

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

11226
139
Pj.

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

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

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

U.M.F. ERMITA

**MORBILIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR DEL
CONSULTORIO 14
U.M.F.ERMITA**

DRA. SANTILLAN VAZQUEZ CLEOTILDE

U. N. A. U. M. F. E.
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado e Investigación

★

MEXICO, D.F.

1997

ERMITA
LIBRERIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

MORBILIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR DEL CONSULTORIO 14 U.M.F. ERMITA

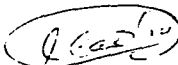
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

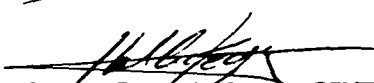
DRA. SANTILLAN VAZQUEZ CLEOTILDE



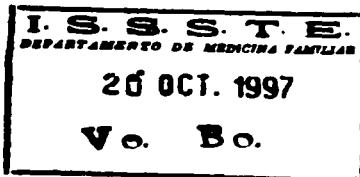
DR. VELASCO CRUZ LUIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E. EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR ERMITA



DR. CASTRO CANTE JOSE
ASESOR DE TESIS



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO EN MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



**MORBILIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR DEL
CONSULTORIO 14
U.M.F. ERMITA**

PRESENTA:

DRA. SANTILLAN VAZQUEZ CLEOTILDE


AUTORIZACIONES:



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



**DR. ARNULFO IRIGORYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



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

**MORBILIDAD Y
ESTRUCTURA FAMILIAR
DEL CONSULTORIO 14
U.M.F. ERMITA**

INDICE

I. TITULO	1
II. INDICE GENERAL	2
III. MARCO TEORICO	3
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
V. JUSTIFICACION	24
VI. OBJETIVOS (GENERALES Y ESPECIFICOS)	25
VII. HIPOSTESIS (NO ES NECESARIO EN UN ESTUDIO DESCRIPTIVO)	25
VIII. METODOLOGIA	25
<ul style="list-style-type: none">• TIPO DE ESTUDIO• POBLACION, LUGAR Y TIEMPO• TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA• CRITERIO DE INCLUSION• CRITERIO DE EXCLUSION• CRITERIO DE ELIMINACION• INFORMACION A RECOLECTAR• CONSIDERACIONES ETICAS	
IX. RESULTADOS	28
X. ANALISIS	72
XI. CONCLUSIONES	74
XII. BIBLIOGRAFIA	78
XIII. ANEXOS	78

III. MARCO TEORICO.

MORBILIDAD. Los patrones de la morbilidad varían en relación con ciertos números , de factores interrelacionados, tales como las etapas de desarrollo del País, (las enfermedades degenerativas crónicas son comunes en las mayorías de las regiones desarrolladas), el periodo investigado (en los últimos 50 años se han producido cambios sorprendentes), el tipo de comunidad (grupo cultural, rural, urbano, diferencia de clases sociales) y las personas que reporta las enfermedades (los pacientes mismos, los médicos o estadísticos).

Reportes de diferentes partes del mundo indican que algunas condiciones aparecen en algunas regiones del planeta pero no en otras. Ejemplo: los negros Norteamericanos es común la Anemia de cel. Perniciosa, Mientras que la Fiebre del Mediterráneo, es endémica en el Medio Oriente. Un hecho sorprendente, es que muchas de las condiciones comunes lo son en todo el Mundo. Ejemplo: Los problemas Respiratorios.

Las fuentes de reporte de Morbilidad se han hecho uso de reportes de las siguientes clases:

1. Proporcionado por la población o por el paciente mismo.
2. Cuestionarios de encuestas.
3. Proporcionado por el médico.
4. Proporcionado por estadísticos, a partir de certificado de defunción.

Las encuestas y los "chequeos" médicos invariablemente detectan muchas condiciones de las cuales el paciente no esta conciente. El número de nuevos casos descubiertos varían, dependiendo de muchos factores (el tipo de atención médica, disponible, el grado interés y comprensión de la salud por parte de la población Etc.)

También mencionaremos, en relación con los patrones de morbilidad, la gran cantidad de enfermedades indiferenciadas que existen. Esto se debe a que la mayoría de las condiciones se ven en su etapa temprana y son autolimitadas, por lo que siguen adelante ni llegan a producir signos o sintoma.

También puede ocurrir que dichas condiciones avancen, produciendo signos y síntomas de enfermedades más serias.

Finalmente debemos decir respecto a la morbilidad que la práctica familiar todavía no se ha desarrollado suficientemente, por lo que aún no se ha delineado de los patrones de los problemas familiares.

En algunas prácticas particularmente en los Centros de Salud, se han hecho mención de esta clase de problemas, pero en forma sistemática.¹

CAMBIOS EN LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

El éxito en el control de las principales enfermedades infecciosas, que asolaron, incluso a los Países más avanzados hasta los primeros años de este siglo han dado paso a la aparición de un nuevo patrón de enfermedades en las Naciones con nivel de vida alta. En lugar de enfermedades agudas como la fiebre tifoidea, las neumonías, etc. El médico se enfrenta ahora más frecuentemente a enfermedades crónicas, trastornos del desarrollo, anomalías a la conducta, accidentes y una gama distinta de los procesos infecciosos. La reducción a la morbilidad en los niños y los adultos han dado lugar a que las generaciones siguientes aumente la proporción de personas ancianas.

Este patrón ha producido un cambio gradual en el papel clínico. La persona que padecían algunas de las principales infecciones mortales, fallecía, o se recuperaba en un periodo de tiempo relativamente corto, las personas afectadas por un padecimiento crónico, entran en frecuencia en una lucha prolongada para adaptarse a su medio ambiente. Así pues, una vez de enfrentarse a situaciones agudas de la vida o muerte, lo que más frecuentemente hacen los clínicos es ayudar a que los pacientes consigan el equilibrio con el medio ambiente. El control de los trastornos crónicos exige un estudio cuidadoso tanto de la personalidad de paciente como del mismo ambiente puesto que muchas de las situaciones al que se enfrenta el médico abarca complejas, condiciones de factores físicos y conductuales la separación convencional entre enfermedad física y mental pierde su validez. También ha cambiado la práctica de la medicina preventiva. En cierto sentido hemos pasado de una era de salud pública a otro salud privada. La salud de la sociedad depende menos de nuevas leyes que de millones de decisiones privadas sobre temas tan diversos como el tabaco, planificación familiar y la vacunación. al influir esas decisiones, el papel educativo, del médico a adquirirlo una nueva importancia².

PACIENTE CRONICO Y SU ENTORNO EN ATENCION PRIMARIA.

El aumento de la expectativa de vida se han experimentado en los últimos años, en virtud de la mejora en las condiciones higiénicos sanitario, medio/ambientales y el progreso científico y tecnológicos, ha llevado a un envejecimiento progresivo de la población general. Así como la actualidad, los mayores de 65 años representan el 12% de un estudio realizado en la comunidad Autónoma Vasca. Estas circunstancias han provocado un cambio en el perfil epidemiológico de la población. Son personas que normalmente padecen más de una patología de naturaleza crónica-degenerativa, se acompaña de incapacidad en mayor y menor grado de su familiares, cuidadores y del sistema sanitario, quedando unos confinados en sus domicilios o Instituciones. Estos provocan un cambio en las características de las demandas asistencial por parte de estos pacientes.

La valoración funcional y la observación del entorno donde se desarrolla la vida de los pacientes domiciliarios crónicos y de su cuidadores revelan la información muy valiosa, como se desprende de los estudios de HERNANDO Y PUIG para racionalizar y mejorar la calidad de la atención que ofrece los profesionistas sanitarios³.

Para la evaluación y el diagnóstico familiar: La familia puede constituir en un procedimiento simple o una labor larga y complicada.

Para la evaluación se debe tomar en cuenta los problemas o diagnósticos actuales, el deseo y la capacidad de la familia para enfrentarlos y el tiempo de Servicio Médico disponible.

Aquí sólo se considera cómo influyen los diferentes problemas/diagnósticos en la evaluación familiar.

La historia de la familia y la base de los datos objetivos, subjetivos y de evolución y diagnóstico. Los datos de la primera, pueden obtenerse por medio de un cuestionario, en cambio, para las áreas diagnósticas se requiere la habilidad profesional. Los datos objetivos pueden dividirse en las siguientes categorías : Censo familiar, árbol familiar, la historia de la vida de la familia y la situación actual, los detalles de la residencia familiar.⁴

TERAPIA FAMILIAR BREVE.

Los Médicos de atención primaria se encuentran prácticamente a diario con dificultades de tratar a un paciente en la que se ha descartado un proceso crónico o sin embargo exórese sus quejas como exclusivamente física, los tratamientos psicológicos es necesario que el paciente debe aceptar como mentales una dolencia que él perciba como exclusivamente física.

El modelo de la terapia breve posee técnicas terapéuticas sencillas que aplica el médico de la entrevista clínico pueden fomentar soluciones eficaces para las quejas somatoformes.

Es posible para un médico de familia que disponga de consulta programada para tratar a sus pacientes con trastornos somatoforme con terapia familiar breve, siempre y cuando tenga una formación teórica básica y la supervisión de un experto. Los resultados obtenidos sobre la terapia familiar breve se cree que no son los mejores que los que obtiene otros tipos de tratamiento eficaces. Si embargo no parece que este tipo de tratamiento puede ser útil para el Médico de cabecera, que quién tiene, que resolver la mayor parte de las quejas de los pacientes con trastornos, somatoforme y cuenta con un tiempo escaso.⁵

EVALUACION DE UN PROGRAMA DE AUTOCUIDADO.

(Para esta evaluación se toma en cuenta la HIPERTENSION ARTERIAL Y DM, que son padecimientos muy frecuentes).

Siendo los padecimientos más frecuentes, cuyo diagnóstico y seguimiento, tratamiento se lleva a cabo en nivel primario de salud, es un motivo de consulta muy frecuente e todos los países desarrollados. Una tercera parte de los motivos de consulta muy frecuente corresponde a la HAS y DM o síntomas relacionados con ellas. En los programas de seguimiento crónico la HAS corresponde la mitad de las patologías; generalmente en pacientes de edad avanzada, de bajo nivel cultural y que exhiben una actitud de recelo hacia los trastornos que sufren. La educación pretende que el paciente realice algunos cambios en su estilo de vida y tome los fármacos prescrito:

Autocuidado se define: como la capacidad del hipertenso de llegar a un control de su enfermedad mediante modificaciones en los hábitos cotidianos.

LEVIN. Lo define como las actividades que las personas que hacen para proporcionar su salud, para prevenir enfermedades y sus limitaciones hacerse cargo de su medicación cuidar su dieta y ejercicio.

La estrategia educativa del autocuidado se basa en facilitar los cambios de las personas, en el marco de la historia familiar.

Se logra los cambios cuando las personas tengan suficientes motivos para realizar cambios objetivos de los sistemas fisiológicos. Los educadores sanitarios no siempre reconocen esos momentos, además antes de intervenir se debe validar los conocimientos y prácticas correctas de la propia familia o comunidad en la que se trabaja.⁶

La DM es otro de los padecimientos importantes, que la experiencia clínica en Atención primaria informa sobre un elevado uso de servicio por parte de la población DM., uno de los problemas de salud más abordado. Sin embargo la mayoría de los estudios se limitan a una análisis descriptivo sin aportación de nuevas ideas de interés para la atención primaria. El interés actual por la epidemiología de la DM es evidente.

La comprobación de una gran prevalencia de trastornos de la tolerancia a la glucosa entre la población general revaloriza las técnicas de detección y diagnóstico precoz en ara para la intervención primaria y secundaria. Las consecuencias sociales y económicas de la DM de sobra conocimiento y exige una planificación sanitaria.⁷

EVALUACION INTEGRAL DEL PACIENTE ANCIANO EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA.

La población de la gran mayoría de los Países Occidentales esta experimentando un proceso de envejecimiento progresivo, debido principalmente al aumento de la longevidad.

Una asistencia médica correcta al paciente anciano es compleja porque hay muchos factores asociados que han de tomarse en consideración. El Médico se convierte en el receptor de los problemas sociales, económico y sanitario, del anciano o de sus familiares y ha de canalizarlo a menudo si posibilidad de darles solución. La Anamnesia de este grupo de población es frecuentemente laborioso por la dificultad de la expresión, la presencia del déficit sensorial y por la desorientación tiempo especial. La patología crónica asociada es numerosa, los signos y síntomas pueden ser apañición y morfología diferente a los otros grupos de pacientes. Por ello se propuesto la valoración integral del anciano en un proceso de diagnostico multidimensional e interdisciplinario diseñado para la valoración Bio-Psico-Social funcional, para reconocer de forma objetiva su grado de incapacidad Psíquica y funcional de sus enfermedades crónicas y sus problemas sociales.⁸

LA UTILIZACION DE LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA POR LOS ADOLESCENTES.

La adolescencia es un periodo de tiempo entre la infancia y la edad adulta delimitada cronológicamente entre los 10 y 19 años. Aunque se considera un grupo de edad saludable en término de morbilidad es una etapa en que definen pautas de comportamiento de gran influencia sobre la edad adulta.

Se ha señalado como problema de salud más importante en estas edades las relacionadas con el desarrollo y la nutricional, trastornos psíquicos, anticoncepción, embarazos enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas, accidentes y enfermedades crónicas. Sin embargo los motivos por los cuales acude el adolescente a la consulta de atención primaria mayoritariamente son por proceso infeccioso agudo, enfermedades osteoarticulares y procesos dermatológicos.

En los estudios realizados sus objetivos era detectar en los jóvenes que demandan asistencia en atención primaria la presencia de problemas de salud frecuentemente en estas edades que no son consultados y valorados posiblemente en esta etapa hay factores condicionantes de se escasa demanda como; acné, obesidad, anticoncepción oral, no controlada, consumo de alcohol y trastornos depresivos, así mismo se valora la indiferencia, los factores emocionales o culturales y la accesibilidad del centro, como posibles factores, condicionantes de escasa demanda de estos problemas. La detección precoz podría prevenir la aparición de secuelas y ofrecer la calidad de vida al adolescente.⁹

LOS HABITOS ALIMENTARIOS EN LA POBLACION INFANTIL.

La relación entre la dieta y salud se conoce desde Antiguo, aunque solo en los últimas décadas se han estudiado con profundidad los nutrientes como factores de riesgos, aislados o combinados, de diferentes patologías sobre los más prevalentes entre nosotros. En términos de salud pública fundamental tener información suficiente sobre los hábitos alimentarios y estado nutricional del individuo, esencialmente de los niños, para poner en marcha programas dirigidos o corregir los errores dietéticos, y evitar patologías derivadas de la mal nutrición sea por esto por defectos o por exceso.

La población infantil es uno de los colectivos más susceptibles a intervención dietética adquirido en estas edades van a determinar el comportamiento alimentario de la sociedad.¹⁰

ETICA DE LA PRACTICA EN LA MEDICINA.

El conocimiento de la ética nos obliga éticamente pero estimula la flexibilidad, permitir emitir juicios de valores correctos, aumenta la sensibilidad para detectar problemas morales y mejor capacidad para tomar decisiones.

Ni en la Medicina ni en la ética es tomar decisiones absolutas y certeras: el saber sobre lo particular nos lleva sólo a lo probable, cabe actuar con prudencia. Debemos aprender a tomar decisiones inciertas poco racionales tomando en consideración las principales morales absolutas implicadas en la relación, Médico-Paciente como autonomía, beneficencia y no maleficencia, justicia.¹¹

EL USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

Uno de las principales carencias que se puede observar entre los profesionales de la atención primaria es la deficiencia en la formación del Médico sobre el uso de los fármacos, tanto al nivel de pregrado como del posgrado y que provoca un deterioro de la calidad terapéutica en el transcurso de los años de profesión.

El medicamento es el principal recurso terapéutico del Médico familiar en sus actividades asistenciales cotidianas.

La elección del fármaco adecuado para la multitud de procesos atendidos, muchos, de ellos empíricos, sintomáticos, preventivos hace del proceso de toma de decisiones terapéutica y elección de un medicamento concreto, un eje fundamental de razonamiento Médico, por lo tanto, sujeto al rigor del pensamiento científico.

Disponer de una formación continua en terapéutica, de carácter independiente y crítico en la actualidad, un esfuerzo personal voluntario y costoso.¹³

PERVERSIONES EN LA ATENCION PRIMARIA

La atención primaria de salud y el propio médico de familia han sido considerados elementos capaces de transformar el sistema sanitario.

Todas aquellas cuestiones que provocan un mal funcionamiento de la atención primaria y producen su desprestigio podemos denominarlas perversiones.

