

11226

11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA JUÁREZ, D. F.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

APLICACIÓN DEL SISTEMA MOSAMEF A LOS PACIENTES
QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO No. 2 DE LA U.M.F.
JUÁREZ

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

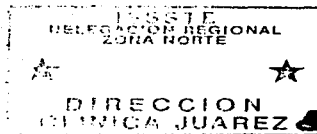
PRESENTA:

DRA. HILDA CASTAÑEDA FUENTEVILLA



ISSSTE

MÉXICO, D.F.



A

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

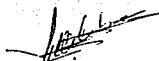
**APLICACIÓN DEL SISTEMA MOSAMEF A LOS PACIENTES
QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO No. 2 DE LA U.M.F.
JUÁREZ**

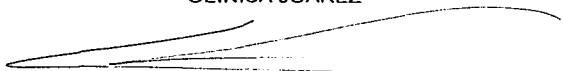
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA:

DRA. HILDA CASTAÑEDA FUENTEVILLA

AUTORIZACIONES:


DRA. MARGARITA VILLALOBOS ALCÁNTARA
JEFE DE ENSEÑANZA EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA JUÁREZ


DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS


DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
PARA LA SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E.

U. N. A. M. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

V. B.

MÉXICO, D.F.

1995

B

**TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION**


**APLICACIÓN DEL SISTEMA MOSAMEF A LOS PACIENTES
QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO No. 2 DE LA U.M.F.
JUÁREZ**

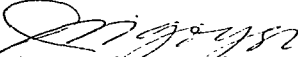
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

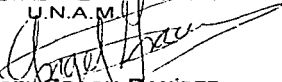
PRESENTA:

DRA. HILDA CASTAÑEDA FUENTEVILLA

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.

c

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

| | | pag |
|----|-----------------------------------|-----|
| 1 | MARCO TEORICO | 4 |
| 2 | PLAN TEAMIENTO DEL PROBLEMA | 20 |
| 3 | JUSTIFICACION | 21 |
| 4 | OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS | 22 |
| 5 | METODOLOGIA | 23 |
| 6 | RESULTADOS | 26 |
| 7 | TABLAS Y GRAFICAS | 30 |
| 8 | DISCUSION | 51 |
| 9 | CONCLUSIONES | 53 |
| 10 | SUGERENCIAS | 54 |
| 11 | BIBLIOGRAFIA | 55 |
| 12 | ANEXOS | 57 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES

La Medicina Familiar desde su aparición en México se ha practicado conforme a esquemas que si bien han tenido sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, aún no cuenta con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al equipo de salud.

Desde los inicios de la civilización han existido evidencias de que las alteraciones de la salud se encuentran estrechamente ligadas al nivel de vida. Las guerras, los desastres naturales, las crisis económicas y en general el deterioro del nivel de vida de las poblaciones tienen un impacto directo sobre la salud colectiva de las comunidades. (1).

En la época clásica, Hipócrates recalco la estrecha relación entre las condiciones higiénicas (vivienda, alimentación, vestido) y la aparición de enfermedades. Desde Galeno hasta el Siglo II de nuestra era en el renacimiento, se reconoce explícitamente la influencia en el ambiente físico y social sobre la salud de los pacientes. (2)

En el Siglo XIX, se presentaron cinco epidemias mundiales de cólera, peste bubónica, tuberculosis, difteria, disentería, tifo, tifoidea y sarampión. Esto es debido a que la gente vivía en extrema pobreza y de clase trabajadora. (1, 2)

La conciencia por parte del médico hizo que paulatinamente la medicina cambiara, su preocupación de lo individual para inclinarse lentamente hacia el cuidado de la salud colectiva. La preocupación por la salud se incorporó lentamente a la conciencia pública, creándose desde el último tercio del Siglo XIX, un organismo internacional de salud que existe en la actualidad. El resultado de esta investigación orienta las manifestaciones sobre el hombre enfermo durante los siguientes setenta años, llegándose a localizar el origen de la enfermedad, las lesiones en los órganos, tejidos y células. Como consecuencia, una respuesta social a las enfermedades, obedeciendo a los mismos principios del tratamiento individual, curativo y clínico sobre las intervenciones colectivas, preventivas y sociales.

En 1917 se forma una Comisión precedida por Habraham Flexner elaboró un diagnóstico de la situación que prevalencia en esa época en los Estados Unidos, conociéndose desde entonces como "Informe Flexner", en el cual se propone una serie de recomendaciones para los servicios de salud de las escuelas de medicina. Posteriormente se presentó el informe Dawson, el cual fortalece la medicina generalizada.

La historia de la Medicina Familiar en México se remonta al año de 1956; siendo el IMSS quien realiza modificaciones a su contrato colectivo de trabajadores tras la firma de un convenio donde se crea la contratación y categoría del Médico de Familia, teniendo las siguientes funciones:

- * Una mejor atención médica
- * Una mayor confianza
- * Una mejor aplicación de la medicina preventiva, etc. (3)

Posteriormente se establece que la medicina familiar ocupa una posición estratégica en el

primer nivel de atención (3), siendo importante al nivel de atención primaria la creación de una política definida y aceptada en la Asamblea de la OMSS en 1977, denominada "Salud para todos" en el año 2000 y en 1978, en Alma Ata, se estructuran las estrategias implementándose programas a poblaciones especiales, para la salud general y programas de prevención, protección y control de enfermedades, etc. (4, 5, 6), mencionándose que las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales, es decir, que afectan no solo lo curativo, sino fundamentalmente a lo preventivo, existiendo un patrón definible de mortalidad, por lo que el médico y el personal que otorga la atención primaria de la familia, por lo que debe preparar un plan de estudios. (7).

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra, mientras exista nuestra especie; es la unidad funcional básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud. (3)

Es una función esencial del equipo de atención primaria a ofrecer información adecuada de los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, el alcohol y otras drogas, recomendar el ejercicio físico a cada edad y detectar las necesidades según el sexo, la edad y las condiciones físicas a las personas que atenderemos. (8)

Dentro de las consultas más frecuentes en los niños se encuentra la de vías respiratorias altas, causadas por Neumococo, este se encuentra como comensal en las vías respiratorias superiores con cifras de 5 a 60%, según la estación, la edad y el tipo de población estudiada, la causa que haya presentado resistencia microbiana se debe al incremento de la movilidad poblacional, puede afirmarse que la principal causa de que se haya incrementado en número de bacterias resistentes es el abuso o mal empleo de antimicrobianos (9) (34)

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de enfermedades cardiovasculares, anginas de pecho, infartos y en general es la principal causa de mortalidad de nuestro medio y la segunda causa de años perdidos de vida laboral; hoy en día los enfermos y profesionistas han sufrido un cambio en su situación y evolución ya que se dispone de un número de tratamientos con una efectividad reconocida, los pacientes deben seguir las indicaciones de los médicos para una mejora de la salud y de la población en general. (10)

La diabetes mellitus es una de las causas de consulta diaria, ya que se calcula el 2% de la población mundial con este padecimiento y en México se maneja una cifra de 2 a 4%, esta enfermedad se puede controlar en la mayoría de los casos, pero requiere que el paciente haga modificaciones en sus hábitos dietéticos y nerviosos, la cual es causa de complicaciones. (11)

En la consulta diaria la osteoartritis es un padecimiento frecuente, y que por sus características clínicas y degenerativas hacen que esta enfermedad sea difícil su tratamiento que debe abarcar: Educación Médica, Quirúrgica y restauración de la función. (12)

Para el Médico Familiar es importante conocer las principales causas de morbilidad de la población a la que atiende, así como la estructura familiar de la misma, para poder realizar este estudio se aplicará el modelo sistemático de Atención Médica Familiar, elaborado por el Doctor Irigoyen Coria y colaboradores.

LA FAMILIA

Por la familia se entiende la unidad biopsicosocial integrada por un numero variable de personas, ligada por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo lugar

HIPOTESIS ETIMOLOGICAS DE LA PALABRA FAMILIA

DEFINICION DE FAMILIA

Grupo formado por marido, madre e hijo sigue siendo la unidad básica de la Cultura Occidental conservando aun la responsabilidad de poseer los miembros nuevos aq la sociedad y otorgarles apoyo emocional y físico.

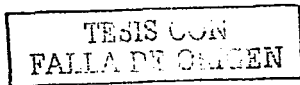
ETIMOLOGIA DEL TERMINO FAMILIA

Es propuesta por MARQUEZ DEL MONTE como proveniente, de la palabra latin "FAMULUS" que significa sirviente o esclavo doméstico.

AUTORES

- 1.- TAPARELI.
La palabra familia deriva del latin "FAMES" que significa hambre que es una de las necesidades que resuelve esta asociación.
- 2.- MENDIZABAL Y MARTIN.
Familia deriva de "FAMUS" que significa hambre.
- 3.- RODRIGUEZ DE ZEPEDA.
Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común y que unidos por un vínculo que se deriva inmediatamente de la ley natural.
- 4.- TREDELENBUR.
Existen en la familia tres sociedades unidas, la conyugal, la filial y la heril.
- 5.- ANONIMOS DEL SIGLO XII.
Gente que vive en una casa bajo la autoridad del ser de ella.
- 6.- FERNANDEZ MORALIN.
Conjunto de antecedentes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.
- 7.- GONGORA.
Cuerpo de un orden o religión o parte considerable de ella.
- 8.- ALARCON.
Gente que el Señor sustenta dentro de una casa. (13)

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



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

En la familia como unidad social primaria no sólo influyen los aspectos biomédicos tradicionales, sino que al mismo tiempo está en condiciones de transmitir a sus miembros elementales, culturales en donde intervienen creencias, conducta y el concepto de salud enfermedad.

En la familia existen estructuras, disfunciones, diferencias conyugales, etc., que actúan sobre creencias en torno a la salud.

Dicha estructura de la familia ha ido cambiando conforme evoluciona el tiempo, así como el proceso de una sociedad industrializada y urbanizada transformado la composición de la familia, pasando de una familia extensa compuesta por varias generaciones (parientes incluidos por miembros no emparentados a una familia nuclear constituida por el matrimonio de los hijos).

La influencia cultural de las familias extensas con bases marcadas de tradiciones repercute en la cultura de la salud de la misma.

El vocablo familia, se origina de la palabra latina famulus; que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio la familia agrupaba el conjunto de esclavos y criados, propiedad de un solo hombre, la cual fue propuesta por el Marqués de Morante.

Dentro de las principales definiciones de familia se encuentran los siguientes consensos:

CONSENSO CANADIENSE

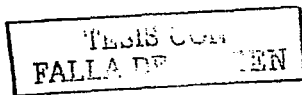
La familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños que viven bajo el mismo techo. (13)

CONSENSO NORTEAMERICANO

Una familia es un grupo de dos o más personas que vive³¹ juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción.

