



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

68

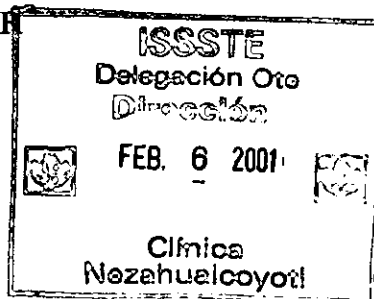
*INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO*

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR NETZAHUALCOYOTL

*MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR PARA
DETERMINAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y LAS
CARACTERÍSTICAS BIO-SOCIALES DE LA POBLACIÓN
DERECHOHABIENTE DEL CONSULTORIO No. 6 DE LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR NETZAHUALCOYOTL
I.S.S.S.T.E.*

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DRA. MARÍA DE LA LUZ HERNÁNDEZ MEJÍA

2886111

2889

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



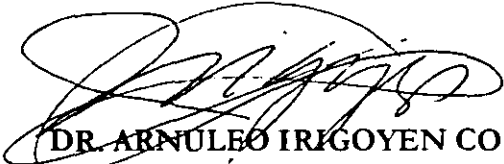
PRESENTA:


DRA. MARÍA DE LA LUZ HERNÁNDEZ MEJÍA

AUTORIZACIONES:



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


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


DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR



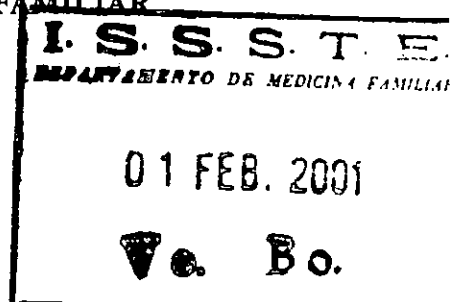
PRESENTA:

DRA. MARÍA DE LA LUZ HERNÁNDEZ MEJÍA

DRA. HILDA MARTHA RODEA FUENTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL ISSSTE EN
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR NETZAHUALCOYOTL
I.S.S.S.T.E.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS

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



*Con amor dedico este trabajo a mis hijos,
quienes me motivan y apoyan
incondicionalmente para continuar mi
preparación profesional y me proporcionan la
inspiración para vivir.*

ALEXANDRA

y

JOSE LUIS

Doy gracias a dios por haberme dado la vida y la fuerza para desempeñar mi labor y superación tanto familiar como profesional.

Mamá:

Tomada de tu mano inicié mi aprendizaje en la vida. Ahora casi todo lo que soy, se lo debo a tu ejemplo de tenacidad y valor. Gracias por ser mi mas respetable y gran amiga.

A mi esposo:

Por estar a mí lado en los momentos difíciles, por su apoyo y comprensión le doy las gracias.

INDICE

TÍTULO.	
INDICE GENERAL.	
MARCO TEORICO.	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	39
JUSTIFICACIÓN.	42
OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS).	46
HIPÓTESIS.	47
METODOLOGÍA.	48
RESULTADOS.	53
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.	88
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	91
CONCLUSIONES.	95
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	97
ANEXOS	101

MARCO TEORICO

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud, hacia finales de el siglo I A. C., a la medicina se le consideraba parte integrante de la filosofía ya que estaba incluida en el conocimiento social de la época y era impartida por filósofos expertos en el arte de curar.

La Medicina Azteca estaba enfocada en gran medida a la prevención y a la investigación, la cual era promovida por investigadores dedicados a experimentar con plantas y animales y en el laboratorio de herbolaria más grande de Latinoamérica, instalada en el Valle de México, en Chapultepec y Oaxaca principalmente. Sin embargo el nivel alcanzado por los Aztecas, además de precario fue muy parcial pues se atendía de manera diferente a la población, de acuerdo a la clase social a que pertenecía.

En el año de 1954 el IMSS instauró el Sistema Médico Familiar como modelo de Atención Médica, se tuvo la intención de cubrir grupalmente las necesidades de salud de los derecho-habientes a través de un sistema que a pesar de el nombre atendía por separado a niños y adultos, este modelo operó por más de 20 años y poco se pudo lograr para incidir en la salud familiar. ⁽¹⁰⁾.

A partir de la década de los sesenta se aprecia un cambio sustancial en la forma de tratar y entender los temas de salud y de la atención sanitaria y esto se debe por un lado a que se abandona la concepción de salud, como la ausencia de enfermedad, planteándola como algo más

positivo; y por otro que se empieza a considerar la enfermedad como un problema social.

Parece claro que las condiciones culturales, sociales y económicas, edad y sexo tienen una influencia importante en el proceso de la salud y la enfermedad. Estos factores intervienen en algunos casos en la morbimortalidad y en el riesgo de enfermar, y en otros en la forma de manifestarse la enfermedad, en la conducta de el enfermo y en el uso de los servicios de salud. Podemos afirmar que es el concepto de salud y enfermedad el cual sobrepasa el estricto marco biomédico para convertirse en fenómeno socio-cultural. (23).

El 15 de marzo de 1971 el IMSS inicia formalmente el curso de Especialización en Medicina Familiar con 32 alumnos, con la firme intención de atender las necesidades de salud familiar por un especialista de corte horizontal y con una fuerte carga de materias sociales y preventivas.

A partir de 1976 y durante los tres años siguientes se implantó el modelo mixto de atención médica, desapareciendo los médicos de menores y adultos, para signarle núcleos familiares completos a un solo médico haciendo factible la atención médica grupal, familiar y continua. (10).

En 1977 en la asamblea de la OMS se definió una política denominada "Salud para todos en el año 2000", la cual fue aceptada por casi todos los países del mundo. Sin embargo, sólo hasta 1978 en la reunión de Alma-Ata se establece que para cumplir con esa política es necesario adoptar una estrategia específica la cual se define como Atención Primaria de Salud de la cual existen varios conceptos.

La declaración de Alma-Ata, señala que: Atención Primaria a la Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo de la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. (11).

Sin embargo la APS es sin duda la mejor estrategia hasta hoy propuesta para garantizar la salud de la población es la estrategia más viable y factible de acuerdo a las condiciones que prevalecen en nuestro país y en la mayoría de los países del mundo, también incluye acciones de incidencias directas y son las que atañen a los servicios asistenciales de salud y entre éstas destacan aquellas que deben dirigirse a la comunidad como salud pública y las que deben dirigirse al individuo: Atención Médica ambas sinérgicas.

Una característica esencial de estas acciones es que tienen un carácter preventivo y tienen como objetivo, disminuir los factores de riesgo a través de programas de acción sistematizados, en los cuales se incluye tanto el equipo de salud como al individuo y a la comunidad. (15).

Las funciones en general de la Atención Primaria de la Salud son:

- a) Promoción a la Salud.
- b) Protección Específica.
- c) Diagnóstico temprano y Tratamiento oportuno.
- d) Rehabilitación.

- e) Educación**
- f) Investigación.**
- g) Legislación.**
- h) Administración. (3).**

No se ha demostrado en forma objetiva de las funciones de la Atención Primaria que en su totalidad no sean eficaces. Por lo tanto una buena atención a la salud, a una comunidad o de una institución, deben reunir los siguientes requisitos:

- 1. Igualdad.**
- 2. Calidad.**
- 3. Integral.**
- 4. Oportunidad y Accesibilidad.**

La Atención Médica consta de tres componentes básicos:

- I. Beneficiarios (pacientes).**
- II. Recursos.**
Son el personal, equipo tecnología, instalaciones y financiamiento o administración.

La Atención Médica se sujeta a dos fenómenos:

- 1. La Demanda.**
En la cual se consideran tres componentes:
 - a) Biológico.**
 - b) Socio-económico.**

c) Psicológico.

2. La Oferta.

La cual se limita solo a servicios (instalaciones y equipo) y comprende:

a) Accesibilidad.

Se refiere a días, horas, costo y tiempo de los servicios, así como la distancia física entre pacientes y recursos.

b) Calidad y Cantidad.

Dependen del número y equipo médico disponibles.

NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA

Enfoca las necesidades de salud curativas y cualitativas de las comunidades y las acciones a favor de la salud, considerándose tres niveles de Atención Médica:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.- Es el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud. A este nivel de salud, se previenen y promueven programas para la salud; asimismo, se lleva a cabo la organización de recursos del Sistema Nacional de Salud. De acuerdo a su nivel de complejidad se ocupa de:

- a) Prevención y Promoción de la Salud en población sana.
- b) Detecta y atiende problemas de salud comunes e inespecíficos.
- c) Controla enfermedades crónicas.
- d) Atiende a la población de un sector, localidad o región determinada.
- e) Se debe contar con una ubicación.
- f) Da atención a los beneficiarios que tienen acceso directo a la atención médica, a través de las diferentes instituciones (IMSS, ISSSTE, SSA, DDF, etc.).
- g) Sus acciones están orientadas hacia la protección de la salud, el formato de la salud, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los padecimientos (control del niño sano, inmunizaciones, control de embarazo normal, planificación familiar, programa de adulto mayor, detecciones oportunas de cáncer de mama y cervicouterino, etc.).

- h) Requiere de un equipo de salud (médicos, enfermeras, técnicos en laboratorio y radiología, trabajadoras sociales, etc.).
- i) Recursos físicos (Unidad de Medicina Familiar).

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.- Cuenta con los servicios de consulta externa y hospitalización, los cuales son atendidos por médicos familiares o generales, médicos especialistas, enfermeras, técnicos, etc. Sus características son:

- a) Atención especializada.
- b) Atiende a grandes grupos de población o comunidades.
- c) La atención es continua.
- d) Se orienta hacia el diagnóstico y tratamiento temprano y a la limitación del daño.
- e) Cuenta con recursos físicos como hospitales con consulta externa de diferentes especialidades.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.- Su atención médica es especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o participación de servicios altamente especializados y sus características son las siguientes:

- a) Se ocupa de los problemas de salud poco frecuentes y tratamiento especializado.

- b) Su atención es de tipo discontinuo, los pacientes no tienen acceso directo a este nivel, habitualmente son canalizados a partir de un primer o segundo nivel.
- c) Las funciones son fundamentalmente la curación y la rehabilitación.
- d) Los recursos físicos son hospitales especializados (en cuento a su estructura y tecnología).

Todos los niveles tiene igual importancia en el panorama general de la salud, aunque es importante mencionar que para mejorar las condiciones de la salud es importante la actividad del individuo y la sociedad. (3) (7).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

El campo de la salud pública puede aplicarse a diferentes actividades, incluyendo investigación, vigilancia y acción. Thacker y Berkelman enfatizan que estas actividades están íntimamente relacionadas entre sí, pero deben considerarse por separado.

En el Sistema de Salud, la vigilancia tiene tradicionalmente el propósito de identificar aspectos importantes en la producción de enfermedades. Mientras que la vigilancia epidemiológica se enfoca a procesos patológicos muy particulares, si salud pública se entiende como estudio y transformación de las condiciones de salud y las respuestas sociales a nivel de la población, podemos postular que la vigilancia de la salud pública debe referirse también a estos mismos elementos. El concepto ampliado

de vigilancia de salud pública, incluye tres componentes principales:

a) VIGILANCIA DEMOGRÁFICA

Que se refiere a la estructura y dinámica de la población en la que ocurren los fenómenos de salud.

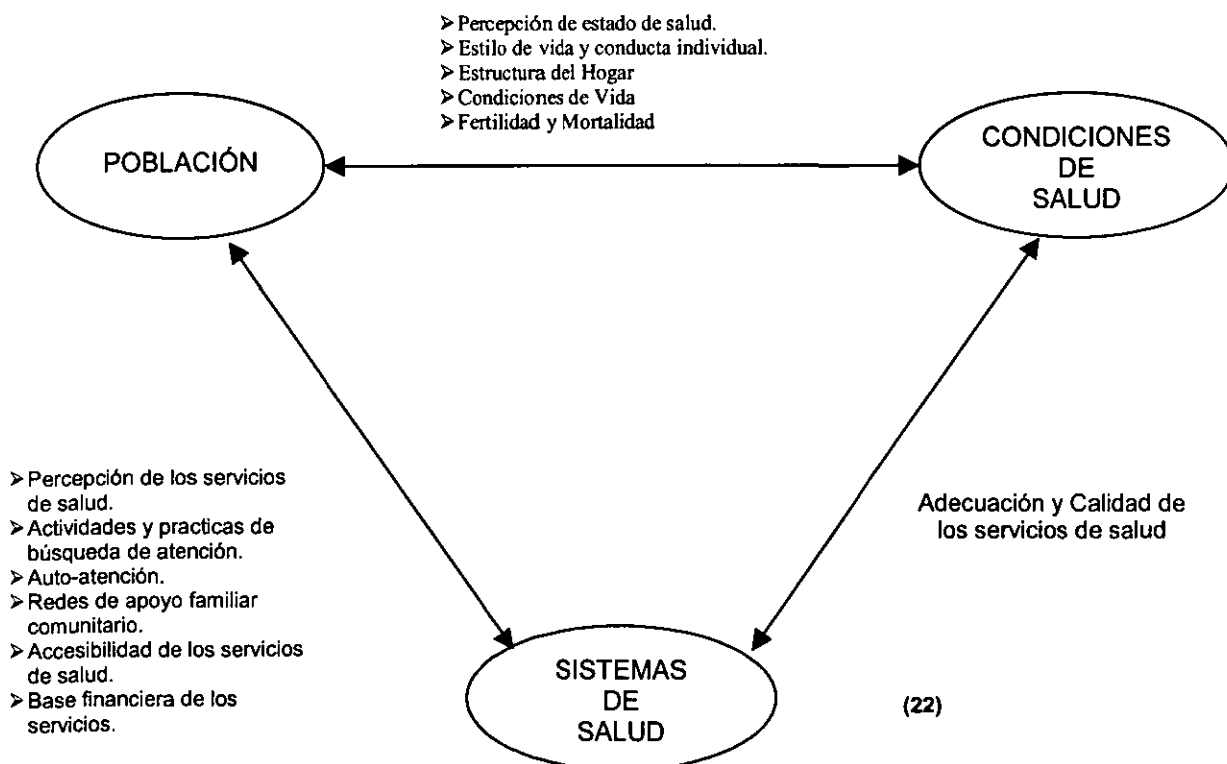
b) VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Que se enfoca en la producción de enfermedad y en la exposición al riesgo de una población.

c) VIGILANCIA DE SISTEMA DE SALUD

Que se refiere al monitoreo del conjunto de servicios, recursos y políticas que constituyen la respuesta social organizada a las condiciones de salud.

DOMINIO DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA



DAÑOS A LA SALUD

MORBILIDAD

Definición:

Es un número proporcional de persona que se enferman en una población y en un tiempo determinado.

La función de la medicina es prevenir, recuperar y conservar el estado de salud de los individuos, por lo que la planificación, la organización y la evolución de los servicios debe sustentarse en las necesidades de la población según su problemática; la causa en gran parte se determina mediante los niveles de morbilidad. (8).

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 sus etapas tempranas y son auto-limitantes, por lo que no siguen adelante ni llegan a producir signos o síntomas. También puede ocurrir que dichas condiciones avancen, produciendo signos-síntomas de enfermedades más serias. (2).

La contribución de la Medicina Familiar a modificar el espectro de la morbi-mortalidad en el país es el más difícil de evaluar, ya que las modificaciones en salud son de orden multifactorial: alimentarios, higiénicos, culturales, elevación del nivel socio-económico, campañas sanitarias, nuevos medicamentos, etc. Sin embargo tres aspectos de la medicina familiar parecen gravitar favorablemente en su aportación.

Primero, el que desde 1974 los médicos familiares acuden a las áreas rurales en donde han contribuido a la conservación y restauración de la salud, con acciones concretas de organización y educación de la población, tendientes a la prevención.

El segundo aspecto, su incorporación a programas prioritarios de la institución, tales como la planificación familiar, salud materno infantil, y enfermedades crónicas degenerativas, situación que causa importante impacto por tener una población cautiva.

El tercer aspecto, lo constituye la cobertura de población y la atención médica al riesgo, donde los médicos familiares inciden entre 70 a 80% de las enfermedades comunes que afectan a la población. (19).

La familia tiene una influencia importante en la salud, en la enfermedad y en el tratamiento de ésta. Particularmente implicados en la epidemiología de la familia están los trastornos genéticos, las enfermedades infecciosas y los problemas sociales. Trastornos familiares, como el conflicto intergeneracional, se expresan a menudo en forma de síntomas físicos, como cefalea o dolor abdominal. Además de los privilegios que pueden derivarse de la situación de enfermedad, influyen enormemente para que los miembros de la familia asuman o no el papel de enfermo cuando se presentan los síntomas.

El médico de la familia, coordina a menudo la utilización de los recursos familiares y comunitarios para atender los problemas de salud. (17).

En los países en que los médicos familiares son responsables de una relación definida de datos poblacionales sobre las cifras de consulta por distintos trastornos, estos datos pueden convertirse en tasas de morbilidad. (2).

MORTALIDAD

Definición:

Es el número proporcional de muertes de una población y tiempos determinados; actual o anual en los grupos de vida; número por mil asegurados por años.

Los indicadores de mortalidad son un reflejo importante de las transformaciones económicas, sociales, sanitarias, ambientales y demográficas de las comunidades, por lo que resultan un valioso indicador de los niveles de desarrollo de los pueblos del mundo. (1).

