
3.-TORCELURAS Y ESGUINCES -----	15 CASOS.
4.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	10 CASOS.
5.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	10 CASOS.
6.-ANEMIA Y PURPURAS -----	9 CASOS.
7.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	7 CASOS.
8.-CEFALEAS Y MIGRAÑAS -----	6 CASOS.
9.-EN ERITIS Y DIARREAS -----	6 CASOS.
10.-BRONQUITIS Y ENFISEMA -----	5 CASOS.
<hr/>	
TOTALES	186 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTES EN EL MES DE FEBRERO DE 1996

1.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	14 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	9 CASOS.
3.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	9 CASOS.
4.-DIABETES MELLITUS -----	8 CASOS.
5.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	6 CASOS.
6.-EMBARAZO NORMAL -----	4 CASOS.
7.-OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS -----	3 CASOS.
8.-EPILEPSIA -----	3 CASOS.
9.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	3 CASOS.
10.-OBESIDAD -----	3 CASOS.
<hr/>	
TOTALES	62 CASOS.

CUADRO No 4.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE MARZO DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	25 CASOS.
2.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	9 CASOS.
3.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	7 CASOS.
4.-ATENCIÓN A SAROS -----	6 CASOS.
5.-ANEMIA Y PURPURAS -----	5 CASOS.
6.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	4 CASOS.
7.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	4 CASOS.
8.-CONTUSIONES -----	3 CASOS.
9.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	3 CASOS.
10.-VARICELA -----	3 CASOS.

TOTALES 69 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE MARZO DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	2 CASOS.
2.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	2 CASOS.
3.-TORCEDURAS Y ESCUINCES -----	2 CASOS.
4.-LUXACIONES -----	2 CASOS.
5.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	2 CASOS.
6.-EMBARAZO NORMAL -----	1 CASOS.
7.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	1 CASOS.
8.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	1 CASOS.
9.-EPILEPSIA -----	1 CASOS.
10.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	1 CASOS.

TOTALES 15 CASOS.

CUADRO No 5.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA LE PRIMERA VEZ EN EL MES DE ABRIL DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	38 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	19 CASOS.
3.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	10 CASOS.
4.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	7 CASOS.
5.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	7 CASOS.
6.-EMBARAZO NORMAL -----	6 CASOS.
7.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	5 CASOS.
8.-CONTUSIONES -----	5 CASOS.
9.-TORCELURAS Y ESGUINCES -----	4 CASOS.
10.-ATENCION A SANCS -----	4 CASOS.

TOTALES 105 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE ABRIL DE 1996

1.-DIABETES MELLITUS -----	7 CASOS.
2.-OBESIDAD -----	2 CASOS.
3.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	1 CASOS.
4.-EPILEPSIA -----	1 CASOS.
5.-BIENES Y ESTRUCTURAS DE SOPLEN -----	1 CASOS.
6.-LUXACIONES -----	1 CASOS.
7.-TORCELURAS Y ESGUINCES -----	1 CASOS.
8.-TRAUMATISMOS -----	1 CASOS.
9.-CONTUSIONES -----	1 CASOS.
10.-ATENCION A SANCS -----	1 CASOS.

TOTALES 17 CASOS.

CUADRO No 6

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE MAYO DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	44 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	24 CASOS.
3.-TORCEDURAS Y ESCUINCES -----	13 CASOS.
4.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	13 CASOS.
5.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	6 CASOS.
6.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	6 CASOS.
7.-DEL APARATO URINARIO DE LA MUJER -----	5 CASOS.
8.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	5 CASOS.
9.-ATENCION A SANOS -----	4 CASOS.
10.-DIABETES MELLITUS -----	4 CASOS.

TOTALES 124 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE MAYO DE 1996.

1.-EMBARAZO NORMAL -----	7 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	4 CASOS.
3.-TORCEDURAS Y ESCUINCES -----	4 CASOS.
4.-DIABETES MELLITUS -----	4 CASOS.
5.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	4 CASOS.
6.-FRACTURAS -----	3 CASOS.
7.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	3 CASOS.
8.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	2 CASOS.
9.-DEL APARATO URINARIO DE LA MUJER -----	2 CASOS.
10.-BRONQUITIS Y ENFISEMA -----	1 CASOS.

TOTALES 34 CASOS.

CUADRO No 7

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE JUNIO DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	47 CASOS.
2.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	20 CASOS.
3.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	17 CASOS.
4.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	15 CASOS.
5.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	13 CASOS.
6.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	11 CASOS.
7.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	9 CASOS.
8.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	7 CASOS.
9.-INFECCIONES PARASITARIAS -----	7 CASOS.
10.-ANEMIAS Y PURPURAS -----	6 CASOS.

TOTALES 152 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE JUNIO DE 1996

1.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	14 CASOS.
2.-DIABETES MELLITUS -----	9 CASOS.
3.-EMBARAZO NORMAL -----	8 CASOS.
4.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	5 CASOS.
5.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	4 CASOS.
6.-EPILEPSIA -----	3 CASOS.
7.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	2 CASOS.
8.-BRONQUITIS Y ENFISEMA -----	2 CASOS.
9.-TRAUMATISMOS -----	2 CASOS.
10.-ATENCION A SANOS -----	1 CASOS.

TOTALES 50 CASOS.

CUADRO No 8

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE JULIO DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	71 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	42 CASOS.
3.-ATENCION A SANOS -----	27 CASOS.
4.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	22 CASOS.
5.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	19 CASOS.
6.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	16 CASOS.
7.-ANEMIA Y PURPURAS -----	14 CASOS.
8.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	12 CASOS.
9.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	11 CASOS.
10.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	11 CASOS.

TOTALES 245 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE JULIO DE 1996.

1.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	20 CASOS.
2.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	14 CASOS.
3.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	13 CASOS.
4.-OBESIDAD -----	6 CASOS.
5.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	5 CASOS.
6.-BRONQUITIS Y ENFISEMA /-----	4 CASOS.
7.-DIABETES MELLITUS -----	4 CASOS.
8.-ENTERITIS Y DIARREAS-----	4 CASOS.
9.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	3 CASOS.
10.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	3 CASOS.

TOTALES 76 CASOS.

CUADRO no 9

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE AGOSTO DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	75 CASOS.
2.-ATENCION A SANOS -----	54 CASOS.
3.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	19 CASOS.
4.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	18 CASOS.
5.-ANEMIA Y PURPURAS -----	17 CASOS.
6.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	15 CASOS.
7.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	14 CASOS.
8.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	14 CASOS.
9.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	13 CASOS.
10.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	10 CASOS.

TOTALES 249 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE AGOSTO DE 1996

1.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	20 CASOS.
2.-DIABETES MELLITUS -----	11 CASOS.
3.-EMBARAZO NORMAL -----	11 CASOS.
4.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	9 CASOS.
5.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	7 CASOS.
6.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	7 CASOS.
7.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	6 CASOS.
8.-EPILEPSIA -----	6 CASOS.
9.-CEFALEAS Y MIGRAÑAS -----	4 CASOS.
10.-TORCEDURAS Y ESQUINCES -----	2 CASOS.

TOTALES 85 CASOS.

CUADRO No 10.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1996.

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	51 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	12 CASOS.
3.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	11 CASOS.
4.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	10 CASOS.
5.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	10 CASOS.
6.-ATENCION A SANOS -----	8 CASOS.
7.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	7 CASOS.
8.-EMBARAZO NORMAL -----	7 CASOS.
9.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	6 CASOS.
10.-ENFERMEDADES PARASITARIAS -----	5 CASOS.

TOTALES 127 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1996.

1.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	7 CASOS.
2.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	5 CASOS.
3.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	4 CASOS.
4.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	4 CASOS.
5.-EMBARAZO NORMAL -----	3 CASOS.
6.-DIABETES MELLITUS -----	2 CASOS.
7.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	1 CASOS.
8.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	1 CASOS.
9.-HIGADO Y VIAS BILIARES -----	1 CASOS.
10.-DEL APARATO URINARIO DEL VARON -----	1 CASOS.

TOTALES 29 CASOS

CUADRO No 11

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE OCTUBRE DE 1996

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	143 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	22 CASOS.
3.-INFECCIONES PARASITARIAS -----	19 CASOS.
4.-ATENCIÓN A SANOS -----	16 CASOS.
5.-BRONQUITIS Y ENFISEMA -----	13 CASOS.
6.-EMBARAZO NORMAL -----	13 CASOS.
7.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	13 CASOS.
8.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	13 CASOS.
9.-ANEMIA Y PURPURAS -----	12 CASOS.
10.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	11 CASOS.

TOTALES 275 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN OCTUBRE DE 1996.

1.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	23 CASOS.
2.-DIABETES MELLITUS -----	15 CASOS.
3.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	11 CASOS.
4.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	11 CASOS.
5.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	8 CASOS.
6.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	6 CASOS.
7.-BRONQUITIS Y ENFISEMA -----	4 CASOS.
8.-EMBARAZO NORMAL -----	4 CASOS.
9.-EPILEPSIA -----	3 CASOS.
10.-OTAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL,-----	2 CASOS.

TOTALES 87 CASOS.

CUADRO No 12.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 1996.

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	126 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	23 CASOS.
3.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	19 CASOS.
4.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	18 CASOS.
5.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	16 CASOS.
6.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	13 CASOS.
7.-CONJUNTIVITIS Y ENFERMEDADES DE LOS OJOS -----	12 CASOS.
8.-DIABETES MELLITUS -----	10 CASOS.
9.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	10 CASOS.
10.-CEFALEAS Y MIGRAÑAS -----	9 CASOS.

TOTALES 256 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 1996.

1.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	17 CASOS.
2.-DIABETES MELLITUS -----	13 CASOS.
3.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	12 CASOS.
4.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	6 CASOS.
5.-EMBARAZO NORMAL -----	5 CASOS.
6.-EPILEPSIA -----	5 CASOS.
7.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	4 CASOS.
8.-OTRAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL -----	3 CASOS.
9.-FRACTURAS -----	2 CASOS.
10.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	2 CASOS.

TOTALES 69 CASOS.

CUADRO No 13.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL MES DE DICIEMBRE DE 1996.

