



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

11226  
125  
2º.

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"  
CIUDAD OBREGON. SONORA

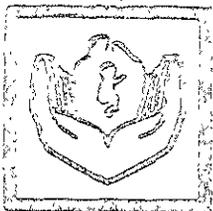
APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO  
DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL  
CONSULTORIO PERIFERICO DE ESPERANZA SON.  
DE LA CLINICA HOSPITAL "B" CD. OBREGON SON.

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

PRESENTA:

Dr. Miguel Rosendo Muñoz Robledo

265008



ISSSTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "B"  
CD. OBREGON, SONORA

**APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION  
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO PERIFERICO  
DE ESPERANZA, SONORA, DE LA CLINICA  
HOSPITAL "B" CD. OBREGON, SONORA.**



**ISSSTE**

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

PRESENTA:

**Dr. MIGUEL ROSENDO MUÑOZ ROBLEDO**

1996



**ISSSTE**  
DIRECCION  
CLINICA HOSPITAL "B"  
CIUDAD OBREGON, SONORA

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA  
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO  
PERIFERICO DE ESPERANZA SONORA, DE LA CLINICA  
HOSPITAL "B" CD. OBREGON, SONORA.

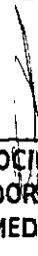
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

**DR. MIGUEL ROSENDO MUÑOZ ROBLEDO**

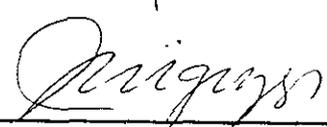
AUTORIZACIONES:



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



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



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

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

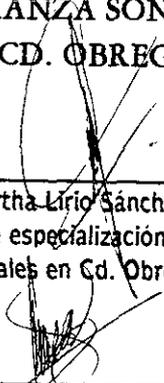
PRESENTA:

**DR. MIGUEL ROSENDO MUÑOZ ROBLEDO**

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE LA  
ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO  
PERIFERICO DE ESPERANZA SONORA, DE LA CLINICA  
HOSPITAL "B" CD. OBREGON, SONORA.

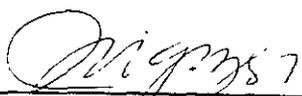


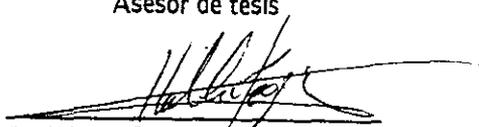
ISSSTE  
DIRECCION

  
Dra. Martha Lirio Sánchez Sosa  
Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar para  
Médicos Generales en Cd. Obregón, Sonora.

CLINICA HOSPITAL "B"  
CIUDAD OBREGON, SONORA

  
Dr. David López del Castillo Sánchez  
Médico Familiar UMF CMNN IMSS  
Asesor de tesis

  
Dr. Arnulfo Irigoyen Coria  
Asesor de tesis

  
Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves  
Jefe del departamento de Medicina Familiar  
Jefatura de Servicios de Enseñanza del ISSSTE.

CD. Obregón, Sonora, Noviembre de 1996

# INDICE

I. Marco teórico.....	1
II Planteamiento del problema.....	3
III Justificación.....	4
IV Objetivos.....	5
V Metodología.....	5
1. Tipo de estudio.....	5
2. Población, Lugar y Tiempo.....	5
3. Tipo de muestra.....	5
4. Tamaño de la muestra.....	6
5. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	6
5.1 Criterios de inclusión.....	6
5.2 Criterios de exclusión.....	7
5.3 Criterios de eliminación.....	7
6. Variables de medición.....	7
7. Procedimiento para captar información.....	9
8. Consideraciones éticas.....	10
VI. Resultados.....	11
1. Estudio de comunidad.....	11
2. Censo poblacional.....	16
3. Diagnóstico familiar.....	16
4. Morbilidad.....	18
5. Cuadros y Gráficas.....	20
VII. Discusión.....	21
VIII. Conclusiones.....	24
X. Referencias Bibliograficas.....	27
XI. Anexos.....	31

## **I. Marco teórico.**

Desde antaño, la medicina acorde a las ideas de los tiempos, está encaminada a la solución de un problema que interesa a la salud. Siendo practicada por un personaje característico de momento histórico: brujo en el primitivismo, sacerdote con los egipcios, filósofo con los griegos, pragmático con los romanos, religioso en el medioevo, humanista en el renacimiento y científico en la época moderna. Donde los descubrimientos científicos la transforman en una ciencia amplia, profunda, diversa y compleja, que ocasionó el nacimiento y crecimiento de las especialidades en sus diferentes ramas que, por un lado, mejoraron la calidad de atención y por otro lado, desmejoraron la atención personal con el paciente convirtiéndose en un servicio costoso con tendencia a la deshumanización sin resolver en forma importante el problema de salud de los pueblos, donde el costo de sus servicios se fue haciendo más inaccesible a las personas y más difícil de sostener a los gobiernos. Surge entonces la necesidad de encontrar una especialidad que ayude a dar solución a esta nueva problemática, así se perfila y nace la medicina familiar aquí en México.(1, 2)

La importancia de la prevención fue dilucidada por White, cuando observó que de un número importante de pacientes consultados, sólo una fracción muy pequeña era vista en los hospitales, resaltando la importancia del primer nivel de atención. Posteriormente, Hart describe y refiere la importante cualidad del nuevo profesional de la medicina que se caracteriza por un sentido inclinado a la prevención y atención a la familia, interesado en el conocimiento de su problemática en sus diferentes contextos (3, 4, 11, 12 ).

La percepción que se adquirió en la historia natural de las enfermedades, el entorno familiar social y la estructura de servicios comunitarios, tuvieron un papel fundamental en su origen, estimulando la concepción de programas preventivos, y de promoción a la salud como la mejor forma de atender la salud ( 5, 13 ).

Se ha comprobado que el nivel de atención primaria es el lugar ideal para implementar la participación comunitaria como un factor de gran importancia para lograr su complementariedad integral, al participar activamente en la promoción de la salud. El modelo sistemático de atención a la salud familiar ,es producto de estas experiencias que nos servirán para darle efectividad a los postulados básicos de la medicina familiar, en la atención a la familia, continuidad en el tratamiento de acciones anticipatorias, optimización de recursos y bajo costo en la atención, con la elevación de la satisfacción de los usuarios del equipo y del sistema nacional de salud. ( 6, 14, 15) .

## **II. Planteamiento del problema**

En algunos países europeos, así como en Norteamérica, específicamente en EE.UU. y Canadá, actualmente hay programas muy bien aplicados, de medicina familiar, llamados de atención primaria o de primer contacto, los cuales son consultados por el paciente cuando se siente enfermo o desea consejo médico. En las sociedades desarrolladas, la mitad de los médicos de primer contacto, son médicos familiares. Las características especiales de la medicina familiar son las siguientes: Estudio de las familias, acciones anticipatorias y, continuidad de la atención. El papel de la medicina familiar, consiste en evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes, coordinar y manipular las instalaciones disponibles para atender a los pacientes y protegerlos de los hospitales (7, 8, 16) .

En los cuatro meses de atención a la salud en la clínica periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora. se observó que la atención médica que se ha brindado, ha sido enfocada específicamente para la enfermedad consultada; se notó que la relación médico paciente es fría, no hay seguimiento de casos clínicos, los expedientes contienen notas médicas muy escuetas, sin datos de importancia para analizar el padecimiento, las campañas preventivas limitadas a las gubernamentales como las de vacunación, y detección de cáncer cérvico uterino, acciones nulas contra alcoholismo y otras toxicomanías. Estudios de la familia, acciones anticipatorias y continuidad de la salud inexistentes, aún para llevar el control de las enfermedades crónico-degenerativas que son de las principales causas de morbilidad ( 9, 17, 18) .

Ante estas circunstancias se observa la necesidad de establecer un programa de medidas preventivas completo como el Modelo sistemático de atención médico familiar en la clínica periférica ISSSTE de Esperanza Sonora.

## **II. Justificación.**

Actualmente, en México la medicina familiar no funciona en forma satisfactoria, desde que se inició la especialidad de medicina familiar en marzo de 1971 en el IMSS.(19). Al médico familiar no se le ha dado el lugar que se merece dentro de la estructura de las sociedades médicas del país, por tal motivo no se ha desarrollado en forma adecuada la atención primaria a la salud . Para ello se requiere que en los programas de medicina preventiva se otorgue mayor participación a la medicina familiar. Para poder realizar una medicina integral. (20, 21). Se requiere modificar la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psico-sociales en la comprensión del proceso salud-enfermedad; esta situación, obviamente favorece a los individuos, ya que de sistema u órgano pasan a ser personas incrustadas en una estructura social.(22). El concepto de integralidad se refiere a que enfoca sus conocimientos para la atención de núcleo familiar; esta concepción de la enfermedad beneficia a la población ya que no fracciona al individuo, sino que se le considera parte dinámica de una familia y copartícipe de la salud o de la enfermedad de un grupo familiar, por tanto no está socialmente aislado es decir, siempre o casi siempre cuenta con recursos ante la enfermedad.(23). El funcionamiento actual de la atención médica familiar ha causado insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes. No se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud ya que nuestro sistema de salud, toma medidas hasta que se presenta la enfermedad .(24). Por estas razones el médico familiar debe entender sus limitaciones; esta aparente desventaja, creada por la amplitud de su campo en la práctica, le permite conducir los recursos médicos , apoyar al enfermo y a su familia con una actitud de mesura y madurez. Por esta razón es imprescindible que se conozcan a fondo las condiciones sociosanitarias que imperan en la comunidad, para poder dar una atención médica con mayor calidad y calidez ( 10, 25).

## **IV. Objetivos**

Generales. Determinar en la población a mi cargo las características biopsicosociales, de la comunidad.

Específico. Sentar la bases de información para que en una fase posterior se instrumente un modelo sistemático de atención médica familiar, con la finalidad de aplicar los tres ejes que sustentan la práctica de la medicina familiar; en el consultorio periférico de la clínica de Esperanza Sonora del ISSSTE.

## **V. Metodología.**

### **1. Tipo de estudio**

Se hizo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, fundamentado en tres estrategias: Censo poblacional, estudio de comunidad, morbilidad.

### **2. Población, lugar y tiempo.**

Esperanza Sonora, En la clínica periférica del ISSSTE de Cd. Obregón durante 1996.

### **3. Tipo de Muestra.**

Para la elaboración de este estudio el muestreo fue no aleatorio, por cuotas y el tamaño de la muestra se determinó a través de paquete EPI-INFO5.

Con  $\beta$  (ERROR DE ESTIMACION) = 0.0445

y  $\alpha$  (COEFICIENTE DE CONFIANZA) = 0.95

#### **4. Universo y Tamaño de la muestra.**

**Censo poblacional.** Todas las tarjetas del departamento de vigencias de la clínica periférica del ISSSTE de Esperanza Sonora.

**Diagnóstico familiar.** Todas las familias inscritas, adscritas y usuarias de la clínica periférica del ISSSTE de Esperanza Sonora.

**Morbilidad.** Todas las hojas de consulta diaria de la clínica periférica del ISSSTE de Esperanza Sonora.

#### **Tamaño de la muestra.**

**Censo poblacional.** Cien tarjetas del departamento de vigencias de la clínica periférica de l ISSSTE de Esperanza Sonora.

**Diagnóstico familiar.** Se utilizaron 50 cédulas de microdiagnóstico familiar de la clínica periférica del ISSSTE de Esperanza Sonora.

**Morbilidad.** Se utilizaron 50 hojas de consulta diaria de la clínica periférico del ISSSTE de Esperanza Sonora.

#### **5. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación**

##### **5. 1. Criterios de inclusión.**

**Censo poblacional:** Todas las tarjetas del departamento de vigencias, vigentes adscritas a la clínica periférica de Esperanza Sonora del ISSSTE.

**Diagnóstico familiar:** Se tomaron en cuenta todas las familias que habitan las colonias adscritas a la clínica periférica de Esperanza Sonora del ISSSTE.