Aunque el término familia se ha definido de diferentes formas, el grupo formado por un marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer a los miembros nuevos a la sociedad, socializarlos, otorgarle apoyo emocional o físico. Por otra parte la familia es la institución básica de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo el desarrollo cultural. La característica principal de la familia es la de formar una unidad en relación a otros grupos semejantes o diferentes, interactuando entre la sociedad y las relaciones.

Esto no significa que la familia sea indisoluble o permanente, por otra parte la familia ha sufrido cambios con el tiempo de acuerdo a situaciones ambientales, sociales y económicas. (14)



La familia es el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero de ellos es el sentirse miembro de una familia y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación en grupos extrafamiliares. (15)

Para poder estudiar a la familia debemos comprender su estructura y función, conocer como se comunica y aceptar el papel de reforzadores de la función central de la familia; proporcionar un medio para el desarrollo social, psicológico y biológico de todos los miembros. (Epstein y Col.)

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS.

Según su Cultura.

Familias de cultura indígena con mayor o menor mestizaje.

Familias de comunidad rural tradicional

Familias de comunidad o aglomeración urbana.

De acuerdo a la pertenencia socioeconómica y de clase.

Familias de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia precaria totalmente

Familias de estratos proletarios y populares, dependientes de actividad económica y con menor grado de precariedad.

Familias de estratos medios, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico al semiestructurado. (16).

Familias de estratos elitistas de dominio común, alto grado de consumo y necesidades suntuarias.

Desde el punto de vista social con base a su desarrollo

Moderna: cuando ambos cónyuges trabajan.

Tradicional: cuando sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.

Arcaica o primitiva. (3)

En base a su demografía

Urbana: Son las familias que habitan en una comunidad de más de 5,000 habitantes y que cuentan con todos los servicios básicos de urbanización.

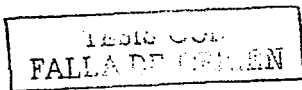
Rural: familias que habitan en comunidades de menos de 5,000 habitantes y que carecen de alguno de los servicios básicos de urbanización. (3)

En base a su integración.

Integrada: cuando ambos cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Semi - integrada: cuando ambos cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones

Desintegrada: cuando falla alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte. (3)



Desde el punto de vista tipológico:

se da según la ocupación de uno o de ambos cónyuges.

Campesina.

Obrera.

Profesional.

Desde el punto de vista estructural. (3)

Nuclear: compuesta por padre, madre e hijos.

Extensa: comprende padre, madre, hijos y familiares consanguíneos.

Extensa compuesta: comprende al padre, madre, hijos, familiares consanguíneos y no consanguíneos.

EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

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

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

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

Formación.

Extensión.

Extensión Completa.

Contracción.

Contracción completa.

Dilución.

Otra clasificación del ciclo vital.

Etapas de extensión.

Comprende desde al nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.

Etapas de dispersión.

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

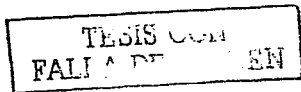
Etapas de independencia.

Se da cuando los hijos forman nuevas familias.

Etapas de retiro

Se inicia cuando los hijos han abandonado el núcleo familiar y los padres se jubilan.

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



RAINWAITER describe tres tipos que son:

Conjunto: se comparten tareas e intereses.
Segregación; grandes diferencias entre los roles y actividades.
Intermedia; comprende algunas tareas y decisiones.

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

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

El Médico de familia debe desarrollar sus posibilidades para valorar adecuadamente las consecuencias de estas estructuras familiares y para abordarla con los recursos preventivos y curativos adecuados que le permitiera eliminar, o al menos atenuar su acción nociva sobre los integrantes expuestos a riesgos implícitos en estas tensiones sociales.

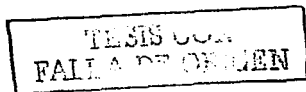
Hasta fechas relativamente recientes, las relaciones del Médico con la familia sólo se establece el propósito de obtener información sobre un paciente grave o para transmitir los pronósticos o alguna recomendación terapéutica en enfermedades que así lo requiera.

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

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

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

Soporte financiero.
Defensa.
Tratamiento Médico.
Amor y soporte emocional.
Información.
Educación.
Soporte estructural. (17).



Funciones de la familia:

Las funciones de la familia son cambiantes, se inician con la creación de la misma, suelen madurar a través del tiempo y terminar con su disolución.

Algunas de las funciones son ejercidas por todos los miembros de la familia, otros son realizados predominantemente por un solo miembro, o en algunos casos se necesita para el mejor desempeño de la familia la colaboración externa de otras personas, grupos sociales, Instituciones o Dependencias de Gobierno. (18)

Funciones:

La socialización: es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con la plena independencia para desarrollarse en sociedad. Aquí intervienen tres instituciones primordiales; la familia, la escuela y la iglesia.

El cuidado: es el que permite preservar nuestra especie y se basa en dar alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional a cada uno de sus miembros.

El afecto: la necesidad de recibir, proporcionar ánimo, amor y cariño, determina en gran medida nuestras relaciones familiares.

Reproducción: históricamente el matrimonio como institución legal y sacramento de la iglesia, se hace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto dentro de la sociedad; el ambiente sexual y la reproducción, la cual debe de realizarse con responsabilidad.

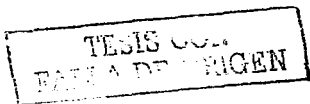
El estatus y nivel socioeconómico: es equivalente a transferir derechos, obligaciones y tradiciones; esto se ejemplifica claramente en las expediciones al nacimiento del primer hijo perpetuando así los privilegios y logros familiares. (3)

LA FAMILIA COMO UNIDAD DE SALUD

El término salud familiar incluye el total o la suma de los estados de salud de cada uno de los miembros de la familia, pues toma en cuenta las interrelaciones y la independencia de los estados de salud física, social y mental de los individuos que viven juntos, los cuales determinan el funcionamiento de la familia como una unidad biológica, psíquica y social dentro del ambiente cultural.

Sin embargo, en realidad el término tiene un significado superior a la suma de sus partes, ya que en él se incluyen tanto la prevalencia como la frecuencia de enfermedades en la familia. Por lo tanto, la familia es una unidad de atención de la salud, pero también una unidad de salud. (3) (18).

La salud familiar comprende las relaciones de interdependencia física, mental y social de los individuos que la componen. Complementa las funciones de salud pública y la atención médica; su ámbito de acción permite afrontar en forma congruente o integral numerosos problemas de salud que no pueden abordarse de otra forma.



Cuando la comunidad se considera, no como un conjunto de individuos diferenciados por edad, sexo y clase social, sino como un conjunto de familias diferenciadas por razones sociales, económicas y biológicas, se manifiestan nuevas formas y gamas de variación y pueden dar lugar a nuevas posibilidades.

La necesidad de considerar a la familia como unidad de salud, tiene bases biológicas, demográficas, sociales, económicas y prácticas. Esto queda bien entendido si recordamos que las enfermedades transmisibles o las parasitosis intestinales se propagan fácilmente en el seno de la familia, que los padecimientos genéticos dan lugar a tensiones entre los integrantes de la familia, que la pobreza, miseria e ignorancia de los miembros de la familia impiden el desarrollo pleno de los mismos y que las enfermedades crónicas o invalidantes dan lugar a trastornos psicológicos y sociales.

La familia ofrece la posibilidad de abordar los problemas de salud en forma integral y práctica, los que así son más fáciles de resolver, por ejemplo:

En la promoción de la salud las medidas de higiene personal, la lucha contra la desnutrición y los exámenes médicos a la familia entera permiten combatir o descubrir padecimientos que puedan afectar a todo el grupo familiar.

En la prevención de padecimientos mediante vacunaciones.

En la curación lo más adecuado es abordar el problema atendiendo a todos los miembros de la familia. Esta necesidad es clara en ciertos padecimientos (obesidad, parasitosis, caries, amigdalitis, diabetes, etc.)

En la rehabilitación se debe cuidar al afectado e instruir a los familiares para favorecer la readaptación.

En la educación para la salud la transmisión de mensajes educativos se facilita en la familia si un miembro lo hace. Así para la planificación familiar el padre puede ser el portavoz que transmita el mensaje, en la prevención de accidentes en el hogar puede ser la madre.

Lo anterior, lleva a términos reales, significa que el personal de salud debe incorporar a su trabajo diario los conocimientos sobre la familia y que los miembros de ésta deben estar conscientes de la dinámica familiar y de la importancia que tienen para la salud las relaciones intra, inter y extrapersonales. (19)

INDICADORES DE LA SALUD FAMILIAR

Los indicadores de la salud familiar son de cuatro tipos.

Demográfico.
Vitales
De servicios.
De morbilidad.

1.- Indicadores demográficos. Tamaño de la familia, composición de la familia (estado civil, edad, sexo, grado de escolaridad, empleo, etc.), residencia urbana o rural, ingresos económicos.

2.- Indicadores vitales. Tasas de mortalidad, tasas de natalidad, tasas de fecundidad, esperanza de vida, etc.

3.- Indicadores de servicio. Tasas de demanda 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 de la demanda de servicios.

4.- Indicadores de morbilidad. Tasas de aborto (abortos provocados, abortos espontáneos), tasas de infecundidad, tasas de incapacidad, tasas de frecuencia y prevalencia de enfermedades, tasas de ausentismo al trabajo o escuela, tasas de jubilación temprana por incapacidad, indicadores de salud mental (ingresos en un servicio de salud mental, antecedentes familiares de enfermedad mental, falta de armonía conyugal, etc. (20)

NIVELES DE ATENCION MEDICA.

Los servicios médicos y en particular los de un área geográfica deben de otorgar una atención integral, oportuna, accesible y eficaz. Una de las formas de lograrlo es recurriendo a un procedimiento administrativo llamado Niveles de Atención Médica y que enfoca las necesidades de salud curativa y cualitativas de las comunidades, las acciones mismas a favor de la salud.

Se consideran tres niveles de atención médica:

Primario.
Secundario y
Terciario.

PRIMER NIVEL.

Está dirigido a un individuo sano o aparentemente sano. Sus objetivos principales son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; para conseguirlo se dispone de educación para la salud y de la prevención específica. (21)

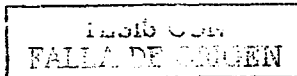
Este nivel debe tener contacto directo con los integrantes de la comunidad y el personal de salud, en éste se previene y ase promueven programas para mejorar resultados con respecto a la salud, se atienden problemas agudos y se controlan enfermedades crónicas. Sus funciones están dadas por características ya establecidas. 21, 22)

Problemática.

Se ocupa de la población sana y promueve la salud con fines comunes y específicos de ciertas enfermedades crónicas.

Cobertura

Atiende a vecinos de un pequeño lugar, comunidades determinadas o familias poco extensas.



Ubicación.

Está ubicada dentro de la propia comunidad a la que atiende.

Tipo de atención.

Los beneficiarios tienen acceso directo.

Funciones.