1.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	87 CASOS.
2.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	11 CASOS.
3.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	10 CASOS.
4.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	7 CASOS.
5.-ARTRITIS Y REUMATISMO -----	6 CASOS.
6.-DE LOS GENITALES FEMENINOS -----	6 CASOS,
7.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	6 CASOS.
8.-TODAS LAS INFECCIONES DE LA PIEL -----	5 CASOS.
9.-OTITIS Y MASTOIDITIS -----	4 CASOS.
10.-INFECCIONES PARASITARIAS -----	3 CASOS.

TOTALES 145 CASOS.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE EN EL MES DE DICIEMBRE DE 1996.

1.-EMBARAZO NORMAL,-----	7 CASOS.
2.-ENFERMEDAD HIPERTENSIVA -----	7 CASOS.
3.-INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS -----	6 CASOS.
4.-DIABETES MELLITUS -----	6 CASOS.
5.-OBESIDAD -----	4 CASOS.
6.-EPILEPSIA -----	3 CASOS.
7.-OTRAS DEL APARATO DIGESTIVO -----	3 CASOS.
8.-BRONQUITIS Y ENFISEMA -----	2 CASOS.
9.-TORCEDURAS Y ESGUINCES -----	2 CASOS.
10.-ENTERITIS Y DIARREAS -----	1 CASOS.

TOTALES 41 CASOS.

CUADRO No 14.

PORCENTAJE DE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUB-
SECUENTES DURANTE EL AÑO DE 1996.

CONSULTAS DE PRIMERA VEZ.

1.-Infecciones respiratorias agudas-----	964	o sea un	48.54 %.
2.-Otras del aparato digestivo -----	223	o sea un	11.23 %.
3.-Atención a sanos -----	134	o sea un	6.75 %.
4.-Artritis y reumatismo -----	115	o sea un	5.79 %.
5.-Torceduras y esguinces -----	113	o sea un	5.69 %.
6.-Enteritis y diarreas -----	106	o sea un	5.34 %.
7.-Todas las infecciones de la piel -----	84	o sea un	4.23 %.
8.-Conjuntivitis e infecciones de los ojos---	83	o sea un	4.18 %.
9.-De los genitales femeninos -----	79	o sea un	3.98 %.
10.-Enfermedad hipertensiva -----	75	o sea un	3.78 %.

CONSULTAS SUBSECUENTES.

1.-Enfermedad hipertensiva -----	127	o sea un	23.78 %.
2.-Diabetes mellitus -----	87	o sea un	16.29 %.
3.-Artritis y reumatismo -----	62	o sea un	11.61 %.
4.-Otras del aparato digestivo -----	61	o sea un	11.42 %.
5.-Infecciones respiratorias agudas -----	55	o sea un	10.30 %.
6.-Embarazo normal -----	54	o sea un	10.11 %.
7.-Epilepsia -----	28	o sea un	5.24 %.
8.-Torceduras y esguinces -----	26	o sea un	4.87 %.
9.-Todas las infecciones de la piel -----	19	o sea un	3.56 %.
10.-Obesidad -----	15	o sea un	2.80 %.

CUADRO No 15.

PORCENTAJE DE LAS CONSULTAS DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES POR MESES
EN EL AÑO 1996.

CONSULTAS DE PRIMERA VEZ.

1.- Enero -----	289 o sea un	13.00 %.
2.-Febrero -----	186 o sea un	8.37 %.
3.-Marzo -----	69 o sea un	3.11 %.
4.-Abril -----	105 o sea un	4.73 %.
5.-Mayo -----	124 o sea un	5.58 %.
6.-Junio -----	152 o sea un	6.84 %.
7.-Julio -----	245 o sea un	11.03 %.
8.-Agosto -----	249 o sea un	11.21 %.
9.-Septiembre -----	127 o sea un	5.72 %.
10.-Octubre -----	275 o sea un	12.38 %.
11.-Noviembre -----	256 o sea un	11.52 %.
12.-Diciembre -----	145 o sea un	6.52 %.

CONSULTAS SUBSECUENTES.

1.- Enero -----	36 o sea un	5.99 %.
2.-Febrerp-----	62 o sea un	10.32 %.
3.-Marzo -----	15 o sea un	2.50 %.
4.-Abril -----	17 o sea un	2.83 %.
5.-Mayo -----	34 o sea un	5.66 %.
6.-Junio -----	50 o sea un	8.32 %.
7.-Julio -----	76 o sea un	12.65 %.
8.-Agosto -----	85 o sea un	14.14 %.
9.-Septiembre -----	29 o sea un	4.83 %.
10.-Octubre -----	87 o sea un	14.48 %.
11.-Noviembre -----	69 o sea un	11.48 %.
12.-Diciembre -----	41 o sea un	6.82 %.

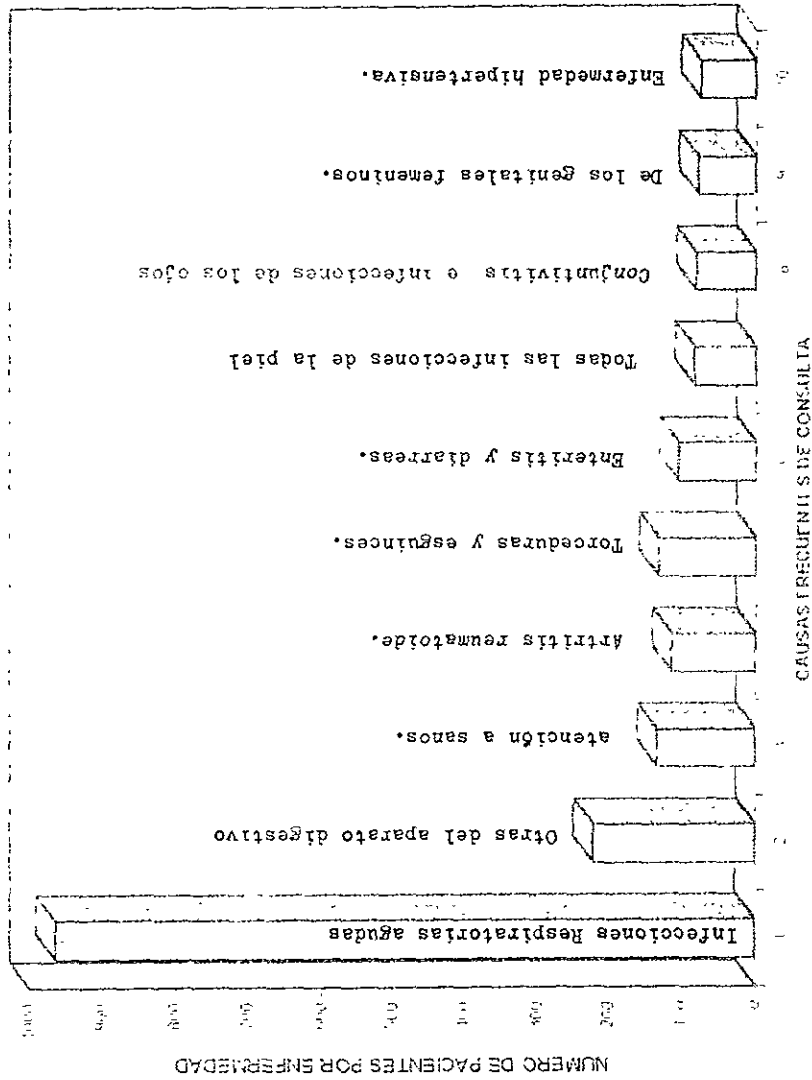
CUADRO No 16.

CANTIDAD DE FAMILIAS ESTUDIADAS POR COLONIAS Y SUS PORCENTAJES.

1.-Santo Tomas Chiconautla -----	75 o sea un	37.5 %.
2.-Colonia Hacienda Ojo de Agua -----	57 o sea un	28.5 %.
3.-Colonia Cd. Cuauhtemoc -----	40 o sea un	20.0 %.
4.-Colonia Venta de Carpio -----	14 o sea un	7.0 %.
5.-Colonia Loma Bonita -----	7 o sea un	3.5 %.
6.-Colonia 19 de Septiembre -----	2 o sea un	1.1 %.
7.-Colonia la Esmeralda -----	2 o sea un	1.1 %.
8.-Colonia Geo 2000 -----	1 o sea un	.5 %.
9.-Colonia Sn. Isidro Atlaltenco -----	1 o sea un	.5 %.
10.-Colonia la Pradera -----	1 o sea un	.5 %.

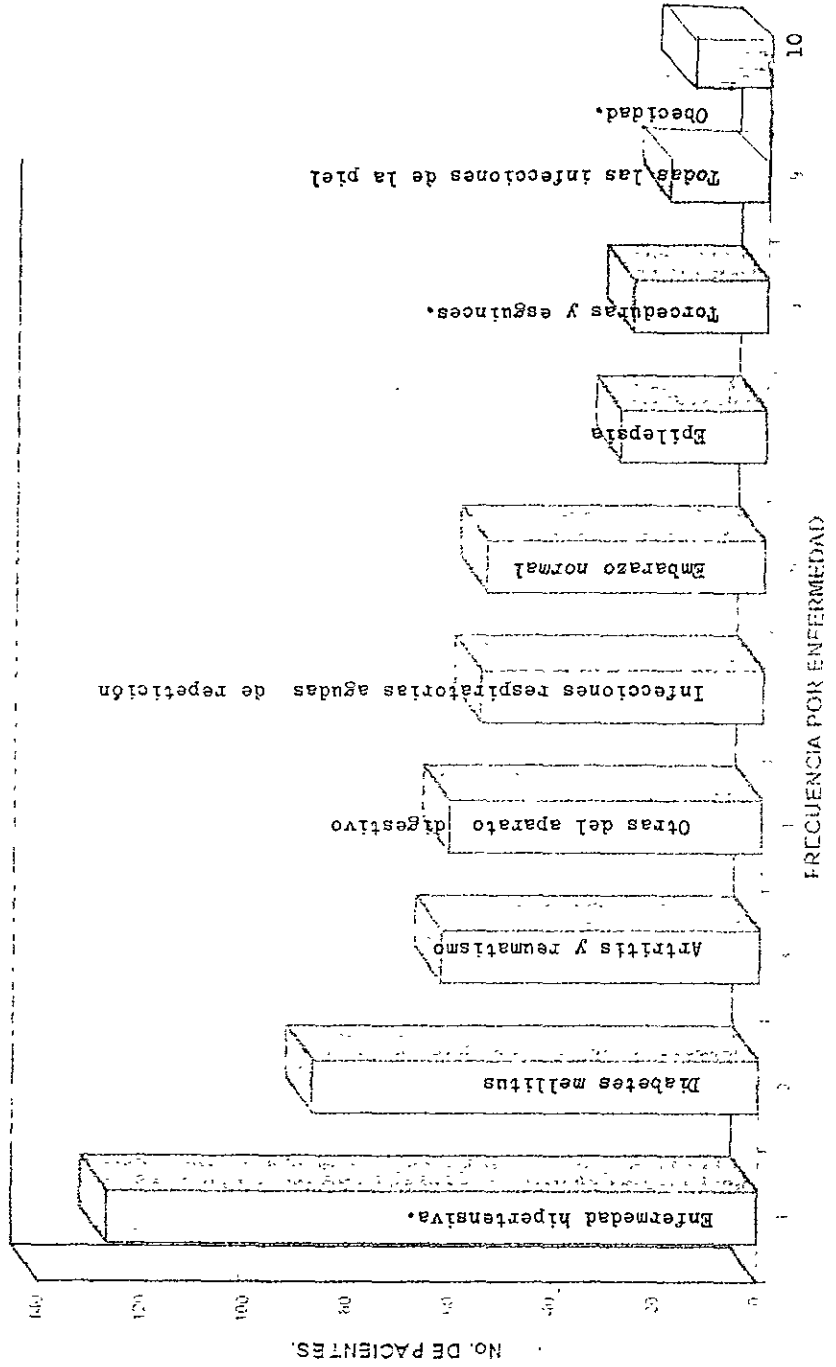
GRAFICA No 1

10 CAUSAS MAS FRECUENTES DE CONSULTA EN EL AÑO 1996 DE ENERO-DICIEMBRE

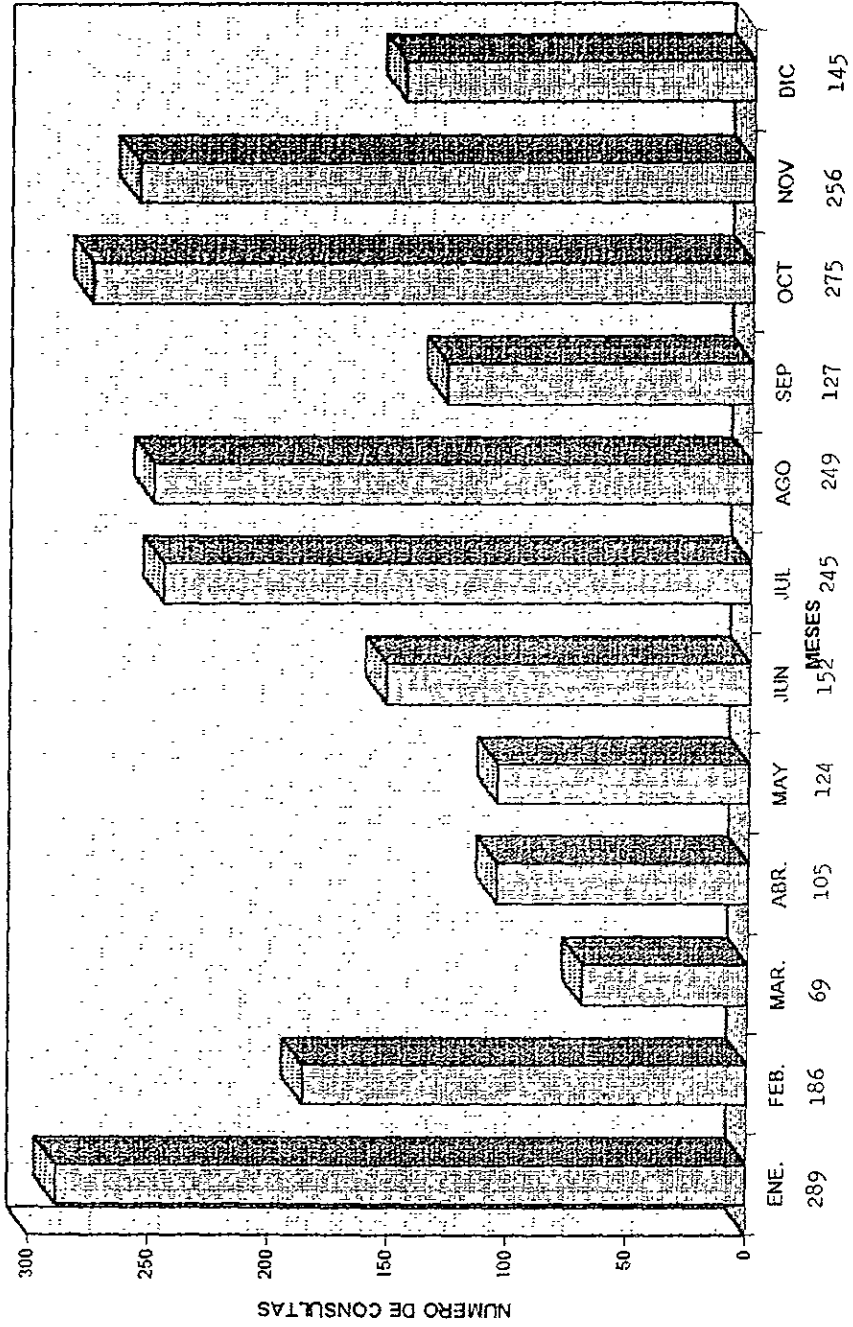


GRAFICA No 2.

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUB-SECUENTE EN EL AÑO 1996.

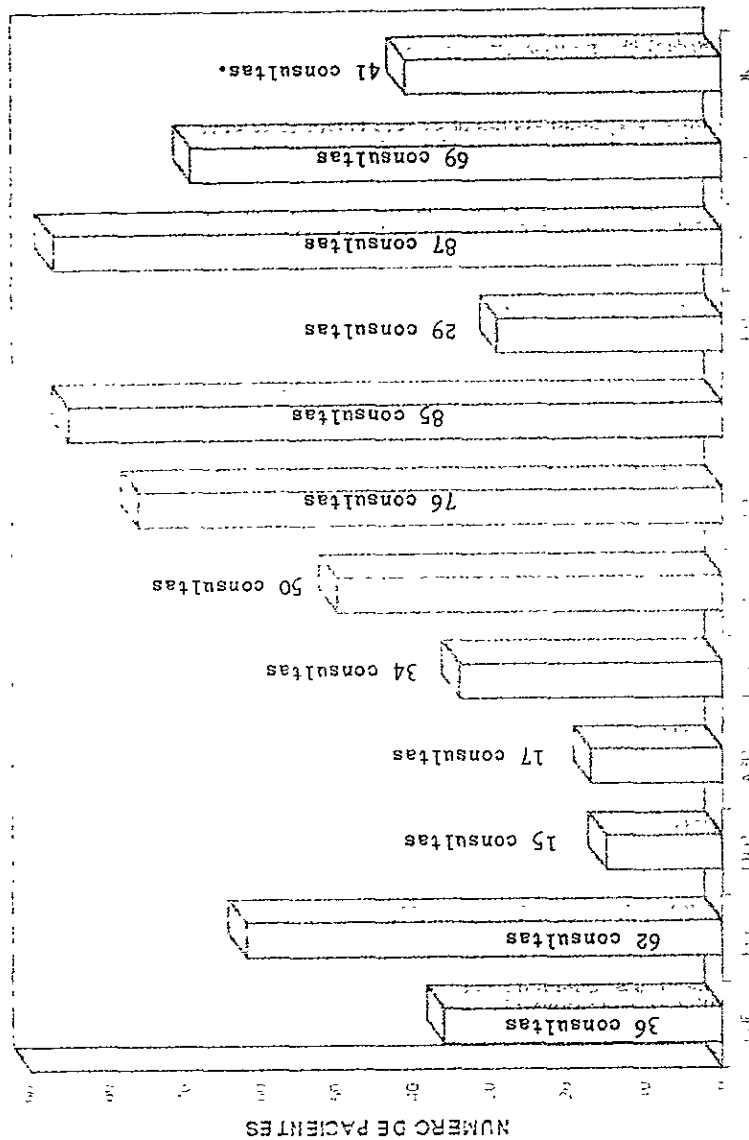


Grafica 3. 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA AL AÑO DE PRIMERA VEZ (1996).



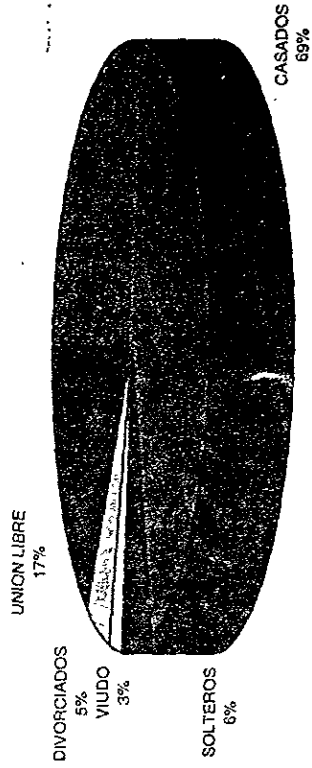
GRAFICA No 4

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EN EL AÑO 1996. EN
PACIENTES SUSECUENTIS.



ESTADO CIVIL	FRECUENCIA
CASADOS	140
SOLTEROS	12
VIUDO	5
DIVORCIADOS	10
UNION LIBRE	33

ESTADO CIVIL DE 169 PACIENTES



ESTUDIO DE COMUNIDAD.

Para el estudio de comunidad se tomo como parámetro a 200 familias de-rechobahientes, éstas familias son estudiadas bajo su consentimiento - previa información del estudio a investigar, las familias fueron estu-diadas cuidadosamente de aquellas colonias adscritas al consultorio 14 que mas demandan nuestros servicios, la investigación de datos en el es-tudio de comunidad se efectuo por cuestionario el cual fue llenado con consentimiento del derechohabiente y directamente con el médico que efc-tuo la investigación, se tomaron aquellas familias que más frecuentan la demanda de consulta y se excluyeron las familias que no aceptaron la contestación de la investigación y aquellas familias en raras oca-siones acuden al consultorio 14.

Ya teniendo a las 200 familias bien identificadas y los cuestionarios bien requisitados se procede a efectuar el estudio cuidadoso de cada - variable para efectuar por paloteo simple el numero y causas en cada - variable, posteriormente se analiza el porcentaje de cada una de las va-riables, .