**Morbilidad:** Todas las hojas de informe diario de actividades médicas de la clínica periférica de Esperanza Sonora del ISSSTE. Revisándose los diagnósticos de primera vez, diagnósticos legibles y los datos completos de llenado.

## **5.2. Criterios de exclusión**

**Censo poblacional:** Se sacaron las tarjetas adscritas no vigentes a la clínica periférica de Esperanza Sonora del ISSSTE.

**Diagnóstico familiar.** Se excluyeron las familias adscritas a la clínica periférica de Esperanza Sonora del ISSSTE que no pertenecen a ella.

**Morbilidad:** Se excluyeron los diagnósticos subsecuentes, los diagnósticos ilegibles y los datos incompletos de llenado.

## **5.3 Criterios de eliminación.**

**Censo poblacional:** Se eliminaron todas las tarjetas dadas de baja durante la investigación.

**Diagnóstico familiar.**

Se eliminaron las familias que rechazaron responder la encuesta.

Se eliminaron a las familias que proporcionaron datos falsos.

Se eliminaron a las familias que cambiaron de domicilio durante la investigación.

**Morbilidad.**

Se eliminaron todos los diagnósticos que no entraron dentro de las diez primeras causas de morbilidad, infecciosas, no infecciosas y crónico degenerativas.

## **6. Variables de medición.**

**Censo poblacional.**

Las variables son de tipo cuantitativo , cualitativo .

Edad

Sexo

## **Diagnóstico familiar.**

Tipo de familia.

*Familia nuclear:* El modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

*Familia extensa:* Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos.

*Familia extensa compuesta:* Además de los que incluyen a la familia extensa se agregan miembros sin ningún nexo legal, como amigos y compadres.

Fase de ciclo vital. Según Geyman.

*Fase de matrimonio:* Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

*Fase de expansión:* desde el nacimiento del primer hijo, el número de hijos aumenta y termina cuando inician actividades escolares.

*Fase de dispersión:* Se identifica claramente, por el hecho de que los hijos asistan a la escuela.

*Fase de independencia:* Cuando los hijos han formado nuevas familias.

Integración familiar. Puede clasificarse en:

*Familia integrada:* En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

*Familia semi-integrada:* Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

*Familia desintegrada:* Cuando hay la ausencia de uno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas.

Planificación familiar. Se tomaron en cuenta todos los métodos de planificación utilizados por los padres de familia.

Toxicomanías.

*Tabaquismo:* Aquel que en el momento del estudio refieren haber consumido cigarrillos, en cualquier frecuencia y cantidad.

*Alcoholismo:* Aquel que en el momento del estudio refieren haber consumido bebidas alcohólicas, en cualquier frecuencia y cantidad.

*Alimentación.* Se consideró si era buena o mala por el tipo de información que se dió en el momento del estudio.

*Hábitos higiénicos.* Se consideró si eran buenos o malos por el tipo de información que se dió en el momento del estudio.

*Antecedentes heredo familiares.* Se tomaron en cuenta enfermedades como: Diabetes mellitus, obesidad, alergias, hipertensión arterial, oncológicos, asma y enfermedades tiroideas.

*Vivienda.* Se tomó en cuenta si la vivienda era propia o no propia y el tipo de material de construcción.

### **Morbilidad.**

Se utilizó el diagnóstico de primera vez.

## **7. Procedimiento para captar información.**

### **Censo poblacional.**

Se utilizaron 100 tarjetas al azar del departamento de vigencias clínico, con la ayuda de un médico se hizo selección por paloteo simple, o que ofreció información para construir la pirámide poblacional.

### **Diagnóstico familiar.**

Se aplicaron en el consultorio periférico de la clínica de Esperanza Sonora cincuenta cédulas de microdiagnóstico familiar, se realizaron visitas domiciliarias, se sacaron datos del I. N. E .G. I. de la Secretaría de Salud, del H. Ayuntamiento y se realizaron gráficas.

**Morbilidad.**

Se realizó en base a la investigación de 50 hojas de actividades diarias del médico de la clínica periférica de Esperanza Sonora. de las cuales se obtuvieron las 10 primeras causas de morbilidad de la comunidad.

**8. Consideraciones éticas.**

No se presentó ninguna.

## **VI- Resultados.**

### **1. Estudio de comunidad.**

La República Mexicana es una entidad política, que cuenta con 32 estados y un Distrito Federal donde se rigen los destinos políticos del país. Uno de estos estados es Sonora, ubicado al noroeste del país, se limita al norte con los E.U.A. al este con el estado de Chihuahua, al sur con el estado de Sinaloa al oeste con la Península de Baja California. Se encuentra dividido con 69 municipios, y del que nos vamos a ocupar es el municipio de Cajeme, el cual está ubicado en el suroeste del estado, de Sonora, su cabecera es la población de Cd. Obregón y se localiza en el paralelo 27 grados 29 minutos de latitud a los 109 grados 56 minutos de longitud del oeste del meridiano de Greenwich, a una altura de 46 metros sobre el nivel del mar. Colinda con los siguientes municipios: Al norte Suaqui Grande, Quiriego y Rosario: Al Oeste con Guaymas y Bacum. Al suroeste con Etchojoa y Navojoa, siendo su límite natural al sur el Golfo de California. Posee una superficie de 4 037.11 Kms. cuadrados, que representan el 2.18 % del total del estado y el 0.2% del nacional. La mayor parte del municipio es plana en el centro sur y oeste se encuentra el valle de Yaqui con 106,000 Hectáreas de superficie agrícola, al norte se encuentra la zona serrana. Cajeme presenta básicamente dos tipos de clima, caluroso y frío oscilando una temperatura de 20 a 42 grados centígrado llegando en ocasiones durante el verano hasta 46 grados centígrados.

El municipio de Cajeme contaba en 1991 con una población total de 317 672 habitantes, de los cuales 244.404 están dentro de área urbana, y 93,268 habitan el área rural. El crecimiento poblacional ha tenido una tasa media anual del 2.8% lo cual lo hace el segundo municipio más poblado del estado. El municipio de Cajeme presenta 3 regiones diferenciadas entre sí. Una, preponderantemente urbana

y se localiza en la cabecera de Cd. Obregón y la comisaría de Esperanza, esta región se caracteriza por concentrar aproximadamente el 77.0 % de la población municipal y por significar un polo de desarrollo, merced a la infraestructura industrial, comercial y de servicios. La otra región la representa la zona rural ,centro sur del municipio, donde la actividad económica fundamental es la agricultura de riego, en estrecha conexión con la zona urbana -industrial-comercial, disponiendo de una buena infraestructura de servicios y comunicaciones.

Finalmente la región norte del municipio que arroja el resto de la población se encuentra en numerosas, pequeñas y dispersas localidades, donde la actividad principal esta representada por la ganadería y una agricultura en pequeña escala con fines de autoconsumo.

### **Recursos y servicios para la salud en Cajeme.**

Cuenta con los servicios de salud, de las siguientes instituciones: IMSS, ISSSTE, ISSSTESON, SEMESON, y las instituciones de carácter privado.

Hasta 1994 las instituciones contaban con los siguientes recursos.

**SEMESON.** cuenta con 100 camas , 39 consultorios, 4 salas de rayos X , 4 laboratorios, 3 quirófanos, 85 médicos, 155 enfermeras, 39 paramédicos, 44 administrativos, 89 otro personal.

**I. M. S. S. :** Cuenta con 564 camas, 112 consultorios, 4 salas de rayos X, 3 laboratorios, 9 quirófanos, 565 médicos, 660 enfermeras, 277 paramédicos, 234 administrativos, 405 otro personal.

**ISSSTESON.** Tiene 34 camas, 12 consultorios, 2 quirófanos, 59 médicos, 60 enfermeras, 3 paramédicos, 40 administrativos, 1 laboratorio, 1 sala de rayos X, 25 otro personal.

**ISSSTE.** 49 camas, 2 quirófanos, 84 médicos, 94 enfermeras, 13 paramédicos, 66 administrativos, 85 otras personas, 18 consultorios de los cuales 4 son periféricos y 6 de medicina familiar.

### **Educación y cultura.**

El municipio de Cajeme cuenta con una biblioteca municipal grande y bien documentada, cuenta con escuelas de educación primaria, escuelas para educación secundaria, Preparatorias, y escuelas de nivel profesional como el Instituto Tecnológico de Sonora y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

Pertenece al municipio de Cajeme está la comisaría de Esperanza de la cual se elaboró un estudio de la comunidad por ser donde se encuentra ubicada la clínica periférica del ISSSTE de Cd. Obregón. La población de Esperanza fue fundada en el año de 1906 a partir de la fundación del Ferrocarril de Pacífico, como estación bandera del mismo. Se encuentra situada a los 27 grados 34 minutos 00 de latitud norte 109 grados 55 minutos 00 de longitud oeste y esta a 50 metros sobre el nivel del mar. Esperanza pertenece al municipio de Cajeme, está situada a 8 Kms.. de Cd. Obregón al norte de ésta sobre la carretera internacional número 15 México - Nogales. Sus límites: hacia el norte colinda con tierras ejidales, el club de golf, y el 60 batallón de infantería, al poniente con líneas curvas del canal principal bajo, y terrenos ejidales que pertenecen a Cócorit y a Esperanza. El territorio superficial ocupa una extensión de 168 hectáreas, más 12 hectáreas que no corresponden al fondo legal, siendo en total una superficie de 180 hectáreas.

**Autoridades.** Esperanza cuenta con una comisaría, donde la autoridad máxima es el comisario y su ayudante más cercano es el comandante de policía.

**Sociedades existentes.** Este tipo de organismos son los encargados de elevar el nivel de vida existente, ya que tienen como objetivos principales guardar el bienestar económico y social de la población. Entre las sociedades que realizan esta actividad destacan, el Club de Leones, Comité de Damas del 60 batallón de infantería y la Junta de Progreso y Bienestar, esta última es la organización económica más fuerte de la comunidad. Las actividades más importantes y por orden de prioridad de las cuales están encargados este tipo de organismos son: educación, salud, deporte, recreación y esparcimiento. Existe además una agrupación que se dedica únicamente a las actividades de salud, que es el comité de salud, el cual por diferentes circunstancias está inactivo actualmente en la comunidad, sin que se haga nada para promoverlo.

**Hidrografía.** La principal fuente hidrográfica la constituye el Río Yaqui y sus aguas se almacenan en la presa Alvaro Obregón (Oviachic), la cual surte del vital líquido a diferentes poblados de la región incluyendo a Esperanza y Cd. Obregón.

**Clima.** Extremoso, las temperaturas en el invierno llegan hasta los 3 grados centígrados y en el verano hasta 42 grados, pudiendo alcanzar en raras ocasiones picos hasta de 51 grados. Durante el verano el clima se mantiene en promedio 35 a 39 Grados Centígrados, y en el invierno temperaturas de 10 a 20 Grados Centígrados.

**Fauna.** Doméstica, silvestre, nociva, transmisora (mosquitos que transmite paludismo y dengue).

**Urbanización.** Cuenta con todos los servicios urbanos, agua potable, drenaje, luz eléctrica, pavimentación en el primer cuadro de la comunidad, el resto de las calles están sin pavimento.

**Comunicación y Transportes.** La comunidad cuenta con grandes medios de comunicación, como son: telégrafos, correos nacionales, servicio telefónico actualmente con 3,304 líneas en activo, no existe prensa en la comunidad, pero se surte de los diarios de Cd. Obregón, que son Tribuna del Yaqui, Diario del Yaqui, El Imparcial, y Extra de la tarde; televisiva, la comunicación a través de la televisión se hace por medio de la televisora local de Cd. Obregón , además recibe otras señales vía satélite a través de cable visión (particular). Transportes: muy bien comunicada con autobuses urbanos con buen funcionamiento, cuenta con servicio de taxis; tiene estación de ferrocarril.

**Educación.** Se cuenta en la comunidad con 4 jardines de niños, 8 escuelas primarias, 1 escuela secundaria y 1 preparatoria. Cuenta con una biblioteca municipal.