Están orientadas hacia la protección de la salud, diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos (control prenatal y vigilancia del niño sano, vacunaciones y medidas de urgencia).

Recursos humanos.

Está integrado por médicos familiares o generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, técnicos radiólogos y laboratoristas.

Recursos físicos.

Consultorios periféricos, centros de salud, clínicas de medicina familiar.

El primer nivel forma parte de la atención primaria de la salud y los recursos humanos deben estar debidamente preparados y con experiencia que solucione las condiciones de salud de los beneficiarios proporcionando a una atención eficaz de primer nivel, basándose en las necesidades del individuo, la familia y la comunidad, a los que debe dárseles sentimiento de seguridad y calma, lo que significa que en el primer nivel se otorguen servicios curativos y preventivos en la consulta externa para elevar la situación sanitaria de la comunidad. (23)

SEGUNDO NIVEL

Tiene como objetivos especiales: evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez; estos objetivos se alcanzan mediante el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado, actividades que tradicionalmente corresponden al clínico, en este nivel de prevención las acciones se dirigen hacia el enfermo, la detección es particularmente útil para el descubrimiento de padecimientos de acción prolongada, se identifica con los servicios de consulta externa y hospitalización general en donde se encuentran médicos familiares o generales, algunos especialistas y técnicos especializados. (21, 24)

Las características son:

Problemática.

Se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada.

Cobertura.

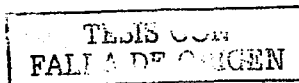
Sirve a grandes grupos de población o a grandes comunidades.

Ubicación.

Está a una distancia media de 41 domicilio del paciente.

Tipo de atención.

Intermitente y por lo tanto discontinua.



Funciones.

Se dirigen hacia el diagnóstico, tratamiento temprano y limitación del daño.

Personal. Profesional y técnico con especialidades o subespecialidades.

Recursos físicos. Son hospitales generales, clínicas de especialidades que atiendan padecimientos de ginecoobstetricia, pediatras, traumatología (urgencias menores), centros de salud y clínicas con hospitalización.

TERCER NIVEL.

Los problemas de salud que atiende éste nivel, por lo regular requieren de solución quirúrgica y la participación de servicios altamente tecnificados para evitar daño físico, mental y social.

Sus características son las siguientes:

problemática.

Se ocupa de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes.

Cobertura.

Sirve a grupos de población grandes o a muchas comunidades.

Ubicación.

Puede estar ubicada a gran distancia del hogar del paciente.

Tipo de atención.

Es de tipo episódico y discontinuo, los pacientes no tienen acceso directo a éste nivel, generalmente se envía a un nivel secundario para dar continuidad a su tratamiento.

Funciones.

Son fundamentalmente de curación y rehabilitación.

Personal.

Requiere personal médico, paramédico y técnico altamente especializado, su preparación es estrecha en amplitud y de gran profundidad. (24)

Re cursos físicos.

Hospitales especializados, centros médicos, centros hospitalarios y hospitales universitarios.

Todos los niveles tienen igual importancia en el panorama general de la salud de las comunidades, debe enfatizarse que la piedra angular para mejorar las condiciones de salud es la atención primaria de la salud.

Esto significa que la atención médica por niveles es una forma más para afirmar que la salud es parte integrante de la vida y que la atención médica es parte de la actividad del individuo y la sociedad. (23, 24)

FUNCIONES GENERALES DE ATENCION PRIMARIA

La atención Primaria de la Salud debe presentar varias funciones que protejan, fomenten y restablezcan la salud del individuo y en consecuencia beneficio para la familia, de la colectividad, legislatividad y administración.

Las funciones generales de Atención Primaria de la Salud son:

Promoción de la salud.
Protección específica.
Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
Rehabilitación.
Educación.
Investigación
Legislación.
Administración. (23)

La atención médica cuando se integra a la salud pública se transforma en apoyo importante a la Salud Primaria.

Las funciones de la atención de la salud de acuerdo con los organismos y personas que los llevan a cabo, se clasifican en la forma siguiente:

I. Realizadas básicamente por autoridades Gubernamentales.

Purificación del agua.
Disposición de la basura.
Inmunización obligatoria.
Reglamento en cuanto al medicamento o saneamiento, etc.

II. Realizadas por el personal de salud que realiza en forma directa.

Toma de la Presión Arterial, Inmunizaciones.
Pruebas de gabinete (Rx, EKG, pruebas de funcionamiento pulmonar)
Exámenes de laboratorio (análisis de orina, destrostis, etc.)
Atención domiciliaria.
Exámenes médicos periódicos.
Toma de papanicolaou.

Realizadas por los pacientes.

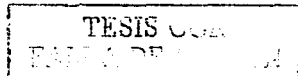
En este caso los individuos deben aprender a implementar ciertas practicas de salud.

Evitar fumar.

Evitar tomar bebidas embriagantes (Alcohol, etc)

Evitar accidentes dentro y fuera del hogar. (tener medicamentos y solventes al alcance de los niños, manejar con prudencia, etc.) (25)

Desafortunadamente se ha demostrado en forma objetiva que las funciones de la Atención Primaria en su totalidad no sean eficaces.



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

Igualdad.
Integral.
Calidad.
Oportunidad y accesabilidad.

La atención médica consta de tres componentes básicos:

- 1.- Beneficiarios.
Son los usuarios (pacientes).
- 2.- Recursos.
Son el personal, el equipo, los locales, la tecnología, las instalaciones y el financiamiento.
- 3.- Administración.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCION MEDICA.

- 1.- Biológico.
Se estudia en base al estado de salud – enfermedad, la edad y el sexo.

Estado de salud – enfermedad.

Es el elemento más importante de la demanda, su participación depende en gran parte la urgencia que presente, del dolor y de la incapacidad que deja la enfermedad.

Edad.

Se decía que en los extremos de la vida, pero actualmente se ha incrementado en las dos etapas de la vida.

Sexo.

El sexo femenino es el que más acude a servicio.

- 2.- Socioeconómicos.

Tienen diversos factores, al mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida, aumenta la demanda de servicios médicos.

Los aspectos de mayor prevalencia son:

Residencia.

Los habitantes de los medios urbanos solicitan más servicios que los rurales.

Escolaridad. Cuando el padre de familia o alguno de los miembros tienen mejor preparación, la petición de los servicios aumenta.

Tamaño de la familia.

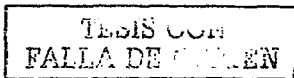
Los integrantes de la familia grande solicitan más los servicios médicos que las familias pequeñas.

Estado civil.

Es muy importante ya que en promedio los casados viven más y que solicitan menos la consulta que los solteros. (26)

Actividad.

Las personas que desarrollan actividades comerciales o intelectuales solicitan más atención médica que los individuos dedicados al campo.



Ingresos económicos o familiares

En términos generales, la demanda aumenta junto con el ingreso per cápita familiar.

Legislaciones.

La atención médica de las personas esta en las legislaciones existentes y al tipo de servicios que hay (público, privado, gratuito, etc.).

Psicológico.

La situación psicológica va a condicional al paciente con respecto del fenómeno salud — enfermedad y la creencia de la afectividad terapéutica. Esta influida por el estado emocional, las actitudes, las experiencias previas y las creencias

La demanda y la oferta es la relación que existe en los servicios en cuanto al número de hospitalizaciones, consultas, inmunizaciones, etc.

Debe aclararse que los términos demanda y oferta, en un sentido económico no son del todo aplicables a los servicios médicos, ya que la demanda económica siempre se relaciona con el precio y la salud no se compra. se adquiere en diversas formas.

En cuanto a la oferta, ésta se limita a sólo los servicios (edificios, instalaciones y equipo), que tengan; la calidad, cantidad y tipo están dados por diversos elementos, número, variedad y servicios. Otra característica de la oferta en su accesibilidad a los días de atención y horas de servicio, costo de los servicios y tiempo, distancia física entre pacientes y recursos. (25, 38)

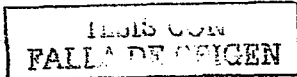
DAÑOS A LA SALUD

Los daños a la salud desde el punto de vista de la Salud Pública, afectan a una determinada población, agrupadas, y analizadas según alguna característica común; causa evaluación, frecuencia y distribución geográfica, etc., de forma tal que le permitan deducir medidas para su prevención y un mejor control.

Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y la enfermedad, y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Se ha establecido el principio de la multicausalidad que no tiene solamente un valor teórico o académico, sino que orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes a fin de promover la salud y evitar la enfermedad. (21).

Describir en término cuantitativo la situación de salud y enfermedad de una población, requiere de cuantificadores de la fase de salud que no han establecido satisfactoriamente, situación que no ha ocurrido con la enfermedad y la muerte. (26)

Lo cual se estudia basándose en la morbilidad y la mortalidad poblacional. (26)



MORTALIDAD

Definición.

Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado. Actual o anual, en los grupos de vida. Número por 1,000 asegurados por año.

Los indicadores de mortalidad son un reflejo importante de los cambios económicos, sociales, sanitarios, ambientales y demográficos de las comunidades, por lo que resulta un valioso indicador de los niveles de desarrollo de los pueblos del mundo. (27)

Es un parámetro útil para la medición de las condiciones de salud, por lo que es de gran trascendencia su conocimiento preciso para determinar las causas que interviene en los procesos de salud, enfermedad, y actuar para modificar los riesgos existentes y como propósito evitar los daños con una atención médica integral y de calidad eminentemente preventiva. (19, 27)

CAUSAS GENERALES DE LA MORTALIDAD

Las causas que producen las definiciones en México se agrupan en tres grandes apartados:

Las enfermedades transmisibles.
Las enfermedades no transmisibles.
Los accidentes y muertes por violencia

Enfermedades transmisibles.

Este grupo de enfermedades, que vistas en conjunto, constituyen la principal causa de muerte en México hasta hace unos años, fue desplazada por el grupo de las no transmisibles. Las neumonías, la influenza, otra enfermedad del aparato respiratorio y de las contenidas en el primer capítulo de la clasificación internacional de enfermedades, referente a las enfermedades infecciosas y parasitarias. La viruela y el paludismo han desaparecido como causa de muerte y otras causas (peste, fiebre amarilla). (28, 29)

Enfermedades no transmisibles.

La mortalidad de enfermedades cardiovasculares, enfermedades degenerativas, metabólicas y neoplásicas, casi todas ellas ligadas al aumento de la población adulta y vieja; en su conjunto son ya la principal causa de muerte en México, pues tienen el mayor porcentaje de defunciones.

Accidentes y muerte por violencia.

La industrialización, el crecimiento del sector urbano y las deficiencias en la educación para la salud han dado lugar a un aumento cada vez mayor de los accidentes en sus diversas modalidades. Los accidentes del trabajo y por vehículos de motor ocupan un lugar preponderante en zonas industrializadas y urbanas; los accidentes domésticos y otros ocurridos en las vías públicas, predominan en las zonas rurales y en la periferia de las zonas urbanas.