Ver cuadro 1,2 y 3. del estudio de comunidad.

Posteriormente se procede a graficar cada una de las variables para un enfoque y entendimiento de acuerdo a cada variable.

DESCRIPCION DE RESULTADOS DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD.

REPRESENTACION GRAFICA DE CADA UNA DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO.

GRAFICA No 1 A LA 13.

En el estudio de comunidad se efectuaron por separado cada una de las variables por lo que se representan graficamente segun corresponda a cada resultado y porcentaje.

REPRESENTACION GRAFICA DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD.

GRAFICA Número 1.

En ésta grafica se representa a la segunda variable del estudio ya que se refiere al estado civil de las familias estudiadas, aqui se aprecia claramente el estado civil más frecuente.

GRAFICA Número 2.

Esta grafica representa la tercera variable del estudio, de comunidad- en ella se representa la cantidad de familias de acuerdo a los años de unión conyugal.

GRAFICA Número 3.

Esta grafica representa la cuarta variable del estudio de comunidad en- ella se se representa la escolaridad de las familias.

GRAFICA Número 4.

En ésta grafica se representa la quinta variable del estudio de comuni- dad. Graficamente se representa la edad del padre o jefe de familia.

GRAFICA Número 5

En ésta grafica se representa la sexta variable del estudio de comuni- dad. aqui se grafica en forma sencilla la edad de la madre en el núcleo familiar.

GRAFICA Número 6.

En ésta grafica se representa la séptima variable del estudio de co- munidad, aqui se representa graficamente los metodos anticonceptivos usados más frecuente por los núcleos familiares, se vio con gran cla- ridad de que hay un gran porcentaje de las familias que no usan ningún metodo.

GRAFICA Número 7.

Esta grafica corresponde a la octava, novena y decima variable del estudio de comunidad, aqui se pudo aclarar cuantos pacientes derechohabientes hijos de las edades especificadas en estas variables existen en los nucleos familiares bajo su responsabilidad.

GRAFICA Número 8.

Esta grafica corresponde a la onceava variable del estudio de comunidad - en ella se grafica la cantidad y el tipo de ocupaciones de los jefes del grupo familiar correspondiente.

GRAFICA Número 9.

Esta grafica corresponde a la doceava variable del estudio de comunidad en ella se representa los ingresos del núcleo familiar de acuerdo al tipo de trabajo desempeñado por cada derechohabiente.

GRAFICA Número 10.

Esta grafica representa la treceava variable del estudio de comunidad, en ella se grafica el tipo de familia de acuerdo a la zona donde se desarrolla.

GRAFICA Número 11.

Esta grafica representa la catorceava variable del estudio de comunidad, en ella se grafica la composición de la familia de acuerdo al lugar donde vive o donde se desenvuelve.

GRAFICA Número 12.

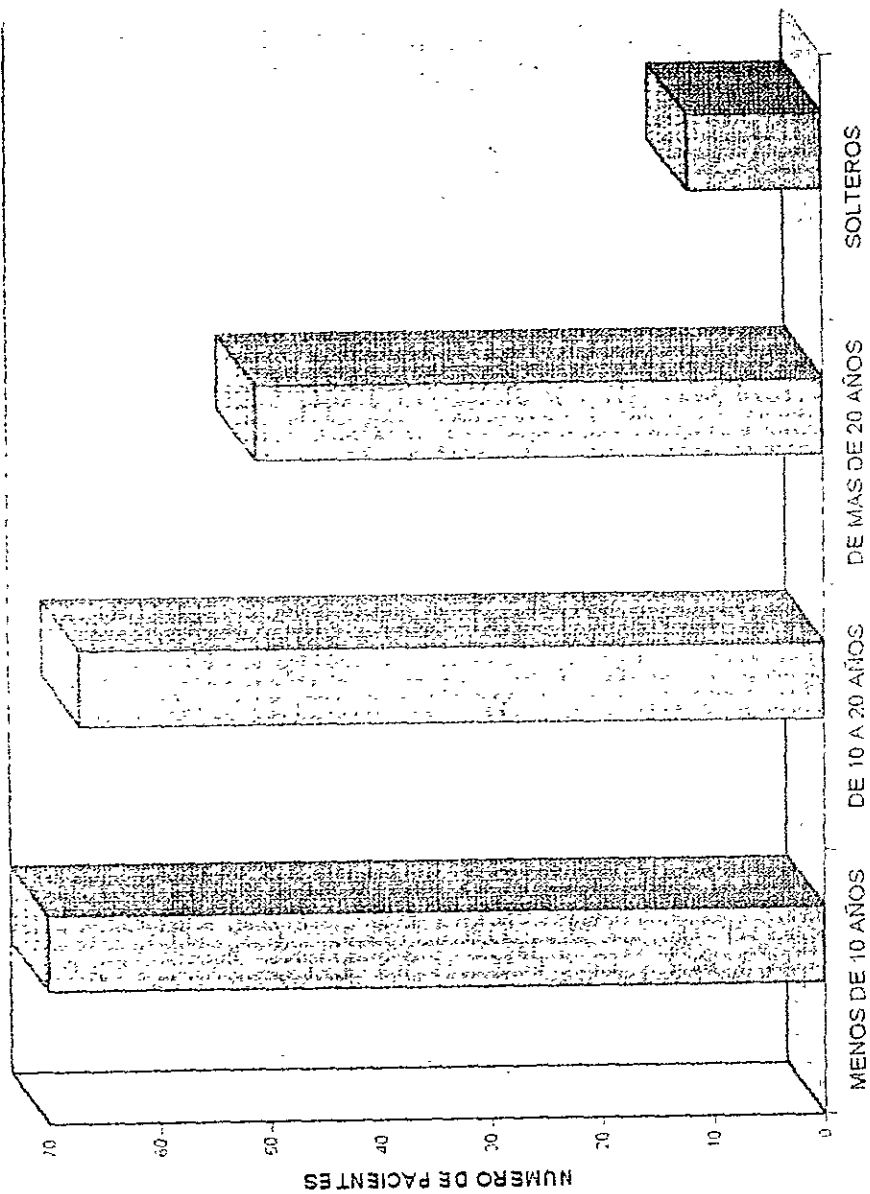
Esta grafica representa a la quinceava variable del estudio de comunidad, en ella se grafica en forma sencilla la demografia de los distintos familias -

GRAFICA Número 13.

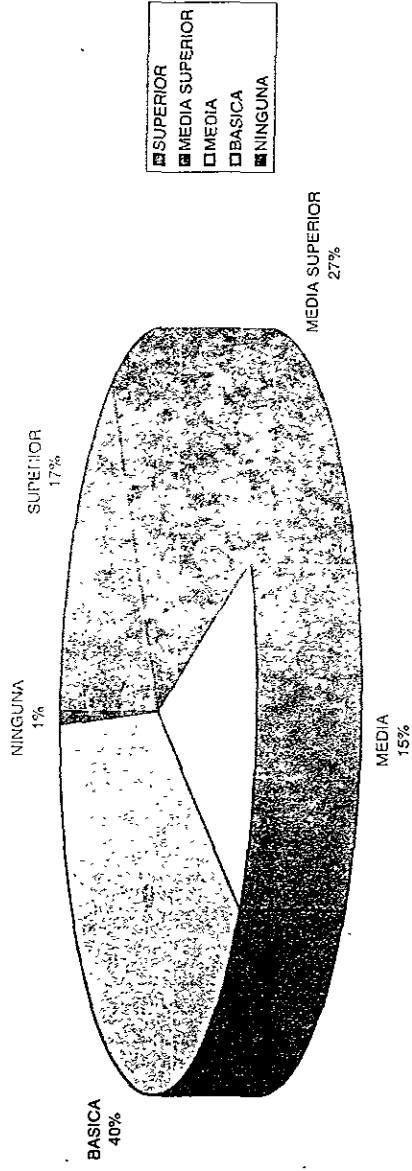
Esta grafica corresponde a la dieciseisava variable del estudio de comunidad en donde se representa la etapa del ciclo familiar que está viviendo en ése momento cada núcleo familiar.

GRAFICA No 2.