**Religión.** La mayoría de la población es católica, se cuenta con una iglesia católica y tres templos de diferentes religiones.

**Salud.** La comunidad cuenta con instituciones de gobierno y particulares, como SSA, Cruz Roja, Particulares y la clínica del ISSSTE la cual únicamente tiene consulta externa y en casos de internamiento de pacientes se apoya en la clínica B de CD. Obregón.

## **2. Censo poblacional.**

La comunidad de Esperanza Sonora tiene una población de 11, 250 habitantes de los cuales 5, 286 son masculinos y 5, 954 son femeninos, (Gráfica Número 1).

A la clínica periférica del ISSSTE de Esperanza Sonora, se le encontró una población adscrita de 2332 derechohabientes, para ello se tomaron en cuenta todas las familias que habitan las colonias adscritas a esta clínica, para la elaboración de el estudio se tomaron en cuenta 100 tarjetas al azar del archivo clínico , se utilizaron variables de tipo cuantitativo, por edad y sexo , el tamaño de la muestra fueron 391, en total de los cuales 178 fueron masculinos y femeninos 213 . Ver Gráfica número 2 (Pirámide poblacional por edad y sexo).

Estudio de la comunidad de la población adscrita a la clínica periférica de Esperanza Sonora.

## **3. Diagnóstico familiar.**

**Tipo de familia.** De los tres tipos de familia, nuclear, extensa, extensa compuesta, la que predominó fue la nuclear con un 58% (gráfica 3).

**Integración familiar.** Se encontró que el 72% son familias integradas (gráfica 4).

**Fase de ciclo vital.** La fase de dispersión predominó en un 66% sobre las demás fases (gráfica 5).

**Planificación familiar.** En este concepto la salpingoclasia sobresalió con un 30% sobre los demás métodos de planificación familiar (gráfica 6).

**Tiempo de unión conyugal en años.** Los matrimonios entre los 21 y 25 años de unión predominaron con un 24% (gráfica 7).

**Hábitos higiénicos.** La mayoría de las familias tuvieron buenos hábitos higiénicos en un 88% (gráfica 8).

**Toxicomanías.** En este aspecto, el alcoholismo predominó en un 60% comparado con otras toxicomanías (gráfica 9).

**Vivienda.** La vivienda propia predominó con un 94% (gráfica 10).

**Techo.** En este aspecto, el techo de concreto fue de un 96% (gráfica 11).

**Paredes.** La mayoría de las paredes fueron de tabique en un 88%(gráfica 12).

**Piso.** En su gran mayoría fueron de cemento en un 96% (gráfica 13).

**Combustible usado en cocina.** El más usado fue el gas butano en un 100% (gráfica14).

**Disposición de excretas.** El más usado fue el drenaje de red municipal obteniendo un 27% (Gráfica 15).

**Disposición de basuras.** El procedimiento para la recolección de basura fue instrumentado en un 56% a través de la red municipal (gráfica 16).

**Animales domésticos.** El animal que más predominó fue el perro con un 52% (gráfica 17).

**Educación escolar en los padres en años de estudio.** Fueron: padre de 1 a 6 años, con un 30 %, y la madre fue de 1 a 6 años, con un 58% (gráfica 18).

**Educación escolar en los hijos en años de estudio.** Fue de 10 a 12 años, lo que representa un 54% (gráfica 19).

**Empleos.** Se observó que los padres empleados fueron el 74% y las madres empleadas fueron el 24 % (gráfica 20).

**Sueldos.** Los padres que ganan más de 1000 pesos al mes contituyeron el 12 %, y las madres que ganan más de 1000 pesos al mes, lo que representa el 10% (gráfica 21).

#### **4. Morbilidad.**

La morbilidad de la clínica periférica de Esperanza Sonora, del ISSSTE se realizó en base a la investigación de 50 hojas de actividades diarias del médico, de las cuales se obtuvieron 878 consultas por primera vez obeteniéndose los siguientes resultados. Infección de vías respiratorias superiores. En primer lugar con 355 consultas obteniendo un 40.40 %.

**Hipertensión arterial.** En segundo lugar con 123 consultas con un 14.00 %.

**Dolores reumáticos.** En tercer lugar con 47 consultas con un 5.35%.

**Colitis.** En cuarto lugar con 39 consultas con un 4.44 %.

**Infecciones de vías urinarias.** En quinto lugar con 32 consultas y un 3.64%.

**Diabetes mellitus .** En sexto lugar con 28 consultas con un 3.18%.

**Parásitos intestinales.** En séptimo lugar con 18 consultas con un 2.05%.

**Gastroenteritis infecciosa.** En octavo lugar con 15 consultas con un 1.70 %.

**Neurosis.** En noveno lugar con 15 consultas con un 1.70 %.

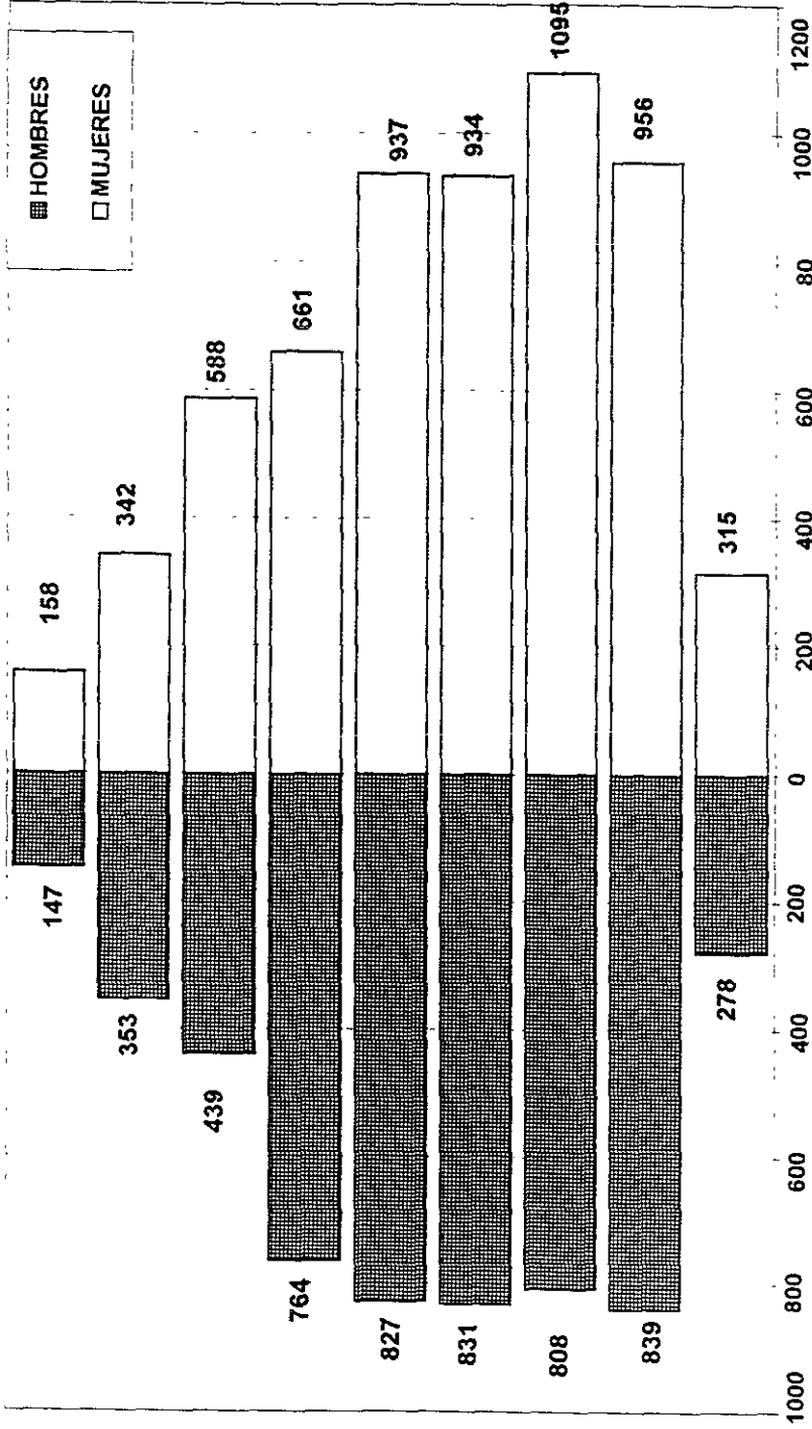
**Depresión.** En décimo lugar con 14 consultas con un 1.59%.

**Otras afecciones,** con 192 consultas con 21.95%

Lo anterior se muestra en (cuadro 1).

# GRAFICA I

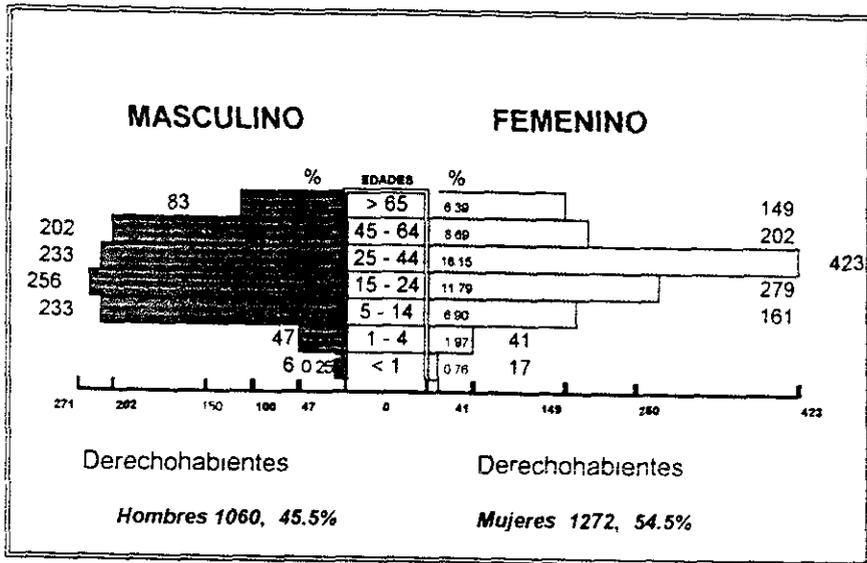
## ESPERANZA, SONORA



POBLACION ADSCRITA: 9596  
 POBLACION ASIGNADA: 1654  
 HOMBRES: 5286

TOTAL DE POBLACION: 11250  
 ESCALA: 1-200  
 MUJERES: 5964

**Gráfica 2. Pirámide poblacional del consultorio periférico de Esperanza de la Clínica Hospital ISSSTE de Cd. Obregón, Sonora, 1996.**

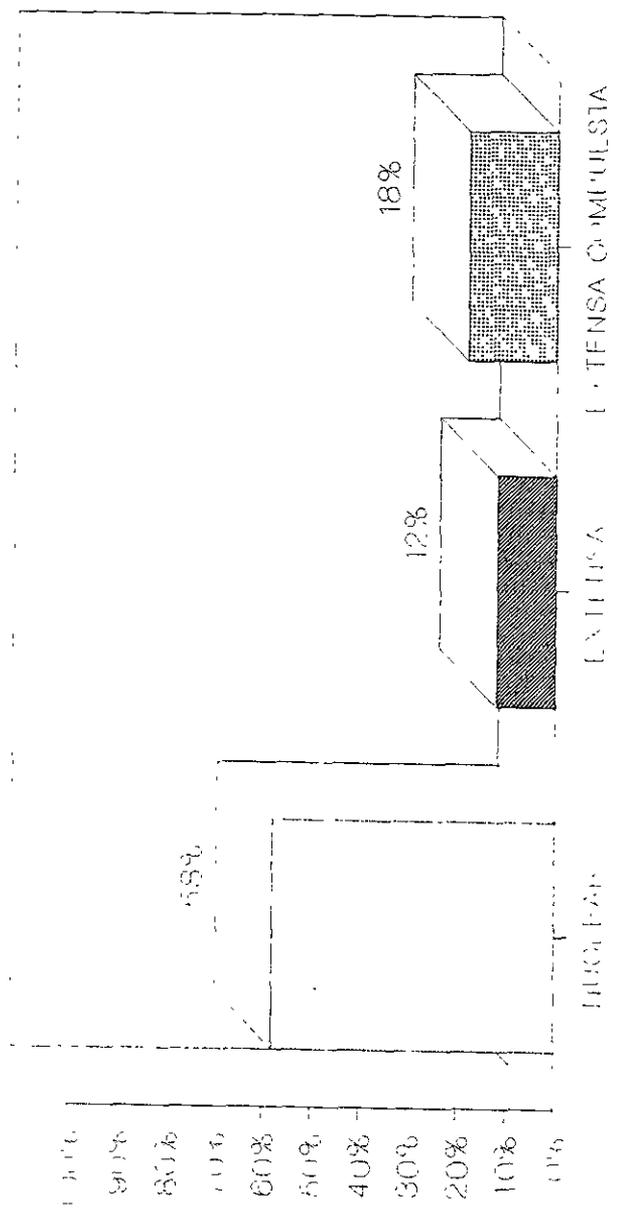


Población total	2332
Masculino	1060
Femenino	1272
Femenos 15-44	702
Menores de 1 año	23
1 - 4 años	88

