



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.

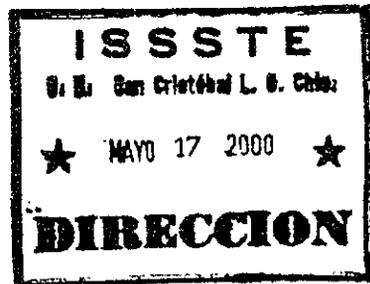
11226

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

131
2ej

Título

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
En el Consultorio 2-b Del Turno Vespertino
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:

Dr. Daniel Valenzuela Zertuche

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

1999



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

-SP05



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

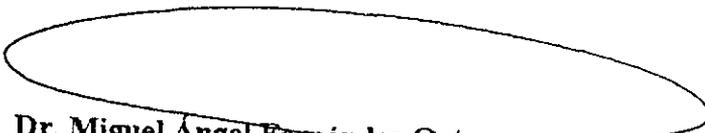
**Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar
En el consultorio 2-b Del Turno Vespertino
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dr. Daniel Valenzuela Zertuche

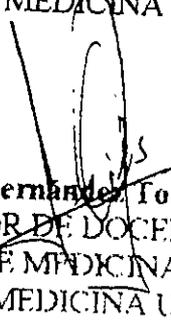
AUTORIZACIONES



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. Isaias Hernández Torres
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

TITULO

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
En el Consultorio 2-b Del Turno Vespertino
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal De Las Casas, Chiapas.

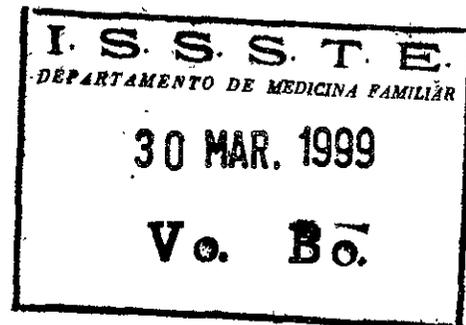
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dr. Daniel Valenzuela Zertuche

AUTORIZACIONES

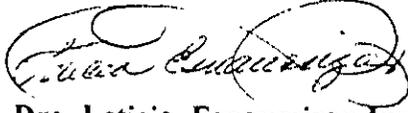

Dr. Salvador Ponce de León Castro



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. Susana Trejo Ruiz

ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA 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

Índice general

	Pag.
I.- Título.....	1
II - Marco teórico.....	2
III.- Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	7
Objetivos.....	8
IV.- Metodología.....	9
Tipo de estudio	
Población, Lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y Tamaño de la muestra	
V.- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	10
VI.- Información a recolectar(Variables de medición).....	11
VII.- Procedimiento para capturar la información.....	12
Consideraciones éticas	
VIII.- Resultados.....	13
Descripción de los resultados.....	13
Tablas y gráficas.....	16
Discusión de los resultados.....	42
Conclusiones.....	43
IX.- Referencias bibliográficas.....	44
X.- Anexos.....	48

Título

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
En el Consultorio 2-b del Turno Vespertino
De La Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas

3.- Marco teórico.

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas que sobrevivirá de alguna forma u otra, mientras exista nuestra especie.

La familia es la unidad básica de toda sociedad y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud.(1).

No olvidemos que el desarrollo de la humanidad según Federico Engels(2) inicia con el salvajismo en sus estadios inferior, medio y superior. En donde la promiscuidad permanece y no existe reglamentaciones entre padres e hijos.

Más tarde aparece la familia punalúa, donde las familias son formadas en grupos ; donde los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo, es decir dos grupos completos casados entre sí .

En el estadio superior del salvajismo aparece la autoridad matriarcal a través de la familia sindiásmica y la coexistencia de varias parejas pero manteniendo su independencia: esto da paso más tarde a la aparición de la familia poligámica, donde una mujer comparte varios hombres, los que frecuentemente son hermanos(poliandria) , y los hombres se encuentran unidos a varias mujeres(poligenia). ésta es conocida como barbarie que en su estadio superior aparece la familia patriarcal monogámica con la autoridad absoluta del hombre como jefe de familia.

Continuando con la evolución llegamos a la civilización con la familia conyugal moderna que actualmente conocemos, y que puede ser nuclear, extensa y compuesta.

El término familia, etimológicamente es propuesto por el marqués de Morante como proveniente de la palabra latina "famulus", que significa sirviente o esclavo doméstico.

En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados como propiedad de un solo hombre(2). Actualmente el término se ha definido de distintas formas en donde existe un grupo formado por marido mujer e hijos.

La OMS la define como el conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí ,hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.(3)

En sí, la familia representa la institución básica para todo desarrollo cultural.

Para los estudiosos de la familia desde el punto de vista social, la clasifican actualmente en base a su desarrollo en: Moderna en un 40%, Tradicional en un 50% y Arcaica o primitiva en un 10 %.

De acuerdo a su demografía esta es en un 60% urbana y el 40 % rural(16). En base a su integración; es integrada cuando los cónyuges viven juntos y cada uno cumplen sus funciones. La semintegrada cuando los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones y finalmente se encuentra la desintegrada; cuando falta algunos de los cónyuges, ya sea por muerte, divorcio, separación o abandono. Por último desde el punto de vista tipológico , puede ser campesina, obrera, y profesional(2).

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla y muere. La familia por su parte cumple con un ciclo vital a través de un patrón similar por medio de fases.

La primera fase es la del Matrimonio, que es la fase que inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, este evento trae consigo lógicamente repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, lo que condiciona ciertos ajustes a su vida cotidiana.

En la fase de Expansión: se incorporan nuevos miembros a la familia, en donde la pareja debe organizarse para no alterar su actividades cotidianas.

La fase de Dispersión: es cuando asisten los hijos a las escuelas y ninguno trabaja, ésta etapa es crítica, ya que los jóvenes se encuentra atravesando una época turbulenta, puesto que creen saberlo todo, es aquí donde el apoyo familiar debe ser bien llevado a cabo.(4)

La fase de Independencia: es cuando los hijos han formado nuevas familias.

La fase de Retiro y Muerte: se encuentra el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban a la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada ésta fase del ciclo vital de la familia: donde se identifican cuatro circunstancias difíciles de todos ser humano como son:

- a).- Incapacidad para laborar
- b).- Desempleo
- c).- Agotamiento de recursos económicos
- d).- Abandono en asilos(5).

Por otra parte la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente dependiente de sus padres, en una persona que pueda integrarse fácilmente a la sociedad, evitando desordenes y enfermedades

mentales por desadaptación(6,7), a esto se le llama socialización.

Mientras el Cuidado es la función clave en la vida familiar, ya que propiamente permite la preservación de nuestra especie, y esta se estima a través de la alimentación, vestido, seguridad y apoyo emocional, pero sobre todo educación sobre aspectos negativos del tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y enseñanza de la educación sexual(10).

El Afecto es una transacción dentro de la familia; en relación de la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo y se determina en gran medida en nuestras relaciones familiares.

En cuanto a la Reproducción, define a la familia como la encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad.

El Estado y nivel Socioeconómico: Consiste en conferir a uno o varios miembros de la familia un nivel socioeconómico, al mismo tiempo que le confiere derechos y obligaciones.

La familia sufre etapas críticas desde un principio, ya que cada pareja debe tomar su rol específico dentro del núcleo familiar en el inicio del matrimonio, más tarde, el nacimiento de un hijo repercute en el seno familiar desde diferentes ángulos en la dinámica de la pareja: uno es el punto de vista económico y el otro es el punto crítico de la enseñanza de la sexualidad, donde la información que se da al niño(a), debe ser real y adecuada al sexo y edad, ésta no debe ser negativa, mucho menos indiferente.

Los principales factores de riesgo para la familia en cuanto al estado laboral: son en primer lugar la desocupación, la búsqueda o cambio de trabajo; una enfermedad crónica degenerativa y/o infecciosa, que más tarde lo van a llevar a la muerte, los intentos de suicidios, van a dar al traste con el equilibrio emocional y psicológico de algunos o de todos los miembros de la familia, ya que esto puede ser motivo de la ruptura de la integración familiar, su dispersión o de situaciones conflictivas(8,9,11-14).

La identificación de todos estos conceptos en la problemática familiar antes mencionados, deben ser identificados mediante la práctica de la medicina familiar, que en México lleva algunos años de existencia y el IMSS, es quién va a la vanguardia. Recientemente cuenta con el sistema denominado, Medicina Familiar Siglo XXI, en la que a través de sistemas de cómputos permite agilizar la atención al derechohabiente en todos los servicios, garantizando seguridad, orden, legibilidad y confiabilidad en sus registros.

Siendo pioneros en éste sistema el D.F. y el estado de Nuevo León.

Las funciones del médico familiar se encuentran bien definidas en las unidades médicas del IMSS en el resto del país; en nuestra institución del I.S.S.S.T.E. las actividades que se desarrollan son muy similares y actualmente se encuentra preparando una serie de generaciones en la especialidad de ésta disciplina.(31).

El concepto de medicina familiar no es sencillo, puesto que diversos autores en diversas épocas, han hecho esfuerzos por comprender su esencia, la dificultad radica en la interacción de la gran diversidad de ideas que definen a la medicina familiar como una disciplina académica y no como a una especialidad médica y aun modelo a seguir en la atención de la salud (21-24).

En México la medicina familiar adolece de diversas limitaciones que han frenado su desarrollo (26-28). La medicina familiar es una disciplina académica y una especialidad que comprende una serie de actividades que se fundamentan en los tres ejes primordiales y que hacen la diferencia entre el médico familiar y el médico general; y estas son las siguientes:

A).- El estudio de la familia, que permite el entendimiento del entorno bio-psico-social cultural y económico en que se desarrolla la vida de cualquier individuo y, que señala a la familia como un grupo social en el cual el proceso de salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo *estructural, funcional y cultural*, que pueden favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar (18).

B).- La continuidad, permite el seguimiento del proceso salud- enfermedad de los individuos sin importar la edad, sexo, raza, zonas urbanas o rurales, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas, al mismo tiempo, permite la coordinación de recursos médicos , familiares y comunitarios a su alcance, pero sobre todo, su óptima aplicación (15-17).

C).-Acción Anticipatoria. Esta se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de las probabilidades de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente que les rodea, le produzcan en conjunto una enfermedad. Este enfoque de riesgo brinda también la oportunidad de planear las estrategias mas adecuadas para el manejo de las enfermedades, así como de medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

Es claro que la función del médico familiar es la promoción de la salud y ésta se puede ver resumida, en dos cualidades del ejercicio médico; la primera, incrementar la calidad de vida de los miembros de la familia, disminuyendo así los costos de atención, la otra es que favorece nuevas actividades y destrezas del equipo médico de la familia, es decir; enfermeras, dietistas, trabajadoras sociales, dentistas, sanitaristas, etc., pero sobre todo un nuevo tipo de relación médico - paciente(19-20).

La atención primaria de la salud es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción a la salud en grupos de familias o individualmente, ya que se trata de un nivel dentro del sistema nacional de salud 1995-2000, desde el punto de vista sanitario, donde la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de su médico (32).

Esto es fundamental ya que los problemas de salud son tan comunes y los aparentemente banales son los precursores de otros mas graves, de deterioros irreversibles y de muertes prematuras.

Dichos problemas comunes como el tabaquismo, el alcoholismo, estres , hipertensión arterial y diabetes mellitus por mencionar algunos, se encuentran ligados en gran medida a actitudes conductuales (33-37).

La función del equipo de atención primaria es ofrecer información adecuada sobre hábitos dietéticos, de los efectos nocivos del alcohol, tabaco y drogas sobre el organismo, así como recomendación del ejercicio físico evitando el sedentarismo que acompaña a la gran diversidad de las enfermedades crónicas degenerativas (38-39).

No olvidemos que en México las enfermedades cardiovasculares ocupan el 1er. Lugar de mortalidad con una tasa de 113.6 por cada 100,000 habitantes, le siguen los tumores de la traquea , bronquios y del pulmón con una tasa de 6.4 por cada 100,000 habitantes; en tercer lugar los accidentes de vehículos de motor con una tasa de 15.2 por cada 100,000 habitantes en las que se relacionan en gran medida con el alcoholismo, el 4° y 5° lugar de mortalidad es ocupado por la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 37.4 y de 26.1 por cada 100,000 habitantes respectivamente, siendo éstas las primeras cinco más importantes y que pueden ser prevenibles en una gran porcentaje, si se llevara a cabo una promoción a la salud en forma más intensiva.

En Chiapas actualmente se encuentra un total de 5,412 diabéticos en control y 7,165 hipertensos (29-30).

La prevención primaria deberá identificar los factores de riesgo para una enfermedad y modificarla. En la prevención secundaria se refieren a detección y tratamiento de las enfermedades así como reducir el riesgo, en la prevención terciaria va dirigida a la rehabilitación.

En resumen, el médico familiar debe conocer las características bio-psico-sociales, culturales y económicas a su cargo, conocer su estructura, darles seguimiento a los procesos de salud - enfermedad, realizar pláticas de fomento a la salud y crear estrategias para prevenir ciertas enfermedades.

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 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

Que el médico familiar a cargo de la población del consultorio número 2-a del turno matutino, debe conocer las características de la población, la formación de núcleos familiares asignados al consultorio, su pirámide poblacional, su estructura, diagnóstico familiar y sus principales causas de consultas, en la que se clasificará a los principales grupos de riesgo tanto para enfermedades infecciosas, agudas o crónicas degenerativas como para salud reproductiva.

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 permitan promover y mantener la salud de las familias a su cargo.

3.3.-Objetivos

General:

Identificar plenamente las características biológicas, sociales, culturales y económicas como requisito para poder establecer los servicios de atención a la salud de la población adscrita al consultorio 2-b del turno vespertino, de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Específico:

- *Conocer los grupos etáreos por edad y sexo que conforman la pirámide poblacional.
- *Identificar los grupos de riesgo tanto de población infantil, de riesgo reproductivo y a la población anciana.
- *Identificar a través del diagnóstico familiar, su estructura desde el punto de vista social, es decir mencionar en que etapa del ciclo vital familiar se encuentran, su composición, desarrollo, tipología y su demografía.
- *Optimizar la prestación de servicios médicos con un enfoque integrador que favorezca una mayor satisfacción de los usuarios y permita a la vez disminuir los costos de atención médica.

4.- Metodología.

4.1 .-Tipo de estudio:

Descriptivo
Retrospectivo
Prospectivo
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 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas . Del 1º de Marzo al 30 de Junio 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 200 del total de familias adscritas al consultorio 2-b del turno vespertino, en el número de consultas otorgadas del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

4.4 .- Criterios de inclusión. exclusión y de eliminación

Inclusión : Población usuaria del consultorio 2-b del turno vespertino que cuente con expedientes clínicos y que aceptaron participar.

Exclusión : Población no usuaria al consultorio 2-b del turno vespertino.

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 cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y una nominal para las segundas, según sea el caso, se consideran las variables de:

Número total de individuos
Número total de individuos del sexo masculino
Número total de individuos del sexo femenino
Número de individuos del sexo masculino por grupos etáreos
Número 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 las comunidad las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal y se identifican las siguientes

Nombre de la familia
Estado civil
Años de unión conyugal
Escolaridad del padre y de la madre
Edad del padre
Edad de la madre
Número de hijos(hasta de 10 años de edad)
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
Número de hijos (de 20 ó más años de edad)
Métodos de planificación
(Diu. Oral, Inyectable, Otb,)
Ocupación de los padres de familia: Profesional, Empleado, Hogar
Ingreso económico :
De 1 Salario Mínimo
1 a 2 Salarios Mínimos
De 3 ó más Salarios Mínimos
Tipo de Familias : 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:

Los diez primeros motivos de consulta por grupos 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. Del consultorio número 2-b del turno vespertino.

4.7 .- Consideraciones éticas

Se harán de acuerdo al comunicado de la norma de la Ley General de Salud en materia de Investigación, 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-b, turno vespertino 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-b, en muestreos por cuotas (Cuota Sampling) estimadas en (n=200). Del 1° de Marzo al 30 de Junio de 1998. La tercera fase se llevó a cabo con el análisis de consulta de la población que asistió del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997. A continuación se muestran los siguientes resultados.

Fase I

La población total del consultorio 2-b del turno vespertino es de 2,397 personas (Tabla 1, gráfico 1). El grupo masculino representado por un total de 1,080, (gráfico 2) y para el sexo femenino de 1 (gráfico 3).

Existe una población de riesgo infantil (< 4 años) de 174 con 89 niños que representan el 8.2 % del total de hombres de la población masculina y de 85 niñas con un 6.4 % del total de la población femenina. (gráfico 4).

La población de riesgo para fiebre reumática es de un total de 836, siendo el grupo masculino de 487 y de 449 del grupo femenino que representan el 45 % y 34 % de la población total respectivamente (gráfica 5).

El grupo femenino en edad fértil (15-49 años) está representado por un total de 742 (56.3 %), siendo para los grupos etáreos de 15-19 años (8.1 %), de 20 a 24 años (3.4 %), de 25-29 años (6.4 %), de 30 a 34 años (8.2 %), de 35-39 años (14 %), de 40 a 44 años (9 %) y por último de 45 a 49 años el 7 % (gráfico 6).

La población anciana de 70 años o más con un total de 127, donde 47 son para el sexo masculino y de 80 para el sexo femenino, que representan el 4.3 % y 6 % respectivamente de la población total (gráfico 7).

Fase II

Descripción de la estructura familiar de (n=200)

En el ciclo vital de las familias en estudio (n=200), el 46 % se encuentran en fase de dispersión, el 27 % en fase de expansión, el 24 % en fase de independencia y por último el 6 % se encuentra en fase de retiro (gráfico 8).

La familia en base a su desarrollo, el 60% es moderna y el 40 % es tradicional (gráfico 9).

En base a su composición el 80 % es nuclear, el 18 % es extensa y el 2 % restante es compuesta (gráfico 10).

En cuanto a la demografía, el 90 % es urbana, el 7.5 % es semiurbana y el 2.5 % es rural (gráfico 11).

De acuerdo a su tipología el 62 % de los padres son profesionista, el 32 % es empleado, el 6 % son jubilados actualmente.

De las madres el 42.5% son profesionistas, el 16.5% es empleada y el 38.5 % se dedica al hogar, por último el 2.5 % es jubilada (gráfico 12).

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

Las parejas con menos de un salario mínimo son el 2.5% son casadas, no existe divorcio ni unión libre. Las parejas con dos a tres salarios el 4 % se encuentra en unión libre, el 82.5 % son casados y 2 % son divorciados. Con más de tres salarios mínimos el 4 % es unión libre, y el 6 % son casados y el 0 % es divorciado (gráfico 14).

La escolaridad con que cuentan los padres es del 62.5 % para los profesionistas, el 25 % cuentan con preparatoria, 5 % con secundaria, el 7.5 % cuenta con solo la primaria.

Las madres con un 42.5 % es profesionista, el 11.5 % tiene preparatoria, el 7.5 % cuenta con secundaria, finalmente el 38.5 % tiene primaria. (gráfica 13).

La edad de los padres tienen como media 42.84 años con una desviación estándar de (+- 13.64) (gráfico 15).

Las madres tiene como promedio de edad una media de 40.80 años con una desviación estándar de (+-12.71) (gráfico 16).

El promedio de años de casados de las parejas es de 17.02 años con una desviación estándar de (+- 11.97) (gráfico 17).

El número de hijos menores de 10 años de las familias en estudio fue en promedio una media de 1.02 hijos con desviación estándar (+- 1.6).

El número de hijos de 11 a 19 años fue una media de 1.07 hijos con una desviación estándar de (+- 1.21).

Para los hijos de más de 20 años la edad media es de 1.34 hijos con una desviación estándar de (+- 2.27). (gráfico 18).

De las familias estudiadas (n=200), el 49 %(98) no lleva método de planificación, el 31 %(62) le fue realizada la OTB, el 10.5 % (21) son usuarias del DIU, el 4% (8) utiliza hormonal inyectable , el 5.5 %(11) con hormonal tabletas.(gráfico 19).

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 494 consultas , en tanto que para las enfermedades crónicas degenerativas se encuentran en 2º lugar a la hipertensión arterial y en 5º lugar a la diabetes mellitus(gráfico 22, 23)

Las parasitosis, la amibiasis y la diarrea ocupan el 4º,6.º y el 7º lugar respectivamente en los diferentes grupos de edad 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 20). Asi como el total de consultas de 1ª vez y subsecuentes (gráficas 21).

Pirámide Poblacional del Consultorio Número 2-b del turno vespertino
de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas. chiapas
Período Enero a Diciembre de 1997

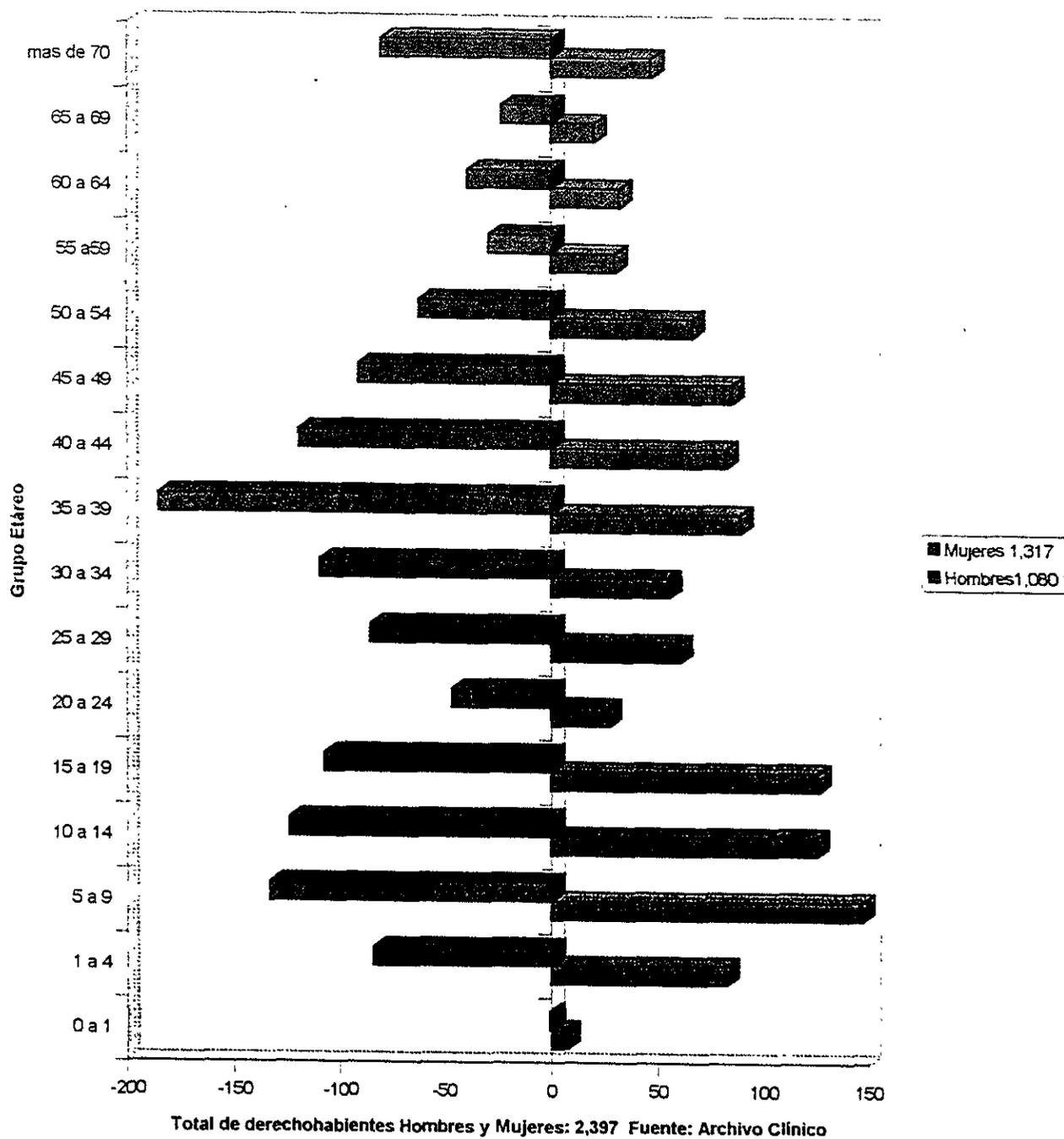
Tabla 1

Hombres	Grupo Etáreo	Mujeres
7	-1	1
82	1 a 4	84
147	5 a 9	133
125	10 a 14	124
126	15 a 19	107
27	20 a 24	46
60	25 a 29	85
55	30 a 34	109
89	35 a 39	185
82	40 a 44	119
85	45 a 49	91
66	50 a 54	62
30	55 a 59	29
32	60 a 64	39
20	65 a 69	23
47	mas de 70	80
1080	Total	1317

Fuente: Archivo Clínico

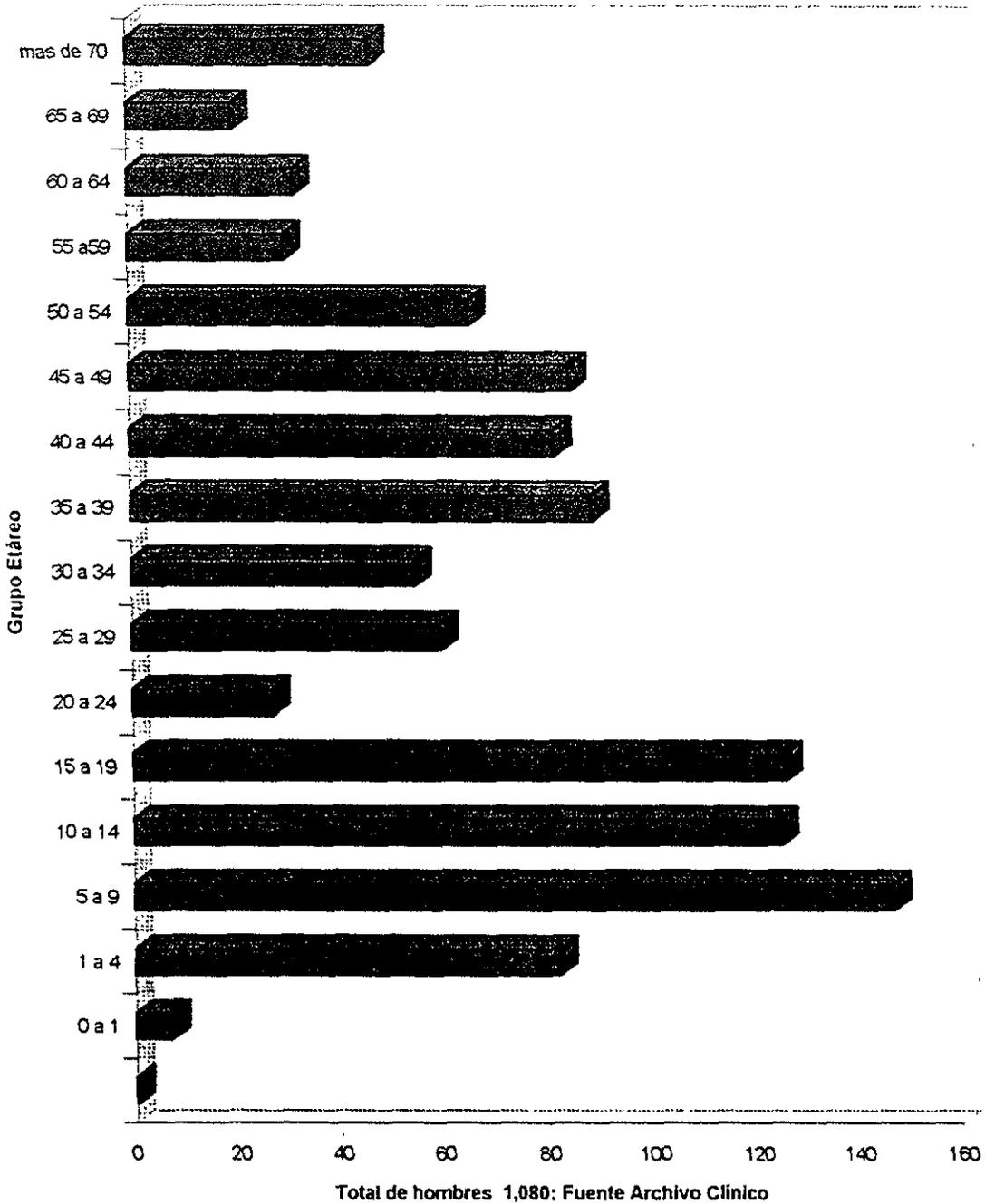
Pirámide Poblacional del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital " D " del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período de Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 1



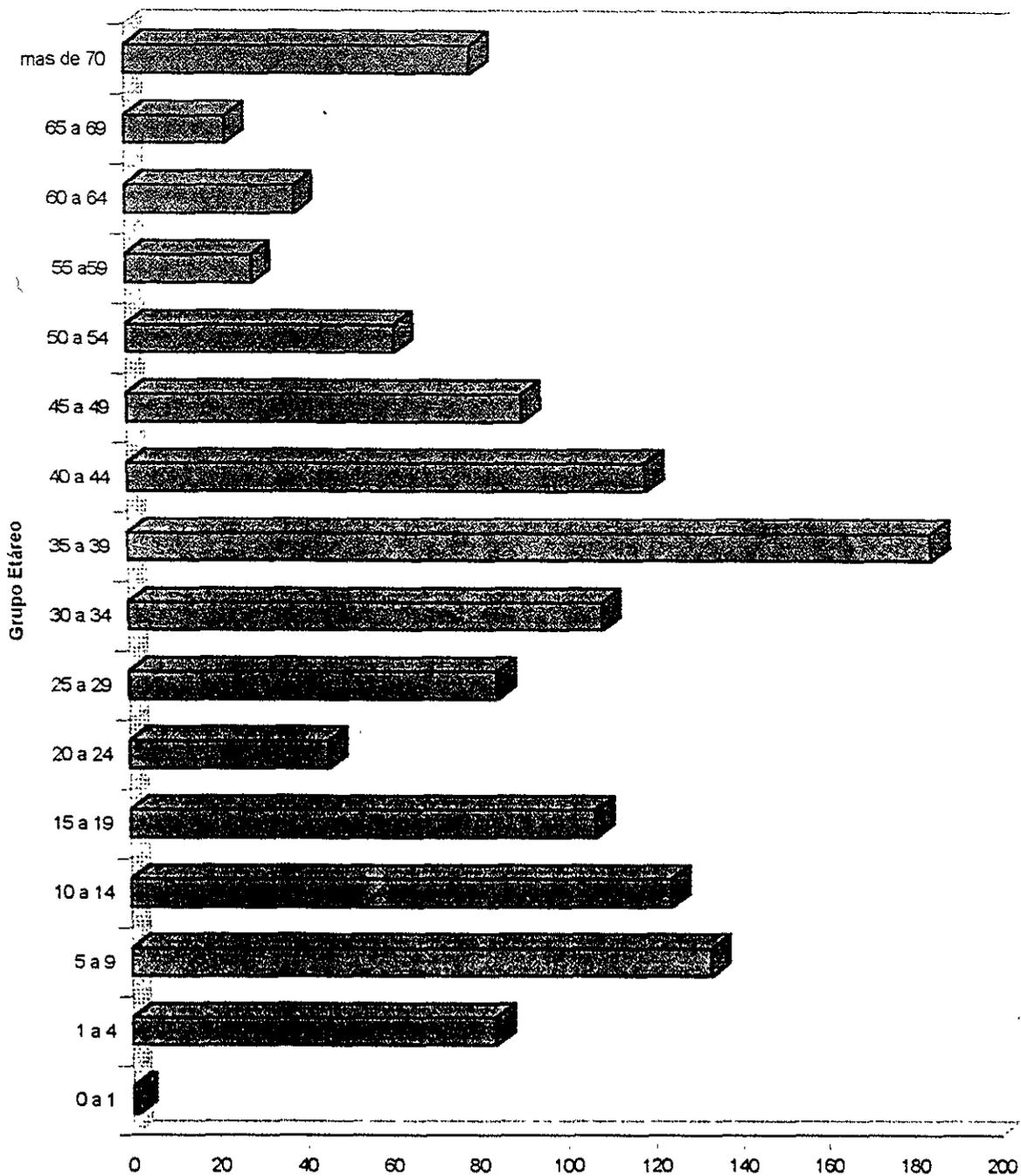
Población Total masculino por grupos etáreos del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital " D " del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.Período Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 2



Total de población femenina por grupos etáreos del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 3

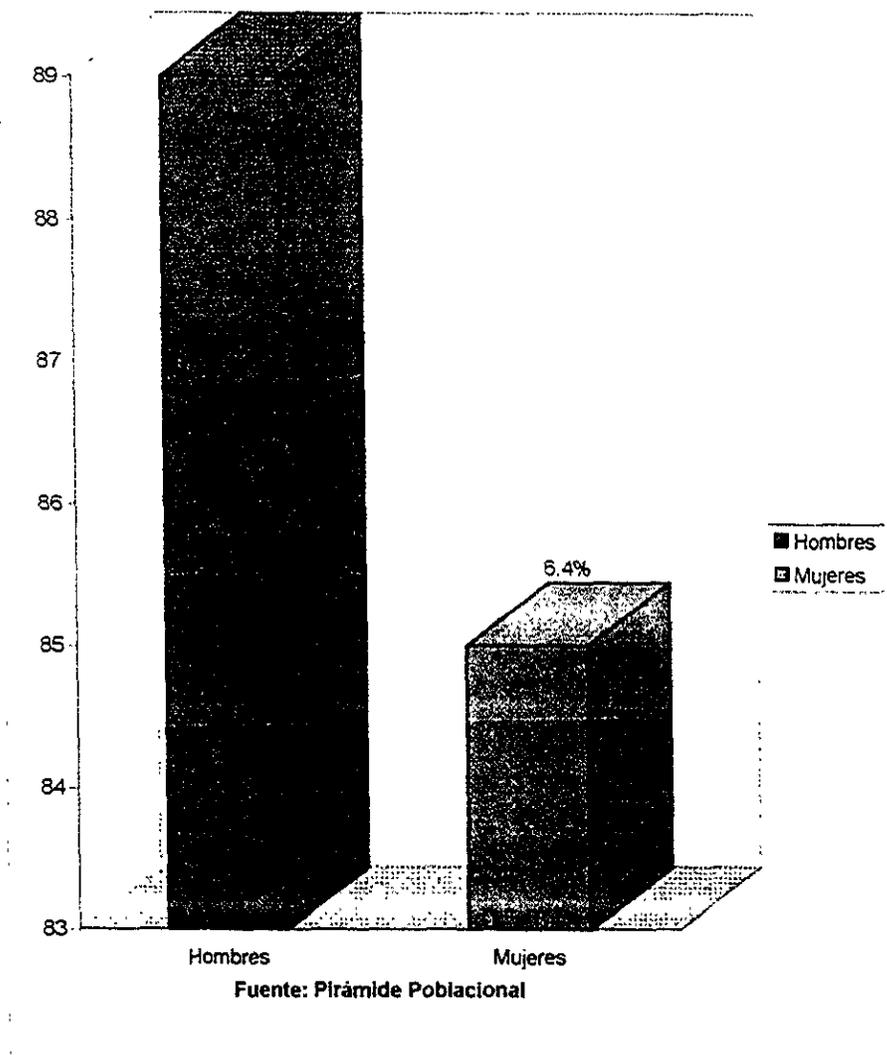


Total de mujeres 1,317. Fuente : Archivo Clínico

Población de Riesgo Infantil(menor de 4 años) del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
Período de Enero a Diciembre de 1997

	Números	Porcentajes
Hombres	89	8.20%
Mujeres	85	6.40%

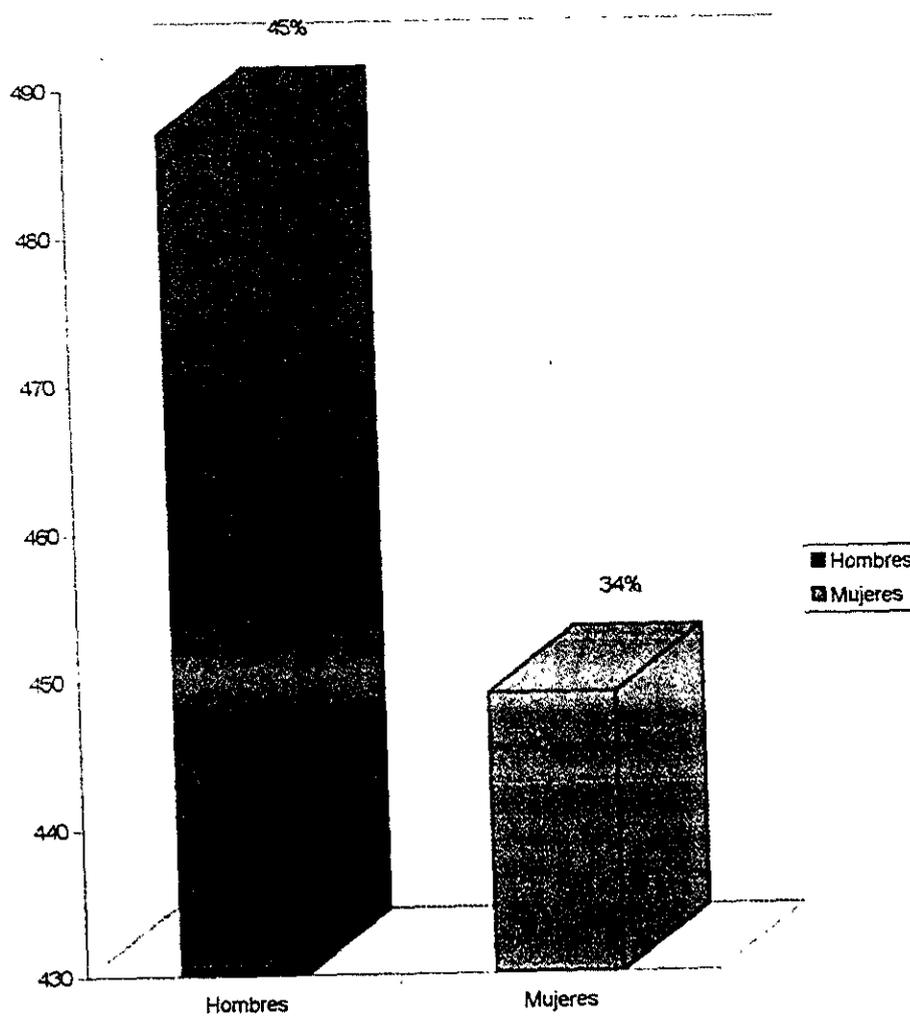
8.2% Gráfico 4



Población de riesgo para Fiebre Reumática del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997

	Número	Porcentajes
Hombres	487	45.00%
Mujeres	449	34.00%

Gráfico 5



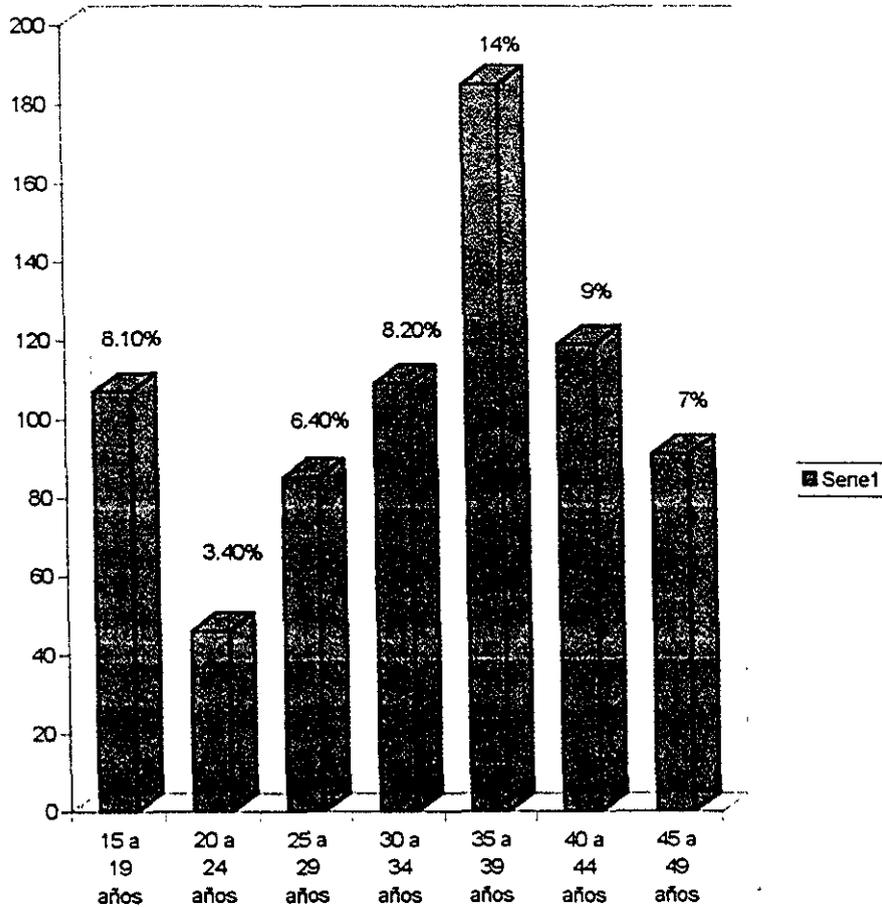
Fuente: Pirámide Poblacional

Población total de mujeres en Riesgo Reproductivo del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Período Enero a Diciembre de 1997

Edad	Número de Mujeres	Porcentajes
15 a 19 años	107	8%
20 a 24 años	46	3.40%
25 a 29 años	85	6.40%
30 a 34 años	109	8.20%
35 a 39 años	185	14.00%
40 a 44 años	119	9%
45 a 49 años	91	7.00%

Gráfico 6

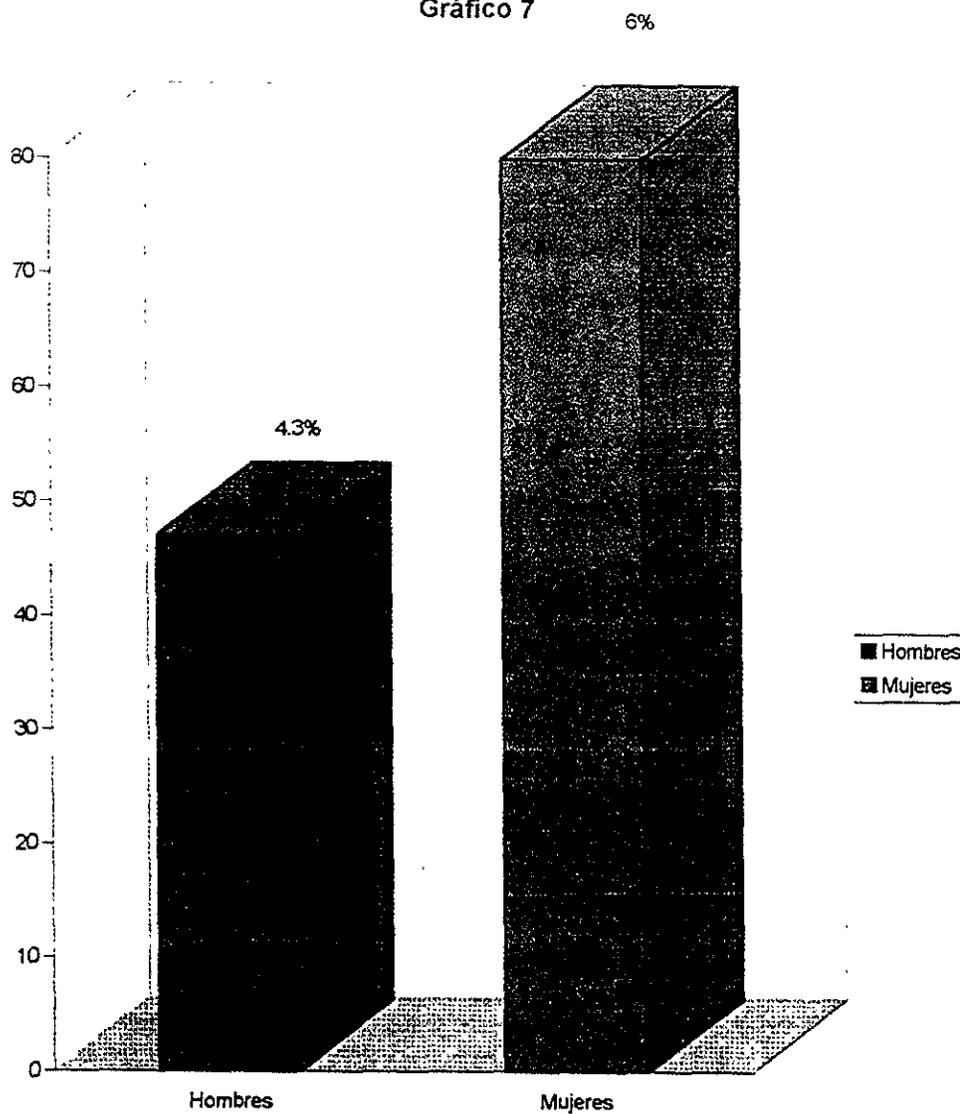


Fuente: Pirámide Poblacional

Población Anciana mayor de 70 años de edad del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
Período Enero a Diciembre de 1997

	Números	Porcentajes
Hombres	47	4.30%
Mujeres	80	6.00%

Gráfico 7



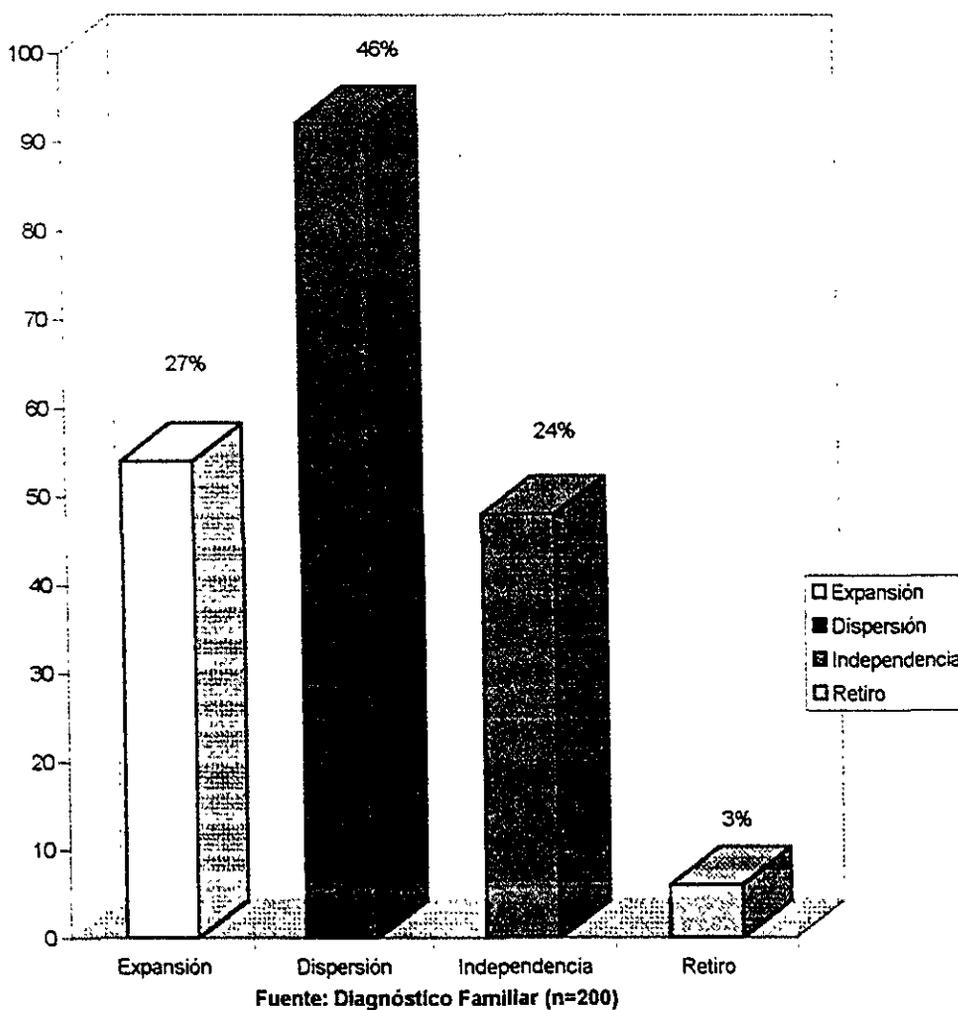
Fuente: Pirámide Poblacional

Ciclo Vital de las familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. En San Cristóbal de las Casas Chiapas.

Período del 1º Marzo al 30 de Junio de 1998

Ciclo Vital	Números	Porcentajes
Expansión	54	27%
Dispersión	92	46%
Independencia	48	24%
Retiro	6	3%

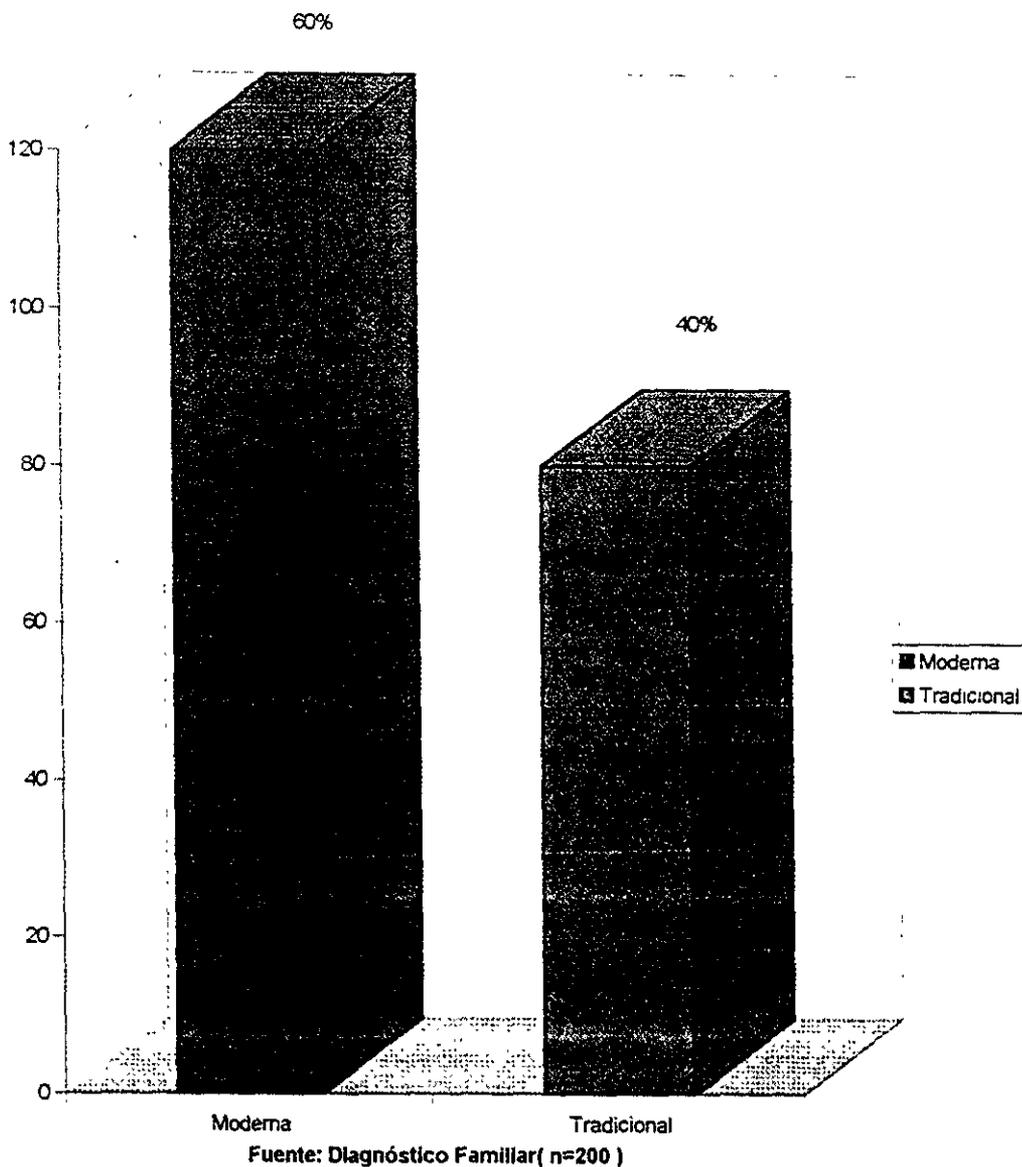
Gráfico 8



La Familia en base a su desarrollo, del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1º de Marzo al 30 de junio de 1998

Familia	Número	Porcentajes
Moderna	120	60%
Tradicional	80	40%

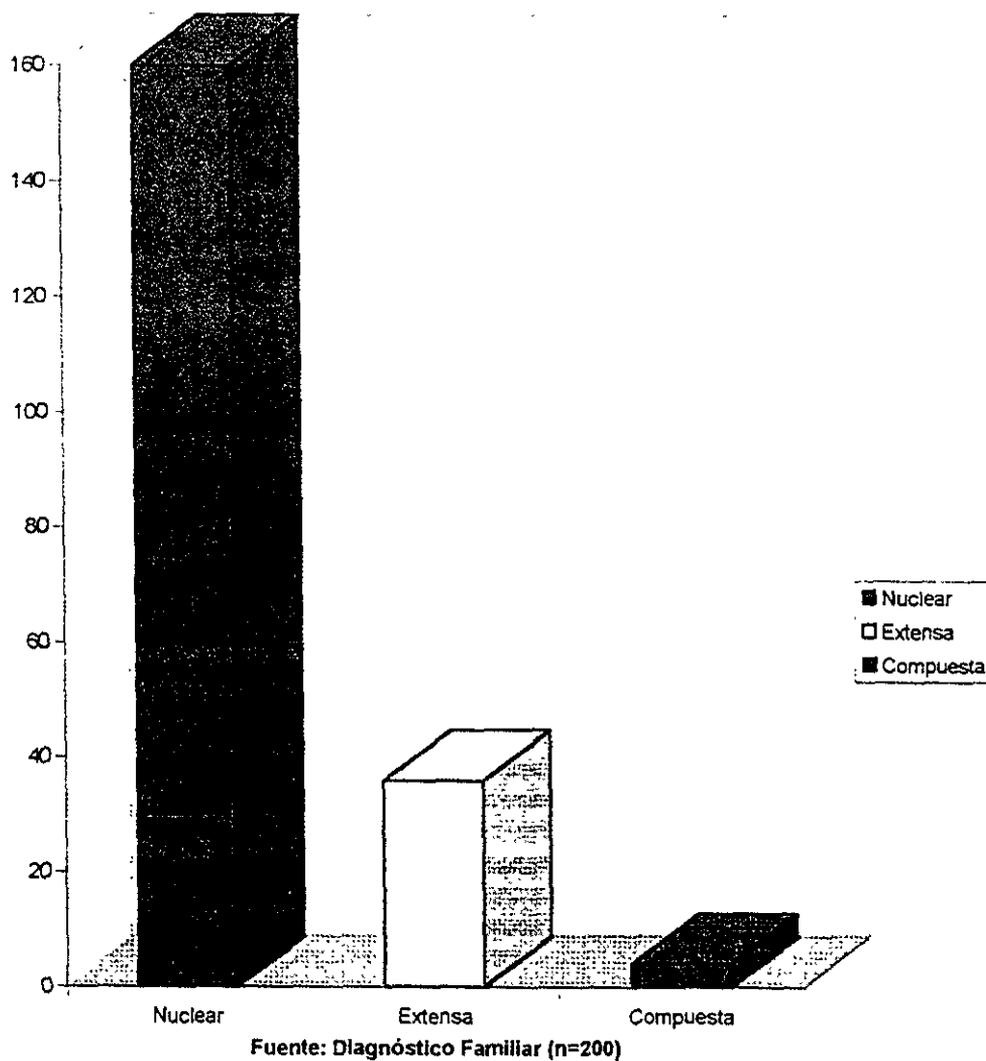
Gráfico 9



Composición de las familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1° de Marzo al 30 de Junio de 1998

Composición	Número	Porcentajes
Nuclear	160	80%
Extensa	36	18%
Compuesta	4	2%

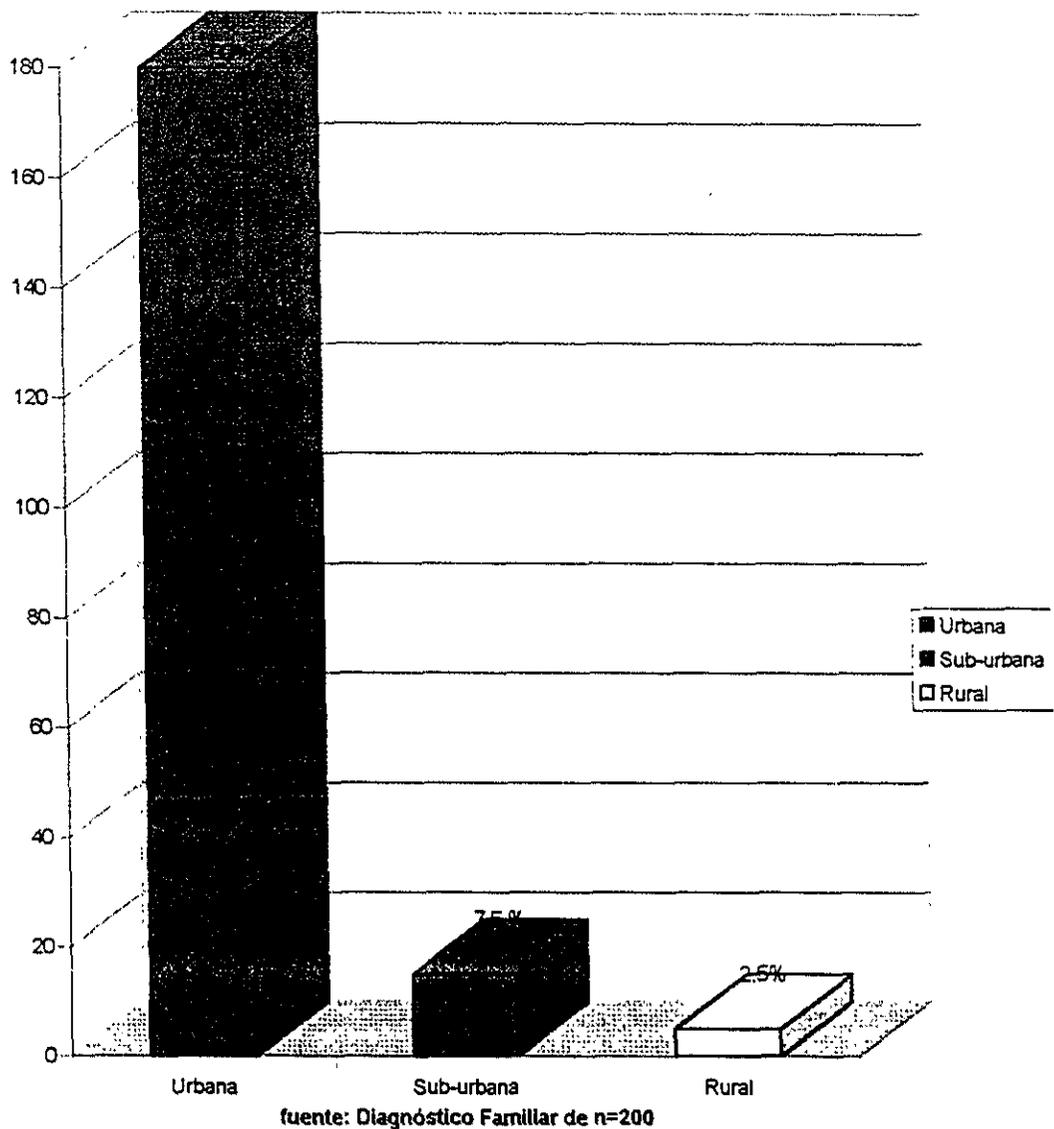
Gráfico 10



Demografía de las familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1º de Marzo al 30 de Junio de 1998

Demografía	Número	Porcentajes
Urbana	180	90%
Sub-urbana	15	8%
Rural	5	2.50%

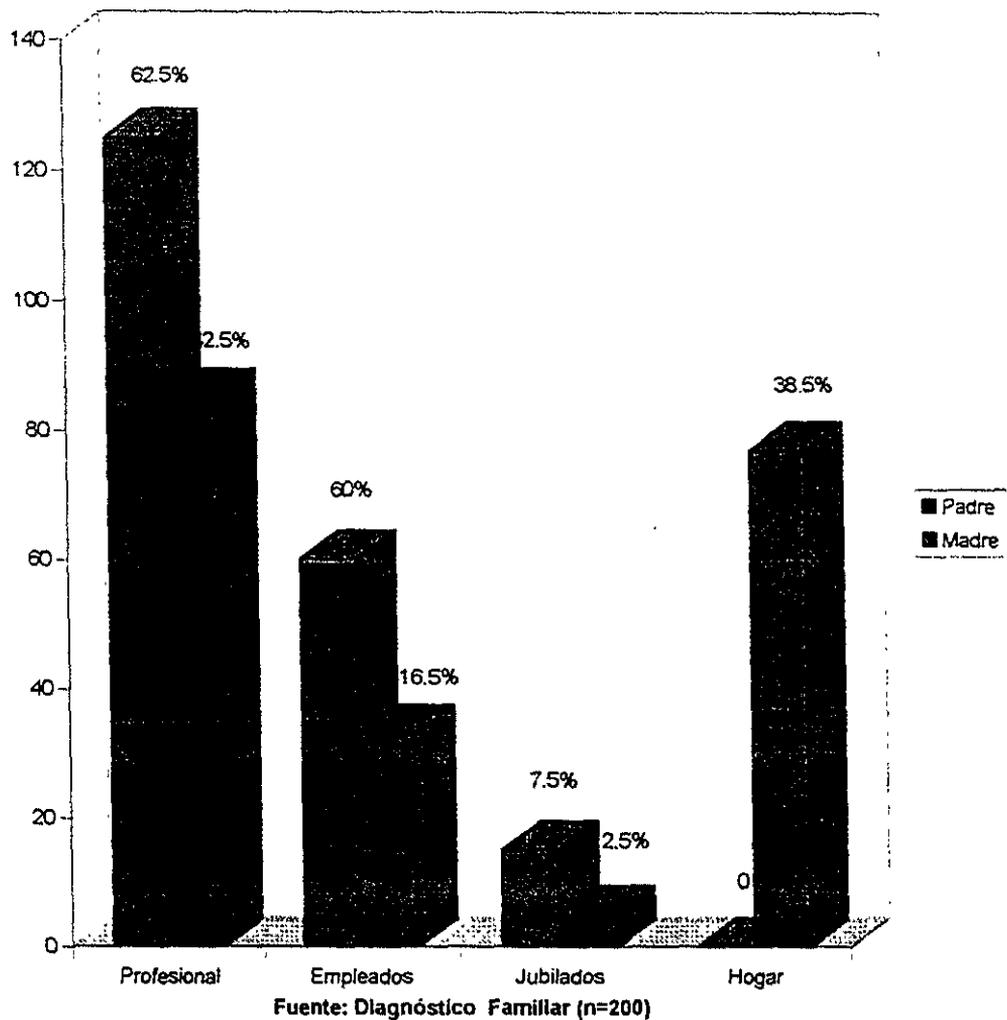
Gráfico 11



Tipología de las familias número 2-b del turno vespertino
 de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
 Período del 1º de Marzo al 30 de Junio de 1998

Tipología	Números		Porcentajes	
	Padre	Madre	Padre	Madre
Profesional	125	85	63%	43%
Empleados	60	33	30%	17%
Jubilados	15	5	8%	2.5
Hogar	0	77	0	39%

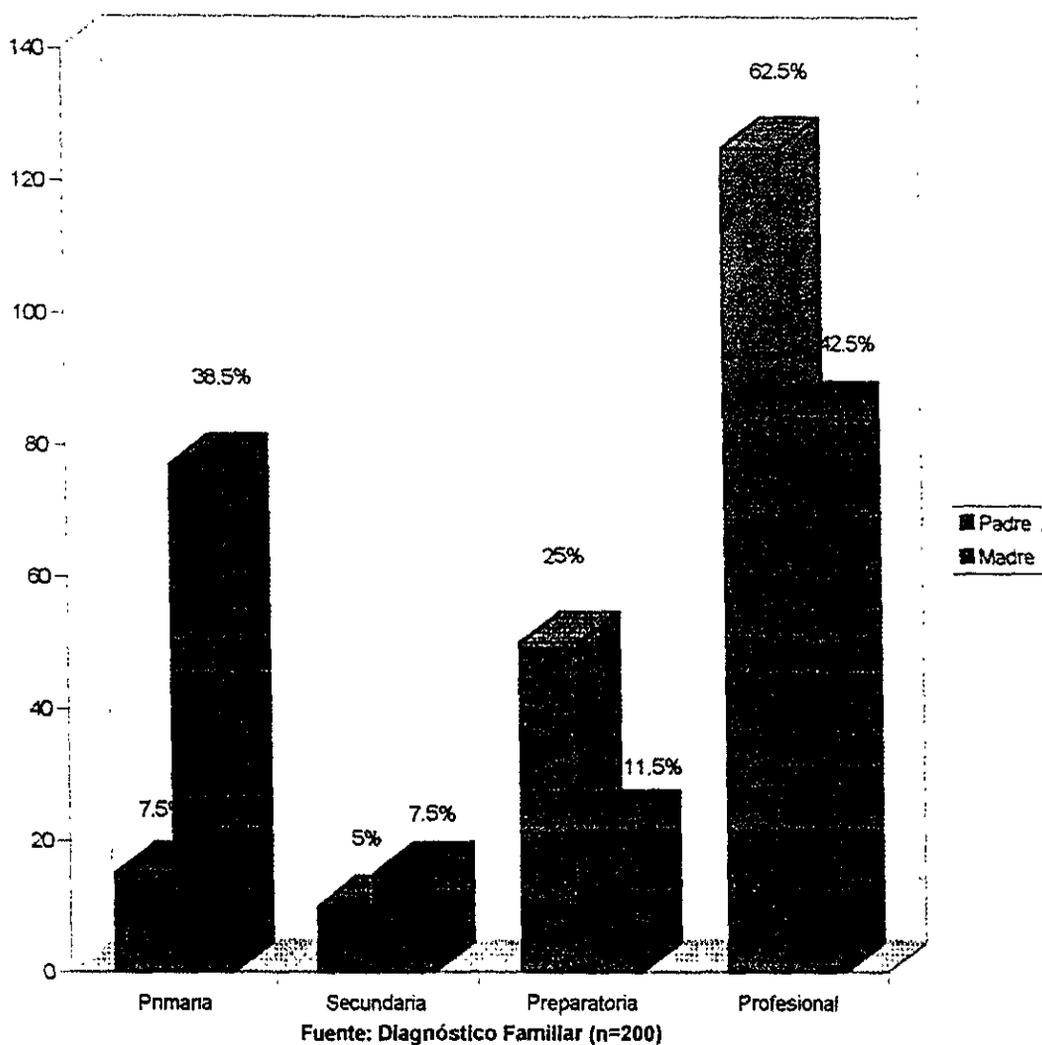
Gráfico 12



Escolaridad de los padres de familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1° de Marzo al 30 de Junio de 1998

Escolaridad	Números		Porcentajes	
	Padre	Madre	Padre	Madre
Primaria	15	77	8%	39%
Secundaria	10	15	5%	8%
Preparatoria	50	23	50%	23%
Profesional	125	85	63%	43%

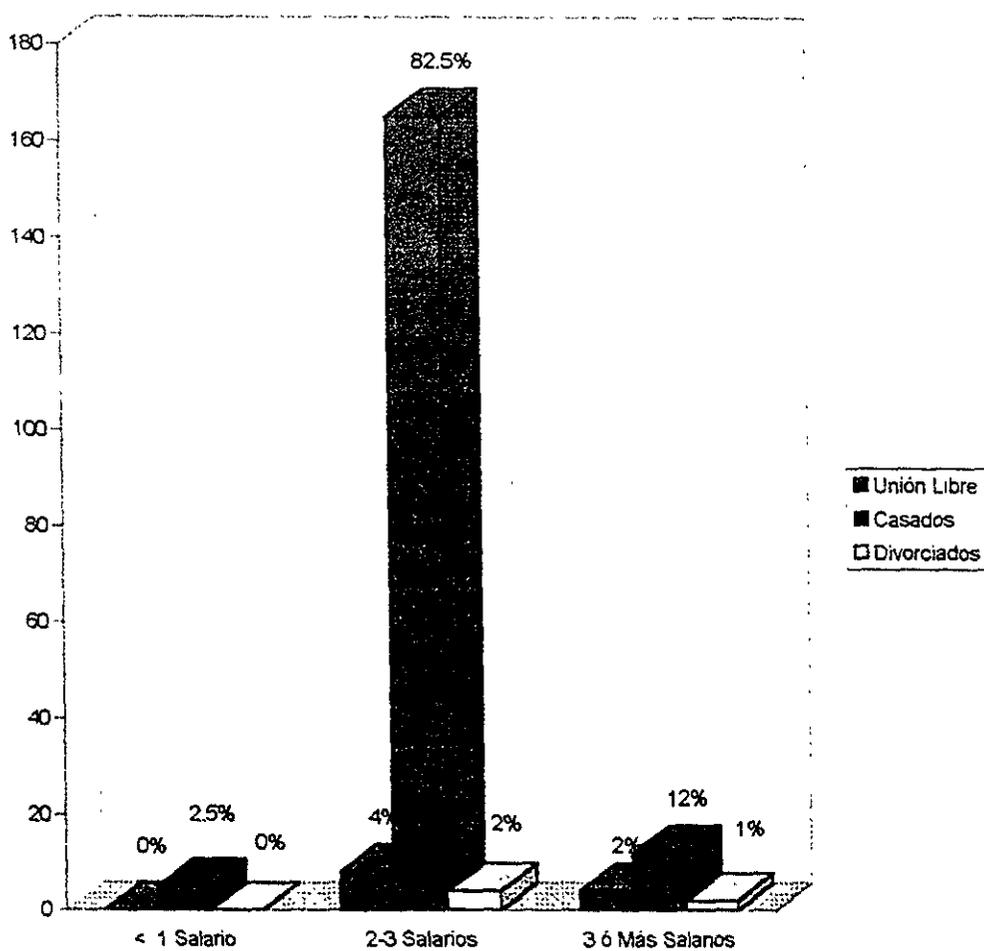
Gráfico 13



Estructura socioeconómica de las familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1° de Marzo al 30 de Junio de 1998

Estado Civil	Ingreso Económico		
	< 1 Salario	2-3 Salarios	3 ó Más Salarios
Unión Libre	0	8	4
Casados	5	165	12
Divorciados	0	4	2

Gráfico 14

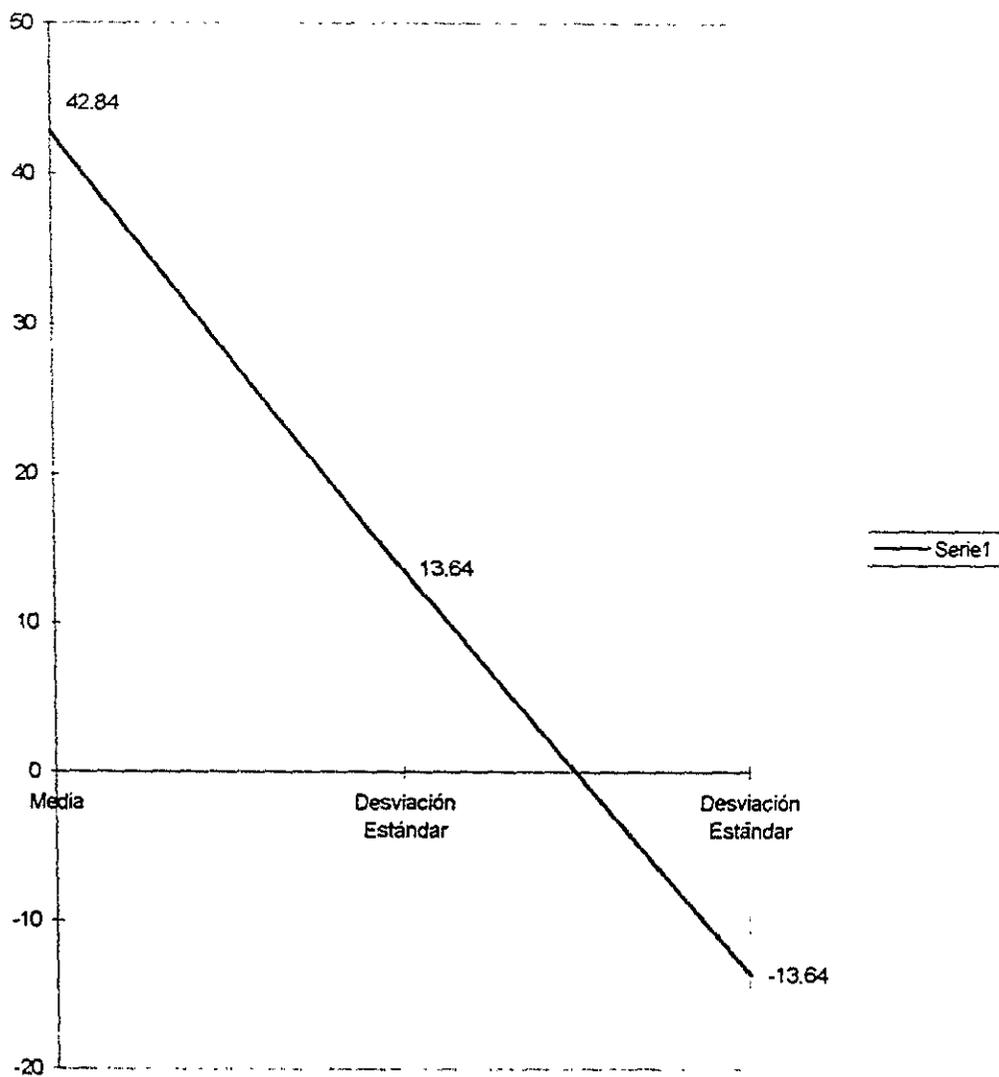


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=200)

Edad de los Padres de familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1º de Marzo al 30 de Junio de 1998.

Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
42.84	13.64	-13.64

Gráfico 15

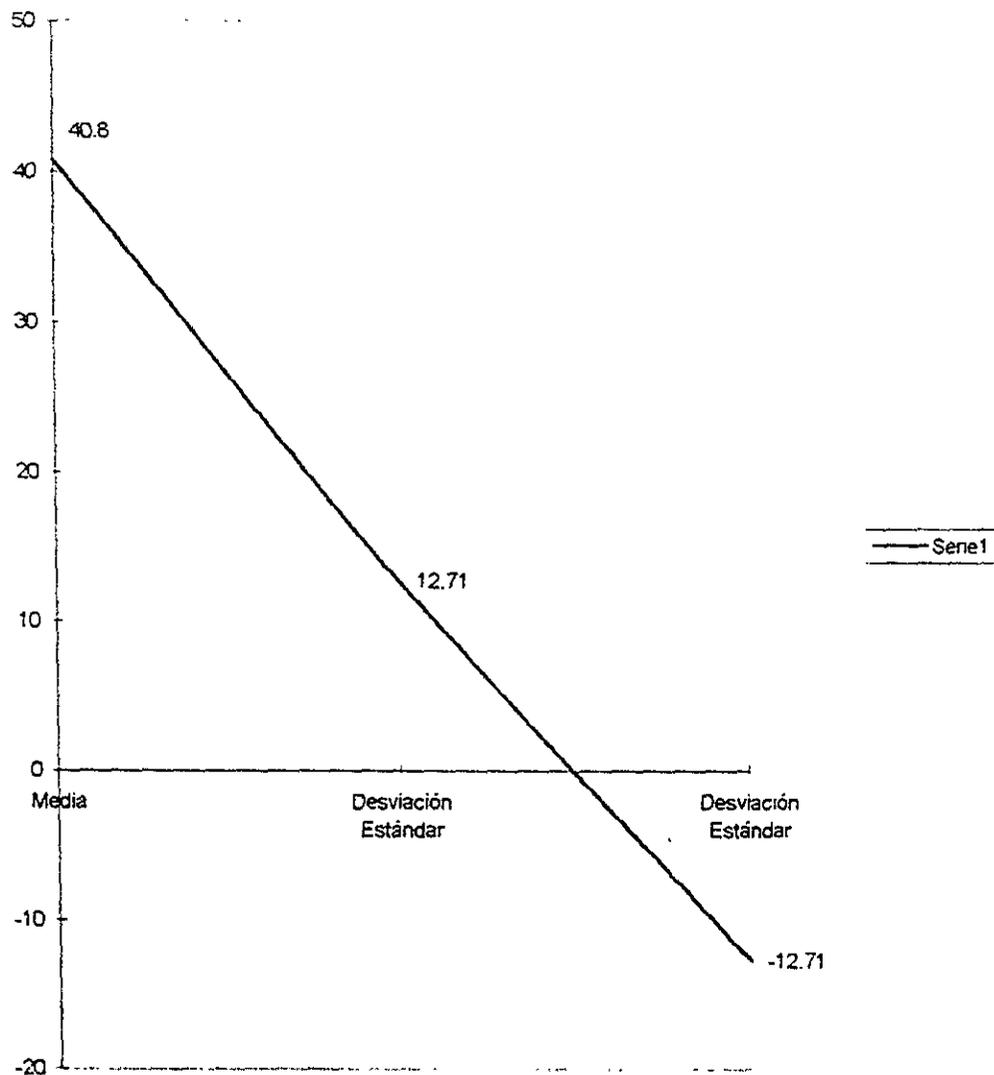


Fuente: Diagnóstico Familiar(n=200)

Edad de los Madres de familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1° de Marzo al 30 de Junio de 1998.

Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
40.8	12.71	-12.71

Gráfico 16

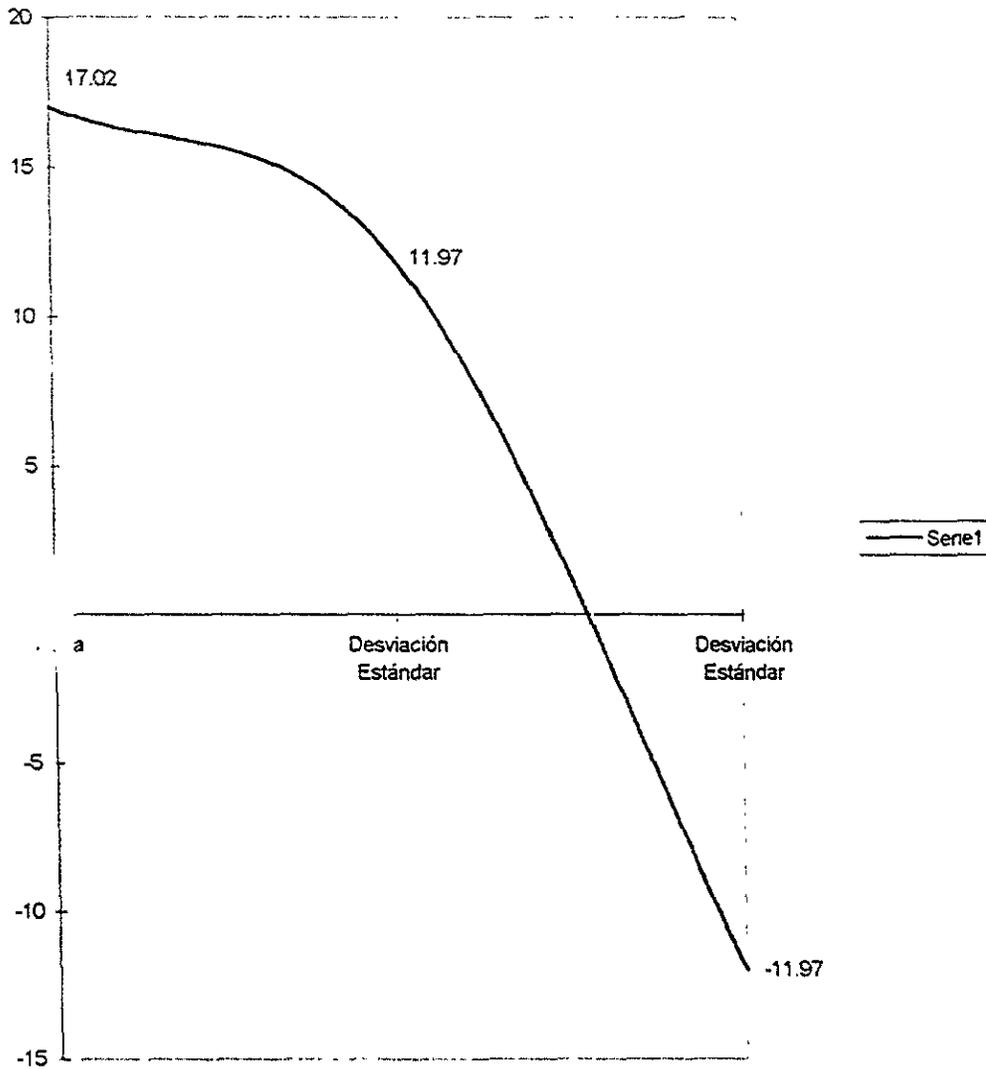


Fuente: Diagnóstico Familiar(n=200)

Años de Casados de las familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1° de Marzo al 30 de Junio de 1998.

Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
17.02	11.97	-11.97

Gráfico 17

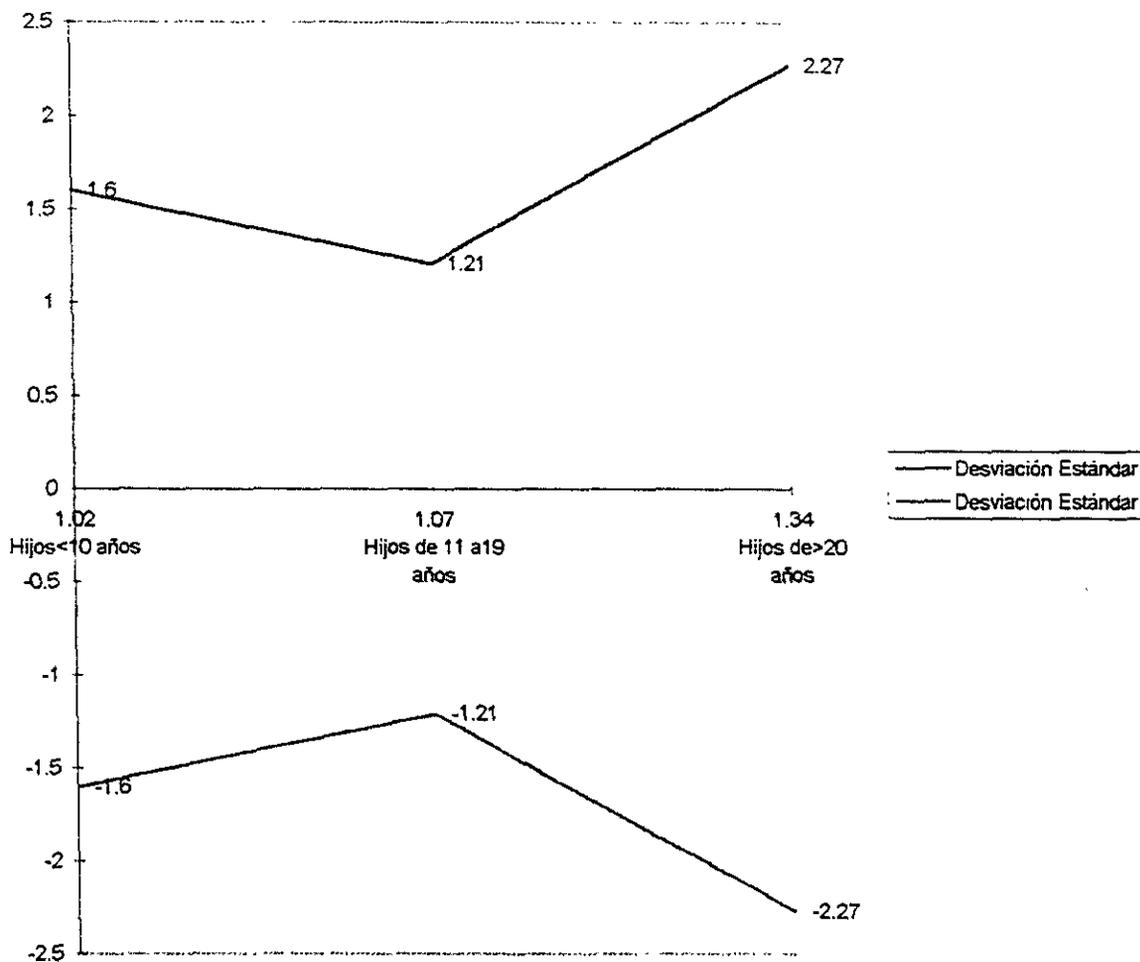


Fuente: Diagnóstico Familiar(n=200)

Números de hijos de las familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período del 1º de Marzo al 30 de Junio de 1998

	Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
Hijos <10 años	1.02	1.6	-1.6
Hijos de 11 a 19 años	1.07	1.21	-1.21
Hijos de >20 años	1.34	2.27	-2.27

Gráfico 18

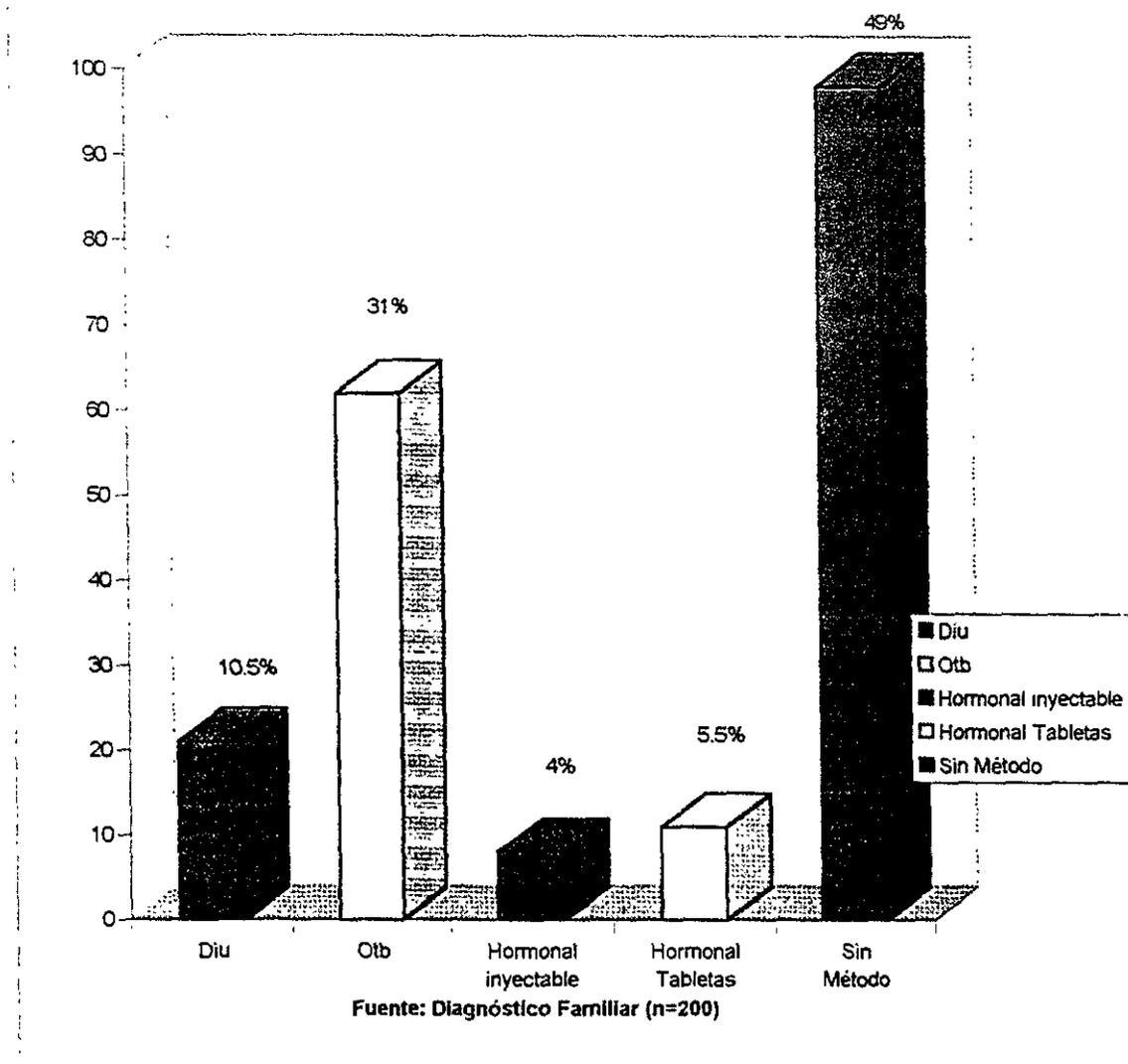


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=200)

Métodos de Planificación Familiar de las familias del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
 Período del 1º de Marzo al 30 de Junio de 1998

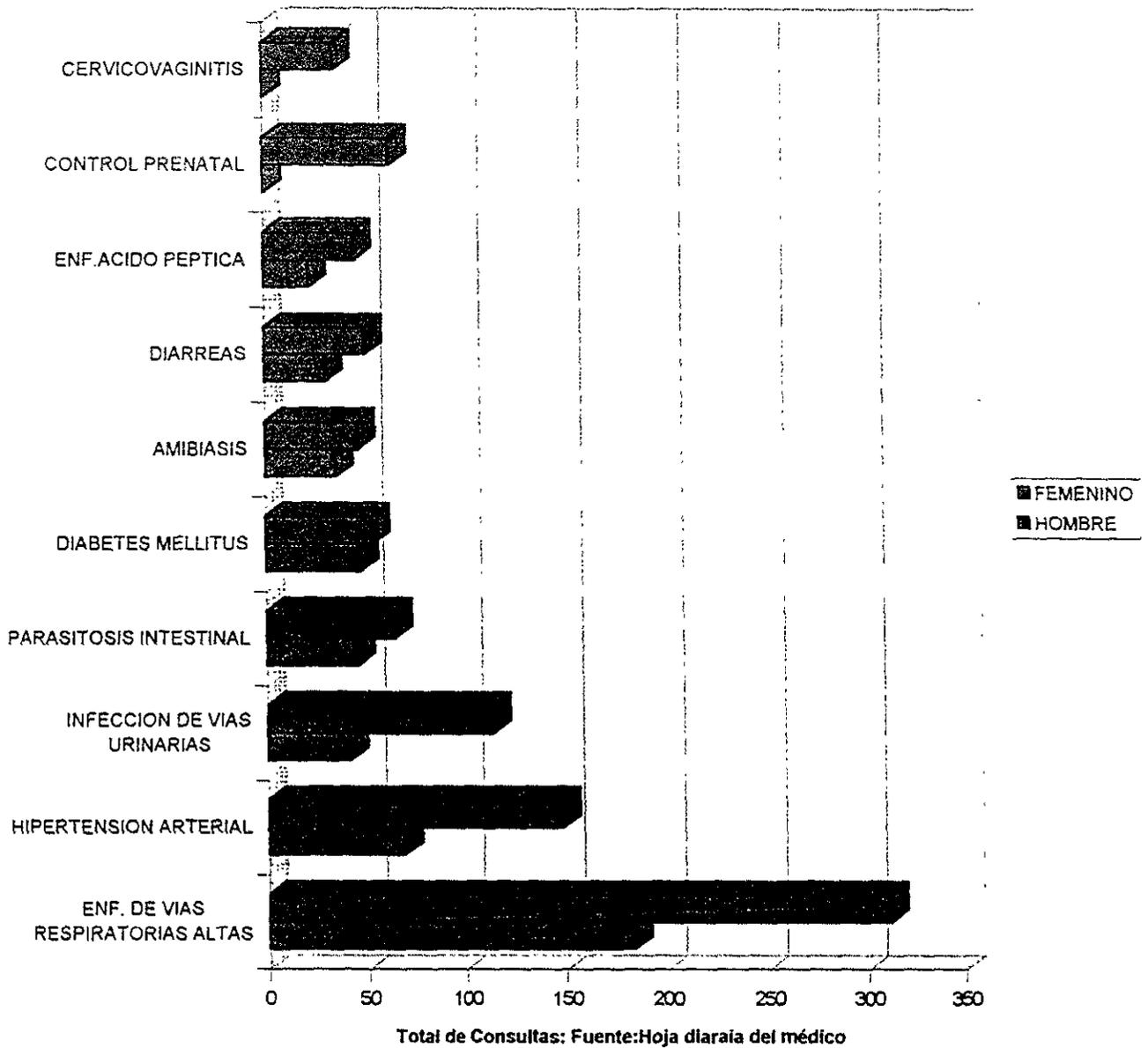
Métodos	Números	Porcentajes
Diu	21	31%
Otb	62	11%
Hormonal inyectable	8	4%
Hormonal Tabletas	11	6%
Sin Método	98	49%

Gráfico 19



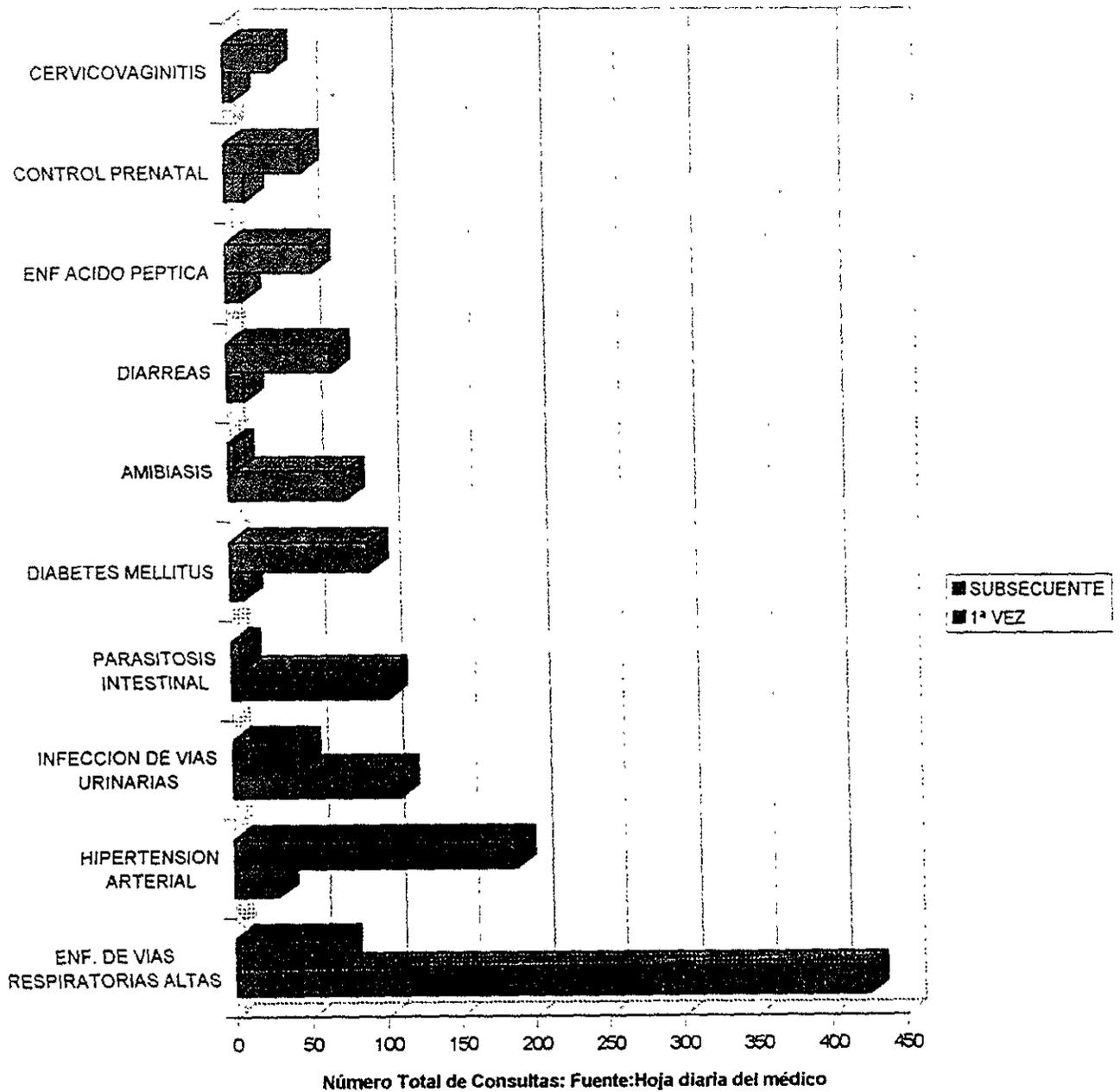
Principales diez causas de consulta en hombres y mujeres del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 20



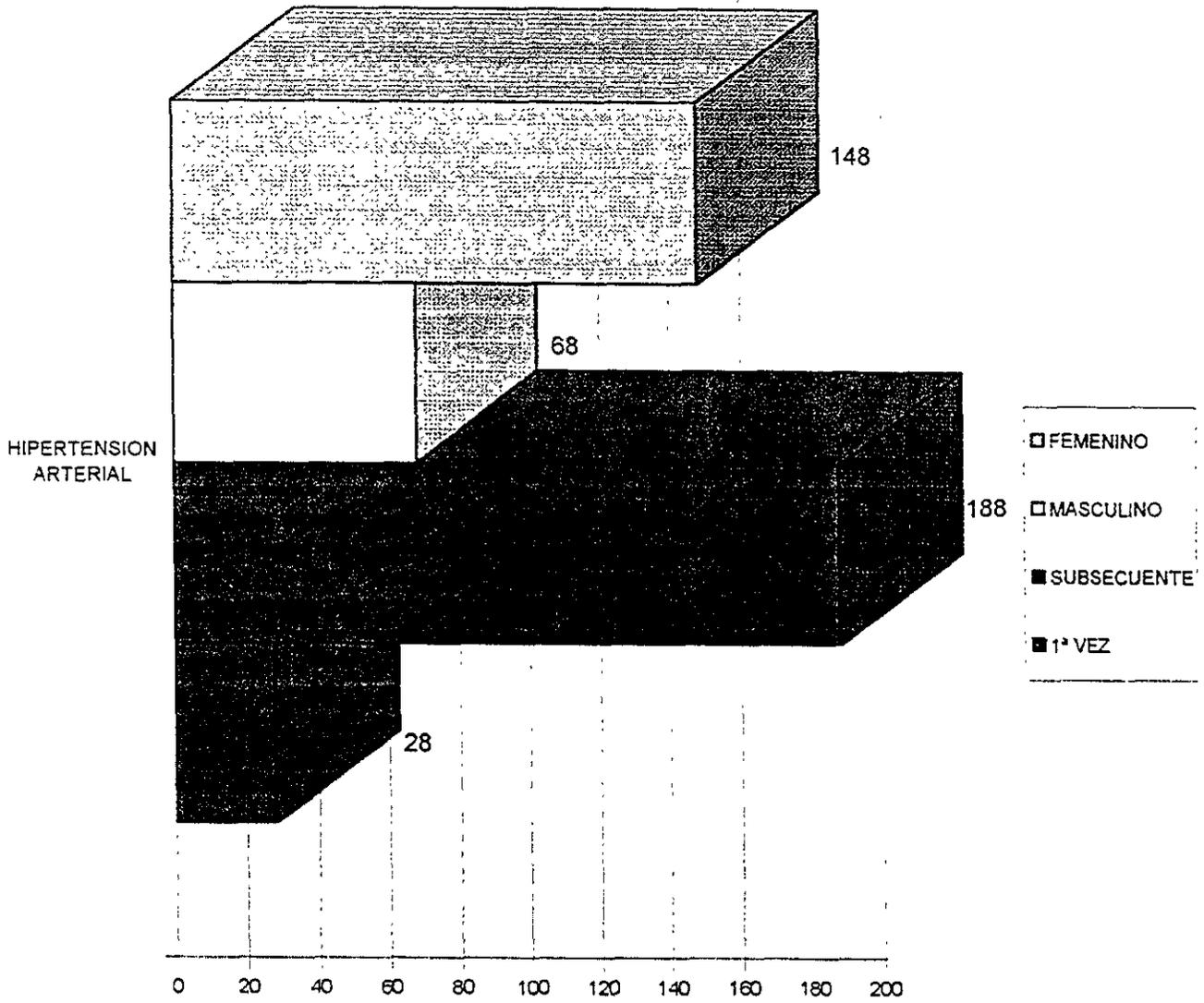
Principales diez causas de consultas de 1ª vez y subsecuente en hombres y mujeres del consultorio número 2-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 21



Enfermedades Crónicas degenerativas del consultorio número 2.b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 22

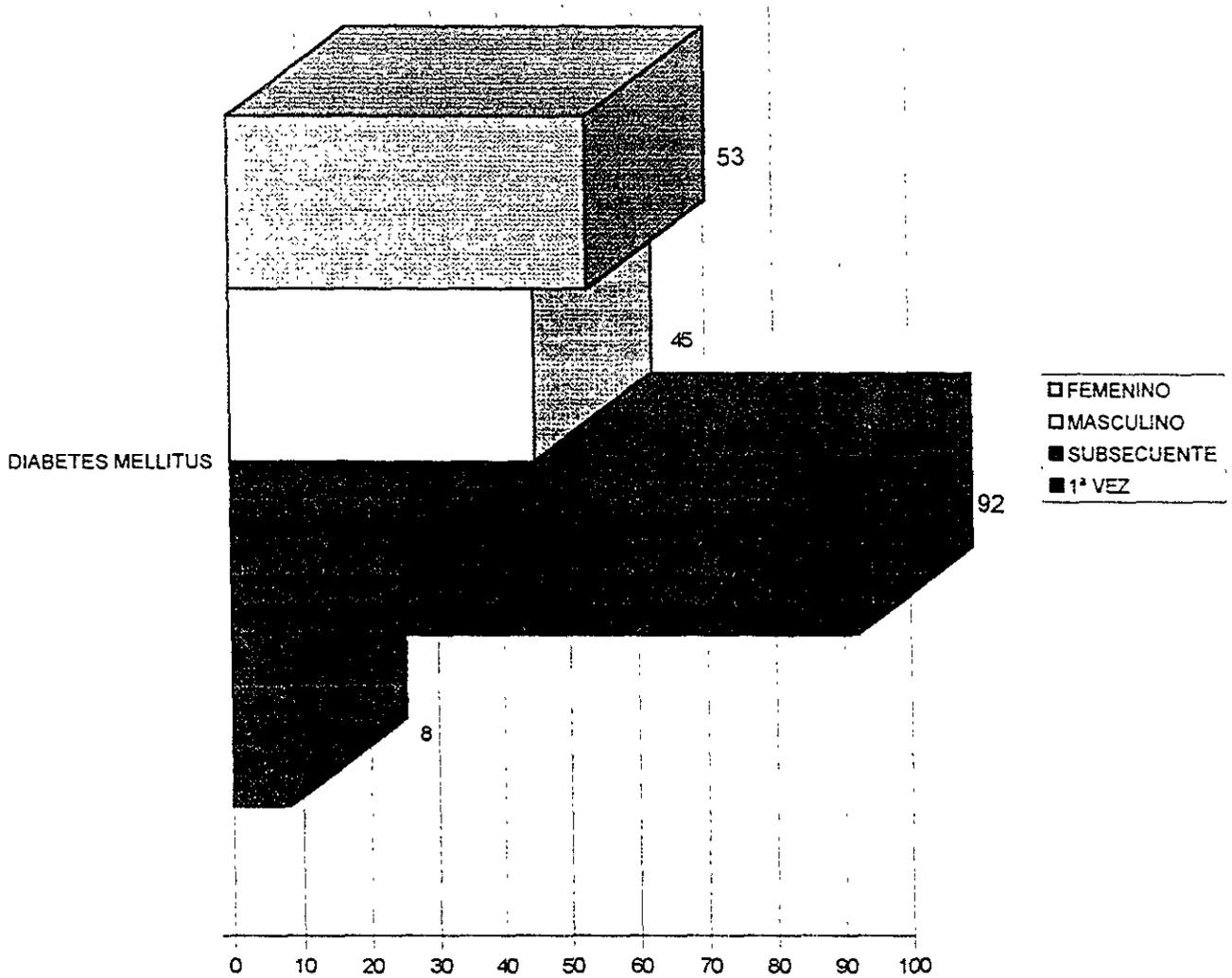


Fuente: Hoja diaria del médico

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Enfermedades crónicas degenerativas del consultorio número 2-b del turno vespertino 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

**Primeras Diez Principales Causas De Consulta
Consultorio No. 2-b del Turno Vespertino
Enero a Diciembre de 1997**

Tabla 2

No	DIAGNOSTICO	TOTAL				GRUPOS DE EDAD Y SEXO																												TOTAL				
		1 vez	Subs	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 y Más	
						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	Enfermedades de Vías Respiratorias Altas	424	70	183	311	7	21	23	53	43	31	25	33	16	6	6	20	5	28	10	36	6	20	5	5	6	8	4	9	19	7	3	15	1	3	10	10	494
2	Hipertensión Arterial Sistémica	28	188	69	148	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	4	2	11	4	12	15	12	4	21	2	13	25	24	6	21	5	27	216
3	Infección de Vías Urinarias	110	45	41	114	0	0	3	0	2	3	2	6	2	0	2	3	14	2	14	7	17	4	20	3	6	1	8	2	9	5	1	8	4	2	5	0	155
4	Parasitosis Intestinal	103	6	45	64	0	0	8	8	13	15	2	11	5	0	2	3	5	5	7	3	5	0	4	1	0	1	1	0	1	0	4	0	2	1	1	0	109
5	Diabetes Mellitus	8	82	47	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	8	5	3	1	6	8	19	19	4	4	8	8	2	100
6	Ambliopía	77	4	35	48	3	2	7	12	1	3	3	3	4	0	0	1	2	3	8	1	2	3	2	3	2	2	2	7	2	0	0	1	0	2	2	0	81
7	Diarreas	11	68	30	50	1	1	2	5	7	2	8	5	3	2	2	0	8	0	3	1	4	1	0	3	0	7	5	4	0	2	3	0	0	0	1	0	80
8	Enfermedad Acido Péptica	10	57	22	45	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	3	5	9	3	8	4	5	4	2	1	5	2	4	2	1	1	3	1	2	0	67	
9	Control Prenatal	13	50	0	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	0	10	0	18	0	13	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	63
10	Cervicovaginitis	5	30	0	35	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	12	0	8	0	1	0	1	0	1	0	0	4	0	0	35	

Fuente: Hoja Diaria del Médico

6.- Discusión de Resultados

El presente estudio por ser descriptivo de una muestra no probabilística (n=200) , tipo cuota Sampling, muestra los resultados similares a los del Dr. Irigoyen Coria y del Dr. Gómez Clavelina (2,15), con el ciclo vital de la familia, así como en su desarrollo y composición, pero, existe una pequeña diferencia en cuanto a la tipología y la demografía, debido a que el estudio es realizado en una población cerrada. Sin embargo es importante mencionar que se logró el objetivo planteado, en virtud de haber puesto en funcionamiento los tres ejes fundamentales de la medicina familiar, con el que se obtuvo el conocimiento pleno del desarrollo biológico, social, cultural y además económico de las familias en estudio, del consultorio número 2-b del turno vespertino.(18).

Por otra parte se identificaron los grupos de riesgo, como la población de riesgo infantil expuesta, la población de riesgo reproductivo y la población anciana, así como también se determinaron los diferentes grupos etáreos por edad y sexo. En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas encontradas en el estado de Chiapas con el resto del país, como son: diabetes mellitus y la hipertensión arterial se encuentran dentro de las primeras cinco causas de muerte en la nación (29-30,36-37,39).

Cabe reconocer posibles deficiencias en el estudio ya que no se relacionó factores de riesgo precipitantes de las enfermedades crónicas con el tabaquismo, obesidad, alcoholismo, sedentarismo, estrés, hiperuricemia etc.(33-35), por que no formó parte del objetivo inicial del estudio, y deben considerarse únicamente como limitantes.

7.- Conclusiones.

El presente estudio da respuesta al planteamiento del problema, al identificar plenamente las características biopsicosociales, culturales y económicas de las familias adscritas al consultorio número 2-b del turno vespertino, a través de la implementación de los tres ejes fundamentales de la medicina familia, es decir que el *estudio de la familia* nos dió la oportunidad de conocer las diferentes etapas del ciclo vital familiar de la población a mi cargo, además de su desarrollo y composición en una área demográfica específica.

La continuidad permitió el seguimiento de los procesos de salud- enfermedad de cada uno de los individuos en su medio ambiente al identificar las primeras diez causas de consulta por enfermedad.

Con la *acción anticipatoria* fué posible detectar a los diferentes grupos de riesgo tanto para población infantil por edad y sexo, para fiebre reumática, riesgo reproductivo, población anciana, así como la detección de las enfermedades crónicas degenerativas como lo son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

En conclusión se logra el objetivo general y los específicos planteados al inicio del presente estudio, que va desde la elaboración de los núcleos familiares por sectores, la pirámide poblacional con sus diversos grupos etáreos por edad y sexo igualmente, así como el conocimiento de la estructura familiar y sus principales causas de consulta.

Este trabajo da la pauta para la elaboración de nuevas estrategias y acciones correctivas en el campo de la salud, que deben ser llevados a cabo por los médicos familiares : como son las acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación finalmente.

8.- Referencias Bibliográficas:

- 1.- Irigoyen CA, Gómez CFJF, Hernández RC, Farfán SG. Diagnóstico Familiar .5ª Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México 1996
- 2 - Irigoyen CA, Gómez CFJF, Jaime AH, Hernández RC. Farfán SG, Fernández OMA, Mazon RJI. Fundamentos de Medicina Familiar, 4ª Edición internacional, Editorial Medicina Familiar Mexicana . México 1996
- 3.- O.M.S. Documento " M" 44: 1970
- 4.- Stepanov SM. Family is the foundation for child health: Prob-Sotsialnoi-Gig-Istor- Med. 1994; 17-19.
- 5.- Garcia Lavandera LJ. Comparative study of normal and over-users of a health center. Atención Primaria. 1996 : 484-9.
- 6.- Spadone C. Role of familial therapies in the treatment of schizophrenia. Encephale. 1991; 273-7.
- 7.- Fananas L. et al. Haptoglobin phenotypes and gene frequencies in bipolar disorder. Hum-Hered. 1997; 27-32.
- 8.- Hansell PS. Et al. The effect of a social support boosting intervention on stress, coping and social support in caregiver of children with HIV/ AIDS. Nurs-Res- 1998; 79-86
- 9.- Heath S. Childhood cancer a family crisis 1: The impact of diagnosis. B-J-Nurs. 1996; 744-8.
- 10.- Faigel HC. Primary care of the adolescent patient. Hosp-Pract-Off. 1996 ; 144-8.
- 11.- Schnyder U. Family based crisis intervention after attempted suicide. Nervenarzt 1995; 554-60.
- 12.- Shaw MC., Halliday PH. The family , crisis and chronic illness; an evolutionary model. J-Adv- Nurs. 1992 ; 537-43.

- 13.- Leavitt MB. Family recovery after vascular surgery. Family crisis. Heart-Lung. 1990; 486-90.
- 14.- Heath S. Childhood cancer a family crisis 2: coping with diagnosis. B-J-Nurs. 1996; 790-3.
- 15.- Gómez CFJ., Irigoyen CA. La medicina familiar y la investigación: Una perspectiva integradora. En : Fundamentos de la medicina familiar, 4ª Edición internacional Editorial Medicina Familiar Mexicana 1996, pp: 143-49.
- 16.- Brown JB., Dickie J., Brown L., Biehn J. Long-term attendance at a family practice teaching unit: Qualitative study of patient views. Can-Fam-Physician. 1997; 901-6
- 17.- Fryer GE., Stine C., Vojr C., Miller M. Predictor an profiles of rural versus urban family practice. Fam-Med. 1997; 115-8.
- 18.- Rosenblastt RA. Family medicine in four dimensions developing an ecobiopsycosocial perpestive. Fam-Med. 1997 ; 50-3.
- 19.- Jiménez Mena C. Análisis de cobertura del programa de actividades preventivas y promoción a la salud a grupos de edad. Atención Primaria. 1993. : 269-272.
- 20.-Rodríguez M. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria. 1994 ; 39-41.
- 21.-Residency Review Commite for family practice. Denver Colorado USA. 1997
- 22.-The Society of teachers of family medicine. New Letter. 1994: 3
- 23 - Norris TE., Felmar E., Tolleson G. Wich procedures shoud be taught in family practice residency programs ? . Fam-Med. 1997 ; 99-104.

34.- Marmot PL. et al. Pressure arterial and alcohol. BMJ . 1994; 1263-67.

35.- Huilborn M. et al . Recent alcohol consumption, cigarette smoking and cerebral infarction in young adults. Stroke. 1995 ; 40-5.

36.- Grossman E., Messerli FH. Diabetic and hypertensive heart disease. Ann Intern Med. 1996; 304-10.

37.- De la Fuente JR. Hipertensión arterial sistémica, seminario internacional de prevención y control de hipertensión arterial: Coordinación de Vigilancia epidemiológica. Ago. 1997.

38.- NHI, Concensus Development Panel on Physical Activity an Cardiovascular Health, Actividad física y salud cardiovascular. Jam (Mex). 1997; 59-66.

39.- Escamilla Cejudo JA. et al. The prevalence of hypertension and associated factors in a political district of México city. Arch-Inst-Cardiol-Mex. 1992; 267-75.

9.- ANEXOS.

ANEXO 1

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 INYECCABLE	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 _____

Etapas del ciclo vital familiar

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

Observaciones _____