

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR "ERMITA"
ISSSTE

DIAGNOSTICO DE SALUD A TRAVES DEL MODELO SISTEMATICO, DEL CONSULTORIO No. 9 DE LA CLINICA ERMITA

1095

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. ELVA DEL ROSARIO BARRIGA DELGADO



ISSSTE

I. S. S. S. T. E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
Subdelegación de Medicina
ERMITA
Zona Sur, D. F.

MEXICO, D.F.

FEB 9 2001

D I R E C C I O N
CLINICA ERMITA

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*DIAGNÓSTICO DE SALUD A TRAVÉS DEL MODELO SISTEMÁTICO,
DEL CONSULTORIO No. 9 DE LA CLÍNICA ERMITA*

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

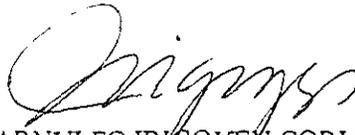
Presenta:

DRA. ELVA DEL ROSARIO BARRIGA DELGADO

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



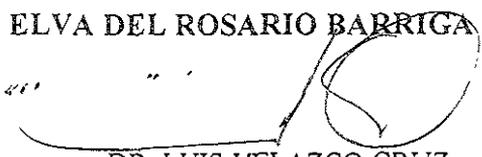
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**DIAGNÓSTICO DE SALUD A TRAVÉS DEL MODELO SISTEMÁTICO,
DEL CONSULTORIO No. 9 DE LA CLÍNICA ERMITA**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar.

Presenta:

DRA. ELVA DEL ROSARIO BARRIGA DELGADO



DR. LUIS VELAZCO CRUZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL I.S.S.S.T.E. EN CLÍNICA ERMITA DELEGACIÓN ZONA SUR.
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E.**



**DR. ENRIQUE JESUS YAÑEZ PUIG
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.**

I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
12.ENE. 2001
V. e. B. o.

I N D I C E

I.- MARCO TEORICO.....	5
I.1.- ANTECEDENTES	5
I.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
I.3.- JUSTIFICACION.....	12
I.4.- OBJETIVOS.....	12
II.- METODOLOGIA.....	13
II.1.- DISEÑO.....	13
II.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	13
II.3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	13
II.4.- CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN.....	13
II.5.- VARIABLES.....	14
II.6.- PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION.....	15
III.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	15
IV.- RESULTADOS.....	16
V.- DISCUSIÓN.....	40
VI.- CONCLUSIONES.....	41
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

I.- MARCO TEÓRICO

I.1- ANTECEDENTES

En medicina los cambios se deben a muchas influencias, algunas del tipo científico y tecnológico, otras a factores sociales, la medicina familiar es una de las muchas disciplinas nuevas que se han desarrollado en el curso de la historia de la medicina (1), esta surge con el hombre, el problema que primero debió plantear fue como conservar la salud y curar las enfermedades Hipócrates recalco la estrecha relación entre las condiciones higiénicas y la aparición de la enfermedad, Galeno reconoce la influencia del medio ambiente físico y social sobre la salud de los pacientes (2)

Los egipcios desarrollaron una legislación higiénica, para los romanos la familia fue elemento fundamental para mantener la salud, tenían una mentalidad preventiva, contaban con programas de salud pública (3).

En todas las culturas existieron normas higiénicas, que trataban de mantener la salud, pero la sofisticación de los recursos científicos y la industrialización modificó las formas para mantener la salud.

Las guerras, los desastres naturales, las crisis económicas y en general el deterioro del nivel de la vida de las poblaciones, tienen un impacto directo sobre la salud colectiva (4). Durante el siglo XIX se presentaron cinco epidemias mundiales de cólera, peste bubónica, la tuberculosis se hizo enfermedad endémica, difteria, disentería, tifo, tifoidea y sarampión y la gente que moría era de extrema pobreza y de la clase trabajadora (5).

En 1910 se forma una comisión precedida por Abraham Flexner, quien elaboró un diagnóstico de la situación que prevalecía en esos años, y propone una serie de recomendaciones para los servicios de salud, posteriormente se presenta el informe Dawson en el cual se fortalece la medicina generalizada.

La medicina familiar se ha desarrollado desde una disciplina más antigua como lo es la medicina general, este término fue usado por primera vez en el "Lancet" a comienzos del siglo XIX en Norteamérica, posteriormente en Inglaterra, anteriormente la sociedad era atendida por un grupo de curanderos, en los siglos XVII y XVIII, los médicos constituían una pequeña elite de eruditos educados en las pocas universidades que existían y trabajaban en las ciudades para la gente rica e influyente, en 1760 se fundó la universidad de Filadelfia. Los estudiantes estadounidenses, formaron en Edimburgo el "Club de Virginia", uno de cuyos artículos decía: todo miembro de este club se esfuerce, por que el honor de su profesión no sea degradado en el futuro, mezclando su actividad con la de un boticario o la de un cirujano, sin embargo, la excesiva demanda de servicios y el derrumbamiento de las viejas barreras sociales en las nuevas colonias, muy pronto imposibilitaron el cumplimiento de estas aspiraciones (1).

Coincidiendo con el siglo que medio entre la Revolución Francesa y la Industrial, apareció el concepto de médico de familia, que era el profesional de nivel universitario, con adecuado conocimiento de las ciencias biológicas y psicológicas, que no solo se hacía cargo de los problemas patológicos, sino también servía de consejero indisputable para resolver conflictos emocionales, educacionales, matrimoniales y hasta económicos de la familia; era respetado y admirado por la sociedad (4).

Las primeras acciones de medicina familiar en México, se remontan a 1953 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde un grupo de médicos estableció un procedimiento al cual se le asignaba un número de pacientes a cada médico, posteriormente en 1971 se inicia el postgrado y en 1975 se estableció el primer departamento de medicina familiar por la universidad y en Latinoamérica y en 1980 inicia el ISSSTE (5) y SSA.

A finales del siglo pasado todo apuntaba entonces hacia el fortalecimiento de las instituciones públicas de salud, con la aparición y desarrollo de políticas de atención colectiva

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los progresos de la medicina preventiva y los nuevos servicios médicos de Seguridad Social, han traído como consecuencia, un enfoque colectivista y comunitario, dirigido a atender conglomerados de personas en todas las etapas de salud, enfermedad o invalidez, con alta prioridad de las medidas preventivas, para evitar que las personas sanas enfermen.

El médico familiar actual debe de ser distinto del antiguo, debe de tener conocimiento científico, tecnológico y social, además desarrollar una función integral frente a cualquier problema de salud, estar motivado para una labor institucional como miembro y líder de un equipo de salud (4), debe de brindar atención médica primaria, continua e integral y su familia, actúa además como vía de entrada del paciente y su familia a la atención primaria (4).

La atención primaria es un concepto novedoso, surgió hace unos 20 años, como respuesta a las evaluaciones de los servicios de salud llevadas a cabo en los trabajos comunitarios en Sudáfrica, Latinoamérica y Asia en 1976 (6), debe de cumplir con los siguientes requisitos: ser activa, consciente, responsable, voluntaria, organizada y continua, mediante el cual los individuos se trasformen de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar(7).

Las actividades de promoción deberán estar dirigidas a identificar riesgos y prevenir daños en función de los estilos de vida, que condicionen las principales causas de morbilidad y mortalidad (8).

Las funciones de Atención Primaria de la Salud son las siguientes:

- 1.- Promoción a la salud.
- 2.- Protección específica.
- 3.- Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno
- 4.- Rehabilitación.
- 5.- Educación.
- 6.- Investigación.
- 7.- Legislación.
- 8.- Administración.

Una buena atención de la salud a una comunidad o de una Institución debe de reunir los siguientes requisitos:

- 1.- Igualdad
- 2.- Calidad.
- 3.- Integral.
- 4.- Oportunidad y accesibilidad

La atención médica esta sujeta a dos fenómenos que son la oferta y la demanda, la primera se limita solo a servicios (instalaciones), y en la segunda deben de considerarse tres componentes, el biológico, el socioeconómico y el psicológico (8).

El Componente Biológico se estudia sobre la base del estado Salud-Enfermedad, la edad y el sexo:

- A).- El estado de Salud - Enfermedad, es el elemento mas importante de la demanda que depende en gran parte de la urgencia, del dolor y de la incapacidad que presente la enfermedad.
- B).- La edad. Como consecuencia de los recientes cambios de la dinámica de la población, principalmente el fuerte descenso en la fecundidad, después de haber sido una población predominantemente joven, actualmente se encuentra ya inmersa en un proceso de envejecimiento gradual, este echo queda patente al destacar que la población mayor de 64 años varió, en el periodo de 1979 a 1990, del 3.9% al 4.8%, también se refleja en el aumento de la esperanza de vida.
- C).- El Sexo. Se observa una mayor participación de las mujeres, como resultado de menores tasas de mortalidad específicas para este grupo de población y una mayor acumulación de ellas en los diferentes grupos de edad.

El Componente Socioeconómico tiene diversos factores, que a saber son:

- A).- Residencia.- Es un indicador muy relacionado con el nivel de desarrollo de una población lo constituye el porcentaje de habitantes que vive en localidades rurales. En este sentido el país tuvo un acelerado proceso de urbanización y se estima que en 1994 el porcentaje de población rural disminuyó a 27.8%.
- B) - El Nivel de Escolaridad.- En las áreas urbanas poco menos de 4 de cada 100 mujeres no cuentan con escolaridad, lo cual ocurre en 11 de cada 100 en las áreas rurales, y en las localidades urbanas poco más de la mitad de las mujeres tienen educación postprimaria, cuando en las rurales solo 1 de 4 cumplieron con al menos un año de educación secundaria
- C) - Estado Civil.- Con respecto a la situación conyugal de las mujeres fértiles, existe un discreto incremento de las mujeres en unión libre y una disminución no significativa de las mujeres casadas. Se puede decir que 1 de cada 2 mujeres esta casada, 1 de cada 10 se encuentra en unión libre y 1 de cada 3 es soltera. El fenómeno de las uniones a edades tempranas ha sostenido su frecuencia.
- D).- Tamaño de la familia.- Las familias de las áreas rurales, tienden ha hacer más numerosas que en las áreas urbanas.
- E).- Actividad Económica.- La actividad económica se puede clasificar, en clase salarial campesina, obrera, burocrática, nivel medio y alta, y dependiendo del nivel salarial será el nivel de atención medica que solicite, Y con respecto al sexo las mujeres del sur el porcentaje de trabajadores es mayor a las del norte, en el área metropolitana 4 de cada 10 mujeres trabajan y 1 de cada 4 nunca han trabajado. En el área rural 1 de cada 5 mujeres en edad fértil trabajan y en área urbana lo hace 1 de cada 3, además poco más de la mitad de las mujeres que viven en poblados rurales nunca han trabajado.(9).

El Componente Psicológico, se enfoca a las actitudes y caracteres de la personalidad del individuo, dependiendo de su cultura en la que se desarrolle.

DAÑOS A LA SALUD

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, causa, evaluación, frecuencia y distribución geográfica. etc , de tal forma que permitan deducir medidas para su prevención y control.

Describir en término cuantitativo la situación de salud y enfermedad de una población requiere de marcadores de salud que no se han logrado establecer satisfactoriamente, cosa que si ha ocurrido con la enfermedad y la muerte.

MORTALIDAD

DEFINICION.- Número proporcional de muertes de una población y tiempos determinados, en los grupos de vida.

Los indicadores de mortalidad son un reflejo importante de las transformaciones económicas, sociales, sanitarias, ambientales y demográficas de las comunidades, por lo que resultan un valioso indicador de nivel de desarrollo de los pueblos del mundo (10).

Es un parámetro útil para la medición de las condiciones de salud, por lo cual es de gran trascendencia su conocimiento preciso para determinar las causas que intervienen en los procesos salud-enfermedad y elaborar las modificaciones de los riesgos existentes y como consecuencia, evitar los daños con una atención médica integral y eminentemente preventiva.

La mortalidad sigue siendo un elemento fundamental en la formación de las bases para la toma de decisiones para la Planeación, Dirección y Evaluación de los servicios médicos y programas sanitarios. La mortalidad debe de aprovecharse en el campo de la Epidemiología para definir sus principales caracterizaciones, tendencias y proyecciones (11).

La mortalidad general descendió en lo que va del siglo, en 1900, se estimó un 33.6 por cada 1000 habitantes, en 1950 se redujo a la mitad, en 1960 a la tercera parte, en 1980 a la quinta parte y a partir de aquí el descenso fue más lento llegando a 4,8 en 1991.

En las últimas tres décadas fue más notorio la mortalidad en los grupos de edad de 1 a 4 años y de 5 a 14 años. La tasa de mortalidad se redujo a 76% y de los niños de 5 a 14 a 14.6%. Las tasas de mortalidad en los hombres fueron más altas que las mujeres.

La mortalidad por enfermedades transmisibles descendió entre 60 y 87% en todos los grupos de edades durante las tres últimas décadas, contribuyendo en gran medida al descenso de la mortalidad general, la mortalidad por tumores aumento en los lactantes, preescolares y escolares y permaneció estable en los demás grupos.

En 1994 las principales causas de mortalidad general fueron las enfermedades del corazón, con una tasa de 63.4 defunciones por cada 100 000 habitante, se siguieron los tumores malignos, accidentes y enfermedades crónicas como la DM.

MORBILIDAD

DEFINICION.- Es el número proporcional de las personas que se enferman en la población en un tiempo determinado.

El análisis de la situación de los pueblos del mundo es algo que preocupa a todos los miembros del equipo de salud, por lo cual el estudio de la morbilidad

resulta prioritario, ya que es un parámetro fundamental para definir el perfil de la salud de las comunidades y un elemento valioso en la epidemiología(12).

El estudio de las enfermedades debe sustentarse en el reconocimiento de que muchas de ellas son prevenibles. Los datos sobre la enfermedad pueden resumirse en lo relativo a su frecuencia, gravedad, duración, susceptibilidad del individuo, las secuelas e invalidez que provocan. (13)

En la primera Conferencia Internacional de Promoción de la salud, que se declara heredera del espíritu de Alma-Ata (6), señala que para mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en los siguientes rubros:

- A) La reordenación de los servicios de salud.
- B) Mejorar las habilidades personales
- C) Crear medio ambiente saludable.
- D) Elaborar políticas explícitas para la salud.
- E) Reforzar la acción comunitaria en la salud

Posteriormente la OMS señala que el trabajo comunitario es realizado por los propios ciudadanos, especialmente las mujeres y de esta participación solo una pequeña parte está regulada por los servicios sanitarios u otras instancias políticas-administrativas (9)

Así pues surge la necesidad de contar con un médico, que proporcione atención primaria, personal y continua, que estudie a sus pacientes y a las enfermedades en el contexto de la familia y a su ambiente, que los considere como un todo, debe de tener como núcleo de desempeño la acción anticipadora (14).

LA FAMILIA

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere de participar dentro de diferentes grupos en su vida diaria, desde el nacimiento hasta la muerte.

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia y su crecimiento. En la familia humana existen miembros masculinos, femeninos, jóvenes, viejos, corpulentos, pequeños, altos, bajos, fuertes, débiles, inteligentes, y con otras características . (15), es un factor social de mucha influencia para el desarrollo humano, por lo tanto viene a ser un componente importante en el cuidado de la salud.

La familia ha sufrido fuertes cambios en la evolución del hombre por lo que se mencionan varias etapas:

- 1.- Promiscuidad inicial.- En esta etapa no existía ningún tipo de vínculo permanente en el padre ni en la madre, no existe reglamentación ni responsabilidades (16).
- 2.-Cenogamia.- Se caracteriza por grupos de mujeres mantienen relaciones sexuales con grupo de hombres, en esta etapa existe una reglamentación de la relación con los diferentes esposos y la crianza de los hijos. (17)
- 3.-Poligamia.-Es uno de los fenómenos que la historia nos muestra con más claridad en su evolución, con dos variantes la Poliandria: la mujer tiene varios maridos, un tipo que lleva al matriarcado y la Poligenia, cuando el hombre tiene varias mujeres, fenómeno social más aceptado hasta nuestros tiempos (18).

La familia patriarcal monogamica es el antecedente de familia moderna, se caracteriza porque la figura preponderante es el padre, que representa el centro de actividad económica, religiosa, política y jurídica.

La familia occidental moderna queda circunscrita a la generación de los abuelos y los padres y los hijos, aunque tienen relación estrecha con los parientes colaterales estos quedan fuera del núcleo familiar. La patria potestad ya no esta exclusivamente en manos del padre sino también de la madre, y en general las relaciones que se dan en estas familias tienden a democratizarse.

La familia se puede estudiar en base a su demografía; urbana y rural, a su integración; Integrada, semi-integrada y desintegrada, por su tipología; campesina, obrera, profesional y por su composición; nuclear, extensa y extensa compuesta.

Para el médico encargado de la consulta familiar es de suma importancia la elaboración de un diagnóstico de salud preciso, puesto que como parte de su trabajo se hace necesario para la formación de un programa de atención primaria; como es la educación, prevención, control y rehabilitación no solo de los problemas de salud orgánica, sino también de tipo psicológico y social; y la atención enfocada tanto al individuo como al núcleo familiar. Actualmente en nuestro país se ha observado un incremento en las enfermedades agudas y en algunos casos se ha invertido por las enfermedades crónico-degenerativas, así la pirámide poblacional se ha modificado, por el alargamiento de la esperanza de vida por lo que consideramos la demanda de atención de esta población que requiere de mayor tiempo de consulta así como de medicamentos, por eso creemos que es de suma importancia que conozcamos :

- Qué tipo de derechohabientes acude al consultorio No. 9 de la Clínica Ermita.
- Cuáles son los padecimientos más frecuentes que se presentan.
- Qué edades son las más frecuentes.
- Qué problemática social existe en ésta población.
- Cuáles son sus ingresos y fuentes de trabajo.

1.3.- JUSTIFICACION:

Llevar a cabo un diagnóstico de salud a través del método sistemático, en el cual se conozca al derechohabiente desde los puntos de vista biológico, social y psicológico; como individuo y como parte fundamental de una familia, así como de la sociedad, es importante ya que la demanda excesiva de servicio (10) en todas las unidades de atención primaria, a nivel nacional, debido a las crisis económicas por las que atraviesa nuestro país así como en todo el mundo, la consulta a nivel primario se ha incrementado por lo tanto el tiempo de entrevista se ha acortado, aunque en estudios en España se contempla que a mayor tiempo de consulta la satisfacción del paciente es mayor, la educación para la salud es mejor(13), en relación al médico, cuando existe un exceso de presión asistencial, disminuye y en ocasiones las medidas preventivas no se llevan a cabo, por lo tanto la calidad de la atención disminuye así como satisfacción profesional se ve lesionada(14).

Por eso es de suma importancia conocer a nuestra población usuaria, cuales son los padecimientos más frecuentes, la edad, el sexo, la problemática social, para poder planear estrategias tanto a nivel médico como social y en estos momentos por que no de tipo espiritual. Las ventajas de profundizar en los conocimientos y características de la población, se obtienen beneficios no solo para el paciente y la familia, sino para la Institución y la sociedad, con menor costo económico y de material, así como de la utilización de los segundos y tercer nivel de atención.

1.4.- OBJETIVOS

Los objetivos son de dos tipos, general y específicos.

1.4.1.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer las características biológicas, psicológicas y sociales de la población adscrita al consultorio No. 9 de la Clínica Ermita de Medicina Familiar; para poder establecer un programa de atención primaria.

1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS :

- 1.- Elaborar la pirámide poblacional del consultorio No. 9 .
- 2.- Conocer las 10 primeras causas de consulta.
- 3 - Determinar el tipo de familia de la población.
- 4 - Identificar el nivel socioeconómico.
- 5.- Conocer el grado de escolaridad .
- 6.- Determinar el tipo de derechohabiente

- 7 - Conocer el estado civil de los derechohabientes.
- 8.- Saber el número y edad de los hijos
- 9.- Identificar el tipo de desarrollo de las familias.
- 10.- Conocer como esta compuesta la familia.
- 11.- Determinar la procedencia de la población .

II.- METODOLOGIA

II.1.- DISEÑO

Para el presente trabajo se ha llevado a cabo un estudio del tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal según la clasificación de Liliendfeld (25J)

II.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

La población es la adscrita al consultorio No. 9 de la Clínica de Medicina Familiar "Ermita", en el Distrito Federal; a través de la hoja de informe diaria para conocer las características socioeconómicas y del periodo comprendido del mes de enero al mes de diciembre de 1995. .

II.3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se obtuvieron mediante un muestreo no aleatorio, utilizando la hoja de consulta diaria del mes de Enero a Diciembre de 1995, para determinar la causa de la consulta, la edad y el sexo, y para elaborar la pirámide poblacional; se utilizaron los expedientes que estuvieran activos en el momento del estudio.

II.4.- CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN

II.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- A) Pacientes que pertenezcan al consultorios No. 9.
- B) Derechohabientes de la Clínica Ermita.
- C) Pacientes que acepten participar en el estudio
- D) No. interesa género.
- E) Con diferente tipo de escolaridad.
- F) De todos los niveles socioeconómicos.

- 7.- Conocer el estado civil de los derechohabientes
- 8.- Saber el número y edad de los hijos.
- 9 - Identificar el tipo de desarrollo de las familias.
- 10.- Conocer como esta compuesta la familia.
- 11 - Determinar la procedencia de la población

II.- METODOLOGIA

II.1.- DISEÑO

Para el presente trabajo se ha llevado a cabo un estudio del tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal según la clasificación de Liliendfeld (25J)

II.2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

La población es la adscrita al consultorio No 9 de la Clínica de Medicina Familiar "Ermita", en el Distrito Federal, a través de la hoja de informe diaria para conocer las características socioeconómicas y del periodo comprendido del mes de enero al mes de diciembre de 1995. .

II.3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se obtuvieron mediante un muestreo no aleatorio, utilizando la hoja de consulta diaria del mes de Enero a Diciembre de 1995, para determinar la causa de la consulta, la edad y el sexo, y para elaborar la pirámide poblacional; se utilizaron los expedientes que estuvieran activos en el momento del estudio.

II.4.- CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN

II.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- A) Pacientes que pertenezcan al consultorios No. 9.
- B) Derechohabientes de la Clínica Ermita.
- C) Pacientes que acepten participar en el estudio.
- D) No. interesa género.
- E) Con diferente tipo de escolaridad.
- F) De todos los niveles socioeconómicos.

II.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION :

- A) Pacientes que no acepten colaborar en el estudio
- B) Número de derechohabientes de la Clínica.
- C) Pacientes de otros consultorios.

II.4.3.- CRITERIOS DE ELIMINACION

- A) Pacientes que cambien de domicilio
- B) Pacientes que cambien de adscripción.
- C) Hojas que no estén debidamente requisitadas.

II.5.- VARIABLES

Las variables son de tipo cuantitativo y cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras, y ordinal o nominal para las segundas; como son:

- Número total de individuos en general.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número total de individuos del sexo masculino.
- Número de individuos por grupos etéreos del sexo femenino
- Número de individuos por grupos etéreos del sexo masculino.

Los grupos etéreos se establecen con una amplitud de cinco años. Tomando en cuenta los siguientes parámetros:

- Nombre de la familia
- Estado civil.
- Años de unión conyugal.
- Escolaridad.
- Edad del padre.
- Edad de la madre.
- Número de hijos.
- Número de hijos por grupos etéreos.
- Número de hijos en total.
- Ocupación de los padres.
- Ingreso económico.
- Tipo de familia.
- Etapa del ciclo vital.
- Disfuncionalidad familiar

Las variables utilizadas para la morbilidad y determinar las causas de la consulta fueron cualitativas, y cuantitativas ordinales como son las siguientes:

- Edad
- Sexo.
- Padecimiento.
- De primera vez.
- Subsecuentes.

II.6.- PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION:

A).- Para el estudio de comunidad:

- 1.- Se elabora solicitud para la dirección y el archivo para tener acceso a los expedientes clínicos.
- 2.- Se aplicará el cuestionario para estudio de comunidad del consultorio No 9 a todos los pacientes que sean asegurados, en el curso de la consulta en el horario matutino, del mes de Mayo a Septiembre de 1996. Se estudió la edad de los padres, estado civil, años de unión conyugal, número de hijos, escolaridad, etapa del ciclo vital, se recopiló la información por paloteo.

B).-Para la elaboración de la pirámide poblacional.

- 1.-Se revisó cada uno de los expedientes clínicos asignados al consultorio No.9 de la Clínica Ermita, y por medio de paloteo se determinó la edad, sexo y tipo de derechohabiente para formar la pirámide de población.

C).- Para determinar las primeras causas de consulta:

- 1.-Se revisó la hoja de consulta diaria, de donde se obtuvo la información de las primeras causas de consulta, así como la determinación de prevalencia e incidencia.

III.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La biología, aun considerando las funciones y disfunciones de las estructuras de la vida, carece de los elementos necesarios para ocuparse de la conducta del hombre y su comportamiento social, en cambio la medicina es una empresa moral que debe perseguir el cumplimiento de los deberes éticos, con la deontología, obliga a penetrar en las normas que rigen la conducta para respetar la vida, fomentar la salud y exaltación de la dignidad y los derechos humanos.

- Edad.
- Sexo.
- Padecimiento.
- De primera vez.
- Subsecuentes

II.6.- PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACION:

A) - Para el estudio de comunidad:

- 1 - Se elabora solicitud para la dirección y el archivo para tener acceso a los expedientes clínicos.
- 2 - Se aplicará el cuestionario para estudio de comunidad del consultorio No 9 a todos los pacientes que sean asegurados, en el curso de la consulta en el horario matutino, del mes de Mayo a Septiembre de 1996. Se estudió la edad de los padres, estado civil, años de unión conyugal, número de hijos, escolaridad, etapa del ciclo vital, se recopiló la información por paloteo.

B) -Para la elaboración de la pirámide poblacional:

- 1.-Se revisó cada uno de los expedientes clínicos asignados al consultorio No.9 de la Clínica Ermita, y por medio de paloteo se determinó la edad, sexo y tipo de derechohabiente para formar la pirámide de población.

C).- Para determinar las primeras causas de consulta: .

- 1.-Se revisó la hoja de consulta diaria, de donde se obtuvo la información de las primeras causas de consulta, así como la determinación de prevalencia e incidencia.

III.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La biología , aun considerando las funciones y disfunciones de las estructuras de la vida, carece de los elementos necesarios para ocuparse de la conducta del hombre y su comportamiento social, en cambio la medicina es una empresa moral que debe perseguir el cumplimiento de los deberes éticos, con la deontología, obliga a penetrar en las normas que rigen la conducta para respetar la vida, fomentar la salud y exaltación de la dignidad y los derechos humanos.

La ética, trata de las obligaciones del ser humano, se amplía con la moral de los derechos y deberes del hombre y de la sociedad hacia la naturaleza, trasiada al derecho social. Se identifica con todas las instancias que cuidan y protegen en entorno de la vida, su ambiente, fuera del cual no se podría subsistir

La bioética es un campo de pensamiento y del conocimiento que busca las normas que guíen la conducta de los seres humanos en referencia a la salud y la vida. Puede revisar los avances tecnológicos con relación a la autonomía del paciente, puede estudiar el beneficio real y el posible daño que para el enfermo pueden representar los nuevos procedimientos, y la justicia distributiva referente a los adelantos tecnológicos.

La sociedad actual se caracteriza por sus avances tecnológicos, por el cambio acelerado y la deshumanización, es por ello que la atención de la salud debe de estar a cargo de profesionales, con una formación integral, sobre todo en el aspecto humanístico, es por ello que el médico ha de enfrentarse con responsabilidad, delicadeza, habilidad y bondad, de tal modo que su trabajo dignifique a las personas. Es una necesidad en el que hacer cotidiano en la atención de los pacientes, en momentos de crisis y de angustia y también de la muerte

IV.- RESULTADOS

La población total del Distrito Federal según el censo de 1995 del INEGI asciende a 8,483,623 habitantes; de los cuales 4,073,720 son varones y 4,409,903 son mujeres. En la Delegación Iztapalapa existen 1,696,418 habitantes siendo la más poblada del D.F. con 832,165 varones y 864,253 mujeres.

La población adscrita al consultorio No. 9 de la Clínica de Medicina Familiar "Ermita", se localiza una parte en la Delegación Benito Juárez, y otra en la Delegación Iztapalapa.

Debido a su localización, la mayor parte de la población adscrita al consultorio No. 9 de la Clínica Ermita se localiza en la Delegación Iztapalapa, por lo que el presente estudio se centra en dicha Delegación, la cual se localiza en la Latitud Norte 19°, 21'; y Longitud Oeste 99°, 06' a una altitud de 2240 metros sobre el nivel medio del mar (mapa No 1).

La población del consultorio No. 9 de la Clínica Ermita está dispersa en las colonias Héroes de Churubusco, Granjas San Antonio, Santa Isabel, Mexicaltzingo, Ciprés, Apatlaco, Cacama y Popular. De éstas colonias, nos centraremos en la primera por ser en la que se localizan la mayoría de los derechohabientes del consultorio No.9, por lo que es la colonia de mayor demanda en el servicio

La ética, trata de las obligaciones del ser humano, se amplía con la moral de los derechos y deberes del hombre y de la sociedad hacia la naturaleza, trasladada al derecho social. Se identifica con todas las instancias que cuidan y protegen en entorno de la vida, su ambiente, fuera del cual no se podría subsistir.

La bioética es un campo de pensamiento y del conocimiento que busca las normas que guíen la conducta de los seres humanos en referencia a la salud y la vida. Puede revisar los avances tecnológicos con relación a la autonomía del paciente, puede estudiar el beneficio real y el posible daño que para el enfermo pueden representar los nuevos procedimientos, y la justicia distributiva referente a los adelantos tecnológicos.

La sociedad actual se caracteriza por sus avances tecnológicos, por el cambio acelerado y la deshumanización, es por ello que la atención de la salud debe de estar a cargo de profesionales, con una formación integral, sobre todo en el aspecto humanístico, es por ello que el médico ha de enfrentarse con responsabilidad, delicadeza, habilidad y bondad, de tal modo que su trabajo dignifique a las personas. Es una necesidad en el que hacer cotidiano en la atención de los pacientes, en momentos de crisis y de angustia y también de la muerte.

IV.- RESULTADOS

La población total del Distrito Federal según el censo de 1995 del INEGI asciende a 8,483,623 habitantes; de los cuales 4,073,720 son varones y 4,409,903 son mujeres. En la Delegación Iztapalapa existen 1,696,418 habitantes siendo la más poblada del D.F. con 832,165 varones y 864,253 mujeres.

La población adscrita al consultorio No. 9 de la Clínica de Medicina Familiar "Ermita", se localiza una parte en la Delegación Benito Juárez, y otra en la Delegación Iztapalapa.

Debido a su localización, la mayor parte de la población adscrita al consultorio No. 9 de la Clínica Ermita se localiza en la Delegación Iztapalapa, por lo que el presente estudio se centra en dicha Delegación, la cual se localiza en la Latitud Norte 19°, 21'; y Longitud Oeste 99°, 06' a una altitud de 2240 metros sobre el nivel medio del mar (mapa No. 1).

La población del consultorio No. 9 de la Clínica Ermita está dispersa en las colonias Héroes de Churubusco, Granjas San Antonio, Santa Isabel, Mexicaltzingo, Ciprés, Apatlaco, Cacama y Popular. De éstas colonias, nos centraremos en la primera por ser en la que se localizan la mayoría de los derechohabientes del consultorio No.9, por lo que es la colonia de mayor demanda en el servicio.

La colonia Héroes de Churubusco se encuentra delimitada al Norte por la Calzada de la Viga, al Sur con la Avenida Cinco o Eje 3 Oriente, al Este Rodolfo Usigli y al Oeste por la Calzada Ermita Iztapalapa, como se muestra en el mapa No.2

Tiene una población de 10,212 habitantes, con 5,511 mujeres (53.9%), 8,500 habitantes son católicos (83.2%), 1754 habitantes tienen instrucción primaria (17.17%) y 2,066 con educación superior (20.2%); la población económicamente activa es de 3,672 (35.95%) de los cuales 2,726 (74.2% de los 3,672) laboran en el sector primario y 752 (20.5% de los 3,672) en el sector secundario; cuenta con 2399 viviendas particulares habitadas contando con todos los servicios públicos, de las cuales 1592 son viviendas propias; también existen en la zona áreas de fabricas y locales comerciales.

La población total es de 2,190 derechohabientes, de los cuales 1,375 son mujeres (62.8%) y 815 son varones (37.2%) gráfica No.1.Los grupos etéreos en rangos de 5 años se muestran en la pirámide de población gráfica y cuadro No. 2; y en la gráfica No. 3 se muestra el número y los porcentajes de mujeres y varones, y el total de la población, así como por grupos etéreos.

El grupo de familias que integran la población del consultorio es de 1,214 y está formado por 347 trabajadores (15 85%), 639 trabajadoras (29 18%) y 228 pensionados (10.41%) de los cuales 136 son mujeres y 92 hombres, 163 (7.44%) son esposas del trabajador; existen 156 padres (7.12%) 49 hombres y 107 mujeres, 657 (30%) hijos de trabajadores los cuales 343 son varones y 314 son mujeres ;gráfica y cuadro No. 4. :

ESTADO CIVIL.

Encontramos 135 matrimonios, 18 viven en unión libre, se tienen 15 viudas, 12 divorciados y 30 solteras; gráfica No. 5.

TIEMPO DE UNION CONYUGAL.

Se tomaron en cuenta todas las parejas, incluyendo los casos de viudos y divorciados hasta antes de sus correspondientes separaciones, teniendo de 1 a 5 años 45 casos, de 6 a 8 años 21 casos, de 8 a 10 años 21 casos, de 11 a 15 años 27 casos, de 16 a 20 años 21 casos, de 21 a 30 años 24 casos y de 31 a 50 años 21 casos, gráfica No. 6.

NIVEL DE ESCOLARIDAD.

En este renglón se tiene que tres trabajadores solo saben leer, 15 cuentan con instrucción primaria, 12 con secundaria, 111 con preparatoria o equivalente y 69 con una licenciatura, gráfica No. 7

NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA.

En este aspecto 60 familias tienen un hijo solamente, 63 familias tienen dos hijos, 60 familias tienen tres hijos, solo 9 familias tienen cuatro hijos y 18 familias tienen cinco hijos, gráfica No. 8

OCUPACION DE LOS PADRES.

Treinta personas se dedican al hogar, 111 a actividades técnicas y/o administrativas, 69 personas trabajan en alguna profesión; gráfica No. 9.

INGRESOS FAMILIARES.

Se tomó como base un ingreso de \$1,000 00 por familia, de donde se obtiene que 24 personas tienen un salario menor a los \$1,000.00, 54 personas ganan de \$1,000.00 a \$2,499 00, 105 personas perciben un salario que varía de \$2,500.00 a \$5,000.00, y solo 27 personas tienen ingresos por arriba de los \$5,000 00 Ver la gráfica No. 10.

TIPO DE DESARROLLO FAMILIAR

De acuerdo al tipo de desarrollo en la familia se tienen 144 familias de tipo moderno y 66 de tipo tradicional, gráfica No. 11.

TIPO DE COMPOSICION FAMILIAR.

En cuanto al tipo de composición familiar se tienen 141 familias de tipo nuclear, 66 familias de tipo extensa y solo 3 son compuestas, gráfica No. 12.

ETAPA DEL CICLO VITAL.

La distribución de las familias en cuanto a la etapa del ciclo vital son de 90 familias en etapa de expansión, 54 en etapa de dispersión, 33 en etapa de independencia y 33 en etapa de retiro, gráfica No. 13.

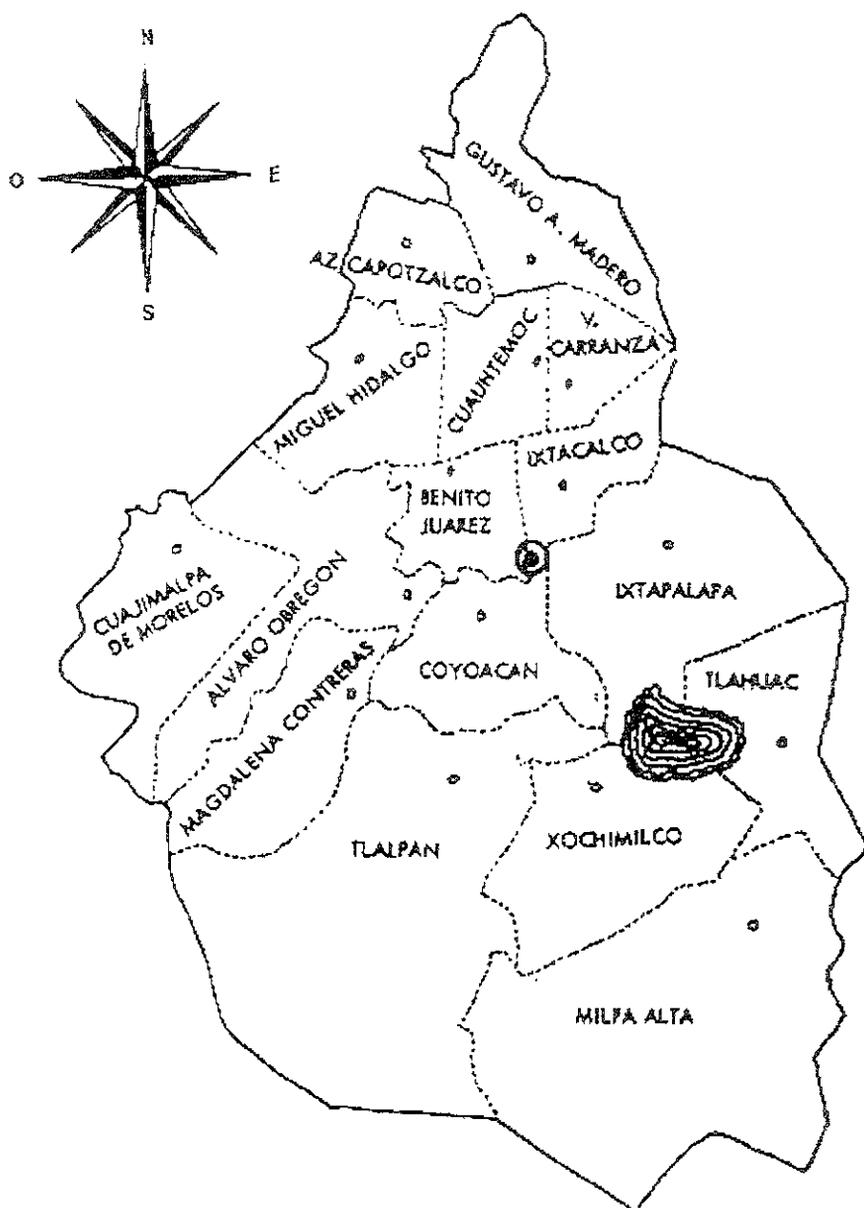
Las causas de morbilidad se observan los resultados que se muestran en forma descendente en la siguiente tabla:

CAUSA	CASOS
1.- Infecciones respiratorias altas	527
2.- Hipertensión arterial.	387
3.- Diabetes Mellitus.	281
4 - Enfermedades osteomusculares.	166
5.- Enfermedades digestivas no infecciosas.	140
6.- Enfermedades urológicas	139
7.- Enfermedades dermatológicas.	124
8 - Control de niño sano	120
9 - Problemas de tipo traumático	101

10.- Enfermedades ginecológicas.	94
11 - Enfermedades digestivas infecciosas.	70
12 - Control del embarazo.	39
13 - Enfermedades infectocontagiosas	39
14.- Parasitosis.	38
15.- Lumbalgias.	34
16.- DOC y Mastopatía fibroquística.	25
17.- Enfermedades psicósomáticas.	25
18.- Enfermedades respiratorias bajas.	24
19.- Problemas oculares	18
20.- Enfermedades neurológicas.	15
21.- P P F.	9

DISTRITO FEDERAL

MAPA No. 1

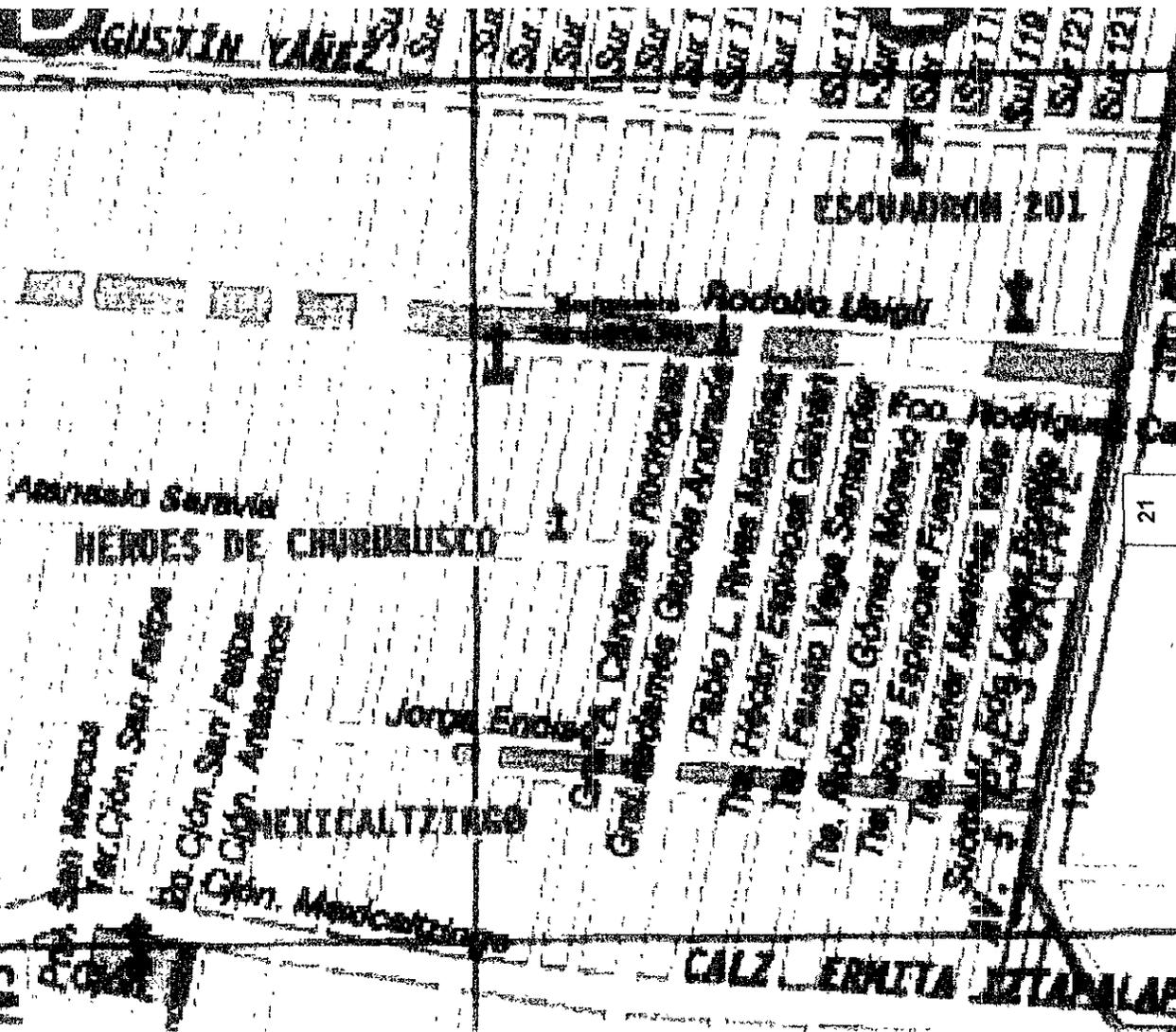


⊙ LOCALIZACIÓN APROXIMADA DE LA CLÍNICA ERMITA

LOCALIZACIÓN DE LA COLONIA HEROES DE CHURUBUSCO

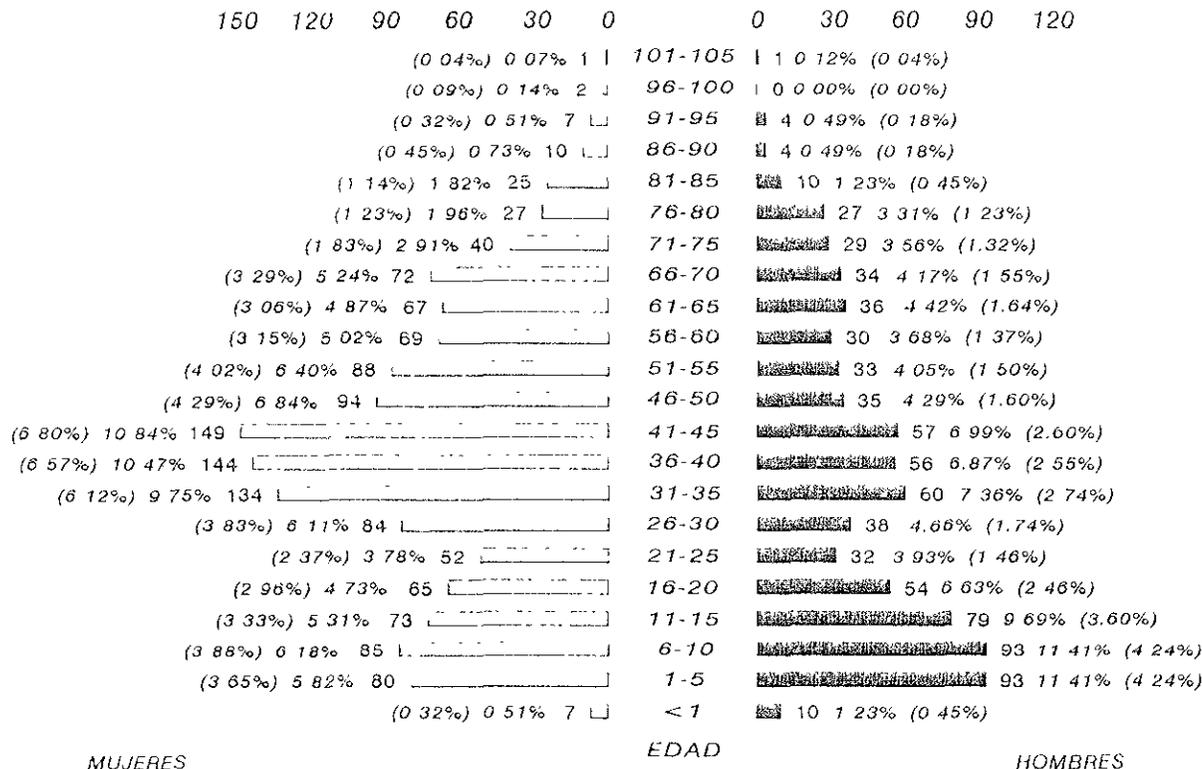
CALZ. DE LA VIDA

EJE 2 ORIENTE



PIRAMIDE DE POBLACION.

GRAFICA No. 1



MUJERES

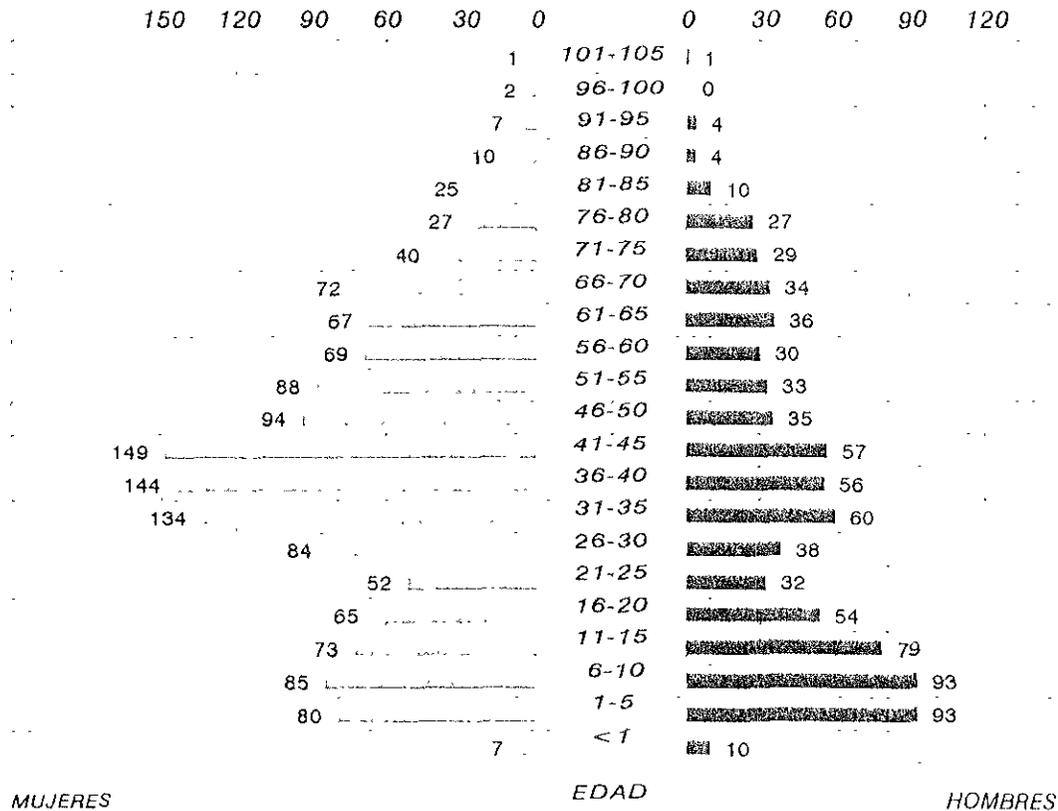
EDAD

HOMBRES

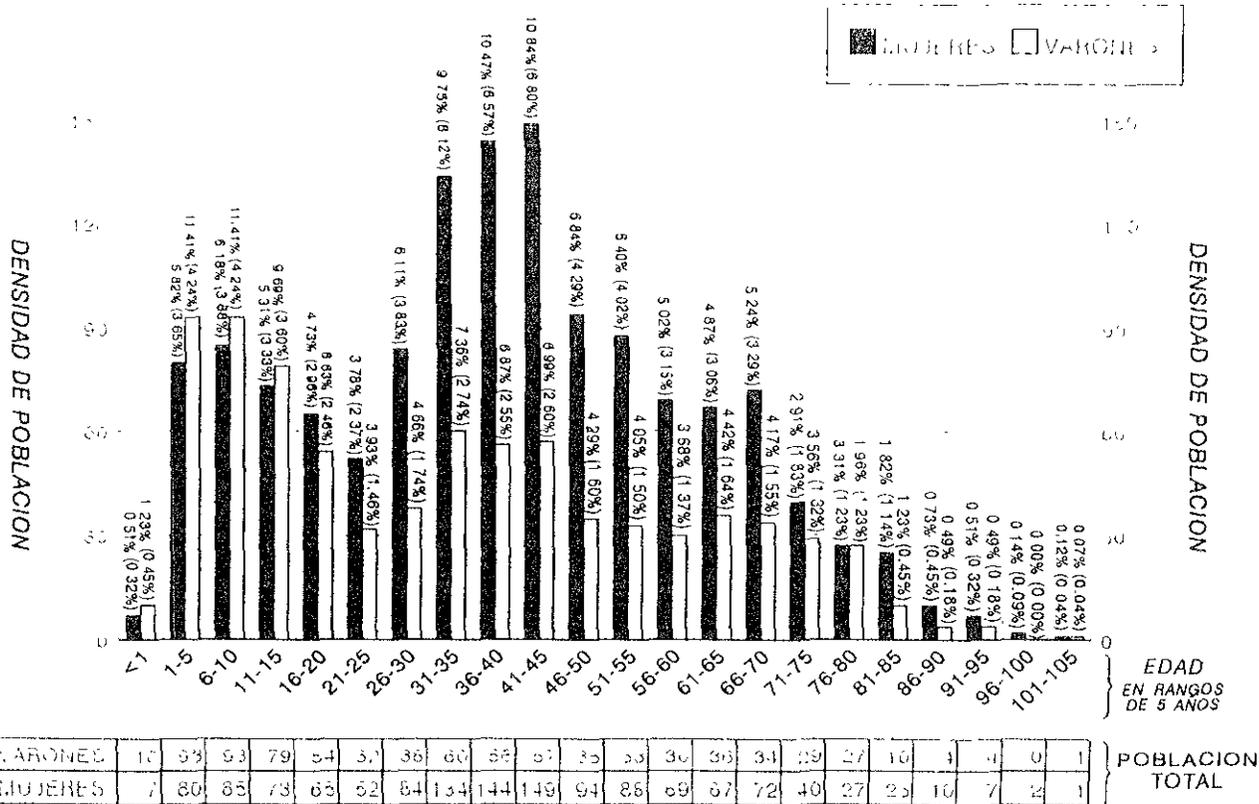
FUENTE ARCHIVO CLINICO AL MES DE DICIEMBRE DE 1995, DEL CONSULTORIO No 9 DE LA CLINICA "ERMITA"
 EL 100% DE MUJERES (1,375) REPRESENTA AL 82.8% DE LA POBLACION TOTAL, Y EL 100% DE HOMBRES (815) REPRESENTA AL 37.2% DE LA POBLACION TOTAL

Los porcentajes entre paréntesis corresponden a la población total de 2,190 derechohabientes
 Los porcentajes sin paréntesis corresponden a la población de cada sexo

PIRAMIDE DE POBLACION.
GRAFICA No 2



DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE A GRUPOS ETAREOS Y SEXO.
GRAFICA No. 3



LOS PORCENTAJES MOSTRADOS ENTRE PARENTESIS EN LA PARTE SUPERIOR DE CADA BARRA, CORRESPONDEN A LA POBLACION TOTAL
LOS PORCENTAJES SIN PARENTESIS ARRIBA DE CADA BARRA CORRESPONDEN A LA POBLACION FEMENIL O VARONIL SEGUN SEA EL CASO
EL 100% DE MUJERES REPRESENTAN AL 62.8% DE LA POBLACION TOTAL, Y EL 100% DE HOMBRES CORRESPONDEN AL 37.2% DE LA POBLACION TOTAL

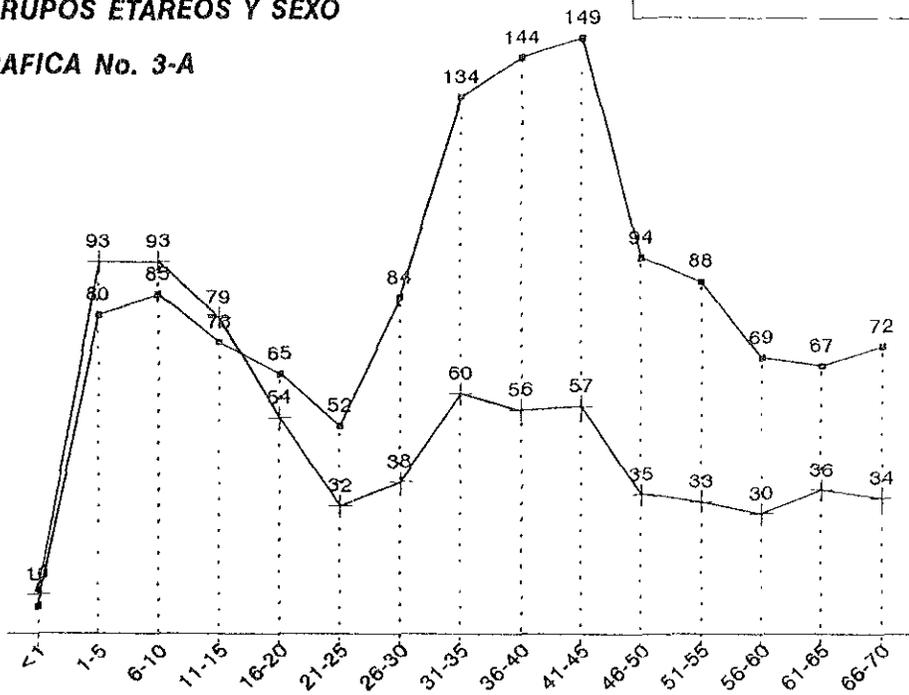
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION
EN BASE A GRUPOS ETAREOS Y SEXO**

GRAFICA No. 3-A

—•— MUJERES + VARONES

DENSIDAD DE POBLACION

DENSIDAD DE POBLACION



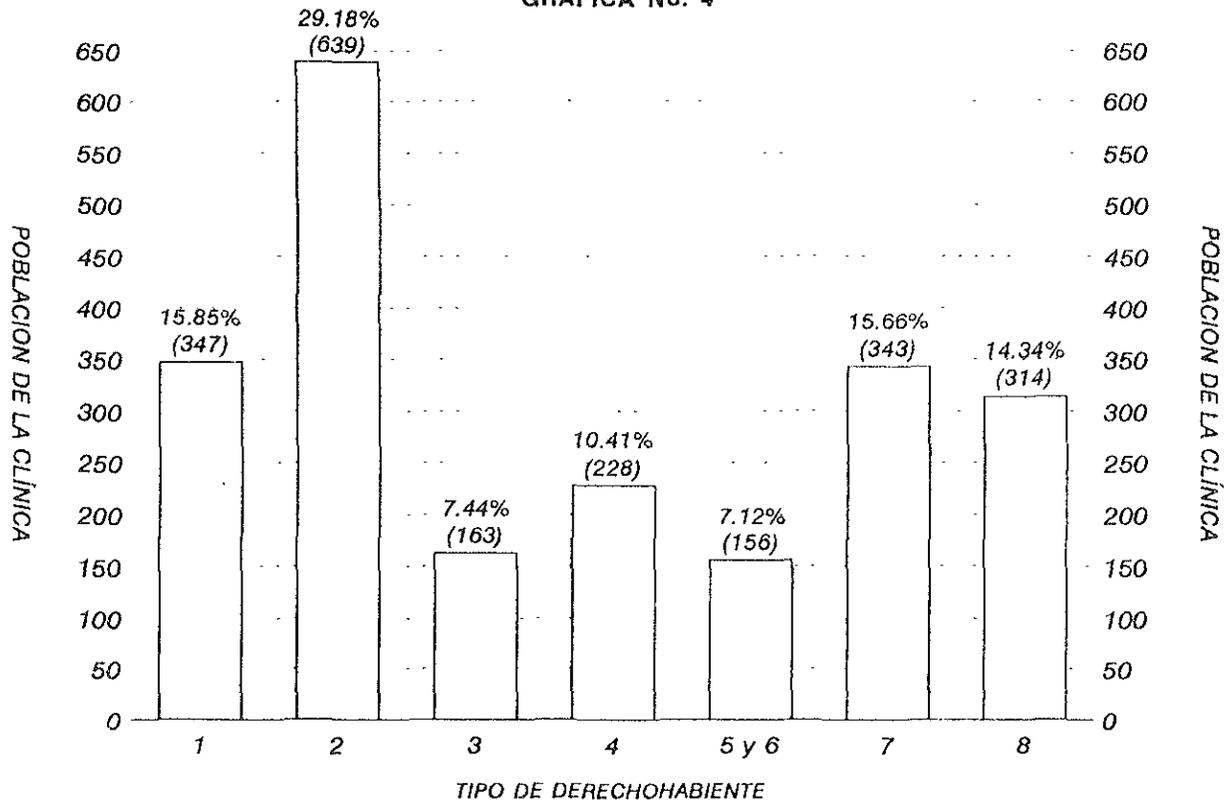
MUJERES	7	80	85	73	65	52	84	134	144	149	94	88	69	67	72
VARONES	10	93	93	79	54	32	38	60	56	57	35	33	30	36	34

EDAD
EN RANGOS
DE 5 AÑOS

POBLACION DE
0 A 70 AÑOS
DE EDAD

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL TIPO DE DERECHOHABIENTE.

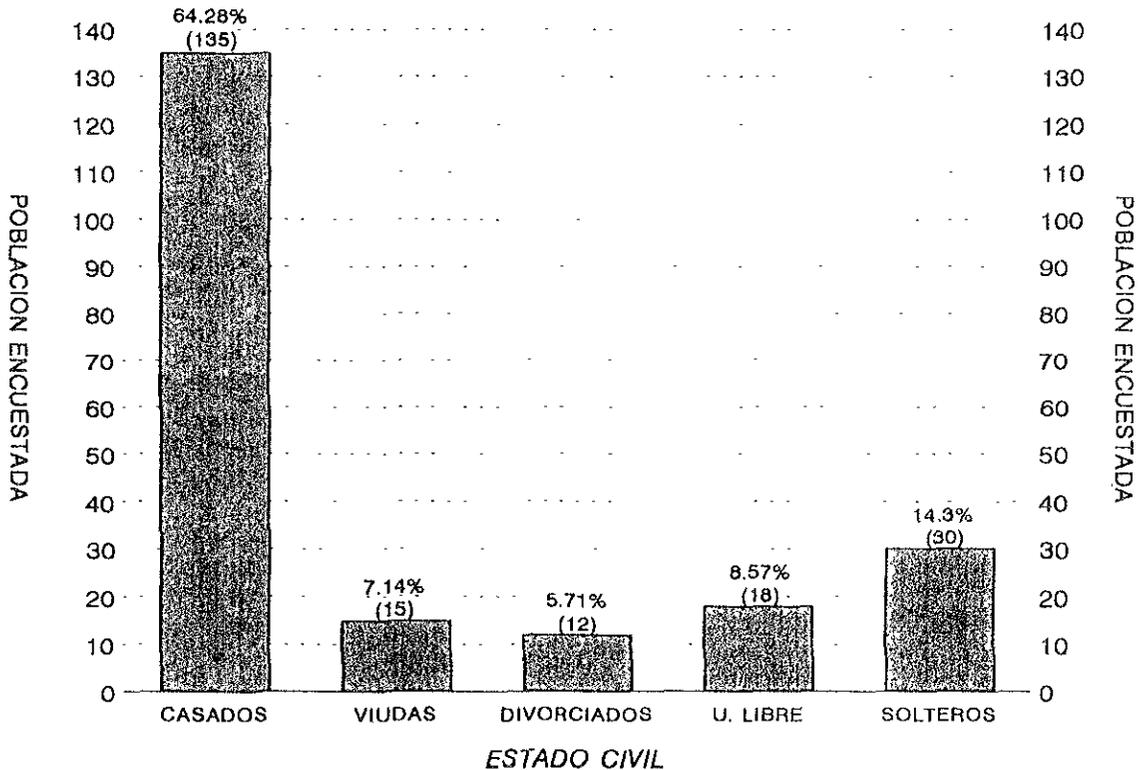
GRAFICA No. 4



1.- Cabeza de familia varón. 2.- Cabeza de familia mujer. 3.- Esposa.
4.- Pensionados (136 mujeres y 92 hombres). 5 y 6.- Padres y/o madres. 7.- hijos (varones). 8.- Hjas (mujeres).

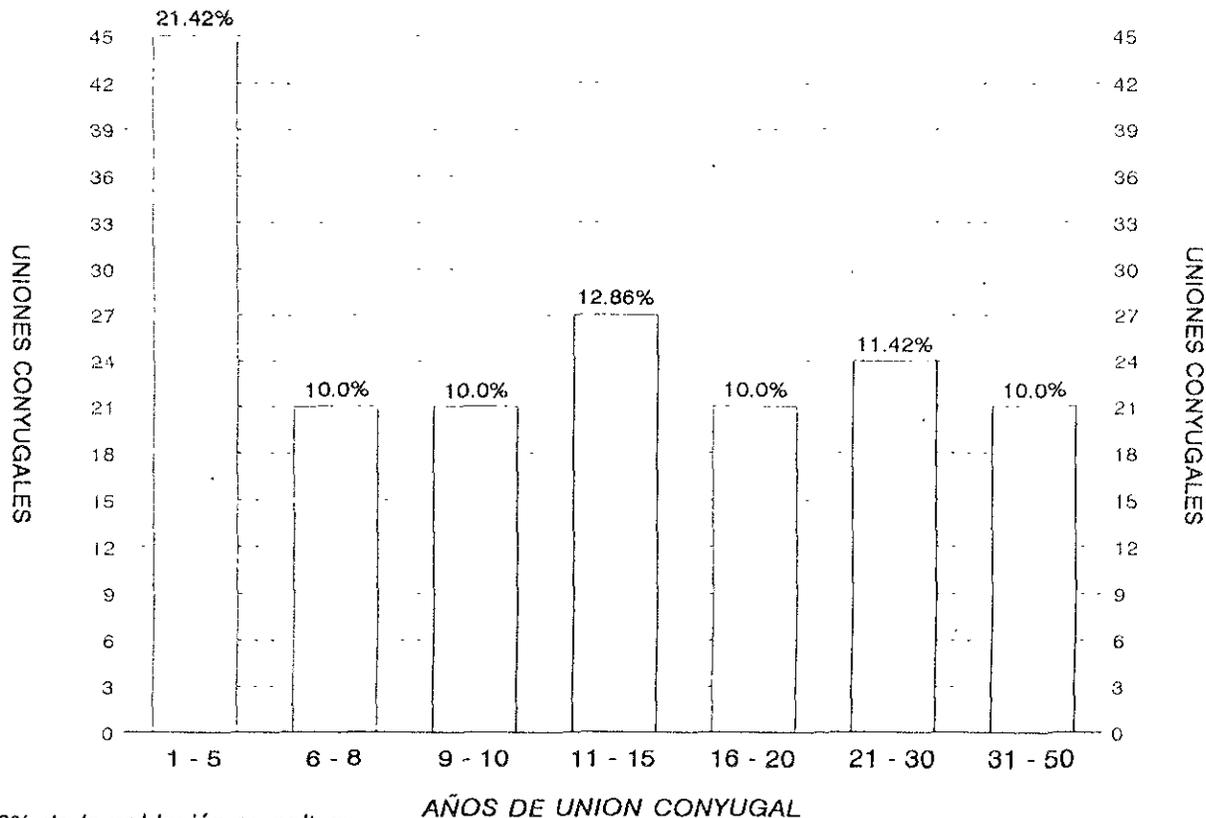
DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL ESTADO CIVIL.

GRAFICA No. 5



FUENTE: Ficha de identificación socioeconómica. Población usuaria del consultorio No.9 de la Clínica 'Ermita', de enero/96 a septiembre/96.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL TIEMPO DE UNION CONYUGAL.
GRAFICA No. 6

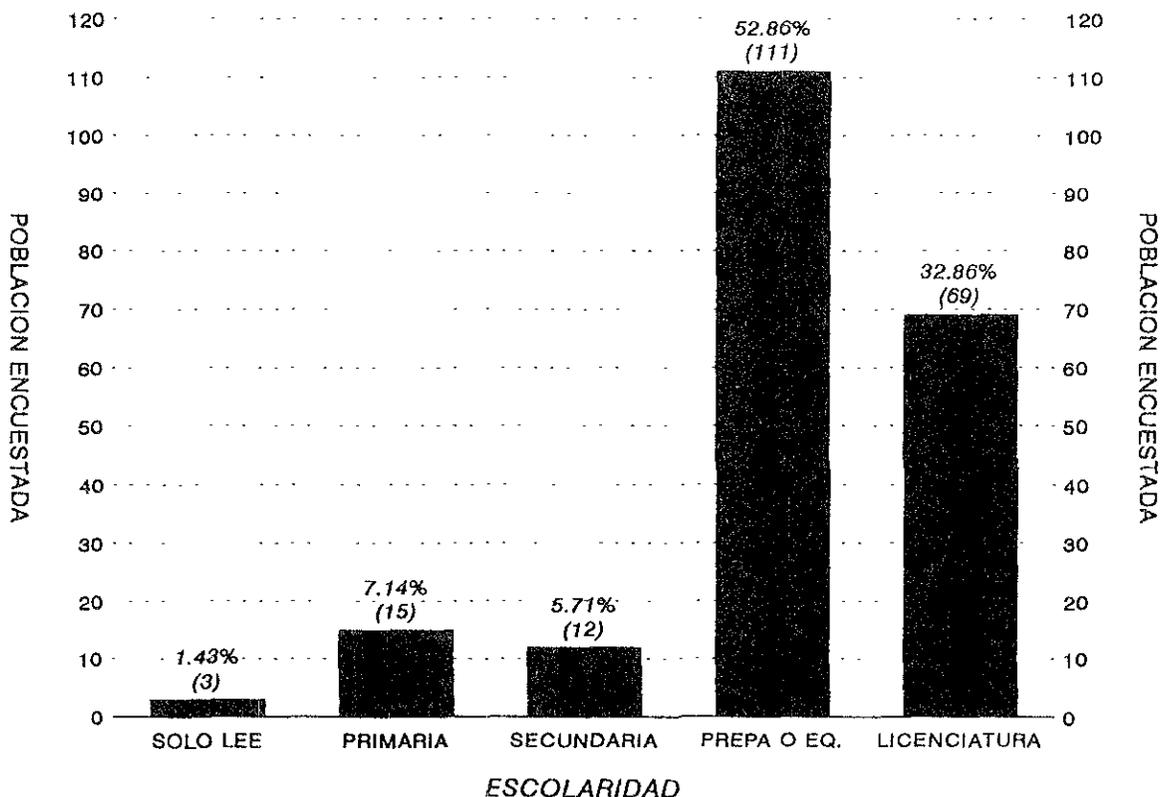


El 14.3% de la población es soltera.

Población usuaria del consultorio No. 9 de la clínica Ermita de enero a septiembre de 1996.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL NIVEL DE ESTUDIOS ACADemicOS.

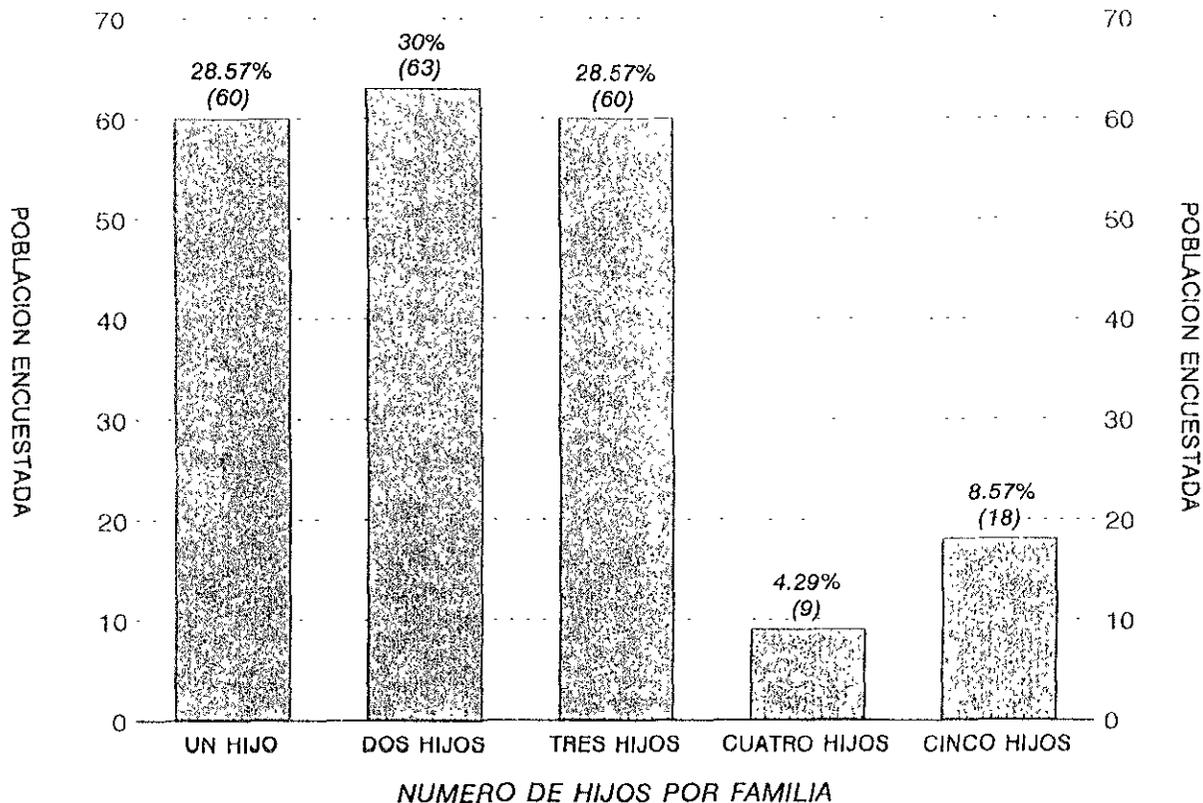
GRAFICA No. 7



FUENTE: Ficha de identificación socioeconómica. Población usuaria del consultorio No. 9 de la Clínica 'Ermita', de enero/96 a septiembre/96.

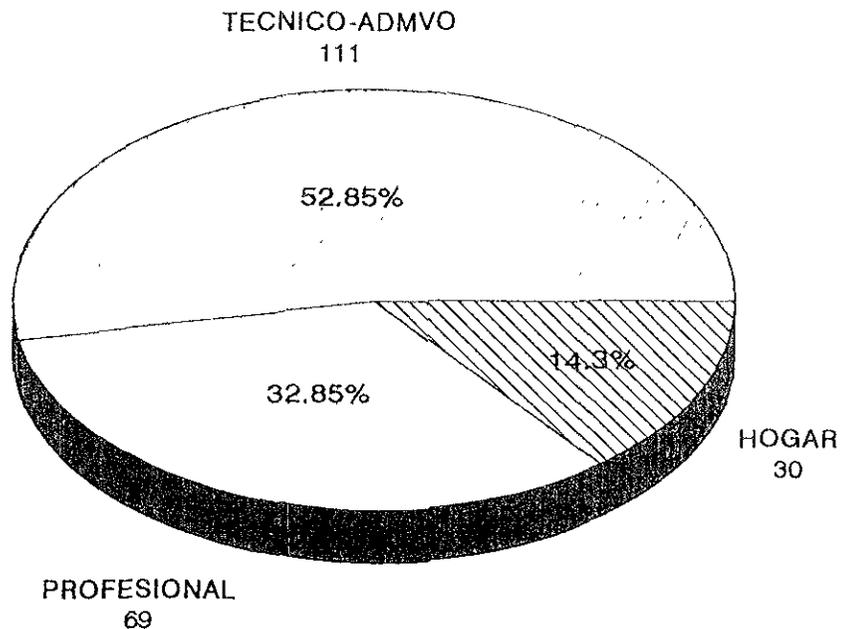
DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA.

GRAFICA No. 8



FUENTE: Ficha de identificación socioeconómica. Población usuaria del consultorio No. 9 de la Clínica 'Ermita', de enero/96 a septiembre/96.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL TIPO DE OCUPACION DE LOS PADRES.
GRAFICA No. 9

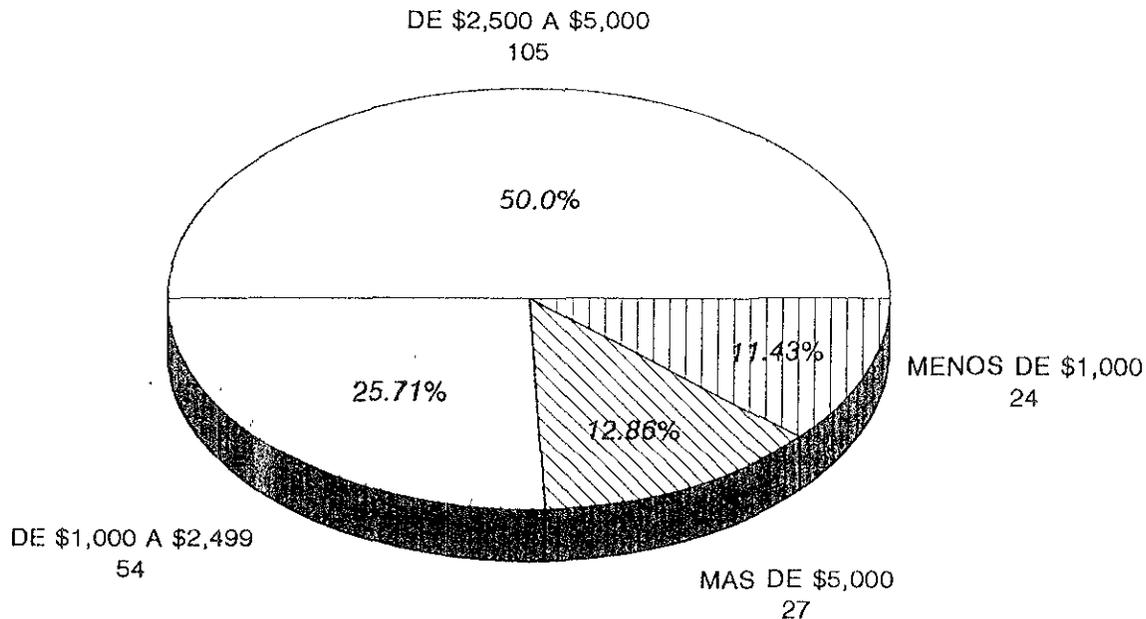


37

FUENTE: Archivo clinico al mes de diciembre de 1995 del consultorio No. 9 de la Clínica "Ermita".

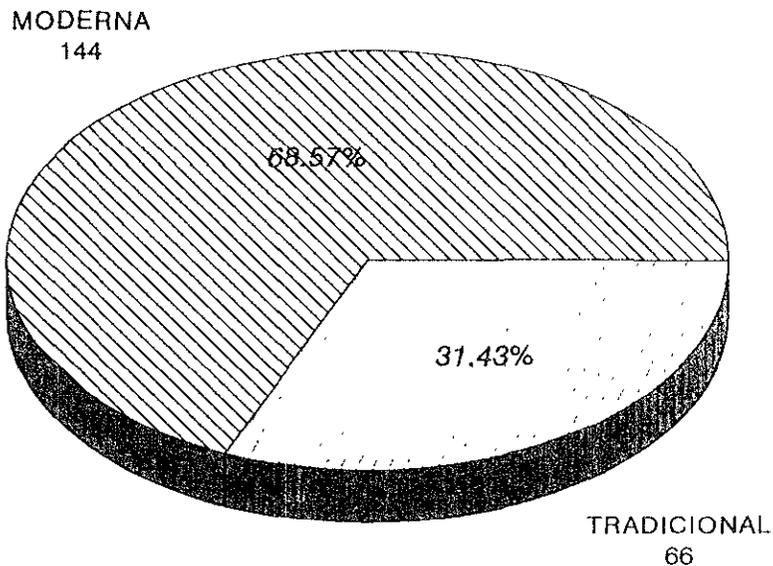
DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE A LOS INGRESOS FAMILIARES.

GRAFICA No. 10

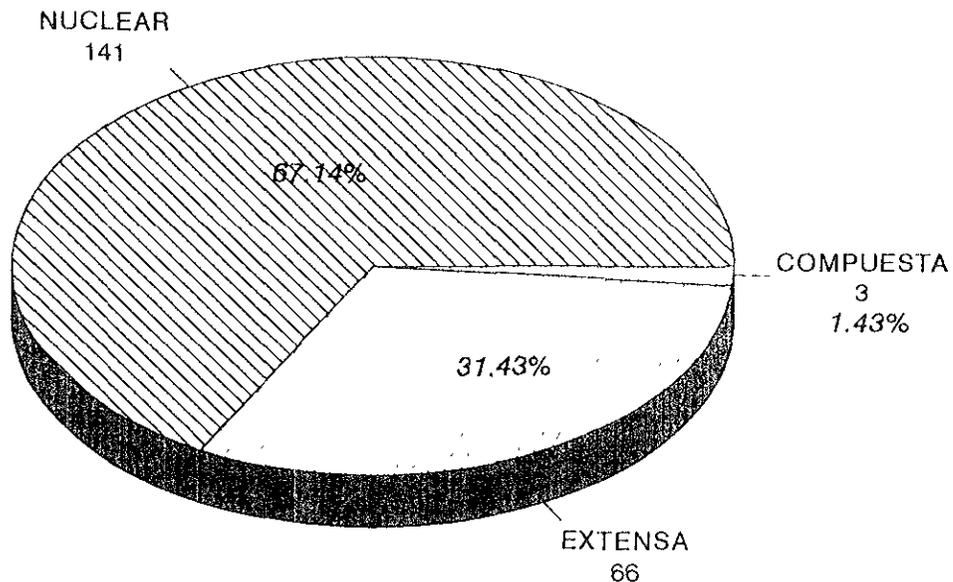


DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL TIPO DE DESARROLLO FAMILIAR.

GRAFICA No. 11

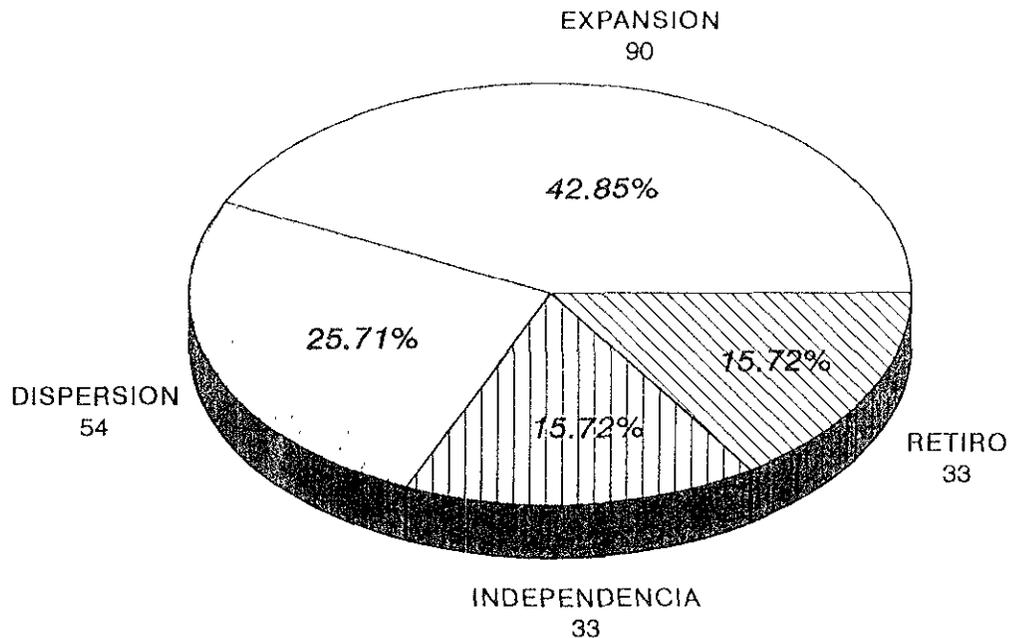


DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE AL TIPO DE COMPOSICION DE LA FAMILIA.
GRAFICA No.12



FUENTE: Ficha de identificación socioeconómica. Población usuaria del consultorio No. 9 de la clínica "Ermita", de enero/96 a septiembre/96

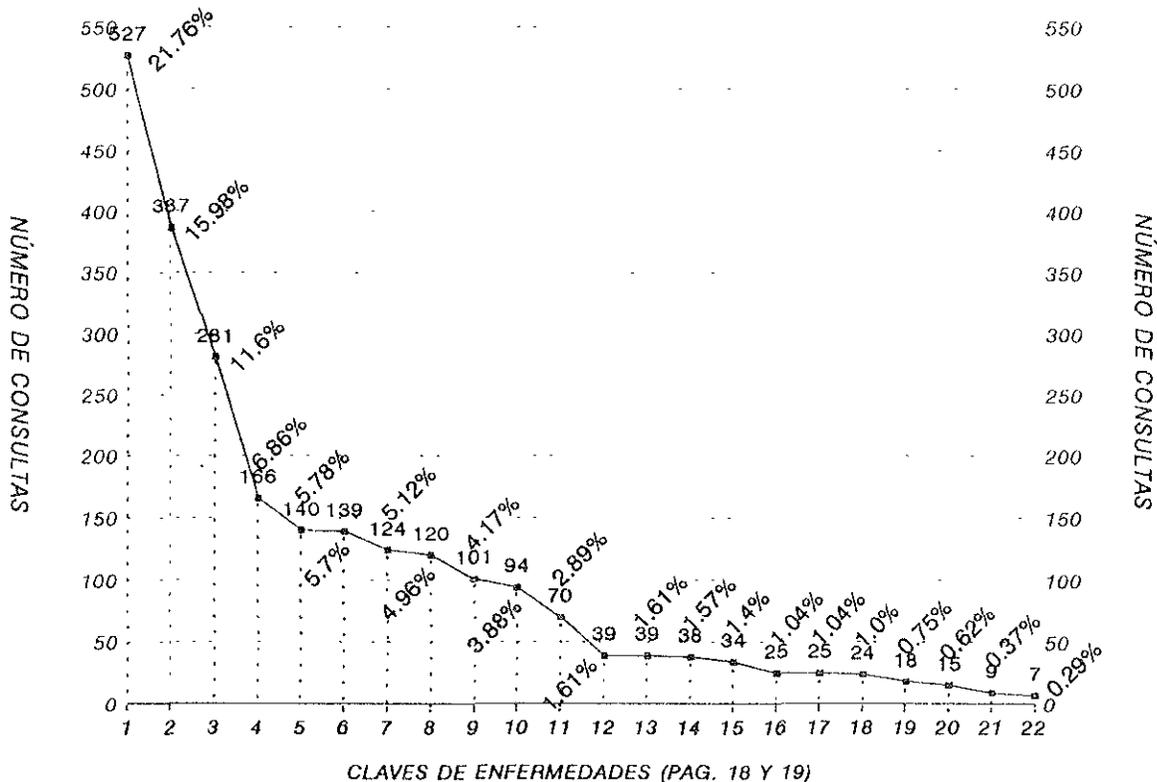
DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE A LA ETAPA DEL CICLO VITAL.
GRAFICA No. 13



FUENTE: Ficha de identificación socioeconómica. Población usuaria del consultorio No. 9 de la clínica "Ermita", de enero/96 a septiembre/96

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES QUE MOTIVARON CONSULTA DURANTE 1995.

GRAFICA No. 14

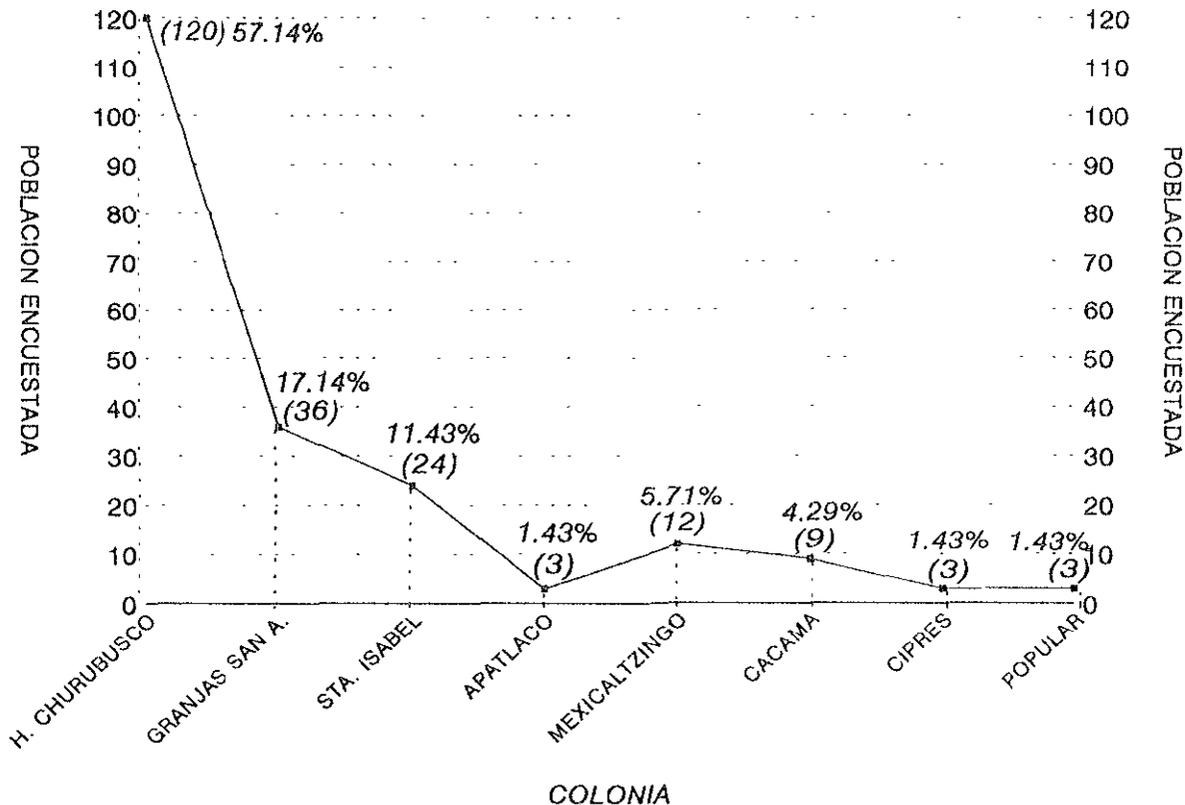


EL 100.00% DE CONSULTAS SON 2422.

LOS NUMEROS DE CLAVE DE LAS ENFERMEDADES SON LOS DE LA TABLA DE LA HOJA No. 17.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE A LA DENSIDAD DE POBLACION POR COLONIAS.

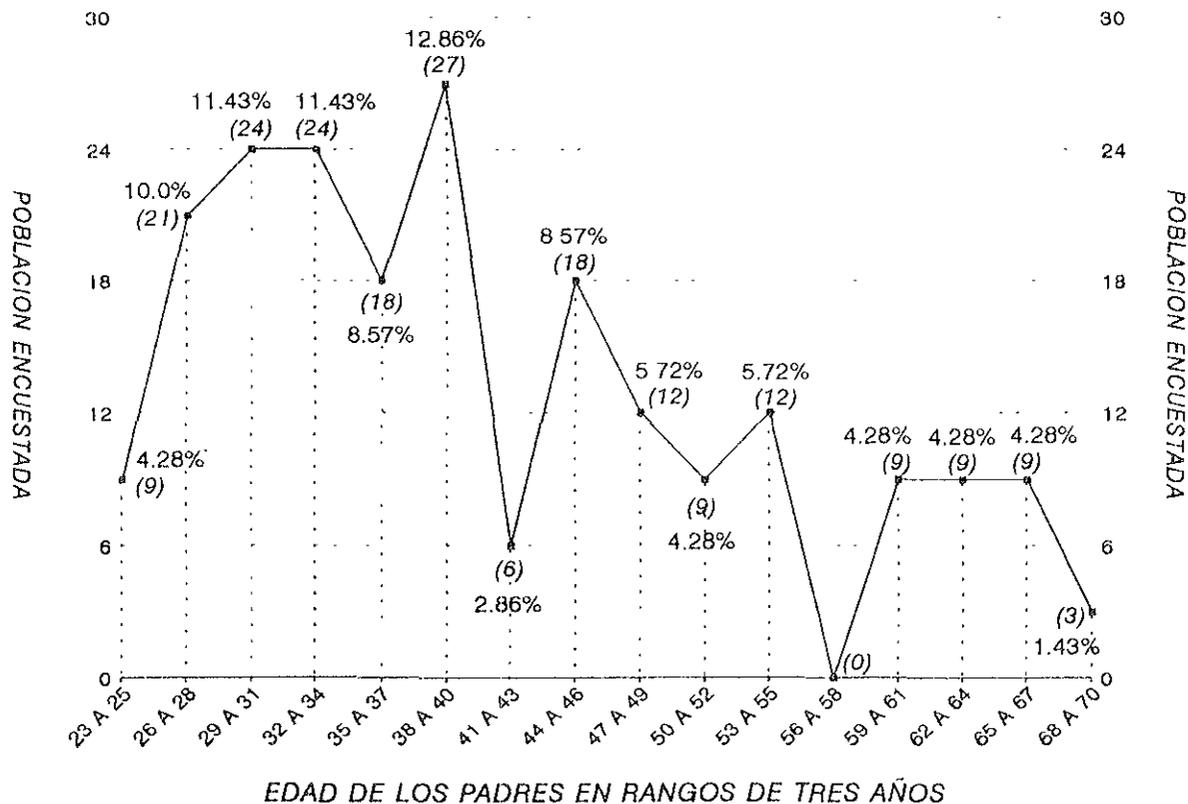
GRAFICA No. 15



FUENTE: Ficha de identificación socioeconómica. Población usuaria del consultorio No. 9 de la Clínica "Ermita", de enero/96 a septiembre/96.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN BASE A LA EDAD DE LOS PADRES.

GRAFICA No. 16



FUENTE: Ficha de identificación socioeconómica. Población usuaria del consultorio No. 9 de la Clínica "Ermita", de enero/96 a septiembre/96.

**CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA CAUSA DE CONSULTA
ENERO A DICIEMBRE DE 1995**

DIAGNÓSTICO	GRUPO DE EDAD Y SEXO																		
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-30		31-34		34 o mas		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

V.- DISCUSIÓN

El estudio se realizó para conocer las características de la población que atiende el consultorio No. 9 de la Clínica Ermita y así elaborar programas prioritarios de primer nivel, y los resultados obtenidos son válidos únicamente para la muestra estudiada.

De las enfermedades más frecuentes encontradas en los pacientes que asisten a la consulta diaria en la clínica donde se realizó el estudio la causa número uno fueron las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio, estos padecimientos se encuentran a nivel mundial de acuerdo a la OMS, y estos son resueltos en la mayoría en el primer nivel de atención.

Las causas que le siguen son las enfermedades crónicas degenerativas y esto se debe a la disminución de la mortalidad, y al incremento de la esperanza de vida dando por resultado al aumento de la población adulta, que demanda atención médica así como la dotación de medicamentos, en España se han realizado estudios y han creado programas de autocontrol en las comunidades, le siguen enfermedades del tubo digestivo, estas se consideran como una consecuencia del medio ambiente que nos rodea y de la vida acelerada de las grandes ciudades.

El estado civil de las familias fue el de los casados esto nos habla de la cultura de nuestro país, según estudio del Dr. Irigoyen y sus colaboradores, la familia tradicional es la que predomina en nuestra población.

En el estudio observamos que el número de hijos corresponde de uno a tres hijos esto se debe a los programas de planificación familiar y a la promoción a través de los medios de comunicación así como a que la mujer como ya lo referimos arriba sus actividades se han multiplicado, y los espacios físicos se han reducido.

El tipo de familia que encontramos es la familia nuclear, con mayor porcentaje que coincide con los casados, y le sigue la familia extensa que se caracteriza a nuestra población mexicana. (Princ.A:P: 76)

La escolaridad de los trabajadores es a nivel técnico administrativo, por lo que el área laboral se encuentre dentro del sistema que cubre el Instituto como son oficinas de tipo gubernamental y por lo tanto el salario que perciben sea un poco mayor del mínimo, y se considera como aceptable.

En general se ve que son familias estables gráfica No. 6 los años de unión conyugal, predominando las familias que tienen entre 1 y 5 años con el 21.42%; esto es bueno por que es cuando se da la formación básica para la formación de los futuros padres y cada quien pueda desarrollar sus roles. Predomina la educación a nivel bachillerato (técnico - administrativo) seguida del nivel profesional como se

aprecia en las gráficas 7 y 9, y el número de hijos por familia varía de 1 a 3 siendo escasas las familias que cuentan con 4 y 5 hijos, lo que se puede observar en la gráfica No. 8. Por su forma de desarrollo las familias son modernas en un 68.57%, esto quiere decir que la pareja tiene que trabajar, y el resto (31.43%) son tradicionales, lo que muestra la gráfica No 11

Desde el punto de vista demográfico, todas las familias son urbanas y cuentan con todos los servicios que brinda la ciudad, estando dispersas en ocho colonias concentrándose la mayor parte en la colonia Héroes Churubusco, gráfica No. 15; y su composición es del 67.14% nuclear, 31.43% extensa y solo el restante 1.43% es compuesta, gráfica No. 12.

En cuanto al aspecto económico, el 50.0% tienen ingresos entre \$2,500 y \$5,000, al 25.71% le ingresan de \$1,000 a \$2,499, el 12.86% percibe arriba de \$5,000 y el 11.43% gana menos de \$1,000 como se observa en la gráfica No. 10

El 42.85% de las familias se encuentra en etapa de expansión, el 25.71% en etapa de dispersión; y en las etapas de independencia y retiro se encuentran el resto de familias en igual proporción como se puede apreciar en la gráfica No. 13.

La edad de los padres varía de los 23 hasta los 70 años, gráfica No. 16 por grupos etéreos de 3 años, con un promedio de edad de los 41 años; llama la atención la ausencia de padres en el rango de 56 a 58 años.

La relación entre el número de mujeres fértiles y la promoción a la planificación familiar se justifica, ya que en la clínica existe un consultorio que maneja la planificación familiar y de ahí se toma la información, el resto de la población lo lleva a cabo con su médico familiar.

VI.- CONCLUSIONES

Alcanzamos los objetivos que planteamos, para conocer las características biopsicosociales de la población adscrita al consultorio, se determinó la pirámide poblacional, donde observamos que las mujeres son en número mayor que los hombres, esto está dado por el tipo de derechohabiente, las mujeres son las que otorgan la prestación médica y los esposos no tienen derecho; ellos pueden laborar en otro sistema.

Las enfermedades que más incidencia presentaron fueron las respiratorias agudas, estos padecimientos son considerados como universales por la OMS, para la prevención de estos padecimientos debemos de promover la buena alimentación,

aprecia en las gráficas 7 y 9, y el número de hijos por familia varía de 1 a 3 siendo escasas las familias que cuentan con 4 y 5 hijos, lo que se puede observar en la gráfica No. 8. Por su forma de desarrollo las familias son modernas en un 68.57%, esto quiere decir que la pareja tiene que trabajar, y el resto (31.43%) son tradicionales, lo que muestra la gráfica No 11.

Desde el punto de vista demográfico, todas las familias son urbanas y cuentan con todos los servicios que brinda la ciudad, estando dispersas en ocho colonias concentrándose la mayor parte en la colonia Héroes Churubusco, gráfica No. 15, y su composición es del 67.14% nuclear, 31.43% extensa y solo el restante 1.43% es compuesta, gráfica No. 12.

En cuanto al aspecto económico, el 50.0% tienen ingresos entre \$2,500 y \$5,000, al 25.71% le ingresan de \$1,000 a \$2,499, el 12.86% percibe arriba de \$5,000 y el 11.43% gana menos de \$1,000 como se observa en la gráfica No. 10.

El 42.85% de las familias se encuentra en etapa de expansión, el 25.71% en etapa de dispersión; y en las etapas de independencia y retiro se encuentran el resto de familias en igual proporción como se puede apreciar en la gráfica No. 13.

La edad de los padres varía de los 23 hasta los 70 años, gráfica No. 16 por grupos etéreos de 3 años, con un promedio de edad de los 41 años; llama la atención la ausencia de padres en el rango de 56 a 58 años.

La relación entre el número de mujeres fértiles y la promoción a la planificación familiar se justifica, ya que en la clínica existe un consultorio que maneja la planificación familiar y de ahí se toma la información, el resto de la población lo lleva a cabo con su médico familiar.

VI.- CONCLUSIONES

Alcanzamos los objetivos que planteamos, para conocer las características biopsicosociales de la población adscrita al consultorio, se determinó la pirámide poblacional, donde observamos que las mujeres son en número mayor que los hombres, esto está dado por el tipo de derechohabiente, las mujeres son las que otorgan la prestación médica y los esposos no tienen derecho, ellos pueden laborar en otro sistema.

Las enfermedades que más incidencia presentaron fueron las respiratorias agudas, estos padecimientos son considerados como universales por la OMS, para la prevención de estos padecimientos debemos de promover la buena alimentación,

las medidas preventivas para la población más vulnerable como son los niños y los viejos, como serían; evitar cambios bruscos de temperatura, no asistir a lugares cerrados y conglomerados, cubrirse adecuadamente, todas estas medidas se deben de promover a nivel del médico familiar

La siguiente causa de consulta fueron las enfermedades crónicas degenerativas y en primer lugar lo ocupa la Hipertensión arterial, seguida de la DM, enfermedades del sistema osteomuscular, lo que hace que la consulta y el paciente se vuelva hiperfrecuentador, demande un gran número de medicamentos, ya que no solo se controla una sola patología sino varias, dando como consecuencia un alto costo para la Institución, así como una carga para el médico de atención primaria, (17). aquí podemos establecer algunos programas como son realizados en España, como tarjetas para medicamentos, trabajo en comunidad y enseñanza para el autocuidado, esto considero que bajaría el número de las consultas, se atenderían con mayor tiempo y se daría una mejor calidad con calidez en la atención médica, el personal se tensionaría menos y su satisfacción sería mayor.(9).

La mujer es la de mayor número en nuestra población esto no daría que debemos de establecer programas de planificación familiar y se encuentra dentro de las últimas causas de morbilidad, esto se debe a que en la Unidad se cuenta con un consultorio exclusivo para ello, por lo que la mayoría son atendidas y el resto solo se otorga orientación.

De acuerdo a los resultados socioeconómicos de la población estudiada observamos que son familias nucleares la mayoría.(21) con una educación media, y las trabajadoras se desarrollan dentro de las áreas técnicas administrativas, esto hace que reciban un salario arriba del mínimo por lo tanto sus necesidades básicas son resueltas.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - IAM. R. MC Hinney. Orígenes de la Medicina Familiar. Mosbly/Domy libros 1995, pag.,3-11
- 2.- C.Jiménez Mena.Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud, según grupos de edad. Aten. Primaria 1993.12.269-272.
- 3 - Luis Sánchez Grajel. Historia Universal de la Medicina. Ed Salvat.1974.180 -183
- 4.- Jose R Narro Robles. La Salud en México Testimonios 1988. Fondo de Cultura Económico 239 252.
- 5 - Ballfred Santaella Guzman. Sistema de Atención Médica General Familiar Revista Facultad de Medicina. 10-15.
- 6.- Lloras Muñoz. Mas Tecnología Diagnostica para la atención Primaria. Atención Primaria 1994,14 805-806
- 7.- M. P. Estebanell. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Aten. Primaria 1992 10 539-542
- 8 - Delgado y L. A. López. La participación comunitaria, un revisión necesaria. Aten. Primaria 1992.9, 420-22.
- 9.- Y. Jarabo Crespo y F J. Vaz Leal. Orientación familiar en atención primaria. Aten.<primaria 1995. 16 1010-15.
- 10.- Fundamentos de Medicina Familiar. Irigoyen Coria. Medicina Familiar Mexicana. 995. 91-95.
- 11.- J. Agreda Peiro Demanda de consulta medica de atención primaria en Navarra. Aten. Primaria 1995. 16. 1030-32.
- 12.- J A:Bellon Sameño. El tiempo de comunicación y registro en las enfermedades de atención primaria. Aten. Primaria 1995.15 . 919-18
- 13.- M Royo Serrano y Arturo Serrano. Utilización de consultas y análisis del impacto de la consulta programada. Aten. Primaria 1995 16. 1020-25.
- 14 - M. C Fuentes Goñi. Características de los pacientes hiperfrecuentadores. Aten. Primaria 1994.14. 835-40

- 15 - D. Gomez Calcerrada La cita previa, perfil de l consultante y su accesibilidad Aten. Primaria 1994 14. 815-18.
- 16.- M. M Garcia del Campo. La consulta por terceros en la atención primaria de las personas mayores. Aten. Primaria 1995.16 607-614
- 17 - A Corbella. Estudio multicéntrico de la calidad en la utilización de la tarjeta de medicación crónica. Aten. Primaria. 1995.15. 40-47.
- 18 - V BAOS, Vicente. La formación del médico de familia. para el uso racional de medicamentos. Aten. Primaria 1995.16 9-10.
- 19.- F Buitrago y López Mera Formación continuada en el equipo de atención primaria. Aten. Primaria 1995 16 12-15
- 20.- P. Iraguen Eguskiza. Satisfacción del usuario de equipos de atención primaria Aten Primaria 1995.16. 45-50
- 21 - Organización Panamericana de la salud. Las condiciones de la salud en las Americas.1994 308-32.
- 22.- Liliana Arias Castillo. Medicina Familiar en la Practica.1997. 85-93.