Fuente: Departamento de Vigencia de Derechos, Clínica Hospital ISSSTE, Cd. Obregón, Sonora

# GRAFICA III. TIPO DE FAMILIA

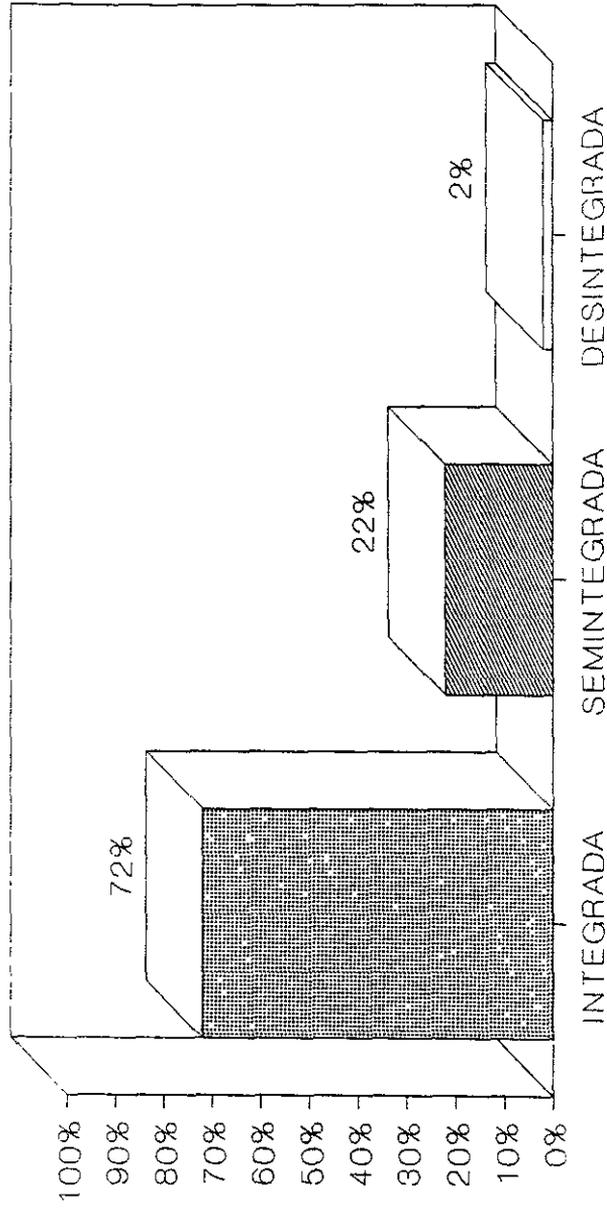
## Familias de la Clínica Periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora



ISSSTE - INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

# GRAFICA IV. INTEGRACION FAMILIAR

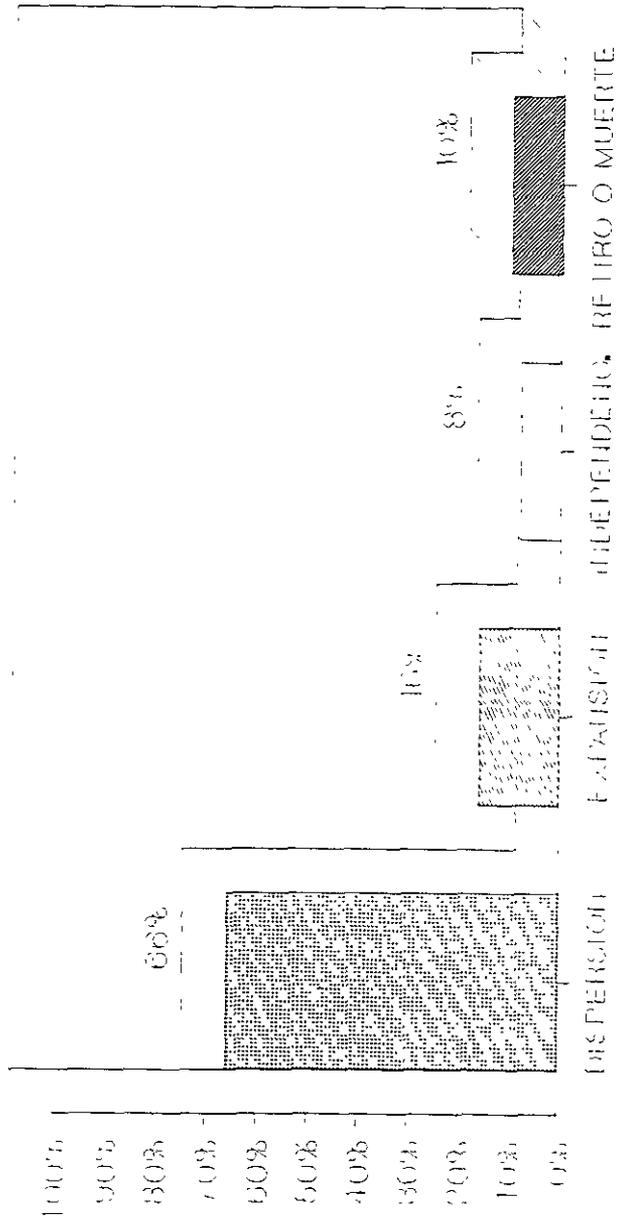
Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
de Esperanza, Sonora



FUENTE: Encuesta de Consultorio

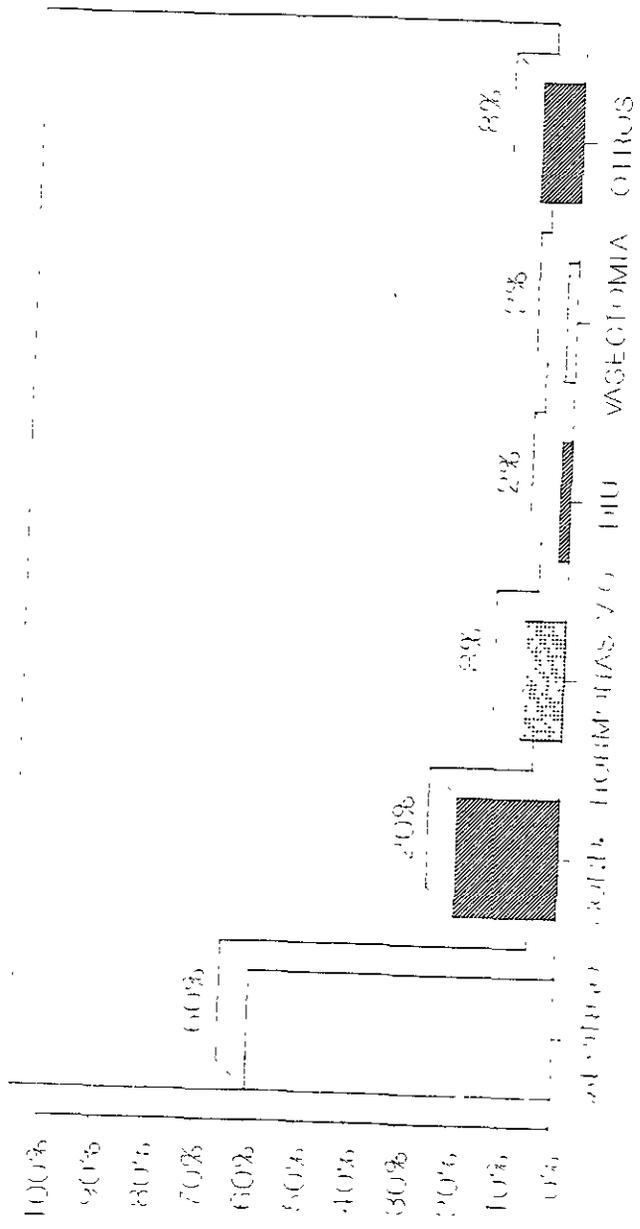
# GRAFICA V. FASE DEL CICLO VITAL

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
de Esperanza, Sonora



# GRAFICA VI. PLANEACION FAMILIAR

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora

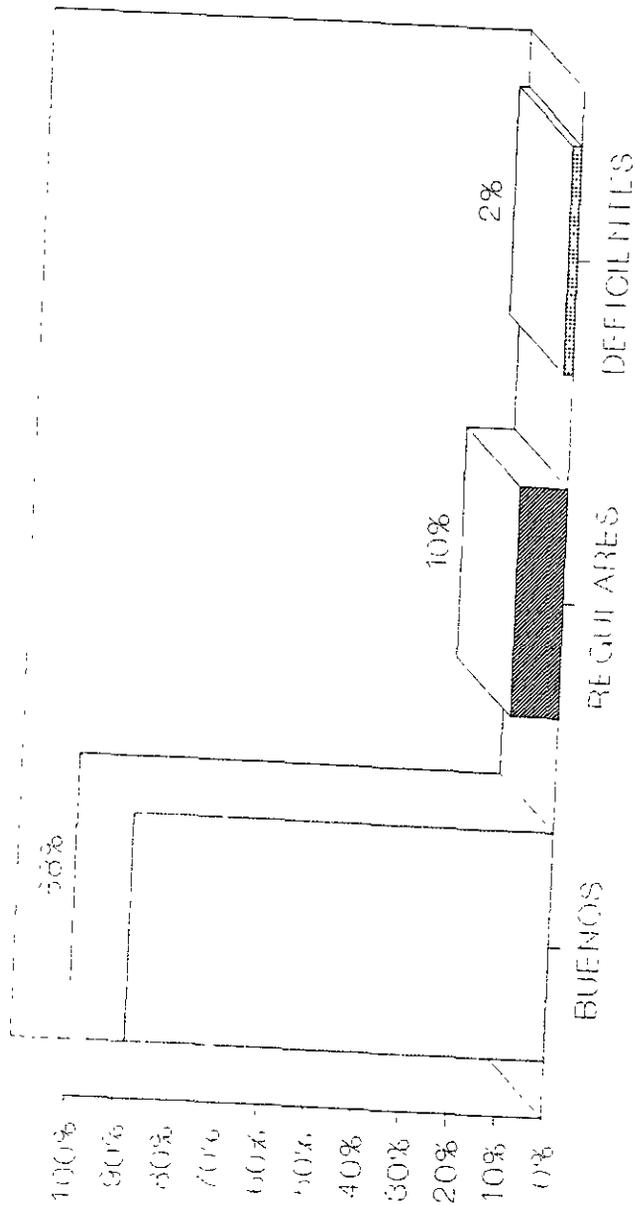


Publicado en el Boletín de la Asociación de Ginecólogos y Obstetras de México, 1978, 10(1): 1-4