AÑOS DE UNION CONYUGAL

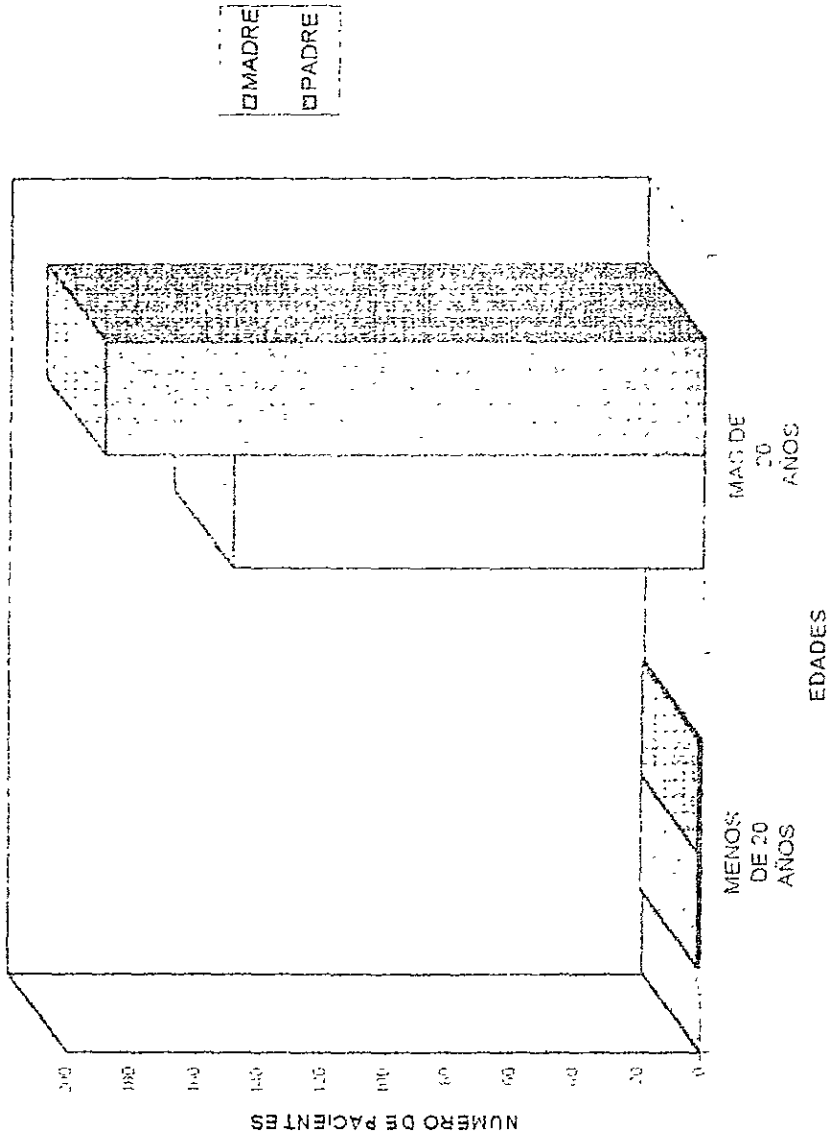


ESCOLARIDAD



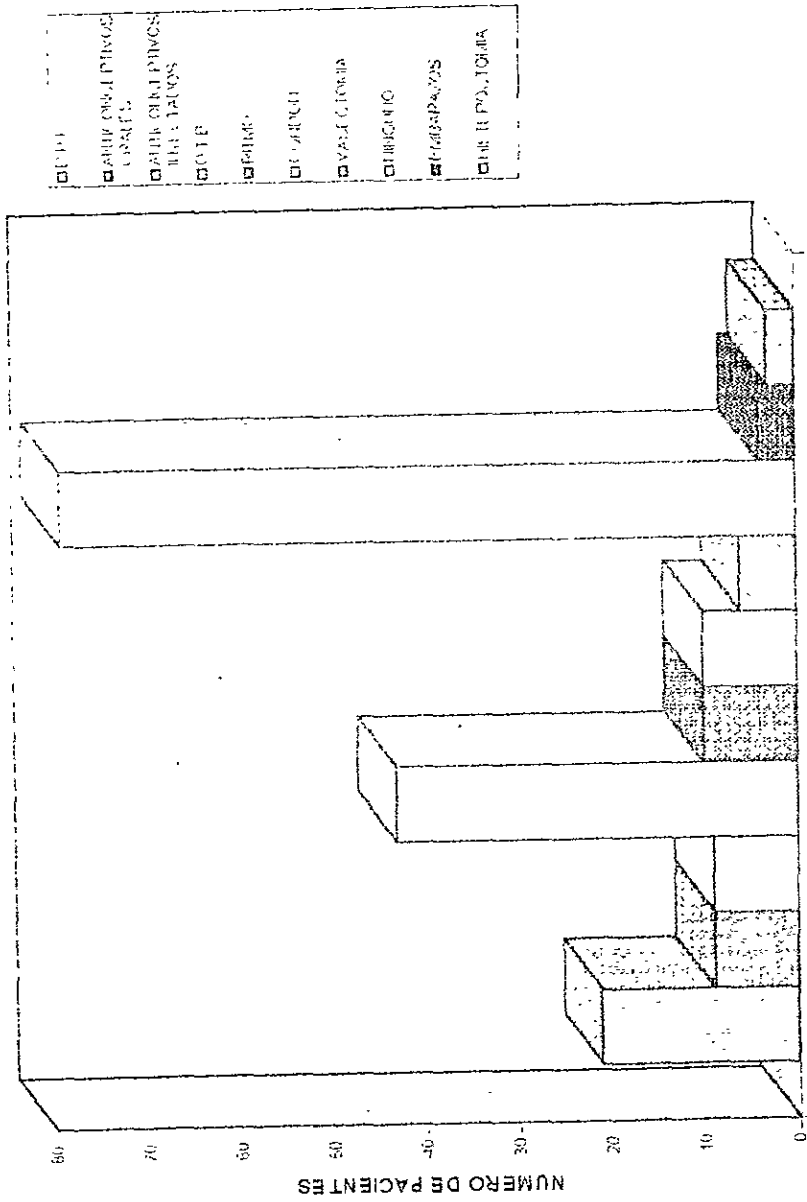
GRAFICA No 4 y 5.

RELACION DE EDADES



GRAFICA No 6

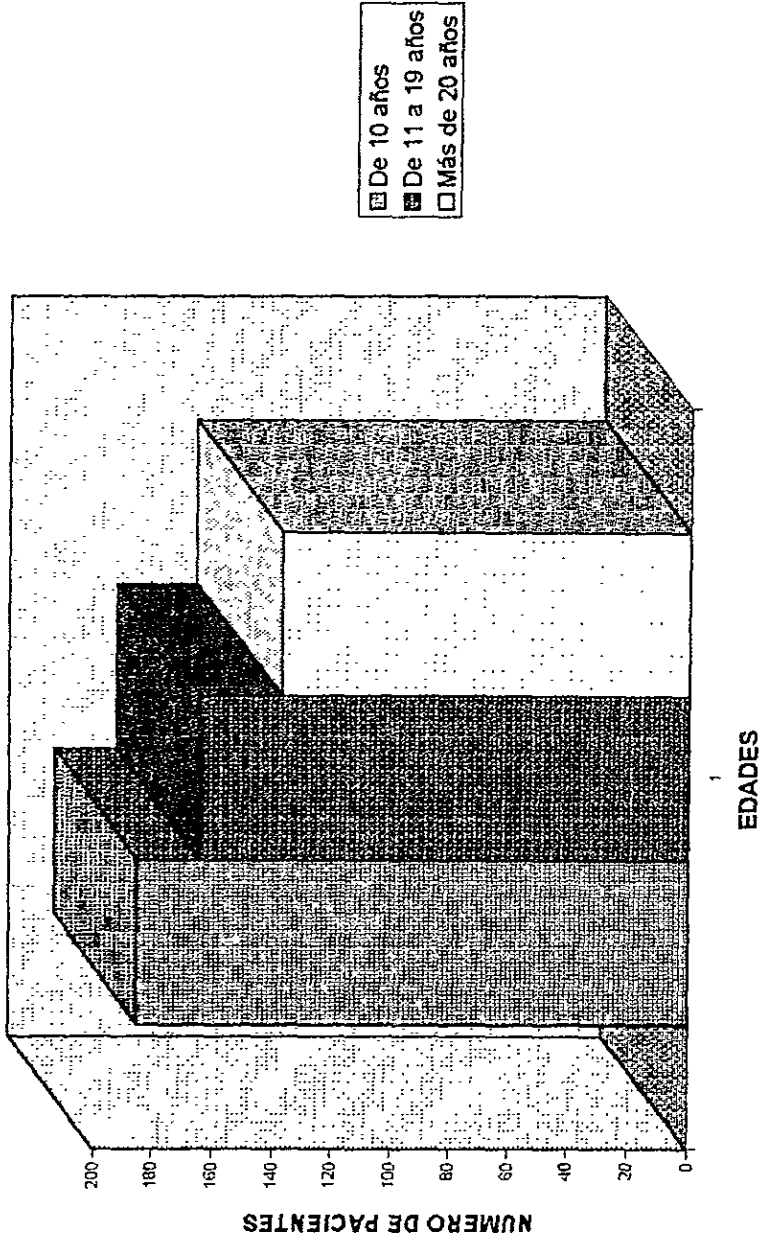
METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR



METODOS ANTICONCEPTIVOS

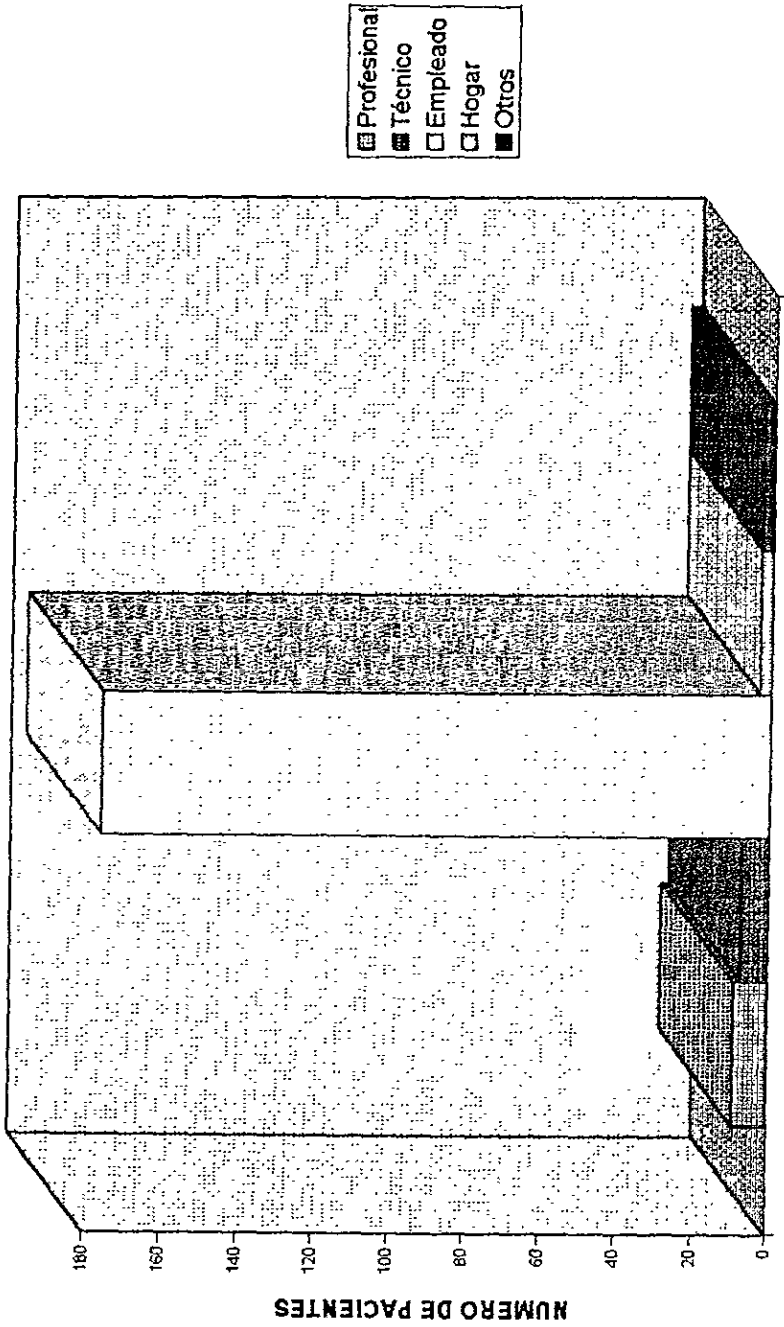
GRAFICA No 7

EDAD DEL NUMERO DE HIJOS



GRAFICA No 8

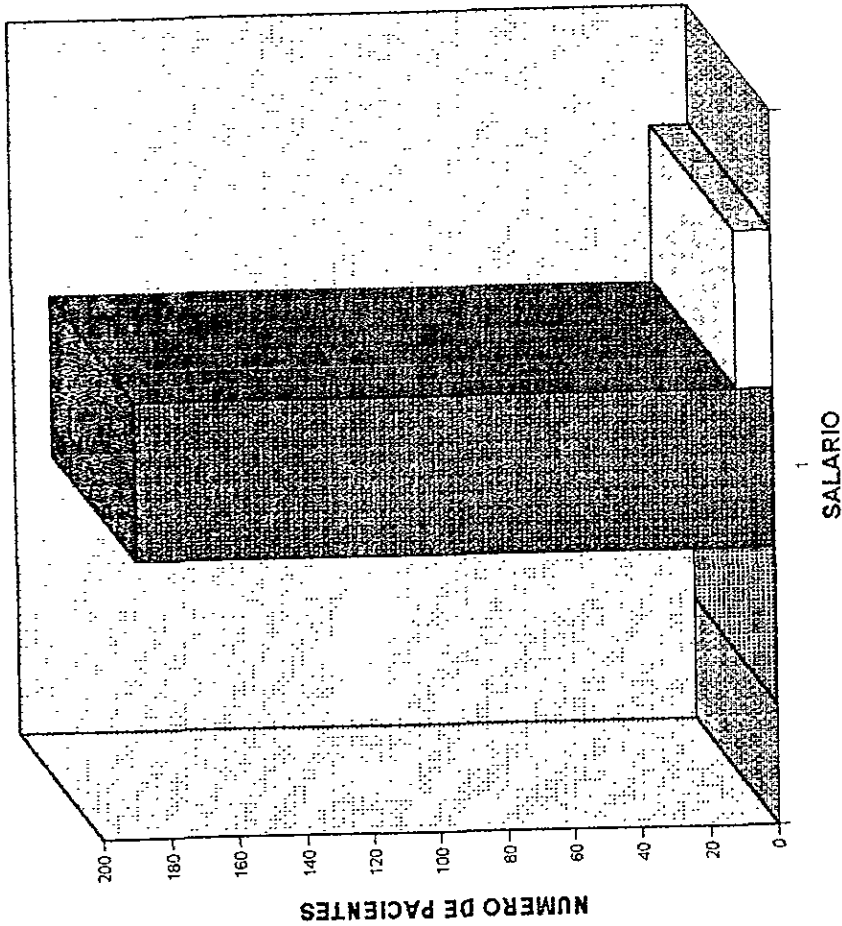
OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA



TIPOS DE EMPLEO

GRAFICA No 9

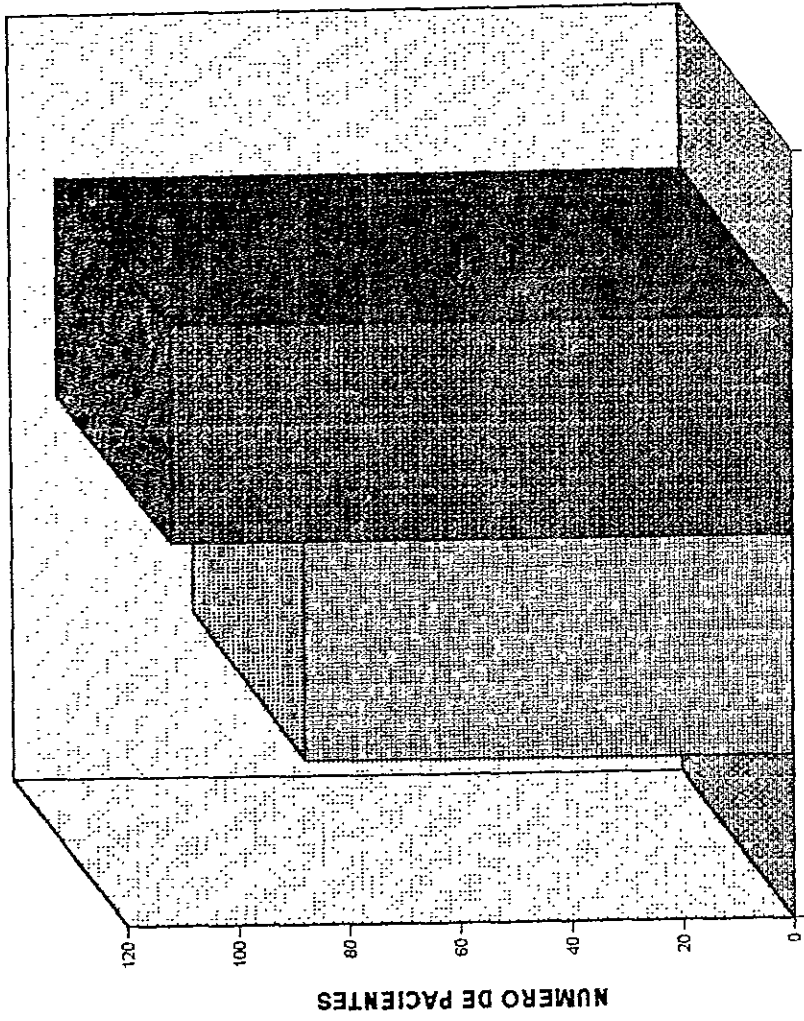
INGRESOS ECONOMICOS



- Menos de un salario minimo
- De 1 a 2 salarios minimos
- Más de 3 salarios minimos

