

51  
71.



# 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  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD MEDICA FAMILIAR ERMITA ISSSTE

**" DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS  
DEMOGRAFICAS DE ESTRUCTURA FAMILIAR  
Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA "**

**CONSULTORIO Núm. 5  
U.M.F. ERMITA ISSSTE 1996**

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

PRESENTA

Dra. María Judith Hanon Esqueda

**F. S. S. T. E.  
Delegación Médica  
Hera Sur, D. F.**

OCT. 14 1997

México D.F. 1997

**DIRECCION  
CLINICA ERMITA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



SSSTE



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD MEDICA FAMILIAR ERMITA ISSSTE

*" DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS,  
DE ESTRUCTURA FAMILIAR Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA  
CONSULTORIO # 5 "*

U.M.F. ERMITA ISSSTÉ 1996

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**Dra. María Judith Hanon Esqueda**

**Dra. María Judith Hanon Esqueda**

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS,  
DE ESTRUCTURA FAMILIAR Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA  
CONSULTORIO # 5 U.M.F. ERMITA ISSSTE 1996

TRABAJO QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. María Judith Teresa Hanon Esqueda

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~

~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.~~

~~DR. ARNULFO HINOYEN CORIA~~

~~COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.~~

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

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**Dra. María Teresa Hanon Esqueda**

**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS,  
DE ESTRUCTURA FAMILIAR Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA  
CONSULTORIO # 5**

**U.M.F. ERMITA ISSSTE 1996**

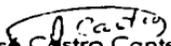


**Dr. Luis Velasco Cruz**

**JEFE DE ENSEÑANZA DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR ERMITA I.S.S.S.T.E.**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ERMITA ISSSTE**

**I.S.S.S.T.E.**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**13 OCT. 1997**  
**V. a. B. o.**



**Dr. José Castro Cante**  
**ASESOR DE TESIS**



**DR. HECTOR GABRIEL ARIAGA ACEVES**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
I.S.S.S.T.E.**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR ERMITA ISSSTE  
NOVIEMBRE 1996**

**INDICE**

Marco Teórico	5
Planteamiento del Problema	22
Justificación	22
Objetivos	23
Hipótesis	23
Metodología	23
• Tipo de Estudio	23
• Población , Lugar y Tiempo	23
• Tipo y Tamaño de la Muestra	24
• Criterios de: Inclusión, Exclusión y Eliminación	24
• Variables de Medición	25
• Procedimiento para Captar la Información	26
Consideraciones Éticas	26
Resultado, Cuadros y Gráficas	30
Descripción de Resultados	27
Análisis de Resultados	50
Conclusiones	55
Bibliografía	59
Anexos	62

## **MARCO TEÓRICO**

### **I.- SISTEMA DE ATENCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE**

#### **A). FILOSOFÍA DE LA MEDICINA FAMILIAR**

Se define a la Medicina Familiar como el Sistema que se responsabiliza de la Atención Médica Integral primaria y continua del individuo y su familia en el medio ambiental en que se desenvuelven. Es la vía de entrada del paciente y su familia a un Sistema de Salud, regionalizado y escalonado por niveles que por razones de la magnitud que ha alcanzado, se proporciona por un equipo multidisciplinario en donde el Médico General o Familiar actúa como un coordinador de los recursos institucionales y de la comunidad, para la preservación, conservación y restauración de la salud de los núcleos familiares a su cuidado. (1)

#### **B). PERFIL DEL MEDICO DENTRO DEL SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR**

El médico que funciona dentro del Sistema de Atención de Medicina Familiar, es aquel profesional capaz de responsabilizarse de la atención médica, primaria, continua e integral del individuo y su familia. Actuará como la vía de entrada del paciente y su familia al Sistema de Atención Médica, brindará atención médica independientemente de la edad, sexo o padecimiento del individuo, coordinará la utilización de los recursos para atención, estableciendo su principal campo de acción en la presentación de las enfermedades, el mantenimiento y promoción de la salud. (1)

#### **C). PROGRAMA DE ATENCIÓN MEDICO GENERAL FAMILIAR DENTRO DEL I.S.S.S.T.E. (12)**

#### **OBJETIVOS**

**General:** Proporcionar atención médica integral a la población derechohabiente, a través de un equipo multidisciplinario de salud proyectando las acciones a la comunidad. (2)

**Específicos:**

- Promover y conservar la salud física y mental del núcleo familiar

derechohabiente.

- Restablecer la salud del individuo enfermo mediante el diagnóstico certero y tratamiento oportuno y adecuado.
- Mejorar las relaciones humanas entre el personal que proporciona los servicios de salud y la población derechohabiente.
- Satisfacer la demanda de servicios médicos con oportunidad, óptima calidad y a costos razonables.
- Personificar la atención médica considerando al enfermo en el medio ambiente en que se desenvuelve.
- Regionalizar la atención médica, brindándola fluidamente por niveles, a través de la identificación de los problemas de salud por el mejor y mayor conocimiento del enfermo.

### **ACTIVIDADES**

- a). Asignación del personal multidisciplinario del equipo de salud a cada uno de los consultorios.
- b). Asignación de 900 núcleos familiares a un consultorio que será manejado por un binomio médico, señalándose además un responsable de cada núcleo familiar.
- c). Elaboración de una historia social y familiar a cada núcleo familiar.
- d). Discusión multidisciplinaria de los casos interesantes.
- e). Seguimiento longitudinal de algunos casos por el equipo multidisciplinario de salud.
- f). Instrumentación de acciones de prevención y promoción para la salud.
- g). Aplicación de acciones curativas a aquellos pacientes en que se afecte

## **Especialidad en Medicina Familiar**

la salud, a través del estudio clínico y el apoyo de los auxiliares del diagnóstico y tratamiento necesarios.

h). Desarrollo de acciones de rehabilitación de acuerdo al padecimiento.

i). Desarrollo de labores docentes dirigidos al equipo multidisciplinario de salud de la unidad, a los derechohabientes y a estudiantes de las diferentes escuelas de elementos técnicos o profesionales de la salud, así como a apoyar la formación de especialistas en Medicina General Familiar.

j). Participación en programas de investigación de la Unidad, del Area Metropolitana, y/o Subdirección Médica.

### **II.- MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR**

Desde su aparición en México, la medicina familiar, se ha practicado conforme esquemas que, si bien han tenido un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, no han contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico. Esta situación ha limitado la práctica de las tres acciones que fundamentan el ejercicio profesional de la medicina familiar (estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria) ejecutando finalmente actividades que no permiten distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, con la consecuente insatisfacción tanto de los usuarios como del propio médico, puesto que su ejercicio clínico es episódico, curativo y con limitantes en la capacidad resolutoria y de seguimiento. (3)

La identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los tres ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite la práctica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios u exclusivos.(3)

El modelo sistemático de la atención médico familiar, se presenta por primera

vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar. Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual, redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en este disciplina. (3)

El modelo sistemático de atención médica familiar comprende las siguientes fases:

**Fase 1:** Censo poblacional, por medio del cual se identifican las características demográficas de la población adscrita al consultorio «N» con especial atención en los grupos de mayor riesgo.

**Fase 2:** Descripción de la estructura familiar, ciclo vital y desarrollo, elementos socioculturales y relación de estos elementos con los factores de riesgo.

**Fase 3:** Relación de los principales motivos de consulta con los factores demográficos y económicos de las familias adscritas al consultorio «N».

**Fase 4:** Elaboración de estrategias de acción médico-familiar en el consultorio «N» preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (3)

### **III.- LA FAMILIA**

#### **A) DEFINICIONES**

Conjunto compuesto por un matrimonio y sus hijos, y en un sentido amplio, todas las personas unidas por un parentesco, ya vivan bajo el mismo techo ya en lugares diferentes. (4)

Familia (véase Hogar Familiar): Hogar Familiar: Hogar en el que por lo menos uno de los miembros tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. (5)

La Organización de las Naciones Unidas define a la familia como:

El conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. (3)

La definición dada por el consenso norteamericano:

La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por los lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. (3)

En Canadá se ha definido a la familia como:

El grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (3)

## **B) CARACTERÍSTICAS FAMILIARES**

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida diaria. Esto es desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente realizamos nuestras actividades dentro de conglomerados, como la familia, la vecindad, el equipo deportivo, el trabajo, la escuela, la ciudad etc., ya que todas ellas requieren del complemento de la conducta de otros individuos. (6)

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. (6)

En toda actividad, en la educación de los Aztecas, se les inculcaba un gran sentido de la familia y del grupo humano, porque un rostro y un corazón no andaban solos en el mundo, sino cerca, a un lado o enfrente de muchos

otros rostros y muchos otros corazones. (7)

La secuencia educativa de hombres y mujeres, desde lactantes, niños jovencitos y adultos, concluía sólo cuando ya estaban maduros, conscientes, responsables, dueños de una forma honesta y creativa de vivir, con una perfecta ubicación en su familia, en la sociedad, y en el universo. (7)

La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad. (3)

