



11226
2^a
25
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE POSTGRADO

“ Actitud del Paciente Tuberculoso
Ante El Proceso Salud-Enfermedad:
Aspectos Ideológicos ”

TRABAJO DE INVESTIGACION

Para obtener la Especialidad en:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A N

Dra. Francisca Gutiérrez Martínez

Dr. Juan Vázquez Alfaro

MEXICO, D. F.

1980

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

	Pág.
I. Prólogo.....	1
II. Justificación.....	4
III. Objetivos.....	5
IV. Hipótesis y Definiciones.....	6
V. Introducción.....	7
VI. Marco de referencia.....	11
VII. Material y método.....	18
VIII. Cuestionario.....	19
IX. Resultados.....	24
X. Comentario.....	26
XI. Discusión.....	27
XII. Conclusiones.....	32
XIII. Bibliografía.....	34

PROLOGO

Con la intención de poseer un panorama epidemiológico más amplio, mencionaremos algunas consideraciones sobre el diagnóstico de salud en México. La dinámica de salud en México, demuestra un incremento constante y acelerado de la población, resultado de la disminución de la mortalidad y el mantenimiento de las tasas elevadas de natalidad (figura 1). La población urbana continúa su crecimiento progresivo con los beneficios, pero principalmente desventajas que acarrea tal situación (figura 2).

La mortalidad general y por grupos de edad muestra reducciones constantes, que han beneficiado especialmente a los niños; sin embargo, éstos, las cifras aún son altas. La reducción de la mortalidad infantil trajo como consecuencia un predominio de los jóvenes de 20 años en la pirámide de población (figura 3).

Se ha reducido significativamente la mortalidad de algunas enfermedades infecciosas; como son, la sífilis, la tifoidea y el sarampión, alcanzando niveles también muy bajos, el paludismo; otras se han mantenido en los primeros lugares como causa de muerte; ampliamente identificadas, las gastroenteritis y neumonías. Persiste de la misma manera, como problema importante de reconocido fondo económico y social - más que médico técnico -, la enfermedad que nos ocupa en este proyecto, la tuberculosis (figura 4).

La frecuencia de enfermedades degenerativas, consecuencia del aumento de la esperanza de vida, los tumores malignos, enfermedades del cora-

zón, cerebrovasculares y la diabetes van en constante ascenso. Los accidentes han sufrido un incremento significativo como consecuencia de la tecnificación y el desarrollo. Y aún, cuando la mortalidad por homicidios ha disminuido, permanece como una demostración de la deficiente salud mental del mexicano -- (figura 5).

A pesar, del mejoramiento paulatino que ha venido alcanzando y de los esfuerzos hasta ahora desplegados, la nutrición no es aún satisfactoria.

La vivienda del mexicano es aún cuantitativamente insuficiente y cualitativamente favorecedora de insalubridad.

La contaminación de la atmósfera, el agua y la tierra por agentes biológicos, físicos y químicos, se ha incrementado hasta alcanzar niveles peligrosos como resultado de la industrialización, el urbanismo y los avances técnicos, unidos a la imprevisión y -- consiguiente deterioro de la ecología.

Se ha reducido gradualmente el analfabetismo, pero aún insatisfactoriamente para la difusión de los hábitos higiénicos y actitudes favorables para la salud (figura 6).

El personal para la salud se ha incrementado, aún cuando su distribución no es equitativa en el país; la relación de personal por habitante se ha reducido, más favorablemente para la población urbana que para la rural, donde el déficit alcanza en algunas áreas, niveles verdaderamente dramáticos. Por lo que, el sentido elitista de la atención médica aún no se ha resuelto (figura 7).

Las instituciones de seguridad social amparaban en 1976 a la cuarta parte de los mexicanos. - El resto de la población debía ser atendida por servicios médicos privados y por la SSA. Por todo esto, se deja ver un evidente desequilibrio presupuestal entre la seguridad social y los servicios de asistencia pública, que se refleja en la inversión per cápita de sus correspondientes poblaciones (figura 8).

JUSTIFICACION

Se conoce un Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, editado en 1977 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de la Dirección General de Control de la Tuberculosis y de las Enfermedades del Aparato Respiratorio (1); el cual, aplicado racionalmente sería capaz de abatir las tasas de morbimortalidad por tuberculosis.

Sin embargo, consideramos, que existe una inadecuada información hacia el Sector Público respecto a tal condición.

Lo que origina; un bajo porcentaje de detección de casos, un alto porcentaje de abandonos al tratamiento y una escasa participación de la comunidad ante este evento. Esto, ocasiona una falta de armonía entre el equipo de salud, el paciente, la familia y la comunidad ante el proceso salud-enfermedad de la tuberculosis pulmonar, hecho que se refleja en una lenta disminución de las tasas de morbimortalidad por tuberculosis (ver tablas anexas).

Por lo que se considera de trascendental importancia la identificación de la actitud del paciente ante su enfermedad, el grado de motivación hacia su curación, su interrelación con el equipo de salud, así como, el conocimiento de los aspectos ideológicos en torno a tal enfermedad.

No obstante, no debemos olvidar que la tuberculosis es un problema de orden social, en el cual, seguirán teniendo una importancia capital los aspectos económicos, políticos y culturales de nuestro país, y el no considerarlos podríamos caer en el error de la individualización.

OBJETIVOS

- I. Identificar la actitud del paciente ante el proceso salud-enfermedad de la tuberculosis pulmonar.
- II. Identificar la actitud del paciente ante los programas y/o, la subutilización de los servicios médicos.
- III. Propiciar el estudio de los aspectos sociales de la tuberculosis en particular y de otras enfermedades en general.

HIPOTESIS

"Debido a la inadecuada información acerca de la Tuberculosis Pulmonar por parte del equipo de salud, la población desconoce las consecuencias resultantes de este hecho, al no comprender al proceso de este evento, como una enfermedad particular".

DEFINICIONES

Ideología. - Es el proceso de relación entre las formas de pensamiento (conceptos, ideas, clasificaciones, tipologías, etc.) y las pautas de conducta (acciones, obligaciones, etc.). Aquí pretendemos analizarla en 2 aspectos:

- a) Formas de percepción de los fenómenos de salud-enfermedad, especialmente aquellos relacionados con la tuberculosis.
- b) Formas de acción sobre estos fenómenos y realidades.

Relación equipo de salud-paciente: Interrelación de orden médico-educativo, entre los prestadores de servicios de salud y los solicitantes del mismo, en un programa de control de la tuberculosis.

INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad transmisible, causada por algunas especies del género *Mycobacterium*; se encuentra ampliamente diseminada en el mundo, con algunas diferencias relacionadas con el nivel de vida y la existencia, y adecuado aprovechamiento de los recursos de la salud.

El Comité de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, la considera como la enfermedad transmisible más importante que existe en el mundo, y define el problema como el conjunto de sufrimientos individuales causados por la enfermedad y los gastos que de ella se derivan para la colectividad; e insiste, en la importancia de obtener información acerca de las pérdidas económicas reales, ocasionadas por la tuberculosis en los distintos países (2)

En 1882 Roberto Koch demostró la naturaleza infecciosa de la tuberculosis.

En 1918 se inauguró en el Distrito Federal el primer dispensario antituberculoso y en 1929 se establecen cuatro dispensarios más. Las actividades de control en los dispensarios se enfocaban al estudio individualista de la enfermedad descuidando los aspectos sociales. A partir de este mismo año, se inicia la colapsoterapia, prescripción de medicamentos específicos, aislamiento del enfermo y mejoramiento de las condiciones higiénicas de la vivienda.

Un hecho trascendente fue el proyectado para la lucha antituberculosa presentado en 1930 por el doctor Manuel Gea González, que se resume en --

las siguientes funciones: estudio económico-social de los enfermos y sus familiares, diagnóstico del enfermo por medio de estudio clínico, radiológico y de laboratorio; selección y aislamiento de enfermos, protección de la familia del enfermo, educación higiénica del enfermo y la familia, saneamiento de la habitación y aplicación de BCG.

El 1934 por decreto presidencial se creó la Campaña Permanente de Control de Tuberculosis y -- en 1939 se consolidó y se le llamó Campaña Nacional Contra la Tuberculosis.

Se inauguró en 1936 el primer hospital especializado para enfermos tuberculosos en Huipulco.

En 1960 se puso en servicio el Mensajero de Salud No. 1. En este período se incrementaron significativamente los recursos utilizados en la pesquisa y control de los enfermos. Así, en 1961, la Campaña Nacional Contra la Tuberculosis disponía de 5 unidades móviles, y en 1964 contaba con 29, de la misma manera se crearon nuevas clínicas de tórax para el impulso de los programas de salud. En 1961 el Instituto Mexicano del Seguro Social inició la vacunación masiva de los derechohabientes menores de edad, y en este mismo año la Campaña Nacional Contra la Tuberculosis editó el primer manual de normas técnicas (3).