A menudo el especialista Hospitalaria se asume un papel de consultor considera al Médico de familia como un profesional poco sofisticado, pocas veces contesta el documento de interconsulta y realiza seguimientos innecesariamente de problema de salud, provocando molestia a los usuarios, generando insuficiencia y dificultando la labor del Médico de Familia.

En relación con otros niveles asistenciales el Médico de familia debe ser Abogado defensor de la salud de su población. No se trata de derivar los pacientes a una especialidad, sino de consultar problemas, sin perder el seguimiento del paciente.

A los tradicionales déficit en dotación de material, información y personal Administrativo, debemos añadir diversos problemas de tipo organizativo que también, dificultan la atención de la población, la indefinición de los roles de los distintos profesionales, los numerosos elementos burocráticos de nuestra consulta las dificultades las dificultades para introducir actividades preventivas etc.¹⁴

INFLUENCIA DEL MODELO ORGANIZATIVO EN LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS.

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados médicos y una faceta de calidad. El conseguir que los pacientes estén satisfechos es un objetivo de todas las organizaciones de servicios, reforzado en los últimos años por el auge de los movimientos de consumidores. Desde la ótica de los servicios de salud es importante también porque los pacientes están satisfechos con su Médico es más probable que mejore su adherencial al tratamiento, cumpla más las citas de seguimiento y capten recomendaciones preventivas. La satisfacción e un concepto multidimensional del que se ha medido diferentes dimensiones en numerosos estudios.²²

HISTORIA NATURAL DE LA FAMILIA

Todo induce que la familia es la más antigua.

La expresión de MARK.: que nada es continuo y duradero como el matrimonio.

Sin embargo sigue siendo oscuro tanto los orígenes de familia como las etapas que ha atravesado en el curso de su desarrollo hasta llegar a la actual multiplicidad de formas.

Todo lo que se diga sobre la evolución de la familia son suposiciones porque ninguno se ha demostrado científicamente.

Sin embargo las Instituciones Sociales son uno de los artefactos Humanos más perecederos por ellos no tenemos ningún testimonio directo sobre los tipos de Organización familiar que existieron antes de los primeros documentos escritos. La gran variedad de Instituciones Familiares encontrados entre los varios pueblos "primitivos" demuestra que las posibilidades son muchas, pero muy pocas claves para fijar con exactitud al proceso de su desarrollo.

Los Europeos de siglo XIX la familia fue una de las Instituciones estudiadas por los científicos Sociales. El pensamiento de estos científicos estaba dominado por las teorías de la evolución, recientemente formada, por un etnocentrismo que colocaba a sus propias Instituciones Sociales en el centro mismo de todas las líneas de desarrollo. Se por supuesto que el tipo de familia predominante en Europa Occidental, y especialmente en Inglaterra Victoriana, era la culminación definitiva del desarrollo de la Institución. Partiendo de este dato se podía disponer, sistematizar de las demás formas de familiares en una serie evolutiva según la distancia que lo separe de este ideal. El punto más alejado era de la promiscuidad sexual, es decir se le situado al comienzo de la serie, le seguía el matrimonio en grupo, la poliandria y finalmente la monogamia.

Los hijos eran el principio, propiedad común del grupo promiscuo. Esto fue seguido por las Instituciones Matriarcales, Matrilíneas, a la vez, después de una lucha se transforma en Patriarcal.

No ha habido un solo tipo de evolución de la familia, sino una serie de evolución, locales seguido que ha seguido caminos diferentes para alcanzar objetivos también diferentes.

En la relación de un hombre y una mujer en una familia constituye la base de la familia conyugal, pero en estas unidades entran también otras relaciones, la de los padre con los hijos y de los hijos con los padres y entre ellos.

Que la relación padre e hijo concierne, la madre constituye la parte central. En la familia existen dos agrupaciones; Familia Conyugal y Familia Consanguínea, todas las sociedades actuales, reconocen ambas familiar.

Es indudable que la familia conyugal, como la unidad funcional, fue el primero, en la historia humana, el primero que se integro en las estructuras sociales. La familia consanguínea, es desde luego tan Antigua, pero su reconocimiento, y especialmente su utilización como criterio, para delimitar importancia de grupo social organizada, funcionales.

En base de todos los variantes de la familia conyugal, que existe una presunción de continuidad de la relación sexual. Incluso la sociedad que no impone sanciones formales a la separación de los cónyuges, las funciones del grupo conyugal.

La expansión sin precedente de la economía de Europa Occidental y los Estados Unidos durante el pasado siglo y las grandes posibilidades que ha abierto a los individuos han destruido raíces misma de la organización familiar consanguínea. En la comunidad Urbana Moderna, los alimentos preparados, las conservas, las lavanderías automáticas, los vestidos de confección y sobre todo, la apertura a las mujeres de ocupación atractiva bien pagada han contribuido mucho más a minar la cantidad del matrimonio en toda posible pérdida de fe en sus sanciones religiosas.

En las actuales condiciones, los hombres y las mujeres pueden satisfacer sus necesidades básicas aunque no exista ningún tipo de asociados familiares, conyugal o consanguínea. En el anonimato de la vida Urbana y el desarrollo de una serie de técnicas anticonceptivas efectivas, incluso las necesidades sexuales pueden satisfacer sin unión permanente o sin exponerse a una serie de problemas.

En todas las sociedades, las relaciones con las relaciones matrimoniales más satisfactorias y duraderas son las que se inician después de una adecuada deliberación y sin esperar demasiado de ellos. Si insistimos en que en el matrimonio debe haber condiciones preliminares para formar una familia adecuada.¹⁵

HIPOTESIS ETIMOLOGICAS DE LA FAMILIA.

DEFINICION DE LA FAMILIA. Grupo formado por marido, madre e hijo sigue siendo la unidad básica de la cultura Occidental conservando aún la responsabilidad de poseer los miembros nuevos a la sociedad y otorgarles apoyo emocional y físico.

ETIMOLOGIA DEL TERMINO FAMILIA. Es propuesta por MARQUEZ DEL MONTE como proveniente, de la palabra latín "FAMULUS" que significa sirviendo o esclavo domestico.

AUTORES

1. TAPARELI.

La palabra familia deriva del latín "FAMES" que significa hambre que es una de las necesidades que resuelve esta asociación.

2. MENDIZABAL Y MARTIN.

Familia deriva de "FAMUS" que significa hambre.

3. RODRIGUEZ DE ZEPEDA.

Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común y que unidos por un vínculo que se deriva inmediatamente de la ley natural.

4. TREDELENBUR.

Existen en la familia tres sociedades unidas, la conyugal, la filial y la heril.

5. ANONIMOS DEL SIGLO XII.

Gente que vive en una casa bajo la autoridad del ser de ella.

6. FERNANDEZ MORALIN

Conjunto de ascendentes, descendientes, colaterales y afines de, un linaje.

7. GONGORA.

Cuerpo de un orden o religión o parte considerable de ella.

8. ALARCON

Gente que el Señor sustenta dentro de una casa.

FAMILIA.

Para los estudios de la familia desde el punto de vista social se ha encontrado útil esta clasificación.

1. EN BASE A SU DESARROLLO.

Moderna; se considera cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.

Tradicional; solamente uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.

2. EN BASE A SU DEMOGRAFIA.

Urbana; es la familia que habita en una comunidad demás de 5000 hab. Y cuenta con todos los servicios.

Semiurbana; con las familias que viven en una comunidad de más de 5000 hab., y carecen de algunos de los servicios básicos.

Rural; familia que vive en el campo.

3. EN BASE A SU INTEGRACION.

Integrada; cuando los cónyuges conviven juntos y cumplen sus funciones.

Semi-integrada; los cónyuges conviven juntos pero no cumplen sus funciones.

Desintegrada; cuando falta algunos de los cónyuges por muerte, divorcio o abandono.

4. TIPOLOGIA.

Según la ocupación del cónyuge o de ambos son:

- Campesinos.
- Obreros.
- Profesionales.

5. EN BASE A SU COMPOSICION.

Extensa; formada por los padres e hijos, o consanguíneos o amigos.

Nuclear; formado por los padres e hijos.

El clasificar a la familia es importante para el médico, que le permita hacer un buen diagnostico de familia que esta en su cargo en su clínica o centro de trabajo, desde diferente punto de vista y obtener un buen objetivo, de salud familiar en todos los aspectos que rodea a la familia.

Las disfunciones familiares son capaces de generar problemas de salud en algunos de los miembros de la familia, estos los obliga a demandar atención, de los servicios sanitarios, estas familias que "CHRISTIE Y SHEBLY" denomino propenso a enfermar acude a la consulta del Médico de familia, en solicitud de apoyo pero sin exponer, salvo ciertas ocasiones los problemas que afectan a la dinámica familiar.

Los problemas que afectan a la dinámica familiar:

El Médico se enfrenta a manifestaciones orgánicas, Psíquicas y Psicomaticas, poder establecer una relación causa- efecto con lo que ocurre a la familia, perdiendo oportunidad de realizar una investigación sobre los factores decadentes de la crisis, es decir del problema psicosocial.

Este hecho no parece importante, ya que indica "GOOD IREGER" un porcentaje elevado de motivo de consulta de atención primaria, comprende entre 30% y 60% se debe a problemas psicosociales que tienen sus orígenes en crisis y disfunciones familiares.

El problema fundamental con que nos encontramos para abordar la situación, correctamente radica en que no contamos con indicadores que permita, relacionar la consulta con la disfunción familiar.

Existen dos aspectos en la demanda que nos podría orientar acerca de la dinámica, familiar alterada. Uno estaría en relación con la clínica que cómo expuso ASEN es frecuente que el caso por la familia disfuncional muestre síntomas poco definidos o de alteraciones psíquicas.

Otros estarían con la relación con los servicios el uso; hace unos años se señaló que la hiperutilización de los servicios, estaban relacionados con factores no identificados que dominaron "CULTURA SANITARIA FAMILIAR".¹⁸

ETAPAS DE LA FAMILIA.

Hay diferentes épocas por las cuales van pasando la familia de acuerdo con su propio proceso existencial.

A) PRENUPIAL.

B) LA NUPCIAL.

C) FORMACION Y EDUCACION DE LOS HIJOS.

ETAPA PRENUPIAL.

Esta etapa se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro conyugal, al escoger la pareja con la cual se requiere contraer matrimonio, fenómeno que en otra época y en otra sociedad no aparece, sino los abuelos o padres eran los que determinaban la boda.

Se considera el noviazgo una parte de evolución, y de preparación de acuerdo con las normas morales y religiosas que nuestra sociedad acepta. Es el noviazgo donde se presupone el conocimiento real de los futuros esposos deben decidir en un acto de deberia tener mayor objetividad la adaptación para la formación de un futuro hogar, de acuerdo a la sociedad que vivimos impidiendo que se logra una relación real y afectiva.

Porque el noviazgo debe ser con madurez sin perder la objetividad, tomando ciertos factores externos como; nivel económico, la atracción física, el estatus social, por los que son factores determinantes en la aceptación de la relación.

Algunos autores han señalado los principales antecedentes a tomarse en cuenta para formar un nuevo hogar.

1. Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
2. Donde los contrayentes es indispensable el razonamiento y la aceptación de ambos cónyuges la responsabilidad común, maternidad, paternidad y madurez social, de ambos, que hallen configurado los roles que la sociedad demanda para integrar u matrimonio.
3. Tener intereses y actitudes semejantes.
4. Reconocer creencias afines.
5. Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
6. El matrimonio no viene a ser más que una comunicación continua y una responsabilidad continua y permanente.
7. Complementar expectativas semejantes en lo económico.
8. Aunque es de valor, los antecedentes dados en lo anterior, el nivel económico de la pareja sea lo más semejante.
9. Disponer de una actitud semejante con respecto a la actividad sexual.
10. Una de las grandes fallas culturales de la sociedad es la falta de información real sobre la vida sexual en los individuos.
11. Situar la relación con la familia política.

La relación que se va manteniendo con la familia política son determinantes en la estabilidad del matrimonio.

ETAPA NUPCIAL.

Esta época se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos.

Se considera siempre que el primer año de vida en común represente el momento más difícil de ajuste de conocimiento de la pareja. En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegara a ser en el futuro.

Es el inicio del matrimonio donde se empieza a afirmar los roles que el padre y la madre va teniendo. La familia tradicional con el padre como centro donde giran las actividades económicas y sociales. El da la marca de referencia de los valores Filosóficos, Morales y Religiosos, la mujer y los hijos de acuerdo a su ocupación y con el monto de su ingreso determina la clase social que quiere pertenecer. La madre viene representando el centro afectivo de la seguridad emocional.

Por las modificaciones tan rápidas que la sociedad esta tomando, puede afectar o influir la estructura interna de la familia, sobre toda la transformación de la mujer, ha sido motivo a buscar un área en donde pueda trascender y tener una valoración personal, un mundo donde obtenga un reconocimiento en lo jurídico, político, cultural y en lo económico.

- En primer lugar el rol Esposa-Madre tradicional.

Con una serie de derechos y privilegios reconocidos unánime, dependencia del marido, gratitud y correspondencia emocional, constitución del hogar, prestación de servicio doméstico.

- Esposa-Compañera.

En este caso la esposa más que nada busca con su presencia fortalecer el papel social de su marido debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad.

- La Mujer Colaboradora.

Que en cierta forma ha venido a constituir la familia igualitaria.

Los tres tipos de papeles, hay una interrelación permanente entre ellos aunque tienda a predominar, que es un conflicto de la mujer cual de estos roles va a desencadenar.

Con frecuencia la mujer tiene que variar de un papel a otro. Uno de los principales problemas que se presenta en la etapa de la familia es la educación sexual. La sexualidad implica un logro en tres áreas que se complementa; la biológica, la Psicológica y la social son inseparables.

ETAPA DE FORMACIÓN DE LOS HIJOS.

Una de las principales expectativas de los matrimonios es tener los hijos, es el pensar en darles gustos a los abuelos. Pero es importante enfatizar que la paternidad, y la maternidad, son actos eminentemente culturales, y tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación de un conocimiento real y absoluta responsabilidad. Es necesario que los hijos sean amados, llega a un hogar donde haya sido valorado con todo objetividad una madurez física, psíquica y social, para que permita a los futuros hijos entrar en un ambiente de protección física, de seguridad emocional y de integración social, adecuado para que logren crecer, en donde el ser humano va formando una personalidad emotiva y social que le ira fortaleciendo o disminuyendo, en todo los casos un conjunto de capacidad.

El individuo es flexible y condicionado, pero también él que depende de una mayor seguridad en sus relaciones personales y del logro de su permanente deseo de compañía.

La familia debe cumplir con las siguientes expectativas biopsíquicas y sociales de cada uno de sus miembros.

- Satisfacer las necesidades físicas, alimentaria, vestido, medicamentos, techo.
- Cubrir las necesidades afectivas.
- Fortalecer la personalidad.
- Formar roles sexuales.
- Estimular las actividades de aprendizaje.

Un modo importante de estimular en los niños las relaciones sensitivas positivas, se halla en los cuidados del cuerpo. Esto incluye la alimentación, el baño, el vestido y los arreglos para el periodo del sueño.

Aquí el papel activo le toca a la madre, la habilidad y ternura con que dichas actividades se llevan a cabo, contribuyendo hace surgir, los primeros sentimientos de amor del niño hacia a otros que le traigan confort.

Esta seguridad afectiva debe proporcionar en primer lugar, los padres y hacerla extensiva los adultos que entran en contacto con el niño, como los abuelos, tíos, educadores y maestros, sin caer en la sobreprotección, que impida al niño lograr una independencia emocional. Los hijos deberán crecer afirmando su propia personalidad y llegan a ser lo que quieran con su propia personalidad.¹⁷

LA FAMILIA.

Por la familia se entiende la unidad biospsicosocial integrada por un número variable de personas, legada por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo lugar.

Entendemos a la familia como un subsistema social abierto, en constante interacción con el: medio natural, cultural y social, y donde cada uno de sus integrantes interactúan como microgrupos con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud y la enfermedad.

La influencia de la familia en las creencias y conducta de sus miembros se produce tanto a través de las relaciones interpersonales cotidianas, como las características socioculturales del medio donde se inserta, si bien esta última se realiza de forma lenta y a más largo plazo.

La familia como unidad social primaria, no solo influye en los aspectos biomédicos tradicionales, sino que al mismo tiempo, esta en condiciones de transmitir a sus miembros elementos culturales que intervienen sobre creencias, conducta y concepto de salud y enfermedad.

Existe una serie de características en la familia, tales como su estructuras, disfunciones, relaciones conyugales, etc. Que actúan sobre las creencias, conducta en torno a la salud.