Los homicidios, siempre vinculados a las condiciones colectivas de la salud mental y al momento actual que vive nuestro país debido a su economía, ya que esto desajusta totalmente a sus habitantes que traen una serie de consecuencias y está dentro de las principales causas de mortalidad. (28, 29)

Otro fenómeno ligado a las condiciones colectivas de salud mental son los suicidios posiblemente por carestía, falta de trabajo, desempleo, los despidos masivos, cambios en el medio ambiente (falta de lluvia) para los agricultores y ganaderos que hace que emigren a las zonas de mayor concentración, aumentando sus problemas tanto económicos como familiares.

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad por enfermedades transmisibles descendió entre 60 y 87% en todos los grupos de edades durante las tres últimas décadas, contribuyendo en gran medida al descenso de la mortalidad general. La mortalidad por tumores aumento en los lactantes, preescolares y escolares y permaneció relativamente estable en los demás grupos; debido a causas externas aumentó en los menores de un año y en los mayores de quince.

En 1994 las principales causas de mortalidad general fueron las enfermedades del corazón (CIE- 8 390-429) con una tasa de 63.4 defunciones por 100,000 habitantes (13.5% del total de defunciones por causas definidas); los tumores malignos 49.2% (10.4%); los accidentes 45.7 (9.7%); la diabetes mellitus 31.87 (6.7%, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 26.2 (5.6%); las enfermedades cerebrovasculares 24.4 (5.2%); la neumonía e influenza 22.0 (4.7%); la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 21.8 (4.6%); las enfermedades intestinales 22.0 (4.7%); y los homicidios y lesiones infligidas internacionalmente por otra persona 17.7 (3.8%). (28, 29)

Las diez causas representaron el 68.2% del total de las defunciones por causas definidas.

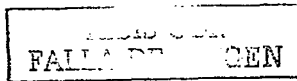
MORBILIDAD

Definición.

Número proporcional de personas que enferman en la población 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 organización y 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, expresión cuantitativa de la enfermedad. (30)

El análisis de la situación de los pueblos del mundo es algo que preocupa a todos los miembros del equipo de salud, por lo que el estudio de la morbilidad resulta prioritario, ya que es un parámetro fundamental para definir el perfil de la salud de las comunidades y un elemento valioso en la epidemiología, ciencia que estudia los factores y condicionantes que intervienen en el proceso de salud enfermedad, mediante la recolección de informaciones que miden el estado de salud, la prevalencia de los riesgos y los impactos de las acciones desarrolladas, de cuyo análisis e interpretación se deciden las alternativas para la prevención y control de los daños, y se establecen las políticas y estrategias a seguir. Dentro de dichas informaciones destaca la morbilidad, cuyo estudio es aplicado debido a que la enfermedad no es un suceso único, sino múltiple, pudiendo afectar al ser humano en un momento de su vida o a lo largo de toda su existencia. (31)



El estudio de las enfermedades debe sustentarse en el reconocimiento de que muchas de ellas son prevenibles, y que gran proporción de la patología predominante que afecta a la población, es susceptible de ser evitada.

Los datos sobre la enfermedad pueden resumirse en lo relativo a su frecuencia, gravedad, duración, características de los pacientes, variables referentes a cada afección, las secuelas e invalidez que provocan, etc., las que son medidas por una serie de indicadores recomendados a un nivel internacional para asegurar su comparación, siendo sus fuentes de obtención la notificación de enfermedades transmisibles y no trasmisibles. (30, 31)

Los médicos generales familiares recopilan mucha información sobre morbilidad en el curso de su trabajo diario, y las historias médicas reflejan más exactamente las verdaderas frecuencias relativas a muchas enfermedades que los registros hospitalarios o de mortalidad.

En los países en que los médicos familiares son responsables de una relación definida de datos poblacionales sobre las cifras de consultas por distintos trastornos, éstos datos pueden convertirse fácilmente en tasas de morbilidad. Los cuadros frecuentes pueden estudiarse utilizando los registros de un solo consultorio, o de un grupo de consultorios vecinos, pero el estudio de enfermedades menos frecuentes precisa de un gran número de historias clínicas precedentes de muchas consultas. (31)

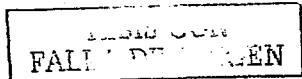
La tarea de obtener datos confiables sobre frecuencia de las enfermedades que afectan a la población de México, presenta obstáculos hasta el momento no superados. Si bien es cierto que con base en las defunciones puede calcularse el número de enfermos, también lo es que muchas enfermedades no conducen a la muerte, aunque pueden representar problemas de salud pública por magnitud o sus consecuencias sociales.

ESPERANZA DE VIDA

Como se ha expresado, la morbilidad, la mortalidad y la invalidez no son indicadores de salud, estrictamente hablando, sino 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 acortarla, son considerar la calidad de la misma.

La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad, unido a otros indicadores positivos de una población e incluso estudio de susceptibilidad, bienestar, vitalidad, felicidad, etc., y de los que miden saneamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y trabajo, que puedan en un futuro ofrecer la fe de vida satisfactoria de la familia y una salud colectiva. (27) (28)

El progreso se debe fundamentalmente a la mejoría de los niveles de vida en general, los adelantos tecnológicos en las presentaciones y en la cobertura de los servicios médicos (principalmente primer nivel).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población en estudio se encuentra en la delegación Cuauhtemoc, con una población de 540,382 habitantes. Siendo el 6.4 % de la población por delegación. (INEGI 1995).

El 52.9 % son del sexo femenino y el 47.1 % son del sexo masculino, según datos del INEGI del último censo. (1995)

La población adscrita a la clínica Juárez atiende a un total de 50,641 derechohabientes, el consultorio 2 de Medicina Familiar atiende a 562 usuarios.

Con el fin de brindar una mejor atención familiar es necesario primeramente conocer a la población adscrita desde diferentes aspectos, tales como

Edad

Sexo

Escolaridad

Ocupación

Ciclo vital familiar

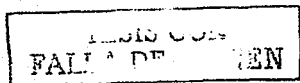
Tipo de unión conyugal, etc.

Debido al conocimiento insuficiente de las características socio-sanitarias, así como de los recursos que puedan implementarse para mejorar el nivel de salud de las familias, surgen las siguientes preguntas:

Cuáles son las principales causas de morbilidad en el C-2 de la Clínica Juárez.

Cuáles son las características biosociales de las familias usuarias que atienden al C-2 U.M.F. Juárez.

Por los motivos mencionados se realizará éste trabajo a las familias que acuden a recibir atención médica al consultorio 2 de la U.M.F. Juárez.



JUSTIFICACION

Actualmente el esquema de atención médica familiar ha incrementado la insatisfacción del paciente, así como del médico, debido a una serie de factores como es el conocimiento insuficiente, social, falta de recursos, falta de insumos, etc.

Logrando que la problemática de salud aún debido a un conocimiento insuficiente de sus características sociosanitarias y de los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias. (30)

Para mejorar la atención es importante conocer las patologías que son motivos más frecuentes de consulta e identificar la estructura familiar y las características de la pirámide poblacional, para aplicar programas de educación, prevención y orientación familiar en la atención primaria, reforzando los siguientes puntos:

Prevención de los problemas infecciosos que afectan a la población.

Educación higiénico-dietético, sexualidad, anticoncepción, etc., a través de medios de comunicación masivos: Radio, TV, Escuelas.

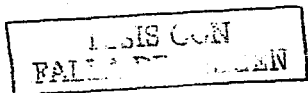
Orientación oportuna de problemas de dinámica familiar para evitar desintegraciones familiares repercutiendo en el ciclo biopsicosocial

Uso racionalizado y adecuación de los recursos (RX, Laboratorio).

Crear recursos para mejorar la atención médica, haciendo énfasis en las medidas de promoción y prevención de la salud, logrando mejorar las condiciones de vida de las familias.

Estudiar integralmente al paciente, efectuando diagnósticos oportunos y justificados para una canalización adecuada para un segundo y tercer nivel, evitando saturación innecesaria y molestias al paciente.

Por los motivos mencionados, se realizará este trabajo a las familias que acuden a recibir atención médica al consultorio 2 de la U.M.F. Juárez.



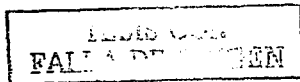
OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General.

Identificar las principales causas de morbilidad y de las características biosociales de la población adscrita al consultorio 2 de la U.M.F. Juárez, como requisito imprescindible para planificar los servicios de atención a la salud.

Objetivos Específicos.

- 1.- Determinar pirámide poblacional del consultorio 2 de la U.M.F. Juárez. (Especificar sexo, población infantil y mujeres en edad reproductiva).
- 2.- Definir las diez principales causas de enfermedad de acuerdo a la frecuencia.
- 3.- Especificar enfermedades crónicas de ambos sexos.
- 4.- Conocer el estado civil de las familias.
- 5.- Saber edad y sexo de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar.
- 6.- Precisar años de unión conyugal de las familias.
- 7.- Concretar el grado de escolaridad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar.
- 8.- Estipular el número de hijos de las familias a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar.
- 9.- Identificar el tipo de desarrollo de la familia.
- 10.- Definir el tipo de familia de acuerdo a su desarrollo.
- 11.- Ubicar el tipo de familia de acuerdo a la demografía.
- 12.- Conocer el tipo de composición de las familias.
- 13.- Determinar el ingreso mensual de las familias.
- 14.- Especificar la ocupación de los padres de familia.
- 15.- Identificar el ciclo vital de 4 las familias.



METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

RETROSPECTIVO

(revisión de expedientes y formatos SM-10-1) Hoja diaria de labores del Médico.

DESCRIPTIVO

Estudio sin establecer comparación.

TRANSVERSAL

Es aquella en que se examinó un grupo en un momento o durante un tiempo limitado.

OBSERVACIONAL

Presencia de un fenómeno sin modificaciones intencionalmente sus variables.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Familias derechohabientes adscritas al consultorio número 2 de la U.M.F. Juárez del I.S.S.S.T.E, en la Delegación Norte del Distrito Federal, en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2000.

TIPODE MUESTRA.

Total de la población para estudio demográfico y morbilidad, muestra aleatoria de 210.

GRUPOS DE ESTUDIO

-Grupos de casos:

-Familias adscritas al consultorio número 2 de la U.M.F. Juárez..

CRITERIOS DE INCLUSION.

-Que sean derechohabientes del ISSSTE.

-Que sean de la población adscrita al C-2 y que pertenezcan a la Colonia Roma.

-Que asistan a consulta a la U.M.F. Juárez.

-Ambos sexos.

-Que deseen cooperar en el estudio.

-Que hayan asistido a consulta médica en el periodo de enero a diciembre de 2000.

-Que las personas encuestadas sean mayores de 18 años.

-Hojas de reporte de las labores diarias del Médico durante el año de 2000.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

-Que no sean derechohabientes del ISSSTE.

