

11226
3ej
216



**INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL**



T E M A
**FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU
REPERCUSION EN LA SALUD
INDIVIDUAL**

TESIS RECEPCIONAL

P R E S E N T A D A P O R E L

DR. JOSE LUIS PEREZ MENDEZ

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO
COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR POR
LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

PUEBLA,

**PUE. TESIS CON
FALLA DE CL. 673**

ENERO DE 1984



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.

I N D I C E .

INTRODUCCION.....	1
HISTORIA.....	11
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	111
GENERALIDADES.....	1V
MATERIAL.....	V
METODO.....	VI
RESULTADOS.....	VII
CONCLUSIONES.....	VIII
RESUMEN.....	IX
BIBLIOGRAFIA.....	X

1. INTRODUCCION

Las influencias sociales y culturales en la salud individual constituyen conceptos importantes para el médico familiar. Salud y enfermedad e incluso valor de la vida humana son conceptos moldeados por la matriz sociocultural dentro de la que ocurren. Cada paciente vive en una sociedad y en una cultura de la que es parte y la cual influye en su salud general, mental y física. Cada médico es también parte de su cultura y sociedad, sus actitudes y métodos profesionales son influidos por la aceptabilidad de sus acciones, sus pacientes y su grupo de colegas. La importancia de los objetivos sanitarios, prestigio de las profesiones sanitarias y necesidad de atención hospitalaria están sujetos a necesidades y definiciones de la sociedad, puesto que la salud es un valor inapreciable.

El médico que está enterado de que la resistencia del paciente se basa en factores socioculturales y que sabe la importancia de las relaciones familiares, estará en mejores condiciones de complementar un plan adecuado de actividad progresiva.

Lipkin y colaboradores sugieren que el médico debe considerar factores fisiopatológicos, psicológicos, sociales y culturales en diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

Por lo que se hace necesario tener un panorama de los factores socioculturales que puedan tener repercusión en la salud de nuestra población derechohabiente.

En el presente trabajo pretendo demostrar la realidad que priva en un grupo de 100 derechohabientes, adscritos a la unidad de medicina familiar número dos del I.M.S.S. en la Cd. de Puebla, Pue. Por lo que pongo a su consideración los resultados obtenidos en esta investigación.

11. HISTORIA

La revolución socio-cultural que caracteriza a nuestro tiempo ha incitado desconfianza y temor entre las naciones, ha alterado el aspecto de la vida familiar y ha perturbado pautas establecidas en el individuo, la familia y la comunidad. Ninguna parte de la tierra, ninguna persona, ninguna comunidad está inmune ante ésta revolución. Los seres humanos y las relaciones humanas se han hundido en un estado de agitación mientras la máquina avanza mucho más allá de la sabiduría del hombre acerca de sí mismo. La disminución del espacio y la apretada intimidad de las gentes que viven en culturas antagónicas reclama una nueva visión de las relaciones del hombre y su sociedad.

Las cuestiones actuales sobre la salud física y mental no conciernen solo a la persona enferma, comprometen la estructura entera de la comunidad y están profundamente afectadas por la crisis mundial contemporánea.

En un medio que está cambiando continuamente, inestable, impredecible, sentimos el peligro. Aunque un criterio básico de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa, esa percepción es realmente muy difícil en nuestro escenario social rápidamente cambiante. Nadie sabe qué está pasando o qué debe esperar.

En las trastornadas relaciones entre la persona y el ambiente la primera clase de defensa es encontrar una solución realista para el conflicto, una solución que preserve y mejore el desarrollo personal.

En un estudio hecho durante un periodo de veinte años se observó que hay un grado alto de relación entre los cambios de salud y las crisis de la vida. Al estudiar los patrones de la enfermedad de los pacientes durante éste periodo de tiempo se pudo apreciar qué: 1) Las enfermedades no aparecen al azar; 2) ocurren a---cúmulos de enfermedades durante los periodos en que la persona ---siente dificultades para adaptarse a las demandas de su ambiente total, en relación con sus propias necesidades; 3) el fenómeno de acu---mulación de enfermedades ocurre sin tomar en cuenta la frecuencia -

de las enfermedades individuales; 4) los que sufren un número mayor de enfermedades tienen una variedad amplia tanto de enfermedades mayores como menores, que son paralelas entre sí y que abarcan varios sistemas orgánicos; 5) hay paralelismo entre las enfermedades físicas y los trastornos de humor, pensamiento y conducta sin tomar en cuenta naturaleza y causa de la enfermedad.

111. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En 1935 L.J. Henderson, médico y fisicoquímico estudio la interacción entre médico y paciente. En una sociedad compleja como la de los Estados Unidos de Norteamérica hay subgrupos que se relacionan con diferencias étnicas, raciales, religiosas y sociales. Cuando coexisten grupos socioculturales heterogéneos, casi de manera inevitable se encuentra abrumada por problemas sociales complejos y problemas personales que repercuten en la salud individual.

En un estudio de las reacciones étnicas al dolor en pacientes hospitalizados, judíos e italianos tenían más componente emocional en su respuesta al dolor que en las personas identificadas como "norteamericanos viejos". Los norteamericanos viejos fueron más estoicos y tendieron más a adoptar el papel de observador no emocionado que podía notificar las sensaciones de manera objetiva, por otra parte, las personas de ascendencia irlandesa negaron más a menudo la existencia de dolor.

Las diferencias culturales y las dificultades de comunicación se identifican más aún en un estudio hecho a los indios navajos en el MANY HEALTH PROJECT.

En un estudio de 2000 personas se observó que 21 % de los pacientes de las clases socioeconómicas superiores notificaron estar satisfechos con su médico, en comparación con un 50 % de pacientes de clases socioeconómicas inferiores.

IV. GENERALIDADES

La atención de los pacientes de diversas costumbres, antecedentes culturales y étnicos es siempre fuente potencial de problemas en cuanto a comunicación, comprensión de las esperanzas y aceptación del plan de tratamiento. Me refiero no solo a los problemas manifiestos de las diferencias lingüísticas y de las distintas religiones y prácticas dietéticas, problemas de los cuales suelen estar enterados los médicos, sino también a las clases de problemas que surgen como consecuencia de diferencias culturales en actitud, sentimientos y reacciones que no se reconocen o comprenden con tanta facilidad.

La investigación de la conducta comprueba los problemas -- del proporcionamiento de atención médica que pueden surgir, y lo hacen, cuando hay una brecha cultural amplia entre el profesionalista y el paciente. Hay datos que sostienen que cuanto más grande la distancia social o la brecha de clase social entre médico y paciente, más difícil será establecer confianza, respeto y cooperación mutua, y más probable que médico y paciente se perciban uno a otro en cuanto a estado de clase más que en cuanto a papeles personales de médico y paciente.

Se analizaron los cuestionarios de actitud proporcionados a 100 adultos según edad, sexo, ocupación e ingreso. Las personas que respondieron los cuestionarios y que tenían menos educación e ingreso y se dedicaban a ocupaciones manuales se inclinaron a coincidir en que "los médicos le dan a usted medicina incluso si usted no la necesita", "los doctores le dicen poco acerca de su estado", y "los doctores le dicen que no hay nada malo en usted, -- cuando usted sabe que sí lo hay".

En un estudio se analizaron los datos de una investigación comunal basada en las diferencias de clase social. Se observó que 24 % de los pacientes de las clases socioeconómicas superiores notificaron estar insatisfechos de manera moderada o intensa con su médico en comparación con un 50 % de los pacientes de las clases socioeconómicas inferiores. El aumento de estos porcentajes es una medida de las diferencias culturales entre médico y paciente. La -

insatisfacción es mayor cuando médico y paciente representan subculturas distintas con esperanzas diferentes, es más se sugiere -- que paciente y médico hablan "lenguajes" distintos .

El médico familiar atiende a su paciente dentro del marco de familia y ambiente sociocultural que pertenecen al mismo. En estructura y función de la familia están ocurriendo cambios sintomáticos provenientes de presiones socioculturales. Se trata de cambios en lo que fueron las áreas tradicionales de la responsabilidad familiar básica: es decir, proporcionamiento de : 1) sostén económico, 2) solidaridad y afecto, 3) adaptación social de los niños, 4) eficacia política.

