

11226

92  
2ej



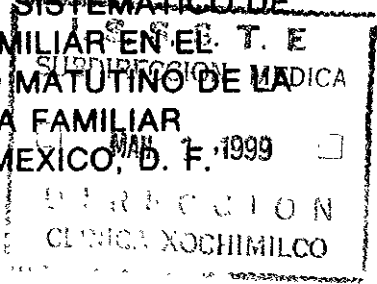
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO 093248,  
MEXICO, D. F.**

**"APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE  
ATENCION MEDICO FAMILIAR EN EL T. E  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO DE LA  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
XOCHIMILCO ISSSTE, MEXICO, D. F. 1999**



**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
DRA. ENRIQUETA ORTIZ GONZALEZ**

271533



**ISSSTE**

**TESIS CON  
ALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

OCTUBRE DE 1999



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.

SIN

PASINACION

**"APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICO FAMILIAR EN EL  
CONSULTORIO No.3 TURNO MATUTINO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
XOCHMILCO ISSSTE, MEXICO, D.F."**

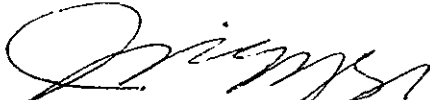
**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

**DRA: ENRIQUETA ORTIZ GONZALEZ**


**AUTORIZACIONES**



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



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



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

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

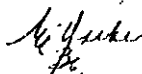
**PRESENTA:**

**DRA: ENRIQUETA ORTIZ GONZALEZ**

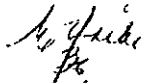
**"APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICO FAMILIAR EN EL  
CONSULTORIO No.3 TURNO MATUTINO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
XOCHIMILCO ISSSTE, MEXICO, D.F."**



**DRA: MARIA CAROLINA GALVEZ JIMENEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES EN CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO**



**DRA: EUGENIA DEL CARMEN URIBE BELTRAN  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO**



**DRA: EUGENIA DEL CARMEN URIBE BELTRAN  
ASESORA DE TESIS EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO**



**DR: FRANCISCO J. LIZCANO ESPERON  
ASESOR DE TESIS EN UNAM**



**DRA: LETICIA ESNAURRIZAR  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO, OCTUBRE 1998**

A mis Padres

A Javier

A Laura y Quetita

Agradecimiento:

A la Dra. Ma. Carolina Galvez Jiménez

y a la Dra. Eugenia del Carmen Uribe Beltrán

por su Apoyo y Guía.

**"APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICO FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.3 TURNO MATUTINO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO ISSSTE, MEXICO, D.F."**



## **CONTENIDO.**

### **I. MARCO TEORICO**

### **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **III. JUSTIFICACION.**

### **IV. OBJETIVOS.**

1. OBJETIVO GENERAL
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

### **V. METODOLOGIA.**

1. DISEÑO
2. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.
3. MUESTREO.
4. CRITERIOS DE SELECCION.
5. VARIABLES.
6. PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION.
7. CONSIDERACIONES ETICAS.

### **VI. RESULTADOS.**

1. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.
2. TABLAS , CUADROS Y GRAFICAS.

### **VII. DISCUSION DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.**

### **VIII. CONCLUSIONES**

### **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

### **X. ANEXOS.**

## **I. MARCO TEORICO.**

EN PAISES COMO LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA, CANADA, AUSTRALIA, Y PAISES DE LA COMUNIDAD EUROPEA DONDE LA MEDICINA FAMILIAR CELEBRARA PROXIMAMENTE 30 AÑOS COMO ESPECIALIDAD, ESTA DESEMPEÑA UN PAPEL PRIMORDIAL EN LA MEDICINA Y EN LA SOCIEDAD Y FIEL A SUS ORIGENES ES LA FUERZA INTEGRADORA QUE ENLOBA LA FRAGMENTACION Y COORDINA LOS AVANCES TECNOLOGICOS DE LA MEDICINA (1)

EN 1978 LA CONFERENCIA DE LA OMS-UNICEF DE ALMA ATA DEFINIO LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD COMO: "LA ASISTENCIA ESENCIAL, BASADA EN METODOS Y TECNOLOGIAS PRACTICOS, CIENTIFICAMENTE FUNDADOS Y SOCIALMENTE ACEPTABLES, PUESTA AL ALCANCE DE TODOS LOS INDIVIDUOS Y FAMILIAS DE LA COMUNIDAD, MEDIANTE SU PLENA PARTICIPACION, Y A UN COSTE QUE LA COMUNIDAD Y EL PAIS PUEDAN SOPORTAR, EN TODAS Y CADA UNA DE LAS ETAPAS DE SU DESARROLLO, CON UN ESPIRITU DE AUTORESPONSABILIDAD Y AUTODETERMINACION". (2).

LA ATENCION PRIMARIA ES EL MARCO IDEAL PARA IMPULSAR Y DESARROLLAR UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD, POR TRATARSE DEL NIVEL DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO DONDE LA POBLACION ACCEDE DE MANERA DIRECTA Y SUELE RESPETAR LOS CONSEJOS DE SU MEDICO (3.4).

EL PAPEL TRADICIONAL DEL MEDICO HA SIDO CURAR LA ENFERMEDAD. SIN EMBARGO EN LOS ULTIMOS AÑOS HA ADQUIRIDO UNA IMPORTANCIA CRECIENTE UNA NUEVA ACTIVIDAD, COMO ES LA PREVENCION Y LA PROMOCION DE LA SALUD. LAS ACTUACIONES EN ESTOS CAMPOS CONSTITUYEN PILARES EN LA ACTUACION PROFESIONAL DEL MEDICO DE FAMILIA. (5.6).

EL OBJETIVO DE LA OMS "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" HA CONTRIBUIDO DE FORMA DECISIVA A PONER EN PRACTICA NUEVAS ESTRATEGIAS QUE GIRAN ALREDEDOR DE LA ATENCION PRIMARIA Y UNA CONCEPCION MAS GLOBALIZADORA DE LA PROMOCION DE LA SALUD, COMO INSTRUMENTOS QUE DEBEN PERMITIR LA REORIENTACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESTA PERSPECTIVA Y UNA PARTICIPACION PROGRESIVAMENTE MAS ACTIVA E INFORMADA DE LA POBLACION EN EL CUIDADO DE LA PROPIA SALUD. LA CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD SEÑALA LAS ACCIONES ESPECIFICAS Y LOS AMBITOS DE APLICACION DE ESTAS NUEVAS ESTRATEGIAS. EN SENTIDO AMPLIO, LA PROMOCION DE LA SALUD PUEDE DEFINIRSE COMO CUALQUIER ACTIVIDAD QUE TRANSFORMA LA CONDUCTA, EL AMBIENTE O LA HERENCIA EN UN SENTIDO POSITIVO. UNA DEFINICION MAS RESTRICTIVA SE REFIERE A LAS ACTIVIDADES ORIENTADAS AL INDIVIDUO QUE AYUDEN A LAS PERSONAS A MODIFICAR SU ESTILO DE VIDA PARA QUE TIENDA A UN ESTADO OPTIMO DE SALUD.

LOS MULTIPLES BENEFICIOS DE LA PROMOCION DE LA SALUD PUEDEN RESUMIRSE EN DOS CUALIDADES SUSTANTIVAS DEL EJERCICIO MEDICO: MEJORIA DEL NIVEL DE SALUD DE LA COMUNIDAD A SU CARGO Y QUE ES UNA FORMA DE ATENCION MENOS COSTOSA Y MAS EFECTIVA. PARA DESARROLLAR MEDIDAS DE PROMOCION DE LA SALUD SON NECESARIAS NUEVAS ACTITUDES Y DESTREZAS POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA (INCLUYENDO TRABAJO, SOCIAL, DIETISTAS, SANITARISTAS, PSICOLOGOS, CON ESPECIAL REFERENCIA A ENFERMERIA), PERO SOBRE TODO UN NUEVO TIPO DE RELACION CON EL PACIENTE: HACER PROMOCION DE LA SALUD

**SIGNIFICA, EN DEFINITIVA, INTENTAR AYUDAR A LAS PERSONAS Y COLECTIVIDADES A APRENDER Y ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD DE SU PROPIO BIENESTAR. (7.3.8)**

**OTRO ASPECTO QUE PERMITE DEFINIR EL CONTENIDO DE LA MEDICINA FAMILIAR ES EL DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS QUE EXAMINAN LOS DISTINTOS MOTIVOS DE CONSULTA QUE DEBEN ATENDER SUS PROFESIONALES. EL MAS FAMOSO ES EL VIRGINIA STUDY PUBLICADO EN 1976 QUE REVISO MAS DE 500 000 MOTIVOS DE CONSULTA ATENDIDOS POR LOS MEDICOS DE FAMILIA. FRIEDMAN Y COLS. DESTACARON LA IMPORTANCIA DE SABER COMUNICAR, DE INFORMAR SOBRE LOS PROBLEMAS MEDICOS COMUNES, DE LA ATENCION LONGITUDINAL Y CONTINUA, ORIENTADA A LA FAMILIA, DE LA MEDICINA BIOPSIOSOCIAL, DE LA MEDICINA PREVENTIVA, DEL USO DE LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD, DE LA ASISTENCIA EN EQUIPO, Y DEL SABER CUANDO ES NECESARIO DERIVAR A UN PACIENTE. (1.9.10)**

**EN 1980 EN INGLATERRA EL DR. J. FRY PROPORCIONA ALGUNOS EJEMPLOS DE COMO LA INVESTIGACION EN LA MEDICINA FAMILIAR PUEDE CONDUCIR A UNA MEJOR ATENCION, UN MEJOR SERVICIO Y UN MEJOR USO DE LOS RECURSOS MEDICOS POR PARTE DE LOS PACIENTES. IDENTIFICANDO EN UNA POBLACION DE 2500 PERSONAS DURANTE UN AÑO EL NUMERO DE PERSONAS Y QUIENES ACUDEN A CONSULTA, ASI COMO LA PREVALENCIA E INCIDENCIA DE ENFERMEDADES, LA PATOLOGIA SOCIAL Y LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES MENOS COMUNES. (11)**

**DENTRO DE LOS PRINCIPIOS QUE GOBIERNAN LAS ACCIONES DE LA MEDICINA FAMILIAR McWHINNEY SEÑALA QUE EL MEDICO DE FAMILIA ESTA COMPROMETIDO CON LA PERSONA MAS QUE CON UN DETERMINADO CUERPO DE CONOCIMIENTOS, GRUPO DE ENFERMEDADES O TECNICA ESPECIAL, QUE EN MUCHOS CASOS EL COMPROMISO CON LA PERSONA COMIENZA CUANDO ESTE SE ENCUENTRA SANA, QUE DEBE ASPIRAR A COMPRENDER EL ENTORNO DE LA ENFERMEDAD, VER CADA CONTACTO CON SU PACIENTE COMO UNA OPORTUNIDAD PARA LA PREVENCION Y LA EDUCACION SANITARIA; ASI MISMO CONSIDERAR AL CONJUNTO DE PACIENTES COMO UNA POBLACION EN RIESGO, ESTO IMPLICA UN COMPROMISO PARA MANTENER LA SALUD DE LA POBLACION A LA QUE ATIENDE ACUDA O NO A CONSULTA. (12.13).**

**DESDE HACE MAS DE 10 AÑOS, EL COLEGIO DE MEDICOS FAMILIARES DE CANADA IDENTIFICO CUATRO PRINCIPIOS CENTRALES DE LA MEDICINA FAMILIAR: QUE LA RELACION MEDICO-PACIENTE ES CENTRAL, QUE TIENE QUE SER UN CLINICO EXPERTO, QUE SU DISCIPLINA ESTA BASADA EN LA COMUNIDAD Y QUE ES UN RECURSO DE UNA POBLACION DEFINIDA DE PACIENTES. Y EN SU REPORTE ANUAL DE 1994 EXPRESA: "EL MEDICO FAMILIAR VE EN SU PRACTICA UNA POBLACION EN RIESGO Y SE ORGANIZA PARA ASEGURAR QUE LA SALUD DE SU POBLACION SE MANTENGA SIN IMPORTAR SI VA O NO AL CONSULTORIO". (14)**

**K. WHITE EN 1961 DESPUES DE REALIZAR ESTUDIOS COMUNITARIOS SEÑALA QUE POR CADA 1 000 PERSONAS DE UNA POBLACION GENERAL CON MAS DE 16 AÑOS DE EDAD, 750 COMUNICAN HABER PADECIDO ALGUN EPISODIO DE ENFERMEDAD EN EL CURSO DE UN MES, 250 CONSULTAN CON UN MEDICO, 5 SON ENVIADAS A OTRO MEDICO, 9 SON INGRESADAS EN UN HOSPITAL Y UNA INGRESA EN UN HOSPITAL DOCENTE. (12.15)**

**EN MEXICO, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 DEL IMSS, EL 95% DE LOS CASOS, SE RESUELVE "IN SITU" Y EL 5% SE REFIERE A OTRO NIVEL QUE ES UNA CIFRA MUY PARECIDA A LA ENCONTRADA POR WHITE, 15 DE 250, O SEA EL 6% ES EL QUE SE REFIRIO A OTROS NIVELES. (16) QUEDANDO ASI DEMOSTRADO LA IMPORTANCIA DEL LLAMADO MEDICO DE FAMILIA**

HART, EN 1984, PROPONE UN NUEVO MODELO DE MEDICO DE CABECERA: DEBE POSEER UNA INFORMACION QUE HABITUALMENTE NO SE RECIBE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS, UNA IMAGINACION AGIL Y CAPACIDAD PARA HABLAR Y ACTUAR DE FORMA NO ERUDITA. (17.18)

EN UN ESTUDIO DE DELPHI REALIZADO EN 1992 EN ESPAÑA, UN GRUPO DE EXPERTOS ALCANZO UN ELEVADO GRADO DE CONSENSO RESPECTO A LOS CONTENIDOS QUE SE DEBEN IMPARTIR EN ATENCION PRIMARIA, CONCLUYENDO QUE LOS CONOCIMIENTOS MAS VALORADOS SON LOS RELATIVOS A LA CONCEPCION INTEGRAL DE LA SALUD, PROMOCION Y PREVENCION. LAS HABILIDADES MAS PUNTUADAS SON LAS CONCERNIENTES A LA RELACION PERSONAL MEDICO-PACIENTE, SE PRIORIZAN LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO FRENTE A LOS DE LA FAMILIA Y COMUNIDAD. (18.19)

EN MEXICO, EN 1954, SE EMPIEZA A UTILIZAR EL TERMINO: MEDICO DE FAMILIAS INSTITUCIONALMENTE. EN 1971 SE CREA LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR; EN 1974 SE LE DA RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO Y SE FUNDA EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR COMUNITARIA. EN 1977 LA UNIVERSIDAD DE NUEVO LEON CREA SU PROPIA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR. EN 1979 EL IMSS CREA UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR Y EL ISSSTE SU PRIMERA UNIDAD DE ESE NOMBRE, LA CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ QUE PRESTA ATENCION DE MEDICINA FAMILIAR EN ESE ENTONCES A NIVEL PILOTO; A CADA CONSULTORIO SE LE ADSCRIBEN 900 NUCLEOS FAMILIARES O 3 600 A 4 500 PACIENTES. EL EQUIPO DE ESPECIALISTAS QUE ACOMPAÑA AL MEDICO FAMILIAR SON: UN INTERNISTA, UN EPIDEMIOLOGO, UN MAESTRO EN SALUD PUBLICA, UN GINECOLOGO Y UN PSICOLOGO, EL MEDICO FAMILIAR TRABAJA EN EQUIPO CON LOS ESPECIALISTAS Y NO COMPITE CON ELLOS. EN 1980 SE RECIBEN LOS PRIMEROS 30 ALUMNOS DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIDAD ISSSTE-UNAM. EN LA S.S.A HAY DOS MODELOS EL DE ATENCION A LAS AREAS MARGINADAS Y EL MODULO DE ATENCION FAMILIAR. LA MEDICINA GENERAL/FAMILIAR ES UNA ESPECIALIDAD YA QUE SE PRACTICA EN LA COMUNIDAD, CON UN EQUIPO DE TRABAJO BIEN ESTABLECIDO Y CON EL INDIVIDUO EN SU MARCO FAMILIAR. EN 1981 EL IMSS TIENE YA 52 SEDES DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR. (20)

DESDE SU APARICION EN MEXICO, LA MEDICINA FAMILIAR, SE HA PRACTICADO CONFORME ESQUEMAS QUE, SI BIEN HAN TENIDO UN SUSTENTO MEDICO CON EL PROPOSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD DE LAS FAMILIAS, NO HAN CONTADO CON UNA BASE TEORICA RESPALDADA POR LAS EVIDENCIAS CIENTIFICAS QUE PERMITAN ESCLARECER EL CONOCIMIENTO DE LOS GRUPOS FAMILIARES ASIGNADOS AL CUIDADO DE UN MEDICO, SU EJERCIO CLINICO ES EPISODICO, CURATIVO Y CON LIMITANTES EN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y DE SEGUIMIENTO. ESTA SITUACION HA LIMITADO LA PRACTICA DE LAS TRES ACCIONES QUE FUNDAMENTAN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA FAMILIAR: ESTUDIO DE LA FAMILIA, CONTINUIDAD DE LA ATENCION, Y ACCION ANTICIPATORIA. (21)

EN 1990 EL DR. A. IRIGOYEN CORIA Y COLS. REALIZAN UN ESTUDIO EN LA UNIDAD MEDICA RURAL (UMR) IMSS-COPLAMAR EN OAXACA, DESPUES DEL CUAL SE LLEGO A LA CONCLUSION DE QUE EL ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DEBE TENER UN CONOCIMIENTO MAS OBJETIVO DE LA POBLACION QUE SE ENCUENTRA BAJO SU CUIDADO, IDENTIFICANDO CON MAYOR PRECISION A LAS FAMILIAS CON DEPRIVACION SOCIAL PARA ESTAR EN UNA SITUACION MAS PROPICIA Y PLANEAR ESTRATEGIAS DE PREVENCION DE PATOLOGIAS Y PROMOCION DE LA SALUD HACIENDO DE LAS UMR

**GRUPOS DE INVESTIGACION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION (22) Y QUE LA CLASIFICACION DE FAMILIAS ES UNA PRIORIDAD A INVESTIGAR EN MEDICINA FAMILIAR.**

**EN 1992 EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA SSA EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA" DESPUES DE LA ACTUALIZACION DE UN CONVENIO CON LA UNAM, DONDE ESTA INCLUIDO EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR, SE DESARROLLA UNA EXPERIENCIA EN LO REFERENTE A ACTIVIDADES DE INVESTIGACION, EL OBJETIVO FUNDAMENTAL ES QUE ESTE MODELO SEA REPRODUCIBLE EN CUALQUIER UNIDAD DE PRIMER NIVEL, ASIMISMO MOTIVAR AL PERSONAL QUE LABORA EN ESTAS UNIDADES PARA QUE DESARROLLEN DICHA ACTIVIDAD. POR LO ANTERIOR, ES FACTIBLE AFIRMAR QUE LA INVESTIGACION EN SALUD EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL ES UNA NECESIDAD PRIORITARIA QUE PUEDE Y DEBE REALIZARSE CON EL PERSONAL QUE LABORA EN ESTAS UNIDADES, CON UNA ADECUADA ASESORIA Y A UN COSTO MINIMO. POR ULTIMO CABE MENCIONAR QUE COMO PRODUCTO DE ESTA EXPERIENCIA SE HAN TERMINADO 29 TRABAJOS DE TESIS CON FINES DE LA OBTENCION DEL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR. (23)**

**EL MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR (MOSAMEF), SE PRESENTA POR PRIMERA VEZ, COMO UNA PROPUESTA PARA LLEVAR A CABO LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR. ESTE MODELO HA SIDO EL PRODUCTO DEL ANALISIS DE UN GRUPO DE PROFESORES DE LA ESPECIALIDAD (1) (ENCABEZADOS POR EL DR. A. IRIGOYEN CORIA) QUE, CON RENOVADO INTERES HAN ELABORADO UNA POSIBLE ESTRATEGIA PARA INICIAR ACCIONES QUE DEFINAN CON CLARIDAD EL TRABAJO MEDICO FAMILIAR Y QUE FAVOREZCA UN CONOCIMIENTO LOGICO, ANALITICO Y CRITICO DE LAS FAMILIAS, EL CUAL REDUNDARA EN UN ADECUADO ESTUDIO DE LAS CARACTERISTICAS DE LA POBLACION A SU CUIDADO, DEFINIENDO LOS CAMPOS DE ACCION PROPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR Y FUNDAMENTANDO EL DESARROLLO DE LINEAS DE INVESTIGACION EN ESTA DISCIPLINA. (21)**

**EN 1995 ESTOS PROFESORES PRESENTAN EL MOSAMEF EN FORMA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION, SIGUIENDO EL ESQUEMA PROPUESTO POR LA JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION DE LA SUBDIRECCION GENERAL MEDICA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y CON UN GRUPO DE TRABAJO FORMADO POR LOS PROFESORES TITULARES DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSSTE.(21)**