-Que no pertenezcan a la población adscrita al consultorio 2 de la U.M.F. Juárez, de la colonia Roma.

-Que no asistan a la consulta médica a la U.M.F. Juárez.

-Que no deseen cooperar con el estudio.

-Que las personas encuestadas no sean mayores de 18 años..

-Que las personas encuestadas no tengan alteración psiquiátrica.

-Hojas de reporte de labores diarias del médico correspondientes a otros años.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Encuestas inadecuadamente contestadas.
Expedientes incompletos.
Rechazo familiar para contestar la encuesta.

INFORMACION A RECOLECTAR.

Formato SM-10-1 (Informe diario de labores del médico).

VARIABLES.

Para el censo de la población se utilizaron variables tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, con una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal para las segundas.

Las variables a estudiar en este caso son:

- Número total de individuos.
- Número total de individuos del sexo masculino.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número de individuos del sexo masculino por grupos etéreos.
- Número de individuos del sexo femenino por grupos etéreos.
- Para los grupos etéreos se establecen con un rango de cinco años.

Para el estudio de la comunidad: las variables a estudiar son fundamentalmente cualitativas en la escala nominal.

las variables a estudiar son las siguientes:

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

Para identificación de las causas de consulta la variable a estudiar:

Serán las propiedades más frecuentes de la población que asiste a consulta por grupos de edad y sexo, serán las variables de tipo cualitativo.

Los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo, así como los padecimientos crónicos degenerativos.

Método de captación de la información.

Mediante la recopilación del total de expedientes se realizó la pirámide poblacional. A través de la revisión del informe diario de labores del médico, utilizando el formato oficial (SM-10-1) se determinaron las causas principales de consulta, así como la frecuencia de las enfermedades crónico - degenerativas más atendidas.

A 318 familias se les aplicó entrevista personal (muestra aleatoria), utilizando el formato (Modelo sistemático, según Irigoyen Coria), que contempla 19 reactivos para identificar la estructura y tipología familiar, incluyendo número de hijos por familia, estado civil, años de unión conyugal, ocupación de los padres, ingresos, edad de los hijos, tipo de familia y etapa de ciclo vital.

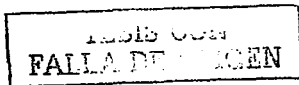
Consideraciones éticas

El trabajo realizado se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la Secretaría de Salud.

Los resultados proporcionados fueron manejados confidencialmente.

Para el Médico Familiar es importante conocer las principales causas de mortalidad de la población a la que atiende, así como la estructura familiar de la misma, para poder realizar este estudio se aplicará el Modelo Sistemático de Atención médica Familiar elaborado por el Dr. Irigoyen y Col. (MOSAMEF). (3)

El estudio de la familia debe darle continuidad a la atención y acción anticipatoria para llegar a realizar diagnósticos precoces en las diversas patologías, así como eficientes cuidados a la salud de las familias. (3)



RESULTADOS

Descripción de resultados.

Los resultados obtenidos del censo poblacional, las diez patologías más frecuentes e identificación familiar del consultorio 2 de la U.M.F. de la Clínica Juárez (Colonia Roma) fueron los siguientes:

Población total del censo poblacional; total 2765 (tabla y gráfica 1).

Población por sexo (Tabla y gráfica 2).

Sexo femenino total 1,717, con un 62.1 %.

Sexo masculino total 1,048 con un 37.9%

Distribución de la población por edades. Ambos sexos (Tabla y gráfica 3).

| | | |
|-------------------------------|-------|---------|
| Edad infantil de - 1 a 9 años | 863 | (31.2%) |
| Adolescentes de 10 a 19 años | 171 | (6.2%) |
| Adulto joven de 20 a 39 años | 1,147 | (41.5%) |
| Adulto maduro de 40 a 59 años | 478 | (17.3%) |
| Edad senil de 60 años o más | 106 | (3.8%) |

Distribución de mujeres en edad fértil: total 760 (tabla y gráfica 4).

| | | |
|-----------------|-----|---------|
| De 15 a 19 años | 112 | (14.8%) |
| De 20 a 24 años | 88 | (11.6%) |
| De 25 a 34 años | 179 | (23.5%) |
| De 35 a 39 años | 195 | (25.6%) |
| De 40 a 44 años | 186 | (24.5%) |

Distribución de las diez enfermedades de acuerdo al orden de frecuencia. Total 2765. (tabla y gráfica 5).

| | | |
|---------------------------------|-----|----------|
| Infecciones respiratorias altas | 697 | (24.3%) |
| H. A. S. | 631 | (22 %) |
| Diabetes Mellitus | 448 | (15.6 %) |
| Urosepsis | 212 | (7.4 %) |
| Colitis | 224 | (7.8 %) |
| Gastroenteritis | 290 | (10.1 %) |
| Vulvovaginitis | 281 | (9.8 %) |
| Enfermedades degenerativas | 34 | (1.2 %) |
| Enfermedad Ácido Péptica | 43 | (1.5 %) |
| Lumbalgias | 9 | (0.3 %) |

Estado civil de las familias a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. Total 318 (tabla y gráfica 6)

| | | |
|-----------------|-----|----------|
| Casados | 166 | (52.3 %) |
| Unión libre | 65 | (20.4 %) |
| Madres solteras | 41 | (12.8 %) |
| Separadas | 21 | (6.5 %) |
| Divorciados | 10 | (3.1 %) |
| Viudos | 12 | (3.8 %) |
| Padres solteros | 3 | (1 %) |

Unión conyugal de las familias. (Tabla y gráfica 7).

| | | |
|-----------------------|----|----------|
| De -1 a 1 años | 15 | (4.6 %) |
| De 1 a 4 años | 44 | 13.7 %) |
| De 5 a 9 años | 19 | (6.1 %) |
| De 10 a 14 años | 41 | (12.8 %) |
| De 15 a 19 años | 42 | (13.2 %) |
| De 20 a 24 años | 26 | (8.3 %) |
| De 25 a 29 años | 16 | (5.1 %) |
| De 30 a 34 años | 51 | (15.9 %) |
| De 35 a 39 años | 15 | (4.6 %) |
| De 40 a 44 años | 11 | (3.5 %) |
| De 45 a 49 años | 22 | (6.9 %) |
| Más de 50 años | 16 | (5.3 %) |

Edad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. (Tabla y gráfica 8)

| | | |
|------------------------|-----|----------|
| De 18 a 29 años | 46 | (14.5 %) |
| De 30 a 44 años | 133 | (41.8 %) |
| De 45 a 59 años | 71 | (22.3 %) |
| De 60 a 74 años | 56 | (17.6 %) |
| De 75 años o más | 12 | (3.8 %) |

I. Sexo de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. Total 318. (Tabla y gráfica 9)

| | | |
|-----------------|-----|----------|
| Femenino | 292 | (91.7 %) |
| Masculino | 26 | (8.3 %) |

J. Escolaridad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. (total 318. (Tabla y gráfica 10)

| | | |
|--------------------------------|----|----------|
| No sabe leer ni escribir | 2 | (0.7 %) |
| Primaria | 68 | (21.3 %) |
| Secundaria | 46 | (14.6 %) |
| Técnicos | 80 | (25.2 %) |
| Preparatoria | 75 | (23.5 %) |
| Universidad | 47 | (14.7 %) |

K. Zona de influencia habitacional de las familias a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar. Total 318. (Tabla y gráfica 11).

| | | |
|--------------------|-----|---------|
| Colonia Roma | 318 | (100 %) |
|--------------------|-----|---------|

Número de hijos de las familias. Total 1,123. (Tabla y gráfica 12).

| | | |
|------------------------------|-----|----------|
| Hijos de hasta 10 años | 207 | (18.4 %) |
| De 11 a 19 años | 295 | (26.3 %) |
| De 20 o más años. | 621 | (55.3 %) |

Desarrollo de las familias Total 318. (Tabla y Gráfica 13)

Moderna ----- 209 (65.8 %)
Tradicional ----- 109 (34.2 %)

Demografía de las familias. Total 318. (Tabla y gráfica 14)

Urbana ----- 303 (95.4 %)
Semiurbana ----- 15 (4.6 %)

Composición de las familias. Total 318. (Tabla y gráfica 15)

Nuclear (Padre, Madre, Hijos) ----- 249 (78.3 %)
Extensa (Padre, Madre, Hijos y fam. consanguinea) 67 (21.2 %)
Compuesta (Padre, Madre, Hijos fam. Consanguineos y no consanguineos)2 (0.5%)

Ingreso mensual de las familias. Total 318. (Tabla y gráfica 16)

Menor a un salario mínimo ----- 26 (8.3 %)
De 1 a 2 salarios mínimos ----- 221 (69.5 %)
De más de 3 salarios mínimos ----- 71 (22.2 %)

Ocupación de los padres de familia. Total 318 (Tabla y gráfica 17)

Técnicos ----- 103 (32.3 %)
Oficio ----- 41 (12.8 %)
Profesional ----- 84 (26.5 %)
Jubilados ----- 48 (15.2 %)
Pensionados ----- 42 (13.2 %)
Desempleados ----- 0

Etapas de ciclo vital de las familias. Total 318. (Tabla y gráfica 18)

Expansión ----- 78 (24.4 %)
Dispersión ----- 112 (35.1 %)
Independencia ----- 51 (16.2 %)
Retiro ----- 77 (24.3 %)
Expansión ----- 78 (24.4 %)

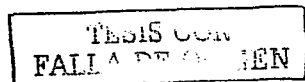
TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1

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

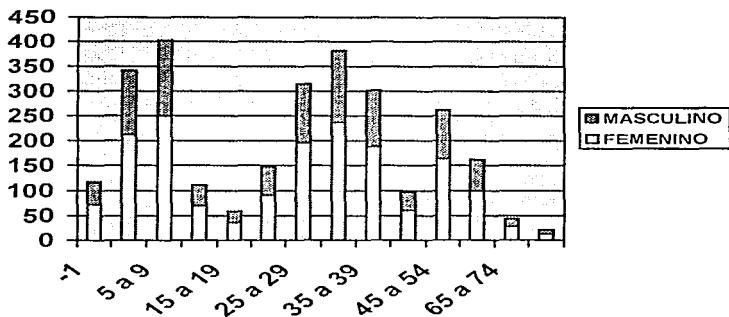
| GRUPO DE EDAD | SEXO FEMENINO | % FEMENINO | SEXO MASCULINO | % MASCULINO | TOTAL | % TOTAL |
|---------------|---------------|------------|----------------|-------------|-------|---------|
| - de 1 | 73 | 2.6 | 45 | 1.6 | 118 | 4.2 |
| 1 a 4 | 212 | 7.7 | 130 | 4.7 | 342 | 12.4 |
| 5 a 9 | 250 | 9.1 | 153 | 5.5 | 403 | 14.6 |
| 10 a 14 | 70 | 2.6 | 42 | 1.5 | 112 | 4.1 |
| 15 a 19 | 37 | 1.3 | 22 | 0.8 | 59 | 2.1 |
| 20 a 24 | 92 | 3.4 | 56 | 2 | 148 | 5.4 |
| 25 a 29 | 196 | 7.1 | 119 | 4.3 | 315 | 11.4 |
| 30 a 34 | 237 | 8.6 | 145 | 5.2 | 382 | 13.8 |
| 35 a 39 | 188 | 6.8 | 114 | 4.1 | 302 | 10.9 |
| 40 a 44 | 61 | 2.2 | 37 | 1.3 | 98 | 3.5 |
| 45 a 49 | 101 | 3.7 | 61 | 2.2 | 162 | 5.9 |
| 50 a 54 | 60 | 2.2 | 37 | 1.3 | 97 | 3.5 |
| 55 a 59 | 75 | 2.7 | 46 | 1.7 | 121 | 4.4 |
| 60 a 64 | 25 | 1 | 16 | 0.6 | 41 | 1.6 |
| 65 a 69 | 16 | 0.6 | 9 | 0.3 | 25 | 0.9 |
| 70 a 74 | 12 | 0.3 | 7 | 0.1 | 19 | 0.4 |
| 75 a 79 | 10 | 0.4 | 6 | 0.2 | 16 | 0.6 |
| 80 ó + | 3 | 0.1 | 2 | 0.1 | 5 | 0.2 |
| TOTAL | 1718 | 63.4 | 1047 | 37.5 | 2765 | 100 |

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-2 de la U.M.F. Juárez. Dra. Hilda Castañeda F.