El núcleo familiar le permite la más inmediata y plena satisfacción de sus necesidades, sobre todo al proceso de formación de los hijos por medio del fortalecimiento del conjunto de caracteres hereditarios a través de las normas, pautas y tendencias organizativas para formar el núcleo de la personalidad, la esencia misma del hombre. (8)

Todas las personas provienen de algún tipo de familia, de lo que se desprende que todos saben algo acerca de su estructura y funcionamiento. Por el contrario, en la enseñanza clínica su configuración básica frecuentemente es pasada por alto en un afán de pasar rápidamente a las características más importantes de los órganos del cuerpo humano, las pruebas de laboratorio y las enfermedades. Mientras más se acerca uno al área de la prestación de servicios de atención, más necesita comprender la unidad familiar, con el fin de convertirse en un buen médico. (9)

### **C) CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS**

Para los estudiosos de la familia, desde el punto de vista social se ha encontrado útil la siguiente clasificación:

- 1.-Con base en su desarrollo
- 2.-Con base a su demografía
- 3.-Con base a su integración
- 4.-Desde el punto de vista tipológico (1)

**CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SU DESARROLLO**

• **FAMILIA MODERNA**

La característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre. (10)

Proporción aproximada en nuestro medio 40%. (3)

• **FAMILIA TRADICIONAL**

El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos. (10)

Proporción aproximado en nuestro medio 50% (3)

• **FAMILIA PRIMITIVA O ARCAICA**

Nos referimos en general a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran. (10)

Proporción aproximada en nuestro medio 10% (3)

**CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE A SU DEMOGRAFIA**

• **FAMILIA URBANA**

En nuestra Sociedad Mexicana se clasifican en urbana el 60% de la población y son las familias que habitan en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuentan con los servicios básicos de la urbanización; agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación. (3)

• **FAMILIA RURAL**

El 40% que habita en comunidades de menos de 5000 habitantes y que carecen de algunos de los servicios básicos de urbanización. (3)

**CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE A SU INTEGRACIÓN**

• **FAMILIA INTEGRADA**

Familia en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones. (3)

• **FAMILIA SEMI-INTEGRADA**

Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones. (3)

• **FAMILIA DESINTEGRADA**

La característica esencial, es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia, debido a graves causas internas o externas. (3)

**CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO**

- a). FAMILIA CAMPESINA
- b). FAMILIA OBRERA
- c). FAMILIA PROFESIONAL

Esta Característica está dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.  
(3)

**CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SU TIPOLOGIA SEGUN DUVALL (10)**

- 1º **Etapa**  
**PAREJA SIN HIJOS:** Autonomía en relación con la familia de origen.
- 2º **Etapa**  
**NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO:** Adaptación a la llegada de un nuevo miembro de la familia.
- 3º **Etapa**  
**HIJO EN EDAD PREESCOLAR:** El hijo mayor se encuentra entre los dos años y medio y seis años de edad.
- 4º **Etapa**  
**HIJOS ESCOLARES, HIJO MAYOR DE 6 a 13 AÑOS:** Se incorporan a la «escuela» como institución colaboradora en la formación de seres humanos.
- 5º **Etapa**  
**HIJOS ADOLESCENTES:** Hijo mayor entre 11 y 19 años, en esta fase se hace crucial el permitir la autonomía de los hijos...»

- 6º Etapa  
DESPRENDIMIENTO: El hijo mayor con más de 20 años de edad, se forman familias colaterales al empezarse a casar los hijos.
- 7º Etapa  
PADRES SOLOS: Enfrentamiento a la vejez y aparición de enfermedades crónico-degenerativas.
- 8º Etapa  
PADRES ANCIANOS: Pueden recorrer las siguientes fases: angustia por la pérdida de los hijos, angustia por el envejecimiento pronunciado, angustia por la proximidad de la muerte y extrema necesidad de apoyo y efecto.

**POR SU COMPOSICIÓN LA FAMILIA PUEDE CLASIFICARSE**

• **FAMILIA NUCLEAR**

Modelo de la familia actual, formación por padre, madre e hijos. (10)

• **FAMILIA EXTENSA**

Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adaptación o bien de afinidad. (10)

• **FAMILIA EXTENSA COMPUESTA**

Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y compadres. (10)

**CLASIFICACIÓN DE LOS HOGARES SEGUN ANUARIOS ESTADÍSTICOS DEL INEGI (5)**

• **HOGAR**

Conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda particular y se sostienen de un gasto común, principalmente para comer. Una persona que vive sola, también forma un hogar.

• **HOGAR AMPLIADO**

Hogar formado por un hogar nuclear con otros parientes o un jefe con otros parientes. Dentro de estos hogares puede haber empleados(as)

domésticos(as) o no.

- **HOGAR COMPUESTO**

Hogar formado por un hogar nuclear o ampliado con personas sin lazos de parentesco con el jefe del hogar.

- **HOGAR DE CORRESIDENTES**

Hogar formado por dos o más personas que no guardan relaciones de parentesco con el jefe del hogar.

- **HOGAR FAMILIAR**

Hogar en el que por lo menos uno de los miembros tiene relación de parentesco con el jefe del hogar. Los hogares familiares se clasifican en: Nucleares, Ampliados o Compuestos.

- **HOGAR NO FAMILIAR**

Hogar en el que ninguno de los miembros tiene lazos de parentesco con el jefe del hogar. Los hogares no familiares se clasifican en: Unipersonales o corresidentes.

- **HOGAR NUCLEAR**

Hogar constituido por un jefe y su cónyuge, un jefe y su cónyuge con hijos no casados, o un jefe con hijos no casados, dentro de estos hogares puede haber empleados(as) domésticos(as) o no. Se consideran hijos no casados: Los hijos solteros, divorciados, viudas y separados que viven con sus padres. Los hijos casados que viven con sus padres y no viven con su pareja.

- **HOGAR UNIPERSONAL**

Hogar formado por una persona.

#### **D) CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo «abierto», tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Al conceptualizarlo así, veremos que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: hacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales

pueden encontrarse dentro de un marco de salud normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología. (8)

#### **FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGUN LAURO ESTRADA INDA**

- El desprendimiento
- El encuentro
- Los hijos
- La adolescencia
- El re-encuentro
- La vejez

(8)

#### **FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGUN POLLAK**

- Antes de la llegada de los hijos
- La crianza de los hijos
- Cuando los hijos se van del hogar
- Después de que los hijos se van

(11)

#### **FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA SEGUN GEYMAN**

Fases del ciclo vital de la familia según GEYMAN. (10)

##### **• MATRIMONIO**

Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

##### **• EXPANSIÓN**

Es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se «expande».

##### **• DISPERSIÓN**

Para algunos investigadores esta fase se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela.

##### **• INDEPENDENCIA**

Es difícil precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase, aproximadamente son 20 o 30. La pareja debe aprender a vivir nuevamente

en «independencia» sus hijos han formado nuevas familias.

• **RETIRO Y MUERTE**

Al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar.

#### **IV.- MOTIVOS DE CONSULTA: SU IDENTIFICACIÓN**

Los intentos por implementar un diagnóstico por consultorios de medicina familiar, indicando el número de pacientes que fueron atendidos en un año, dentro de una población de 2 500 personas; la identificación de patologías poco comunes en un consultorio fueron descritos por Fry desde el inicio de los años ochentas. El propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar parten desde los trabajos de Mc Whinney y White quien en 1961 describió por primera vez que un paciente de cada 250 consultas por problemas de salud era atendido en un hospital, señalando así la importancia del llamado médico de familia (3)

Se debe realizar antes de iniciar cualquier programa de salud, el perfil familiar, pues permite conocer la población a estudiar, sus características demográficas el estado de salud, riesgo en salud y la utilización de los servicios de salud existentes en la comunidad, lo cual permite orientar las acciones para resolver los problemas que se detecten y llevar a cabo las acciones propias de la atención primaria en la salud. (12)

#### **MORBILIDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA**

El estudio de la morbilidad es importante no solo como complemento de la mortalidad, sino como la única manera posible de seguir de cerca el comportamiento de las enfermedades en la colectividad nacional o en áreas en particular. (13)

En la actualidad, debido principalmente al crecimiento de los servicios médicos en el país, la notificación de casos se ha incrementado; también existen datos obtenidos por medio de estudios especiales para una serie de

enfermedades que han permitido conocer su magnitud aunque sea de una manera preliminar. (13)

Un elemento importante en el diagnóstico de las tasas de morbilidad general es el descenso registrado en las enfermedades prevenibles por vacunación.

El sarampión y la tosferina que, en 1970, figuraban en cuarto y sexto lugar de importancia, respectivamente; no aparecieron dentro de las diez principales causas de enfermedades en 1979, desapareciendo para 1990 dentro del grupo de las veinte primeras causas de morbilidad.(13)

Dentro de las diez principales causas de morbilidad ocasionadas por las enfermedades transmisibles, se observa que, durante el período 1979-1982, se mantienen sin variación en orden de importancia, las primeras cinco causas que son: las infecciones respiratorias agudas, enteritis y otras enfermedades diarreicas, amibiasis y shigelosis, otras enfermedades intestinales y la influenza.