LA MORTALIDAD EN MÉXICO

Uno de los mayores logros del México Contemporáneo ha sido la reducción significativa de la mortalidad. El descenso sostenido, desde los años 30 ha dado lugar a un incremento significativo de la esperanza de vida de los mexicanos, al duplicarse de 36 en 1930 a 73 años en 1995. El descenso continuo de la fecundidad (6 hijos promedio por mujer en 1975 a 2.6 en 1977) y el alargamiento de vida de los mexicanos, han propiciado notables cambios en la composición por edades de la población, caracterizada por una paulatina disminución de la proporción de niños y jóvenes y una mayor presencia de personas adultas y en edad avanzada.

En los próximos 15 años la población de 60 años y más, aumentará en 73%, mientras que en la población en su conjunto, lo hará en un 22%. En 30 años esta población será de 20 millones de personas. Sin embargo, existen marcadas diferencias regionales. Los grupos sociales más pobres y desprotegidos son los que presentan los mayores rezagos en el descenso de la mortalidad y la fecundidad, y el incremento de la esperanza de vida de las personas.

El incremento de la población mayor de 60 años y más, inédito en la historia del país, tiende a hacer más evidente la transformación de la morbilidad y la mortalidad, al pasar del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas, que afectan principalmente a los niños y las enfermedades crónico-degenerativas, más frecuentes en personas en edad adulta y de edades avanzadas.

En 1930, los hombres vivían un promedio de 35 años y las mujeres de 37, en 1995; la duración media de la vida de las mujeres mexicanas era de 76 años y la de los hombres, de 71.

La mortalidad continuara descendiendo, de tal manera que la vida media de los mexicanos aumente de 73 años en 1995 a 74.4 años en el año 2000 y a 77.2 años en 2010. Así de los nacidos en 1930, menos de la mitad sobrevivieron a los 60 años. Para la generación de 1960 se espera que $\frac{3}{4}$ partes llegará a la tercera edad, y de los nacidos en 1995, más del noventa por ciento llegará a esa edad. Los mexicanos que nazcan en el nuevo siglo, podrán vivir en promedio casi 75 años.

MORTALIDAD INFANTIL

En comparación con la experiencia histórica de los países desarrollados, México ha experimentado un notable descenso de la mortalidad infantil en un período más reducido. En 1930, 178 de cada 1000 recién nacidos, fallecían antes de su primer aniversario; en 1995, esta proporción fue de 30.5 nacidos vivos. Esto significa que de cada 100 defunciones que tendrían lugar en 1930, actualmente se editan 83.

Las condiciones de vivienda, la edad de la madre al nacimiento del hijo, y el espaciamiento entre un hijo y otro, son factores determinantes del riesgo de fallecer en el primer año de vida del menor. Actualmente la mortalidad infantil que ocurre entre los ocupantes de viviendas con condiciones deficientes, es el doble que los de aquellas con condiciones adecuadas.

Por otra parte, se ha observado que el riesgo de fallecer en el primer año de vida, aumenta cuando los niños provienen de una fecundidad temprana o tardía (madres menores de 19 años y mayores de 32), o de períodos cortos o muy prolongados entre un hijo y otro (menores de 18 años o mayores de 59 meses).

MORTALIDAD POR FACTOR CAUSAL

El descenso de la mortalidad, se ha caracterizado por una paulatina disminución de las defunciones por padecimientos infecciosos y una tendencia creciente de muertes por enfermedades crónico-degenerativas y por lesiones.

Las defunciones prematuras por enfermedades transmisibles están siendo "sustituidas por padecimientos son transmisibles, característicos de las edades adultas y avanzadas. De 1979 a 1995 la disminución del riesgo de fallecer por enfermedades infecciosas, contribuyó a aumentar la esperanza de vida de los mexicanos en 3.0 años para los hombres y 3.3 para las mujeres. La mortalidad debida en enfermedades crónico-degenerativas, aumento de 53.4 por ciento en 1979 a 70.9 por ciento en 1995, con respecto al total de defunciones. Entre las principales causas de muerte del país, están: enfermedades del corazón, tumores malignos diabetes mellitus, enfermedades cerebro-vasculares, cirrosis y deficiencias de la nutrición, que en conjunto concentran casi la mitad (46.7) de las defunciones registradas en 1995. No obstante, el notable incremento de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, cabe destacar que se ha logrado avanzar en el control de la mortalidad debido a estas causad. Entre 1979 y 1995 la reducción de la mortalidad por causas crónico-degenerativas, contribuyo al aumento de 2.5 años en la esperanza de vida de los hombres y mujeres. (28).

CAUSAS GENERALES DE MORTALIDAD EN MÉXICO

- a) **ENFERMEDADES TRANSMISIBLES (17.0%)**
(Infecciosas Y Parasitarias, Maternas Y Peri-natales).

Este grupo de enfermedades, constituyeron la principal causa de muerte en México hace algunos años, fue desplazada por el grupo de las no transmisibles, como las neumonías, influenza-gastroenteritis, etc.

- b) **ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (69.0%).**

La mortalidad en enfermedades degenerativas (cardiovasculares, metabólicas y neoplásicas), se encuentran relacionada muy estrechamente con la población adulta y en su conjunto son la primera causa de muerte en México, teniendo un mayor % de defunciones.

c) ACCIDENTES Y MUERTES POR VIOLENCIA (14.0%).

La industrialización, el crecimiento del sector urbano y las deficiencias en la educación para la salud, han dado lugar a un aumento de los accidentes en sus diversas modalidades, los cuales por su frecuencia se presentan en el siguiente orden:

- Accidentes de trabajo y por vehículos de motor.
- Accidentes domésticos.
- Homicidios (vinculados a la salud mental y a la crisis económica).
- Suicidios (trastornos colectivos de salud mental). ⁽⁵⁾ (1).

ESPERANZA DE VIDA

Como se ha expresado, la mortalidad, la mortalidad y la invalidez no son indicadores de salud estrictamente balanceado, si no de daños a la misma.

Uno de los indicadores positivos disponibles en México es la esperanza de vida, que expresa la posibilidad de prolongar ésta o acortaría, sin considerar la calidad de la misma.

La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad de todas las edades de la vida de una población determinada, unido a otros indicadores positivos como estudios de la capacidad física e intelectual de la población e incluso estudios de sensaciones subjetivas: bienestar, vitalidad, felicidad, etc., y de los que midan saneamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y de trabajo, que puedan en un futuro ofrecer una visión más aproximada y satisfactoria de la salud colectiva.

La expectativa de vida del mexicano se ha elevado notablemente. En 1923 la esperanza de vida al nacimiento era de 33 años, cifra que a mejorado paulatinamente hasta alcanzar 66 años en 1980, es decir, se ha duplicado la tendencia señalada que continuará su mejoramiento en el futuro.

El progreso se debe fundamentalmente a la mejoría de los niveles de vida en general, los adelantos en tecnología en la prestación y en la cobertura de los servicios medidos que han llevado al abatimiento de la mortalidad antes visto y susceptible aún de aventajarse en los grupos de edad más vulnerable, como en los niños de 5 años. El examen y la comparación de la esperanza de vida según edades en 1923 y 1980 demuestra el adelanto logrado en los últimos 50 años. (5).

En 6 décadas la esperanza de vida de los mexicanos se duplicó, en descenso sostenido de la mortalidad, desde los años 30, han dado lugar a un incremento significativo en la vida media de los mexicanos. (27).

La esperanza de vida, está íntimamente ligada a las características socio-económicas de las regiones. Los estados del país con mayores rezagos socio-económicos, presentan las tasas más altas de mortalidad.

Los estados del norte del país, como Nuevo León. Baja California Sur, Tamaulipas, se encuentran entre las entidades con las más altas esperanzas de vida y junto con el Distrito Federal y Aguascalientes, superan los 74 años.

En contraste, Oaxaca y Puebla presentan los niveles más bajos en la esperanza de vida 71 y 76 respectivamente. La vida media de los Oaxaqueños es inferior a la de los habitantes del Distrito Federal; esta diferencia equivale a un riesgo de fallecer 31% mayor. Entre 1980 y 1996 la esperanza de vida de los mexicanos se incrementó en 6.7 años, al pasar de 66.5 en 1980 a 73.2 en 1996. Las ganancias en la esperanza de vida son distintas por entidad federativa. (28).

LA FAMILIA

La familia es el ámbito de convivencia privada, donde interactúan personas ligadas por lazos de parentesco, afecto e independencia.

La familia ejerce una influencia decisiva en el desarrollo y la personalidad de sus miembros, en especial de los niños, adolescentes y jóvenes. En la familia se transmiten las normas y los valores que contribuyen a definir la identidad de hombres y mujeres y guían su comportamiento en la sociedad.

Para la mayoría de los mexicanos, el término familia está asociado con significados altamente positivos como son unión, hijos, amor, hogar, bienestar, padres, comprensión, casa, cariño, educación, felicidad y apoyo. Los mexicanos atribuyen mayor importancia a la familia que a cualquier otro aspecto de su vida: (85%) consideran que la familia es muy importante en su vida, en contraste con el trabajo (67%), la religión (34%) la recreación (28%), los amigos (25%) y la política (12%). (29).

Se puede considerar que la meta principal del funcionamiento familiar es la realización de una variedad de tareas, algunas de ellas definidas culturalmente y otras propias de cada familia. Todas están determinadas por valores determinados en gran medida de las vivencias que los padres tuvieron en sus familias de origen. También reciben la influencia de la historia compartida dentro de la propia familia y de las condiciones socioculturales prevalentes.

Por lo que se refiere al cuidado de los niños, las tareas familiares incluyen las satisfacciones de varios tipos de necesidades:

- Las físicas (protección, alimento, habitación y atención a la salud).
- Las psicológicas (afecto, estimulación para promover su desarrollo).
- Orientación (deriva de la aprobación y la disciplina).
- Sociales (entrenamiento para la vida en familia y en sociedad).

La familia no solo se encarga de satisfacer las necesidades del menor, también influyen en la formación de su personalidad dentro de los límites previamente fijados por la biología. Aunque la salud mental depende de muchas variables de naturaleza biológica, psicológica y social, es en la familia en donde residen las bases de un desarrollo psicológico normal o desviado. El niño aprende a relacionarse con los demás imitando los modelos de relación interpersonal que observa en su hogar y su conducta forma parte de un sistema de interacciones, donde todo lo que uno hace tiene consecuencias sobre los demás, en una cadena de influencias recíprocas que incluye al entorno social. (20).

La familia es tan antigua, como la historia en todas las comunidades. Es factor social de gran influencia para el desarrollo humano, en ellas se encuentran los sectores de la vida.

La familia es la unidad básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud, también se le considera que es un recurso para resolver y prevenir enfermedades. (6).

DEFINICIÓN DE FAMILIA

El vocablo familia se origina de la palabra latina "Famulus" que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. La cual fue propuesta por el Marques de Morante. (6).

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

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

La familia, como unidad social primaria, no solo influye en los aspectos biomédicos tradicionales –porque se enferma y de que se muere- si no que al mismo tiempo, esta en condiciones de transmitir a sus miembros elementos culturales que intervienen sobre creencias y conceptos de salud y enfermedad, sobre la conducta de enfermar y el rol del enfermo, acerca del uso de los servicios de salud.

Existen una serie de características en la familia, tales como su estructura disfunciones, relaciones conyugales, etc., que actúan sobre las creencias y conductas en torno a la salud y a la enfermedad.

La característica principal de la familia es la de formar una unidad en relación a otros grupos semejantes o diferentes. Siendo una unidad que tiene rasgos especiales: establece relaciones e interactúa en la sociedad, esto significa que la familia sea indisoluble y permanente. Por otra parte la familia a cambiado con el tiempo y de acuerdo a las situaciones socio-cómicas. (23).

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Para facilitar el estudio de familia desde el punto de vista social se clasifica en base a su:

1.Desarrollo

- Moderna se.- considera cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
- Tradicional,. solo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
- Arcaica o Primitiva.-

2.Demografía

- Urbana.- Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y cuenta con todos los servicios de urbanidad.
- Semi-urbana.- son familiar que viven en una comunidad de más de 5000 habitantes pero carecen de algunos servicios de urbanidad.
- Rural.- Son las familias que viven en el campo.

3.Integración

- Integrada.- Los cónyuges conviven juntos y cumplen sus funciones.
- Semi-integrada.- Los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones.
- Desintegrada.- Cuando falta alguno de nos cónyuges ya sea por muerte, abandono o divorcio.

4.Desde el punto de Vista tipo-lógico.

(Se clasifica según la ocupación del cónyuge o de ambos).

- Campesina.
- Obrera.
- Profesional.

5.Composición.

- Nuclear.- Formada por los padres e hijos.
- Extensa.- Formada por padres e hijos y familiares consanguíneos.
- Extensa.- Compuesta.- Esta formada por padres, hijos, familiares consanguíneos y no consanguíneos.

El clasificar a la familia, es importante para el médico ya que en base a esto se puede realizar un buen diagnóstico de la familia a su cargo desde sus diferentes puntos de vista, tomando en cuenta diversos factores como su cultura, disponibilidad de los servicios su economía, etc.

De acuerdo con estudios recientes en México, el 95% de las Unidades Médicas están formadas por hogares familiares, el resto corresponde a personas que viven solas.

De los hogares familiares 68.4% son de tipo nuclear, 25.1% son extensos y 1.1% son hogares compuestos. (23).

ETAPAS DE LA FAMILIA

La fisiología de la primera etapa del ciclo de la vida familiar incluye todos aquellos aspectos con el galanteo, la elección de pareja y la adaptación marital, por lo que la siguiente clasificación nos ilustra las diferentes épocas previas para la formación de una familia:

a) Prenupcial

b) Nupcial

c) Formación y Educación de los hijos.

ETAPA PRENUPCIAL

Se caracteriza por el galanteo o cortejo, es el paso preliminar del matrimonio y constituye la oportunidad para seleccionar pareja; esto solo ocurre en las culturas que permiten la auto-selección de la pareja, ya que en algunas sociedades los contrayentes se unen en matrimonios arreglados y al equivalente al cortejo tiene lugar después del matrimonio. La finalidad del período de galanteo podría ser el acoplamiento mutuo en todas las esferas, de modo que la selección definitiva pueda ser mejor o en cierta forma más segura.

ELECCIÓN DE PAREJA

Esta puede estar a prejuicios, ser de conveniencia o bien libre, pero en la práctica médica se pueden diferenciar las bases del matrimonio sobre los siguientes principios:

- a) La libre elección de la pareja, en la que cada individuo decide con quien casarse, esta decisión puede estar influenciada por factores como vecindad geográfica, clase socio-económica a la que pertenezca, creencias religiosas y grupos culturales. También se dice que la libre elección del compañero conduce a parejas socialmente similares y psicológicamente complementarias. A menudo esta libertad esta basada en el "Amor", cuya definición se ha resistido a un en las mentes más abiertas de los filósofos escritores, poetas, sociólogos y psicólogos.
- b) Los matrimonios arreglados, con o sin el consentimiento de la pareja, son todavía muy comunes

en muchas partes del mundo. La ventaja de esta forma de matrimonio es que la pareja se casa con el respaldo y apoyo de las familias de ambos contrayentes, lo cual es importante para el éxito de la unión aunque la falta del período de galanteo, durante el cual puedan conocerse mutuamente, conduce con frecuencia a episodios traumáticos, especialmente en la esfera sexual.

- c) Los matrimonios forzados, suelen ser aquellos en las que la mujer resulta embarazada, y el hombre es obligado a casarse con ella.
- d) Los matrimonios de tipo mixto son aquellos en que la elección es aparente mente libre pero solo se efectúan cuando los padres dan su consentimiento o cuando es arreglada con los padres pero se formaliza solo si la pareja esta de acuerdo. Cuando la pareja acude a consulta por motivo prematrimonial proporciona al médico y al personal del consultorio, la oportunidad de sugerir una charla prematrimonial con los dos miembros de la pareja. En cada oportunidad, el médico debe explorar los factores de riesgo y discutir las necesidades de autonomía frente a la crianza y preguntar a cada miembro de la pareja que espera del matrimonio con la otra parte.

El médico le debe ofrecer la posibilidad de llevar a cabo la exploración física, lo que proporcionará una oportunidad para valorar la salud futura los riesgos laborales y para sugerir como puede utiliza la pareja el sistema de salud.

En el caso de matrimonio en edades avanzadas se debe comentar la posibilidad de una fertilidad reducida y la posibilidad de que las tareas de crianza de los hijos coincidan con las necesidades de dependencia de los padres.

ETAPA NUPCIAL

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

El éxito del matrimonio y por lo tanto el principio de una familia saludable, esta asociado con ciertos factores:

- a) Las bases del matrimonio.
- b) Los antecedentes de la pareja. (educación, religión e intereses comunes).
- c) Conocimiento que tengan el uno del otro antes del matrimonio.
- d) La motivación para el matrimonio. (Aspiraciones personales).

La elección del matrimonio por parte de un individuo depende tanto de sus experiencias pasadas como de la etapa de desarrollo por la cual atraviesa; es muy común que una persona elija conscientemente, a una persona diferente a su progenitor del sexo opuesto pero que, al poco tiempo, se vuelva muy parecida a dicho progenitor.

La adaptación del matrimonio exige un cambio drástico. Los cónyuges deben de abandonar sus actitudes de dependencia-independencia características de la adolescencia y juventud, para adoptar el papel de padres de familia y esposa o esposo. Los recién casados tienen que desarrollar papeles recíprocamente afines, que les permitan actuar con un mínimo de fricciones.