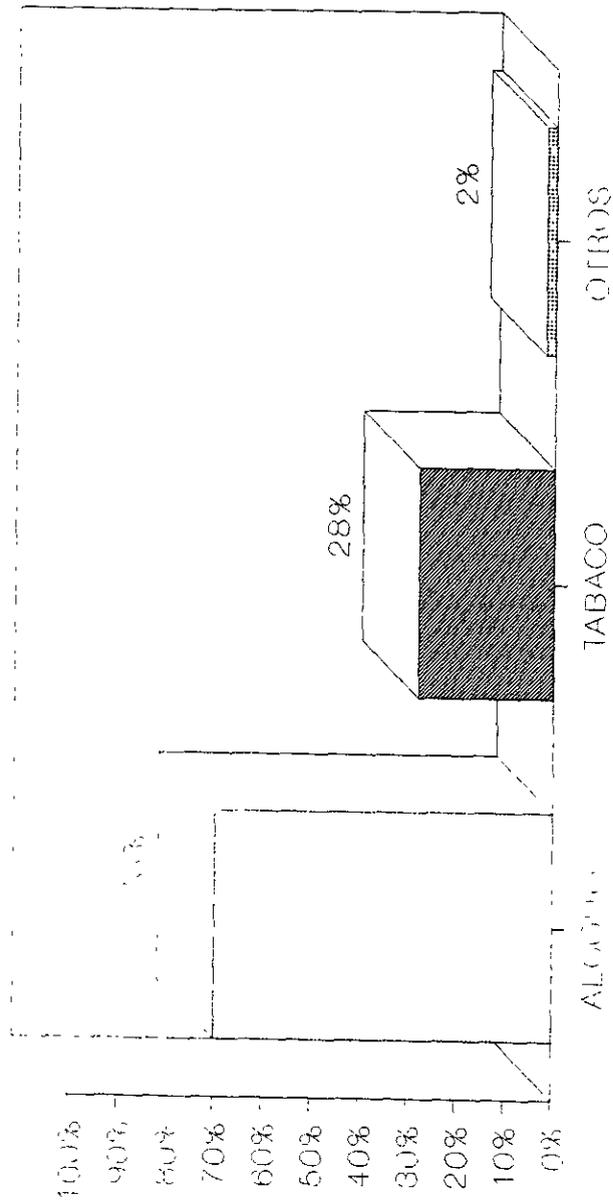
# GRAFICA VIII. HABITOS HIGIENICOS

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora



# GRAFICA IX. TOXICOMANIAS

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
de Esperanza, Sonora





# GRAFICA XI. TECHO

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
de Esperanza, Sonora

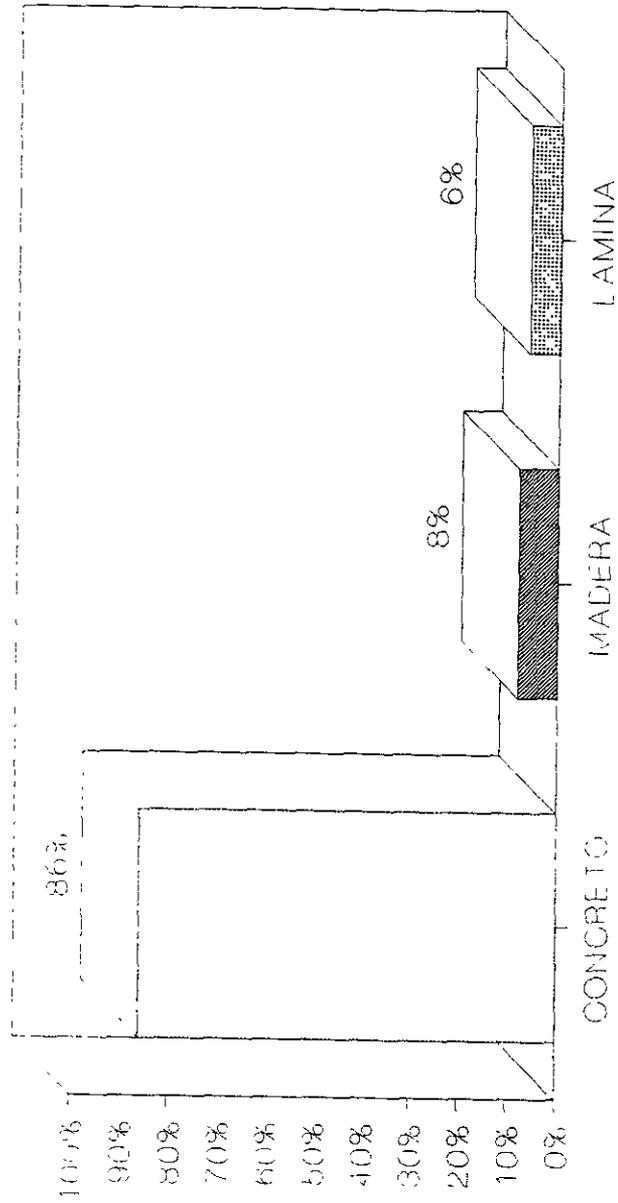
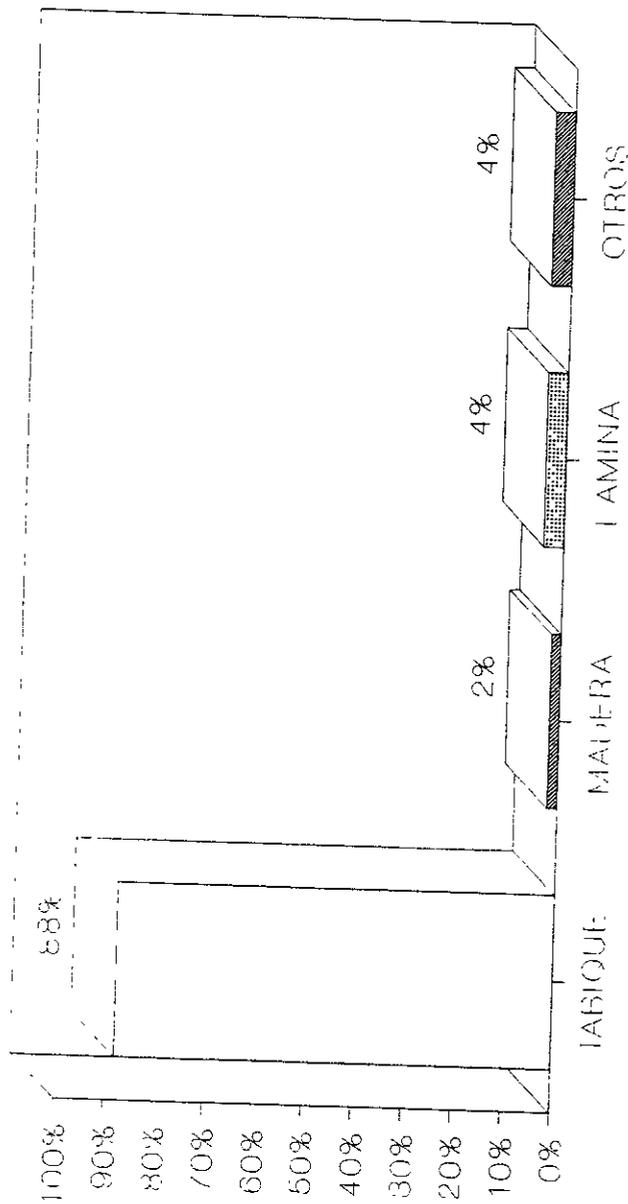


Fig. 11. Estructura del techo.

# GRAFICA XII. PAREDES

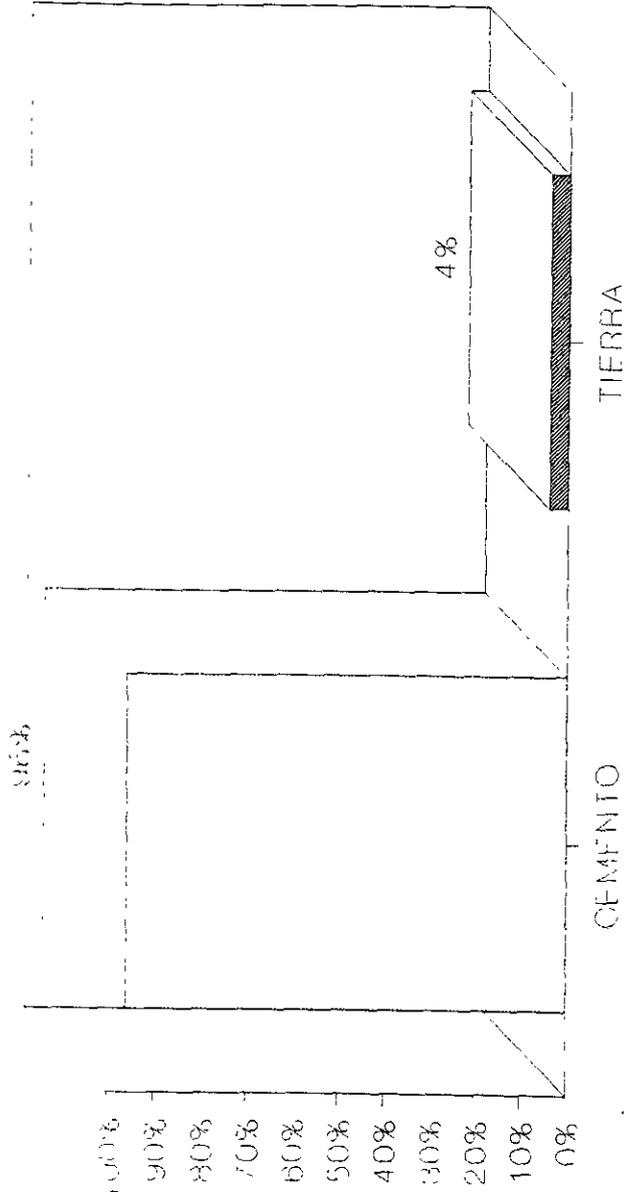
## Familias de la Clínica Periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora



ELITE, Esp. de Es. Cont. de

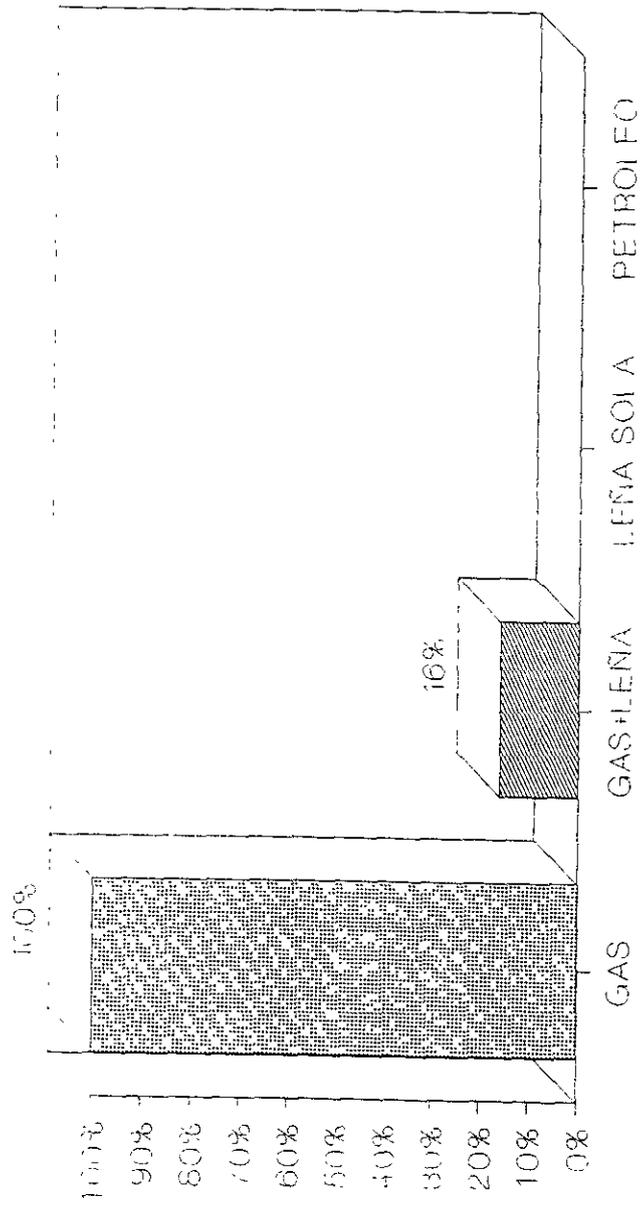
# GRAFICA XIII. PISO

## Familias de la Clínica Periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora



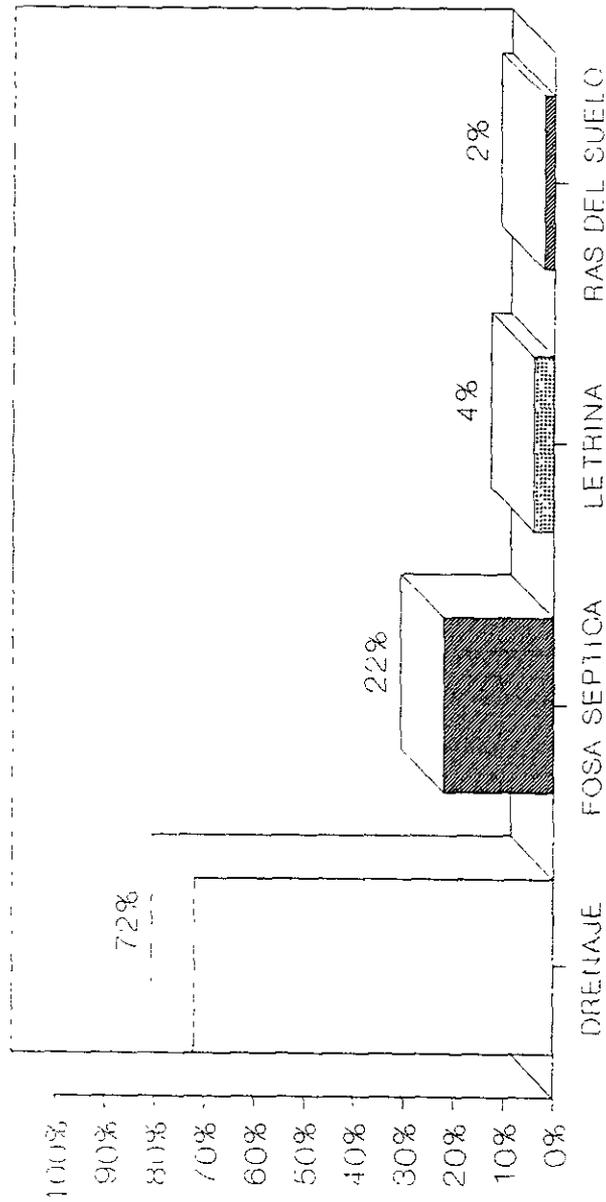
# GRAFICA XIV. TIPO DE COMBUSTIBLE EN COCINA

Familias Clínica ISSSTE de Esperanza



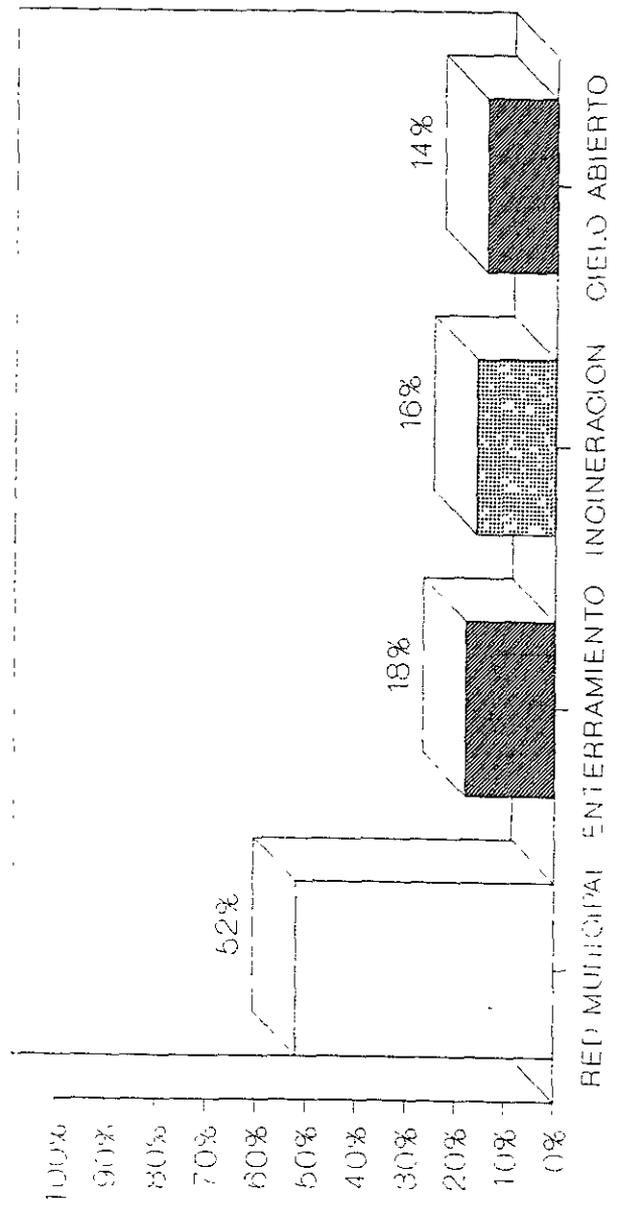
# GRAFICAS XV. DISPOSICION DE EXCRETAS

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
de Esperanza, Sonora



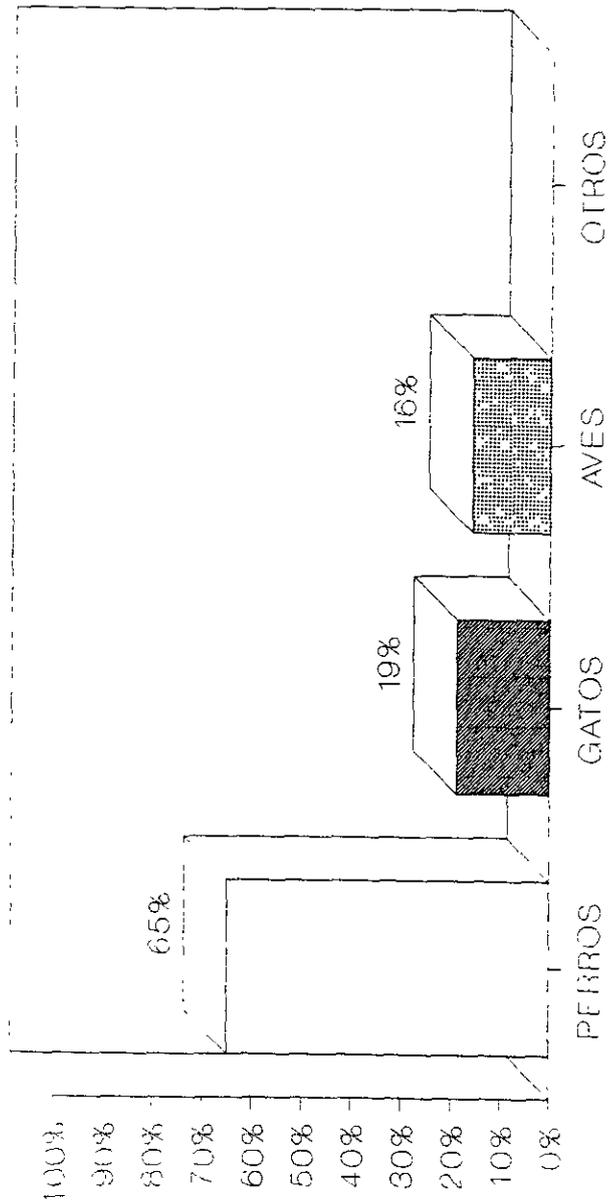
# GRAFICA XVI. DISPOSICION DE BASURA

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
de Esperanza, Sonora

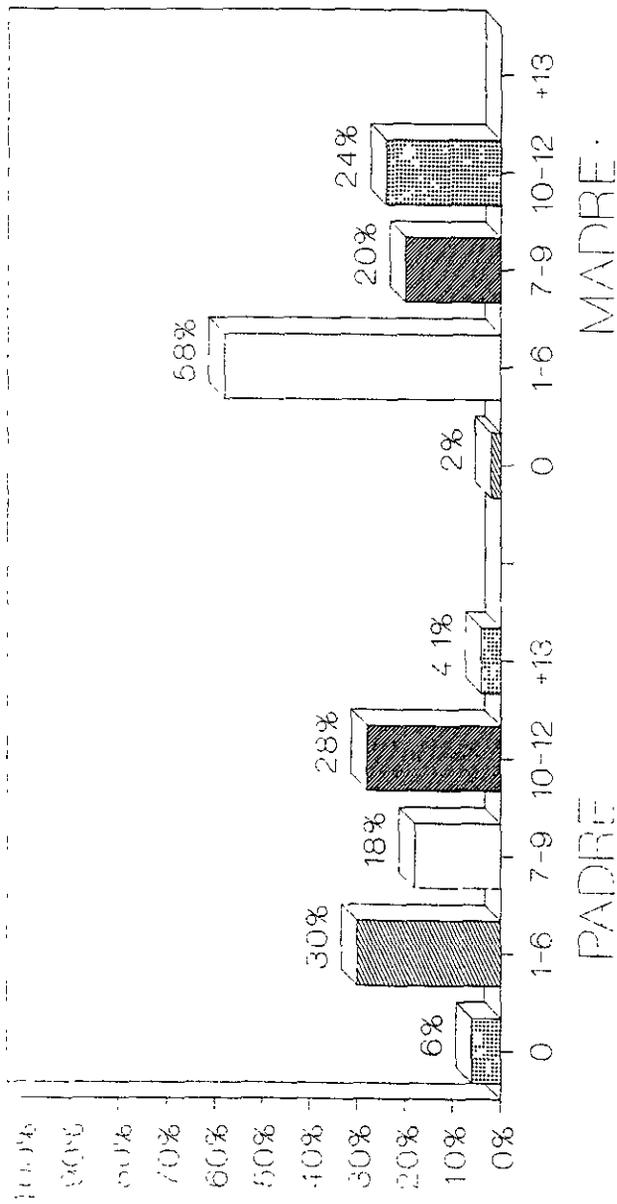


# GRAFICA XVII. ANIMALES DOMESTICOS

Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
de Esperanza, Sonora

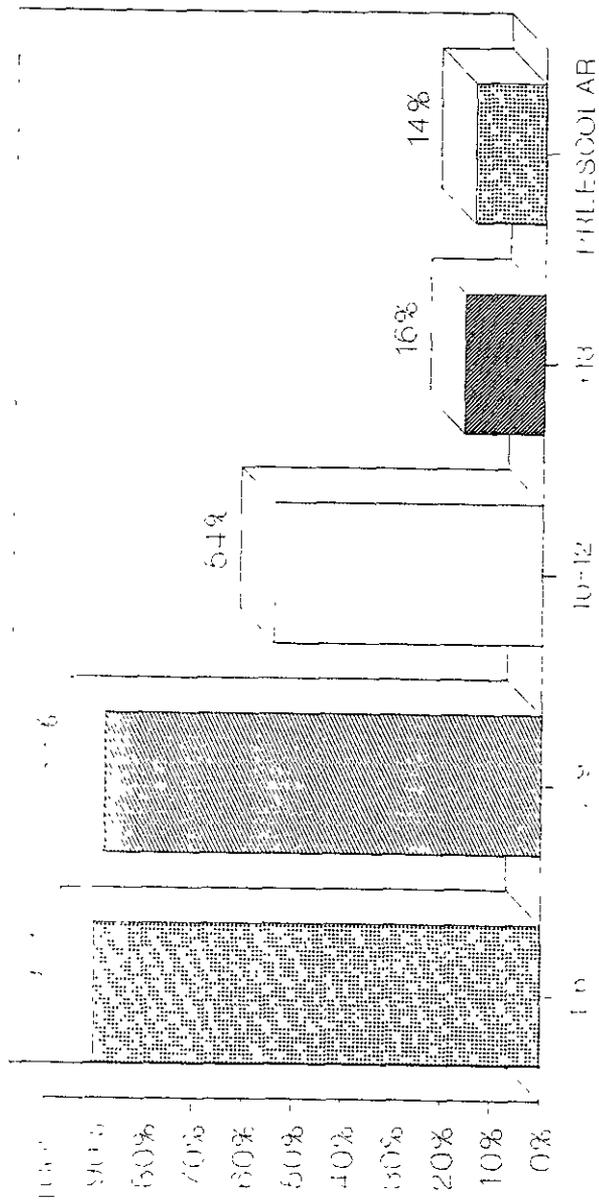


**GRAFICA XVIII. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES**  
 Familias de la Clínica Periférica ISSSTE  
 de Esperanza, Sonora