La estructura de la familia ha ido cambiando con el curso del tiempo, así como el proceso que lleva a una sociedad a la industrialización y a la urbanización opera una transformación en la composición de la familia, pasando desde la situación anterior de la familia extensa, que estaba compuesta por varias generaciones, otros parientes incluso por miembros no emparentados, a una familia nuclear, constituida por el matrimonio y los hijos.

En España, según el estudio realizado por Del Campo y Navarro, por la familia nuclear, si bien en las zonas rurales del País Vasco, Galicia y Andalucía se observaron un número importante de las familias extensas.

Parece que en las familias extensas la influencia cultural con bases marcadas, de tradiciones que en las familiares nucleares, y ello debe repercutir en la cultura sanitaria de la misma.²⁰

EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

Se ha concebido como la secuencia de estados que atraviesan la misma, desde, su establecimiento hasta su desaparición.

Podemos decir que la familia posee su propia historia natural, alternando etapas complejas con otras de simplificación, variando además las características sociales y económicas de la familia de su formación hasta su dilución.

La OMS ha diseñado un modelo de seis etapas o fases, con las siguientes secuencias:

- I. Formación.
- II. Extensión.
- III. Extensión Completa.
- IV. Contracción.
- V. Contracción Completa.
- VI. Disolución.¹⁹

Otra clasificación del ciclo vital.

Etapas de Extensión: Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

Etapas de Dispersión: Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno trabaja.

Etapas de Independencia: Se da cuando los hijos forman nuevas familias.

Etapas de Retiro: Se inicia cuando los hijos han abandonado el núcleo familiar y los padres se jubilan.¹⁷

Las relaciones de las parejas deben tener en cuenta al analizar las influencias, socioculturales de la familia en el campo de la salud.

RAINWATER describe tres tipos que son:

- I. Conjunto; se comparten tareas e intereses.**
- II. Segregación; grandes diferencias entre los roles y actividades.**
- III. Intermedia; comparte algunas tareas y decisiones.**

En la segunda de ellas es donde más conflictos hay y origina una mayor necesidad de ayuda Médica.

La organización familiar, entendida como el sistema adoptado por el grupo familiar para desempeñar sus funciones, debe ser analizado en razón a su contexto social.

El Médico de familia debe desarrollar sus posibilidades para valorar adecuadamente las consecuencias de estas estructuras familiares y para abordarla con los recurso preventivos y curativos adecuados que le permitiera, eliminar o al menos atenuar su acción nociva sobre los integrantes expuestos, a riesgos implícitos en estas tensiones sociales. Hasta fechas relativamente recientes las relaciones del Médico con la familia solo se establece el propósito de obtener información sobre un paciente grave o para transmitir los pronósticos o alguna recomendación terapéutica en enfermedades que así lo requiera.²⁰

EL CICLO DE LA FAMILIA.

El ciclo de la familia, basado en el trabajo de DUVALL; describe este ciclo, aunque haya cambiado las normas sociales, en la actualidad, menos de la mitad viven en el núcleo familiar, las 8 etapas enunciadas por este autor son:

- 1. Matrimonio pareja, inicio de la familia.**
- 2. Nacen los hijos.**
- 3. Familia con los hijos en la etapa preescolar.**
- 4. Familias con hijos adolescentes.**
- 5. Separación con hijos adolescentes.**
- 6. Separación familiar de los hijos.**
- 7. Edad media "nido vacío".**
- 8. Edad avanzada de los miembros de la familia /jubilación / retiro.**

Por los cambios y teniendo en cuenta la existencia de otros tipos de familia, a menudo se utiliza otros listados más genéricos de estado de ciclo familiar que pueda aplicarse tanto a la familia tradicional como a otros tipos de familia existentes en la sociedad.

1. Soporte financiero.
2. Defensa.
3. Tratamiento Médico.
4. Amor y Soporte emocional.
5. Información.
6. Educación.
7. Soporte Estructural.¹⁹

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA.

A. SOCIALIZACION.

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado un niño totalmente dependiendo de sus padres en un individuo autónomo con plena dependencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudios de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y preescolar, apoyada por el padre después de un compario con los profesores , clubes, etc.

B. CUIDADO.

Significa para la familia el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud en cada uno de los miembros.

C. AFECTO.

En la familia referido es proporcionar animo, amor y cariño.

D. REPRODUCCION.

Históricamente el matrimonio como Institución legal, sacramento de la Iglesia, etc. , nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad. El ambiente sexual / la reproducción.

E. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

Aceptando el concepto dinámico de la familia como Institución mediadora entre el individuo y la sociedad, que entenderemos claramente como conferir a un miembro de la familia tal cual nivel socioeconomics equivalente a transferir derechos y tradiciones, esto es ejemplificando claramente en las expediciones al nacimiento del primer hijo, los mayores recursos de la familia son invertidos en el primer hijo.¹⁷

CRISIS FAMILIAR.

Se puede definir una crisis como: Un estado de descompensación mental funcional, resultado de la reacción del individuo ante un suceso que ha percibido como tan peligroso que lleva a sentirse impotente e incapaz de enfrentarse, a él de forma eficaz con los medios habituales.

Para las frecuentes crisis que se presentan en forma de queja somático sin signos de angustia psicológicas. Hay muchas situaciones capaces de producir al paciente y a su familias como:

- **Muerte de un ser querido.**
- **Perdida de un embarazo.**
- **Muerte súbita de un lactante y muerte accidental.**
- **Suicidio.**
- **Nacimiento del primer hijo, etc.**

Muchos de los pacientes no presentan problemas Psiquiátricos pero han perdido, su capacidad para enfrentarse con el problema a resolver.

A veces se encuentra en una situación de tensión nerviosa por una transición normal de desarrollo vital (adolescencia, matrimonio, divorcio). El nuevo problema se ve como una amenaza para la supervivencia, ya sea física o psicológica de sí mismo o de su familia y esto desencadena la crisis.

La crisis es subjetiva y puede resultar difícil para el profesional entender el impacto que ha tenido la situación.¹⁶

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dado que el médico debe y tiene la obligación de conocer sus familias, así como las principales causas de morbilidad que atiende, surgen las siguientes preguntas:

- I. ¿Cuales son las principales causas de morbilidad en el consultorio 14 de la Unidad de Medicina Familiar Ermita?**

- II. ¿Cuales son las características de las familias usuarias; desde el punto de vista social, del consultorio 14 de la U.M.F Ermita?**

V. JUSTIFICACION.

El esquema de la atención Médica Familiar ha favorecido la insatisfacción tanto en el paciente como en el Médico, debido a una serie de factores como el conocimiento insuficiente sociosanitario, falta de recursos, etc.

Por lo que es importante conocer las patologías que son motivos más frecuentes, de consulta e identificar la estructura familiar y las características de la pirámide poblacional, para implementar programas de educación, prevención y orientación familiar en la Atención primaria reforzando algunos de los siguientes puntos:

1. Prevención de los problemas infecciosos que más afectan a la población.
2. Educación higiénico/dietético, sexualidad, anticoncepción, drogadicción, etc.; por medio de difusión masiva en todos los medios de comunicación, como la radio, TV, en las escuelas, etc.
3. Estrategias educativas a los autocuidados de los pacientes con padecimientos crónicos y así disminuir la frecuencia de consulta a los servicios Médicos.
4. Orientación oportuna en los problemas de dinámica familiar, evitando así desintegraciones familiares repercutiendo en su ciclo Bio-Psico-Social.
5. Uso racionalizado y adecuado de los recursos (laboratorios, estudios de gabinete u otros estudios especializados, etc.) y el servicio Médico.
6. Para un logro satisfactorio es mejorando la calidad diagnóstica y terapéutica, en la atención primaria disminuyendo el costo del servicio Médico de la clínica y del País.
7. Estudiar integralmente al paciente efectuar diagnósticos oportunos y justificados para una adecuada derivación de 2º y 3º nivel, evitando así saturación innecesarias y rechazo molesto para el paciente.

VI. OBJETIVO.

- 1) Identificar la estructura familiar y las patologías que más frecuentemente son motivos de consulta de la población del consultorio 14 de la U.M.F. Ermita.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- A) Identificar a las familias del consultorio 14 en base a su desarrollo, demografía, integración, tipología, y composición.
- B) Identificar las 10 causas de patologías motivos de consulta de la población del consultorio 14 de la U.M.F. Ermita.

VII. HIPOTESIS.

No es necesario en los estudios descriptivos.

VIII. METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO.

- | | |
|-------------------|--|
| A. RETROSPECTIVO. | (Revisión de expedientes y hojas diarias del Médico.) |
| B. DESCRIPTIVO. | (Estudio sin establecer comparaciones). |
| C. TRANSVERSAL. | (Es aquella en que se examino un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado). |
| D. OBSERVACIONAL. | (Presencia de un fenómeno sin modificaciones intencionalmente sus variables.) |

• GRUPO PROBLEMA.

Población, lugar y tiempo.

Se toma la población de las colonias, Valle del Sur, Unidad Modelo, San Simón, Los Reyes Itzapalapa adscrita en el consultorio 14. De la Clínica Familiar Ermita; durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 1996.

• **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

Aleatoria.

De la población adscrita de las colonias ya mencionadas del consultorio 14 se toma a las familias que acuden al servicio durante el estudio en los meses de Julio, Agosto, y Septiembre del año de 1995.

• **CRITERIO DE INCLUSION.**

- Población adscrita que acudieron al servicio durante el tiempo de estudio del consultorio 14 de la U.M.F. Ermita.
- Expedientes clínicos de la población adscrita.
- Hojas diarias de consulta del Médico en el año de 1995.

• **CRITERIO DE EXCLUSION.**

- Población no adscrita a la U.M.F. Ermita.
- Expedientes incompletos.
- Hojas de encuestas incompletas.
- Familias que no acudieron durante el tiempo de estudio.

• **INFORMACION A RECOLECTAR.**

VARIABLES DE MEDICION.

1. Para el censo poblacional.

Las variables como cualitativos, identificándose una escala de intervalos para las primeras y nominal u ordinal en las segundas. Se consideran las variables de:

- Numero total de individuos.
- Numero total de individuos del sexo masculino.
- Numero total de individuos del sexo femenino.
- Número de individuos de sexo masculino por grupo etáreo.
- Número de individuos de sexo femenino por grupo etáreos.

2. Estudio de comunidad (Identificación Familiar).

Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal. Se identifican:

- Nombre de la 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 familiar.

3. Identificación de las causas de consulta.

Se consideran variable de tipo cualitativo.

• DEFINICION DEL PLAN Y PROCEDIMIENTO Y PRESENTACION DE LA INFORMACION.

El estudio fue obtenido de la población adscrita a la clínica familiar Ermita del consultorio 14 de las colonias Unidad Modelo, Valle del Sur, San Simón de los Reyes Iztapalapa. Por medio de los expedientes del archivo clínico del año 1995; las hojas diarias del Médico durante el año 1995 para obtener 10 causas de patologías más frecuente de consulta; encuesta a las familias que acudieron al servicio durante los meses de Julio, Agosto, Septiembre, del año de 1996.

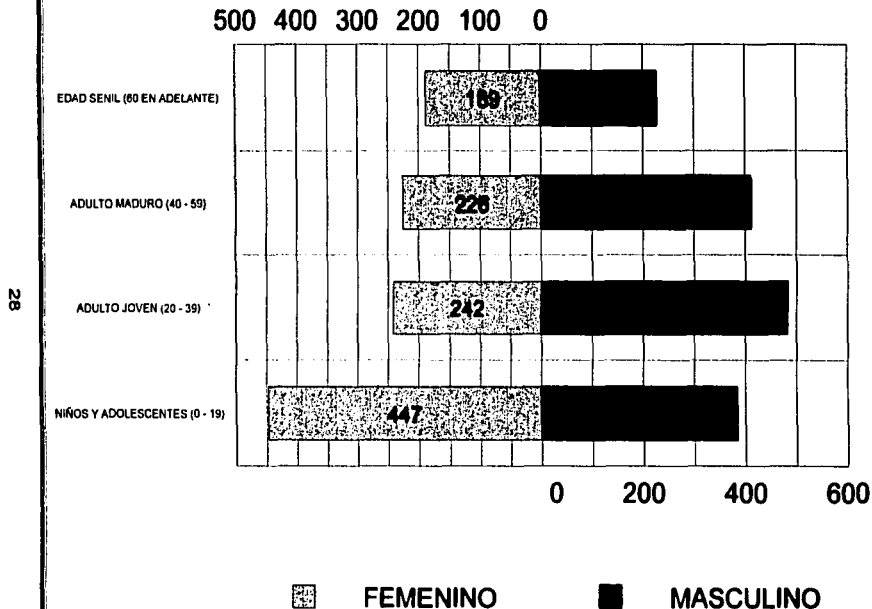
Una vez obtenidos los datos correspondientes a las tres estrategias propuestas, se analizara mediante procedimientos estadísticos descriptivos, los que comprenden relaciones porcentuales y medidas. Se presentara la información mediante cuadros y gráficos.

• ASPECTO ETICO

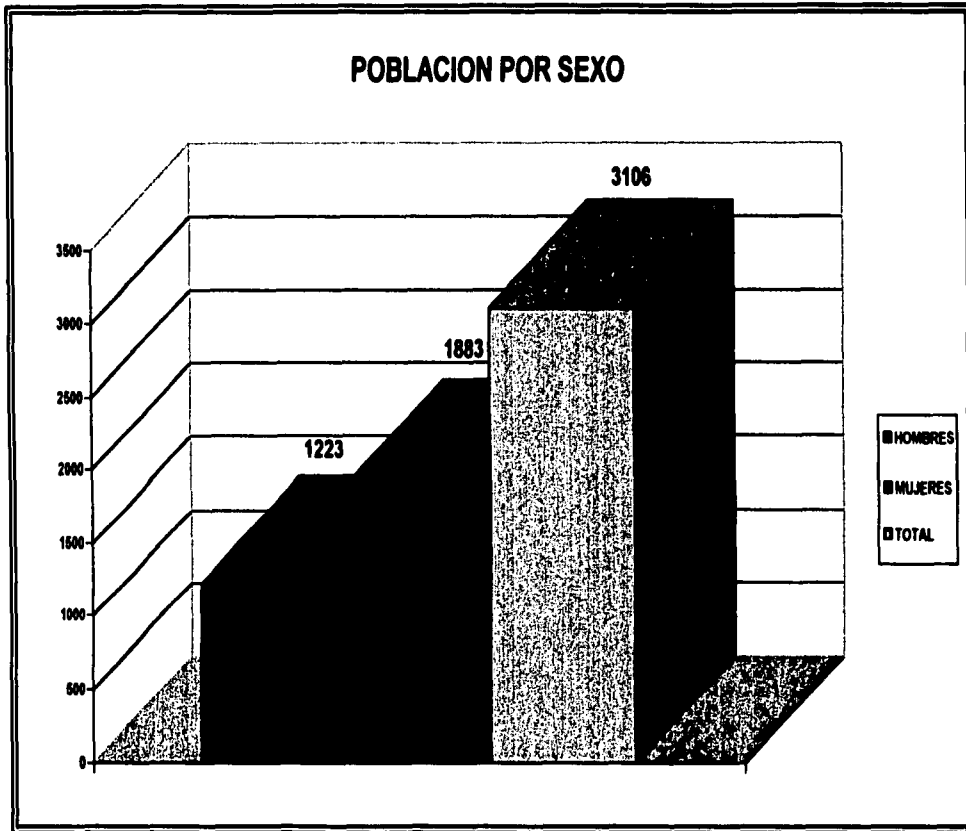
RIESGO DE LA INVESTIGACION.

No se considera que represente algún riesgo para la salud.