Duvall enlistó como actividades básicas del desarrollo, en esta etapa del ciclo de la vida familiar el establecimiento de:

1. Un hogar.
2. Un sistema para ganar y gastar el dinero.
3. Un sistema de patrones de responsabilidad.
4. Relaciones sexuales mutuamente satisfactorias.
5. Un sistema de comunicación.
6. Relaciones funcionales con los parientes de ambos lados.
7. Un acuerdo de interacción con los amigos, asociados, etc.
8. Una "Filosofía de la vida" como pareja.
9. Un sistema de planificación familiar.
10. La preparación ininterrumpida (de uno o ambos cónyuges).
11. La integración de la nueva vida.

La aceptación mutua mientras se establece el hogar y se alcanza la estabilidad económica ocupacional, educacional y social, constituye por lo regular una carga muy pesada para las parejas. ⁽¹⁰⁾.

ETAPA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS

Una de las principales expectativas de los matrimonios es tener hijos; pero es importante enfatizar que la paternidad y la maternidad, son actos estrictamente culturales y tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación, un conocimiento real y absoluta responsabilidad.

Se puede afirmar que sí existen dos ingredientes principales en el buen cuidado de los hijos, ellos son amor y disciplina. El exceso o el efecto de cualquiera de estos dos elementos puede producir alteraciones en el desarrollo psicosocial, balancearlos adecuadamente es quizá la tarea fundamental de los progenitores. Hombres y mujeres varían enorme mente en la forma como desempeñan sus roles de padre y madre.

Ser padre es un proceso dinámico y puede haber tantas formulas como familias haya, con variaciones de acuerdo a los diversos contextos socioculturales. La adaptación adecuada entre padres e hijos resulta cuando las expectativas y demandas de los padres están de acuerdo con las capacidades propias del niño, su temperamento, sus motivaciones y su estilo de conducta, si se da tal con consonancia entre el organismo infantil y su medio ambiente inmediato es posible que se produzca un desarrollo optimo y en dirección progresiva. Y a la inversa. La adaptación mutua deficiente implica divergencias entre las demandas ambientales y las características del niño. De manera que el desarrollo del menor puede llegar a sufrir distorsiones. Los padres con habilidad para implantar una disciplina adecuada, evitan las confrontaciones inútiles y favorecen la resolución de conflictos. La característica más importante de mucha familias con niños problema es la comunicación deficiente en el sentido de que las

discusiones tienden a ser infructuosas y frecuentemente no conducen a una solución de cómo un acuerdo.

FACTORES IMPORTANTES EN UNA BUENA DISCIPLINA

- a) Ser sensible a las necesidades del niño y responder inmediatamente ante sus señales y conductas.
- b) Alentar las conductas positivas del niño dándole muestras de atención cuando las realiza.
- c) Conocer y respetar su personalidad para hacerle solo demandas razonables.
- d) Mantener una buena relación entre padres e hijos.
- e) Balancear adecuadamente premios y castigos, elogios y críticas.
- f) Establecer pocas reglas firmemente aplicadas, que muchas no cumplidas.
- g) Permitir que el niño participe cada vez más en la determinación de dichas reglas.

Por contraste la siguientes características han sido observadas en las familias de niños con trastornos serios de conducta:

- 1.Falta de supervisión de la conducta del niño.
- 2.Falta de claridad en expectativas y reglas.
- 3.Los conflictos conducen a tensiones y disputas, no ha su solución.
- 4.Hay menos interacciones positivas entre padres e hijos.

5. Hay respuestas inadecuadas ante las transgresiones del niño:

- a) Son el reflejo del humor de los padres, más que de la conducta del menor.**
- b) Provocan ciclos de intercambios negativos.**
- c) Trasmiten un mensaje de irritación ante la personalidad del niño, más que la expectativa de que cambie cierta conducta.**
- d) No sugieren lo que se espera que el niño haga o deje de hacer.**
- e) Desaprueban demasiadas conductas.**
- f) Hay falta de seguimiento de la conducta del niño.**

Si bien las causas de las disfunciones psicológicas individuales suelen ser múltiples, las de origen familiar o ambiental adquieren especial relevancia en la precipitación y mantenimiento de los problemas comunes de niños y adolescentes.

En la etapa peri-natal los defectos congénitos y la separación temprana de la madre por hospitalizaciones prolongadas pueden dificultar la formación del vínculo afectivo con el recién nacido, posteriormente tales factores suelen también ser un obstáculo para que el menor reciba la estimulación psicosocial adecuada.

En la infancia, cuando los padres o cuidadores son inconsistentes en la crianza, pueden no proporcionar la atención física requerida, ni favorecer la formación de un sentimiento de seguridad en el pequeño.

En los niños de 9 a 24 meses de edad es necesario que los padres pongan límites de conductas potencialmente peligrosas y agresivas. Si estos no son implementados, si la madre carece de un compañero que intervenga cuando ella se sienta abrumada o si ha llegado a un límite en su paciencia en sus fricciones con el menor, se puede propiciar en este el desarrollo de problema de conducta.

Cuando los niños de 3 a 5 años de edad, no son estimulados verbalmente corren el riesgo de no desarrollar su lenguaje más allá del nivel instrumental. A los 4 años los padres deben disminuir la cercanía física excesiva con el pequeño para evitar una estimulación sexual, inadecuada y el apego erótico hacia alguno de los progenitores.

En la edad escolar, el niño que por alguna razón es diferente sufre el riesgo especial de ser rechazado por sus compañeros.

En el caso de que los padres asignen al hijo un rol estereotipado (“El estudioso”, “El inquieto”, “El torpe”, etc.). se puede llegar a obstruir el desarrollo sano de su personalidad. La ausencia virtual de los padres cuando ambos trabajan o cuando no existe una figura materna suelen ocasionar una supervisión deficiente. (20).

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Se ha concebido como la secuencia de estudios que atraviesa la misma desde su establecimiento hasta su desaparición.

Podemos decir, que la familia posee su propia historia natural, alternado etapas complejas con otros de simplificación, variando además, las características sociales y económicas de las familias desde su formación hasta la disolución.

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.

En ellas se producen situaciones particulares, en relación con la edad de los cónyuges e hijos, distintas condiciones económicas, presencia de determinados acontecimientos vitales etc., que intervienen en el proceso de salud-enfermedad de la familia. ⁽²³⁾.

El ciclo tradicional de la vida familiar basado en el trabajo de Duvall, se resume de la siguiente forma:

1. Matrimonio-pareja / inicio de la pareja.
2. Nacen los hijos.
3. Familia con hijos en la etapa preescolar.
4. Familia con hijos en al etapa escolar.
5. Familia 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.

Desde que Duvall describió este ciclo, se han producido cambios importantes en las normas sociales, y en la actualidad menos de la mitad de la población vive en el núcleo familiar la 8 etapas enunciadas por este actor. (17).

Hay diferentes épocas por las cuales va pasando la familia de acuerdo con su propio proceso existencial, destacando de la siguientes:

FASE DE MATRIMONIO

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

FASE DE EXPANSIÓN

Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, ya que es una de las principales expectativas de los matrimonios.

FASE DE DISPERSIÓN

Se identifica por el hecho de que todo los hijos asisten a la escuela y ninguno se encuentra trabajando. En esta etapa se prepara el camino para la independencia de los hijos mayores, los cuales se encuentran en plena adolescencia.

Los padres se ven sometidos a nuevos retos y ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes.

FASE DE RETIRO Y MUERTE

Se caracteriza por la incertidumbre de los cónyuges ya que se encuentran con la incapacidad para laborar, se encuentran con desempleo, cursan con enfermedades crónicas degenerativas, hay agotamiento de los recursos económicos, y en ocasiones sus hijos, que se encuentran en etapa de expresión de su familia no tiene n posibilidad de ayudarlos. (9).

FUNCIONES DE LA FAMILIA

La funcionalidad de la familia es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos y circunstancias pueden caer en crisis y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado y recuperarse posteriormente.

El funcionamiento de la Unidad Familiar se clasifica en:

A. El funcionamiento interno

1. Los patrones de comunicación.

- Los patrones de resolución del problema y de toma de decisiones.
- Los hábitos respecto a los papeles; en épocas normales y en épocas de crisis. Clima / atmósfera emocional.

2. Las relaciones dentro de la familia.

3. Las metas y valores familiares. (Orientación respecto al tiempo).

4. Fuerzas familiares y sistemas de apoyo.

B. Adaptación externa.

1. Red extensa de relaciones: parientes y amigos.
2. Status y participación en la comunidad.
3. Status económico.
4. Conocimiento y utilización de las instituciones de salud.

C. Evaluación del equilibrio / estabilidad de la familia y los posibles efectos de la intervención del personal médico.

(10) (28).

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 tan peligroso que le lleva a sentirse impotente e incapaz de enfrentarse a él de forma eficaz con los medios habituales.

Los Médicos de familia añadirían a esta definición los “Estados de debilidad física” para las frecuentes crisis que se presentan en forma de queja somática sin signos de angustia psicológica.

Situaciones que pueden desencadenar una crisis en nuestros pacientes y familias.

- La muerte de un ser querido.
- La pérdida de un embarazo.
- La violencia familiar.

- La muerte súbita de un lactante.
- Suicidio.
- Nacimiento del primer hijo.
- Divorcio, etc.

Muchos de nuestros pacientes en situación de crisis no presentan problemas psiquiátricos, pero han perdido su capacidad para enfrentarse con el problemas y resolverlo.

El nuevo problema se ve como una amenaza para la supervivencia, ya sea física ó psicológica, de sí mismo ó de su familia y esto desencadena la crisis.

La crisis es subjetiva y puede resultar difícil para el profesional en tener el impacto que ha tenido la situación desencadenada.

Es una situación de crisis, el médico se convierte en un guía activo en el proceso de resolución del problema, mediante el consejo a corto plazo. ⁽²⁴⁾.

IMPORTANCIA SOCIAL

Los estudios epidemiológicos revelan que el status socioeconómico se encuentra claramente asociado con ciertas enfermedades; ase sabe que el riesgo de enfermar y las tasas de mortalidad son diferentes según la clase social.

Koos, demostró que el nivel de conocimientos y creencias sobre la enfermedad, varían con el nivel de clase.

Coe, en la década de los 50's, llega a la conclusión de que las clases más bajas tienen una mayor tendencia a padecer enfermedades infecciosas y parasitarias, están expuestas a sufrir un mayor número de enfermedades laborales en relación con su exposición a los trabajos más duros y con mayor riesgo, y tienen menor facilidad para acceder a los beneficios de la medicina.

Los cambios producidos en los países industrializados, no han modificado sustancialmente éstas diferencias.

Timio, constata una mayor presencia de enfermedades crónicas entre las clases bajas.

Rosenstock, señala; que la gente pobre que presenta con menor frecuencia que la rica, la combinación necesaria de creencias que permitirían indicar una acción preventiva, ya que el nivel económico y creencias ejercen en un efecto independiente sobre la acción preventiva. (23).

INDICADORES DE LA SALUD FAMILIAR

Los indicadores de la salud familiar son de cuatro tipos:

1. Demográfico.
2. Vitales.
3. De servicios.
4. De morbilidad.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS.- Se refieren al tamaño de la familia, composición de la familia, (edad, sexo, grado de escolaridad, ocupación, estado civil), tipo de residencia (urbana o rural) e ingresos económicos.

INDICADORES VITALES.- Tasas de mortalidad, tasas de morbilidad, tasas de fecundidad y tasas de esperanza de vida.

INDICADORES DE SERVICIO.- Tasas de demandas de servicios médicos, número de consultas a la familia, días promedio de estancias en el hospital, etc. Cuando disminuye el papel integrador de los miembros de la familia hay aumento en la demanda de servicio.

INDICADORES DE MORBILIDAD.- Tasas de aborto (provocados, espontáneos), tasas de infecundidad, tasas de incapacidad, tasas de prevaencia, frecuencia de enfermedades, tasas de asentimos al trabajo o a la escuela, tasas de jubilación temprana por incapacidad, falta de armonía conyugal. (6).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población de la Delegación Iztacalco ocupa el 1.5% del territorio de la ciudad de México, y su extensión territorial es de 22.35 Km² y una población de 418,982 habitantes.
(31).

La población de la Unidad Médica Familiar Netzahualcoyotl cuenta con 40,965 derecho-habientes de los cuales 22,694 son de el sexo femenino y 18,271 son de el sexo masculino, de los cuales el consultorio 6 cuenta con un total de 2,725 derecho-habientes.

Por lo que es importante conocer el abordaje integral de la salud familiar el cual propone básicamente estudiar a la familia desde los ámbitos psicológicos, socio-dinámicos y biológicos, lo cual hace necesario que se modifiquen en la población hábitos y costumbres que inciden negativamente a la salud. Así mismo propiciar en que por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad requieren valorar a la población, así como elaborar y aplicar planes para su manejo integral y mejorar la calidad de vida. (14).

Por lo anterior, es importante saber que los patrones de morbilidad varían en relación con cierto número de factores interrelacionados, tales como la etapa de desarrollo de el país (las enfermedades degenerativas crónicas son comunes en la mayoría de las regiones desarrolladas), el período investigado, el tipo de comunidad (grupos culturales, rural-urbano, diferencias de clase social) y la persona que reporta las enfermedades (los pacientes mismos, lo médicos o los estadísticos).

También mencionaremos respecto a la morbilidad que la práctica familiar todavía no se ha desarrollado suficientemente y en un intento de integrar reportes de prácticas generales-familiares se encontró que:

1. No sólo existen importantes diferencias entre las enfermedades más comunes tales como las enfermedades respiratorias y las enfermedades poco frecuentes, sino que las primeras son universalmente comunes.
2. Existe muy poca asociación entre las morbilidad que se observa en la practica en hospitales, es inadecuada y apenas si refleja lo que ocurre en la atención ambulatoria.
3. La clasificación Internacional de las enfermedades, basada en la práctica en hospitales, es inadecuada y apenas si refleja lo que ocurre en la atención ambulatoria.
4. La gran cantidad de “**Síndromes Indiferenciados**”, que se observan en la práctica diaria todavía no es reflejada adecuadamente en los reportes de morbilidad. (10).

Por lo que es importante conocer los factores que influyen de manera significativa en el proceso salud-enfermedad tales como:

1. Factores biológicos.
2. Factores ambientales.
3. Factores sociales.
4. Factores ocupacionales.
5. Factores Institucionales.

- a) Accesibilidad a los servicios de salud.**
- b) Calidad de atención brindada por el equipo médico y paramédico.**
- c) Recursos Humanos con los que se cuenta.**
- d) Equipo Médico y material con el que se cuenta.**

Por lo anterior, como problema de este trabajo se plantea la importancia de señalar.

¿Cuáles son las 10 principales causas de consulta y las características sociales de las familias de el Consultorio 6?.

JUSTIFICACIÓN

La atención primaria a la salud es la estrategia más viable para elevar el nivel de salud de la población en los países en condiciones socioeconómicas precarias.

Se destaca la importancia de la labor educativa del médico en materia de salud y la relación de esta acción con el logro de participación comunitaria. (15).

Los patrones de morbilidad varían en relación con cierto número de factores interrelacionados, tales como la etapa de desarrollo del país (Las enfermedades degenerativas-crónicas son comunes en la mayoría de las regiones desarrolladas) el periodo investigado(en los últimos 50 años se han producido cambios sorprendentes), el tipo de comunidad (grupos culturales, rural, urbano, y diferencias de clases social) y la persona que reporta las enfermedades (los pacientes mismos, los médicos o los estadísticos).

Reportes de diferentes partes del mundo indican que algunas condiciones aparecen en algunas regiones del planeta pero no en otras por ejemplo; entre los negros de Norte América es común la anemia de células falciformes mientras que la fiebre familiar mediterránea y la esquizotosomiasis es endemia del medio Oriente.

Un hecho sorprendente, no obstante, es que muchas de las condiciones comunes son en todo el mundo, por ejemplo los problemas respiratorios fueron las enfermedades que

se reportaron con más frecuencia en todas partes del mundo. (10).

Cada vez se discuten con más frecuencia en todo el mundo, la organización de la atención de la salud y el papel de los deferentes tipos de profesionales de esta área. En los países en vías de desarrollo, la discusión se centra en la carencia de recursos humanos. En el apropiado entrenamiento para médicos y enfermeras en la inclusión de auxiliares y asistentes médicos y en el equilibrio entre los servicios hospitalarios y ambulatorios.

En los países desarrollados los problemas de la mala distribución de los recursos humanos existentes, las alzas de los costos de la atención médica y el surgimiento de los pagos delegados a un tercero han incrementado el interés por los patrones organizacionales de la prestación de los servicios de salud.

Teóricamente, la medición de la efectividad de la atención medica incluyendo la atención médica primaria, podría realizarse simplemente observando si el tratamiento ha mejorado el estado de salud del paciente.

Sin embargo, aún cuando existe consenso general de que la recuperación de la salud del paciente en la prueba más directa y aceptable de la efectividad del tratamiento, la selección de indicadores apropiados del estado de salud ha resultado ser un problema de difícil solución.

Los indicadores simples tales como los cambios en las tasas de mortalidad, por ejemplo aunque son relativamente fáciles de obtener, rara vez constituyen un criterio apropiado sobre el que pudiera basarse en los juicios

respecto a la atención primaria en una sociedad desarrollada. (11).

Actualmente nuestro país se observa un incremento de las enfermedades agudas, igualándose a las crónico-degenerativas o probablemente por arriba de ellas. Aún con la tecnología y cobertura de la atención a la salud. y cobertura de la atención a la salud.

En 1994 las principales causas de mortalidad general fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, los accidentes, diabetes mellitus afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedad cerebrovascular, neumonía e influenza, cirrosis y otras enfermedades intestinales y los homicidios y lesiones.