**LA ATENCION MEDICA FAMILIAR ACTUAL ES: INSATISFACTORIA PARA LOS MEDICOS, PARA LOS USUARIOS, ESCASAMENTE RESOLUTIVA, EPISODICA Y CON ESCASO IMPACTO SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD. CON LA APLICACION DE MOSAMEF SE LOGRARA MAYOR SATISFACCION DE LOS USUARIOS, PROMOCION DEL TRABAJO EN EQUIPO, MAYOR SATISFACCION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS, SE FAVORECERA LA ACTIVIDAD ACADEMICA DEL EQUIPO DE SALUD, SE PROPICIARA LA INVESTIGACION BIOMEDICA, SE PERMITIRA LA PLANEACION DE ESTRATEGIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LA ATENCION CONTINUA Y SE DARA MAYOR IMPORTANCIA A LAS ACCIONES PREVENTIVAS. (24)**

**LA APLICACION DEL MOSAMEF EN LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR DE LAS CLINICAS DEL ISSSTE EN LA REPUBLICA MEXICANA HAN SIDO TRABAJOS DE INVESTIGACION DE LOS ALUMNOS DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSSTE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MEDICOS FAMILIARES QUE OTORGA LA UNAM A PARTIR DE 1995.**

EN EL D.F. EN LA CLINICA DEL VALLE EL DR. FERNANDO VARA JIMENEZ CONCLUYE QUE LA APLICACION DEL MOSAMEF NOS APORTA LOS ELEMENTOS NO SOLO BIOPSIICOSOCIALES SINO LA RELACION DE ESTOS CON LOS FACTORES DE RIESGO, QUE ADEMAS DE SERVIR AL MEDICO FAMILIAR, REPERCUTIRA EN BENEFICIO DE LOS PACIENTES AL RECIBIR UNA MEJOR ATENCION INTEGRAL Y AL INSTITUTO PARA PRESTAR UN SERVICIO MAS OPORTUNO DE MEJOR CALIDAD Y CALIDEZ CON LA SUBSECUENTE REDUCCION DE COSTOS.(25)

EN TEPIC, NAYARIT EL DR. HECTOR E. SANTIAGO IGLESIAS ENCUENTRA QUE LA MAYORIA DE SU POBLACION SON MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA, QUE LOS PROCESOS INFECCIOSOS Y CRONICO-DEGENERATIVOS FUERON LAS CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTE, QUE LAS FAMILIAS ERAN PEQUEÑAS, INTEGRADAS, MODERNAS; CON NIVEL EDUCATIVO PROFESIONAL Y PREDOMINIO DE LAS ETAPAS INICIALES EN EL CICLO VITAL FAMILIAR CONCLUYENDO QUE ESTE CONOCIMIENTO FACILITARA EL USO MAS RACIONAL DE LOS RECURSOS DE SALUD CON QUE CUENTE Y LONGITUDINALMENTE PERMITIRA LA MEJOR COMPRESION Y CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO FAMILIAR.(26)

EN CD. OBREGON, SONORA EL DR. JORGE IBARRA MARTINEZ CONCLUYE QUE CON LA APLICACION DEL MOSAMEF SE PODRAN LOCALIZAR LOS FACTORES DE RIESGO Y CORREGIRLOS, SE CONOCERA LA EDAD DE LA POBLACION DE MAYOR DEMANDA DE CONSULTA, SU CAUSA Y RIESGOS, LA ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS, SU PROBLEMÁTICA INTERNA, Y LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE AQUEJAN A ESTE SECTOR. CON ESTO Y A TRAVES DEL TIEMPO SE TENDRA UN IMPACTO POSITIVO EN LA SALUD DE NUESTRAS FAMILIAS Y DE MEXICO. (27)

LA APLICACION DEL MOSAMEF EN CADA CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR INDEPENDIEMENTE DE LA INSTITUCION A LA QUE SE PERTENEZCA ES LA OPORTUNIDAD INELUDIBLE PARA REALIZAR EL CAMBIO QUE REQUIERE NUESTRO PAIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA, DE PASAR DE UNA MEDICINA CURATIVA A UNA PREVENTIVA COMO EN LOS PAISES DESARROLLADOS, YA QUE AL CONOCER A NUESTRAS POBLACIONES ASIGNADAS Y SU ENTORNO ESTAREMOS LISTOS PARA REALIZAR UNA VERDADERA MEDICINA FAMILIAR DE PRIMER NIVEL, APLICAR TODOS SUS PRINCIPIOS, A BAJO COSTO Y MAS EFECTIVA.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO TIENE UNA POBLACION ADSCRITA DE 81 573 DERECHOHABIENTES, DE LOS CUALES 35 663 (43.71%) SON HOMBRES Y 45 910 (56.28%) SON MUJERES. OTORGA 136 530 CONSULTAS ANUALES, 49 508 (36.26%) A HOMBRES Y 87 022 (63.73%) A MUJERES.

CUENTA CON 14 MEDICOS PARA EL TURNO MATUTINO Y 13 PARA EL VESPERTINO CON UNA POBLACION ADSCRITA PROMEDIO DE 2 867 DERECHOHABIENTES POR CONSULTORIO.

EL NUMERO DE MEDICOS CON POBLACION FIJA SON INSUFICIENTES PARA SATISFACER LA DEMANDA DE CONSULTA Y SE HA REQUERIDO TENER MEDICOS "DESAHOGADORES", 2 PARA EL TURNO MATUTINO Y 4 PARA EL VESPERTINO. ESTO HACE QUE CON FRECUENCIA LA ATENCION MEDICA SEA MAS CURATIVA QUE PREVENTIVA, INDIVIDUAL, EPISODICA, POCO RESOLUTIVA Y MULTIMANEJADA POR DIFERENTES CRITERIOS Y QUE LOS MEDICOS NO LLEGUEN A CONOCER LAS CARACTERISTICAS DE SUS FAMILIAS SIENDO DIFICIL LLEVAR UN SEGUIMIENTO ADECUADO DE LAS MISMAS ASI COMO LA APLICACION DE LAS ACCIONES QUE FUNDAMENTAN LA MEDICINA FAMILIAR.

ANTE ESTA SITUACION SURGE LA INTERROGANTE:

¿EL CONOCIMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PATOLOGICAS DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS A UN CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR, ES DECIR LA APLICACION DEL MOSAMEF ES INDISPENSABLE PARA PLANEAR ESTRATEGIAS Y LLEVAR A CABO LAS ACCIONES QUE FUNDAMENTAN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA FAMILIAR?

## **III. JUSTIFICACION.**

EL CONOCIMIENTO PARCIAL O DESINTERES POR: LAS CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS, LAS CONDICIONES SOCIO-SANITARIAS DE SU ENTORNO QUE INFLUYEN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, ASI COMO LOS RECURSOS CON QUE CUENTAN LAS COMUNIDADES Y QUE PUEDEN USARSE PARA MEJORAR EL NIVEL DE SALUD DE LAS FAMILIAS HA PROVOCADO INSATISFACCION EN EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD ASI COMO EN LOS USUARIOS DEL MISMO DENTRO DEL ESQUEMA ACTUAL DE ATENCION MEDICA FAMILIAR, YA QUE NO SE HA MODIFICADO COMO SE ESPERABA EL ESTADO DE SALUD DE LAS FAMILIAS.

ES INDISPENSABLE UN USO RACIONALIZADO DE LOS RECURSOS INTRA Y EXTRAINSTITUCIONALES PARA MEJORAR LA ATENCION EN LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR, DESDE EL TIEMPO DE ESPERA PARA OBTENER UNA FICHA DE CONSULTA, AGILIZACION DEL USO DEL ARCHIVO CLINICO, DERIVACIONES ADECUADAS A SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION Y EN GENERAL UNA ATENCION MEDICA DE MAYOR CALIDAD Y CALIDEZ QUE PERMITA PROMOVER Y MANTENER LA SALUD DE LA COMUNIDAD.

CONSIDERANDO QUE LA FAMILIA ES LA CAUSA DE MUCHOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD Y UN RECURSO PARA RESOLVER Y PREVENIR ENFERMEDADES (28) EL MEDICO FAMILIAR DEBERA CONOCER CON DETALLE LA ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS QUE ESTAN A SU CARGO ( ELEMENTOS SOCIO-CULTURALES, CLASIFICACION, ETAPA DE DESARROLLO Y RECURSOS), LA CONFORMACION DE SU PIRAMIDE POBLACIONAL, LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTEMENTE TRATADAS, ASI COMO LA DEMANDA DE SERVICIOS, CARACTERISTICAS DE LOS DEMANDANTES E IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO EN SU CONSULTORIO.

PARA DESARROLLAR UNA EFICAZ LABOR ES IMPORTANTE QUE EL MEDICO FAMILIAR REALICE ACTIVIDADES NO ESTRICTAMENTE ASISTENCIALES QUE REPERCUTAN EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD ES DECIR PREVENTIVAS (EDUCACION PARA LA SALUD) PONIENDO ESPECIAL ATENCION EN GRUPOS DE ALTO RIESGO COMO SON LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LOS CUALES SE DEBERA LLEVAR A CABO LA ENSEÑANZA DE CONCEPTOS, PROCEDIMIENTOS Y ACTITUDES QUE PROMUEVAN LA ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES , LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS FUTUROS ADULTOS Y LA UTILIZACION ADECUADA Y SOLIDARIA DE LOS RECURSOS SANITARIOS (29), DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS FAMILIAS QUE PROPICIARAN LA INVESTIGACION BIOMEDICA, QUE CON EL TIEMPO IMPACTARA POSITIVAMENTE EN LA SALUD FAMILIAR DE SU CONSULTORIO, DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, DE LA INSTITUCION DE LA QUE SE FORME PARTE, DEL SISTEMA DE SALUD DE MEXICO Y ASI IREMOS INTEGRANDONOS A LA MEDICINA FAMILIAR DE LOS PAISES DESARROLLADOS E INCLUSO SURGIRAN APORTACIONES A LA MEDICINA.

EL MOSAMEF INCIDE EN MAYOR O MENOR GRADO EN CADA UNO DE LOS CINCO CAMPOS DE ACCION, PLANTEADOS POR LA CARTA DE OTTAWA EN 1986 (30) EN LA I CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCION DE LA SALUD, QUE SE DECLARA HEREDERA DEL ESPIRITU DE ALMA-ATA EN DONDE SE SEÑALA QUE PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS COLECTIVIDADES ES PRECISO ACTUAR EN CINCO CAMPOS DE ACCION: REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD, MEJORAR LAS HABILIDADES PERSONALES EN RELACION CON LOS ESTILOS DE VIDA, CREAR MEDIOAMBIENTES SALUDABLES,



ELABORAR POLITICAS EXPLICITAS PARA LA SALUD Y REFORZAR LA ACCION COMUNITARIA EN SALUD PARTIENDO DEL PROPIO NUCLEO FAMILIAR ( PARTICIPACION SOCIAL CONSCIENTE EN SU AUTOCUIDADO Y COORDINACION INTERSECTORIAL QUE PERMITAN ENMARCAR LOS CONSEJOS DE SALUD CON PLANES Y POLITICAS MAS GLOBALES QUE TOMEN EN CUENTA LOS NUEVOS CONCEPTOS DE SALUD PUBLICA)  
(31.32)

#### **IV. OBJETIVOS.**

##### **1. OBJETIVO GENERAL:**

**I.- IDENTIFICAR EN LA POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO No.3 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO ISSSTE, SUS CARACTERISTICAS BIOPSIOSOCIALES.**

##### **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

**I.- ESTABLECER EL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR CON EL PROPOSITO DE HACER APPLICATIVO LOS TRES EJES QUE SUSTENTAN LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR.**

**II.- CONOCER EL NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS POR SEXO, GRUPOS ETAREOS, TIPO DE DERECHOHABIENTE, ESTADO CIVIL, AÑOS DE UNION CONYUGAL, ESCOLARIDAD Y OCUPACION DE LOS PADRES, NUMERO DE HIJOS POR EDAD, INGRESO ECONOMICO FAMILIAR, TIPO DE FAMILIA, ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR, METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR, NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA, Y NUMERO DE MIEMBROS QUE HABITAN EL HOGAR**

**III.- LA IDENTIFICACION DE LAS DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE CONSULTA DE LA POBLACION EN ESTUDIO.**

## **V. METODOLOGIA.**

### **1.DISEÑO:**

ESTUDIO DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL Y TRANSVERSAL. SE FUNDAMENTA EN TRES ESTRATEGIAS:

- ❖ CENSO POBLACIONAL
- ❖ ESTUDIO DE COMUNIDAD
- ❖ IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS DE CONSULTA.

### **2.POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.**

FAMILIAS ADSCRITAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN EL TURNO MATUTINO AL CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "XOCHIMILCO" ISSSTE, MEXICO,D.F. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o.DE MAYO DE 1997 AL 30 DE ABRIL DE 1998.

### **3.MUESTREO**

SE LLEVO A CABO UN MUESTREO ALEATORIO SIMPLE DE 200 NUCLEOS FAMILIARES ADSCRITOS AL CONSULTORIO, EN 4 232 CONSULTAS OTORGADAS DEL 1o DE MAYO DE 1997 AL 30 DE ABRIL DE 1998.

#### **SUJETOS DE OBSERVACION:**

DE ACUERDO CON LA ESTRATEGIA UTILIZADA SE IDENTIFICAN LOS ELEMENTOS A LOS CUALES SE OBSERVARA DE LA SIGUIENTE MANERA:

- ❖.PARA EL CENSO POBLACIONAL: LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE TODOS LOS DERECHOHABIENTES DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO.
- ❖ PARA EL ESTUDIO DE LA COMUNIDAD 200 FAMILIAS ASIGNADAS AL MEDICO FAMILIAR.
- ❖ PARA LA IDENTIFICACION DE CAUSAS DE CONSULTA: LAS HOJAS DE INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES MEDICAS.

DEFINICION DEL GRUPO CONTROL:  
NO EXISTE.

#### **4. CRITERIOS DE SELECCION:**

##### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

- ❖ POBLACION USUARIA DERECHOHABIENTE ASIGNADA AL CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA XOCHIMILCO ISSSTE.
- ❖ QUE TENGA EXPEDIENTE CLINICO
- ❖ ESTE DISPUESTA A CONTESTAR ENCUESTA EN FORMA COMPLETA.
- ❖ QUE ESTE ANOTADA EN LA HOJA DE REGISTRO DIARIO DE LA POBLACION USUARIA ASIGNADA AL CONSULTORIO No.3.
- ❖ DIAGNOSTICOS DE PRIMERA VEZ.

##### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- ❖ POBLACION ADSCRITA NO USUARIA.
- ❖ SIN EXPEDIENTE CLINICO.
- ❖ FAMILIAS NO ASIGNADAS AL CONSULTORIO DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO.
- ❖ RECHAZO DEL DERECHOHABIENTE A LA ENTREVISTA.

##### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- ❖ EXPEDIENTES INCOMPLETOS .
- ❖ HOJAS DE ENCUESTA INCOMPLETAS.
- ❖ CAMBIO DE CONSULTORIO.
- ❖ PACIENTES QUE CAUSARON BAJA EN LA CLINICA.

#### **5. VARIABLES:**

PARA EL CENSO POBLACIONAL: SE UTILIZARON VARIABLES DE TIPO CUANTITATIVO COMO CUALITATIVO, IDENTIFICANDOSE UNA ESCALA DE INTERVALO PARA LAS PRIMERAS Y NOMINAL U ORDINAL EN LAS SEGUNDAS, SEGUN SEA EL CASO. SE CONSIDERAN LAS VARIABLES DE:

- ❖ NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS.
- ❖ NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DEL SEXO MASCULINO
- ❖ NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DEL SEXO FEMENINO
- ❖ NUMERO DE INDIVIDUOS DEL SEXO MASCULINO POR GRUPOS ETAREOS
- ❖ NUMERO DE INDIVIDUOS DEL SEXO FEMENINO POR GRUPOS ETAREOS

LOS GRUPOS ETAREOS SE ESTABLECEN EN UNA AMPLITUD DE CLASE DE CINCO AÑOS

**PARA EL ESTUDIO DE COMUNIDAD: LAS VARIABLES SON FUNDAMENTALMENTE CUALITATIVAS EN ESCALA NOMINAL Y SE IDENTIFICAN:**

- ❖ NOMBRE DE LA FAMILIA.
- ❖ ESTADO CIVIL.
- ❖ AÑOS DE UNION CONYUGAL.
- ❖ ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.
- ❖ EDAD DE LOS PADRES.
- ❖ NUMERO DE HIJOS (HASTA DE 10 AÑOS DE EDAD).
- ❖ NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD).
- ❖ NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD).
- ❖ OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA .
- ❖ INGRESO ECONOMICO FAMILIAR.
- ❖ TIPO DE FAMILIA (SEGUN SU DESARROLLO, DEMOGRAFIA, COMPOSICION E INTEGRACION).
- ❖ ESTAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR.
- ❖ METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.
- ❖ NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA.
- ❖ NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE HABITAN EL HOGAR.

**PARA LA IDENTIFICACION DE LA MORBILIDAD O CAUSAS DE CONSULTA: SE CONSIDERAN VARIABLES DE TIPO CUALITATIVO EN ESCALA NOMINAL, A LAS CUALES CORRESPONDEN :**

- ❖ LOS DIEZ PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA. DE PRIMERA VEZ.
- ❖ DE PADECIMIENTO INFECCIOSOS.
- ❖ NO INFECCIOSOS Y
- ❖ CRONICODEGENERATIVOS.

## **6. PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION .**

**PARA EL CENSO POBLACIONAL Y LA IDENTIFICACION DE LA MORBILIDAD, SE ACUDIO AL DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA DE LA UNIDAD.**

**PARA EL ESTUDIO DE LA COMUNIDAD: EL MEDICO FAMILIAR RESPONSABLE DE LA INVESTIGACION APLICO LA HOJA DE IDENTIFICACION FAMILIAR (IRIGOYEN CORIA MODIFICADA) CONTESTADO POR ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA MAYOR DE EDAD.**

**LA RECOLECCION DE DATOS SE HIZO A TRAVES DE PALOTEO SIMPLE, Y UNA VEZ RECABADA LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LAS TRES ESTRATEGIAS SE PRESENTARA A TRAVES DE CUADROS Y GRAFICAS Y SE PROCEDERA A SU ANALISIS MEDIANTE PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS COMO PORCENTAJES..**

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS: SE ANEXAN FORMATOS (ANEXOS 1, 2 Y 3).**

## **7. CONSIDERACIONES ETICAS:**

### **RIESGO DE LA INVESTIGACION:**

**LAS ENCUESTAS SE EFECTUARON BAJO EL CONSENTIMIENTO DEL ENTREVISTADO, LAS RESPUESTAS FUERON MANEJADAS CONFIDENCIALMENTE POR LO CUAL LA INVESTIGACION NO SE CONSIDERA QUE REPRESENTA ALGUN RIESGO PARA LA SALUD.**

## **VI. RESULTADOS.**

### **1. DESCRIPCION DE RESULTADOS.**

#### **ESTUDIO DE COMUNIDAD.**

XOCHIMILCO ES UNA DE LAS 16 DELEGACIONES EN QUE SE DIVIDE EL DISTRITO FEDERAL Y ESTA UBICADA EN EL SURESTE DEL MISMO; COLINDA AL NORTE CON LAS DELEGACIONES TLALPAN, COYOACAN, Y TLAHUAC; AL ESTE CON TLAHUAC; AL SUR CON MILPA ALTA, Y AL OESTE CON TLALPAN. MAPA 1.

EN ESTA DELEGACION SUBSISTEN LOS CANALES DE AGUAS QUE ANTERIORMENTE FORMARON PARTE DE LOS GRANDES LAGOS DEL ALTIPLANO. CONSERVAN TAMBIEN UNA TECNICA DE CULTIVO MUY ANTIGUA, DE LAS MAS PRODUCTIVAS GRACIAS A LA RIQUEZA ORGANICA DEL SUELO Y A LA HUMEDAD CONSTANTE, CONOCIDA COMO CHINAMPA "SIEMBRA SOBRE ESCUDO" EN NAHUATL-, CON LA CUAL HAN GANADO UNA BIEN MERECEDA FAMA EN LA PRODUCCION DE HORTALIZAS, FLORES Y PLANTAS DE ORNATO.

XOCHIMILCO NO ESCAPA AL RITMO ACELERADO DE CRECIMIENTO Y TRANSFORMACION DE LA CIUDAD DE MEXICO; CON EL DESARROLLO DE LAS COMUNICACIONES Y MEDIOS DE TRANSPORTE, SUS POBLADORES CAMPESINOS QUE PRODUCIAN LEGUMBRES Y FLORES, SE HAN CONVERTIDO EN EMPLEADOS, COMERCIANTES, OBREROS Y PROFESIONISTAS QUE SE TRASLADAN DIARIAMENTE A OTROS PUNTOS DE LA CAPITAL.

XOCHIMILCO ES UNA PALABRA QUE PROVIENE DE 3 VOCABLOS DEL NAHUATL: XOCHITL, QUE SIGNIFICA "FLOR", MIL (LI), SEMENTERA O CAMPO CULTIVADO, Y CO, LUGAR. ASI XOCHIMILCO SE TRADUCE COMO "SEMENTERA DE FLORES " O "LUGAR DONDE CRECEN FLORES".

TIENE HOY UNA EXTENSION TERRITORIAL DE 125.2 KILOMETROS CUADRADOS, QUE REPRESENTA EL 8.4 % DEL TOTAL DEL D.F., POR LO QUE OCUPA, ENTRE LAS 16 DELEGACIONES, EL TERCER LUGAR EN TAMAÑO. LAS PRINCIPALES ELEVACIONES DE LA REGION SON LOS CERROS XOCHITEPECY TLACUALLELI, ASI COMO LOS VOLCANES

TEUHTLI Y TZOMPOL. CORREN POR SU TERRITORIO LOS RIOS SANTIAGO Y TEPAPANTLA. LOS CANALES NACIONAL, CHALCO, CUEMANCO, EL BORDO, SAN JUAN, AMECAMECA, APATLACO Y SANTA CRUZ; SE ENCUENTRAN AQUI LA PRESA SAN LUCAS Y LA PISTA OLIMPICA VIRGILIO URIBE, MEJOR CONOCIDA COMO CANAL DE CUEMANCO.

ENTRE LAS LOCALIDADES PRINCIPALES SE CUENTAN TEPEPAN, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, TULYEHUALCO, XOCHIMILCO, SAN GREGORIO ATLAPULCO, SANTA CRUZ ACALPIXCA Y SANTA MARIA NATIVITAS.

LA POBLACION LOCAL CUENTA CON SERVICIOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS DEL IMSS, DEL ISSSTE Y DEL DDF.

LAS PRINCIPALES VIAS DE COMUNICACION SON EL ANILLO PERIFERICO, CANAL NACIONAL, LAS AVENIDAS PROLONGACION DIVISION DEL NORTE, TENOCHTITLAN, MEXICO Y CALTONGO, ASI COMO, LOS CAMINOS A SANTIAGO TEPALCATLALPAN Y A CUERNAVACA, ADEMAS DE LA CARRETERA A OAXTEPEC.

XOCHIMILCO ES, EN SI MISMO, UN ATRACTIVO TURISTICO Y CULTURAL: EL LUGAR SIGUE SIENDO APROPIADO PARA LOS PASEOS DOMINICALES DE QUIENES HABITAN EL D.F.: EN TRAJINERA POR LOS CANALES QUE BORDEAN LAS CHINAMPAS, PUEDEN SABOREARSE ABORDO LOS ANTOJITOS TIPICOS DE LA REGION; LUEGO AL MERCADO, DONDE SE ENCUENTRAN VERDURAS, FRUTAS Y HORTALIZAS FRESCAS, ASI COMO PLANTAS.

EL NUEVO XOCHIMILCO RESULTA MUY AGRADABLE, PUES SUS INSTALACIONES ESTAN DISEÑADAS PARA PASEAR, HACER EJERCICIO E INSTRUIRSE SOBRE LAS ESPECIES ANIMALES Y VEGETALES DE LA LOCALIDAD.

EN LA DELEGACION HAY CASAS DE LA CULTURA, DEPORTIVOS TANTO PUBLICOS COMO PRIVADOS. MUSEOS Y MUESTRAS DE LA ARQUITECTURA RELIGIOSA DE LAS EPOCAS PREHISPANICA Y COLONIAL

A PESAR DE QUE XOCHIMILCO NO HA ESCAPADO AL RITMO DE CRECIMIENTO Y CELERIDAD CARACTERISTICOS DE LA CIUDAD DE MEXICO, SU VIDA ESTA TODAVIA CENTRADA EN LAS FORMAS TRADICIONALES DE ORGANIZACION SOCIAL Y RELIGIOSA, LAS CUALES SE OBSERVAN EN ACTOS CIVICOS, DE CULTO CATOLICO O PREHISPANICO, ASI COMO EN AQUELLOS CON CARACTER PRIVADO.



EL CALENDARIO DE FIESTAS PUBLICAS ES MUY EXTENSO; ALGUNAS COINCIDEN CON LAS DEL RESTO DEL PAIS, Y OTRAS SON LOCALES.

POR LO QUE TOCA A LAS FIESTAS RELIGIOSAS, EXISTEN EN GRAN CANTIDAD, PUES CADA BARRIO Y PUEBLO CELEBRA A SUS SANTOS PATRONOS CON ACTOS RELIGIOSOS, FERIAS, BAILES Y COMIDAS.

LAS FIESTAS RELIGIOSAS SE ORGANIZAN POR MAYORDOMIAS, YA SEA POR PEDIMENTO, COMO EN EL CASO DE LOS MAYORDOMOS DEL NIÑO PAN, QUIENES SOLICITAN SERLO CON MAS DE 30 AÑOS DE ANTICIPACION Y TAMBIEN POR INVITACION.  
40.

EN LA TABLA 1 SE DESCRIBEN LAS COLONIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.3 Y EL NUMERO DE FAMILIAS ENCUESTADAS DE CADA UNA.

#### **CENSO POBLACIONAL.**

SE OBTUVO COMO POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO 6 261 INDIVIDUOS. CORRESPONDIENDO 3 534 AL SEXO FEMENINO CON EL 56.44% , Y AL SEXO MASCULINO 2 727 CON EL 43.56%. CUADROS 1 Y 2 Y GRAFICAS 1 Y 2.

EL GRUPO DE EDAD MAS NUMEROSO CORRESPONDIO AL UBICADO EN EL RANGO DE 10-14 AÑOS CON 642 INDIVIDUOS QUE REPRESENTAN EL 10.25% SEGUIDO DEL DE 15-19 AÑOS CON 597 INDIVIDUOS QUE CORRESPONDEN AL 9.54%. CUADRO Y GRAFICA 3.

EL GRUPO DE EDAD MAS NUMEROSO DEL SEXO FEMENINO SE ENCUENTRA ENTRE LOS 10-14 AÑOS CON 323 INDIVIDUOS (9.14%) , SEGUIDO DEL DE 30-34 AÑOS CON 284 (8%). CUADRO Y GRAFICA 4.

EN CUANTO AL SEXO MASCULINO EL GRUPO MAS NUMERO ES EL DE 10-14 AÑOS CON 319 INDIVIDUOS (11.70%) SEGUIDO DEL DE 15-19 AÑOS CON 317 (11.62%) CUADRO Y GRAFICA 5.

EN RELACION A LA POBLACION POR TIPO DE DERECHOHABIENTE SE ENCONTRARON 2 509 TRABAJADORES, CUYA POBLACION MAS NUMEROSA SE ENCONTRO EN LOS 40-44 AÑOS CON 357 INDIVIDUOS (14.23%), SEGUIDA DE LA DE 30-34 AÑOS CON 345 (13.75%) CUADRO Y GRAFICA 6. EN ESTA POBLACION TRABAJADORA HAY 1 210 MUJERES (48.22%) Y 1 299 HOMBRES (51.77%)

EN EL RUBRO DE FAMILIARES DERECHOHABIENTES SE OBTUVIERON 3 752 INDIVIDUOS, CUYA POBLACION MAS NUMEROSA ESTA EN EL GRUPO DE 10-14 AÑOS CON 642 INDIVIDUOS (17.11%), SEGUIDA DEL DE 15 A 19 AÑOS CON 596 (15.88%) CUADRO Y GRAFICA 7. Y CUENTA CON 1 428 PERSONAS DEL SEXO MASCULINO (38.05%) CUYO GRUPO MAS NUMEROSO ES EL DE 10-14 AÑOS (22.34%) CUADRO Y GRAFICA 8 Y CON

2 324 DEL GENERO FEMENINO (61.94%) CUYO GRUPO MAS NUMEROSO ES EL DE 10-14 AÑOS CON 323 PERSONAS (13.90%) CUADRO Y GRAFICA 9.

LAS CONSULTAS OTORGADAS DURANTE EL PERIODO DEL 1o. DE MAYO DE 1997 AL 30 DE ABRIL DE 1998 FUERON EN TOTAL 4 232, EL GRUPO MAS NUMEROSO FUE EL DE 45 A 64 AÑOS CON: 1 395 CONSULTAS (32.96%), SEGUIDA DEL DE 20 A 44 AÑOS CON 1 118 (26.42%) CUADRO Y GRAFICA 10. DE ESTAS CORRESPONDIERON PARA EL SEXO FEMENINO 2 877 (67.98%) CUYO GRUPO MAS NUMEROSO FUE EL DE 45-64 AÑOS DE EDAD CON 1 067 (37.09%) CUADRO Y GRAFICA 11 Y AL SEXO MASCULINO SE LE OTORGARON 1 355 CONSULTAS ENCONTRANDOSE COMO GRUPO MAS NUMEROSO EL DE 45-64 AÑOS CON 328 CONSULTAS (24.21%) CUADRO Y GRAFICA 12.

#### **MORBILIDAD DEL 1o. DE ABRIL DE 1997 AL 30 DE MAYO DE 1998.**

PRIMER LUGAR: FARINGITIS AGUDA 627 CASOS ( 24.40%)

SEGUNDO LUGAR: HIPERTENSION ARTERIAL 586 CASOS (22.80%)

TERCER LUGAR: DIABETES MELLITUS 352 CASOS (13.74%)

CUARTO LUGAR: ARTRITIS 189 CASOS (7.35%)

QUINTO LUGAR: SANO 163 CASOS (6.34%)

SEXTO LUGAR: RINOFARINGITIS 160 CASOS (6.23%)

SEPTIMO LUGAR: INFECCION URINARIA 156 CASOS (6.07%)

OCTAVO LUGAR: FARINGITIS CRONICA CON 154 CASOS ( 5.99%)

NOVENO LUGAR: COLITIS PARASITARIA CON 94 CASOS ((3.66%)

DECIMO LUGAR: ARTRITIS DEGENERATIVA CON 88 CASOS (3.42%) CUADRO Y GRAFICA 13

#### **DIAGNOSTICO FAMILIAR.**

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS: CASADOS 69%, UNION LIBRE 13.5%, SEPARADOS 8.5%, SOLTEROS, DIVORCIADOS Y VIUDOS 3% RESPECTIVAMENTE. GRAFICA Y CUADRO 14

**AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL:** EL MAYOR PORCENTAJE SE ENCUENTRA ENTRE LOS 10 A 14 AÑOS DE UNIÓN CON 17%. SEGUIDO DEL 13% CON 5 A 9 AÑOS DE UNIÓN. GRAFICA Y CUADRO 15.

**ESCOLARIDAD MATERNA:** BASICA 31%, MEDIA 27.5% Y MEDIA SUPERIOR O TECNICA 20%. GRAFICA Y CUADRO 16

**ESCOLARIDAD PATERNA:** MEDIA 32.12%, , MEDIA SUPERIOR O TECNICA 18.79% Y BASICA 18.18%. GRAFICA Y CUADRO 17.

**EDAD PATERNA:** LOS MAYORES PORCENTAJES LOS ENCONTRAMOS EN LAS EDADES DE 30 A 34 AÑOS CON 15.15%. DE 35-39 AÑOS CON CON 13.94% Y DE 40 A 44 AÑOS CON 12.12%. GRAFICA Y CUADRO 18.

**EDAD MATERNA:** LOS MAYORES PORCENTAJES SE ENCUENTRAN EN LAS EDADES DE 30 A 34 AÑOS CON 14%, EN 35 A 39 AÑOS CON 13.50% Y EN 55 A 59 AÑOS CON 13%. GRAFICA Y CUADRO 19.

**OCUPACION PATERNA:** EMPLEADOS 47.27%, PROFESIONAL Y JUBILADOS 15.76% RESPECTIVAMENTE. GRAFICA Y CUADRO 20

**OCUPACION MATERNA:** HOGAR 51.50%, EMPLEADAS 25%, JUBILADAS 8.50% Y PROFESIONALES 6%. GRAFICA Y CUADRO 21

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS:** OTB 29.50%, DIU 12%, , NINGUNO 40.50%, CONDON 5.50%, VASECTOMIA 5%, RITMO 3.50% , HORMONAL 2.50% , COITO INTERRUPTIDO 1.50%. GRAFICA Y CUADRO 22.

**DISTRIBUCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS:** OTB 49.58% , DIU 20.17%, CONDON 9.24%, VASECTOMIA 8.40% , RITMO 5.88%, HORMONALES 4.20% , COITO INTERRUPTIDO 2.52% GRAFICA Y CUADRO 23.

**NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA:** LOS MAYORES PORCENTAJES SE ENCONTRARON EN LAS FAMILIAS CON 3, 2 Y 1 HIJO, 22.50%, 22% Y 16% RESPECTIVAMENTE. GRAFICA Y CUADRO 24.

**EDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS:** CON 20 AÑOS O MAS 62.71%, HASTA 10 AÑOS 19.11% Y DE 11 A 19 AÑOS 18.18% GRAFICA Y CUADRO 25.

**INGRESO ECONOMICO FAMILIAR:** TRES O MAS SALARIOS MINIMOS 56%, DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS 29% SON LOS MAYORES PORCENTAJES. GRAFICA Y CUADRO 26.

**TIPOS DE FAMILIA SEGUN DESARROLLO:** TRADICIONAL 51.50%, MODERNA 48.50%. GRAFICA Y CUADRO 27.

**TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU INTEGRACION:** INTEGRADAS 82.50%, DESINTEGRADAS 17.50% GRAFICA Y CUADRO 28.

**TIPOS DE FAMILIA SEGUN COMPOSICION:** NUCLEAR 89.09%, EXTENSA 29.09% Y COMPUESTA 1.82% GRAFICA Y CUADRO 29.

**TIPOS DE FAMILIA SEGUN DEMOGRAFIA:** URBANA 94%, SUBURBANA 6%. GRAFICA Y CUADRO 30.

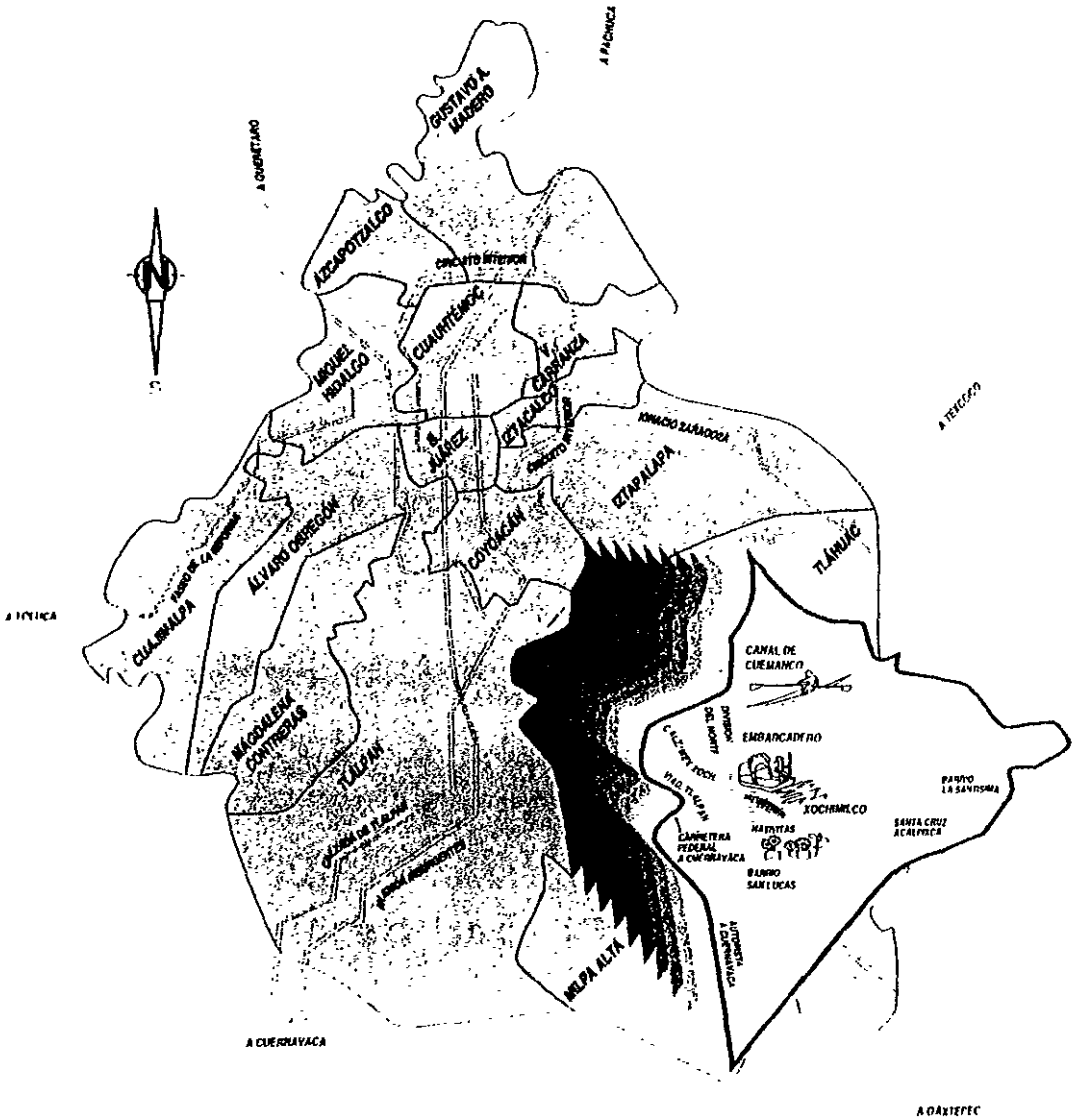
**TOTAL DE MIEMBROS QUE HABITAN HOGAR: LOS MAYORES PORCENTAJES CUENTAN CON CUATRO MIEMBROS QUE REPRESENTAN EL 27.50%, CINCO MIEMBROS EL 22% Y SEIS MIEMBROS 13% . GRAFICA Y CUADRO 31.**

**LA ETAPA DEL CICLO VITAL QUE CON MAYOR FRECUENCIA SE ENCONTRO POR LA QUE ATARVIESAN LAS FAMILIAS FUE: DISPERSION CON 33%, SEGUIDA LA DE RETIRO CON 28% Y EN TERCER LUGAR LA DE INDEPENDENCIA CON 21.50%. CUADRO Y GRAFICA 32.**

## **2. TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS.**



# Delegación Política XOCHIMILCO



MAPA 1

**TABLA No 1**

**COLONIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No 3  
Y NUMERO DE FAMILIAS ENCUESTADAS**

<b>NOMBRE DE LA COLONIA</b>	<b>No. DE FAMILIAS ENCUESTADAS</b>
1. AMPLIACION TEPEPAN	72
2. HUICHAPAN	13
3. JARDINES DEL SUR	17
4. LA CEBADA SAN LORENZO	35
5. LA NORIA	25
6. TIERRA NUEVA	10
7. UNIDAD RINCONADA DEL SUR	28
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>

**FUENTE: ARCHIVO CLINICO DE LA CLINICA XOCHIMILCO**

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 PIRAMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHAHABIENTES ADSCRITOS AL  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

CUADRO No.1

EDAD	POBLACION TOTAL FEMEMINA
0-4	184
5-9	257
10-14	303
15-19	280
20-24	138
25-29	198
30-34	284
35-39	260
40-44	258
45-49	255
50-54	258
55-59	211
60-64	147
65-69	127
70-74	107
75 o+	228
TOTAL	3534

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 PIRAMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHAHABIENTES ADSCRITOS AL  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

GRAFICA No. 1

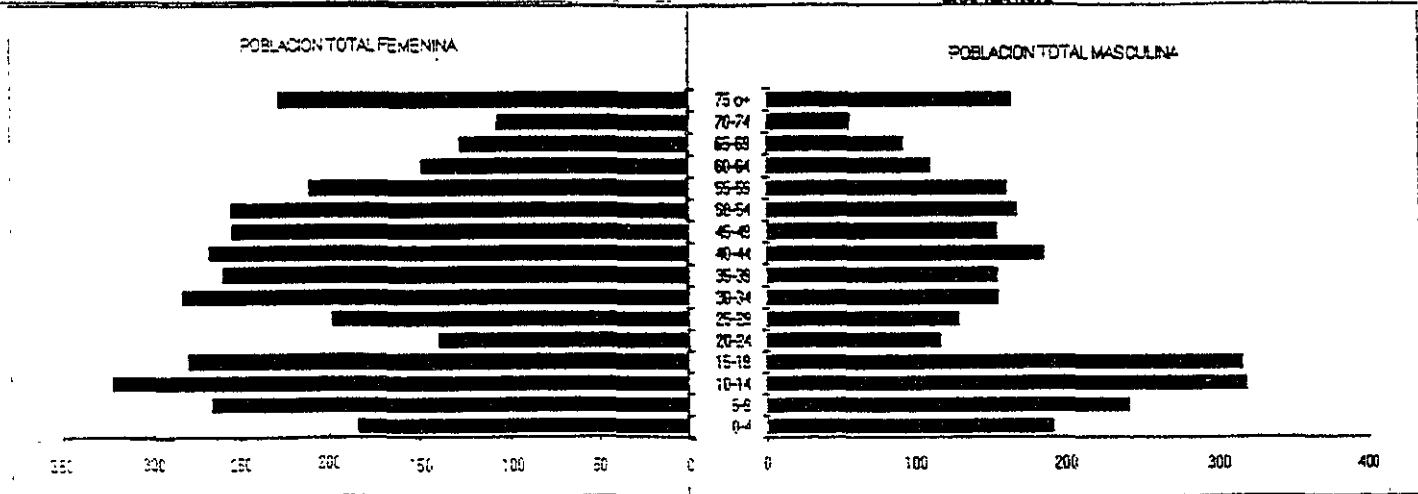
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 PIRAMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHAHABIENTES ADSCRITOS AL  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO 1998

CUADRO No. 2

EDAD	POBLACION TOTAL MASCULINA
0-4	193
5-9	242
10-14	318
15-19	317
20-24	117
25-29	129
30-34	166
35-39	155
40-44	187
45-49	155
50-54	168
55-59	162
60-64	111
65-69	93
70-74	57
75 o+	168
TOTAL	2727

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 PIRAMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHAHABIENTES ADSCRITOS AL  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO 1998

GRAFICA No. 2



FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO

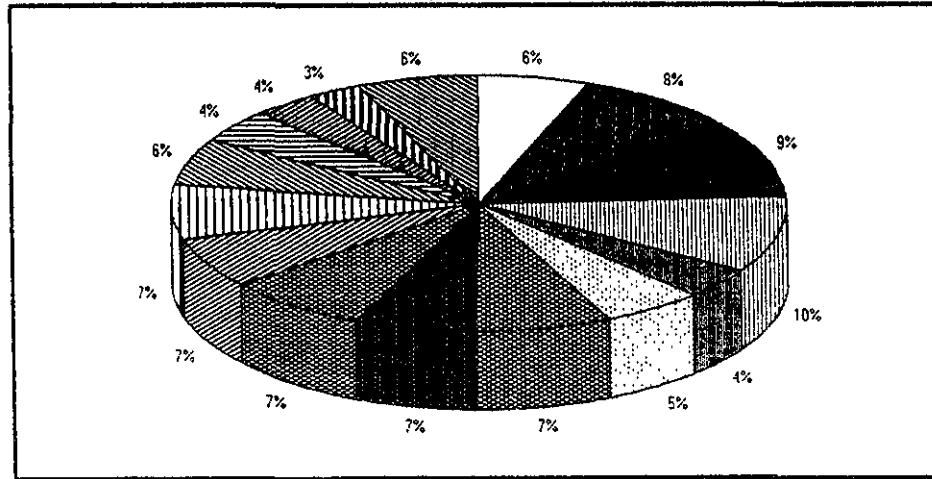


CUADRO No 3

EDAD	POBLACION TOTAL	%
0-4	377	6.02
5-9	509	8.13
10-14	542	10.26
15-19	597	9.54
20-24	256	4.09
25-29	327	5.22
30-34	440	7.03
35-39	416	6.63
40-44	455	7.27
45-49	410	6.56
50-54	425	6.79
55-59	373	5.96
60-64	258	4.12
65-69	220	3.51
70-74	164	2.62
75+	393	6.28
<b>TOTAL</b>	<b>6291</b>	<b>100</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO

PIRAMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHAHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1998  
GRAFICA No 3

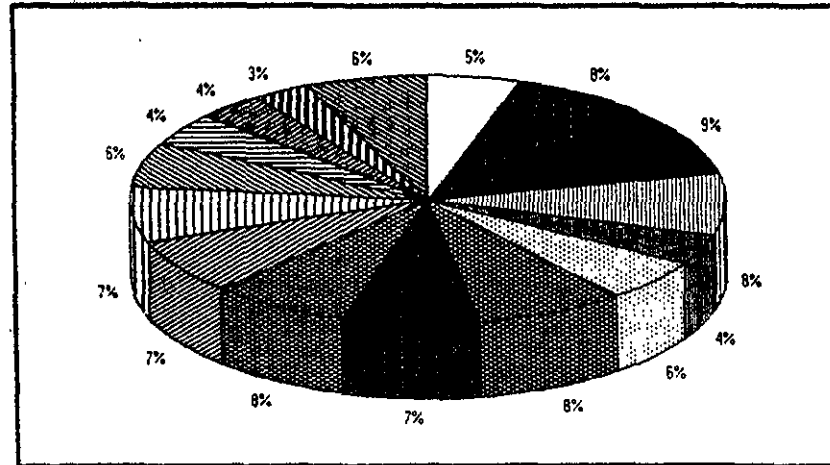


CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 POBLACION FEMENINA DERECHAHABIENTE ADSCRITA AL  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTNO 1988

CUADRO No 4

EDAD	Nº DE PACIENTAS	INDICE DE PREVALENCIA
0-4	184	5.21
5-9	267	7.56
10-14	323	9.14
15-19	280	7.92
20-24	139	3.93
25-29	188	5.80
30-34	284	8.04
35-39	260	7.36
40-44	288	7.56
45-49	255	7.22
50-54	265	7.24
55-59	211	5.97
60-64	147	4.16
65-69	127	3.68
70-74	107	3.03
75 o+	228	6.45

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 POBLACION FEMENINA DERECHAHABIENTE ADSCRITA AL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTNO 1988  
 GRAFICA No 4



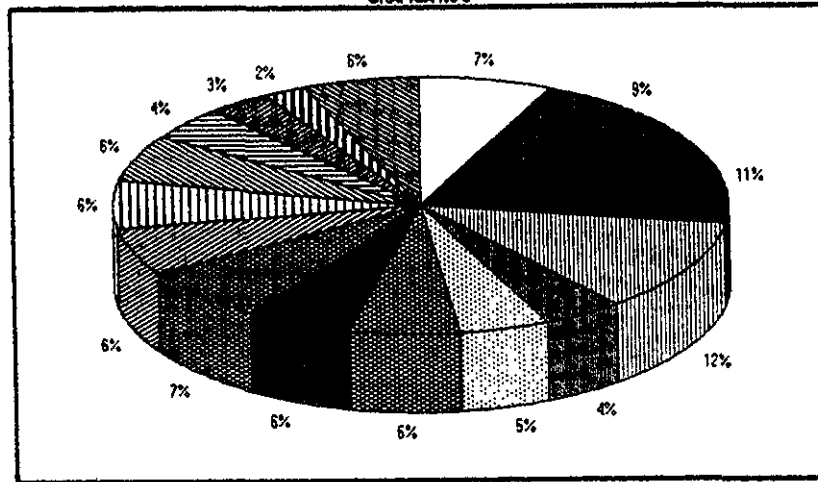
CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

CUADRO No 5

EDAD	POBLACION TOTAL	MASCULINA	POB. F.
0-4	193		7.06
5-9	242		8.87
10-14	319		11.70
15-19	317		11.62
20-24	117		4.29
25-29	129		4.73
30-34	156		5.72
35-39	155		5.68
40-44	187		6.86
45-49	156		5.68
50-54	169		6.20
55-59	182		6.64
60-64	111		4.07
65-69	93		3.41
70-74	57		2.09
75 o+	166		6.05
TOTAL	2221		80.00

FUENTE : DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 POBLACION DERECHAMENTE MASCULINA ADSCRITA AL CONSULTORIO No.3 TURNO MATUTINO

GRAFICA No 5

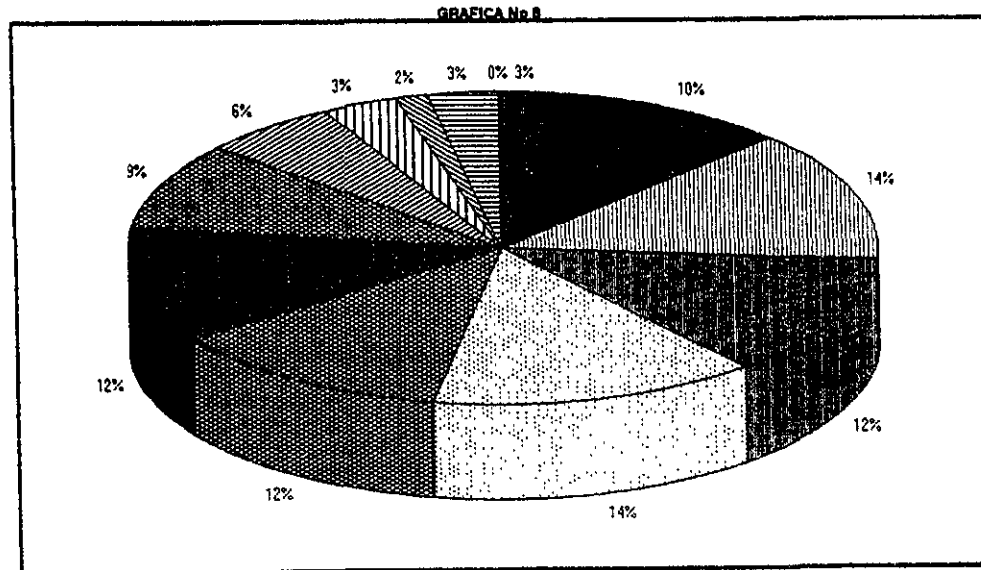


CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 POBLACION DE TRABAJADORES DERCHOHABIENTES ADSCRITOS AL  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO 1998

**CUADRO No 6**

EDAD	TOTAL TRABAJADORES	%
10-19	1	0.04
20-24	87	2.67
25-29	264	10.12
30-34	345	13.75
35-39	313	12.48
40-44	357	14.23
45-49	312	12.44
50-54	297	11.84
55-59	228	9.09
60-64	143	5.70
65-69	82	3.27
70-74	38	1.51
75 O MAS	72	2.87
<b>TOTAL</b>	<b>2000</b>	<b>100</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 POBLACION DE TRABAJADORES DERCHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1998



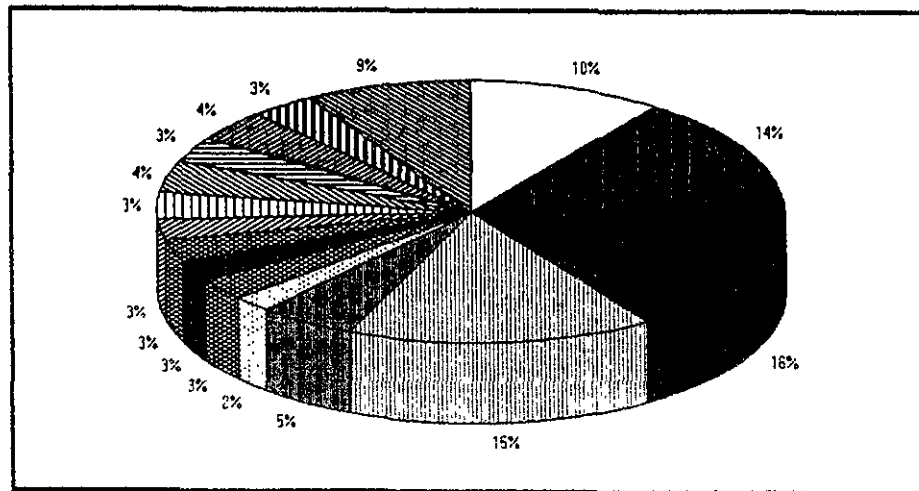
FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO

Res 12  
**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR KOCHIMILCO**  
**POBLACION DE FAMILIARES DERECHAHIENTES ADSCRITOS AL**  
**CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO 1988**

**CUADRO No 7**

EDAD	TOTAL FAMILIARES DERECHAHIENTES	%
0-4	377	10.05
5-9	809	13.57
10-14	642	17.11
15-19	596	16.98
20-24	189	5.04
25-29	73	1.95
30-34	96	2.53
35-39	102	2.72
40-44	98	2.61
45-49	98	2.61
50-54	128	3.41
55-59	145	3.85
60-64	115	3.07
65-69	138	3.68
70-74	125	3.35
75 O MAS	321	8.56
<b>TOTAL</b>	<b>3752</b>	<b>100</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA KOCHIMILCO  
 POBLACION DE FAMILIARES DERECHAHIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1988  
 GRAFICA No. 7



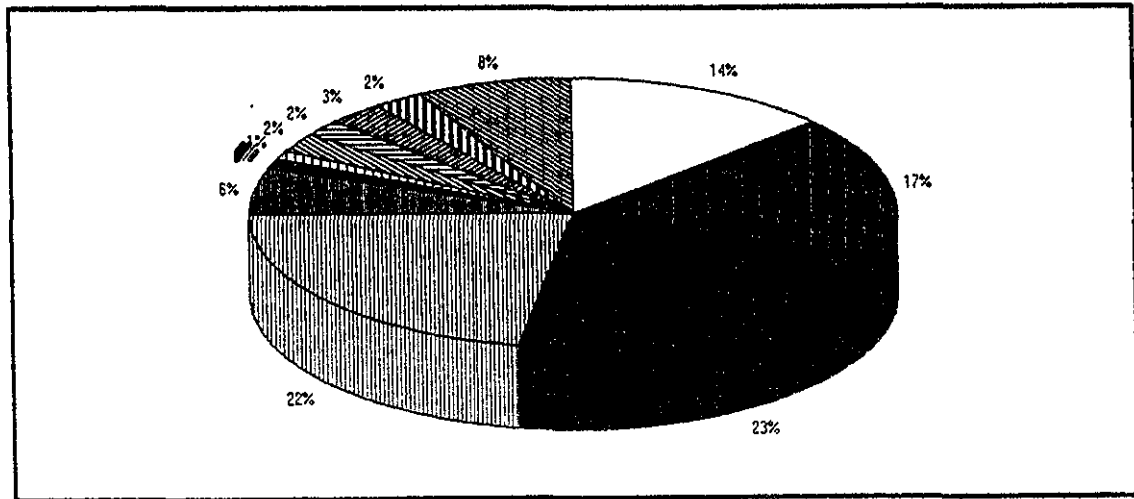
FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA KOCHIMILCO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 POBLACION DE FAMILIARES DERECHOHABIENTES MASCULINOS ADSCRITOS AL  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO 1988

CUADRO No 8

EDAD	FAMILIARES DERECHOHABIENTES MASCULINOS	%
0-4	193	13.62
5-9	242	16.96
10-14	319	22.34
15-19	317	22.20
20-24	82	5.74
25-29	4	0.28
30-34	1	0.07
35-39	2	0.14
40-44	3	0.21
45-49	4	0.28
50-54	18	1.26
55-59	32	2.24
60-64	28	1.98
65-69	39	2.73
70-74	34	2.38
75 O MAS	110	7.70
<b>TOTAL</b>	<b>1419</b>	<b>100</b>

FUENTE : DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 POBLACION DE FAMILIARES DERECHOHABIENTES MASCULINOS ADSCRITOS AL COSULTORIO No. 3TURNO MATUTINO 1988  
 GRAFICA No 8



FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO

**POBLACION DE FAMILIARES DERECHAHIENTES FEMENINOS ADSCRITOS AL  
CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO 1988**

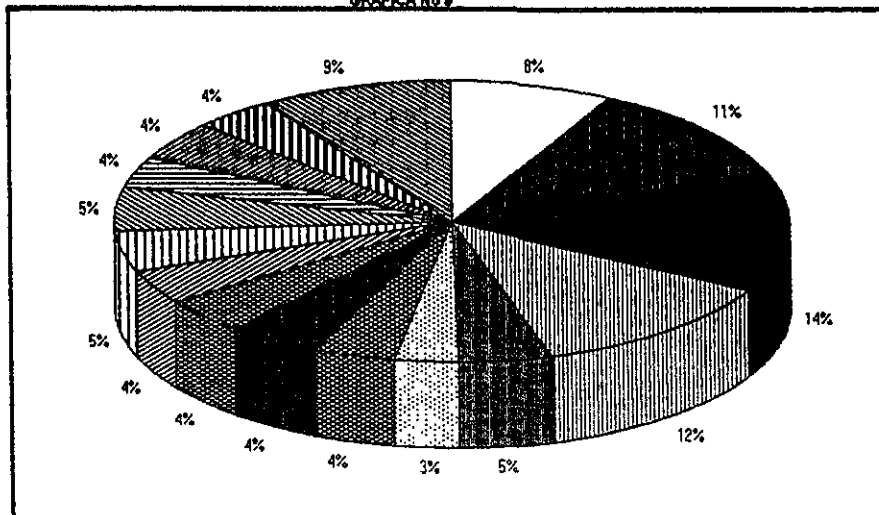
**CUADRO No 8**

EDAD	FAMILIARES DERECHAHIENTES FEMENINOS	%
0-4	184	7.82
5-9	267	11.68
10-14	323	13.80
15-19	279	12.01
20-24	107	4.60
25-29	89	3.87
30-34	94	4.04
35-39	100	4.30
40-44	96	4.09
45-49	94	4.04
50-54	110	4.73
55-59	113	4.88
60-64	87	3.74
65-69	99	4.28
70-74	92	3.96
75 O MAS	211	9.08
<b>TOTAL</b>	<b>2354</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO

**POBLACION DE FAMILIARES DERECHAHIENTES FEMENINOS ADSCRITOS AL CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO 1988**

**GRAFICA No 9**



FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO

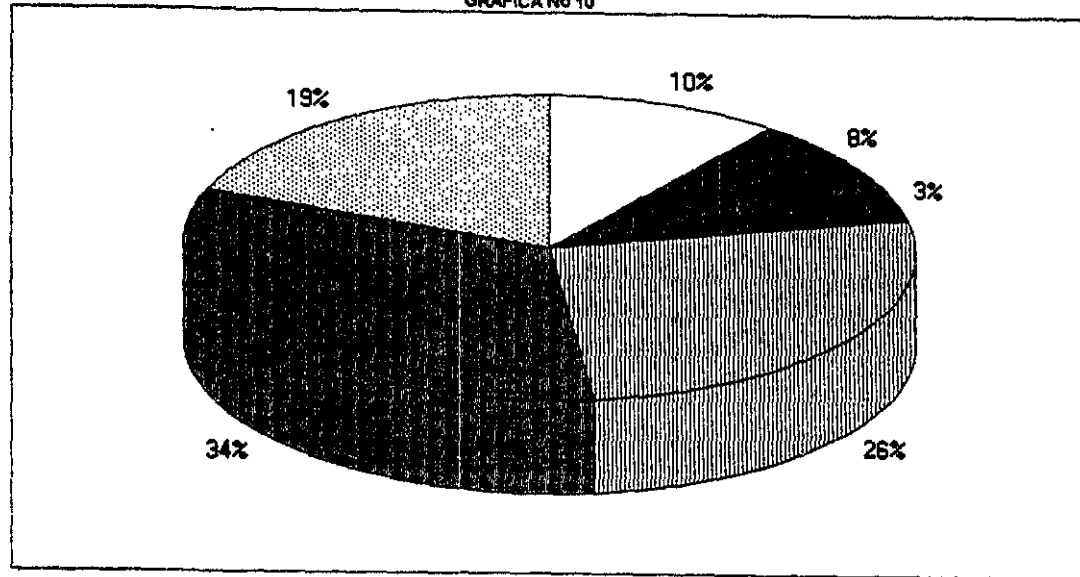
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 CONSULTAS POR EDAD DEL 1 DE MAYO DE 1997 AL 30 ABRIL DE 1998  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

CUADRO No 10

EDAD	TOTAL	%
0-04	436	10.30
5-14	348	8.18
15-19	135	3.19
20-44	1118	26.42
45-64	1395	32.96
65 O MAS	802	18.95
<b>TOTAL</b>	<b>4234</b>	<b>100</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 CONSULTAS POR EDAD DEL 1 DE MAYO DE 1997 AL 30 ABRIL DE 1998  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

GRAFICA No 10



FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO



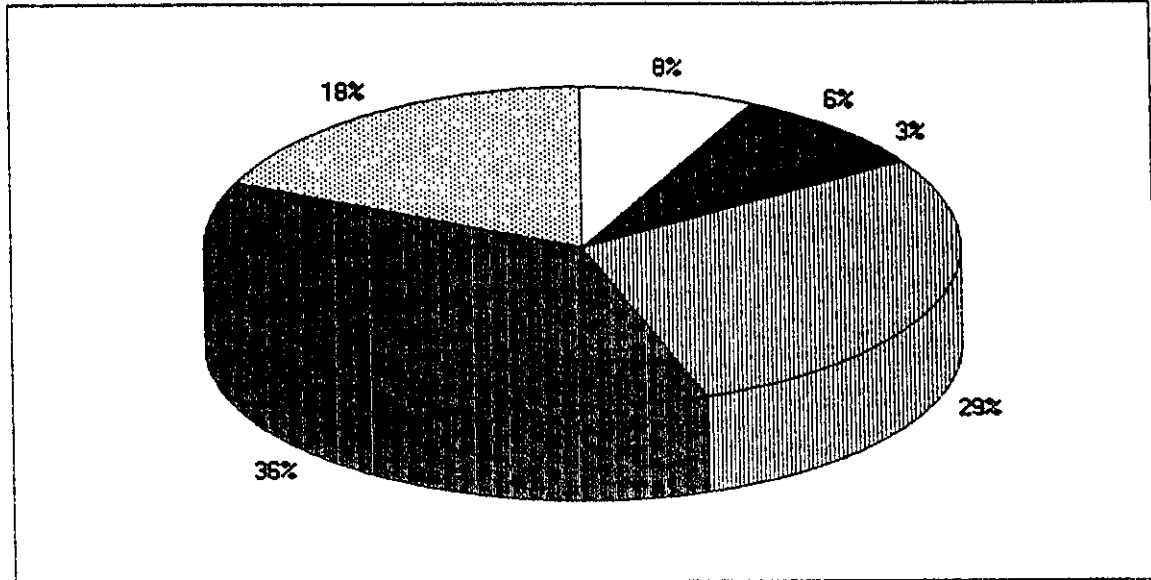
CONSULTAS POR EDAD Y SEXO DEL 1 DE MAYO DE 1997 AL 30 ABRIL DE 1998  
CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

CUADRO No 11

EDAD	SEXO FEMENINO	%
0-04	222	7.72
5-14	172	5.98
15-19	72	2.50
20-44	824	28.64
45-64	1067	37.09
65 O MAS	520	18.07
TOTAL	2877	100

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
CONSULTAS POR EDAD Y SEXO DEL 1 DE MAYO DE 1997 AL 30 ABRIL DE 1998  
CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

GRAFICA No 11



FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO

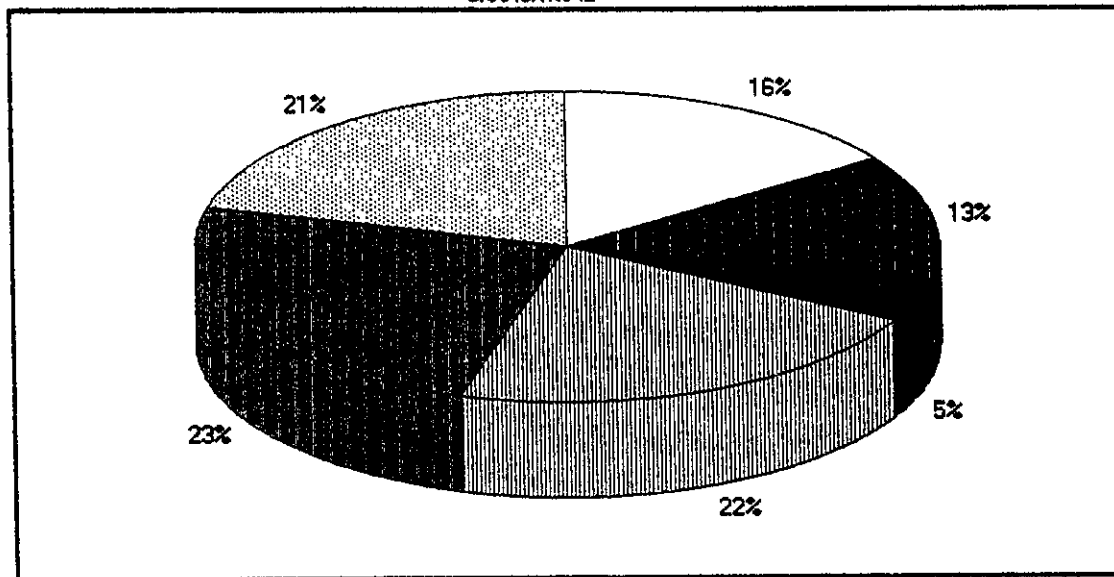
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 NUMERO DE CONSULTAS POR EDAD Y SEXO OTORGADAS DEL 1 DE MAYO DE 1997 AL 30 ABRIL DE 1998  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

CUADRO No 12

EDAD	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO
0-04	214	15.79
5-14	174	12.84
15-19	63	4.65
20-44	294	21.70
45-64	328	24.21
65 O MAS	282	20.81
TOTAL	1355	100

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMATICA Y ESTADISTICA CLINICA XOCHIMILCO  
 NUMERO DE CONSULTAS POR EDAD Y SEXO OTORGADAS DEL 1 DE MAYO DE 1997 AL 30 ABRIL DE 1998

GRAFICA No 12



CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 MORBILIDAD DEL 1 DE ABRIL DE 1997 AL 30 DE MAYO DE 1998  
 CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

CUADRO No 13

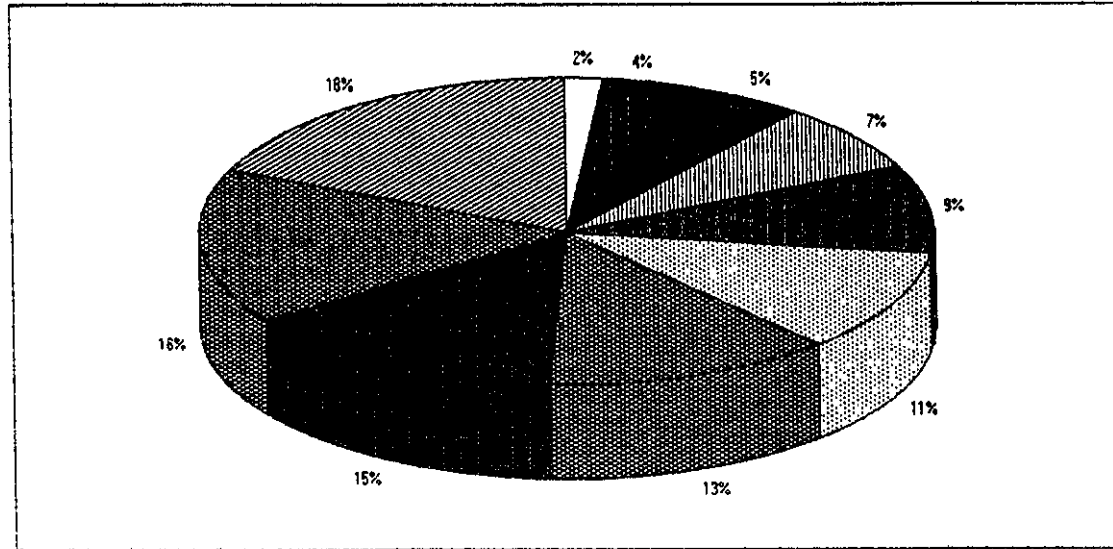
CAUSA	CANTIDAD	PORCENTAJE	VALOR
FARINGITIS AGUDA	1		24.40
HIPERTENSION ARTERIAL	2		22.80
DIABITES MELLITUS	3		13.74
ARTRITIS	4		7.35
SANO	5		6.34
RINOFARINGITIS	6		6.23
INFECCION URUNARIA	7		6.07
FARINGITIS CRONICA	8		6.99
COLITIS PARASITARIA	9		3.86
ARTRITIS DEGENERATIVA	10		3.42
TOTAL		247	

FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA CLÍNICA XOCHIMILCO

MORBILIDAD DEL 1 DE ABRIL DE 1997 AL 30 DE MAYO DE 1998

CONSULTORIO NO 3 TURNO MATUTINO

GRAFICA No 13



FUENTE: DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA CLÍNICA XOCHIMILCO

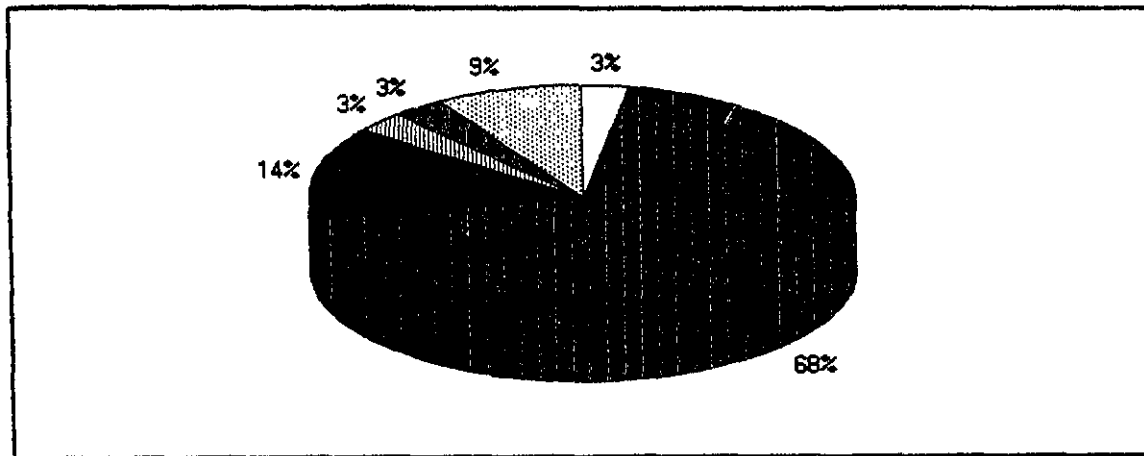
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO  
 1998

CUADRO No 14

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	6	3
CASADO	138	69
UNION LIBRE	27	13.5
DIVORCIADO	6	3
VIUDO	6	3
SEPARADOS	17	8.5
<b>TOTAL</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1998  
 GRAFICA No 14



13331E

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO**  
**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS**  
**CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO**  
**1998**

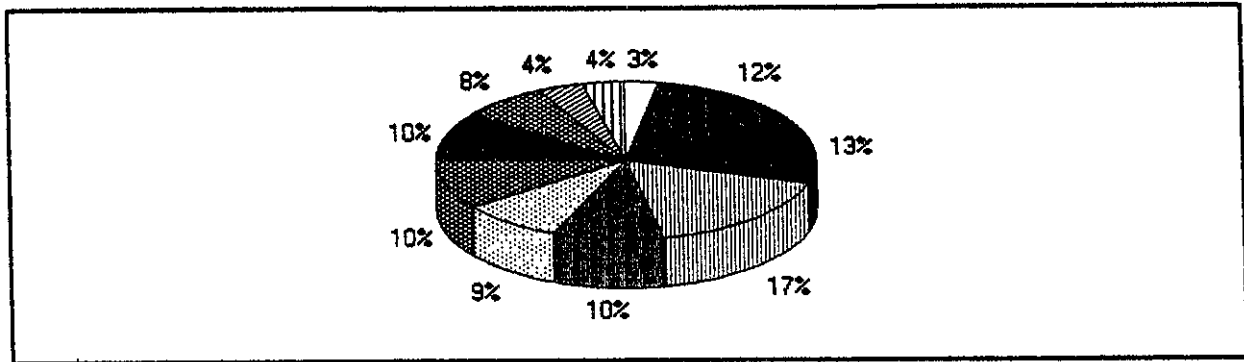
**CUADRO No 15**

AÑOS	NUMERO	%
0	6	3.00
MENOS 1 A 4	26	12.00
5-9	28	13.00
10-14	34	17.00
15-19	19	9.50
20-24	17	8.50
25-29	20	10.00
30-34	20	10.00
35-39	15	9.00
40-44	8	4.00
45-49	7	4.00
<b>TOTAL</b>	<b>200</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1998

**GRAFICA No 15**



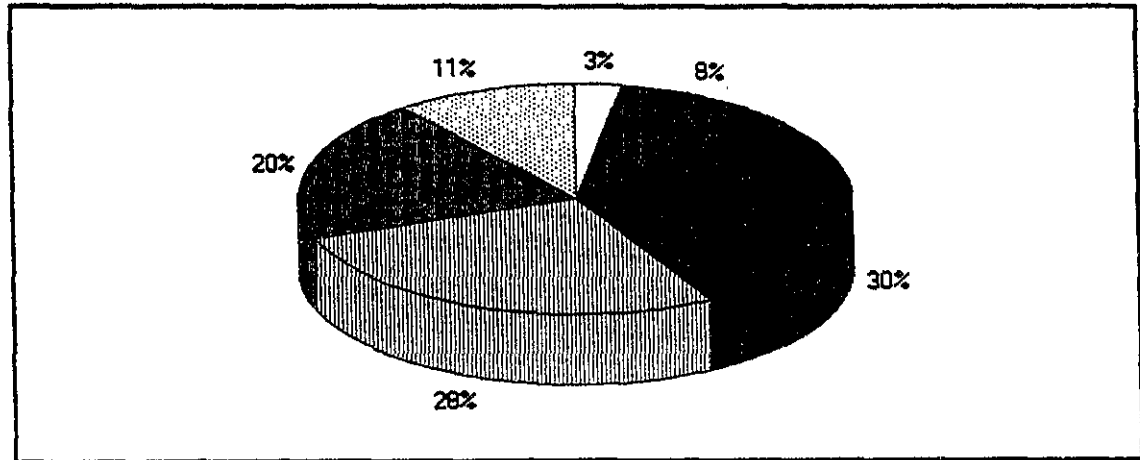
FUENTE CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO  
 1998

CUADRO No 15

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
ANALFABETA	6	3.00
PRIMARIA INCOMPLETA	16	8.00
BASICA	62	31.00
MEDIA	55	27.50
MEDIA SUPERIOR O TECNICA	40	20.00
SUPERIOR	21	10.50
TOTAL	200	100

FUENTE : CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1998  
 GRAFICA No 16



CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTNO

1998

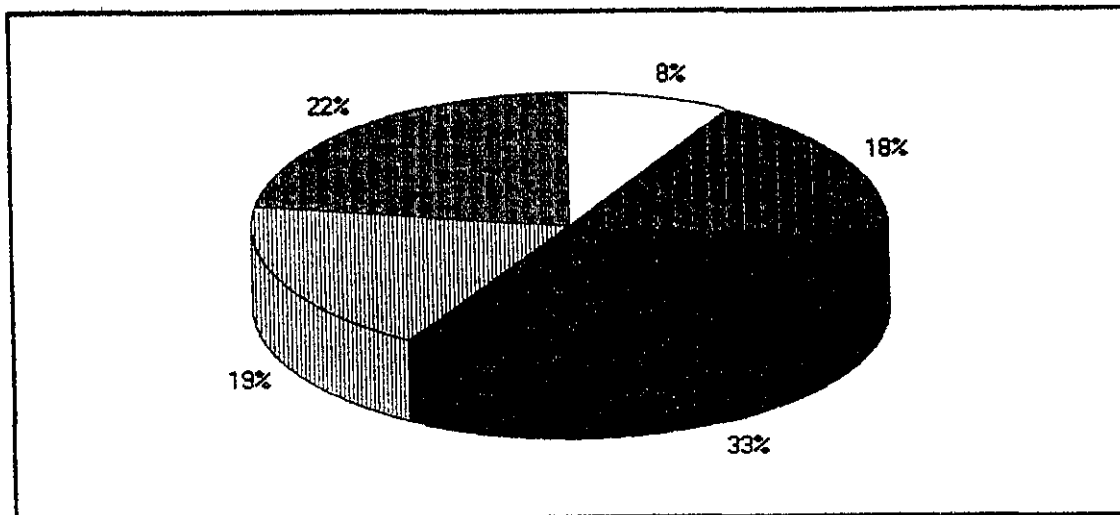
CUADRO No 17

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
PRIMARIA INCOMPLETA	14	8.48
BASICA	30	18.18
MEDIA	53	32.12
MEDIA SUPERIOR O TECNICA	31	18.79
SUPERIOR	37	22.42
TOTAL	165	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTNO 1998

GRAFICA No 17



FUENTE CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO

1998

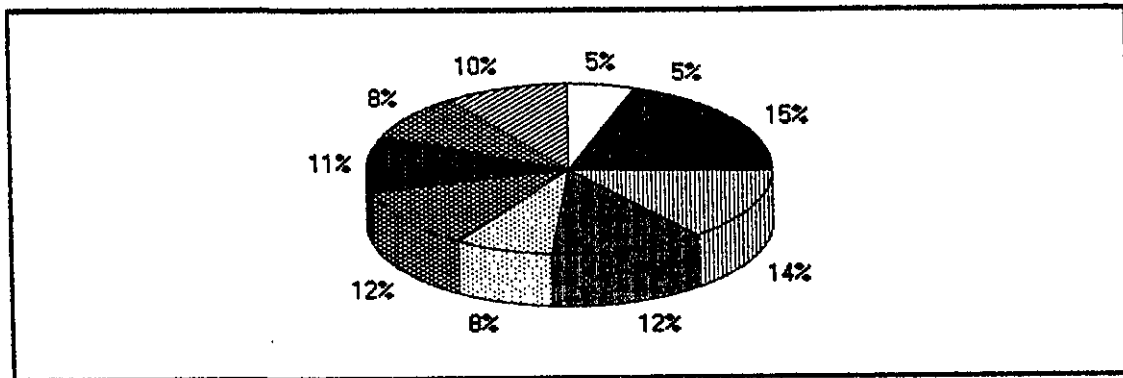
CUADRO No 18

EDAD	NUMERO	%
20-24	9	5.45
25-29	8	4.85
30-34	25	15.15
35-39	23	13.94
40-44	20	12.12
45-49	13	7.88
50-54	19	11.52
55-59	18	10.91
60-64	14	8.48
65 O MAS	16	9.70
TOTAL	165	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1998

GRAFICA No 18



FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

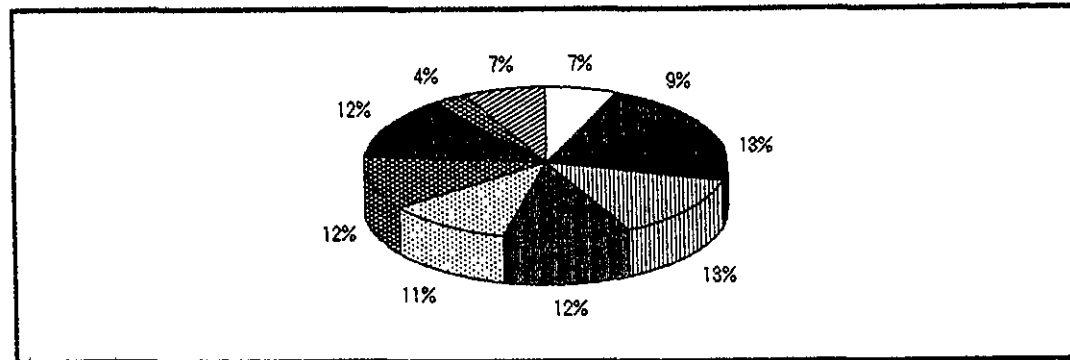


CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 EDAD DE LOS MADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO  
 1988

CUADRO No 19

EDAD	NUMERO	%
20-24	13	8.50
25-29	17	8.50
30-34	28	14.00
35-39	27	13.50
40-44	23	11.50
45-49	22	11.00
50-54	23	11.50
55-59	26	13.00
60-64	7	3.50
65 O MAS	14	7.00
TOTAL	200	100%

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 EDAD DE LOS MADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1988  
 GRAFICA No 20



# ISSSTE

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 OCUPACION DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO

1998

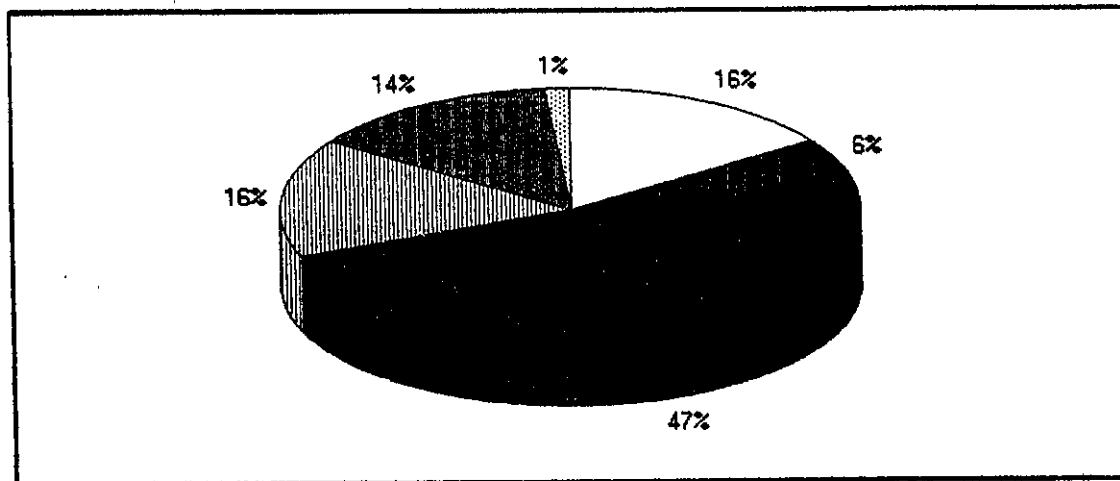
CUADRO No 20

OCUPACION	NUMERO	%
PROFESIONAL	28	15.78
TECNICO	10	6.06
EMPLEADO	78	47.27
Jubilado	28	15.78
OTRO	23	13.94
DESEMPLEADO	2	1.21
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