GRAFICA No 10

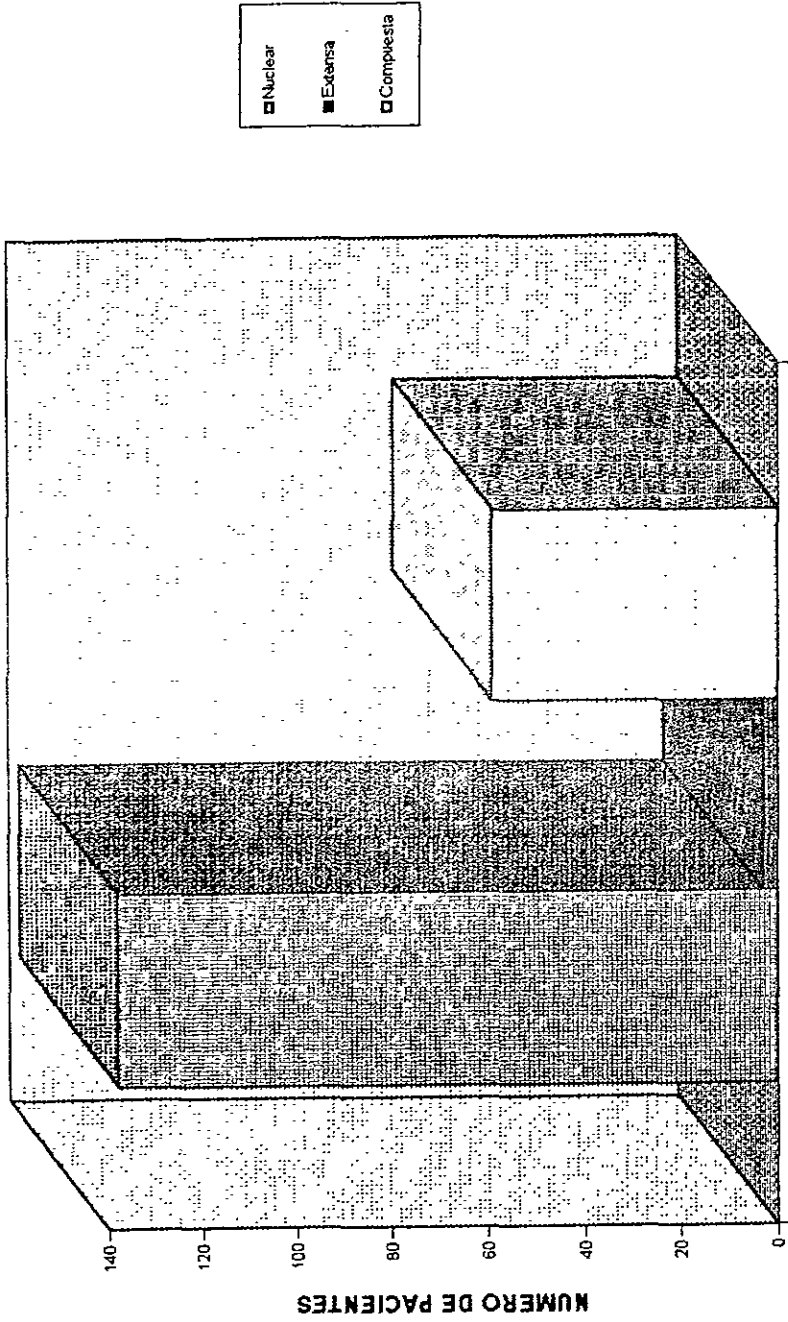
TIPO DE FAMILIA



Moderna
Tradicional

GRAFICA No 11

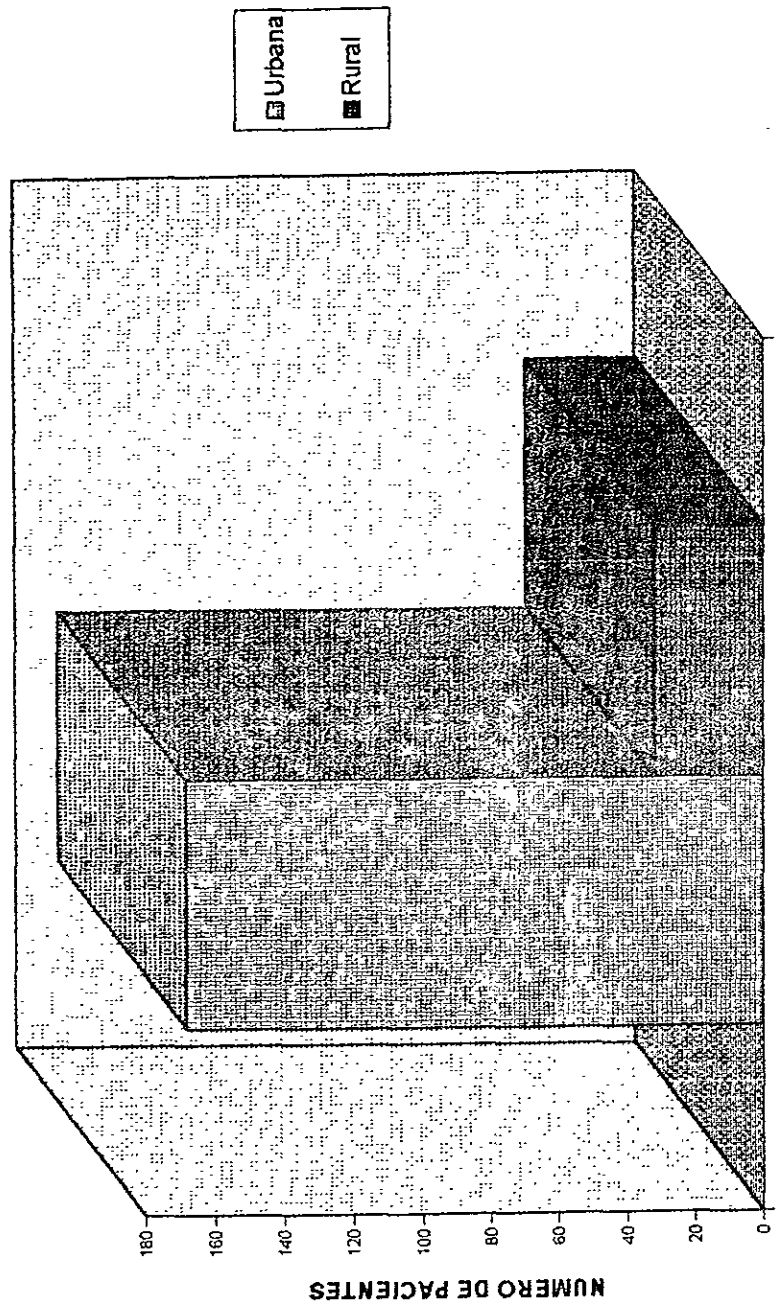
COMPOSICION DE LA FAMILIA



- Nuclear
- Extensa
- Complesta

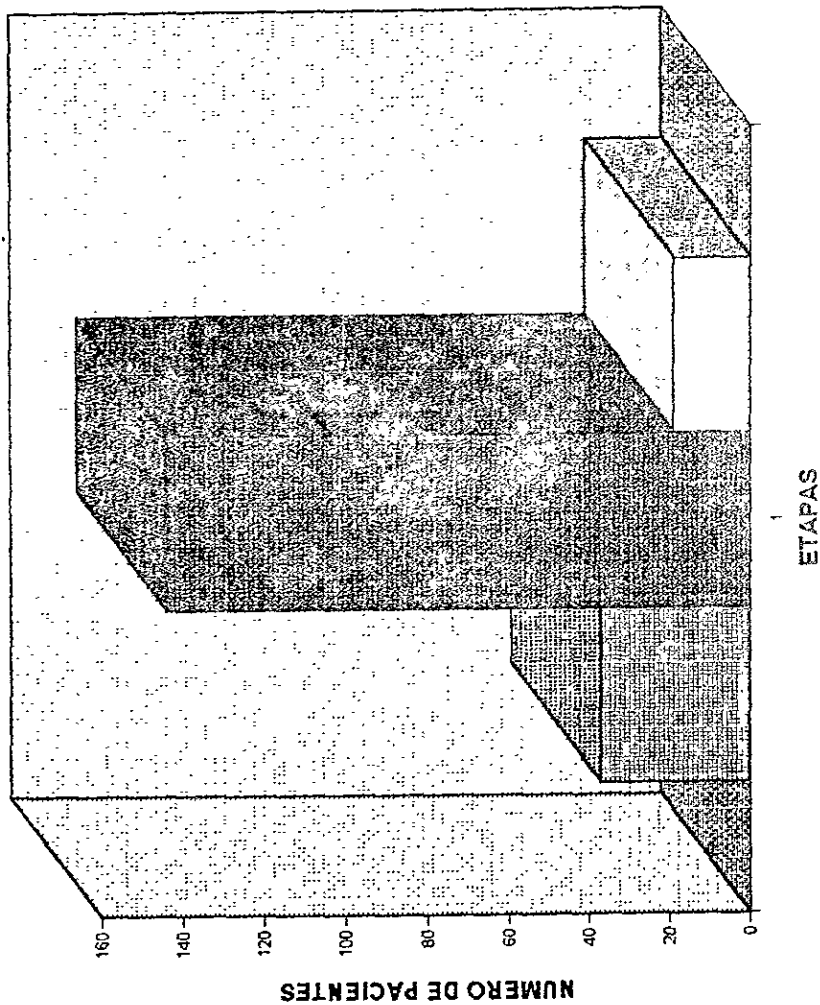
GRAFICA No 12.

DEMOGRAFIA POBLACIONAL



GRAFICA No 13.

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR



- Expansión
- Dispersión
- Independencia

CUADRO No 1,2 Y 3.

DESCRIPCION DE LOS DATOS DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD Y SUS PORCENTAJES
EN CADA UNA DE LAS VARIABLES.

Para obtener los porcentajes en cada variable se analizo cuidadosamente cada una de las variables, se procede a obtener el porcentaje correspondiente.

Con éste procedimiento me he dado cuenta de la importancia que tienen nuestros núcleos familiares y cada uno de sus miembros, yo como médico familiar pondré empeño importante en aquellos parámetros en lo que esté fallando el sistema.

CUADRO No 1

DESCRIPCION DE LOS DATOS DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD.

Cantidad de familias estudiadas 200

RESULTADOS:

ESTADO CIVIL:

Solteros-----	12	6.0 %.
Casados -----	140	70.0 %.
Unión Libre-----	33	16.5 %.
Divorciados-----	10	5.0 %.
Viudos-----	5	2.5 %.

AÑOS DE UNION CONYUGAL:

Menores de 10 años-----	70	35.0 %.
De 10 a 20 años-----	67	33.5 %.
De más de 20 años-----	51	25.5 %.
Solteros-----	12	6.0 %.

ESCOLARIDAD:

Básica-----	82	41.0 %.
Media-----	30	15.0 %.
Medio Superior-----	54	27.0 %.
Superior-----	33	16.5 %.
Ninguna-----	1	.5 %.

EDAD DEL PADRE:

Menos de 20 años-----	3	1.6 %.
Más de 20 años -----	185	98.4 %.

EDAD DE LA MADRE:

Menores de 20 años-----	1	.67%.
Más de 20 años -----	149	99.33.%.

Cuadro No 2.

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

D.I.U. -----	21	o sea un	10.82 %.
Anticonceptivos orales-----	9	o sea un	4.64 %.
Anticonceptivos inyectables----	9	o sea un	4.64 %.
O.T.B-----	43	o sea un	22.16 %.
Ritmo -----	10	o sea un	5.15 %.
Condom -----	10	o sea un	5.15 %.
Vasectomía-----	6	o sea un	3.09 %.
Ninguno-----	79	o sea un	40.72 %.
Embarazos -----	4	o sea un	2.06 %.
Histerectomía-----	3	o sea un	1.55 %.
NUMERO DE HIJOS HASTA 10 AÑOS %-	185	o sea un	38.07 %.
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD-----	164	o sea un	33.74 %.
DE MAS DE 20 AÑOS DE EDAD-----	137	o sea un	28.19 %.

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA.

Profesional-----	9	o sea un	4.52 %.
Técnico-----	7	o sea un	3.52 %.
Empleado-----	176	o sea un	88.44 %.
Hogar -----	3	o sea un	1.51 %.
Otros -----	5	o sea un	2.51 %.

INGRESOS ECONOMICOS.

Menos de un salario mínimo -----	0	o sea un	0 %.
De 1 a 2 Salarios mínimos -----	189	o sea un	94.5 %.
Más de tres salarios mínimos -----	11	o sea un	5.5 %.

TIPOS DE FAMILIA.

Moderna-----	88	o sea un	44.00 %.
Tradicional-----	112	o sea un	56.00 %.

Cuadro No 3.

COMPOSICION DE LA FAMILIA.

Nuclear-----	138	● sea un	69.0 %.
Extensa -----	3	● sea un	1.5 %.
Compuesta -----	59	○ sea un	29.5 %.

DEMOGRAFIA.

Urbana-----	168	● sea un	84.0 %.
Rural -----	32	○ sea un	16.0 %.

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR.

Expansión-----	37	● sea un	18.5 %.
Dispersión -----	144	○ sea un	72.0 %.
Independencia-----	19	● sea un	9.5 %.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

VII- ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

Lo que yo observe en ésta investigación es que hay un gran porcentaje de la comunidad derechohabiente con carencias de información sobre salud, así lo demuestran los resultados de las entrevistas y el estudio efectuado sobre la comunidad derechohabiente, se aprecia que desde los jefes de cada familia se encuentran desorientados en lo que respecta a los casos de salud y sus programas respectivos de promoción en salud así mismo se encontro en ésta investigación que un gran porcentaje de éstos núcleos familiares carecen de los servicios más primarios en sus zonas de residencia, sobre todo buenas vías de comunicación para acudir a los centros de salud, en éste caso a nuestra Clinica ISSSTE A Ecatepec.

Por otro lado se observo que la mayoría de las familias, viven en cinturones de miseria extrema, con bajos sueldos y un gran porcentaje de desempleo, carecen de agua potable y sistemas de drenaje y recolección de basura, deduciéndose de ésto un gran porcentaje de enfermedades tanto parasitarias, enfermedades de la piel y crónico-degenerativas. También se observo que las autoridades locales de éstas áreas no tienen comunicación con las autoridades municipales, por lo que no se orientan adecuadamente en cuanto a los sistemas de salud existentes en sus comunidades.

En cuanto a los derechohabientes que asisten al consultorio 14, que son en una minoría se les brinda orientación en salud comunitaria con la finalidad de hacerlo extensivo a sus núcleos familiares y a su vez a su comunidad, ya que es la única manera de estimular a éstos nucleos familiares que hagan uso de los servicios en salud.