Nótese que las infecciones respiratorias agudas, amibiasis y shigelosis localizadas en el primer y tercer lugar, lejos de que hayan disminuido su tasa de afección la han duplicado, y la enteritis y otras enfermedades diarreicas incrementaron su tasa en casi el 50 por ciento. Por lo que toca a otras enfermedades intestinales y a la influenza, su tasa ha disminuido, la fiebre tifoidea y otras salmonelosis, así como la neumonía, presentaron un ligero incremento en su tasa manteniendo el octavo y décimo lugar de importancia, respectivamente, dentro de las principales causas de morbilidad; en 1990 las infecciones respiratorias agudas y las intestinales y otras enfermedades diarreicas continúan dentro de las primeras causas, asimismo la ascariasis y dermatofitosis ascendieron al tercero y cuarto lugares.(13)

La angina estreptocócica y la escarlatina que ocuparon el séptimo y noveno lugar en importancia durante 1979, desaparecieron de las primeras diez causas permaneciendo entre las veinte principales durante 1982; en 1990 estas se presentan como la quinta causa de morbilidad. Por último, la varicela y la oxiuriasis, que no aparecieron en 1979, en el grupo de 1982 y 1990

ocupan el sexto y séptimo lugares, respectivamente.(13)  
Las diez primeras causas de enfermedades en los Estados Unidos Mexicanos, en 1992 son:

Infecciones Respiratorias Agudas, otras Infecciones Intestinales, Amibiasis, Traumatismos y Envenenamientos, Ascariasis, Dermatofitosis, Hipertensión Arterial, Angina Estreptocócica, Diabetes Mellitus, y Varicela; En orden del primero al décimo lugar respectivamente.(13)

#### ENCUESTA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS 1993

La población mexicana atraviesa en la actualidad por un proceso de transición epidemiológica y demográfica que caracteriza por una urbanización e industrialización acelerado. Durante las últimas décadas se ha presentado un proceso migratorio en el que parte de la población rural se ha trasladado a núcleos urbanos, alterando su condición de vida, hábitos y costumbres. Este hecho se refleja en la disminución de la fecundidad, el aumento de la población acceso a los servicios públicos y de salud, el aumento en la esperanza de vida y cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad.(14)

El análisis de la mortalidad de 1950 a la fecha señala un proceso de transición debido al incremento en la proporción de muertes atribuibles a enfermedades crónicas. Este grupo de patologías representaba en 1950 el 10% y para 1991 aumentó el 45%.

Dentro de las enfermedades crónicas la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón son las que han presentado las elevaciones de mayor importancia, como causa directa o sugyacente de la mortalidad. De 1950 a 1985 la proporción de muertes atribuibles a diabetes mellitus aumentó de 0.3%. Esta tendencia lejos de disminuir se incrementó durante el último quinquenio, ya que para 1991 la diabetes mellitus alcanzó 6.6% del total de las muertes en el país.(14)

Las enfermedades crónicas que tienen el mayor impacto en la mortalidad son las enfermedades del corazón tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedad cerebro vascular, nefritis, nefrosis y síndrome negrótico, que

representaron el 38.7% del total de las causas de mortalidad para 1991 con 159 214 defunciones.

De acuerdo con los reportes de la Dirección General de Epidemiología el número de nuevos casos de DM ha variado de 18.4 por 100 000 habitantes en 1978 a 155.6 en 1990. En lo que se refiere a HTA, de acuerdo con los reportes de nuevos casos, para 1988 existió una tasa de incidencia de 267.8 por 1 000 000 habitantes y para 1990 de 246.5, lo cual señala una estabilización en el diagnóstico de casos nuevos.(14)

## MORBILIDAD ISSSTE

### MORBILIDAD EN LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE 1991

(Obtenido del anuario de información epidemiológica 1991 Subdirección General Médica I.S.S.S.T.E.)

#### Morbilidad general en el país

Las infecciones respiratorias agudas (I.R.A.) ocupan en todo el país el primer lugar de todas las enfermedades notificadas, con 1 990 866 casos que representan el 53.7% de la patología que afecta a la población derechohabiente.

Según el orden de frecuencia le siguen las infecciones intestinales (diarreas) que en el presente año alcanzan 467,290 casos que significan el 13.8% del total de los padecimientos que fueron reportados.

Estos dos padecimientos arriba mencionados afectan anualmente a 30,355 personas por cada 100,000 de las que se encuentran amparadas por el régimen. En lo que se refiere a las Infecciones Respiratorias Agudas se puede decir que de los 8,506,748 derechohabientes, estuvieron enfermos de tales afecciones 5,730 diariamente en el lapso de 365 días; por lo que se desprende la necesidad de extremas la vigilancia epidemiológica y el control que se requiere de acuerdo con las normas establecidas por el Sistema Nacional de Salud respecto a las infecciones respiratorias agudas.

Agregamos a esto que la influenza coadyuvó en el año con 16,460 casos de enfermedades que afectan el aparato respiratorio. Independientemente de la vigilancia y el control a nivel nacional las infecciones respiratorias agudas están consideradas en el área metropolitana, como un problema prioritario, dada la contaminación atmosférica que llega a registrar índices de precaución sobre todo en los meses de invierno.

La morbilidad general, incluye dentro de las 15 primeras causas de mayor notificación algunas dermatofitosis que se registran en 66,887 casos con tasa de 825.9 por 100,000 derechohabientes, ocupando el séptimo sitio, lo que indica que habrá de intensificarse la actividad educativa para que la población principalmente de niños y padres esté informado sobre el modo de propagación y la prevención de la enfermedad, y que se establezca el hábito de la higiene personal, el saneamiento del medio ambiente inmediato, se evite el hacinamiento y se efectúe el aislamiento de animales domésticos como perros y gatos.

Sin embargo es importante la frecuencia cada vez mayor del reporte de casos de enfermedades NO transmisibles incluyendo algunas crónicas y degenerativas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y desnutrición), considerando además otras alteraciones de la salud como los accidentes y el aborto.

En lo que se refiere a estos padecimientos podemos decir que este año, la hipertensión ocupa el quinto lugar, la diabetes mellitus el séptimo lugar, la obesidad el noveno y la desnutrición el décimo, todas ellas en total alcanzan la cifra de 232,067 casos que son el 6.5% del total de la morbilidad registrada. Estos padecimientos pueden ser adecuadamente controlados si se descubren oportunamente mediante la aplicación de programas de detección múltiple en la población, principalmente en el trabajo y en familiares mayores de edad.

Las parasitosis intestinales en todo el país siguen presentándose con carácter endémico; predominando las amebiasis, las ascariasis, las enterobiasis y las giardiasis, que en determinadas condiciones pueden ocasionar problemas serios, lo que obliga a intensificar las acciones de educación

para la higiene personal y para que se realice el saneamiento inmediato, principalmente en lo que concierne al agua y a disposición de excretas.

#### **Morbilidad General en el Distrito Federal**

La morbilidad general del Distrito Federal registrado en las unidades médicas de sus cuatro subdelegaciones significan, el 24.4% del total de la patología notificada.

Se observa los mismos padecimientos que a nivel nacional ocupando los primeros lugares: las infecciones respiratorias agudas, las intestinales, los accidentes, la hipertensión y la diabetes mellitus. Las enfermedades isquémicas del corazón aparecen en el 14 sitio. La obesidad y la amibiasis subieron a ocupar sitio dentro de los primeros 10 lugares quedando la desnutrición en el decimoquinto lugar del registro.

Esto sugiere que en el área metropolitana se está notando mayor incidencia en los accidentes y las enfermedades crónico-degenerativas, siendo la problemática muy semejante a la de todo el país.

#### **Morbilidad General de la Clínica Ermita**

Las diez principales causas de morbilidad general son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus, obesidad, influenza, enfermedad isquémica del corazón, ascaridiasis, amibiasis y varicela.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) Ermita ISSSTE es una de las once unidades médicas ubicadas en la zona sur del Distrito Federal.

En el año de 1996 cuenta con una población de 54,785 derechohabientes, los cuales se encuentran distribuidos en 15 consultorios.

El consultorio número cinco (motivo del presente estudio) al cual asisten los habitantes de la colonia sifón derechohabientes del ISSSTE, cuenta con una población de 2,627 pacientes.

*.....¿Cual es la población usuaria del citado consultorio, y sus características demográficas, de estructura familiar y los diez primeros motivos de consulta durante 1996?.....*

### **JUSTIFICACIÓN**

Al evaluar las características demográficas, de estructura familiar y las primeras causas de consulta de la población a mi cargo como médico familiar me da la base para planear posterior y trascendentalmente las estrategias de salud a seguir en forma muy particular para dicha comunidad. La atención que se otorga como médico familiar es de primer nivel y es la más importante por la magnitud de las necesidades de salud por ser el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el sistema de salud.

Se dará una atención eficaz de primer nivel basada en el conocimiento de las necesidades del individuo, la familia y la comunidad estudiada. Los servicios médicos se planearán a partir de la base y no desde el vértice y además se les otorgará la atención en la unidad médica familiar lo más cerca de sus hogares.