En el mes de diciembre de 1972, la Subdirección General Médica y la Jefatura de los Servicios de Medicina Preventiva del Instituto Mexicano del Seguro Social, constituyeron el Grupo Nacional de Tuberculosis, el cual es un equipo técnico, normativo, supervisor y evaluador de carácter nacional, for

mado por especialistas en el campo de la tuberculosis y la salud pública principalmente (4).

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis es el instrumento técnico y científico que resume la experiencia nacional e internacional en la lucha contra esta enfermedad y cuya finalidad es reducir progresivamente la morbimortalidad por tuberculosis en la población del país.

La situación epidemiológica mundial de la tuberculosis es motivo de preocupación; según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, tres millones de personas fallecen anualmente por este hecho.

En 1971 se calcularon en 200 mil los casos activos de tuberculosis en la República Mexicana y el número de casos conocidos fue de 50 mil; se observaron 36 mil casos nuevos, y de éstos, únicamente se notificaron de 16 mil a 18 mil o sea, aproximadamente el 50 por ciento. Actualmente es difícil de estimar el número de casos activos en el país, en virtud de que, durante muchos años se basó el diagnóstico de tuberculosis en los datos clínicos. El número de ellos se ha reducido en forma considerable al aceptar únicamente a los pacientes con comprobación bacteriológica (5, 6).

En 1972 la tuberculosis ocupó el décimo lugar entre las diez primeras causas de muerte; en 1973 descendió al undécimo, falleciendo 7,806 personas por tuberculosis, representando el 1.9 por ciento del total de defunciones ocurridas; y de estas, 4,542 o sea, el 58.8 por ciento comprendieron a sujetos entre 21 y 64 años (7, 8).

Durante el período de 1970-73 continuó su -- curso descendente, disminuyendo del 19.9 al 19.3 de funciones por 100 mil habitantes. En dicho período -- el 87 por ciento de las defunciones por tuberculosis -- correspondieron al aparato respiratorio y el 13 por -- ciento a localizaciones extrapulmonares (meníngea y -- del sistema nervioso central).

MARCO DE REFERENCIA:

CARACTERISTICAS DE NUESTRA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO.

El Hospital General de Zona No. 25 "Ignacio Zaragoza" de la Delegación IV del Valle de México del I.M.S.S. está ubicado en una zona polvosa frente a los basureros metropolitanos, recibe pacientes de una amplia zona geográfica que abarca parte de las Delegaciones; Venustiano Carranza, Iztapalapa, Iztacalco, Milpa Alta y Tláhuac del Distrito Federal, municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, La Paz, Ixtapaluca, distrito de Chalco que comprende doce municipios, distrito de Texcoco constituido por nueve municipios del Estado de México.

La población adscrita a Unidades de Medicina Familiar es de 863, 800 derechohabientes y 535, 107 adscritos a Médico Familiar.

Es la zona que tiene altas tasas de mortalidad, de natalidad y en general presenta todas las características del subdesarrollo.

El Municipio de Nezahualcóyotl se encuentra a 8 kilómetros del lado oriente del D.F. dentro del Valle de México, en terrenos del ex-Vaso de Texcoco, situado a los 19°36' de latitud norte y 98°8' de longitud oeste; su superficie total es de 62.4 kilómetros cuadrados a una altitud media de 2,280 metros; colinda al norte con Ecatepec de Morelos, al oriente con Chimalhuacán y Los Reyes La Paz (municipios todos del Estado de México), y al poniente y sur con el D.F.

Hay dos épocas en el año de suma importancia, la de las inundaciones de mayo a septiembre (cuando la ciudad vuelve a ser lago a causa de las lluvias y lo impermeable del suelo), y de las tolvaneras el resto del año con su contaminación de aire viciado.

Cuenta con 59 colonias reconocidas oficialmente que al subdividirse conforman a 78 colonias con "denominación específicas", un total de 3,879 manzanas y de 991 lotes censados (Fuente: Censo General de Población 1970), con un promedio de habitantes por predio de 7.08. El área por lote es de aproximadamente 144 metros cuadrados y la superficie total de predios habitados de 22.08 kilómetros cuadrados, el 35.38 por ciento del área total del municipio. La densidad de la población es de 34,677 habitantes por kilómetro cuadrado, las colonias más densamente pobladas están localizadas al centro y al poniente del municipio.

Diariamente son transportadas de 200 a 350 mil personas para dirigirse a sus lugares de trabajo; D.F., Industrial-Vallejo, Naucalpan y Tlanepantla en 1,200 camiones que conectan con otros transportes como el Metro o peseros. El promedio de horas de traslado es de 3 a 4, siendo el costo del transporte un 50 por ciento más alto que el autorizado. No hay medios de transporte internos, pues todos tienden a llevar al D.F. El tiempo de traslado entre los puntos más remotos del municipio es de 45 minutos en autobús.

El traslado se hace sobre 156 kilómetros de calles pavimentadas, que son las principales arterias, quedando todavía mil kilómetros de calles sin

pavimentar, por lo que hay que desplazarse a pié - para tomar el camión en alguna de las 16 grandes - avenidas, las únicas con alumbrado público útil.

La población de Nezahualcōyotl es impresionante por su volumen, en 1970 se registraron un total de 670 mil y los cálculos de 1973 estimaron un aumento de 15 mil personas por mes, y para 1980 - se esperaba fuera la segunda ciudad de la República, superando a Monterrey y Guadalajara.

El número promedio de miembros de una familia es de 5.9 y el índice anual de crecimiento - del municipio es superior al nacional y uno de los - más altos del mundo.

La población de Ciudad Nezahualcōyotl es - una población eminentemente joven; los menores de - 15 años representan el 51.3 por ciento del total y el 40.4 por ciento tiene entre 15 y 44 años.

Es una ciudad sin cementerio, por lo que - el registro de sus muertes se esparce por el D. F. y el municipio de Chimalhuacán, de ahí que el estudio comparativo en tasas sea poco confiable.

CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

Revisemos brevemente dicho concepto. Con frecuencia se refiere a la enfermedad como una desviación del funcionamiento "normal", que lleva a consecuencias indeseables en el estado del individuo; - concepto perfectamente aplicable en el caso de las - fracturas, quemaduras y lesiones producidas por acci

dentos de trabajo, pero de difícil aplicación a enfermedades del tipo del alcoholismo, obesidad, hipertensión, así como de la enfermedad que nos ocupa en este trabajo, la tuberculosis; dificultad que radica en lo implícito de la "normalidad" física y de la conducta, que en muchas dependen de factores socioculturales, así como, del estado del desarrollo moral y técnico de las instituciones de salud y de la ciencia médica. Así, el conocimiento de que en la relación con los enfermos participan elementos psicológicos, sociales y culturales, más o menos encubiertos, que pueden dificultar la relación médico-paciente, facilita para el médico la comprensión de los problemas que frecuentemente surgen en esta relación interpersonal, y le permiten manejarla más eficazmente (9, 10).

La relación médico-paciente, -encuentro en el que toman parte dos personas, médico y paciente, o en un sentido más amplio, el cuerpo médico y la sociedad- (11), es el componente más importante de la interrelación entre los usuarios de los servicios de atención médica y el personal de los mismos; relación de la cual dependerá, que los objetivos de las instituciones de salud se alcancen, o que por el contrario, los programas de atención médica no cumplan con las metas propuestas.

El paciente necesita los servicios técnicos - porque ni él ni sus inmediatos asociados o familiares "conocen el problema" ni lo que hay que hacer para su tratamiento. El médico es un experto técnico y está calificado para "ayudar" al paciente.

Dentro de este mismo marco funcionalista, - Szasz y Hollander (12) han aportado al estudio de la relación médico-paciente, tres modelos fundamentales

de interrelación. Dichos modelos son presentados aquí (figura 9), y en ellos podemos observar el tipo del modelo, el papel del médico y del paciente, aplicaciones clínicas del modelo y los prototipos del mismo.

De ninguna manera debe pensarse que alguno de los tres modelos propuestos es mejor que los otros, y que por el contrario, el médico y el paciente deberán buscar cual de los tres tipos de relación es el apropiado para las condiciones y características de cada caso.

PAPEL SOCIAL DEL MEDICO Y DEL ENFERMO

De acuerdo con Parsons (13) la relación médico-paciente se entiende mejor en el marco de los papeles sociales.

Papel social del enfermo. - Cuando la definición que el paciente hace de su problema cristaliza en la búsqueda de ayuda profesional para su solución, se dice que está asumiendo el papel de enfermo, esto es ideal por constituir un modelo teórico pues presenta los siguientes, derechos y obligaciones:

- El paciente está exento del desempeño normal de su papel social, tareas y obligaciones.
- El paciente no es responsable de su estado.
- En vista de que el estado de su enfermedad es indeseable, se espera que el pa-

ciente desea recuperarse.

- El paciente tiene la obligación de buscar - ayuda competente y cooperar con ésta.

Papel social del médico. - Este se centra en su responsabilidad por el bienestar del paciente y en hacer todo lo posible por lograr la recuperación completa, pronta y sin dolor de sus pacientes, y se le asignan las siguientes características:

- Especialidad técnica y conducta profesional
- Neutralidad afectiva
- Orientación colectiva
- Universalismo

En este modelo, el aparente equilibrio entre los papeles del enfermo y del médico, con ganancia para ambas partes, no significa que dentro de la relación terapéutica ambos sean iguales, de hecho, se espera que, la mayor parte de las veces el paciente, asuma una conducta pasiva y dependiente, ya que el elemento técnicamente preparado para dictar las acciones es el médico.

Según Freidson (14), la gran deficiencia de este enfoque descansa, por un lado en el énfasis de las expectativas ideales, más no en la conducta real; sobre todo, en la definición del papel del enfermo a partir de una perspectiva limitada, dejandola como un elemento pasivo, que acepta en absoluto las impresiones e indicaciones del médico.

CONDUCTA ANTE LA ENFERMEDAD

El término conducta ante la enfermedad ha sido definido por Mechanic (15), como cualquier conducta relacionada con una situación que causa o eventualmente pudiera causar que un individuo se preocupara por su estado de salud, y tratara de encontrar ayuda para la solución de su problema. Es necesario por eso, conocer que es lo que sucede entre el momento en que el individuo se cataloga como enfermo y el punto en que este hace contacto con el médico.

Es indispensable penetrar a la perspectiva del paciente, porque el rango de conducta que se puede encontrar ante el mismo problema es muy amplio.

Las acciones que un paciente puede seguir ante un evento de enfermedad son múltiples, y algunos autores (16, 17) han señalado que la conducta estará determinada por factores como; el grado en que la persona identifica el problema, la interferencia con actividades familiares, laborales y sociales; los motivos y objetivos del individuo y el umbral de tolerancia para los signos y síntomas, tanto de la persona afectada como de aquellos que los evalúan; la interpretación que pueda hacerse del origen de los síntomas; la asistencia y accesibilidad de los distintos recursos terapéuticos; o del costo psicológico o monetario de la decisión, incluyendo; estigma, sentimientos de humillación, etc..

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron pacientes controlados por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital General de Zona No. 25 "Ignacio Zaragoza" del I. M. S. S., captados a través del Registro Local de Control de Casos de Tuberculosis.

De 32 pacientes que se controlaban mediante tratamiento médico supervisado, se seleccionaron 16 pacientes con el objeto de aplicar un cuestionario elaborado de acuerdo a nuestras variables previamente identificadas.

La población objeto de estudio reunía las siguientes características:

- Con diagnóstico bacteriológico por el método de microscopía directa.
- Presentaban estudio radiológico de tórax para ver la extensión de la enfermedad.
- Todos tenían estudio epidemiológico.
- Todos habían tenido entrevistas previas con el personal adscrito a medicina preventiva, con el objeto de comunicar el manejo de su enfermedad.
- La población estudiada se agrupó en mayores y menores de 15 años de edad.
- Todos fueron derechohabientes del I. M. S. S.

CUESTIONARIO

Número de encuesta _____

Nombre _____ Cédula _____

Edad: Menor de 15 años () De 15 a 44 años () De 45 a 64 años () De 65 y más ().

Sexo: Masculino () Femenino ()

1. Señale el número de personas que viven en su casa:
 - () solo () 2 a 3 () 4 a 5 () 6 a 7 () 8 ó más
2. El ingreso mensual de su familia es de:
 - () menos de 1500 () de 1500 a 2500
 - () de 2500 a 3500 () de 3500 a 4500
 - () de 4500 a 5500 () de 5500 a 6500
 - () más de 6500
3. Número de cuartos de su casa:
 - () 1 () 2 () 3 () 4 () más
4. El agua que usan en su casa es de:
 - () hidratante público () pipa () entubada fuera
 - () entubada dentro
5. Qué tipo de servicio sanitario tiene:
 - () no tiene () letrina () fosa séptica
 - () excusado inglés
6. Sabe leer y escribir:
 - () Sí () No

7. Cuántos años acudió a la escuela:
 1 2 ó 3 4 ó 5 6 años
 secundaria otros
8. Lugar de origen _____
9. Tiempo de vivir en Nezahualcóyotl _____
10. Religión que profesa _____
- 11.Cuál de las siguientes enfermedades considera -
que afecta a los pulmones? :
 Hepatitis Tuberculosis Asma
 Pulmonía Reumatismo
12. Qué molestias tienen los enfermos del pulmón?
 tos diarrea escalofrío
 fiebre pérdida de peso.
13. Sabe usted que la tuberculosis es una infección
del pulmón causada por microbios?
 Sí No
14. Cree usted que a cualquier persona le puede dar
tuberculosis?
 Sí No
15. De los siguientes hechos cuáles cree usted que -
pueden favorecer que una persona enferme de tu-
berculosis?
 ser pobre tener mala alimentación,
 convivir con una persona tuberculosa
 no lavarse las manos antes de comer

16. Sabe usted que el paciente tuberculoso necesita -
tratamiento?
 Sí No
17. Qué medicamentos necesitan los enfermos tuber-
culosos?
 inyecciones tabletas suspensiones
 jarabes
18. Qué le pasa al enfermo de tuberculosis si no -
recibe tratamiento?
 empeora se muere por complicación
 se cura solo.
19. Esta usted informado de que padece tuberculosis?
 Sí No
20. Quién le informó?
 su médico familiar personal de Medicina
preventiva un amigo médico especialista
 otros
21. Le explicaron que su enfermedad es curable?
 Sí No
22. Le informaron que es necesario no suspender el
tratamiento y terminarlo?
 Sí No
23. Le informaron que es necesario estudiar a toda
la familia?
 Sí No
24. Ha escuchado algún mensaje sobre tuberculosis?
 Sí No

25. Qué medidas conoce usted para evitar la tuberculosis?
- vacunación a los niños comer bien
 - tratamiento de los enfermos tuberculosos en la familia
 - no toser frente a las personas sanas
26. Las personas con flema positiva para no contagiar a otras personas deben de:
- no toser frente a ellas y cubrirse la boca
 - no dormir con otras personas
 - tomar sus medicinas puntualmente
 - tener trastes para uso personal
 - no escupir en el suelo
27. A quien acudió primero al presentar los primeros síntomas de su enfermedad?
- médico farmacéutico curandero
 - vecino
28. Sabe Ud. que el enfermo tuberculoso puede llevar una vida normal si sigue el tratamiento?
- Sí No
29. Ha tenido algún problema con su familia o en su trabajo por padecer tuberculosis?
- Sí No
30. Le produce vergüenza padecer esta enfermedad?
- Sí No
31. Cree usted que la voluntad de algún santo le puede ocasionar o curar de tuberculosis?
- Sí No

32. Qué otras cosas aparte de las medicinas le pueden curar de tuberculosis?
- yerbas limpias veladoras
 mandas otras, cuales? _____.

RESULTADOS

Las variables consideradas para la obtención de nuestros resultados fueron las siguientes:

- I. No comprenden a la tuberculosis pulmonar como una enfermedad particular.
- II. Inadecuada interrelación del individuo ante el personal del equipo de salud.
- III. Problemática interpersonal, familiar y ocupacional en relación a la tuberculosis pulmonar.

Para nuestra primera variable se utilizaron 10 reactivos que aplicados a nuestros 16 pacientes hacen un total de 160 indicadores. Se contestaron negativamente 62 preguntas lo que representa el 38.7 por ciento, por lo que, se considera que un 60 por ciento aproximadamente tenían información acerca de la etiología, factores predisponentes, síntomas, evolución, tratamiento y prevención de la tuberculosis pulmonar.

Para la segunda variable se utilizaron 8 reactivos, que aplicados a nuestros 16 pacientes hacen un total de 128 indicadores. Contestaron negativamente 13 preguntas o sea un 10.1 por ciento, por lo que se considera que un 90 por ciento de la población seleccionada presenta una adecuada interrelación con el personal del equipo de salud.