Por lo tanto nuestro país la vigilancia epidemiológica se considera como un sistema de inteligencia, capaz de recolectar información sobre los diversos eventos de interés médico epidemiológico. (8).

El médico de familia coordina a menudo la utilización de recursos familiares y comunitarios para atender los problemas de salud el análisis de dicha coordinación nos permite profundizar y/o rectificar acciones de prevención y control.

El esquema actual de atención médica familiar a favorecido la insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características socio-sanitarias, así como el de los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias.

Es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención de los consultorios de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización de la atención del personal del archivo clínico, derivaciones justificadas a un segundo y tercer nivel y en general una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de sus familias.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Identificar en la población perteneciente al consultorio 6 de la Clínica Netzahualcoyotl del I.S.S.S.T.E. las características, bio-sociales, así como identificar las 10 principales causas de morbilidad

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Llevar acabo la elaboración de la pirámide poblacional, para conocer grupos etéreos asignados al consultorio.
2. Identificarlas diez principales causas de enfermedad de acuerdo a la frecuencia.
3. Conocer el estado civil de las familias.
4. Conocer el grado de escolaridad de la población.
5. Identificar edad y sexo de la población.
6. Precisar los años de unión conyugal de las familias.
7. Cuantificar el número de hijos por familia.
8. Especificar la ocupación de los padres de familia.
9. Conocer el ingreso económico de las familias.
10. Identificar el tipo de familia de acuerdo a su desarrollo.
11. Conocer la composición de la familia.
12. Ubicar la demografía de las familia.
13. Conocer el ciclo vital de las familias.

“HIPÓTESIS”

En vista de que el presente trabajo es de tipo descriptivo no requiere.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional.	Presencia de un fenómeno sin modificaciones intencionalmente su variable.
Descriptivo.	Estudio sin establecer comparaciones.
Retrospectivo y Prospectivo.	Revisión de hojas diarias del médico y de expedientes. Así como la aplicación de la cedula de identificación de datos.
Transversal.	Cuando se examino a un grupo en un momento dado y durante un tiempo limitado. (6).

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Familias adscritas al consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl del I.S.S.S.T.E. durante el año de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se utilizó muestra no aleatoria de tipo secuencial, encuestando a 100 pacientes que se captaron y aceptaron en el período de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Que sean derechohabientes del I.S.S.S.T.E.
- ❖ Que correspondan a la población adscrita al consultorio número 6 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl.
- ❖ Que cuenten con expediente clínico.
- ❖ Que hayan asistido a consulta durante el período de 1998.
- ❖ Que sean mayores de 18 años.
- ❖ Que acepten contestar la encuesta realizada.
- ❖ Que deseen Cooperar con el estudio.
- ❖ Hojas de informe diario del médico durante el año de 1998.
- ❖ Pueden intervenir ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ❖ Que no sean derechohabientes del I.S.S.S.T.E.

- ❖ Que no correspondan a la población adscrita al consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl.
- ❖ Que no cuenten con expediente clínico.
- ❖ Que no hayan asistido a consulta durante el periodo 1998.
- ❖ Que sean menores de 18 años.
- ❖ Que no acepten contestar la encuesta.
- ❖ Que no deseen cooperar con el estudio.
- ❖ Que las hojas de informe diario no correspondan al consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- ❖ Expedientes incompletos.
- ❖ Cuestionario contestado inadecuadamente.
- ❖ Cuestionario con letra ilegible.
- ❖ Cuestionario incompleto.

VARIABLES

Para el censo poblacional: Son de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose un escala de intervalo para las

primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso. Se consideran las variables de:

1. Número total de individuos
2. Número total de individuos del sexo masculino
3. Número total de individuos del sexo femenino.
4. Número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos.
5. Número de individuos del sexo femenino por grupos etáreos.
6. Los grupos etáreos se establecen en un rango de cinco años

Para el estudio de comunidad: Las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal se identifican.

1. Nombre de la familia.
2. Estado civil
3. Años de unión conyugal.
4. Escolaridad
5. Edad del padre.
6. Edad de la madre
7. Número de hijos hasta los 10 años de edad.
8. Número de hijos de 11 a 19 años de edad.
9. Ocupación de los padres de familia.
10. Ingreso económico.
11. Tipo de familia.

Etapas del ciclo vital familiar.

Para la identificación de las causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal a las cuales corresponden.

1. Los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo.
2. Número de consultas otorgadas por año.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

1. La pirámide poblacional se realizó mediante el número total de expedientes asignados al consultorio número 6 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl.
2. Las diez principales causas de consulta se capturaron a través de la revisión de Labores del médico.(Formato SM10-1).
3. Se contó con una muestra no aleatoria de tipo secuencial de los núcleos familiares pertenecientes a la población del consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl. Se aplicó hoja tabular para el estudio Sistemático familiar y se contó con el apoyo del servicio de Trabajo Social y archivo clínico.

Este trabajo está basado en el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar ((MOSAMEF) el cual se presenta como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar.

El cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado.

RESULTADOS

TABLA GENERAL DE LA POBLACIÓN ADSCRITA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO

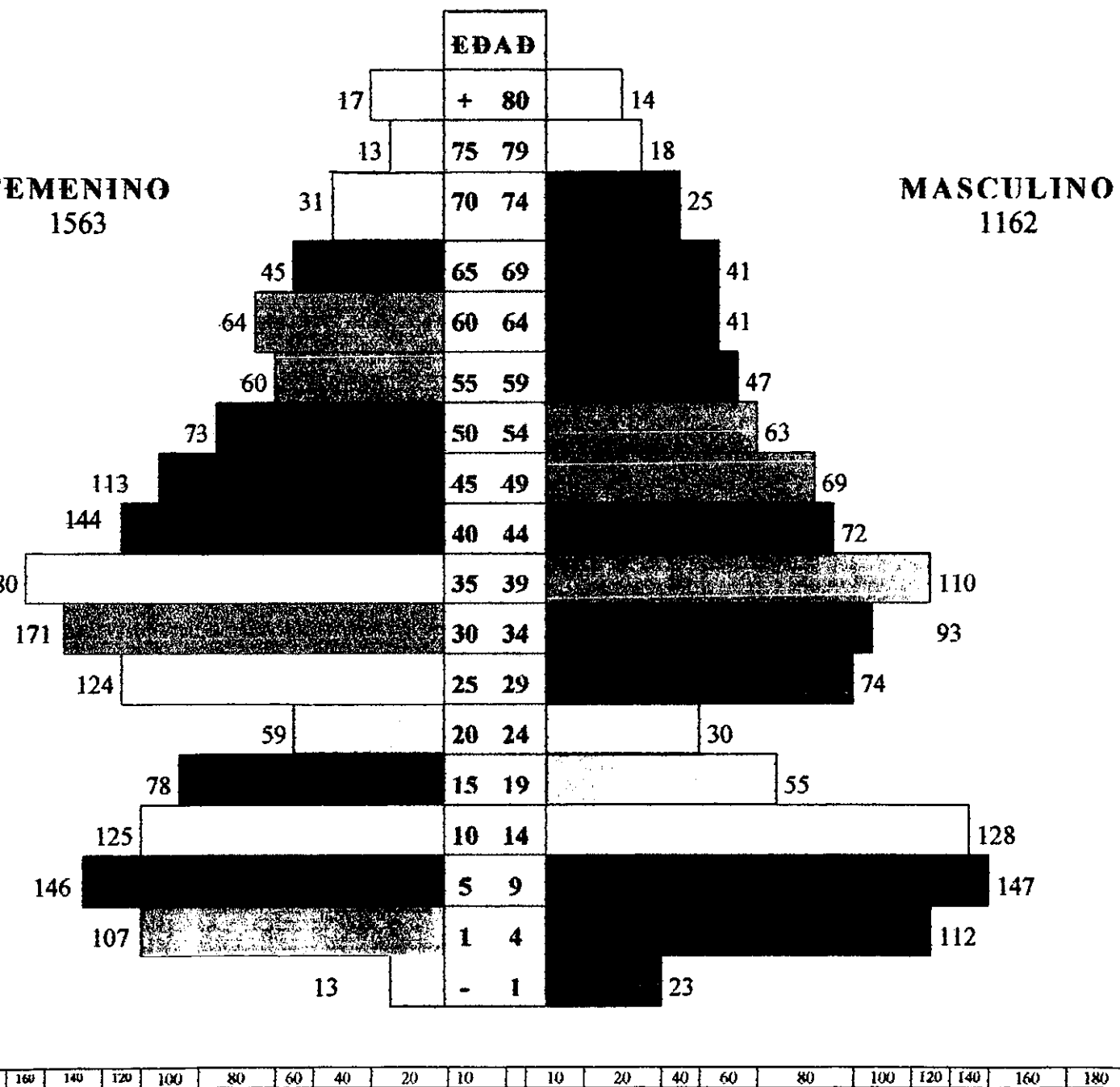
(TABLA 1)

GRUPO DE EDAD	SEXO FEMENINO	% FEMENINO	SEXO MASCULINO	% MASCULINO	TOTAL	% TOTAL
-1	13	0.83	23	1.97	36	1.32
1 a 4	107	6.84	112	9.63	219	8.03
5 a 9	146	9.34	147	12.65	293	5.39
10 a 14	125	7.99	128	11.01	253	9.28
15 a 19	78	4.99	55	4.73	133	4.88
20 a 24	59	3.77	30	2.58	89	3.26
25 a 29	124	7.93	74	6.36	198	7.26
30 a 34	171	10.94	93	8.00	264	9.68
35 a 39	180	11.51	110	9.46	290	10.64
40 a 44	144	9.21	72	6.19	216	7.92
45 a 49	113	7.22	69	5.93	182	6.67
50 a 54	73	4.67	63	5.42	136	4.99
55 a 59	60	3.83	47	4.04	107	3.92
60 a 64	64	4.09	41	3.52	105	3.85
65 a 69	45	2.87	41	3.52	86	3.15
70 a 74	31	1.98	25	2.15	56	2.05
75 a 79	13	0.83	18	1.54	31	1.13
+80	17	1.08	14	1.20	31	1.13
TOTALES	1563	100	1162	100	2725	100

Fuente de información: "Archivo de la Clínica Netzahualcoyotl".

PIRÁMIDE POBLACIONAL

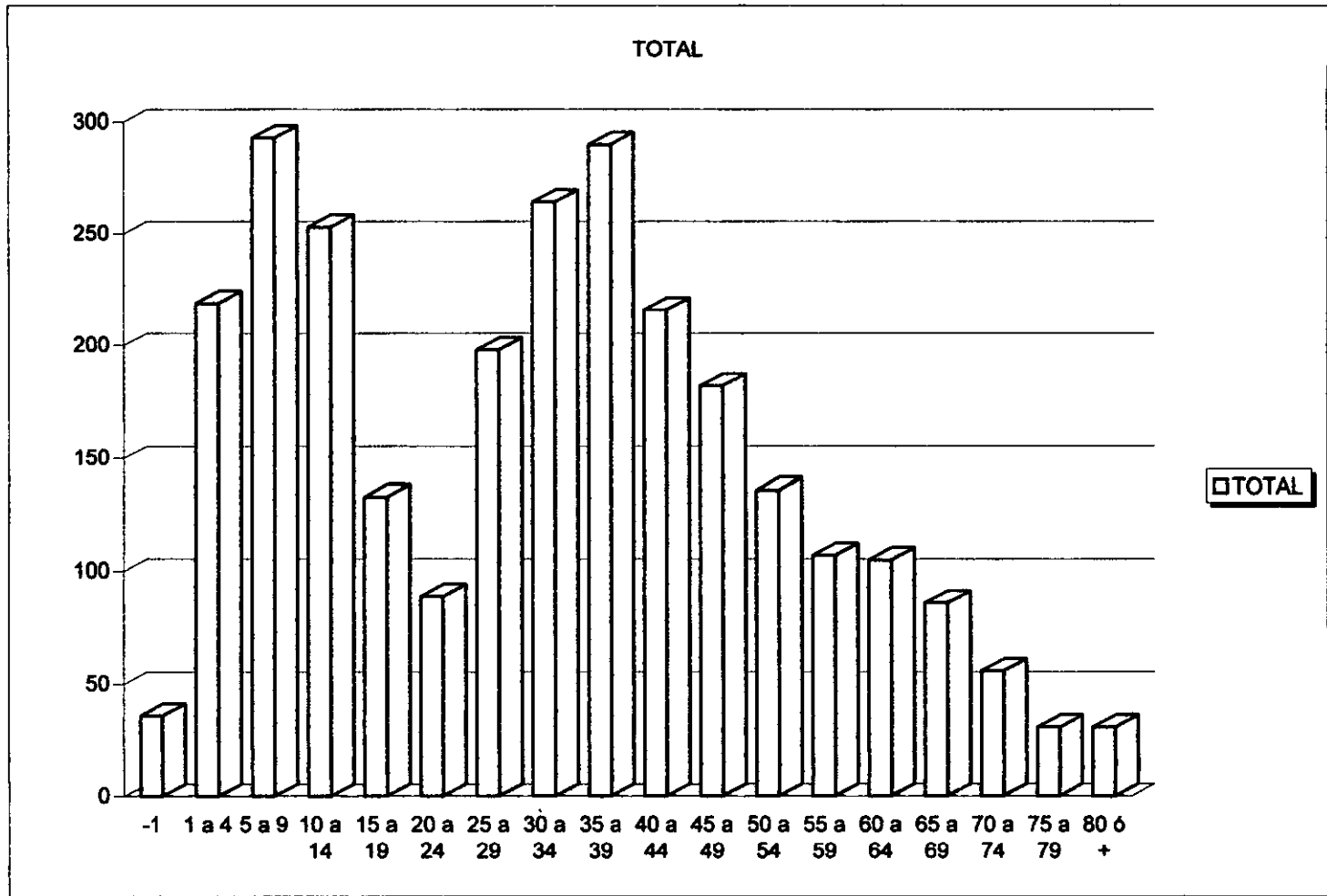
(GRAFICA 1)



Total 2725

POBLACIÓN GENERAL SEGÚN GRUPO DE EDAD
(GRAFICA 1-A)

EDAD	TOTAL
-1	36
1 a 4	219
5 a 9	293
10 a 14	253
15 a 19	133
20 a 24	89
25 a 29	198
30 a 34	264
35 a 39	290
40 a 44	216
45 a 49	182
50 a 54	136
55 a 59	107
60 a 64	105
65 a 69	88
70 a 74	56
75 a 79	31
80 ó +	31



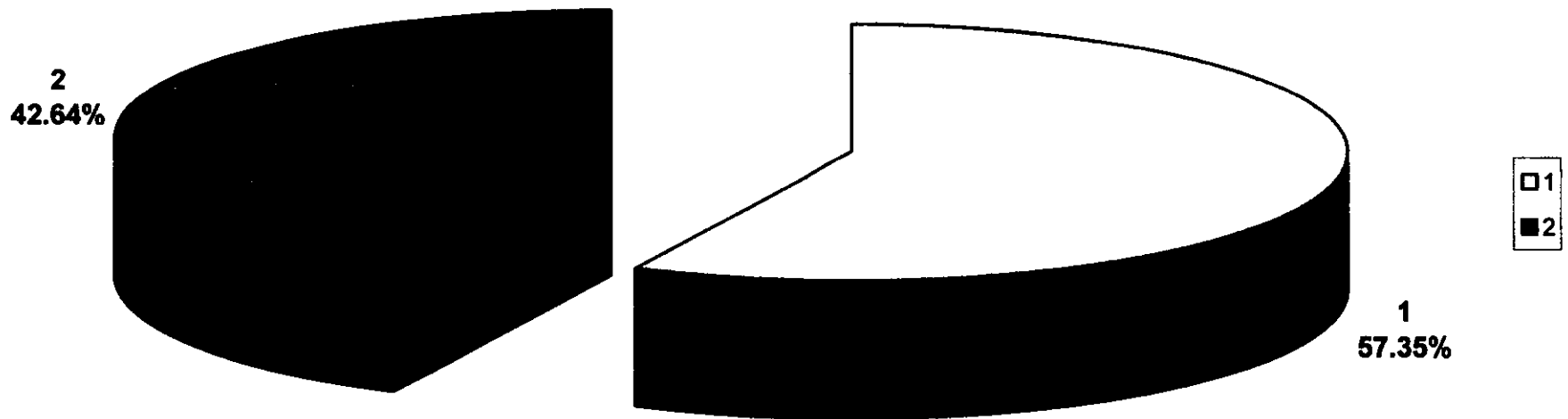
POBLACIÓN POR SEXO
(TABLA 2)

GRUPO DE EDAD	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO	TOTAL
TOTAL	1,563	1,162	2,725
%	57.35	42.64	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: "Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl".