Estas influencias implican un número de cambios pertinentes a la clase de médicos que seremos en el futuro. El médico debe aprender métodos, a través de su adiestramiento para adaptarse a estos cambios notables en la sociedad y en las familias de pacientes a los cuales proporciona cuidado.

V. MATERIAL.

Se tomo a 100 derechohabientes asistentes al consultorio - No 10 en el horario de 15:00 a 18:00 Hrs. de la Unidad de Medicina Familiar No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla-Pue.

A los que se les aplicó el siguiente cuestionario:

Edad..... Sexo: mas. fem. escolaridad.....

¿Está Ud. enfermo? Sí No.

¿Reconoce los síntomas de su enfermedad? Sí No.

¿En su hogar hay problemas familiares? Sí No.

¿Le afectan a Ud. éstos problemas familiares? Sí No.

¿Tiene problemas económicos? Sí No.

¿Los problemas económicos le afectan? Sí No."

¿Tiene problemas en su trabajo? Sí No.

¿Le afectan éstos problemas? Sí No.

¿Su familia reconoce su enfermedad? Sí No.

¿Su familia le ayuda al buen control de su enfermedad? Si No.

Se conto con un sitio comodo, bien iluminado, tranquilo y en el cual había privacidad.

VI. METODO

Es un estudio abierto, en el cual los derechohabientes -- fueron escogidos por azar simple de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Que pertenezcan a la población adscrita al consultorio No. 10 de la U.M.F. No. 2 del IMSS en Puebla, Pue.

Podrán ser de cualquier sexo, masculino o femenino.

Deberán estar comprendidos entre los 30 y 60 años de edad.

Con cualquier grado de escolaridad o sin ella.

No importa su status económico, ni su nivel social.

No importa su lugar de origen, residencia o raza.

Que no tenga defectos en la comunicación (físicos o psíquicos).

Que no tenga alteraciones mentales o emocionales.

Que no curse con padecimientos agudos, graves ó febriles.

Que no se encuentre bajo los efectos de drogas somníferas.

Que acepte contestar el cuestionario con veracidad.

Que acepte entrevistarse solo.

Criterios de exclusión:

Se excluirán los derechohabientes no adscritos al consultorio No. 10 de la UMF No. 2 del IMSS en Puebla, Pue.

Los que no deseen contestar el cuestionario con veracidad.

Los menores de 30 años y los mayores de 60 años.

Los pacientes febriles, graves o con patología aguda.

Personas seniles o inconscientes.

Individuos con alteraciones de la comunicación. (sordos, mudos).

VII. RESULTADOS

De los 100 derechohabientes estudiados 54 fueron del sexo femenino y 46 del sexo masculino.

Teniendo en cuenta las definiciones de : Media aritmética es la suma de las observaciones sobre el número de observaciones.

Mediana es la observación que se encuentra en el centro modo es la observación más frecuente y Rango es la diferencia que existe entre la observación mayor y la menor.

La edad varió en el sexo masculino de 35 a 59 años de edad con una media aritmética de 51 años, una mediana de 47.5, modo de 38 y rango de 53 años .

El sexo femenino presentó una variación de edades de los 32 a los 56 años de edad, con una media aritmética de 44,3, una mediana de 38, modo de 34 y un rango de 51 años .

La variación en la edad para el total de la población estudiada fue de 32 a 59 años de edad, con una media aritmética de 44.6, mediana de 38, modo de 34 y rango de 54 años.

La escolaridad de los cien derechohabientes fue la siguiente: analfabetas 3%, primaria incompleta 28 %, primaria completa 35 %, secundaria incompleta 12 %, secundaria completa 10 %, preparatoria incompleta 4 %, preparatoria completa 3 %, profesional incompleta 2 % y profesional completa 3 %.

Encontramos que el 87 % de la población estudiada refirió trastornos socioculturales, al sexo masculino correspondió el 44 % y al sexo femenino el 43 %.