Para la tercera variable se utilizaron 5 reactivos, que aplicados a nuestra población hacen un total de 80 indicadores. Contestaron negativamente 21

preguntas o sea un 26.2 por ciento; por lo que se -- considera que un 73 por ciento de la población en es- -- tudio está consciente de la influencia que ejerce la tu- -- berculosis pulmonar en relación al ocultamiento, es- -- tigmatización y reputación.

Los 10 primeros reactivos están en rela- -- ción a los aspectos socio-económicos y culturales de -- la población en estudio; los resultados indican que -- sólo cuatro pacientes, o sea el 25 por ciento tenían -- un ingreso superior a los \$ 6,500.00 mensuales y -- un promedio de 7 miembros por familia, con servi- -- cios y condiciones de vivienda aceptables. El resto -- de los pacientes se encontraban en condiciones socio- -- económicas precarias.

COMENTARIOS

En relación a los resultados obtenidos en -- nuestra primer variable, es importante hacer resaltar que a pesar de ser una población que estaba en íntima relación con el personal del equipo de salud, aproximadamente un 40 por ciento desconocía o no comprendía a la tuberculosis pulmonar como una enfermedad particular. Ya que no identificaron la etiología, factores predisponentes, síntomas, evolución, tratamiento y prevención de la misma.

En nuestra segunda variable encontramos que un 90 por ciento de nuestra población en estudio, se encontraba adecuadamente interrelacionada con los integrantes del equipo de salud; ya que mostraba buena actitud, asistencia y participación hacia los servicios, lo que condujo a un grado adecuado de motivación en relación a la curación de su enfermedad.

Con respecto a la tercera variable observamos que aproximadamente un 27 por ciento, desconoce la influencia que ejerce la tuberculosis pulmonar en relación a la problemática interpersonal, familiar y ocupacional, así como su repercusión en el ámbito socioeconómico y cultural.

DISCUSION

A la luz de los conocimientos actuales en el campo de las ciencias médicas y de la conducta, la salud y la enfermedad son simplemente dos fases de la vida misma, concepto ya expuesto desde el siglo pasado por Bernard, Freud, Cannon y Mayer. El triunfo biológico en todas sus manifestaciones - como dice el profesor René Dubos - es una medida de aptitud; y la aptitud exige un esfuerzo interminable de adaptación al medio, el cual cambia constantemente. La recompensa de este triunfo es el estado de salud, el costo del fracaso, la enfermedad.

Los conceptos relativos a la salud han sufrido variaciones; la salud no es potestad de una clase, sino patrimonio de todos los ciudadanos. La salud no es consecuencia de acciones exclusivamente médicas, sino resultados de la elevación del nivel de vida. La salud es responsabilidad del estado y de los ciudadanos.

Ni el bienestar individual, ni la felicidad, ni el progreso social de las naciones son posibles, sin un estado de salud general de la población, como afirmaban los hombres que en 1946, aprobaron el siguiente párrafo de la O.M.S. "El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religion, ideología política o condición económica-social". (18)

Casi ningún país deja de reconocer el derecho de los individuos a la salud, pero las acciones sanitarias y asistenciales que cada gobierno emprende para hacer efectivo este derecho, dependen esen-

cialmente del concepto que las autoridades y los médicos tienen sobre la salud y la enfermedad. Un enfoque equivocado puede llevar a las autoridades a establecer políticas ineficaces de salud.

Desde mediados de la década de los sesenta, la orientación neohumanista de la vida y la sociedad vino a constituir un estímulo importante ante los estudiantes universitarios en general y entre los estudiantes de medicina en particular; esto impulsó a muchos nuevos médicos a tomar carrera orientadas hacia la gente en cuanto a la atención de contacto primario o a la que se ha llamado medicina comunitaria. Así, muchos nuevos médicos graduados durante la década pasada, han podido dar expresión a su deseo de servir a sectores necesitados, siguiendo por el camino de carreras tales como la medicina interna, pediatría, obstetricia y psiquiatría, enfocadas todas ellas al contacto primario.

La definición oficial que adoptó la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP) para "contacto primario" en 1975 es la que sigue:

"El contacto primario es una forma de prestar la atención médica que enfatiza la importancia de la primera atención que se da, y que asume la responsabilidad continua del paciente, tanto en el mantenimiento de la salud como en la terapéutica de la enfermedad. Esta es una atención personal, que implica una interacción y una comunicación únicas entre el paciente y el médico. Es de carácter integral, e incluye la completa coordinación de la atención de los problemas de salud de los pacientes, ya sean éstos de carácter biológico, conductual o social. El uso apropiado de médicos consultantes y de los re-

cursos comunitarios es una parte importante de una efectiva atención de contacto primaria" (19).

Otra definición que podemos encontrar es : "Medicina familiar es la especialidad que se construye sobre un núcleo de conocimientos derivados de -- otras disciplinas, que preparan al médico para un papel único en el manejo de los pacientes, la solución de sus problemas de éstos, el consejo y la coordinación total de la atención para la salud" (20).

La Dirección General de Control de la Tuberculosis y de las Enfermedades del Aparato Respiratorio proporciona atención a nivel de contacto primario a través de las instalaciones de la Secretaría y Asistencia y de las unidades de salud de los gobiernos de los estados, con las cuales cubre 31 128 296 -- habitantes. El 70% del personal que presta sus servicios en esas unidades, está formado por profesionales de la salud no especializados, técnicos y auxiliares; que se dedican a cubrir las siguientes áreas básicas del nivel primario: a) control de enfermedades transmisibles, b) asistencia médica, con énfasis en el núcleo materno infantil, c) promoción del saneamiento, d) educación para la salud, e) notificación de enfermedades.

Por lo tanto, las actividades del programa a nivel de contacto primario, quedan comprendidas -- en el área de control de enfermedades transmisibles. La simplificación y estandarización de las medidas -- de prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, ha hecho posible que profesionales de la salud no especializados, así como técnicos y auxiliares, puedan aplicar a nivel de contacto primario las si -- guientes actividades específicas: vacunación con BCG,

quimioprofilaxis, diagnóstico, y tratamiento.

Además, otra actividad muy importante a nivel de contacto primario es la Educación para la Salud; sin ella, las acciones específicas de los programas de Salud Pública fracasarían.

El diagnóstico de la tuberculosis es una actividad fundamentalmente médica, apoyada por una serie de actividades que personal profesional técnico y auxiliar realiza en diferentes áreas de trabajo.

El diagnóstico y el tratamiento de los enfermos bacilíferos son, quizá las actividades más importantes del programa de control, que se llevan a cabo a nivel de contacto primario porque su efecto en la cadena de transmisión es de gran magnitud.

Para identificar tosedores, las enfermeras de consulta general y de campo, llevan a cabo las siguientes actividades. a) interrogatorio sobre síntomas respiratorios a todo paciente que acude a consulta al servicio de salud o que entrevista durante su visita domiciliaria; b) recolectar las muestras de esputo de los tosedores; c) identificar y enviar las muestras al laboratorio que realiza las baciloscopías y en los lugares donde es difícil la comunicación, elaboran y envían los frotis de expectoración.

El técnico o el auxiliar de laboratorio, procesa el extendido, realiza la lectura e informa el resultado a la unidad de salud que solicitó el examen.

El médico integra el diagnóstico, informa el resultado al paciente elige el tipo y el esquema de tratamiento y cita a los contactos.

Tiene la responsabilidad de derivar a un -- segundo nivel de atención a aquellos tosedores que -- requieran diagnóstico diferencial por tener examen bacilosκόpico repetidamente negativos o para el diagnóstico de formas extrapulmonares.

El tratamiento correcto de los enfermos bacilíferos disminuye el riesgo de infección al acortar el período de transmisibilidad de curar y disminuye el riesgo de morir por tuberculosis; para lograrlo, son fundamentales las acciones específicas y de educación higiénica que debe realizar el médico, la enfermera y la trabajadora social. El éxito o el fracaso del tratamiento radica en la comunicación que establezca el médico y la enfermera con el paciente y los familiares. La trabajadora social participa en -- las actividades de enfermería en lo que se refiere a reconquista de enfermos inasistentes y visitas al núcleo familiar; además hace trámites para ayudas económicas y traslado de enfermos.

Si para el éxito del tratamiento es de fundamental importancia que el personal de salud apoye convencido a sus actividades específicas en la educación para la salud, en las actividades de prevención y diagnóstico es indispensable la participación de todos los miembros de la comunidad; esto se logra -- convenciendo a sus líderes para que participen plenamente en la planificación, organización y administración de la atención primaria de salud. (21).

