

11226 88
Lej



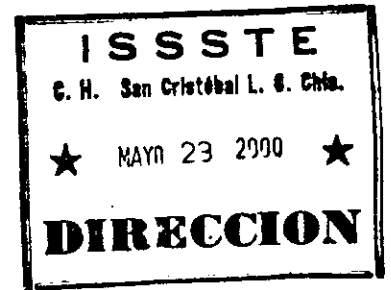
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

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

CLÍNICA HOSPITAL "D" SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 6-A DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D"
DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.**



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

Presenta:

DRA. MARGOT DE JESÚS NUÑEZ RAMÍREZ



ISSSTE
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. MÉXICO

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

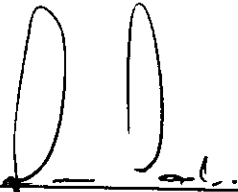
PAGINACION

DESCONTINUA

*APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 6-A DE LA
CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN
CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.*

*Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar
Presenta:*

DRA. MARGOT DE JESÚS NÚÑEZ RAMÍREZ



DR. SALVADOR PONCE DE LEÓN CASTRO

*ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E. Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS*



DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

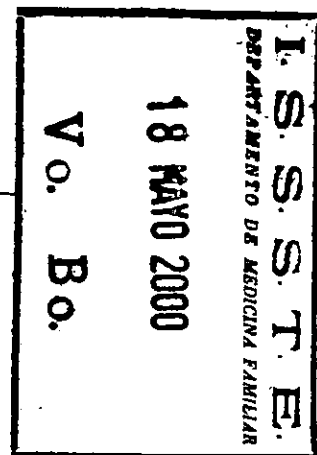
ASESOR DE TESIS U.N.A.M



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

*JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA
Y MEDICINA FAMILIAR*

JEFATURA DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E



Clínica Hospital "D" San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 2000.

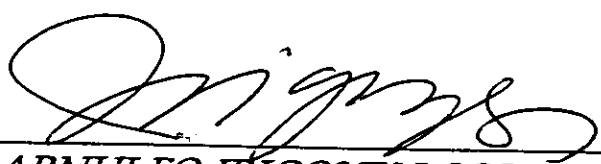
*APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 6-A DE LA
CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN
CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.*

*Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar
Presenta:*


DRA. MARGOT DE JESÚS NÚÑEZ RAMÍREZ

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. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.*

Índice general

	<i>Pag.</i>
I. MARCO TEÓRICO	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
III. JUSTIFICACIÓN	23
IV. OBJETIVOS	25
IV.1. <i>Objetivos generales</i>	25
IV.2. <i>Objetivos específicos</i>	25
V. HIPOTESIS	25
VI. METODOLOGÍA	26
VI.1. <i>Tipo de estudio</i>	26
VI.2. <i>Población, lugar y tiempo de estudio</i>	26
VI.3. <i>Tipo de muestra y tamaño de la muestra</i>	26
VI.4. <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i>	26
VI.5. <i>Información a recolectar (variables de medición)</i>	27
VI.6. <i>Procedimiento para capturar la información</i>	28
VI.7. <i>Consideraciones éticas</i>	29
VII. RESULTADOS	30
VII.1. <i>Descripción de resultados</i>	30
VII.2. <i>Tablas, (cuadros) y gráficas</i>	33
VIII. DISCUSIÓN	55
IX. CONCLUSIONES	58
X. BIBLIOGRAFIA	60
XI. ANEXOS.	64

I. MARCO TEÓRICO

Definición de la Familia.

Aunque el término familia se ha definido de muchas maneras, en la cultura occidental la unidad básica social sigue siendo el agrupamiento entre varón, mujer e hijos, esta familia sigue teniendo la máxima responsabilidad de proporcionamiento de miembros nuevos a la sociedad, haciéndolos sociables, dándoles el apoyo emocional y físico, e integrándolos en la sociedad. La familia proporciona la salud y el bienestar básicos al individuo, y sigue siendo la unidad primara de la salud (1).

Así como el hombre ha estudiado al hombre, este ha estudiado a la familia. La familia es la base de la sociedad. Muchos escritos éticos y morales sugieren que la sociedad es tan fuerte como sus familias. Los filósofos, desde Platón hasta los literatos más modernos, han sugerido que, con el fin de reformar la sociedad, la familia debe reformarse para llenar los objetivos de la primera. Es difícil estudiar a la familia de manera objetiva y con facilidad. (2).

La palabra **FAMILIA**, etimológicamente proviene de la palabra **FAMULUS**, según la explicación propuesta por el Marqués de Morante, y que significa sirviente o esclavo doméstico, ya que en un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.

En el año de 1970 la ONU, mediante el documento "M" número 44 define a la familia como el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. El consenso norteamericano la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. En Canadá se ha definido como un grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (3)

Para aclarar nuestros pensamientos sobre la familia, necesitamos instrumentos básicos y, en este caso, dichos instrumentos son conceptos y datos. Los sociólogos distinguen entre los siguientes conceptos (4):

- **Matrimonio:** organización institucional de la unión entre un varón y una mujer.
- **Núcleo familiar:** marido, mujer y niños inmediatos, naturales, adoptados o de ambos tipos.
- **Familia de orientación:** la familia en la que nace una persona.
- **Familia expandida:** familia nuclear y otras personas relacionadas, más a menudo la familia de orientación

Clasificaciones de la familia (3)

1). **Con base en su desarrollo:**

- a) **Moderna:** La característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.
- b) **Tradicional:** El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos.
- c) **Arcaica o primitiva:** Es la familia campesina, cuyo único sostenimiento se produce por los productos que se obtienen al laborar la tierra.

2). **Con base a su demografía:**

- a) **Urbana:** Se considera a la familia que vive en zonas con los servicios adecuados tales como: drenaje, agua potable, calles pavimentadas, transporte adecuado, comercios, educación media superior, servicios médicos, sociales, etcétera. Se considera que est tipo de familia presenta una estructura nuclear o extensa simple como máximo.

- b) **Rural:** Se considera a la familia que aún vive en zonas de campo, calles de terracería, sin los servicios de comodidad que se tienen en la zona urbana; el servicio médico es básico exclusivamente al igual que la educación, sin servicios públicos como drenaje o agua potable. En esta zona se observa fácilmente la familia extensa simple o extensa compuesta.

3). **Con base en su integración:**

- a) **Integrada:** Es aquella familia en la que se encuentra un padre, una madre e hijos. Los primeros desarrollando su papel de suministradores de cuidados y afectos requeridos por los hijos, al igual que en ell aspecto económico. Cada uno de los miembros desempeña su rol como lo marca su edad. Este tipo de familia, dará individuos que superen su desarrollo físico, intelectual y laboral favorablemente además de saberse comportar adecuadamente en la sociedad, fuera del hogar serán tan funcionales como dentro del mismo.

- b) **Semi-integrada.** Es aquella familia en la cual viven el padre, la madre y los hijos en el mismo hogar, pero que desempeñan con

deficiencia su rol. Generalmente la falta de la colaboración en el hogar de cada uno de los integrantes de la familia afecta a todo el grupo provocando disturbios, lagunas veces difíciles de superar. De esta manera tenemos un hogar donde físicamente se encuentra un núcleo completo, pero funcionalmente uno o más integrantes son deficientes produciendo desunión y relaciones irregulares.

- c) **Desintegrada:** Es aquella familia en que existe solo el padre o solo la madre con los hijos, ya sea por el fallecimiento de uno de los dos, por situaciones sociales, por separación voluntaria o involuntaria, o por divorcio. En cualquiera de los casos, el cónyuge que queda a cargo de los hijos está carente de cualquier clase de afecto conyugal, y no es capaz de proporcionar a los hijos toda la atención que requieren para su desarrollo bio-psico-social redundando en el bajo rendimiento intelectual y laboral. (5)

4). **Con base en su composición:**

- a) **Nuclear:** Es el modelo de familia actual, formada de padre, madre e hijos.
- b) **Extensa:** Es la familia formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos, de adopción, o bien de afinidad.
- c) **Extensa compuesta:** Es la familia que además de estar integrada de manera similar a la extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y compadres.

5). **Con base en su tipología:**

- a) **Campesina:** Es la familia en donde el jefe se desempeña en labores agrícolas o pecuarias, generalmente en zona rural. En ocasiones el desempeño personal del padre es suficiente para abastecer a la familia en su alimentación y además para comercio y cubrir otras necesidades básicas. A este nivel de trabajo, se aún una baja escolaridad, familia rural, frecuentemente extensa. Se sigue un patrón cultural hereditario que no permite ver el progreso familiar, sino que se torna conformista ante su medio de desarrollo.
- b) **Obrera:** Es la familia en que generalmente vive en una zona urbana, donde se desempeña la industrialización y el jefe de familia tiene un trabajo especializado, con una remuneración económica específica, fija, en ocasiones baja pero ya son otras expectativas de superación socioeconómica y cultural; pudiendo estar afectada seriamente por el problema del alcoholismo.
- c) **Profesional:** Es la familia en donde el jefe ha alcanzado un grado de superación cultural, teniendo un desempeño superior y con ingreso económico mayor del salario mínimo establecido para clases menos preparadas. A este nivel ya se observa un sustento, una casa, socialización y comodidades mejores que en estratos campesinos y obreros; así como la preocupación y empeño de que los frutos familiares alcancen mejores niveles de preparación acorde al progreso de los tiempos actuales.

6). **Con base en su ingreso familiar (clases de nivel socioeconómico):**

- a) **Bajo:** Cuando el padre o la madre cuenta con un ingreso de hasta un salario mínimo por día.

- b) **Medio:** Cuando el ingreso es de uno a dos salarios mínimos por día.
- c) **Alto:** Cuando el ingreso es de tres o más salarios mínimos como recompensa a su actividad laboral o profesional por día.

Evolución de la Familia

Fase 1: Denominada como promiscuidad inicial, se caracteriza por una promiscuidad absoluta, una nula reglamentación consuetudinaria entre padres e hijos, y el parentesco es señalado por la línea materna.

Fase 2: Denominada familia Punualena “punalúa”, se caracteriza por familias por grupos, los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo: es decir, dos grupos completos están entre sí casados.

Fase 3: Denominado familia Sindiásmica “Emparejada”, se caracteriza por una autoridad matriarcal, una economía doméstica común, una coexistencia entre varias parejas, pero no obstante mantiene su independencia.

Fase 4: Denominada familia patriarcal monogénica, se caracteriza por la aparición de la autoridad absoluta de jefe de familia, hay un importante desarrollo de la agricultura, es el antecedente directo de la familia moderna, el padre de familia es el único propietario del patrimonio familiar y se consolida como el representante religioso en el culto doméstico.

Fase 5: Denominado familia extensa compuesta, se caracteriza por comprender abuelos, padres, hijos, colaterales, amigos y sirvientes, en

una forma de organización familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico.

Fase 6: Denominado familia extensa, caracterizada por las relaciones muy estrechas entre abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos; esta familia es característica de las zonas rurales.

Ciclos de vida de la familia

Los problemas familiares varía y, por lo tanto, también las prioridades de las funciones familiares. Hay diversos problemas y responsabilidades que afronta la familia durante sus diversas etapas de desarrollo. Las funciones familiares varían con el ciclo de vida de la familia. Existen cinco fases en dicho ciclo, estas fases asumen importancia variable para los miembros de la familia, conforme sus necesidades se relacionan con la edad y con los problemas particulares que afrontan en esos momentos. (6)

- a) **Fase de matrimonio:** Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. Cuando dos personas quedan unidas por un lazo, sus preocupaciones iniciales consisten en prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de ambas personas, se alteran sus papeles y se adoptan nuevas funciones. Uno de sus principales problemas es aprender a vivir juntos, mientras se satisfacen uno a otro las necesidades básicas de su personalidad.

- b) **Fase de expansión:** Es la incorporación de nuevos miembros a la familia, es decir, la familia se expande. La parte principal de la practica del médico se dedica a las familias en esta fase: educación

prenatal, parto, atención postnatal, visitas de bienestar del lactante, reconocimiento temprano y manipulación adecuada de síntomas, inmunizaciones, asesoría de desarrollo infantil, planeación familiar e interacción familiar son sus preocupaciones principales.

- c) **Fase de dispersión:** Comprende el período en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja. En esta fase, los padres tienen un trabajo triple para ayudar a sus hijos a que se adapten socialmente, a que desarrollen la autonomía, y a que satisfagan sus propias necesidades. Al mismo tiempo, los padres deben satisfacer las propias. Del mismo modo que la familia debe adaptarse a los nuevos miembros, en la fase de dispersión la familia debe adaptarse para que los hijos sean totalmente independientes.

- d) **Fase de independencia:** Inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias, es decir, cuando alguno de los hijos ya se ha casado. Para que esta fase sea completa, los niños deben ser independientes mientras conservan, al mismo tiempo, los lazos que los unen con sus padres. Las funciones de adaptación social, efectivas y de estado de la familia pueden proseguir en esta fase. Los adultos pueden tener la responsabilidad de cuidar a su padres durante este tiempo.

- e) **Fase de retiro y muerte:** Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado. Hacer planes para el final de la vida familiar es tan difícil como hacerlos para su iniciación y, en general, se adopta este trabajo con mucho menos entusiasmo. El problema puede estar compuesto por

retiro temprano a causa de incapacidad, sobre todo si se han agotado los recursos económicos.

Funciones de la familia

Los problemas de adaptación que tienen las familias se relacionan con sus capacidades para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas, se pueden especificar cinco funciones de la familia, en donde es importante determinar no solo si la familia llena estas funciones, sino también el modo en que sus papeles se conforman para lograr estas labores. (7)

1. **Socialización:** Es la tarea fundamental de la familia, que involucra la transformación en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, es decir con “independencia” para desarrollarse en la sociedad. La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar al lactante, durante los años, en un individuo social capaz de participar por completo en la sociedad.
2. **Cuidado:** Es una función clave de la vida familiar, que permite la preservación de nuestra especie, identificándose cuatro determinantes que son la alimentación, el vestido, la seguridad física y el apoyo emocional. Atención significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la familia. Las respuestas a las demandas de cuidado dependen no solo del acceso de recursos sociales, sanitarios y de bienestar, sino también del nivel de conocimientos de la familia. No solo a la familia necesita conocer de que servicios dispone, sino cuándo, cómo y en dónde utilizarlos.