POBLACIÓN POR SEXO

(Gráfica 2)



FUENTE: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos de el Consultorio 6 M. Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

**DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ENTRE LOS
15 Y 45 AÑOS**

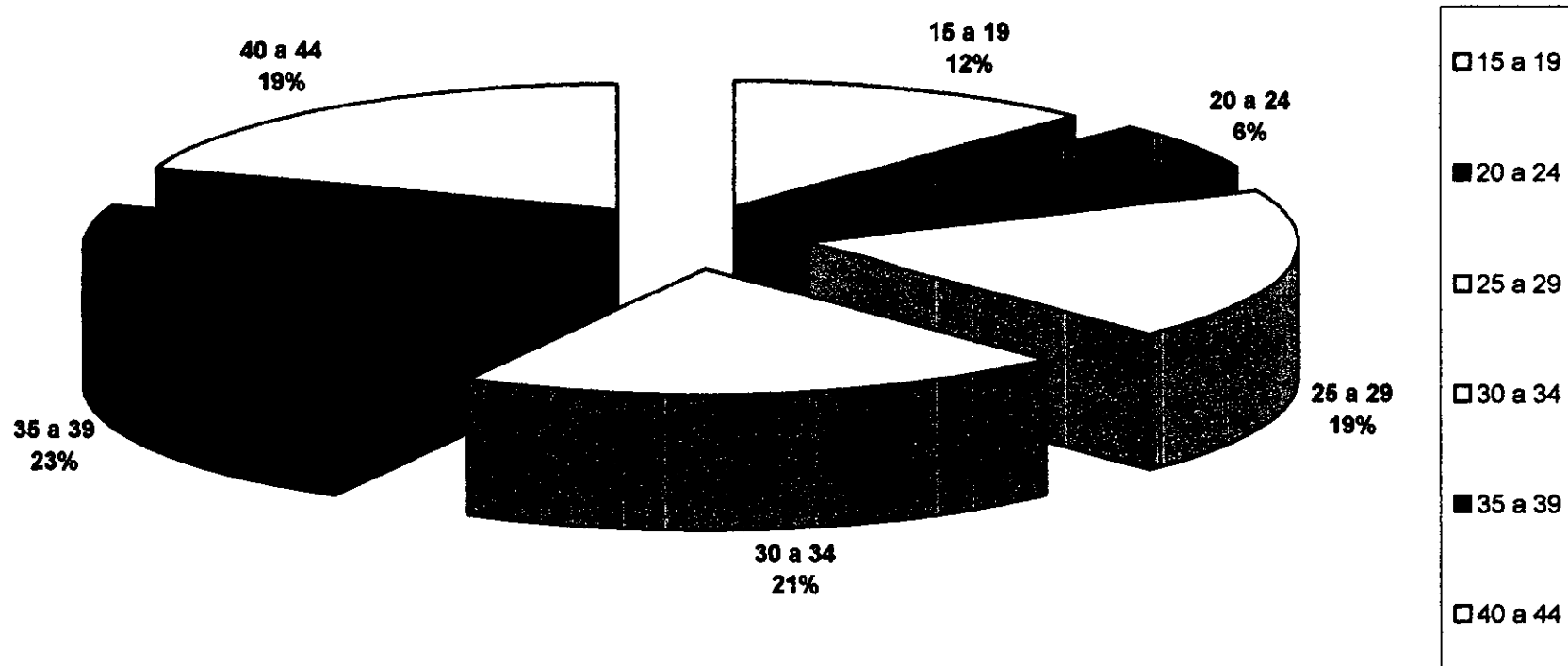
(TABLA 3)

GRUPO DE EDAD	SEXO FEMENINO	%
15 a 19	75	12
20 a 24	40	6
25 a 29	114	19
30 a 34	121	20
35 a 39	132	22
40 a 44	118	19
TOTAL	600	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: "Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl".

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ENTRE LOS 15 y 45 AÑOS

(Gráfica 3)



FUENTE: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos de el Consultorio 6 M. Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

ESTADO CIVIL

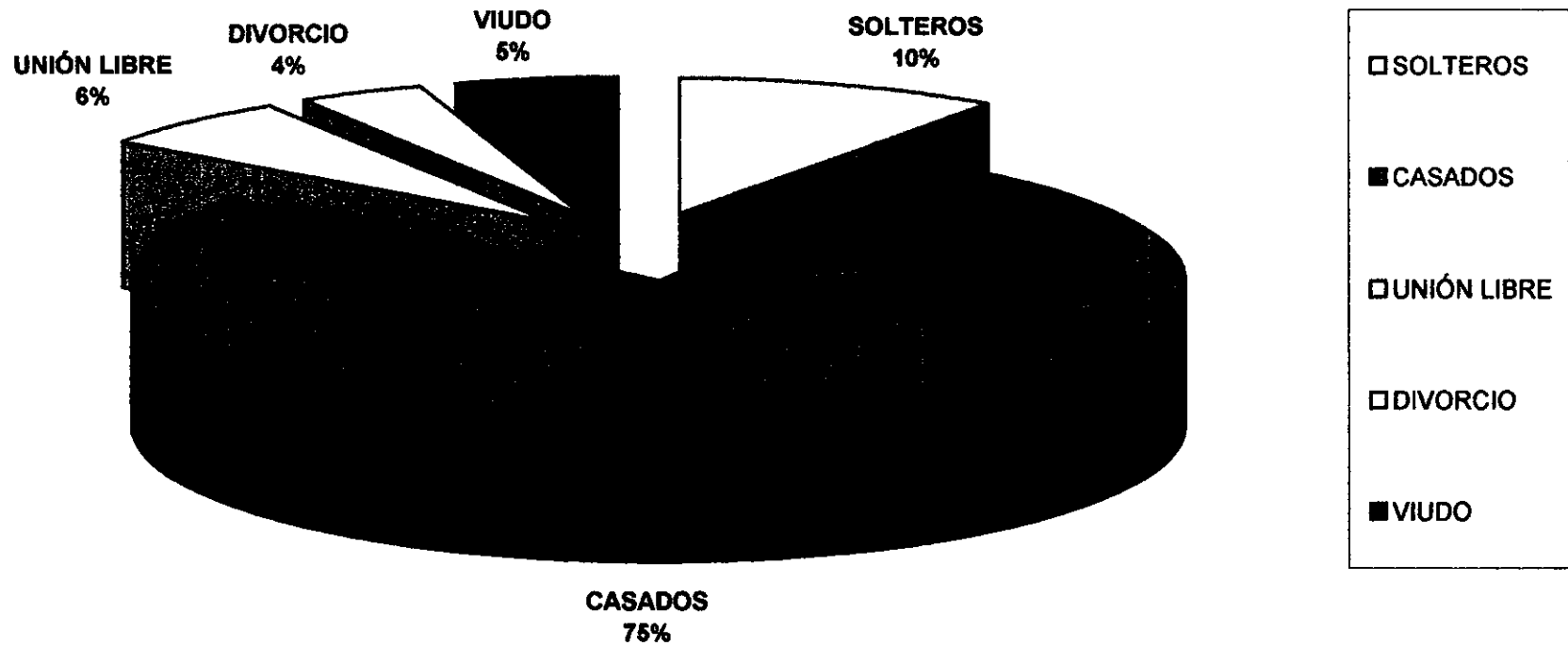
(TABLA 4)

ESTADO CIVIL	NÚMERO	%	TOTAL
SOLTEROS	10	10	10
CASADOS	75	75	75
UNIÓN LIBRE	6	6	6
DIVORCIADOS	4	4	4
VIUDOS	5	5	5
TOTAL	100	100	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: "Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl, periodo Enero-Diciembre de 1998".

ESTADO CIVIL

(Gráfica 4)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar. Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL
(TABLA 5)

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL	NÚMERO	%	TOTAL
1 a 5	11	12.2	11
6 a 10	10	11.1	10
11 a 15	15	16.6	15
16 a 20	18	20.0	18
21 a 25	6	6.6	6
26 a 30	4	4.4	4
31 a 35	4	4.4	4
36 a 40	7	7.7	7
41 a 45	3	3.3	3
46 a 50	12	13.3	12
TOTAL	90	99.6	90

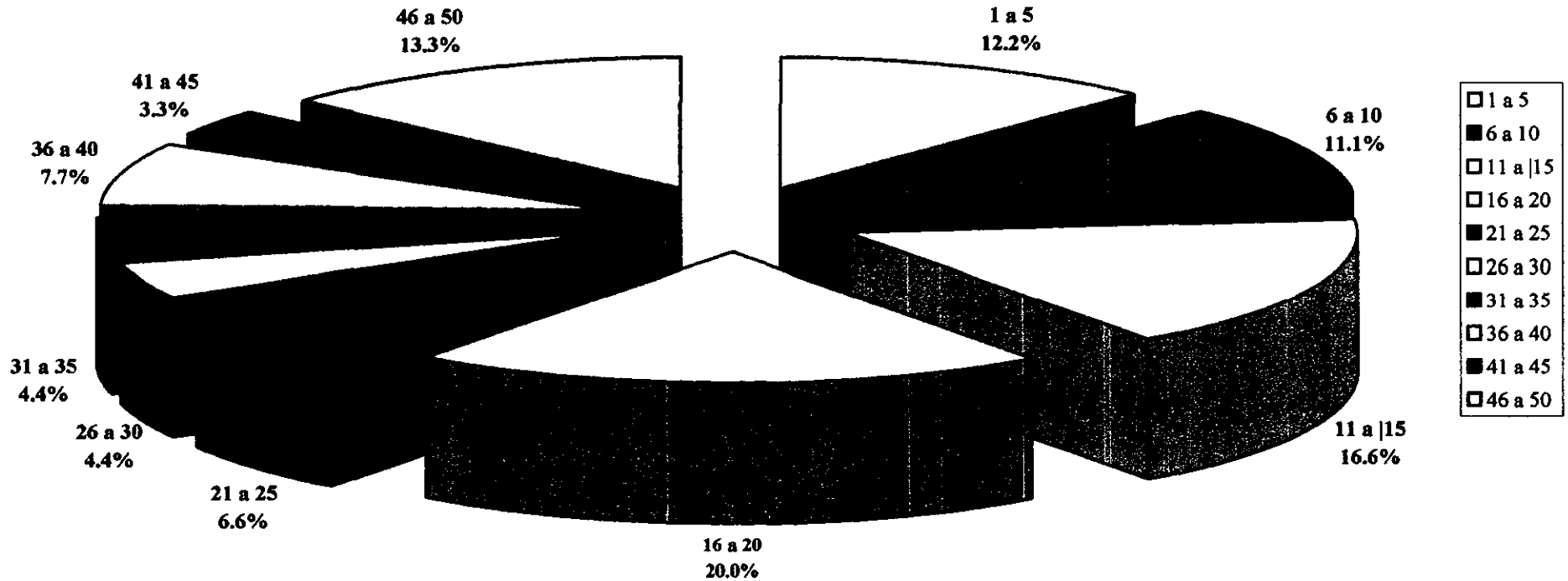
NOTA: 10 Madres Solteras.

FUENTE DE INFORMACIÓN: "Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl, período Enero-Diciembre de 1998".

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR

"AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL"

(Gráfica 5)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl periodo Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

ESCOLARIDAD DEL CÓNYUGE ENCUESTADO

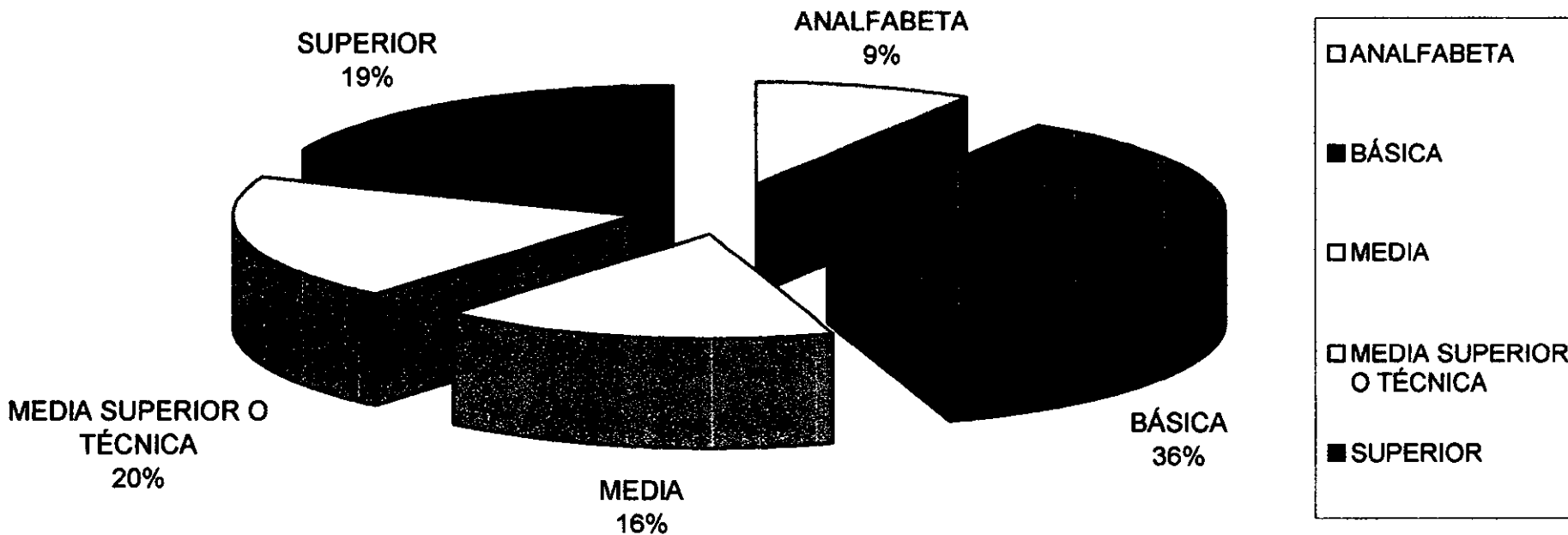
(TABLA 6)

ESCOLARIDAD DE LOS CÓNYUGE	NÚMERO	%	TOTAL
ANALFABETA	9	9	9
BÁSICA	36	36	36
MEDIA	16	16	16
MEDIA SUPERIOR O TÉCNICA	20	20	20
SUPERIOR	19	19	19
TOTAL	100	100	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: "Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl, período Enero-Diciembre de 1998".

"ESCOLARIDAD DEL CONYUGE ENCUESTADO"

(Gráfica 6)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

EDAD DE LOS PADRES

(TABLA 7)

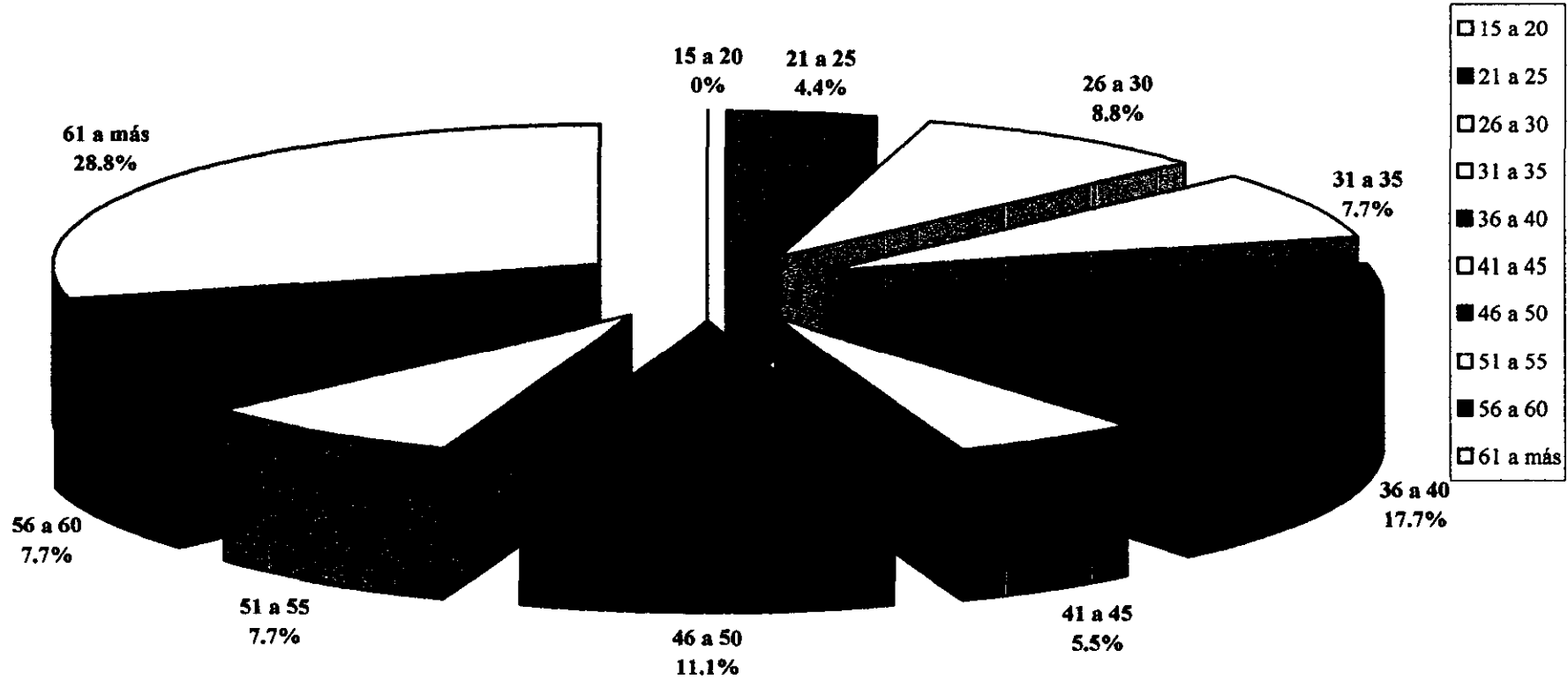
EDAD	PADRE	%	MADRE	%	TOTAL
15 a 20	0	0	1	1	1
21 a 25	4	4.4	5	5	9
26 a 30	8	8.8	9	9	17
31 a 35	7	7.7	12	12	19
36 a 40	16	17.7	21	21	37
41 a 45	5	5.5	12	12	17
46 a 50	10	11.1	8	8	18
51 a 55	7	7.7	5	5	12
56 a 60	7	7.7	6	6	13
61 a más	26	28.8	21	21	47
TOTAL	90	99.4	100	100	190

NOTA: 10 Madres Solteras.