Otro aspecto importante que vale la pena mencionar es respecto a la orientación en cuanto a planificación familiar se refiere, ya que se encontro hasta en un 79 %, de los derechohabientes en edad reproductiva no conocen ningún método anticonceptivo, por lo tanto los nucleos familiares son numerosos provocando asinamiento y promiscuidad;

En cuanto a los servicios que presta el ISSSTE, en particular el consultorio 14 en el turno matutino, es bueno, pero la cantidad de derechohabientes adscrito están muy dispersos en 22 colonias que distan entre los 10 y 20 Km de distancia, de ésto se deduce que solo unas - cuantas colonias demanden los servicios y el resto de las colonias hacen uso de tratamientos empíricos por lo que es muy difícil captarlos ya que solo se logra atenderlos cuando sus males se agravan.

Yo como médico familiar haré todo lo que esté a mi alcance para lograr que las familias que más usan los servicios médicos en nuestra Institución (ISSSTE), particularmente en el consultorio 14, tengan una atención de calidad y calidez mediante la aplicación del Sistema del modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (K O S A M E F), obteniéndose una mejor atención médica y la satisfacción de nuestros usuarios los derechohabiente.

VIII.-C O N C L U S I O N E S.

En ésta investigación se demuestra que uno como médico familiar puede controlar a su población adscrita tomando en cuenta las facilidades - de atender a grupos de familias como un todo para poder dar una atención integral mejorando el nivel de salud del derechohabiente haciendo hincapie en el primer nivel de atención. Para lograr ésto en un futuro dado se pondra mucha atención en la atención al derechohabiente lograndose con ésto una satisfacción tanto del médico familiar como - de los servicios de salud ya que se brindara una atención de calidad y calidez.

Con el Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar (M O S A M E F) lograré como médico familiar mejorar los servicios de salud del consultorio 14, enfocandome a la atención primaria,lograndose con ésto - una buena satisfacción del derechohabiente y del mismo médico familiar por lo que se observará una buena imagen de nuestra clínica de medicina familiar ICSSSTE A Ecatepec y particularmente del consultorio 14, así - mismo en coordinación con los demás consultorios y a la vez haciendolo extensivo a otras clinicas de primer nivel de atención de la misma institución. Con el sistema M O S A M E F, se puede captar a las enfermedades más comunes que aquejan a la población derechohabiente, con ésto se dará un mejor enfoque en la atención médica apegandose a la promoción de salud y protección específica lograndose un mejor control y manejo de la población adscrita y por ende una buena atención medica al - derechohabiente.

Así mismo enfocare como prioritarias aquellas enfermedades que más aquejan a los derechohabientes, sobretodo a las diez primeras causas de consulta tanto de primera vez como subsecuentes ya sea de caracter agudo o crónico, evitando con ésto que pasen a un segundo o tercer nivel de atención médica.

Como medico familiar lograre una buena aceptación del derechohabiente y mi propia satisfacción como médico especialista en Medicina Familiar.

IX.- B I B L I O G R A F I A

- 1.-BUSTOS L.G.1993.
EL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA Y LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS.
ATENCION PRIMARIA.VOL. 4- No 4. p.p.183-184.
- 2.-CUEVAS M.L. URIOSTEGUI M C D et al 1991.
RELACION ENTRE MEDICO Y PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE UNIDADES MEDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA.p.p.576-584.
- 3.-CORVERA L.B.1990.
LA VIGILANCIA DE LA MEDICINA POR PARTE DE LOS MEDICOS.
GACETA MEDICA DE MEXICO.p.289.
- 4.-BELGADO A. Y LOPEZ F 1992.
UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA,GRANADA.
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA. VOL.9.p.p.77-79.
- 5.-ESTEBANELL V.P.. PEREZ U. et al 1992.
ACTIVACION DERIVADA DE LA APLICACION DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS.
ATENCION PRIMARIA. VOL 10-1-p.p.539-542.
- 6.-HEATHER R.P. 1989.
GARANTIZAR LA CALIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.
CONFERENCIA IMPARTIDA EN HARVARD SCHODLL.
ATENCION PRIMARIA VOL 6 No 4. p.p.209-212.
- 7.-IRIGOYEN.C.A 1996.
FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR.
ED. MEDICINA FAMILIAR, 4a EDC. MEXICO D.F.p.p.151-193.
- 8.-JIMENEZ C. LORENZO A. et al 1993.
ANALISIS DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCION -
DE SALUD.
ATENCION PRIMARIA. p.p. 269-272.
- 9.-KUMATE J. RODRIGUEZ. 1990.
MORTALIDAD INFANTIL EN MEXICO.
GACETA MEDICA DE MEXICO VOL. 126,No 6 NOVIEMBRE-DICIEMBRE.p.p.475-479.
- 10.-KUMATE J. R Y COL. 1990.
CONSECUENCIAS DE LA TECNIFICACION DE LA MEDICINA.
GACETA MEDICA DE MEXICO,VOL. 126, No 5, NOVIEMBRE-DICIEMBRE. p.p. 552-587.

- 11.-MOTA F. HERNANDEZ. 1990.
TRATAMIENTO DEL NIÑO CON ENFERMEDADES DIARREICAS.
GACETA MEDICA DE MEXICO. VOL 126. No 5. SEPTIEMBRE-OCTUBRE.p.p.419-422.
- 12.-MOTA F. HERNANDEZ. 1990.
ENFERMEDAD DIARREICA EN NIÑOS.
GACETA MEDICA DE MEXICO. VOL 126, No 5. SEPTIEMBRE-OCTUBRE-p.p.359-360.
- 13°-MATA.M CASAS. et al 1994.
MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION CRONICA EN UN CENTRO /
DE ATENCION PRIMARIA.
ATENCION PRIMARIA.VOL 13 No 4. SEPTIEMBRE.
- 14.-ORDOÑO.J.M.et al -1993.
INTRODUCCION DEL CONTROL DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD: EVALUACION -
DEL REGISTRO DE HISTORIA DEL USUARIO Y DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS.
ATENCION PRIMARIA.VOL. 12 No 3, JULIO-AGOSTO.
- 15.-RODRIGUEZ R.ROSAS M,et al 1993.
LA CONTINUIDAD,INTEREPISODIOS CON LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
PROPUESTA DE UN INDICADOR.
BOL.OF SAINT PANAM 114 (#).pp-242-247.
CONTINUIDAD EN LA ATENCION PRIMARIA.
- 16.-RODRIGUEZ J.RUIZ P.et al 1994.
CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA.
ATENCION PRIMARIA. p.p.65-67.
- 17.-TREBIÑO N. GARCIA M. 1994.
LOS RETOS ACTUALES DE LA ATENCION A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. FEBRERO. p.p.320-221.
- 18.-TREBIÑO.H. GARCIA M.
ATENCION A LA SALUD.
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. p.322.
- 19.-VARELA C.E.R. 1994.
ATENCION MEDICA.
GACETA MEDICA DE MEXICO. SEPTIEMBRE-OCTUBRE. p.p.322-327.
- 20.-VINIEGRA L.V. 1990.
EL CONTROL DE CALIDAD DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA.
GACETA MEDICA DE MEXICO.p.p.283-288.
- 21.-ZURRO M BROTONS C. et al 1993.
ACTIVIDADES DE PREVENCION Y PROMOCION DE SALUD EN LAS CONSULTAS DE ATEN-
CION PRIMARIA. ATENCION PRIMARIA pp. 661-675.

X.- A N E X O S.

CUADRO REPRESENTATIVO DE LAS COLONIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO NUMERO 14, EN ESTE CUADRO SE ANOTA EL NOBRE COMPLETO DE CADA COLONIA AQUI SE APRECIA QUE EL TOTAL DE COLONIAS ES EN NUMERO DE 22, DE LAS CUALES CUATRO DE ELLAS SON DE INFLUENCIA.

EL TOTAL DE DERECHAHABIENTES DE LAS COLONIAS EN SEXO MASCULINO Y FEMENINO ES DE 5,905 DERECHAHABIENTES, DE ESTOS 3,430 SON DEL SEXO FEMENINO Y 2,475 DEL SEXO MASCULINO.

CUADRO A.

DEREGISTRABLES ADSCRITOS AL CONSULTORIO 14.

5,905 DEREGISTRABLES.

3,430 DEL SEXO FEMENINO y 2,475 DEL SEXO MASCULINO.

EL NUMERO DE DEREGISTRABLES ESTAN DISTRIBUIDOS EN 22 COLONIAS QUE SON:

- 1.-CASAS REALES.
- 2.-CIUDAD CUAUHTECO Y SECCIONES.
- 3.-TIZCO, TONATEHU, SECCION ENBAJADA, CHICXAUTLA Y BARRIOS 1 y 3.
- 4.-SANTA MARIA CHICXAUTLA.
- 5.-SANTO TOMAS CHICXAUTLA.
- 6.-EL POCERO.
- 7.-SANTA MARIA CJO DE AGUA.
- 8.-SANTA ANA 1 y 2.
- 9.-SANTA ANA ENBAJADA.
- 10.-SANTA ANA.
- 11.-SANTA ANA.
- 12.-SANTA ANA.
- 13.-SANTA ANA LAS FUENTES.
- 14.-SANTA ANA Y ANILACION.
- 15.-SANTA ANA.
- 16.-SANTA ANA.
- 17.-SANTA ANA.
- 18.-SANTA ANA.
- 19.-SANTA ANA.
- 20.-SANTA ANA.
- 21.-SANTA ANA.
- 22.-SANTA ANA.

COLONIAS DE INFLUENCIA:

- 1.-CIUDAD CUAUHTECO Y SECCIONES.
- 2.-SANTA MARIA CHICXAUTLA.
- 3.-SANTO TOMAS CHICXAUTLA.
- 4.-SANTA ANA CJO DE AGUA.

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil		
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Vaudo		
Ahor de Unión Conyugal		
Exceberidad		
Buena		
Media		
Medua Superior ó Técnica Superior		
Edad del padre:	15	10
Edad de la Madre:		
Método de Planificación Familiar:		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Rutro		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)		
Número de hijos (de 20 o más años de edad)		

	No.	%
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Cero		
Ingreso económico		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o mas salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Tradicional		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbano		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Indiferencia		
Retro		