Gráfica 1

PIRAMIDE POBLACIONAL



Fuente: Censo poblacional de los expedientes del C-2 de la U.M.F. Juárez Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 2

POBLACION POR SEXO

| GRUPO DE EDAD | SEXO FEMENINO | SEXO MASCULINO | TOTAL |
|---------------|---------------|----------------|-------|
| TOTAL | 1718 | 1047 | 2765 |
| % | 63.4 | 37.6 | 100 |

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clinicos del C-2 de la U.M.F. Juárez.
Dra. Hilda Castañeda F.

Gráfica 2

POBLACION POR SEXO



Fuente: Censo poblacional de los expedientes clinicos del C-2 de la U. M. F. Juárez.
Dra. Hilda Castañeda F.

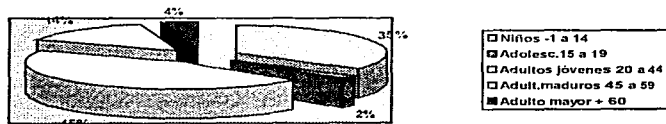
Tabla 3

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE AMBOS SEXOS.

| R A N G O | T O T A L | % |
|-------------------------|-----------|-----|
| Niños de - 1 a 14 años | 975 | 35 |
| Adolescentes 14 a 19 | 59 | 2 |
| Adultos jóvenes 20 a 44 | 1245 | 45 |
| Adultos maduros 45 a 59 | 380 | 14 |
| Adulto mayor + 60 | 106 | 4 |
| T O T A L | 2765 | 100 |

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-2 de la U; M: F. Juárez.
Dra. Hilda Castañeda F.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE AMBOS SEXOS



Gráfica 3

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-2 de la U; M: F. Juárez.
Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 4

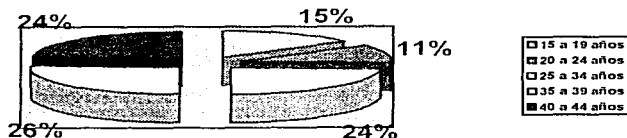
DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

| GRUPO DE EDAD | SÉXO FEMENINO | % |
|------------------|------------------|------------|
| 15 a 29 años | 112 | 15 |
| 20 a 24 años | 88 | 11 |
| 25 a 34 años | 179 | 24 |
| 35 a 39 años | 195 | 26 |
| 40 a 44 años | 186 | 24 |
| T O T A L | 760 | 100 |

Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-2 de la U. M. F. Juárez.
Dra. Hilda Castañeda F.

Gráfica 4

DISTRIBUCION DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA ENTRE 15 y 45 AÑOS.



Fuente: Censo poblacional de los expedientes clínicos del C-2 de la U. M. F. Juárez.
Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 5

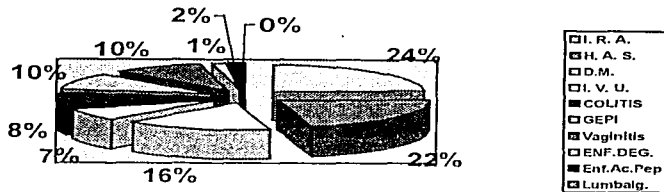
DISTRIBUCION DE LAS DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO ORDEN DE FRECUENCIA

| ENFERMEDADES | TOTAL | % |
|---------------------------|-------|------|
| Infecciones Respiratorias | 672 | 24.3 |
| Hipertensión arterial | 608 | 2.2 |
| Diabetes | 431 | 15.6 |
| Urosepsis | 205 | 7.4 |
| Colitis | 216 | 7.8 |
| Gastroenteritis | 279 | 10.1 |
| Vulvovaginitis | 270 | 9.8 |
| Enf. Degenerativas | 33 | 1.2 |
| Enf. Ácido Péptica | 41 | 1.5 |
| Lumbalgias | 8 | 0.3 |
| TOTAL | 2765 | 100 |

Fuente: Hoja diaria del médico, enero a diciembre de 2000, del C-3 de la U. M. F. Juárez, Dra. Hilda Castañeda F.

Gráfica 5

DISTRIBUCION DE LAS DIEZ ENFERMEDADES DE ACUERDO ORDEN DE FRECUENCIA



Fuente: Hoja diaria del médico, enero a diciembre de 2000 del C-2 de la U: M: F: Juárez. Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 6
ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

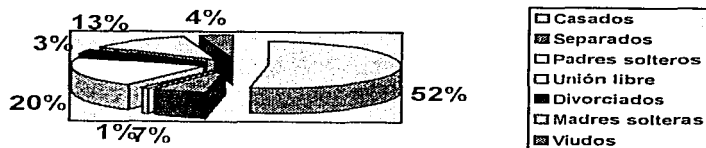
| ESTADO CIVIL | FAMILIAS | % |
|-----------------|----------|------|
| Casados | 166 | 52.3 |
| Separados | 21 | 6.5 |
| Unión libre | 65 | 20.4 |
| Madres solteras | 41 | 12.8 |
| Divorciados | 10 | 3.2 |
| Viudos | 12 | 3.8 |
| Padres solteros | 3 | 1 |
| TOTAL | 210 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 durante enero a diciembre 2000. a la U: M: F: Juárez. Dra. Hilda Castañeda F.

TESIS CON
FALLA DE JUREN

Gráfica 6

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



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a pacientes que acuden al C-2 de la U: M: F: Juárez, periodo de enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

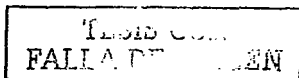
TESIS CON
FALLA DE JUREN

Tabla 7

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

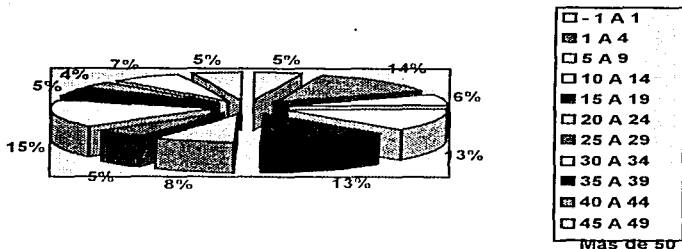
| AÑOS | TOTAL | % |
|----------------|------------|------------|
| Menos de 1 a 1 | 15 | 4.6 |
| De 1 a 4 | 44 | 13.7 |
| De 5 a 9 | 19 | 6.1 |
| De 10 a 14 | 41 | 12.8 |
| De 15 a 19 | 42 | 13.2 |
| De 20 a 24 | 26 | 8.3 |
| De 25 a 29 | 16 | 5.1 |
| De 30 a 34 | 51 | 15.9 |
| De 35 a 39 | 15 | 4.6 |
| De 40 a 44 | 11 | 3.5 |
| De 45 a 49 | 22 | 6.9 |
| De 50 o más | 16 | 5.3 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U: M: F: Juárez. De enero a diciembre de 2000 Dra. Hilda Castañeda F.



Gráfica 7

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



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U; M: F: Juárez.
 Periodo de enero a diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 8

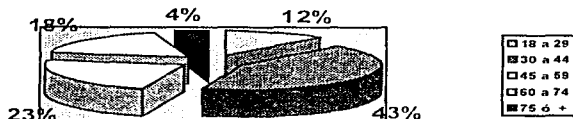
EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACION

| EDAD | TOTAL | % |
|-----------------|------------|------------|
| DE 18 A 29 AÑOS | 46 | 11.3 |
| DE 30 A 44 AÑOS | 133 | 41.8 |
| DE 45 A 59 AÑOS | 71 | 22.3 |
| DE 60 A 74 AÑOS | 56 | 17.6 |
| DE 75 O + AÑOS | 12 | 3.8 |
| TOTAL | 210 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U; M: F: Juárez.
 Periodo de enero a diciembre de 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

Gráfica 8

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



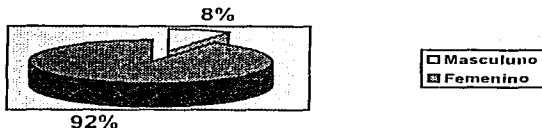
Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez
 Período de enero a diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 9
 SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

| SEXO | TOTAL | % |
|-----------|-------|------|
| Femenino | 292 | 91.7 |
| Masculino | 26 | 8.3 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período de enero a diciembre de 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

**SEXO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ
LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
Período de enero a diciembre 2000 Dra. Hilda Castañeda F.

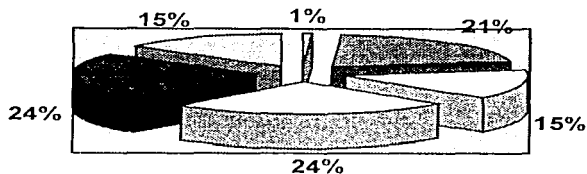
Tabla 10

**ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA
DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**

| ESCOLARIDAD | TOTAL | % |
|--------------------------|-------|------|
| No sabe leer ni escribir | 2 | 0.7 |
| Primaria | 68 | 21.3 |
| Secundaria | 46 | 14.6 |
| Técnicos | 80 | 25.2 |
| Preparatoria | 75 | 23.5 |
| Universidad | 47 | 14.7 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar, aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
Período de enero a diciembre 2000 Dra. Hilda Castañeda F.