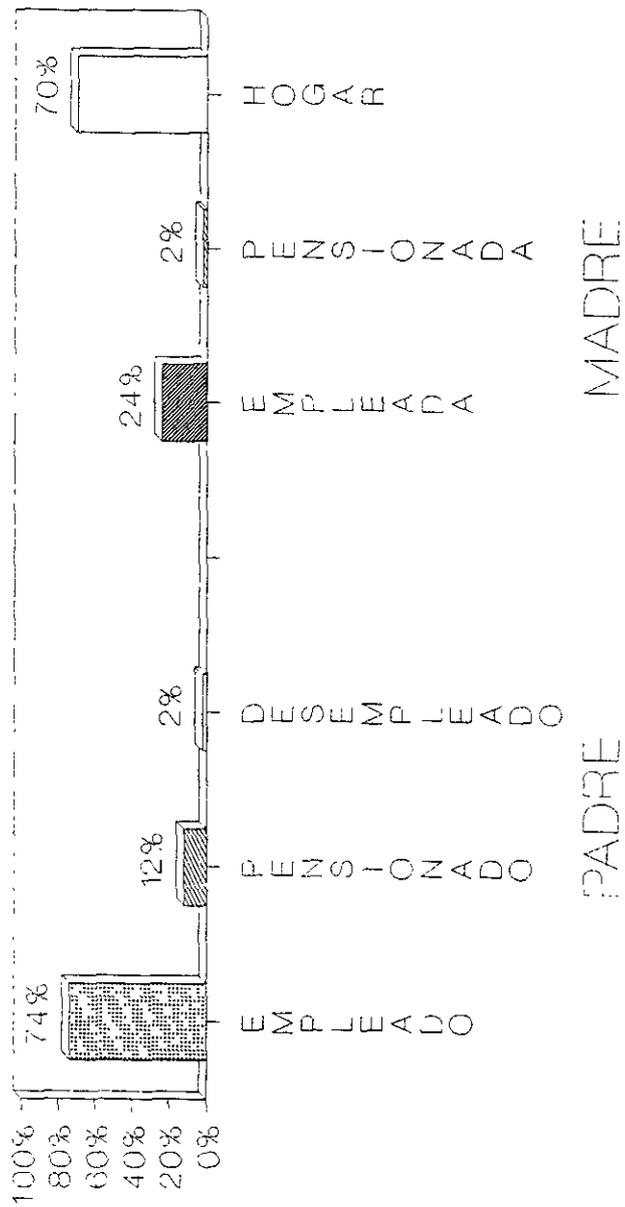
# GRAFICA XIX. ESCOLARIDAD EN HIJOS POR AÑOS

Familias Clínica Periférica ISSSTE



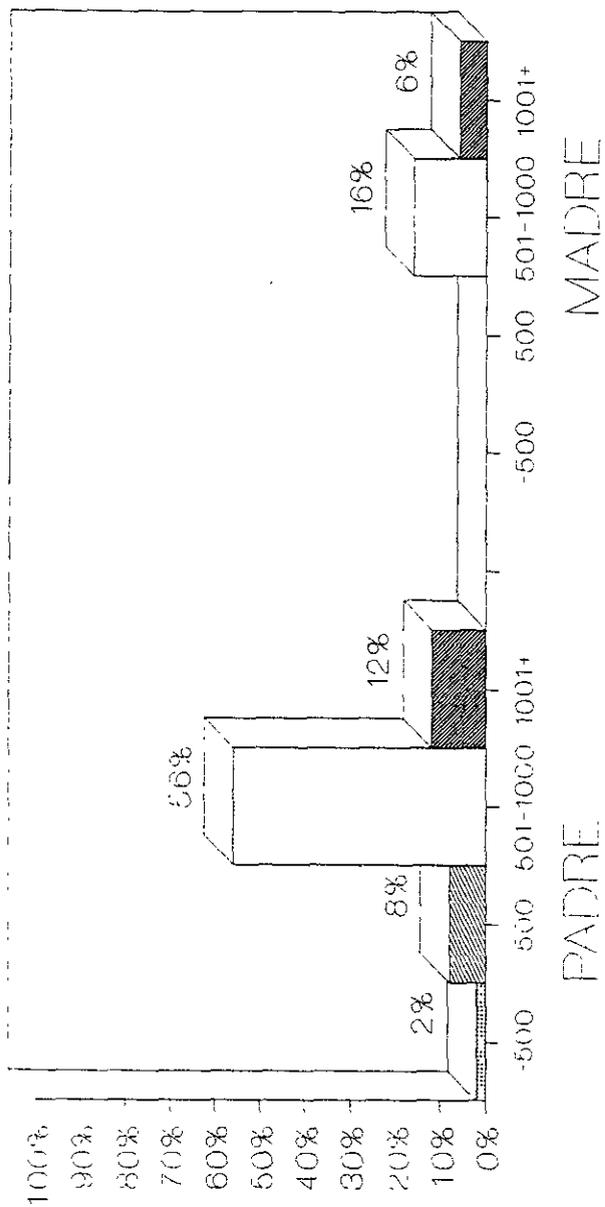
# GRAFICA XX. EMPLEOS DE LOS PADRES

## Familias de la Clínica Periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora



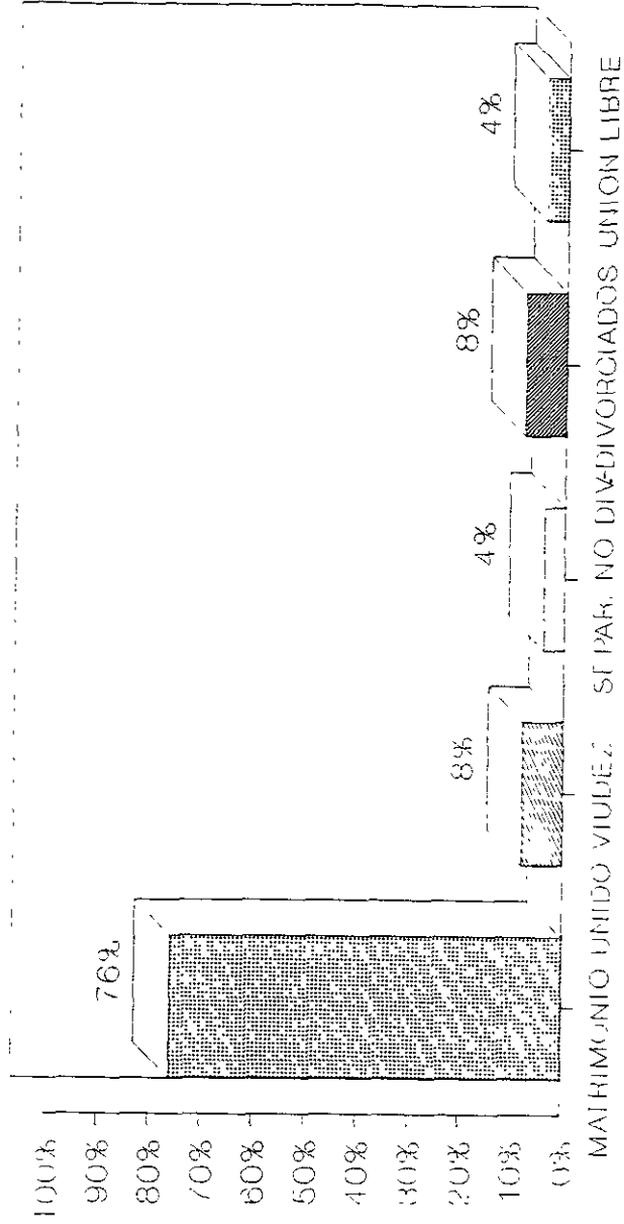
# GRAFICA XXI. INGRESOS ECONOMICOS DE LOS PADRES; POR QUINCENA

Familias Clínica Periférica ISSSTE



# GRAFICA XXII. SITUACION MATRIMONIAL

## Familias de la Clínica Periférica ISSSTE de Esperanza, Sonora



FUENTE: Encuestas Consultoras

**CUADRO No. 17. PRINCIPALES DIEZ ENTIDADES MORBOSAS  
MOTIVOS DE CONSULTA CLINICA PERIFERICA ISSSTE DE  
ESPERANZA, SONORA. 1996**

<b>AFECCION PRINCIPAL</b>	<b>CODIGO C.I.E. 1975</b>	<b>CONSULTAS DE 1ERA VEZ</b>	<b>POR CIENTO</b>	<b>TASA</b>
INFECCION VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	460-466	355	40.40	15.20
HIPERTENSION ARTERIAL	401-405	123	14.00	5.27
DOLORES REUMATICOS	710-739	47	5.35	2.01
COLITIS	001-999	39	4.44	1.67
INFECCIONES URINARIAS	580-589	32	3.64	1.37
DIABETES MELLITUS	250	28	3.18	1.20
PARASITOS INTESTINALES	129	18	2.05	0.77
GASTROENTERITIS INFECCIOSA	001-009	15	1.70	0.64
NEUROSIS	300	15	1.70	0.64
DEPRESION	290-319	14	1.59	0.60
DEMÁS AFECCIONES	001-999	192	21.95	8.23
<b>TOTAL</b>	<b>001-999</b>	<b>878</b>	<b>100.00</b>	<b>37.96</b>

Población derechohabiente Junio 96 : 2332

Fuente: Archivo Clínico.

## **VII Discusión.**

### **Censo de población.**

En la pirámide poblacional de la clínica de Esperanza Sonora se encontraron los siguientes datos. En un total de 2332 personas 1060 fueron masculinos, y 1272 fueron femeninos los cuales predominaron, se mostró también que la parte central de la pirámide, la ocupó gente joven de 15 a 24 años y de 25 - 44 años de edad . La base de la pirámide la cual fue angosta predominó la población infantil de 1 a 4 años de edad y en la edad de 45 a 64 años mostró que la proporción es de 1 a 1. Se encontró una población femenina en edad reproductiva importante que es el 36.8% y se encuentra en la edad de 14 a 44 años por abajo de la del municipio que es del 42% lo que nos da la pauta para un buen programa preventivo de planificación familiar. Un grupo que nos llama la atención es el de menores de un año de edad que solo es el 1.01 % de ambos sexos lo que indica que hay una planificación familiar satisfactoria.

### **Diagnóstico familiar.**

**Tipo de familia.** El tipo que más se encontró fue el de la familia nuclear.

**Integración familiar.** El 72% de las familias se encontraron integradas lo que es benéfico para la comunidad , pues está por encima del porcentaje de las disfunciones familiares.

**Planificación familiar.** En base a la investigación que se realizó, encontramos que a un 30 % de las mujeres en edad fértil se les practicó salpingoclasia, lo que quiere decir que se está haciendo conciencia en la planificación familiar. En la estadística del municipio el 37.3% de las mujeres en edad fértil tiene salpingoclasia.

**Vivienda.** El 94% de las viviendas resultaron propias, casa rentada en un 2%, prestada un 4%. La gran mayoría de las casas tienen techos de concreto, pisos de

cemento, paredes de tabique y cuentan con todos los servicios urbanos. En comparación con la zona urbana de Cd. Obregón, el 90.4% son viviendas propias y están construidas con los mismos materiales.