3. **Afecto:** Es una función familiar se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y una actitud hacia nuestros semejantes, en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo. La familia debe llenar las necesidades afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar. Las necesidades de afecto de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades de afecto de los niños.
4. **Reproducción:** Es la función familiar encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad con el compromiso de efectuar esta tarea con responsabilidad. Matrimonio y familia tiene por objetivo regular y controlar la conducta sexual, lo mismo que la reproducción.
5. **Estatus y nivel socioeconómico:** Es la función familiar que confiere a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivalente a transferirle derechos y obligaciones. El estatus esta relacionado directamente con la tradición familiar. La familia tiene la responsabilidad de proporcionar la adaptación social necesaria y las experiencias educativas que permiten al individuo a adoptar una vocación y ciertos papales en grupos que coinciden con las esperanzas de sus estatus.

La familia a lo largo de su ciclo vital que va desde la emoción del próximo embarazo hasta el estado emocional por la que cursa cuando muere un miembro de la familia, de esta manera se puede mencionar las etapas críticas por las que probablemente atravesará la familia: el embarazo, que

indudablemente en la mayoría de los casos crea muchas expectativas en la vida familiar; el nacimiento del hijo que repercute desde diferentes puntos en la dinámica familiar, la enseñanza de la sexualidad que puede ser orientada o bien indiferente, la orientada puede ser de manera positiva o bien negativa; el estado laboral siendo los principales factores de riesgo familiar la desocupación, la búsqueda y cambio de trabajo; y la última etapa crítica que es la muerte de un miembro que lógicamente provoca alguna crisis familiar .

(8)

Planificación familiar.

El médico juega un papel muy importante dentro de una comunidad al proponerse cumplir con los objetivos de la planificación familiar:

1. Ayudar a los padres para tener el número de hijos que deseen.
2. Mejorar el futuro de los embarazos permitiendo la corrección de los problemas de salud durante el período de la gestación y espaciando de manera adecuada los embarazos.
3. Impedir el nacimiento de hijos no deseados.
4. Disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil.
5. Asegurarse de que más niños son "bien nacidos", disminuyendo la frecuencia de prematuridad, retraso mental, malformaciones congénitas y enfermedades hereditarias.
6. Grabar en la comunidad y en las personas que trabajan dentro del proyecto de planeación familiar, que esta no es nada más control de la natalidad, sino que incluye todos los aspectos sanitarios de la vida familiar.

El proporcionamiento de un servicio contraceptivo adecuado requiere conocimientos del médico sobre las formas actuales aceptables de

contracepción, conocimiento profundo de las contraindicaciones de cada método, y cierto grado de destreza en los procedimientos. Se cuenta ahora con una variedad de métodos temporales de contracepción, todos los cuales tienen ventajas y desventajas. Dado que algunos de los métodos tiene contraindicaciones médicas específicas, y como otros guardan relación con la ocurrencia de efectos colaterales específicos, es esencial que se hagan historias clínicas completas y exploración física que incluyan exploración pélvica y mamaria, frotis de papanicolau y determinación de la presión arterial para prescribir un método contraceptivo específico. (9)

Los métodos específicos de contracepción son:

1. Anticonceptivos orales
2. Anticonceptivos inyectables
3. Dispositivos intrauterinos
4. Condón
5. Espermicidas
6. Ritmo
7. Coito interrumpido
8. Vasectomía
9. Salpingoclasia

Familiograma

En recientes años, la investigación ha demostrado una estrecha relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar físico y emocional del individuo. Los sistemas de medicina familiar han promovido una orientación familiar para la atención del paciente desarrollando diversos instrumentos de evaluación que incorporan información familiar y psicosocial a la atención

médica: el APGAR familiar, el método del círculo familiar, el familiograma y los modelos PRACTICA Y FIRO.

Al emplearse una orientación de sistemas en medicina familiar, se han creado diagramas de los problemas de cuidados de salud de las familias, que pueden ayudar en el manejo de muchos de los aspectos de la salud de los pacientes. Los familiogramas han sido comparados con los instrumentos médicos más tradicionales, tales como los rayos X y los electrocardiogramas, que facilitan la generación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales, y finalmente un plan de manejo adecuado para el paciente. El familiograma es un instrumento clínico práctico que permite a los médicos familiares diagnosticar y manejar problemas clínicos psicosociales complicados que frecuentemente no pueden ser identificados usando el modelo biomédico tradicional. (10)

La investigación en medicina familiar.

La medicina familiar es la atención médica integral, con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad continua del médico en relación con la salud, sin limitantes de edad o sexo del paciente, ni del órgano o sistema afectado por la enfermedad. La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes.

1. **Estudio de la familia.** Permite el entendimiento del entorno bio-psico-social fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social, en el que el proceso salud-enfermedad, se maneja bajo una serie de factores de tipo

estructural, funcional y cultural que pueden favorecer y limitar la salud, ya sea individual o familiar.

2. **Continuidad:** Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.
3. **Acción anticipatoria:** Se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad.

El estudio de la familia y sus relaciones con el proceso salud-enfermedad, requieren de estrategias que se fundamentan en el desarrollo de su enfoque teórico basado en el análisis crítico de los estudios que intentan identificar con claridad la importancia de las complejas interacciones que existen entre ambos. La medicina familiar se sustenta académicamente en los tres ejes referidos anteriormente; las estrategias para efectuar la práctica de la medicina familiar, se definen mediante el MOSAMEF y el diagnóstico de salud familiar.

El Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF) se presenta por primera vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad en medicina familiar que, con

renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado. Definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina. (11)

El propósito constante es poder entender y diagnosticar al paciente, tiene dos criterios: eficacia y confiabilidad.(12)

El diagnóstico de salud familiar es una parte importante de las actividades que realiza el médico familiar. El diagnóstico no puede obtenerse en una sola entrevista clínica, ya que se requiere la continuidad de la atención médica y el seguimiento de la evolución de las enfermedades que afectan a los individuos, lo anterior facilita la comprensión de la acción anticipatoria, es decir, una revisión y actualización frecuente que favorezca una visión tanto retrospectiva como prospectiva de la familia; lo cual fundamenta un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo.

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y las instituciones de salud hacia finales del siglo I a. C., la medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por filósofos expertos en el arte de curar. En la antigua medicina china el concepto del Yin y del Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias, era considerado como la base del equilibrio y de eso dependía el grado de salud alcanzado, así mismo, señala el primer intento de tener una visión integral del hombre. Otro

antecedente importante con respecto a los intentos de instrumentar una medicina integral, se dio en la medicina azteca, la cual estaba enfocada en gran medida a la prevención y a la investigación. (13, 14)

En el área de salud, el concepto de integridad debe entenderse en varios ámbitos y niveles de complejidad entre los que podrían citarse: ámbito de salud y de la enfermedad, enfoque preventivo y curativo, enfoque grupal e individual, la atención continua y esporádica, trabajo en equipo y trabajo individual, trabajo intra y extramuros, actividades formativas e informativas, abordaje biopsicosocial de la enfermedad y la integración docencia, asistencia e investigación. (15, 16, 17)

La investigación en medicina familiar en nuestro país adolece de diversas limitantes, lo cual ha frenado su desarrollo, de la misma forma se ha observado en otros países como España y E.U.A. Una de las alternativas propuestas para mejorar esta situación es el MOSAMEF, aunque las alternativas van desde la conformación de un plan rector para recursos humanos hasta la definición de prioridades y líneas de investigación.

Sin embargo, en los intentos de investigación prevalece la inexistencia de unidades temáticas a investigar a falta de líneas de investigación específicas de la especialidad, no existe una estandarización de las observaciones, no se definen concretamente los criterios de diagnóstico, se carece de una metodología deficiente presentando un síndrome de rutinización ante la falta de creatividad, además de que los resultados obtenidos no son divulgados.

El **médico familiar** es un individuo humanitario que ha adquirido conocimientos y habilidades profesionales, y que es el responsable de tratar

al paciente. El médico familiar es también humano y tiene limitaciones, como restricciones de tiempo y falta de adiestramiento especializado en algunos campos de la medicina. (18)

El médico familiar debe ser un excelente clínico y un estudioso de la ciencia médica, pero además debe tener conocimientos bien fundamentados en antropología, sociología, psicología y demás ciencias humanísticas y de la conducta que le den el soporte necesario para manejar, comprender y tratar los problemas individuales y familiares dentro de su entorno social y comunitario y por supuesto, debe conocer la conciencia, la dinámica familiar, su estructura, sus funciones y las diferentes fases que la familia atraviesa hasta comprender su desarrollo. (19, 20)

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado de bienestar total en sentido físico, psicológico y social. La enfermedad es un estado de descompensación, manifestado por la solicitud de ayuda o por la incapacidad para ejecutar los papeles aceptados, se debe a homeostasia física, psicológica o cultural inadecuada en el individuo o en su familia. El paciente es la persona enferma, o que cree que esta enferma, en peligro de enfermedad o en peligro de morir. El paciente como persona global, tiene modos, autocrítica, prejuicios, conceptos, opiniones y actitudes que influyen en la manera que percibe o acepta y rechaza la situación en que se encuentra.

La interacción entre médico familiar y paciente es una función de esperanzas y diferencias mutuas en la percepción, estas esperanzas y diferencias de la percepción provienen de las influencias socioculturales a las que están sujetos de manera constante, desde el nacimiento hasta la muerte, tanto el médico como el paciente.(21)

La **sociedad** es un agregado de personas que se sostiene por sí mismo, tiene localización espacial definida y acción prolongada, y comparte costumbres y esperanzas socioculturales comunes. Se llama un **problema social** a la alteración, definida por grupos importantes dentro de la sociedad, como desviada o como trastorno de algún estándar que estos grupos creen deben sostenerse para que prosiga la vida humana. Las **influencias socioculturales** es un intento por evitar distinguir de manera precisa entre influencias psicológicas, sociológicas y Culturales. Es mucho más importante comprender el efecto total de las influencias socioculturales en la conducta tanto del paciente como del medico familiar, y en sus relaciones con la atención sanitaria.

La medicina familiar: una nueva especialidad

En febrero de 1969, el American Medical Association Council on Medical Education aprobó la nueva especialidad de la medicina familiar. Este reconocimiento surge en un momento de crisis médica en Estados Unidos de Norteamérica. Esto fue establecido claramente en el informe: "El comité cree que la medicina necesita una nueva clase de especialista, el medico familiar, que se forma para proporcionar atención sanitaria personal amplia. La preparación de gran número de dichos médicos es esencial si queremos que el público reciba los beneficios máximos de la medicina norteamericana del futuro" (22).

Los orígenes de la medicina familiar en México datan del IMSS desde 1953, donde los sistemas asistenciales adolecen de muchas dificultades: la atención médica general estaba en una etapa de pobre organización, la consulta externa era controlada por personal de archivo, los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos y, el registro de vigencia de derechos mecanismos de adscripción a la clínica eran deficientes, esta situación era muy similar a la vivida en los E.U.A. Entonces se decide

establecer un procedimiento de derechohabientes a los cuales él tenía bajo su responsabilidad, así como plazos para atender la consulta externa y efectuar visitas domiciliarias, estableciéndose de esta manera en 1955 el “Sistema Médico Familiar” en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El 15 de marzo de 1971 se inicia formalmente la especialización en Medicina Familiar con reconocimiento de la UNAM, con 32 alumnos residentes del curso de especialización, en 1972 se incrementa a 11 el número de sedes y se extendió a provincia y en 1973 eran 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes, en 1983 concluyeron 25 médicos la residencia de medicina familiar en el ISSSTE. La residencia para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del curso de especialización (23, 24, 25)

En abril de 1987, se estableció el sistema de medicina familiar en todas las clínicas de primer nivel del ISSSTE en el D.F. Así como el ISSSTE en 1993 inicia el curso de especialización en su primera etapa en medicina familiar para médicos generales del Instituto contando con aval universitario de la UNAM, actualmente se encuentra completando su cuarta etapa a nivel nacional (26, 27)

La sobrevivencia y la salud, constituyen una aparición fundamental de toda sociedad. Uno de los mayores logros de México contemporáneo ha sido la reducción significativa de la morbi-mortalidad iniciando desde 1930. Donde los hombres tenían una esperanza de vida de 35 años y 37 años a las mujeres, seis décadas más tarde en 1994 es de 69 y 75 años respectivamente. (34)

México se caracteriza hoy en día por un perfil de salud enfermedad caracterizado por una paulatina reducción de las defunciones por padecimientos infecciosos y con una tendencia creciente de muerte por enfermedades crónicas degenerativa y por lesiones.

Según el censo de 1995, Chiapas tiene una población total de 3,585 mil habitantes de los cuales 1,791,000 son hombres y 1,794,00 son mujeres en el

porcentaje siguiente 41.4% son menores de 15 años, el 58.8% son de 15-65 y 4.3% son más de 65 años.

Taza de crecimiento 2.2%, con 143, 280 nacimientos al año, tasa de natalidad de 30.5%, tasa de fecundidad de 3.7%; 15,281 defunciones que corresponde a una tasa de mortalidad del 4.1%, la esperanza de vida al nacer es de 68.3 para el hombre y 74.7 para la mujer.

Los datos epidemiológicos de morbilidad en Chiapas indican que las IRAS son las principales causas, en 2º lugar la diarrea en menores de 5 años, posteriormente las enfermedades eruptivas de la infancia y las dermatológicas. (32, 33, 35)

Entre las enfermedades cronicodegenerativas o no transmisibles la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares seguida de las enfermedades del corazón y los tumores malignos. (32, 35, 39)

En relación a la mortalidad en Chiapas se encuentra una tasa de muerte infantil del 14.5% por cada 1000 nacidos vivos, siendo la primera causa la diarrea en menores de 5 años que es del 97.1% por cada 100,000 niños. La segunda causa son las IRAS, con una tasa de 84.4% por cada 100,000.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar las enfermedades del corazón y los tumores malignos. (32, 35, 39)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención médica en forma integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud, por lo que varias instituciones han instaurado el sistema de Médico Familiar con un modelo de atención médica de sus derechohabientes y desde su aparición en México, no ha contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permiten esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico (estudio de la familia, continuidad de atención y acción anticipatoria), por lo que los médicos ejecutan acciones no muy claras que crea confusión y le resta personalidad propia al médico familiar.

Los esfuerzos institucionales por generar una especialidad que pueda brindar una atención médica integral carecen a veces de un programa de actividades de prevención y promoción de la salud, un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en cualquier consultorio de medicina familiar y darle el seguimiento óptimo del mismo. Además es necesario un uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en el consultorio de medicina familiar, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico y derivaciones justificadas de segundo y tercer nivel que le permita al médico familiar promover y mantener la salud de la familia a su cargo.

Ante lo anterior se han propuesto diversas instrumentaciones metodológicas que permitan de una manera u otra acercarse al modelo integral de la salud; sin embargo, es necesario tener una metodología eficiente que facilite la práctica de la medicina familiar en el nivel operativo en donde se ponga en práctica las habilidades y conocimientos del médico de familia.

Por lo anterior se deduce lo siguiente: ¿Cuáles son las características sociomédicas y las principales causas de morbilidad de las familias adscritas al consultorio 6 A de la Clínica Hospital del ISSSTE en San Cristóbal de Las Casas, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997?.

III. JUSTIFICACIÓN

La familia es importante porque tiene como responsabilidades básicas: la organización social, atención, afecto, reproducción y otorgamiento de un estado. Entonces, la familia ha estado constantemente expuesta a los cambios sociopolíticos de la gran sociedad, adaptándose dentro de un marco social con muchos esfuerzos, lo cual conlleva a serios desequilibrios intra y extrafamiliares. Estas funciones se describen en relación de los papeles interrelacionados de los miembros de la familia. La familia será tan sólida como los lazos sociales que conservan unida. La familia es dinámica y cambia con el transcurso del tiempo, es decir, presenta un ciclo de vida, funcionando de manera distinta en cada parte de este ciclo, según se encuentre en las fases del matrimonio, expansión, dispersión, independencia o retiro y muerte.

El actual modelo de atención médica que proporciona nuestra institución a nivel local, se basa principalmente en la atención médica individualizada y de aspecto familiar, muchas veces esporádica, de la patología más frecuente, con los mínimos recursos posibles y sin la participación del personal o equipo especializado, olvidándose en ocasiones de los aspectos preventivos de la enfermedad como son: la promoción de salud, la protección específica y del diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, por lo que es necesario que a través del esquema actual de atención médica familiar se tenga interés en una mejor calidad de la atención médica.

Siendo necesario que el médico familiar a cargo de la población adscrita al consultorio 6 A del turno vespertino, conozca las características sociomédicas de su población en riesgo, tanto para enfermedades infecciosas, agudas y crónicas degenerativas, como para la salud reproductiva en los diferentes grupos etáreos.

Y así poder proponer el Modelo de Atención Médico Familiar con actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo ya la familia.

Sin embargo no es posible llevarla a cabo por no contar con los recursos económicos y la falta de sensibilidad humana de los compañeros de la propia institución.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

1. Determinar las características biosociales y las principales causas de morbilidad en la población adscrita al consultorio 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar la pirámide poblacional mediante grupos etáreos por edad y sexo que conforman la población derechohabiente adscrita a dicho consultorio; así como a la población en riesgo tales como la infantil, la población en edad fértil y la población anciana.
2. Determinar la edad, escolaridad y ocupación de los padres de familia, así como el número de hijos y el método de planificación familiar más utilizado.
3. Identificar las estructuras sociales familiares predominantes, tales como: estado civil, ciclo vital, composición, desarrollo, tipología e integración familiar, así como el ingreso económico percibido.
4. Conocer las diez principales causas de atención médica en dicho consultorio.

V. HIPOTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

1. Determinar las características biosociales y las principales causas de morbilidad en la población adscrita al consultorio 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar la pirámide poblacional mediante grupos etáreos por edad y sexo que conforman la población derechohabiente adscrita a dicho consultorio; así como a la población en riesgo tales como la infantil, la población en edad fértil y la población anciana.
2. Determinar la edad, escolaridad y ocupación de los padres de familia, así como el número de hijos y el método de planificación familiar más utilizado.
3. Identificar las estructuras sociales familiares predominantes, tales como: estado civil, ciclo vital, composición, desarrollo, tipología e integración familiar, así como el ingreso económico percibido.
4. Conocer las diez principales causas de atención médica en dicho consultorio.

V. HIPOTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, observacional retrospectivo parcial y transversal.

VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio

La Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas cuenta con un total de 26,349 derechohabientes hasta diciembre de 1998, de los cuales 2396 se encuentran adscritos al consultorio 6-A del turno vespertino, población que está involucrada en la realización del presente trabajo elaborado durante el periodo comprendido entre el 1° de marzo y el 30 de septiembre de 1998.

VI.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra

El tipo de muestra es no probabilística en muestreo por cuotas (cuota sampling). El tamaño de la muestra es de 100 familias adscritas al consultorio anteriormente mencionado.

VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión: para la elaboración del censo poblacional se incluyo aquellos expedientes completos de los derechohabientes adscritos al consultorio que nos ocupa. Para la elaboración del estudio familiar se incluyó a la población usuaria derechohabiente asignada a dicho consultorio que mostró entusiasmo y que acepto de manera voluntaria participar en la aplicación de las encuestas, además de ser mayor de edad y ser padre de familia. Para la identificación de los diez motivos de consulta más frecuentes se incluyó las hojas de informe diario de actividades médicas del consultorio en estudio.

Exclusión: Para la elaboración del censo poblacional se excluyó aquellos expedientes clínicos no correspondientes al consultorio en estudio. Para la elaboración del estudio familiar se excluyó a la población no usuaria y no derechohabientes del consultorio, así como a la población que no contó con la edad suficiente para responder el cuestionario. Para la identificación de los diez motivos de consulta más frecuentes se excluyó las hojas de informe diario de actividades médicas no correspondientes al consultorio en estudio.

Eliminación: Población que no acepto participar, población que no contaba con la edad suficiente para responder al cuestionario, así como la población sin expedientes.

VI.5. Información a recolectar (variables de medición)

Para el censo poblacional: las variables son principalmente de tipo cuantitativo. Se considera las variables de:

- Número total de individuos.
- Número total de individuos del sexo masculino.
- Número total de individuos del sexo femenino.
- Número total de individuos del sexo masculino por grupos etáreos.
- Edad del padre y de la madre
- Número total de individuos del sexo femenino por grupos etáreos.

Los grupos etáreos se establecen en una amplitud de clase de 5 años.

Para el estudio de comunidad, las variables son fundamentales cualitativas en escala nominal y se identifican las siguientes:

- a) Estado civil
- b) Escolaridad.
- c) Edad del padre y de la madre.
- d) Número de hijos.
- e) Ocupación de los padres de familia.

- f) Ingreso económico.
- g) Tipo de familia.
- h) Etapa del ciclo vital de la familia.
- i) Métodos de planificación familiar.

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

La diez primeras causas de consulta por grupo de edad y sexo.

VI.6. Procedimiento para capturar la información

En la FASE 1 se realizó el censo poblacional, siendo de 5 años cada grupo etáreo, contando como fuente de datos el archivo clínico de la Clínica Hospital, identificando todos los expedientes de las familias en estudio clasificándose mediante núcleos familiares.

En la FASE 2 se realizó el estudio sistemático familiar mediante las cédulas recolectoras de datos diseñadas para tal finalidad, aplicándose a uno de los padres de cada familia. (Se anexa formato).

En la FASE 3 se realizó el censo de consulta de población del consultorio mediante la hoja de reporte diario del médico del año anterior, es decir, del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.

Una vez recolectada la información correspondiente a las 3 fases, se analizaron mediante procedimientos estadísticos descriptivos, los cuales comprenden relaciones porcentuales y medias, presentándose más adelante mediante cuadros y gráficas.

VI.7. Consideraciones éticas

Los resultados obtenidos en el proceso de captura de la información son estrictamente confidenciales, de acuerdo al comunicado de la norma de la Ley General de Salud en materia de Investigación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 1982, así como las declaraciones de Helsinky y con la adición de Tokio en 1975.

No afecta a la población estudiada, en esta investigación.

VII. RESULTADOS

VII.1.Descripción de los resultados

El estudio se llevó a cabo en tres fases:

FASE 1. Descripción del censo poblacional

La población total adscrita al consultorio 6-A del turno vespertino es de 2,396 individuos (cuadro 1), de donde 1,265 son del sexo femenino (52.80%) y 1,131 son del sexo masculino (47.20%).

La población más abundante está representada por el grupo etáreo entre los 0 y 14 años de edad con 790 niños (32.97%) de los cuales 360 son niñas (15.02%) y 430 son niños (17.94%); mientras que la población menos abundante se encuentra entre los individuos de 60 años o más con 213 individuos (9.05%) de los cuales 119 son del sexo femenino (4.96%) y 98 del sexo masculino (4.09%).

La población infantil en riesgo, es decir menores de 4 años está representada por un total de 197 individuos (8.22%), de donde 93 son niñas (3.88%) y 104 son niños (4.34%).

El grupo femenino en edad fértil (15 a 49 años) consta de 713 mujeres (29.75%) siendo el grupo etáreo entre 35-49 años de mayor incidencia (6.59%), y el de 20-24 años el de menor incidencia (2.17%).

FASE 2 descripción del estudio sistemático familiar:

De acuerdo al estado civil, las parejas que conforman las familias en estudio se encuentran casadas en un 81%, en unión libre se encuentra el 15%, un 3% en viudez y el resto 1% son solteros, no hay parejas divorciadas (gráfica 2).

En relación con los años de vida conyugal que han sostenido las familias se observa una media de 15.82 años con una desviación estándar de 10.5 años (gráfica 2).

La escolaridad de los padres de familia está representada por el 16% para la educación superior, el 46% cuenta con la educación media superior o técnica, el 7% cuenta con la educación media y el resto con 31% con la educación básica (gráfica 3).

La edad de los padres presenta una media de 41.26 años con una desviación estándar de 13.67 años, mientras la edad de la madre tiene una media de 40.04 años con una desviación estándar de 10.41 años (cuadro 2).

Una media de 1.08 hijos con una desviación estándar de 1.16 hijos presentaron aquellas familias con un número de hijos de hasta 10 años de edad, mientras que la media para aquellas familias con un número de hijos de entre 11 y 19 años de edad fue de 1.27 hijos con una desviación estándar de 1.26 hijos, por otro lado la media para las familias con un número de hijos de entre 20 o más años de edad fue de 0.94 hijos con una desviación estándar de 1.70 hijos (cuadro 2).

De acuerdo a la ocupación de los padres de familia, el 36.5% cuenta con una preparación profesional (de donde el 25.5% representada por el padre y el 11% a la madre), el 7.5% cuenta con una carrera técnica (7% al padre y 0.5% a la madre), el 14% son empleados (11% al padre y 3% a la madre), el 7% tiene una actividad no identificada (6.5% al padre y 0.5% a la madre), mientras que el restante 35% de la ocupación de los padres de familia está representada por la madre en las actividades propias del hogar (gráfica 4 y 5).

Las familias con un ingreso económico de menos de un salario mínimo (bajo) alcanzaron el 43%, aquellas familias con un ingreso de 1 a 2

salarios mínimos (medio) fue de 8% mientras que aquellas familias con un mejor ingreso de 3 o más salarios mínimos (alto) fueron de 49% (gráfica 6).

En lo que respecta al **ciclo vital** de las familias, el 47% se encuentra en la etapa de dispersión, el 21% en la independencia, el 24% en la expansión mientras que el 8% en la etapa de retiro; ninguna familia se encuentra en la etapa de matrimonio (gráfica 7).

Con relación a su **desarrollo** (gráfica 8), el 68% de las familias estudiadas son de tipo tradicional mientras que el 32% son de tipo moderno. Mientras que la **demografía** es completamente urbana (gráfica 9).

De acuerdo a la **composición**, el 76% de las familias son nucleares, el 10% son compuestas y la menor proporción restante con un 14% son extensas (gráfica 10).

El 48% de las familias estudiadas no maneja ningún **método de planificación familiar**, mientras que el método más utilizado se observa en las mujeres con el DIU en un 17% al igual que la práctica de la OTB con un 14%, el 5% utiliza el anticonceptivo oral y el 8% el inyectable, el 7% de las parejas utiliza el ritmo como método de planificación, se detectó únicamente a una pareja que utiliza la vasectomía como método de planificación familiar (gráfica 11).

FASE 3 Identificación de las causas de consulta

Al identificar los diez motivos de consulta más frecuente en el consultorio 6-A (cuadro 3 y 4), destaca en primer lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 232 casos, de donde 116 se dieron tanto en personas del sexo masculino como femenino, seguidas en orden decreciente por la atención a pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus, trastornos del músculo esquelético, gastritis, enfermedades diarreicas, infecciones en vías urinarias, artropatía crónica degenerativa,

dislipidemias y trastornos de la menstruación con 70 casos; sumando un total de 1,050 consultas impartidas entre las diez causas más frecuentes. Cabe hacer mención que del total de consultas un 53.90% (566 consultas) corresponde a la atención del sexo femenino, el resto un 46.10% (484 consultas) corresponde a la atención masculina (gráfica 12).

Los motivos de consulta por primera vez (cuadro 4) suman un total de 284, atendiéndose con mayor frecuencia a pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas (72 consultas), seguido de los pacientes con infecciones en vías urinarias (46 consultas), gastritis (36 consultas), enfermedades diarreicas (34 consultas), y en menor proporción a los pacientes con diabetes mellitus (4 consultas) y dislipidemias (8 consultas) (gráfica 13).

Las consultas subsecuentes (cuadro 3) suman un total de 766, de donde destaca la atención a pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas con 160 consultas, seguido de la atención a pacientes con diabetes mellitus (108 consultas), hipertensión arterial (98 consultas), gastritis y dislipidemias con 62 consultas respectivamente, los pacientes que ameritaron menos atención subsecuentes fueron aquellas con padecimientos tales como infecciones en vías urinarias (42 consultas), artropatía crónica degenerativa (52 consultas) y enfermedades diarreicas y trastornos de la menstruación con 54 y 56 consultas respectivamente (gráfica 13).

VII.2. Tablas (cuadros) y gráficas.

A continuación se anexan los cuadros y gráficas obtenidos durante el transcurso del análisis estadístico del presente trabajo de investigación.

CUADROS
CUADROS

DISTRIBUCIÓN POR EDADES				%	%	%
GRUPO DE EDAD	FEM.	MAS.	Total	FEM.	MASC.	TOTAL
0-1	7	17	24	0.29	0.71	1.00
1-4	86	87	173	3.59	3.63	7.22
5-9	139	177	316	5.80	7.39	13.19
10-14	128	149	277	5.34	6.22	11.56
15-19	149	125	274	6.22	5.22	11.44
20-24	52	34	86	2.17	1.42	3.59
25-29	58	55	113	2.42	2.30	4.72
30-34	101	50	151	4.22	2.09	6.30
35-39	158	82	240	6.59	3.42	10.02
40-44	129	112	241	5.38	4.67	10.06
45-49	66	61	127	2.75	2.55	5.30
50-54	41	49	90	1.71	2.05	3.76
55-59	32	35	67	1.34	1.46	2.80
60-64	36	21	57	1.50	0.88	2.38
65-69	29	22	51	1.21	0.92	2.13
70-74	18	20	38	0.75	0.83	1.59
75-79	21	12	33	0.88	0.50	1.38
80-84	12	13	25	0.50	0.54	1.04
85 o más	3	10	13	0.13	0.42	0.54
Total	1265	1131	2396	52.80	47.20	100

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-A del T. V. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Total de derechohabientes = 2396 individuos
Porcentaje mujeres = 52.80 %
Porcentaje hombres = 47.20 %

Cuadro 1. Datos de la pirámide poblacional de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Estado civil	No.	%
Soltero	1	1
Casado	81	81
Unión libre	15	15
Viudo	3	3
Total	100	100

	Media	D. E.
Años de unión conyugal	15.82	10.5

Escolaridad	No.	%
Básica	31	31
Media	7	7
Media superior o técnica	46	46
Superior	16	16
Total	100	100

	Media	D. E.
Edad del padre	41.26	13.67
Edad de la madre	40.04	10.41

Método de Planificación Familiar	No.	%
DIU	17	17
Anticonceptivo oral	5	5
Anticonceptivo inyectable	8	8
OTB	14	14
Ritmo	7	7
Vasectomía	1	1
Ninguno	48	48
Total	100	100

	Media	D. E.
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)	1.08	1.16
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)	1.27	1.26
Número de hijos (de 20 o más años de edad)	0.94	1.70

Ocupación de los padres de familia	No.	%
Profesional	36.5	36.5
Técnico	7.5	7.5
Empleado	14	14
Hogar	35	35
Otro	7	7
Total	100	100

Ingreso económico	No.	%
< 1 salario mínimo	43	43
1 a 2 salarios mínimos	8	8
3 o más salarios mínimos	49	49
Total	100	100

Tipo de familia	No.	%
<i>Desarrollo :</i>		
Moderna	32	32
Tradicional	68	68
Total	100	100

<i>Composición:</i>	No.	%
Nuclear	76	76
Extensa	14	14
Compuesta	10	10
Total	100	100

<i>Demografía</i>	No.	%
Urbana	100	100
Rural	0	0
Total	100	100

Etapas del ciclo familiar	No.	%
Expansión	24	24
Dispersión	47	47
Independencia	21	21
Retiro	8	8
Total	100	100

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-A del T. V. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Cuadro 2. Hoja de resultados del estudio sistemático familiar de los derechohabientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Motivo de consulta	1a. vez	Subsec.	0 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		40 a 44		45 a 49		50 a 54		55 a 59		60 a 64		65 a 69		70 o más		Total		Gran total		
			meses		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años			años	
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
1 IRAS	72	160	18	12	8	12	8	2	4	4	14	12	16	4	8	16	16	16	14	10	4	0	4	2	0	0	0	8	2	2	0	16	116	116	232		
2 Hipertensión arterial	20	98	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	4	2	6	4	2	0	4	4	4	2	8	8	6	6	8	10	8	8	10	64	54	118			
3 Diabetes mellitus	4	108	0	0	0	0	0	0	0	0	10	8	2	6	2	6	10	4	0	8	6	8	0	0	0	10	6	6	2	6	2	8	50	62	112		
4 Trastornos de músculo esquelético	30	72	0	0	0	0	2	4	4	2	2	6	8	0	12	4	6	12	6	0	2	6	0	2	0	2	0	6	2	2	6	4	54	48	102		
5 Gastritis	36	62	0	0	0	0	2	6	4	2	8	2	8	2	8	10	0	8	4	8	0	6	0	0	6	0	2	2	4	0	2	4	46	52	98		
6 Enfermedades, diarreas	34	54	4	0	0	4	2	4	4	4	4	0	4	4	10	6	0	8	6	4	8	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	40	48	88		
7 I.V.U.	46	42	2	0	0	0	2	8	2	4	4	4	4	6	0	8	4	2	4	4	2	8	0	6	0	6	0	2	4	0	2	4	32	56	88		
8 Artropatía crónica degenerativa	20	52	0	0	0	0	0	0	4	0	2	2	2	2	10	8	2	4	0	4	2	6	4	6	0	6	4	0	2	0	2	34	38	72			
9 Dislipidemias	8	62	0	0	6	0	0	0	2	0	0	0	0	0	10	0	6	0	8	2	6	4	0	6	2	2	6	2	0	4	2	48	22	70			
10 Trastornos de la menstruación	14	56	0	0	0	0	0	0	0	4	0	18	0	14	0	20	0	6	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	70	70	70		

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-A del T. V. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

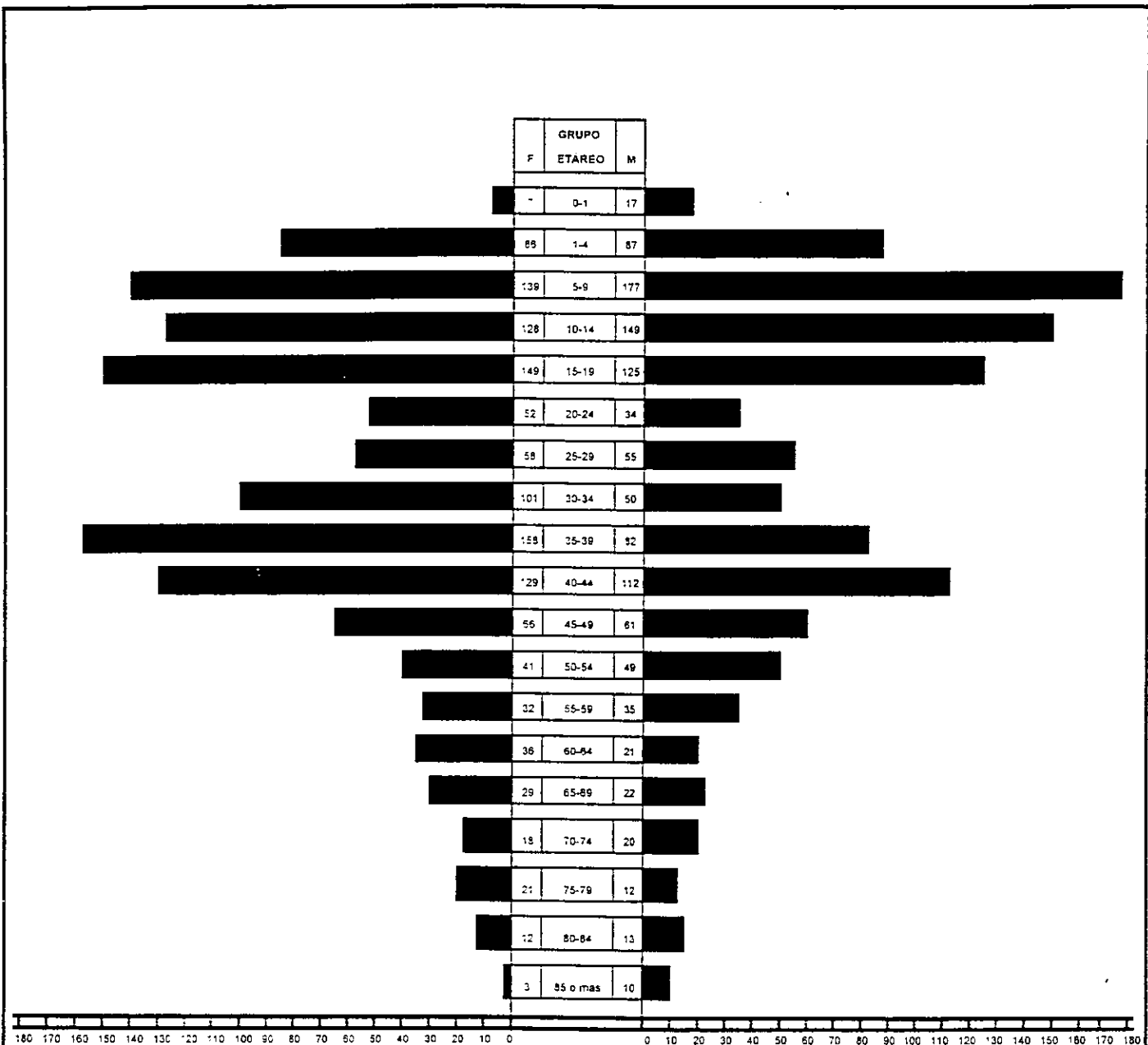
Cuadro 3. Hoja de motivos de consulta en el consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

	Motivo de consulta	Consultas por 1a. vez	Consultas subsecuentes	Consultas por sexo		Total de consultas	%		% total
				M	F		M	F	
1	IRAS	72	160	116	116	232	11.0	11.0	22.1
2	Hipertensión arterial	20	98	64	54	118	6.1	5.1	11.2
3	Diabetes mellitus	4	108	50	62	112	4.8	5.9	10.7
4	Trastornos. de músculo esquelético	30	72	54	48	102	5.1	4.6	9.7
5	Gastritis	36	62	46	52	98	4.4	5.0	9.3
6	Enfermedades diarreicas	34	54	40	48	88	3.8	4.6	8.4
7	I.V.U.	46	42	32	56	88	3.0	5.3	8.4
8	Artropatia crónica degenerativas	20	52	34	38	72	3.2	3.6	6.9
9	Dislipidemias	8	62	48	22	70	4.6	2.1	6.7
10	Trastornos de la menstruación	14	56	0	70	70	0.0	6.7	6.7
	TOTAL	284	766	484	566	1050	46.10	53.90	100

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-A del T. V. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

CUADRO 4. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

GRÁFICAS
GRÁFICAS

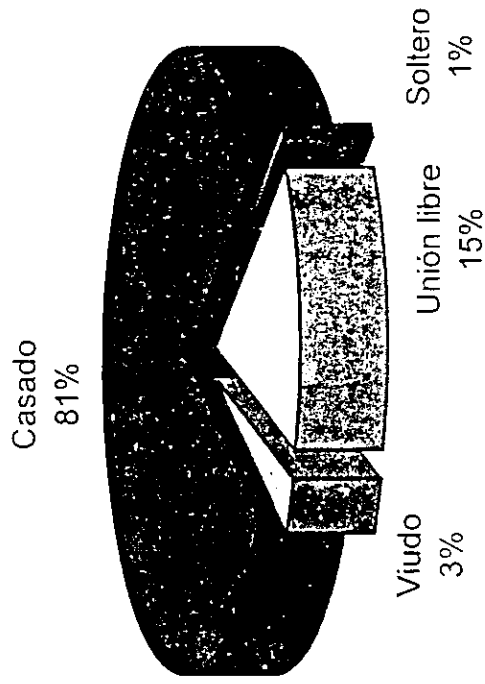


GRAFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 6-A DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ESTADO CIVIL

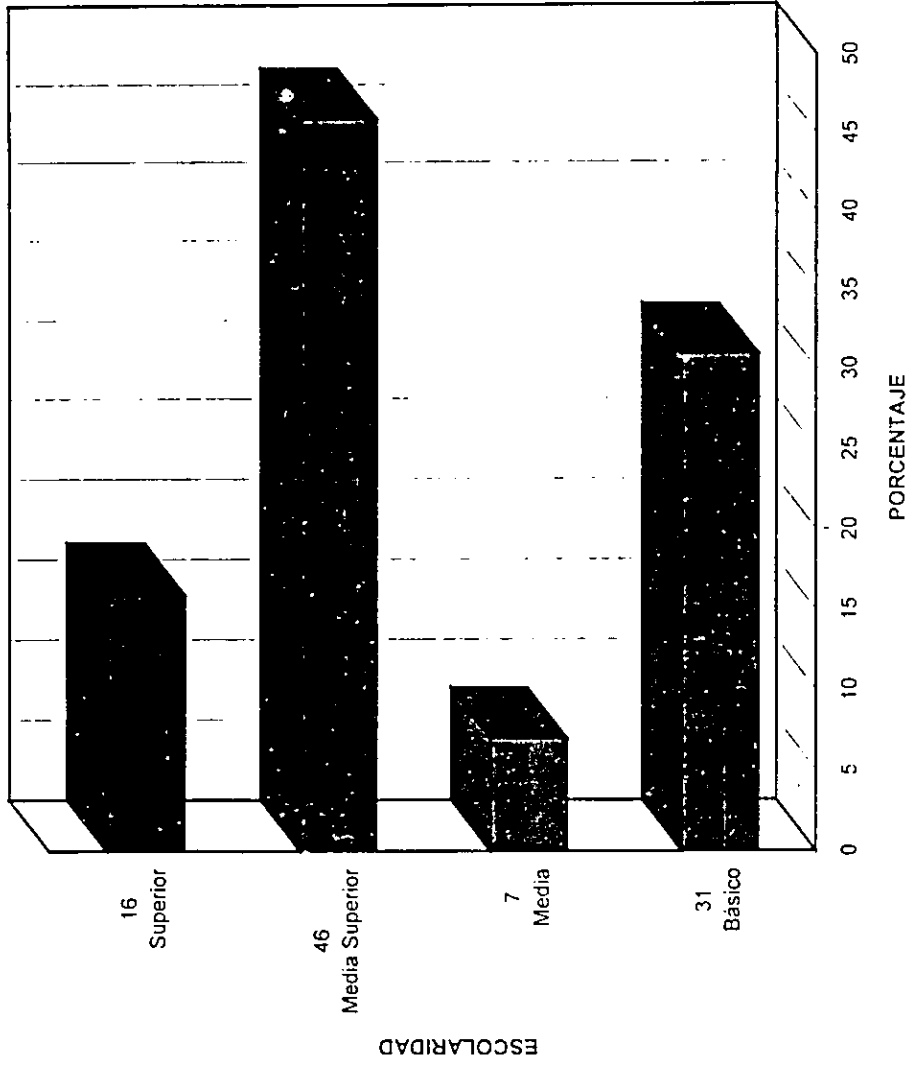
	No.	%	% Acumulado
Casado	81	81	81
Soltero	1	1	82
Unión libre	15	15	97
Viudo	3	3	100



Gráfica 2. Estado civil de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ESCOLARIDAD

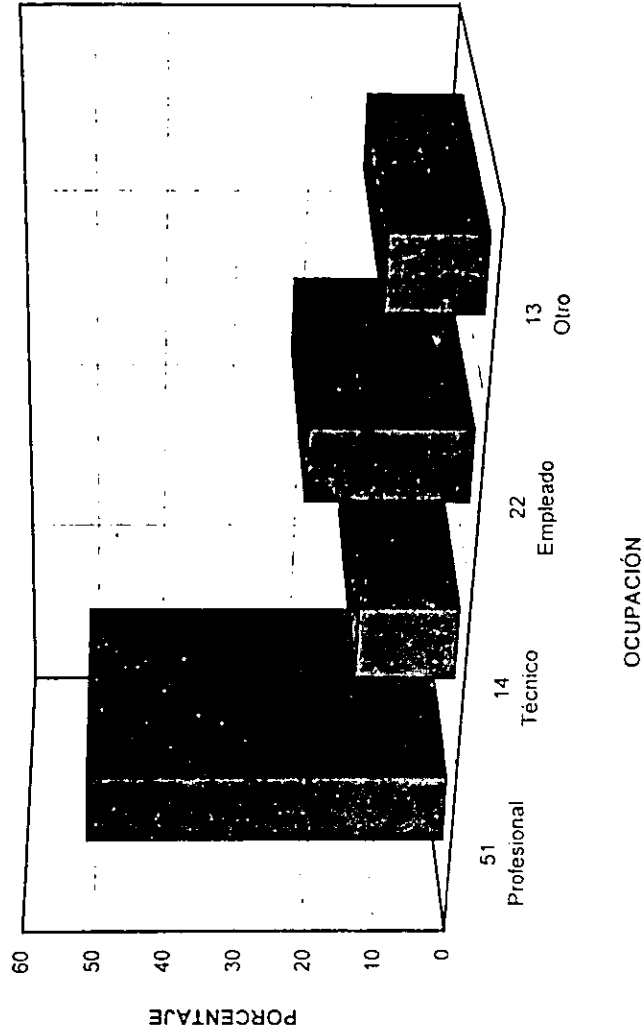
	No.	%	% Acumulado
Básico	31	31	31
Media	7	7	38
Media Superior	46	46	84
Superior	16	16	100



Gráfica 3. Escolaridad de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

OCUPACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA

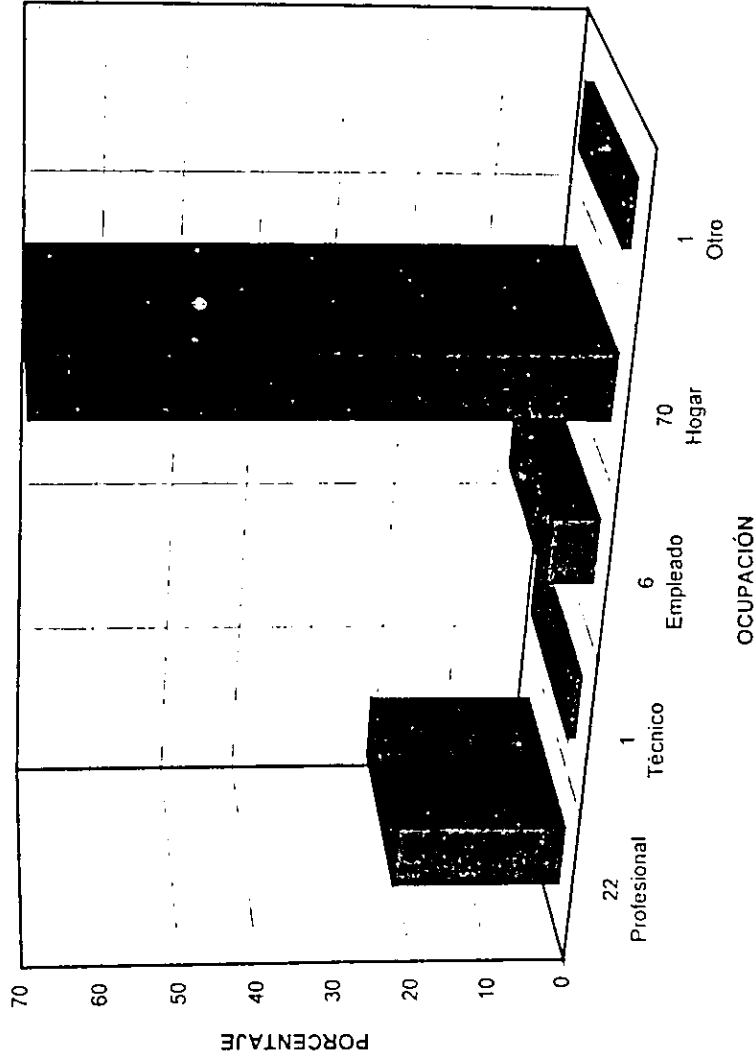
	No.	%	% Acumulado
Profesional	51	51	51
Técnico	14	14	65
Empleado	22	22	87
Otro	13	13	100



Gráfica 4. Ocupación de los padres de familia adscritos al consultorio 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

OCUPACIÓN DE LA MADRE DE FAMILIA

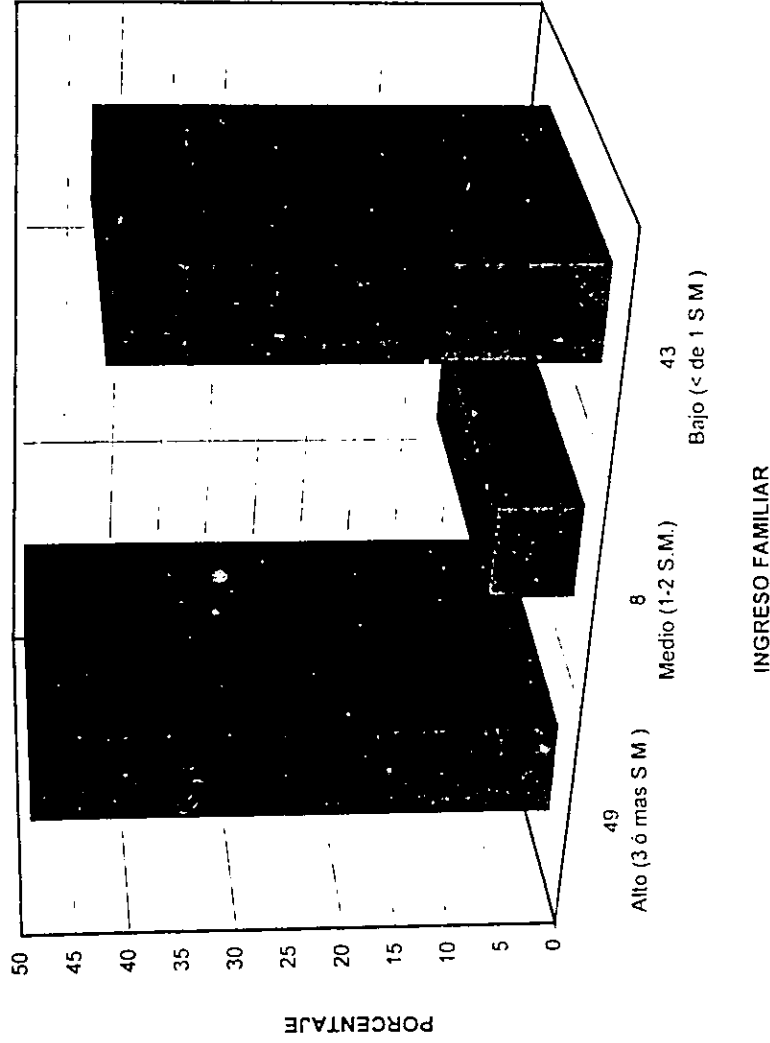
	No.	%	% Acumulado
Profesional	22	22	22
Técnico	1	1	23
Empleado	6	6	29
Hogar	70	70	99
Otro	1	1	100



Gráfica 5. Ocupación de las madres de familia adscritas al consultorio 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

INGRESO FAMILIAR

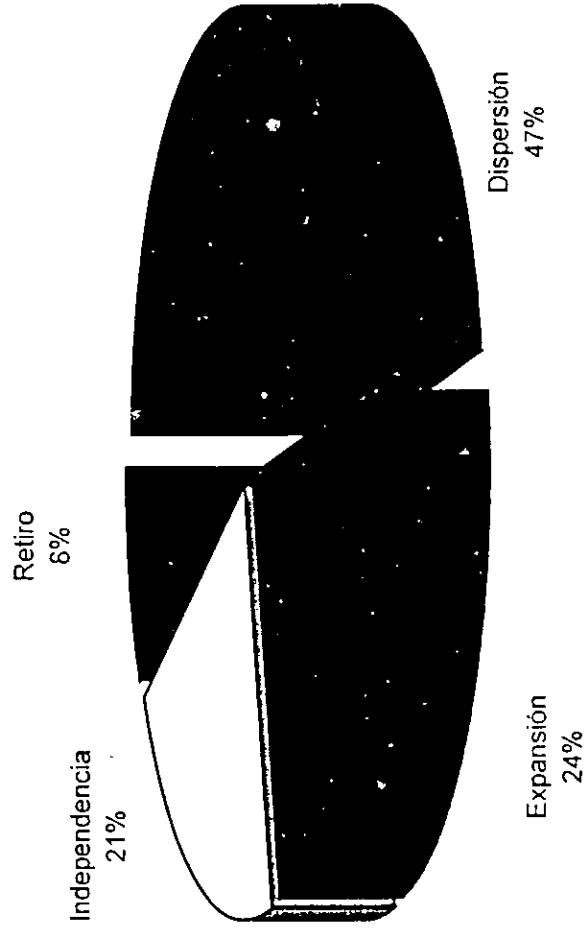
	No.	%	% Acumulado
Alto (3 ó mas S.M.)	49	49	49
Medio (1-2 S.M.)	8	8	57
Bajo (< de 1 S.M.)	43	43	100



Gráfica 6. Ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio -A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR

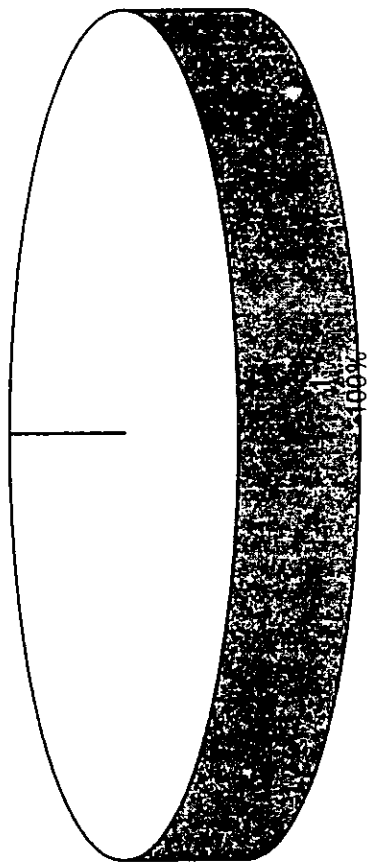
	No.	%	% Acumulado
Dispersión	47	47	47
Expansión	24	24	71
Independencia	21	21	92
Retiro	8	8	100



Gráfica 7. Etapa del ciclo familiar de los padres de familia adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

TIPO DE FAMILIA POR DESARROLLO

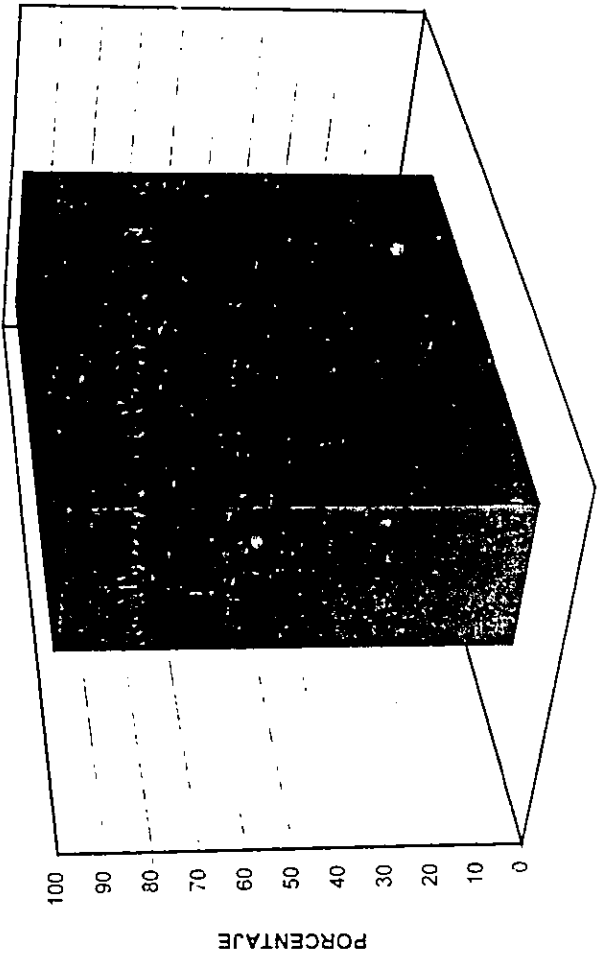
	No.	%	% Acumulado
Moderno	32	32	32
Tradicional	68	68	100



Gráfica 8. Tipo de desarrollo familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

DEMOGRAFIA

	No.	%	Acumulado
Urbano	100	100	100

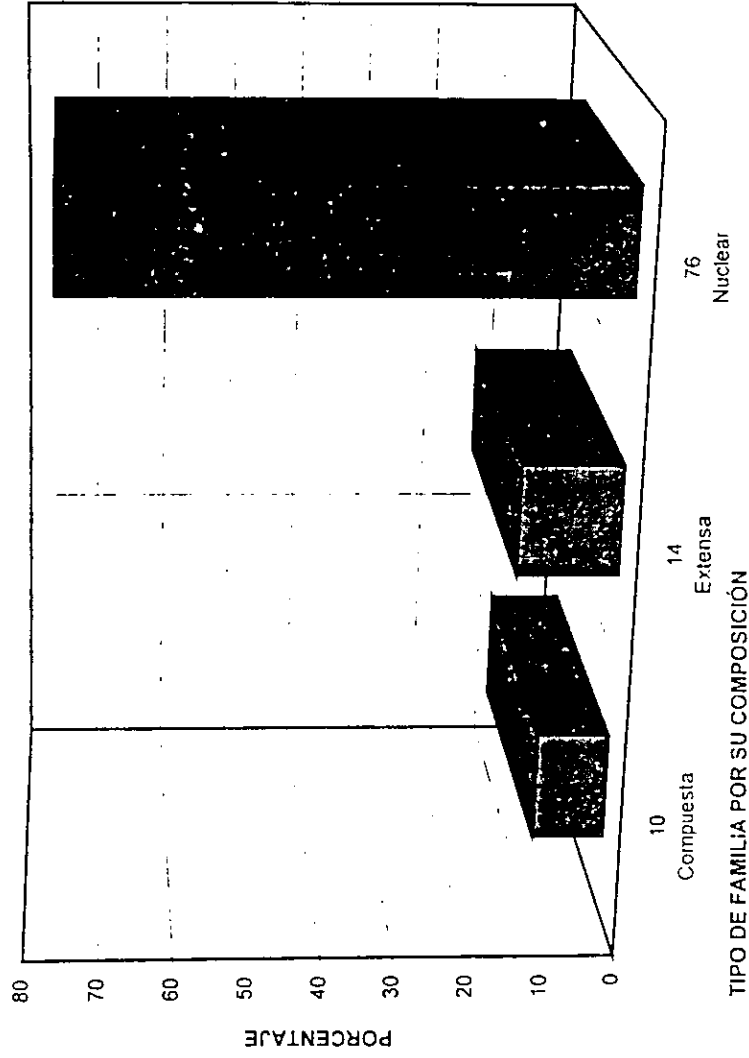


Gráfica 9. Tipo de familia por demografía de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Hojas dianas del médico del consultorio No. 6-A del T. V. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

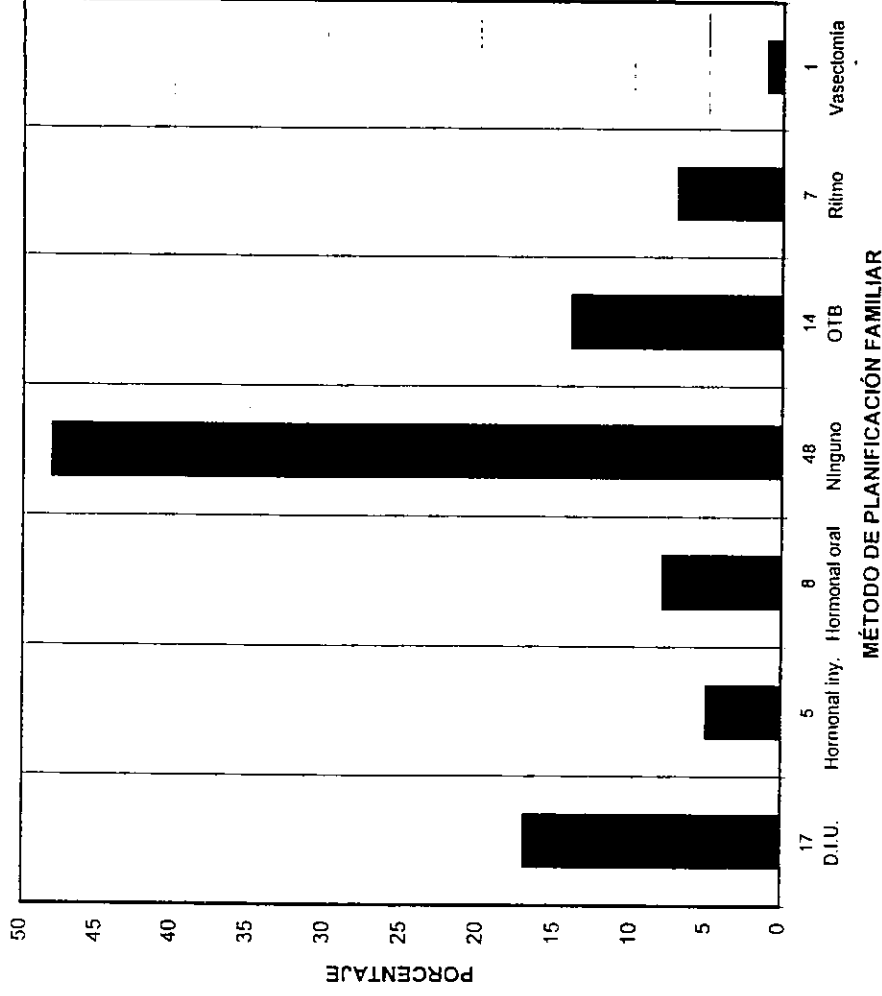
	No.	%	Acumulado
Compuesta	10	10	10
Extensa	14	14	24
Nuclear	76	76	100



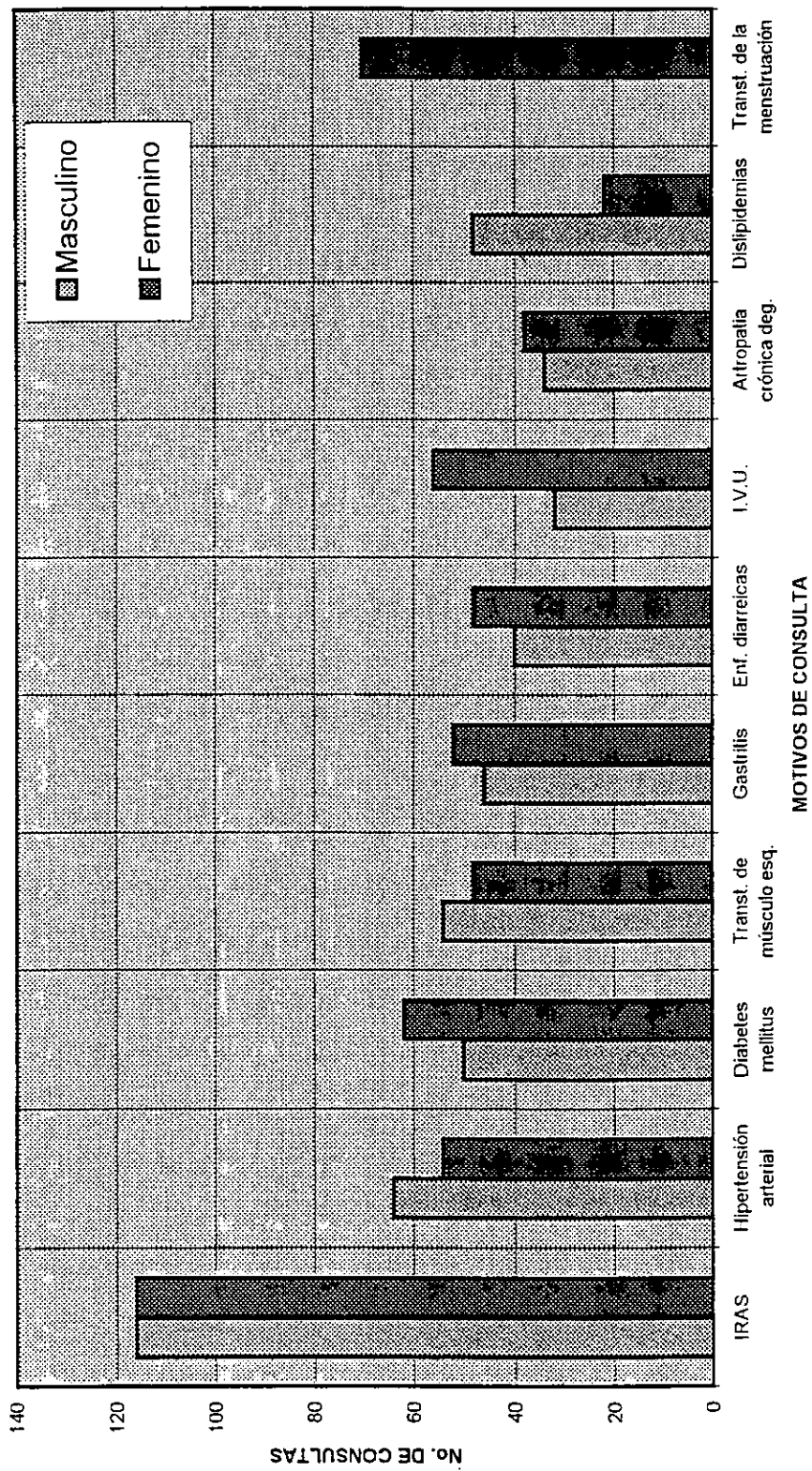
Gráfica 10. Tipo de familia por su composición de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Método	No.	%	% Acumulado
D.I.U.	17	17	17
Horm. iny.	5	5	22
Horm. oral	8	8	30
Ninguno	48	48	78
OTB	14	14	92
Ritmo	7	7	99
Vasectomía	1	1	100

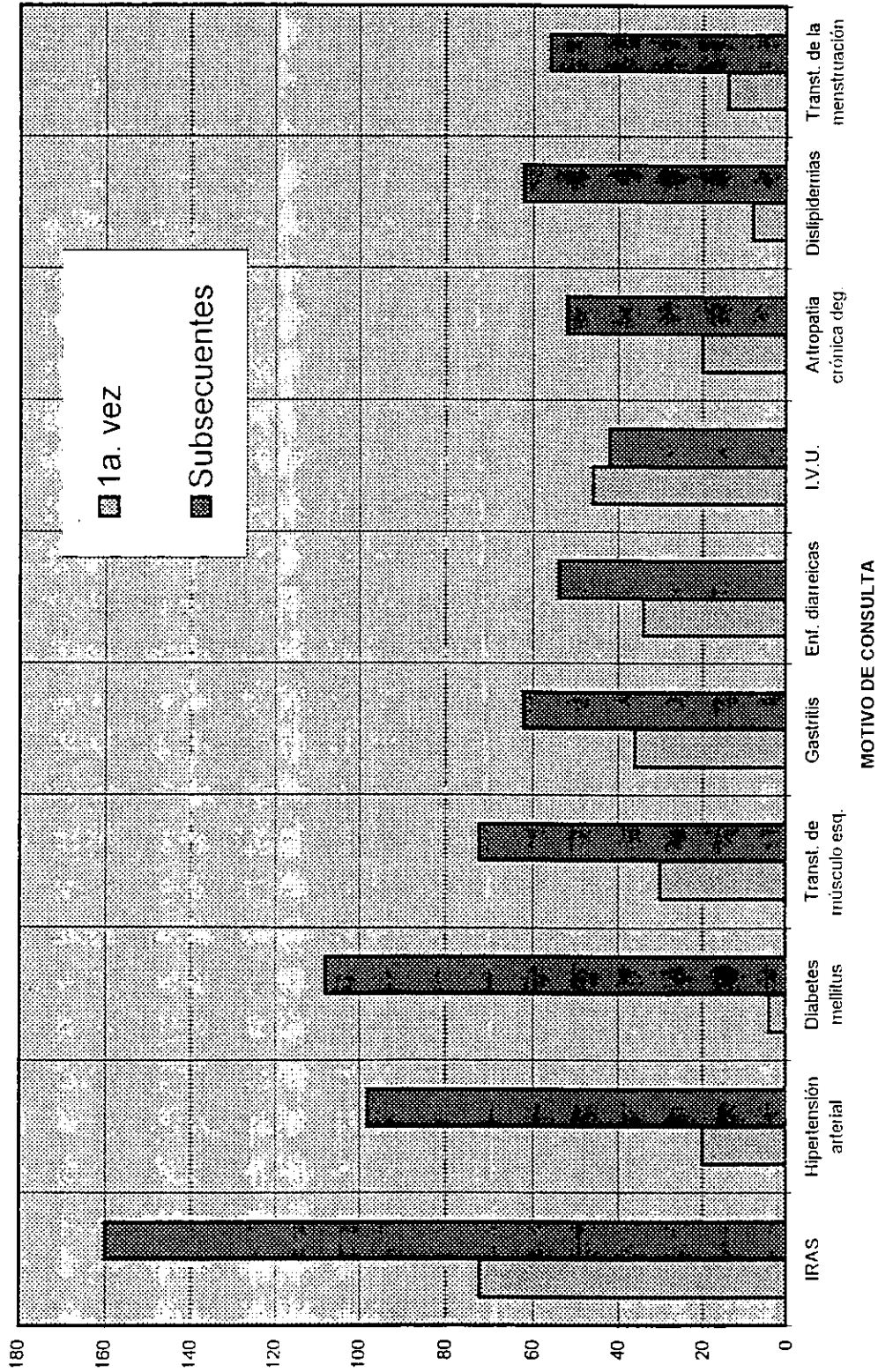


Gráfica 11. Métodos de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Gráfica 12. Motivos de consulta por sexo de los paciente adcritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-A del T. V. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

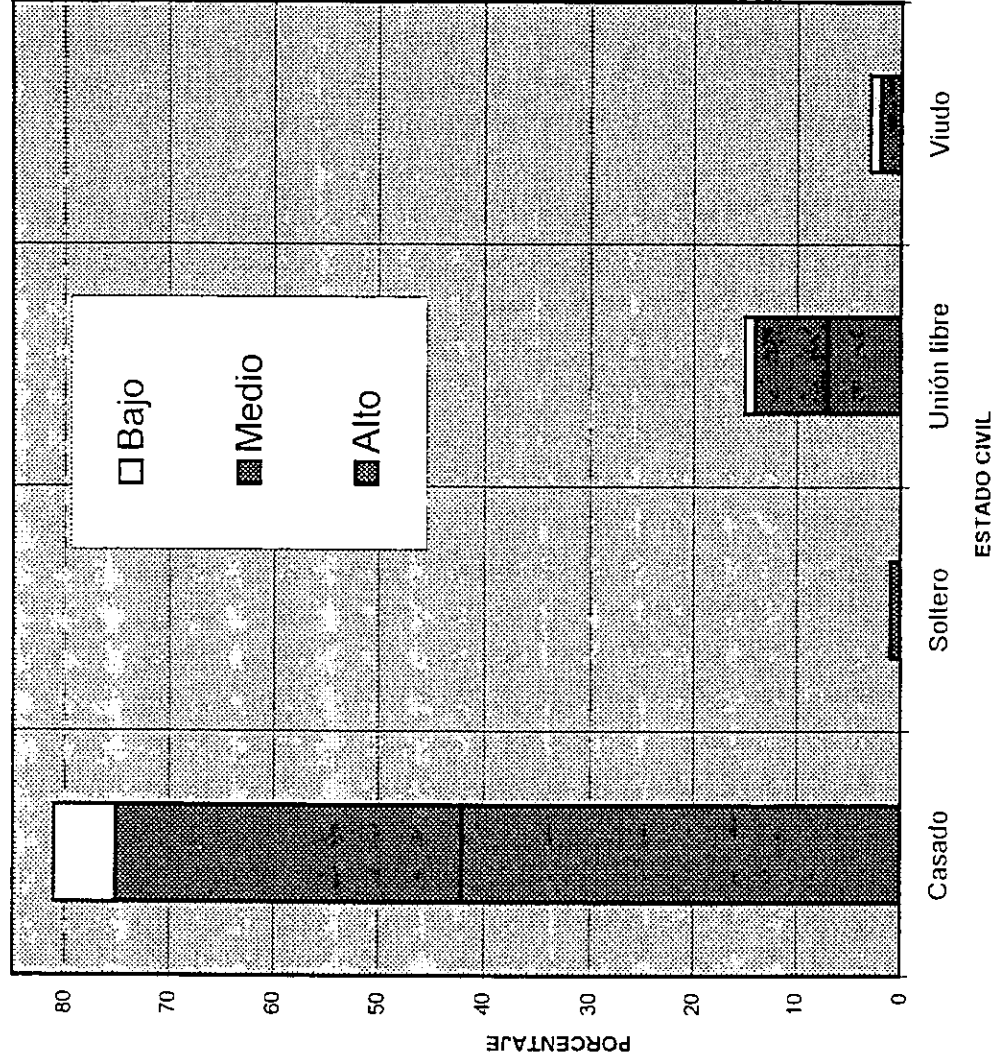


Gráfica 13. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-A del T. V. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ESTADO CIVIL/INGRESO FAMILIAR

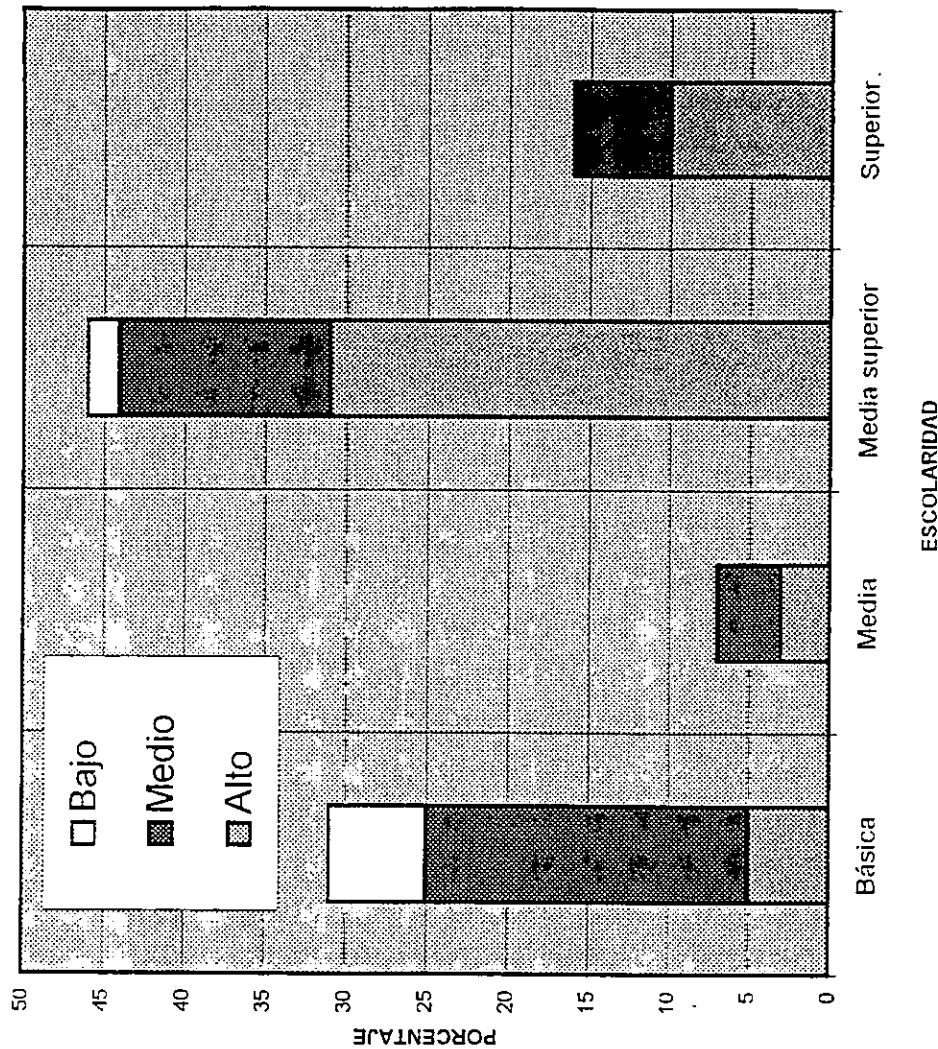
Estado civil	Ingreso familiar			%
	Alto	Medio	Bajo	
Casado	42	33	6	81
Soltero	0	1	0	1
Unión libre	7	7	1	15
Viudo	0	2	1	3
Total	49	43	8	100



Gráfica 14. Estado civil e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ESCOLARIDAD/INGRESO FAMILIAR

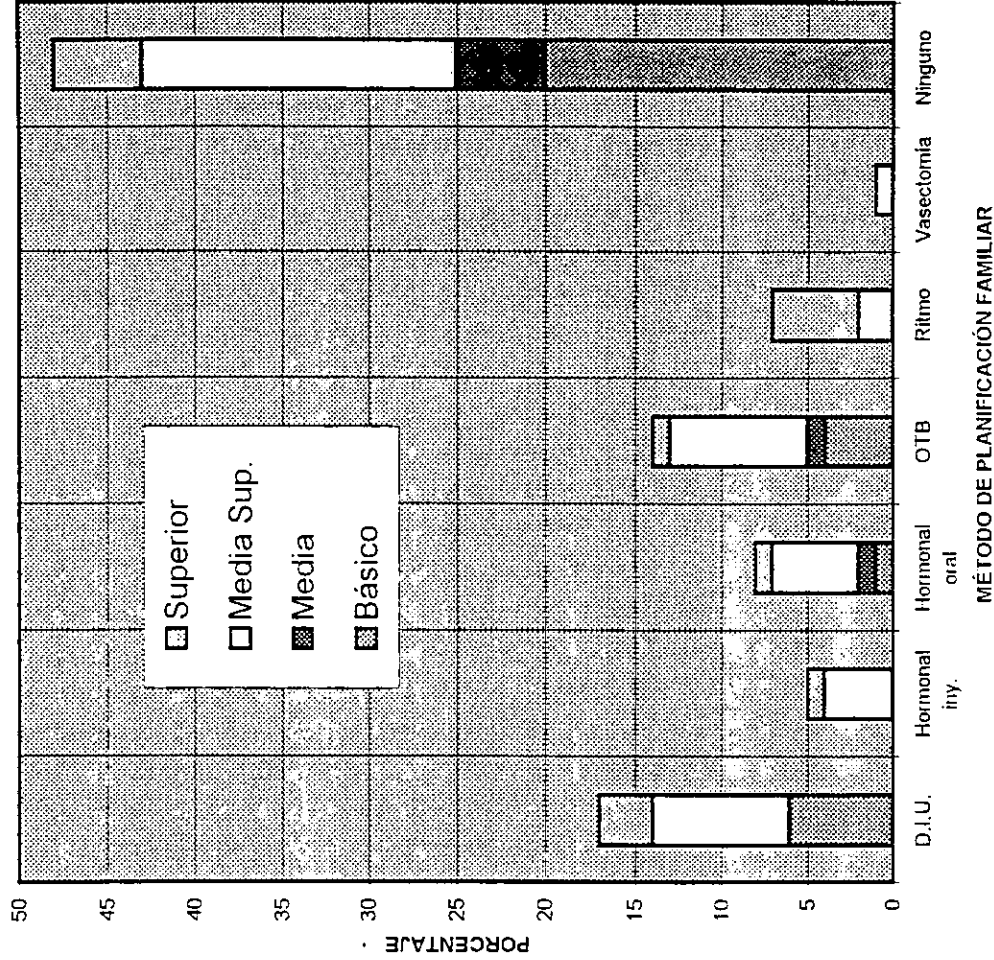
Escolaridad	Ingreso familiar			%
	Alto	Medio	Bajo	
Básica	5	20	6	31
Media	3	4	0	7
Media sup.	31	13	2	46
Superior	10	6	0	16
Total	49	43	8	100



Gráfica 15. Escolaridad e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ESCOLARIDAD/MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Método	Escolaridad				Total
	Básico	Media	Media Sup.	Superior	
D.I.U.	6	0	8	3	17
Hor. iny.	0	0	4	1	5
Hor. oral	1	1	5	1	8
OTB	4	1	8	1	14
Ritmo	0	0	2	5	7
Vasectomía	0	0	1	0	1
Ninguno	20	5	18	5	48
Total	31	7	46	16	100



Gráfica 16. Escolaridad y método de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

VIII. DISCUSIÓN

En el presente trabajo realizado en la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, en una muestra de 100 familias adscritas al consultorio 6-A del turno vespertino, se encontró que la población femenina predomina sobre la población masculina, la cual es muy similar a la reportada a nivel nacional según el último censo de población y vivienda del INEGI (28); con una cantidad considerable de mujeres en edad fértil. Esta relación de dominancia femenina se observa en casi todos los grupos etéreos. La población infantil se encuentra con altas probabilidades de sufrir algún padecimiento como la fiebre reumática, mientras que la población adulta mantiene una alta prevalencia en el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas.

En cuanto a la escolaridad de los padres, se encontró que la educación media superior o técnica es la más representativa en esta población, así también el ingreso económico es alto con un 31%, debido a que la población usuaria del servicio son trabajadores al servicio federal adscritos a diversas instituciones gubernamentales, siendo similar a la reportada, en donde se menciona que a medida que el jefe de familia tiene una mejor preparación, la petición de los servicios aumenta, y que al mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida, también aumenta la demanda de los servicios médicos, así sueldos más altos, mayores facilidades educativas, mayor población aseguradas por instituciones médicas, mejoría de la vías de comunicación y legislaciones sociales, van a originar más petición de servicios(40).

En lo que respecta al estado civil predomina las familias casadas, de tipo tradicional y nucleares, viviendo en área urbana y en etapa de dispersión así mismo en promedio las personas casadas viven más que las no casadas y generalmente utilizan menos los servicios de salud, lo que también es similar a lo reportado. (40,41)

Se observa que las familias con educación media superior son aquellas que utilizan método de planificación familiar, seguido de las parejas con educación superior y las parejas con educación básica, mientras que las parejas de educación media son los que menos utilizan algún método de planificación familiar, sin embargo, se observa claramente que una proporción considerable de las familias estudiadas en sus distintos niveles de educación no maneja ningún método de planificación familiar. Cabe destacar que el método más empleado a nivel nacional según estadísticas hasta 1992 es la salpingloclasia en un 26.9%, seguido del DIU en un 11.1%, y las pastillas en un 9.8% (31).

El nivel de escolaridad de las mujeres ha mostrado una estrecha asociación positiva con el uso de métodos anticonceptivos, en 1987, alrededor del 70% de las mujeres con secundaria o más usaban algún método; en contraste, poco menos de la cuarta parte de las mujeres sin escolaridad usan alguno. El porcentaje de usuarias se ha incrementado en todos los niveles educativos, aunque el cambio ha sido más intenso en los grupos de menor nivel educativo (23).

Sin embargo, en el estudio que nos ocupa, a pesar de la promoción y difusión sobre la salud reproductiva no se ha logrado impactar a la sociedad local, ya que existe la idiosincrasia cultural, encontramos que cierto porcentaje de la población adopta algún método de planificación familiar; pero el porcentaje que no lo hace, es debido a que la población es de origen indígena en la cual persisten sus costumbres ancestrales.

Al identificar los diez motivos de consulta familiar más frecuentes, se observó que las enfermedades de las vías respiratorias altas ocupan el primer lugar de frecuencia, tales padecimientos se encuentran estrechamente relacionados con las condiciones geográficas y cismáticas de la región, basta con mencionar que la Unidad Médica donde se llevó a cabo el presente trabajo de investigación se encuentra a una altura por arriba de los 2000msnm, sin predominio de sexo en este grupo de pacientes, lo que es similar a los reportados en la literatura nacional e internacional, sobre todo en este tipo condiciones ambientales en donde se llevó a cabo dicho estudio (33).

En lo que respecta a las enfermedades no infecciosas, las crónicas degenerativas en su conjunto, dentro de ellas ocupa el primer lugar la hipertensión arterial, seguida de la Diabetes-Mellitus y en tercer lugar las enfermedades ácido-pépticas fueron los padecimientos predominantes en la consulta diaria de la población estudiada.

Los que se asemejan a los datos reportados en la bibliografía de la Secretaría de Salud de 1994, y si tomamos en cuenta que las enfermedades crónicas degenerativas han empezado a desplazar a las enfermedades infecciosas a nuestro medio (39).

IX. CONCLUSIONES

El sexo femenino fue el grupo predominante en la población de estudio con una considerable cantidad de mujeres en edad fértil, quienes merecen una mayor atención en lo que respecta a salud reproductiva, situación que la institución ha descuidado notoriamente y se ha reflejado en los resultados obtenidos.

La mujer es la directamente responsable de la planificación familiar, el hombre salvo excepciones, prácticamente no tiene participación en dichas actividades.

La población infantil presenta altas probabilidades de adquirir fiebre reumática, parasitosis, IRAS y desnutrición, además se observa que la población adulta mantiene una alta prevalencia en el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas.

La aplicación del Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF), es una alternativa de investigación, para realizar la práctica de la medicina familiar, que favorece un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias que se atienden en nuestro universo de trabajo, sin embargo no es la única alternativa, existen diversos instrumentos de evaluación que proporcionan información familiar para la atención médica tales como: el APGAR familiar y los familiogramas, quienes son de gran importancia para identificar los problemas de salud de las familias y que ayudan a conocer mejor a nuestros pacientes. Ante lo anterior como médicos familiares estamos en la obligación de actualizarnos, periódicamente con la finalidad de estar mejor capacitados para conocer las características y problemas de la población, que acude a solicitar nuestro servicio; ya que la investigación debe ser parte de nuestra cultura como médicos familiares y contribuir en el mejoramiento de la prestación de servicios de atención médica para los derechohabientes de la Clínica Hospital del ISSSTE de esta ciudad.

Esta es la primera ocasión en que se lleva a cabo un tipo de investigación como es el Modelo de Atención Familiar en esta unidad médica, por lo que en un principio los derechohabientes no querían cooperar adecuadamente al igual que los compañeros de trabajo, en las áreas donde se involucraban como es vigencia de derechos, archivo clínico, estadística y consulta externa, por lo que se les informó adecuadamente que el presente Modelo de Atención Médica Familiar que tratamos de implementar contiene acciones factibles de realizar ya que son actividades de promoción, prevención, curación o rehabilitación dirigidos al individuo y a la familia y que es importante que se lleven a cabo otros tipos de estudios similares en donde se involucre al personal médico y paramédico, en una forma de educación médica continua; así también considero que se deben fortalecer estrategias en ciertos rubros de los servicios de salud como son:

- a) Planificación familiar.
- b) Atención prenatal del parto y puerperio.
- c) Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil.
- d) Vacunación.
- e) Tratamiento antiparasitario a las familias.
- f) Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Skolnick, S., y Skilnick, J. H.: Rethinking the family. En: family in transition. Skolnick, A. S. y Skilnick, J. H. (Edits). Boston, Little, Brown and Company. 1991.
- 2) Goode, W. J.: The family. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1994.
- 3) Irigoyen C., A.: La familia. Irigoyen C. A. et.al En: Fundamentos de la medicina familiar. Cuarta edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. 1996.
- 4) Chinoy, E.: Society: an introduction to sociology. 2a ed. New York: Random House, Inc. 1987.
- 5) Dickinson Bannack, M. A. et. al.: Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención primaria. Vol. 21. Num. 5. Marzo 1998.
- 6) Glick, P. C.: American families. New York, John Wiley and sons, Inc. 1957.
- 7) Bell N., R., y Vogel, E. F.: Introductory essay: Toward a framework for functional analysis of family behavior. En: A modern introduction to the family. Bell, N. B. y Vogel, E. F. (Eds). «Rev. Ed.». New York, the free press. 1988.
- 8) Gómez C., F. J., Irigoyen C., A.: La medicina familiar y la investigación. Una perspectiva integradora. Fundamentos de la medicina familiar. 1996.
- 9) Ciriacy, E., Hughes, L.: Asesoría contraceptiva. En: Medicina familiar. Teoría y práctica. Howard F. Conn, Robert E. Rakei y Thomas W. Johnson (Edits). Ed. Interamericano. México. 1994.
- 10) Waters, I., Watson, W. y Wetzell, W.: Familiogramas: instrumentos útiles para los médicos familiares. En: Fundamentos de la medicina familiar. Irigoyen, C. A. et. al. Cuarta edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996.
- 11) Irigoyen C., A.: Modelo sistemático de atención médica familiar. Irigoyen C. A. et.al En: Fundamentos de medicina familiar. Cuarta edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996.

- 12) Enelow A., J. y Wexler, M.: Psychiatry in the practice of medicine. New York, Oxford University press. Inc. 1996.
- 13) Cabrera P., C. E. et. al.: Ambiente de trabajo en una unidad de medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 1994.
- 14) Castelazo A., L.: Participación del médico familiar, médico general en las instituciones de salud. Bol. Med. 1976.
- 15) Cerda O., A.: Marco teórico - metodológica para el abordaje integral de la salud familiar. Trabajo presentado en el XVII Simposium Nacional Familiar de la AUREMFAC. 1986.
- 16) Cuevas M., L., et. al.: Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud Pub. México. 1991.
- 17) Chávez A., V., Amáz T., C.: El papel de los grupos multidisciplinarios para la atención de la salud. Rev. Med. IMSS. 1994.
- 18) Bishop F., M. y Tudor J., M.: Influencias socioculturales e impacto en la salud individual. En: Medicina Familiar. Teoría y Práctica. Howard F. Conn, Robert E. Rakel y Thomas W. Johnson (Edits). Ed. Interamericano. México. 1974.
- 19) García L., L. J.: Comparative study of normal and over - users of a health center. Atención primaria. 1996.
- 20) Gil C., G.: 3000 años de historia de la medicina. España. 1986.
- 21) Henderson L., J.: The patient and physician as a social system. New Eng. J. Med., 1935.
- 22) The Graduate Education of Physicians. Report of the citizens Commission on Graduate Medical Education, American Medical Association. 1986.

- 23) Rosenblastt R., A.: Family medicine in four dimensions developing an ecobiopsycosocial perspective. Fam. Med. 1997.
- 24) Espinoza Moreno, B.: Características generales de la población derechohabiente. Med. Noticias ISSSTE. 1998.
- 25) Fryer G., E., Stine, C.: Predictor an profiles or rural versus urban family practice. Fam-Med. 1997.
- 26) Medinoticias: Boletín de la subdelegación médica. Deleg. ISSSTE, Chiapas. Vol. 1. 1998.
- 27) Velasco O., R.: Trascendencias y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Rev. Med. 1 MSS. 1 995.
- 28) INEGI: Cuaderno estadístico municipal. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 1995.
- 29) Saucedá García, J. M.: Lineamientos para evaluar la vida en familia. Revista Médica del IMSS. México. 1995.
- 30) Breslow, L. and Klein, B.: Health and race in California. Amer. J. Public Health. 1991.
- 31) Sepúlveda Amor, Jaime: Salud reproductiva: Situación actual y perspectivas. Cuadernos de salud Num. 4. Secretaría de Salud. 1994.
- 32) Estadísticas del Sistema Nacional de Salud: Secretaria de Salud para la Población abierta. SISPA. Sol-Men. 1997.
- 33) Ops: Infecciones respiratorias anudas: Guía para la planificación, ejecución y evaluación de control dentro de la atención primaria de la salud, OPS, Washington, D. C., 1991.
- 34) INEGI: XI Censo de población y vivienda 1990. Estados Unidos Mexicanos, INEGI, México. 1990.

- 35) Dirección General de Epidemiología: Información epidemiológica de morbilidad 1993, Secretaría de Salud. México. 1994.
- 36) IMSS: Necesidades esenciales en México Situación actual Y Perspectiva al año 2000. Coplamar siglo XXI. 1982.
- 37) Commission on Chronic Illness, founded by the American Medical Association, The American Hospital Association, The American Public Health Association, and The American Public Welfare Association. Definition quoted by Brightman, I. J.: Public health leadership in the care of the chronically ill. En: Lilienfeld, A. M., and Gifford, A. J.: Chronic diseases and public health. Baltimore, The Johns Hopkins Press. 1986.
- 38) Williams, T. y Corley J., B.: El enfermo Crónico. En: Medicina familiar. Teoría y práctica. Howard F. Conn, Robert E. Rakel y Thomas W. Johnson(Edits.) Edit. Interamericano. México. 1994.
- 39) Sepúlveda Amor, Jaime: Los retos de la transición. Hipertensión, diabetes enfermedades cardiovasculares: De sal, de dulce y de manteca. Cuadernos de salud Num. 3. Secretaría de Salud. 1994.
- 40) Fulcher, D. Sistemas de Asistencia Médica. Oficina Internacional del trabajo de Ginebra. Suiza 1973.

ANEXO 1.

IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Familia: _____ Estado civil: _____ Casados ()
U. libre () Otro _____
Años de unión conyugal: _____

Nombre de la persona responsable del test: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre _____

Método de planificación familiar:

DIU() Hormonal Oral() Hormonal Inyectable()

OTB() Ritmo() Condón() Vasectomía()

Otro: _____ Tiempo de usuaria (o): _____

Número de hijos (hasta 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

Tipo de familia: Marque con una X:

Desarrollo: Moderna () Demografía: Urbana ()
Tradicional () Semi-urbana ()

Composición: Nuclear () Integración: Integrada ()
Extensa () Semi-integrada ()
Compuesta () Desintegrada ()

Ingreso mensual aproximado: < de 1 salario mínimo ()

De 1 a 2 salarios mínimos ()

3 ó más salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de familia: _____

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

Observaciones: _____

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	N°	%
Estado civil:		
Soltero		
Casado		
Unión Libre		
Divorcio		
Viuvo		
Años de unión conyugal:		
Escolaridad:		
Básica		
Media		
Media superior ó Técnica		
Superior	<input checked="" type="checkbox"/>	
Edad del padre:		
Edad de la madre:		
Método de planificación familiar:		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)		
Número de hijos (de 20 o más años de edad)		
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
<Salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
Tipos de familia:		
Desarrollo		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

FORMATO PARA ELABORAR EL CENSO POBLACIONAL

<i>Masculino</i>	<i>Grupo etáreo</i>	<i>Femenino</i>
	0-4	
	5-9	
	10-14	
	15-19	
	20-24	
	25-29	
	30-34	
	35-39	
	40-44	
	45-49	
	50-54	
	55-59	
	60-64	
	65-69	
	70 o más	
	TOTAL	

ANEXO 2

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

<i>Familia:</i>	<i>Se anotaran los apellidos que identifiquen a la familia</i>
<i>Años de unión conyugal:</i>	<i>Anotar en años cumplidos el tiempo que de vivir en pareja</i>
<i>Escolaridad:</i>	<i>Se anotara el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado</i>
<i>Domicilio:</i>	<i>Se anotaran calle, número (interior si lo hubiese), colonia y código postal</i>
<i>Familia moderna:</i>	<i>Se considera así cuando ambos cónyuges trabaja fuera del hogar</i>
<i>Familia tradicional:</i>	<i>Es la familia que solo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar</i>
<i>Familia urbana:</i>	<i>Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que cuenta con los servicios básicos de urbanización, agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación</i>
<i>Familia suburbana:</i>	<i>Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 y que carece de algunos servicios básicos de urbanización</i>
<i>Familia nuclear:</i>	<i>Es la familia constituida por padre, madre e hijos</i>
<i>Familia extensa:</i>	<i>Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos hay familiares de lazos consanguíneos, amigos, etc.</i>
<i>Ocupación de los padres de familia:</i>	<i>Se anotaran las ocupaciones de ambos padres</i> <i>Ejemplo. Padre albañil, madre hogar</i>
<i>Etapas de expansión:</i>	<i>Comprende desde el momento del primer hijo hasta la presencia de algún acontecimiento que defina alguna de las siguientes etapas</i>
<i>Etapas de dispersión:</i>	<i>Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela pero ninguno de ellos trabaja</i>
<i>Etapas de independencia:</i>	<i>Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado)</i>
<i>Etapas de retiro:</i>	<i>Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado</i>