

11226
60
2ej



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.

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS
SEDE DE LA UNIDAD ACADÉMICA

Título

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
En la identificación de características médico sociales
En el Consultorio 2-A del Turno Matutino
De la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

CLINICA HOSPITAL "D" DEL
ISSSTE
San Cristóbal de Las Casas,
Chiapas.

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. María de Lourdes Iglesias Lara



ISSSTE

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

1999

TESIS CON
FALLA DE CANCELACIÓN

280998



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.

Título
Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar
en la identificación de características médico - sociales
En el Consultorio 2-A Del Turno Matutino
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.T.E.
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:


Dra. María de Lourdes Iglesias Lara

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.



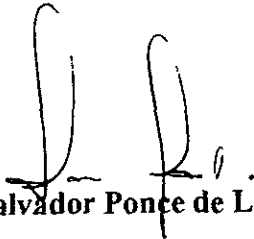
~~Dr. Isaías Hernández Torres~~
~~COORDINADOR DE DOCENCIA~~
~~DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~
~~FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~

Título
Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar
en la identificación de características médico - sociales
En el Consultorio 2-A Del Turno Matutino
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

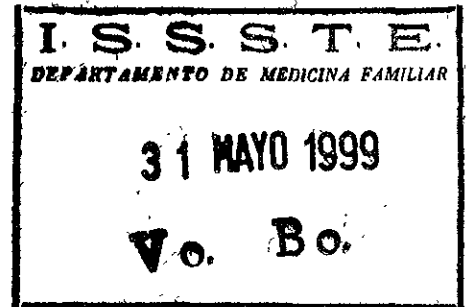
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dra. María de Lourdes Iglesias Lara




Dr. Salvador Ponce de León Castro



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



Dra. María del Carmen Carranza Cervantes
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM



Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado
JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

2.- Índice general

	Pag.
I.- Título.....	1
II - Marco teórico.....	2
III.- Planteamiento del problema.....	13
Justificación	
Objetivos	
IV.- Metodología.....	16
Tipo de estudio	
Población, Lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y Tamaño de la muestra	
V.- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	17
VI.- Información a recolectar(VARIABLES de medición).....	18
VII.- Procedimiento para capturar la información.....	19
Consideraciones éticas	
VIII.- Resultados.....	20
Descripción de los resultados.....	20
Tablas y gráficas.....	23
Discusión de los resultados.....	50
Conclusiones.....	51
IX.- Referencias bibliográficas.....	52
X.- ANEXOS.....	55

T í t u l o

**Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
en la identificación de características médico sociales
en el consultorio número 2-A del turno matutino
de la Clínica Hospital “D” del I.S.S.S.T.E en San
Cristóbal de las Casas, Chiapas**

3.- Marco Teórico:

Definición de la Familia.

El termino se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, conserva la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlo y otorgarle apoyo emocional y físico.

Una de las explicaciones sobre la etimología del término familia es propuesta por el Marques de Morante. que deriva de famulus que significa sirviente o esclavo doméstico.(1)

¿Que es la Familia?

La familia es una organización social que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados para una unión sanguínea y/o social.

A lo largo de la historia del hombre, la familia ha integrado y formado la sociedad, respondiendo a las necesidades de las personas que integran tanto la sociedad como a la familia misma. Por eso en casi todas las sociedades y épocas de la historia de la humanidad ha existido la familia.(2)

La familia como estructura cambiante: la agrupación que constituye la familia ha estado presente de una u otra manera desde hace cuantos miles de años en la historia de la humanidad.

El núcleo familiar constituye la base alrededor de la cual se desarrolla con reciente intensidad, la capacidad de comunicación social, la transmisión de experiencia del individuo a la sociedad y viceversa, elementos todos, que ha sido fundamentales en el procesos de la evolución cultural por la que ha transitado el homo-sapiens.(3)

Evolución histórica de la familia:

Fase I: Promiscuidad inicial, aquí existe promiscuidad absoluta, nula reglamentación entre padres e hijos y el parentesco es señalado por la línea materna.

Fase II: Familia punalúa es la familia por grupos donde los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento, como esposo de las mujeres de otro grupo, es decir dos grupos completos entre sí.

Fase III: Sindiásmica en esta fase la autoridad es matriarcal, hay una economía doméstica común , coexiste varias parejas pero mantienen su independencia.

Fase IV: Familia patriarcal monogénica; aparece la autoridad del jefe de la familia, hay un importante desarrollo de la agricultura. El padre de familia es el único propietario del patrimonio familiar, se consolida como el representante religioso en el culto doméstico.

Fase V: Familia extensa compuesta; es una forma de organización familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico.

Fase VI: Familia extensa; familia característica de la zona rurales donde las relaciones son entre abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos.

Fase VII: Familia nuclear; es característica de la zona urbana.

Desarrollo de la humanidad según Federico Engels.

Salvajismo: En su estadio inferior, medio y superior. En su estadio inferior, los hombres permanecían aún en los bosques tropicales o subtropicales y vivían por lo menos parcialmente en los árboles, en esta época ocurre la información del lenguaje articulado, se relaciona con la promiscuidad inicial. Estadio medio, comienza con el empleo del fuego para preparar alimentos, el hombre se establece a lo largo del río y costas a este estadio pertenece la familia punalúa. Estadio superior, la caza se convierte en una ocupación frecuente, indicios de residencia fija en aldeas, y aparece la piragua de un sólo tronco de árbol, se denomina familia sindíasmica respectivamente.(4,5)

Barbarie: En su estadio inferior, aparece la alfarería, domesticación y cría de animales así como cultivo de plantas se relaciona con la familia sindíasmica. El estadio medio, la domesticación de animales y la formación de grandes rebaños parece ser la causa de que arios del resto de la masa de bárbaros, se relaciona con la familia poligámica. El estadio superior comienza con la fundición del hierro, invención de la escritura alfabética y su empleo para la notación literaria, utilización del arado de hierro tirado por animales domésticos. A este estadio pertenece la familia patriarcal monogámica.

Civilización: Se relaciona con la familia conyugal moderna o familia nuclear.

Desde el punto de *vista social* se ha encontrado la siguiente clasificación:

Con *base en su desarrollo*, en moderna, tradicional, arcaica o primitiva en un 40,50 y 10 % respectivamente.

En *base a su demografía* en urbana en un 60 % y rural en 40%

Desde el punto de *vista tipológico* en campesina, obrera y profesional, ésta se encuentra dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.(5,6)

Ciclo vital de la familia:

La familia como todo grupo humano, tiene su inicio desarrollo y ocaso. A semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece se desarrolla, reproduce y muere. La familia por su parte sigue un patrón similar según el esquema propuesto por Geyman en 1980, y es el que se utiliza con mayor frecuencia:

A.- Fase de matrimonio: Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. El arribo de un nuevo miembro tiene repercusiones importante en la relación de la pareja, ya que precipita ajustes a la vida cotidiana

B.- Fase de expansión: Es el momento en que a mayor velocidad se incorpora nuevos miembros a la familia. En esta fase la familia se expande, y es muy común que los esposos jóvenes deben organizarse de manera muy armónica para levantarse por la madrugada y proporcionar el biberón al bebe, cuidando que esta situación no altere sus actividades diurnas.

C.- Fase de dispersión: En esta etapa la vida familiar se separa, es el camino para la próxima independencia de los hijos mayores que se encuentran en la adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamientos de los jóvenes.

D.- Fase de independencia: Al inicio de esta fase la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia" sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el respeto que debe privar hacia las nuevas familias que se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximadamente entre 20 y 30 años.

E.- Fase de retiro y muerte: Al igual que muchas situaciones paradójica en la naturaleza, observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracteriza a la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se marca en esta fase, cuatro son las circunstancias más difíciles que se han identificado; 1.- incapacidad para laborar (enfermedades crónica-degenerativa) .2.- desempleo, 3.- agotamiento de los recursos económicos ,4,- las familias de los hijos casados en fase de expansión , sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.(6)

Funciones de la familia.

1.- Socialización: La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo para desarrollarse en la sociedad, se menciona a la madre como el educador primordial, con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los seis primeros años de vida, ya que apartir de este momento habrá otras instituciones encargadas de la socialización de los hijos, como la escuela primaria.

2.- Cuidado: Es la función clave en la vida familiar, en la que permite la preservación de nuestra especie, se menciona cuatro determinantes en ella que son: A.- alimentación, B.- vestido, C.- seguridad física, D.- apoyo emocional.

3.- Afecto: La actitud hacia nuestro semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia, en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determina en gran medida nuestra relaciones familiares.

4.- Reproducción: Se ha identificado a la familia como la institución encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad. Aunque debemos aclarar que esta función lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad.

5.-Estatus y nivel socioeconómico: Aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones

El conocimiento de estas funciones de la familia, son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia.(7)

Etapas críticas de la familia y la acción del médico familiar.

A.- Embarazo: Son innumerables las oportunidades que se ofrecen al médico familiar para intervenir en la adaptación de la familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular de sus etapas críticas desde el próximo embarazo hasta el manejo clínico y de apoyo emocional cuando muere un miembro de la familia.

B.- Nacimiento : El nacimiento de un hijo repercute desde diferentes ángulos en la dinámica de la familia desde el punto de vista económico. Si se trata de una familia de clase alta. No habrá desajuste presupuestarios en cambio en una clase media y media baja, este nuevo miembro actuará como estímulo para que los padres traten de elevar su nivel de vida, pero si la familia es de un estrato socioeconómico y cultural bajo, la llegada de un nuevo miembro trae consigo. desajuste importante en cuanto al reducido presupuesto, y las limitadas expectativas de desarrollo económico de la familia.

C.- Enseñanza de la Sexualidad: Esta actividad familiar, debe ser valorada desde el punto de vista socio-cultural, ya que la enseñanza con respecto a la sexualidad, depende del estrato social en que se desenvuelve y del acervo cultural de la familia de acuerdo al sexo del niño o adolescentes será la educación sexual que se otorgue en la mayoría de las familias mexicanas. A las hijas se le ocultan los problemas sexuales que pueden enfrentar en esta etapa de su vida . La reforma educativa ha venido a cubrir esta deficiencia ancestral. La enseñanza de la sexualidad que proporciona la familia puede ser :

1.- Orientadora: Positiva; cuando el niño recibe información real y adecuada a cerca del sexo. Negativa; cuando se recibe información deformada y prejuiciosa con respecto a la sexualidad

2.- Indiferente: Cuando los padres no se comprometen, con excusa de no tener tiempo disponible para brindar orientación sexual. Y esto puede provocar en los hijos, desorientación, angustia y facilitar la presencia de factores que provoquen desestabilización en la dinámica familiar.

D.- Estado laboral: los principales factores de riesgo para la familia, en cuanto al estado laboral son los siguientes.

1.- Desocupación: Se debe tomar en cuenta su causa, si fue por edad avanzada, negligencia, disminución de fuente de trabajo, preparación deficiente o nula así como invalidez.

2.- Búsqueda de trabajo: Como consecuencia de la actual crisis económica. México se ha colocado en un nivel de desempleo muy alto lo que dificulta las oportunidades de trabajo, dando como resultados pocos empleos estables, y desestabilización económica y emocional en el núcleo familiar.

3.- Cambio de empleo: Se deberá estudiar los motivos del cambio, si fue por mejorar económicamente o culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo menor remunerado pero con mayor satisfacción intelectual, o requiere mayor tiempo ocupacional, lo que conduce a ausencias de un miembros de la familia, repercutiendo emocional social e incluso sexualmente, propiciando abandono, adulterio y diversas sociopatías de la familia.

E.- Muerte de un miembro: Desde el punto de vista económica, si el que muere es el padre y represente la única fuente de ingreso, la situación obligara a la madre a trabajar para sostener a la familia, si está preparada se adaptara pronto a la situación, en cambio si la educación es baja se producirá un desajuste económico importante. Si la que fallece es la madre, puede no responsabilizarse el padre de la crianza de los hijos produciendo desintegración en la familia, con sustitución por parte de la hija mayor, y desajuste emocional.(8)

Historia de la Medicina Familiar.

En el IMSS desde 1954 en que se instauró el sistema medico familiar como modelo de atención médica, se tuvo la intención de cubrir las necesidades de salud de los derechohabientes a través de un sistema, este modelo opero por más de 20 años y poco se pudo lograr para incidir en la salud familiar.

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

Este primer programa de medicina familiar pretendía formar especialistas capaces de brindar una atención integral básicamente de tipo preventivo, proponiendo como eje de esta formación contenidos en medicina preventiva, sociología, salud publica y medicina social.

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales grupales, particulares o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o de grupo familiar(9-10).

A través de estos estudios de especialización se permite al médico familiar constituirse en una especialidad de rango tan elevado y de igual distinción académica como cualquier otra especialidad médica. La especialidad de medicina familiar presenta un gran esplendor que

coincidió con el entusiasmo nacional existente para cubrir las necesidades de la atención primaria que también vivía épocas de gran brillo. Ello motivó a un gran número de estudiantes a seleccionar la especialidad en medicina familiar.

México vive en la actualidad tendencia en el campo de la salud que obligan adoptar una revisión prospecta y anticipadora. Los avances de la ciencia, la tecnología y la organización han permitido que la mortalidad disminuya, así mismo las desigualdades sociales existentes en nuestro país favorecen que la población de escasos recursos económicos sea la que muere con mayor frecuencia y por lo tanto la que presenta un riesgo mayor de enfermedad.

El reto de atención a enfrentar las enfermedades crónica-degenerativa y los procesos infecciosos, principalmente los intestinales y respiratorios, que constituye un factor precipitador de muerte, especialmente en la población de mayor edad.

Este panorama obliga a encontrar alternativas de solución a las necesidades de atención planteadas, en las que obligadamente sobresale el primer nivel de operación y como figura central el médico familiar. (11-14)

Acciones del médico familiar para su desarrollo

El papel para el desarrollo profesional del médico familiar será el de lograr satisfacer las expectativas sociales, para ello se precisan cuatro funciones básicas que se deben cumplir.

1.- Incrementar el nivel de salud: El médico familiar debe convertirse en guía y asesor del personal para la atención de la salud y dirigir con efectividad las estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con un enfoque básicamente anticipatorio donde las acciones del fomento a la salud sean prioritario.

2.- Otorgar atención médica integral:

Este debe dirigirse a la procuración del rápido restablecimiento de la salud. En aquellas personas que le han pedido, para la cual se generaran acciones basadas en el diagnóstico correcto y temprano, el establecimiento oportuno de la terapéutica adecuada, la limitación del daño y la instalación de las medidas de rehabilitación correspondiente.(15)

3.- Participar en el proceso de educación médica:

Se propiciara la conservación de un alto nivel de acción profesional al procurar su educación continua y actualización sin olvidar mantener la función de enseñar a otros sus experiencias y conocimientos.(16)

4.- Realizar investigación médica:

Debe ser congruente con las necesidades de salud de la población y dar respuesta a los problemas que surjan durante el proceso de atención a la salud. Los resultados deben ser prácticos y facilitar la toma de decisiones en el nivel operativo.

Los servicios otorgados por el médico familiar, tanto en el presente como en el futuro deberán dirigirse a dar respuesta a las necesidades reales expresadas o no, más que a las demandas de la población derechohabiente.

Diagnóstico de salud Familiar:

El diagnóstico de salud familiar es una parte importante de las actividades que realiza el médico familiar, este diagnóstico se fundamenta en los tres ejes de sustento de la medicina familiar: la continuidad de la atención médica, la acción anticipatoria y el estudio de la familia.

La continuidad de la atención médica:

Implica un esquema de seguimiento del proceso de salud-enfermedad en los integrantes de una familia y, por esta razón, el diagnóstico de salud familiar no puede obtenerse en una sola entrevista clínica. Como consecuencia de la continuidad de la atención, se lleva a cabo un seguimiento de la evolución de las enfermedades que afectan a los individuos, las cuales necesariamente repercuten en el grupo familiar.

El entendimiento de este fenómeno dinámico permite identificar la necesidad de un diagnóstico integral que requiere de una revisión y actualización frecuente que favorezca una visión tanto retrospectiva como prospectiva de la familia en un enfoque médico.

La acción anticipatorias:

Se fundamenta en un enfoque de riesgo que contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda, la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades de una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales

El diagnóstico de salud familiar, como ya se ha identificado, se realiza a lo largo del otorgamiento de la atención médica, y esta estructurado en un orden lógico que facilita su desarrollo y comprensión. El diagnóstico de salud se justifica cuando se detectan eventos a lo largo del ciclo vital familiar que contribuyen a la presencia de disfunción familiar(17)

Atención primaria de la salud.

La atención primaria de la salud es desde hace varios años la estrategia propuesta por la organización mundial de la salud, para poder elevar de salud de la población . Su implantación ha encontrado múltiples barreras que limitan su total aplicación y el logro de los objetivos .

La atención primaria a la salud es la mejor estrategia para garantizar la salud de la población y alcanzar el desarrollo, tanto económico como social incluye tanto acciones que inciden en forma directa como indirecta en la salud. Estas acciones son las que atañen a los servicios asistenciales de salud y entre éstas destacan aquellas que deben dirigirse a la comunidad, como salud pública y las que deben dirigirse al individuo. (18-21)

Una características de estas acciones, es que tienen un carácter preventivo, disminuir los factores de riesgo a través de programas de acción sistematizada, en la cual se incluyen tanto el equipo de salud como al individuo y a la comunidad, de modo que se responsabilicen del cuidado de su salud. Dichas acciones tienen como objetivos disminuir los factores de riesgo a través de programas de acción, sistematizados, en los cuales se incluyen tanto el equipo de salud como el individuo y la comunidad, de modo que se autorresponsabilicen del cuidado de su salud.

La atención primaria a la salud, por definición intenta satisfacer las necesidades del individuo, la familia y las comunidades mediante procedimientos social, cultural y económica, y dentro de las estrategias se comprende la atención por niveles, encontrándose la atención hospitalaria con toda la tecnología disponible para la atención de casos que así lo requieran.

Es evidente que no se pretende proporcionar atención de segunda categoría, sino que evitar que una gran cantidad de personas lleguen al segundo o tercer nivel de atención mediante acciones de la salud, inmunizaciones, seguridad e higiene en el trabajo, saneamiento y mejoramiento del ambiente y la vivienda. Es ardua la tarea que debe enfrentar el médico familiar, puesto que debe afrontar los problemas de enfermedad de la población y enfrentar la difícil tarea de realizar acciones de medicina preventiva, se incluye a los médicos de todos los niveles de atención y de todos los especialistas, puesto que debe ser una labor conjunta.

Actualmente la atención médica se basa en un concepto biologista del proceso salud-enfermedad y se dejan de lado los factores que intervienen en la vida de la comunidad, y que se interrelacionan con la salud.(22-23)

El logro de los objetivos de la estrategia de la atención primaria a la salud, implica muchas acciones, dentro de las cuales sobresalen la educación para la salud, y la participación comunitaria, siendo esencial la primera para lograr la segunda, pero sin desligarlas. (24)

Salud reproductiva y planificación familiar .

El plan nacional de desarrollo de 1995-2000, considera a la salud reproductiva y a la planificación familiar como ejes estratégicos del desarrollo del país

La implantación del programa de salud reproductiva y planificación familiar se articula con el proceso de descentralización de los servicios de salud y se enriquece con el nuevo modelo de atención a la salud para la población abierta, con lo que se garantiza el acceso a la información oportuna y a servicios de calidad, para asegurar la ampliación de la cobertura se ha diseñado un paquete básico de servicio de salud, un conjunto de intervenciones irreductibles en materia de salud a los que toda persona tiene derecho y dentro del cual la salud reproductiva es un componente esencial junto con la medicina preventiva y la nutrición.(25)

Planificación Familiar:

El descenso de la tasa global de fecundidad ha ocurrido en México esencialmente a expensa de la practica de métodos anticonceptivos. La prevalencia del uso de estos métodos aumento el 30% registrados en 1976, a casi el 64% de las mujeres unidas en edad fértil en 1974.

El programa de planificación familiar se ha fortalecido en los últimos años con la incorporación a nivel interinstitucional de estrategias puntuales para la provisión de métodos anticonceptivos seguros, efectivos y aceptables.

Debe destacarse la amplia cobertura del programa de anticoncepción posevento obstétrico(posparto, trans y poscesárea, posaborto), el utilizar métodos que no interfieren en la lactancia materna, representa una oportunidad de encuentro con el programa de hospital amigo del niño y de la madre. El uso del dispositivo intrauterino medicado con cobre ha contribuido a aumentar el espaciamiento intergenésico.

La cobertura anticonceptiva posevento obstétrico ha tenido un discreto avance en los últimos años, en 1994 alcanzo el 51% en el sector público.

La incorporación reciente de la vasectomía sin bisturí que se ofrece en el primer nivel de la atención, ha logrado una creciente demanda en la población masculina tanto en el ámbito urbano como en el rural.

La provisión de información y servicios de salud sexual y anticoncepción para los adolescentes. Representa un punto de encuentro con otros pilares de la salud reproductiva, como la prevención y manejo de las enfermedades de transmisión sexual y la salud integral para este grupo etáreo.

Durante los últimos años se ha implantado y fortalecido la comunicación educativa y social en planificación familiar, así como la capacitación en tecnología anticonceptiva, incluido el proceso de orientación-consejería. Estos elementos se constituyen en un factor esencial para

brindar información veraz y servicios de calidad que permite a las parejas ejercer el derecho a decidir de manera responsable y libre el número y esparcimiento de sus hijos(as).

Objetivo General.

Garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto amplio de la salud reproductiva, con opciones múltiples métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permita el libre ejercicio del derecho de decidir el número esparcimientos de los hijos.

Objetivos Específicos:

- Dentro del marco integral de la salud reproductiva, fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación, comunicación de las acciones en planificación familiar.
- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, lo cual se logrará a través de una amplia acción intersectorial, que promueva la participación laboral y política de las mujeres y que aumente su escolaridad e información, en especial la relativa a la sexualidad y reproducción.
- Reducir el número de embarazo no deseado, no planeados o de alto riesgo, contribuir a la prevención del aborto y a la disminución de la morbilidad materna y perinatal
- Fortalecer la estructura familiar, propiciando una actitud responsable de los hombres y de las mujeres hacia la sexualidad y la reproducción.(26-27)

Salud Reproductiva:

Debe señalarse que la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años ha registrado un descenso. La tasa específica de fecundidad en este grupo de edad se redujo de 132 nacimientos por mil mujeres en 1978 a 79 en 1994. Un porcentaje elevado de embarazos en la adolescencia no son planeados tienen un enorme impacto, no solo en término de salud sino que además dificulta el proceso de educación, desarrollo y autonomía de los adolescentes y estos embarazos se relacionan con una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente en poblaciones mas vulnerables.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes con vida sexual activa ha aumentado en los últimos años entre los métodos utilizados se encuentran los anticonceptivos hormonales(40.3%), DIU(33.5%) y los métodos de barrera, incluido en condón(8.7%).

Las demandas y necesidades no satisfechas entre la población adolescente en términos de educación formal, comunicación educativa y social, así como la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva constituyen un reto formidable cuya atención ni puede ser postergada.

Objetivos General.

Proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables.

Objetivos Específicos.

- Ampliar la cobertura de información, educación y servicios específicos para la atención de la salud integral de los adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva a través de una amplia concertación interinstitucional e intersectorial, a fin de promover estilos de vida sana.
- Prevenir los embarazos no deseados, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual.
- Proporcionar información y servicios de alta calidad para las adolescentes embarazadas con énfasis en consejería y anticoncepción posevento obstétrico.(28)

En Chiapas.

Datos Demográficos:

Chiapas cuenta con una población de 3,585,000 habitantes de los cuales 1,791 son hombres, y 1,794 son mujeres, con una tasa de crecimiento de 2.2 su tasa de natalidad es de 30.5 y la de mortalidad de 4.1, la esperanza de vida al nacer es de 68.36 y 74.70 para hombre y mujeres respectivamente.(29)

En cuanto a la mortalidad infantil la tasa es de 14.5 por cada mil nacidos registrados, siendo la primera causa de muerte, las diarreas en menores de 5 años con una tasa de 97.1 por cada 100.00 menores de 5 años, la segunda causa son las insuficiencias respiratorias altas con una tasa de 89.4 por cada 100.000, le siguen los tumores malignos, enfermedades del corazón y la diabetes mellitus con una tasa de 40.6, 37.8 y 16.8 respectivamente por cada 100.000 habitante

Los casos nuevos de SIDA con una tasa de 1.1 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.(30)

Principales causas de Mortalidad general en México.

La causa no. 1 de muerte en el país son las enfermedades del corazón con una tasa de 70.4 y de éstas las isquémicas ocupan el 43.2 por cada 100.000 habitantes, los tumores malignos le siguen con una tasa de 53.6 siendo para la tráquea, bronquios y pulmón el 6.4, para el estómago 5.3 y del cuello de la matriz 4.9 por cada 100.000 habitantes. Las enfermedades crónico- degenerativas. La diabetes mellitus ocupa el cuarto lugar con una tasa de 37.4 seguidas de la enfermedad cerebro-vascular con una tasa de 26.1 por cada 100.000 habitantes. (31)

3.1 Planteamiento del problema

El esquema actual de atención médica familiar no es satisfactoria, tanto para el médico como para el paciente. esto es debido al conocimiento insuficiente de las características biológicas, sociales, culturales y económicas de las familias; así como de sus recursos que puedan ser implantados para mejorar el nivel de la salud, por lo que tampoco se ha logrado el impacto deseado a la problemática de los procesos de salud- enfermedad.

El quehacer médico ha llevado consigo, desde siempre, la actitud inquisitiva de reconocer el por qué de la enfermedad y sobretodo, de qué manera se puede conseguir alivio o la curación de los padecimientos humanos, por lo que mi planteamiento es el siguiente.

¿ Cómo establecer un programa de actividades preventivas, de promoción para la salud, diagnóstico y tratamiento oportuno? En forma satisfactoria en un consultorio de medicina familiar.

3.2 Justificación

En la vida cotidiana y en el trabajo, nos esforzamos para aprovechar las experiencias propias y de otros, para comprender lo regular y predecir las futuras circunstancias. El investigador se esfuerza por comprender, explicar, predecir o controlar fenómenos, sin embargo ésta se realiza de una manera más ordenada y sistemática, comparada con la forma en que la mayoría resuelve sus problemas.

La experiencia humana en el mundo actual, es un asunto cuya complejidad escapa a la comprensión total, debido a las múltiples fuerzas políticas, económicas, físicas, químicas, biológicas, sociales y psicológicas que intervienen en su formación.

Ante ésta complejidad el ser humano busca las explicaciones, para lo cual es necesario conocer, describir e interpretar los hechos o fenómenos para comprender sus regularidades y así poder predecir y aportar soluciones a los problemas.

El quehacer médico a llevado consigo, desde siempre, la actitud inquisitiva del conocer el por qué de las enfermedades y sobre todo, de que manera se puede conseguir el alivio o la curación de los padecimientos humanos.

El ser médico familiar exige, precisión, eficacia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, grupales, particulares o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar consecuentemente, la existencia del médico familiar, radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud, limite las lesiones y recupere las capacidades del individuo, utilizando los conocimientos existentes.

En sí la medicina requiere ser transmitida para acrecentar, mejorar y ser cada día más útil a la humanidad al optimizar la prestación de los servicios médicos, esto con un enfoque integrador que permita una mejor satisfacción de la población usuaria y que a la vez disminuya los costos de la atención médica.

3.3 Objetivos

General:

Identificar plenamente las características biológicas, sociales, culturales y económicas, así como las causas de morbilidad más frecuentes de la población adscrita al consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Específicos:

- 1.- Identificar los grupos etáreos por edad y sexo que conforman la pirámide poblacional.

- 2.- Identificar los grupos de riesgo como son:
 - población infantil(menor de 4 años de edad)
 - población de riesgo de fiebre reumática
 - población de riesgo reproductivo
 - Población Anciana

- 3.- Identificar a través del diagnóstico familiar, los siguientes:
 - La estructura desde el punto de vista social es decir, mencionar en que etapa del ciclo vital familiar se encuentran.
 - Su composición
 - Su desarrollo
 - Su tipología
 - Su demografía

- 4.- Identificar las principales diez causas de consulta

4.- Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo
Retrospectivo
Transversal

Fundamentada básicamente en:
Censo Poblacional
Estudio de la comunidad
Identificación de las causas de consultas.

4.2. Población, lugar y tiempo de estudio.

Población derechohabiente adscrita al consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo del 1º. De Marzo al 30 de Julio de 1998.

4.3 Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra

El tipo de muestra es, No Probabilística en muestreo por cuotas(tipo cuota Sampling).
El tamaño de la muestra se estima en 100 del total de familias adscritas al consultorio número 2-a del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, en el número de consultas otorgadas de 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

4.4. Criterios de Inclusión, exclusión y de eliminación

Inclusión : Población usuaria del consultorio número 2-a del turno matutino que cuente con expedientes clínicos y que aceptaron participar

Exclusión: Población no usuaria al consultorio número 2-a del turno matutino

Eliminación : Población sin expediente, pacientes que no aceptaron participar.

♦

4.5.- Información a recolectar (variables de medición)

Para el censo de población: las variables son de tipo Cuantitativas como Cualitativas. identificándose una escala de intervalo para las primeras y una nominal para las segundas, según sea el caso, Se consideran las variables de:

Números total de individuos
Número total de individuos del sexo masculino
Número total de individuos del sexo femenino
Número de individuos del sexo masculino y femenino por grupos etáreos

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

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

Estado civil
Años de unión Conyugal
Escolaridad del padre y de la madre
Edad del padre
Edad de la madre
Números de hijos(hasta de 10 años de edad
Números de hijos de 11 a 19 años de edad
Números de hijos de 20 o más años de edad
Métodos de planificación familiar
(diu, hormonal oral, hormonal inyectable, otb,)
Ocupación de los padres(profesional, empleado, hogar)
Ingreso económico:
De un salario mínimo
de uno a dos salarios mínimos
de tres o más salarios mínimos
Tipo de familia: moderna ó tradicional
Etapa del ciclo vital de la familia(expansión, dispersión, independencia y retiro).

Para la identificación de las causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las que corresponden: las diez primeras causas de consulta por grupo de edad y sexo.

4.6 Procedimiento para capturar la información.

- Censo de población:

Se realizó al identificar en el archivo clínico todos los expedientes de las familias en estudio y se clasificaron mediante núcleos familiares.

- El estudio de la comunidad:

Se aplica directamente mediante la cédula recolectora de datos al padre o madre de familia.

- El censo de Consulta:

Se realiza con la hoja del reporte diario del médico del año anterior, es decir del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997. En el consultorio número 2-a del turno matutino.

4.7.- Consideraciones Éticas.

Se harán de acuerdo al comunicado de la norma de la ley general de salud, en materia de investigaciones, comunicada en el diario oficial del 26 de Enero de 1982, Así como de las declaraciones de Helsinky 1964 y con la adición de Tokio en 1975.

5.- Resultados:

5.1.-Descripción de los resultados

El Presente estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de un modelo sistemático de atención médica familiar en el consultorio número 2-a, turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE, se llevó a cabo en tres fases. La fase I a través del censo poblacional, siendo los grupos etáreos de 5 años cada uno, contando como fuente de datos, al archivo clínico. La segunda fase, fue realizar el estudio sistemático familiar mediante encuestas a padres de familias adscritas al consultorio 2-a, en muestreos por cuotas (Cuota Sampling) estimadas en (n=200). Del 1º de Marzo al 30 de Julio de 1998. La tercera fase se llevó a cabo con el análisis de consulta de la población que asistió del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1997. A continuación se muestran los siguientes resultados.

Fase I

La población total del consultorio 2-a del turno matutino es de 2,254 personas (Tabla 1, gráfico 1). El grupo masculino representado por un total de 1,034, que corresponde al 46 % (gráfico 3,4) y para el sexo femenino de 1,220 que corresponde al 54% (gráfico 2,4).

Existe una población de riesgo infantil (< 4 años) de 145 con 65 niños que representan el 6.3 % del total de hombres de la población masculina y de 80 niñas con un 6.5 % del total de la población femenina. (gráfico 5).

La población de riesgo para fiebre reumática es de un total de 920 , siendo el grupo masculino de 452 y de 458 del grupo femenino que representan el 43.7 % y 37.9 % de la población total respectivamente (gráfica 6).

El grupo femenino en edad fértil (15-49 años) está representado por un total de 663 (54 %), siendo para los grupos etáreos de 15-19 años (11.4 %), de 20 a 24 años (3.1 %), de 25-29 años (5.9 %), de 30 A 34 años (8.2%), de 35-39 años (9.3 %), de 40 A 44 años (9.3 %) y por último de 45 A 49 años el 6.8 % (gráfico 7).

La población anciana de 70 años ó más con un total de 141, 62 para el sexo masculino y de 79 para el sexo femenino, que representan el 6 % y 6.4 % respectivamente de la población total (gráfico 8).

Fase II

Descripción de la estructura familiar de .(n=200)

En el ciclo vital de las familias en estudio (n=200), el 19.5% se encuentran en fase de expansión, el 44.5 % en fase de dispersión, el 25.5 % en fase de independencia y por último el 10.5 % se encuentra en fase de retiro(gráfico 9)

La familia en base a su desarrollo, el 50% es moderna y el 50 % es tradicional (gráfico 10).

En base a su composición el 76.5 % es nuclear, el 22.5 % es extensa y el 1% restante es compuesta (gráfico 11).

En cuanto a la demografía, el 75 %(150) es urbana, el 25 %(50) es semiurbana (gráfico 12).

De acuerdo a su tipología el 79.5 % de los padres son profesionista, el 15.5 % es empleado, el 5 % son jubilados actualmente. De las madres el 39.5% son profesionistas, el 10.5% es empleada y el 50 % se dedica al hogar, por último el 0 % es jubilada (gráfico 13).

Descripción de los elementos socioculturales y económicos de (n=200).

La escolaridad con que cuentan los padres es del 83 % para los profesionistas ,el 7 % cuentan con preparatoria, 8 % con secundaria, el 2% cuenta con solo la primaria. Las madres con un 40 % es profesionista, el 18 % tiene preparatoria, el 22.5% cuenta con secundaria, finalmente el 29 % tiene primaria.(gráfico 14).

Las parejas con menos de un salario mínimo no existen, con dos a tres salarios el 7% se encuentra en unión libre, el 21 % son casados y 0.5 % son divorciados. Con más de tres salarios mínimos el 18 % es unión libre, y el 53 % es casados y el 2.5 % es divorciado(gráfico 15) .

La edad de los padres tienen como media 42.61 años con una desviación estándar de (+- 12.74) (gráfico 16) . Las madres tiene como promedio de edad una media de 39.84 años con una desviación estándar de (+-12.22) (gráfico 17).

El promedio de años de casados de las parejas es de 17.93 años con una desviación estándar de (+- 11.41) (gráfico 18) .

El número de hijos menores de 10 años de las familias en estudio fue en promedio una media de 1.04 hijos con desviación estándar (+- 1.73) .

El número de hijos de 11 a 19 años fue una media de 1.1 hijos con una desviación estándar de (+- 2.39) . Para los hijos de más de 20 años la edad media es de 1.56 hijos con una desviación estándar de (+- 2.25).(gráfico 19).

De las familias estudiadas (n=200), el 56%(112) no lleva método de planificación, el 17.5 % (35) le fue realizada la OTB, el 10.5 % (21) son usuarias del DIU, el 4.5% (9) utiliza hormonal inyectable , el 11.5%(23) con hormonal tabletas.(gráfico 20).

FASE III

Las principales causas de consulta:

Las primeras diez causas de consulta se marcan en la tabla 2, destacando en primer lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 292 , el tercer lugar es ocupada por la parasitosis con 118, la enfermedades diarreicas en 7º lugar con 67 consultas y la amibiasis en décimo lugar(tabla 2)

consultas y las enfermedades crónicas degenerativas en 2º y 4º lugar la hipertensión arterial y la diabetes mellitus respectivamente(gráfico 23 y 24). en el periodo del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1997 (Tabla 2).

Se menciona el número total de consultas otorgadas a hombres y mujeres(gráfico 22). Asi como el total de consultas de 1ª vez y subsecuentes (gráficas 21).

Tablas y Gráficos

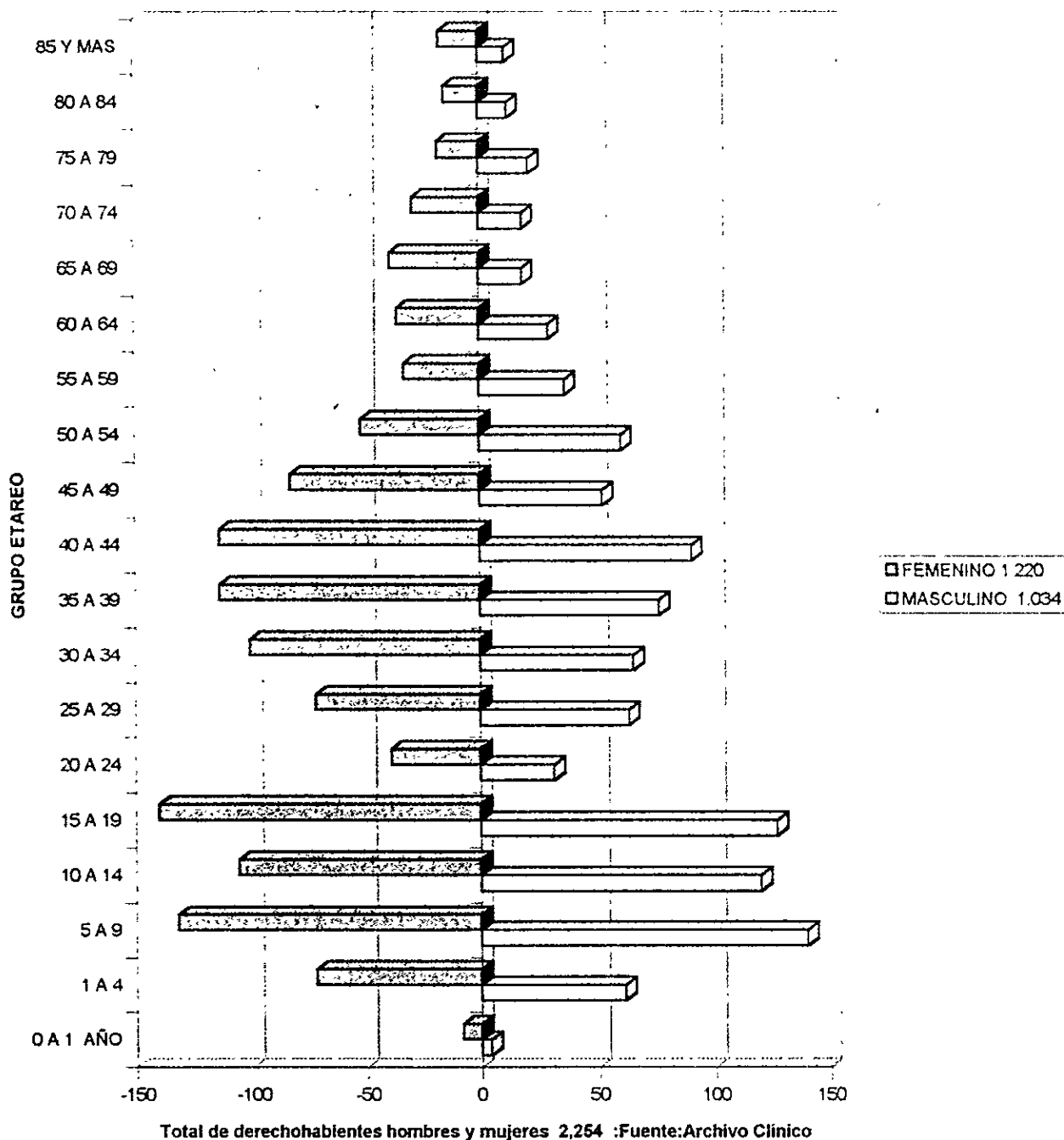
**Pirámide poblacional del consultorio número 2-a
 turno matutino
 Clínica hospital "D" del ISSSTE en san Cristóbal
 de las Casas, Chiapas.
 Enero a Diciembre de 1997
 Resultados**

tabla 1

MASCULINO	GRUPO ETAREO	FEMENINO
4	0 A 1 AÑO	8
61	1 A 4	72
140	5 A 9	132
120	10 A 14	106
127	15 A 19	140
31	20 A 24	39
63	25 A 29	72
65	30 A 34	101
76	35 A 39	114
90	40 A 44	114
52	45 A 49	83
60	50 A 54	52
36	55 A 59	33
29	60 A 64	36
18	65 A 69	39
18	70 A 74	29
21	75 A 79	18
12	80 A 84	15
11	85 Y MAS	17
1034	TOTAL	1220
Total global de 2,254		

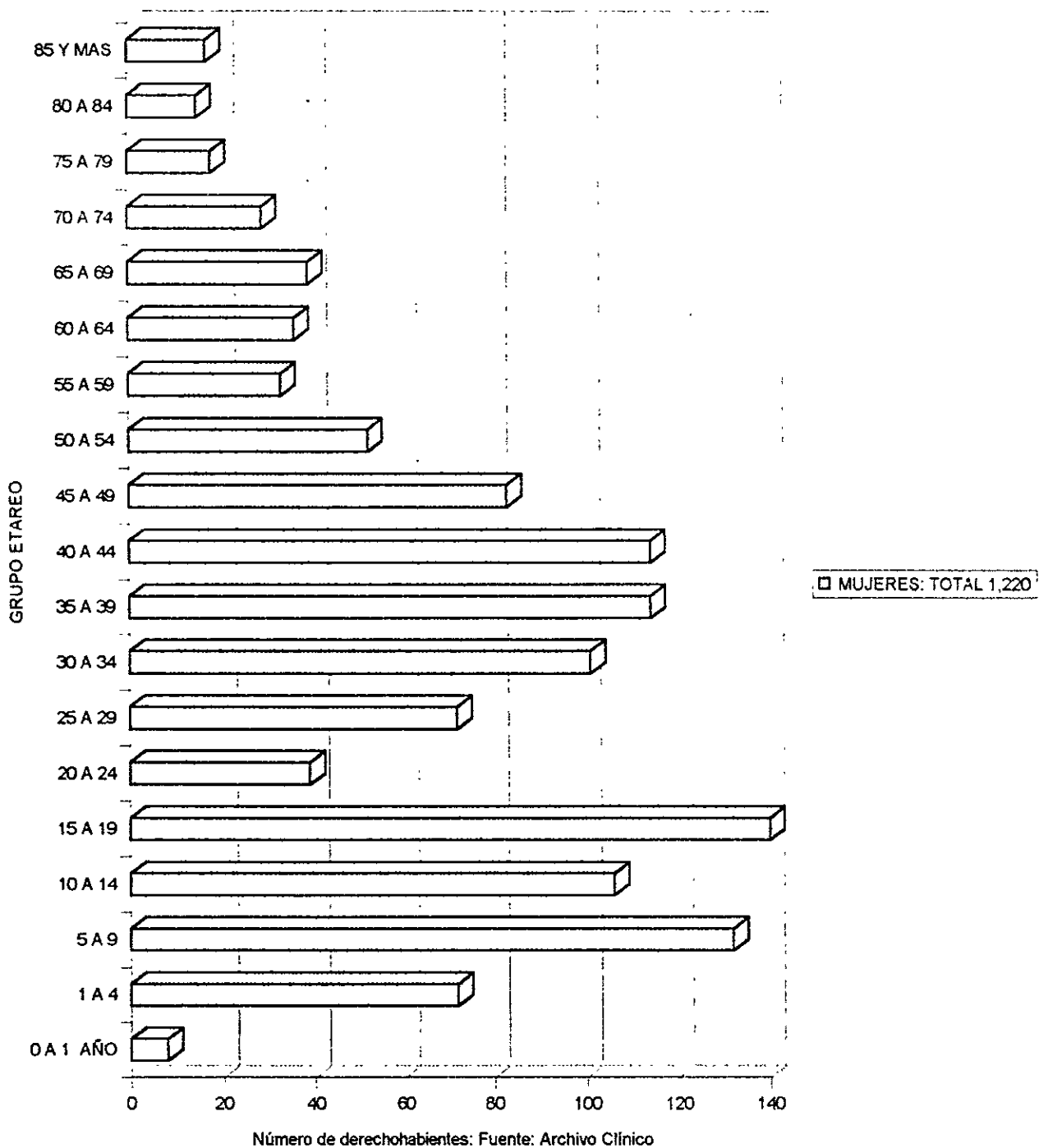
Fuente: Archivo Clínico

**Pirámide de población del consultorio número 2-a de la clínica hospital " D" del
ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de
1997
gráfico 1**

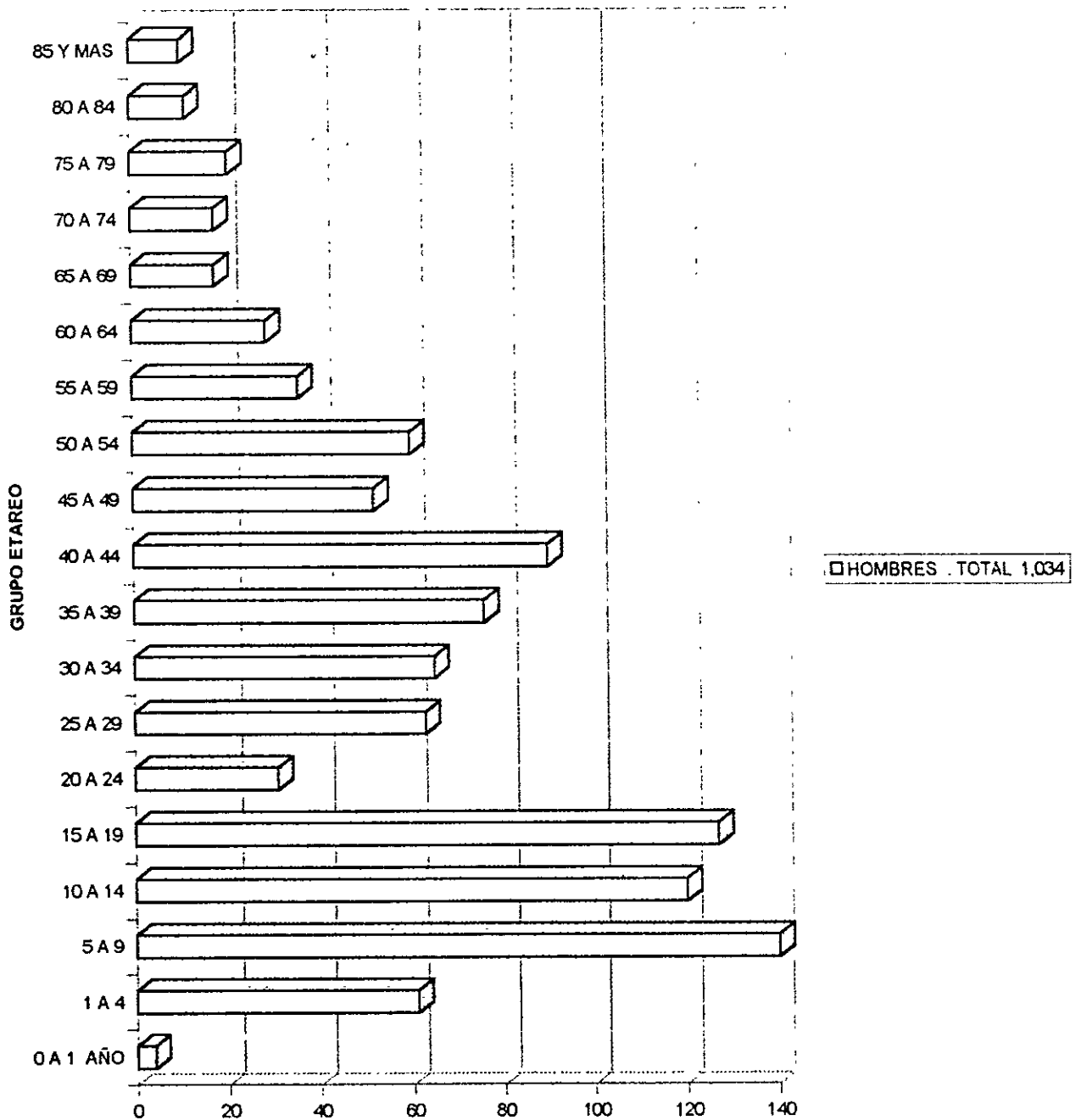


Total femenino por grupo etareo del consultorio número 2-a , turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas Período Enero a Diciembre de 1997

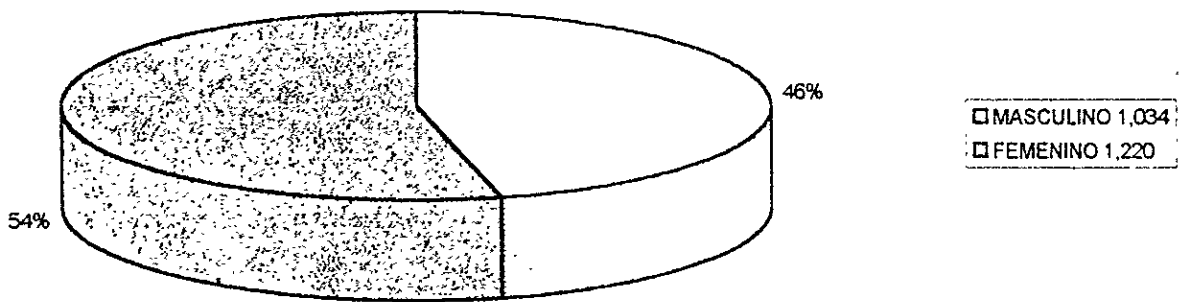
gráfico 2



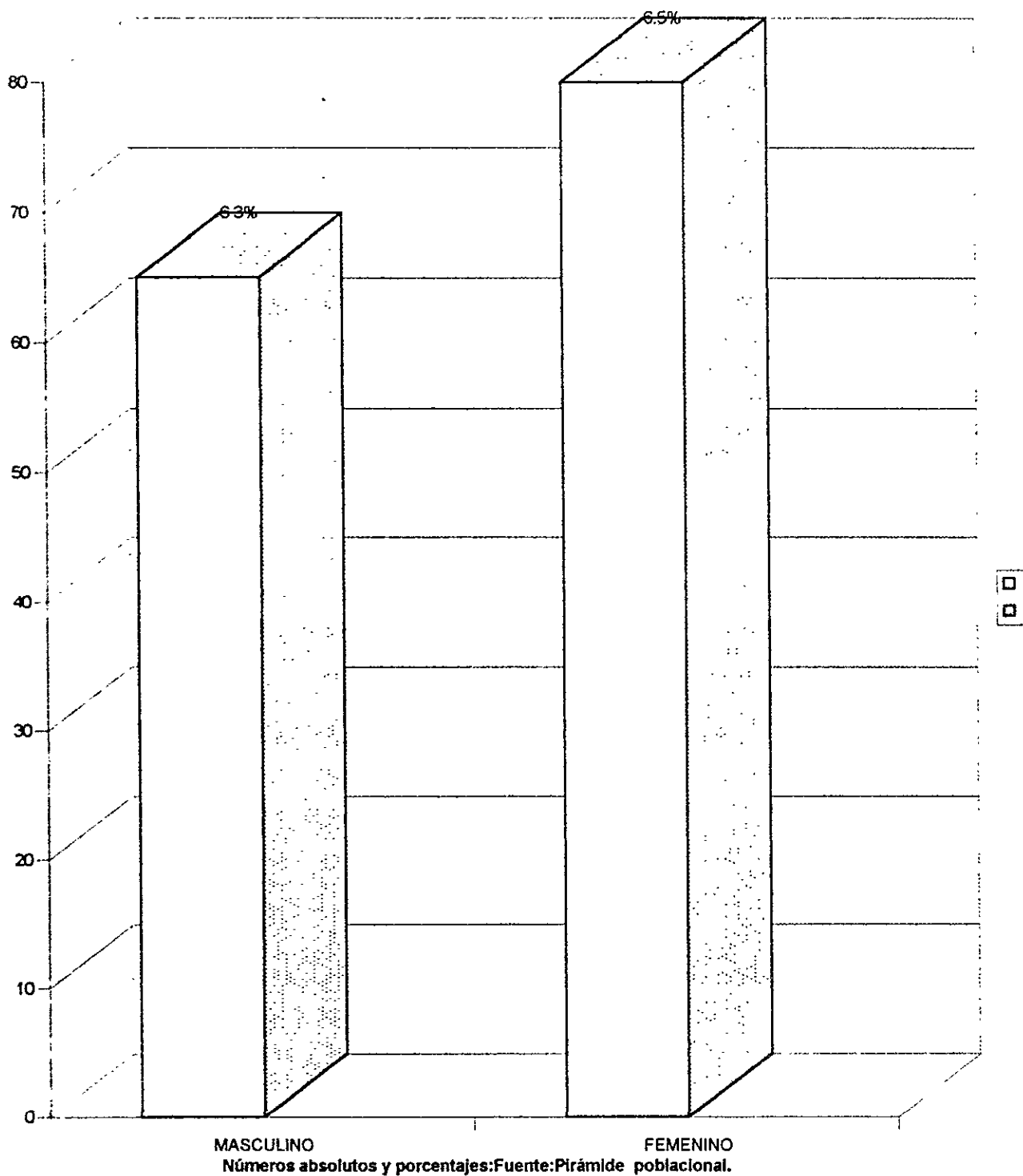
Total de masculinos por grupos etareos, del consultorio número 2- a, turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997
gráfico 3



Distribución de pacientes según sexo del consultorio número 2-a ,turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas,Chiapas: Fuente:Archivo Clínico gráfico 4

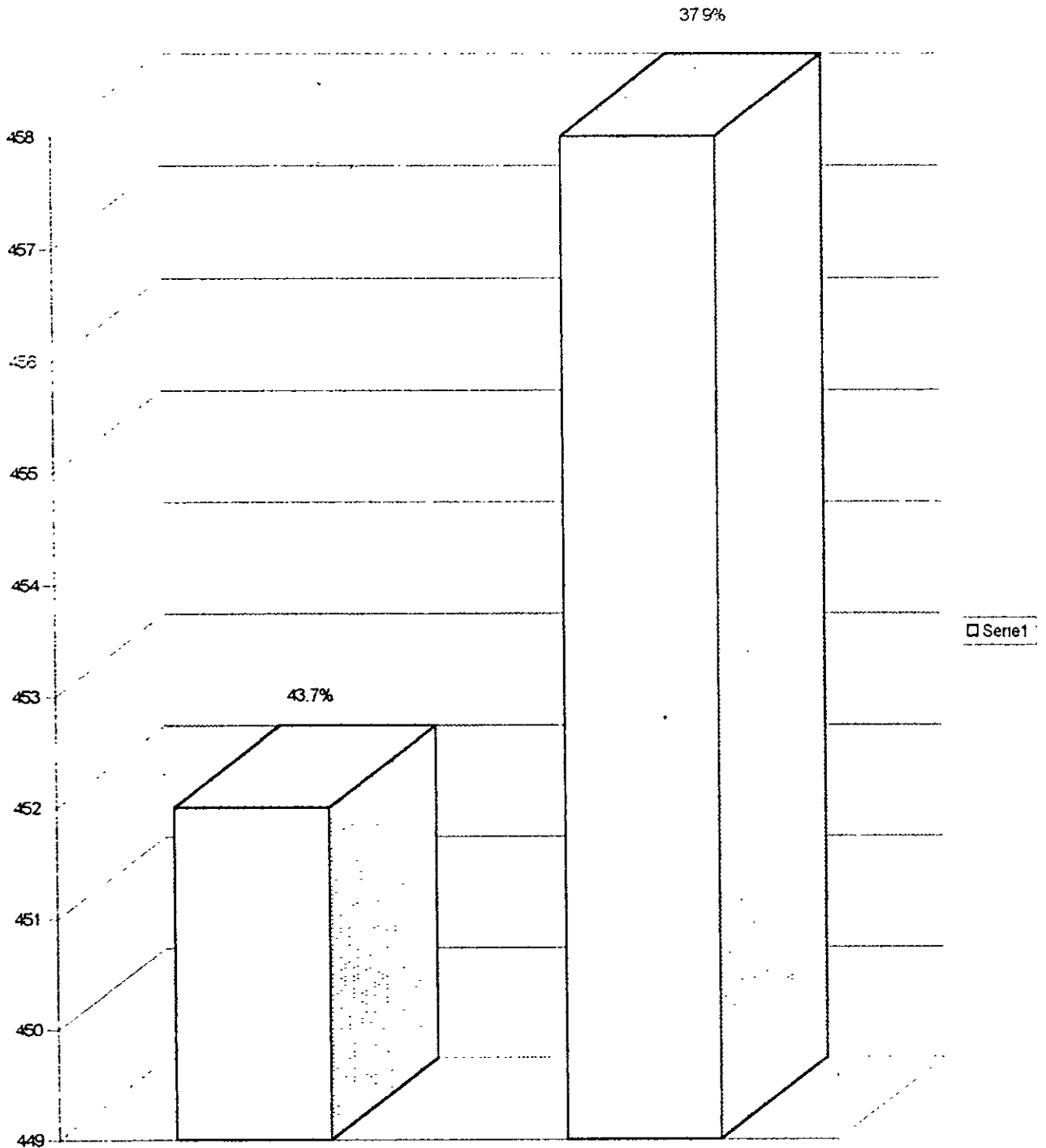


Población de riesgo infantil (menor de 4 años). Del consultorio número 2-a, turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.
gráfico 5



Población de riesgo para fiebre reumática del consultorio número 2 -a, turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

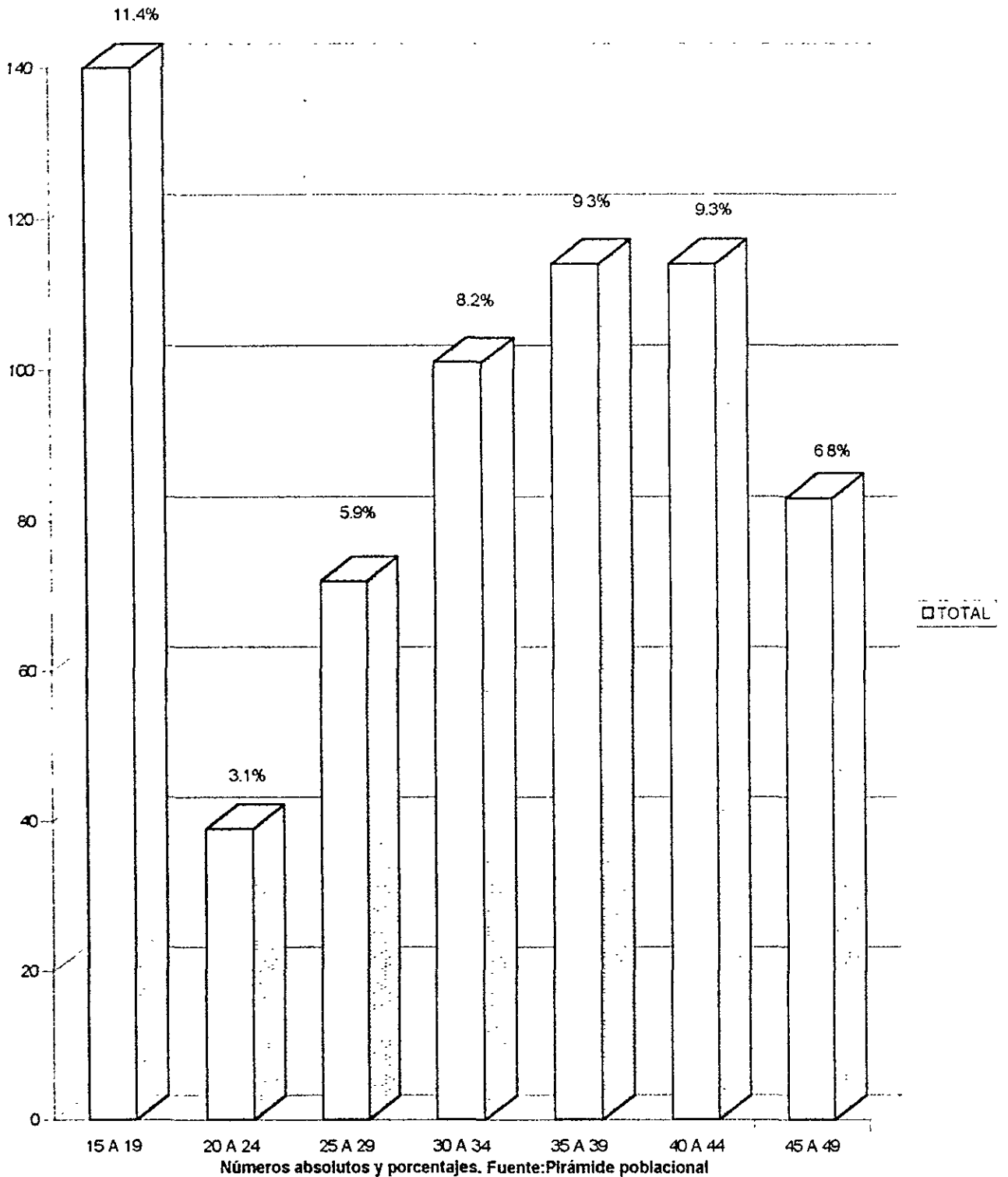
gráfico 6



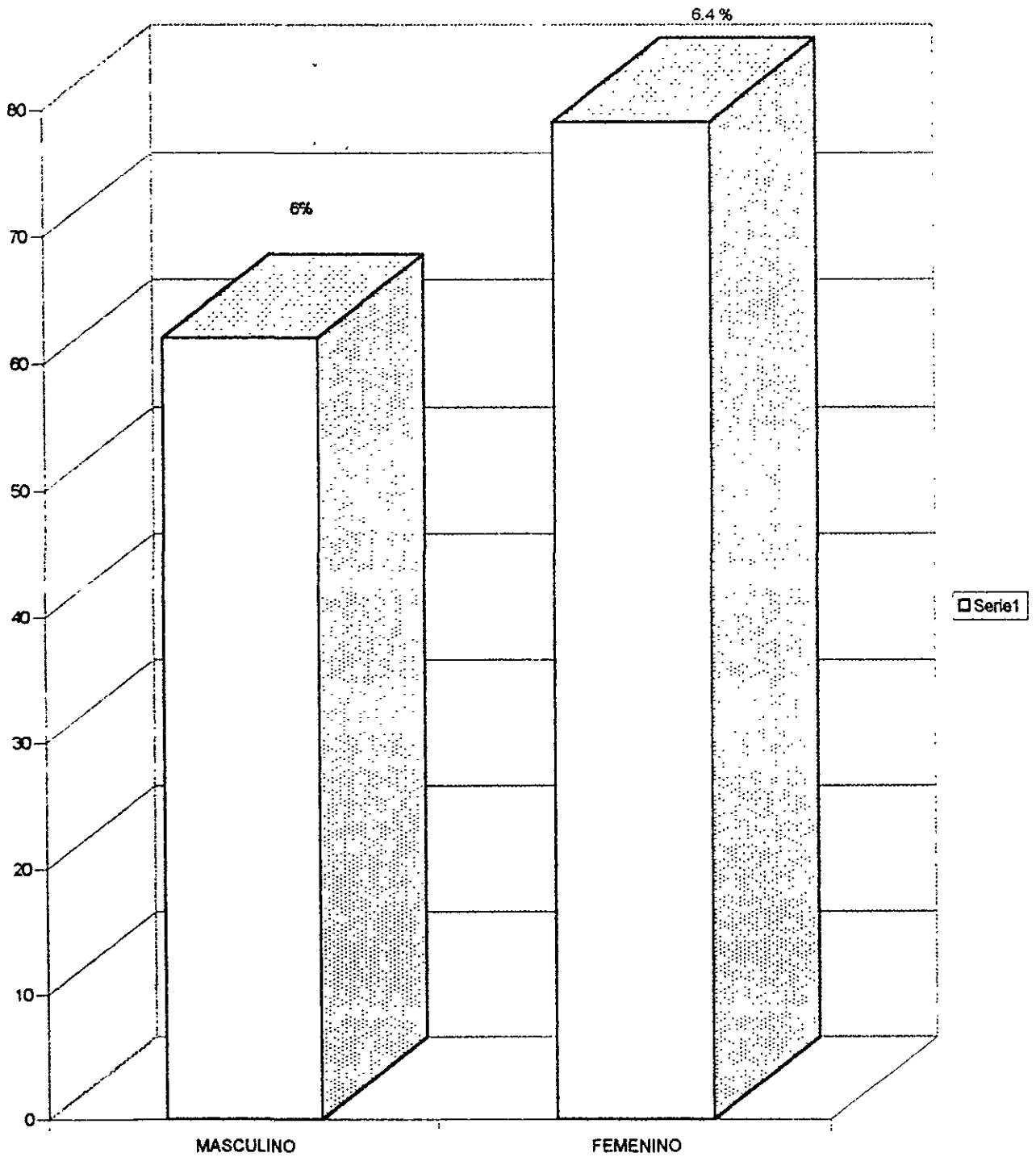
Números absolutos y porcentajes. Fuente: Pirámide poblacional.

Población femenina en riesgo reproductivo del consultorio número 2-a, turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

gráfico 7

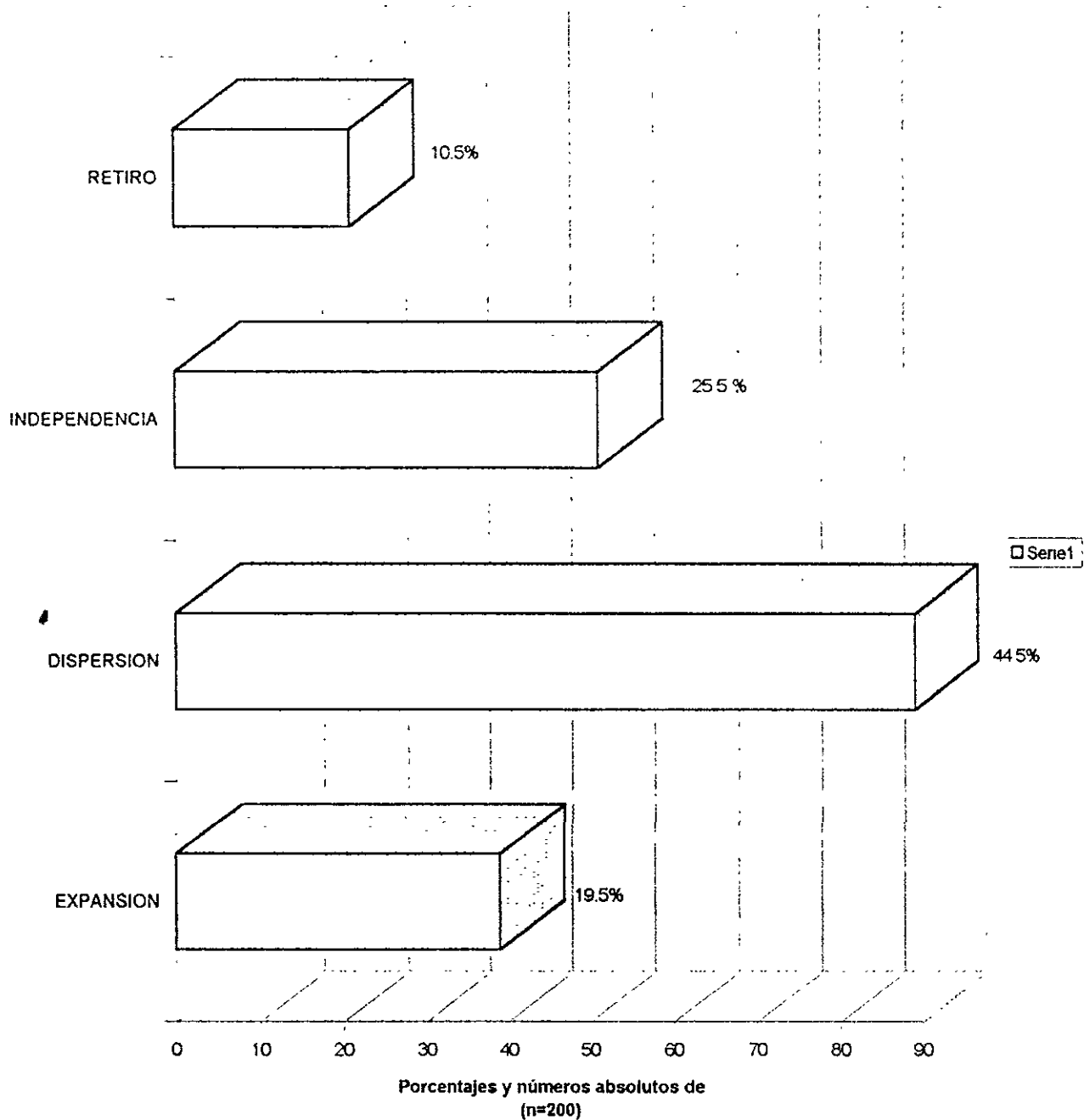


Población anciana mayor de 70 años del consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo de Enero a Diciembre de 1997
gráfico 8

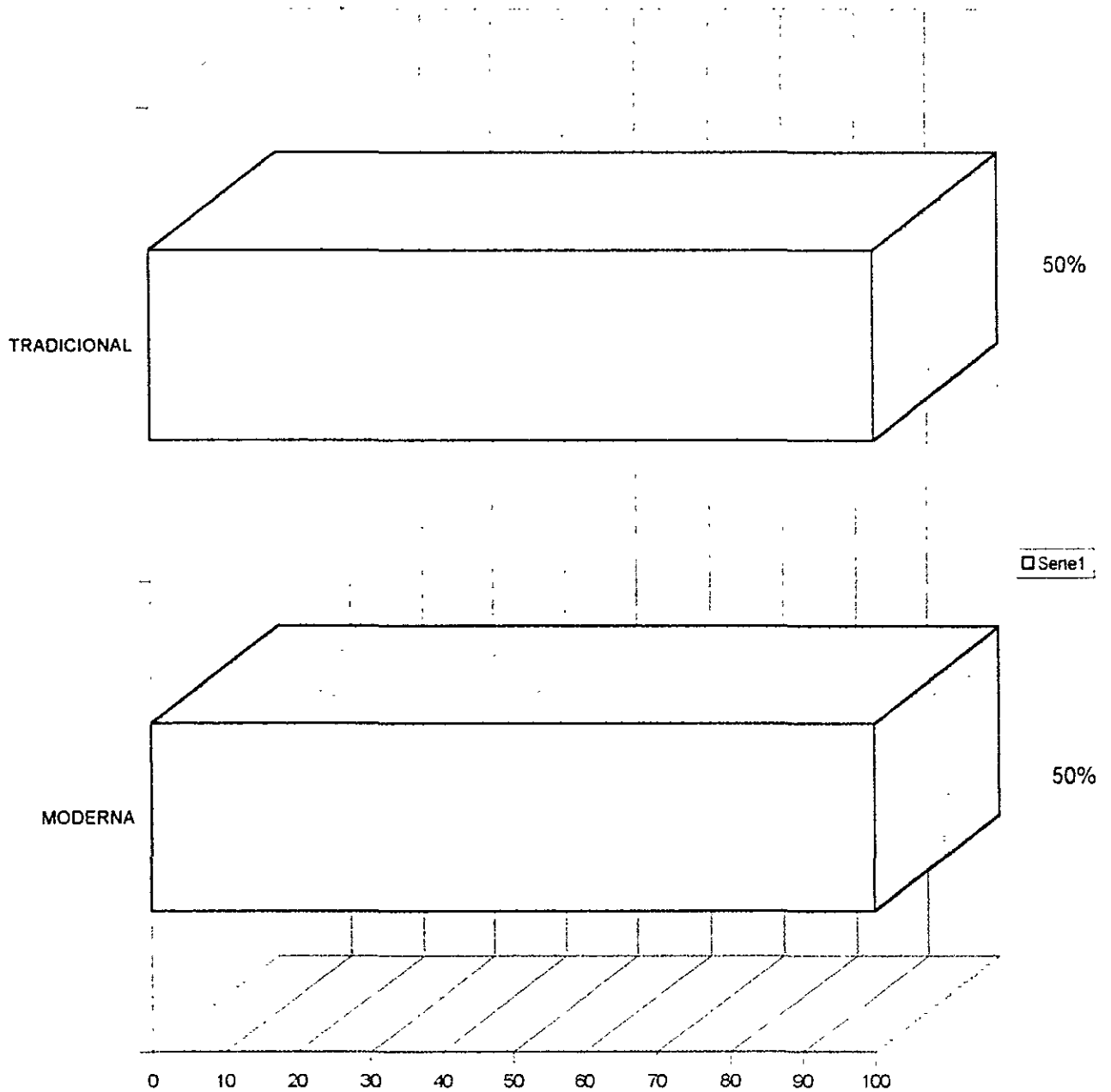


Ciclo vital de las familias adscritas al consultorio número 2-a del turno matutino, de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Fuente: diagnóstico familiar. Período de 1o. Marzo al 30 de Julio de 1998

gráfico 9

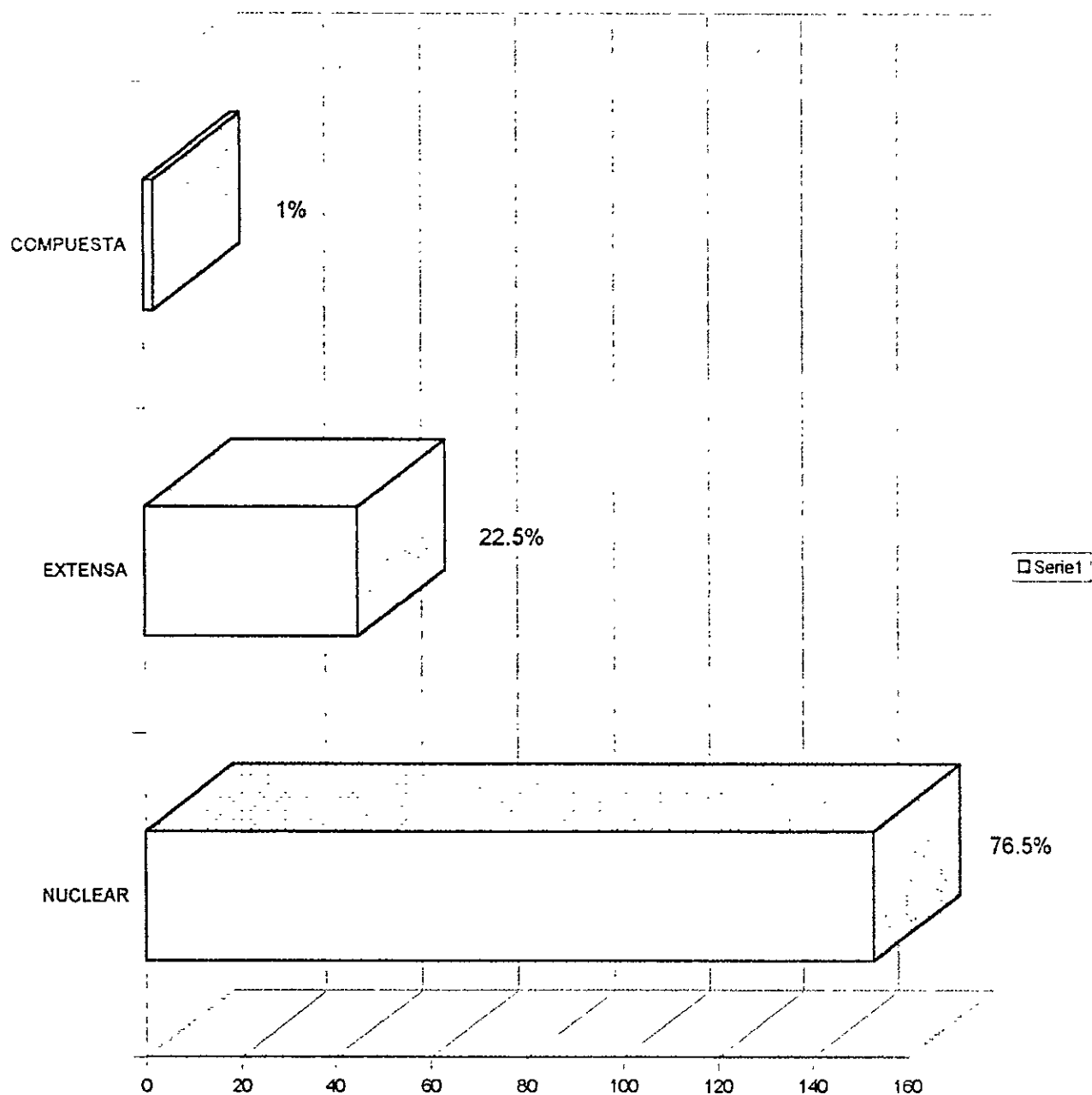


La familia en base a su desarrollo, en el consultorio número 2 -a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período de 1 Marzo al 30 de Julio de 1998
gráfico 10



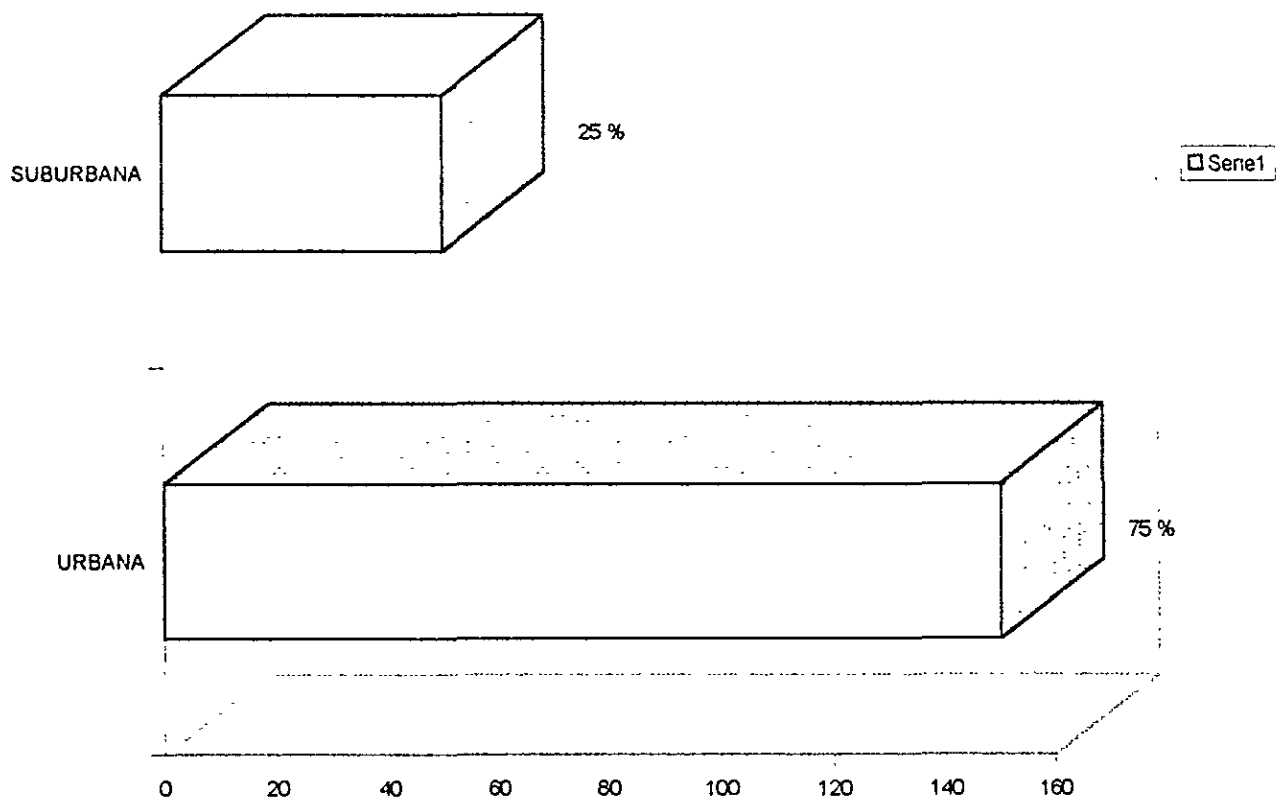
Fuente: diagnóstico familiar, porcentajes y números absolutos de (n= 200)

La composición de las familias, del consultorio número 2-a, turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1 Marzo al 30 de Julio de 1998
gráfico 11



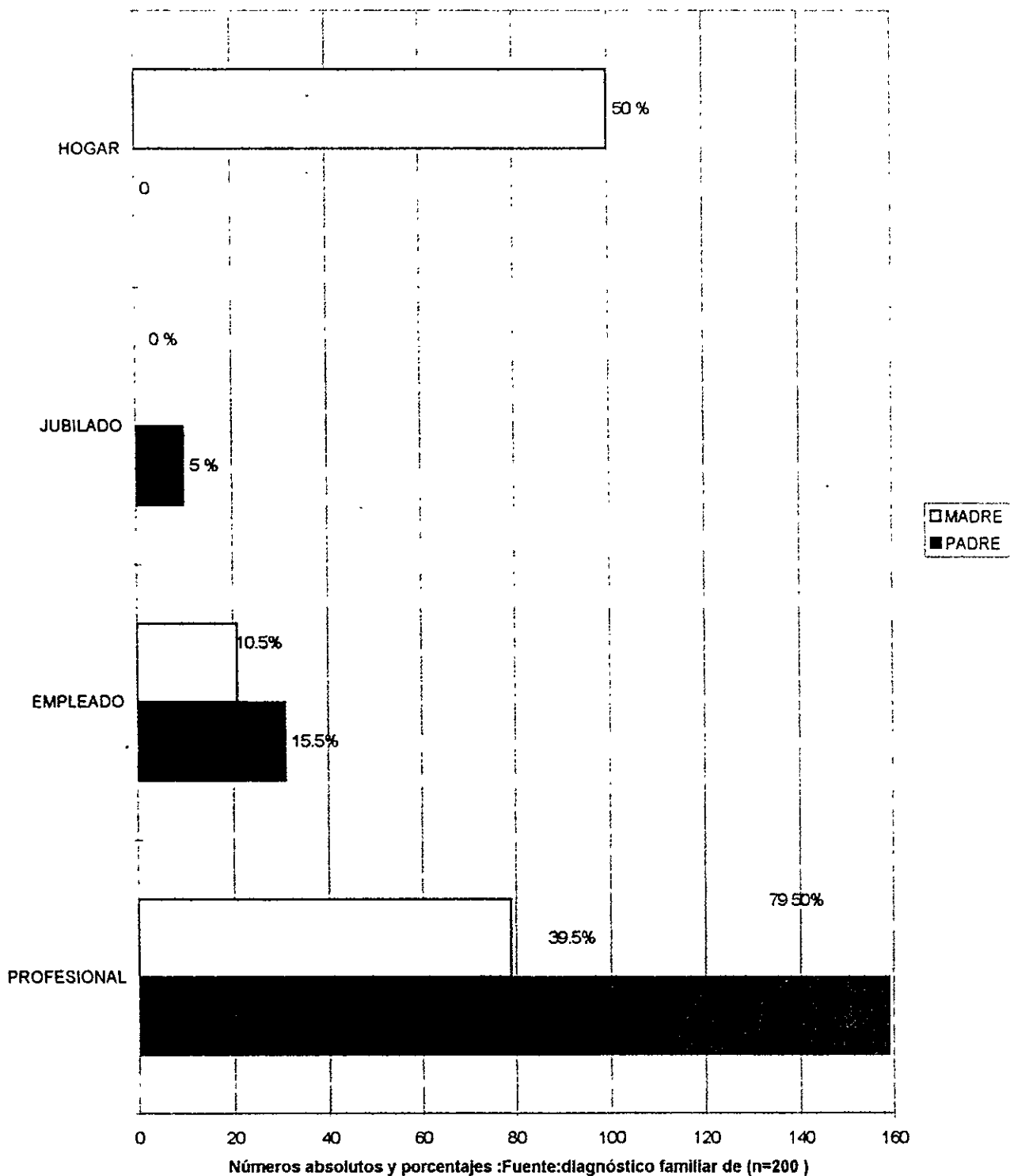
Fuente: Diagnóstico familiar: números absolutos y porcentajes de (n= 200)

Demografía de las familias adscritas al consultorio número 2-a, del turno matutino, de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1 Marzo al 30 de Julio de 1998
gráfico 12



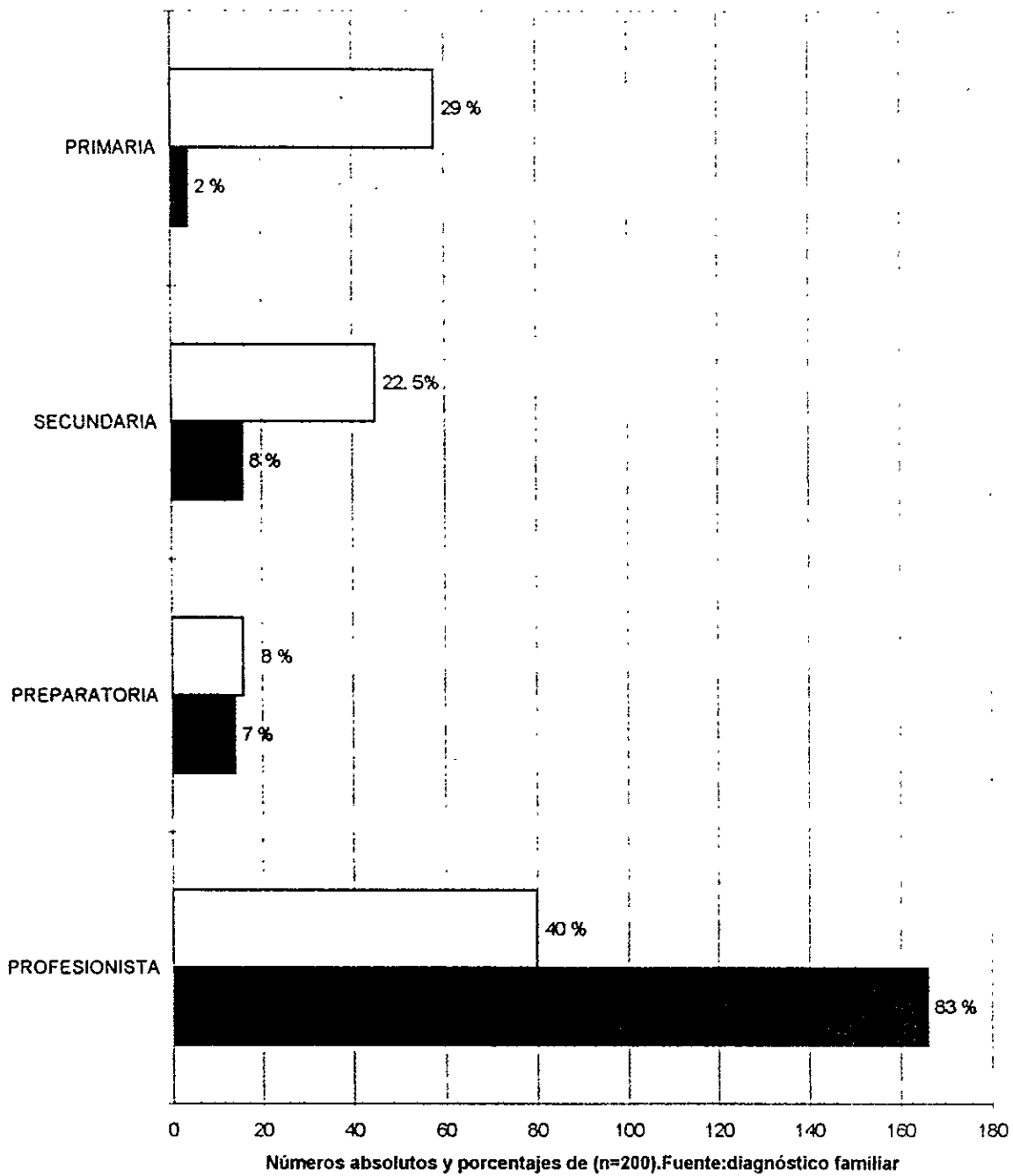
Números absolutos y porcentajes: Fuente: diagnóstico familiar de (n= 200)

Tipología de las familias del consultorio número 2-a, del turno vespertino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1 Marzo al 30 de Julio de 1998
 gráfico 13

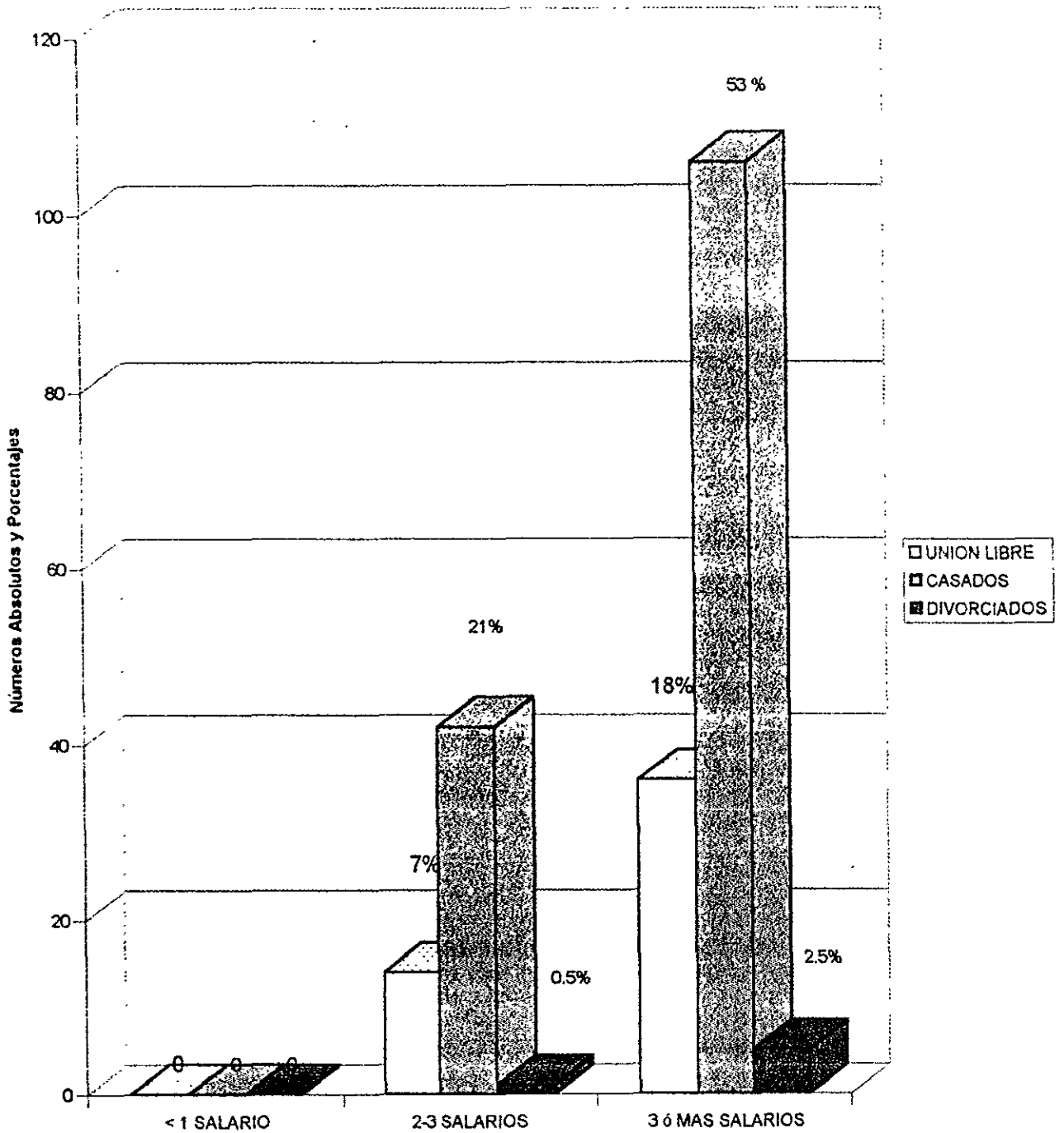


Escolaridad de los padres, de las familias del consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1 Marzo al 30 de Julio 1998

gráfico 14

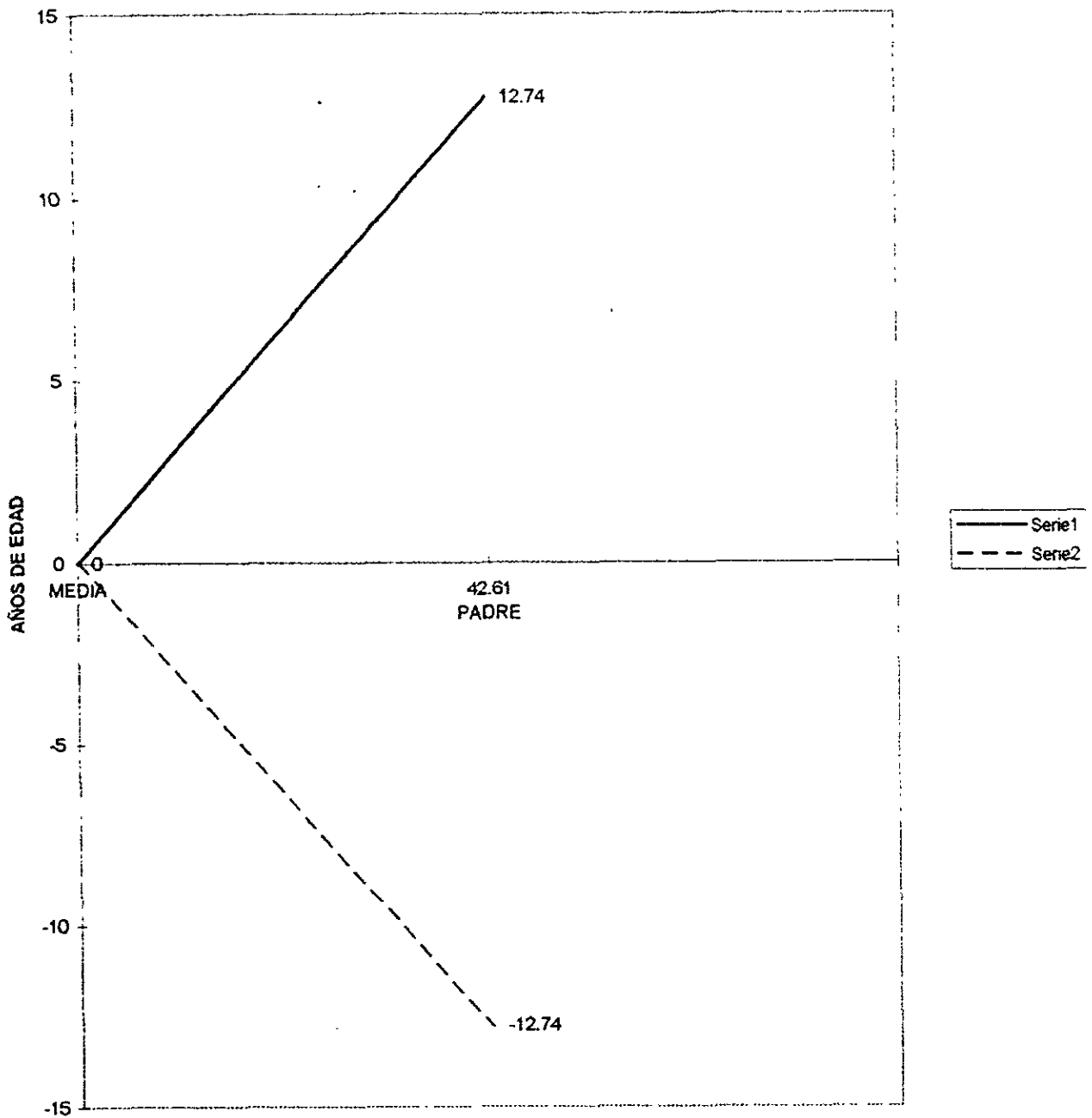


Estructura socioeconómica de las familias del consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D"del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1o.Marzo al 30 de Julio de 1998
gráfico 15



Fuente:diagnóstico Familiar de (n= 200).

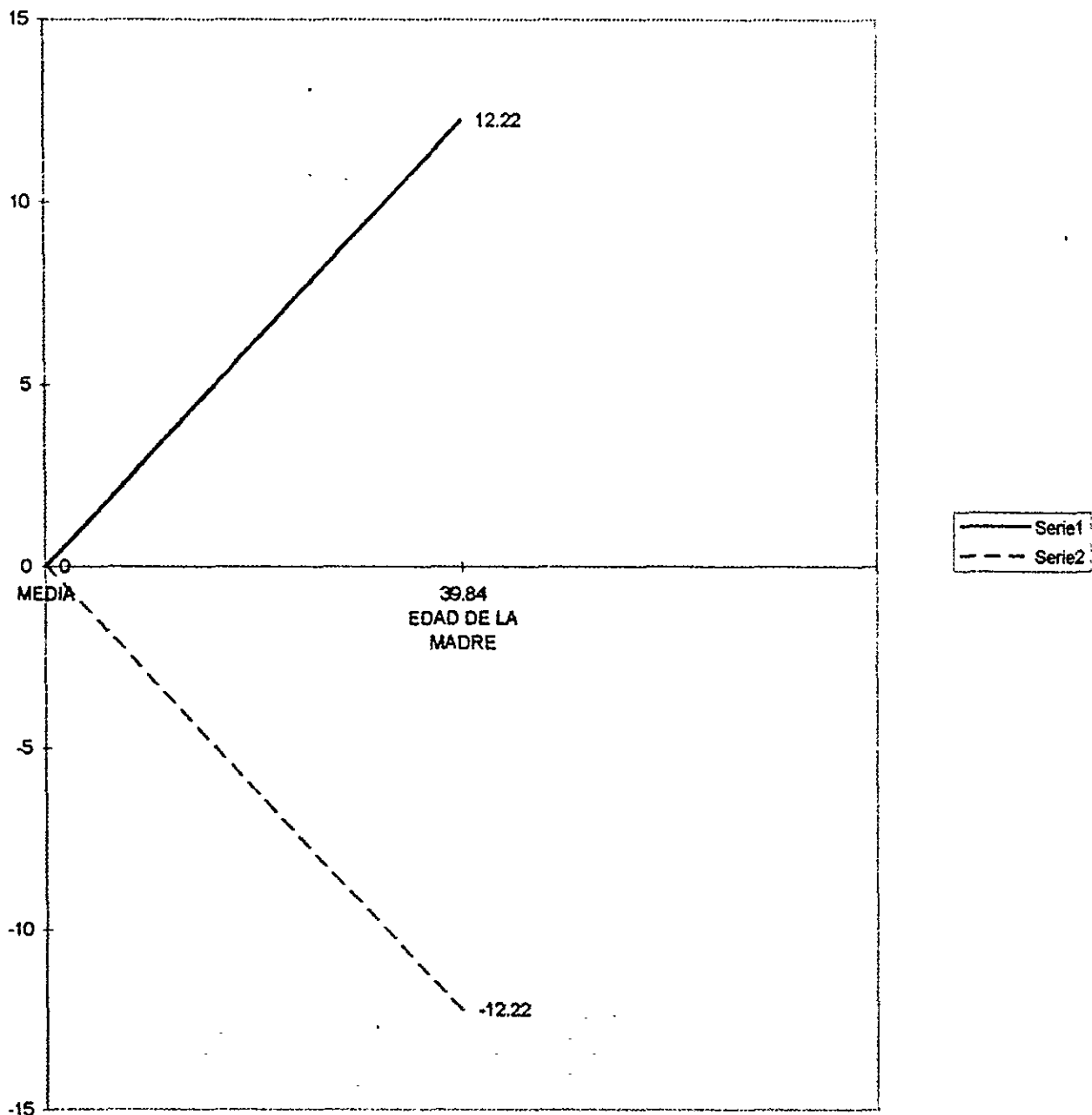
Edad de los padres del consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1o. Marzo al 30 de Julio de 1998
gráfico 16



Media y Desviaciones Estándares de (n=200). Fuente: Diagnóstico Familiar:

Edad de las madres de familias del consultorio número 2- a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas .Período de 1o.Marzo al 30 de Julio de 1998

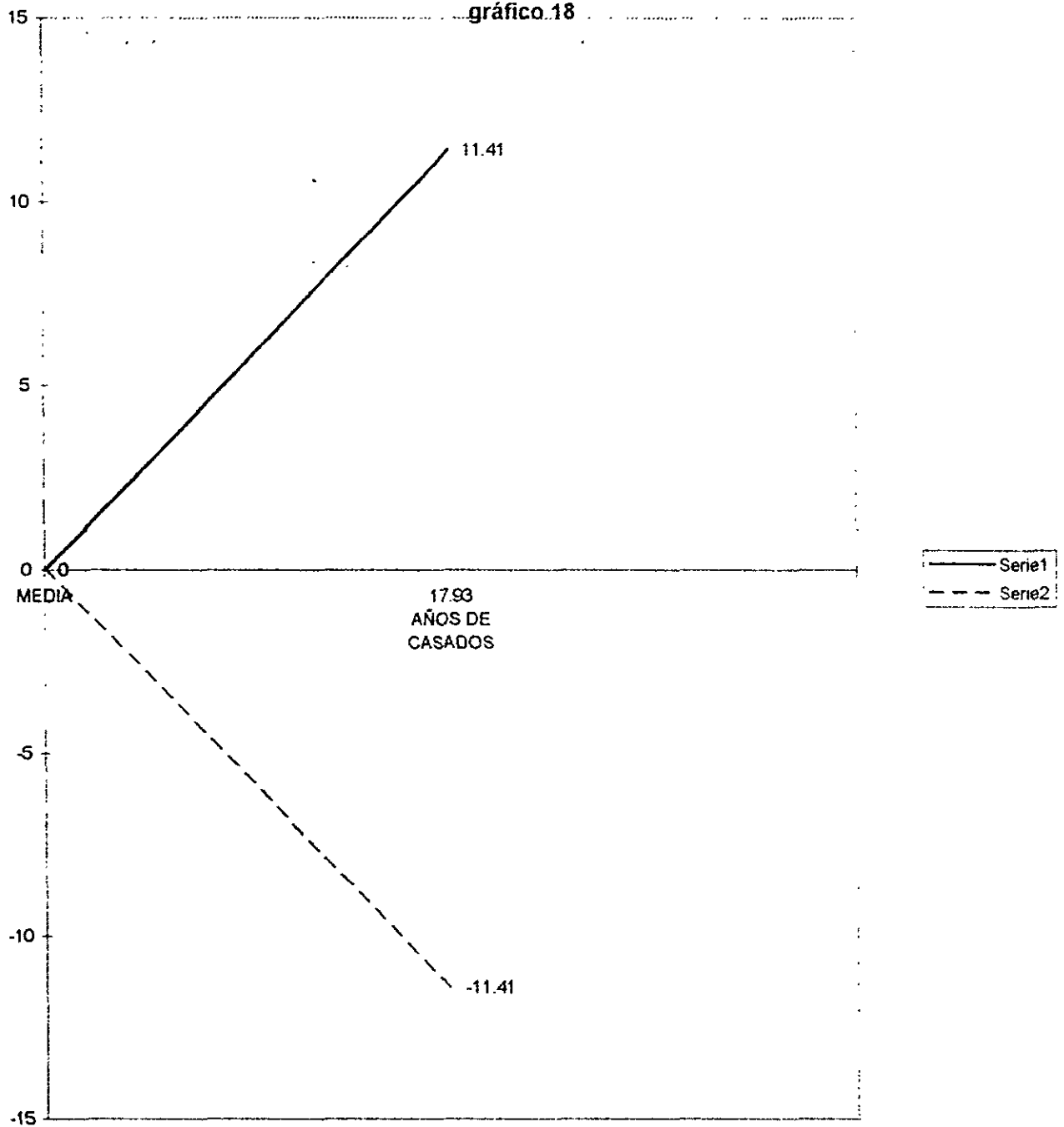
gráfico 17



Edad media y desviación estándar: Fuente :diagnóstico familiar de (N=200)

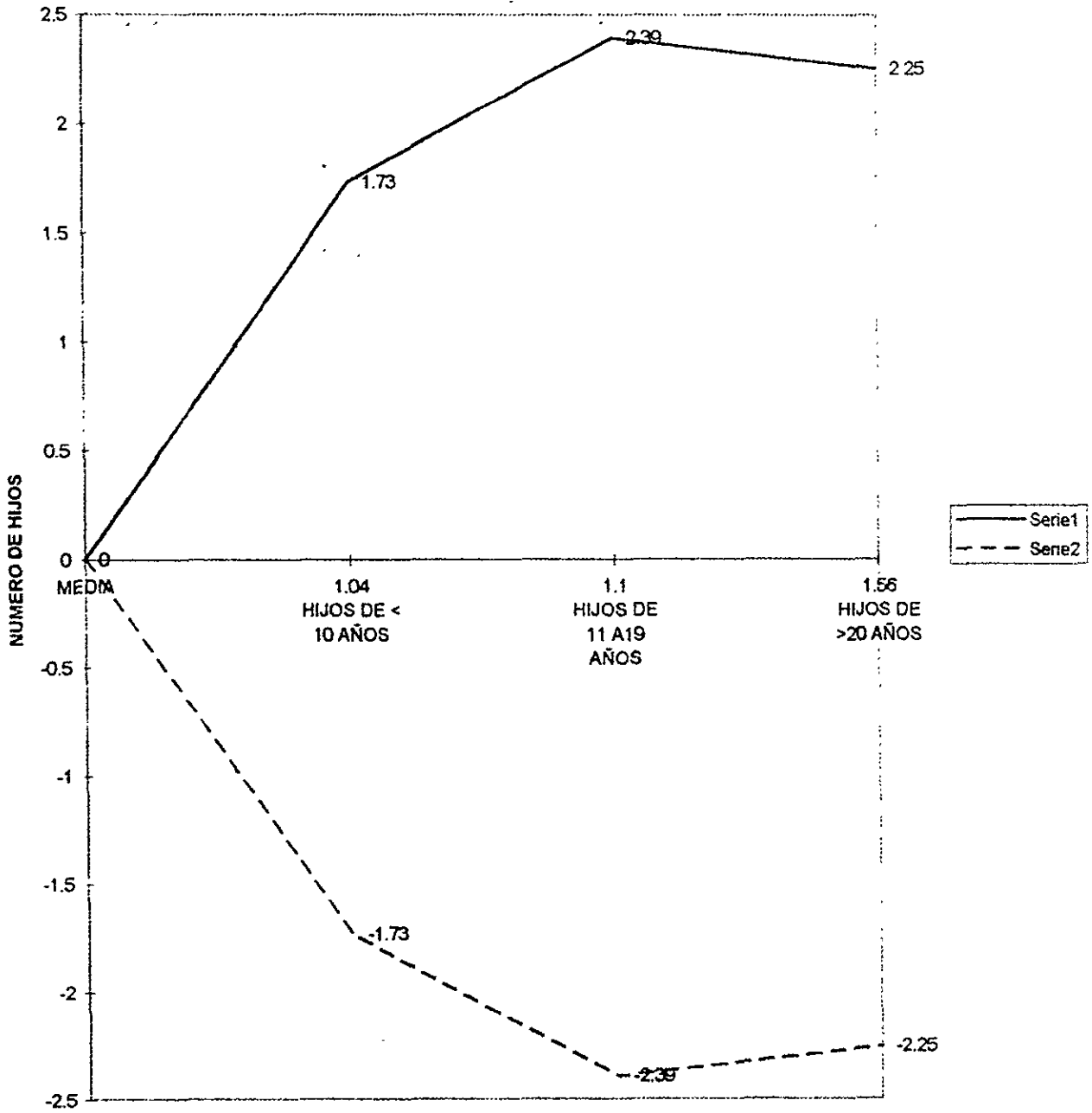
Años de casados de las familias del consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período de 1o. de Marzo al 30 de Julio de 1998

gráfico 18



Media y desviación estándar (n=200): Fuente: diagnóstico familiar

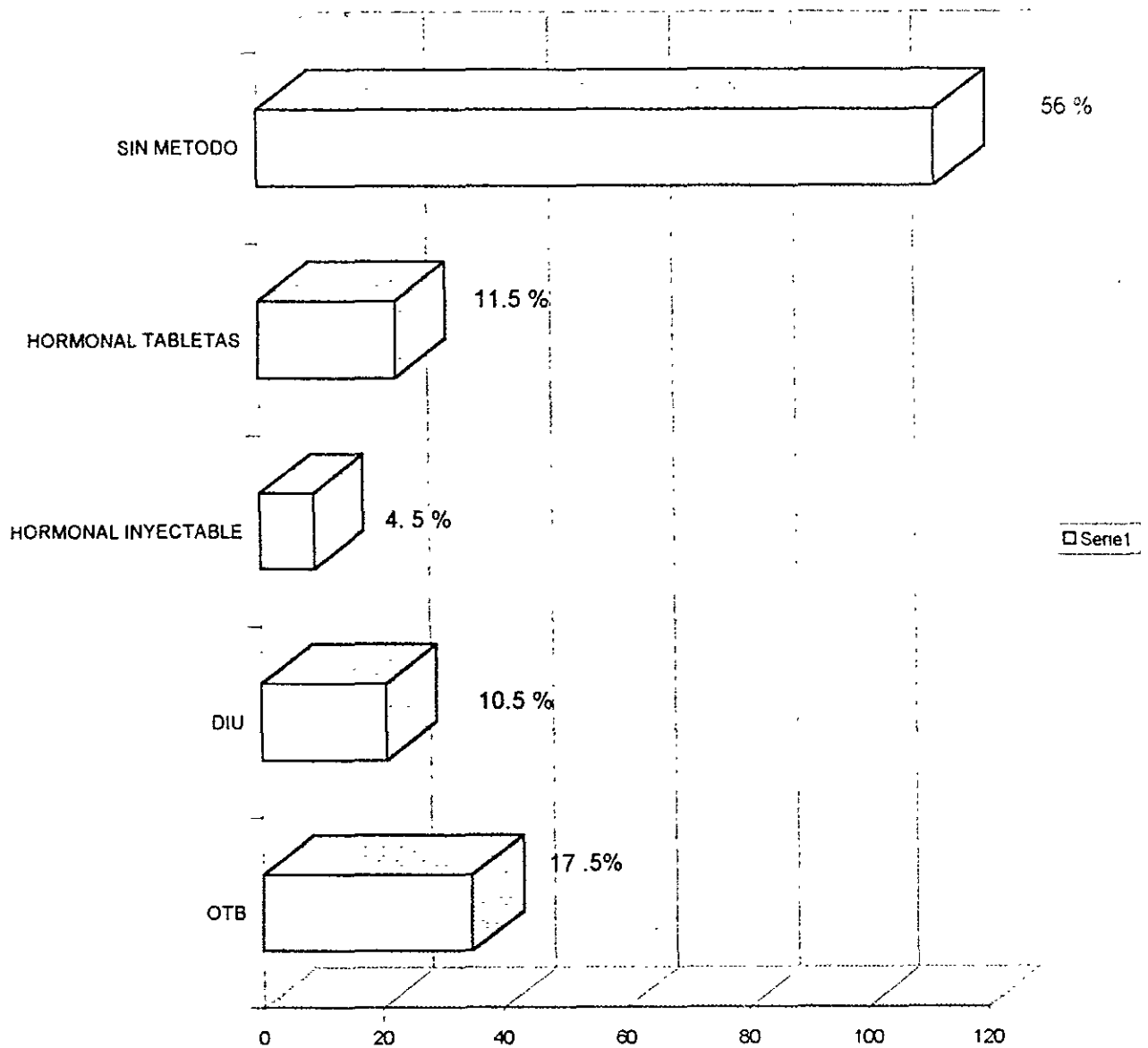
Números de hijos de las familias del consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1o. Marzo al 30 de Julio de 1998
gráfico19



Media y Desviación estándar de (n=200) Fuente :diagnóstico familiar.

Métodos de planificación familiar en el consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas . Período del 1 de Marzo al 30 de Julio de 1998.

gráfico 20



Números absolutos y porcentajes de (n=200) Fuente: diagnóstico familiar

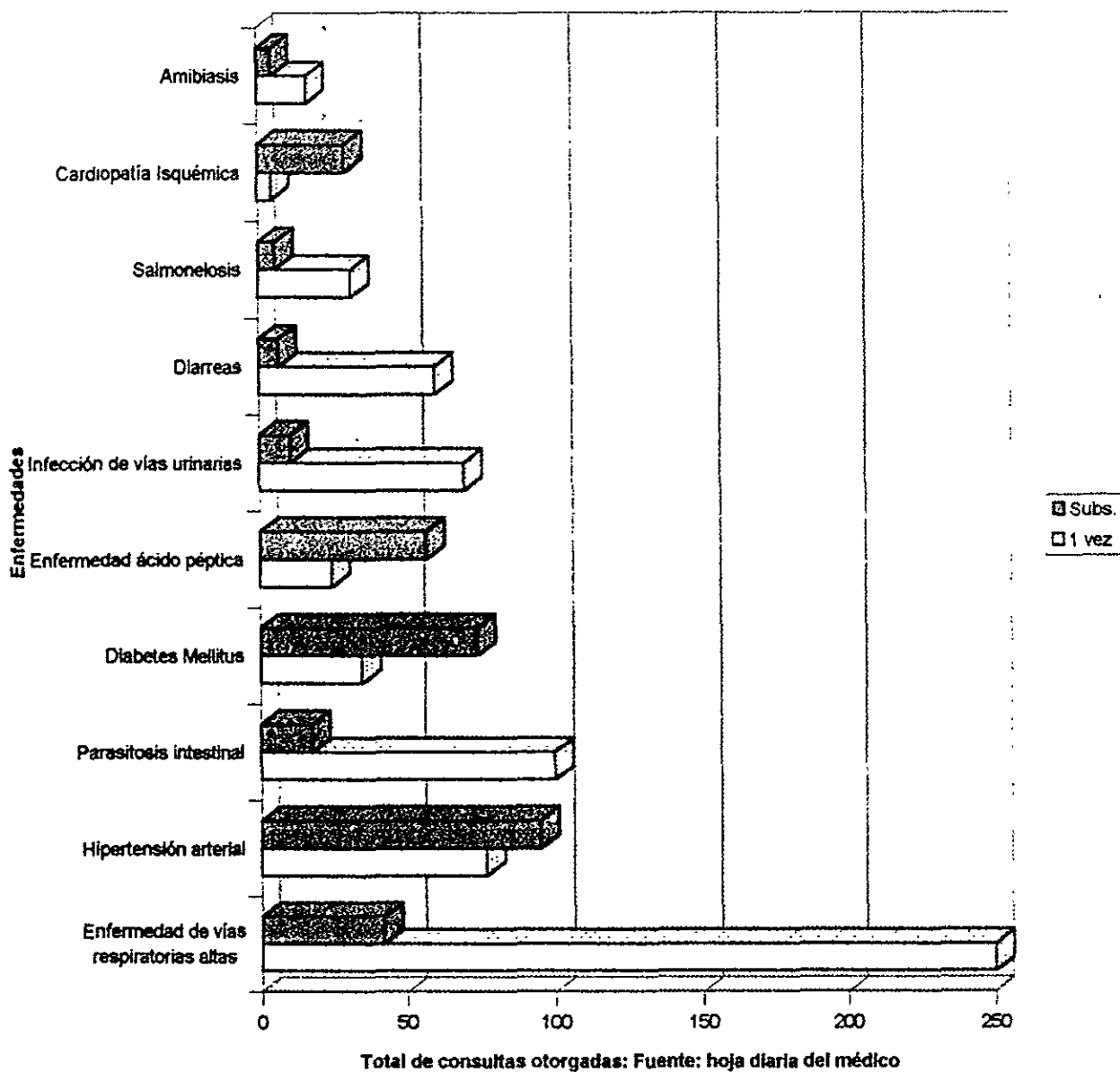
Diez principales causas de consulta
De 1ª vez y subsecuente del consultorio
2 - a turno matutino de la clínica hospital
"D" del ISSSTE en San Cristóbal de las
Casas, Chiapas.
Período Enero a Diciembre de 1997.

Tabla 2

No	Diagnóstico	TOTAL				GRUPOS DE EDAD Y SEXO																																TOTAL		
		1 vez	Sexo	M	F	0-1		1 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 + MAS				
						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	Enfermedad de vías respiratorias altas	250	42	125	187	2	2	14	13	18	11	11	18	3	4	3	5	14	11	22	5	26	8	13	3	13	5	0	5	10	4	7	4	4	3	1	292			
2	Hipertensión arterial	77	25	55	117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	7	2	12	1	10	5	10	9	22	4	20	13	19	19	11	171			
3	Parasitosis intestinal	100	18	30	68	1	1	5	7	8	4	3	0	2	3	3	0	1	0	0	4	3	0	5	5	10	1	3	3	4	5	12	2	0	8	118				
4	Diabetes Mellitus	35	74	59	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	5	2	0	1	5	14	20	17	9	12	2	0	100				
5	Enfermedad ácido péptica	25	57	35	47	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	3	0	2	1	0	3	3	5	5	0	4	0	4	5	3	0	1	4	2	4	4	82		
6	Infección de vías urinarias	70	11	18	63	0	0	0	1	0	1	1	1	4	0	0	0	12	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	3	1	0	2	2	5	1	2	2	0	81	
7	Disenterias	80	7	30	37	1	2	3	8	2	1	0	0	2	0	1	2	1	4	1	2	2	0	4	1	4	5	2	3	2	0	0	1	0	0	0	0	87		
8	Salmonelosis	32	8	11	27	0	0	0	0	0	2	0	1	2	4	0	0	0	5	2	3	4	5	0	3	1	1	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	38		
9	Cardiopatía isquémica	5	30	12	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	4	0	0	0	3	1	2	1	2	2	3	5	3	1	3	35	
10	Amibiasis	47	5	11	11	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	3	2	0	0	1	2	1	1	1	2	0	0	2	22

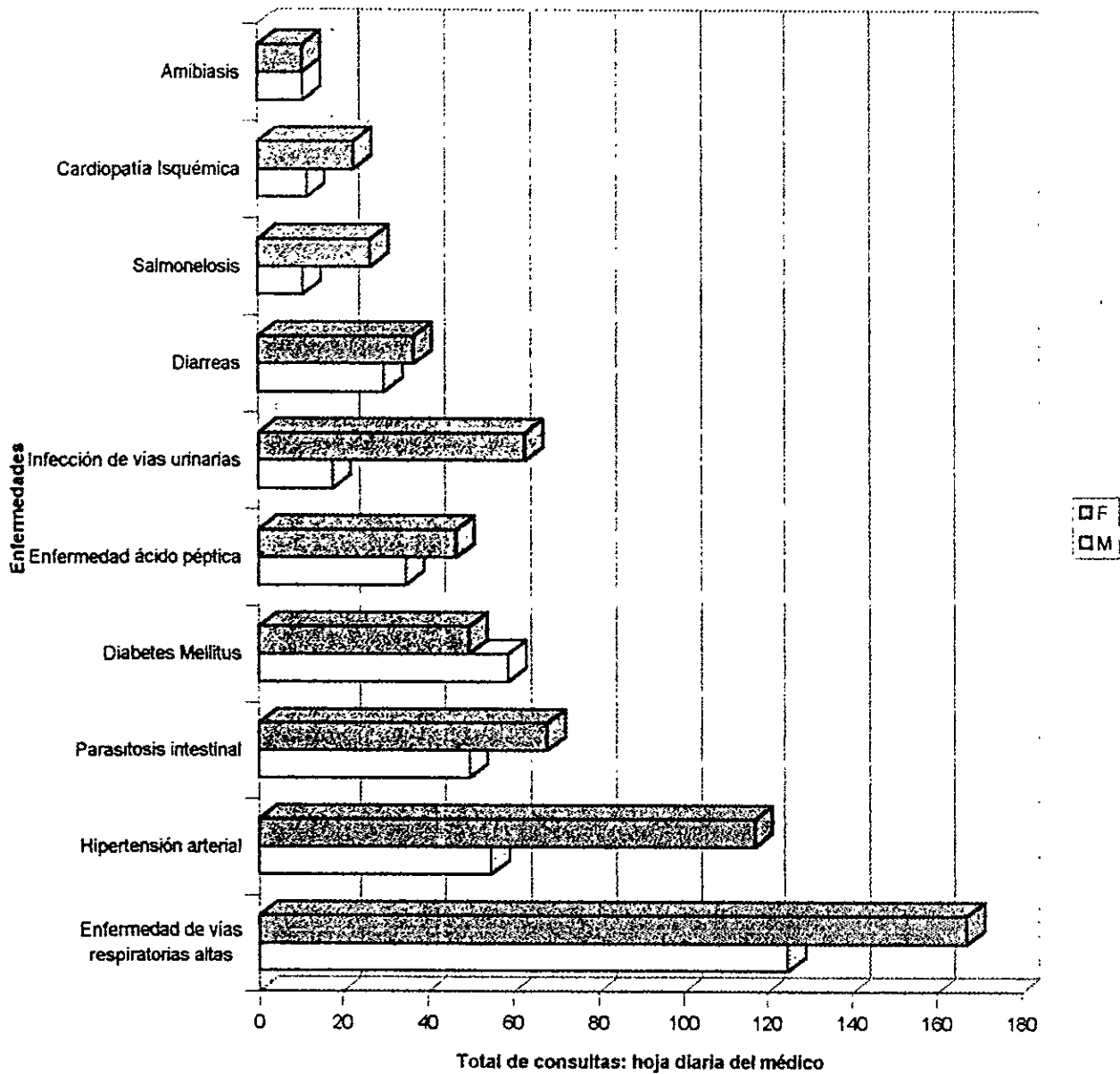
Fuente: Hoja de reporte diario del médico

**Principales diez causas de consulta de 1ª vez y subsecuente del consultorio 2-
a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de
las Casas, Chiapas. Período de Enero a Diciembre de 1997**
gráfico 21

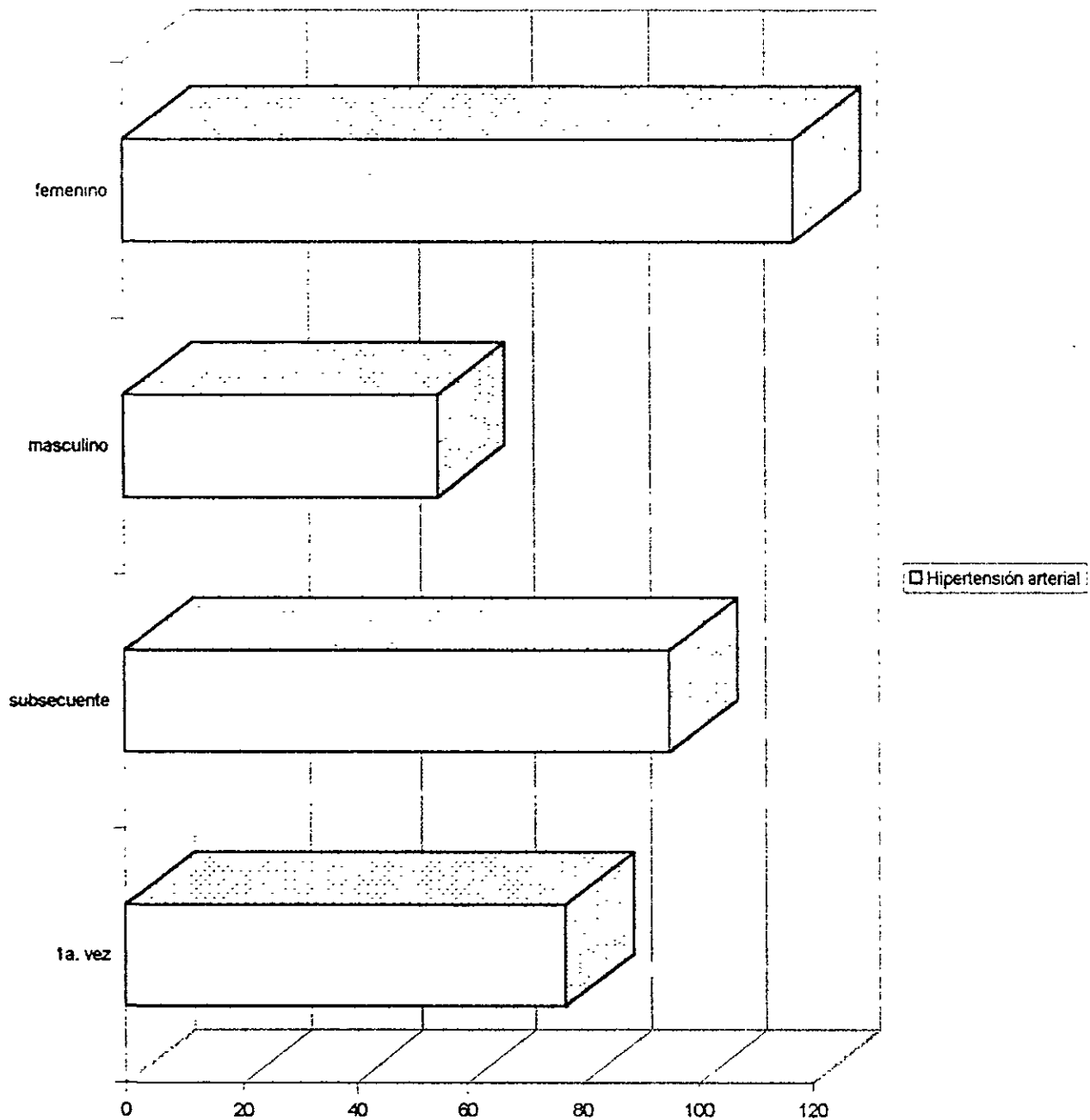


Principales diez causas de consulta de acuerdo a la edad y sexo, del consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

gráfico 22

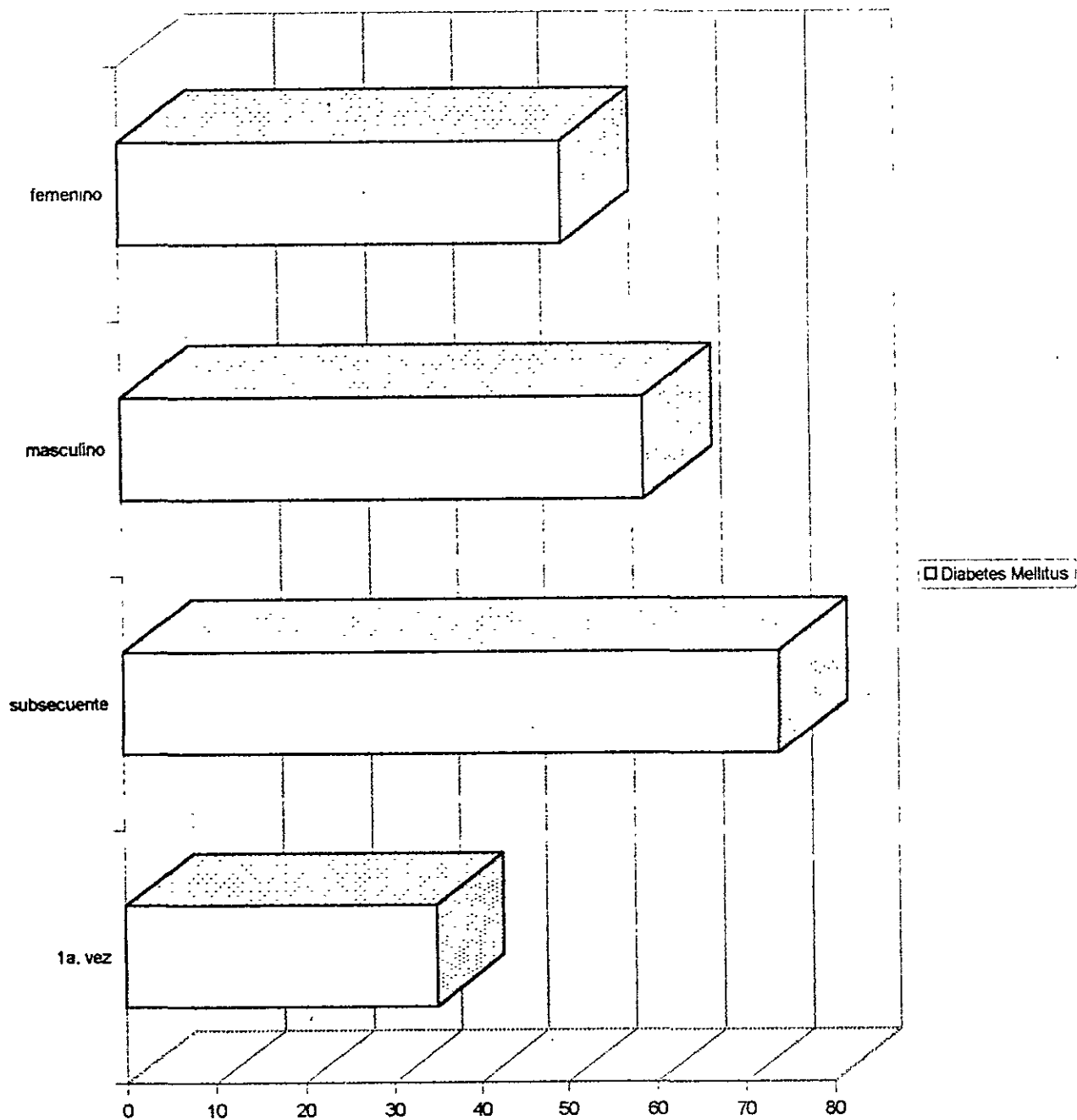


Enfermedades crónicas degenerativas en hipertensión arterial en el consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997
gráfico 23



Fuente: Hoja diaria del médico

Enfermedades crónicas degenerativas en Diabetes Mellitus en el consultorio número 2-a del turno matutino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997
gráfico 24



Fuente: Hoja diaria del médico

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

6.- Discusión de los resultados

El presente estudio descriptivo en una muestra no probabilística de $n=200$, tipo cuota Sampling, presenta los siguientes resultados del diagnóstico familiar. Donde la familia en base a su desarrollo el 50 % es moderna y otro 50 % restante es tradicional con una composición nuclear del 76.5%, un 22.5% extensa y tan sólo el 1% es compuesta en donde el 75 % vive en una zona urbana y el 25% restante se encuentra en la zona suburbana: estos resultados tienen una notable diferencia con los del Dr. Irigoyen Coria y del Dr. Gómez CFJ, ya que ellos marcan a la familia en base a su desarrollo como moderna, tradicional y arcaica o primitiva en un 40,50, y 10% respectivamente, esto es debido a que el estudio fue realizado en una población cerrada y no a población abierta. (1,5,6)

Es importante mencionar que se logro el objetivo planteado en virtud de haber puesto en funcionamiento los tres ejes fundamentales de la medicina familiar, con el que se logró el conocimiento pleno del desarrollo biológico, social y cultural y además económico de las familias en estudio. (8,14)

Por otra parte la identificación de grupos de riesgos, como los de la población infantil menor de 4 años expuesta, población en riesgo reproductivo y de la población anciana fueron hallados en forma exitosa.

En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas encontradas son semejantes en el estado de Chiapas con el resto del país, ya que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial ocupan las primeras cinco causas de muerte a nivel nacional, de acuerdo al reporte de estadísticas demográficas, de morbilidad y las estadísticas vitales del SISPA.(29-31)

No fue posible relacionar factores de riesgo precipitantes de las enfermedades crónicas con el tabaquismo, obesidad, alcoholismo, por que esto no formó parte del objetivo al inicio del estudio, deben considerarse como limitaciones del mismo.

7.- Conclusiones

El presente estudio da respuesta al planteamiento del problema, al identificar plenamente las características biológicas, sociales, culturales y económicas de las familias adscritas al consultorio número 2 - a del turno matutino. A través de la implementación de los tres ejes fundamentales de la medicina familiar, es decir; el estudio de la familia nos dio la oportunidad de conocer las diferentes etapas del ciclo vital familiar en que se encuentran, como son: expansión, dispersión, independencia y de retiro, además de su desarrollo y composición en una área demográfica específica.

La continuidad permitió el seguimiento del proceso salud - enfermedad de los individuos identificando las primeras diez causas de asistencia a consulta por enfermedad, del consultorio número 2-a del turno matutino.

Con la acción anticipatoria se detectaron a los diferentes grupos de riesgo para población infantil por edad y sexo, para fiebre reumática, riesgo reproductivo población anciana y detección de enfermedades crónicas degenerativas también como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus

En conclusión, fue posible lograr el objetivo general y los específicos planteados al inicio del presente estudio, desde la elaboración de los núcleos familiares por sectores, hasta la pirámide poblacional con diversos grupos etareos por edad y sexo, su estructura familiar a través del diagnóstico y la identificación de las principales causas de consultas.

Este trabajo, nos da la pauta para la elaboración de estrategias y de las acciones, que se deben llevar a cabo los médicos familiares, para un buen control del grupo poblacional que acude a consulta.

8.- Referencias Bibliográficas

- 1.- Irigoyen CA., Gómez CFJF., Hernández RC, Farfan SG. *Diagnóstico Familiar*. 5ª edición. Editorial de Medicina Familiar Mexicana, México 1996.
- 2.- Consejo Nacional de Población. *Vida Familiar*. Capítulo I., México: 1994.
- 3.- Sarukhan Kermez J. *La familia, estructura cambiante*. 1995.
- 4.- Engels F. *El origen de la familia*. Progreso: 1979.
- 5.- Irigoyen CA, Gómez CFJF., Hernández RC, Farfán SG., Fernández Oma., Mazon RJJ. *Fundamentos de la Medicina Familiar*. 4ª Edición internacional, Editorial Medicina Familia Mexicana. México. 1996.
- 6.- Irigoyen CA., Gómez CFJF., Hernández RC, Farfán SG. *Diagnóstico Familiar*. 4ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. 1996.
- 7.- Campbell T. Family interventions in physical health. In Sawa R. Editor. *Family health care*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, 1992: 213-26
- 8.- Campbell T. Research reports: Family interventions in family practice. *Fam-Systems Med* 1992; 10(2): 227-9.
- 9.- Reyes Zapata H, Meléndez Colindres V, Vidal Pineda L. Programa de Garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Sal-Pub-Mex*. 1990. 32:232-42
- 10.- Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Sal-Pub-Mex*. 1993; 35(3):238-47.
- 11.- Sepúlveda GB, Méndez HL. Programa para la implantación del nuevo sistema médico familiar. *Rev-Med-IMSS*. 1993; 31(5-6): 407-10
- 12.- Varela R. La medicina familiar como especialidad. *Med-IMSS* 1994; 16: 401-8.
- 13.- Gutiérrez CA. Evolución y estado actual de la medicina familiar en México. *Rev-Med-Fam*. 1990; 3(3-4): 87-106.
- 14.- Residency review committee for family practice. Denver Colorado, USA. 1997.

- 15.- Cárdenas E. Modernización del Modelo de atención a la salud. México IMSS. 1992.
- 16.- Navarro J. La educación médica en México. México 1992.
- 17.- Saber RJ. Family therapy with the individual patient. Family therapy .1980; 7:125-130.
- 18.- Aguirre Huacuja E. La corresponsabilidad operativa en la atención primaria a la salud. Sal-Pub Mex 1994;36:210-213.
- 19.-Lowe R. Atención primaria ala salud. Revisión conceptual. Sal-Pub Mex. 1988;30(5):666-75.
- 20.- Chávez Aguilar H. Atención primaria a la salud. Rev Mex IMSS. México 1995; 33:173-76.
- 21.- Soberon G, Langer A, Frenk J. Requerimiento del paradigma de la atención primaria a la salud. Sal-Pub Mex 1988;30 (5):791-803
- 22.- Sánchez RM. Atención primaria a la salud y la coordinación intersectorial. Sal-Pub. Mex. 1991:233-38.
- 23.- Varela R. La educación médica en la comunidad, en las instituciones de salud. Bol-Med. IMSS. 1994;16(7): 245-48.
- 24.- Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud. Principios y métodos. México 1989.

25.- Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población 1995-2000. Consejo Nacional de Población. México, D.F. 1995.

26 - García Nuñez J. Evaluación del programa de Planificación Familiar Internacional. Profamilia. Bogota 1995.

27.- Secretaría de Salud, Norma OFICIAL Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Secretaría de Salud. México D.F. 1993.

28.- Khanna J, Van Look PF, Guffin PD. Reproductive Health. World Health Organization. Génova 1992.

29.- Estadísticas Demográficas. SSA SISPA. 1996

30.- Estadísticas de Morbilidad. SSA. SISPA 1996.

31.- Estadísticas Vitales, Capítulo I, Mortalidad. SSA. SISPA 1996.

9.- ANEXOS.

ANEXO I

Identificación Familiar

Familia: _____ Casados ()
 Unión libre ()
 Años de unión Conyugal _____

Nombre de la persona que responde al test _____

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

Domicilio _____

Edad del padre _____ Edad de la madre _____

Escolaridad del padre _____

Escolaridad de la madre _____

Métodos de planificación Familiar

DIU	OTB	VASECTOMIA	HORMONAL TABLETA	HORMONAL INYECTABLE	RITMO	PRESERVATIVOS

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) _____

Total de hijos _____

Tipos de familia(marque con una X)

Desarrollo	Moderna	Tradicional

Demografía	Urbana	Semiurbana

Composición	Nuclear	Extensa	Compuesta

Ingresos Mensuales	Menos 1 Salario	2 a 3 Salarios	+ de 3 Salarios

Ocupación de los padres: _____ y _____

Etapa del ciclo vital familiar

Expansión () Dispersión () Independencia () Retiro ()

Observaciones _____