PIRAMIDE POBLACIONAL



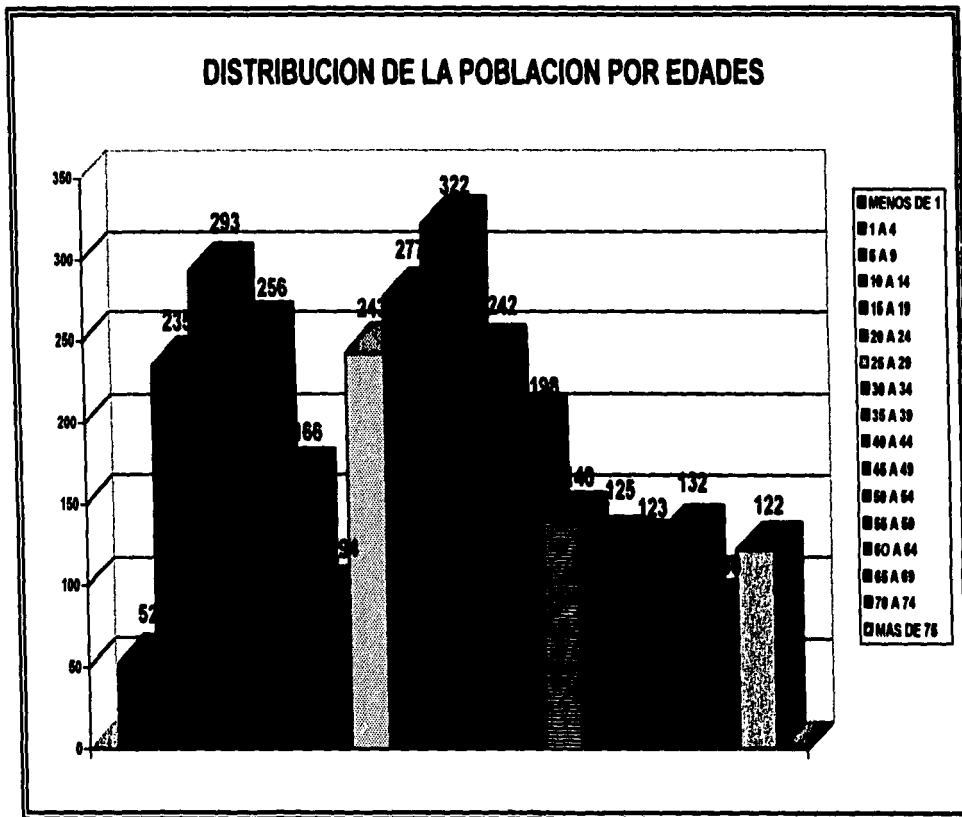
GRAFICA 2



Fuente: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

Dra. Sanjilán

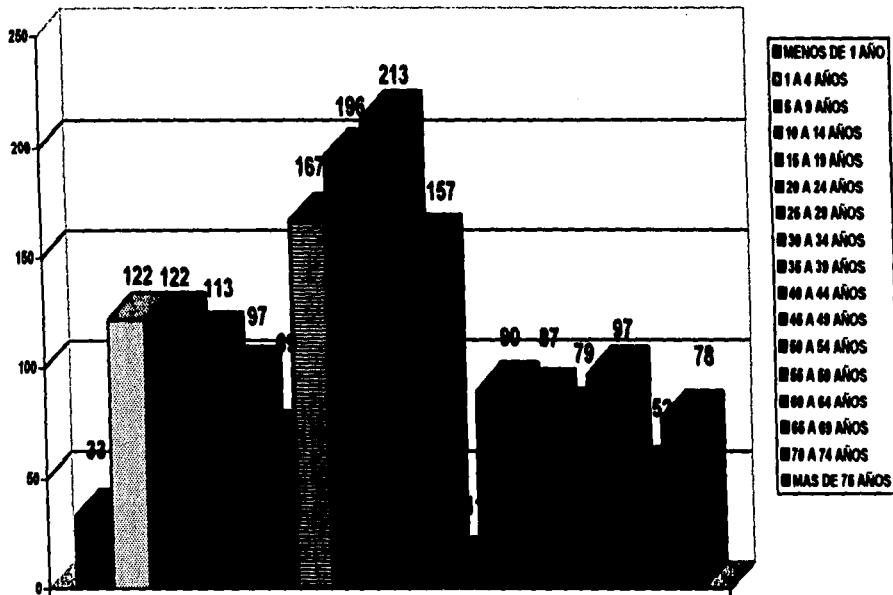
GRAFICA 3



GRAFICA 4

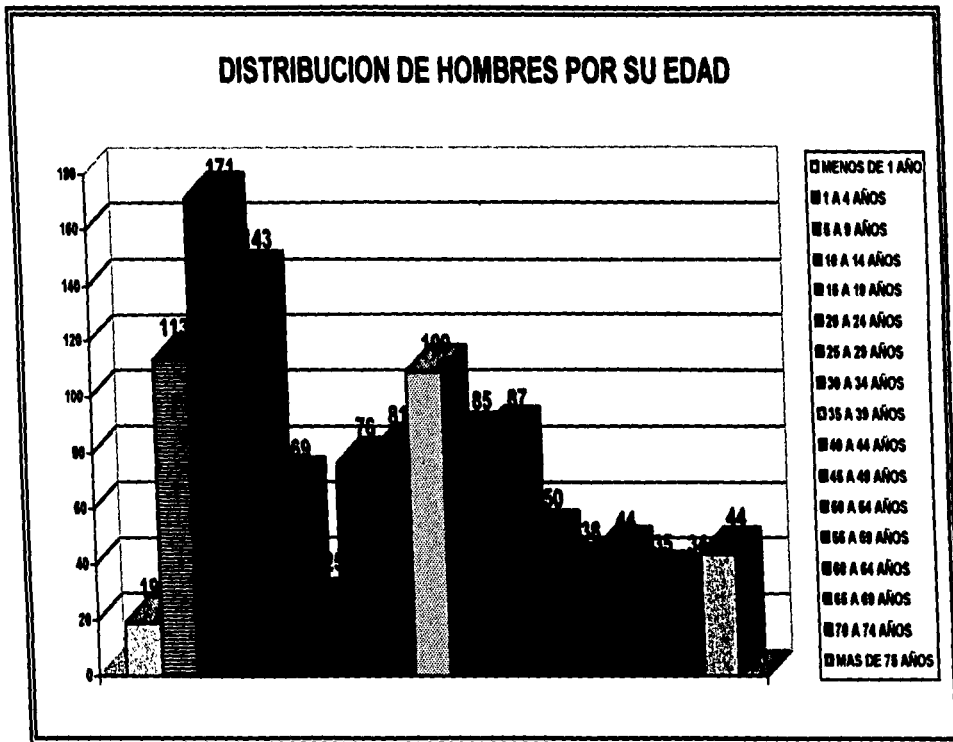
Fuente: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

DISTRIBUCION DE MUJERES POR EDADES



Fuente: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

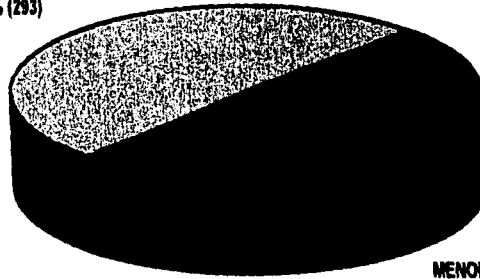
GRAFICA 5



GRAFICA 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFANTIL

DE 5 A 9 AÑOS
51% (293)

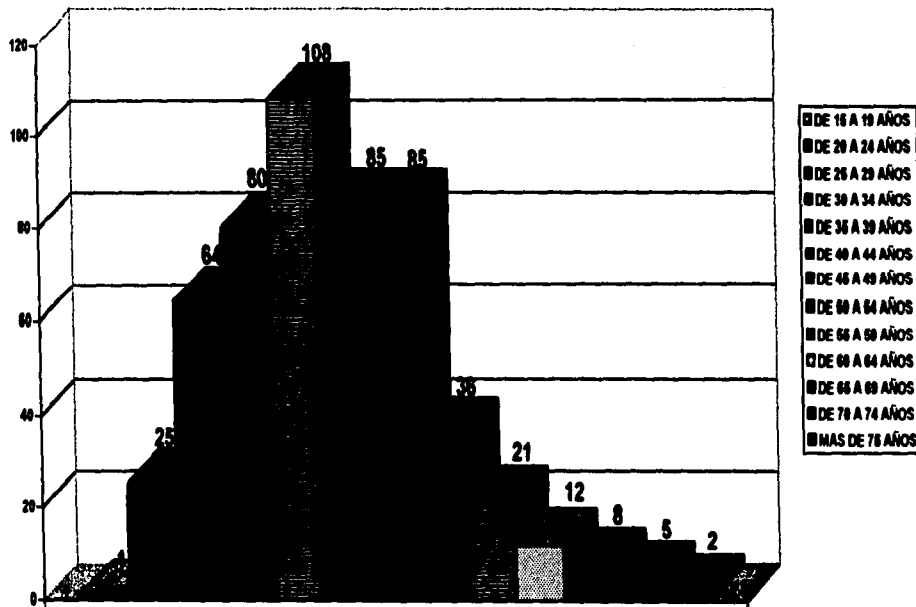


■ MENORES DE 4 AÑOS
■ DE 5 A 9 AÑOS

MENORES DE 4 AÑOS
49% (287)

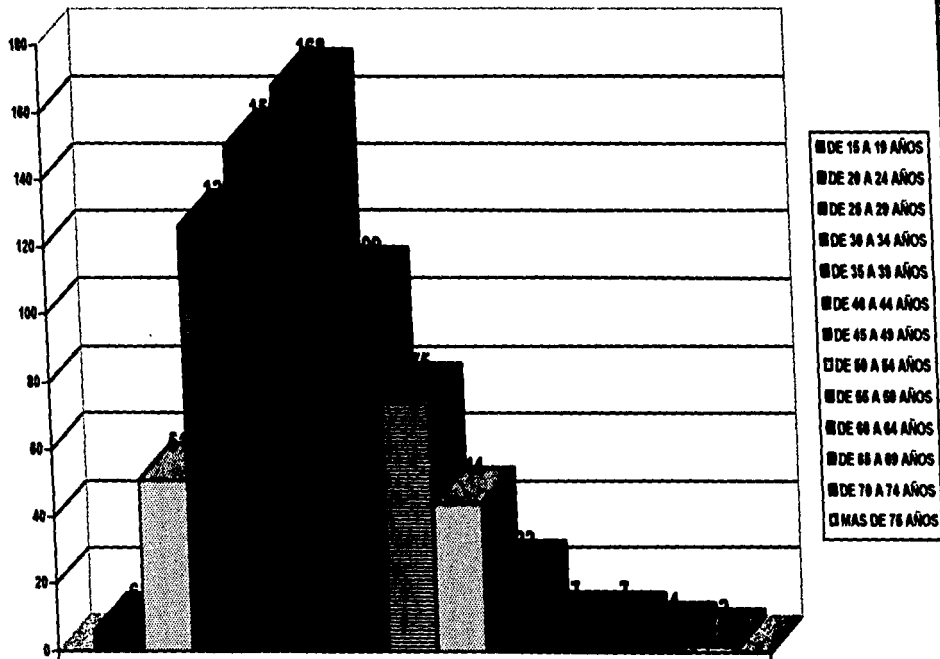
GRAFICA 7

GRAFICA DE TRABAJADORES POR EDAD



GRAFICA 8

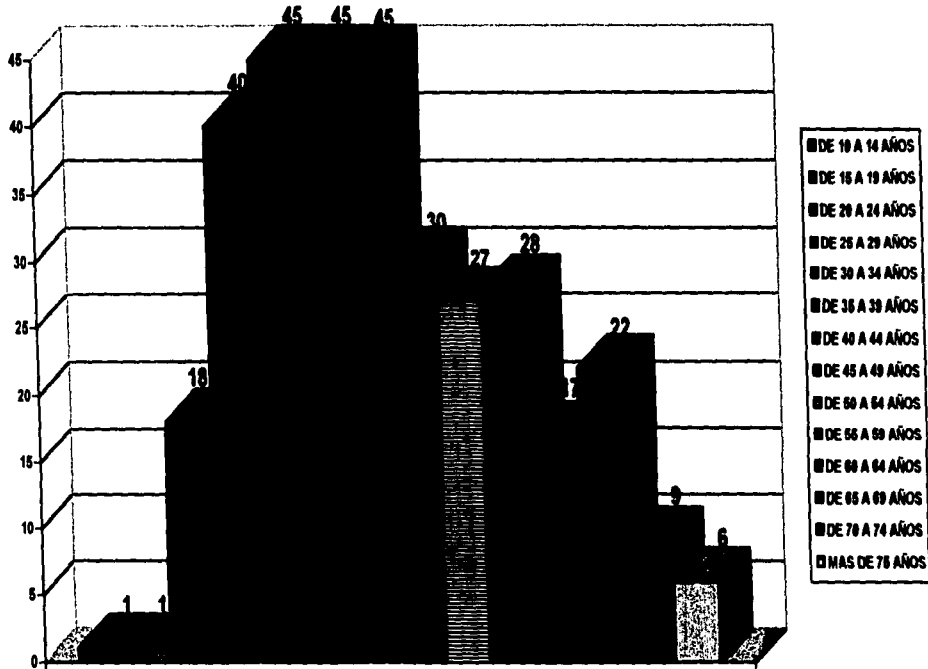
GRAFICA DE TRABAJADORAS DE ACUERDO A SU EDAD



Fuente: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

GRAFICA 9

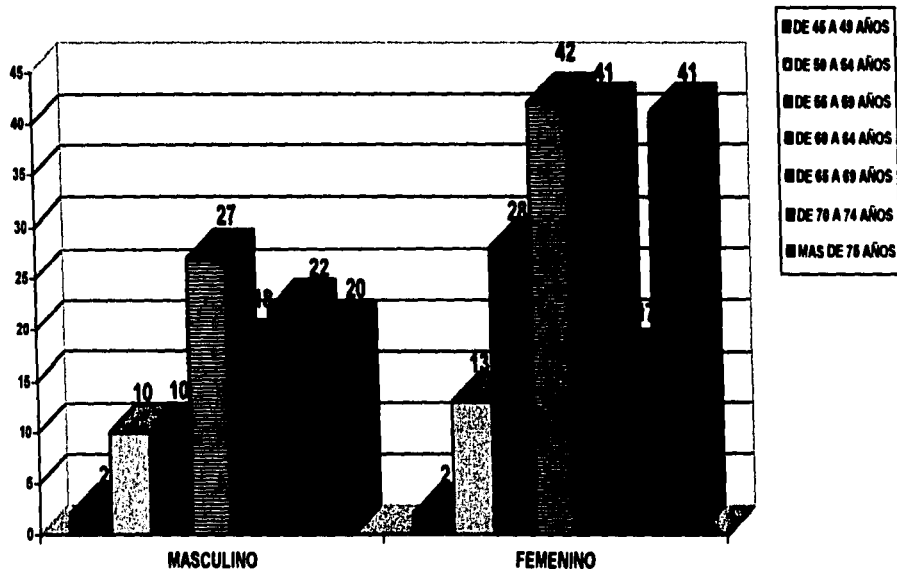
ESPOSA O CONCUBINA DE ACUERDO A SU EDAD



Fuente: Censo Poblacional de los expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

GRAFICA 10

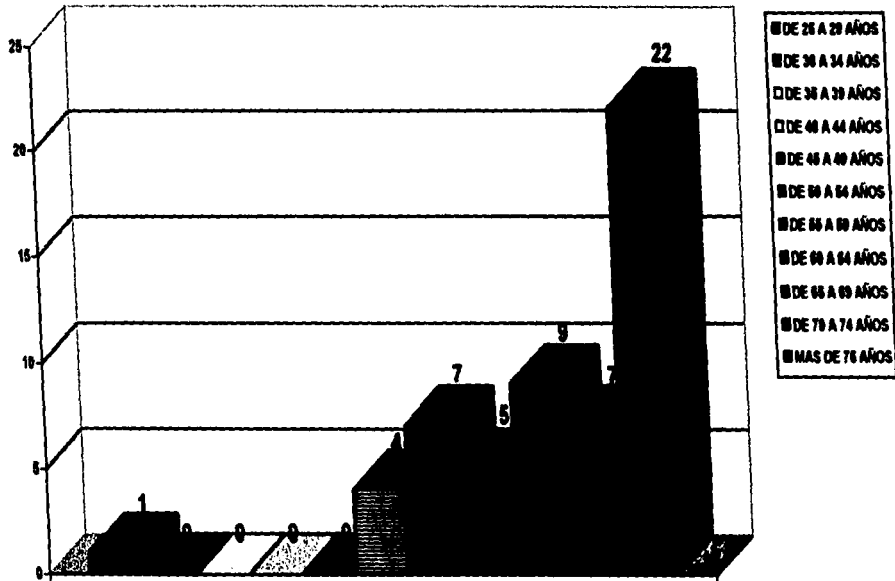
DISTRIBUCION DE PENSIONADOS DE ACUERDO A SU EDAD Y SEXO



Fuente: Censo Poblacional de los expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

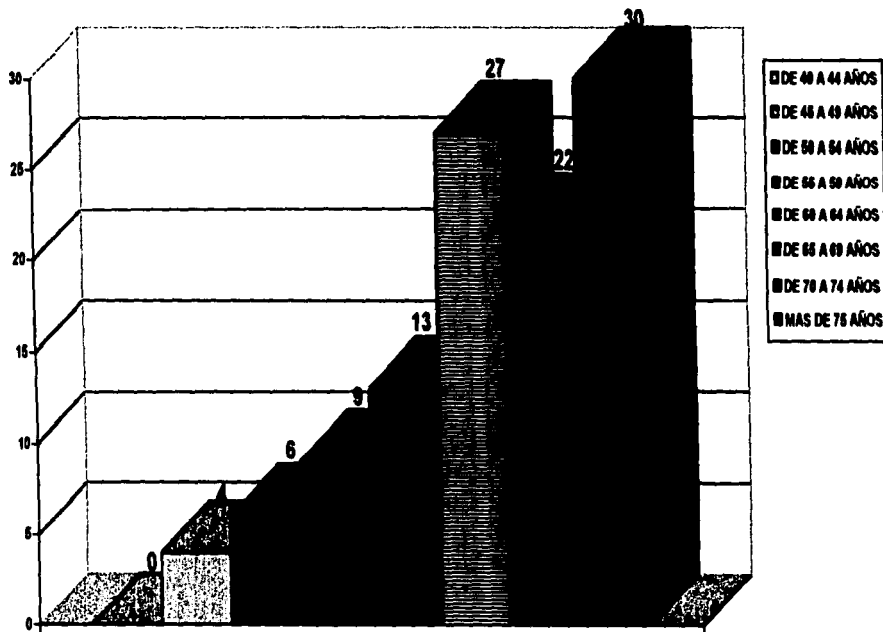
GRAFICA 11

DISTRIBUCION DE PADRES DE ACUERDO A SU EDAD



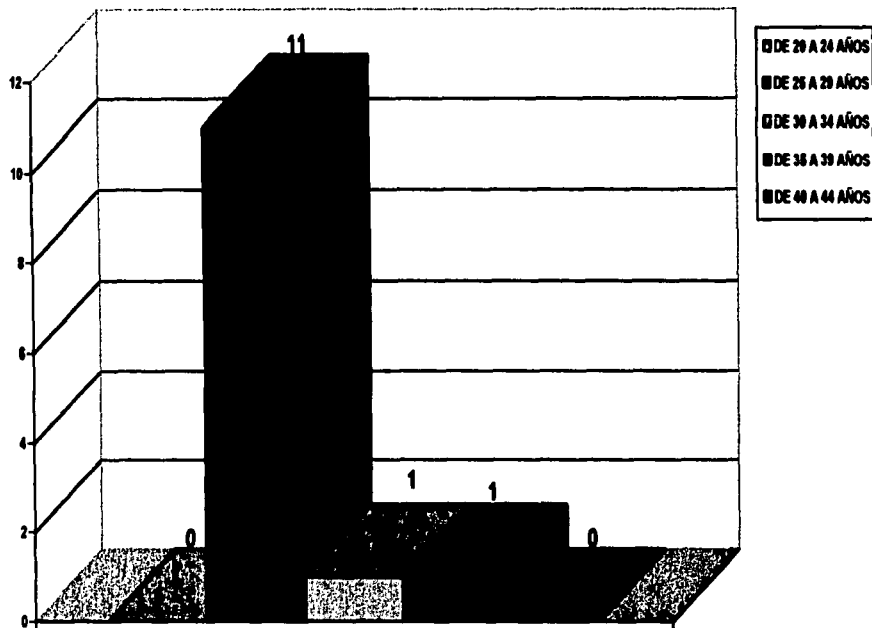
GRAFICA 12

DISTRIBUCION DE MADRES DE ACUERDO A SU EDAD



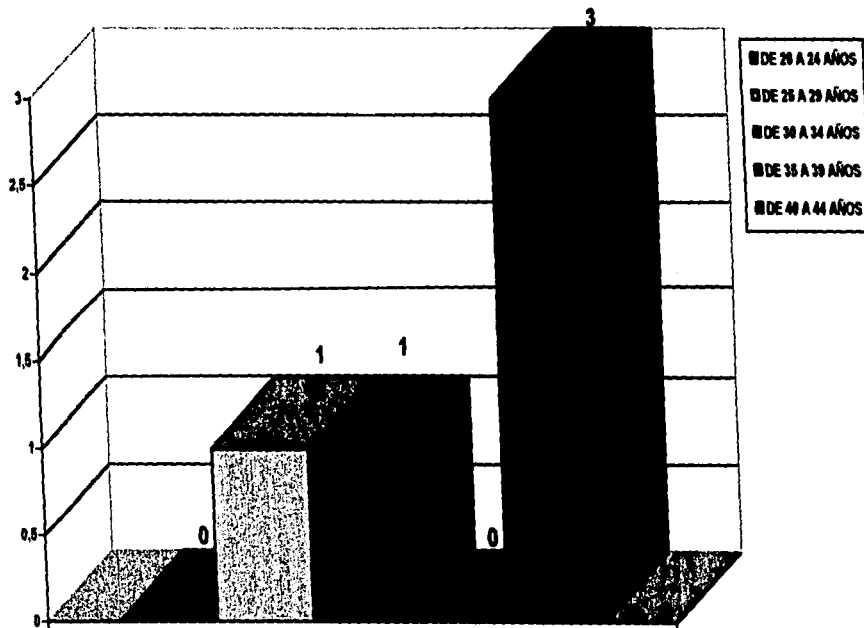
GRÁFICA 13

DISTRIBUCION DE HIJOS DE ACUERDO A LA EDAD



GRAFICA 14

DISTRIBUCION DE HIJAS DE ACUERDO A SU EDAD



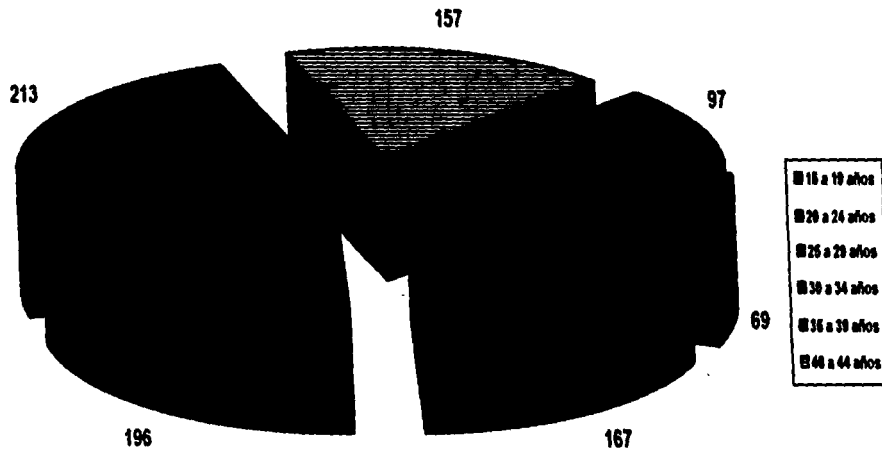
Fuente: Censo Poblacional de los expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

Distribución De Mujeres En Edad Reproductiva Entre 15 - 45 años

15 a 19 años	97
20 a 24 años	69
25 a 29 años	167
30 a 34 años	196
35 a 39 años	213
40 a 44 años	157

GRAFICA 15

Distribución de Mujeres En Edad Reproductiva



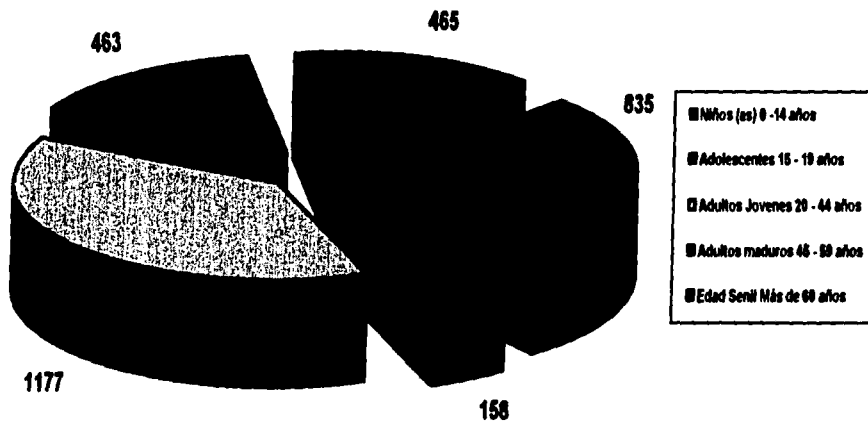
Fuente: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del C - 14 de la U. M. F. Ermita

Distribución Por Grupos Edades De Ambos Sexos (F Y M)

Niños (as) 0 - 14 años	835
Adolescentes 15 - 19 años	158
Adultos Jóvenes 20 - 44 años	1177
Adultos maduros 45 - 59 años	463
Edad Senil Más de 60 años	465

GRAFICA 16

Distribución por Grupos de Edades de Ambos Sexos (M y F)

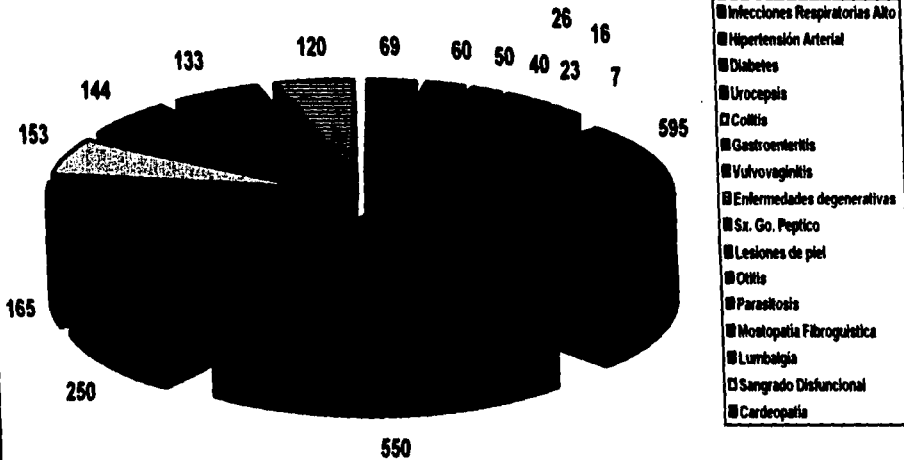


Distribución De Enfermedades De Acuerdo De Orden De Frecuencia

1) Infecciones Respiratorias Alto	595
2) Hipertensión Arterial	550
3) Diabetes	250
4) Urosepsis	165
5) Colitis	153
6) Gastroenteritis	144
7) Vulvovaginitis	133
8) Enfermedades degenerativas	120
9) Sx. Ac. Péptico	69
10) Onnomicosis	60
11) Otitis	50
12) Parasitosis	40
13) Mostopatía Fibroquística	28
14) Lumbalgia	23
15) Sangrado Disfuncional Uterina	18
16) Cardeopatía Izquémico	7

GRAFICA 17

Distribución de Enfermedades de Acuerdo de Orden de Frecuencia

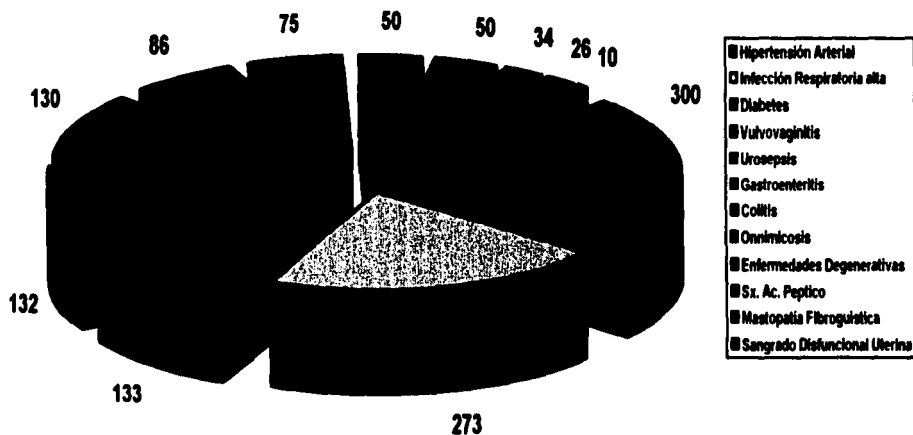


Distribución De Enfermedades En Sexo Femenino

1) Hipertensión Arterial	300
2) Infección Respiratoria alta	273
3) Diabetes	133
4) Vulvovaginitis	132
5) Urosepsis	130
6) Gastroenteritis	86
7) Colitis	75
8) onnimosis	50
9) Enfermedades Degenerativas	50
10)Sx. Ac. Péptico	34
11)Mastopatia Fibroquistica	26
12)Sangrado Disfuncional Uterina	10

GRAFICA 18

Distribución de Enfermedades en Sexo Femenino



Fuente: Hoja Diaria del Médico del año 95 - 96

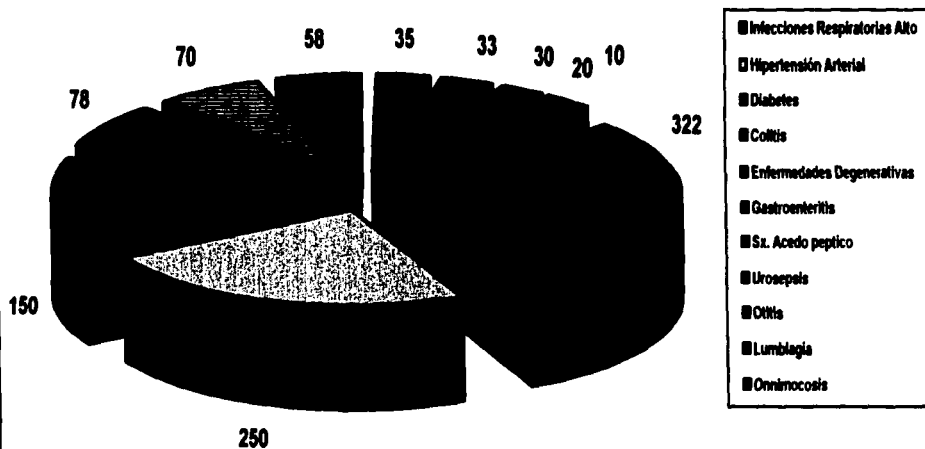
C-14 de la O.M.S. Lima

Distribución De Enfermedades En Sexo Masculino

1) Infecciones Respiratorias Alto	322
2) Hipertensión Arterial	250
3) Diabetes	150
4) Colitis	78
5) Enfermedades Degenerativas	70
6) Gastroenteritis	58
7) Sx. Acido péptico	35
8) Urosepsis	33
9) Otitis	30
10) Lumbalgia	20
11) Onnomicosis	10

GRAFICA 19

Distribución de Enfermedades en Sexo Masculino



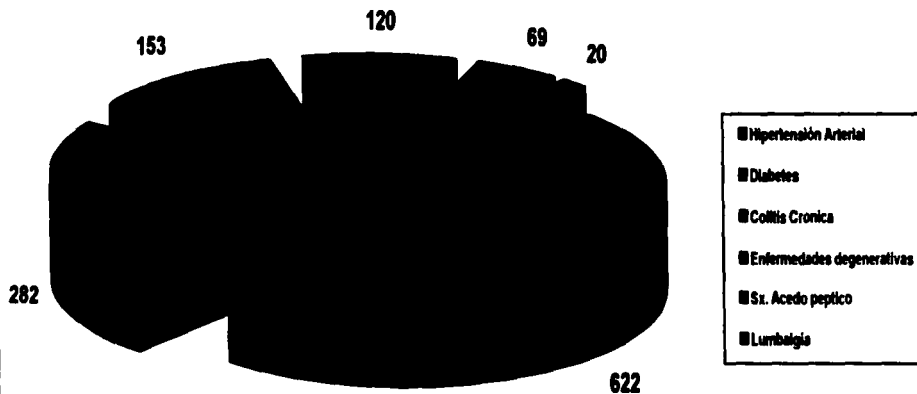
Fuente: Hoja Diaria del Médico del año 95 - 96
 C - 14 de la U. M. F. Ermita

Enfermedades Crónico En Ambos Sexos (Femenino Y Masculino)

1) Hipertensión Arterial	622
2) Diabetes	282
3) Colitis Crónica	153
4) Enfermedades Degenerativas	120
5) Sx. Acido Péptico	69
6) Lumbalgia	20

GRAFICA 20

Enfermedades Crónico En Ambos Sexos



Fuente: Hoja Diaria del Médico del año 95 - 96

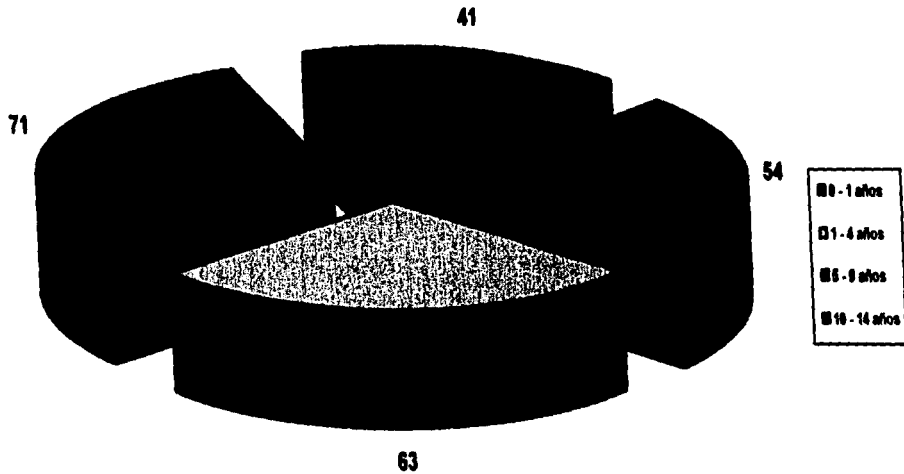
C - 14 de la U. M. F. Ermita

Infección Respiratoria Alta En Niños De 0 A 14 Años

0 - 1 años	54
1 - 4 años	63
5 - 9 años	71
10 - 14 años	4

GRAFICA 21

Infección Respiratoria Alta en Niños de 0 a 14 años



Fuente: Hoja Diaria del Médico del año 95 - 96
C - 14 de la U. M. F. Ermita

GRAFICA 22

PORCENTAJE DE LA POBLACION EN RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

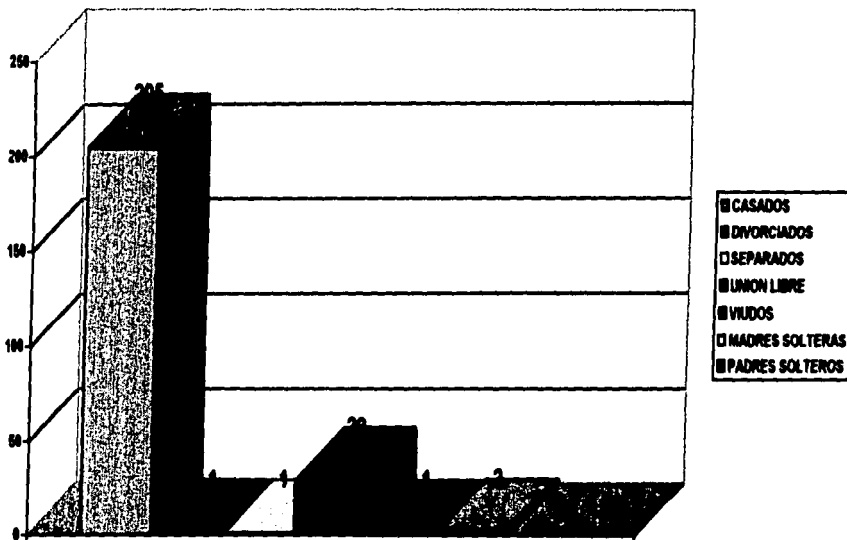


DOMICILIO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

DOMICILIO	TOTALES
UNIDAD MODELO	93
VALLE DEL SUR	85
ESTRELLA CULHUACAN	14
SAN SIMON	23
LOS REYES CULHUACAN	24
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita

Periodo: Julio - Septiembre 1996

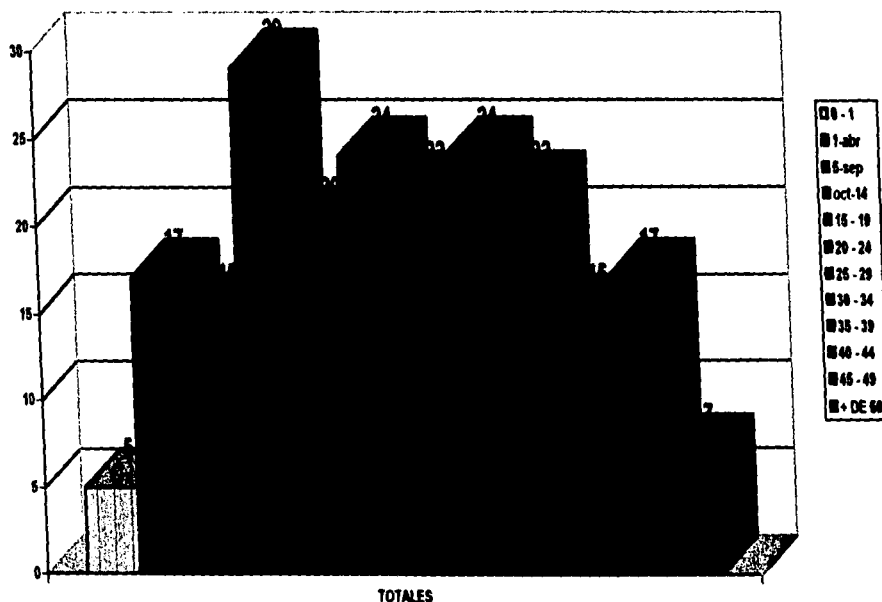
AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

AÑOS	TOTALES
0 - 1	5
1 - 4	17
5 - 9	15
10 - 14	29
15 - 19	20
20 - 24	24
25 - 29	22
30 - 34	24
35 - 39	22
40 - 44	15
45 - 49	17
+ DE 50	7
TOTAL	217

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 29

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



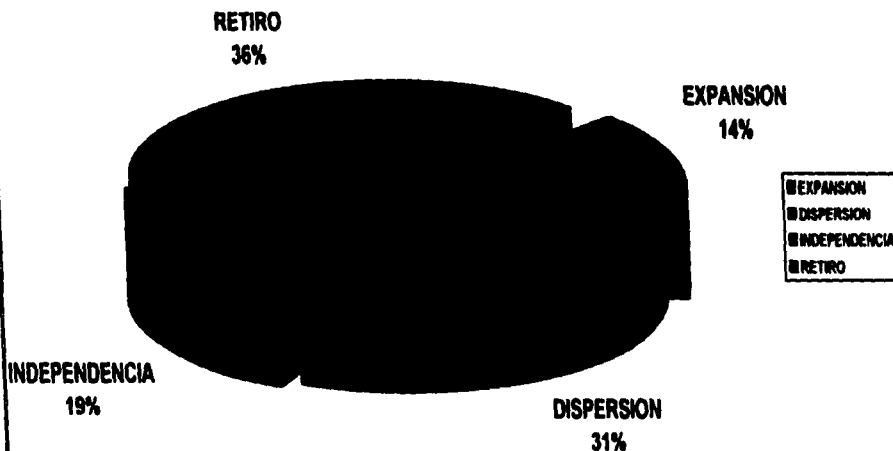
Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

ETAPA	TOTALES
EXPANSION	33
DISPERSION	73
INDEPENDENCIA	46
RETIRO	87
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



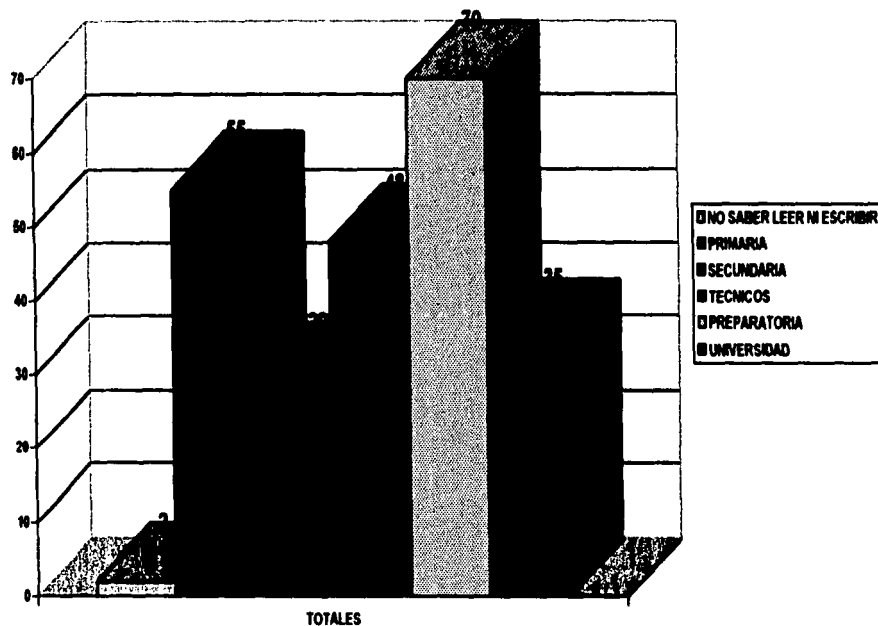
Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

ESCOLARIDAD	TOTALES
NO SABER LEER NI ESCRIBIR	2
PRIMARIA	55
SECUNDARIA	29
TECNICOS	48
PREPARATORIA	70
UNIVERSIDAD	35
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

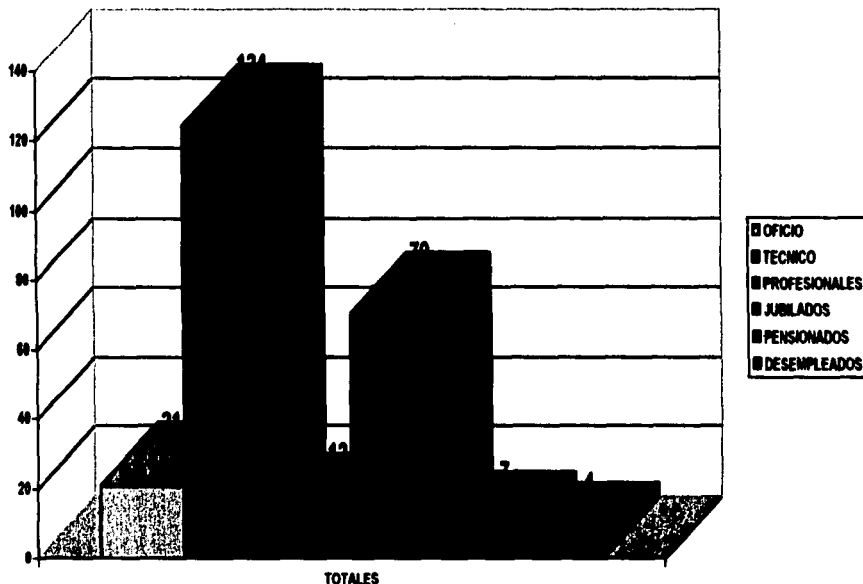
OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

OCUPACION	TOTALES
OFICIO	21
TECNICO	124
PROFESIONALES	12
JUBILADOS	70
PENSIONADOS	7
DESEMPLEADOS	4
TOTAL	238

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 32

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA A LOS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

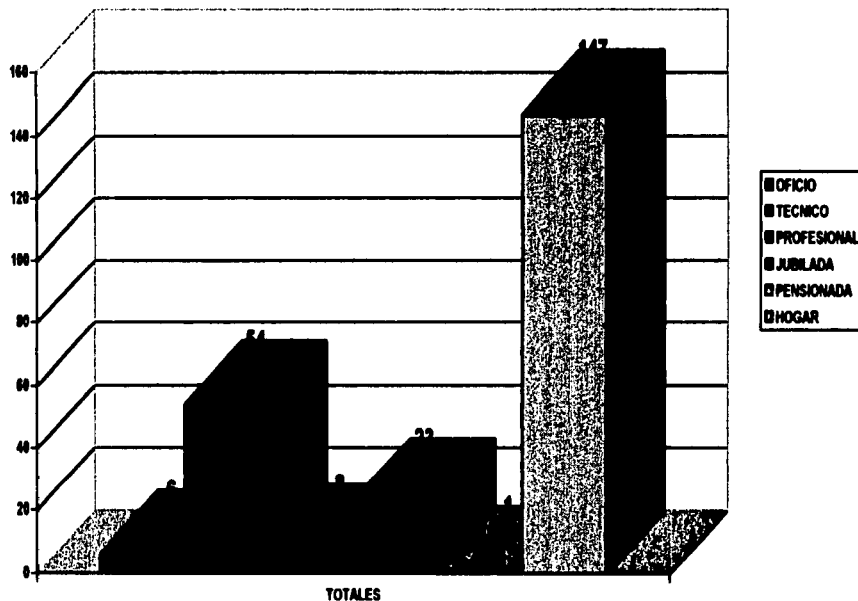
OCUPACION DE LAS MADRES DE FAMILIA A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

OCUPACION	TOTALES
OFICIO	6
TECNICO	54
PROFESIONAL	8
JUBILADA	23
PENSIONADA	1
HOGAR	147
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 33

OCUPACION DE LAS MADRES DE FAMILIA A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar

Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita

Periodo: Julio - Septiembre 1996

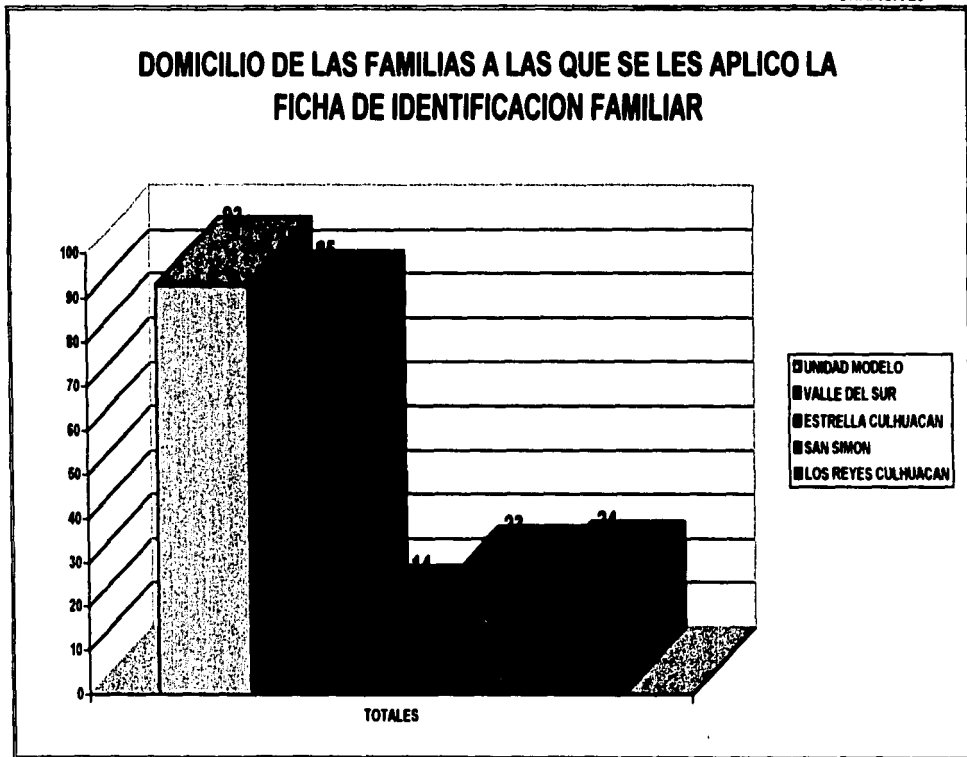
INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

INGRESO MENSUAL	TOTALES
< DE 1 SALARIO MINIMO	30
DE 1 A 2 SALARIOS MINIMOS	158
3 O MAS SALARIOS MINIMOS	51
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 23

DOMICILIO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

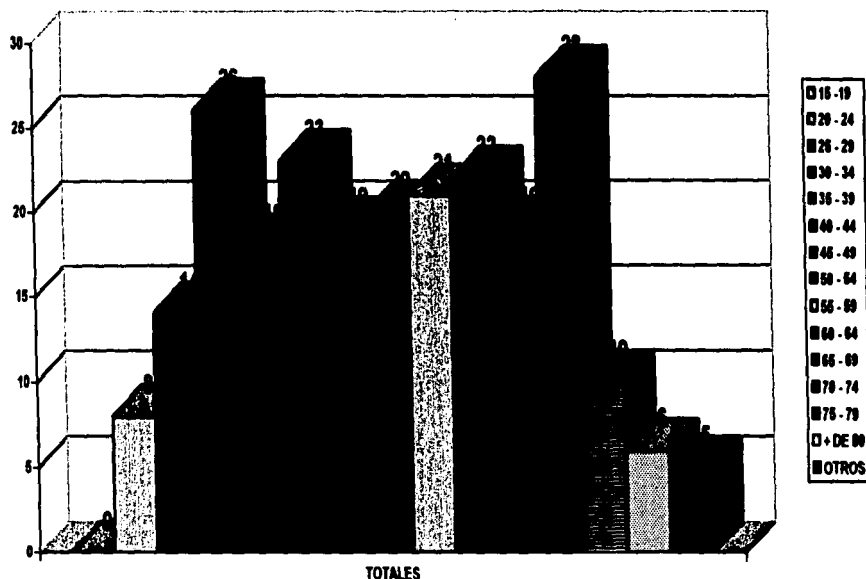
EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

EDAD	TOTALES
15 - 19	0
20 - 24	8
25 - 29	14
30 - 34	26
35 - 39	18
40 - 44	23
45 - 49	19
50 - 54	20
55 - 59	21
60 - 64	22
65 - 69	19
70 - 74	28
75 - 79	10
+ DE 80	6
OTROS	5
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 24

EDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

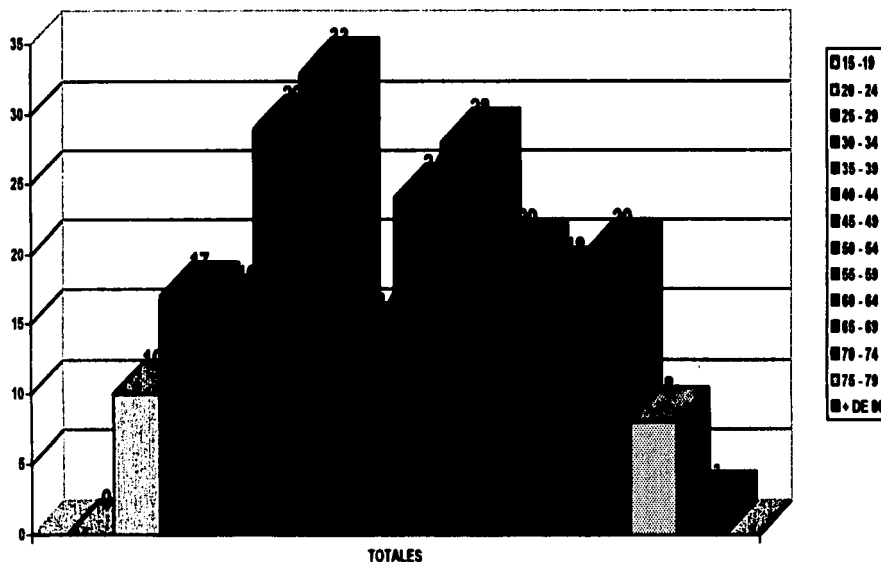
EDAD DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR.

EDAD	TOTALES
15 - 19	0
20 - 24	10
25 - 29	17
30 - 34	16
35 - 39	29
40 - 44	33
45 - 49	14
50 - 54	24
55 - 59	28
60 - 64	20
65 - 69	18
70 - 74	20
75 - 79	8
+ DE 80	2
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 25

EDAD DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



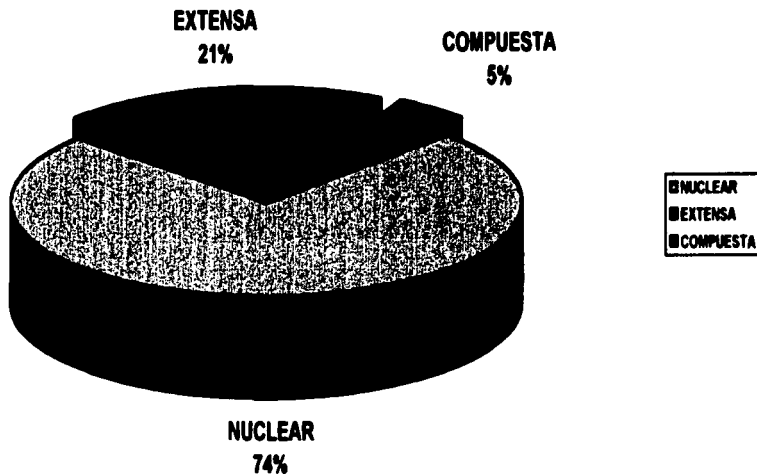
Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

**TIPO DE FAMILIA
COMPOSICION DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE
LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION
FAMILIAR.**

COMPOSICION	TOTALES
NUCLEAR	178
EXTENSA	50
COMPUESTA	11
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

COMPOSICION DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

**TIPO DE FAMILIA
DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE
LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION
FAMILIAR**

DESARROLLO	TOTALES
MODERNA	78
TRADICIONAL	161
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 27

DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



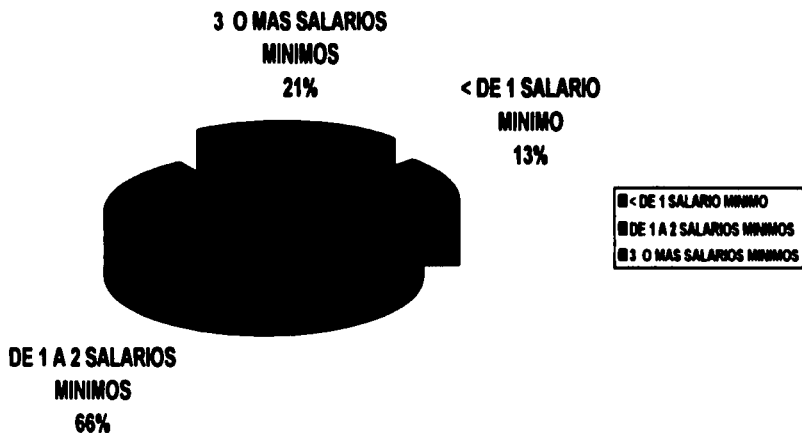
Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

CASADOS	205
DIVORCIADOS	1
SEPARADOS	1
UNION LIBRE	20
VIUDOS	1
MADRES SOLTERAS	2
PADRES SOLTEROS	
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

**NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE
SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION
FAMILIAR**

NUMERO DE HIJOS	TOTALES
NUMERO DE HIJOS HASTA 10 AÑOS	120
NUMERO DE HIJOS DE 11 A 19 AÑOS	120
NUMERO DE HIJOS DE 20 O MAS AÑOS	538
TOTAL	778

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

■ NUMERO DE HIJOS HASTA 10 AÑOS
■ NUMERO DE HIJOS DE 11 A 19 AÑOS
■ NUMERO DE HIJOS DE 20 O MAS AÑOS

NUMERO DE HIJOS
DE 20 O MAS AÑOS
70%



NUMERO DE HIJOS
HASTA 10 AÑOS
15%

NUMERO DE HIJOS
DE 11 A 19 AÑOS
15%

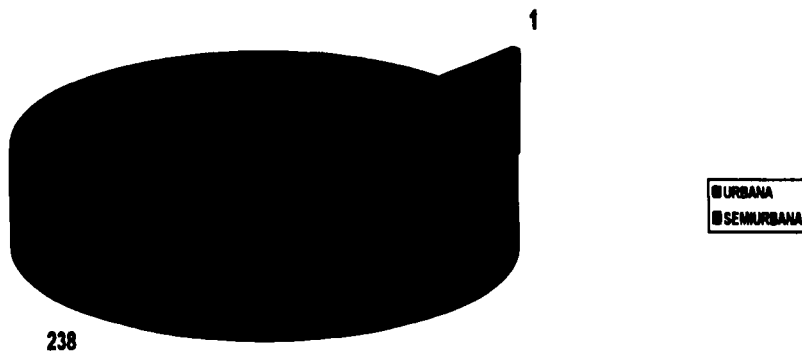
Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

DEMOGRAFIA	TOTALES
URBANA	238
SEMIURBANA	1
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

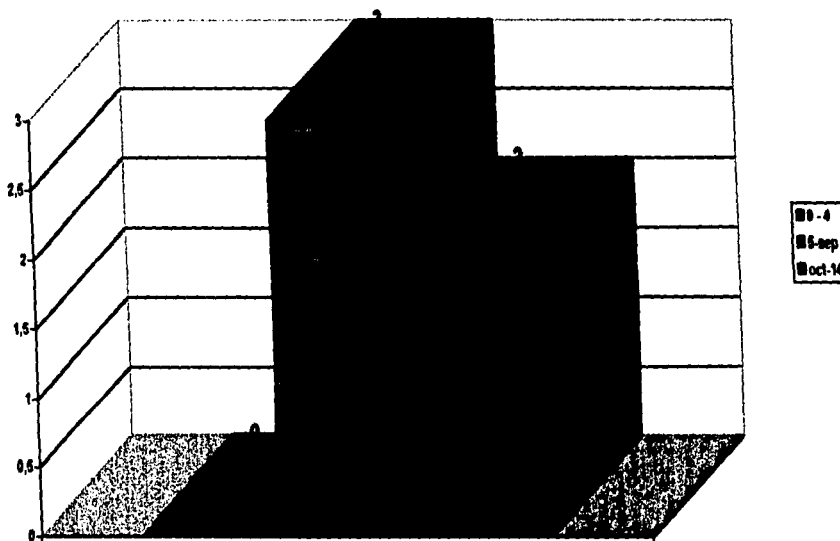
DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 37

AÑOS DE DESINTEGRACION FAMILIAR DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

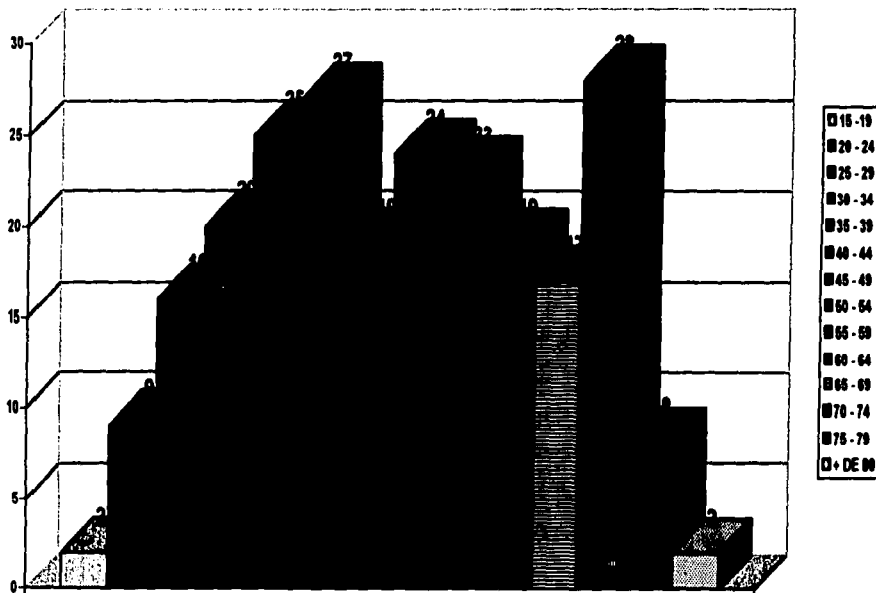
**EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES
APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR**

EDAD	TOTALES
15 - 19	2
20 - 24	9
25 - 29	16
30 - 34	20
35 - 39	25
40 - 44	27
45 - 49	19
50 - 54	24
55 - 59	23
60 - 64	19
65 - 69	17
70 - 74	28
75 - 79	8
+ DE 80	2
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 38

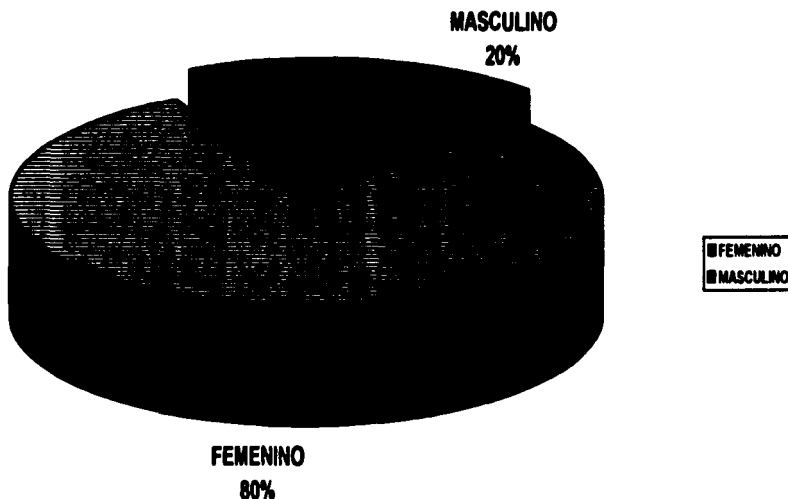
EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



Fuente: Ficha de Identificación Familiar
 Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
 Periodo: Julio - Septiembre 1996

GRAFICA 39

SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR



88

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Período: Julio - Septiembre 1996

SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA IDENTIFICACION FAMILIAR

SEXO	TOTALES
FEMENINO	192
MASCULINO	47
TOTAL	239

Fuente: Ficha de Identificación Familiar
Aplicada a los Pacientes que acuden al C - 14 de la U. M. F. Ermita
Periodo: Julio - Septiembre 1996

IX. RESULTADOS

Descripción de los Resultados

Los resultados obtenidos del censo poblacional las 10 patologías más frecuentes e identificación familiar del Consultorio 14 (Col. Unidad Modelo, Valle del Sur, Reyes, San Simón, Magdalena y Estrella Culhuacan) de la U.M.F. Ermita fueron los siguientes:

I. La población total 3106

- sexo femenino 60.62%
- sexo masculino 39.37%

siendo el sexo femenino el porcentaje más alto en el consultorio 14 de la U.M.F.E

II. Distribución de la población por edades

- Edad infantil (-1 a 9 años) = 528 = 18.65%
- Adolescentes 10 - 19 años = 422 = 13.58%
- Adulto Joven 20 - 39 años = 936 = 30.13%
- Adulto Maduro 40 - 59 años = 705 = 22.69%
- Edad Senil 60 a más de 75 años = 463 = 14.90%

III. Distribución de mujeres por edades: total 1883

- 1 a 9 años = 277 (14.71%)
- 10 a 19 años = 210 (11.15%)
- 20 a 39 años = 645 (34.25%)
- 40 a 59 años = 445 (23.63%)
- 60 a más de 75 años = 306 (16.25%)

IV. Distribución de hombres por edades. Total 1223

- 1 a 9 años = 303 (24.77%)
- 10 a 19 años = 212 (17.33%)
- 20 a 39 años = 291 (23.79%)
- 40 a 59 años = 266 (23.25%)

- 60 a más de 75 años = 157 (12.83%)

V. Distribución de trabajadores de ambos sexos. Total 532

- 19 a 39 años = 278 (52.25%)
- 40 a 59 años = 227 (47.66%)
- 60 a más de 75 años = 157 (5.67%)

VI. Esposa o concubina de acuerdo a la edad. Total 334

- 14 a 29 años = 60 (17.76%)
- 30 a 49 años = 165 (49.40%)
- 50 a 69 años = 94 (28.14%)
- más de 70 años = 15 (4.49)

VII. Distribución de pensionados de acuerdo a su edad y sexo

Masculino (109)

- 45 a 59 años = 22 (20.18%)
- 60 a más de 75 años = 87 (79.81)

Femenino (188)

- 45 a 59 años = 43 (23.85%)
- 60 a más de 75 años = 145 (77.12%)

VIII. Distribución de padres del trabajador de acuerdo a su edad. Total 55

- 25 a 49 años = 5 (9.09%)
- 50 a más de 75 años = 50 (90.90%)

IX. Distribución de madre del trabajador de acuerdo a su edad. Total 111

- 40 a 59 años = 19 (17.11%)
- 60 a más de 75 años = 92 (82.88%)

X. Distribución de hijos e hijas de acuerdo a su edad.

Hijos

20 a 44 años = 13

Hijas

20 a 44 años = 5

XI. Distribución de mujeres en edad fértil. Total 899

- 15 a 29 años = 333 (36.91%)
- 30 a 44 años = 566 (63.08%)

Distribución de enfermedades de acuerdo de orden de frecuencia. Total 2481

- 1) Infecciones Resp. Alta = 595 (24.78%)
- 2) HAS. = 550 (22.90%)
- 3) DM = 250 (10.41%)
- 4) Otros = 895 (35.02)

I. Distribución de Enfermedades en Sexo Femenino. Total 1299

- HAS. = 300 (23.09%)
- Inf. Via Resp. = 273 (21.01%)
- DM = 133 (10.23%)
- Vulvovaginitis = 132 (10.16%)
- Urosepsis = 130 (10.8%)
- otros = 331 (25.98%)

II. Distribución de enfermedades en Sexo masculino. Total 1056

- Inf. Via Resp. = 322 (30.49%)
- HAS. = 250 (23.65%)
- DM = 150 (14.20%)
- Colitis = 78 (7.38%)
- Otros = 256 (24.24%)

III. Infecciones Respiratorias en Edad Infantil. Total 192

- -1 a 4 años = 117 (60.93%)
- 5 a 14 años = 75 (39.06%)

IV. Porcentaje de la población en riesgo de Enfermedad Cardiovascular.

- Más de 40 años 38%
- menos de 40 años 62%

Identificación Familiar

A) Composición de las familias. Total 239

- Nuclear 74.48%

- Extensa 20.92%
- Compuesta 4.60%

B) Demografía de las familias. Total 239

- Urbana 99.54%
- Semiurbana 0.46%

C) Desarrollo de las familias

- Moderna 32.64%
- Tradicional 67.36%

D) Etapa del ciclo vital de las familias

- Expansión = 13.81%
- Dispersión = 30.54%
- Independencia = 19.25%
- Retiro = 36.40%

E) Ocupación de los padres de familia

- Técnicos = 124 (52.10%)
- Jubilados = 70 (29.42%)
- Oficio = 21 (8.82%)
- Profesional = 12 (5.04%)
- Pensionados = 11 (4.62%)
- Desempleados

F) Ocupación de las madres de familia

- Técnicos = 54 (22.59%)
- Hogar = 147 (61.50%)
- Otros = 38 (15.89%)

G) Unión conyugal de las familias

- 0 a 19 años = 66 (39.63%)
- 20 a 44 años = 107 (44.30%)

- Más de 45 años = 24 (11.05%)

H) Número de hijos de las familias

- Hijos hasta 10 años = 120 (15.42%)
- Hijos de 11 a 19 años = 120 (15.42%)
- Hijos de 20 a más = 538 (69.15%)

I) Estado Civil de las familias

- Casados = 205 (85.77%)
- Unión Libre = 29 (12.15%)
- Otros = 4 (2.09%)

J) Ingreso Mensual de las familias

- < de 1 salario mínimo 0 30 (12.55%)
- 1 a 2 salarios mínimos = 158 (66.10%)
- más de 3 salarios mínimos = 51 (21.33%)

X. ANALISIS

En base a los resultados descritos anteriormente acerca de las patologías más frecuentes que motivan la asistencia a consulta, identificación de la estructura familiar y las características de la pirámide poblacional del consultorio 14 de la U.M.F. Ermita mencionaremos que:

El consultorio 14 cuenta con una población total de 3106 derechohabientes, correspondiendo un 40% al sexo masculino y un 60% al sexo femenino. De este total corresponde a un 18.67% a la población infantil considerando las edades de 0 a 9 años. La población de los adolescentes fue de un 13.58% entre las edades de 10 a 19 años. La población adulta se divide entre los mayores de 19 años y menores de 65 años fue de 55.7% y los mayores de 65 años de 10.94%.

Aunque el trabajo realizado no esta enfocado en una etapa especifica sino un conocimiento general de las familias que maneja el médico en su población es importante hacer hincapié ciertos resultados obtenidos: La población infantil ocupa un segundo lugar en cuanto a porcentaje es una de las etapas que se debe dirigir la mayor parte de los programas con enfoques preventivos a futuro pues como se observo en los estudios realizados por M.D. ESTEVEZ GONZALEZ ¹⁰ es bien conocida la relación existente entre la dieta y salud en el desarrollo infantil.

La población adolescente ocupa el tercer lugar, siendo también baja en la demanda de la atención médica, pues como lo comenta R. COLINO NEVOT⁹ a pesar de en esta edad existen problemas de salud de gran importancia como: (drogadicción, accidentes, anticoncepción, etc.), el adolescente no demanda atención por indiferencia, factores emocionales, culturales o debido que el adolescente no encuentra un profesional adecuado para comentar sus problemas de salud.

Un porcentaje menor ocupa de mayores de 65 años y es una población compuesta en su mayoría por trabajadores jubilados, padres y esposas en ellos en los que se debe realizar un trabajo de educación y autocuidado por las características de las patologías crónicas que son afectados propios de la edad dicho por J. BAYO en su estudio.

Respecto a las diez patologías más frecuentemente observado en el consultorio 14 de la U.M.F. Ermita podemos mencionar que las infecciones de vías respiratorias altas se encuentra en primer lugar de morbilidad lo cual correlaciona con los estudios realizados por JACK H. MEDALINE en las cuales encontró que los problemas respiratorios son los más comunes en diferentes partes del mundo y en todas las etapas de las edades son susceptibles de padecerla.

La Hipertensión Arterial Sistemica ocupa el segundo lugar en incidencia, dentro de la población perteneciente a este consultorio, seguido de la Diabetes Mellitus. Ambas enfermedades se engloban dentro del grupo de las enfermedades crónicas y que ocasionan una alta incidencia a la

consulta médica, pues es en el nivel de atención primario en donde se detecta y se da tratamiento y seguimiento de ambas. Por ello es importante programas de autocuidado (G. HERMAN; C. HEIERLE), a fin de lograr que el paciente realice actividades que promuevan su salud, se hagan cargo de su medicación, cuiden su dieta y efectúen ejercicios, logrando con esto una menor demanda del servicio de atención.

En orden decreciente se encuentran las siguientes patologías; Urosepsis, Colitis crónicas, Gastroenteritis, Vulvovaginitis, enfermedades degenerativas, Sx; de Ac.; Pépticos.

La familia se entiende como la unidad Bio-Psico-Social integrada por un número variable de personas por un vínculo de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable (IRIGOYEN-CORIA).

De las familias encuestadas que asistieron al servicio del consultorio 14 de la U.M.F. Ermita se obtuvo un porcentaje alto de matrimonios 67.3% que sigue siendo la base de la familia para su desarrollo.

La escolaridad es importante de un enfoque general al Médico sobre el nivel académico y cultural de la población que maneja, en la población estudiando predominó en un 52.10% en hombres y 22.50% en mujeres el nivel básico medio y el resto en analfabetos, básico y profesional. Conllevando a un campo de empleo a nivel técnico en un 49.3% con un ingreso familiar entre 2 y más de 3 salarios mínimos.

En base a su composición las familias es de tipo nuclear en un 74.4% y en segundo lugar la extensa, con una demografía urbana de 99.5% y de desarrollo tradicional en un 63.3%, que ha sido la base de las familias en México. Cursando las familias una fase de independencia y retiro, debido que la distribución de los hijos están entre un 69.15% en los mayores de 20 años.

XI. CONCLUSIONES

El estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar Ermita, por el médico de familia del consultorio 14, obtiene un panorama general de la población que maneja, por medio de censo poblacional, identificación de la estructura familiar y las primeras 10 causas de patologías más frecuentes motivo de consulta.

Con toda la información obtenida de al médico un enfoque más amplio de la incidencia y prevalencia de ciertas patologías, el nivel económico, cultural y social de las familias que maneja. Así como los factores que puedan influir en el núcleo de cada familia. Desde el punto de vista social.

De las familias encuestadas que asistieron al servicio del consultorio 14 de la U.M.F. Ermita. Se obtuvo un porcentaje alto de matrimonio 63.3% que sigue siendo la base de la familia para su desarrollo. Con una composición familiar de tipo nuclear en un 74.4% y en segundo lugar la extensa; una demografía urbana 99.5% cursando las familias una fase de independencia y retiro debido a la distribución de los hijos por ser mayores de 20 años en su mayoría en un 69.15%

el nivel académico de la población es el básico medio en un 52.10% en hombres y un 22.50% en mujeres. Conllevando un campo de empleo a nivel técnico en un 49.34% con ingresos de 2 o más salarios mínimos.

El papel del médico al educar al paciente es importante porque ofrecemos una mejor calidad de vida y salud; las prevenciones oportunas en las diferentes etapas y edades permitirá la disminución de patologías, el uso racionalizado de los servicios de salud.

Para llevar a cabo lo mencionado anteriormente el Médico debe contar en su servicio con lo más indispensable, trabajar en conjunto con todo el personal paramédico que cuente su centro de trabajo.

- 1) Recursos materiales adecuados y condiciones aceptables de las instalaciones, contar con un laboratorio para estudios básicos, etc.
- 2) Trabajar en conjunto con trabajo social para las prevenciones oportunas, por medio de talleres, visitas domiciliarias, pláticas que interesen al paciente, información por medio de carteles, películas, audiovisuales, etc.
- 3) Enfermeras de comunidad que son las fuentes de información importante sobre lo que sucede en una comunidad por estar más en contacto con las familias en su medio ambiente que se desarrollan.

- 4) El área epidemiológica es importante su colaboración y trabajar con el Médico de Familia para valorar los problemas infectocontagiosos de la población y evitar oportunamente su propagación o prevención.
- 5) El área administrativa y archivo clínico al mejorar su calidad de atención y agilidad de los trámites burocráticos dará una mejor satisfacción al usuario.

En relación con otros niveles asistenciales, el médico de familia debe ser el abogado defensor de la salud de su población. NO se trata de derivar, pacientes a un especialista, sino de consultar problemas, sin perder el seguimiento del paciente. Debemos promover todas aquellas actuaciones que incrementen y mejoren la información bidireccional.

XII. BIBLIOGRAFIA

¹ MEDALIE JH. LOS PATRONES DE MORBILIDAD EN LA PRACTICA FAMILIAR EN: MEDALIE JH. MEDICINA FAMILIAR PRINCIPIOS Y PRACTICAS. MEXICO. ED. LIMUSA. 1987. PAG. 411-417

² MC. WHINNEY IR. LOS ORIGENES DE LA MEDICINA FAMILIAR. OP. CIT. PAG. 3-11

³ BILBAO CUIEL, A.M. GASTAMINZA SATACOLOMA. LOS PACIENTES CRONICOS DOMICILIARIO CRONICO Y SU ENTORNO EN LA ATENCION PRIMARIA. ATENCION PRIMARIA. VOL. 13 NUM. 14, 15 MARZO 1994 PAG. 60-62.

⁴ MEDALIE JH. HISTORIA CLINICA FAMILIAR, BASE DE DATOS, ARBOL FAMILIAR Y DIAGNOSTICO. MEDALIE JH. MEDICINA FAMILIAR PRINCIPIOS Y PRACTICAS. MEXICO ED. LIMUSA 1987 PAG. 393-401.

⁵ M. REAL PEREZ, J. L. RODRIGUEZ ARIAS PALOMO. TERAPIA FAMILIAR BREVE: UNA OPCION PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRSTORNOS SOMATOFORMES EN LA ATENCION PRIMARIA. REV. ATENCION PRIMARIA. VOL. 17, NUM. 4, 15 MARZO 1996 PAG. 19-26

⁶ C. GERMAN, C. HEIERLE. EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA ATENCION PRIMARIA: EVALUACION DE UN PROGRAMA DE AUTOCUIDADO. REV. ATENCION PRIMARIA. VOL. 13 NUM. 1, 1 ENERO 1994, PAG. 3-7.

⁷ B. ACOSTA, J. MONCLUS, J. L. LLOR. DIABETES Y TRASTORNOS IGNORADOS DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA EN LA ATENCION PRIMARIA. REV. ATENCION PRIMARIA. COL. 13, NUM. 9, 30 NOVIEMBRE 1995. PAG 32-37.

⁸ J. BAYO, M.C. FERNANDEZ - ARAMBURU. AUTO PERCEPCION DE SALUD Y EVALUACION INTEGRAL DEL PACIENTE ANCIANO EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA. REV. ATENCION PRIMARIA. COL. 17, NUM. 4 15 DE MARZO 1996. PAG. 75-85.

⁹ R. COLINO NEVOT, A. FERNANDEZ BARRERO Y A. UTILIZACION DE LA CONSULTA DE LA ATENCION PRIMARIA POR LOS ADOLESCENTES Y DETECCION DE PROBLEMAS DE SALUD NO DEMANDADOS. REV. ATENCION PRIMARIA. VOL. 16, NUM. 10 DICIEMBRE 1995. PAG. 94 - 100

¹⁰ M.D. ESTEVEZ GONZALEZ, J. L. DORESTE ALONSO. HABITOS ALIMENTARIOS DE LA POBLACION INFANTIL DE UN DISTRITO EN LA ISLA CANARIA. REV. ATENCION PRIMARIA. VOL. 14, NUM. 10 DICIEMBRE 1994. PAG. 77/87.

- ¹¹ B. OGANDO DIAZ.
ETICA EN LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR GENERAL.
REV. ATENCION PRIMARIA.
VOL. 14, NUM. 6, 16 OCTUBRE 1994. PAG. 48 - 51.
- ¹² GOMEZ DE LA CAMARA A.
ETICA DE LOS ENSAYOS CLINICOS EN ATENCION PRIMARIA.
REV. ATENCION PRIMARIA.
VOL. 12, NUM. 6, 15 DE OCTUBRE 1994. PAG. 14 - 15.
- ¹³ V. BAOS VICENTE.
LA FORMACION DEL MEDICO DE LA FAMILIA PARA EL USO RACIONALIZADO DE LOS
MEDICAMENTOS.
REV. ATENCION PRIMARIA.
VOL. 16, NUM. 5, 30 SEPTIEMBRE 1995, PAG. 9 - 10.
- ¹⁴ C. ALMENDRO, A. CABRERA.
PERVERSIONES DE LA ATENCION PRIMARIA.
REV. ATENCION PRIMARIA.
VOL. 14, NUM. 9, 30 DE SEPTIEMBRE 1994, PAG. 45 - 46.
- ¹⁵ BURNS E. A. INTERVENCIONES EN LA CRISIS EN: TAYLOR RB. MEDICINA DE FAMILIA.
PRINCIPIOS Y PRACTICAS. BARCELONA ED. DOYNA 1991.
PAG. 76 - 84
- ¹⁶ LINTON R. INTRODUCCION. HISTORIA NATURAL DE LA FAMILIA.
EN: FROM HONRHEIMER. PARSON .EDS . LA FAMILIA ED. PENINSULA DE BARCELONA
1986. PAG. 1 - 24.
- ¹⁷ ALARID J. IRIGOYEN A. FUNDAMENTOS DE LA MEDICINA FAMILIAR. MEXICO ED.
MENDEZ CERVANTES 1985. PAG. 30 -45.
- ¹⁸ REVILLA L. NECESIDAD DEMANDA Y UTILIZACION. MODELO EXPLICATIVO.
EN REVILLA L. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE
SALUD. ED. DOYNA S. A. BARCELONA 1991. PAG. 73 - 76.
- ¹⁹ WALL ME. MEDICINA DE LA FAMILIA: LA DISCIPLINA, ESPECIALIDAD Y EL MEDICO EN
TAYLOR RB. MEDICINA DE FAMILIA. PRINCIPIOS Y PRACTICA ED. DOYNA 1991. PAG. 3 - 9.
- ²⁰ SEVILLA L. DE LA. SEVILLA E. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN ATENCION
PRIMARIA. ATENCION PRIMARIA 1987. PAG. 94 - 104.
- ²¹ J. A. GRADOS GARRIDO F.J. SAN ANDRES REBOLLO.
QUIEN ES EL PACIENTE NO FRECUENTADOR;
REV. ATENCION PRIMARIA.
VOL. 12, NUM 7, 31 OCTUBRE 1993. PAG. 51 - 56.
- ²² A. DELGADO, L. A. LOPEZ FERNANDEZ.
INFLUENCIA DE MODELO ORGANIZATIVO EN LA SATISFACCION DEL USUARIO.
REV. ATENCION PRIMARIA.
VOL. 16, NUM. 6, 15 OCTUBRE 1995. PAG. 22 - 29.

XIII. ANEXOS

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ Edo. Civil: Casados ()

U. Libre ()

Años de unión 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 más años de edad): _____

TOTAL: _____

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo: Moderna ()
Tradicional ()

Demografía: Urbana ()
Semiurbana ()

Composición: Nuclear ()
Extensa ()
Compuesta ()

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

Ocupacion de los padres de la familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____

**CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA
DE ENERO - DICIEMBRE 1995**

Diagnóstico	GRUPO DE EDAD Y SEXO																	
	0-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-30		31-34		34 ó más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F

08

Fuente: Hoja de Reporte Diario del Médico. Clínica Medicina Familiar () Censo ()
Fecha



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado
Subdirección General Médica

Día	Mes	Año

Informe Diario de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad
----------------------------	-------	-------	--------------	---------	--------	---------------------

Para Substituciones:

Nombre del Substituto	Firma	Clave	Causa
-----------------------	-------	-------	-------

Núm. Pro.	Nombre	Expediente	Tipo DH	SEXO Y EDAD		1ª vez	Subs	Forense	SOLICITUD A				Pase a otra U.	Días de Licencia	No. De Medicam.	Motivo de la Consulta
				M	F				Lab	Rot.	Inter-cons.	Otros				
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																
14.																
15.																
16.																
17.																
18.																
19.																
20.																