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



| | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir | <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Secundaria |
| <input type="checkbox"/> Técnicos | <input type="checkbox"/> Preparatoria | <input type="checkbox"/> Universidad |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
Período de enero a diciembre, 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

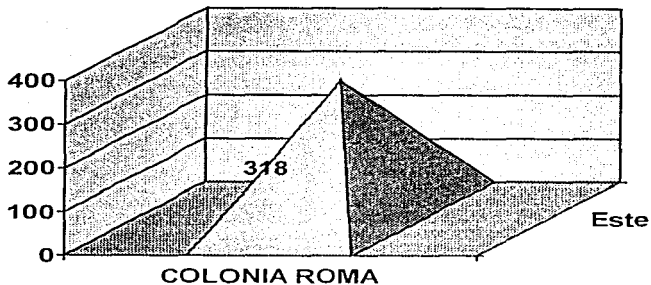
Tabla 11

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

| DOMICILIO | TOTAL | % |
|--------------|-------|-----|
| Colonia Roma | 318 | 100 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
Período enero a diciembre 2000.
Dra. Hilda Castañeda F.

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



□ Este

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.

Período: Enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 12

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

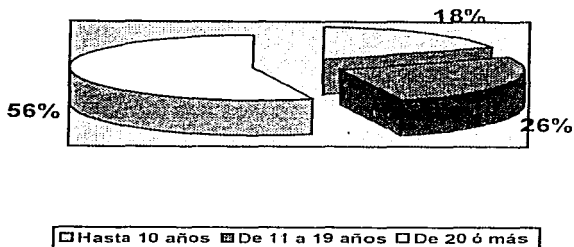
| NÚMERO DE HIJOS | TOTAL | % |
|-----------------|-------|------|
| Hasta 10 años | 207 | 18.4 |
| De 11 a 19 años | 295 | 26.3 |
| De 20 o más | 621 | 55.3 |
| TOTAL | 1123 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.

Período: Enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

Gráfica 12

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



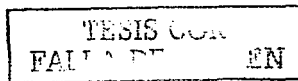
Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período : Enero a Diciembre, 2000. Hilda Castañeda F.

Tabla 13

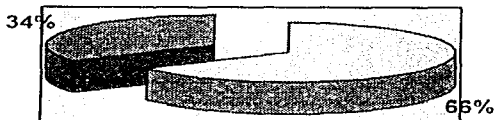
TIPO DE FAMILIA
 DESARROLLO DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

| TIPO DE FAMILIA | T O T A L | % |
|-----------------|-----------|------|
| Moderna | 209 | 65.8 |
| Tradicional | 109 | 34.2 |
| T O T A L | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período: Enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.



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



□ Moderna ■ Tradicional

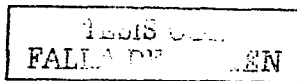
Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período: Enero a Diciembre 2000 Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 14

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

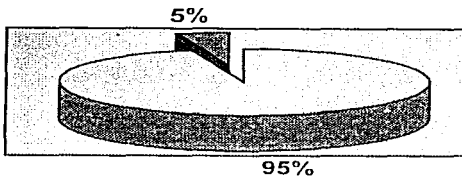
| DEMOGRAFIA | TOTAL | % |
|-------------|-------|------|
| Urbana | 303 | 95.4 |
| Semirurbana | 15 | 4.6 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período: Enero a diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.



Gráfica 14

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



□ Urbana ■ Semiurbana

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.

Período: Enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

Tabla 15

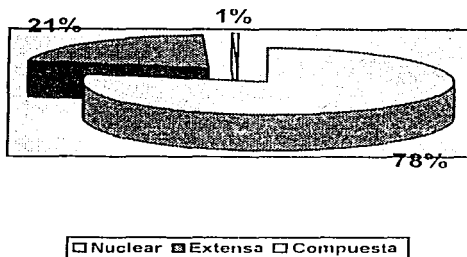
**TIPO DE FAMILIA
COMPOSICION DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO
LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR**

| COMPOSICION | TOTAL | % |
|--------------|------------|------------|
| Nuclear | 249 | 78.3 |
| Extensa | 67 | 21.2 |
| Compuesta | 2 | 0.5 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.

Período: Enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

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



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período: Enero a Diciembre, 2000 Dra. Hilda Castañeda F

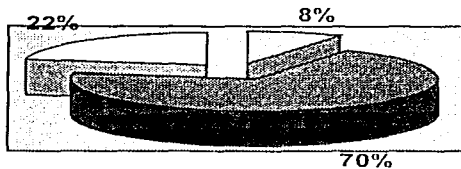
Tabla 16

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

| INGRESO MENSUAL | T O T A L | % |
|---------------------------|-----------|-------|
| Menos de 1 salario mínimo | 2 6 | 8.3 |
| 1 a 2 salarios mínimos | 2 2 1 | 69.5 |
| 3 o más salarios mínimos | 7 1 | 22.2 |
| T O T A L | 3 1 8 | 1 0 0 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período: Enero a Diciembre 2000 Dra. Hilda Castañeda F.

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



Menor a un salario mínimo De 1 a 2 salarios 3 o más salarios

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez

Período: Enero a Diciembre 2000 Dra. Hilda Castañeda F.

TESIS COMPLETADA
FALLA DE IDENTIFICACION

Tabla 17

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

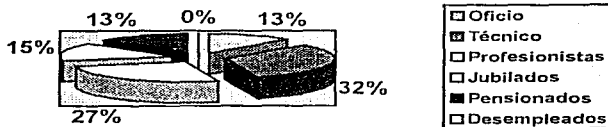
| OCUPACION | TOTAL | % |
|----------------|-------|------|
| Oficio | 41 | 12.8 |
| Técnico | 103 | 32.3 |
| Profesionistas | 84 | 26.5 |
| Jubilados | 48 | 15.2 |
| Pensionados | 42 | 13.2 |
| Desempleados | 0 | 0 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.

Periodo: Enero a Diciembre 2000 Dra. Hilda Castañeda F.

Gráfica 17

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



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.

Periodo: Enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

TESIS
FALLA DE EN

Tabla 18

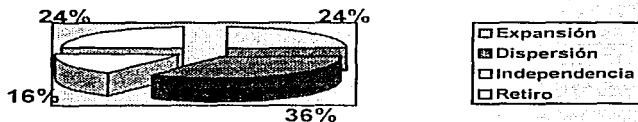
ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICO LA FICHA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

| ETAPA | TOTAL | % |
|---------------|------------|------------|
| Expansión | 78 | 24.4 |
| Dispersión | 112 | 35.1 |
| Independencia | 51 | 16.2 |
| Retiro | 77 | 24.3 |
| TOTAL | 318 | 100 |

Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez
 Período: Enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

Gráfica 18

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



Fuente: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al C-2 de la U. M. F. Juárez.
 Período: enero a Diciembre 2000. Dra. Hilda Castañeda F.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En base a los resultados obtenidos y descritos anteriormente de la población adscrita al consultorio número 2 de la U. M. F. JUAREZ mencionaremos que:

La población total en estudio fue de 2765 derechohabientes, siendo el 62.1 % del sexo femenino y 37.9 % del sexo masculino siendo mayor el primero.

La población infantil detectada fue de 31.2 % de los menores de un año a 9 años.

En la Delegación CUAUHTEMOC según el último censo poblacional de 1995, corresponde el 52.9 % a la población Femenina y el 47.1 % a la población Masculina. Correspondiendo un 9.3 % a la población infantil menor de 9 años.

Las mujeres en edad reproductiva que se detectó fue de 760 derechohabientes con un 44.2 % de la población total del censo del consultorio, eligiendo ellas el método de planificación familiar de mayor demanda la Salpingoclasia.

En el año 2000 se otorgaron 1087 consultas para planificación familiar más 879 nuevas usuarias otorgándoseles los diferentes métodos de planificación consistentes con el DIU, Anticonceptivos Orales, Inyectables en menor demanda, distribuyéndose continuamente preservativos sobre todo en adolescentes.

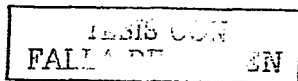
Los adolescentes entre los 10 a 19 años ocupan el 6.2 % de la población de los hijos derechohabientes, catalogándose como población adulta a los mayores de 19 años, con un porcentaje de 62 %, correspondiente el 3.8 % a los mayores de 60 años (Adulto mayor).(33)

La población de menores de 14 años corresponde 31.35 %, siendo la población a la que se realiza continuamente medidas preventivas de enfermedades, dirección psicológica, etc. Según los estudios de Esteves González. (34)

La población adolescente es la más baja, ocupa el 2 % de la población estudiada, siendo su asistencia al servicio muy baja y sólo los que acuden al servicio es por que presentan problemas de embarazo, drogadicción ó enfermedades de transmisión sexual. (35)

Los pacientes de la 3ª. Edad ocupan el 4 %, siendo en su mayoría jubilados y pensionados, presentando problemas crónico degenerativos lo que nos permite realizar trabajos de control y manejo adecuado de sus patologías. (36, 11)

Dentro de la población estudiada se detecto un 0.7 % de pacientes que no saben leer ni escribir, y de acuerdo a su escolaridad el porcentaje más alto fue de 25.2 % con ocupación de Técnicos (educación media) seguido de un 23.5% con estudios de Preparatoria, y en sucesión el 21.3 % sólo con primaria, correspondiente sólo el 14.7 % con carrera Profesional.



De acuerdo a los ingresos económicos, se detectó que el 8.3 % perciben un salario mínimo, correspondiendo el más alto de un 69.5 % a los que perciben de 1 a 2 salarios mínimos y el 22.2 % con 3 o más salarios mínimos atribuyéndose esto a que la pareja trabaja para mejorar su calidad de vida.

Las familias encuestadas se encuentran dentro de una población urbana con un 95.4 %, correspondiendo a un 4.6 % a la familia semi urbana, contándose con los servicios básicos públicos.

Según el tipo de familia en desarrollo ocupa el primer lugar con un 65.8 % a la familia moderna y un 34.2 % a la familia tradicional.

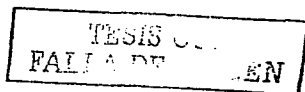
Con respecto a la etapa del ciclo vital la familia dispersa ocupa el primer lugar con un 35.1 % sobrepasando en esta etapa la edad de formación académica de los hijos. - El 24.4 % lo ocupa la familia en etapa de expansión y en etapa de independencia lo ocupan un 16.2 % con un 24.3 % la familia en fase de retiro.

La composición familiar ocupa un 78.3 % de la familia nuclear, la extensa un 21.2 % y la compuesta le corresponde un porcentaje muy bajo de 0.5 %, siendo el prototipo de la familia mexicana la familia nuclear. (1) (21)

El estado civil de las familias encuestadas corresponde el más alto con un 52.3 % Casados, en segundo lugar con un 20.4 % familias que viven en unión libre, encontrándose un 12.8 % de Madres Solteras con aún un porcentaje bajo con un 3.2 % de Divorcios y un 6.5 % de parejas separadas.