**Estado civil.** El 95% de las parejas están casadas con un promedio de 20 años de unión conyugal y un 2% de matrimonios divorciados, siendo baja la proporción; esto da bases para que haya una buena integración familiar. En cambio, en Cd. Obregón el 43.1% de las parejas están casadas y el 1% están divorciadas.

**Toxicomanías.** En el 60% de los integrantes de las familias se encontró alcoholismo muy marcado, que amenaza a la integración familiar; en algunos de los casos son bebedores problema, pero no reconocen su alcoholismo. En el 43 % de las familias se encontró, un integrante con problemas de tabaquismo.

**Empleos.** Se observó que un porcentaje elevado de madres de familia trabajan para ayudar con los gastos del hogar. En comparación con las madres de familia de Cd. Obregón, que es un porcentaje similar, 24% en la comunidad de Esperanza con un 29 % en Obregón.

**Escolaridad de los padres.** Se encontró, que el 28 % de los padres tienen preparatoria, y las madres un 20 % también, un 4% tienen profesional, y un 2% analfabetas. En cuanto a la escolaridad de los hijos, predomina la secundaria y la preparatoria. En comparación con la estadística del municipio tiene un 4.1 % de analfabetas.

## **Morbilidad.**

En el estudio de la morbilidad, se observó que las infecciones de las vías respiratorias superiores son las más frecuentes, debido probablemente a las polvaredas de la mayoría de las calles. En cuanto a las toxicomanías, se observó que el alcoholismo es el que más predomina en la comunidad, afectando enormemente a la familia. La hipertensión arterial se encuentra en segundo lugar, lo que coincide con las cifras de la Secretaría de Salud del estado de Sonora. En los casos de la neurosis y la depresión, nos llama la atención que el porcentaje es casi igual con una mínima diferencia de 0.11 %, lo que nos indica que este tipo, de padecimientos es frecuente, pero muchas de las veces pasa desapercibido por el médico.

La diabetes mellitus y las infecciones de las vías urinarias, guardan una similitud de porcentajes; nos llama la atención, porque casi siempre estas patologías se asocian bastante y en este estudio quedaron en quinto y sexto lugar respectivamente.

## **VIII. Conclusiones.**

En base a los resultados obtenidos en este estudio, podemos aplicar el modelo sistemático de atención médico familiar para conocer más a fondo la problemática, tanto de salud mental como de salud orgánica, y enterarnos de los principales problemas de las comunidades de sus familias, de su demografía y causas de morbilidad más frecuentes. Todo ello con el propósito de estar enterados de cuantas familias tenemos a nuestro cargo y preocuparnos por ellas.

En una comunidad como Esperanza, donde el nivel sociocultural y económico es predominantemente bajo, la presencia de alcoholismo intenso en la juventud, convivencia con animales domésticos y corrales con animales en los patios de algunas casas, favorece riesgos a la salud de las familias.

Muchas familias no gozan de buen nivel de vida, porque ganan bajos salarios por lo que tienen que limitarse demasiado en su poder adquisitivo.

No se cuenta con programas preventivos de las enfermedades crónico degenerativas; no hay seguimiento de los casos clínicos; a los paciente hipertensos con varios años de evolución no se les toma telerradiografía de tórax como parte de una atención integral, a fin de desarrollar con eficiencia y eficacia estos programas preventivos.

Al identificar mejor el problema de las familias, se optimizarán recursos económicos, y disminuirán las consultas institucionales. Es recomendable tener en mente siempre que un pueblo con salud da mejor rendimiento, que un pueblo que adolece de ella.

Después de haber efectuado todo el estudio, hecho análisis, conclusiones de la población adscrita a la clínica periférica del ISSSTE de Esperanza, conocer la demografía, el diagnóstico y la morbilidad, a continuación enumeraré las medidas a tomar para prevenir la morbilidad que aqueja a la comunidad.

Se debe capacitar al personal médico y paramédico en medicina preventiva, para que haya una buena prevención y promoción de la salud, que la relación médico paciente sea de calidad y calidez.

Que todo procedimiento de salud quede asentado en el expediente clínico.

Hacer campañas preventivas de diseño y aplicación nacional, dando respuestas a las necesidades reales de salud y de atención de riesgos comunitarios, con un menor costo en la atención y optimización de los recursos.

Propongo hacer más promoción en las campañas de planificación familiar, prevención de enfermedades respiratorias y de transmisión sexual.

Se debe concientizar en la atención oportuna a la población sobre las enfermedades crónico degenerativas y como controlarlas.

Darle seguimiento periódico a los pacientes diabético, hipertensos, hiperlipidémicos, y con elevación de ácido úrico en forma integral.

Propongo abrir programas nutricionales, para control de la obesidad, control del niño sano, orientar sobre el hospital amigo del niño y de la madre y explicar en que consiste este programa y las ventajas de la alimentación al seno materno.

Orientar sobre el problema tan grande que es el alcoholismo, abundante en los jóvenes, explicarles que es una enfermedad progresiva, irreversible y mortal por necesidad al igual que otras drogas.

Realizar campañas más seguidas para detección oportuna de cáncer de mama y capacitar a las mujeres como se debe hacer la exploración .

Participar en programas de investigación e intercambiar información con otros médicos familiares para así poder tener enseñanza continua y poder desarrollar una buena medicina familiar para beneficio propio y sobre todo de la comunidad a nuestro cargo.

## **X. Bibliografía.**

1. López Salamanca S. actuación del especialista de medicina familiar en la sociedad actual. Revista médica IMSS. Volumen 33, Número 3. Año 1995. Páginas 317-320
2. Jiménez Mena C, Lorenzo Riera A, Segura Hernández E, Suárez Pérez P, Duarte Carbelo A, Hernández González T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivo y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria. 1993; 12(5):269-272.
3. Gil BF, Quirce F, Simón Talero M, Orozco D, Urral J, Merino J. Medicina en atención primaria (dos años de experiencia). Atención Primaria. 1993; 12:152-154
4. Brotons Cuixart C. Actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria. Atención Primaria 1989; 6: 369-370.
5. Rodríguez Morúa J, Ruíz Jáuregui Zuria P, Rodríguez Madariaga M.L, Fernández Téllez A, Abedillo Murga A. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria. 1994; 13:65.67.
6. Estebanell Arnal M, Uriel Pérez JA, Martín Miguel VP, García Pellicer López MP:, Esteban Alorga C, Córdoba García. R. Actuación derivada de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria. 1992:10:539-542.

7. Revilla L, Sevilla E. Participación de la comunidad en atención primaria. *Atención primaria* 1987; 4: 395-396.
8. Martín Zurro A, Brotons C. Ciurana R. Forés MD. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. En. Martín Zurro A. Cano JF.eds. *Manual de atención primaria* . Barcelona , Doyma, 1989: 661-675.
9. Rubén Velazco Orellana. Reflexiones y Pronóstico de la Medicina Familiar . *Revista Médica del IMSS (México)*. 1992 . Volumen 30. Páginas 275-279.
10. Programa académico de especialización en Medicina Familiar. IMSS. México Agosto de 1992.
11. Estebanel A, Pérez U, Martín M, Garcia m, Algora E y Cordoba R. Actuación Derivada de la Aplicación de un Programa de Actividades preventivas. *Atención Primaria* 1992; 10:539-542.
12. Turbián J. Percepción de éxito en programas de promoción de la salud en la atención primaria de la provincia de Toledo. *Atención Primaria*. 1994; 14 8:765-768.
13. Brunton S, Sutherland J. Prevención de la enfermedad y protección de la salud. Taylor RB. de. *Medicina de familia, Principios y Práctica*. Barcelona, Doyma, 1995; 85-99.
14. Rodríguez J, Ruíz P., Fernández A. y Abedillo A. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*. 1994; 13:39-41.

15. Palomo L. La Atención Primaria de Salud y las unidades de investigación. Atención Primaria. 1995; 16:165-167.
16. López S. Actuación del especialista en Medicina Familiar en la Sociedad Actual. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1995; 33:317-320.
17. Rabadán M, Álvarez C, Granada C, García P, Corral C, Arnal R. Evaluación del programa de actividades preventivas y promoción de la Salud adulto en un área sanitaria. Atención Primaria. 1993; 12:637-645.
18. Jimenez C, Lorenzo A, Segura E, Suárez P, Duarte A, Hernández T. Análisis de la Cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la Salud según grupos de edad. Atención Primaria. 1993; 12:269-272.
19. Sánchez G. El reto actual de la Medicina Familiar en México. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1994; 32:355-357.
20. Chávez H. El médico Familiar en la atención primaria en la Salud. Rev. Méd. IMSS (Méx.). 1995; 33:173-176.
21. Chávez V, García J. La atención integral en Medicina Familiar. Rev. Méd. IMSS (Méx.). 1995; 33:167-171.
22. Morbilidad según demanda de atención externa. Jefatura de Servicios de Salud Pública IMSS. 1990; Pág. 63-98.

23. Soberón G, Langer A, Frenk J. Requerimientos del paradigma de atención primaria en la Salud en los albores del siglo XXI. Salud Pública Méx. 1988; 30 (5):791-803.
  
24. Gil F, Quirce F, Talero S, Orozco D, Uris J Merino J. Medicina an atención primaria (asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alicante): dos años de experiencia. Atención Primaria. 1993; 12:152-154.
  
25. Delgado A. La Participación Comunitaria: Una revisión necesaria. Atención Primaria. 1992; 9:457-459.

CENSO POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO  
 EN GRUPOS ETAREOS DE 5 AÑOS

SEXO GRUPO DE EDAD	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
- 1 Año			
1 - 5			
6 - 10			
11 - 15			
16 - 20			
21 - 25			
26 - 30			
31 - 35			
36 - 40			
41 - 45			
46 - 50			
51 - 55			
56 - 60			
61 - 65			
65 a +			
<b>TOTAL</b>			



10 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD \* ( ) POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

C.I.E. 9ª Rev.	-1		1-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65 a +		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	<b>GRUPOS DE EDAD Y SEXO</b>															
<b>DIAGNOSTICO</b>																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
<b>TOTAL</b>																

\* ( a ) ENFERMEDADES TRANSMISIBLES o INFECCIOSAS  
 ( b ) ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES o NO INFECCIOSAS  
 ( c ) ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS.

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CEDULA DE MICRODIAGNOSTICO FAMILIAR

⇒Localización.

→Familia: anotar los apellidos paternos del padre y de la madre.

→Años de unión conyugal: se anotará con número.

→Domicilio, colonia, ciudad y municipio: anotar todos los datos, sin abreviaturas.

→Manzana: anotar el número que le corresponda.

→Vivienda N°: Cada vivienda se numerará en forma progresiva de 01 al 50.

→Sector: Definir mediante la sectorización de colonias y viviendas a qué sector pertenece.

→Elaboró: Anotar el nombre del encuestador.

⇒Composición Familiar.

→Nombre: Anotar el nombre de pila iniciando por el padre, la madre y los hijos de mayor a menor; cuando se trate de otros familiares, anotar además del nombre, los apellidos.

→Parentesco: Anotar el que corresponda.

→Edad: Anotar con claridad los años cumplidos, en el espacio  según se trate de masculino (M) o femenino(F).

→Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado o unión libre.

→Escaridad: anotar hasta que grado escolar estudió.

→Ocupación: Anotar la principal actividad realizada por cada integrante de la familia.

→Ingresos: anotar los ingresos por mes.

→Padecimientos crónicos: Anotar el que refiera como diagnosticado por personal médico.

⇒Toxicomanías, alimentación y hábitos higiénicos.

→Marcar con x en el espacio  que corresponda.

Observaciones: se anotará lo que se considere importante.

⇒Vivienda.

→Marcar con x en el espacio  que corresponda.

⇒Fase del ciclo vital, tipo de familia Integración familiar y planificación familiar.

→Marcar con x en el espacio  que corresponda.

⇒Antecedentes heredo-familiares.

Marcar con x en los espacios  y  que corresponda.