Este proyecto es factible eficaz y eficiente ya que se podrá optimizar la prestación de servicios médicos con un enfoque integrador que favorece una mayor satisfacción de los usuarios.

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir las características demográficas, de estructura familiar y principales causas de consulta, de los pacientes que asisten al consultorio # 5 de la Unidad Médica Familiar Ermita ISSSTE D.F. durante 1996.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el número total de individuos, por sexo y por grupo quinquenal etéreo.
- Describir el número total de individuos por grupos de edad y sexo. (niños, adolescentes, adultos y ancianos).
- Identificar el número de familias, el tipo familiar (Desarrollo, composición y demografía) y la etapa del ciclo vital en que se encuentran.
- Identificación de los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo.

### **HIPÓTESIS**

Dado que este es un trabajo descriptivo no requiere hipótesis.

### **METODOLOGÍA**

#### **TIPO DE ESTUDIO**

- Retrospectivo
- Descriptivo
- Observacional
- Transversal

#### **POBLACIÓN, LUGAR, Y TIEMPO**

Población usuaria en 1996 de los servicios de la Unidad Médica Familiar Ermita ISSSTE D.F. y que habita en la colonia sifón, Delegación Iztapalapa: Durante el 1º de enero hasta el 31 de diciembre de 1996.

De acuerdo con la estrategia utilizada se identifican los elementos a los cuales se observará:

- Censo poblacional: Expediente clínico de todo los individuos de las familias en estudio.
- Estudios de comunidad: Familias asignadas a mi cargo.
- Identificación de causas de consulta: Hojas de informe diario de actividades médicas. (Anexo 1)

### **TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se tratará de una muestra aleatoria por cuotas.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Población usuaria del consultorio # 5 de la Unidad Médica Familiar Ermita ISSSTE D.F. y habitante de la colonia sifón.

Todos los expedientes clínicos utilizados en 1996 que pertenezcan al consultorio número 5.

Hojas del informe diario de labores del médico asignado al consultorio número 5.

Mayor de 18 años de edad.

Un solo integrante por familia mayor de edad que responda a la encuesta elaborada.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Población no derechohabiente a los servicios del ISSSTE
- Población no habitante de la colonia sifón.
- Pacientes menores de 18 años.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Expedientes no activos
- Expedientes incompletos
- Hojas de encuesta incompletas
- Cambio de consultorio
- Pacientes que causaron baja por defunción
- Pacientes que causaron baja por cambio de trabajo

**VARIABLES DE MEDICIÓN**

Para el censo poblacional:

Las variables son tanto de tipo cuantitativa, como cualitativa, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal y ordinal en las segundas, según sea el caso.

Se consideran las variables de:

- Número total de individuos
- Número total de individuos de sexo femenino
- Número total de individuos de sexo masculino por grupos etáreos.

Los grupos etáreos se establecen en una amplitud de clase de cinco años. Para el estudio de comunidad, las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal.

Se identifican:

- Nombre de familia
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Número de hijos
- Ocupación de los padres de familia
- Ingreso económico
- Tipo de familia
- Etapa del ciclo vital de la familia

Para la identificación de las causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden: Los diez primeros motivos de consulta por grupo de edad y sexo.

**PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Para el censo poblacional:

Se acudió al archivo clínico de la unidad identificando todos los expedientes clínicos de las familias en estudio; clasificando los expedientes por núcleos familiares.

Para el estudio de la comunidad:

Se aplicó la cédula de identificación familiar, a un integrante por familia, mayor de edad y que hubiese asistido a la clínica durante los meses de marzo a septiembre de 1996.

Para la identificación de las causas de consulta:

Incidencia, prevalencia, causas de consulta y tipo de adscripción se recolectó la información de la hoja de reporte diario de labores del médico del 1 de enero al 31 de diciembre de 1996.

Una vez obtenida la información correspondiente a las estrategias propuestas, se analizará mediante procedimientos estadísticos descriptivos. Se presentará la información mediante cuadros gráficos.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo a las declaraciones de HELSINKI, Finlandia 1964, de donde se otorgan las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica que involucre seres humanos, el presente trabajo implica un riesgo mínimo, como el estrés psicológico que se produce en el sujeto al dar una muestra de sangre, o al contestar un cuestionario.

## **DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS**

### **DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACION A MI CARGO**

De enero a diciembre de 1996, la población usuaria fue de 1 826 pacientes.

De estos pacientes es de gran interés el hecho de que la población usuaria de los servicios es principalmente del sexo femenino, representando el 64%. (gráfica 1)

De las mujeres, son las trabajadoras las que acuden a consulta con mayor frecuencia representando el 33.57% de una población usuaria, seguidas de las hijas, esposas, jubiladas y madres. (gráfica 2)

Del género masculino destacan por su frecuencia del uso de los servicios médicos a los hijos del trabajador(a) seguidos de los trabajadores mismos, y con una mínima presencia se encuentran los esposos de las trabajadoras. (gráfica 2)

De la pirámide poblacional es notable que las mujeres que acuden con más frecuencia al consultorio son las de 30 a 39 años de edad representando el 30.59% de toda la población usuaria (gráfica 3)

De la población total por sexo según grupo quinquenal de edad, encontramos que en su mayoría son rebasados por las mujeres, excepto en los grupos de 5 a 9; 15 a 19 y 80 a 89 años de edad. (gráfica 3)

Los niños de 0 a 9 años se encuentran equilibradamente repartidos según su género. (gráfica 3)

El grupo de paciente usuarios de 60 a 64 años de edad es considerablemente denso. (gráfica 3)

### **DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR**

Ciclo vital, tipo, desarrollo, y composición de la familia

Evidentemente son las parejas casadas las que predominan de acuerdo al

estado civil reportado por las 218 parejas encuestadas. Resultando el 77.52%, 169 parejas casadas. (gráfica 4)

De los años de unión conyugal, identificamos que el 27.06% son parejas jóvenes que tienen de 1 a 10 años de convivir juntos. También observo que hay muchos matrimonios duraderos de más de 30 años de unión, llegando algunos hasta los 50 o más años. (gráfica 5)

Las familias son en su gran mayoría, Modernas, Urbanas y Nucleares con una representación del 64.67%; 100% y 68.8% respectivamente. (gráficas 6, 7 y 8)

Las etapas del ciclo vital familiar quedaron en una proporción muy equitativa entre ellas, encontrando que la expansión, dispersión independencia y retiro llevan en sus porcentajes el 29%, 29%, 21% y 19% (gráfica 9)

#### ELEMENTOS SOCIOCULTURALES

El 75% de los padres de familia tiene como mínimo la educación secundaria. 21.55% tienen educación profesional y son maestros 32 pacientes casi el 15% de los encuestados.

Aún hay analfabetas, encontrando entre estas familias a tres de ellos. (gráfica 10)

La ocupación de los padres de familia después de las amas de casa y jubilados están los que se dedican al magisterio. (gráfica 11)

119 familias declararon recibir más de tres salarios mínimos como ingreso mensual aproximado. (gráfica 12)

El promedio de hijos por familia fue de 2.77 aunque encontramos familias con 4, 5 y hasta 7 hijos, sobre todo en las parejas que tienen más de 30 años de matrimonio. De la edad de los hijos en su mayoría son de mayor de 20 años. (gráfica 13)

**DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA**

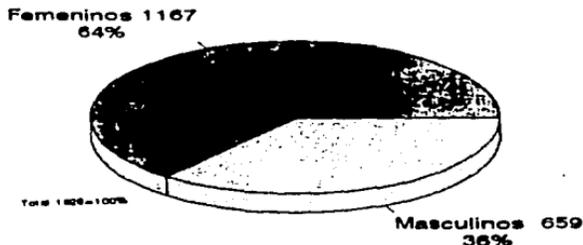
De la población usuaria del consultorio # 5 en el año de 1996 se reportó como primer lugar la infección de vías respiratorias. En segundo lugar las gastroenteritis y en tercer lugar el control del paciente sano. (cuadro No. 1)  
De la población infantil, pacientes menores de 10 años usuarios de los servicios médicos, se encontró que los primeros motivos de consulta fueron: las infecciones de las vías respiratorias, control del niño sano, y las gastroenteritis. (cuadro No. 2)

De la población adolescente encontramos después de las infecciones de vías respiratorias como primer motivo de consulta, a las solicitudes tanto de certificado médico, como de revisión optométrica.

De la población adulta el primer motivo de consulta fue, las infecciones de vías respiratorias, seguidas por el control del embarazo y la hipertensión arterial.

En la población geriátrica la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ocupan el primer y segundo lugar como motivos de consulta seguidos por la infección de vías respiratorias.

**GRAFICA No. 1**  
**Población total por sexo**  
Características Demográficas  
Consultorio No. 5



Fuente: Cédula de recolección de datos  
Enero a Diciembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

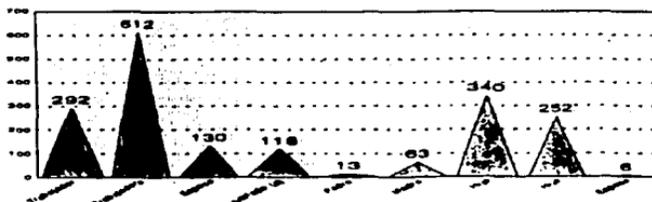
**CUADRO No. 1**  
**Población total por sexo**  
Características Demográficas  
Consultorio No. 5

CUADRO 1		
Femeninos	1167	64%
Masculinos	659	36%
Población Total	1826	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos  
Enero a Diciembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 2**  
**Distribución de la población**  
**por tipo de adscripción**

Características Demográficas  
 Consultorio No. 5



Fuente: Cédula de recolección de datos. TOTAL 1826

Fuente: Cédula de recolección de datos  
 Enero a Diciembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 2**  
**Distribución de la población**  
**por tipo de adscripción**

Características Demográficas  
 Consultorio No. 5

Tipo de adscripción	Pacientes	%
Trabajador	292	15.99
Trabajadora	612	33.51
Esposa	130	7.11
Jubilado (a)	118	6.46
Padre	13	0.71
Hijo	63	3.4
Hija	340	18.61
Esposo	252	13.83
TOTAL	1826	100

Fuente: Cédula de recolección de datos  
 Enero a Diciembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 3**

**Pirámide Poblacional  
Características Demográficas**

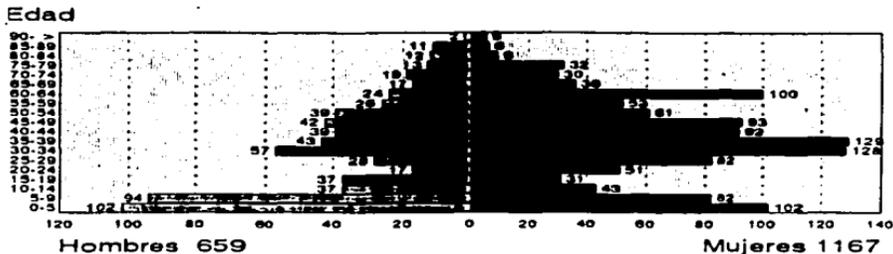
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION POR SEXO  
Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD**

Consultorio No. 5 UMF Ermita ISSSTE D.F.

AÑOS DE EDAD	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
0 a 4	102	5.58	102	5.58	204	11.17
5 a 9	94	5.14	82	4.49	176	9.63
10 a 14	37	2.02	46	2.51	83	4.54
15 a 19	37	2.02	31	1.69	68	3.72
20 a 24	17	0.93	51	2.79	68	3.72
25 a 29	28	1.53	82	4.49	110	6.02
30 a 34	57	3.12	128	7.00	185	10.13
35 a 39	43	2.35	129	7.06	172	9.41
40 a 44	39	2.13	92	5.03	131	7.17
45 a 49	42	2.30	93	5.09	135	7.39
50 a 54	39	2.13	61	3.34	100	5.47
55 a 59	26	1.42	52	2.84	78	4.27
60 a 64	24	1.31	100	5.47	124	6.79
65 a 69	17	0.93	36	1.97	53	2.90
70 a 74	19	1.15	30	1.64	49	2.79
75 a 79	13	0.71	32	1.74	45	2.46
80 a 84	12	0.65	9	0.49	21	1.15
85 a 89	11	0.60	6	0.32	17	0.93
90 o mas	2	0.10	5	0.27	7	0.38
<b>TOTAL</b>	<b>659</b>	<b>36.12</b>	<b>1167</b>	<b>63.81</b>	<b>1826</b>	<b>100</b>

Fuente: Cálculo de recolección de datos  
Enero a Diciembre 1996

**GRAFICA No. 3**  
**Pirámide poblacional**  
 Características Demográficas  
 Consultorio No. 5



TOTAL 1826

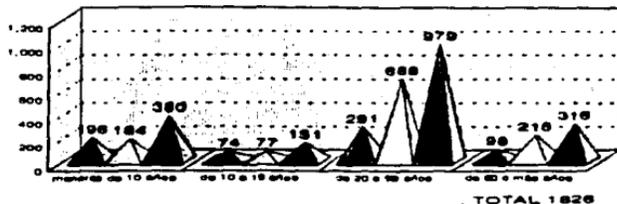
■ Hombres   ■ Mujeres

Fuente: Cálculo de recolección de datos  
 Enero a Diciembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 4**

**Distribución por población infantil, adolescente, adulta y geriátrica.**

Características Demográficas  
Consultorio No. 5



▲ Masculino 659 ▲ Femenino 1167 ▲ Total 1626

Fuente: Cédula de recolección de datos  
Enero a Diciembre 1996  
UMF Emula ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 4**

**Distribución por población infantil, adolescente, adulta y geriátrica.**

Características Demográficas  
Consultorio No. 5

Población	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<b>INFANTIL</b>			
menores de 10 años	198 10.73%	184 10.07%	380 20.81%
Adolescente			
de 10 a 19 años	74 4.05%	77 4.21%	151 8.26%
<b>ADULTOS</b>			
de 20 a 59 años	291 15.93%	688 37.67%	979 53.61%
<b>GERIATRICA</b>			
de 60 a más años	98 5.36%	218 11.93%	316 17.30%
<b>TOTAL</b>	<b>659 38.07%</b>	<b>1167 63.88%</b>	<b>1626 100.0%</b>

Fuente: Cédula de recolección de datos  
Enero a Diciembre 1996  
UMF Emula ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 5**

**Estado Civil**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 5**

**Estado Civil**

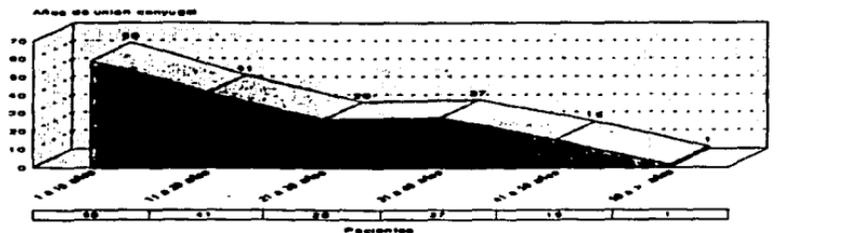
Estructura Familiar  
Consultorio No. 5

Estado civil	Pacientes	%
Casados	160	77.52
Unión libre	8	3.66
Divorciados	9	4.12
Madre soltera	7	3.21
Viudas	16	7.33
Viudos	4	1.83
Solteros	5	2.29
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 6**  
**Años de unión conyugal**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

TOTAL 169 = 100% PACIENTES

**CUADRO No. 6**  
**Años de unión conyugal**

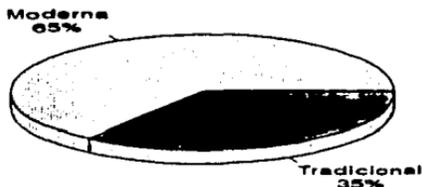
Estructura Familiar  
Consultorio No. 5

Años de unión conyugal por décadas.	Pacientes	%
1 a 10	59	34.91
11 a 20	41	24.26
21 a 30	26	15.38
31 a 40	27	15.97
41 a 50	15	8.87
más de 50	1	0.59
<b>TOTAL</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 7**  
**Clasificación de la familia**  
**por su desarrollo**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5



TOTAL 218 100%

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 7**  
**Clasificación de la familia**  
**por su desarrollo**

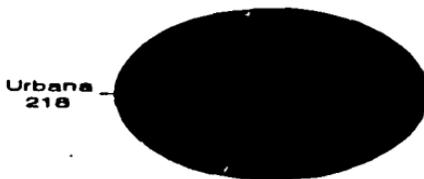
Estructura Familiar  
Consultorio No. 5

<b>Desarrollo</b>	<b>No. de Familias</b>	<b>%</b>
<b>Moderna</b>	<b>141</b>	<b>64.67</b>
<b>Tradicional</b>	<b>77</b>	<b>35.33</b>
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 8**  
**Clasificación de la familia**  
**por su demografía**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5



**TOTAL 218 100%**

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 8**  
**Clasificación de la familia**  
**por su demografía**

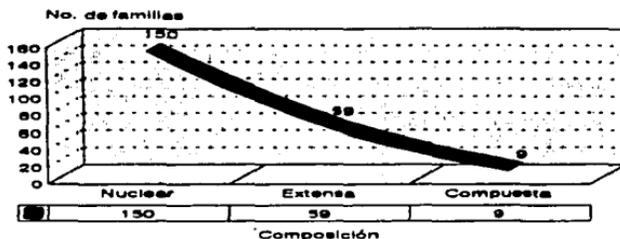
Estructura Familiar  
Consultorio No. 5

Demografía	No. de Familias	%
Urbana	218	100.0
Sub-Urbana	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 9**  
**Clasificación de la familia**  
**por su composición**

Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 9**  
**Clasificación de la familia**  
**por su composición**

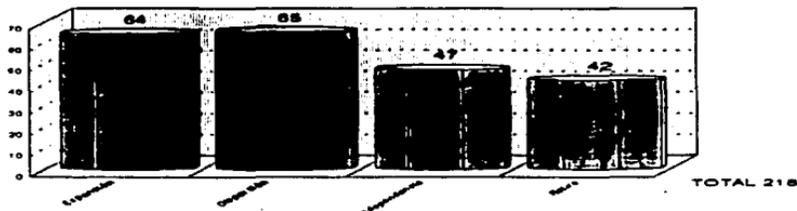
Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5

Composición	No. de Familias	%
Nuclear	150	68.82
Extensa	59	27.06
Compuesta	9	4.12
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 10**  
**Etapa del ciclo vital familiar**

Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 10**  
**Etapa del ciclo vital familiar**

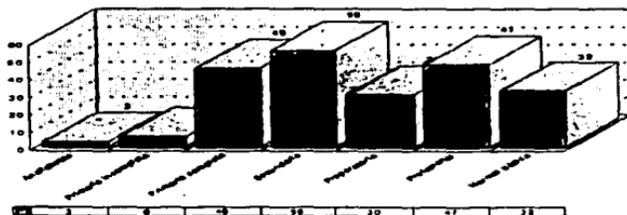
Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5

Etapa de Ciclo Vital	No. de Familia	%
Expansión	64	29.36
Dispersión	65	29.83
Independencia	47	21.55
Retiro	42	19.26
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 11**  
**Escolaridad de los padres de familia**

Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

Tota 218

**CUADRO No. 11**  
**Escolaridad de los padres de familia**

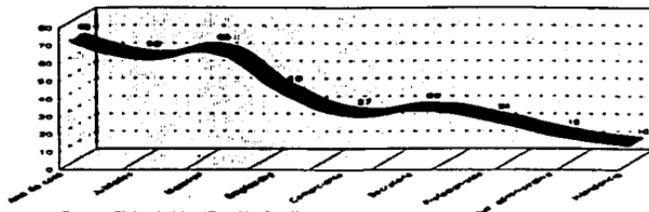
Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5

Escolaridad	Padres de Familia	%
Analfabetas	3	1.37
Primaria Incompleta	6	2.75
Primaria completa	45	20.60
Secundaria	55	25.26
Preparatoria	30	13.76
Profesional	47	21.55
Normal básica	32	14.64
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 12**  
**Ocupación de los padres de familia**

Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No: 12**  
**Ocupación de los padres de familia**

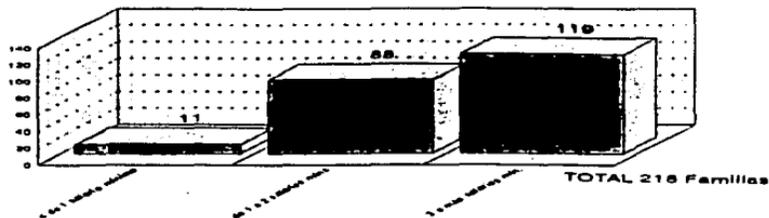
Estructura Familiar  
 Consultorio No. 5

Ocupación	Padres de familia	%
Ama de casa	69	20.47
Jubilados	59	17.50
Maestros	63	18.88
Empleados	40	11.88
Comerciante	27	8.01
Secretaria	30	8.90
Profesionistas	24	7.12
Aux. administrativo	15	4.45
Intendencia	10	2.98
TOTAL	337	100.0

Fuente: Ficha de identificación familiar  
 Mayo a Septiembre 1996  
 UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 13**  
**Ingreso mensual aproximado**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 13**  
**Ingreso mensual aproximado**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5

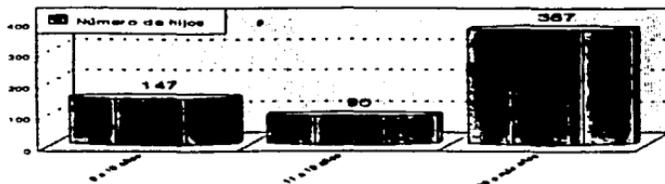
Ingreso mensual aproximado	No. de Pacientes	%
< de 1 salario mínimo	11	5.04
de 1 a 2 salarios mín.	88	40.36
3 o más salarios mín.	119	54.60
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**GRAFICA No. 14**

**Número de hijos**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5



Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

Tota 80%

**CUADRO No. 14**

**Número de hijos**

Estructura Familiar  
Consultorio No. 5

	<b>Número de hijos</b>	<b>%</b>
<b>0 a 10 años</b>	147	24.34
<b>11 a 19 años</b>	90	14.90
<b>20 o más años</b>	367	60.76
<b>TOTAL</b>	604	100.0

Fuente: Ficha de identificación familiar  
Mayo a Septiembre 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 15**  
**Diez primeros motivos de consulta**  
**Población General**

Consultorio No. 5 UMF Ermita ISSSTE D.F.

LUGAR	MOTIVO DE CONSULTA
1°	INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS
2°	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES
3°	CONTROL DEL PACIENTE SANO
4°	HIPERTENSION ARTERIA ESENCIAL
5°	DIABETES MELLITUS
6°	CONTROL DE EMBARAZO
7°	VULVOVAGINITIS INESPECIFICA
8°	TRAUMATISMOS DIVERSOS
9°	SOLICITUD DE REVISION OPTOMETRICA
10°	OSTEOARTRITIS

Fuente: Informe Diario de Labores del Médico  
1° de Enero al 31 de Diciembre de 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 16**  
**Diez primeros motivos de consulta**  
**Población Infantil**

Pacientes menores de 10 años de edad  
Consultorio No. 5

LUGAR	MOTIVO DE CONSULTA
1°	INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS
2°	CONTROL DEL NIÑO SANO
3°	GASTROENTERITIS
4°	TRAUMATISMOS DIVERSOS
5°	PIE PLANO
6°	RUBEOLA
7°	VARICELA
8°	EXANTEMA VIRAL NO ESPECIFICO
9°	VULVOVAGINITIS
10°	INFECCION VIAS URINARIAS

Fuente: Informe Diario de Labores del Médico  
1° de Enero al 31 de Diciembre de 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 17**  
**Diez primeros motivos de consulta**  
**Poblacion Adolescente**

Pacientes menores de 10 a 19 años de edad  
Consultorio No. 5

LUGAR	MOTIVO DE CONSULTA
1°	INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS
2°	CERTIFICADO MEDICO
3°	REVISION OPTOMETRICA
4°	DESPARASITACION
5°	TRAUMATISMOS DIVERSOS
6°	DERMATITIS
7°	INFECCION VIAS URINARIAS
8°	VARICELA
9°	GASTRITIS
10°	GASTROENTERITIS

Fuente: Informe Diario de Labores del Médico  
1° de Enero al 31 de Diciembre de 1996  
UMP Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 18**  
**Diez primeros motivos de consulta**  
**Población Adulta**

Pacientes de 20 a 59 años de edad  
Consultorio No. 5

LUGAR	MOTIVO DE CONSULTA
1°	INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS
2°	CONTROL DE EMBARAZO
3°	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL
4°	TRAUMATISMOS DIVERSOS
5°	GASTROENTERITIS
6°	DIABETES MELLITUS
7°	INFECCION VIAS URINARIA
8°	TOMA DE PAPANICOLAO
9°	LUMBALGIAS
10°	VULVOVAGINITIS INESPECIFICAS

Fuente: Informe Diario de Labores del Médico  
1° de Enero al 31 de Diciembre de 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

**CUADRO No. 19**  
**Diez primeros motivos de consulta**  
**Poblacion Geriatrica**

**Pacientes de 60 o mas años de edad**  
**Consultorio No. 5**

<b>LUGAR</b>	<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>
1°	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL
2°	DIABETES MELLITUS
3°	OSTEOPOROSIS
4°	INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS
5°	GASTRITIS
6°	CARDIOPATAS
7°	INSUFICIENCIA VENOSA MS PS
8°	SINDROME DEPRESIVO
9°	TOMA DE PAPANICOLAO
10°	LUMBALGIAS

Fuente: Informe Diario de Labores del Médico  
1° de Enero al 31 de Diciembre de 1996  
UMF Ermita ISSSTE D.F.

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Durante 1996 la población usuaria del consultorio # 5 U.M.F. Ermita ISSSTE D.F. registró un total de 1826 pacientes.

El porcentaje encontrado de pacientes femeninas fue mayor que la población masculina. Esta mayoría en las mujeres también la registra la población total de la República mexicana en 1990. Y de la población derechohabientes al ISSSTE, en todo el país, encontramos que las mujeres rebasan a los hombres.

En la población mexicana y en la población derechohabiente al ISSSTE, la diferencia entre hombres y mujeres es menor al 10 por ciento, mientras que esta diferencia asciende en un 50% en la población a mi cargo. Esto registra que son los pacientes femeninas trabajadoras, esposas, hijas y madres de trabajador, las que acuden con más frecuencia a consulta.

Según grupos quinquenales de edad el grupo de 0 a 4 años es el más denso reportado en la pirámide poblacional del consultorio 5 UMF Ermita. Similarmente este grupo es la base de la pirámide de la derechohabencia del ISSSTE. Distribución muy representativa de la tasa de natalidad nacional.

Las tasas de natalidad registradas en México en 1991 fueron de 32.3 nacimientos por cada 1 000 habitantes.

De continuar esta tendencia en materia de demanda de servicios se tendrá que incrementar los programas encaminados a la población infantil.

Las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, trabajadoras y beneficiarias representan el 28.3% del universo asegurado (ISSSTE). Las usuarias del consultorio # 5 UMF Ermita representan el 33% Por lo que se estima que la población derechohabiente seguirá creciendo de manera natural en base a esta población en edad fértil.

Otro punto de vista respecto a la distribución por grupo de edad de los derechohabientes, según la pirámide de población, es el estrechamiento

que sufre la pirámide en el grupo de 20 a 24 años de edad tanto a nivel nacional ISSSTE como en el consultorio # 5 UMF Ermita debido muy probablemente a que la ley respectiva priva de los derechos a los hijos mayores de 18 años.

El grupo de 60 a 64 años es el séptimo en frecuencia de acuerdo a la pirámide poblacional del consultorio # 5 de la UMF Ermita mientras que en la derechohabencia del ISSSTE y en la población mexicana este grupo ocupa el 13 lugar.

Por lo que deduzco que es la población geriátrica muy significativa en las familias a mi cargo, ya en la actualidad. La ficha de identificación familiar aportó datos muy representativos de la comunidad a mi cargo.

El estado civil predominante fue el de los pacientes casados con un 77.5% que representan un 95% de las personas que viven en pareja. Mientras que a nivel nacional en 1991 el 85% de las personas que viven en pareja son casadas con un 44.2% de casados y 7.8% en unión libre.

En cuanto a los años de unión conyugal el 74.26% manifestó estar entre los 11 y 40 años de convivencia.

Este porcentaje tan alto nos obliga a conocer la estructura familiar y el ciclo vital de la familia para poder identificar los factores que fortalecen o debilitan a esta vida en común y que al fin repercuten en la salud individual.

De acuerdo al desarrollo familiar según el Dr. Irigoyen Coria menciona que las familias mexicanas son modernas en un 40% tradicionales en un 50% y arcaicas o primitivas en un 10%.

Sánchez Azcona nos refiere que el 75% de las familias son tradicionales y que el 75% pertenecen a un grupo que él les denomina de madres colaboradoras.

De mi población asignada, el 64% es integrante de familias modernas y el 36% forma parte de familias tradicionales. Ninguna es de tipo primitivo o arcaico.

Los porcentajes descritos por Sánchez Azcona referentes al desarrollo de la familia fueron obtenidos alrededor de los años ochenta, quizás por esto esos porcentajes no concuerdan con lo observado actualmente en que las familias urbanas son predominantemente modernas.

Se hicieron efectivas sus estimaciones cuando refiere que: «Por las modificaciones tan rápidas que la sociedad está teniendo, vale la pena mencionar cómo estos cambios han afectado o pueden llegar a influir la estructura interna de la familia, sobre todo la transformación de la mujer, con una nueva serie de expectativas que le permiten ampliar su campo fuera de los angostos límites del área tradicional».

No se encontró ninguna familia de desarrollo primitiva o arcaica, en el presente estudio, ya que estas familias son de tipo campesino cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboren. (4)

El 100% de las familias urbanas, ya que el estudio fue realizado en una comunidad mayor de 2,500 habitantes y además todas las familias cuentan con todos los servicios de urbanización.

Por su composición el 68% refirió ser familia nuclear, muy similar el porcentaje encontrado en un estudio realizado en la comunidad Guere, Edo. Carabobo, de donde reporten un 69.3% de familias nucleares.

Sánchez Azcona menciona a las familias nucleares como familia conyugal integradas por el padre, la madre y los niños.

Las etapas del ciclo vital familiar en que se encuentran las familias a mi cargo están muy equilibradas, presentándose la expansión, dispersión independenciamiento y retiro con 64, 47, 65 y 42 familias en cada una.

Estas etapas del ciclo vital familiar se correlacionan con los años de unión conyugal, con la edad de los padres de familia y con el número de hijos que integran a cada una de las familias.

En el estudio realizado en el Edo. de Carabobo se encontró a la fase de

dispersión como la más frecuente con un 60%.

Los diez primeros motivos de consulta general del consultorio de la UMF Ermita ISSSTE fueron en orden: las infecciones de vías respiratorias, infecciones intestinales, control del paciente sano, hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus, control de embarazo, vulvovaginitis, accidentes, solicitud de revisión optométrica y osteoartritis.

Las infecciones de vías respiratorias agudas es el primer motivo de consulta no solo aquí en el consultorio sino también la primer causa de consulta a nivel de toda la población de la Unidad, también es el primer lugar reportado en la morbilidad general de la República mexicana.

Las infecciones intestinales ocupan el segundo lugar tanto en la morbilidad general del consultorio como de toda la unidad, también de todos los derechohabientes al ISSSTE y de todos los mexicanos.

De lo referente al tercer motivo de consulta que fue el control del paciente sano, de donde por supuesto esta integrado el control de los lactantes, niño adolescentes y adultos y personas ancianas, este rubro no esta contemplado en los reportes de la morbilidad ya que esta es referencia de enfermedad.

También como es de esperarse se encuentran las enfermedades virales como la rubéola y varicela dentro de los primeros lugares. Solo las infecciones de vías urinarias y las vulvovaginitis que se reportaron como noveno y décimo lugar en la población infantil estudiada, no se encuentran estas en la morbilidad del país, por lo menos en las 20 primeras causas de enfermedad.

En la población de pacientes entre los 10 y 19 años de edad, después de las infecciones respiratorias agudas se reporta la solicitud de examen médico general como segunda causa de consulta, esto se debe a que la Secretaría de Educación Pública requiere que cada uno de sus alumnos obtengan una revisión médica anual.

De la población adulta de entre 20 y 59 años de edad ya aparecen las enfermedades crónicas dentro de los diez primeros motivos de consulta

como son la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus. Este comportamiento también se observa a nivel nacional.

De los pacientes mayores de 60 años son la Hipertensión arterial y la diabetes mellitus el primer y segundo lugar en frecuencia. A nivel nacional sigue la infección de vías respiratorias agudas manteniendo su primer lugar y en la población estudiada esta padecimiento ocupa el cuarto lugar.

La solicitud de exámenes médicos sin presentar previa patología, el acudir a la clínica cada mes para revisión del crecimiento y desarrollo o tan solo para indicaciones higiénico dietéticas, habla de que la prevención si se esta llevando a cabo en el consultorio.

Las enfermedades crónicas, a nivel general, aparecen en el cuarto quinto y décimo lugar con la hipertensión arterial esencial, la diabetes mellitus y la osteoartritis.

La hipertensión arterial y la diabetes tienen una frecuencia similar, quinto y séptimo lugar, en la morbilidad general de los derechohabientes al ISSSTE. Entre las veinte principales causas de enfermedad en 1992 en todo el país, la hipertensión arterial ocupa el séptimo lugar, y la diabetes mellitus el noveno

En la población menor de 10 años de edad, los primeros motivos de consulta siguen el mismo comportamiento que a nivel nacional, reportándose las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales como primer y segundo lugar.

## **CONCLUSIONES**

El presente trabajo concluye:

La población usuaria del consultorio # 5 fue de 1,826 pacientes. El número total de familias fue de 906. Mayoría del sexo femenino en un 64%.

Acuden con mayor frecuencia a consulta los niños menores de 10 años y las mujeres de 30 a 39 años de edad, y los pacientes mayores de 60 años.

Las familias son comúnmente nucleares, modernas, urbanas, en diversas etapas del ciclo vital.

Más del 75% de los padres de familias cursaron la educación secundaria.

Principalmente son amas de casa, jubilados o maestros, con un ingreso económico mayor a tres salarios mínimos.

El principal motivo de consulta fue la infección de vías respiratorias agudas seguida por las infecciones intestinales.

## **ESTRATEGIAS DE ACCIÓN MEDICO-FAMILIAR**

Ya que la población infantil de 0 a 4 años de edad ocupa el primer lugar de la población por grupo quinquenal de edad, se tomaran medidas específicas para este grupo:

Orientará a los padres de familia en cuanto al crecimiento y desarrollo psíquico y físico de su hijo dándole a conocer las etapas por las que atraviesa su hijo (a).

Los programas dirigidos a las mujeres en edad fértil serán:

- Aplicación de un método de planificación familiar excepto en los pacientes que deseen embarazarse.
- Fomentar el autocuidado de salud tomando en cuenta las medidas higiénico dietéticas para mantenerla.
- Conocer el daño a la salud por tabaquismo, alcoholismo y

farmacodependencia.

- Practicar papanicolao anual.
- Control prenatal cuando se necesita.

Para la población geriátrica se tendrá especial cuidado en:

- Autocuidado de la salud.
- Integración a grupos sociales.
- En caso de padecer enfermedades crónicas se le integrara en grupos por enfermedad para que conozcan más sobre la misma.

**PARA LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDAD SE SUGIEREN**

**INFECCIÓN DE LAS VIAS RESPIRATORIAS**  
**MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA PROTECCIÓN ESPECÍFICA**

1.-Los enfermos, ya sea niños o adultos, deben cubrirse la boca y nariz el toser o estornudar; recuerde que cada estornudo o tosedura contamina el medio ambiente.

2.-Se debe evitar la exposición directa con personas, enfermas, principalmente los niños recién nacidos y los menores de cinco años, ya que están expuestos a contraer la infección fácilmente al igual que las personas que tienen problemas de resistencia a las infecciones, debido a su deficiente sistema de defensas.

3.-Evitar los cambios bruscos de temperatura ambiental.

4.-Evitar la automedicación.

La automedicación es un serio y grave problema ya que altera el curso normal del padecimiento, es decir su historia natural, así como la flora

normal que protege a las vías respiratoria, provocando que la enfermedad se prolongue o de complique con el crecimiento de gérmenes que en otras condiciones forman parte del sistema defensivo.

## **ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS**

### **MEDIDAS PREVENTIVAS**

Se capacitará a los pacientes y sobre todo a las madres de familia en los siguientes puntos:

- 1.-Reconocer que la diarrea en los niños es una enfermedad que por lo general se cura sin necesidad de medicamentos, pero el factor que puede ser mortal es la deshidratación.
- 2.-«Explicar la deshidratación como pérdida de líquidos del organismo».
- 3.-Orientar a las madres para que reconozcan los principales signos de deshidratación.
- 4.-Reconocer «Vida Suero Oral» como medicamento.
- 5.-Puntualizar las medidas que previenen las diarreas.
  - Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.
  - Hervir el agua para tomar.
  - Cocer o freír bien los alimentos.
  - Mantener tapados los alimentos.
  - No comer alimentos en la calle.
  - Mantener los botes de basura tapados.

## **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Medidas preventivas para los factores de riesgo.

- El ejercicio favorece la pérdida de peso, activo la circulación sanguínea, disminuye la tensión en el individuo y en general lo hace sentirse bien; la caminata es lo más recomendable para todos.

- Fumar aumenta la probabilidad de la enfermedad coronaria y otras. El paciente hipertenso no debe fumar.
- El alcohol produce un aumento de los latidos cardíacos e interfiere con la acción de los medicamentos, disminuyendo su efecto.
- Dieta hiposódico o baja en sal.
- La tensión emocional, que aumenta según el estilo de vida a que se somete el individuo, por lo que la práctica de yoga o alguna otra disciplina que favorezca la salud mental o la relajación será conveniente incorporarla a la vida diaria.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- ISSSTE. Instructivo general para la implantación del sistema de atención de medicina familiar. Subdirección general médica. Subdirección de los servicios médicos área centro. Enero 1988.
- 2.- ISSSTE. Programa de atención médica general familiar dentro del ISSSTE. 1990
- 3.- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F, Jaime Alarid, Hernández Ramírez, Farfán Salazar, Mazón Ramírez. Fundamentos de Medicina Familiar. (3º Ed.) México; Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995.
- 4.- García Ramón-Pelayo Gross. Diccionario Larousse enciclopédico ilustrado. Sexta edición. Ediciones Larousse. 1996
- 5.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Anuarios Estadísticos de los Estados y Perfiles Municipales. Edificio sede. Av. Héroe de Nacozari Núm. 2301 Sur Fracc. Jardines del Parque, C.P. 20270 Aguascalientes, Ags. 1995
- 6.- Sánchez Azcona J. Familia y sociedad. Tercera edición, Editorial Joaquín Mortiz, S.A. Editorial Planeta, México 1984
- 7.- Díaz Infante Fernando. La educación de los Aztecas. Panorama editorial, S.A. México 1993
- 8.- Estrada Inda Lauro. El ciclo vital de la familia, Sexta edición, México. Editorial Posada. 1992
- 9.- Stanley H. Schuman. Eventos de la vida, flujo del tiempo y epidemiología familiar
- 10.- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F, Hernández Ramírez C, Farfán Salazar G. Diagnóstico familiar. Cuarta edición, México. Editorial Medicina Familiar Mexicana.

- 11.- Pollak, Orro, *Sociological and psychoanalytic Concepts in Family Diagnosis*. The Free Press, New York, 1965
- 12.- Tassani de Blain y Cols. *Perfil familiar de la comunidad Guere, Unidad de Medicina Familiar del Centro Ambulatorio «Dr. Luis Guada Locau» (I.V.S.S.) Edo. Carabobo. Marzo-Abril 1993. Médico familiar Vol. 4 No. 1 Enero-Marzo 1995.*
- 13.- ISSSTE. *Compendio en educación para la salud al magisterio. 1995*
- 14.- Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. *Encuesta nacional de Enfermedades crónicas Fotolitográfica Leo, S.A. México. Julio 1996*
- 15.- ISSSTE. *Anuario de información epidemiológica. 1991*
- 16.- Ackermann Nathan W. *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Editorial Horme, 1974.
- 17.- Minuchin S. *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Editorial Granica, 1977.
- 18.- Datz L. *Dinámica de la familia*. México: Editorial Servicios de Enseñanza e Investigación. IMSS., 1979.
- 19.- Klineberg O. *Psicología Social*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1974.
- 20.- Leñero Otero L. *Investigaciones de la Familia en México*. México: Editorial Instituto de Ciencias Sociales, 1968.
- 21.- Erickson E. *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Hormé, 1966.
- 22.- Stone J, Church J. *Niñez y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Salvat, 1993.

## **Especialidad en Medicina Familiar**

- 23.- Harold I, Kaplan B, Sadock J. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Editorial Salvat, 1993.
- 24.- Peña Piña B.A. Ciclo vital de la familia. México: Trabajo presentado en la Reunión Anual de la Asociación de Médicos Generales y Familiares, 1990.
- 25.- Santa Cruz V. La Familia como Unidad de Análisis. México: Rev. Med. IMSS., 1983; 21(4) 28-32.
- 26.- Chagoya L. Dinámica Familiar y Patología. México: Rev. Méd. IMSS., 1985; 23(2) 52-57.
- 27.- Barjad L. La Teoría de la Familia. México: Rev. Fac. Med. UNAM, 1980.
- 28.- Saucedo G, Foncerrada M. Exploraciones de la Familia, Aspectos Médicos Psicológicos y Sociales. México: Rev. Méd. IMSS., 1981; 19(15): 160-166.
- 29.- Van Den Berghe P. Sistemas de la Familia Humana una Visión Evolucionista. México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 1983.
- 30.- Irigoyen Coria y Cols. Clasificación de Familias, Prioridades a investigar en Medicina Familiar. México: Rev. IMSS., 1991; 29(5-6):365-368.
- 31.- Collado R. La Identidad y la Familia. México: Editorial Los Universitarios, UNAM., 1980.
- 32.- Santaella Guzmán B. Sistema de Atención Médica General Familiar dentro del ISSSTE, México: Rev. Fac. Med. UNAM., 1981; 24(4-5):4-20

# ANEXOS

## ANEXO 1

### IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: \_\_\_\_\_ Edo. civil Casados ( )  
U. libre ( )

Años de union conyugal: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M—F Escolaridad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 20 ó mas años de edad): \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo: Moderna ( ) Demografía: Urbana ( )  
Tradicional ( ) Semiurbana ( )

Composición: Nuclear ( )  
Extensa ( )  
Compuesta ( )

Ingresos mensuales aproximados: < de 1 salario mínimo ( )  
de 1 a 2 salarios mínimos ( )  
3 o mas salarios mínimos ( )

Ocupación de los padres de la familia: \_\_\_\_\_

Etapas del ciclo vital familiar: Expansión ( ) Dispersión ( )  
Independencia ( ) Retro ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

**ANEXO 2**

**Glosario de términos para el llenado de la hoja de identificación familiar**

<b>Familia:</b>	Se anotan los apellidos que identifiquen a la familia.
<b>Años de unión conyugal:</b>	Anotar en años cumplidos el tiempo que llevan de vivir en pareja.
<b>Educación:</b>	Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado.
<b>Domicilio:</b>	Se anotan: Calle, Número, (interior si lo hubiere), Colonia y Código Postal
<b>Familia moderna:</b>	Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
<b>Familia tradicional:</b>	Es la familia en que solo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
<b>Familia urbana:</b>	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes <sup>1</sup> y que cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua entubada (infra o estradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.
<b>Familia suburbana:</b>	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
<b>Familia nuclear:</b>	Es la familia constituida por padre, madre e hijos.
<b>Familia extensa:</b>	Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos y familiares con lazos consanguíneos, amigos, etc.)
<b>Ocupación de los padres de familia:</b>	Se anotan las ocupaciones de ambos padres. Ejemplo: Padre albañil, madre hogar.
<b>Etapa de expansión:</b>	Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.
<b>Etapa de dispersión:</b>	Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.
<b>Etapa de independencia:</b>	Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado).
<b>Etapa de retiro:</b>	Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.

<sup>1</sup> Para identificar con claridad la etapa en la que se encuentra la familia, se deberán tomar en cuenta los acontecimientos familiares en relación con el primogénito.