Se aplicó la prueba de Chi ², para comprobar la hipótesis de: los factores socioculturales si repercuten en la salud individual. Mediante la formula de : X^2 igual a $\frac{(O-E)^2}{E}$

De donde los valores observados son los encontrados en la encuesta y los esperados los reportados en la literatura como datos afirmativos de la repercusión sociocultural en la población general habiendo obtenido mediante la prueba de X^2 un valor de -

0.313 que traspolado a la tabla de χ^2 nos da un valor de 0.90-- que significa que el evento se puede presentar más de una vez -- en 90 veces, lo que hace afirmativa nuestra hipótesis de que la población estudiada repercuten de manera categórica los factores socioculturales en la salud de cada individuo.

VIII. CONCLUSIONES

La investigación sugiere que hay un alto grado de relación entre los cambios de la salud y las crisis de la vida, ya que las enfermedades no aparecen al azar, ocurren acúmulos de enfermedades durante los periodos en que la persona siente dificultades para adaptarse a las demandas de su ambiente total, en relación con sus propias necesidades, habiendo un paralelismo entre las enfermedades físicas y los trastornos de humor, pensamiento y conducta sin tomar en cuenta naturaleza y causa de la enfermedad. Es bien sabido que en el proceso de reacción y readaptación humana en diversas situaciones importantes de la vida se activan de manera fisiológica muchos síntomas orgánicos (por ejemplo, sistema cardiovascular, neuroendocrino, respiratorio -- nervioso autónomo, etc) y algunas veces se producen efectos sostenidos y por último lesivos.

IX. RESUMEN

Se aplicó un cuestionario a 100 derechohabientes adscritos al consultorio No. 10 de la UMF No. 2 del IMSS. en Puebla, - Pue. Demostrando que los factores socioculturales repercuten de manera importante en la salud del individuo, mediante la Chi² -- más de la tercera parte de los entrevistados presentaban dicha -- influencia sociocultural en su enfermedad, por lo que se propone al médico familiar dar un mejor asesoramiento a sus pacientes -- viendolos desde un punto de vista integral.

La población estudiada tiene una edad media aritmética -

de 44.6 años y una mediana de 38 años de edad, con una escolaridad en la que predominó la primaria incompleta y completa, con una distribución similar para ambos sexos.

X. BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Acosta, N.: Propedeutica y clínica psiquiátricas Edit. --- Espax, Barcelona, España., 1979. Pág. 377.
- 2.-Adair, J., Deuchle, K.: The peoples health. Medicine and --- anthropology in a navajo community. New York, appleton -- century crofts, 1970.
- 3.-Bassols, A.: La división económica regional de México, -- Instituto de investigación económica Edit. UNAM, México, -- D.F., 1976. Pág. 125.
- 4.-Benítez, C.: Cambios demográficos y la población en México , Rev, Méx. 30:3, 1978.
- 5.-Bergner, L., Yerby, A.: Low income and barriers to utiliza- tion of health services. New Eng. Med., 278:541, 1968.
- 6.-Bruhn, J.: Social profiles and academic standing. En: A -- study of first year medical students. J., Oklan. Med., 60:533 , 1976.
- 7.-Castelazo, A., Díaz del Castillo, E., Rodríguez, Urruti.: --- Investigación clínica y epidemiológica de los factores de riesgo perinatal en población adscrita al IMSS., Sac. Med- de Méx., B: 161. 1967.
- 8.-Truhm, S.: Memorias del congreso internacional de ginecoba- tetricia Edit. Struman, Moscú., 1973.
- 9.-Drillien, C., M.: The growth and development of the prematu- rely born infant, E.S. Livingston, Londres., 1974.
- 10.-Holmes, T., Rahe, T.: The social readjustment rating scale. J . Psychosoma. Res., 11: 213, 1975.
- 11.-Rev. Med. I.N.S.S., (Méx.): Factores socioculturales y - médicos que afectan la mortalidad perinatal de México Ed. Subdirección general médica. I.N.S.S., 19:223-29, 1981.