

11226 86 24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



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

TITULO

Aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
en el Consultorio 3-A del Turno Matutino
de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E.
en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

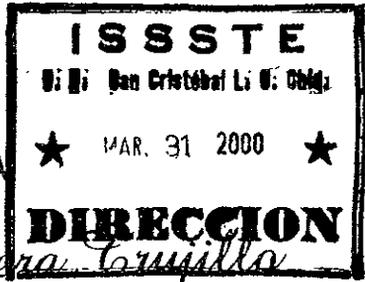
Trabajo que para obtener el Diploma de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

281011

Dr. Anberto Najera Cruzillo



SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. MEXICO DE 1999
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

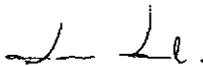
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

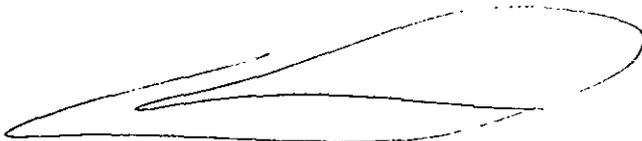
APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 3-A DEL TURNO MATUTINO DE LA
CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN CRISTÓBAL DE LAS
CASAS, CHIAPAS.

Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina
Familiar Presenta:

DR. ANSBERTO NAJERA TRUJILLO



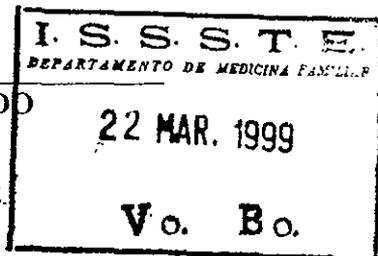
DR. SALVADOR PONCE DE LEÓN TRUJILLO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL



DR. PEDRO DORANTES BARRIOS
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

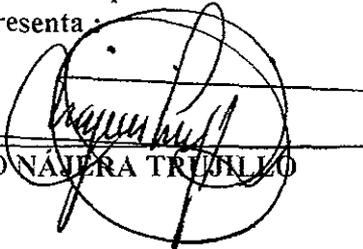


Clinica Hospital "D" San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 1999.

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 3-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 :



DR. ANBERTO NAVERA TRUJILLO

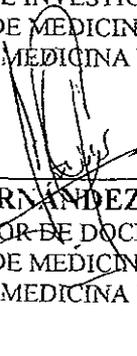
A U T O R I Z A C I O N E S :



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.

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a todos los
pacientes quienes al requerir de
mis servicios esperan recibir una
atención cada vez más profesional

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero a
todas aquellas personas, que
significaron una motivación
constante para llegar al final
en este proceso de superación
académica.

EN MEMORIA

De mis padres quienes al adelantarse
para ocupar su espacio en el mundo
inexplicable, me dieron la existencia,
me inculcaron principios pero me privaron
de la oportunidad de compartir con ellos
esta satisfacción

PARA TODOS TODO MI CORAZON.

DR. ANSBERTO NAJERA TRUJILLO

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
I. MARCO TEÓRICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
III. JUSTIFICACIÓN	15
IV. OBJETIVOS	16
IV.1. Objetivos generales	16
IV.2. Objetivos específicos	16
V. HIPÓTESIS	16
VI. METODOLOGÍA	17
VI.1. Tipo de estudio	17
VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio	17
VI.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	17
VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	17
VI.5. Información a recolectar (variables de medición)	18
VI.6. Procedimiento para capturar la información	18
VI.7. Consideraciones éticas	19
VII. RESULTADOS	20
VII.1. Descripción de los resultados	20
VII.2. Cuadros y gráficas	23
VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	46
IX. CONCLUSIONES	48
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
XI. ANEXOS	53

I. MARCO TEÓRICO

La Familia como una estructura social tiene una historia de muchos años atrás y presenta un proceso de evolución continuado e involucra en su estructura al individuo como un sujeto gregario. (2)

El término FAMILIA abarca una gran extensión de características, conductas y experiencias que se transmiten de un miembro a otro, de una generación a otra, marcando enseñanza y evolución en su desarrollo social, cultural y de relación con los miembros de otros grupos familiares, formando a través del tiempo, su historia. (2). La palabra FAMILIA, etimológicamente proviene de la palabra FAMULUS, según la explicación propuesta por el Marqués de Morante, y que significa sirviente o esclavo doméstico, ya que en un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.

La familia se define como el grupo formado por un marido, mujer e hijos, conservando la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Es la unidad básica de la cultura de occidente y la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

En el año de 1970 la ONU, mediante el documento "M" número 44 define a la familia como el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. El consenso norteamericano la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. En Canadá se ha definido como un grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo. (1, 3-5)

La familia es una Institución Universal integrada por marido, mujer e hijos, siendo la unidad básica por toda la cultura occidental, es una subsistencia funcional de la sociedad con identidad características propias. Constantemente, en todas nuestras actividades, convivimos en grupo: la escuela, el trabajo, deportes, diversiones. De todos, el grupo más importante para el desarrollo de nuestra vida, es la familia, que es el grupo primario y fundamental para proveer a satisfacción las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo. (1)

De esta manera observamos que la FAMILIA, ha evolucionado paulatinamente conforme evoluciona la sociedad, dándonos tipos distintos de esta agrupación, no siempre ha existido con las mismas características actuales y a pesar de que los pensadores no se han puesto de acuerdo en su evolución histórica, hay un denominador común que tiende a considerar las siguientes etapas:

a) **Fase 1:** Denominada como **promiscuidad inicial**, se caracteriza por una promiscuidad absoluta, una nula reglamentación consuetudinaria entre padres e hijos, y el parentesco es señalado por la línea materna, además de la nula existencia de *vínculos permanentes en el padre y la madre*, no hay una relación consuetudinaria de sus relaciones y de la responsabilidad que el padre pueda tener sobre los hijos y por tanto, con relación a éstos, no aparece como figura importante. Es la madre la que mantiene un *vínculo constante de cuidado y protección del hijo*. El parentesco se señala por vía materna, el hijo desconoce identidad paterna. Esta etapa ha llegado a perder un gran número de sostenedores dado que es una tendencia que ha sido cambiada por la monogamia (6).

- **Cenogamia:** Es una etapa excesivamente singular: un grupo específico de mujeres mantiene relaciones con grupo determinado de varones. Se observa actualmente en las comunas hípies. En contrapartida a anterior, los hombres sí se hacen responsables de la crianza de sus hijos. Podríamos pensar que es una forma de vida ocasional, rara, pero es frecuente en las comunidades sectarias predominante en E.E.U.U.

- **Poligamia:** en esta etapa observamos dos acepciones:

1. **Poliandria:** Se observa frecuentemente en los casos en que la mujer comparte con varios maridos, manifestándose así, el matriarcado. La mujer ejerce la *autoridad marcando los derechos y obligaciones de la descendencia* y también el parentesco de delimita por vía materna. La mujer se convierte en el principal agente económico y afectivo, descartando al hombre quien se dedica a actividades más peligrosas.
2. **Poligenia:** Es la inversa: el hombre tiene varias mujeres. En estratos socio-económicos bajos la mujer puede tener varios maridos, lo que se observa frecuentemente entre hermanos. En clase media se observa la monogamia y Tradición. En clase elevada es muy común el que el hombre tenga a varias Mujeres.

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

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

d) **Fase 4:** Denominada **familia patriarcal monogénica**, se caracteriza por la aparición de la autoridad absoluta de jefe de familia, hay un importante desarrollo de

la agricultura, es el antecedente directo de la familia moderna, el padre de familia es el *único propietario del patrimonio familiar* y se consolida como el representante religioso en el culto doméstico, es la autoridad única que rige el grupo en todos aspectos: social, religioso, jurídico, económico, político. La familia se compone por el *padre, la madre y los hijos*, adjudicándose autoridad sobre esclavos, sirvientes, esposos y esposas de sus hijos, siempre como figura preponderante "el padre". Esta autoridad dura hasta que el padre, siendo que la mujer es autoridad nula en esta etapa. Tal *ideología familiar cambia paulatinamente* con la educación de la cultura monoteísta quien va induciendo a dar un lugar valioso a la mujer. De esta manera se le adjudica el derecho al voto, derecho a decisión dentro de la casa e *inicia actividades socioeconómicas*. Las características de la familia moderna son.

- ◆ Una institución sociojurídica que conocemos como matrimonio.
- ◆ Una *relación sexual legítima y permanente*
- ◆ Un conjunto de normas que regulan la relación entre los padres y los hijos,
- ◆ Normas que pueden ser jurídicas, religiosas y morales.
- ◆ Un sistema de nomenclatura que identifica el parentesco
- ◆ Una regulación de las actividades económicas, y
- ◆ Un lugar físico para vivir (7).

e) **Fase 5:** Denominado **familia extensa compuesta**, se caracteriza por comprender abuelos, padres, hijos, colaterales, amigos y sirvientes, es una forma de organización familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico, se conforma además de núcleos familiares unidos entre sí por consanguinidad, con personas o núcleos unidos únicamente por afinidad o necesidad, como son un compadre, un amigo o colaborador, un sirviente. Este tipo de estructura familiar se observa frecuentemente en zonas rurales, ranchos y haciendas. (8).

f) **Fase 6:** Denominado **familia extensa**, caracterizada por las relaciones muy estrechas entre abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos; esta familia es característica de las zonas rurales. La Familia Extensa a veces llamada familia asociada, consta de dos o más núcleos familiares. En nuestro país es frecuente en zonas rurales, donde se acompañan el padre, la madre, hijos, viviendo con los abuelos, tíos, primos. Se forma de dos o tres generaciones. Generalmente con el ingreso independiente de cada núcleo familiar, pero con coparticipación para la función de hogar común, económicamente. (1, 3-5, 8).

Sea cual fuere las características propias de cada familia: sean urbanas, rurales, profesionales, extensas, nucleares, etc., como toda institución, como todo organismo, como cualquier máquina, tiene una función específica que cumplir. Consideramos como **Funciones de la Familia:**

1. **Afecto:** Es una función familiar se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y una actitud hacia nuestros semejantes, en

relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo. Desde la concepción hasta la muerte, todo individuo necesita afecto, cariño, un incentivo que le ayude a estimarse como un ente con calor y gusto por la vida.

2. **Cuidado:** Es una función clave de la vida familiar, que permite la preservación de nuestra especie, identificándose 4 determinantes que son la alimentación, el vestido, la seguridad física y el apoyo emocional. Dentro de la familia moderna se ha observado que el padre como jefe de familia es quien aporta el sustento para los aspectos materiales, pero la madre quien anteriormente era solo para el aspecto afectivo, amoroso, ahora también colabora con el aspecto económico en el hogar. Aún así, generalmente es ella quien proporciona el aspecto emotivo y el padre el material. En caso de afecciones orgánicas en alguno de los hijos, se recurre a la madre para encontrar ayuda, sabiendo que cuentan con la seguridad económica dada por el padre.
3. **Socialización:** Es la tarea fundamental de la familia, que involucra la transformación en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, es decir con "independencia" para desarrollarse en la sociedad. Se inicia dentro del núcleo familiar, de acuerdo como los padres marquen ciertas reglas en casa, de acuerdo como den afecto a sus hijos, será la respuesta que ellos den a su entorno. El siguiente paso de socialización es en la escuela (extra familiar), y su desarrollo dependerá de la seguridad y cuidados que los padres proporcionen dentro de la familia.
4. **Reproducción:** Es la función familiar encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad con el compromiso de efectuar esta tarea con responsabilidad. Inicialmente una pareja se une por amor, hablando del amor romántico, y con la intención de formar una familia que sea completa con el advenimiento de los hijos. Con los programas de Planificación y Salud Reproductiva, ahora la pareja del matrimonio decide cuando y cuantos hijos tener. Se ha observado la importancia de saber convivir juntos como pareja, aprender a conocerse, a atenderse, ayudarse, pero también se ha observado que por tiempo prolongado una pareja sola no es completa y le faltan incentivos con la ausencia de hijos.
5. **Estatus y nivel socioeconómico:** Es la función familiar que confiere a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivalente a transferirle derechos y obligaciones. Es importante para el pilar de la familia formar un ambiente social para los hijos que sea satisfactorio a su desenvolvimiento que redunde en su progreso intelectual y laborar al crecer. Igualmente, dar la seguridad y satisfacción económica que le permita tener acceso a una alimentación, vestido, estudios apropiados, no cayendo en los requerimientos extra básicos, los cuales sería agradable el tenerlos, pero

familia en su alimentación y además para comercio y cubrir otras necesidades básicas. A este nivel de trabajo, se aúna baja escolaridad, familia rural, frecuentemente extensa.

Obrera, generalmente ya en zona urbana, donde se desempeña la industrialización y el jefe de familia tiene un trabajo especializado, con una *remuneración económica específica, fija*, en ocasiones baja pero ya son otras expectativas de superación socioeconómica y cultural.

Profesional, donde el jefe de familia ha alcanzado un grado de superación cultural, teniendo un desempeño superior y con ingreso económico mayor del salario mínimo establecido para clases menos preparadas. A este nivel ya se observa un sustento, una casa, socialización y comodidades mejores que en estratos campesinos y obreros. Tenemos otras variantes como: obrero eventual. Trabajador ocasional, o padre, jefe de familia que no trabaja, que vive del trabajo de la esposa o de los hijos. Estas son ya patologías sociales accidentales o habituales que pueden repercutir en la estabilidad, educación, sentimientos de la familia (15).

Conociendo las funciones propias de una familia, conociendo los requerimientos afectivos, psíquicos y materiales del núcleo en general, las carencias o alteraciones que encontremos en las familias con quien tenemos relación en nuestra práctica médica, podremos ubicar qué es **Funcional** y qué es **Disfuncional**.

Dentro de la Funcionalidad o disfuncionalidad familiar, podemos observar familias:

Integradas: son aquellas en que encontramos: un padre, una madre e hijos. Los *primeros* desarrollando su papel de suministradores de aspectos materiales, económicos, de cuidados y de afectos, como los requerimientos de los hijos. En la familia integrada debemos observar que cada uno de los miembros desempeña su rol como lo marca de acuerdo a su edad y lugar en la misma. No es solo el mantener unidos a todos los integrantes, es también su desempeño esperado. Este tipo de familia, que tiene la libertad para su desenvolvimiento dentro del grupo en forma interna, dará individuos que se sabrán comportar adecuadamente en la sociedad, fuera del hogar serán tan funcionales como dentro del mismo, y dará hijos que superen su desarrollo físico, intelectual y laboral favorablemente.

Semi-integrada: En el mismo hogar viven el padre, la madre, los hijos, pero con deficiencia en el desempeño del rol de uno de ellos. Generalmente afecta a toda la familia la falta de la colaboración en el hogar por parte del padre o de la madre, incurriendo en el incumplimiento de los satisfactorios propios a los hijos. También se da el caso del incumplimiento en las funciones de uno de los hijos, produciendo disturbios en el resto de la familia. De esta manera tenemos un hogar donde físicamente se encuentra un núcleo completo, pero funcionalmente uno o más integrantes son deficientes produciendo desunión y relaciones irregulares.

Desintegrada: Son familias en que existe solo el padre o solo la madre con los hijos, ya sea por el fallecimiento de uno de los dos, por situaciones sociales, por separación voluntaria o involuntaria, o por divorcio. En cualquiera de los casos, el cónyuge que queda a cargo de los hijos está carente del afecto, del aspecto sexual, del apoyo material, y no es capaz de dar a los hijos todo lo completo que requieren para su desarrollo emotivo, físico, psíquico redundando en el bajo rendimiento intelectual y laboral. (15)

Es frecuente en el patrón de organización de la disfunción familiar severa encontrar un padre excesivamente dominante, psicótico o límite, estas familias tienen un tipo de comportamiento caótico, negativista y con carencia afectiva, negación de la problemática; con frecuencia son familias generadoras de delinquentes y de individuos sin capacidad social.

Diversos autores coinciden en que algunas patologías orgánicas tienen como sustrato la disfunción familiar, como es el caso de la drogadicción, homosexualidad, algunos casos de desnutrición infantil y síndrome del niño maltratado. Algunas patologías por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras, como el alcoholismo, el síndrome de Down, las enfermedades terminales y neoplasias malignas. El clínico está obligado a investigar la existencia de la disfunción familiar en aquellos pacientes que manifiestan somatizaciones y en los casos de neurodermatitis, cefaléas sin sustrato orgánico, HA crónica, precordalgias en corazón sano, neurosis, síndrome ulceroso, entre otros (15)

ANTECEDENTES DE LA MEDICINA FAMILIAR

Enfoque médico familiar del proceso salud-enfermedad

La medicina familiar comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes, que son.:

- a) **El estudio de la familia** permite el entendimiento del entorno bio-psico-social fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social, en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural, que puede favorecer o limitar la salud, ya sea *individual o familiar*.
- b) **La continuidad** se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad en los individuos, sin importar edad, sexo ni naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo un tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos familiares y de la comunidad.

- c) La **acción anticipatoria** se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o del medio ambiente que le rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo le brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo, con las medidas preventivas y con los grupos expuestos a determinados factores causales. (1, 7)

Orígenes de la Medicina Familiar

La evolución de la medicina tuvo inicio al médico de cabecera o llamado de otra manera como el médico de la familia, a pesar de sus limitaciones técnicas lograba captar la confianza de sus enfermos, ejerciendo una medicina curativa y poco o nada preventiva y rehabilitadora; basando su éxito en la adecuada y armoniosa relación médico-paciente.

La dinámica de la medicina con el aporte masivo de conocimientos nuevos reclamó primero la formación de médicos que estudiando un sistema, un aparato o un órgano, se constituyeran en especialistas. Este paso trascendental permite la captación y sistematización de la información de la época, además de fundamentar la investigación y desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos, lo anterior tuvo como consecuencia la casi extinción del antiguo médico de cabecera.

Con lo anterior los mejores elementos médicos se beneficiaron con alguna especialidad, mientras que aquellos que no tuvieron acceso a los centros de alta enseñanza, se vieron obligados a practicar una muy mala medicina general, con el detrimento social y anímico de su imagen. La oscilación entre el médico de cabecera y el superespecialista, dejaba un orden de cosas tal que requería la estructuración racional de los sistemas y los niveles de atención.

Durante la década de los sesentas aparecen fuertes críticas a la política de dedicar la mayor parte de inversión para la salud, a la construcción de Hospitales, equipamiento y reequipamiento. La solución de muchos de los grandes problemas dependían de medidas ecológicas, de la medicina preventiva y de la educación sanitaria; una de las soluciones era la formación de médicos de primer contacto, médicos que hicieron un tipo de medicina personalizada, continua e integral como un todo de tal manera que pudieran aplicar todos sus conocimientos y habilidades en la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, con lo que se constituía una verdadera especialidad.

A mediados de los sesentas se inicia un movimiento mundial con la creación de la residencia de Medicina Familiar, primero en los Estados Unidos y luego en Canadá. El producto final fue un médico de primer contacto con el paciente que lo integra al sistema de salud, evalúa el total de las necesidades del paciente,

proveyendo al mismo de los ciudadanos, de su competencia particular y refiriendo al paciente cuando su pericia y habilidad esté limitada con los profesionales que requiere, sin abandonar por ello la responsabilidad del cuidado integral de la salud del paciente en el contexto de su medio ambiente, incluyendo a la comunidad y a la familia como unidad social.

En 1966, se establecen las bases de la medicina familiar y los fundamentos de una política para la financiación de la formación de médicos de familia en cursos de postgrado. En 1969 se creó el "board" de medicina familiar, que fue reconocida como la vigésima especialidad.

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y las instituciones de salud hacia finales del siglo 1 a.C., la medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por filósofos expertos en el arte de curar.

En el área de salud, el concepto de integridad debe entenderse en varios ámbitos y niveles de complejidad entre los que podrían citarse: ámbito de salud y de la enfermedad, enfoque preventivo y curativo, enfoque grupal e individual, la atención continua y esporádica, trabajo en equipo y trabajo individual, trabajo intra y extramuros, actividades formativas e informativas, abordaje biopsicosocial de la enfermedad y la integración docencia, asistencia e investigación. (18-21)

Origen de la especialidad en México

Las primeras acciones se remontan al año de 1953, en el IMSS donde sus sistemas asistenciales adolecen de muchas dificultades, entre ellas:

1. La atención médica general estaba en una etapa de pobre organización
2. La consulta externa era controlada por personal de archivo
3. Los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos
4. El registro de vigencia de derechos y mecanismos de adscripción a la clínica de eran deficientes.

Estableciéndose así un procedimiento mediante el cual el médico se le asignaba un número fijo de derechohabientes, en un principio 3,500 así como plazos para atender la consulta externa y efectuar visitas domiciliarias, dando buenos resultados, por lo que posteriormente se aprobó su extensión a dos clínicas de la ciudad de México, estableciéndose de esta manera en 1955 el " sistema médico familiar", sumándose la cita previa, modificación de los expedientes clínicos, archivos y mecanismos de adscripción.

En 1959, el sistema se encontraba en plena era de consolidación a nivel nacional, introduciéndose un nuevo cambio, la clasificación del medico familiar , de

adultos y menores, además la población adscrita se regulariza, así como las horas para la prestación del servicio. Hasta Marzo de 1971, cuando inician actividades del curso de especialización, con reconocimiento de la UNAM, los primeros 32 residentes.

En 1975, se establece el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica, en 1980, la SSA y el ISSSTE desarrollan un programa avalado por la UNAM. En 1983 concluyeron la residencia de medicina familiar en el ISSSTE 25 médicos, los cuales fueron distribuidos en cinco unidades de medicina general. En Agosto de 1983, la subdirección general médica del ISSSTE, con el objeto de manejar la prestación de servicio de salud del primer nivel y ampliar sus coberturas decidió asignar médicos familiares en la unidades de salud comunitaria, a fin de brindar una atención médico-social.

En abril de 1987, se estableció el sistema de medicina familiar en todas las clínicas de primer nivel del ISSSTE en el D.F. Así mismo el ISSSTE en 1993 inicia el curso de especialización en medicina familiar para médico general del instituto, en su primera etapa contando con aval universitario de la UNAM, actualmente se encuentra completando su cuarta etapa a nivel nacional.

En los antecedentes institucionales, tenemos que el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde 1954, se señaló el sistema de Médico Familiar como modelo de atención y atendía por separados a niños y adultos, y estuvo en vigencia por más de 20 años. El 15 de marzo de 1971 se inicia formalmente la especialización en Medicina Familiar, con 32 alumnos, en 1972 se incrementa a 11 el número de sedes y se extendió a provincia y en 1973 eran 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes, la residencia para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del curso de especialización. (18-21)

EL MOSAMEF

El Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (**MOSAMEF**) se presenta por primera vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad en medicina familiar que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.

El Médico Familiar debe ser un excelente clínico y un estudioso de la ciencia médica, pero además debe tener conocimientos bien fundamentados en antropología, sociología, psicología y demás ciencias humanísticas y de la conducta que le den el soporte necesario para manejar, comprender y tratar los problemas

individuales y familiares dentro de su entorno social y comunitario y por supuesto, debe conocer la conciencia, la dinámica familiar, su estructura, sus funciones y las diferentes fases que la familia atraviesa hasta comprender su desarrollo. El médico familiar que ve a la familia de forma continua e integral debe contar con elementos de análisis que sistematizará, para así entregarlos a su exploración diaria, obteniendo con esto los elementos necesarios para referir a la familia, o alguno de sus miembros, a un nivel de atención más especializado.

Se consideramos que la familia es un sistema relacional en el cuál los eventos que afectan a cualquiera de sus partes repercutirá en todos sus elementos. El modelo expone una exploración de la dinámica familiar que esta enfocado a ver a la familia en forma integral. (1, 3-5)

Los estadios que exponemos son el resultado de experiencias clínicas surgidas del interés del médico familiar por conocer más objetivamente la conflictiva.

Estadio de primer contacto con la familia.

Estadio de socialización y reconocimiento de la familia.

Estadio de exposición de motivos de consulta y abordaje del problema.

Estadio interactivo con la familia.

Estadio de focalización de problemas.

Estadio de búsqueda de alternativas.

Diagnóstico familiar.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ejercicio diario de la medicina familiar en los consultorios institucionales quedan al descubierto problemas que requieren de un abordaje más profundo y más amplio por que involucran en muchas de las veces a más de un miembro de la familia y repercuten en la sociedad al cual pertenecen, dentro de estos problemas se pueden identificar los siguientes:

1. La explosión demográfica, la cuál se sitúa por encima de la media nacional y que por razones etno-religiosas no han tenido una regulación deseada. Los grupos indígenas de los Altos de Chiapas conservan una concepción místico religiosas en lo que se refiere a la reproducción, rechazando de primera intención toda acción intervencionista en su cuerpo, esto representa un reto para el médico familiar para que a través de la persuasión logre en la población susceptible la aceptación de programas tendientes a disminuir el problema de sobrepoblación.
2. En cuanto a los embarazos no deseados, estos se presentan generalmente en mujeres muy jóvenes con inmadurez mental y poca solvencia económica lo cual genera un potencial de patología social que exige atención en el área preventiva a nivel familiar y a diferentes niveles escolares.
3. En el aspecto del control del embarazo y atención del parto, la experiencia nos señala que muchas mujeres embarazadas derechohabientes de origen indígena y de bajo nivel cultural acuden a los servicios médicos para solicitar licencia médica por maternidad y no por una valoración médica del embarazo concretándose al parto generalmente en sus domicilios, lo que las expone a sufrir presentar complicaciones tanto maternas como fetales.
4. Por las condiciones de malos hábitos higiénicos dietéticos existe una considerable incidencia de casos de enfermedades parasitarias tanto por exo como por endoparásitos.
5. Otro problema serio es la costumbre en la población de bajos recursos económicos y pobre cultura médica de propiciar la medicina de mostrador al buscar tratamientos a través de las farmacias o a través de los servicios de "curanderos", con resultados generalmente desfavorables.

6. En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual se ha observado que a raíz del conflicto social en Chiapas se aumentó considerablemente, significando un problema de salud pública.

7. No son menos importantes los problemas que se relacionan con los trastornos metabólicos y crónico degenerativos al significar una amenaza para la estabilidad familiar y social, representando una responsabilidad para el estado.

Frente a estos problemas planteados, ¿Está el médico familiar en posibilidad de establecer o proponer programas para enfrentarlos y de ofrecer alternativas de solución?

III. JUSTIFICACIÓN

El *médico familiar* al dedicarse a la atención de la familia como objetivo principal de su actividad profesional, requiere de conocimientos necesarios y suficientes que se fundamenten en un proceso de formación teórico-práctico, que se base en el análisis sistematizado y crítico de los estudios de identificación de los elementos que interactúan entre la familia y su entorno (bio-psico-socioeconómico) y que una vez identificados en forma clara y precisa sepa interpretar dichas causas como problemas provocadores de disfunción, ofrezca alternativas de solución para restablecer la armonía familiar del universo que atiende.

Sabemos que la familia es y ha sido vulnerable a los cambios políticos, sociales, económicos y culturales, ajustando a sus mecanismos de adaptación dentro de un marco social establecido, que en muchas ocasiones no son suficientes para lograr mantener un equilibrio armónico, lo que provoca que en algunas familias o en alguno de sus miembros se reflejen situaciones disfuncionales de convivencia.

Las crisis de valores y las crisis económicas actuales por las que atraviesan las familias mexicanas son provocadoras de estrés existencial, por lo que en la búsqueda de satisfactores de todo orden haga de los jóvenes presa fácil de las adicciones, prostitución, delincuencia juvenil, desempleo y abandono del hogar. Todo esto coloca al médico en un escenario que le exige permanecer atento y preparado para afrontar los retos de demanda médica familiar.

El actual modelo de atención médica se basa principalmente en la atención médica individualizada y de aspecto familiar con los mínimos recursos disponibles, abordando aspectos preventivos tales como la promoción de salud, la protección específica, el diagnóstico y tratamiento oportuno de los problemas de salud más frecuentes, por lo que es necesario que el médico de familia reúna el perfil adecuado ubicando a la familia como unidad de atención y valorando todos los aspectos socioeconómicos y culturales que rodea a la misma, mediante el presente modelo propuesto de atención médica familiar con el objetivo de satisfacer las necesidades médicas de los pacientes con una atención de alta calidad a bajo costo.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

- a) Identificar las características médicas y biopsicosociales en la población derechohabiente del consultorio 3-A turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis., para planificar los servicios de atención a la salud.

IV.2. Objetivos específicos

- a) Identificar en la población adscrita al consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis., los grupos étnicos por edad y sexo predominantes.
- b) Identificar la población derechohabiente considerada en riesgo de sufrir fiebre reumática, riesgo reproductivo y riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas del consultorio 3-A turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis.
- c) Determinar la estructura familiar predominante en la población adscrita al consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis.
- d) Determinar las diez principales causas de atención médica del consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

V. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

- a) Identificar las características médicas y biopsicosociales en la población derechohabiente del consultorio 3-A turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis., para planificar los servicios de atención a la salud.

IV.2. Objetivos específicos

- a) Identificar en la población adscrita al consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis., los grupos étnicos por edad y sexo predominantes.
- b) Identificar la población derechohabiente considerada en riesgo de sufrir fiebre reumática, riesgo reproductivo y riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas del consultorio 3-A turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis.
- c) Determinar la estructura familiar predominante en la población adscrita al consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis.
- d) Determinar las diez principales causas de atención médica del consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

V. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, retrospectivo, prospectivo y transversal fundamentado en la aplicación de los 3 ejes que sustentan la práctica de medicina familiar: estudio familiar, continuidad y acción anticipatoria.

VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio

Un total de 26,349 derechohabiente hasta diciembre de 1998 pertenecen a la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal, de los cuales 2,396 se encuentran adscritos al consultorio 3-A del turno matutino, esta población resultó involucrada en la realización del presente trabajo durante el período comprendido entre los meses de febrero a octubre de 1998.

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

El presente trabajo de investigación se realizará durante tres fases: la población adscrita al consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chis. (2,396 derechohabientes), representó la muestra mediante el cual se realizó el censo poblacional. (Fase 1). El estudio familiar requirió una muestra de 100 familias adscritas al mismo consultorio (Fase 2). Los datos correspondientes a las consultas efectuadas durante enero a diciembre de 1997, mediante las hojas de reporte diario de los médicos, sirvieron como sostén para determinar los diez motivos de consulta mas frecuentes (Fase 3).

VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión: Población derechohabiente usuaria asignada al consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chis., que demostraron entusiasmo durante la participación en el trabajo de investigación y con capacidad para responder de manera correcta, dirigida específicamente a los padres de familia; expedientes completos.

Exclusión: Población no usuaria y población no derechohabiente del consultorio 3-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Eliminación: Población con expedientes incompletos y/o sin expedientes. Población que no acepto participar y aquella población que no contó con la edad suficiente para responder al cuestionario.

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

Para el censo poblacional (Fase 1): las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, sea el caso. Se considera las variables de:

- a) Número total de individuos
- b) Número total de individuos del sexo masculino
- c) Número total de individuos del sexo femenino
- d) Número total de individuos del sexo masculino por grupos etáreos
- e) Número total de individuos del sexo femenino por grupos etáreos

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

Para el estudio familiar (Fase 2), las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal y se identifican las siguientes:

- a) Nombre de la familia:
- b) Estado civil
- c) Años de unión conyugal
- d) Escolaridad
- e) Edad del padre
- f) Edad de la madre
- g) Número de hijos (hasta de 10 años de edad)
- h) Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- i) Número de hijos (de 20 o más años de edad)
- j) Ocupación de los padres de familia
- k) Ingreso económico
- l) Tipo de familia
- m) Etapa del ciclo vital de la familia
- n) Métodos de planificación familiar

Para la identificación de las causas de consulta (Fase 3) se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden.

- a) Las 10 primeras causas de consulta por grupo de edad y sexo.

VI.6. Procedimiento para capturar la información

En la FASE 1 se realizó el censo poblacional, siendo de 5 años cada grupo etáreo, contando como fuente de datos el archivo clínico de la Clínica Hospital, específicamente los expedientes de las familias adscritas al consultorio 3-A del turno matutino.

En la FASE 2 se realizó el estudio sistemático familiar mediante las encuestas aplicadas a cada uno de los padres de cada familia mediante las cédulas recolectoras de datos diseñadas para tal finalidad.

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

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

VI.7. Consideraciones éticas

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

VII. RESULTADOS

VII.1. Descripción de los resultados

El estudio se llevó a cabo en tres fases:

FASE 1. Descripción del censo poblacional

La población total adscrita al consultorio 3-A del turno matutino es de 2396 individuos (Cuadro 1), de donde 1265 son del sexo femenino (52.80 %) y 1131 son del sexo masculino (47.20 %). La población más abundante esta representada por el grupo etáreo entre los 5 y 9 años de edad, con 316 niños (13.19 %) de los cuales 139 son del sexo femenino (5.80 %) y 177 son del sexo masculino (7.39 %); mientras que la población con menos individuos se encuentra en el grupo etáreo de 85 años o más con 13 individuos (0.54 %) de los cuales 3 son del sexo femenino (0.13 %) y 10 del sexo masculino (0.42 %).

La población infantil en riesgo de sufrir fiebre reumática de entre 5 y 14 años está representada por un total de 593 individuos (24.75%), de donde 267 son niñas (11.14%) y 326 son niños (13.61%). El grupo femenino en edad fértil está constituido por mujeres de entre 15 y 44 años de edad, consta de 647 personas (27.0%) siendo el grupo etáreo entre 35-39 años el de mayor incidencia con 158 mujeres (6.59%), y el de 20-24 años el de menor incidencia con 52 mujeres (2.17%).

La población con riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas constituye a las personas mayores de 35 años de edad, representada por 982 personas, es decir equivalente al 40.98% de la población total, de donde 545 son mujeres (22.75%) y 437 son hombres (18.24%). La población anciana de 70 años o más esta representada por un total de 109 personas (4.55 %) de donde 54 son mujeres (2.26 %) y 55 son hombres (2.29 %). (Cuadro 1 y Gráfico 1)

FASE 2. Descripción del Estudio Sistemático Familiar:

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

En relación con los años de vida conyugal que han sostenido las familias se observa una media de 15.82 años con una desviación estándar de 10.5 años. La edad de los padres presenta una media de 41.26 años con una desviación estándar de 13.67 años; mientras la edad de la madre tiene una media de 40.04 años con una desviación estándar de 10.41 años. Una media de 1.08 hijos con una desviación estándar de 1.16 hijos presentaron aquellas familias con un número de hijos de hasta 10 años de edad, mientras que la media para aquellas familias con un número de hijos de entre 11 y 19 años de edad fue de 1.27 hijos con una

con un total de 238 casos, de donde 106 se impartieron en personas del sexo masculino y 132 en personas del sexo femenino, seguidas en orden decreciente por la atención a pacientes con hipertensión arterial, colitis, fiebre tifoidea, enfermedades del embarazo, micosis, trastornos del músculo esquelético, diabetes mellitus, infecciones en vías urinarias y enfermedades diarreicas, este último con 72 casos; sumando un total de 1090 consultas impartidas entre las diez causas más frecuentes. Cabe hacer mención que del total de consultas un 58.70 % (640 consultas) corresponde a la atención del sexo femenino, el resto un 41.30 % (450 consultas) corresponde a la atención masculina. (Gráfica 15)

Los motivos de consulta por primera vez (Cuadro 4) suman un total de 662, atendiéndose con mayor frecuencia a pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas (116 consultas), seguido de los pacientes con fiebre tifoidea (92 consultas), hipertensión arterial (76 consultas), colitis (66 consultas), micosis (62 consultas), enfermedades del embarazo (60 consultas), trastornos del músculo esquelético (58 consultas), diabetes mellitus e infecciones en vías urinarias (46 consultas respectivamente) y en menor proporción a los pacientes con enfermedades diarreicas (40 consultas). (Gráfica 16)

Las consultas subsecuentes (Cuadro 3) suman un total de 428, de donde destaca nuevamente la atención a pacientes con enfermedades en vías respiratorias altas con 122 consultas, seguido de la atención a pacientes con hipertensión arterial (64 consultas), colitis y enfermedades del embarazo o parto (44 consultas respectivamente), enfermedades diarreicas (32 consultas), diabetes mellitus (30 consultas), infecciones en vías urinarias (28 consultas), micosis (26 consultas) y los pacientes que ameritaron menos atención subsecuente fueron aquellas con trastornos de músculo esquelético con 24 consultas. (Gráfica 16)

VII.2. Tablas (cuadros) y gráficas

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

CUADROS

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

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

**CUADRO 1. DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3-A DEL TURNO MATUTINO
 DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

CUADRO 3. HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO 3-A DEL TURNO MATUTINO DE LA CLÍNICA DEL ISSSTE, S.C.L.C. CHIAPAS

Matrices de consulta	0 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		40 a 44		45 a 49		50 a 54		55 a 59		60 a 64		65 a 69		70 o más		Gran total		
	meses		seños		seños		seños		seños		seños		seños		seños		seños		seños		seños		seños		seños		seños		Total				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					
1 IRAS	116	122	26	18	10	18	10	4	8	18	6	8	4	14	12	16	8	10	4	6	10	6	4	10	0	2	2	0	0	2	106	132	238
2 Hipertensión arterial	78	64	0	0	0	0	2	0	0	0	10	4	6	4	10	12	8	10	10	4	10	0	10	4	0	10	6	0	16	62	78	140	
3 Collitis	66	44	2	6	2	4	6	2	4	6	2	10	2	8	4	6	8	4	6	2	2	6	4	4	0	0	2	0	0	48	62	110	
4 Fiebre tifoidea	92	14	4	2	2	0	8	2	12	4	4	2	10	4	4	6	18	6	8	2	0	0	0	0	4	2	0	0	2	35	70	106	
5 Enf. del emb o parto	60	44	0	0	0	2	0	0	4	0	14	0	46	0	18	0	12	0	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	104	104	
6 Micosis	62	28	20	8	2	8	2	0	4	0	4	2	4	8	0	4	0	0	2	2	6	0	2	2	0	0	0	0	2	48	40	88	
7 Transf de músculo esq.	58	24	4	2	4	4	0	0	4	0	6	4	8	0	6	10	6	8	6	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	34	48	82
8 Diabotes molitus	46	30	0	0	0	0	0	2	0	0	6	2	0	0	2	2	4	2	6	6	0	6	4	6	8	6	10	2	2	0	44	32	76
9 I.V.U.	46	28	4	0	6	0	2	2	0	0	4	0	6	4	4	8	10	0	0	4	2	4	4	0	2	0	0	2	0	42	32	74	
10 Enf. diarréicas	40	32	6	2	2	0	2	5	2	2	4	12	4	0	6	6	0	4	0	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	30	42	72	

**CUADRO 3. HOJA DE RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR
DEL CONSULTORIO 3-A DEL TURNO MATUTINO DE LA CLINICA HOSPITAL
"D" DEL I.S.S.S.T.E. DE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.**

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

	Media	Desv. est.
Años de union conyugal	15.82	10.5

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

	Media	Desv. est.
Edad del padre	41.26	13.67

	Media	Desv. est.
Edad del madre	40.04	10.41

Método de planificación familiar	No.	%
DIU	17	17
Anticonceptivo oral	5	5
Anticonceptivo inyectable	8	8
OTB	14	14
Ritmo	7	7
Vasectomía	1	1
Ninguno	46	46
Total	100	100

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

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

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

Tipo de familia	No.	%
Desarrollo :		
Moderna	32	32
Tradicional	68	68
Total	100	100

Composición:	No.	%
Nuclear	76	76
Extensa	14	14
Compuesta	10	10
Total	100	100

Demografía	No.	%
Urbana	100	100
Rural	0	0
Total	100	100

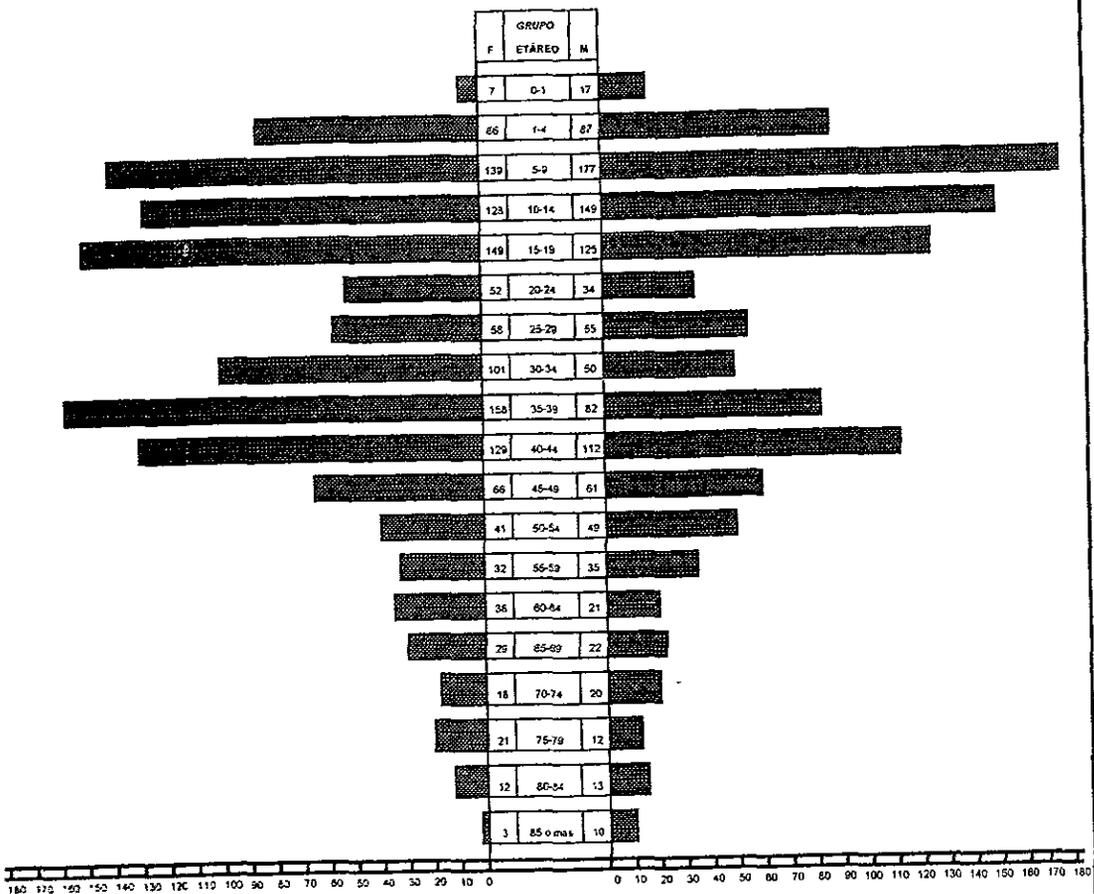
Etapa del ciclo familiar	No.	%
Expansión	24	24
Dispersión	47	47
Independencia	21	21
Retro	8	8
Total	100	100

**CUADRO 4. MOTIVOS DE CONSULTA POR PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES DEL CONSULTARIO 3-A
DEL TURNO MATUTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE, S.C.L.C. CHIAPAS**

	Motivo de consulta	Consultas		Consultas		Total de consultas	Porcentaje		Porcentaje total
		por 1a. vez	Consultas Subsecuentes	por sexo			M	F	
				M	F				
1	IRAS	115	122	106	132	238	9.7	12.1	21.8
2	Hipertensión arterial	78	64	62	78	140	5.7	7.2	12.8
3	Colitis	66	44	48	62	110	4.4	5.7	10.1
4	Fiebre tifoidea	91	14	36	70	106	3.3	6.4	9.7
5	Enf. del emb o parto	60	44	0	104	104	0.0	9.5	9.5
6	Micosis	62	26	48	40	88	4.4	3.7	8.1
7	Transf. de musculo esq	58	24	34	48	82	3.1	4.4	7.5
8	Diabetes mellitus	46	30	44	32	76	4.0	2.9	7.0
9	IVU.	46	28	42	32	74	3.9	2.9	6.8
10	Enf. diarreicas	40	32	30	42	72	2.8	3.9	6.6
	Total	662	428	450	640	1090	41.28	58.72	100

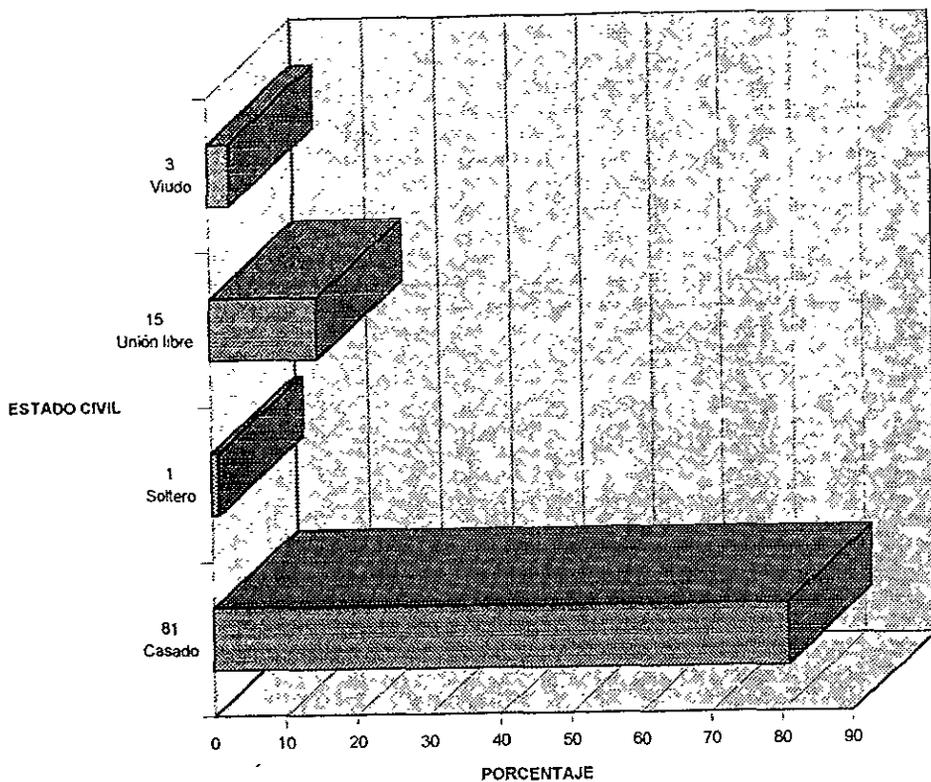
FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No 3-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

GRÁFICAS



GRAFICA No. 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 3-A T.M. DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

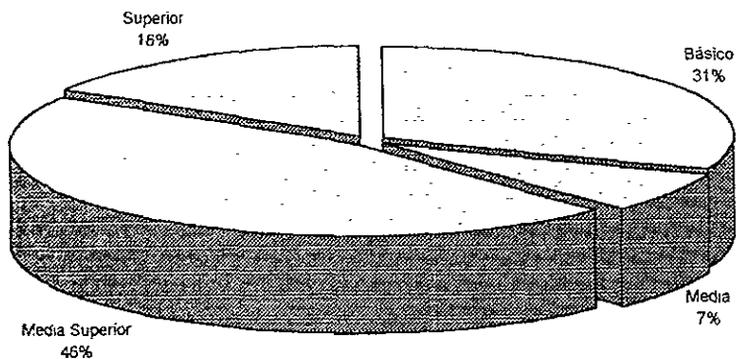


ESTADO CIVIL

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

Gráfica No. 2. Estado civil de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

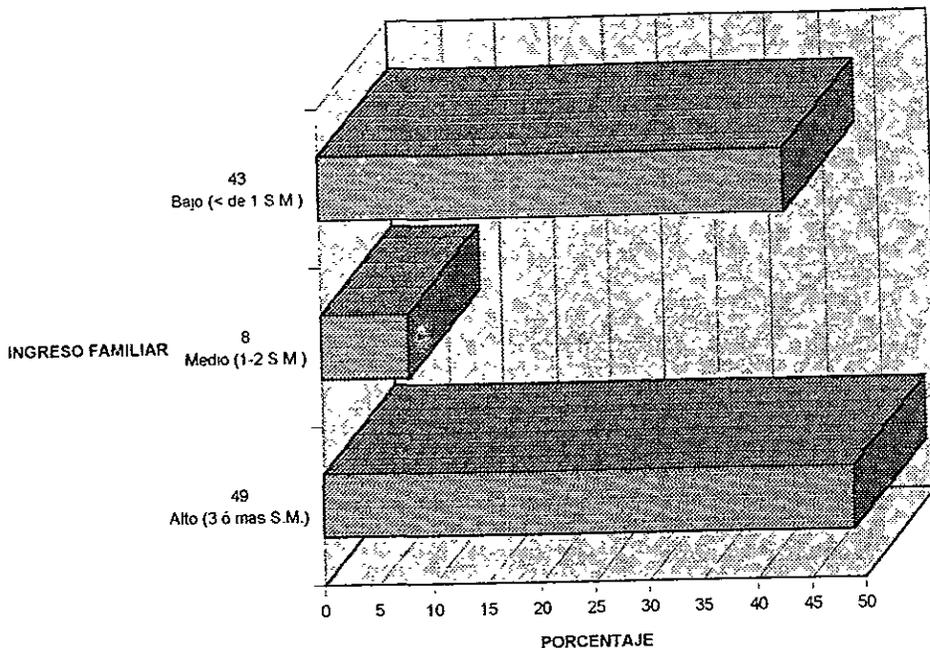
FUENTE Encuestas realizadas en el consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



ESCOLARIDAD

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

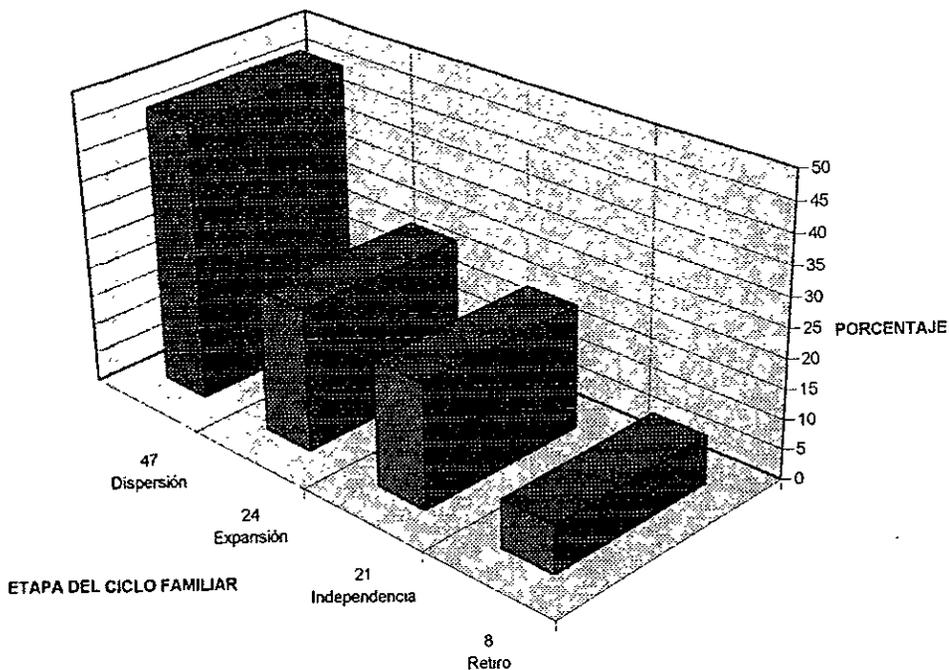
Gráfica No. 3. Escolaridad de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



INGRESO FAMILIAR

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

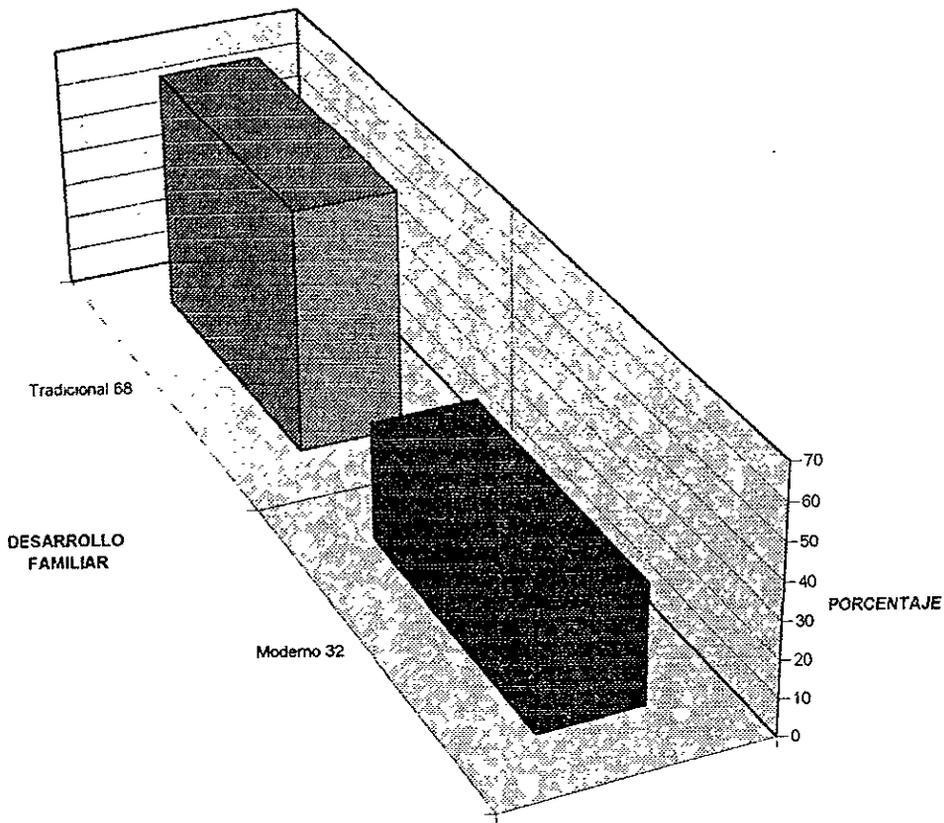
Gráfica No. 6. Ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



ETAPA DEL CICLO FAMILIAR

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

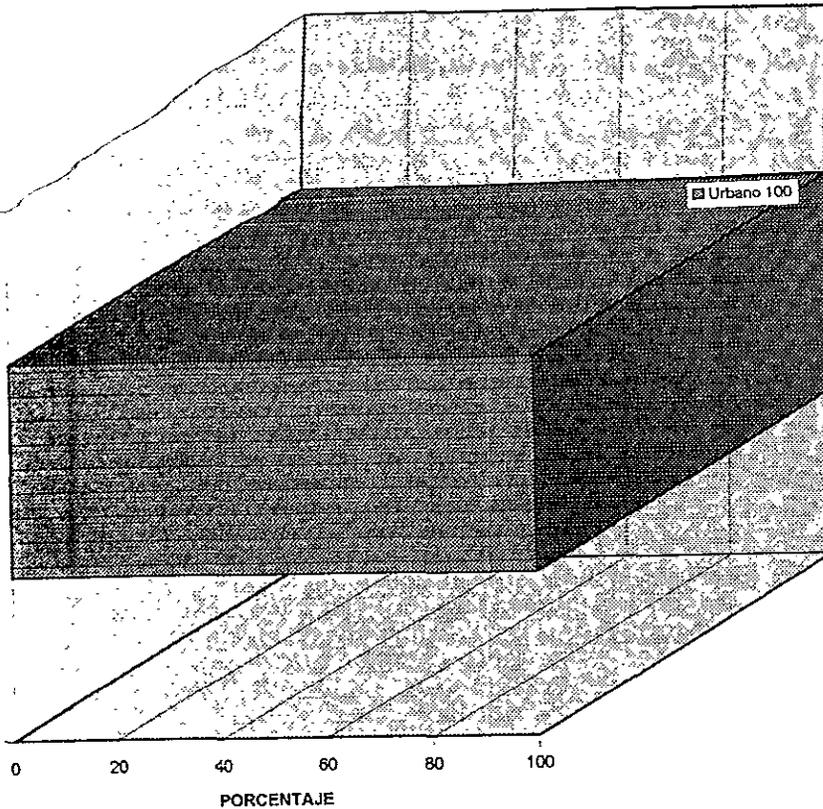
Gráfica No. 7. Etapa del ciclo familiar de los padres de familia adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



TIPO DE FAMILIA POR DESARROLLO

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

Gráfica No. 8. Tipo de desarrollo familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

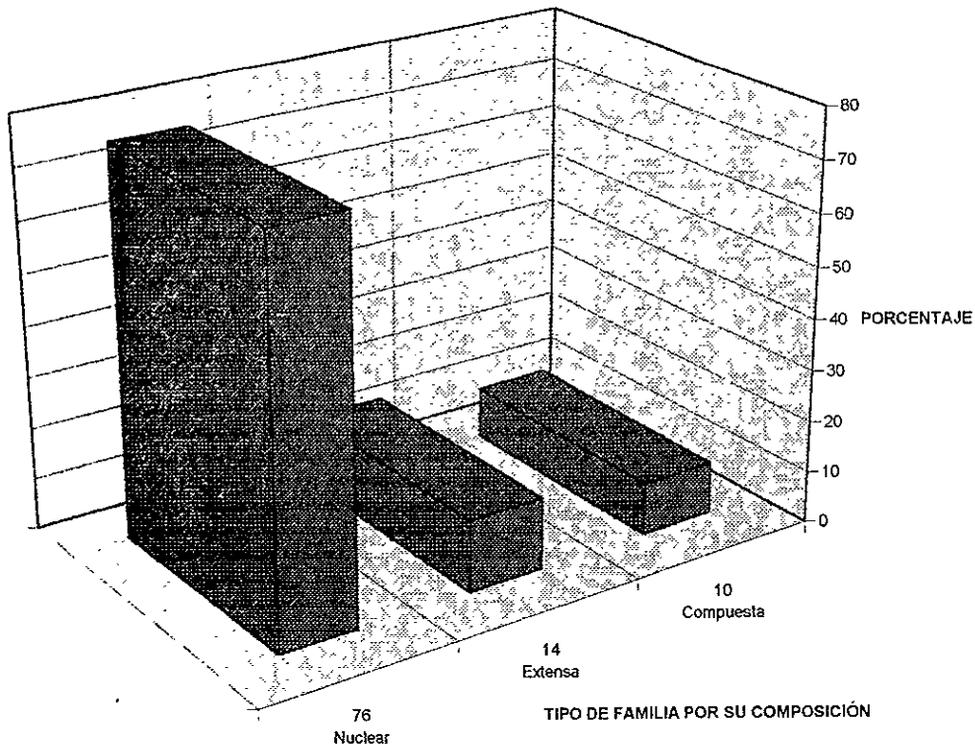


DEMOGRAFÍA

	No.	%	% Acumulado
Urbano	100	100	100

Gráfica No. 9. Tipo de familia por demografía de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

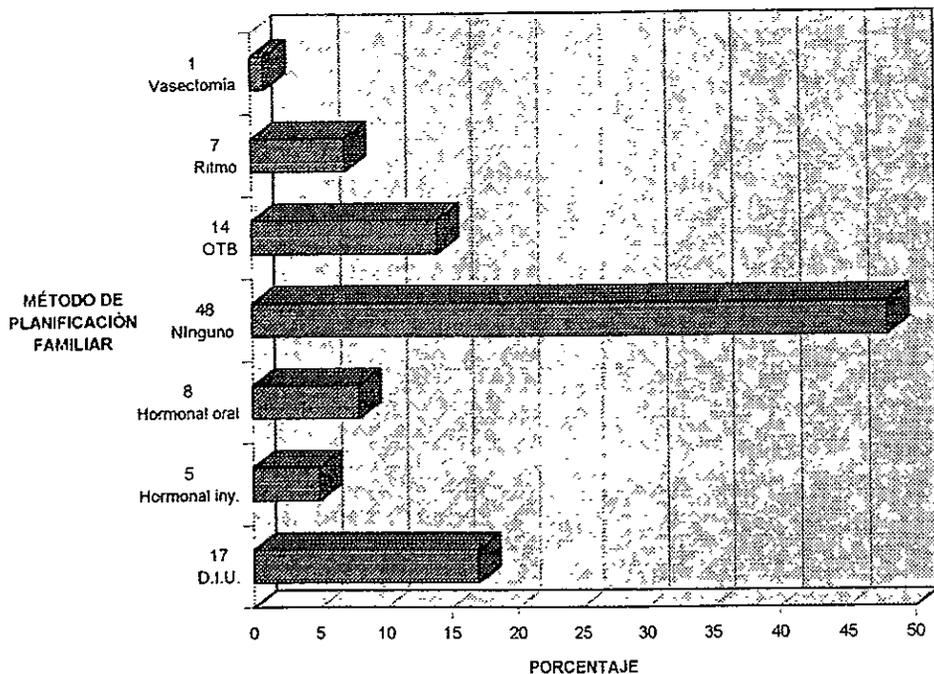
FUENTE Encuestas realizadas en el consultorio No 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



COMPOSICIÓN FAMILIAR

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

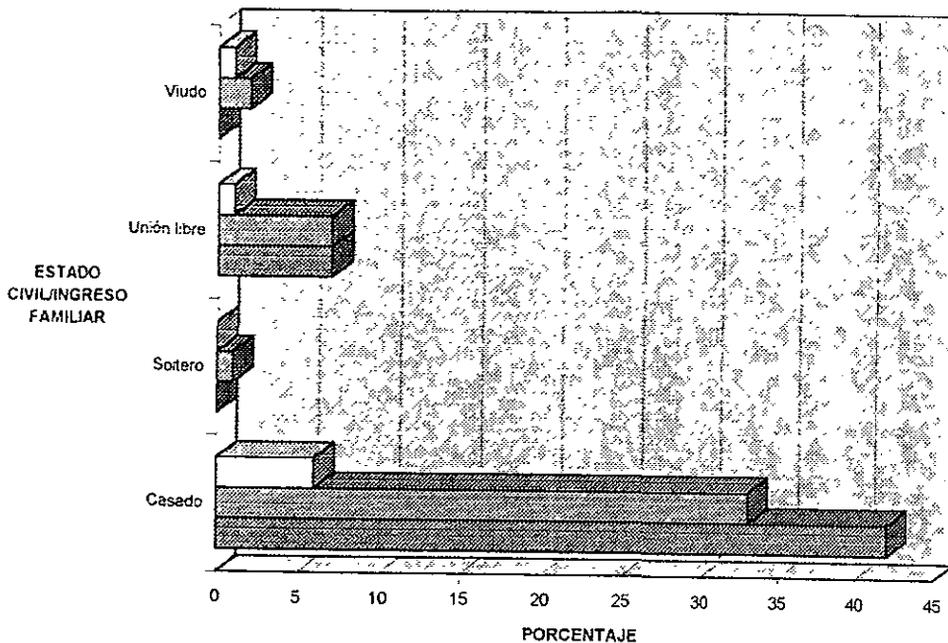
Gráfica No. 10. Tipo de familia por su composición de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

Gráfica No. 11. Métodos de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

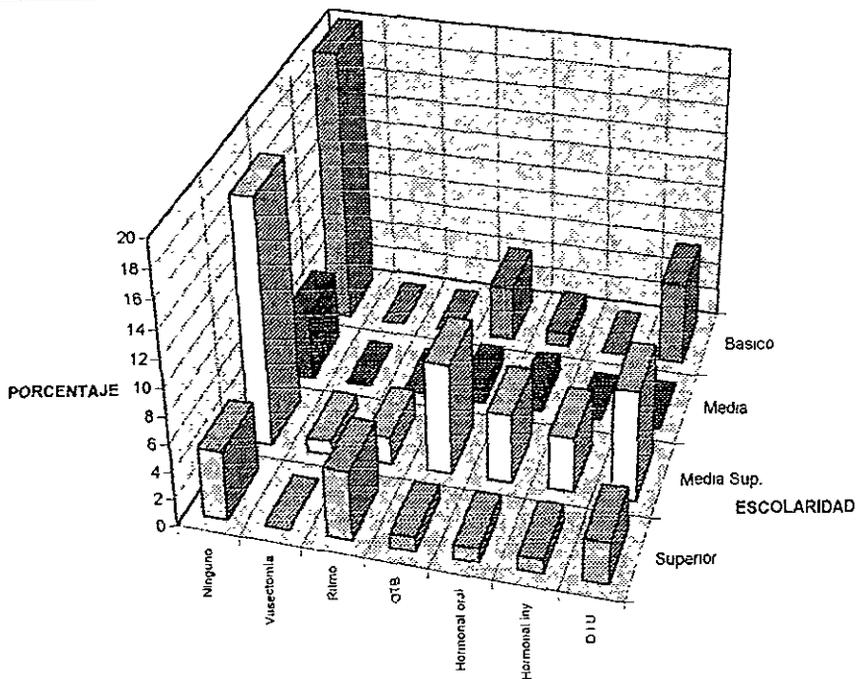


ESTADO CIVIL/INGRESO FAMILIAR

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

Gráfica No. 12. Estado civil e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

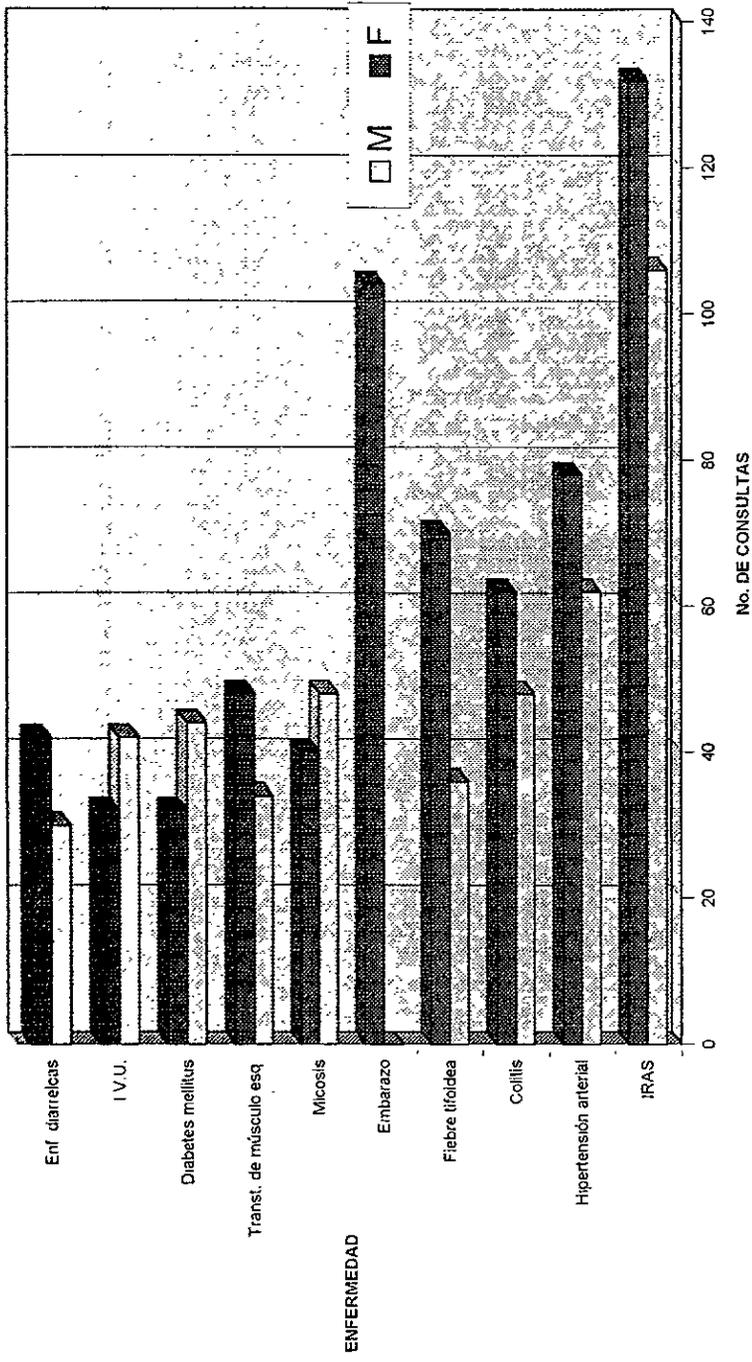


MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ESCOLARIDAD/MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

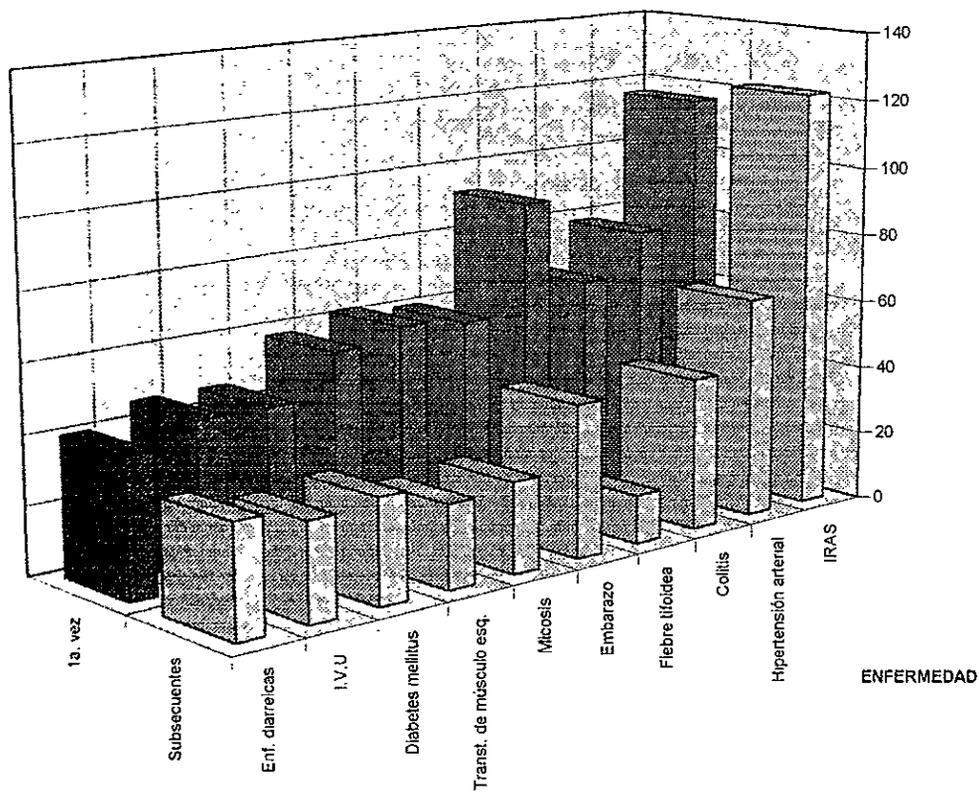
Método	Escolaridad				Total
	Básico	Media	Media Sup.	Superior	
O.I.U.	6	0	8	3	17
Hormonal iny	0	0	4	1	5
Hormonal oral	1	1	5	1	8
OTB	4	1	8	1	14
Ritmo	0	0	2	5	7
Vasectomía	0	0	1	0	1
Ninguno	20	5	18	5	48
Total	31	7	46	16	100

Gráfica No. 14. Escolaridad y método de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Gráfica No. 15. Motivos de consulta por sexo de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C



Gráfica No. 16. Motivos de consulta por primera vez y subsecuentes de los pacientes adscritos al consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE Encuestas realizadas en el consultorio No. 3-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

La población predominante adscrita al consultorio 3-A del turno matutino corresponde al sexo femenino. El grupo etáreo más predominante esta representada por infantes de entre los 5 y 9 años de edad sobresalindo los niños; mientras que en la población con menos individuos se encuentra el grupo etáreo de más de 85 años predominado los varones. Una quinta parte de la población total esta representada por la población infantil en riesgo de sufrir fiebre reumática, de igual manera otra quinta parte esta formada por las mujeres en edad fértil, siendo el grupo etáreo entre 35-39 años el de mayor incidencia. Por otra parte, alrededor de un 40 % de la población total tiene riesgos de padecer alguna enfermedad crónico degenerativa, de donde el sexo femenino es el más suseptible. La población senil de más de 70 años es una minoría predominado el sexo femenino.

Las parejas que conformaron el estudio sistemático familiar, en su gran mayoría se encuentra casada (81%), que se refleja en el promedio de vida conyugal (15.82 años) y en la edad de los padres (41.26 y 40.04 años para el padre y la madre respectivamente), con un promedio de un hijo en las diferentes edades.

Los padres de familia cuentan con una educación aceptable que se observa en el análisis de la información captada, aunque también se observa un índice relativamente significativo de padres con educación básica; que se refleja en la ocupación de los mismos, donde un 30% se dedica a una actividad profesional que incluye tanto a mujeres como a hombres, y una gran proporción se dedica al hogar, en donde la mujer participa más activamente en estas funciones, por lo que aún no se supera la actitud machista del hombre en cuanto a su participación en dichas labores. De lo anterior se observa una diferencia equitativa en cuanto al ingreso familiar, es decir que la misma proporción de familias cuenta con un ingreso alto como bajo.

Aproximadamente el 50% de familias estudiadas se encuentra en la etapa de dispersión, lo cual significa que tienen hijos en la etapa escolar; siendo su desarrollo tanto de tipo moderno como tradicional, a pesar de que son completamente urbanas y nucleares.

Se observa que la mitad de las familias estudiadas no utiliza ningún **método de planificación familiar**, siendo la mujer la que participa directamente en la practica de alguno de los métodos en aquellas familias con *responsabilidad reproductiva*, el método más frecuentemente utilizado es el DIU y la OTB, cabe hacer mención que de las 100 familias únicamente se detectó a una pareja que utiliza la vasectomía como control reproductivo. (Gráfica 11)

Las parejas casadas cuentan con una solvencia económica más estable en relación a las demás aunado a su preparación académica que les permite obtener mejores ingresos; sin embargo lo anterior no refleja la madurez en la toma de decisiones reproductivas, debido a que las parejas con educación media superior son aquellas que utilizan con mayor frecuencia algún método de planificación familiar.

Las enfermedades de vías respiratorias altas constituyen las causas de más frecuencia en la atención de primer nivel, predominado la atención al sexo femenino, seguidas por la atención a enfermedades crónico degenerativas; siendo las mismas enfermedades las predominantes para su seguimiento.

IX. CONCLUSIONES

La población predominante es la femenina muy similar a la reportada a nivel nacional, la cual está formada por una población con altas probabilidades de sufrir algún padecimiento como la fiebre reumática en los infantes y alguna de las enfermedades crónicas degenerativas en los adultos, además de mantener una población considerable de mujeres en edad fértil.

La estructura familiar parece mantenerse sólida, a pesar de la problemática social en la que viven como es la preparación académica de los padres y la etapa de dispersión que están desarrollando, que bien o mal les ha permitido sostener socioeconómicamente a sus familias. Provocando una vida familiar en combinación con las comodidades urbanas y las tradiciones que rigen en la zona, manteniendo los patrones culturales que caracterizan a la población.

Se observa que la mujer es la directamente en la planificación familiar, debido a que se encontró únicamente a una pareja que ha optado por la vasectomía. Es preocupante que la mayor parte de la población muestreada no utiliza un método de planificación familiar, lo que indica la despreocupación existente entre la población acerca del control familiar, esto se ve reflejado en la falta de comprensión y asimilación de la educación sexual, a pesar de que la gran mayoría de las parejas cuenta con la educación media como mínimo.

Las parejas casadas cuentan con una estabilidad económica, en contraparte con aquellas que viven en unión libre.

Durante la tercera fase, se observó la prevalencia de las infecciones en vías respiratorias altas, debido a las condiciones climatológicas predominantes en la región y la atención de pacientes con problemas de hipertensión arterial debido a los malos hábitos dietéticos como uno de tantos factores, siendo el sexo femenino el más afectado.

Los pacientes con enfermedades en vías respiratorias altas son aquellos que predominan en los motivos de consulta por primera vez, siendo de igual manera los que recurren a un seguimiento médico, además de aquellos que padecen alguna patología crónica degenerativa.

Los resultados obtenidos en el presente estudio dan respuesta al planteamiento del problema, al aplicar y darle continuidad al Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF), nos permitió el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, identificando las diez causas predominantes de asistencia a consulta; con la acción anticipatoria se detectaron a los diferentes grupos de riesgo infantil, grupos de riesgo reproductivo y grupos con enfermedades

crónico degenerativas. Además nos puede permitir elaborar estrategias con acciones preventivas, diagnósticas, tratamiento oportuno y rehabilitación de la población derechohabiente. Por lo anterior concluimos que el médico familiar se enfrenta principalmente a procesos crónicos degenerativos, trastornos del desarrollo y de la conducta, accidentes y una diversidad de enfermedades infecciosas que siguen siendo una seria amenaza para la salud pública, de donde el médico familiar será capaz de proporcionar los medios adecuados y suficientes para la elaboración de programas y acciones futuras, con el objeto de mantener un buen control médico de las familias que acudirán a su consultorio.

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

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarid H.J., Irigoyen C.A. Fundamentos de medicina familiar. 1982
2. Medali, Jack H. Medicina Familiar Principios y Práctica. Noriega Editores, 1ª. Ed. 1987.
3. Velazco Orellana, Ruben. Y Chavez Aguilar, Victor. La Disfunción Familiar, un reto diagnóstico y terapéutico. Medicina Familiar. Revista Medica del IMSS (México). Vol 32 Num 3. 1994.
4. Duvan, E.M. Family Development, 4ª. Ed. Philadelphia: Lipincott, 1971.
5. Hall, J.H. Zwemer. JD. Prospective Medicine. Depto of Medical Education. Indianápolis. Metodista Hospital of Indiana. Inc. 1979.
6. Cabrera P C.E. et. al. Ambiente de trabajo en una unidad de medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 543-548. 1994.
7. Cardenas D. P. Medicina familiar en México. Historia del IMSS. México 1974.
8. Caittlín J. ¿Que es la medicina familiar?. Fepafekello. 1982.
9. Cuevas M.L., et. al. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud Pub. México. 8-56. 1991
10. Chávez-Aguilar V., García M.J. Atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 167-170. 1995.
11. Fromm Hor Kkeimer, Parsons. Metton, La Familia, Trad. De Jordi Solé Tura, Eds. Península, Barcelona, 1970 pp 5 y 55.
12. Baider, Lea. Introducción a la Sociología de la Familia. Medicina Familiar, Principios y Práctica. Jack H Medalie. Noriega Ed. 1ª. Edición 1987
13. W. Saultz, Jhon. La atención de Salud centrada en la Familia. Medicina de Familia, Principios.
14. P. Tennyson Williams. Fases del Ciclo Vital. Atención Longitudinal. Medicina de Familia, Principios.
15. Irigoyen Coria, Arnulfo, Fernandez Ortega Miguel Angel, Mazón Ramirez, Juan José, Reyes Tellez Julieta, Noel Montejano Carlos y Esteban Hidalgo, Rogelio. La Familia, Fundamentos de Medicina Familiar. 4ª. Ed. Medicina Familiar Mexicana. 1996.
16. Fromm E., Horkhermer M., Parson T. La familia. Barcelona. Ed. Península. 1978.
17. Bottomore, T.B. Introducción a la Sociología; Trad. De Jordi Solé Tura. Eds Península, Barcelona, 1968, pp 171.
18. Gil C.G. 3000 años de historia de la medicina. España; 8-56. 1986.
19. Gutiérrez C.A. Evolución y estado actual de la medicina familiar en México. Rev. Med. Fam. (3-4)-87-106. 1990.

20. J. Narro. La medicina general familiar en México y Latinoamérica. Boletín de la Federación Panamericana de facultades. (Escuela de Medicina) 2:12-18. 1981.
21. Scandel G. La medicina en México, de la herbolaria azteca a la medicina nuclear, México. IMSS. 1980.
22. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Ed. Progreso. 485-535.
23. *Medinoticias*. Boletín de la subdelegación médica. Dleg. ISSSTE, Chiapas. Vol. I. 1998.
24. Velasco O.R. Trascendencias y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Rev. Med. IMSS 61-63. 1995.
25. Curso de especialización en medicina general-familiar. Facultad de Medicina, UNAM. 1977
26. Gómez C. F.J., Irigoyen C.A. La medicina familiar y la investigación. Una perspectiva integradora. Fundamentos de la Medicina Familiar. 143-49. 1996.
27. Irigoyen C.A. et.al. A cuarenta años de propuesta de atención familiar en el IMSS. Rev. Med. 287-291. 1993.
28. Estadística del sistema nacional de salud. Cap. Secretaría de salud para población abierta. SISPA. Bol-Men. 1997.
29. Erickson, E.H.: *Childhood and Society*. Norton. Nueva York. 1950.
30. Brown D.C. Family practice whats the difference? *Can-Fam-Phys.* 25:1484-1487. 1979.
31. Cerda O.A. Marco teórico-metodológico para el abordaje integral de la salud familiar. Trabajo presentado en el XVII Simposium Nacional Familiar de la AUREMFAC. 1986.
32. Espinoza-Moreno B. Características generales de la población derechohabiente. *Med. Noticias ISSSTE.* 1;16-17. 1998.
33. Castelazo A.L. Participación del médico familiar, médico general en las instituciones de salud. *Bol. Med. IMSS.* 18:226-220. 1976.
34. Fryer G.E., Stine C. Predictor an profiles or rural versus urban family practice. *Fam-Med.* 115-8. 1997.
35. García L.L.J. *Comparative study of normal and over-users of a health center.* 484-9. 1996.
36. López S.S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. *Rev. Med. IMSS.* 317-320. 1995.
37. Martín A. B. Actividades de prevención y promoción de la salud de atención primaria. En Martín Zurro A. *Manual de atención primaria.* 2a Edición. Barcelona. 1989.

38. Pfiffer R.J. Early adult development on the medical student. *Med-Clin-Prac.* 58:127-134. 1985
39. Mazón R. J.J., et. al. La investigación en medicina familiar, limitaciones y alternativas. *Rev. Med. IMSS.* 223-226. 1995.
40. Simposio internacional de medicina general y comunitaria. *Fac. de medicina. UNAM.* 1977
41. Taylor R.B. Family practice the especiality that puts it all together. *Med student.* (1); 8-13. 1984.

XI. ANEXOS

En este apartado se anexan las diversas cédulas empleadas durante la Fase 2 del presente trabajo de investigación.

ANEXO 1

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ Edo. Civil Casado ()
 Soltero ()

Años de unión conyugal: _____

Nombre de la persona que responde al test: _____

Edad: _____ Sexo: M F Escolaridad: _____

Domicilio: _____

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): _____

TOTAL _____

Método de planificación familiar:

Diu () Hormonal Oral () Hormonal Inyectable () Condón () Ritmo () Quirúrgico ()

Tiempo de usuaria (O): _____

Tipo de familia: Marque con una equis (X)

Desarrollo Moderna () Demografía: Urbana ()
 Tradicional () Semiurbana ()

Composición: Nuclear ()
 Extensa ()
 Compuesta ()

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

Ocupación de los padres de familia: _____

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

Observaciones:

