

11226
128
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

CLINICA HOSPITAL APATZINGAN MICHOACAN

**"MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA
FAMILIAR APLICADO EN EL CONSULTORIO
NUMERO 5 DE LA CLINICA DE APATZINGAN
DEL ISSSTE"**

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

P R E S E N T A :

SOSA SEVILLA, HUMBERTO SEGUNDO

ASESOR DE TESIS: DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.



ISSSTE

MICHOACAN

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

28/10/12



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
APLICADO EN EL CONSULTORIO NÚMERO 5 DE
LA CLÍNICA DE APATZINGAN DEL ISSSTE

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta

SOSA SEVILLA HUMBERTO SEGUNDO

AUTORIZACIONES

DRA. PATRICIA ANDALUZ ANDALUZ



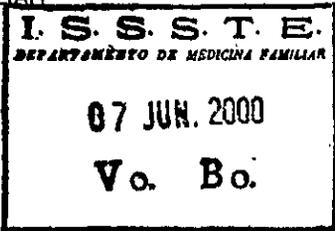
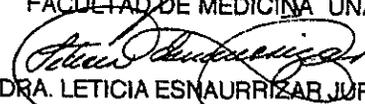
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE
Y ASESORA DE TESIS

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES



ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO



JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

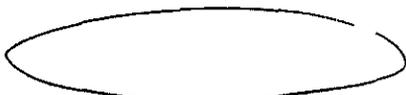
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
APLICADO EN EL CONSULTORIO NUMERO 5 DE
LA CLINICA DE APATZINGAN DEL ISSSTE

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

SOSA SEVILLA HUMBERTO SEGUNDO

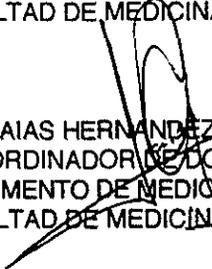
AUTORIZACIONES



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



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



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO.

A mis padres.

Sr. Juan Francisco Sosa Cadena y Sra. Ruperta Sevilla de Sosa.

Ya fallecidos, que en vida me dieron apoyo y cariño, como un homenaje póstumo.

A mis hermanas.

Angela Libertad y Selma Sonia.

Por su afecto y ayuda que siempre me brindaron.

A mi familia.

Sra. Rosalba Toro de Sosa, hijas Tania, Cintia, Xochitl e hijo Juan Humberto.

Que con su cariño y esfuerzo me ayudaron durante el estudio de postgrado.

AGRADECIMIENTO.

Al H. Cuerpo Médico del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por su coordinación y dirección que me orientaron en la realización del estudio de postgrado.

A la C. Autoridades del I.S.S.S.T.E.

Principalmente al Director Dr. Contreras Cabrera Saúl y Dr. Cortés Bucio Alfonso Jefe de enseñanza del Hospital Apatzingan. Que me proporcionaron una oportunidad de superarme.

A la Dra. Andaluz Patricia y Dr. Villa García Juventino. En su labor diaria de enseñanza que realizaron durante el desarrollo del estudio de postgrado.

Drs. Aguilar Lopez Sergio, Avila Rojas Julio Cesar, Canedo Solar Margarita, Loya García Roberto y Cuerpo Médico de especialistas de la Clínica Hospital de Apatzingan I.S.S.S.T.E.

Por su coordinación y educación en las sesiones clínicas que se llevaron durante el estudio de postgrado.

A Dios.

Por haberme concedido terminar mi estudio de postgrado.

INDICE GENERAL.

TEMA	Página
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
JUSTIFICACION	37
OBJETIVOS	39
- General	39
- Específicos	40
METODOLOGIA	41
- Tipo de Estudio	41
- Población, Lugar y Tiempo de estudio	41
- Tipo de muestra y tamaño	41
- Criterios de Inclusión, exclusion y eliminación	42
- Información a recolectar	42
- Variables a recolectar	42
- Método o procedimiento para captar información	43
- Consideraciones éticas	44
RESULTADOS	45
- Descripción de los resultados	45 a 131
DISCUSION	132
CONCLUSIONES	145
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	151
ANEXOS	156

Perfil del médico general del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.)

El médico general familiar será aquel profesional capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, cántinua o integral del individuo y de su familia, dentro del contexto social en que se encuentran inmersos. (14).

Además:

- 1.- Actúa en la mayoría de las ocasiones como vía de entrada al sistema de atención médica. (14).
- 2.- Ejerce su práctica profesional independientemente de la edad, sexo ó padecimiento que presenten sus pacientes.(14)
- 3.- Coordina la utilización de recursos existentes de acuerdo a las necesidades de salud, de la población a su cargo.(14)

En México la práctica de la Medicina Familiar se remota al año de 1955, cuando la Institución Mexicana del Seguro Social (I.M.S.S.) forma dos clínicas en la ciudad de México teniendo adscripción de grupo familiar al mismo médico, se implanta el sistema de cita previa, además de la visita domiciliaria era responsabilidad del Médico Familiar. (14)

En Marzo de 1971 el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia un programa de especialización con dos años de duración. En 1974 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) reconoce el curso de residencia, elevando la Medicina Familiar a la categoría de especialidad. (14).

En Marzo de 1978, la Facultad de Medicina de la UNAM establece contacto con autoridades de la Secretaria de Salud para la Asistencia Pública (S.S.A) e I.S.S.S.T.E. para valorar estrategias y programas para elaborar cursos de especialización en Medicina Familiar. En Marzo de 1980 se establecen sedes en dichas instituciones. (14).

La aceptación de candidatos está limitada a la disponibilidad de plazas y los candidatos deben ser valorados por medio de un examen de conocimientos (14).

Los médicos familiares (20) son clínicos generalistas con una formación de postgrado que los capacita para promover la atención continua de la mayor parte de las necesidades de salud - que pueden presentar los pacientes de cualquier edad y sexo. La atención del paciente debe estar determinada por varios parámetros. (20).

Alta morbilidad local, nacional e internacional. (20)

Mortabilidad significativa.

Intereses institucional ó personal. (20)

Repercusiones economicas psicosociales. (20)

FAMILIA.

Definición.

La familia es el conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonios. (5).

Ciclo vital de la familia.

La familia nace, crece, se reproduce y muere a ello se le conoce como ciclo vital de la familia. (5).

El ciclo vital comprende varias fases:

Fase de matrimonio.

Fase de expansión.

Fase de dispersión.

Fase de independencia.

Fase de retiro.

Fase de matrimonio.

Esta fase se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. (5)

En esta fase hay ajustes, el sujeto se separa de su familia - en favor de la búsqueda y cercanía de su pareja. (13).

Ambas personas deberán renunciar a las ganancias emocionales que tenían como hijo e hija y tener la disponibilidad física y emocional para formar una nueva pareja, formando un nuevo sistema de seguridad emocional interna que incluye un nuevo - compañero. (13).

Fase de expansión

Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. (5).

Nuevamente hay cambios, la llegada de un hijo requiere espacio físico y emocional; los padres en su área de identidad requieren apoyo mutuo para no haber regresión. (13)

Si el hijo es deseado ayuda a integrar a la familia; pero si el hijo no es deseado puede propiciar que el padre se separe de la familia ante la imposibilidad de sostenerla por falta de recursos económicos ó emocionales. (5)

Si el hijo es mujer y el padre desea varón se sentirá decepcionado del nuevo miembro porque no ayudará con el presupuesto familiar (5).

Para que la pareja sea funcional se requiere comunicación en sus actividades de crianza y que no involucren a sus hijos en sus dificultades conyugales. (25).

Fase de dispersión.

En esta fase los hijos asisten a la escuela y no trabaja ninguno. (5).

Al llegar un hijo a la adolescencia deja de considerar al padre como rey y a la madre como reina. Además el hijo requiere reforzamiento del yo, ante la abdicación del trono de sus padres (13).

La seguridad afectiva es muy importante en esta fase, debe ser proporcionada por los padres. El objeto principal de esta etapa es preparar a los adolescentes para ser adultos (25).

Fase de Independencia.

En este ciclo los hijos ya no dependen de la familia paterna y han formado su propia familia (5).

En esta etapa surgen nuevos acomodamientos que pueden originar conflictos y son los siguientes: (13).

1. Necesidad de admitir nuevos miembros a la familia (nietos).
2. Nuevos conyuges familiares (nuera ó yerno).
3. Muerte de la generación anterior.
4. La jubilación del padre de la familia.
5. La declinación física de las capacidades.
6. El conflicto de nuevas generaciones.
7. El problema económico de los hijos que inician nuevas familias.
8. Necesidad de explorar nuevos caminos u horizontes.
9. La necesidad de independencia de hijo para formar nuevas - familias (13).

En esta etapa se caracteriza por la culminación del proceso educativo de la familia en relación a los hijos estos tienen madurez física y emocional y son autosuficientes desde el punto de vista económico (25).

Para afrontar los conflictos se requiere (14)

1. Apoyo mutuo de la pareja sexual.
2. Apoyo incondicional de la pareja.
3. Aprovechar que hay menores responsabilidades.
4. Manejar con destreza el tiempo disponible.
5. Encausar los sentimientos de culpa y deseos de la pareja ó propia muerte.

Fase de retiro

En este ciclo solo queda un miembro de la familia ó es recluido en asilos (5).

El conocimiento del ciclo vital de la familia es de gran importancia ya que se podrán efectuar actividades preventivas, diagnosticas, terapeuticas y de rehabilitación a las familias que acuden en busca de ayuda. (25).

Funciones de la Familia.

La familia tiene varias funciones y se describen a continuación: (5).

1. Socialización.
2. Cuidado.
3. Afecto.
4. Reproducción.
5. Status económico.

Socialización.

La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus - padres en un individuo autónomo con "independencia" para desarrollarse en la sociedad. (5).

Cuidado

Se identifican cuatro determinantes en ella:

Alimentación, vestido, seguridad física y afecto emocional.

Esta función permite la preservación de nuestra especie (5).

Afecto.

Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares (5).

Reproducción.

La familia es la institución encargada de proveer nuevos -

Miembros a la sociedad afectuando estas tareas con responsabilidad (5).

Status económico.

La familia tiene que perpetuar los privilegios y logros familiares (5).

El conocimiento de estas funciones de la familia son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia (25).

FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

Las funciones de los padres son: (25).

1. El cuidado del hogar.
2. Su propia superación con educación y capacidad permanente.
3. Planear su vida familiar y procreación.
4. Transmitir en forma conciente los valores naturales.
5. Ejercer la autoridad rectoral de la familia de acuerdo a la etapa de crecimiento de los hijos y compartir la responsabilidad de un ambiente democrático.
6. Formar el patrimonio familiar.
7. Cuidar de salud y bienestar familiar.
8. Realizar los registros y legalización civiles que aseguren la nacionalidad, parentesco, ciudadanía y transmisión de bienes. (25)

Las funciones del padre son:

1. Promover los bienes económicos y culturales.
2. Figurar como patrón de identidad masculina.
3. Servir de cimiento en la estabilidad material y emocional.
4. Ser educador no solo de palabra sino también de hecho.
5. Configurar como responsable del núcleo familiar.
6. Encausar a la familia hacia la superación colectiva. (25).

Las funciones de la madre son: (25)

1. Ser la administradora del hogar y organizar la vida doméstica.
2. Figurar como patrón de los roles femeninos.
3. Ser esposa y compañera y figura central de la familia.
4. Ser la educadora de la familia y de los hijos.
5. Figuraré como responsable de su núcleo familiar en ausencia de su esposo. (25).

Las funciones de los hijos son: (25)

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

Algunas de estas funciones dentro de la familia cambiaron sobre todo por el papel desempeñado por la mujer que trabaja, debido a la necesidad económica ó de realización personal (25).

ETAPAS CRÍTICAS DE LA FAMILIA

La familia tiene varias etapas críticas en su vida.

1. Nacimiento.
2. Enseñanza de la sexualidad.
3. Estado laboral.
4. Muerte de un miembro.

Nacimiento.

Esta etapa se describió en la fase de expansión del ciclo vital de la familia (página 5).

Enseñanza de la sexualidad.

La enseñanza de la sexualidad que proporciona la familia puede ser: (5).

Orientadora: positiva cuando el niño recibe información real y adecuada acerca del sexo; negativa cuando se recibe información deformada y prejuiciosa con respecto a la sexualidad humana (5).

Indiferente: Cuando los padres no se comprometen con la excusa de no tener tiempo disponible para blindar la mínima orientación sexual. Es importante recordar que una falta de orientación sexual de los padres, provocará en los hijos: desorientación, angustia y en ocasiones la presencia de factores que provoquen desestabilidad en la dinámica familiar.(5).

Estado laboral.

Los principales factores de riesgo para la familia, en (5)

cuanto al estado laboral son en primer lugar, la desocupación búsqueda y cambio de trabajo.

Desocupación.

Se debe tomar en cuenta la causa si fue por edad avanzada, negligencia, disminución de la fuente de trabajo, preparación deficiente ó nula, así como invalidez. (5).

Búsqueda de trabajo.

Como consecuencia de la actual crisis económica, México se ha colocado en un nivel de desempleo muy alto, lo cual dificulta las oportunidades de trabajo, ya que la mano de obra disponible excede a la demanda, dando como resultado pocos empleos estables, abandono del padre a la búsqueda de empleo y como consecuencia desestabilidad económica y emocional en el núcleo familiar. (5).

Cambio de empleo.

El médico familiar deberá estudiar los motivos del cambio, si fue para mejorar económicamente ó culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo menor remunerado pero con mayor satisfacción intelectual, requiriendo mayor tiempo ocupacional, lo cual puede conducir a ausencias de un miembro de la familia (padre ó madre), repercutiendo emocional, social e incluso sexualmente, proporcionando abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia. (5).

Muerte de un miembro de la familia.

Esta crisis familiar puede ser desde los ángulos social y psicológico, tomando en cuenta el número de hijos y edad de ellos dependiendo si la muerte se da en el padre, la madre ó un hijo. Desde el punto de vista económico si el que se muere es el padre y representa la única fuente de ingresos, la situación obligará a la madre a trabajar para sostener la familia, si está preparada, el problema será menor, se adaptará pronto a la situación, si la escolaridad es baja se producirá un desajuste económico importante disminuyendo el nivel económico. El hijo mayor sustituirá al padre constituyéndose en el sosten de la familia, lo que lleva a abandonar sus estudios, alteraciones en su desarrollo y modificaciones importantes en su personalidad. (5).

Emocionalmente, el choque por la pérdida de un miembro, puede llegar a provocar ruptura de la integración familiar, su dispersión, así como situaciones conflictivas. Si el padre no constituye el principal apoyo económico, la repercusión será emocional, pudiendo en este caso conservarse la estructura familiar. Si quien fallece es la madre puede no responsabilizarse el padre de la crianza y educación de los hijos, produciéndose desintegración en la familia con sustitución por parte de la hija mayor, y desajuste emocional. (5).

El médico familiar puede intervenir positivamente en la adaptación de la familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular en sus etapas críticas (5).

Descripción gráfica de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

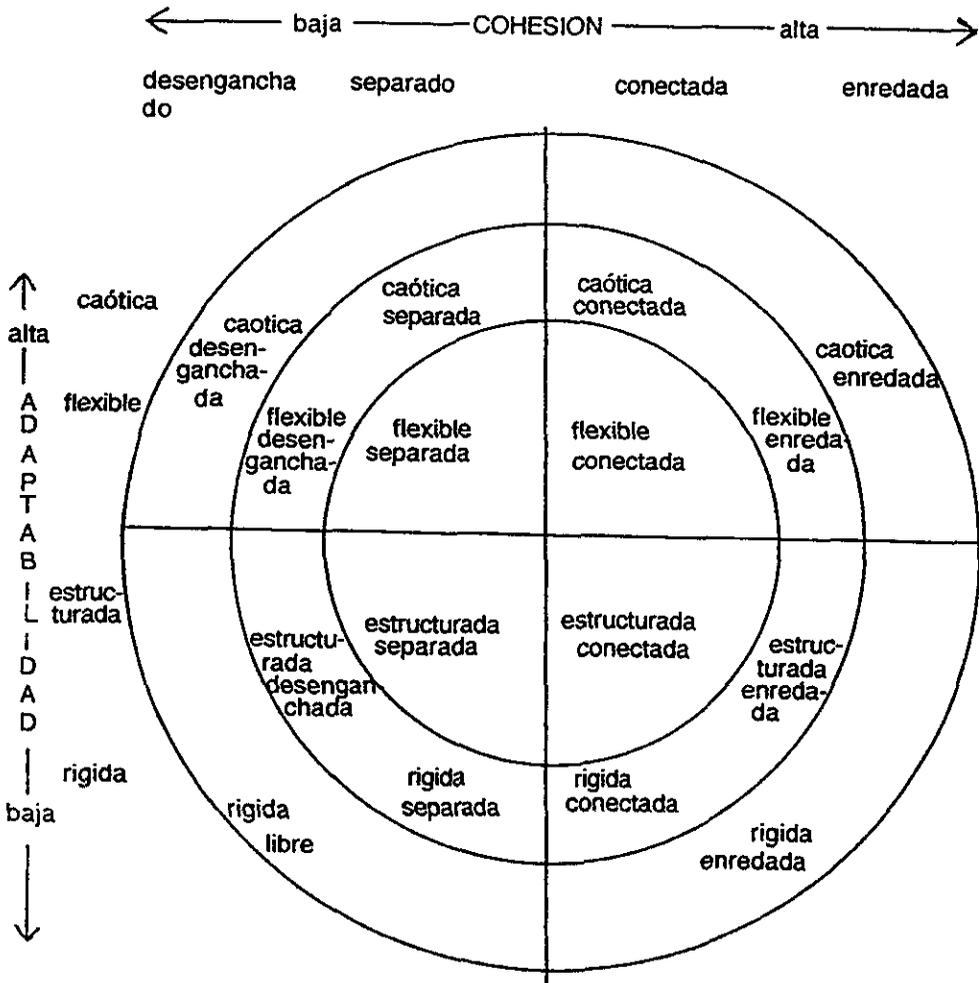
El desarrollo del sistema familiar y medida de compañerismo según Osler es un modelo circular y las variables de adaptabilidad y cohesión serían representadas por medio de líneas en su intersección de ellas darían variedad de estructura familiar y valorarían la funcionalidad familiar (29).

La familia esta unida por la cohesión representada por una línea horizontal su punto medio coincide con el punto central de los círculos. A medida que la línea se aleja a la izquierda disminuye la cohesión y la familia tiende a ser libre, si se dirige hacia la derecha la estructura familiar es rígida. El equilibrio esta en el centro de la línea (29).

La familia tiene adaptabilidad y esta representada por una línea vertical a medida que asciende la adaptabilidad es más fuerte y produce caos, a medida que baja la adaptabilidad disminuye y tiende a ser rígida. El punto central de la línea coincide con el centro de la línea de cohesión y los círculos, en dicho punto se equilibra la adaptabilidad (29).

Existen tres círculos uno dentro de otro, todos coinciden en su punto central, los círculos son de diferente tamaño (29). El círculo central es donde estan las familias funcionales y son familias abiertas. El semicírculo superior representa a las familias funcionales pero perturbadas por hechos fortuitos. En el semicírculo inferior las familias son cerradas y ellas son disfuncionales (29).

FIGURA 1



círculo central familias abiertas

semicírculo periférico y de enmedio inferiores cerrado

semicírculo periférico y de enmedio superiores disfuncional por hechos fortuitos

Mientras la familia sea sana o funcional tiende a estar dentro del punto central de los círculos y las líneas, a medida que se aleja del centro la disfuncionalidad es mayor (29).

La familia es **normofuncional** cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y su relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno (22).

Cuando la familia enferma, es ineficaz y no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de familia disfuncional (22)

La familia para mantener equilibrio, posee una dinámica - intrna que regula las relaciones entre sus componentes y la de estos con el medio exterior. El mantenimiento de su homeostasia es requisito indispensable para ejercer sus funciones, y utiliza todos los recursos para mantenerla (22).

En esta dinámica esta la cohesión, adaptabilidad, comunicación y creatividad (29).

La cohesión es cuando los miembros de la familia tienen entre si (otro(s) miembros familiares) el mismo grado de autonomía y experiencia personal dentro del sistema familiar (29).

La adaptabilidad es la habilidad del sistema familiar marital de cambiar su fuerza estructural y lugar familiar en respuesta a la alteracion y desarrollo de la angustia (29).

Comunicación es enviar mensajes claros, congruentes, identificables, sustentado en el estado afectivo del problema solucionandolo de acuerdo a la experiencia de cada miembro de la familia (29).

Creatividad es la capacidad de producir un gran número y variedad de soluciones alternativas en situaciones difíciles - (29).

Las familias disfuncionales son expectantes y se encuentran - en los extremos de las líneas y círculos, las familias funcionales son adaptables y se encuentran dentro del círculo central (29).

Los hallazgos encontrados en el estudio de una familia pueden ser identificados y tratarlos mediante el uso de este esquema (29).

Las etapas críticas de la familia favorecen la disfunción familiar. Gran número de problemas psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar (22).

Las familias sanas tienen las siguientes características:(20)

1. Comparten su responsabilidad (poder) (20).
2. Organización flexible (20)
3. Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas (20).
4. Activan unidos sus recursos.
5. Altos niveles de interacción (20).
6. Adecuada comunicación en los subsistemas familiares (20).

Diagnóstico de la disfuncionalidad.

Para analizar la dinámica familiar se requiere el estudio de la familia por medio del Angar (12).

Por medio del Angar diagnosticamos el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar (22).

Para conocer con exactitud el grado de extensión de la disfunción familiar, será necesario recabar información de otros miembros de la familia mediante el uso de test, encuestas o bien recurriendo a la entrevista familiar (22).

Aunque la familia pueda tener una influencia perturbadora en el manejo de un miembro enfermo, constituye un recurso útil para el médico, si conoce como funciona la familia, puede usarse en forma eficaz. Si se educa a las familias para ayudar a los miembros enfermos y si se espera mas de ellos, se facilitarán casi sin excepción las tareas y se proporcionará también una mejor atención al paciente (9).

Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario condicionan; (30)

1. Fomentan el desarrollo personal.
2. Estimula un alto grado de autonomía.
3. Capacidad de solicitar ayuda (30).

Cuando la disfunción familiar es severa por encontrarse un padre excesivamente dominante, las familias tienen un comportamiento caótico hay drogadiccion, homosexualidad, algunos ca sos de desnutrición familiar y síndrome del niño maltratado (30)

CUESTIONARIO DE LA PRUEBA DE APGAR FAMILIAR:

Casi siem pre.	Algu nas veces	Casi nun ca.
----------------------	----------------------	--------------------

Me satisface que yo puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Comentarios:

Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problemas.

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Comentarios:

Me satisface que mi familia acepta y apo-ya mis deseos de emprender nuevas actividedades o tomar nuevas direcciones.

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Comentarios:

Me satisface la manera como mi familia -expresa su afecto y responde a mis emo--ciones (ira, pena, amor etc.).

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Comentarios:

Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Comentarios:

Tratamiento de la disfuncionalidad.

Dado que el médico familiar aborda desde un punto de vista integral todas las enfermedades y conflictos emocionales de la familia, según Pollak debe llevar los siguientes puntos: (13)

1. Identificar la dimensión del área afectada y la fase problemática de la relación familiar. (13).
2. Identificar el obstáculo que impide el proceso natural de crecimiento (13).
3. Trabajar siempre asociando la edad y fase por la que pasa el ciclo familiar, ofreciendo conclusiones realistas. (13).
4. Llevar en mente diseño y modelo adecuados que permitan mantener el equilibrio familiar (13).

Plan de Tratamiento.

Para llevar a efecto los puntos anteriores el médico debe seguir los siguientes estadios: (5).

- I. Estadio de primer contacto con la familia (5).
- II. Estadio de socialización y reconocimiento de la familia (5).
- III. Estadio de exposición de motivos de consulta y abordaje del problema. (5)
- IV. Estadio interactivo con la familia. (5).
- V. Estadio de focalización de problemas (5).
- VI. Estadio de búsqueda de alternativas (5).
- VII. Diagnóstico familiar (5).

I. Estadío de primer contacto con la familia.

El médico encargado del caso a estudiar o quien reciba al pa
ciente tomará en cuenta el primer contacto que se obtuvo con
la familia. Este primer contacto puede ser télefonico por me
dio de una nota de referencia, de presentación de un trabaja
dor social o sencillamente a través del expediente clínico;
sin embargo muchas veces la información que se proporciona
será de utilidad clínica o por el contrario será información
que no se tomará en cuenta hasta valorar a la familia en el
consultorio. (5).

Antes de la sesión, el médico decidirá si la información se-
rá útil como punto de referencia o si solo se tomará en cuen
ta lo planteado en la consulta. (5).

II. Estadío de socialización y reconocimiento de la familia.

Esta etapa tiene como principal objetivo: disponer a la fami
lia en una situación cómoda y de confianza tomando la infor
mación necesaria para elaborar una ficha de identificación y
el familiograma.(5).

En esta fase el médico entra por primera vez en contacto di
recto con la familia. (5).

III. Exposición de motivos de consulta y abordaje del proble ma.

¿ Que ocasiona que la familia asista a la consulta? (5).

Una situación afectiva que le preocupa, una conducta incómoda de alguno de sus elementos, un síntoma físico, el haber sido referida por otros especialistas, las causas pueden ser múltiples, pero la pregunta obligada hacia nosotros como clínicos es ¿ Cual ó cuales son los motivos para acudir en busca de ayuda?.(5).

El lenguaje utilizado por el médico familiar está dirigido a todo el sistema en forma circular, estará encaminado a identificar que situación incomoda a la familia ó la pareja a consulta. si el problema afecta a todo el sistema familiar ó solo alguna de sus partes. (5).

IV. Estadio de interacción con la familia.

Después de la exposición de problemas por cada elemento de la familia, el médico entrará en una fase interactiva con la familia, investigando las versiones particulares de cada elemento, su repercusión afectiva conductual con el resto del sistema; teniendo como principal función entender la vivienda y la posición de cada elemento en cuanto al problema presentado, sus expectativas y disposición al cambio en apoyo al sistema familiar o por el contrario su apatía ó indiferencia. Investigará quien ó quienes participan en el problema (5).

V. Estadio de focalización de problemas.

¿Dequien es la responsabilidad de definir el problema de la familia en terminos claros y concretos?.

Esta pregunta tiene dos elementos en su respuesta:

Por un lado la familia tiene la tarea de ~~tratar~~ de aclarar y concretar los problemas por los que va a consulta y por el otro el médico tiene la responsabilidad de hacerlo conjuntamente con la familia. (5).

El médico debe tener en cuenta algunos aspectos prácticos, los cuales pueden quedar ubicados en las siguientes preguntas:

A. ¿ Es realmente un problema lo planteado por la familia ó son las alternativas de cambio realizadas las que no han funcionado?. (5).

B. ¿ Quién o quienes contribuyen a crear los conflictos en la familia ? (5).

C.¿ El problema involucra a todos los elementos ó solo a la pareja? (5).

D. ¿Es la primera ocasión que se presenta ó ha sido repetitivo? (5)

Es recomendable investigar el problema en grado e intensidad y duración, haciéndolo en forma comparativa con el tiempo. (5).

El médico permanecerá en una posición de neutralidad en cuanto a lo planteado por la familia, evitando críticas ó juicios personales.(5).

VI. Estadio de: Búsqueda de alternativas de solución.

Una vez planteado el problema por la familia y después de realizar un estadio interactivo con sus elementos, el médico -

Familiar tratará junto con la familia de implementar alternativas de solución al problema presentado. (5)

Las alternativas planteadas tendrán que reunir las siguientes características: (5).

- a) Surgirán a partir de los recursos de la familia (5).
- b) Deberán ser las más viables en el momento del análisis (5).
- c) Deberán ser las menos problemáticas para la familia y sus elementos (5).
- d) Serán fácilmente valorables en cuanto a progresos (5).
- e) Tendrán que ser lo suficiente flexibles para poder ser modificadas de acuerdo a sus resultados (5).

En este punto el médico tendrá que conocer sus capacidades y habilidades clínicas para la orientación y sobre todo, deberá saber en que nivel de intervención podrá actuar. (5).

VII. Diagnostico familiar.

Con los elementos antes mencionados, el médico estará en posición de elaborar un diagnóstico familiar, orientado lo más posible hacia los problemas planteados por la familia, evitando perpetuar los conflictos debido a una mala orientación (5).

Con la identificación adecuada del problema, una buena fase interactiva, estudiando los factores relacionados en la familia, y una búsqueda de alternativa de solución viables, la familia podrá encontrar en el médico familiar, un elemento de ayuda desde la primera entrevista. (5).

Enfermedad.

Se puede definir como "los daños a la salud desde el punto de vista de salud pública, son las enfermedades" las que afectan a una determinada población, agrupadas y analizadas según alguna característica común: causa, evolución, frecuencia, distribución geográfica etc. de forma tal que permitan deducir medidas para su prevención y control (32).

Indicadores de salud.

Mortalidad.

La frecuencia y distribución de las defunciones ocurridas en la población y el análisis de sus causas son indicadores indirectos de la salud colectiva (32).

Cambios epidemiológicos de mortalidad en México.

La mortalidad en 1922 en nuestro país era de 25.3 y pasó a 6.2 en 1980 (32).

Se redujo la mortalidad en los grupos infantiles, pero ha aumentado el total de defunciones en los grupos de edades de 15 a 44 años; 45 a 64 años y de 65 años o más (32).

Las causas de mortalidad se agrupan las enfermedades en tres grandes apartados: Las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, los accidentes y las muertes por violencia (32).

Enfermedades transmisibles.

Fueron la principal causa de muerte en México hace unos años, pero en 1982 constituyeron el 19.7 % del total de las causas de defunción.

El indicador que ilustra en forma general la resultante de salud enfermedad es la esperanza de vida al nacer (EV) y particularmente la esperanza de vida al nacer (EVN) (32). La EVN aumento rapidamente en México en el periodo 1930 - 1975 durante el cual el grupo masculino aumento su EVN en 74 % (26.9 años de ganancia) y el femenino 82 % (30.4 años) (32).

En 1975 la EVN para un nacido vivo de cualquier sexo fue de 65 años.

En 1930 la diferencia de EVN entre hombres y mujeres era de 1.4 años y en 1975 se eleva a 4.9 años (32).

Morbilidad en Mexico.

La morbilidad en Mexico ha variado en cuanto a la frecuencia de las enfermedades.

Enfermedades transmisibles.

Vistas a traves del tiempo las siguientes enfermedades han descendido en frecuencia: Blenorragia, Poliomielitis, Sarampion, Difteria, Paludismo, Sifilis, Tetanos, Tuberculosis y Tos Ferina. (32)

La Parotiditis y la Varicela permanecen estacionarias (32)

Enfermedades no transmisibles.

Han aumentado la frecuencia de Diabetes Mellitus, Hipertension arterial y cardiopatias congenitas (32).

Accidentes y Violencia.

En niños los accidentes en el hogar mas comunes son las caídas, heridas y quemaduras, afectando mas a los prescolares (32).

En adultos los accidentes de trabajo, invalidez y defunciones son los mas frecuentes en accidentes de trabajo; en la vía pública los mas frecuentes son producidos por vehículos de motor (32).

POBLACION.

Generalidades.

El conocimiento de los caracteres de la estructura y dinámica de la población en la cual ocurren los daños a la salud es indispensable para ubicarla en su real perspectiva y deducir del número de habitantes, de su composición por edades, de la distribución geográfica, del tamaño de los centros de población, de los nacimientos, defunciones y de los movimientos migratorios la magnitud y naturaleza de los medios de solución que han de aplicarse (32).

I. A nivel Nacional.

Numero.

La población de México estimada para el 30 de Junio de 1986 fue de 80,970,198 habitantes.

Crecimiento natural. El ritmo de crecimiento demográfico ha tenido cambios significativos siendo de 1970 a 1980 de 2.9 %. Esto es condicionado por los altos índices de natalidad (32). Lo anterior implica aumento de las necesidades de educación y de los servicios.

Densidad.

Debido al aumento de la población y mantener invariable su superficie, cambió. En 1900 existían siete habitantes por kilómetro cuadrado y en 1980 son de 35.5 habitantes (32).

Centros de población.

La población mexicana se encuentra dispersa; en 1900 existían 53,907 localidades con trece y medio millones de habitantes. En 1980 existían 125,300 localidades para setenta millones de personas (32).

Distribución Urbano-Rural.

En México se ha aplicado el criterio para considerar rurales a las localidades que tienen menos de 2 500 habitantes. En 1900; 48 500 de las localidades tenían menos de 500 habitantes; en 1980 había 109 860 localidades con menos de 500 habitantes.

En 1980 el 34 % de la población residía en zonas rurales; y el 66 % en zonas urbanas (32).

El elevado crecimiento urbano se debe a la migración interna de la población de las zonas rurales a los centros urbanos (32).

Los daños a la salud, desde el punto de vista de salud pública, son las enfermedades que afectan a una determinada población, agrupadas y analizadas según alguna característica común (32).

La morbilidad hospitalaria proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Secretaría de Programación y Presupuesto es la siguiente:

Or- den.	Causa	Número de Egre- sos.	Porcentaje
1.	Parto Normal.	79 471	16.31
2.	Afecciones obstétricas directas	42 647	8.73
3.	Enfermedades infecciosas intes- tinales.	29 676	6.09
4.	Fracturas	19 805	4.06
5.	Abortos.	15 460	3.17
6.	Enfermedades del sistema osteo- muscular y del tejido conjunti- vo.	13 726	2.82
7.	Tumores malignos	11 994	2.46
8.	Enfermedades crónicas de las a- mígdalas y vegetaciones adenoí- des.	11 797	2.42
9.	Hernias de la cavidad abdominal	11 213	2.30
10.	Influenza	9 693	1.82
	Total	2 182 384	29.9

II. A nivel local.

Apatzingan.

El municipio de Apatzingan tiene una extensión de 1,810 Km² con un total de 117 096 habitantes.

Su densidad de población es de 137 habitantes por Km², la población urbana es 88,876 (75.9 %) y la rural de 28,220 (24.09 %). Ver pirámide poblacional (Cuadro 1 b).

Su tasa de natalidad en 1994 fue de 39.1 y en 1997 de 34.7 %.

La población económicamente activa es de 46,904 (42.41 %).

Servicios Médicos.

La población abierta es de 72,142 que son atendidos en servicios de la Secretaría de Salud de Michoacán y privados o sea el 63.8 %; el Instituto Mexicano del Seguro Social atiende 20,150 (17.8 %) y el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales para los trabajadores del estado 12,097 (10.7 %).

Viviendas.

El total de viviendas es de 23,419; con agua potable 19,203 (82 %); Drenaje público 13,753 Drenaje libre 1,633, Fosa séptica 2,065, Letrina 1,082 a Ras del suelo 1,141. (33).

Comunicación.

Esta comunicado con el resto del país por autobús, ferrocarril y transporte aéreo (33).

Las Diez enfermedades mas frecuentes en la Jurisdiccion Sanitaria VII de Michoacan (esta incluido el municipio de Apatzingan).

Lu- gar	Enfermedad	C.I.E	Numero	Tasa&
1.	Infecciones respiratorias al tas.	J00-J001	38 645	1135
2.	Infecciones Intestinales	A001-A009	8 381	246
3.	Amebiasis.	L006-0-P006	3 885	114
4.	Intoxicacion por alacran.	X22 T 63.2	2 706	79
5.	Caries dental.	Caries	1 666	48
6.	Otitis Media aguda	H 65-OH65-1	1 493	43
7.	Hipertension Arterial	110-115	1 146	33
8.	Amigdalitis Estreptococica	J02.2-J023	896	26
9.	Diabetes Mellitus	E10-E14	857	25
10.	Ascariasis	B77	471	13
Total de Resto de enfermedades			64 699	1901

CIE. Codigo sanitario Internacional.

Tasa & es la tasa de 1 enfermo por 10,000 hab.

Fuente: EPI - I - 95 Archivo Jurisdiccional Sanitario VII
Epidemiologia.

En el anexo Cuadro 2b Morbilidad por accidentes y lesiones
en la Jurisdiccion Sanitaria VII (incluye Apatzingan).

Características biosociales a nivel nacional.

Desde el punto de vista de salud México es un país eminentemente joven, desnutrido, con una dieta baja en calidad y cantidad. Su natalidad es alta, su mortalidad en general es baja, pero la mortalidad infantil es aún elevada (32). Le afectan las enfermedades infecciosas, seguidas muy de cerca por las degenerativas, metabólicas y neoplásicas (32). La población reside hiperconcentrada en medio urbano con grandes zonas de miseria y dispersa en medio rural. El nivel de escolaridad es bajo (promedio 4o. año de primaria) habita en ambiente ecológicamente deteriorado. La contaminación afecta cada vez más el aire, el suelo, agua y los alimentos.

Económicamente hablando vive en seria crisis económica con un modelo de desarrollo que protege al capital y a los bienes materiales en detrimento del bienestar humano (32).

La cobertura de servicios y atención médica es insuficiente. Los recursos humanos puede considerarse cantidad suficiente de médicos, pero insuficiente en otros profesionales de salud enfermeras, ingenieros sanitarios, técnicos en saneamiento etc. Su distribución es desequilibrada y con recursos económicos insuficientes.

En la práctica se desatienden los aspectos que coadyudan al mantenimiento de la salud con protección al ambiente ecológico, prevención de la contaminación ambiental, control sanitario, educación para la salud, el deporte recreativo y el fomento de esparcimiento (32).

La educación médica produce una elevada cantidad de médicos que el sector salud es insuficiente de absorber, reproduce un modelo curativo, individualista y fragmentado.

A pesar de todo lo anterior hay cambios lentos ocurridos - en los últimos ochenta años ha disminuido la mortalidad general, reducción de la morbilidad de muchas enfermedades - transmisibles, y de la desnutrición y aumento de la esperanza de vida.

La cadena se inicia en la estructura económica afectando la estructura sociocultural favoreciendo la enfermedad (32).

Características biosociales de la población a nivel local.

La población a nivel local se encuentra muy afectada por enfermedades transmisibles, y el alacran produce con su picadura una enfermedad de muy elevada frecuencia. También es afectada por enfermedades metabólicas (33).

La morbilidad por accidentes en su mayoría son ocasionados por intoxicación con plaguicidas (33).

La mayoría tiene viviendas pero son muchas las que carecen de servicios de drenaje de agua. La recolección de agua entubada se encuentra racionada.(33).

La mortalidad infantil es alta y la esperanza de vida al nacer es de 71 años (33).

En cuanto a la demografía de la población la mayor parte esta concentrada en la zona urbana (33).

Hay analfabetismo 25 % y los alfabetas en su mayoría se encuentran concentrados en la escolaridad primaria (33).

Los métodos de planificación familiar los más usados son los hormonales (33).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Cuales son las características biosociales de las familias adscritas al Consultorio Cinco, de la Clínica Hospital del - I.S.S.S.T.E. Apatzingan Michoacan ?

¿ Cuales son las enfermedades de mayor demanda en la consulta? El objetivo de la Subdirección Médica del I.S.S.S.T.E. es dar atención médica integral a toda la población (cobertura del - 100 %) así como proporcionar los servicios en todos los niveles. (15).

Para ello se requiere eficiencia, aprovechamiento óptimo de - los recursos, para obtener el mejor resultado con un menor - costo posible, eficaz en la medida que se cumple esta propues - ta y efectiva adecuación de las propuestas y los recursos u - sados para resolver un problema dado (15).

El médico familiar es capaz de brindar atención primaria y - continua al individuo en el Consultorio y en la Comunidad, a - sí como acudir a centros de segundo nivel de atención y tra - bajar en forma conjunta con otros especialistas en el manejo del paciente y en familia. Previene la enfermedad y rehabili - ta en su manejo posterior. (14).

Es conveniente elaborar un censo de población, así como cons - truir la pirámide poblacional por edad y sexo, esto dará un conocimiento mas objetivo de la población, identificando las familias con privación social para planear estrategias de promoción y promover la salud mediante el Modelo de Atención Médica Familiar (MOSAMEF). (4).

JUSTIFICACION.

El trabajo de Investigación de Modelo Sistemático de Atención persigue beneficios para la población, beneficios para el equipo de salud y beneficios para la Institución; a continuación los describo.

Beneficios para la población.

La población objeto de estudio presenta variaciones en su composición, características sociodemográficas y de morbimortalidad. Esto es debido al ingreso y egreso de nuevos núcleos familiares, incremento de edad de sus componentes, expansión familiar o muerte de alguno de sus miembros, modificaciones estructurales y/o funcionales, efecto de las enfermedades y efecto de las acciones preventivas y curativas que efectúa el médico (5).

Evaluación operativa.

La evaluación operativa se entiende como el conjunto de actividades que permiten un análisis crítico y comparativo de un proceso dinámico, caracterizado por cambios que son producto de intervenciones definidas y medibles (5).

Con base en las variables demográficas, sociodemográficas y de morbimortalidad de la población bajo el cuidado del médico familiar, la evaluación operativa puede efectuarse comparando los cambios atribuibles a las acciones médicas (5). Como resultado de la actualización periódica y del proceso de evaluación operativa, pueden identificarse cambios en las variables que se miden en la población, así como evaluación de las actividades de atención médica tanto preventivas como curativas (5).

Beneficios para el equipo de salud.

La identificación de las actividades preventivas y curativas , favorece el planteamiento de nuevas estrategias o intervenciones de carácter médico para tratar de modificar las variables con una perspectiva que contemple siempre el mejoramiento de la salud y de la población a mi cargo (5). Las estrategias seguirán los lineamientos que establecen las Normas Oficiales Mexicanas para la atención médica (5)

Beneficios para la Institución.

Las actividades preventivas, curativas y los lineamientos de las normas oficiales Mexicanas para la atención médica propiciara la correcta interpretación del proceso de salud enfermedad, favorecera la investigación como parte de la cultura médicas y redundara en el mejoramiento de la prestación de servicios de servicios de atención médica primaria, con la consecuente y progresiva mejoría de la salud. (5).

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

1. Identificar en la población a cargo del Consultorio Cinco de Apatzingan Michoacan, las características biosociales de la Comunidad.
2. Identificar las diez principales causas de morbilidad de la Comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Como objetivos específicos determiné los siguientes:

1. Pirámide Poblacional del Consultorio Cinco.
2. Determinar por edad en grupos de cinco años la población, así como cuantificar en grupos de cinco años el sexo de la población.
3. Cuantificar a los trabajadores por edad y sexo en grupos de cinco años.
4. Censar el número de esposas de los trabajadores, así como agruparlas en núcleos de población de cinco años.
5. Cuantificar por sexo y en grupos de cinco años a los hijos e hijas de los trabajadores.
6. A las familias determinar su número y clasificarlas según: su ciclo vital, desarrollo, composición y demografía.
7. Censar a los trabajadores y trabajadoras en cuanto al estado civil.
8. Valorar la escolaridad de los trabajadores en escolaridad básica, media, técnica y profesional.
9. Cuantificar y cualificar los métodos anticonceptivos de planificación familiar.
10. Cuantificar la ocupación de los padres de familia.
11. Determinar el ingreso económico de las familias tomando como unidad el salario mínimo.
12. Determinar y cuantificar las diez primeras enfermedades de los derechohabientes del Consultorio cinco en el lapso de ocho meses.

METODOLOGIA.

A. Tipo de Estudio.

Es observacional, descriptivo, prospectivo, con una fase retrospectiva y transversal (36).

B. Población , Lugar y Tiempo.

La población fué Apatzingan Michoacán.

Se encuestaron 1916 pacientes.

El lugar fue el Consultorio número 5 de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E.

Se tomo ocho meses para realizar dicho estudio.

C. Tipo de Muestra y Tamaño.

Se trata de una Muestra No aleatoria y por cuotas.

Se encuestaron 1916 pacientes.

Se estudiaron 156 formas de registro diario.

Críterios de Inclusión.

Se incluyeron derechohabientes que se encontraban vigentes en la Clínica y de ellos los que pertenecían al Consultorio Número cinco. De ellos se tomo la anuencia para llenar la hoja tábular para realizar el estudio sistemático familiar a fin de establecer la etapa de desarrollo de la familia, así como la demografía, desarrollo y composición.

Del paciente se buscó la edad, sexo y diagnóstico de certeza (5).

Críterios de exclusión.

Derechohabientes que no correspondían al Consultorio cinco y personas anuentes a contestar la hoja tábular.

Pacientes foráneos y diagnóstico de probabilidad (5).

Críterios de eliminación.

Cambios de domicilio, defunciones, expedientes incompletos y hojas de encuesta incompletas (5).

Información a recolectar.

Para el Censo Poblacional las variables son de tipo cuantitativo, como cualitativo, identificandose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas según el caso (5).

Para el estudio de la Comunidad las variables son:

Nombre de la familia.

Estado Civil.

Años de Unión Conyugal.

Escolaridad.

Edad del padre.

Edad de la madre.

Número de hijos (hasta 10 años de edad).

Número de hijos de (de 11 a 19 años de edad).

Número de hijos (de 20 años o mas de edad).

Ocupación de los padres de familia.

Ingreso económico.

Tipo de familia.

Etapas del ciclo vital familiar (5).

Las causas de consulta se consideraron variables cualitativas en escala nominal (5).

Los diez primeros motivos de consulta por grupos de edad y sexo (5).

Método o procedimiento para captar información.

A los enfermos que acudieron a la Clínica se les tomo los datos en la hoja tabular para el estudio sistémico familiar. En el Anexo esta la hoja tabular.

Algunos derechohabientes no acudieron a consulta y para censarlos se recurrió a los archivos de la Clínica, llenando la hoja tabular con los datos encontrados en dicho archivo.

Estudio Biosocial.

Estos datos se obtuvieron a partir de las hojas tabulares para el estudio sistémico familiar.

Consideraciones éticas.

Este trabajo de Investigación se baso en las recomendaciones para efectuar un trabajo de Investigación Clínica según la Declaración de Helsinki.

Allí se determinaron los principios básicos:

1. La investigación Clínica debe ajustarse a los principios morales y científicos, la justificación de la investigación médica debe ser basada en laboratorio, animales de experimentación u otros hechos científicos verificables (36).
2. Las investigaciones clínicas deben ser conducidas solo por personas capacitadas y bajo la supervisión de personal médico capacitado (36).
3. Cada investigación clínica proyectada debe ser precedida por una evaluación cuidadosa de los riesgos inherentes en comparación con los previsibles beneficios a el sujeto u otros (36).

También se determinaron los principios de la investigación clínica combinada con la atención médica.

1. El médico puede combinar investigación clínica con atención profesional, el objetivo es la adquisición de nuevos conocimientos médicos, solo en caso de que esa investigación clínica este justificada por el valor terapéutico que se le proporcionará al paciente (36).

RESULTADOS

Pirámide Poblacional. Cuadros y Gráficas 1 y la.

Para obtener la pirámide poblacional primero se recurrió a los trabajadores ó esposas de ellos que acudieron a consulta; llenandose la hoja tabular para el estudio sistemático familiar y después se buscó en los archivos de la Clínica para localizar les derechohabientes del consultorio cinco que no habían solicitado consulta, se censaron determinandose los miembros de la familia.

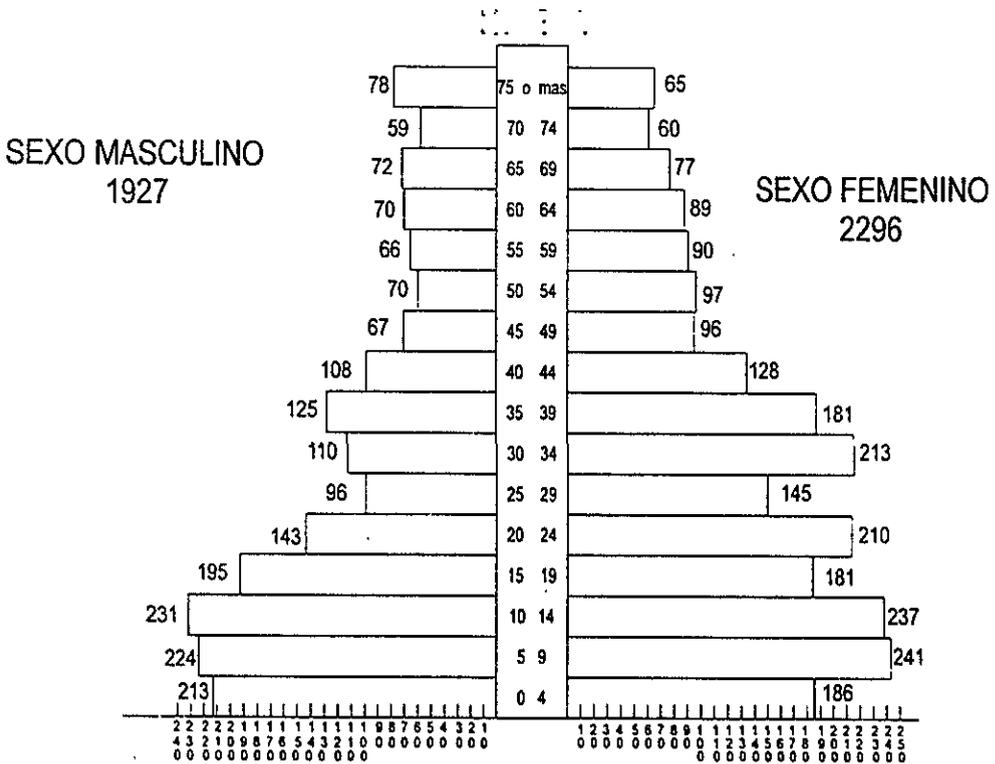
Con los datos anteriores se sumó el número de trabajadores y trabajadoras, padres y mamas, esposa e hijos e hijas (los cuales se describen en la gráfica la y cuadro 1) todos ellos me dieron un total de 4,223 que fue la cifra de derechohabientes que atiende el consultorio cinco ó sea la pirámide poblacional describiendose en la gráfica 1.

De los 4,223 derechohabientes fijé en 1927 a hombres (45.6%) y 2296 mujeres (54.5%) de la población.

Después de fijar el número de derechohabientes, se hizo una clasificación dividiendola en sexo y grupos etáreos; el primero de 0 a 4 años, después grupos de 5 años; de 5 a 9 años; 10 a 14 años y así sucesivamente hasta llegar al grupo de 70 a 74 años; de 75 años en adelante forme un solo grupo.

PIRAMIDE POBLACIONAL

GRAFICA 1



PIRAMIDE POBLACIONAL

CUADRO 1

SEXO MASCULINO	EDAD	SEXO FEMENINO
78	75 O MAS	65
59	70-74	60
72	65-69	77
70	60-64	89
66	55-59	90
70	50-54	97
67	45-49	96
108	40-44	128
125	35-39	181
110	30-34	213
96	25-29	145
143	20-24	210
195	15-19	181
231	10-14	237
224	5-9	241
213	0-4	186
TOTAL 1927		2296

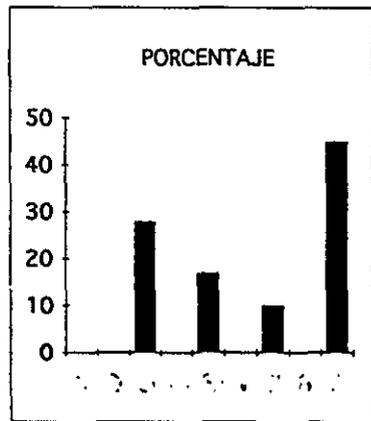
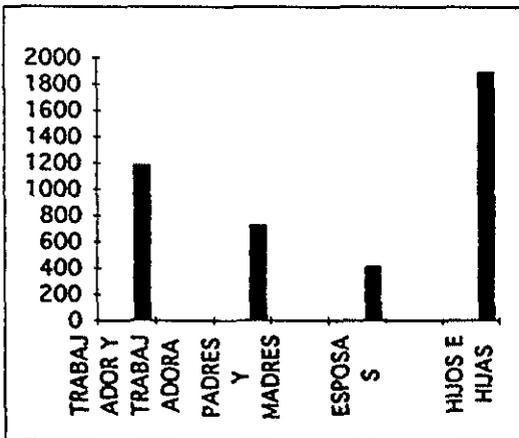
TOTAL DE LA PIRAMIDE POBLACIONAL 4223

PIRAMIDE POBLACIONAL

CUADRO 1 a

GRUPO POBLACIONAL	SUBTOTAL	PORCENTAJE
TRABAJADOR Y TRABAJADORA	1186	28
PADRES Y MADRES	726	17
ESPOSAS	416	10
HIJOS E HIJAS	1895	45
TOTAL	4223	100

Gráficas 1 a.



Trabajadores. Cuadros y gráficas 2 y 2 a.

Se censo a los trabajadores, por número, sexo y edad; se cuantifico que hombres eran 693 (58.4 %) y mujeres 493 (41.6 %).

En cuanto a la edad se hicieron grupos de cinco años, partiendo de 15 a 19 años; 20 a 24 años; y así sucesivamente hasta llegar a 70 a 74 años; de 75 años en adelante se formó un solo grupo.

Por sexo el mayor volumen fueron hombres.

Por grupos de edad al recopilar hombres, se encontró que el mayor número fue de 125 en el quinquenio de 35 a 39 años; seguido por el de 30 a 34 años con 110 y en tercer lugar 40 a 44 años con 102.

Por grupos etáreos en lo que se refiere a mujeres el mayor número lo determine en 137 de 30 a 34 años; seguida por el de 35 a 39 años con 102 y en tercer lugar de 25 a 29 años con 89.

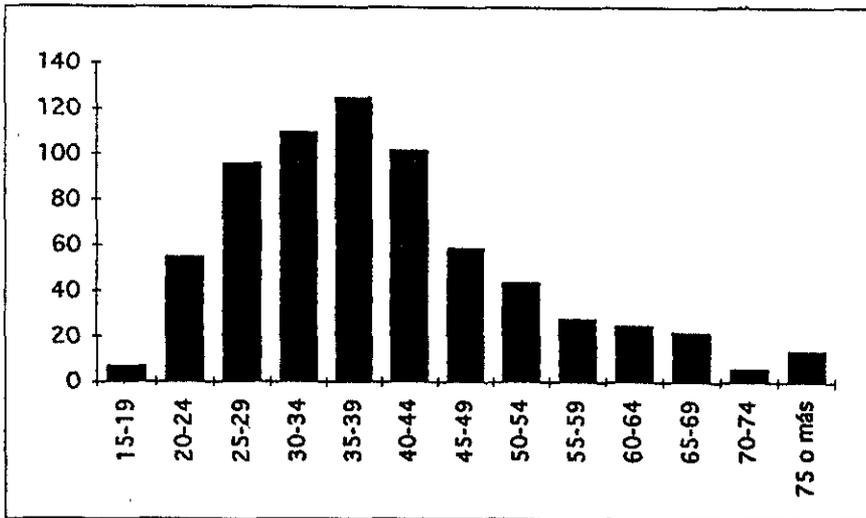
TRABAJADORES

CUADRO 2.

EDAD (AÑOS)

15-19	7
20-24	55
25-29	96
30-34	110
35-39	125
40-44	102
45-49	59
50-54	44
55-59	28
60-64	25
65-69	22
70-74	6
75 o más	14
TOTAL	693

GRAFICA 2.



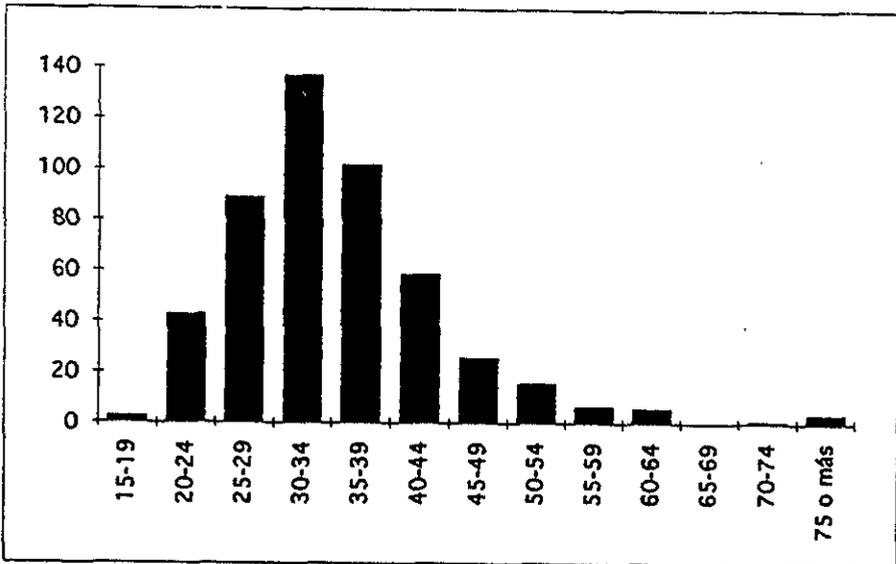
TRABAJADORAS

CUADRO 2 a.

EDAD (AÑOS)

15-19	3
20-24	43
25-29	89
30-34	137
35-39	102
40-44	59
45-49	26
50-54	16
55-59	7
60-64	6
65-69	0
70-74	1
75 o más	4
TOTAL	493

GRAFICA 2 a.



Padres y madres. Cuadros y graficas 3 y 3a.

Seguidamente se procedió a cuantificar el número de padres y -
madres de los trabajadores, asimismo se determinó la edad de -
cada uno de ellos agrupandolos por quinquenios de 35 a 39 años
40 a 44 años y así sucesivamente hasta llegar de 70 a 74 años;
se hizo un solo grupo de 75 años en adelante.

El total de padres y madres fue de 726 al que se le asignó a
100 por ciento; se contabilizó a los padres y fueron 290 (40%)
y madres 436 (60%).

En cuanto a los grupos de edad el mayor número fue de 64 (75
años en adelante), seguido por el de 70 a 74 años con 53 y el
de 65 a 69 años con 50 padres.

Se determinó que el mayor número de madres fué de 73 en el gru
po de 65 a 69 años; a continuación el grupo de 55 años a 59 -
con 72 y luego de 69 en el grupo de 60 a 64 años.

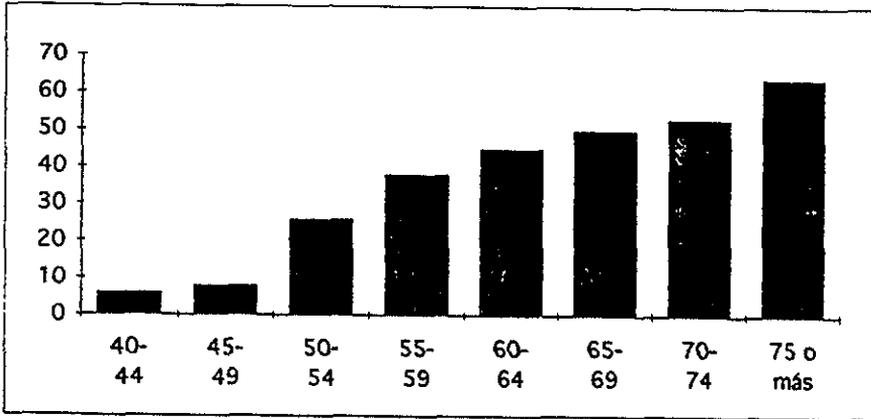
Se cuantificó el número de padres y madres que fueron 726 y -
se obtuvo el porcentaje de 17 % con respecto a la pirámide po
blacional que fueron 4,223.

EDAD PADRES (AÑOS)

CUADRO 3

40-44	6
45-49	8
50-54	26
55-59	38
60-64	45
65-69	50
70-74	53
75 o más	64
TOTAL	290

GRAFICA 3

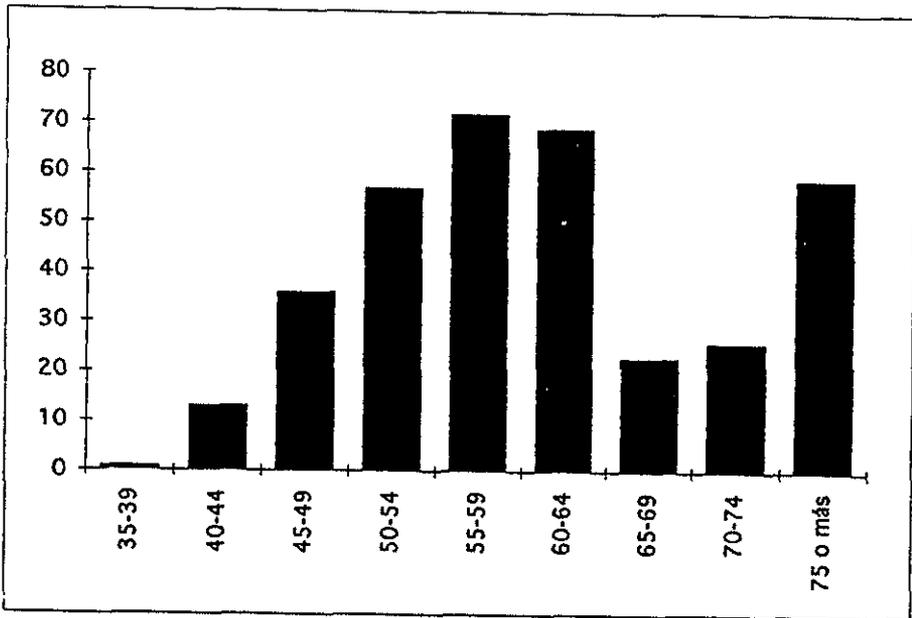


EDAD MADRES (AÑOS)

CUADRO 3 a.

35-39	1
40-44	13
45-49	36
50-54	57
55-59	72
60-64	69
65-69	21
70-74	24
75 o más	57
TOTAL	436

GRAFICA 3 a.



Esposas. Cuadro y gráfica 4.

Como parte constituyente de la población intervienen las esposas de los trabajadores; en total resultaron 416 con respecto a la población total ocupó el 10 %.

Las junte por grupos de cinco años, el primero correspondió de los 15 a 19 años, siguió de 20 a 24 años y así sucesivamente - hasta llegar de los 70 a 74 años; de los 75 años en adelante - se formó un solo grupo.

El grupo de edad con mayor número de esposas fue el de 35 a 39 años con 78 señoras. le siguió el de 30 a 34 años con 76; en tercer lugar hubo dos grupos de 25 a 29 años y de 40 a 44 años con 56 mujeres cada uno.

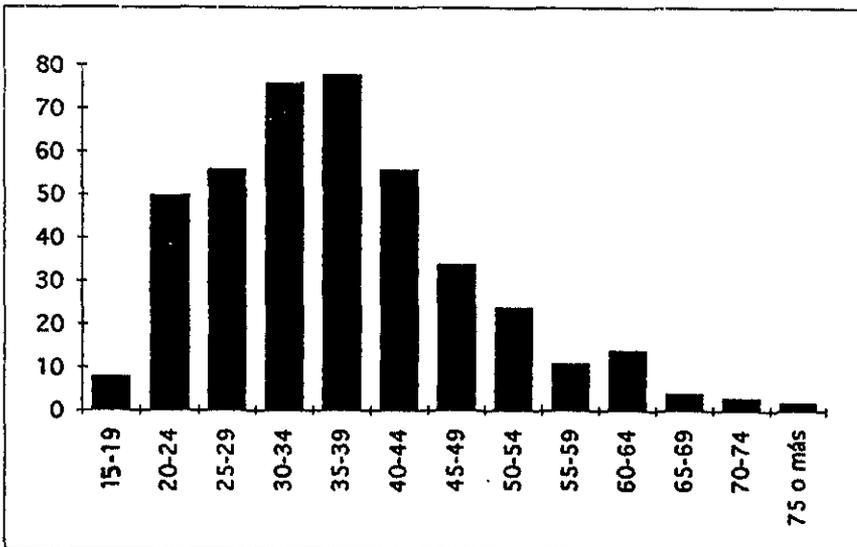
ESPOSAS

CUADRO . 4

EDAD (AÑOS)

15-19	8
20-24	50
25-29	56
30-34	76
35-39	78
40-44	56
45-49	34
50-54	24
55-59	11
60-64	14
65-69	4
70-74	3
75 o más	2
TOTAL	416

GRAFICA 4



Hijos e Hijas. Cuadros y Gráficas 5 v 5a.

El número total de hijos e hijas fué de 1895, que equivalió al porcentaje con respecto a la población de 45 %.

Los hijos fueron agrupados por grupos etáreos de 0 a 4 años, 5 a 9 años y así sucesivamente hasta llegar a 20 a 24 años - que es la edad máxima que se les acepta para ser derechhabientes.

El número de hijos fué de 944 que equivalió al 49.8 % del total de hijos e hijas.

Por grupos etáreos el mas numeroso fué de 231 de 10 a 14 años, le siguieron de 5 a 9 años con 224 y de 0 a 4 años con 213 hijos.

El número de hijas fué de 951; el 50.2 % del total de hijos e hijas.

El grupo etáreo mas grande fué de 5 a 9 años con 241; le siguió de 10 a 14 años con 237 y de 0 a 4 años con 186 hijas.

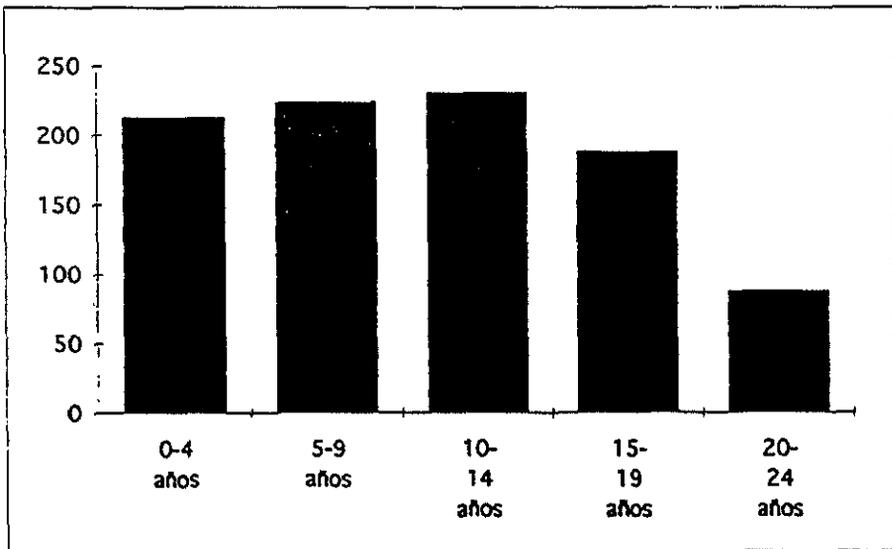
HIJOS

CUADRO 5

EDAD

0-4 años	213
5-9 años	224
10-14 años	231
15-19 años	188
20-24 años	88
TOTAL	944

GRAFICA 5



HJAS

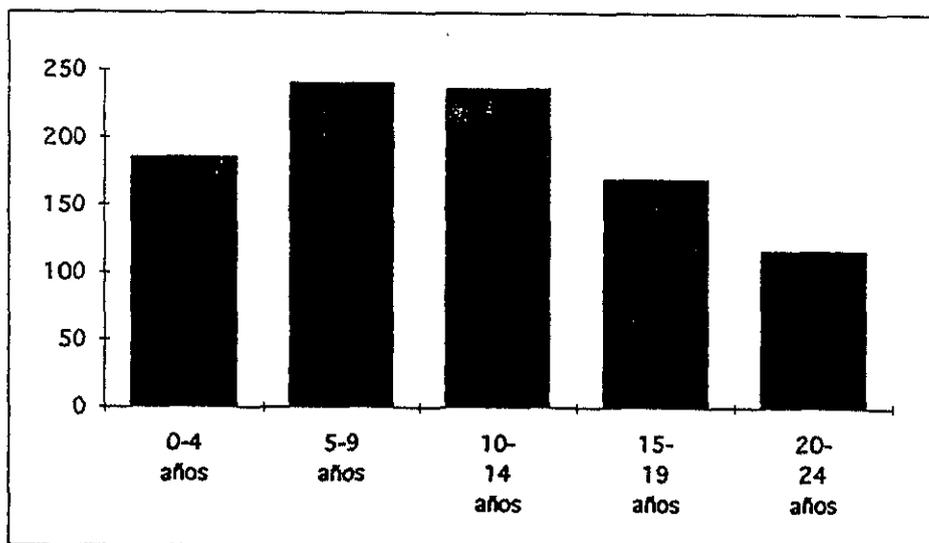
CUADRO 5 a.

EDAD

0-4 años	186
5-9 años	241
10-14 años	237
15-19 años	170
20-24 años	117

TOTAL 951

GRAFICA 5 a.



Familias. Cuadros y gráficas 6, 6a, 6b y 6c.

En cuanto a las familias se determinaron 1186 familias. Se clasificaron según su desarrollo, composición, Demografía y etapa del ciclo vital.

Según su desarrollo fue más numerosa la tradicional con 693 (58.4%) que la moderna 493 (41.6 %).

Según su composición la familia nuclear 902 (76 %) fue más abundante que la extensa 284 (24 %).

De acuerdo a su demografía resultó que las familias urbanas son 715 (60 %) siendo más que las rurales 471 (40%).

Se determinó en ciclo vital que las familias en dispersión - 498 (42 %) fue la de mayor volumen, seguida por las independientes 421 (35.5 %); en expansión 180 (15.2 %); en retiro 61 (5.1 %) y por último la de matrimonio 26 (2.2 %).

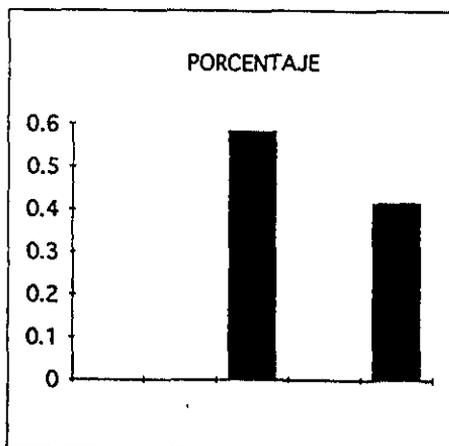
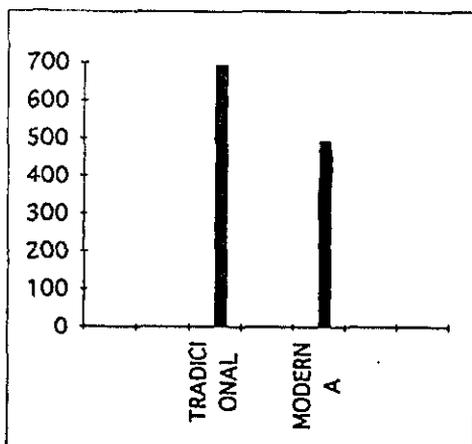
En conclusión con todos los datos las familias tradicionales, nucleares, urbanas y en dispersión fueron las más frecuentes en mi estadística.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

CUADRO 6

FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO	NUMERO	PORCENTAJE
TRADICIONAL	693	58.4 %
MODERNA	493	41.6 %
TOTAL	1186	100%

GRAFICA 6

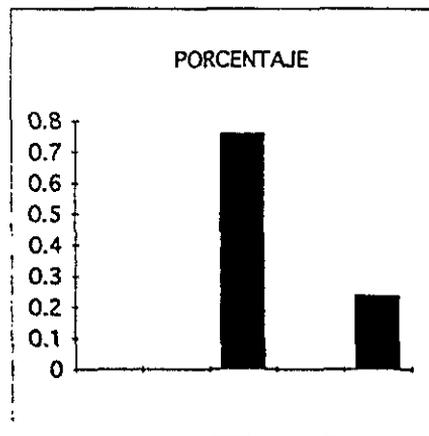
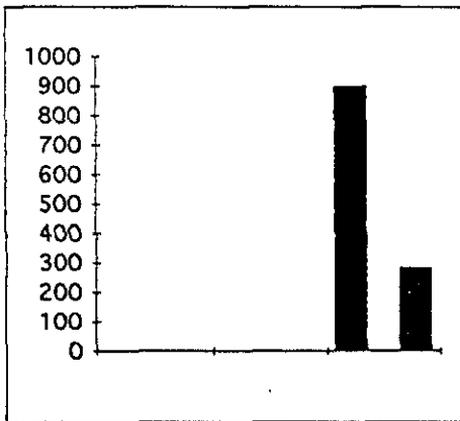


CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

CUADRO 6 a.

FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION	NUMERO	PORCENTAJE
NUCLEAR	902	76.00%
EXTENSA	284	24.00%
TOTAL	1186	100%

GRAFICA 6 a.

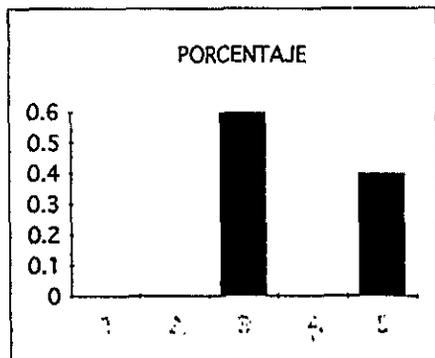
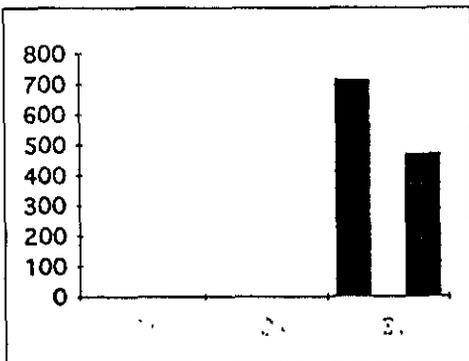


CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

CUADRO 6 b.

FAMILIA SEGUN SU DEMOGRAFIA	NUMERO	PORCENTAJE
URBANA	715	60.00%
RURAL	471	40.00%
TOTAL	1186	100%

GRAFICA 6 b.

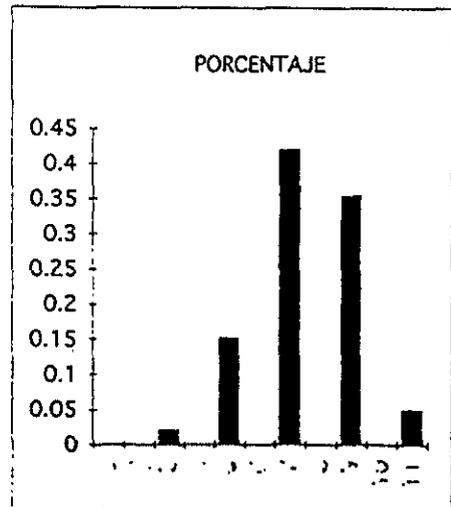
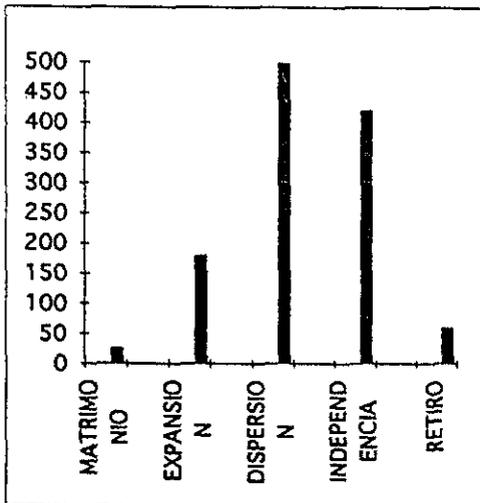


CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

CUADRO 6 c.

FAMILIA SEGUN SU ETAPA DE CICLO FAMILIAR	NUMERO	PORCENTAJE
MATRIMONIO	26	2.20%
EXPANSION	180	15.20%
DISPERSION	498	42%
INDEPENDENCIA	421	35.5
RETIRO	61	5.10%
TOTAL	1186	100%

GRAFICA 6 c.



Estado Civil de los trabajadores. Cuadro y Gráfica 7, 7a y 7b.
Por lo que respecta al estado civil de los trabajadores se en-
contrarón los siguientes datos:

Los solteros 372 que equivalieron al 31.3 %; casados (casadas) 695 (58.6 %), en unión libre 57 (4.8 %) y viudos (as) 62 que correspondieron al 5.3 %. La mayoría son casados.

En nuestra población no existen separados o divorciados, pues los matrimonios aunque algunos son disfuncionales mantienen a su unión.

Los datos quedan consignados en el cuadro y gráfica 7a y 7 b.
En cuanto a los años de unión conyugal hice una clasificación de 0 a 9 años, de 10 a 19 años y de 20 años o mas.

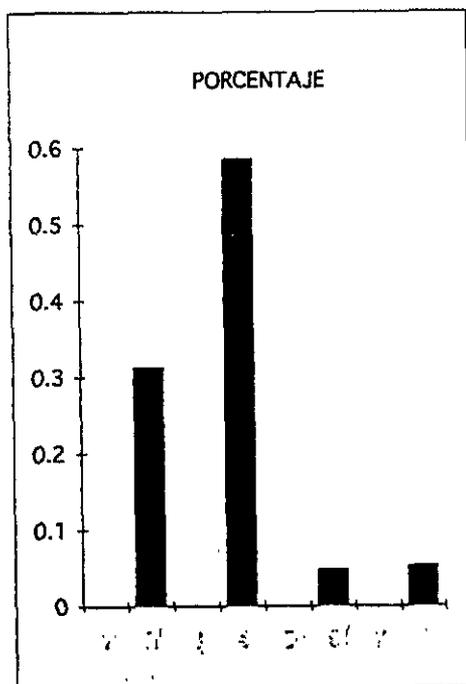
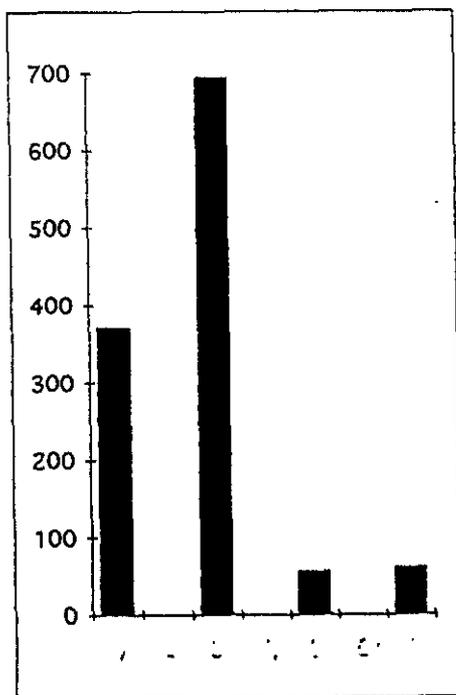
De acuerdo a lo anterior se contabilizó que la mayoría son de 10 a 19 años siendo 310 (41.22 %), le siguen de 0 a 9 años - 258 (34.30 %) y los de 20 años o mas 184 (24.48 %). Los datos de unión conyugal son definidos en el cuadro y gráfica 7b.

ESTADO CIVIL DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS

CUADRO 7

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTEROS	372	31.30%
CASADOS	695	58.60%
UNION LIBRE	57	4.80%
VIUDOS (A)	62	5.30%
TOTAL	1186	100%

GRAFICA 7

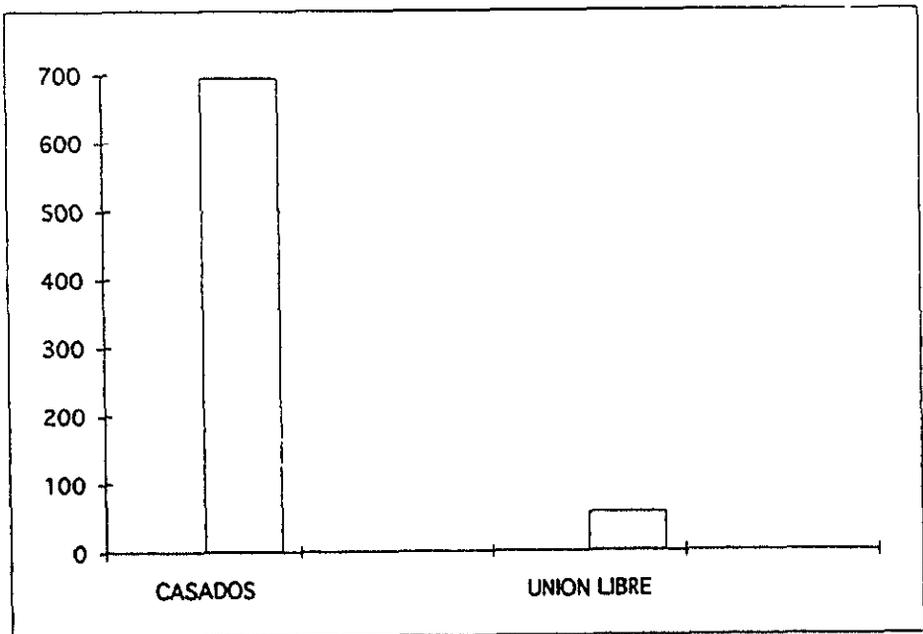


UNION CONYUGAL DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS

CUADRO 7 a.

UNION CONYUGAL	NUMERO
CASADOS	695
UNION LIBRE	57
TOTAL	752

GRAFICA 7 a.

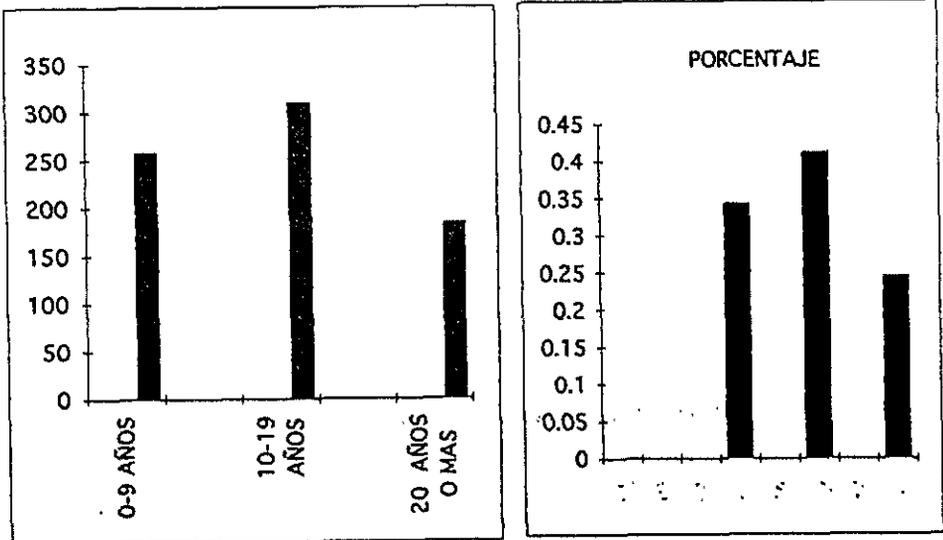


UNION CONYUGAL DE LOS TRABAJADORES

CUADRO 7 b.

AÑOS DE UNION CONYUGAL	NUMERO	PORCENTAJE
0-9 AÑOS	258	34.30%
10-19 AÑOS	310	41.22%
20 AÑOS O MAS	184	24.48%
TOTAL	752	100%

GRAFICA 7 b.



Escolaridad de los trabajadores. Cuadro y gráfica 8.

La escolaridad de los trabajadores se describen en cuadro y -
gráfica 8. Los derechohabientes tienen escolaridad básica el
20 %, media 16 %, Técnica 24 % y Profesional 40 %.

Los derechohabientes que tienen escolaridad profesional son ma
yoría 40 %. Le siguen los de Técnica 24.

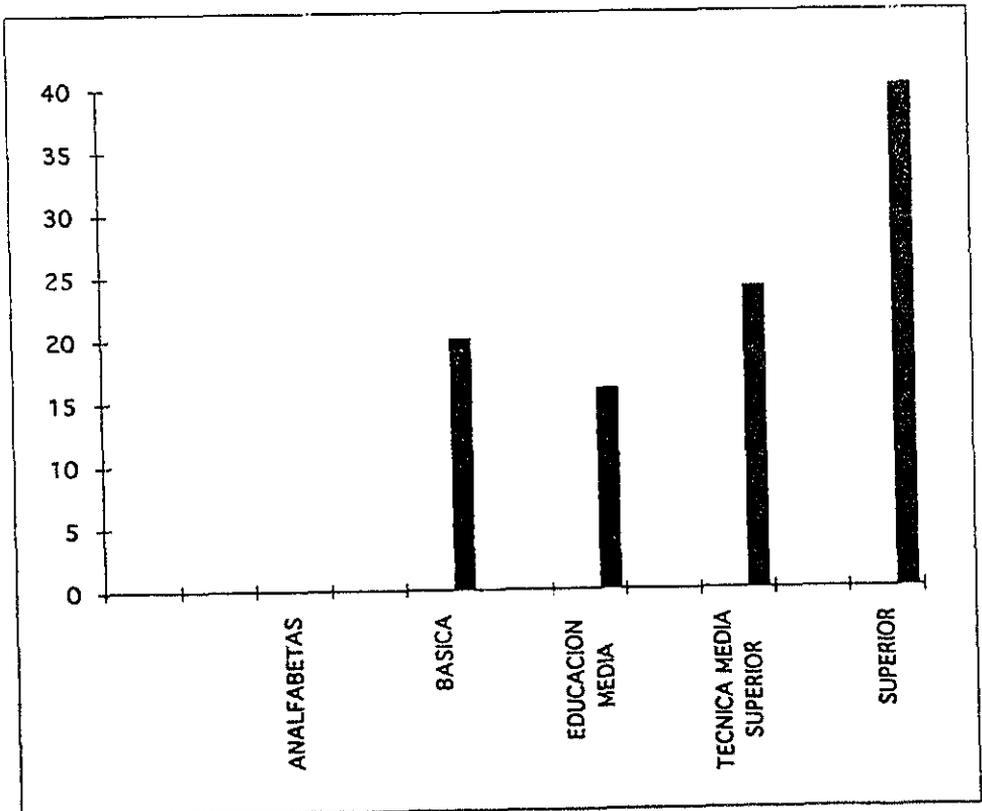
No tuvo derechohabientes analfabetas.

ESCOLARIDAD DE LOS TRABAJADORES

CUADRO 8

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
ANALFABETAS	0
BASICA	20
EDUCACION MEDIA	16
TECNICA MEDIA SUPERIOR	24
SUPERIOR	40

GRAFICA 8



Métodos de Planificación Familiar. Cuadro y gráfica 9.

La mayoría de las parejas tienen métodos de planificación familiar se reportan los siguientes datos:

El Dispositivo intrauterino (DIU) lo llevan el 15 %, anticonceptivo oral el 5 %, anticonceptivo inyectable el 7.5 %; la Oclusión tubarica bilateral (OTB) la llevan a cabo las parejas cuando tienen dos o tres hijos y les correspondió a este método el 47.5 %, el método del ritmo y preservativo 0; incluí en este grupo a las histerectomías que fuerón el 2.5 %; la vasectomía solo la encontré en tres familias. No llevan ningún método anticonceptivo el 22.5 %.

Respecto a los resultados la mayoría de las mujeres efectúa métodos de planificación familiar el 77.5 %.

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LOS TRABAJADORES

CUADRO 9

METODO DE PLANIFICACION	PORCENTAJE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	15
ANTICONCEPTIVOS ORALES	5
ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES	7.5
OBSTRUCCION TUBARICA BILATERAL	47.5
RITMO	0
PRESERVATIVO	0
HISTERECTOMIA	2.5
NINGUNO	22.5
TOTAL	100

Ocupación de los padres de familia. Cuadro y gráfica 10.

Al estudiar la población se determinó que los profesionalistas eran el 31 %, técnicas 7.5 %, empleados 34% otros 1 % y dedicadas al hogar 26 %.

La mayor parte de la población son empleados 34 %, seguidos de los profesionistas 31 % y en tercer lugar las amas de casa con 26 %.

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

CUADRO 10

OCUPACION	PORCENTAJE
TRABAJADOR PROFESIONISTA	31
TRABAJADOR TECNICO	7.5
TRABAJADOR EMPLEADO	34
TRABAJADOR DE OTROS EMPLEOS	1.5
ESPOSA DEDICADA AL HOGAR	26
TOTAL	100

Ingreso Económico. Cuadro y gráfica 11.

Los sueldos fueron clasificados según el salario mínimo al que se le concedió el valor de 1; el valor de 1 - 2 cuando oscilaba entre uno y dos salarios mínimos y más 3 cuando eran tres ó más salarios mínimos.

Los resultados se cuantificaron por porcentaje en el cuadro 11 y se grafican en la gráfica 11.

Menor de un salario mínimo no hubo familias; de uno a dos fué el 40 % de las familias y más de tres salarios correspondió al 60 %.

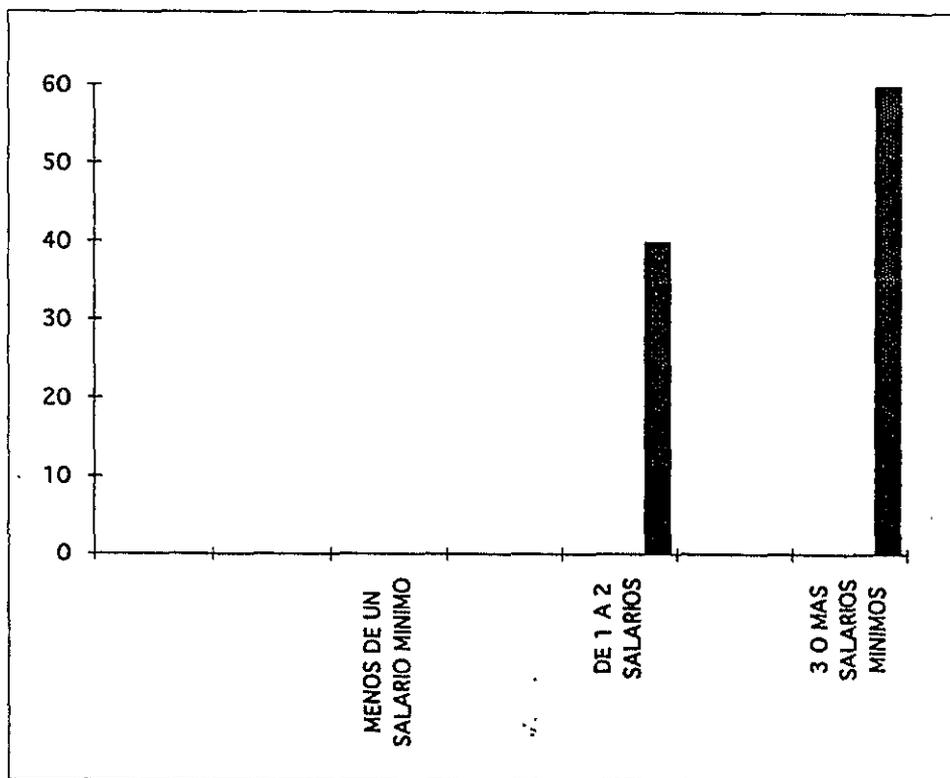
La mayoría de los derechohabientes tienen más de tres salarios mínimos.

INGRESO ECONOMICO POR SALARIOS MINIMOS

CUADRO 11

INGRESOS ECONOMICO SALARIO MINIMO	PORCENTAJE
MENOS DE UN SALARIO MINIMO	0
DE 1 A 2 SALARIOS	40
3 O MAS SALARIOS MINIMOS	60

GRAFICA 11



DESCRIPCION DE LA COMUNIDAD.

La pirámide poblacional resultó ser de 4,223 personas, la clasifiqué por sexo y grupos etáreos. Por sexo fueron 2296 mujeres y 1927 hombres; por grupos etáreos el mas numeroso de 10 a 14 años con 468 individuos.

Por lo que se refiere a trabajadores los hombres fueron 693 y las mujeres 493 resultando ser mayoría los trabajadores, el total de ambos resultó ser 1186. El grupo etáreo mas numeroso correspondió a la edad de 30 a 34 años con 247 personas.

El total de padres y madres sumó 726, las madres son más numerosas con 436 mujeres.

La mayoría de los padres y madres por grupos de edad resultó de 60 a 64 años con 173.

El total de esposas se calculó en 416. El grupo etáreo más numeroso fue de 35 a 39 años con 78 mujeres.

El número total de hijos fue 1895 y las hijas fueron mas numerosas en 951. Por grupos de edad el mas voluminoso fue de 10 a 14 años de edad con 468.

De lo anterior se concluyó que son mayoría las mujeres y los hijos.

El total de las familias se contabilizó en 1186; según su desarrollo las tradicionales son 693 siendo la mayoría; según su composición fueron mas nucleares con 902 (76 %), de acuerdo a su demografía mas urbanas 715 (70 %) y por lo que respecta al ciclo vital son mas numerosas en fase de dispersión 498 (42 %)

En cuanto a los trabajadores hay mas casados 625 (58 %) y -
de ellos el mayor número poseen de 10 a 19 años de unión -
conyugal.

El método anticonceptivo mas utilizado es la obstrucción tu-
berica bilateral y lo efectuan cuando tienen dos o tres hi-
jos.

La mayoría de la población de trabajadoras son profesionis-
tas y tienen mas de tres o tres salarios mínimos.

LAS DIEZ ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL AÑO QUE FUERON LA CAUSA DE CONSULTA. Cuadro 12 y Grafica 12.

La estadística del año se logro mediante la recopilación de las hojas de informe diario del médico (SM 10-1), sumandose el total de consultas de cada mes, encontrandose 1916 consultas durante el año.

Se sumaron por cada padecimiento las consultas mensuales del año de 1997, la cantidad resultante se le calculo su porcentaje con respecto a 1916, obteniendose de esa manera el porcentaje de cada enfermedad anual.

Las diez enfermedades mas frecuentes durante el año fueron en orden de mayor a menor: Infecciones de vias respiratorias altas 324 (16.91 %), Artritis 147 (7.67 %), Colitis 136 (7.09 %), Diabetes Mellitus 113 (5.89 %), Síndrome Acido Péptico 75 (3.91 %), Salmonelosis 63 (3.28 %) Hipertensión Arterial 57 (2.97 %), Parasitosis 50 (2.6 %), Infección de vias urinarias 41 (2.13 %) y Bronquitis 40 (2.08%) se tomo como 100 porciento el numero total de consultas anuales (1916), y a partir de ella se calcularon los porcentajes de las enfermedades mas frecuentes.

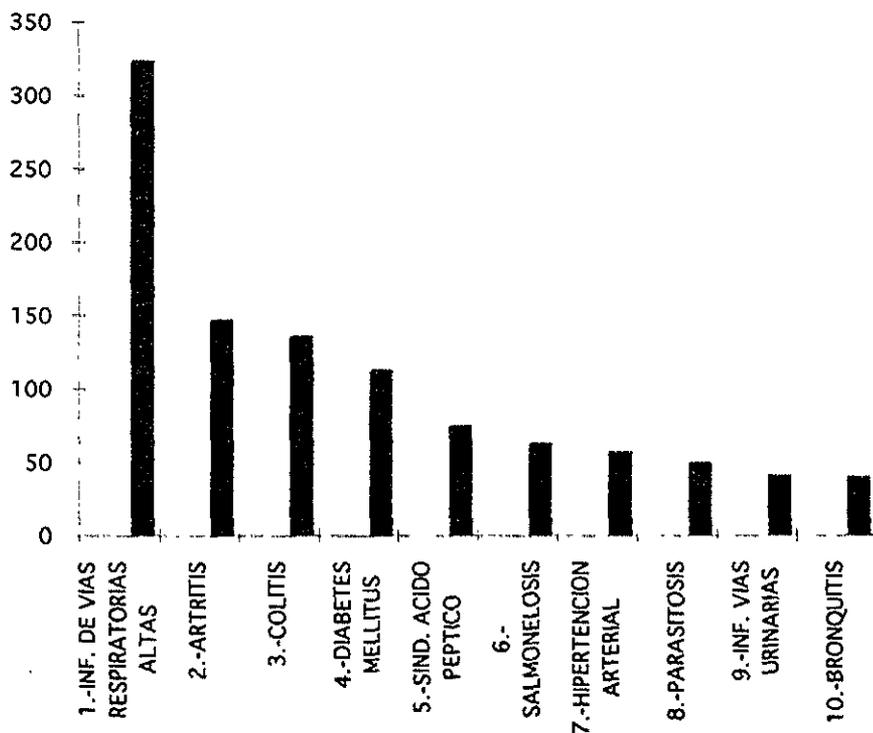
Los padecimientos fueron numerados del 1 al 10; siendo el número 1 (primer lugar) la enfermedad que habia obtenido mayor número de consultas y 10 la que tenía menor cantidad.

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DEL AÑO

CUADRO 12

ENFERMEDAD	NUMERO DE CONSULTAS	PORCENTAJE
1.-INF. DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS	324	16.91
2.-ARTRITIS	147	7.67
3.-COLITIS	136	7.09
4.-DIABETES MELLITUS	113	5.89
5.-SIND. ACIDO PEPTICO	75	3.91
6.-SALMONELOSIS	63	3.28
7.-HIPERTENCION ARTERIAL	57	2.97
8.-PARASITOSIS	50	2.6
9.-INF. VIAS URINARIAS	41	2.13
10.-BRONQUITIS	40	2.08
TOTAL DE CONSULTAS ANUALES	1916	100

GRAFICA 12



Asimismo se sumaron las consultas de primera vez, subsecuentes; hombres y mujeres de cada mes, la cifra resulto ser - el número de consultas por año, a dicha cifra se le saco - porcentaje con respecto a las consultas de primera vez, - subsecuentes, hombres y mujeres.

Se hicieron grupos etareos el primero de 0 a 4 años; los - siguientes de cinco años, de 5 a 9, 10 a 14 y asi sucesivamente hasta llegar a 70 a 74 años; de 75 años en adelante se les coloco en un solo grupo; fueron sumadas las cifras mensuales y asi se obtuvo las cifras del año.

INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS. Cuadros 13 y 13 a
Graficas 13 y 13 a.

Durante el año se obtuvo 324 consultas, que equivalio al 16.91 % de las consultas anuales (1916), este padecimiento ocupo el primer lugar en frecuencia.

El mes que tuvo mayor número de consultas fue Octubre con 75 que equivalio al 25.77 % mensual, siendo este padeci-
miento la primera causa de consulta en dicho mes. En No-
viembre se obtuvo 52 consultas o sea el 19.33 % de ellas -
durante el mes y fué el padecimiento mas frecuente mensual.
En Mayo se realizaron 36 consultas (19.45 %) siendo en es-
te mes la enfermedad que masconsultas produjo.

Por lo que respecta a cifras anuales las consultas de pri-
mera vez fueron 199 (61.4 %) y las subsecuentes 125 (38.6%)
afecto menos a hombres 147 (45.5 %) y mas a mujeres 75 -
(55.15 %).

De los grupos etareos los mas afectados son de 0 a 4 años
con 63; 5 a 9 años con 42 y de 35 a 39 años con resultado
de 31.

INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

PRIMER LUGAR ANUAL

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 16.91%

CUADRO 13

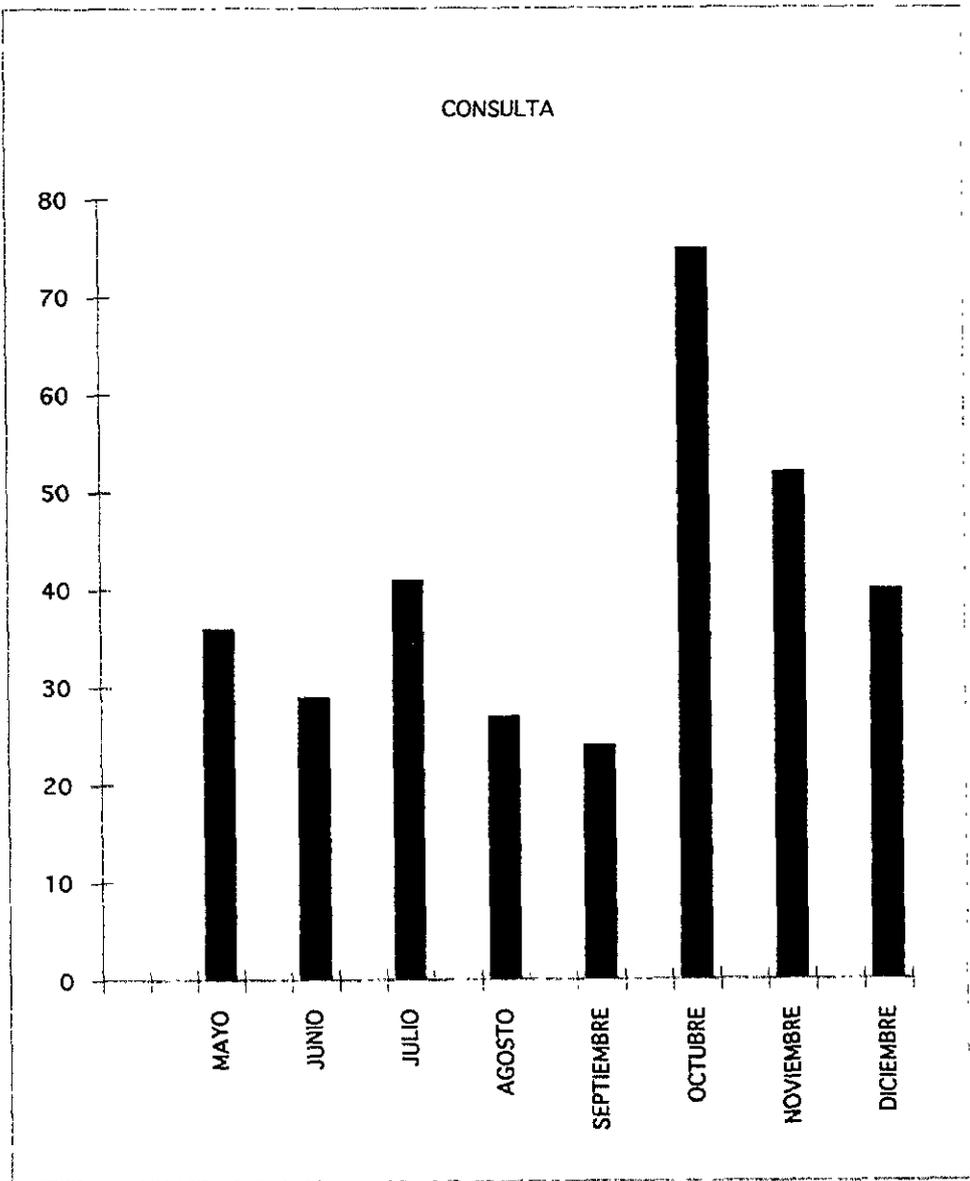
MES	CONSULTA MENSUAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	HOMBRES	MUJERES
MAYO	36	20	16	14	22
JUNIO	29	18	11	13	16
JULIO	41	30	11	23	18
AGOSTO	27	20	7	13	14
SEPTIEMBRE	24	20	4	7	17
OCTUBRE	75	53	22	34	41
NOVIEMBRE	52	20	32	25	27
DICIEMBRE	40	18	22	18	22

GRAFICA 13

INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

PRIMER LUGAR ANUAL

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

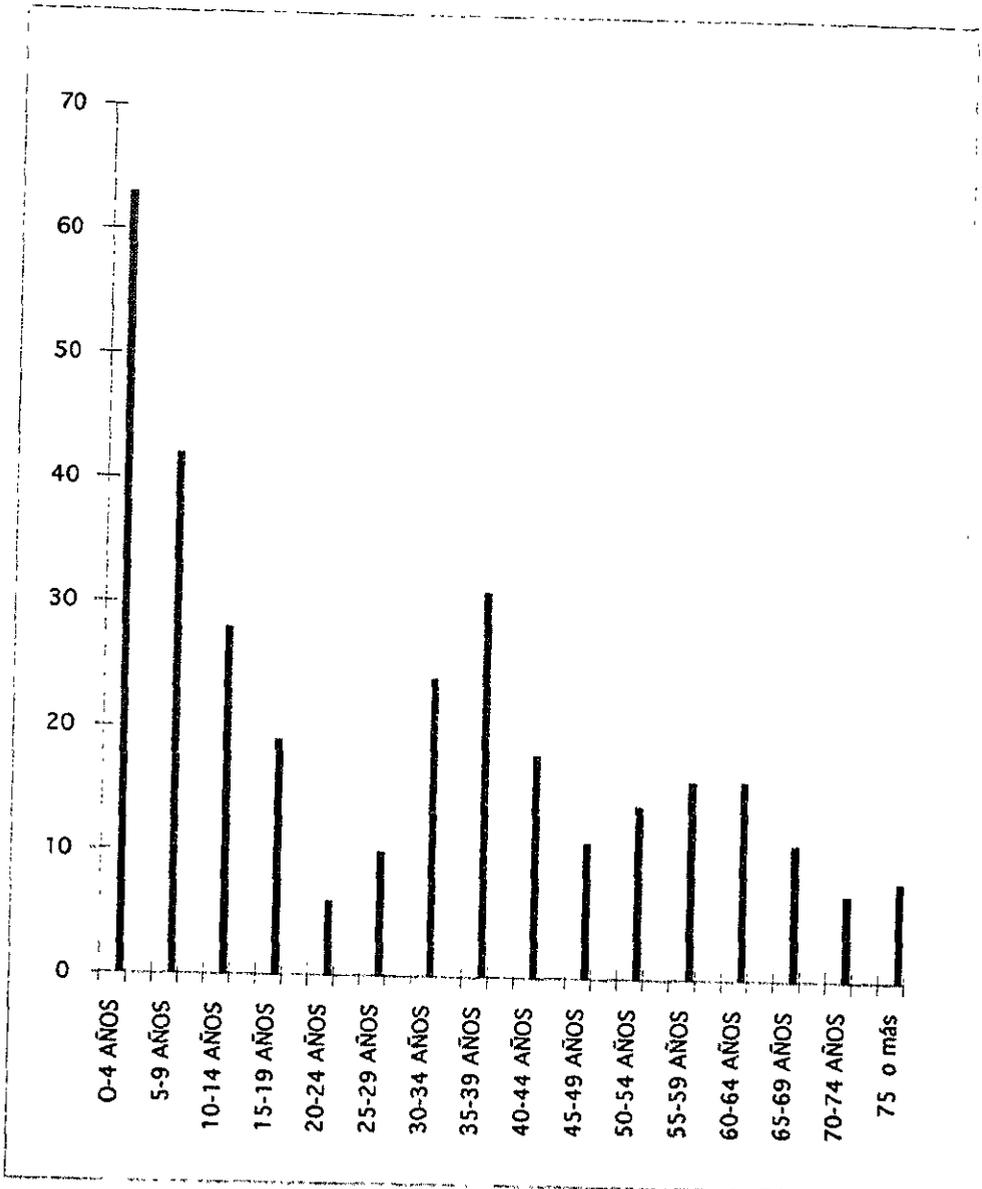
CUADRO 13a

EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	63
5-9 AÑOS	42
10-14 AÑOS	28
15-19 AÑOS	19
20-24 AÑOS	6
25-29 AÑOS	10
30-34 AÑOS	24
35-39 AÑOS	31
40-44 AÑOS	18
45-49 AÑOS	11
50-54 AÑOS	14
55-59 AÑOS	16
60-64 AÑOS	16
65-69 AÑOS	11
70-74 AÑOS	7
75 o más	8
TOTAL	324

INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



ARTRITIS. Cuadros 14 y 14 a. Graficas 14 y 14 a.

De las 1916 consultas viastas en el año, correspondieron a las Artritis 147 consultas (7.67 %) el segundo lugar de - consultas que tuvo un padecimiento.

En cuanto a los meses correspondió al mes de Agosto el may or número de consultas por mes siendo 28 o sea el 9.89 % con respecto a las consultas de dicho mes; asimismo en es- te mes las Artritis ocuparon el primer lugar de frecuencia. Fué en Noviembre con 20 consultas (9.66 %) donde ocuparon el segundo lugar en frecuencia.

Durante el mes de Julio se obtuvo 22 consultas (6.48 %) correspondiendole el tercer lugar entre las enfermedades del mes; y en el mes de Diciembre 20 consultas (11.9 %) ocupando el segundo lugar en dicho periodo.

En cuanto a las cifras anuales de las consultas de prime- ra vez fueron 27 (18.36 %) mientras que las subsecuentes sumaron 120 (81.64 %). Los hombres tuvieron 68 consultas (46.26 %) y las mujeres 79 (53.74 %). Estas cifras se deta llan en el cuadro 13.

En cuanto a los grupos etareos el que tuvo mayor número de pacientes fue 22 en el periodo de 55 a 59 años; despues 50 a 54 años con 16 y en tercer lugar 45 a 49 años con 15 pa- cientes.

INFORME ANUAL

ARTRITIS

SEGUNDO LUGAR ANUAL.

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 7.6722 %

CUADRO 14

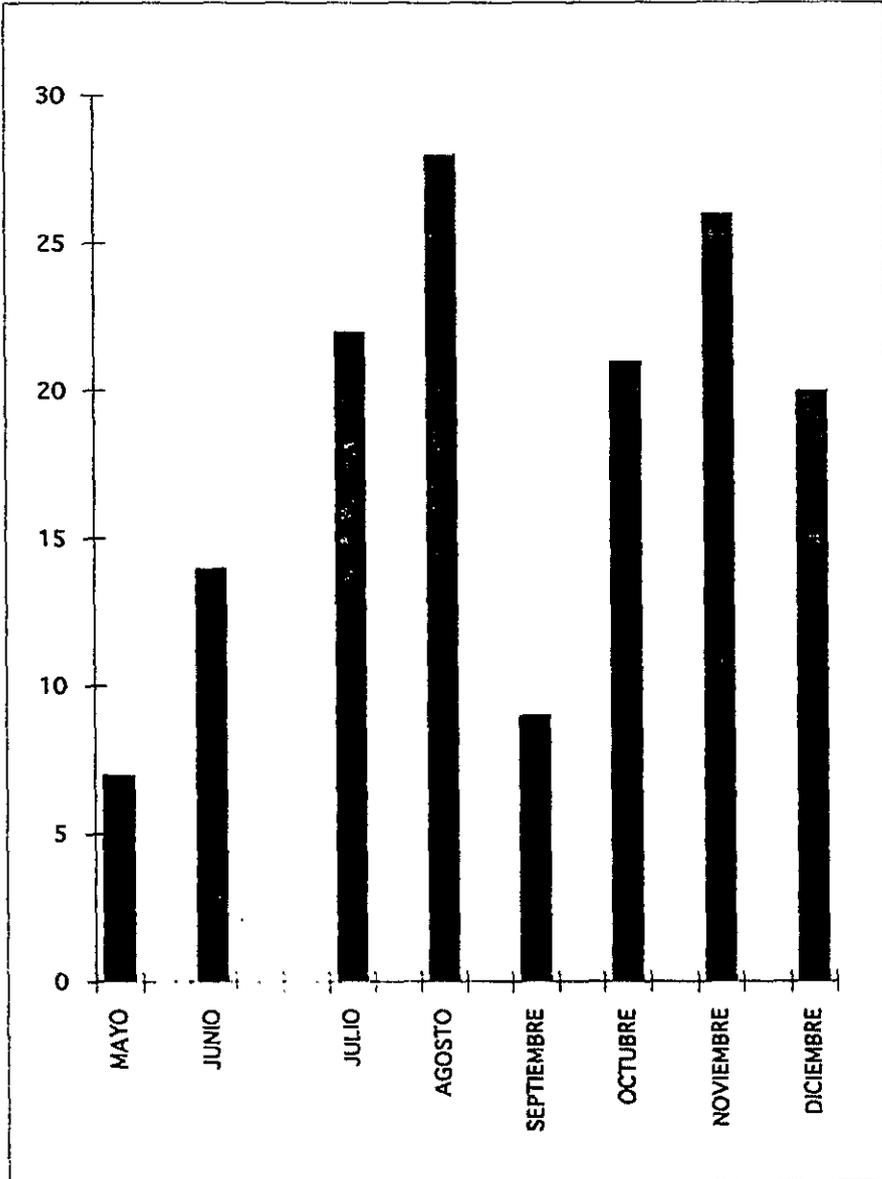
MES	CONSULTA	1a. VEZ	SUBSECUENTES	HOMBRE	MUJER
	MENSUAL				
MAYO	7	2	5	1	6
JUNIO	14	3	11	5	9
JULIO	22	6	16	11	11
AGOSTO	28	3	25	12	16
SEPTIEMBRE	9	3	6	5	4
OCTUBRE	21	4	17	12	9
NOVIEMBRE	26	3	23	13	13
DICIEMBRE	20	3	17	9	11
TOTAL	147	27	120	68	79
PORCENTAJE	100	18.36	81.64	46.26	53.74

GRAFICA 14

INFORME ANUAL

ARTRITIS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

ARTRITIS

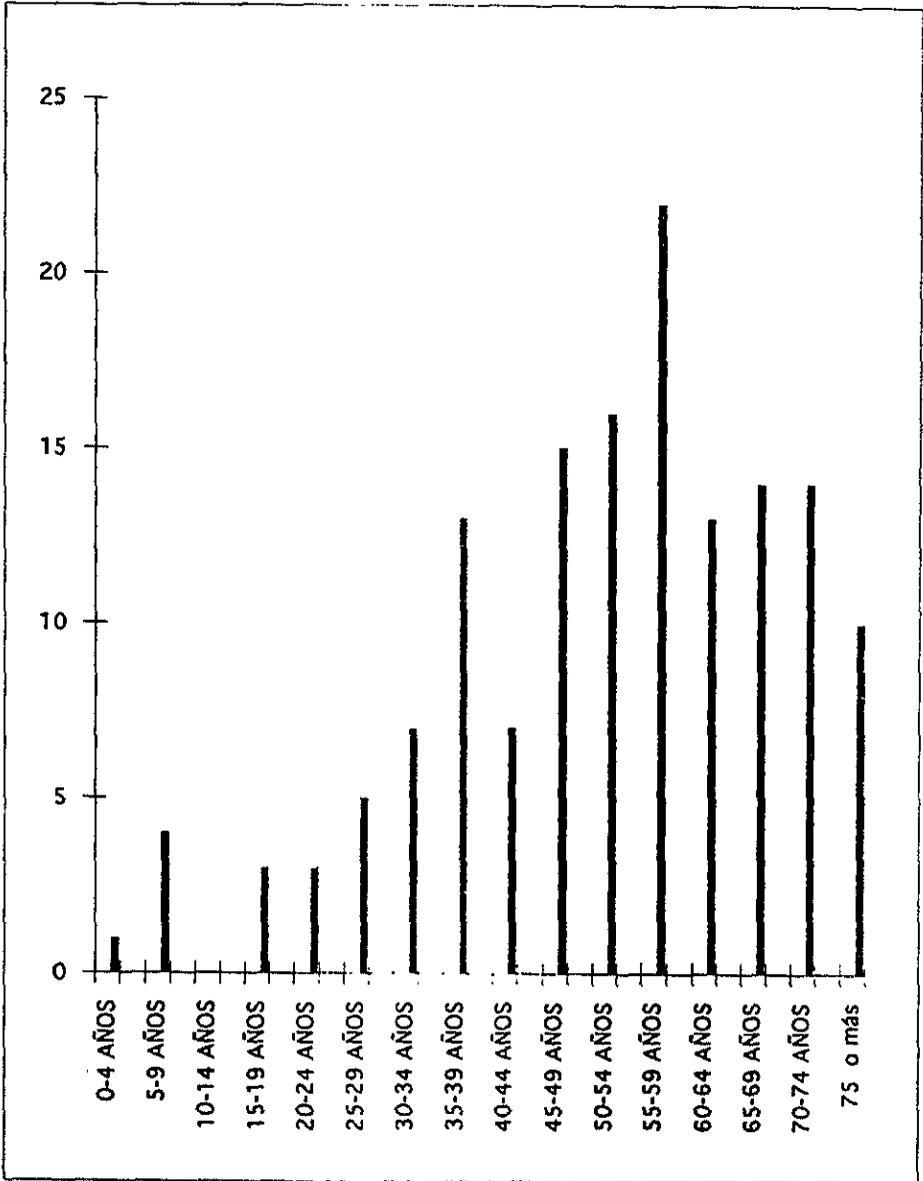
SEGUNDO LUGAR ANUAL.

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 14 a.

EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	1
5-9 AÑOS	4
10-14 AÑOS	0
15-19 AÑOS	3
20-24 AÑOS	3
25-29 AÑOS	5
30-34 AÑOS	7
35-39 AÑOS	13
40-44 AÑOS	7
45-49 AÑOS	15
50-54 AÑOS	16
55-59 AÑOS	22
60-64 AÑOS	13
65-69 AÑOS	14
70-74 AÑOS	14
75 o más	10
TOTAL	147

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



COLITIS. Cuadros 15 y 15 a. Graficas 15 y 15 a.

Las Colitis sumaron 136 consultas, que correspondieron al 7.09 % de las consultas anuales. Ocuparon el tercer lugar en frecuencia.

Su mayor incidencia fué de 25 en el mes de Julio teniendo el segundo lugar entre los padecimientos, en este mes su incidencia fue de 7.37 %.

En Noviembre fueron 24 consultas con 8.92 %, determinandose el tercer lugar entre los padecimientos mas frecuentes. Durante el mes de Agosto se obtuvo 21 consultas (7.42 %) logrando el tercer lugar entre todas las enfermedades del mes.

De las 136 consultas anuales, 52 (38.24 %) fueron de primera vez y 84 (61.76 %) subsecuentes; los hombres 43 (31.61%) y las mujeres 93 (68.89 %).

Por lo que respecta a grupos etareos, el mayor numero de consultas fue de 16 en el grupo de 40 a 44 años, seguidas de 15 del grupo de 0 a 4 años y 14 dos grupos de edad de 35 a 39 años y de 45 a 49 años.

INFORME ANUAL

COLITIS

TERCER LUGAR ANUAL.

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 7.0981 %

CUADRO 15

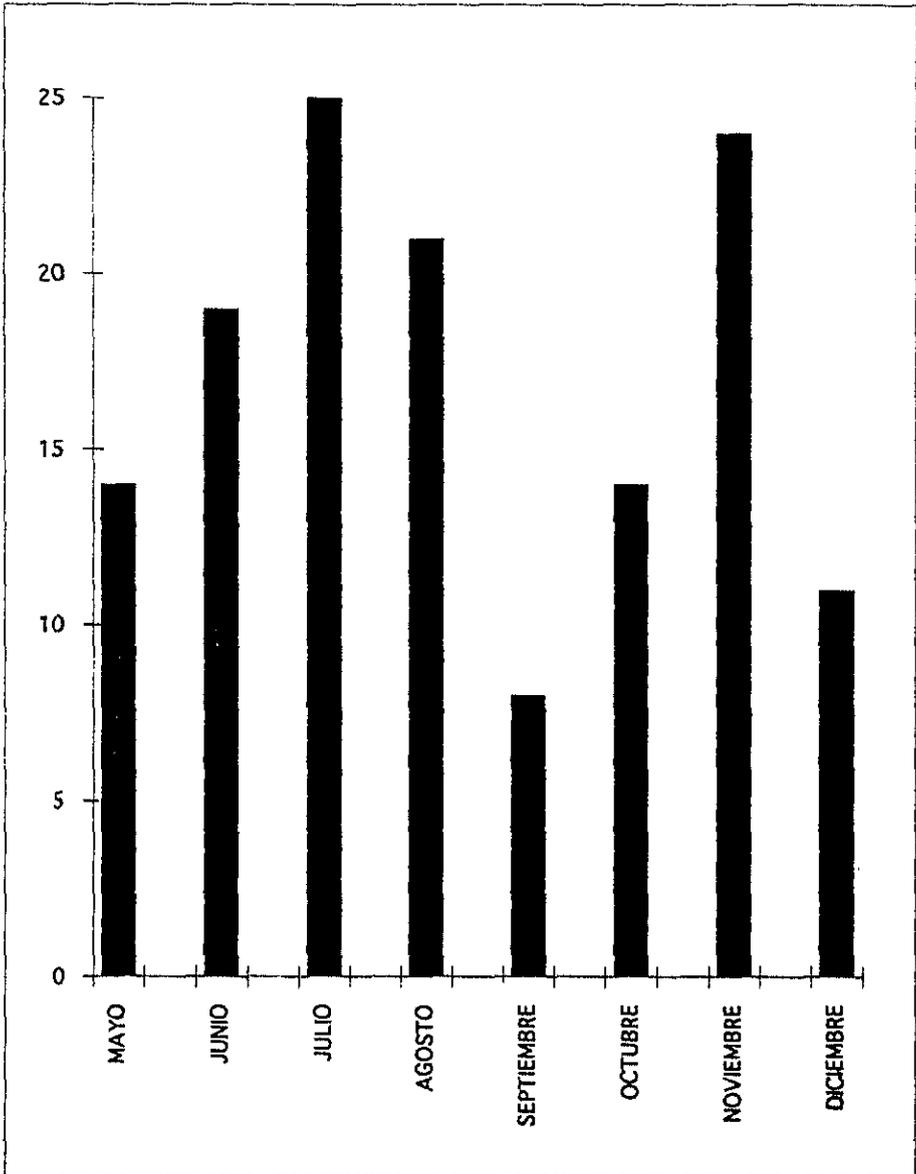
MES	CONDULTA	1A VEZ	SUBSECUENTES	HOMBRES	MLJERES
	MENSUAL				
MAYO	14	7	7	6	8
JUNIO	19	9	10	3	16
JULIO	25	10	15	7	18
AGOSTO	21	10	11	8	13
SEPTIEMBRE	8	4	4	2	6
OCTUBRE	14	7	7	4	10
NOVIEMBRE	24	5	19	9	15
DICIEMBRE	11	0	11	4	7
TOTAL	136	52	84	43	93
PORCENTAJE	100	38.24	61.76	31.61	68.39

GRAFICA 15

INFORME ANUAL

COLITIS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

COLITIS

TERCER LUGAR ANUAL.

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 15 a

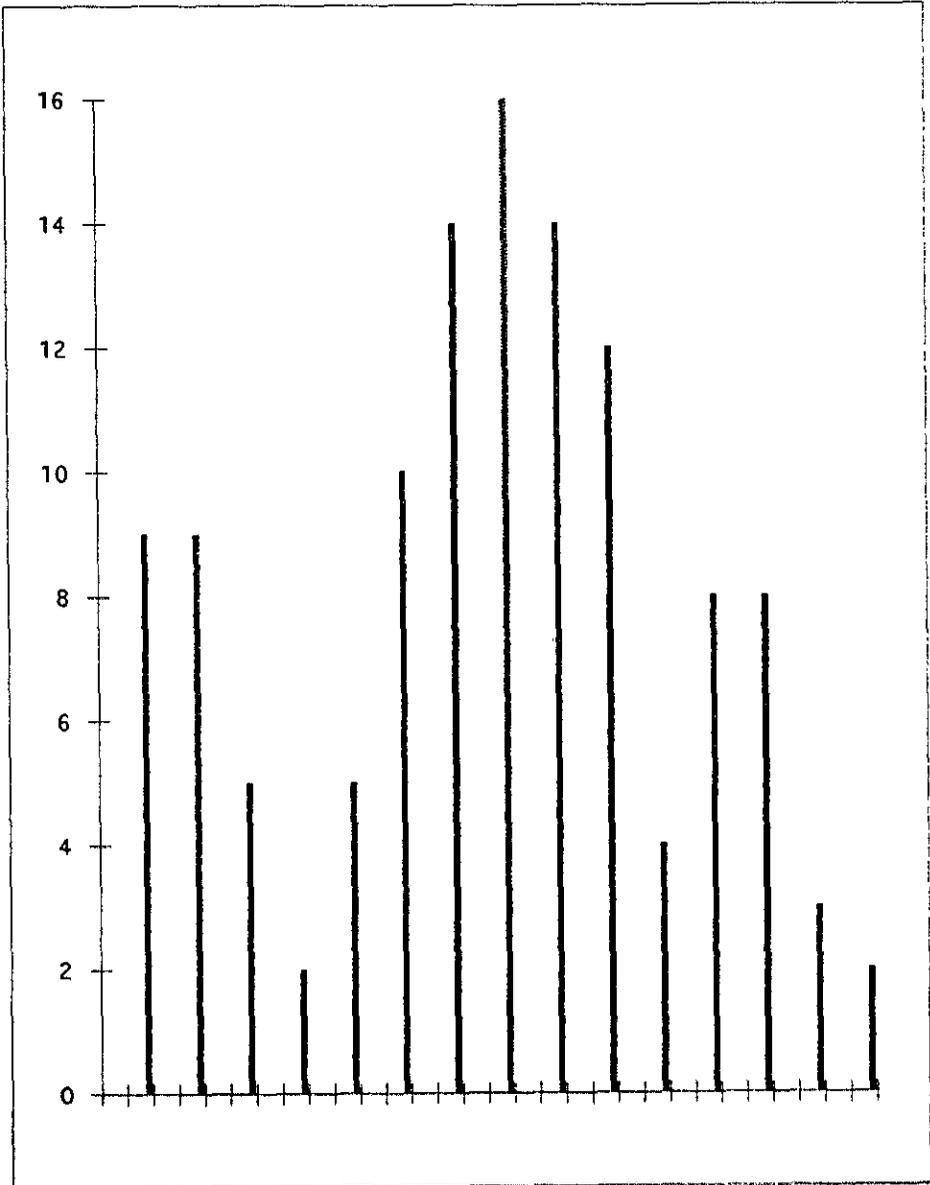
EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	15
5-9 AÑOS	9
10-14 AÑOS	9
15-19 AÑOS	5
20-24 AÑOS	2
25-29 AÑOS	5
30-34 AÑOS	10
35-39 AÑOS	14
40-44 AÑOS	16
45-49 AÑOS	14
50-54 AÑOS	12
55-59 AÑOS	4
60-64 AÑOS	8
65-69 AÑOS	8
70-74 AÑOS	3
75 o más	2
TOTAL	136

GRAFICA 15 a.

INFORME ANUAL

COLITIS

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



DIABETES MELLITUS. Cuadros 16 y 16 a. Graficas 16 y 16 a.
La Diabetes Mellitus logro el cuarto lugar entre los padecimientos anuales. Fueron vistas 113 consultas que equivalio al 5.89 % de las consultas totales anuales.

La mayor cantidad de pacientes la encontré en Octubre con 22 (7.56 %) obteniendo el segundo lugar entre las enfermedades del mes; le siguió Junio con 17 consultas (9.64 %) correspondiendole el tercer lugar entre los padecimientos de este mes.

En cuanto a las consultas anuales de primera vez fueron 9 (8 %) y subsecuentes 104 (92 %), hombres 57 (50.44 %) y mujeres 56 (49.56 %).

Por lo que se refiere a los grupos etareos destaca el de 60 a 64 años con 21; seguido por el de 70 a 74 años con 19 y el de 45 a 49 años con 17.

INFORME ANUAL

DIABETES MELLITUS

CUARTO LUGAR ANUAL

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 5.8977 %

CUADRO . 16

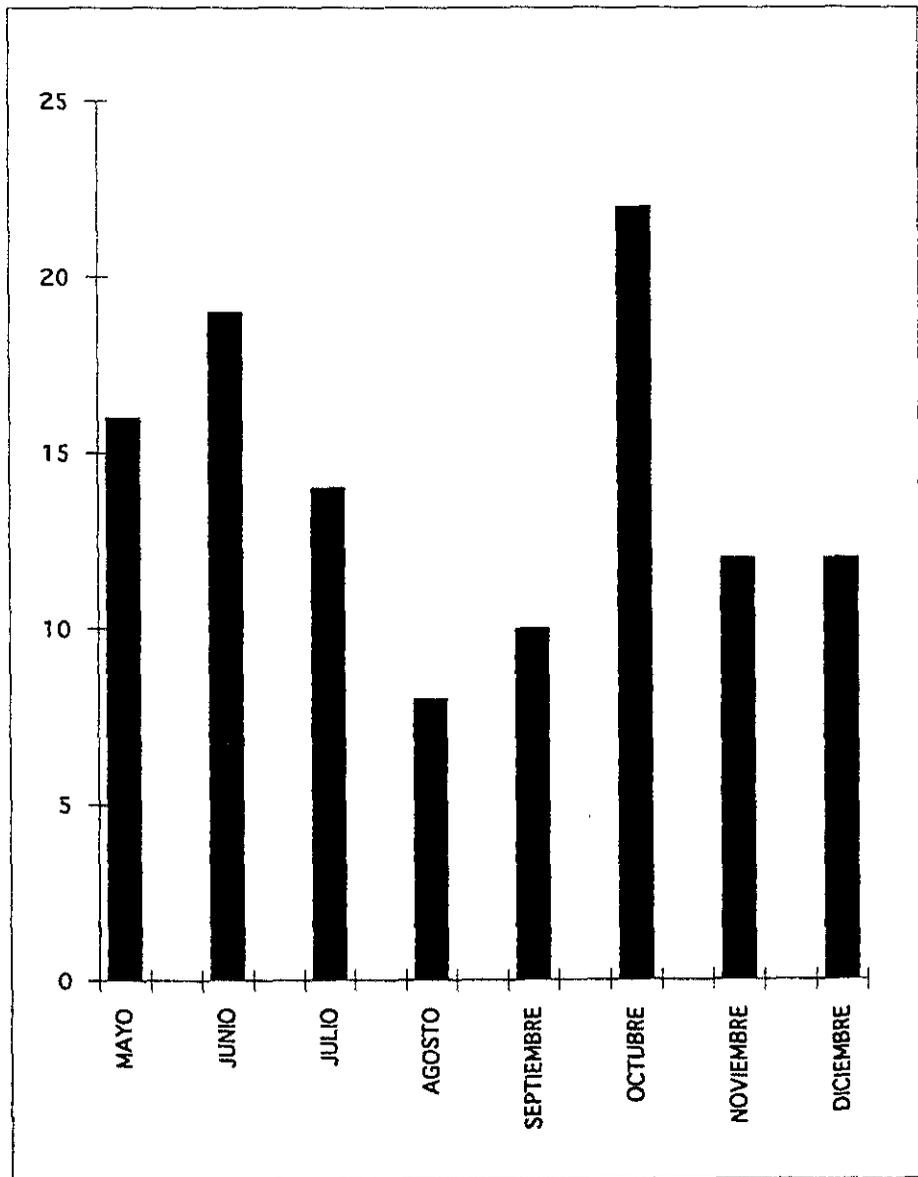
MES	CONDULTA MENSUAL	1A VEZ	SUBSECUENTES	HOMBRES	MEJERES
MAYO	16	1	15	6	10
JUNIO	19	1	18	11	8
JULIO	14	2	12	5	9
AGOSTO	8	0	8	4	4
SEPTIEMBRE	10	1	9	6	4
OCTUBRE	22	3	19	12	10
NOVIEMBRE	12	0	12	7	5
DICIEMBRE	12	1	11	6	6
TOTAL	113	9	104	57	56
PORCENTAJE	100	8	92	50.44	49.56

GRAFICA 16

INFORME ANUAL

DIABETES MELLITUS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

DIABETES MELLITUS

CUARTO LUGAR ANUAL

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 16 a

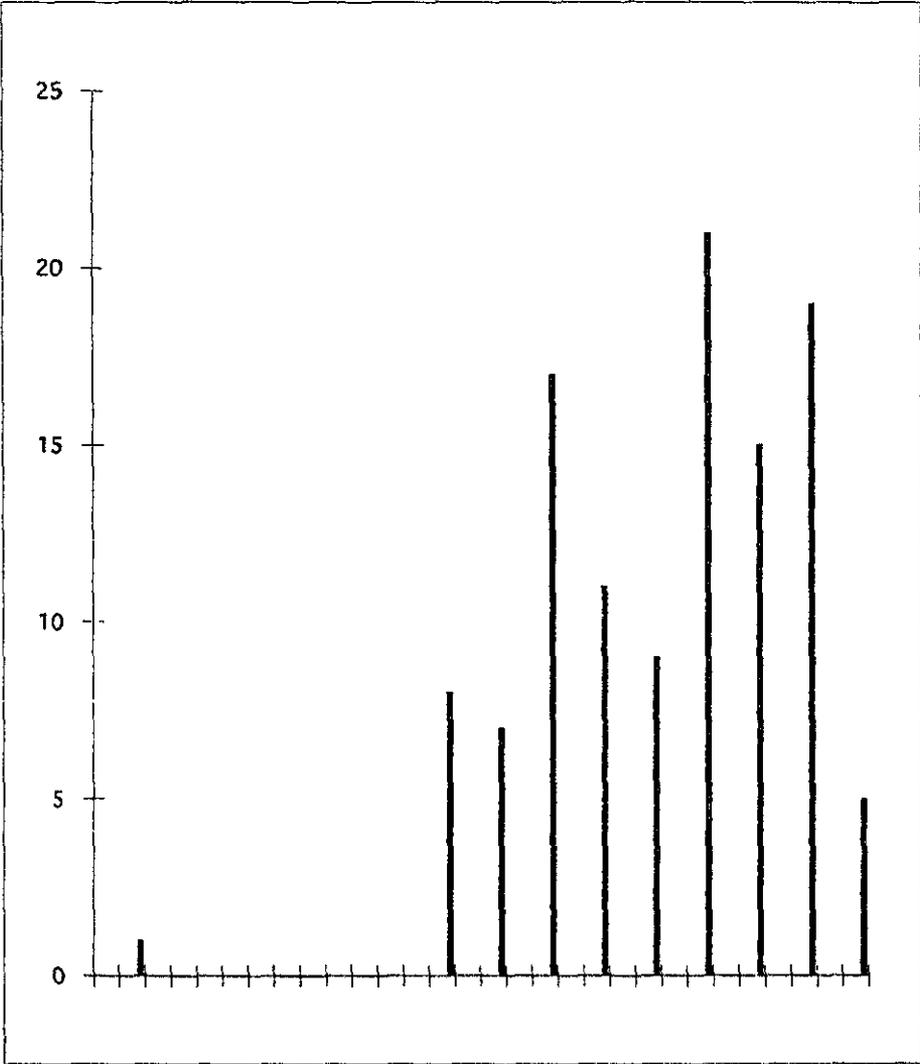
EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	0
5-9 AÑOS	1
10-14 AÑOS	0
15-19 AÑOS	0
20-24 AÑOS	0
25-29 AÑOS	0
30-34 AÑOS	0
35-39 AÑOS	8
40-44 AÑOS	7
45-49 AÑOS	17
50-54 AÑOS	11
55-59 AÑOS	9
60-64 AÑOS	21
65-69 AÑOS	15
70-74 AÑOS	19
75 o más	5
TOTAL	113

GRAFICA 16a

INFORME ANUAL

DIABETES MELLITUS

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



SÍNDROME ACIDO PÉPTICO. Cuadros 17 y 17 a. Graficas 17 y -
17 a.

Entre los padecimientos mas frecuentes del año, el Síndrome Acido Péptico ocupó el quinto lugar, se atendieron 75 - consultas anuales, lo que equivalió al 3.91 % de la consulta anual total.

Los meses mas abrumados fueron Julio con 17 (5 %) correspondiendole el quinto lugar entre los padecimientos del mes. Le siguió Octubre con 14 (4.81 %) quinto lugar de dicho mes y Agosto con 11 consultas (3.88 %) ocupando el sexto lugar de los padecimientos del mes.

El total de consultas anuales fueron 75, de ellos 17 (22.7%) de primera vez, subsecuentes 58 (77.3 %); en cuanto al sexo hombres 28 (37.3 %) y mujeres 47 (62.7 %)

Por lo que se refiere a los grupos etareos, el mas afectado fue de 35 a 39 años con 16, seguidos de 40 a 44 años con 10 y en tercer lugar el de 55 a 59 años con 9 consultas.

INFORME ANUAL

SINDROME ACIDO PEPTICO

QUINTO LUGAR ANUAL.

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 3.9144 %

CUADRO 17

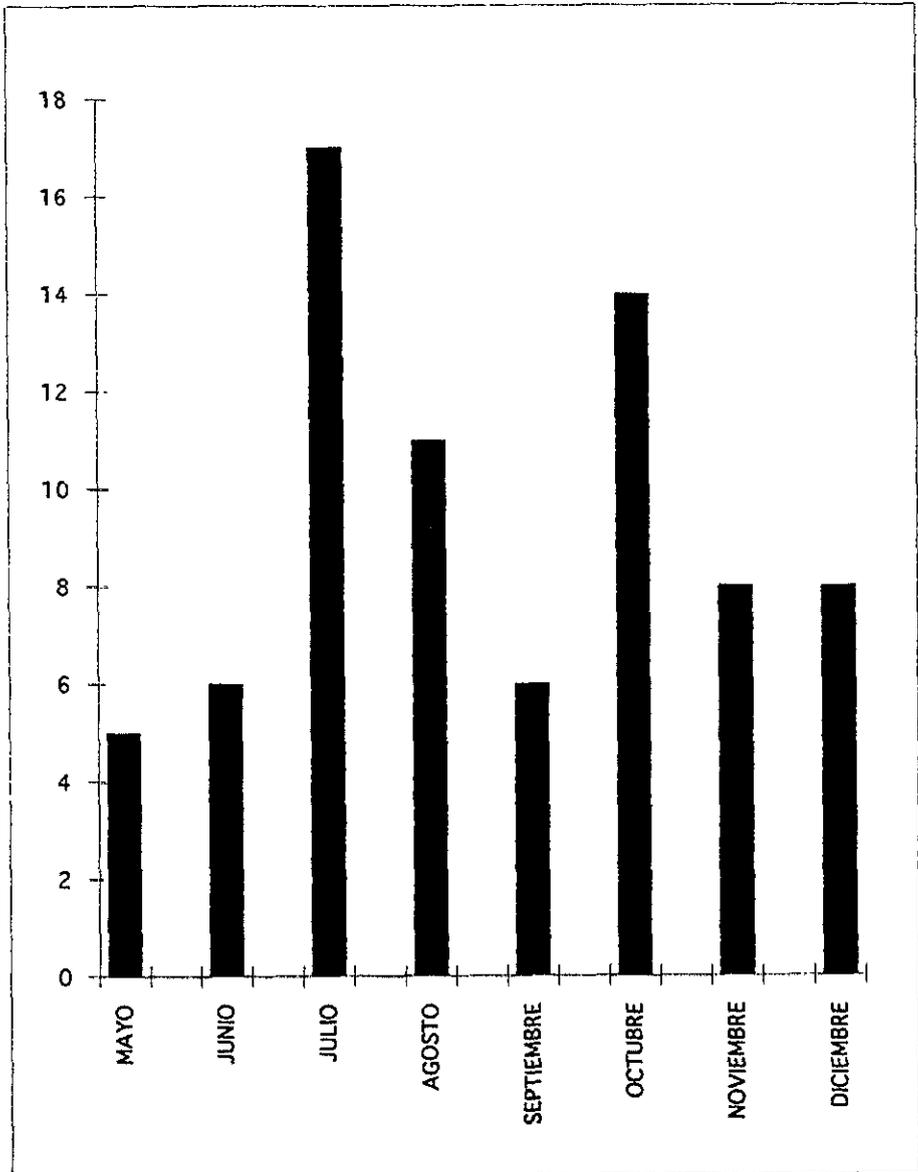
MES	CONDUTA MENSUAL	TA VEZ	SUBSECUENTES	HOMBRES	MUJERES
MAYO	5	1	4	2	3
JUNIO	6	2	4	4	2
JULIO	17	5	12	6	11
AGOSTO	11	3	8	4	7
SEPTIEMBRE	6	3	3	1	5
OCTUBRE	14	2	12	5	9
NOVIEMBRE	8	1	7	5	3
DICIEMBRE	8	0	8	1	7
TOTAL	75	17	58	28	47
PORCENTAJE	100	22.7	77.3	37.3	62.7

GRAFICA 17

INFORME ANUAL

SINDROME ACIDO PEPTICO

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

SINDROME ACIDO PEPTICO

QUINTO LUGAR ANUAL.

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 17 a

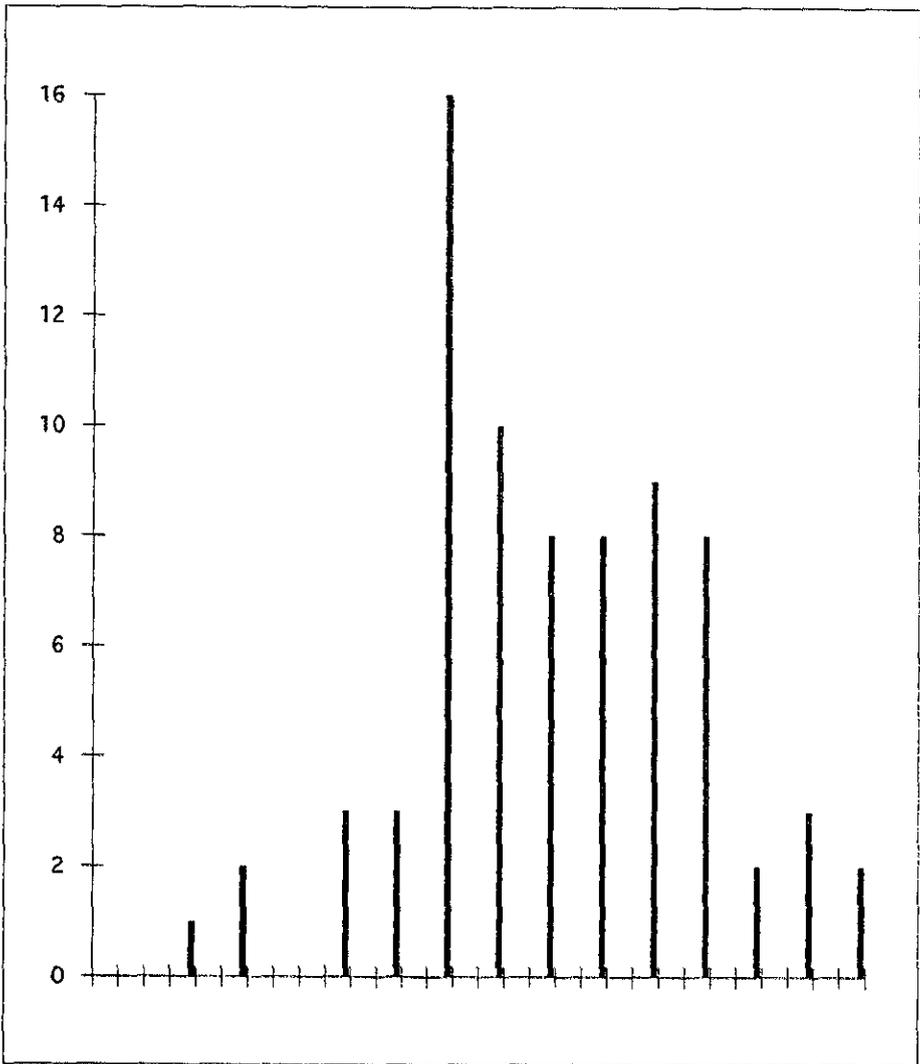
EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	0
5-9 AÑOS	0
10-14 AÑOS	1
15-19 AÑOS	2
20-24 AÑOS	0
25-29 AÑOS	3
30-34 AÑOS	3
35-39 AÑOS	16
40-44 AÑOS	10
45-49 AÑOS	8
50-54 AÑOS	8
55-59 AÑOS	9
60-64 AÑOS	8
65-69 AÑOS	2
70-74 AÑOS	3
75 o más	2
TOTAL	105 75

GRAFICA :17 a.

INFORME ANUAL

SINDROME ACIDO PEPTICO

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



SALMONELLOSIS. Cuadros 18 y 18 a. Graficas 18 y 18 a.

Otra de las enfermedades mas frecuentes del año, fué la Salmonelosis, que se adjudico el sexto lugar con 63 consultas (3.28 %) con respecto a las 1915 consultas anuales.

Los meses de mayor número de consultas fueron Julio con 19 consultas (5.60 %) correspondiendole el cuarto lugar mensual; le siguieron Septiembre con 15 (8.15 %) siendo la segunda causa de consulta de dicho mes, y Agosto 15 (5.30 %) ocupando la cuarta causa de consultas de dicho mes.

De las 63 consultas anuales (100 %) fueron de primera 37 (58.73 %) y 26 (41.27 %) subsecuentes; hombres 17 (26.98%) y mujeres 46 (73.02 %).

Los grupos etareos con mayor número de consultas fueron de 5 a 9 años con 9 consultas, 45 a 49 años con 8 y de 10 a 14 años con 7 consultas.

INFORME ANUAL

SALMONELOSIS

SEXTO LUGAR ANUAL.

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 3.2881 %

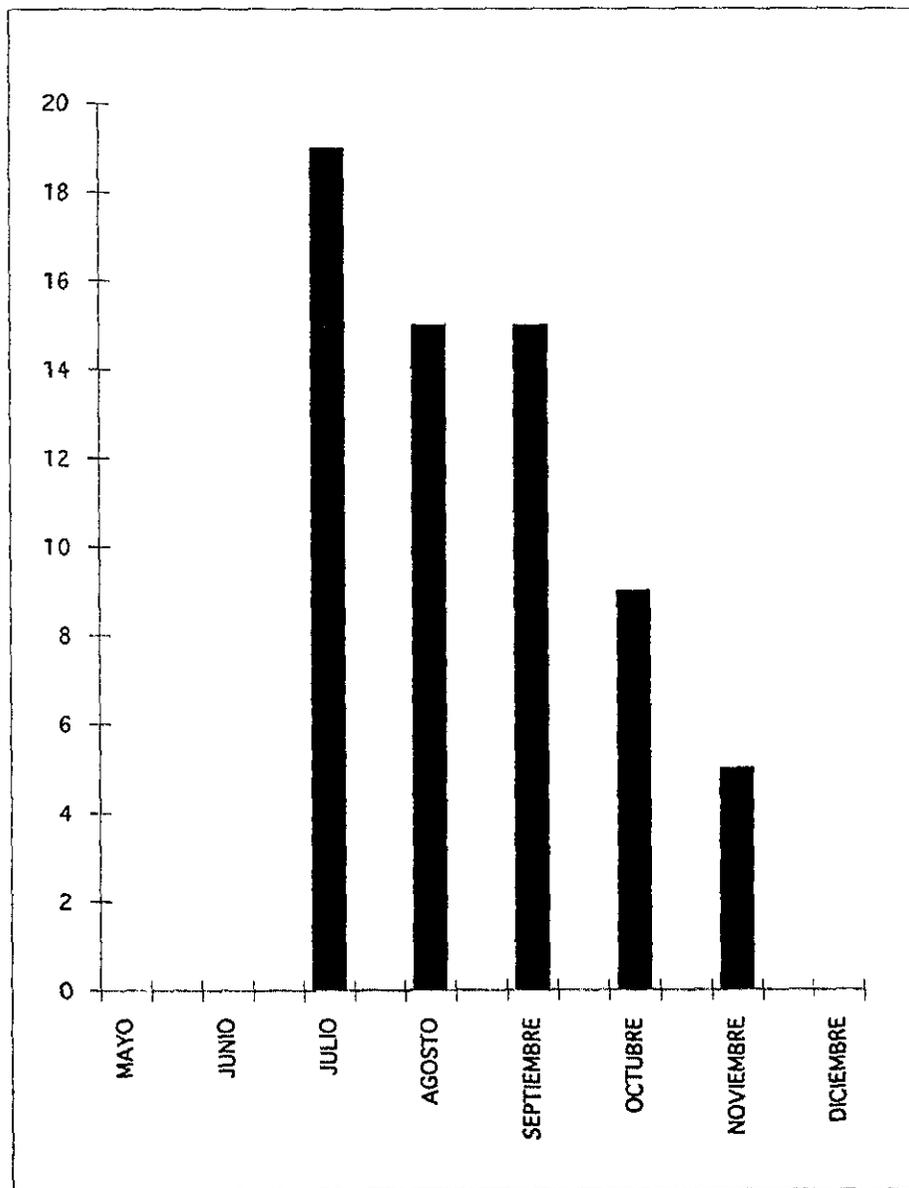
CUADRO 18

MES	CONDULTA MENSUAL	1A VEZ	SUBSECUENTES	HOMBRES	MEJERES
MAYO	0	0	0	0	0
JUNIO	0	0	0	0	0
JULIO	19	12	7	6	13
AGOSTO	15	12	3	3	12
SEPTIEMBRE	15	6	9	3	12
OCTUBRE	9	5	4	3	6
NOVIEMBRE	5	2	3	2	3
DICIEMBRE	0	0	0	0	0
TOTAL	63	37	26	19	46
PORCENTAJE	100	58.73	41.27	26.98	73.02

INFORME ANUAL

SALMONELOSIS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

SALMONELOSIS

SEXTO LUGAR ANUAL.

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 18 a

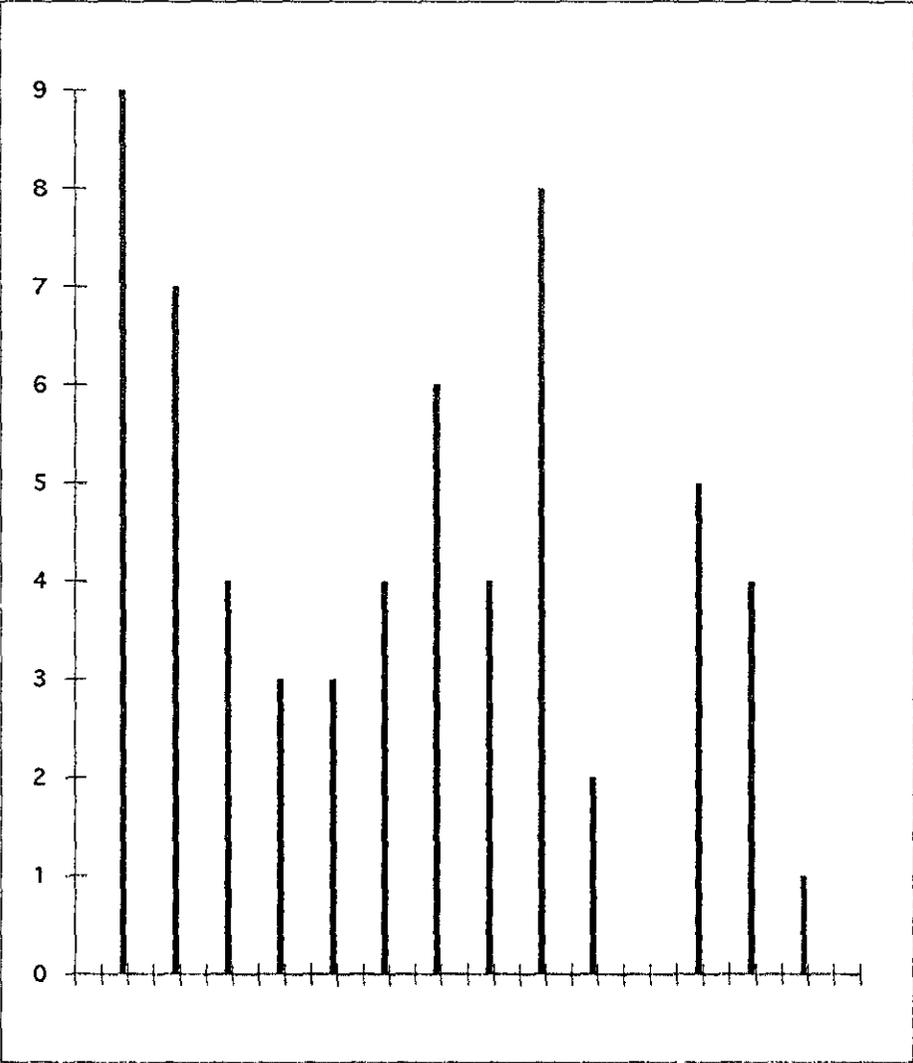
EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	3
5-9 AÑOS	9
10-14 AÑOS	7
15-19 AÑOS	4
20-24 AÑOS	3
25-29 AÑOS	3
30-34 AÑOS	4
35-39 AÑOS	6
40-44 AÑOS	4
45-49 AÑOS	8
50-54 AÑOS	2
55-59 AÑOS	0
60-64 AÑOS	5
65-69 AÑOS	4
70-74 AÑOS	1
75 o más	0
TOTAL	63

GRAFICA 28 a.

INFORME ANUAL

SALMONELOSIS

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



HIPERTENSION ARTERIAL. Cuadro 19 y 19a. Graficas 19 y 19 a

Este padecimiento ocupo el séptimo lugar con 57 consultas anuales y un porcentaje de 2.97 % con respecto al total de consulta anual.

En cuanto a los meses con mayor número de consultas fueron Mayo con 12 consultas (6.48 %) correspondiendole el cuarto lugar entre las enfermedades mensuales; Noviembre con 11 - consultas (4.08 %) siendo el quinto lugar entre los padeci mientos del mes; y en Julio con 8 (2.35 %) acomodandose en el octavo lugar.

De acuerdo a las consultas anuales (57), se consultaron 7 (12.28 %) de primera vez; y 50 (87.72 %) subsecuentes; hom bres 23 (40.35 %) y mujeres 34 (59.65 %).

Por lo que se refiere a los grupos de edad el mas afectado fue el de 50 a 54 años con 13, le siguió el de 60 a 64 a-- ños con 12 y el de 70 a 74 años con 9 consultas.

INFORME ANUAL

HIPERTENSION ARTERIAL

SEPTIMO LUGAR ANUAL.

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 2.9749 %

CUADRO 19

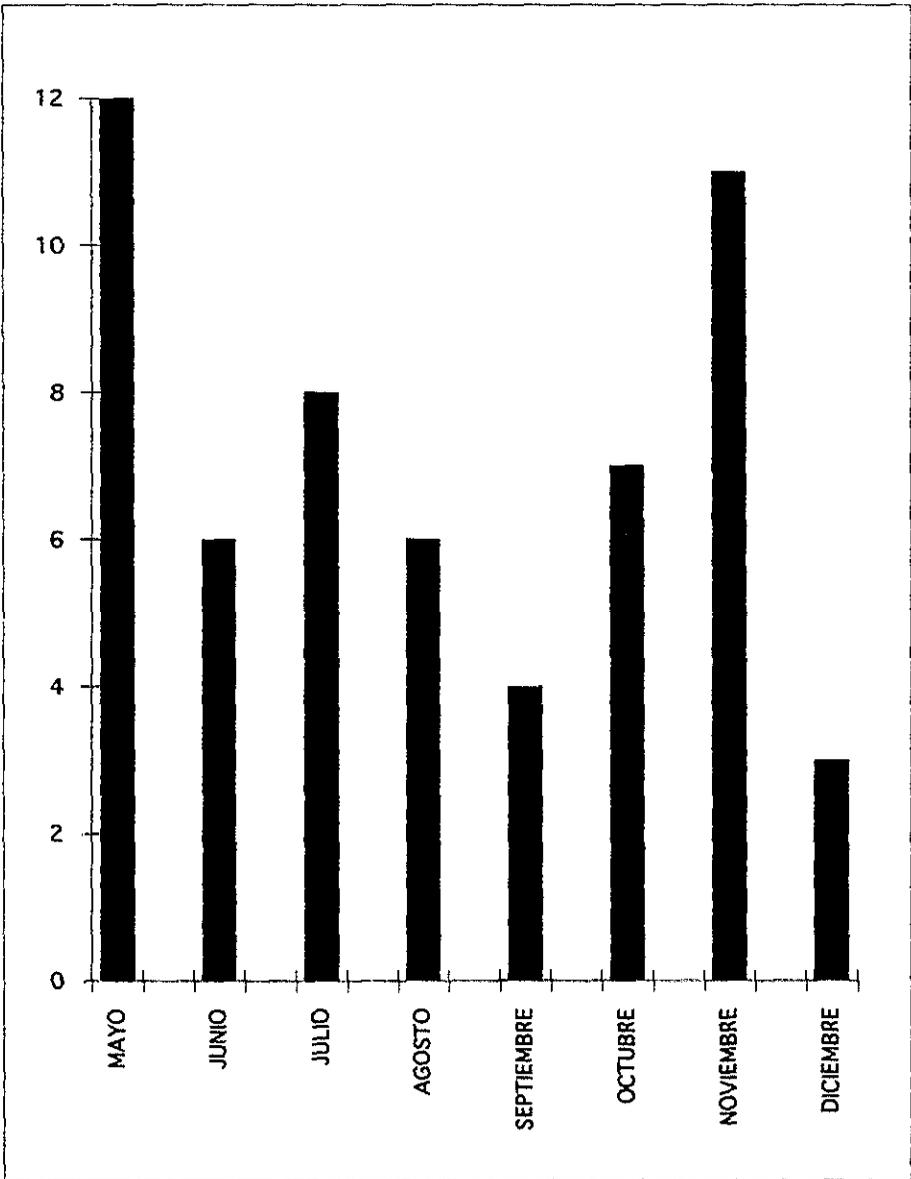
MES	CONSULTA MENSUAL	TA VEZ	SUBSECUENTES	HOMBRES	MUJERES
MAYO	12	1	11	3	9
JUNIO	6	1	4	4	2
JULIO	8	0	3	3	5
AGOSTO	6	0	6	1	5
SEPTIEMBRE	4	0	4	2	2
OCTUBRE	7	2	5	2	5
NOVIEMBRE	11	2	9	7	4
DICIEMBRE	3	1	2	1	2
TOTAL	57	7	50	23	34
PORCENTAJE	100	12.28	87.72	40.35	59.65

GRAFICA 19

INFORME ANUAL

HIPERTENSION ARTERIAL

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

HIPERTENSION ARTERIAL

SEPTIMO LUGAR ANUAL

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 19 a

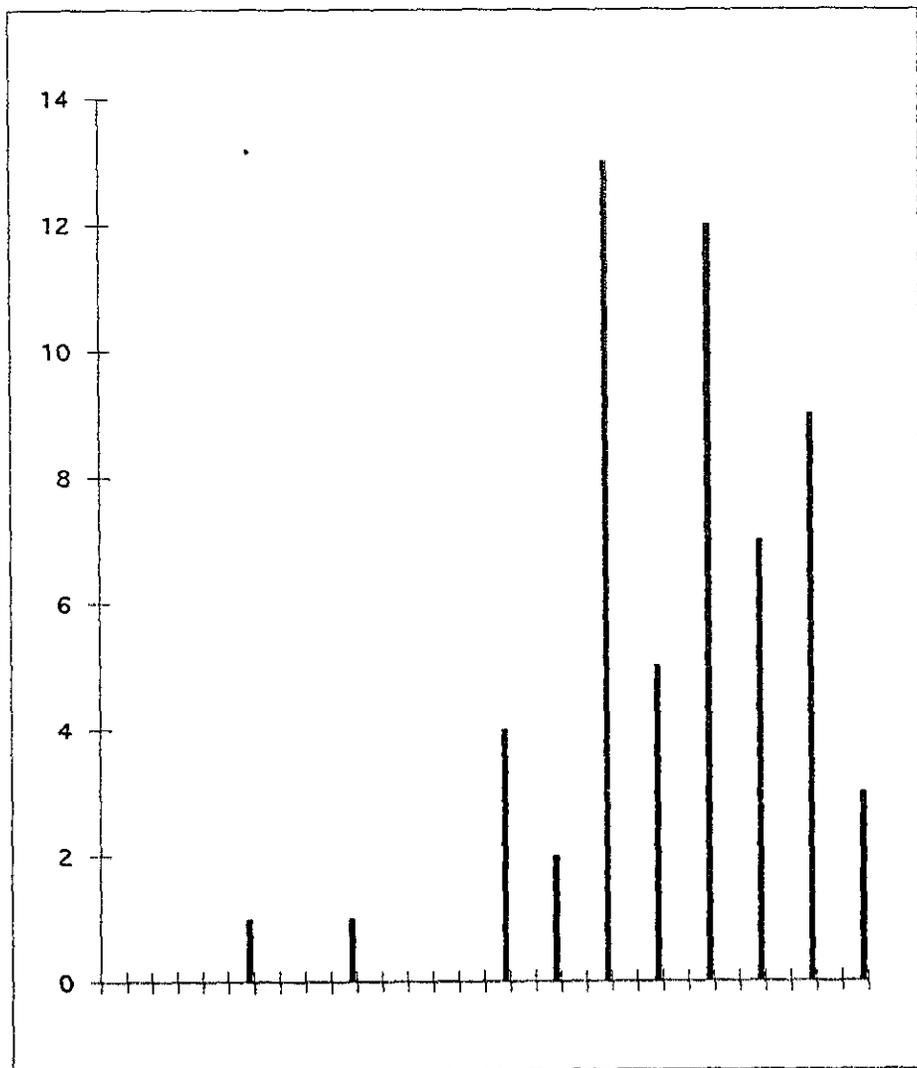
EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	0
5-9 AÑOS	0
10-14 AÑOS	0
15-19 AÑOS	1
20-24 AÑOS	0
25-29 AÑOS	1
30-34 AÑOS	0
35-39 AÑOS	0
40-44 AÑOS	4
45-49 AÑOS	2
50-54 AÑOS	13
55-59 AÑOS	5
60-64 AÑOS	12
65-69 AÑOS	7
70-74 AÑOS	9
75 o más	3
TOTAL	57

GRAFICA 19 a.

INFORME ANUAL

HIPERTENSION ARTERIAL

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



PARASITOSIS. Cuadros 20 y 20 a. Graficas 20 y 20 a.

Entre las enfermedades que fueron mas frecuentes anualmente, se cuentan las Parasitosis, que ocuparon el octavo lugar con 50 consultas y 2.60 % con respecto al total de consultas.

El mes que fué con mayor número de consultas resultó ser Julio con 11 (3.24 %), estando en septimo lugar de los padecimientos del mes. Le siguió Octubre con 9 (3.09 %) ocupando el septimo y Agosto con 7 consultas (2.47 %) en el decimo-primero lugar de las enfermedades del mes.

De las 50 consultas anuales, resultaron de primera vez 21 (42 %), y subsecuentes 29 (58 %); hombres 18 (36 %) y mujeres 32 (64 %).

Los grupos de edad mas afectados correspondieron al de 0 a 4 años con 13; de 5 a 9 años y de 10 a 14 años con 7 consultas cada uno de los grupos.

INFORME ANUAL

PARASITOSIS

OCTAVO LUGAR ANUAL.

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 2.6096 %

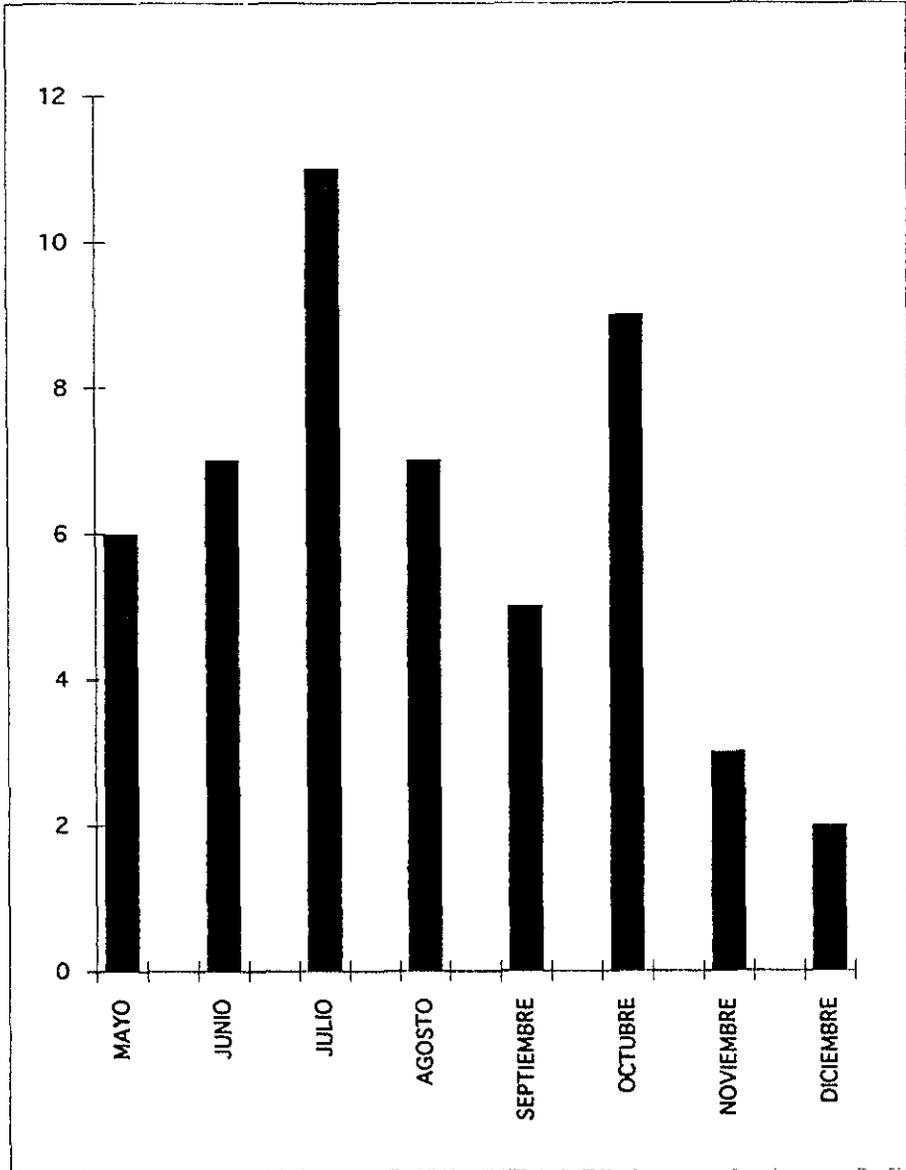
CUADRO 20

MES	CONSULTA MENSUAL	TA VEZ	SUBSECUENTES	HOMBRES	MUJERES
MAYO	6	2	4	3	3
JUNIO	7	5	2	3	4
JULIO	11	6	5	6	5
AGOSTO	7	4	3	2	5
SEPTIEMBRE	5	0	5	0	5
OCTUBRE	9	3	6	3	6
NOVIEMBRE	3	1	2	1	2
DICIEMBRE	2	0	2	0	2
TOTAL	50	21	29	18	32
PORCENTAJE	100	42	58	36	64

INFORME ANUAL

PARASITOSIS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

PARASITOSIS

OCTAVO LUGAR ANUAL.

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 20 a

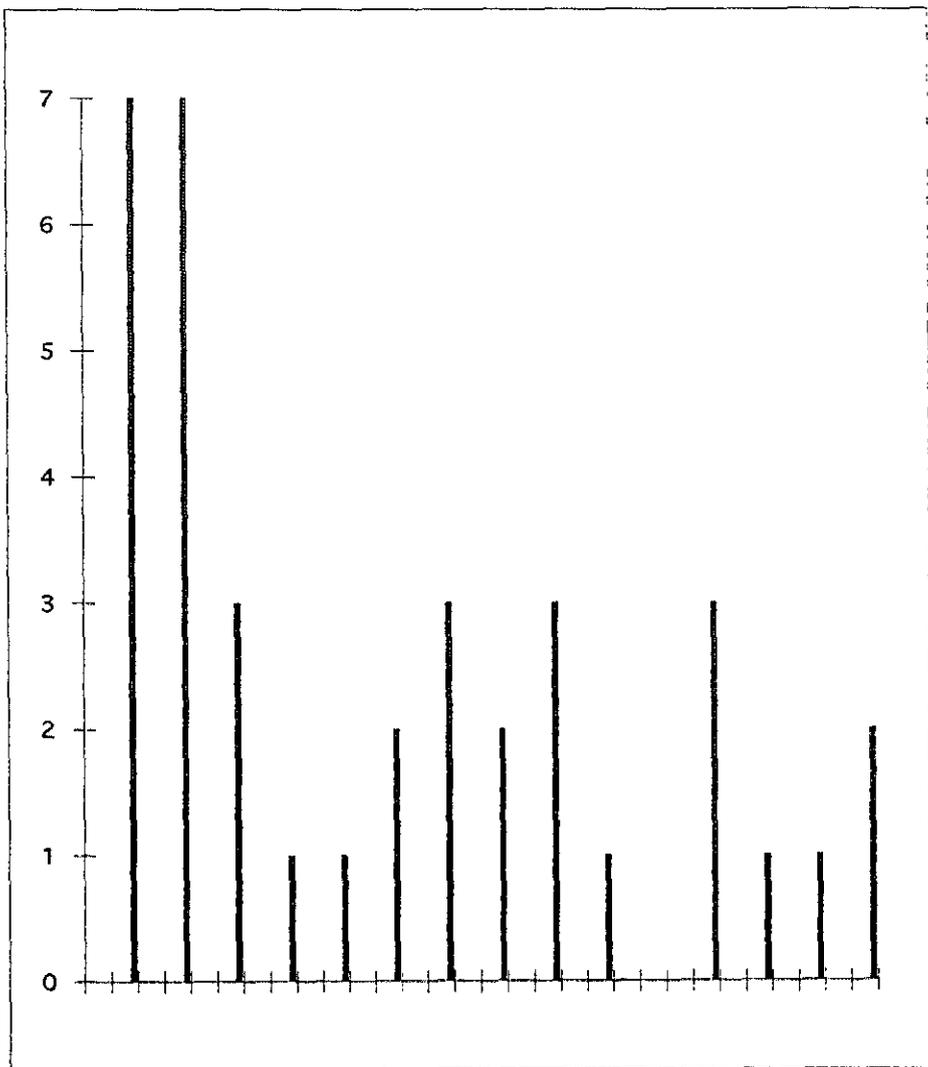
EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	13
5-9 AÑOS	7
10-14 AÑOS	7
15-19 AÑOS	3
20-24 AÑOS	1
25-29 AÑOS	1
30-34 AÑOS	2
35-39 AÑOS	3
40-44 AÑOS	2
45-49 AÑOS	3
50-54 AÑOS	1
55-59 AÑOS	0
60-64 AÑOS	3
65-69 AÑOS	1
70-74 AÑOS	1
75 o más	2
TOTAL	50

GRAFICA 20 a

INFORME ANUAL

PARASITOSIS

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



INFECCION DE VIAS URINARIAS. Cuadros 21 y 21 a. Graficas
21 y 21 a.

Las infecciones de vias urinarias ocuparon el noveno lugar entre las enfermedades con un total de 41 consultas (2.13%). En Mayo se obtuvo 11 consultas (5.94) en este mes le correspondio el quinto lugar. En Julio 11 consultas 3.24 % - siendo el octavo padecimiento de este mes.

En Agosto 5 consultas (1.76 %) ocupando el treceavo lugar en este mes.

Durante el periodo anual 14 consultas de primera vez (34.1%) y subsecuentes 27 (65.9 %); hombres 18 (43.9 %) y mujeres 23 (56.1 %)

Entre los grupos etareos, el de 50 a 54 años fue afectado con 9 consultas y tres grupos etareos 35-39; 40-44 y 45-49 con 4 consultas cada uno de ellos.

INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS URINARIAS

NOVENO LUGAR ANUAL

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 2.13%

CUADRO 21

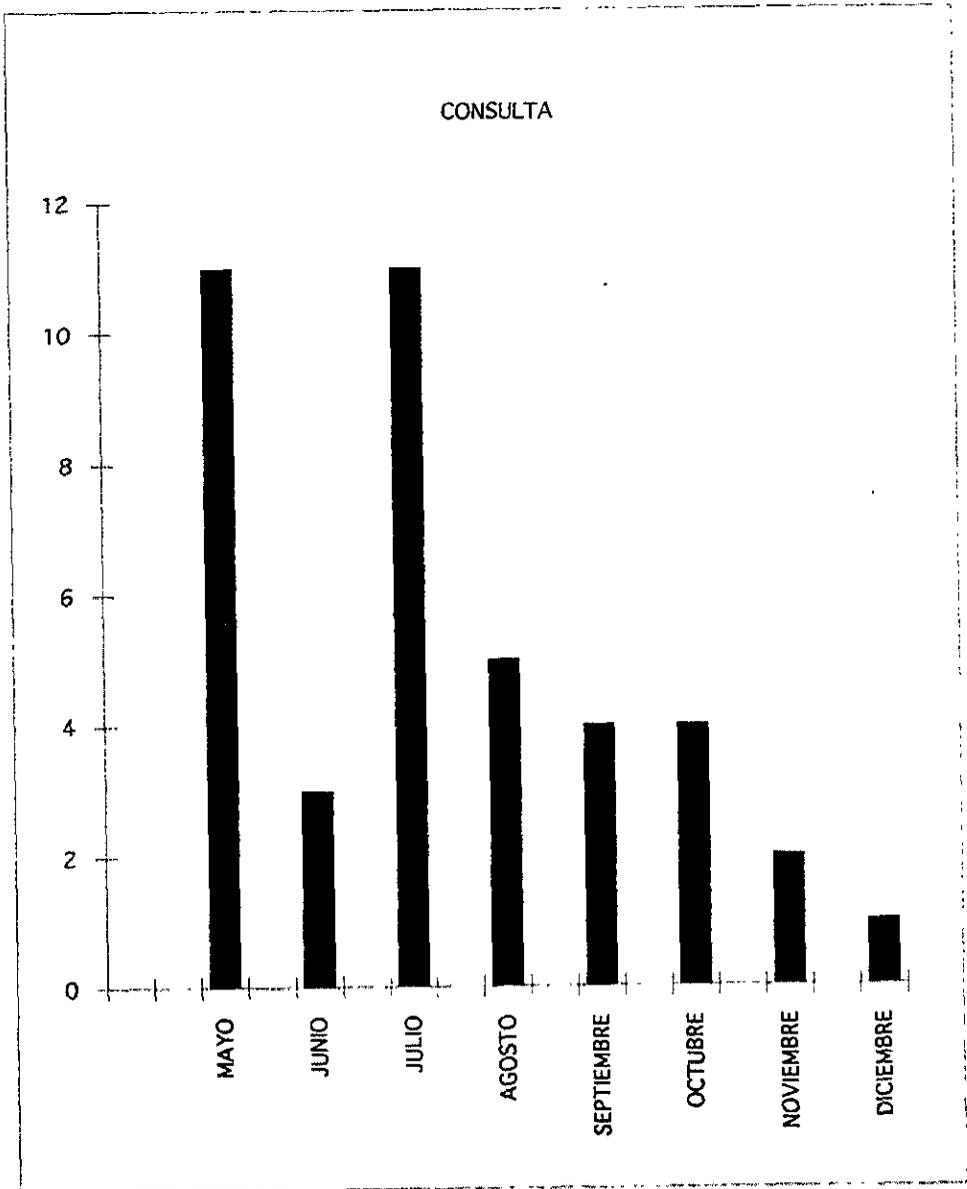
MES	CONSULTA MENSUAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	HOMBRES	MUJERES
MAYO	11	4	7	7	4
JUNIO	3	1	2	2	1
JULIO	11	4	7	2	9
AGOSTO	5	2	3	3	2
SEPTIEMBRE	4	2	2	2	2
OCTUBRE	4	1	3	0	4
NOVIEMBRE	2	0	2	1	1
DICIEMBRE	1	0	1	1	0
TOTAL	41	14	27	18	23
PORCENTAJE	100	34.1	65.9	43.9	56.1

GRAFICA 21

INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS URINARIAS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS URINARIAS

NOVENO LUGAR ANUAL

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

CUADRO 21a

EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	1
5-9 AÑOS	0
10-14 AÑOS	2
15-19 AÑOS	1
20-24 AÑOS	3
25-29 AÑOS	3
30-34 AÑOS	2
35-39 AÑOS	4
40-44 AÑOS	4
45-49 AÑOS	4
50-54 AÑOS	9
55-59 AÑOS	0
60-64 AÑOS	3
65-69 AÑOS	1
70-74 AÑOS	3
75 o más	1
TOTAL	41

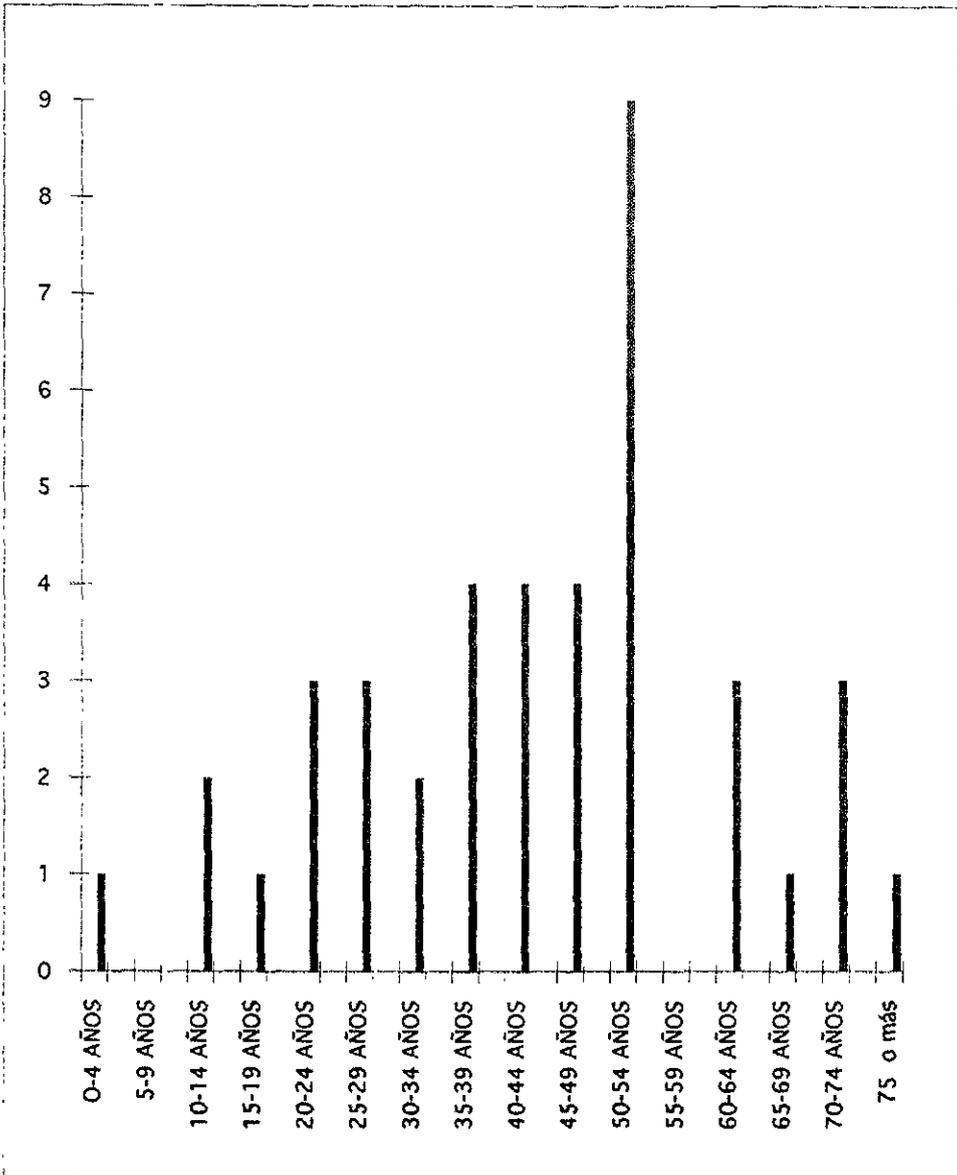
125

GRAFICA 21a

INFORME ANUAL

INFECCION DE VIAS URINARIAS

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



BRONQUITIS. Cuadros 22 y 22 a. Graficas 22 y 22 a.

Las Bronquitis se colocaron el decimo lugar entre las enfermedades mas frecuentes con un total de 40 consultas 2.08 %.

En Noviembre fueron vistas 10 consultas (3.71 %) ocupando el séptimo lugar de los padecimientos mensuales.

En Octubre 8 consultas con 2.74 % les correspondio el décimo lugar durante el mes. En Diciembre 6 consultas 3.57 % adjudicandose el octavo lugar mensual.

Durante el período anual 12 consultas de primera vez 30 % y 28 subsecuentes el 70 %. Fueron vistos 23 hombres 57.5 % y 17 mujeres 42.5 %.

Entre los grupos etareos el de 10 a 14 años con 8 consultas fué el mas afectado y dos grupos de 0-4 y de 5-9 años con 6 consultas cada uno.

INFORME ANUAL

BRONQUITIS

DECIMO LUGAR ANUAL

PORCENTAJE CON RESPECTO A LA CONSULTA ANUAL 2.08%

CUADRO 22

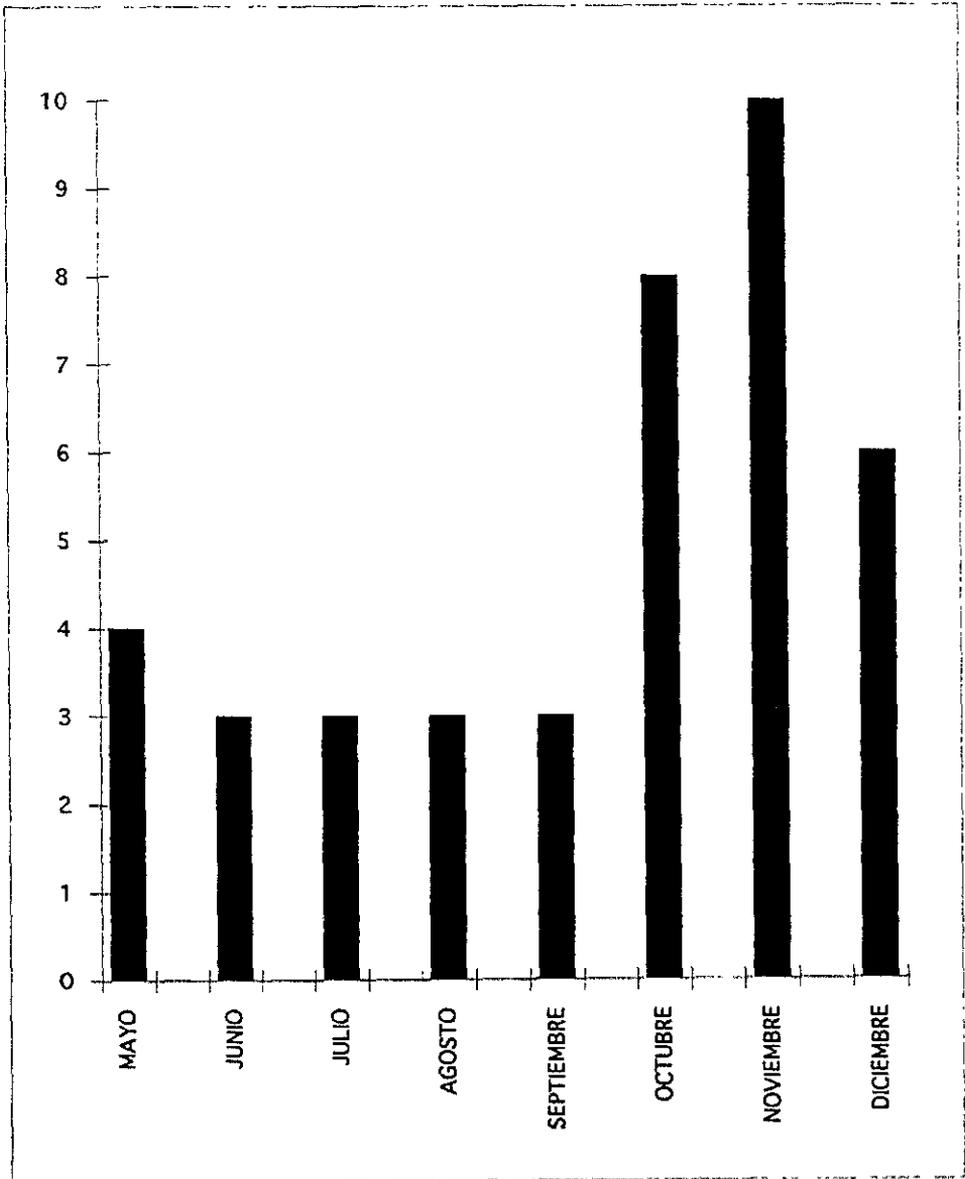
MES	CONSULTA MENSUAL	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	HOMBRES	MUJERES
MAYO	4	0	4	2	2
JUNIO	3	1	2	1	2
JULIO	3	2	1	3	0
AGOSTO	3	1	2	2	1
SEPTIEMBRE	3	2	1	2	1
OCTUBRE	8	3	5	5	3
NOVIEMBRE	10	3	7	4	6
DICIEMBRE	6	0	6	4	2
TOTAL	40	12	28	23	17
PORCENTAJE	100	30	70	57.5	42.5

GRAFICA 22

INFORME ANUAL

BRONQUITIS

CONSULTA ANUAL



INFORME ANUAL

BRONQUITIS

DECIMO LUGAR ANUAL

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD

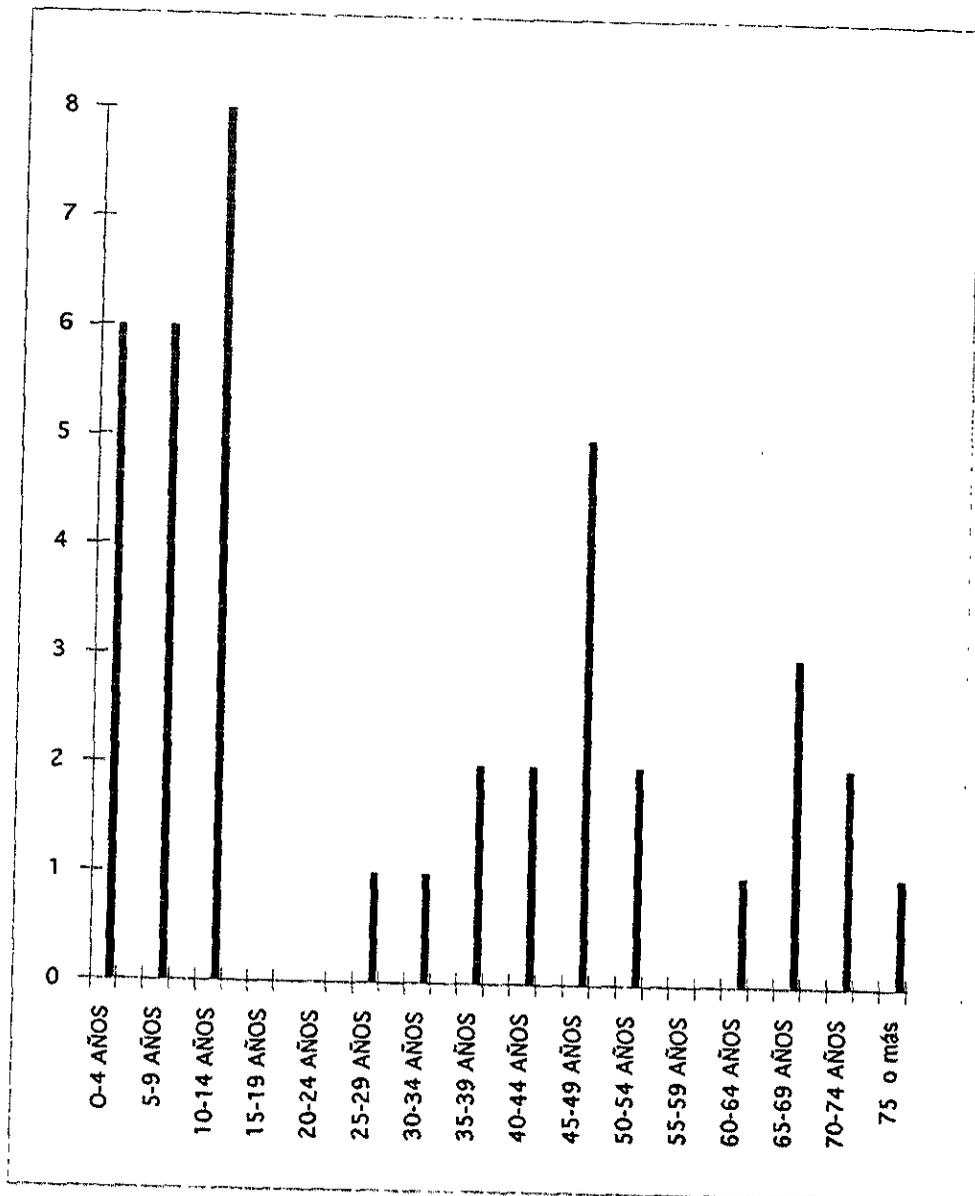
CUADRO 22a

EDAD	CONSULTAS
0-4 AÑOS	6
5-9 AÑOS	6
10-14 AÑOS	8
15-19 AÑOS	0
20-24 AÑOS	0
25-29 AÑOS	1
30-34 AÑOS	1
35-39 AÑOS	2
40-44 AÑOS	2
45-49 AÑOS	5
50-54 AÑOS	2
55-59 AÑOS	0
60-64 AÑOS	1
65-69 AÑOS	3
70-74 AÑOS	2
75 o más	1
TOTAL	40

INFORME ANUAL

BRONQUITIS

CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD



DISCUSION.

CARACTERISTICAS BIOSOCIALES DE LA POBLACION DEL CONSULTORIO NUMERO CINCO:

La pirámide poblacional que obtuvé del Consultorio cinco, - coincide con la pirámide poblacional de Apatzingan en algunos aspectos; las mujeres son más numerosas que los hombres el número de hijos es mayor por grupos de edad que el resto de la pirámide, esto condiciona que la base de la pirámide sea mas ancha.

Pero la parte superior de la pirámide del Consultorio cinco es cilíndrica, mientras que la de Apatzingan es cónica. Esto es ocasionado porque la población del Consultorio cinco tiene nemmenos mortalidad que la población de Apatzingan.

En cuanto a la densidad de población de Apatzingan tiene - 24.73 habitantes por Km², mientras que a nivel de la República es de 35.5 habitantes por Km², esto es porque a nivel nacional se incluyen grandes ciudades como la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey principalmente.

En cuanto a la demografía de las familias mi estadística - fué rural 40 % y la urbana 60 %, a nivel local de la población de Apatzingan es de 34 % la rural y la urbana 66 %, en estos datos coinciden la demografía de las familias del Consultorio Cinco con la de Apatzingan.

En lo que respecta a la escolaridad a nivel poblacional en Apatzingan hay analfabetas hombres 17.1 % y mujeres 21.2 % además la escolaridad de la población de Apatzingan en su mayoría terminaron la Primaria.

En la población del Consultorio 5, no hay analfabetas y el mayor porcentaje 40 % son profesionistas.

Refiriendome a los métodos anticonceptivos la población del Consultorio 5 se encuentra concientizada y usa los métodos anticonceptivos, siendo el mas practicado la obstrucción tu barica bilateral.

A nivel local no toda la población usa los métodos anticonceptivos y de estos los anticonceptivos hormonales son los mas utilizados.

La población del Consultorio 5 en su mayoría tienen tres o mas salarios mínimos, mientras que la población de Avatzin-gan en su mayoría gana un salario mínimo.

INFECCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS ALTAS.

Las infecciones de las vias respiratorias altas en mi trabajo fueron del 16.7 % y resultaron ser las mas frecuentes, coincidiendo con los datos obtenidos en la literatura medica (8 y 27).

En su tratamiento deben usarse analgesicos y antitermicos (8). Los antivirales Amantidina y Zanamivir aunque son eficaces se requieren estudios para medir sus efectos toxicos especialmente en personas ancianas, asi como valorar costos y beneficios en este ultimo (17).

Metodos de Control.

A. Medidas Preventivas. (38).

1. Educaci3n en la higiene personal.
2. Evitar hacinamiento de personas (38)

B. Metodos de control (38)

1. Eliminaci3n de las excreciones nasales y bucales.
2. Airear y asolear la habitaci3n y la ropa de cama del paciente (38).

ARTRITIS.

En mi trabajo la frecuencia fué de 7.67 %, y en cuanto al ciclo anual es el mes de Noviembre con mayor volumen de consultas, afecta más a mujeres entre los 55 y 59 años.

Se calcula que la décima parte de los pacientes que acuden en demanda de consulta general, tienen alguna enfermedad reumatológica (27).

En las autopsias del Hospital General de México entre 1977 y 1986; en la Unidad de Patología del Hospital General de México de 11,563 decesos se efectuaron 6,473 necropsias. De ella se encontró que 450 necropsias (6.95 %) correspondieron a enfermedades reumáticas crónicas siendo la edad promedio que encontraron ellos de 36.1 años. (7).

El tratamiento debe ser curar algunos, ayudar a muchos y confortar a todos, esto puede ser promovido por el médico familiar (27).

El tratamiento más racional de las enfermedades reumáticas sería la educación de los enfermos, educación del personal médico en general y del ambiente familiar y del trabajo, debido a que se desconoce la etiología de muchas artritis (27).

Auxiliándose con el tratamiento medicamentoso esteroides, Sulfasalazina, Metrotexate y sales de oro (21).

COLITIS

En mi estadística las Colitis tuvieron una frecuencia de 7.09% la mayor cantidad de consultas fue en Julio, siendo más sucesivas que las de primera vez, las mujeres (68.39 %) más perjudicadas que los hombres (31.61%) por lo que se refiere al grupo etáreo, el más lesionado correspondió de los 40 a 44 años.

Las Colitis pueden llegar hasta el 35% de la consulta del médico general, afecta más al sexo femenino en frecuencia siendo la proporción 2 a 1; entre la tercera y cuarta década de la vida son las personas más afectadas (31).

El tratamiento consiste en hábitos de vida, dieta libre de carbohidratos refinados, evitando tabaco y cafeína (31).

El médico familiar puede intervenir positivamente en el tratamiento dietético así como en la prevención.

DIABETES MELLITUS

Encontré en la Diabetes Mellitus con frecuencia de 5.89%, siendo más frecuente en Octubre, la consulta más afectada fué la supcecuente y los hombres más perjudicados que las mujeres. De Diabetes Mellitus Insulino dependiente solo encontré un caso, los demás fuerón Diabetes Mellitus no Insulinos dependientes. La prevalencia de Daibetes en los países occidentales oscila entre 2 y 6 %, siendo la Diabetes Mellitus no insulinodependiente más frecuente que la insulinadependiente en proporción de ocho a nueve veces (24).

Los factores significativos asociados al desarrollo de la Diabetes fuerón la obesidad, la edad, y la enfermedad vascular pe ríferica (24).

Para la atención del paciente diabético describen Taylor y Gordon cuatro fases: evaluación por sistemas, establecimiento de objetivos, plan terapeutico y su aplicación para optimizar, plan de manejo y vigilar evolución (24).

Los siguientes objetivos son importantes:

- 1.- Prevención del cetaacedosis.
- 2.- Evitar reacciones hipoglucemicas.
- 3.- Reducción de peso en el paciente obeso con Diabetes No insulino dependiente.

- 4.- Mantener el peso corporal óptimo en los adultos y el desarrollo normal en los niños.
- 5.- Obtener niveles de glucemia por debajo de los considerados patológicos en la diabetes no insulino dependiente de forma duradera.
- 6.- En la Diabetes insulino dependiente obtener la mayor reducción posible de la glucemia sin aumentar los riesgos de hipoglucemia.
- 7.- Detección precoz de la afectación de órganos diana.
- 8.- Considerar el mayor grado de responsabilidad posible al paciente en el control de su enfermedad.
- 9.- Movilización del apoyo por parte de la familia (24).

El paciente y la familia deben tener un conocimiento básico de la fisiopatología de la Diabetes, los principios de control dietético, acción de la insulina e hipoglucemiantes orales, vigilancia de glucosa en orina y sangre, síntomas y tratamiento de la cetoacidosis y las crisis hipoglucémicas (24).

El médico debe suplementar y reforzar la educación médica del enfermo y ayudar que la familia regule adecuadamente la terapéutica utilizando bien los recursos de que dispone (24). Debiendo incluir a los miembros de la familia para el manejo exitoso del tratamiento (2).

SINDROME ACIDO PEPTICO.

El quinto lugar le correspondió al síndrome Acido Péptico con 75 consultas , el 3.91 % de la consulta anual.

Fueron mas abundantes las consultas durante el mes de Julio - con 17, correspondiéndole el 5 % de la consulta mensual.

En las consultas anuales las subsecuentes fueron el 77.3 % - siendo las mas numerosas; las mujeres formaron un grupo mayor con 47 consultas el 62.7 %.

Por grupos etareos el mas afectado fue de 35 a 39 años de edad con 16.

Afecta del uno al tres porciento de la población general (31). El tratamiento higiénico dietético del Síndrome Acido Péptico requiere suprimir tabaco, alcohol y analgésicos antiinflamatorios no esteroides.

SALMONELLOSIS.

En mi estadística le correspondió el sexto lugar de las enfermedades anuales con 63 consultas el 3.28 % de la consulta anual. Fué mas frecuente en Julio ocupando el cuarto lugar de los padecimientos del mes.

Fuerón mas frecuentes las consultas de primera vez 37 el 58.73 por ciento y afectó mas a mujeres 43 el 73.02 %.

En cuanto a grupos etáreos el mas perjudicado fue de 5 a 9 años con 9 consultas.

Debido a los progresos en higiene, el logro de la vacunación y la eficacia de la terapéutica la Fiebre Tifoidea no es ya tan frecuente (11).

Quedan focos endémicos en América del Sur y Centro donde el portador mantiene la infección a traves de la enfermedad vesicobiliar y la transmite contaminando hortalizas y mariscos - (11).

HIPERTENSION ARTERIAL.

A la enfermedad le correspondió el séptimo lugar anual con 57 consultas 2.97 %, las consultas mensuales mas frecuentes ocurrieron durante el mes de Mayo con 12 ocupando el quinto lugar de los padecimientos del mes.

Las consultas anuales subsecuentes fueron 57 el 87.72 % de la enfermedad y mas afectadas las mujeres con 34 consultas el - 59.65 %.

El grupo etáreo mas enfermo fué de 50 a 54 años con 13 consultas.

En cuanto a frecuencia el séptimo lugar lo ocupan el Consultorio 5 y a nivel local de Apatzingan.

Las medidas preventivas que se deben tomar contra la hipertensión son:

Se recomienda dirigir las medidas a la población joven para - que la efectividad de los programas no siga siendo limitada(9) A todas las personas medir la tensión arterial cada dos años a partir de los catorce años de edad. A las personas que acuden con poca frecuencia a la consulta se les medirá la presión arterial en cada visita (21).

A partir de los catorce años de edad, medir peso cada 4 años con determinación de talla de referencia a los 20 años (21).

En los fumadores el consejo antitabaquico debe practicarse en forma continuada aprovechando cualquiera de los controles periódicos (21).

PARASITOSIS.

Las Parasitosis en mi estudio ocuparon el octavo lugar de las enfermedades anuales con 50 consultas, el 2.09 % de las consultas anuales.

Fueron mas numerosas en Julio con 11 consultas, correspondiéndoles el séptimo lugar de las enfermedades del mes. Con respecto a las consultas del año, las subsecuentes fueron 29 (58 %) y mas mujeres 31 (62 %).

El grupo etáreo mas afectado fué de 0 a 4 años con 13 consultas.

Las Parasitosis dan resultados muy divergentes del 60 hasta el 1.4 % y depende de la aplicación de medidas higiénicas. Afecta mas a las zonas suburbanas sin educación higiénica.

La profilaxis consiste en suprimir el fecalismo al ras del suelo, lavar frutas y verduras, ademas en la Oxiuriasis se reuiere cortar las uñas de los dedos de las manos, lavar la región anal y cambio de ropa íntima diario (31) Todo ello debe ser promovido con campañas antiparasitarias (31).

En mi caso hubo relativamente pocas Parasitosis y concuerdan con la bibliografía, ya que en mi población hay muchos profesionistas. Ademas los pacientes por motivación propia acuden al consultorio a que se les proporcionen medicamentos antiparasitarios.

INFECCION DE VIAS URINARIAS.

Al describir los resultados de mi trabajo sobre infección - de vias urinarias fue de 2.13 %, afecto mas a mujeres que a hombres (43 %). La edad mas lesionada fue de 50 a 54 años con 9 y despues de los 35 a 49 años.

En los adultos el 20 % de la población femenina habra de desarrollar un episodio de infección siempre y cuando se a socien litiasis, embarazo o/y Diabetes Mellitus. (37).

BRONQUITIS.

Las Bronquitis ocuparon el decimo lugar de los padecimientos mas frecuentes, su porcentaje fue de 2.08 %, mas afectados los hombres 57.5 % que las mujeres 42.5 %, las edades mas perjudicadas fueron en los primeros 14 años de vida.

Trstamiento.

Es conveniente evitar el tabaquismo en los adultos, ya que los niños son fumadores pasivos, asi como mejorar la hidratacion en los infantes (37).

CONCLUSIONES.

CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES DE LA POBLACION DEL CONSULTORIO CINCO.

Las características biosociales de la población del Consultorio 5 son las siguientes: La población es de 4,223 personas 1927 del sexo masculino y 2296 del femenino, la gran mayoría 45 % la constituyen los hijos, le siguen los trabajadores - 28 %, padres y madres 17 % y por último las esposas con 10%. Las familias en total fueron 1186, siendo más numerosas las tradicionales 58.4 %, nucleares 76 %, urbanas 60 % y en dispersión 42 %.

Según el estado civil los casados fueron 58.6 % y de ellos - el 41.22 % entre 10 y 19 años de unión conyugal.

La escolaridad de los trabajadores fueron de educación superior el 40 %.

De los métodos anticonceptivos el más usado es la Obstrucción tubárica bilateral 47.5 % seguido por el Dispositivo intrauterino 15 %.

Por lo que se refiere a las ocupaciones la más numerosa fue el empleado 34 % seguida por el trabajador profesionalista 31%. La gran mayoría 60 % tiene un ingreso de tres o más salarios mínimos.

LAS DIEZ ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO NUMERO CINCO DE LA CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE APATZINGAN MICHOACAN.

De las 1916 consultas que fueron vistas en el Consultorio número cinco de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de Apatzingan encontré en orden de mayor a menor frecuencia:

1. Infecciones de las vias respiratorias altas.

Con 324 consultas que resultó el 16.91 %; enfermándose principalmente infantes y trabajadoras durante el mes de Octubre; siendo más las consultas de primera vez.

2. Artritis.

En el segundo lugar con 148 consultas el 7.67 %; afectando más a mujeres entre 45 a 59 años, durante el mes de Agosto; resultando ser mas las consultas subsecuentes.

3. Colitis.

En tercer lugar con 136 consultas, el 7.09 %; perjudicandose - mas mujeres de 35 a 49 años, durante los meses de Julio y Agosto y se obtuvieron mas consultas subsecuentes.

4. Diabetes Mellitus.

En cuarto lugar con 113 consultas el 5.89 %; encontré que el descontrol de la glucemia es más frecuente en hombres de 60 a 64 años, en Octubre y son más las consultas subsecuentes.

5. Síndrome Acido Péptico.

Ocupó el quinto lugar con 75 consultas el 3.91 %; presentandose con mayor frecuencia en mujeres durante el mes de Julio.

En el síndrome Acido Péptico las consultas subsecuentes fueron mas frecuentes que la de la primera vez.

6. Salmonelosis.

Obtuvo el sexto lugar con 63 consultas el 3.28 %; es mas frecuente en niñas y adolescentes, durante el mes de Julio, siendo más las consultas de primera vez.

7. Hipertensión Arterial.

Logró el séptimo lugar con 57 consultas el 2.97 %; más afectadas mujeres de 50 a 54 años, durante el mes de Mayo fué cuando se perdió el control de la presión arterial, siendo más las consultas subsecuentes.

8. Parasitosis.

El octavo lugar con 50 consultas el 2.6 %; siendo mas frecuentes en niños y adolescentes, tuvé mas consultas subsecuentes y durante el mes de Julio.

9. Infección de Vías Urinarias.

El noveno lugar con 41 consultas 2.13 %; se enfermaron mas mujeres, cuya edad oscilaba entre los 50 y 54 años, obtuve mas consultas subsecuentes, durante el mes de Mayo.

10. Bronquitis.

Ocuparon el décimo lugar con 40 consultas el 2.08 %; afectó mas a niños, de preferencia escolares, siendo más las consultas subsecuentes y el mes mas abrumado de enfermos fué Octubre.

En mi trabajo encontré que en las diez enfermedades más frecuentes deberían realizarse medidas de promoción a la salud y protección específica las cuales pueden ser sugeridas según el padecimiento.

Infeccción de Vias respiratorias altas.

Las medidas de prevención deberen ser dirigidas a personas de 35 a 39 años y niños, durante el mes de Octubre principalmente evitando hacinamientos de gente y realizar aislamiento de enfermos.

Artritis.

Se efectuaran medidas de promoción a la salud indicadas principalmente a personas entre 59 y 74 años de edad, como es una enfermedad degenerativa cuya causa es desconocida las medidas seguiran los siguientes objetivos: curando algunos, ayudando a muchos y reconfortando a todos. Requiriendo la educación médica del paciente evitando la ingesta de semillas así como la conveniencia de practicar ejercicio físico en forma rutinaria, ya sea practicando un deporte o llevando una disciplina gimnástica. Con ello se prevendian complicaciones como la rigidez o anquilosis de las articulaciones.

Colitis.

En esta enfermedad se pueden realizar medidas de protección específica indicadas principalmente a personas entre 35 y 49 años dichas medidas serían evitar la ingesta exagerada de alimentos fritos y la conveniencia de consumir alimentos cocidos o asados así como el añadir a la dieta verduras y frutas, evitando los condimentos y las bebidas alcohólicas.

Diabetes Mellitus.

Las medidas para prevenir la enfermedad son dirigidas principalmente a personas de 45 a 74 años, es conveniente el establecer objetivos; evitar la obesidad, reducir de peso al paciente obeso y mantenerlo en el peso ideal, los niveles de glucemia llevarlos debajo de los patológicos, así como el diagnóstico precoz de las complicaciones en los órganos diana.

Para ello se sugiere educar al paciente para concederle responsabilidad en el manejo del tratamiento y la evolución del padecimiento optimizando en esta forma recursos.

Síndrome Acido Péptico.

Su prevención esta indicada principalmente a enfermos de 35 a 59 años selectivamente en el mes de Julio; evitando o eliminando la ingesta de alimentos condimentados así como chile; suprimiendo o evitando la ingesta de alcohol y el tabaquismo. Es conveniente señalar al paciente que cuando requiera el uso de analgésicos haga un tratamiento racional del medicamento.

Salmonelosis.

La prevención es dirigida de preferencia a personas entre 45 y 49 años durante Julio y Septiembre, efectuando como medidas de promoción a la salud lavarse las manos antes de preparar alimentos y después de la defecación y micción, así como lavado de frutas y verduras.

Como medida específica la aplicación de vacuna.

Hipertensión arterial.

Las medidas son de promoción a la salud porque en la mayoría de los casos desconocemos la causa de la enfermedad, con el objeto de que sean mas efectivas se sugiere que desde la juventud sean llevadas dietas ideales, disminuyendo la ingesta de sal, evitando con ello la obesidad, en caso de existir llevar al paciente

llevar al paciente al peso ideal. Es conveniente disminuir o prohibir el tabaquismo y favorecer el ejercicio físico. El médico deberá tomar la presión arterial a los pacientes cada vez que acudan a la consulta.

Parasitosis.

Las medidas de prevención deberán ser dirigidas selectivamente a niños y adolescentes principalmente durante el mes de Julio y consistirán en medidas de promoción a la salud como son: Lavarse las manos antes de comer y de preparar alimentos, y después de la defecación; como medida de protección específica tratamiento con Albendazol cada seis meses.

Infecciones de Vías Urinarias.

La prevención esta dirigida a mujeres de 55 a 59 años diabeticas, controlando su peso y glucemia.

Bronquitis.

Debe actuarse principalmente en Noviembre dirigidas a infantes y adolescentes, mejorando la hidratación, abrigarse y evitar hacinamientos de personas así como reforzar las medidas contra el tabaquismo, ya que el niño es un fumador pasivo.

En todas las enfermedades se requiere que el paciente y su familia reciban educación médica en cuanto a la historia natural de la enfermedad y las medidas preventivas con el objeto que ellos mismos vigilen la evolución del padecimiento y eviten las complicaciones.

Todo ello se apoyaría mediante letreros dentro del mismo consultorio.

BIBLIOGRAFIA.

1. Allan D. Kornblut.
Enfermedades no neoplasicas de Amígdalas y Adenoides.
En: Passarelle.
Otorrinolaringología. Segundo tomo. Cabeza y Cuello.
Argentina Editorial Panamericana. 2a. Edición.
1982. Pags. 2245 a 2262.
2. Annete Sobel M. D.
Diabetes.
William Wilkins.
Mecanograma. Curso de Especialidad en Medicina Familiar
para Medicos generales. 1988. Pags. 155 - 161.
3. Corvera Bernardelli Jorge.
Enfermedades nasales.
Otorrinolaringología elemental.
México. Editorial Mendez. 2a. Edición. 1998. Pags.
159 - 166.
4. Arnulfo Irigoyen Coria.
Clasificación de familias prioridad a investigar en Medi-
cina Familiar.
Revista Médica del I.M.S.S. 29 (5-6) 1991. Pags. 365
a 368.
5. Arnulfo Irigoyen Coria, y cols.
Fundamentos de Medicina Familiar.
México. Editorial Medicina Familiar México. Quinta Edición.
1998.
6. B. K. Hennen. M. D.
La familia como Unidad de Atención.
En Shires
Medicina Familiar. Guía Práctica.
México Editorial Mac Graw Hill. 1a. Edición. 1983 Págs
12 - 15.
7. Burgos Vargas Ruben y Gabriel Katona.
Enfermedades reumaticas crónicas e inflamatorias en mate-
rial de autopsias del Hospital General.
Revista Mexicana de Reumatología. 5 (2) Marzo Abril 1990
Paginas 35 a 38.

8. Corvera Bernardelli Jorge.
Padecimientos de la cavidad bucofaringes.
Otorrinolaringología elemental.
México. Editorial Mendez. 2a. Edición. 1998. Pags. 219 a 222.
9. C. Jimenez Mena. A. Lorenzo Riera y cols.
Análisis de la cobertura de programas de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad.
Atención Primaria. 12 (5) Septiembre 1993. Pags. 269 a 272.
- 10 G. Despreaux y cols.
Afecciones rinofaríngeas en la infancia.
En Praxis Médica Tomo XII. México. Editorial Editions Techniques. 1990. Páginas 12.336.
- 11 D. Mechali.
Fiebre Tifoidea.
En Praxis Médica. Tomo VI. Ediciones Latinoamericanas. 1990. Pags. 6.180.
- 12 Rodríguez Fernández A. y cols.
Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar.
Atención Primaria 17 (5) Marzo de 1996. Pags. 338 a 341.
- 13 Estrada Inda lauro.
El ciclo vital de la familia.
En: Taylor R. V.
Medicina de la familia. Principios y práctica.
Editorial Doyma. 3a. Edición. 1995. Pags. 47 a 53
- 14 Mecanograma. Programa de Especialidad en Medicina Familiar para médicos generales.
Sergio López Moreno.
Atención Primaria de Salud. Pags. 49 a 61.
Módulo de Psicología Médica. 2o. año. México D. F. 1998
- 15 Mecanograma. Programa de Especialidad en Medicina Familiar para médicos generales.
Aspectos programáticos de la Atención Primaria de Salud a nivel nacional e internacional.
Módulo Psicología Médica 2o. año. México D.F. 1998.

16. Garcia Romero Jaime.
Taller de introducción a la metodología de Investiga---
ción interdisciplinaria.
Coordinación de la investigación científica.
Universidad Nacional Autónoma de México.
1991 Pags. 13 a 39.
17. Allan Adelman.
Zanamivir for Influenza virus infection.
The Journal of family practice. 46 (1) Jan 1998. Pags.
17 a 18.
18. Jack Gluman.
Enfoque clínico de la obstrucción nasal.
En Michael M. Paparella.
Otorrinolaringología. Cabeza y cuello. Tercer Tomo.
Argentina. Editorial Panamericana. 2a. Edición. 1982.
Pags. 2030 a 2035.
19. Fry John.
La contribución de la investigación al mejoramiento de
la práctica familiar.
En Jack Medalli.
Medicina Familiar. Principios y práctica.
Editorial Limusa. 1987. Pags. 325 a 337.
20. Jose Luis Huerta Gonzalez.
La familia en el proceso de salud enfermedad.
México. Editorial Tangamanga. 1a. Edición. Marzo 1998.
21. Kent Kwoh.
Guidlines for a management.
Arthritis Reumatism 39 (5) Mayo 1996. Pags. 712 a 720.
22. L. Revilla.
La disfunción familiar.
Atención Primaria. 10 (2) Julio Agosto 1992. Pags. 582
a 583.
23. Martin Zurro.
Actividades de prevención y promoción de la salud en las
consultas de atención primaria.
Atención Primaria. Editorial Mosby. España. 2a Edición
Año 1995. Páginas 661 a 675.

24. Mc. Whinney.
Medicina de familia.
España. Editorial Mosby Doyma. 1a. Edición. 1995. Pags.
301 a 323.
25. Marcos Barrera Huitron.
Tesis Recepcional. Curso de especializacion de Medicina
Familiar. UNAM/ISSSTE. 1998. Pags 29 a 30.
26. M. Cadou.
Rinitis.
En: Praxis Medica. Tomo XII
México. Editions Techniques. 1990. Pags. 12.248.
27. Píndaro Martínez Elizondo.
Reflexiones acerca de las enfermedades reumaticas.
Rev. Mexicana de Reumatología. 5 (1) Enero Febrero 1990.
Pags 1 a 9.
28. Montalban Sanchez.
Relacion entre ansiedad y dinámica familiar.
Atención Primaria. 21 (1) Enero 1998. Pags. 29 a 34.
29. Richard B. Cluff.
Beyond the circumplex model: I a moratium on curvilineari
ty.
Fam. Process. 33 (4) 1994 Pags. 455 a 470.
30. Ruben Velazco Orellana y Victor Chavez Aguilar.
La disfunción familiar un reto diagnóstico terapéutico.
Rev. Médica del IMSS. 32 (3) 1994. Pags. 271 a 275.
31. Vargas Dominguez Armando.
Gastroenterología.
México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana. Segunda
Edicion. 1998.
32. Eleuterio Gonzalez Carbajal.
Diagnóstico de la salud en México.
México. Editorial Trillas. 1a. Edicion. Enero 1998.
Pags. 1 a 110.
33. Jurisdiccion Sanitaria VII.
Diagnóstico Jurisdiccional de Salud.
Apatzingan Mich. 1999.

34. Jurisdicción Sanitaria VII.
EPI/ I - 95 Archivo Jurisdiccional.
Apatzingan Mich. Epidemiologia 2000.
35. Barquin C. L.
Elaboración de programas, administración y organización.
Administración de Hospitales.
Editorial Mendez. 5a. Edición. Pags. 365 a 371.
36. Ignacio Mendez Ramirez y cols.
Protocolo de Investigación.
México. Editorial Trillas. 2a. Edición. 1990. Pag
37. M. Fournier.
Bronquitis Aguda.
En Praxis Medica. Tomo I. España. Editorial Praxis Medica.
1990. Pags 1.205.
38. Informe Oficial de la Asociación americana de Salud.
El control de las enfermedades transmisibles en el hom--
bre.
Editorial Organización Panamericana. 9a. Edición 1960.

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	No.	%
Estado Civil:		
Soltero		
Casado		
Unión libre		
Divorcio		
Vuelto		
Años de Unión Conyugal:		
Secretaría:		
Básica		
Media		
Media Superior ó Técnica		
Superior	R	G
Ejercicio del padre:		
Ejercicio de la Madre:		
Método de Planificación Familiar:		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta de 10 años de edad):		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):		
Número de hijos (de 20 o más años de edad):		

	No.	%
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Cero		
Ingreso económico:		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
Tipo de familia:		
Dispersa:		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Completa		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Operación		
Independencia		
Rebro		