OCUPACION DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1998

GRAFICA No 20

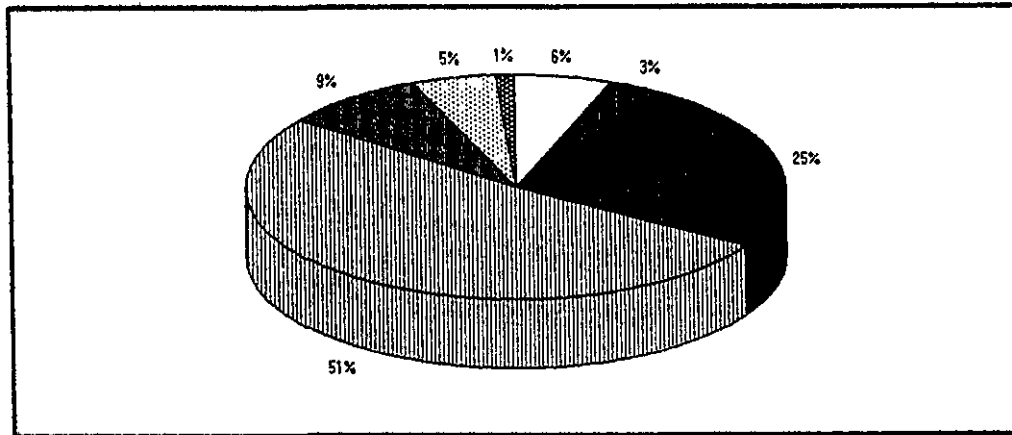


FUENTE CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 OCUPACION DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO  
 1988  
 CUADRO No 21

OCCUPACION	NUMERO	PERCENTAJE
PROFESIONAL	12	6.00
TECNICO	6	3.00
EMPLEADO	50	25.00
HOGAR	100	51.50
JUBILADA	17	8.50
OTRO	10	5.00
ESTUDIANTE	2	1.00
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 OCUPACION DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS CONSULTORIO No 3 TURNO MATUTINO 1988  
 GRAFICA No 21



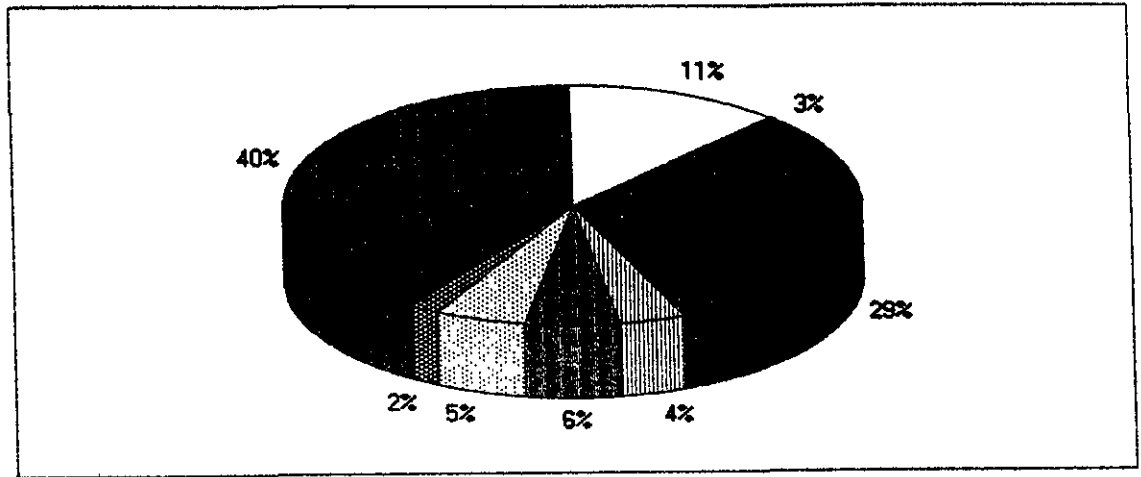
ISSSTE

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS FAMILAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998

CUADRO No 22

METODO	NUMERO	%
DIU	24	12.00
HORMONAL	5	2.50
OTB	59	29.50
RITMO	7	3.50
CONDON	11	5.50
VASECTOMIA	10	5.00
COITO INTERRUPTO	3	1.50
NINGUNO	81	40.50
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS FAMILAS ENCUESTADAS  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 GRAFICA No 22

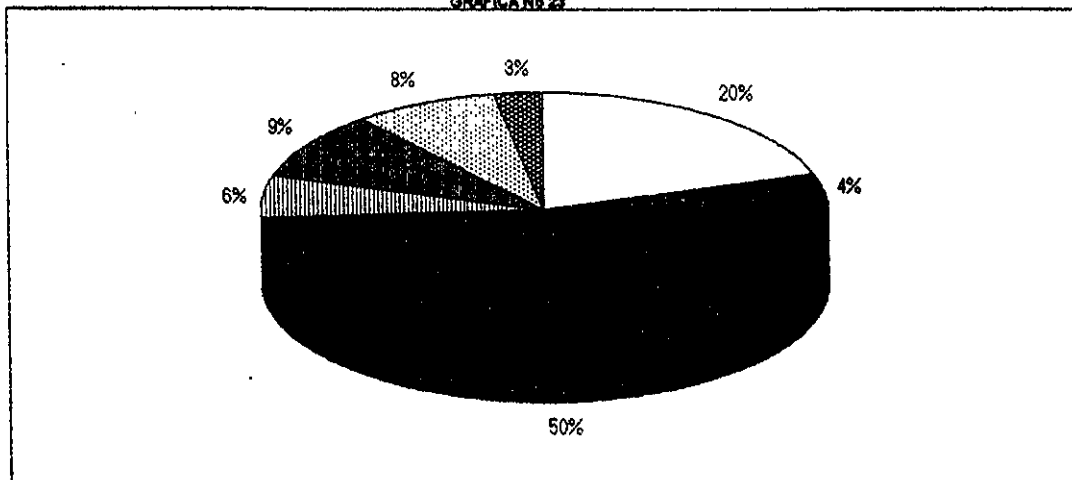


FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 DISTRIBUCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 CUADRO No 23

METODO	NUMERO	%
DIU	24	20.17
HORMONALES	6	4.20
OTB	58	48.98
RITMO	7	5.86
CONDON	11	9.24
YASECTOMIA	10	8.40
COITO INTERRUPTO	3	2.52
TOTAL	119	100

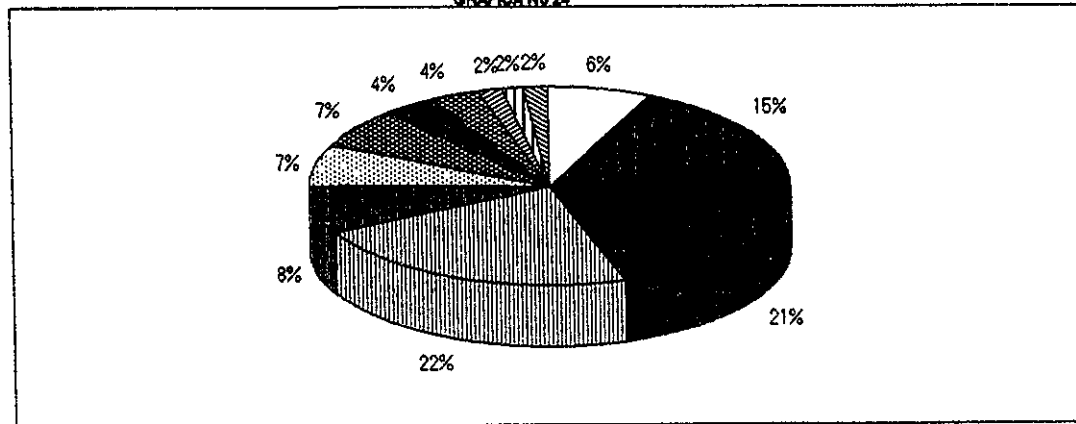
FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 DISTRIBUCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN USUARIAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 GRAFICA No 23



CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 CUADRO No 24

NUMERO DE HIJOS	NUMERO	%
0	14	7.00
1	32	18.00
2	44	22.00
3	45	22.50
4	16	8.00
5	13	6.50
6	13	6.50
7	7	3.50
8	7	3.50
9	3	1.50
10	3	1.50
11	3	1.50
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 GRAFICA No 24



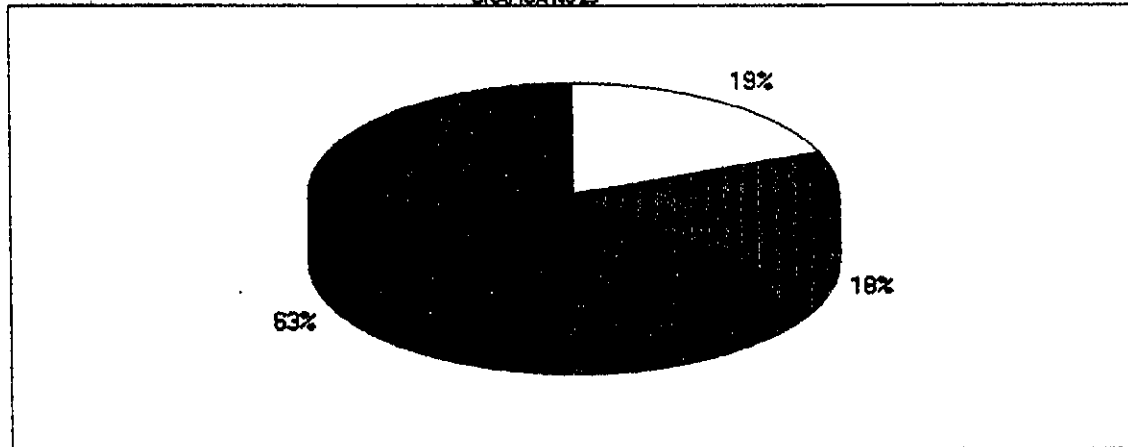
# ISSSTE

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
NUMERO DE HIJOS POR EDAD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
CUADRO No 25

HIJOS	NUMEROS	%
HASTA 10 AÑOS	103	19.11
DE 11 A 19	96	18.18
20 O MAS	338	62.71
TOTAL	537	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
NUMERO DE HIJOS POR EDAD DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998

GRAFICA No 25



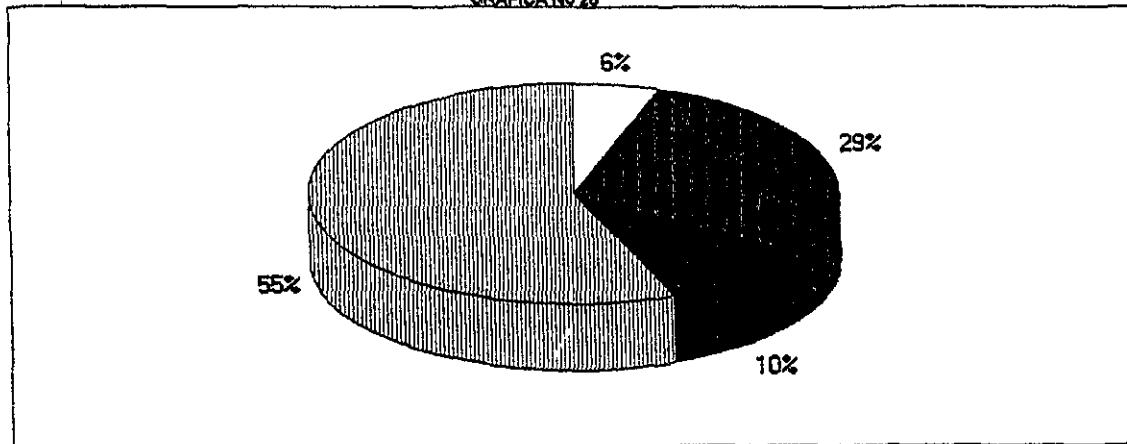
FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

ISSSTE

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 INGRESO ECONOMICO POR FAMILIA DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 CUADRO No 28

SALARIOS POR FAMILIA	NUMERO	%
MENOS DE UN SALARIO	11	5.50
1 A 2 SALARIOS	58	29.00
MAS DE 2 A MENOS DE 3	19	9.50
3 O MAS SALARIOS	112	56.00
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 INGRESO ECONOMICO POR FAMILIA DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 GRAFICA No 28



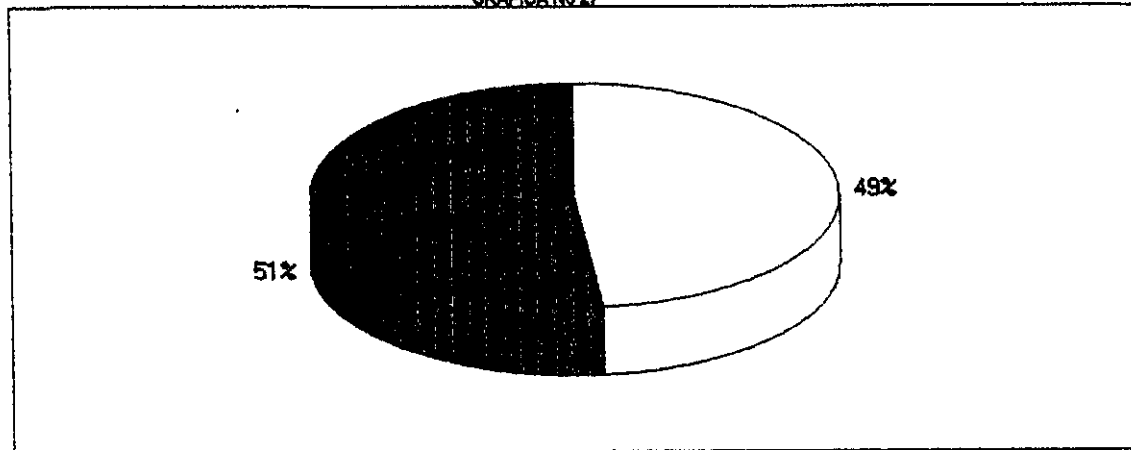
FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO DEL  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
CUADRO No 27

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	97	48.50
TRADICIONAL	103	51.50
TOTAL	200	100

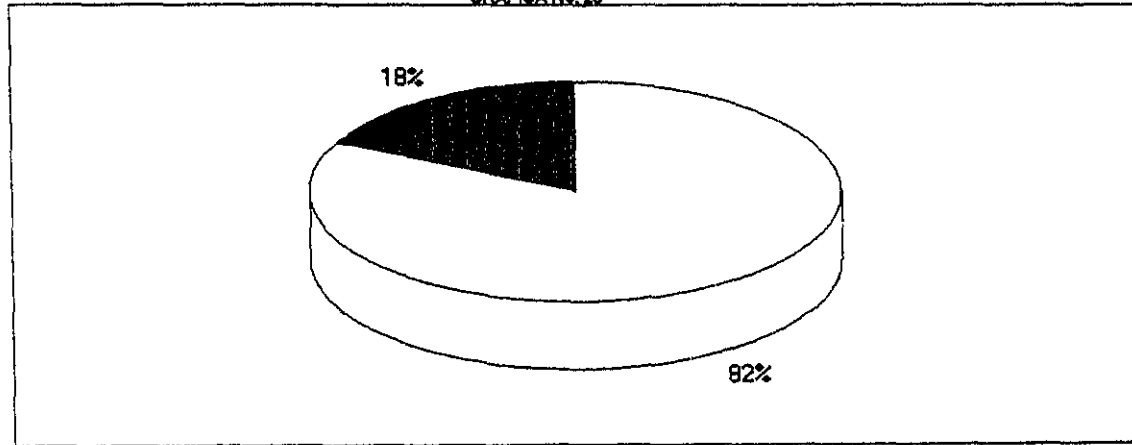
FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO DEL  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
GRAFICA No 27



CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU INTEGRACION DEL  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
CUADRO No 28

TIPO	NUMERO	%
INTEGRADA	165	82.50
DESINTEGRADA	35	17.50
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU INTEGRACION DEL  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
GRAFICA No. 28

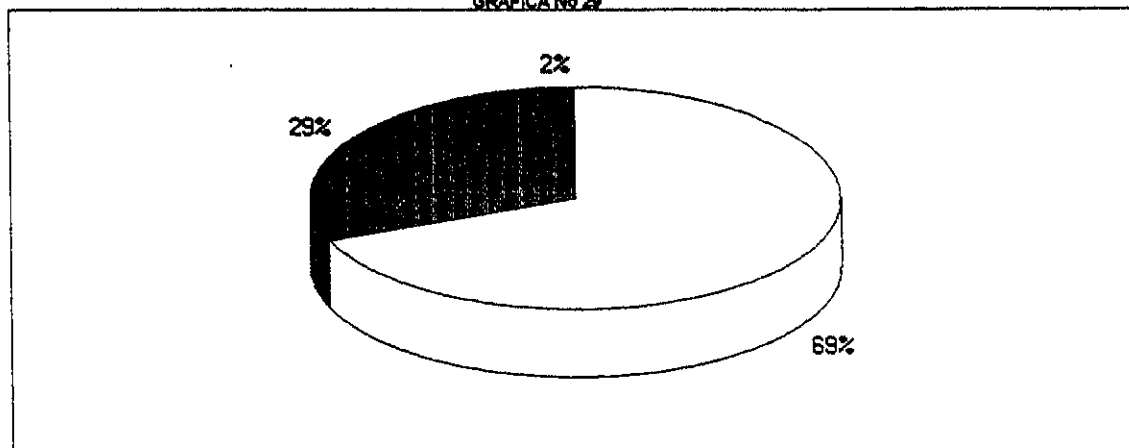


CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 CUADRO No 29

TIPO	NUMERO	%
NUCLEAR	114	69.00
EXTENSA	48	29.00
COMPUESTA	3	1.82
TOTAL	165	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998

GRAFICA No 29

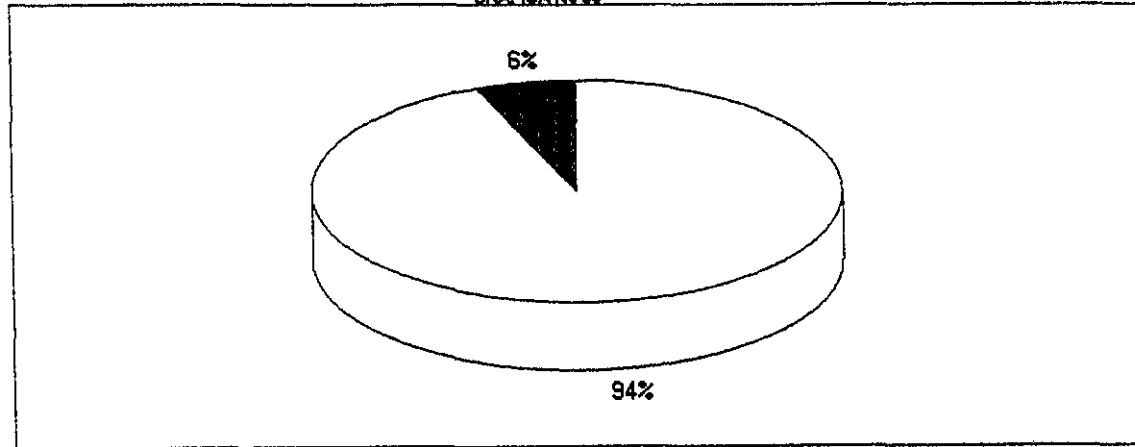


FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU DEMOGRAFIA DEL  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
CUADRO No 30

TIPO	NUMERO	%
URBANA	188	94.00
SUBURBANA	12	6.00
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
TIPOS DE FAMILIA SEGUN SU DEMOGRAFIA DEL  
CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
GRAFICA No 30

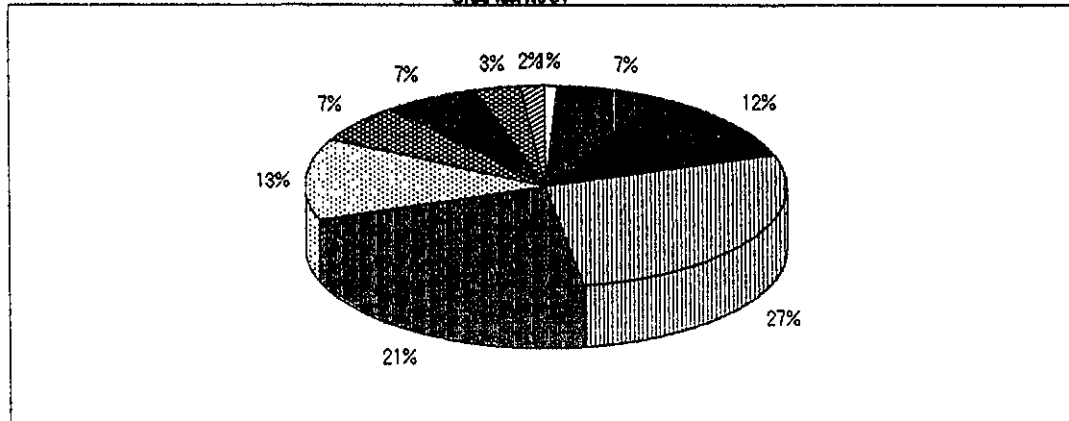


CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 TOTAL DE MIEMBROS QUE HABITAN EN EL HOGAR DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 CUADRO No 31

MEMBRAS	CANTIDAD	%
UNO	2	1.00
DOS	14	7.00
TRES	24	12.00
CUATRO	55	27.50
CINCO	44	22.00
SEIS	28	14.00
SIETE	13	6.50
OCHO	13	6.50
NUEVE	8	4.00
DIEZ Y MAS	3	1.50
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 TOTAL DE MIEMBROS QUE HABITAN EN EL HOGAR DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998

GRAFICA No 31

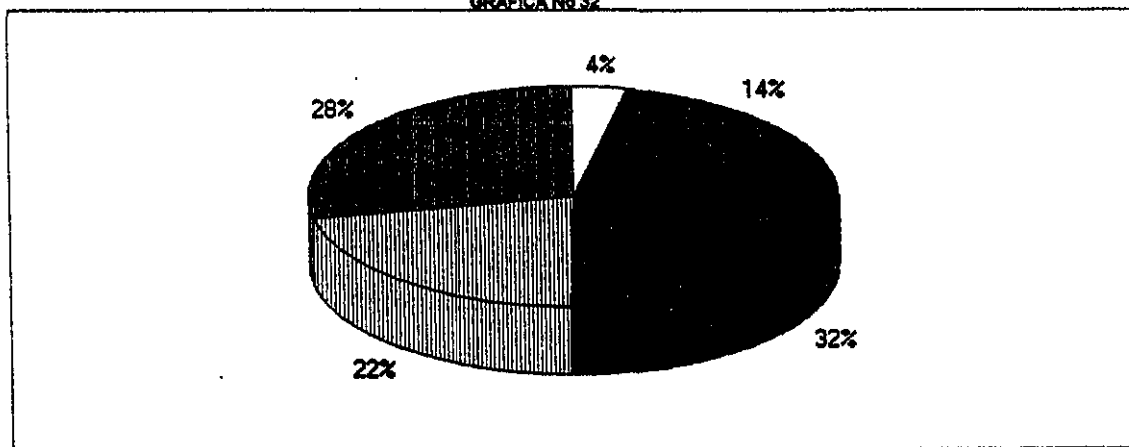


FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO  
 ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 CUADRO No 32

ETAPA	NUMERO	%
MATRIMONIO	7	3.50
EXPANSION	28	14.00
DISPERSION	66	33.00
INDEPENDENCIA	43	21.50
RETIRO	56	28.00
TOTAL	200	100

FUENTE: CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
 ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS DEL  
 CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO 1998  
 GRAFICA No 32



## **VII. DISCUSION.**

### **ANALISIS DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD.**

XOCHIMILCO TIENE UNA POBLACION DE 271 151 HABITANTES, DE LOS CUALES EL 30% ( 81 573) SON DERECHOHABIENTES ADSCRITOS A LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR XOCHIMILCO DEL ISSSTE, Y DE ESTOS EL 7.6% (6 261) ESTA ADSCRITA AL CONSULTORIO No.3 , REPRESENTANDO EL 2.3% DE LA POBLACION DE ESTA DELEGACION POLITICA (40.41).