Es por eso, que queremos hacer hincapié -- en la importancia del papel del médico familiar en -- el proceso salud-enfermedad de la tuberculosis en -- particular y de otras enfermedades en general.

CONCLUSIONES

- 1 La actitud del paciente tuberculoso ante el proceso salud-enfermedad es inadecuada.
- 2 Un 40 por ciento de nuestra población en estudio, no comprendió a la tuberculosis como una enfermedad particular.
- 3 El tratamiento médico supervisado constituye un instrumento indispensable para llevar a cabo el programa de la lucha contra la tuberculosis.
- 4 Un 90 por ciento de nuestra población en estudio, se encontraba adecuadamente interrelacionada con el equipo de salud, ya que mostraba buena actitud, asistencia y participación hacia los servicios.
- 5 Es responsabilidad del médico familiar laborar en estrecha coordinación con el Servicio de Medicina Preventiva, con respecto a: detección de pacientes tuberculosos, canalización de casos y contactos para su estudio epidemiológico y captación en el archivo local de casos de pacientes tuberculosos, supervisión de tratamiento médico autoadministrado, formación del club del tuberculoso, etc...
- 6 El grupo en estudio si estuvo consciente de la influencia que ejerce la tuberculosis en el individuo, la familia y la comunidad.
- 7 Cuando se organiza en forma adecuada y por grupos, a los pacientes con tuberculosis se origina una adecuada interrelación con el equipo de salud.

- 8 Una actividad muy importante a nivel de contacto primario es la educación para la salud, ya que sin ella, fracasarían las acciones específicas de la lucha contra la tuberculosis.
- 9 Actualmente se considera a la tuberculosis como un fenómeno social.
- 10 La tuberculosis continúa siendo en nuestro medio, un problema serio de salud.

BIBLIOGRAFIA

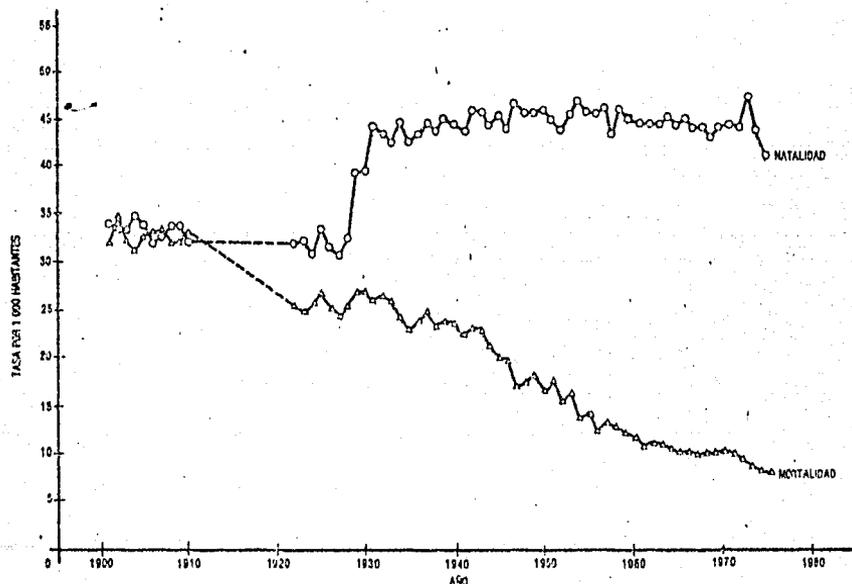
1. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Dirección General de Control de la Tuberculosis y del Aparato Respiratorio. Secretaría de Salubridad y Asistencia 1977.
2. Comité de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud. Octavo informe. Serie de informes Técnicos.
3. Campaña Nacional Contra la Tuberculosis: Panorama epidemiológico de la tuberculosis pulmonar en México. Salud Pública de México. Época V, Vol. VI (5) sep-oct. 1964.
4. Briones Salvador y col: Evaluación del Registro Local del Grupo Nacional de Tuberculosis de la C.H. No. 24 I.M.S.S. Neumol. Cir. Tórax Mex. Vol. 38 (2) 1977.
5. Olvera C.R. y Escobedo C.A.: Situación epidemiológica de la tuberculosis en México. Salud Pública de México, Vol. XVII, 13-33, 1976.
6. Grupo Nacional de Tuberculosis del I. M. S. S.: -- Primer informe del Registro Nacional de Casos de Tuberculosis. Hosp. de Enf. Tórax, CMN, IMSS, jun. 1973.
7. Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, México, D.F.
8. Domínguez R. J.: Aspectos epidemiológicos de la tuberculosis pulmonar. Neumol. Cir. Tórax Méx. 34: 205-212, 1973.

9. Bloon S. y Wilson R.N.: Patient-Practitioner Relationships. Handbook of Medical Sociology, - H.E. 1972.
10. The Future General Practitioners. Learning and Teaching Royal College of General Practitioners. Londres. 1973.
11. Narro J. y Rodríguez J.: La relación médico-paciente. Rev. Fac. Med. Méx. Vol. XVIII (5) - 1975.
12. Platt, R.: Doctor and Patient. Lancet 2: 1156, - 1963.
13. Parsons, T.: El sistema social. Revista de Occidente, Madrid, 1966.
14. Friedson, E.: Profession of Medicine. Dodd, Mead and Co. New York, 1973.
15. Mechnic, D.: Medical Sociology. A. Selective - View. The Free Press, New York, 1968.
16. Rosenstok, I.M.: What Research in Motivation - Sugest for Public Health. Amer. J. Publ. Hlth. - 50: 255, 1960.
17. Zola, I.: Illness Behavior of the Working Class. A. Shostok and W. Gomberg. Bleu-collar World: Practice Hall, 1964.
18. Evang, Karl. Salud para todos, en Salud Mundial, OMS, Nov. 1973, pág. 3.

19. American Academy of Family Physicians: Oficial Document No. 302, January 30, 1976.
20. American Academy of Family Physicians: Oficial Document No. 302. January 28, 1974, p. 27.
21. El Programa a Nivel del Contacto Primario. Simposio "Actividades del Programa Nacional de Control de la tuberculosis". Neumol. Cir. Tórax, Méx. Vol. 40 (4): 243-253, oct. nov. dic. 1979.

Figura 1

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA DURANTE EL SIGLO XX



FUENTES: Nacional Financiera, S.A. *Statistics on the American economy*, México, 1974. Dirección General de Bioestadística, SSA, *Estadísticas vitales de los E.U.M. (1973, 1974, 1975)*, México, 1976, 1977 y 1979.

Figura 2
POBLACION RURAL Y URBANA 1900-1979

El país se está urbanizando rápidamente. Las altas tasas de crecimiento de la población y las desigualdades regionales originan importantes corrientes migratorias del campo hacia las áreas urbanas. Se estima que en el periodo de 1900-1970 se desplazaron cerca de 3 millones de campesinos a las áreas urbanas del país.

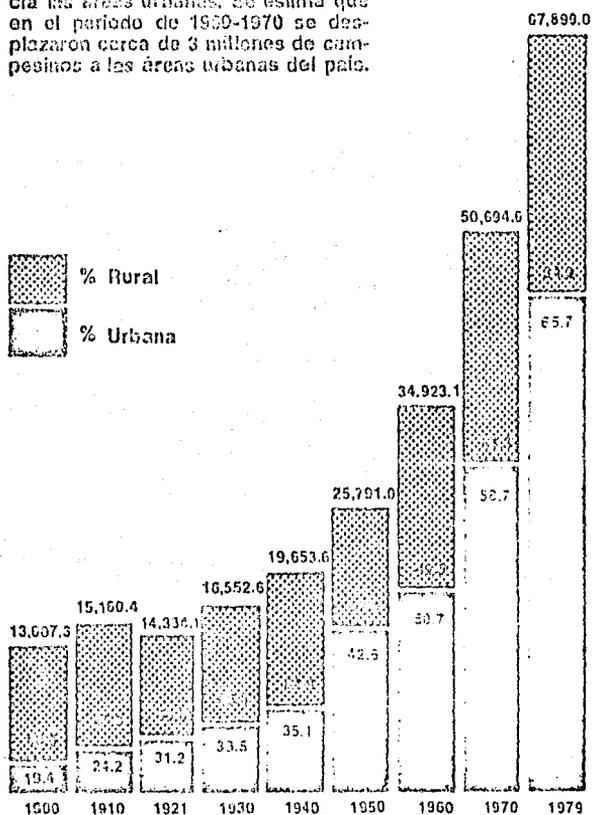
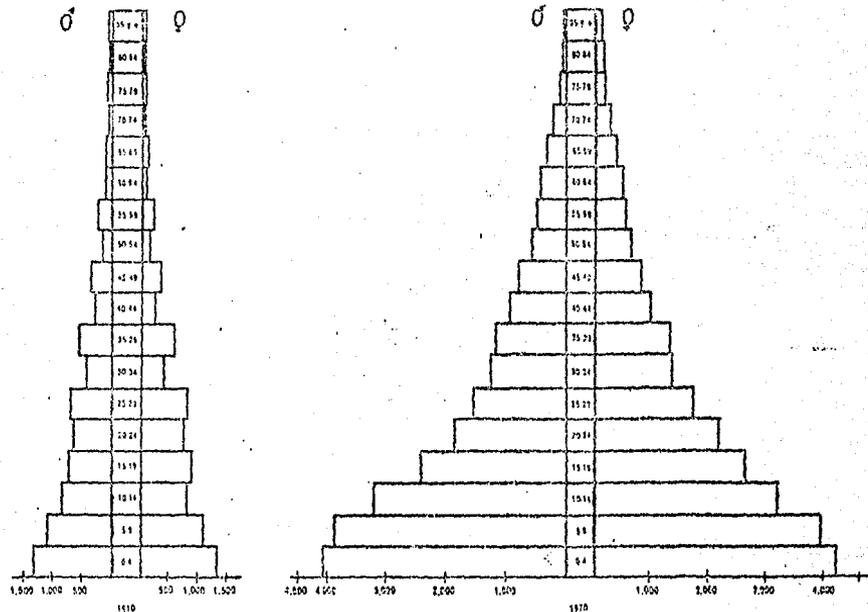