La morbilidad de nuestra población es muy semejante a la global del Distrito Federal Ocupando el primer lugar Las Enfermedades Respiratorias con un 24.3 %, las Crónicas Degenerativas en segundo lugar con un 22 % las Hipertensión Arterial y un 15.6 % la Diabetes Mellitus, ocupando el cuarto lugar con un 10.1% la Gastroenteritis, siendo los grupos más susceptibles los extremos de la vida en la edad pediátrica y en la edad mayor, por lo que se llevan a cabo campañas de vacunación contra Pñeumococo y la Influenza para producir más resistencia a estas enfermedades. (34)

Realizándose el análisis con los resultados obtenidos es de vital importancia, incrementar las campañas de protección infecto-contagiosa, de planificación familiar, sobre todo en la edad adolescente, el uso del preservativo en los jóvenes el apoyo a los pacientes de la edad Senil para ser más tolerantes a sus enfermedades Crónicas-Degenerativas, dando continuidad a todos los niveles familiares y continuar en Promoción de la Salud en forma conjunta con el Equipo de Salud.



CONCLUSIONES

En la Clínica Juárez Unidad de Medicina Familiar, en la consulta externa y en el Consultorio 2 se toma en cuenta la estructura familiar realizándose en forma continua el censo poblacional, y la Morbi-Mortalidad de los derechohabientes que acuden al servicio.

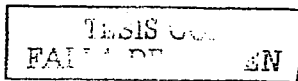
La población estudiada mostró un porcentaje mayor en pacientes de sexo femenino, siendo el Adulto joven el porcentaje mayor con una población infantil también con un porcentaje alto.

Las principales causas por las que acudieron los pacientes a consulta fueron las enfermedades respiratorias, la hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus, la Gastroenteritis siendo las que ocupan el primer lugar de atención.

Se detectó que el Matrimonio sigue siendo la base fundamental de la familia, con una formación familiar de tipo nuclear, con una demografía urbana, moderna y un ciclo vital de las familias en expansión.

Encontramos un nivel socioeconómico solvente con menos del 1 % de analfabetismo esto equivale al esfuerzo del gobierno federal para que acudan a la Educación Básica.

El papel del Equipo de Salud es educar a la población en general en cada etapa de la vida de la derecho habientes para ofrecer una mejor calidad de vida, prevenir enfermedades Infectocontagiosas y Crónico Degenerativas, lo que permitirá disminuir la Morbi - mortalidad. Siendo el Médico Familiar el de primer contacto ante cualquier padecimiento agudo ó crónico que presenten los derechohabientes.
Motivo por el cual se requiere actualización continua, programas para grupos de pacientes, etc.



SUGERENCIAS

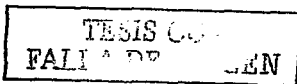
El papel principal que el Médico Familiar debe ser encaminado a la educación del paciente, para poder ofrecer el conocimiento de sus enfermedades para lograr una mejor calidad de vida, así como la prevención de las enfermedades que se originen Genéticamente o adquiridas en la comunidad, para evitar complicaciones. Por lo que es recomendable organizar junto con el equipo de salud (Trabajo Social, Enfermería, Odontología y Medicina Preventiva) conjuntamente con los derechohabientes el manejo integral de la familia.

Por lo anterior expuesto, es necesario contar con lo siguiente:

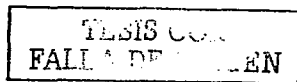
- A. Recursos materiales mínimos necesarios, Una farmacia bien surtida sin faltantes y un servicio de Laboratorio y R X rápido y eficiente.
- B. Interés en el personal de Trabajo Social para prevenir oportunamente las enfermedades que lo requieren para su seguimiento a través de las visitas domiciliarias, talleres y pláticas con los derechohabientes.
- C. Personal de Enfermería capacitado para trabajo de campo para supervisión y seguimiento de las pacientes en control de Planificación Familiar.
- D. Realizar trabajo conjuntamente con el Epidemiólogo sobre las enfermedades infecto contagiosas de la comunidad, infecciones de transmisión sexual y la prevención de las enfermedades por medio de vacunación de acuerdo a la época del año.
- E. Manejar un archivo directo en cada Consultorio de la población capturada para agilizar el tiempo de consulta y brindar más tiempo a cada paciente ya que la repartición de los expedientes es lento y se pierde mucho tiempo en la espera., lo que disminuiría el número de quejas.

BIBLIOGRAFIA

1. Jack H. Mandalie. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. Editorial Limusa. Pág. 137-325.
2. C. Jiménez Mena. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud, según grupos de edad. Revista de atención primaria, 1992. Pág. 269-272.
3. Irigoyen Coria A., Romero Vázquez A., Medina Nava M. Clasificación de familias y prioridad a investigar en medicina familiar. Revista médica del I.M.S.S., 1991. Pág. 365-368.
4. Ferr L. W., Frenk J., Ordoñez C., Paginini J. M., Starfield B.- Aspectos Programáticos de la atención primaria de la salud a nivel nacional e internacional. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1992. Pág. 5-7.
5. Delgado A., López Fernández, L. A. La participación comunitaria; una revisión necesaria. Atención primaria 1992; Pág. 457-459.
6. Fajardo Ortiz G. El precio de la salud. Gaceta Médica de México, 1992. Pág. 483-493.
7. Huntley R. R. Epidemiología de la medicina de la Familia. Editorial Organización Panamericana de la Salud. 1992. Pág. 295-301.
8. Martín Z. Cano P.J. Actividades y prevención de la salud en las consultas de atención primaria. Revista atención primaria. Octubre 1994. Pág. 661-675.
9. Lior C. Solanellas J. Implicaciones terapéuticas de la resistencia de los Neumococos a la penicilina. Revista atención primaria. Volumen 18, número 3, Julio-Agosto 1992. Pág. 66 y 423.
10. Iruela T., Juconsa S. Factores que influyen en el seguimiento de los hipertensos. Revista atención primaria. Vol. 17, No. 5, marzo 1996. Pág. 333-337.
11. Díaz N. L., Galán C. S. Grupo de autocuidado de Diabetes Mellitus tipo II. Revista Salud Pública en México. Vol. 35 No. 2, marzo abril, 1993. Pág. 164-172.
12. Tsang L. Actualización sobre Osteoartritis. Revista Internacional de Medicina Familiar. Vol. 3, No. 2, junio 1991. Pág. 212-216.
13. Irigoyen Coria. Fundamentos de medicina familiar, 15a. Edición, 1998. Pág. 4-7.
14. C. Levis Strauss. La familia. Editorial Hoerné. Buenos Aires. 1993. Pág. 654-670.
15. Ian R. Mc Whinney. Medicina de Familia. Editorial Mosby/Doyma. Libros.
16. Leñero otro I. Presentación y avance de los resultados de una investigación nacional. Editorial Fondo de Cultura Económica. México 1978.
17. Wall Me. Medicina de la familia. La disciplina, especialidad y el médico en medicina de familia, 1991. Pág. 3-9.
18. Ibarra Aspuro Fernando. Aspectos Éticos de la familia Mexicana. Editorial Limusa 1988. Pág. 345-370.
19. Chávez. Instrumentos de abordaje para el Estudio Integral de la Salud Familiar. Revista Mexicana. Med. Fowlior. Pág. 47-67.
20. Narváz Pinto M. La Familia Mexicana. Revista de Medicina Familiar, 1990. Pág. 50-60.



21. Álvarez Alba Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. Manual Moderno. Segunda Edición 1988. Pág. 44-49.
22. Moreno Altamirano C. Epidemiología Clínica. Editorial Interamericana. 1992. Pág. 11, 30.
23. Hernán San Martín. Tratado General de Salud. Prensa Médica Mexicana. Pág. 3-9, 14-25 y 83-89.
24. J. N. Morris. Aplicaciones de la Epidemiología. Editorial Salvat. Pág. 33-74.
25. J. Rodríguez Morúa, P. Ruiz Jauregizurria. Cumplimiento de actividades de prevención de salud en las de atención primaria. Vol. 13, 1994. Pág. 39-41.
26. A. Martín Zurro C. Brotons Cuixart. Actividades de prevención de la salud primaria. Número 5, 1993. Pág. 665-675.
27. D. J. P. Barker G. Rose Epidemiología en la práctica Médica. Editorial Salvat. Pág. 99-110.
28. Fletcher H. Robert. Epidemiología Clínica. Ediciones Consulta. Pág. 157-171.
29. Dubos René. Hombre, Medicina y Ambiente. Editorial Monte Ávila 1992. Pág. 109-141.
30. W. H. Grenn. Educación para la Salud. Editorial Interamericana, 1998. Pág. 151-307.
31. S. Benenson Abraham. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Editorial O. M. S. Pág. 89-94.
32. Irigoyen – Coria, Gómez – Clavelina, Jaime – Alarid, Hernández - Ramírez, Farfán – Salazar, Fernández – Ortega, Mazon – Ramírez. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1995.
33. Ehrenfeld N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Revista de salud Pública en México. Abril 1993. Pág. 154-160.
34. M. D. Estévez González, J. L. Doreste Alonso. Hábitos alimentarios de la población infantil de un distrito en la Isla Canaria. Rev. Atención Primaria. Vol. 14, Número 10, Dic. 1994. Pág. 77-87.
35. 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 Médica Primaria. Vol. 16 número 10, diciembre 1995. Pág. 94-100.
36. D. J. P. Barker G. Rose. Epidemiología en la práctica Médica. Editorial Salvat. Pág. 99-100.
37. Escobedo P. J. La diabetes mellitus y la transición de la atención a la salud. Revista Salud Pública en México. Vol. 37, No. 1. Enero-Febrero 1995. Pág. 37-46.
38. Raymonds Greenberg. Epidemiología lógica clínica. Editorial Limusa, 1992. Pág. 1-17.



ANEXOS
IDENTIFICACION FAMILIAR

- I Familia _____
-Estado Civil
-Casados ()
- Unión Libre ()
- II Años de unión conyugal _____
- III Edad: _____
- IV Sexo: M F
V Escolaridad: _____
- VI Domicilio: _____
- VII Edad del Padre: _____
- VIII Edad de la Madre: _____
- XI Número de Hijos (hasta de 10 años de edad): _____
- X Número de Hijos (de 11 a 19 años de edad): _____
- XI Número de Hijos (de 20 ó mas años de edad): _____
- TOTAL : _____

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

- | | | | |
|---------------------|-----------------|--------------------|----------------|
| Desarrollo: | Moderna () | Demografía: | Urbana () |
| | Tradicional () | | Semiurbana () |
| Composición: | Nuclear () | | |
| | Extensa () | | |
| | Compuesta () | | |

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

Ocupación de los Padres de la Familia

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

Observaciones:

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACIÓN



Instituto de Seguridad y
Servicios Sociales para los
Trabajadores del Estado

Subdirección General Médica

| | | |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|

Informe Diario de Labores del Médico

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

Para Substituciones:

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

59

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

TESIS CON
FALLA DE ENTEN

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA

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

60

TESIS
 FALLA DE
 EN

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

Fecha