FUENTE DE INFORMACIÓN: "Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl, período Enero-Diciembre de 1998".

"EDAD DEL PADRE"

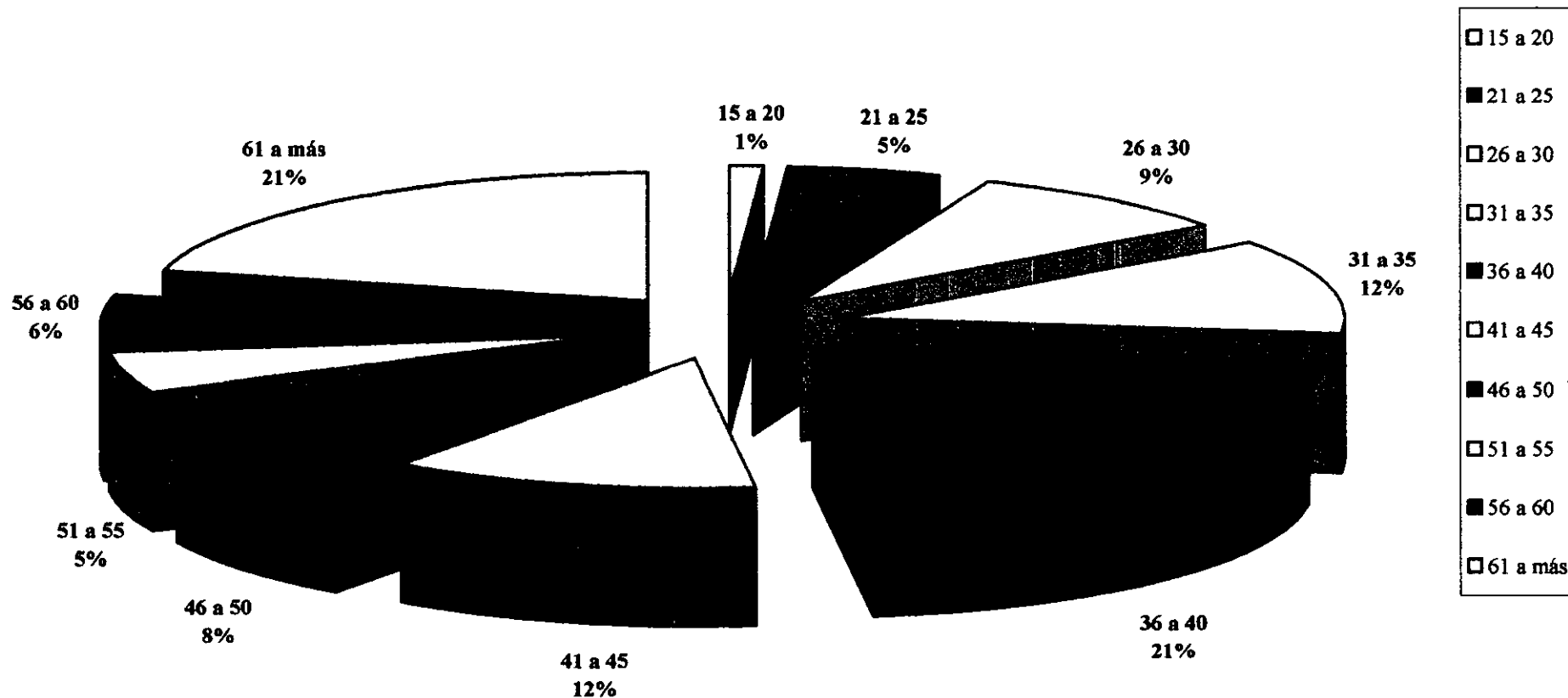
(Gráfica 7)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

"EDAD DE LA MADRE"

(Gráfica 7-a)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

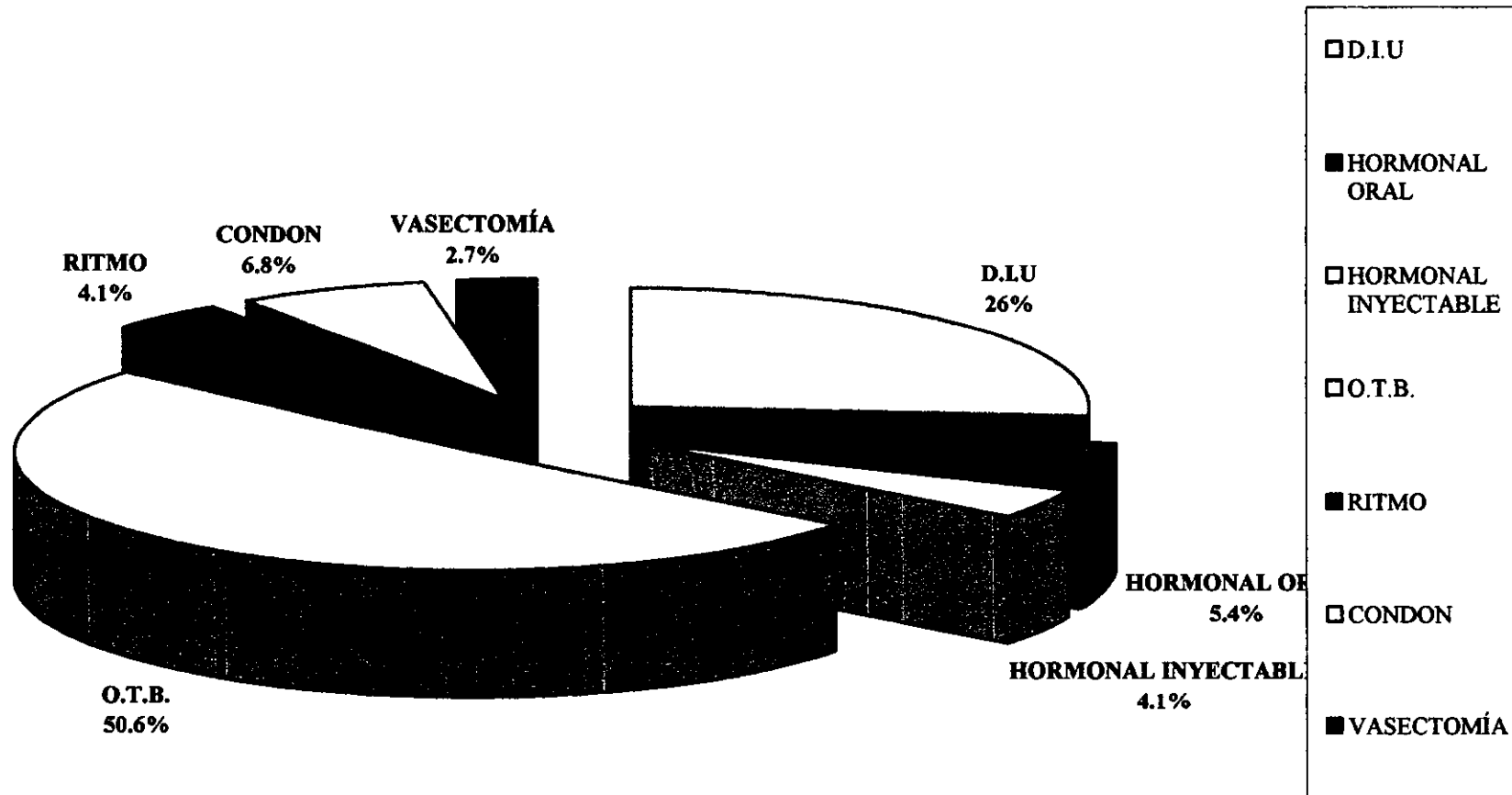
(TABLA 8)

MÉTODO	NÚMERO	%	TOTAL
D.I.U.	19	26	19
HORMONAL ORAL	4	5.4	4
HORMONAL INYECTABLE	3	4.1	3
O.T.B.	37	50.6	37
RITMO	3	4.1	3
CONDÓN	5	6.8	5
VASECTOMÍA	2	2.7	2
TOTAL	73	99.7	73

FUENTE DE INFORMACIÓN: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl, período Enero-Diciembre de 1998.

"METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR"

(Gráfica 8)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(TABLA 9)

NÚMERO DE HIJOS	CANTIDAD	%	TOTAL
HASTA 10 AÑOS	79	23	79
DE 11 a 19 AÑOS	74	21	74
DE 20 a MÁS	194	56	194
TOTAL	347	100	347

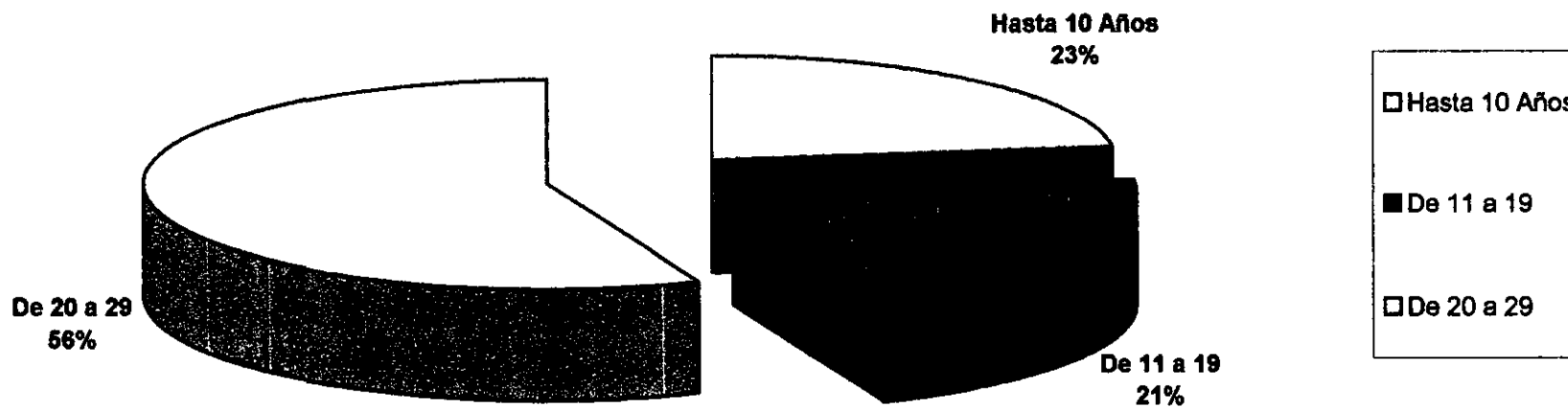
NOTA.: Encuesta realizada con 100 familias.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR

"NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAR ENCUESTADAS"

(Gráfica 9)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al C-8 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

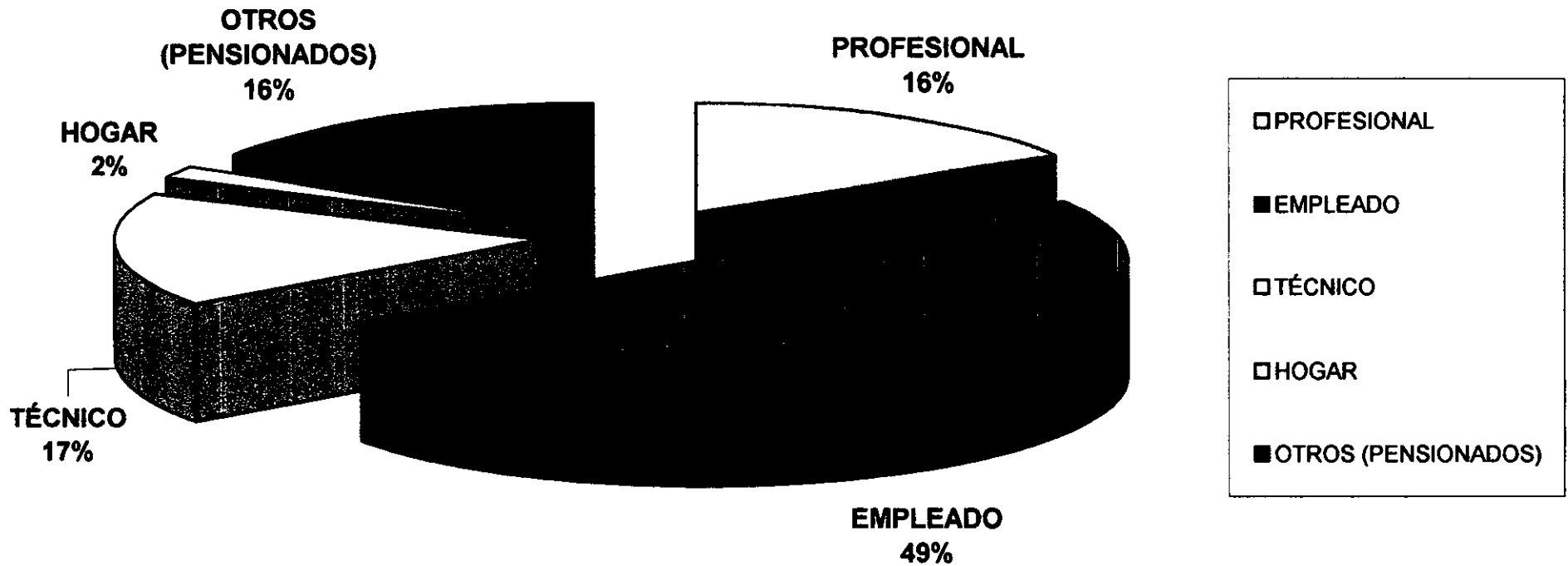
OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA (TABLA 10)

ACTIVIDAD PADRES DE FAMILIA	NÚMERO	%	TOTAL
PROFESIONAL	16	16	16
TÉCNICO	17	17	17
EMPLEADO	49	49	49
HOGAR	2	2	2
OTRO (PENSIONADOS)	16	16	16
TOTAL	100	100	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR

"OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA" (Gráfica 10)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA ENCUESTA

(TABLA 11)

INGRESO MENSUAL	%	TOTAL
MENOS DE UN SALARIO MÍNIMO	5	5
DE UNO A DOS SALARIOS MÍNIMOS	73	73
TRES O MÁS SALARIOS MÍNIMOS	22	22
TOTAL	100	100

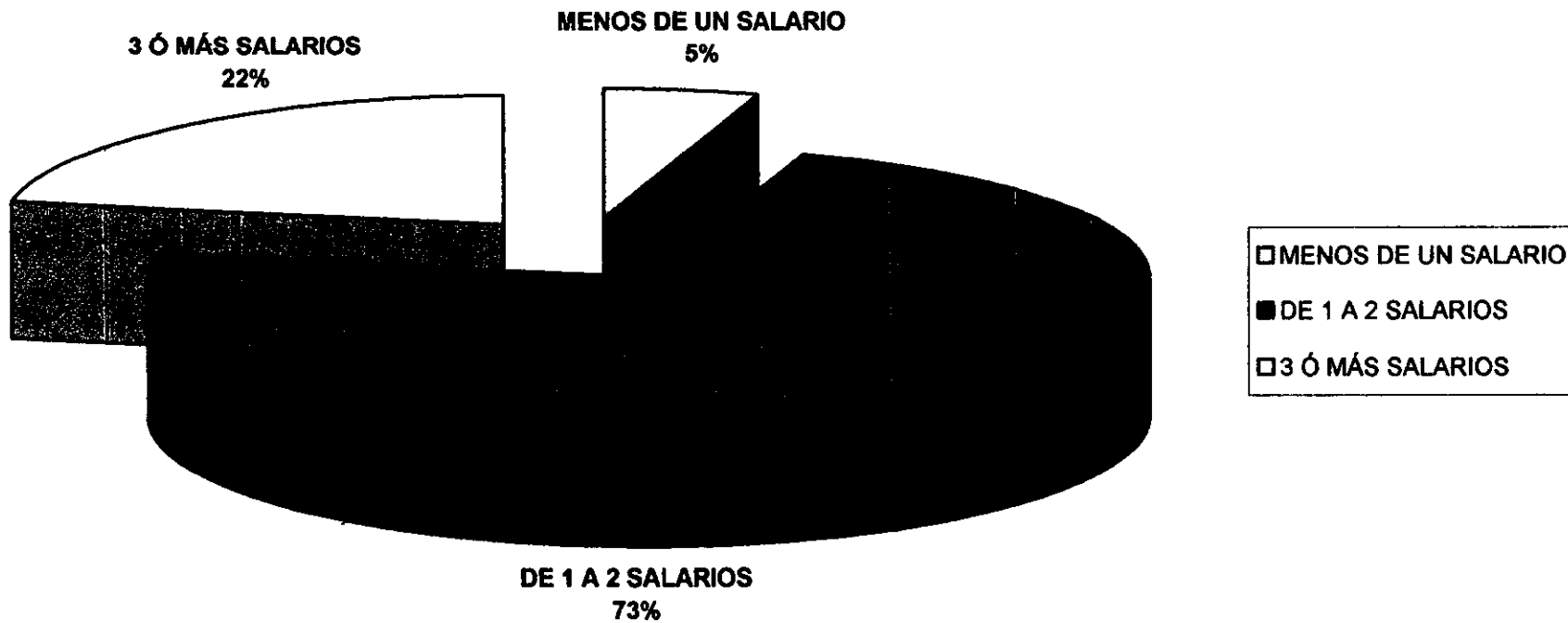
NOTA.: Encuesta realizada con 100 familias.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

"INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAR QUE SE LES APLICÓ LA ENCUESTA"

(Gráfica 11)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA
(TABLA 12)