EN LA POBLACION DE XOCHIMILCO HAY UN PREDOMINIO DEL GENERO FEMENINO (50.7%) SOBRE EL MASCULINO (49.3%), LO CUAL SE REPITE EN LA POBLACION ADSCRITA A LA CLINICA (56.28% SOBRE 43.71%) Y EN LA DEL CONSULTORIO EN ESTUDIO (56.44% SOBRE 43.56%) (40.41).

LA DENSIDAD DE POBLACION EN ESTA DELEGACION ES DE 2 165 HABITANTES POR KILOMETRO CUADRADO EN PROMEDIO. EL 1.8% DE LA POBLACION LOCAL DE 5 AÑOS Y MAS, HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA, PRINCIPALMENTE NAHUATL Y OTOMI. LA RELIGION PREDOMINANTE ES LA CATOLICA PUES EL 93.1% DE LA POBLACION LA PROFESA.

EL 94.7% DE LOS POBLADORES CON 15 AÑOS O MAS EN LA DELEGACION XOCHIMILCO, SABE LEER Y ESCRIBIR. EN CUANTO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD, 82.2% DE LA POBLACION TIENE INSTRUCCION POSTERIOR A LA PRIMARIA SEMEJANTE AL 65% ENCONTRADO EN LOS PADRES DE FAMILIA DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS. EL 17.8% DE LA POBLACION CON INSTRUCCION PRIMARIA COMPLETA CONTRA 25.20% DE LOS PADRES DE FAMILIA DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS. EL 12.6% DE LA POBLACION CON PRIMARIA INCOMPLETA SUPERIOR AL 8.2% DE LOS PADRES DE FAMILIA DEL CONSULTORIO No.3 Y EL 5.8% DE TODO XOCHIMILCO NO TIENE INSTRUCCION.

EL 46.1% DE LA POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS ES ECONOMICAMENTE ACTIVA; DE ELLA EL 97.6% TIENE EMPLEO. LA POBLACION ECONOMICAMENTE INACTIVA CORRESPONDE A ESTUDIANTES, AMAS DE CASA, JUBILADOS Y OTROS. DE LAS PERSONAS ECONOMICAMENTE ACTIVAS, EL 69.5% TRABAJA EN EL SECTOR COMERCIO O DE SERVICIOS, 23.4% EN LA INDUSTRIA Y 4% EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS.

DE LAS 53 026 VIVIENDAS EN XOCHIMILCO, CON UN PROMEDIO DE 5.1 HABITANTES CADA UNA CONTRA 4 HABITANTES (27.50%) ENCONTRADOS EN LAS FAMILIAS ESTUDIADAS, EL 91.3% TIENE PAREDES CONSTRUIDAS CON TABIQUE, LADRILLO, BLOCK O PIEDRA; 67.4% TIENE TECHOS DE LOSA DE CONCRETO, TABIQUE O LADRILLO; UN 18% DE LOS TECHOS ES DE LAMINA DE CARTON Y 13.3% DE LAMINA DE ASBESTO O METAL; EL 73% TIENE PISOS DE CEMENTO O FIRME, EL 19.5% RECUBIERTOS CON MADERA, MOSAICO U OTRO MATERIAL, Y EL 7% TIENE PISOS DE TIERRA. ADEMAS EL 90.4% DE LAS VIVIENDAS CUENTA CON SERVICIO DE AGUA ENTUBADA, 80.6% TIENE DRENAJE Y 97.2% ENERGIA ELECTRICA, ES DECIR LAS CONDICIONES DE LA MAYORIA DE LAS VIVIENDAS SON BUENAS.

XOCHIMILCO TIENE 17 BARRIOS Y 14 PUEBLOS. ACTUALMENTE EXISTEN 9 CANALES , SIETE LAGUNAS IMPORTANTES Y 9 EMBARCADEROS. ADEMAS CUENTA CON 3.8 KM DE VIALIDAD PRIMARIA Y 4 284 733 METROS CUADRADOS DE CARPETA ASFALTICA.

## **ANÁLISIS DEL CENSO POBLACIONAL.**

EN LA POBLACION ADSCRITA A ESTE CONSULTORIO QUE ES DE 6 261 PERSONAS EL MAYOR PORCENTAJE ((10.25%) TIENE 10 A 14 AÑOS IGUAL QUE EN LA POBLACION TOTAL DE LA CLINICA Y A DIFERENCIA DE OTROS ESTUDIOS DONDE OCUPA EL SEGUNDO LUGAR (22.33.40.41.), Y EN SEGUNDO TERMINO TENEMOS EL GRUPO DE 15 A 19 AÑOS CONSTITUYENDO ESTOS LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA CONSIDERADA DE ALTO RIESGO PERO IDEAL BLANCO PARA LA IMPLEMENTACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN RELACION A ADICCIONES, SALUD REPRODUCTIVA, ACCIDENTES, VIOLENCIA Y NUTRICION.

EN ESTA POBLACION TAMBIEN HAY PREDOMINIO DEL SEXO FEMENINO EN 56% IGUAL A OTROS ESTUDIOS DE ESTE TIPO (22.33.41.) Y DENTRO DE ESTE GENERO LOS GRUPOS ETAREOS MAS NUMEROSOS SON EL DE 10 A 14 AÑOS (PUBERTAD) GRUPO EN EL QUE SE DEBE FAVORECER LA ADQUISICION DE BUENOS HABITOS Y EN SEGUNDO LUGAR EL DE 30 A 34 AÑOS (EDAD FERTIL Y DE PRODUCTIVIDAD ECONOMICA) EN EL QUE SE TIENEN QUE INTENSIFICAR ACTIVIDADES EN RELACION A LA PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, DETECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO, PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCION DE ACCIDENTES.

EN LA POBLACION MASCULINA EL MAYOR NUMERO TAMBIEN ESTA UBICADO EN LOS 10 A 14 AÑOS (1A. ETAPA DE LA ADOLESCENCIA) COINCIDIENDO CON LO QUE OCURRE EN LA POBLACION TOTAL DE LA CLINICA (41) Y DIFERENTE A OTROS REPORTES (22).

EN CUANTO A LOS TRABAJADORES LAS EDADES MAS NUMEROSAS SON 40 A 44 AÑOS Y 30 A 34 AÑOS, EDADES DE PRODUCTIVIDAD ECONOMICA Y REPRODUCCION EN DONDE HAY QUE PREVENIR ACCIDENTES LABORALES, ETS, CRONICODEGENERATIVAS Y PLANIFICACION FAMILIAR. EN ESTE GRUPO PREDOMINA EL SEXO MASCULINO EN 51%

ENTRE LOS FAMILIARES DE DERECHOAHIENTES USUARIOS LA EDAD MAS NUMEROSA ES NUEVAMENTE 10 A 14 AÑOS. Y PREDOMINA EL SEXO FEMENINO EN 61%

EN LA DEMANDA DE CONSULTA PREDOMINAN LAS MUJERES CON 67% CON EDAD DE 45 A 64 AÑOS (MENOPAUSIA Y CLIMATERIO) EPOCA PARA VALORACION DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA Y CONTROL DE CRONICODEGENERATIVAS Y EN SEGUNDO LUGAR EL GRUPO DE 20 A 24 AÑOS (EDAD FERTIL Y PRODUCTIVA)

## **ANÁLISIS DEL DIAGNOSTICO FAMILIAR.**

CON RESPECTO A LAS FAMILIAS LA MAYORIA VIVE EN PAREJA CASADOS UN 69% LO QUE COINCIDE CON OTROS REPORTES (33) Y EN UNION LIBRE SE ENCUENTRA EL 13.5% Y LOS AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LA MAYORIA SON DE 10 A 14 AÑOS, QUE ES UN PERIODO MEDIO E INDICA ESTABILIDAD FAMILIAR.

LA ESCOLARIDAD MATERNA ES BASICA EN EL 31% Y MEDIA EN EL 27% QUE EN RELACION A LA PATERNA ES INFERIOR DONDE ENCONTRAMOS MEDIA EN 32% Y MEDIA SUPERIOR O TECNICA Y PROFESIONAL CON 18% CADA UNO, LO CUAL COINCIDE CON LA



**TRADICION MEXICANA DE FAVORECER MAYOR ESCOLARIDAD EN EL SEXO MASCULINO, PERO EN GENERAL ES UN BUEN NIVEL EDUCATIVO EL DE NUESTROS DERECHAHABIENTES LO CUAL DEBEMOS DE APROVECHAR PARA LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD EN NUESTRAS FAMILIAS.**

**LA EDAD PATERNA IGUAL QUE LA MATERNA LOCALIZA SUS MAYORES PORCENTAJES ENTRE LOS 30 A 39 AÑOS DE EDAD CON 29% Y 27% RESPECTIVAMENTE, ESTO DEBIDO A QUE LAS UNIONES SON ENTRE PAREJAS DE IGUAL O MUY SIMILAR EDAD.**

**OCUPACION PATERNA: EN PRIMER LUGAR EMPLEADOS CON 47.27% Y EN SEGUNDO Y TERCER LUGAR: JUBILADOS Y PROFESIONALES CON 16% CADA UNO. COMO SE OBSERVA LA MAYORIA SON ACTIVOS ECONOMICAMENTE Y BLANCO IDEAL PARA PROGRAMAS PREVENTIVOS PARA CONSERVAR ESA ACTIVIDAD.**

**OCUPACION MATERNA: HOGAR EN 51% LO CUAL SE DEBE APROVECHAR PARA HACERLAS PARTICIPES DE TODOS LOS PROGRAMAS DE SALUD, Y 25% EMPLEADAS. COMO SE VE LA MAYORIA SON ECONOMICAMENTE INACTIVAS COMO LO ENCONTRADO EN OTROS REPORTES (33)**

**EN CUANTO A PLANIFICACION FAMILIAR EN LAS FAMILIAS: EL 40.50% NO LLEVA NINGUN METODO (POR EDAD DE LA MADRE, POR EMBARAZO Y POR NO DESEARLO EN MUY BAJO PORCENTAJE), EN SEGUNDO Y TERCER LUGAR: EL 29% OTB Y 12% DIU.**

**EN USUARIAS DE PLANIFICACION FAMILIAR: CASI EL 58% HA OPTADO POR EL METODO DEFINITIVO, OTB 50% Y VASECTOMIA 8%, EN SEGUNDO LUGAR: DIU CON 20%, IGUAL A OTROS REPORTES (33) Y EN TERCER LUGAR CONDON EL 9.24%. CON ESTA DISTRIBUCION PODEMOS VER QUE EN ESTA POBLACION LA PARTICIPACION MASCULINA ES SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR DE LO ENCONTRADO EN OTROS REPORTES (33), PROBABLEMENTE BASADA EN UN BUEN NIVEL EDUCATIVO.**

**CON RESPECTO AL NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA SE ENCONTRO QUE LA MAYORIA, EL 22% TIENE 3 HIJOS, CIFRA MUY CERCANA AL PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS (2.26) REPORTADO RECIENTEMENTE (33), DEBIDO PROBABLEMENTE A QUE COMO ES SABIDO A MAYOR NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE MENOR NUMERO DE HIJOS (33).**

**LA EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS ES DE MAS DE 20 AÑOS EN EL 62% ES DECIR SON JOVENES Y ADULTOS Y EN SEGUNDO TERMINO EL 19% MENORES DE 10 AÑOS ES DECIR POBLACION INFANTIL CONSIDERADA DE ALTO RIESGO EN DONDE DEBEMOS PREVENIR PROBLEMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ASI COMO ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS.**

**LOS DATOS REPORTADOS EN EL INGRESO ECONOMICO FAMILIAR SON QUE EN 56% PERCIBEN TRES O MAS SALARIOS MINIMOS LO CUAL LOS UBICA EN UN BUEN NIVEL SOCIOECONOMICO Y CON POSIBILIDADES DE MEJOR NIVEL DE VIDA.**

**EN CUANTO AL TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO Y A PESAR DE QUE UN BUEN PORCENTAJE DE MUJERES TRABAJAN Y TIENEN UN BUEN NIVEL EDUCATIVO PREDOMINA LA TRADICIONAL EN 51% CERCANO AL 52% RECIENTEMENTE REPORTADO (34)**

**SEGUN SU COMPOSICION EL 69% SON NUCLEARES, SEMEJANTE AL 68.4% DE ULTIMOS ESTUDIOS (34), ES DECIR SON INDEPENDIENTES CON RESPECTO A LA FAMILIA DE ORIGEN Y ES POSIBLE MEJOR COMUNICACION ENTRE SUS MIEMBROS.**

CON RESPECTO A SU INTEGRACION EL 82% SON INTEGRADAS Y EL 17% DESINTEGRADAS QUE HA PESAR DE LO TRADICIONALMENTE ACEPTADO DE QUE LAS PRIMERAS SON NORMALES Y LAS SEGUNDAS GENERADORAS DE PATOLOGIA EN LA ACTUALIDAD TENDRAN QUE SER EVALUADAS CON OTROS PARAMETROS EN BASE A LOS NUEVOS PATRONES DE VIDA.

SEGUN SU DEMOGRAFIA EL 94% SON URBANAS Y AUN EXISTEN SUBURBANAS EN UN 6% EN LAS CUALES DEBERA TRABAJARSE EN CUANTO A CONDICIONES DE SANEAMIENTO Y PROVISION DE SERVICIOS BASICOS.

EN CUANTO AL TOTAL DE MIEMBROS QUE HABITAN EL HOGAR LA MAYORIA SON 4 QUE REPRESENTA EL 27%, ES DECIR SON FAMILIAS PEQUEÑAS.

EN CUANTO A LA ETAPA DEL CICLO VITAL POR EL QUE ATRAVIESA LA MAYORIA ES EL DE DISPERSION CON 33%, ES DECIR SON FAMILIAS CON HIJOS DEPENDIENTES ECONOMICAMENTE POR ESTUDIO (NIÑOS, ADOLESCENTES Y JOVENES) Y POBLACION EN RIESGO, A DIFERENCIA DE OTROS ESTUDIOS DONDE OCUPA EL SEGUNDO LUGAR DESPUES DE LA ETAPA DE EXPANSION (22.34), Y EN SEGUNDO LUGAR TENEMOS LA ETAPA DE RETIRO, ES DECIR POBLACION DE LA TERCERA EDAD CON PROBLEMAS BIOPSIOSOCIALES QUE REQUIEREN DE ESPECIAL ATENCION. ASI MISMO PARA EL MEDICO FAMILIAR ES IMPORTANTE UBICAR LA ETAPA DEL CICLO VITAL POR EL QUE ATRAVIESAN SUS FAMILIAS PARA DETECTAR CRISIS, FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS Y DISFUNCIONES PARA ESTAR PREPARADO Y SATISFACER LAS NECESIDADES FAMILIARES.

#### **ANALISIS DE LA MORBILIDAD.**

ENCONTRAMOS COMO LA PRIMERA CAUSA DE CONSULTA LOS PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS AGUDOS CON UN 24.40% QUE CONCUERDA CON LO QUE OCURRE EN EL PAIS, EN EL ISSSTE Y EN LA APLICACION DE MOSAMEF EN Cd. OBREGON, SON. Y TEPIC, NAYARIT (26.27.35.36); CABE MENCIONAR QUE EL ESTADO DE MEXICO Y EL D.F. OCUPAN 1o. Y 2o. LUGAR RESPECTIVAMENTE EN REPORTE DE CASOS NUEVOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, TODO LO ANTERIOR NOS OBLIGA A INCREMENTAR CAMPAÑAS PREVENTIVAS EN ESTE CAMPO SOBRE TODO EN EPOCAS DE INVIERNO EN NUESTRA NUMEROSA POBLACION INFANTIL Y DE LA TERCERA EDAD.

EN CONTRASTE TENEMOS EN SEGUNDO Y TERCER LUGAR COMO CAUSAS DE CONSULTA: HIPERTENSION ARTERIAL CON 22.8% Y DIABETES MELLITUS CON 14% ACORDE A OTROS REPORTES (37.38.39) Y A DIFERENCIA DE LO ENCONTRADO EN LA CLINICA DEL VALLE EN EL D.F. AL APLICAR MOSAMEF DONDE OCUPAN 1o. Y 2o. LUGAR (25), PADECIMIENTOS CRONICODEGENERATIVOS DE LA TERCERA EDAD QUE CONCUERDA CON NUESTRA NUMEROSA POBLACION DE LA MISMA, QUE CONFIRMA LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA QUE OCURRRE EN NUESTRO PAIS Y QUE OBLIGA A INTENSIFICAR ESTRATEGIAS PARA LA FORMACION Y/O EL IMPULSO DE LOS GRUPOS RESPECTIVOS DE CONTROL DE DICHAS ENFERMEDADES, QUE HAN DEMOSTRADO SU EFICACIA PARA PROMOVER AUTOCUIDADOS COMPLEMENTARIOS A LAS CONSULTAS INDIVIDUALES.

EN QUINTO LUGAR LLAMA LA ATENCION CON UN 6% LOS SANOS QUE ACUDEN Y QUE SON BLANCO PARA LA PROMOCION DE LA SALUD, ES DECIR PARA QUE EL MEDICO

FAMILIAR FOMENTE EL CAMBIO DE LA CULTURA DE LA ENFERMEDAD POR UNA CULTURA DE LA SALUD E INTERVENGA EN EL ABANDONO DE CREENCIAS , ACTITUDES Y PRACTICAS TRADICIONALES NOCIVAS Y ESTIMULE LA ADOPCION DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS PROPICIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD (38).

EN MI OPINION ESTE ESTUDIO PODRIA SER MAS COMPLETO Y DE MAYOR UTILIDAD SI SE AGREGARAN CAPITULOS REFERENTES A ANTECEDENTES SOBRE ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS, NEOPLASICAS, CONDICIONES DE LA VIVIENDA, HABITOS HIGIENICOS, ALIMENTICIOS Y CON CUESTIONES CON RESPECTO A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

## **VIII. CONCLUSIONES.**

EN LA POBLACION ESTUDIADA HAY UN PREDOMINIO DE INDIVIDUOS DEL 10 A 19 AÑOS ( ADOLESCENCIA) Y DEL SEXO FEMENINO.

SE ENCONTRARON EN SU MAYORIA FAMILIAS PEQUEÑAS, NUCLEARES, TRADICIONALES, INTEGRADAS, URBANAS Y CON UN NIVEL EDUCATIVO BASICO Y MEDIO.

LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y LOS PADECIMIENTOS CRONICO DEGENERATIVOS FUERON LAS CAUSAS DE CONSULTA MAS FRECUENTES.

LA APLICACION DEL MOSAMEF POR EL MEDICO FAMILIAR A UNA POBLACION FIJA LE DARA EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS CARACTERISTICAS DE SU POBLACION, SU ENTORNO, LA ESTRUCTURA DE SUS FAMILIAS Y LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE QUE SUFREN LOS DERECHAHABIENTES ADSCRITOS A SU CONSULTORIO. ESTO LE PERMITIRA PROPORCIONAR UNA ATENCION MEDICA INTEGRAL, ASI COMO EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE SU POBLACION, DANDO UN RESULTADO SATISFACTORIO TANTO PARA LOS PACIENTES COMO PARA EL PROPIO MEDICO.

ASI MISMO EL MEDICO FAMILIAR PODRA ELABORAR PLANES Y ESTRATEGIAS PARA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION PRIMARIA DE ENFERMEDADES MAS FRECUENTES ESPECIFICOS PARA SU POBLACION Y NO SOLO DESEMPEÑAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES CURATIVAS (PREVENCION SECUNDARIA), LO CUAL REDUNDARA EN EL USO RACIONAL DE SUS PROPIOS RECURSOS DE SALUD Y MEJORARA EL NIVEL DE SALUD Y DE VIDA DE SUS FAMILIAS, DE SU CLINICA . DE SU INSTITUCION Y POR ENDE DE SU PAIS. Y LOGRARA LLEVAR A CABO MEDICINA DE ALTO NIVEL DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

COMO LOS GRUPOS MAS GRANDES Y EN RIESGO DETECTADOS FUERON: ADOLESCENTES, ESCOLARES, PRE Y MENOPAUSICAS, EDAD FERTIL Y PRODUCTIVA Y ANCIANOS, URGE IMPLEMENTAR EN ELLOS ACCIONES DE PREVENCION PRIMARIA (PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD) TALES COMO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES, EDUCACION Y/O MEJORAMIENTO HIGIENICO, NUTRICIONAL Y AMBIENTAL, PREVENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, CONTROL SOBRE APLICACION DE VACUNAS Y SUEROS, ORIENTACION SOBRE CLIMATERIO, PRE Y POSMENOPAUSIA, PLANIFICACION FAMILIAR, PREVENCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, SALUD PERINATAL, RIESGO PRECONCEPCIONAL, PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DE CANCER CERVICO-UTERINO Y MAMARIO, HIGIENE Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN EL TRABAJO Y HOGAR Y PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS. EN CUANTO A PREVENCION SECUNDARIA: PROCURAR LLEGAR LO MAS PRONTO POSIBLE A UN DIAGNOSTICO CERTERO CON LOS MEDIOS CON LOS QUE CUENTA LA UNIDAD PARA PODER INICIAR UN TRATAMIENTO TEMPRANO QUE EVITE SECUELAS A LOS PACIENTES.

Y EN EL AREA DE PREVENCION TERCIARIA TRATAR LA ENFERMEDAD ADECUADAMENTE PARA MINIMIZAR SECUELAS.

LA BUENA RELACION MEDICO-PACIENTE QUE SE ESTABLECE AL APLICAR EL MOSAMEF ENGENDRA UNA CONFIANZA TAL QUE LLEGA A SER UN FACTOR IMPORTANTE QUE DEBE UTILIZARSE EN LA MOTIVACION DE LOS PACIENTES PARA QUE CUMPLAN LAS MEDIDAS DE MANTENIMIENTO DE SU SALUD.

EN RESUMEN EL MOSAMEF FACILITA QUE LA MEDICINA FAMILIAR SE EJERZA FUNDAMENTADA EN LOS TRES EJES QUE LA SUSTENTAN: ESTUDIO DE LA FAMILIA, ACCION ANTICIPATORIA Y CONTINUIDAD, ESTA ULTIMA INTIMAMENTE ASOCIADA CON LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD; LO CUAL DEBE OBLIGAR A LAS AUTORIDADES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD A UNA REESTRUCCTURACION DE CONTROLES DE ATENCION MEDICA CON INDICADORES DE IMPACTO POSITIVO A LA SALUD DE LAS POBLACIONES ASIGNADAS Y NO SOLO DE PRODUCTIVIDAD ASISTENCIAL Y EN CONSECUENCIA EL OTORGAMIENTO DE ESTIMULOS DE RECONOCIMIENTO A LA LABOR DE LOS MEDICOS FAMILIARES.

FINALMENTE Y QUIZAS LO MAS IMPORTANTE ES QUE LA APLICACION DE ESTE MODELO DESPIERTA EL INTERES CIENTIFICO DEL MEDICO FAMILIAR POR LA INVESTIGACION, CAYENDO EL MITO DE QUE SOLO SE PUEDE LLEVAR A CABO EN OTROS NIVELES DE ATENCION Y LE DA LA OPORTUNIDAD DE APORTAR CONOCIMIENTOS A LA CIENCIA MEDICA.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

1. **ROBERT B. TAYLOR. MEDICINA DE FAMILIA PRINCIPIOS Y PRACTICA. 3a. EDICION ESPAÑOLA. ED. DOYMA. 1991. P:3-6.**
2. **A. MARTIN ZURRO Y JF. CANO PEREZ. ATENCION PRIMARIA EN ATENCION PRIMARIA. 3a. EDICION. MOSBY DOYMA. 1994. MADRID ESPAÑA. P:5.**
3. **M.P. ESTEBANELL ARNAL, J.A. URIEL PEREZ, ACTUACION DERIVADA DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS. ATENCION PRIMARIA. 1992; 10: 539-542.**
4. **BROTONS CUIXART. ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA, 1989; 6: 369-370.**
5. **C. JIMENEZ MENA, A. LORENZO RIERA. ANALISIS DE LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN GRUPOS DE EDAD. ATENCION PRIMARIA. 1993; 12: 269-272.**
6. **U.S PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE GUIDE TO CLINICAL PREVENTIVE SERVICES AN ASSESMENT OF THE EFFECTIVENESS OF 169 INTERVENTIONS. BALTIMORE WILLIAMS AND WILKINS, 1989.**
7. **A. MARTIN ZURRO, J. GENE BADIA. ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCION DE LA SALUD EN ATENCION PRIMARIA CONCEPTOS ORGANIZACION Y PRACTICA CLINICA 3A. EDICION MOSBY DOYMA 1994. MADRID ESPAÑA. P: 294, 300 Y 327.**
8. **MARTIN A. BROTONS C. CIURANA R. ET AL. ACTIVIDADES DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA EN MARTIN ZURRO .A. CANO PEREZ JF. EDS. MANUAL DE ATENCION PRIMARIA. 2a. EDICION BARCELONA, OYMA. 1989. P: 661-675.**
9. **MARSLAND DW MAYO F, WOOD MA DATA BANK FOR PATIENT CARE, CURRICULUM, AND RESEARCH IN RANK ORDER OF DIAGNOSIS BY FREQUENCY. PART II BY DESEASE CATEGORY AND AGE/SEX DISTRIBUTION J. FAM. PRACT. 1976; 3:38-68.**
10. **FRIEDMAN CP, SLATT LM, BAKER RM, CUMMING SB. IDENTIFYING THE CONTENT OF FAMILY MEDICINE FOR EDUCATIONAL PURPOSE: AND EMPIRICAL APPROACH MED. EDUC 1983; 58: 51-57.**
11. **J. FRY LA CONTRIBUCION DE LA INVESTIGACION AL MEJORAMIENTO DE LA PRACTICA FAMILIAR EN MEDICINA FAMILIAR PRINCIPIOS Y PRACTICAS. J.H MEDALIE 1a. EDICION. 1987 ED. LIMUSA. MEXICO. P: 325-337.**
12. **IAN R. MC WHINNEY MEDICINA DE FAMILIA. MOSBY/DOYMA LIBROS BARCELONA ESPAÑA 1995. P: 12-16, 27-28.**
13. **CÉITLIN J. ¿QUE ES LA MEDICINA FAMILIAR? FEPAFEM/KELLOG. 1982. P: 39-41.**
14. **KELLY LMD CCFP FOR PRINCIPLES OF FAMILY MEDICINE. CANADIAN FAMILY PHYSI-**

CIAN, 1997;43:1902-1904.

15. WHITE KL WILLIAMS TL GREENBERG. THE ECOLOGY OF MEDICAL CARE. N.ENGL J MED 1981;265:885-892.
16. NARRO ROBLES J (COORDINADOR) MEDICINA GRAL./FAM. 2a.PARTE. REV.FAC.MED. No.4, AÑO 24. VOL.XXIX P:6-7.
17. GIL VF ET AL MEDICINA EN ATENCION PRIMARIA (ASIGNATURA OPTATIVA DE PREGRADO EN LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE). DOS AÑOS DE EXPERIENCIA. ATEN. PRIMARIA 1993;12:48-50.
18. HART JC NECESITAMOS UN NUEVO TIPO DE MEDICO DE CABECERA. ATEN. PRIMARIA 1984;1:109-115.
19. MENARQUEZ JF ET AL LA DOCENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL PREGRADO UNESTUDIO DELPHI. ATEN. PRIMARIA. 1992;10:34-37
20. NARRO ROBLES J (COORDINADOR). MEDICINA GRAL/FAM 1a. PARTE REV.FAC.MED. No.3, AÑO 24. VOL.XXIV, P:28ss.
21. IRIGOYEN CORIA A GOMEZ CLAVELINA F. Y COLS. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR 5a. EDICION MEXICO EDITORIAL MEDICINA FAMILIAR MEXICANA 1998. P:152-177.
22. IRIGOYEN CORIA A. ROMERO VAZQUEZ R. MEDINA NAVA M. CLASIFICACION DE FAMILIAS, PRIORIDAD A INVESTIGAR EN MEDICINA FAMILIAR. REV.MED.IMSS MEX 1991;29: 365-368.
23. DICKINSON-BANNACK ME. PONCE ROSAS ER. RODRIGUEZ LEON MA. PALOMEQUE RAMIREZ MP. GONZALEZ QUINTANILLA E. IRIGOYEN CORIA A. UN MODELO DE INVESTIGACION EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION REV.FAC.MED.UNAM MEX. 1996;1(39):7-13.
24. IRIGOYEN CORIA A. GOMEZ CLAVELINA FJ. APUNTES MOSAMEF.
25. VARA JIMENEZ F. TESIS UNAM APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.7 DE LA CLINICA DEL VALLE ISSSTE EN EL D.F. 1996.P:106.
26. SANTIAGO IGLESIAS HE. TESIS UNAM DIAGNOSTICO DE SALUD Y ESTRUCTURA FAMILIAR UN MODELO SISTEMATICO DE ATENCION CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TEPIC NAYARIT. 1996.P:35.
27. IBARRA MARTINEZJ. TESIS UNAM APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.6 TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL B ISSSTE DE CD. OBREGON SON. 1996.
28. HENNEN BK LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ATENCION EN MEDICINA FAMILIAR GUIA PRACTICA DAVID B SHIRES BRYAN K. HENNEN LIBROS Mc. GRAW/HILL DE MEXICO, SA. DE C.V
29. BUSTOS LG EL PEDIATRA EN ATENCION PRIMARIA Y LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS. ATEN.PRIMARIA 1993,12.183-184.

30. OMS OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION AN INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, OTTAWA, 1986.
31. DELGADO A LOPEZ-FDZ L. LA PARTICIPACION COMUNITARIA: UNA REVISION NECESARIA. ATEN.PRIMARIA.1992;9:457-459.
32. KROEGER A LUNE R. ATENCION PRIMARIA DE SALUD 1992. 2a. EDICION OPSY ED.PAX. MEXICO P 10
33. ENCUESTA NACIONAL DE DINAMICA DEMOGRAFICA 1992. P: 2,60,58,59,113,115,117,81,82,64,68.
34. SAUCEDO GARCIA JM. LINEAMIENTOS PARA INICIAR LA VIDA EN FAMILIA. REV. MED. IMSS (MEXICO) 1995; 33:249-256.
35. BOLETIN EPIDEMIOLOGICO No 52 VOL. 14 SEM. 52 DICIEMBRE 1997.
36. ANUARIO ESTADISTICO ISSSTE, 1995.
37. ESTADISTICAS VITALES. EL PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE MEXICO. MECANOGRAMA DIDACTICO. DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNAM MEXICO.
38. SANCHEZ LUNA G. EL RETO ACTUAL DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO. REV MED. IMSS MEXICO, 1994 32:355-357.
39. GONZALEZ CARVAJAL E. DIAGNOSTICO DE SALUD EN MEXICO. MECANOGRAMA DIDACTICO DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR UNAM, MEXICO.
40. DELEGACION POLITICA XOCHIMILCO 1997, D.D.F. MIGUEL ANGEL PORRUA LIBRERO-EDITOR.
41. SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS. SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA ,1998.



## **X. ANEXOS.**

ANEXO I  
CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR  
MOSAMEF B-1 MODIFICADA

FAMILIA: \_\_\_\_\_ EDO.CIVIL: CASADOS ( )  
U.LIBRE ( )  
OTRO: \_\_\_\_\_

AÑOS DE UNION CONYUGAL: \_\_\_\_\_

QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: DEL PADRE: \_\_\_\_\_ DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

EDAD: DEL PADRE \_\_\_\_\_ DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

METODO DE PLANIF.FAM: \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (HASTA DE 10A. DE EDAD): \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19A. DE EDAD): \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD): \_\_\_\_\_

TOTAL HIJOS: \_\_\_\_\_ TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAM: \_\_\_\_\_

TIPO DE FAMILIA: DESARROLLO: MODERNA ( )  
TRADICIONAL ( )

DEMOGRAFIA: URBANA ( ) COMPOSICION: NUCLEAR ( )  
SEMIURBANA ( ) EXTENSA ( )  
COMPUESTA ( )

INTEGRACION: INTEGRADA ( )  
SEMI-INTEGRADA ( )  
DESINTEGRADA ( )

INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS:  
< DE UN SALARIO MINIMO (-\$900.00) ( )  
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS (DE \$900.00- \$1 800.00) ( )  
> DE 2 Y < DE 3 SALARIOS MINIMOS (DE \$1 801.00 - \$2 699.00) ( )  
3 o MAS SALARIOS MINIMOS (\$2 700.00 o MAS) ( )

OCCUPACION: DEL PADRE: \_\_\_\_\_ DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR: MATRIMONIO ( ) EXPANSION ( )  
DISPERSION ( ) INDEPENDENCIA ( )  
RETIRO ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### GLOSARIO DE TERMINOS PARA EL LLENADO DE LA CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR MOSAMEF B-2 MODIFICADA

- FAMILIA:** SE ANOTAN LOS APELLIDOS QUE IDENTIFIQUEN A LA FAMILIA
- AÑOS DE UNION CONYUGAL:** ANOTAR EN AÑOS CUMPLIDOS EL TIEMPO QUE LLEVAN DE VIVIR EN PAREJA.
- ESCOLARIDAD:** SE ANOTARA EL GRADO MAXIMO D ESTUDIOS QUE HAYA ALCANZADO EL ENTREVISTADO.
- COLONIA:** SE ANOTARA LA COLONIA DONDE VIVE LA FAMILIA.
- FAMILIA MODERNA:** SE CONSIDERA ASI CUANDO AMBOS CONYUGES TRABAJAN FUERA DEL HOGAR.
- FAMILIA TRADICIONAL:** ES LA FAMILIA EN QUE SOLO UNO DE LOS CONYUGES TRABAJA FUERA DEL HOGAR.
- FAMILIA URBANA:** ES LA FAMILIA QUE HABITA EN UNA COMUNIDAD DE MAS DE 5 000 HABITANTES Y QUE CUANTA CON LOS SERVICIOS BASICOS DE URBANIZACION, AGUA ENTUBADA (INTRA O EXTRA DOMICILIARIA), ENERGIA ELECTRICA, DRENAJE SUBTERRANEO Y PAVIMENTACION.
- FAMILIA SUBURBANA:** ES LA FAMILIA QUE HABITA EN UNA COMUNIDAD DE MAS DE 5 000 HABITANTES Y QUE CARECE DE ALGUNO DE LOS SERVICIOS BASICOS DE URBANIZACION.
- FAMILIA NUCLEAR:** ES LA FAMILIA CONSTITUIDA POR PADRE, MADRE E HIJOS.
- FAMILIA EXTENSA:** ES LA FAMILIA EN LA CUAL, ADEMAS DEL PADRE, LA MADRE E HIJOS HAY FAMILIARES CON LAZOS CONSANGUINEOS, DE ADAPTACION O BIEN DE AFINIDAD.
- FAMILIA EXTENSA COMPUESTA:** ADEMAS DE LOS QUE INCLUYEN A LA FAMILIA EXTENSA, SE AGREGAN MIEMBROS SIN NINGUN NEXO LEGAL, COMO AMIGOS, SIRVIENTES.
- FAMILIA INTEGRADA:** EN LA CUAL LOS CONYUGES VIVEN JUNTOS Y CUMPLEN SUS FUNCIONES.
- FAMILIA SEMI-INTEGRADA:** LOS CONYUGES VIVEN JUNTOS PERO NO CUMPLEN DE MANERA SATISFACTORIA SUS FUNCIONES.
- FAMILIA DESINTEGRADA:** AUSENCIA D EUNO DE LOS CONYUGES, POR MUERTE, DIVORCIO, SEPARACION, ABANDONO.

<b>OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA:</b>	<b>SE ANOTARAN LAS OCUPACIONES DE AMBOS PADRES.</b>
<b>ETAPA DE MATRIMONIO:</b>	<b>DESDE QUE SE CASAN HASTA QUE NACE PRIMER HIJO.</b>
<b>ETAPA DE EXPANSION:</b>	<b>COMPRENDE DESDE EL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO HASTA LOS 6 AÑOS DE EDAD DEL MISMO.</b>
<b>ETAPA DE DISPERSION: (TODOS)</b>	<b>COMPRENDE DE LOS 6 A 14 AÑOS DE EDAD DEL PRIMER HIJO (LOS HIJOS ACUDEN A LA ESCUELA, NINGUNO TRABAJA).</b>
<b>ETAPA DE INDEPENDENCIA:</b>	<b>COMPRENDE DE LOS 14 A 30 AÑOS DE EDAD DEL PRIMER HIJO (SE HA DADO LUGAR A LA FORMACION DE NUEVAS FAMILIAS, ALGUN HIJO SE HA CASADO).</b>
<b>ETAPA DE RETIRO:</b>	<b>CUANDO EL PRIMER HIJO TIENE MAS DE 30 AÑOS DE EDAD (TODOS LOS HIJOS HAN ABANDONADO EL NUCLEO FAMILIAR O LOS PADRES SE HAN JUBILADO)</b>

**ANEXO No 3**

**HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO  
SISTEMATICO FAMILIAR  
MOSAMEF B-3 MODIFICADA**

	NUMERO	%
<b>COLONIA:</b>		
<b>ESTADO CIVIL:</b>		
SOLTERO		
CASADO		
UNION LIBRE		
DIVORCIO		
VIUDEZ		
SEPARACION		
<b>AÑOS DE UNION CONYUGAL:</b>		
<b>ESCOLARIDAD:</b>		
PRIMARIA INCOMPLETA		
BASICA		
MEDIA		
MEDIA SUPERIOR O TECNICA		
SUPERIOR		
ANALFABETA		
<b>EDAD DEL PADRE:</b>		
<b>EDAD DE LA MADRE:</b>		
<b>METODO DE PLANIFICAICON FAMILIAR:</b>		
DIU		
HORMONALES		
OTB		
RITMO		
CONDON		
VASECTOMIA		
COITO INTERRUPTIDO		
NINGUNO		
<b>NUMERO DE HIJOS (HASTA 10 AÑOS DE EDAD):</b>		
<b>NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD):</b>		

**ANEXO No 3**  
**HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO**  
**SISTEMATICO FAMILIAR**

**MOSAMEF B-3 MODIFICADO**

<b>NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD):</b>		
<b>TOTAL DE HIJOS POR FAMILIA:</b>		
<b>OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA:</b>		
PROFESIONAL		
TECNICO		
EMPLEADO		
HOGAR		
ESTUDIANTE		
DESEMPLEADO		
OTRO		
JUBILADO		
<b>INGRESO ECONOMICO MENSUAL:</b>		
MENOR A 1 SALARIO MINIMO (-\$900.00)		
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS (\$900.00- \$1 800.00)		
MAS DE 2 A MENOS DE 3 SALARIOS(\$1 801.00-\$2 699.00)		
3 O MAS SALARIOS MINIMOS (\$2 700.00 O MAS)		
<b>TIPO DE FAMILIA:</b>		
<b>SEGUN DESARROLLO:</b>		
MODERNA		
TRADICIONAL		
<b>SEGUN COMPOSICION:</b>		
NUCLEAR		
EXTENSA		
COMPUESTA		
<b>SEGUN INTEGRACION:</b>		
INTEGRADA		
SEMI-INTEGRADA		
DESINTEGRADA		
<b>SEGUN DEMOGRAFIA:</b>		
URBANA		