Figura 3

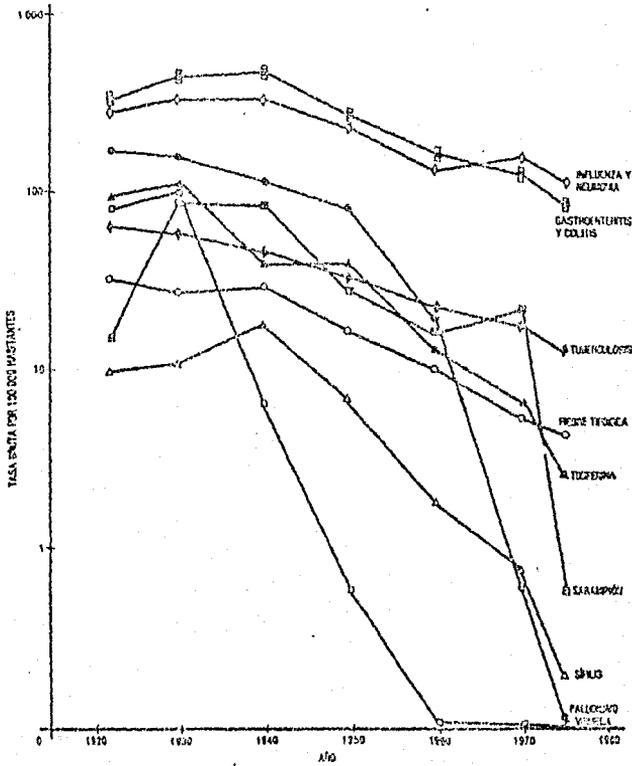
PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE LA REPÚBLICA MEXICANA EN 1910 Y 1970 (MILES DE HABITANTES)



FUENTE: SPP, Los niveles de la fecundidad en México, 1960-1974, SPP, México, 1978.

Figura 4

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR ALGUNOS PADECIMIENTOS INFECCIOSOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA, EN PERÍODOS SELECCIONADOS DE 1922 A 1976



FUENTE: Elaboración propia a partir de: Dirección General de Bioestadística, SSA, *Compendio de estadísticas vitales de México 1976*, SSA, México, 1979. Rajá, D. *Evolución de algunos casos principales de mortalidad en el país 1922-1973*. Doc. Mimeografiado, Facultad de Medicina, UNAM.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Figura 5

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR ALGUNOS PADECIMIENTOS CRONICOS Y DEGENERATIVOS, EN LA REPUBLICA MEXICANA, EN PERIODOS SELECCIONADOS DE 1922 A 1975

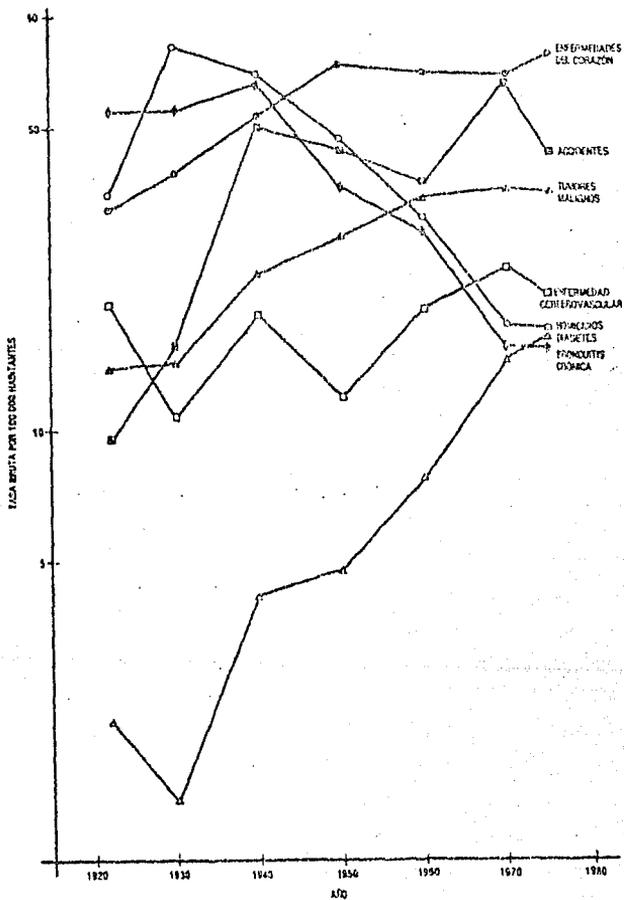


Figura 6

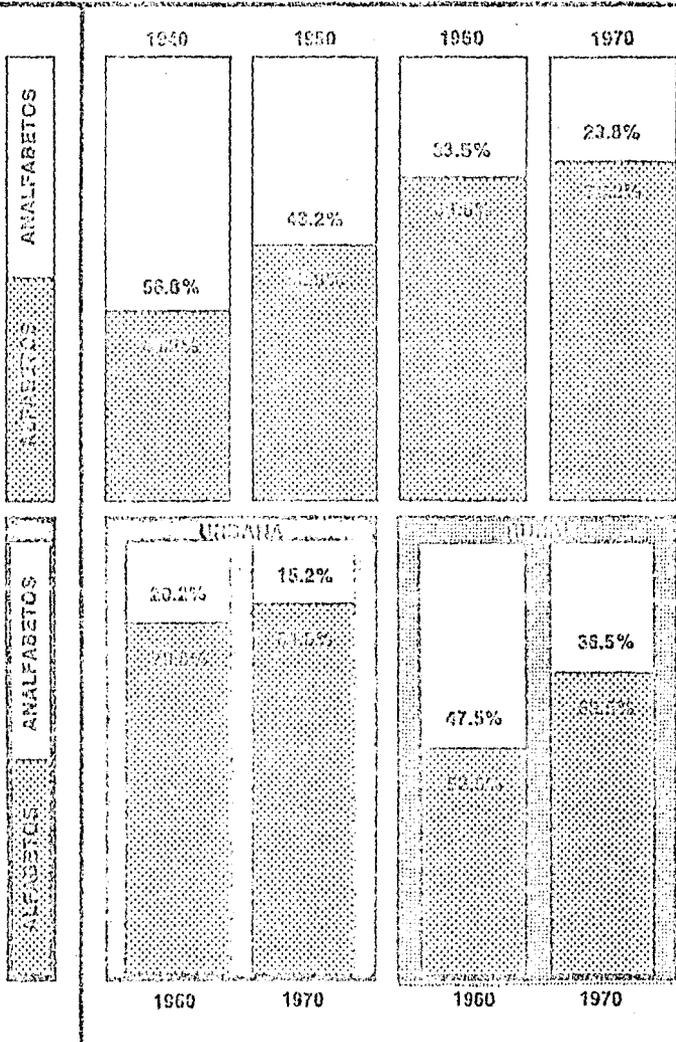


Figura 7

PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO QUE PRESTADA SERVICIOS EN UNIDADES MÉDICAS, SEGÚN INSTITUCIÓN, EN 1971

Instituciones	Personal															
	Médicos		Enfermeras generales		Enfermeras especializadas		Auxiliares de enfermería		Otro personal paramédico		De servicio auxiliares de Dx. y Tx.		Administrativo e intendencia		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Instituciones de Seguridad Social	19 776	53.6	10 146	52.5	1 183	43.9	15 677	48.2	9 191	61.2	3 647	50.7	20 941	51.2	88 561	53.2
IMSS	13 159	35.	7 021	33.4	641	23.8	12 233	37.6	6 627	60.5	2 659	37.0	16 961	50.0	69 601	35.7
ISSSTE	4 208	11.7	1 123	5.8	415	15.1	2 767	8.5	917	8.1	348	4.8	7 661	14.1	17 637	10.7
PEMEX	803	2.2	406	2.1	51	1.9	271	0.9	164	1.5	57	0.8	1 164	2.1	2 819	1.8
FF.CC.	528	1.4	577	3.0	48	1.8	9	0.0	31	0.3	147	2.0	971	1.7	2 314	1.4
BDN	734	2.0	874	4.5	20	0.7	336	1.0	1 159	10.5	389	5.4	1 698	2.8	5 141	3.1
SMN	241	0.6	145	0.7	8	0.3	61	0.2	59	0.5	49	0.7	280	0.5	649	0.5
Instituciones de Salud y Asistencia	8 106	22.2	3 920	19.5	529	19.6	9 595	28.4	937	2.4	1 208	16.0	12 849	22.7	36 245	21.8
SSA	7 189	19.4	3 843	19.3	529	19.6	6 503	21.2	959	7.9	800	12.6	10 905	19.9	31 123	18.7
DDF	1 017	2.8	97	0.6			1 692	5.2	57	0.5	399	4.3	1 944	3.4	5 117	3.0
PARTICULARES	5 664	15.4	3 690	19.1	530	25.2	5 149	15.3	595	5.3	1 856	25.3	9 364	16.6	27 017	16.2
OTROS*	3 240	8.8	1 556	8.1	203	11.3	3 129	9.6	678	5.1	481	6.7	5 334	9.5	14 621	8.8
TOTAL	36 636	100.0	19 312	100.0	2 665	100.0	32 549	100.0	11 321	100.0	7 139	100.0	56 468	100.0	166 444	100.0

* Incluye Instituciones descentralizadas, civiles, estatales, municipales, Cruz Roja y otras no consideradas en la clasificación.
FUENTE: DGE, Estadísticas Hospitalarias, 1971, serie V, núm. 1, Secretaría de Industria y Comercio, 1975.

Figura 8

GASTO PERCÁPITA EN SALUD DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL,
A PRECIOS CORRIENTES Y A PRECIOS CONSTANTES DE 1967 A 1979

Año	Gasto per cápita a precios corrientes (a)				Gasto per cápita a precios constantes (b)			
	IMSS	ISSSTE	SSA	Promedio	IMSS	ISSSTE	SSA	Promedio
1967	423	658	34	117	436	663	35	118
1968	476	691	26	129	476	691	36	129
1969	449	750	32	133	432	724	37	129
1970	509	718	45	157	469	660	42	145
1971	521	721	43	160	454	629	38	139
1972	578	720	64	195	480	548	53	162
1973	643	821	79	232	477	616	58	172
1974	760	775	100	299	455	464	59	179
1975	921	834	129	374	489	435	67	194
1976	1 199	949	155	479	539	427	70	215
1977 (c)	1 590	771	228	626	554	269	79	218
1978 (c)	1 823	1 235	275	764	556	375	83	229
1979 (c)	2 081	1 243	337	874	578	345	93	242

(a) En pesos. (Gasto en salud de la institución/población cubierta.)

(b) En pesos de 1968. (Gasto per cápita/índice nacional de precios al consumidor.)

(c) Estimaciones.

FUENTE: José López Portillo, Segundo Informe de Gobierno, anexo 1, 1978.

Figura 9

Tres modelos básicos de la relación médico-paciente

MODELO	PAPEL DEL MEDICO	PAPEL DEL PACIENTE	APLICACION CLINICA DEL MODELO	PROTOTIPO DEL MODELO
1. Activo pasivo	Hacer algo al paciente.	Receptor (incapaz de responder, inerte)	Anestesia, coma, traumatismo, etc.	Padre-hijo (infante).
2. Dirección-cooperación	Le dice al paciente lo que debe hacer.	Coopera (obedece).	Infección aguda	Padre-hijo (adolescente)
3. Participación mutua.	Ayudar al paciente para que el mismo se ayude.	Participación en una empresa (usa ayuda de un experto)	La mayoría de las enfermedades crónicas.	Adulto-adulto

. TABLA I
 HOSPITAL GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE CO. NEZAHUALCOYOTL
 DEFUNCIONES HOSPITALARIAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 1979

CLAVE "A"	CAUSA	< 1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 y más		TOTAL		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	TOTAL
4	DISENTERIA BACTERIA Y MIB.							5	3			5	3	8
5	ENT. Y OTRAS ENT. BACTERIA.											26	42	70
6	TUB. DEL AP. RESPIRATORIO						1		1	1	2	1	3	3
7	TUB. DE LAS MEMBRAS									1		1		1
10	OTRAS ENT. BACTERIA. TUB.						2					2		2
19	INFECCIONES GONOCOCICAS						1					1		1
20	ICTERAS									1		1		1
21	OTRAS ENT. BACTERIA.	30	31	2	1	5	1	3	6	6	6	65	45	91
23	HEPATITIS INFECCIOSA		2										2	2
29	OTRAS VITRIS	2	2	2								5	2	7
47	TUM. MALIG. DEL ESTOMAGO								2	4	2	4	4	6
58	TUM. MALIG. DE OTRAS LOCALIZ.						1		2	5	3	5	5	9
59	LEUCEMIA						1	1					2	2
64	DIABETES MELLITE						1	2	4	0	10	10	15	25
65	AVIT. Y OTRAS DEF. NUTRIC.		1	1								1	1	2
66	OTRAS ENT. DEL LAS PLAM. LIND.										1		1	1
67	ANEMIAS					1						1		1
68	OTRAS ENT. DE LA SANGRE							1					1	1
70	NEUROSIS, TRAST. DE LA PERB.						6	1	4	1	12	2	4	14
72	MEINGITIS	7	2		1		1	2	3		12	4	16	16
79	OTRAS ENT. DEL SIST. NERVIOSO	1					2	1	1		4	1	5	5
82	ENFER. CARDIOP. HIPERTENSIVAS							1		2	1	2	2	3
83	ENT. ISQUEMICAS DEL CORAZON						2		5	3	7	3	10	10
84	OTRAS ENT. DEL AP. CIRCULAT.		1				1		3	6	4	7	11	11
85	ENT. CEREBROVASCULARES	11	4			1		2	17	14	29	20	49	49
86	ENT. DE LAS ARTERIAS	3	2	1			1	1	1	1	5	5	10	10
88	OTRAS ENT. DEL AP. CIRCULAT.										1		1	1
92	OTRAS NEUMONIAS	7	8	1	3			1	1	2	4	11	16	27
93	BROQUITIS, ENFISEMA Y ASMA									1		1		1

TABLA 2
CASOS DE ENFERMEDADES CAPTADOS EN URGENCIAS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.
1979

Causa n.º	C A U S A		< 1		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 y más		T O T A L		
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
	1	FIEB.TIF.PARAT.Y OTRAS SALM.			1	4	5	13	11	33	27	3	8	53	52
2	DISENTERIA BACILAR Y AMIBIASIS		144	180	69	66	36	46	87	187	43	61	379	460	839
3	EOT.Y OTRAS ENF.DIARREICAS		536	402	200	186	63	72	111	300	36	73	965	1043	2008
4	TUB.DEL AP.RESPIRATORIO				1	2	2	2	32	12	21	22	60	34	96
5	OTRAS TUB.INC.ELECCION TUBICION				1	1		2	7	4	2		10	8	18
6	REUMATISMO											1		1	1
8	TOS FERINA		3	1		2							3	3	6
9	ANGINA ESTREPTOC.Y ESCARLATINA							2						2	2
11	SARAMPION		12	13	25	22	26	24	1	1			64	60	124
12	ENCEFALITIS VIRICA									1				1	1
13	HEPATITIS INFECCIOSA							1						1	1
16	SIFILIS Y SUS SECUELAS								1	1			1	1	2
17	INFECCIONES GONORRICAS									5			5		5
18	HELMINTIASIS		8	6	43	47	23	35	11	31	2	4	87	123	210
19	TODAS LAS DEMAS ENF.INF.Y P.		53	40	66	60	59	61	44	86	13	33	235	200	515
20	TUM.MALIG.IMP.LOS NEURILOMAS				2		2		7	10	11	21	22	31	53
21	TUM.BENIG.DE NAT.NO ESPECIF.				2	3	2	5	19	39	10	26	33	73	106
22	TIROTOXICOSIS CON O SIN NUCLEO								1	2	1	2	2	4	6
23	DIABETES MELLITUS				1		1	1	32	75	69	139	103	215	318
24	AVIT.Y OTRAS DEF.NUTRICIONALES		62	39	15	14	1	2	7	5	2	3	93	63	156
25	OTRAS ENF.OC.LAS GLAND.FECL.			3	1	1		1	6	33	11	32	31	71	89
26	ANEMIAS		3		2	2	6	9	29	73	19	11	61	95	156
27	PSIC.Y TRAST.MENT.NO PSIC.		5	3	9	7	20	24	267	368	68	74	353	476	845
28	ENF. INFLAMATORIAS DEL OJO		30	29	19	9	22	21	42	27	4	15	125	101	226
29	CATARATA									3	3	6	3	9	12

TABLA 3
 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 15-44
 AÑOS DE EDAD CD. NEZAHUALCOYOTL
 1976

C.I.E. Lista A	CAUSA	MASCULINO		FEMENINO		T O T A L	
		Núm.	% *	Núm.	% *	Núm.	% *
E149	LESIONES EN LAS QUE SE TIENE SI FUERON ACCIDENTAL O INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS	177	18.4	27	2.8	204	21.2
102	CIRROSIS HEPATICA	72	7.5	14	1.4	86	8.9
130	ACCIDENTES DE VEHICULOS DE MOTOR	69	7.2	11	1.1	80	8.3
148	HOMICIDIOS Y LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR OTRAS PERSONAS INTERVEN.LEGAL	66	6.8	5	0.5	71	7.4
92	OTRAS NEUMONIAS	29	3.0	19	2.0	48	5.0
84	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	15	1.6	25	2.6	40	4.2
146	LAS DEMAS CAUSAS ACCIDENTALES	21	2.2	9	0.9	30	3.1
6	TUBERCULOSIS DEL APARATO RESPIRATORIO	16	1.7	6	0.6	22	2.3
85	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	6	0.6	16	1.7	22	2.3
81	ENFERMEDADES REUMATICAS DEL CORAZON	10	1.0	8	0.8	18	1.8
L A S D E M A S		158	16.1	107	10.9	265	27.5
T O T A L		639	65.0	327	34.0	966	100.0

* en relación al total de defunciones en el grupo
 ** En relación al total de defunciones del Municipio
 FUENTE: Tabulación de defunciones en la AGE/GMP.

TABLA 4
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
CD. HEZANUALCOYOTL
1974-1976

CIE "A"	C A U S A	1 9 7 4			1 9 7 5			1 9 7 6		
		ORD	NUMERO	%	ORD	NUMERO	%	ORD	NUMERO	%
09-92	INFECCIONES DEL AP. RESPIRATORIO	1	1 032	22.3	2	657	17.4	1	1 239	20.0
5	ENT. Y OTRAS ENF. BACTERICAS	2	931	19.9	1	685	18.1	2	951	16.2
131-135	CIENT. CAUS. DE MORB. Y DE LA MORT. P.	3	574	8.5	3	328	8.7	3	557	9.0
80-84	ENFERMEDADES DEL CORAZON	6	217	4.7	4	246	6.5	4	532	8.6
E149	LFS. DE LAS QUE SE IGN. SI FUERON REC.	12	68	1.5	5	229	6.1	5	417	6.7
102	CIRROSIS HEPATICA	5	222	4.8	5	186	4.9	6	276	4.5
130-146	ACCIDENTES	4	331	7.2	7	174	4.6	7	268	4.3
45-60	TUMORES MALIGNOS	7	156	3.4	8	170	4.5	8	226	3.7
65	DIABETES MELLITUS	19	93	2.0	9	103	2.7	9	143	2.3
93	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	14	49	1.1	16	52	1.4	10	142	2.3
85	ENFERMEDADES CIRCULATORIAS	8	106	2.3	10	97	2.6	11	119	1.9
126-130	ANOMALIAS CONGENITAS	11	85	1.8	12	69	1.8	12	96	1.6
21	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS				10	47	1.2	13	95	1.5
E140	HEMIC. Y LES. PROD. INTENS. POR OTRAS P.	9	104	2.3				14	69	1.4
6-10	TUBERCULOSIS TODAS FORMAS	13	67	1.4				15	84	1.4
137	SISTEMAS Y ESTADOS MORBIDAL DEFINITOS				14	60	1.6	16	79	1.3
105-106	NEFRITIS Y NEFROSIS	16	45	1.0	17	50	1.3	17	78	1.3
72	MEINGITIS	10	40	0.9				18	51	0.8
4	DISENTERIA BACILAR Y AMIBIASIS	17	42	0.9	19	34	0.9	19	38	0.6
88	OTRAS ENF. DEL APARATO CIRCULATORIO							20	37	0.6
65	AVIT. Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRIC.	15	47	1.0	15	58	1.5			
112-110	CAUSAS MATERIAS	19	30	0.6	20	33	0.9			
104	OTRAS ENF. DEL APARATO DIGESTIVO				11	78	2.1			
9-10	TUBERCULOSIS TODAS FORMAS				11	60	1.6			
	LAS DEMAS		572	12.4		361	9.5		619	10.0
	T O T A L		4 621	100.0		3 777	100.0		6 184	100.0

TABLA 5
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1974-1976

C.I.E. *K	C A U S A	1 9 7 4		1 9 7 5		1 9 7 6				
		ORD. DEFUNCIÓNES	TASA	ORD. DEFUNCIÓNES	TASA	ORD. DEFUNCIÓNES	TASA			
89-92	INFECCIONES DEL AP. RESPIRATORIO	1	63 706	109.6	1	59 037	98.2	1	67 248	107.9
5	ENTERITIS Y OTRAS ENF. DIARREICAS	2	50 842	87.4	2	51 061	84.9	2	51 235	82.2
80-84	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	3	42 773	73.0	3	46 642	75.9	3	48 256	77.5
130-146	ACCIDENTES	4	28 793	49.5	4	27 140	45.1	4	24 772	39.7
45-69	TUMORES MALIGNOS	5	20 912	36.0	6	21 674	36.1	5	22 635	36.3
131-135	CIERTAS CAUS. DE MORB. Y MORT. PERINAT.	5	22 026	37.9	5	21 765	36.2	6	22 578	36.2
147	LESIONES (DE IGUAL O ACCIDENT. O INTEN.)	14	9 124	15.5	10	11 364	18.9	7	17 535	28.1
136	SEMILIDAD SIN MENCIÓN DE PSILOSIS	7	10 275	17.4	7	15 329	25.5	6	15 737	25.2
85	ENF. CEREBROVASCULARES	8	13 635	23.4	8	12 827	21.3	9	13 262	21.3
102	CIRROSIS HEPÁTICA	10	11 244	19.3	9	12 236	20.6	10	12 261	19.7
64	DIABETES MELLITUS	12	8 417	14.5	12	10 408	17.3	11	11 719	18.8
93	BRONQUITIS, EMPISEMA Y ASMA	13	8 204	14.2	13	10 257	17.1	12	11 687	18.7
148	HEMOCIDOS	9	12 863	22.1	11	10 632	17.7	13	10 314	16.5
6-10	TUBERCULOSIS TODAS FORMAS	11	8 614	14.6	14	8 516	14.2	14	8 213	13.2
25	SARAMPIÓN							15	6 199	9.9
65	AVIT. Y OTRAS DEF. NUTRICIONALES	16	5 841	10.0	15	7 061	11.7	16	6 031	9.7
21	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS	15	5 870	10.1				17	5 307	8.5
126-130	NEFRITIS Y NEFROSIS	19	4 068	7.0	17	4 364	7.3	18	4 589	7.4
105-106	NEFRITIS Y NEFROSIS	18	4 190	7.2	20	3 656	6.4	19	4 462	7.2
67	ANEMIAS	17	5 057	8.7	16	4 953	8.3	20	4 003	6.4
86	ENF. ARTERIAS, ARTERIOLAS Y V. CAPILARES	20	3 436	5.9	18	4 069	6.8			
150	LESIONES RESULT. DE OPERAC. DE GUERRA				19	4 058	6.7			
	LAS DEMÁS		88 133	151.6		89 622	149.1		86 057	138.1
	T O T A L		433 184	745.0		435 850	725.0		454 137	728.6