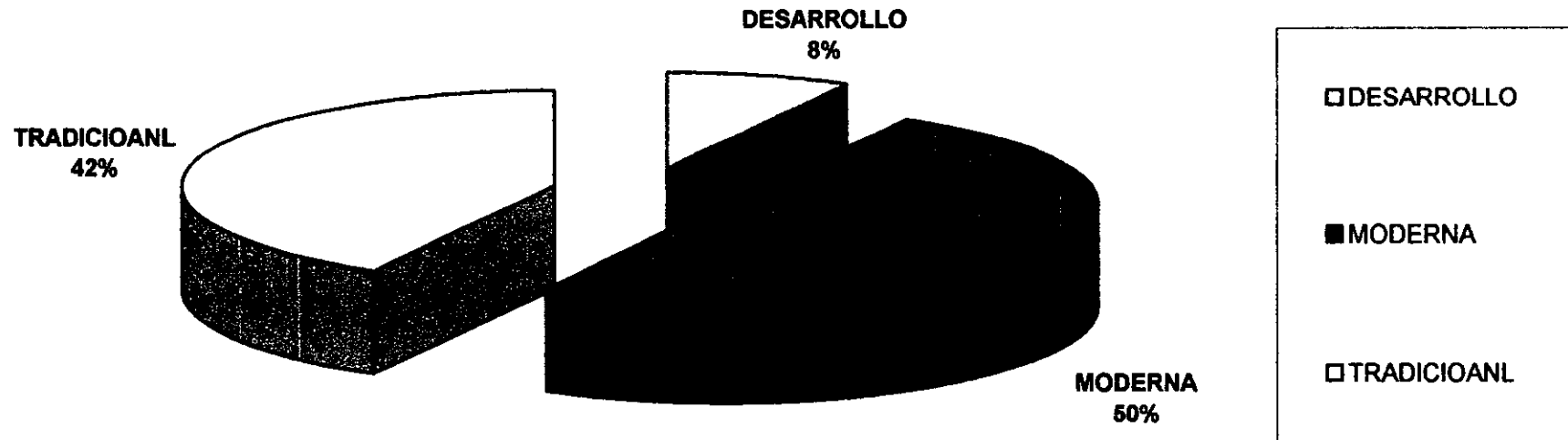
<i>TIPO DE FAMILIA</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>
<i>DESARROLLO</i>	<i>8</i>	<i>8</i>
<i>MODERNA</i>	<i>50</i>	<i>50</i>
<i>TRADICIONAL</i>	<i>42</i>	<i>42</i>
<i>TOTAL</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

NOTA.: Encuesta realizada con 100 familias.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

"TIPO DE FAMILIA"

(Gráfica 12)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl periodo Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS (TABLA 13)

COMPOSICIÓN	%	TOTAL
NUCLEAR	70	70
EXTENSA	17	17
COMPUESTA	13	13
TOTAL	100	100

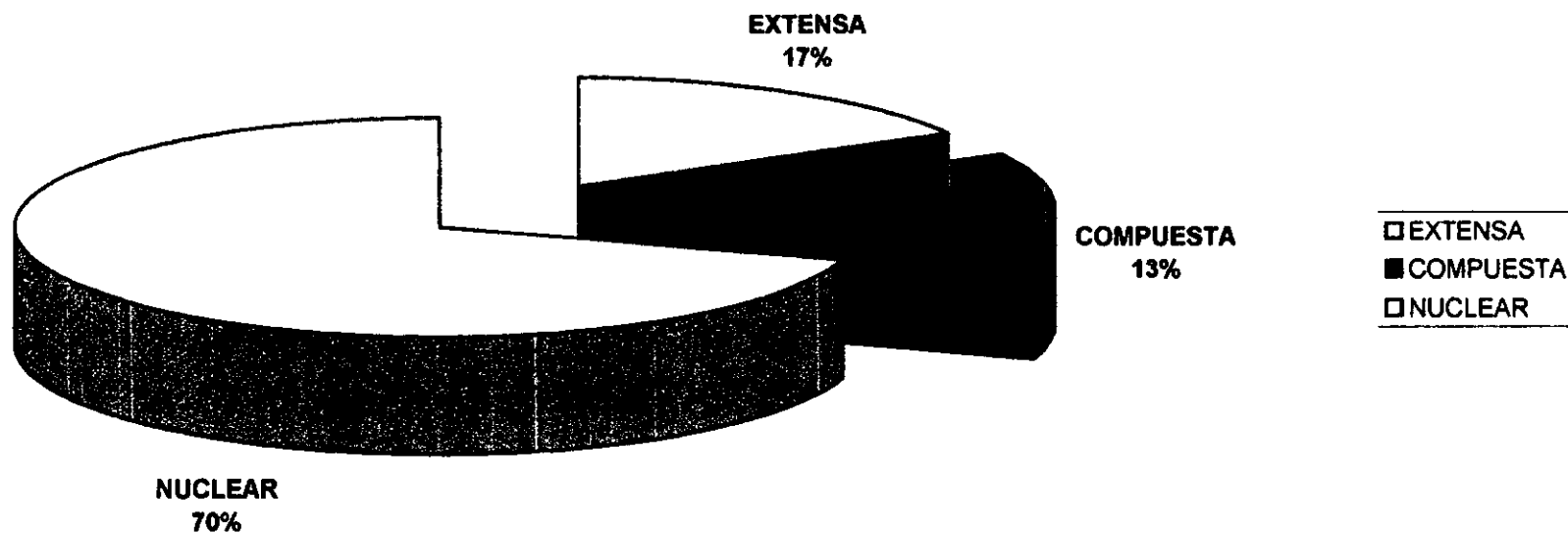
NOTA.: Encuesta realizada con 100 familias.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR

"COMPOSICIÓN DE LAS FAMILIAS"

(Gráfica 13)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

**DEMOGRAFÍA DE LAS FAMILIAS A LAS CUALES SE
LES APLICÓ LA ENCUESTA**

(TABLA 14)

DEMOGRAFÍA	%	TOTAL
RURAL	0	0
URBANA	100	100
TOTAL	100	100

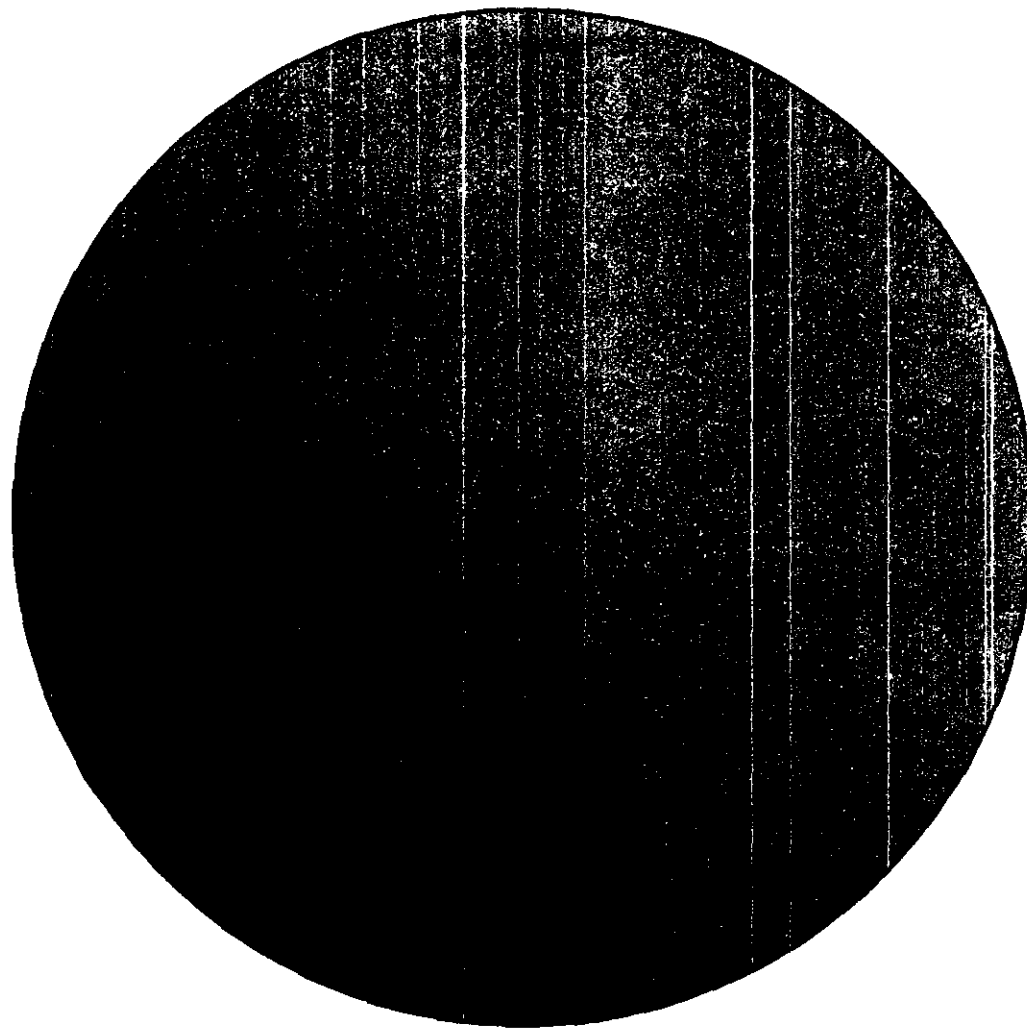
NOTA.: Encuesta realizada con 100 familias.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR

"URBANA"

(Gráfica 14)



1
100%

FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl periodo Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA ENCUESTA

(TABLA 15)

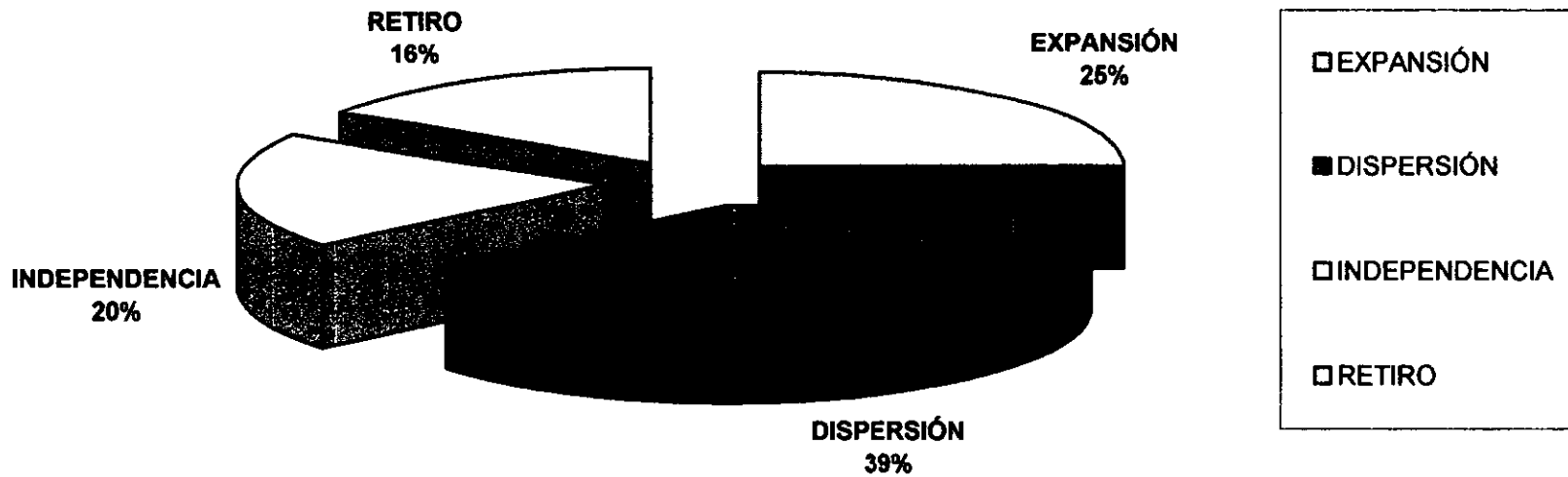
ETAPA	%	TOTAL
EXPANSIÓN	25	25
DISPERSIÓN	39	39
INDEPENDENCIA	20	20
RETIRO	16	16
TOTAL	100	100

NOTA.: Encuesta realizada con 100 familias.

FUENTE DE INFORMACIÓN: Censo Poblacional de los Expedientes Clínicos del Consultorio 6 de la Clínica Medicina Familiar Netzahualcoyotl.

"ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO ENCUESTA"

(Gráfica 15)



FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

ESTUDIO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR

DISTRIBUCIÓN DE LAS DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO AL ORDEN DE FRECUENCIA

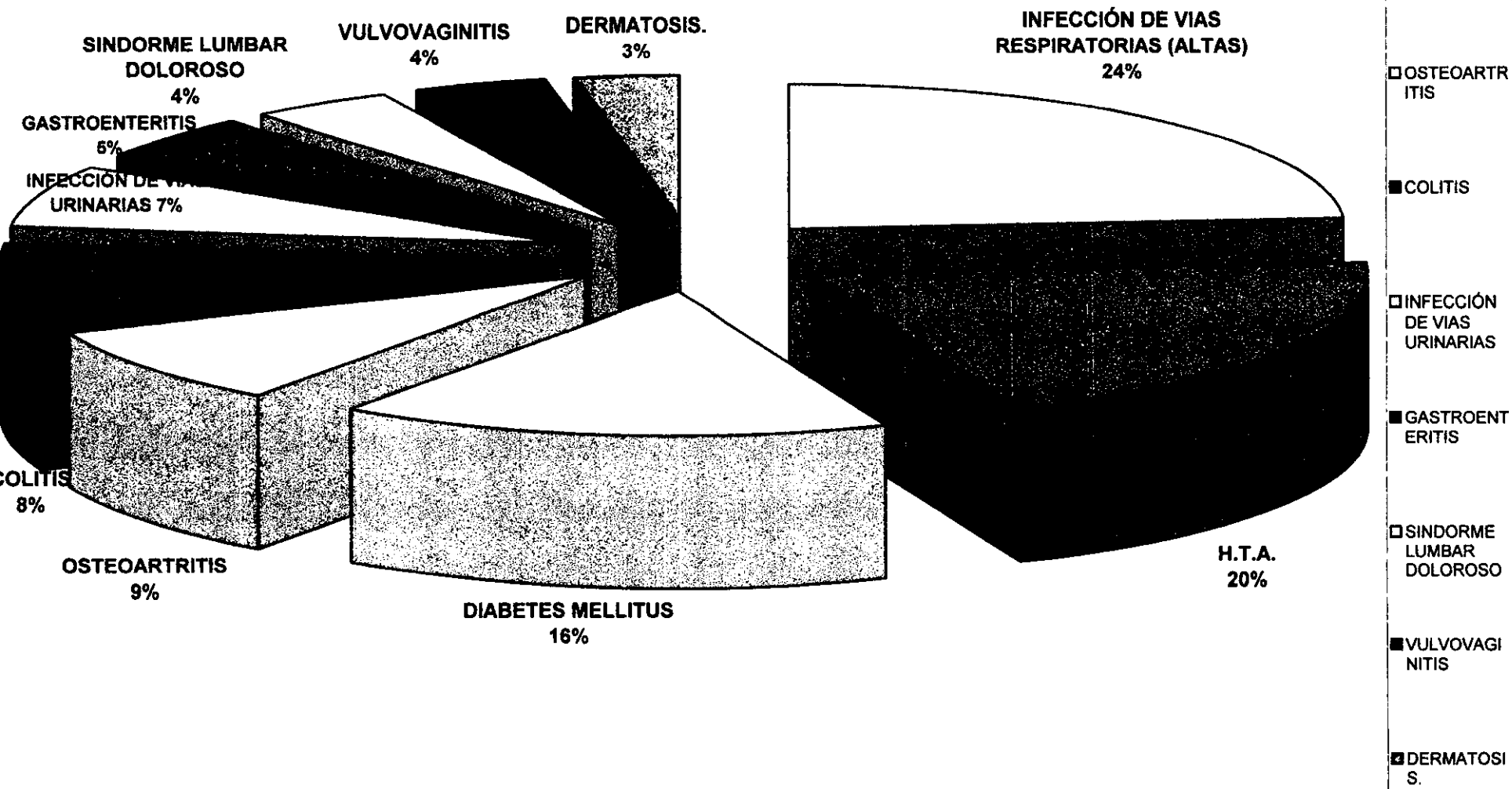
(TABLA 16)

ENFERMEDADES	%	TOTAL
INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS	24	710
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	20	561
DIABETES MELLITUS	16	456
OSTEOARTRITIS	9	246
COLITIS	8	216
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	7	207
GASTROENTERITIS	5	150
SÍNDROME LUMBAR DOLOROSO	4	135
VULVO VAGINITIS	4	105
DERMATOSIS	3	90
TOTAL	100	2876

FUENTE DE INFORMACIÓN: "Hoja de Informe de Labores del Médico SM-10-1 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl", del Consultorio 6, Enero-Diciembre de 1998.

"DISTRIBUCIÓN DE LAS DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO AL ORDEN DE FRECUENCIA"

(Gráfica 16)



- RESPIRATORIAS (ALTAS)
- H.T.A.
- DIABETES MELLITUS
- OSTEOARTRITIS
- COLITIS
- INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS
- GASTROENTERITIS
- SINDORME LUMBAR DOLOROSO
- VULVOVAGINITIS
- DERMATOSIS.

FUENTE: Hoja Tabular para el Estudio Sistemático Familiar Aplicada a Pacientes que acuden al Consultorio 6 M de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl período Enero-Diciembre 1998.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

El total de la población que asiste al consultorio 6 es de 2,725 de los cuales 1,563 pertenecen al sexo masculino. En la pirámide poblacional (tabla y gráfica 1) se encontró que el grupo de edad de menos de un año y más de 75 años ocupa un menor porcentaje, de nuestra población y el rango de 35 a 39 años predomina el sexo femenino, así como en el total de la población. (tabla y gráfica 2).

En la distribución de mujeres en edad reproductiva, se encuentra el mayor porcentaje en el rango de edad de 35 a 39 años, y el de menor porcentaje en el grupo de 20 a 24 años. (tabla y gráfica 3).

El estado civil de esta población en su mayor porcentaje son los casados y el menor porcentaje los divorciados (tabla y gráfica 4). Predominando una unión conyugal de 16 a 20 años, y de menor porcentaje entre los 41 y 45 años de unión conyugal. (tabla y gráfica 5).

En cuanto a la escolaridad el porcentaje que predomina es el nivel básico y en un menor porcentaje se encuentran a las personas analfabetas. (tabla y gráfica 6).

La edad de las personas a las que se les aplicó la entrevista se observa, en mayor porcentaje a el grupo de pacientes de 61 años y más y de los 15 a 20 años en un menor porcentaje. (tabla y gráfica 7).

El método de planificación familiar más utilizado es la obstrucción tubaria bilateral y con menor porcentaje se detecto la vasectomía. En cuanto al número de hijos por

familia encuestada tiene un mayor porcentaje, el rango de edad de los 20 años a más. (tabla y gráfica 8 y 9).

En la actividad de los padres de familia los empleados son los que predominan en su porcentaje, y las personas que se encuentran en su hogar su porcentaje es mínimo (tabla y gráfica 10). Contando con un ingreso mensual de uno a dos salarios mínimos, el mayor porcentaje de la población, y con menos de un salario mínimo el menor porcentaje de dicha población. (tabla y gráfica 11).

En la tabla y gráfica 12 se representa un mayor porcentaje en familias que de acuerdo a su tipo son: moderna, seguidas de las tradicionales, y en un menor porcentaje de desarrollo.

En base a su composición las familias nucleares presentan un mayor porcentaje quedando en un termino medio las extensas como lo muestra. (tabla y gráfica 13).

De estas familias encuestadas, el 100% pertenecen basándose en su demografía el área urbana. (tabla y gráfica 14).

La tabla y grafica 15 nos muestra la etapa del ciclo vital de las familias a las que se les aplico la encuesta encontrando que el mayor porcentaje pertenece a la etapa de dispersión y con menor porcentaje en etapa de retiro.

Dentro de las principales causas de consulta durante el año de 1998 tenemos en primer lugar a las Infecciones de vías respiratorias seguidas por las crónico degenerativas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Osteoartritis, seguidas en un menor grado por colitis, Infección de Vías

Urinarias, Gastroenteritis, Síndrome Lumbar Doloroso, Vulvovaginitis y en último lugar las dermatosis. Con un predominio de la dermatosis, con un promedio de 2876 consultas en total. (tabla y gráfica 16)

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La población de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl asciende a 18,271 derechohabientes de los cuales 2,275 pertenecen a la población adscrita al consultorio número 6. de estos 57.3% corresponden al sexo femenino, y 42.6% al sexo masculino. En comparación con los datos que reporta el INEGI la población femenina es mayor que la del sexo masculino. (12).

De la población total de nuestro estudio corresponden un 14.74% a la población infantil considerando las edades de menos uno a nueve. La población de los adolescentes fue de un 14.16% entre los 10 y 19 años la población adulta se divide entre los mayores de 19 años y menores de 65 años. La población infantil ocupa el segundo lugar en cuanto a su porcentaje tomando en consideración que es una de las etapas a la cual se debe dirigir la mayor parte de los programas con enfoque preventivo a futuro, como se observo en los estudios realizados por M. D. Estévez González es bien conocida la relación que existe entre la dieta y la salud en el desarrollo infantil.

La población adolescente ocupa el tercer lugar siendo baja la demanda de la atención medica, a pesar que en esta edad existen problemas de salud de gran importancia como drogadicción, accidentes, anticoncepción etc, en esta etapa el adolescente no demanda atención por diversas causas como indiferencia, factores emocionales, o culturales o a la falta de confianza para comentar sus problemas con el profesional capacitado. Como lo comenta R. Colino Nevot. (13).

El 7.46% de la población lo ocupan los mayores de 65 años, es una población compuesta en su mayoría por

trabajadores, jubilados, padres y esposas en ellos se implican nuevos desafíos económicos y sociales que permitan crear las condiciones propicias que aseguren a las personas de la tercera edad una vida digna y plena en las cuales se debe realizar educación y auto-cuidado. (27).

Las mujeres en edad reproductiva corresponden a un 38% de la población actualmente 68 de cada 100 mujeres unidas utilizan algún método anticonceptivo para cristalizar el tamaño de la familia que desean es decir 10.4 millones de usuarias activas de métodos anticonceptivos los obtienen en las instituciones publicas del sector salud Según se comenta en el programa nacional de población en la sección la Población Mexicana ante el Nuevo Milenio. (30).

La escolaridad es importante ya que da un enfoque general al médico sobre el nivel académico y cultural de la población que maneja. En la población estudiada predomino el nivel básico en un 36% seguido del nivel medio superior o técnico con un 20% y un 19% de profesionistas quedando con un nivel medio el 16% y un 9% de analfabetas. Con lo anterior podemos observar que la escasa escolaridad y los analfabetas son fenómenos de la edad avanzada.

Una de cada tres personas de 60 años y más es analfabeta. De los 6.2 millones de analfabetas del país en 1995, casi la tercera parte tenía 60 años o más, poco menos de la mitad de la población de la tercera edad (44%) no tiene escolaridad, el 34% tiene primaria incompleta, el 14% tiene la primaria completa, el 3% curso con algunos años de secundaria, y el 5% tiene preparatoria o más, de lo cual observamos que de esta referencia a el año estudiado, el nivel de escolaridad a mejorado. (27).

El número de hijos de las familias encuestadas predomina la edad de 20 años o más. En un 56% en relación a esto

se encontró que en los últimos 27 años el número promedio de hijos por mujer se redujo a más de la mitad. Sin embargo el descenso de la fecundidad no se ha producido con la misma intensidad en todos los sectores de la población. En 1994 se observaron notables diferencias en el número promedio de hijos que tienen las mujeres que habitan en zonas urbanas y rurales y el nivel académico que tengan. Así como la actividad o inactividad en que permanezcan.

De las familias de la población en estudio se observa que el 75% son casados, pensando en una mayor estabilidad familiar con prevalencia de unión conyugal de 16 a 20 años. Los hogares dirigidos por mujeres representan un 17.6% del total de la población mexicana su significativo aumento está vinculado a gran número de factores lo cual en nuestro estudio corresponden a un 4%, o viudez en un 5% y el incremento de madres solteras como corroboramos en este estudio con un 10% de la población. (26).

En cuanto a la economía ocupa el 73% de la población entrevistada, un ingreso mensual de uno a dos salarios mínimo.

Los tipos de familias encontradas en este estudio se presentaron en un 50% de las familias modernas, 42% tradicionales y en un 8% en desarrollo en cuanto a su composición la más frecuentes es la nuclear con un 70% siguiendo la extensa en un 17% y la compuesta común 13% en cuanto a la etapa del ciclo vital el 39% se encuentra en etapa de dispersión. Lo cual se comprueba en el Censo Nacional de Población en donde comentar que la gran mayoría de los hogares mexicanos son de tipo familiar y están compuestos por núcleos conyugales, a los cuales se suman con frecuencia otros parientes (extensa) o no parientes (compuesta). (24).

El 100% de la población estudiada se encuentra localizado en zona urbana como se comenta en hechos relevantes sobre la distribución territorial de la población en la zona metropolitana de la Ciudad de México, en donde se ha experimentado un acelerado crecimiento y una acelerado crecimiento urbano. (26).

Respecto a las diez patologías más frecuentes observadas en el consultorio 6 m de la Clínica Medica Familiar Netzahualcoyotl podemos mencionar que las infecciones de vías respiratorias altas, se encuentran en primer lugar de movilidad, lo cual se correlaciona con los estudios realizados por Medalie en los cuales encontró a las enfermedades respiratorias altas en forma más común en diferentes partes del mundo. (10).

La hipertensión arterial sistemática ocupa el segundo lugar en incidencias a la consulta médica seguida de diabetes mellitus, ambas enfermedades se engloban en el grupo de enfermedades crónicas ocasionan una alta incidencia en la consulta médica pues es el nivel de atención primaria donde se detectan, se dan seguimiento y tratamiento de ambas.

Por lo anterior es importante, realizar programas de autocuidado como lo menciona C. German A. Heierle. (4)

A fin de lograr que el paciente realice actividades que promuevan la salud. Se hagan cargo de su medicación, cuiden su dieta, y efectúen ejercicios.

En orden decreciente se encontraron las siguientes patologías osteoartritis, Colitis, infección de vías urinarias, gastroenteritis, síndrome lumbar doloroso vulvovaginitis y dermatosis.

CONCLUSIONES

Se logró detectar las diez principales causas de morbilidad así como las características bio-sociales en la población derechohabiente al consultorio 6 de la Clínica de Medicina Familiar Netzahualcoyotl del I.S.S.S.T.E.

Las diez principales causas de morbilidad de la población fueron Infección de Vías Respiratorias Altas, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Osteoartritis, Colitis, Infección de Vías Urinarias, Gastroenteritis, Síndrome Lumbar Doloroso, Vulvo Vaginitis, Dermatitis.

En relación a la pirámide poblacional predomina el sexo femenino con respecto al masculino.

Se identificaron las características familiares en su totalidad de la muestra estudiada, siendo las más frecuentes en relación al estado civil los casados, con una prevalencia de unión conyugal de 16 a 20 años y un grado de escolaridad básica, el número de hijos de más de 20 años de edad.

Las familias en base a su desarrollo modernas, demográficamente urbanas de composición nuclear con ingresos mensuales entre uno y dos salarios mínimos, la ocupación de los padres es a nivel empleado, encontrándose en la etapa de dispersión del ciclo vital.

En base a los resultados obtenidos, se concluye que el papel del Médico al educar al paciente es importante ya que con esto les ofrecemos una mejor calidad de vida y salud, así como las prevenciones oportunas en las diferentes etapas y

edades permitirá la disminución de patologías y el uso racionalizado de los servicios de salud.

Para llevar acabo lo anteriormente mencionado, el médico debe contar en su servicio con lo indispensable, trabajar en conjunto con el equipo que cuente en su centro de trabajo:

1. Condiciones aceptables de las instalaciones, recursos materiales adecuados y contar con un laboratorio para estudios básicos etc.
2. Trabajar en conjunto con trabajo social para las prevenciones por medio de talleres, visitas domiciliarias, pláticas que interesen al paciente, información por medio de carteles, audiovisuales, películas, sonido etc.

Enfermeras de comunidad, a través de ellas se obtiene información sobre lo que sucede en la comunidad por estar más en contacto con las familias y el medio ambiente en que se desarrollan.

Área epidemiológica es importante su colaboración y trabajar con el médico de familia para detectar los padecimientos infectocontagiosos de la población y evitar oportunamente su prevención y propagación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. D.J.P. Barker G. Rose Epidemiología en la Práctica Médica Edición Salvat. Pág. 99-110.**
- 2. S. Benenson Abraham. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre . Editorial Organización Mundial de la Salud.Pág.89-104.**
- 3. Hernán San Martín. Tratado General de Salud. Editorial La Prensa Médica Mexicana. Tomo II . Pág.81-124 235–282, 311-331, 420-464.PP.**
- 4. Moreno Altamirano C. Epidemiología Clínica. Editorial Interamericana. 1992 Pág. 11-30.**
- 5. Eleuterio González Carvajal. Diagnóstico dela Salud en México. Editorial Trillas Pág. 5 a 63.**
- 6. Irigoyen Coria A. Col. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª. Edición Medicina Familiar, México 1995.**
- 7. J. N. Morris Aplicaciones de la Epidemiología Editorial Salvat. Pág. 33-74.**
- 8. Dubós René. Hombre y Medicina y Ambiente. Editorial Monte Ávila, 1992. Pág. 109-141.**
- 9. Ibarra Aspuro Fernando Aspectos Éticos de la Familia Mexicana. Editorial Limuasa 1988. Pág. 345-370.**

10. Jack H. Medalie Medicina Familiar Principios y Prácticas, México Editorial Limusa 1987 Pág. 147-161, 393-400, 411-417.
11. Cassel John, Barbara Sorenson Hulka y Michel A. Ibrahim. Evaluación de La Atención Médica Primaria. Pág. 309-323.
12. Anuario Estadístico Nacional de Estadística,1997. Subsecretaría de coordinación y desarrollo. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Dirección General de Estadística Informática y Evaluación.
13. R. Colino Nevot, A. Fernández Barrero y A. Utilización de la consulta de la Atención Primaria por los Adolescentes y Detección de Problemas de Salud no demandados. Rev. Atención Medica Primaria. Vol. 16,número 10, Diciembre 1995. Pág. 94-100.
14. Víctor Chávez Águilar y J. Alberto García Mangas La atención integrada en medicina familiar Rev. Med. IMSS (Mex) 1995; 33: 167-171.
15. Héctor Chávez Águilar El médico Familiar en la Atención Primaria a la Salud Rev. Med. IMSS.(Mex) 1995; 33: 173-176.
16. Sergio López Salamanca. Actuación del Especialista en Medicina Familiar en la sociedad Actual. Rev. Med. IMSS (Mex.) 1995 33: 317-320.
17. Robert B. Taylor Medicina de Familia La Disciplina, La Especialidad y el Médico. Pág. 39.

- 18.-Rubén Velázco Orellana y Víctor Chávez Aguilar La Disfunción Familiar, un reto Diagnostico Terapéutico. Rev. Med. IMSS (Mex.) 1994: 32;271-275.
- 19.-Rubén Velázco Orellana. Trascendencia y Perspectivas de la Medicina Familiar a veintidós años de establecida. Rev. Méd IMSS (Mex). 1995 :3361-65.
20. Juan Manuel Saucedo García. Lineamientos para Evaluar la Vida en Familia Rev. Med. IMSS, (Mex) 1995; 33:249-256.
21. Ética de los Ensayos Clínicos en Atención Primaria . Rev. Atención Primaria 1993:12;5:30.
22. Jaime Sepúlveda, M. C. Aspectos Básicos de la Vigilancia en Salud Pública para los años 90 Salud Pública en México Pág. 70-82.
23. L. de la Revilla Ahumada y E. Sevilla García Influencias Socioculturales en los cuidados de Salud. La participación comunitaria. Rev. Atención Primaria de Salud Pág. 94-105.
24. Elizabeth A. Burns . Intervención en la crisis. Principios Medicina de Familia. Pág. 46-53, 76-83.
25. Irigoyen Coria y Col. Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar Pág. 148-173.
26. Consejo Nacional de la Población Hechos Relevantes sobre distribución territorial de la Población Pág. 1-327. Consejo Nacional de Población. Los Hogares Mexicanos. Pág. 1-2.

- 27.** Consejo Nacional de Poblacional. La tercera edad en México Pág. 1-4.
- 28.** Consejo Nacional de Población La Mortalidad en México Pág. 1-7.
- 29.** Consejo Nacional de Población Las Familias en México. Pág. 1.
- 30.** Consejo Nacional de Población La Población Mexicana ante el nuevo milenio Pág. 1-4.
- 31.** Delegaciones.- Gobierno del Distrito Federal México Pág.1-2.

A N E X O S

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

	No.	%
ESTADO CIVIL		
Soltero:		
Casado:		
Unión Libre:		
Divorcio:		
Viudo:		
Años de Unión Conyugal:		
Escolaridad		
Básica:		
Media:		
Media Superior ó Técnica:		
Superior:		
Edad del Padre:	X	0
Edad del Madre:		
Método de Planificación Familiar:		
D.I.U.:		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable:		
O.T.B:		
Ritmo:		
Condón:		
Vasectomía:		
Número de hijos (hasta de 10 años de edad):		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad):		
Número de hijos (de 20 años o más años de edad):		

	No.	%
Ocupación de los Padres de Familia		
Profesional:		
Técnico:		
Empleado:		
Hogar:		
Otro:		
Ingreso Económico		
< 1 Salario mínimo:		
1 a 2 Salarios mínimos:		
3 o más Salarios mínimos:		
Tipo de Familia		
Desarrollo:		
Moderna:		
Tradicional:		
Composición		
Nuclear:		
Externa:		
Compuesta:		
Demografía		
Urbana:		
Rural:		
Etapas del Ciclo Familiar		
Extensión:		
Dispersión:		
Independencia:		
Retiro:		

Informe Diario de Labores del Médico

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad
Para Substituciones:						
		Firma	Clave			Cause
Nombre del Substituto:						

Núm. Pro.	Nombre	Expediente	Tipo DH	Sexo y Edad.		1. ^a vez	Subs.	Foraneo	SOLICITUD A				Pase a Otra U	Días De Licencia	No. De Medicam.	Motivo de la Consulta
				M	F				Lab.	Rx	Intercons.	Otros				
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
6.																
7.																
8.																
9.																
10.																
11.																
12.																
13.																
14.																
15.																
16.																
17.																
18.																
19.																
20.																

**CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA**

	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

FUENTE: Hoja de Reporte Diario del Médico. Clínica Medicina Familiar () Censo ().
FECHA: