

11226

15
29



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

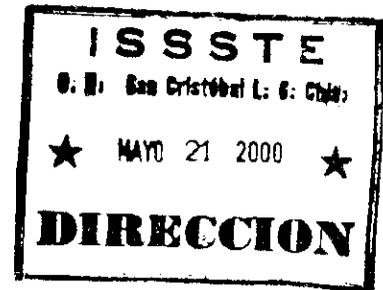
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

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

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

Título

Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar
En el Consultorio 4-b Del Turno Vespertino
De la Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.



Trabajo de investigación que para obtener el diploma de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dr. Moisés Edmundo Cancino Carballo



ISSSTE

San Cristóbal de las Casas, Chiapas. México

1999

TESIS CON

10/14



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 4-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

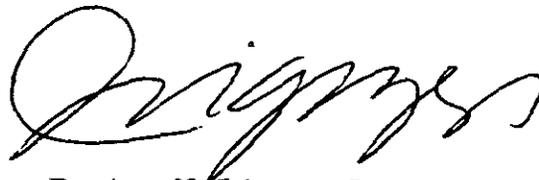
Presenta:

Dr. Moisés Edmundo Cancino Carballo

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

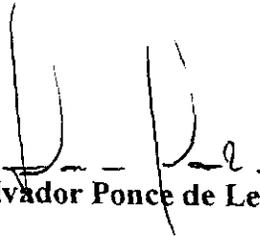
Título

Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar En el Consultorio 4-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

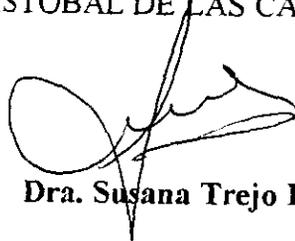
Presenta:

Dr. Moisés Edmundo Cancino Carballo



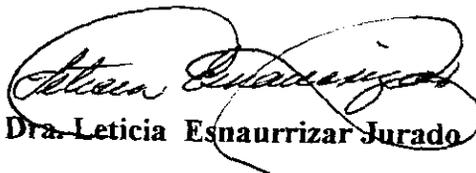
Dr. Salvador Ponce de León Castro

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



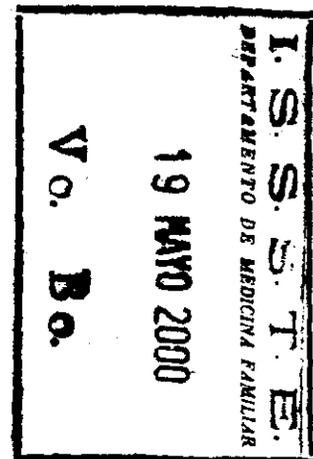
Dra. Susana Trejo Ruiz

ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM



Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado

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



2.- Índice General

	Pag.
I.- Título.....	1
II.- Marco teórico.....	2
III.- Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
IV.- Metodología.....	17
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y tamaño de la muestra.	
V.- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	18
VI.- Información a recolectar (Variables de medición).....	19
VII.- Procedimientos para capturar la información.....	20
Consideraciones éticas.	
VIII.- Resultados.....	21
Descripción de los resultados.....	21
Tablas y gráficos.....	24
Discusión de los resultados.....	49
Conclusiones.....	51
IX.- Referencias bibliográficas.....	52
X.- Anexos.....	55

T í t u l o

**Modelo Sistemático De Atención Médico familiar
En el Consultorio 4-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

Historia de la Familia

La agrupación que constituye la familia ha estado presente, de una u otra manera, desde hace cientos de años en la historia de la humanidad. De hecho, el núcleo familiar constituyó la base alrededor de la cual se desarrolló con reciente intensidad la capacidad de comunicación social, la transmisión de experiencias del individuo a la sociedad y viceversa y los fundamentó de un sistema educativo, elementos, que han sido fundamentales en el proceso de la evolución cultural por la que ha transitado el homo-sapiens.(1)

En la era del nomadismo, el término familia se utilizaba para designar a todo grupo de personas que se movían juntas de un lugar a otro. En los tiempos de la roma antigua, la palabra se refería más bien a los esclavos y sirvientes de un hombre que a sus hijos.(2)

Es un hecho, sin embargo que la composición de la familia ha cambiado a través del tiempo, desde la fase de la promiscuidad inicial con nula reglamentación entre padres e hijos donde el parentesco era señalado por la línea materna; Fase punalúa caracterizada por la formación de un grupo por familia, los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo, dos grupos completos están entre sí casados; la fase de la familia sindásmica "Emparejadas", con autoridad matriarcal, economía doméstica común, donde coexisten varias parejas, pero no obstante mantienen su independencia; la fase de la familia patriarcal monogénica, donde aparece la autoridad absoluta del jefe de la familia, se da un importante desarrollo de la agricultura y es el antecedente directo de la familia moderna, el único propietario del patrimonio familiar es el padre de familia; la fase de la familia extensa compuesta comprende abuelos, padres, hijos, colaterales, amigos y sirvientes, esta forma de organización familiar se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico; hasta la fase de la familia extensa donde las relaciones son muy estrechas entre abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos, siendo una característica de las familias de zonas rurales.(3,4)

Las familias se comportan de manera diferente de acuerdo con la geopolítica de los países. Es claro que en la época del predominio de la agricultura, las formas familiares eran por lo general multigeneracionales. Con el advenimiento de la revolución industrial de manera progresiva la familia dejó de operar como una unidad ampliada. El cambio del campo a la fábrica implicó la necesidad de movilidad familiar y, por tanto, llevó a la reducción de su tamaño. En todas las latitudes empezó a verse la tendencia a constituir la familia únicamente por los padres y los hijos, creando espacios diferenciados y especializados para el cuidado de los ancianos. La familia se tornó, entonces, en una unidad descentralizada, en la cual el padre y la madre tenían papeles bien definidos y diferenciados de acuerdo con lo que podemos llamar las labores propias de cada sexo.

No obstante, poco a poco las sociedades han ido aceptando el modelo moderno de familia: aquel compuesto por los padres y un número reducido de hijos. Aquí el papel de la mujer en la sociedad ha sido fundamentalmente para la concepción de esta nueva composición familiar, ya

que ha dejado el espacio que le tenía constreñida hasta unas cuantas décadas al ámbito del hogar, para ser en la actualidad un factor importante en la producción directa y en la economía de los países.(1)

Estructura Familiar en México.

De acuerdo con estudios recientes en México, 95% de las unidades domésticas están formadas por hogares familiares, el resto corresponde en la mayoría a personas que viven solas. De los hogares familiares 68.4% son de tipo nuclear (parejas con hijos o sin hijos), 25.1% son extensas (parejas con o sin hijos y otros parientes) y 1.1% son hogares compuestos (parejas con o sin hijos, compadres y amigos). De aquí se desprende que los hogares nucleares conyugales y en menor medida, los hogares extensos constituyen las modalidades predominantes de la estructura familiar en nuestro país. En 52% de los hogares mexicanos se ajustan al arquetipo del hombre como único proveedor y la mujer esposa ama de casa, esta proporción cada vez es menor, pues ante la crisis la mujer se integra a las actividades remunerativas. Esto ha conducido a la definición de los roles, al mayor uso de las guarderías y también a la disminución del tiempo de convivencia de los padres con sus hijos.(5)

La Familia.

Es una organización social que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados por unión sanguínea y/o social.

A lo largo de la historia del hombre, la familia a formado e integrado la sociedad respondiendo a las necesidades de las personas que integran tanto a la sociedad como a la familia misma. Por eso casi todas las sociedades y épocas de la historia de la humanidad, a existido la familia.(6)

Para los estudiosos de la familia, desde el punto de vista social se ha clasificado; con base en su desarrollo en el 40% moderna, 50% tradicional y arcaica o primitiva 10% aproximadamente en nuestro medio. En base a su demografía, el 40% es rural y el 60% es urbana. Con base en la integración en: integrada, en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente. semidesintegrada, en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen con sus funciones adecuadamente. Desintegrada, es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono. Desde el punto de vista tipológico, la familia puede ser campesina, obrera o profesional dependiendo de la ocupación de uno o ambos cónyuges.(7)

Ciclo Vital de la Familia.

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas. Estas etapas conforman el denominado ciclo vital de la familia, que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.

En cada fase del ciclo vital de la familia tiene que cambiar para adaptarse a las modificaciones estructurales, funcionales y de roles que da lugar cada etapa.(8)

Con mayor frecuencia en México se utiliza el esquema propuesto por Geyman en 1980, el cual contiene las siguientes fases: *a.- Fase de Matrimonio:* se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, *b.- Fase de Expansión:* es el momento a que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, *c.- Fase de Dispersión,* se identifica por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno sólo se encuentra trabajando, *d.- Fase de Independencia,* es difícil precisar, el número de años han transcurrido, sus hijos han formado nuevas familias y *e.- Fase de retiro y muerte;* con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del desarrollo familiar, originada por la incapacidad para laborar, el desempleo, agotamiento de los recursos económicos, sus hijos sin la posibilidad de proporcionarles recursos, el abandono de lugares de origen o reclusos en asilos para ancianos.(3,7)

En cada una de estas fases del ciclo vital, la familia va a generar un juego entre mantener el anterior estatus, esto es mantener la homeostasis o transformarse para capacitarse y responder a las nuevas demandas; es más en cada transición de una etapa a otra, cuando ya se adivina la necesidad de la transformación, algún miembro de la familia puede enfermar, de aquí Haley(9), escribiera que el síntoma es una señal de que la familia se enfrenta a dificultades para superar una etapa del ciclo vital. La familia que tiene dificultades de adaptación en las transiciones de las etapas del ciclo vitral puede entrar en crisis, a las que Pittman(10) denominó crisis del desarrollo, que son universales y previsibles, y generan alteraciones en la función familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros.(8)

Funciones de la Familia.

Socialización: La familia tiene como tarea fundamental la de transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los primeros seis años de vida, ya que a partir de ese momento habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.

Cuidado: Función clave de la vida familiar, en la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, identificándose cuatro determinantes como son: la alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

Afecto: Esta actitud hacia nuestros semejantes, se a identificado como un objeto de transición dentro de la familia; con relación a esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares.

Reproducción: Llanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de proveer nuevos miembros a la sociedad, aún cuando debemos aclarar, que ésta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar ésta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se a dado en llamar salud reproductiva.

Estatus y nivel socioeconómico: Aceptando el concepto de la familia, como institución mediadora entre individuo y la sociedad, entenderemos claramente, como el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, equivale a transferirle derechos, pero también obligaciones.(7)

Las funciones antes descritas, están estrechamente relacionadas y son interdependientes; además confirman la idea de que la familia es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser tocada sin haber repercusiones en el resto de la misma. En términos generales, la finalidad de la familia podría definirse como la de proporcionar un sistema abierto y cierto patrón de estabilidad y ambiente familiar, que permitan el óptimo desarrollo biológico, emocional y social de cada uno de sus miembros.(11)

Funciones Conyugales.

a.- Comunicación: Debe ser clara, con mensajes dirigidos al receptor sin ninguna distorsión y que no estén matizados por un mensaje enmascarado, o con significado distinto o contrario a lo que se dice. Que sea congruente, lo que se diga a nivel verbal tenga correspondencia con lo comunicado a nivel corporal.

b.- Adjudicación de asunción de roles: la pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles, se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad. Las características de las acciones deben ser congruentes con las capacidades del cónyuge; brindar al que la realiza un sentimiento de utilidad y bienestar así como ser aceptado; debe existir en ocasiones intercambio de los roles para poder valorar el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de las tareas ya sean domésticas o de índole laboral.

c.- Satisfacción Sexual: La gratificación sexual en la pareja es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explica la transcendencia que para cada uno de los cónyuges tiene. A la pareja recién formada puede llevarse de seis a nueve meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria.

s.- *Afecto*: las características de las expresiones de afecto están en razón a: Manifestaciones físicas, las cuales pueden ser, abrazos, besos, caricias, y en general todo tipo de contacto físico entre la pareja; calidad de convivencia, es decir la satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos, en ocasiones puede haber períodos largos en que la pareja permanece junta pero la gratificación percibida es nula o poca; otra característica es la reciprocidad, lo cual implica que cada uno de los cónyuges este dispuesto a dar al menos lo que recibe, ya sea en el terreno del afecto, la recreación, individualidad ó actividades extrahogar.

e.- *Toma de decisiones*: Es importante considerar como se da el proceso, ya que cada uno de los cónyuges puede experimentar en ésta acción, la sensación de participación en las decisiones trascendentales. Así pues la toma de decisiones conjuntas provoca un sentimiento de coparticipación e interés, mientras que en la individualidad uno toma las decisiones sin tomar en cuenta la opinión de otro cónyuge, modalidad muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre proveedor es el que tiene esta función.(12-14)

Disfunción Familiar.

Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno.(15)

Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias, y ese hecho puede producir manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de la crisis familiares.(16)

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias puede caer en crisis y en momentos ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.

La funcionalidad familiar se modifica por diversos eventos que le acontecen a la familia: embarazo, nacimientos, enseñanza de la sexualidad, estado laboral y muerte de un miembro. Para algunos autores la muerte del cónyuge, el divorcio y la separación marital son las principales causas de crisis familiares en un rango de 65 al 100% de los casos. Se sabe que las crisis familiares se caracterizan por cuatro etapas subsecuentes hasta su resolución: a).- *choque*, b).- *rechazo*, c).- *depresión* y d).- *reorganización*, cuya duración promedio en familias funcionales se alcanza de 5 a 6 semanas, con importantes variaciones anímicas dependiendo del impacto que provoquen las crisis en familias con disfunción severa; si no reciben ayuda terapéutica, la crisis puede prolongarse más allá de 72 semanas.

La resolución de la crisis familiar tiene una gama amplia de conductos y grados, depende de cuatro recursos fundamentales: *Productividad y eficiencia familiar, patrones de liderazgo, expresiones de los conflictos y claridad de la comunicación.*(7,15,17-18)

Diez son los aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales y que el médico familiar debe explorar durante el estudio familiar integral, donde se interfiere la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, estos son: (19-20)

- 1.- Comparten responsabilidad (poder)
- 2.- Organización flexible
- 3.- Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas
- 4.- Activan unidos sus derechos
- 5.- Altos niveles de interacción
- 6.- Adecuada comunicación en los subsistemas
- 7.- Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario
- 8.- Fomentan el desarrollo personal
- 9.- Estimulan un alto grado de autoestima
- 10.- Capacidad para solicitar ayuda

Resulta evidente que la familia estructural y funcionalmente deficiente contribuye negativamente a la sociedad en su conjunto; sus individuos lesionan las estructuras sociales.(17)

Historia de la Medicina Familiar.

Entre los pueblos primitivos sumergidos en el pensamiento mágico, el origen de las enfermedades se atribuyó a sucesos sobrenaturales, entre los que se encontraban la ira de los dioses o la venganza de los muertos, recurriendo el médico de entonces a los amuletos, exorcismos o bien al sacrificio de víctimas para agradar a seres sobrenaturales. Congruente con las ideas prevalecientes en cada época, la medicina fue; sacerdotal, entre los Egipcios; Filosófica, en las ciudades Griegas; Pragmática, en el Imperio Romano; Religiosa, en la Edad media y Humanista en el Renacimiento. La actividad del médico pudo convertirse en científica gracias a la evolución del pensamiento humano y al prestigio que las ciencias adquirieron en los círculos ilustrados de la sociedad.

Con el aislamiento de las bacterias y el desarrollo de las vacunas se introdujo el concepto de prevención de enfermedades; al parecer la anestesia fue posible la realización de diversas intervenciones quirúrgicas; el advenimiento de las sulfonamidas y de la penicilina provocaron un rápido y explosivo avance de la medicina científica, produciéndose una gran cantidad de conocimientos, haciendo casi imposible para una persona ser experta en todas las ramas médicas, fragmentándose así la profesión y dando lugar a las especialidades.(21)

El sistema de medicina familiar se instauró en el IMSS desde 1954 como modelo de atención médica, con la atención de cubrir grupalmente las necesidades de salud de los derechohabientes, este modelo operó por más de 20 años y poco se pudo lograr para insistir en la salud familiar. El 15 de Marzo de 1971 inicia formalmente el curso de especialización en medicina familiar con una fuerte carga de materias sociales y preventivas. Es a partir de 1986

que se han propuesto instrumentaciones metodológicas que acercan a ésta intención integral a través del modelo de abordaje integral de la salud familiar. (21-23)

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tiene plena vigencia, se reconoce el primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua, siguiendo con frecuencia las orientaciones de su médico. (24-25)

La medicina familiar hoy en día es una disciplina académica y especialidad médica que se enfoca en la atención médica integral, con especial énfasis en la familia como unidad, con una responsabilidad continua del médico en relación con la salud, sin limitaciones de edad, o sexo del paciente ni del órgano sistema afectado por la enfermedad. (26-28)

En la práctica de la medicina familiar, se integran las ciencias biomédicas, sociales y de la conducta. El acervo de conocimientos y de procedimientos que conjunta la medicina familiar, prepara al médico familiar para un papel único en la atención del paciente que incluye el uso de destrezas cognoscitivas y procedimientos diagnósticos y de tratamiento, constituyéndose en un *médico personal que otorga y coordina los recursos para la atención de la salud.*(7,29)

Recientemente Hart describió al médico familiar como un profesional de la salud con imaginación ágil, señalando como una de sus peculiaridades más importantes el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercuten en la salud de la comunidad bajo su cuidado, es decir incrementar actividades preventivas, de consejo y educación sanitaria.(22,30-31)

El Médico en la Atención Primaria a la Salud.

La atención primaria a la salud es desde hace varios años la estrategia propuesta por la OMS para poder elaborar el nivel de la salud de la población.

La atención primaria a la salud intenta satisfacer las necesidades del individuo, la familia y las comunidades mediante procedimientos sociales, culturales y económicos aceptables, no pretende en ningún momento dar marcha atrás, en cuanto al uso de los adelantos por niveles encontrándose la atención hospitalaria con toda la tecnología disponible para la atención de casos que así lo requieran.(32)

Es evidente entonces que no se pretende proporcionar atención de segunda categoría, sino evitar que una gran cantidad de personas lleguen al segundo o tercer nivel de atención mediante acciones de medicina preventiva, como: educación, y promoción de la salud, inmunizaciones, seguridad e higiene en el trabajo, saneamiento y mejoramiento del ambiente y la vivienda, etc. Es ardua la tarea que debe enfrentar el médico familiar, puesto que debe afrontar los problemas de enfermedad de la población y enfrentar la difícil tarea de realizar acciones de medicina preventiva.

La palabra “doctor” deriva del latín docere “enseñar” de modo que lleva implícita la misión de compartir conocimiento, experiencias, ideas, en otras palabras, educar a la comunidad de acuerdo a las necesidades sentidas por éstas, ya que es ahí donde se conoce en realidad los problemas familiares.

La actitud del médico como educar es de suma importancia para lograr aprendizajes significativos. Es frecuente observar las dificultades que enfrenta un médico para poder transmitir con lenguaje claro y comprensible los conocimientos a la población, así como también lo difícil que resulta para ésta, el poder entender las palabras técnico médicas que está escuchando, tal parece que la interacción se desarrolla en dos niveles diferentes de comunicación.(33)

Panorama Epidemiológico a enfrentar por el Médico Familiar.

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

El efecto trascendental del fenómeno demográfico será que aunque las tasas de mortalidad y de fecundidad seguirán descendiendo, el número absoluto de muertes, y por lo tanto de enfermos, así como el de nacimientos se incrementará, lo que representará el volumen de la demanda de servicios que deberá ser atendida.

El reto de atención a enfrentar se hace complejo ya que la proporción de las enfermedades crónico-degenerativas crecerá notablemente y no se puede esperar una disminución de los procesos infecciosos, principalmente los intestinales y respiratorios que contribuyen un factor precipitador de muerte, especialmente en la población de mayor edad.

Este panorama epidemiológico obliga a encontrar alternativas de solución a las necesidades de atención planteada, en las que obligadamente sobresale la imagen del primer nivel de operación y como figura central y representativa del mismo, el médico familiar.(21,34)

Acciones del Médico Familiar para su Desarrollo.

El papel que salta a la vista para el desarrollo profesional del médico familiar será el de lograr satisfacer las expectativas sociales que en él se han cifrado y que deberán responder a los retos de atención antes mencionados. Para ello se aprecian cuatro funciones básicas que se deben cumplir:

A).- Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños. Para este efecto el médico familiar debe convertirse en guía y asesor del personal para la atención de la salud y dirigir con efectividad las estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con un enfoque básicamente anticipatorio donde las acciones de fomento a la salud sean prioritarias.(35-36)

B).- Otorgar atención médica integral. 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 la salud y de la enfermedad: Históricamente se sabe que no solo es más barato cubrir aspectos de salud que de enfermedad, sino además la calidad de vida que se alcanza promoviendo la salud es superior a todos los programas de atención médica y rehabilitación.

Enfoque preventivo y curativo: Desde hace décadas se afirma que es trascendental una práctica médica con enfoque preventivo para mantener un nivel de salud aceptable, tanto de la fuerza laboral como de la población en general.

Enfoque grupal e individual: Las actividades de educación y promoción para la salud se realizan en grupos de la población, actualmente se esta instrumentando la estrategia del trabajo con grupos que comparten riesgo de salud o bien grupos con una patología común.

La atención continua y esporádica: Si bien se sabe que uno de los pilares de la medicina familiar lo constituye la atención continua. El seguimiento y la continuidad son la única garantía de alcanzar resultados valiosos y de incidir positivamente en la salud.

Trabajo en equipo y trabajo individual: El llamado equipo de salud debe funcionar no solo de forma interdisciplinaria sino también de manera transdisciplinaria, es decir, como un conjunto de profesionales con una axiología común que tenga una práctica intra y extramuros con permanencia en la comunidad. Debe impulsarse la formación de grupos multidisciplinarios que trabajen con una metodología basada en el enfoque de riesgo.

Trabajo intra y extramuros: El actual programa de fomento a la salud brinda algunas propuestas metodológicas que pueden utilizarse para actividades extramuros complementadas con el trabajo en equipo.

Actividades formativas e informativas: Se debe propiciar conductas en la población que promuevan la salud, no quedarse en un nivel informativo acerca de lo que se debe hacer, la información no es suficiente como actividad para incidir en la salud familiar, ya que la población le percibe como ajenas. Las actividades formativas deben estar enfocadas a crear grupos de reflexión con los mismos derechohabientes, para que identifiquen los factores psicosociales y biológicos que provocan enfermedades, para poder enfrentar dichos factores y no solo las resultantes del proceso social. Estas actividades deben realizarse de manera permanente con grupos formales de derechohabientes con similares condiciones de salud.

El nivel de mayor complejidad en la atención integral: El abordaje biopsicosocial de la salud enfermedad; el programa de fomento a la salud plantea la posibilidad de realizar trabajo en la comunidad que lleve a instrumentar de manera operativa, el abordaje del área social y su

relación con la enfermedad. Con el abordaje integral de la salud familiar, es posible incidir en el área biopsicológica, no así en el área social, en donde es necesario crear más instrumentos operativos e indicadores que faciliten el trabajo extramuros.(22,37-38)

C).- Participar en el proceso de educación médica: A través de la educación médica se propiciará la conservación de un alto nivel de acción profesional al procurar su educación continua y actualización sin olvidar mantener la función de enseñar a otros sus experiencias.

D).- Realizar investigaciones médicas: La investigación médica debe ser congruente con las necesidades de salud de la población y dar respuesta a los problemas que surjan durante el proceso de atención a la salud. Los resultados deben ser prácticos y facilitar la toma de decisiones en el nivel operativo. (36-39)

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

Es así que en relación con los conocimientos y habilidades que el médico debe tener y que corresponden a lo que de él se espera, debe saber y hacer como parte de su actividad diaria los puntos siguientes:

- a).- La historia natural de todos los procesos salud-enfermedad, prevalente en su medio.
- b).- Las medidas preventivas anticipatorias adecuadas.
- c).- Administrar con honestidad y honradez los recursos puestos a su disposición.
- d).- Los fundamentos de administración derivados de las ciencias administrativas utilizables en el ejercicio de la medicina.
- e).- La metodología practicable en los servicios de salud.
- f).- La metodología de la investigación científica aplicable en la práctica institucional de la profesión y adaptarla en el ejercicio de su actividad profesional.(36-40)

Como parte fundamental de la atención se encuentra además, el propiciar en el nivel de operaciones, la verdadera práctica de la medicina familiar mediante la identificación de las disfunciones familiares, que por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad requieren la atención a la familia así como, elaborar y aplicar planes para su manejo integral.

El médico familiar para consolidar su especialidad en la sociedad actual requiere propiciar el cambio de su imagen pública mediante tres acciones básicas:

- a).- Procurar la mejoría continua del trabajo cotidiano y proyectarlo no únicamente en el terreno institucional, si no en el ámbito del ejercicio privado.
- b).- Elevar el sentido gremial del especialista en medicina familiar para favorecer su agrupación en asociaciones serias que garanticen a la apropiada sociedad, la calidad técnica del médico familiar y permitan la proyección social de la especialidad, mediante la certificación de los especialistas por un organismo autorizado.

c).- Favorecer la proyección de la especialidad y del trato con otros especialistas a fin de establecer relaciones de complementación y no de competitividad, a la vez que se muestra a la población mediante un proceso de concientización, el ser un elemento útil a sus demandas de atención.

El médico familiar actualmente, está en posibilidades de otorgar la atención médica en unidades perfectamente equipadas, en óptimas condiciones de salubridad y auxiliado por un equipo de salud eficiente, pero todavía falta mucho camino por recorrer y este no le va a dar los estímulos económicos, los cambios de esquema o sistemas, las modificaciones en la designación, el aumento de normas o procedimientos, los títulos sociales o universitarios, sino que ese cambio solo podrá ser recorrido en la forma más difícil, es decir con actitud de servicio.(36-38).

La Planificación Familiar en el contexto de la Salud Reproductiva.

México ha logrado en las últimas décadas avances importantes en materia de planificación familiar; la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, entre la población en edad fértil, se ha incrementado notablemente, de 30.2% en 1976 a 68.7% en 1998, mientras que la tasa global de fecundidad descendió de 5.6 a 2.5 hijos por mujer y la tasa de crecimiento total de la población registró una disminución significativa de 2.87 a 1.57 en el mismo periodo. Sin embargo, el reto es aún formidable particularmente cuando los cambios estructurales de la población han originado demandas emergentes y nuevas necesidades en materia de salud.

Para hacer frente a estos retos y para dar cumplimiento al compromiso suscrito por nuestro país en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994, la Secretaría de Salud y las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud implantaron un programa nacional de salud reproductiva con una visión holística y una agenda centrada en el núcleo familiar.

El derecho a la libre decisión... la planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva, describe los aspectos más relevantes de este componente fundamental de la salud reproductiva, revisa las disposiciones y lineamientos emitidos en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, y hace referencia a los fundamentos legales que en materia de población y salud rigen nuestro país, así como los acuerdos y compromisos internacionales en torno a los derechos sexuales y reproductivos de la población.

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. La información y prestación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a partir de tres componentes fundamentales:

a).- *Planificación familiar.* En su nuevo contexto la planificación familiar pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo; promueve la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo; fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar su salud sexual y reproductiva, y propone estrategias que, con pleno respeto a la diversidad cultural y étnicas del país, permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones en el área rural dispersa y en comunidades indígenas. La vinculación de la planificación familiar con otros componentes de la salud reproductiva fortalece y amplía su universo de acción.

b).- *Salud perinatal.* Las acciones de salud perinatal tienen como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres, estableciendo estrategias generales tendientes a incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad materna y perinatal. Entre los aspectos más relevantes, debe destacarse la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, que a través de 28 intervenciones, promueve el rescate de la práctica de la lactancia materna y el alojamiento conjunto, la anticoncepción postevento obstétrico, la capacitación permanente del personal en atención perinatal y reanimación cardiopulmonar neonatal, así como en la prevención de defectos al nacimiento.

c).- *Salud de la mujer.* Este componente de la salud reproductiva tiene como objetivo fundamental la prevención y control de enfermedades neoplásicas en la mujer, destacando por su importancia los cánceres cérvico uterino y mamario. Incluye además un programa para la atención del climaterio y de la condición postmenopáusica.

El proceso de Información, educación y comunicación (IEC) sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar, deberá utilizar la comunicación por medios masivos como prensa, radio y televisión, así como materiales didácticos, promocionales, audiovisuales y gráficos, con carácter de entretenimiento educativo, que facilite a las diferentes audiencias la comprensión de los mensajes.

La Orientación-Consejería en planificación familiar es el proceso de comunicación interpersonal que se establece entre la o el prestador de servicios y el o la usuaria para apoyar la toma de decisiones en la elección y adopción de un método anticonceptivo, decisiones que deberán ser libres, responsables y sobre todo bien informadas.

El prestador de servicios deberá constatar que los y las usuarias hayan recibido y comprendido la información sobre las características, efectividad, modo de empleo, riesgos y beneficios de los métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad en el uso adecuado de ellos. El personal de salud no deberá inducir, de manera arbitraria, la elección de algún método anticonceptivo en especial.

La Orientación-Consejería en planificación familiar deberá impartirse preferentemente en las unidades de servicios a través de la consulta externa general, consulta de planificación familiar, consulta de ginecología y obstetricia y servicios de atención para adolescentes, así

como durante la estancia hospitalaria en la atención de eventos obstétricos (partos, cesáreas y abortos). El proceso de Orientación-Consejería puede realizarse durante entrevistas o visitas domiciliarias.

Los métodos anticonceptivos se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales o reversibles y métodos permanentes o no reversibles:(41)

a).- Métodos anticonceptivos temporales:

Hormonales orales combinados

Hormonales orales de progestina sola

Hormonales inyectables combinados

Hormonales inyectables que sólo contienen progestina

Dispositivos intrauterinos medicados con cobre

Preservativo o condón

Naturales o de abstinencia periódica

b).- Los métodos anticonceptivos permanentes:

Oclusión tubárica bilateral o salpingoclasia

Vasectomía.

Morbimortalidad en la Nación y en el Estado de Chiapas.

En México las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de mortalidad, le siguen los tumores de tráquea, bronquios y de pulmón, en tercer lugar están los accidentes de vehículos de motor que se relacionan en gran medida con el alcoholismo; el cuarto y quinto lugar son ocupados por la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares. Siendo éstas las primeras cinco más importantes que pueden ser prevenibles si se llevara a cabo una promoción a la salud en forma más intensa.

Los datos epidemiológicos de morbilidad en Chiapas indican que las infecciones de vías respiratorias altas son las principales causas, seguidas de las diarreas sobre todo en menores de 5 años, posteriormente le siguen las enfermedades eruptivas de la infancia y las dermatológicas. Entre las enfermedades crónico degenerativas, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares, seguidas de las enfermedades del corazón y los tumores malignos. Actualmente en el estado se encuentra un total de 5,412 diabéticos en control y 7,165 hipertensos.(42-43).

3.1- Planteamiento del Problema.

Existe una gran diversidad de factores que condicionan el estado de salud – enfermedad de una población, es por ello la necesidad de plantear estrategias en base del conocimiento, de la situación de salud de la población, con programas idóneos bien estructurados que conozca la suma de toda una serie de variables como sería; el nivel del desarrollo biológicos, psicológico y social, cultural y económico.

Todo lo anterior debe de conocer el médico familiar para poder establecer estrategias viables para elevar el nivel de salud de la comunidad, de su municipio y de su estado.

El planteamiento del problema es el siguiente ¿ Cómo establecer un programa de actividades médico preventivas, de diagnóstico y tratamiento oportuno en un consultorio de medicina familiar?

3.2 Justificación

El sistema actual de atención médica a causado insatisfacción en los derechohabientes, así como en el médico, ya que no se ha logrado el impacto que se esperaba sobre la problemática de salud. Ahora bien, el ser médico familiar exige precisión, eficacia así como de resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, particulares o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y / o del grupo familiar consecuentemente, la existencia del médico familiar, radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud límite y recupere las capacidades remanentes posteriores a la enfermedad, utilizando los conocimientos existentes, los recursos tecnológicos y la experiencia milenaria de tratar enfermedades, experiencia plagada de aciertos y errores.

La medicina requiere ser transmitida para acrecentar, mejorar y hacerla cada día más útil, por eso como médico familiar quiero realizar en la población derechohabientes estas prácticas.

3.3 Objetivos

General

Identificar plenamente las características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y económicas, así como las causas de morbilidad más frecuente de la población adscrita al consultorio número 4-b del turno vespertino de medicina familiar de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Específicos:

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

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

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

- 4.- Identificar las principales diez causas de consulta

- 5.- Conocer los métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil.

4.- Metodología

4.1 Tipo de Estudio

Descriptivo
Retrospectivo
Transversal
Observacional

Fundamentada básicamente en : Censo Poblacional , estudio de la comunidad y la identificación de las causas de consultas.

4.2 Población, Lugar y Tiempo de Estudio

Población derechohabiente adscrita al consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998.

4.3 Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra

El tipo de muestra es, no Probabilística en muestreo por cuotas (tipo Cuota Sampling). El tamaño de la muestra se estima en 100 del total de familias adscritas al consultorio número 4-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E., en el número de consultas otorgadas del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997

4.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y de Eliminación

Inclusión: Población usuaria del consultorio número 4-b del turno vespertino que cuente con expediente clínico y aceptaron participar.

Exclusión: Población no usuaria al consultorio número 4-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 la 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 o más años de edad)
Métodos de planificación familiar (Diu, Oral, Inyectable, Otb, Ritmo, Condón, y Vasectomía)
Ocupación de los padres de familia: Profesional, Empleado, Hogar
Ingreso económico: De 1 salario mínimo, 1 a 2 salarios mínimos, De 3 o 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.

4.7.- Consideraciones Éticas.

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

5.- Resultados:

5.1- Descripción de los Resultados

El presente estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional de un modelo sistemático de atención médica en el consultorio número 4-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, el archivo clínico. La segunda fase, fue realizar el estudio sistemático familiar mediante encuestas a padres de familia adscritas al consultorio 4-b del turno vespertino, en muestreos por cuotas (cuota Sampling) estimadas en n=100. De junio a octubre 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 muestra los siguientes resultados.

Fase I

La población total del consultorio 4-b del turno vespertino es de 2,539 personas (tabla 1, gráfico 2). El grupo masculino representado por un total de 1106, que corresponde al 43.5%(gráfico 2) y para el sexo femenino de 1,433 que corresponde al 56.5%(gráfico 3).

Existe una población de riesgo infantil(< 4 años) de 202 con 96 niños que representan el 8.6% del total de hombres de la población masculina y de 106 niñas con un 7.3% del total de la población femenina(gráfico 4).

La población de riesgo para fiebre reumática es de un total de 977, siendo el grupo masculino de 449 y de 528 el femenino que representan el 40.5% y 36.8% de la población respectivamente (gráfico 5).

El grupo femenino en edad fértil (15-49 años) está representado por un total de 809 (56.4%), siendo para los grupos etáreos de 15 a19 años (9%), de 20 a 24 años (6.6%), de 25-29 años (8.1%), de 30 a 34 años (8.7%), de 35 a 39 años (11.1%), de 40 a 44 años (8%) y por último de 45 a 49 años el 4.6% (gráfico 6).

La población anciana de 70 años ó más con un total de 134, 71 para el sexo masculino y de 63 para el sexo femenino, que representan el 5.6% y 4.9% respectivamente de la población total (gráfico 7).

Fase II

Descripción de la Estructura Familiar de (n=100).

En el ciclo vital de las familias en estudio (n=100), el 22% se encuentra en fase de expansión, el 47% en fase de dispersión, el 22% en fase de independencia y por último el 9% se encuentra en fase de retiro (gráfico 8).

La familia en base a su desarrollo, el 56% es moderna y el 44% es tradicional (gráfico 9).

En base a su composición el 73% es nuclear, el 16% es extensa y el 11% restante es compuesta (gráfico 10).

En cuanto a la demografía, el 96% es urbana, el 4% es suburbana (gráfico 11).

De acuerdo a su tipología el 79% de los padres son profesionistas, el 16% es empleado, el 5% son jubilados actualmente. De las madres el 40% son profesionistas, el 10% es empleada y el 50% se dedica al hogar, por último el 0% es jubilada (gráfico 13).

Descripción de los Elementos Socioculturales y Económicos de (n=100).

La escolaridad con que cuentan los padres es del 83% para los profesionistas, el 7% cuentan con preparatoria, el 8% con secundaria, el 2% cuenta con solo la primaria. Las madres con un 40% son profesionistas, el 14% tiene preparatoria, el 18% cuenta con secundaria, finalmente el 28% tiene primaria (gráfico 14).

Las parejas con menos de un salario mínimo, no existen, las parejas que tienen de 2 a 3 salarios, el 7% están en unión libre, el 21% son casados, el 0% son divorciados. Las parejas que cuentan con más de tres salarios mínimos son del 17% en unión libre, el 52% son casados y sólo el 3% se encuentran divorciados (gráfico 15).

La edad de los padres tienen como media 40.1 años con una desviación estándar de (+ - 8.3) (gráfico 16). Las madres tienen como promedio de edad una media de 37.4 años con una desviación estándar de (+ - 7.3) (gráfico 17).

El promedio de años de casadas de las parejas es de 15.39 años con una desviación estándar de (+ - 6.15) (gráfico 18).

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 (+ - 1.72).

El número de hijos de 11 a 19 años fue una media de 1.1 hijos con una desviación estándar de (+ - 2.35). Para los hijos de más de 20 años de edad una media de 1.5 hijos con una desviación estándar de (+ - 2.24) (gráfico 19).

De las familias estudiadas (n=100), el 49% no lleva método de planificación familiar, el 17% le fue realizada la OTB, el 18% son usuarias del DIU, el 9% utiliza hormonal inyectable, el 7% con hormonal tabletas (gráfico 12).

Fase III.

Las Principales Causas de Consulta:

Las primeras diez causas de consulta se marcan en la tabla 2, destacando en primer lugar la enfermedad crónica degenerativa, como es la hipertensión arterial con un total de 136 consultas, seguido de las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 116 consultas, la diabetes mellitus ocupa el 5º lugar y las enfermedades diarreicas en el 9º lugar. (tabla 2, gráfico 20,21,22).

**Pirámide Poblacional del Consultorio número 4-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**

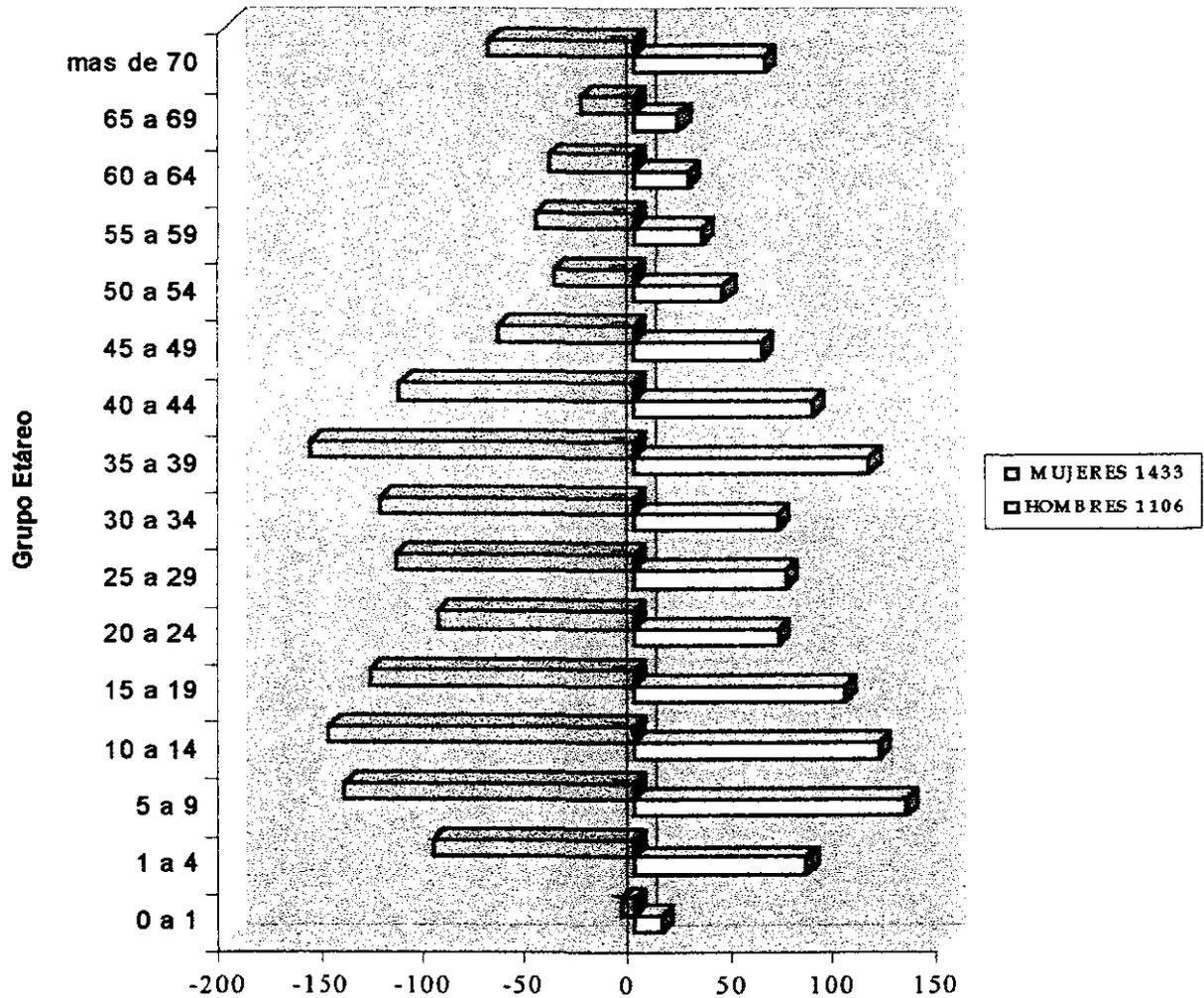
Tabla 1

Hombres	Grupo Etáreo	Mujeres
13	-1	7
83	1 a 4	99
132	5 a 9	142
119	10 a 14	150
102	15 a 19	130
69	20 a 24	96
73	25 a 29	117
69	30 a 34	125
114	35 a 39	160
86	40 a 44	115
62	45 a 49	66
43	50 a 54	39
32	55 a 59	48
25	60 a 64	42
21	65 a 69	26
63	mas de 70	71
1106	Total	1433

Fuente: Archivo Clínico

Pirámide Poblacional del consultorio número 4-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo de Enero a Diciembre de 1997.

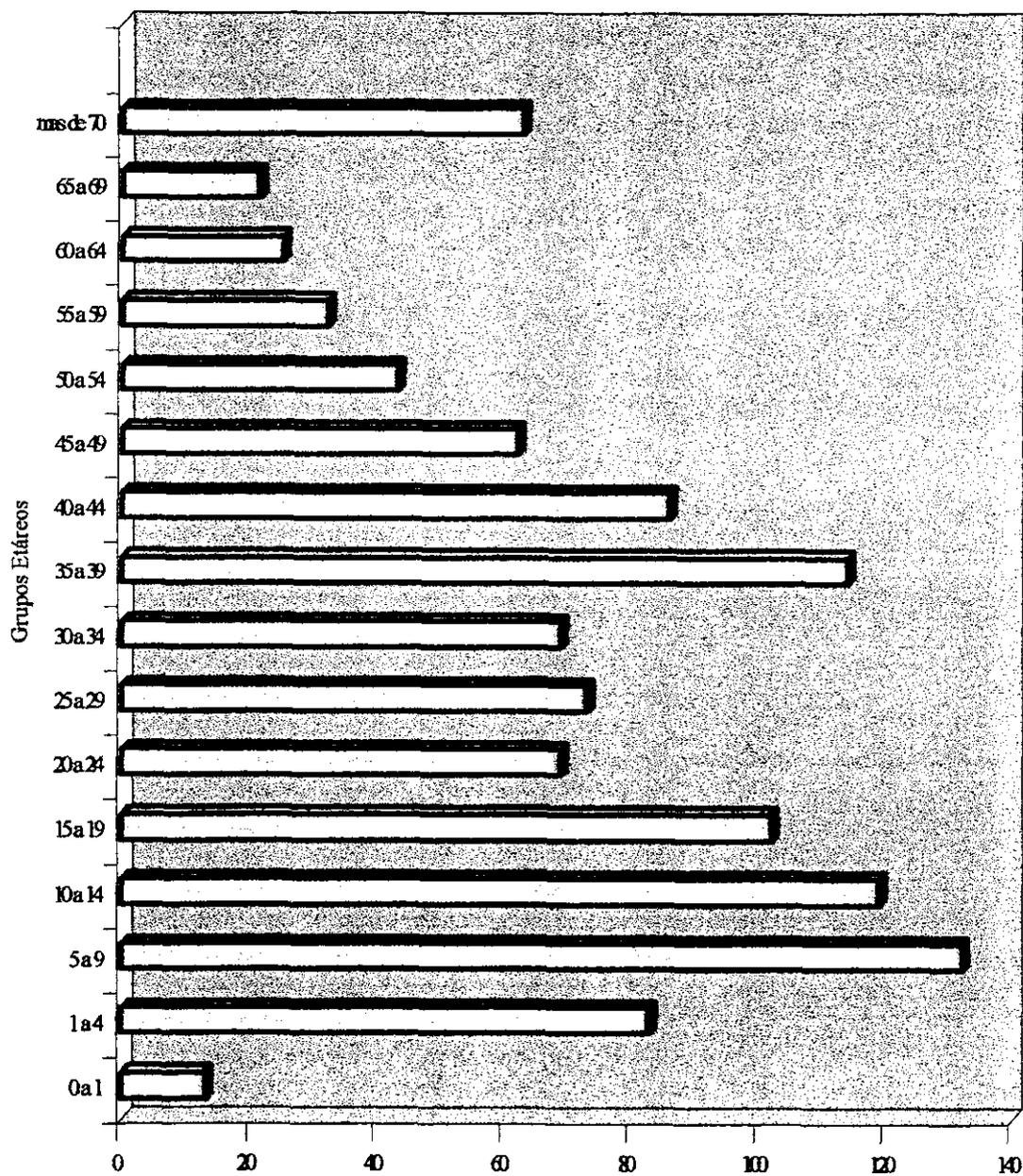
Gráfico 1



Total de derechohabientes Hombres y Mujeres: 2,539 Fuente: Archivo Clínico

Población total masculina por grupos etáreos del consultorio número 4-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

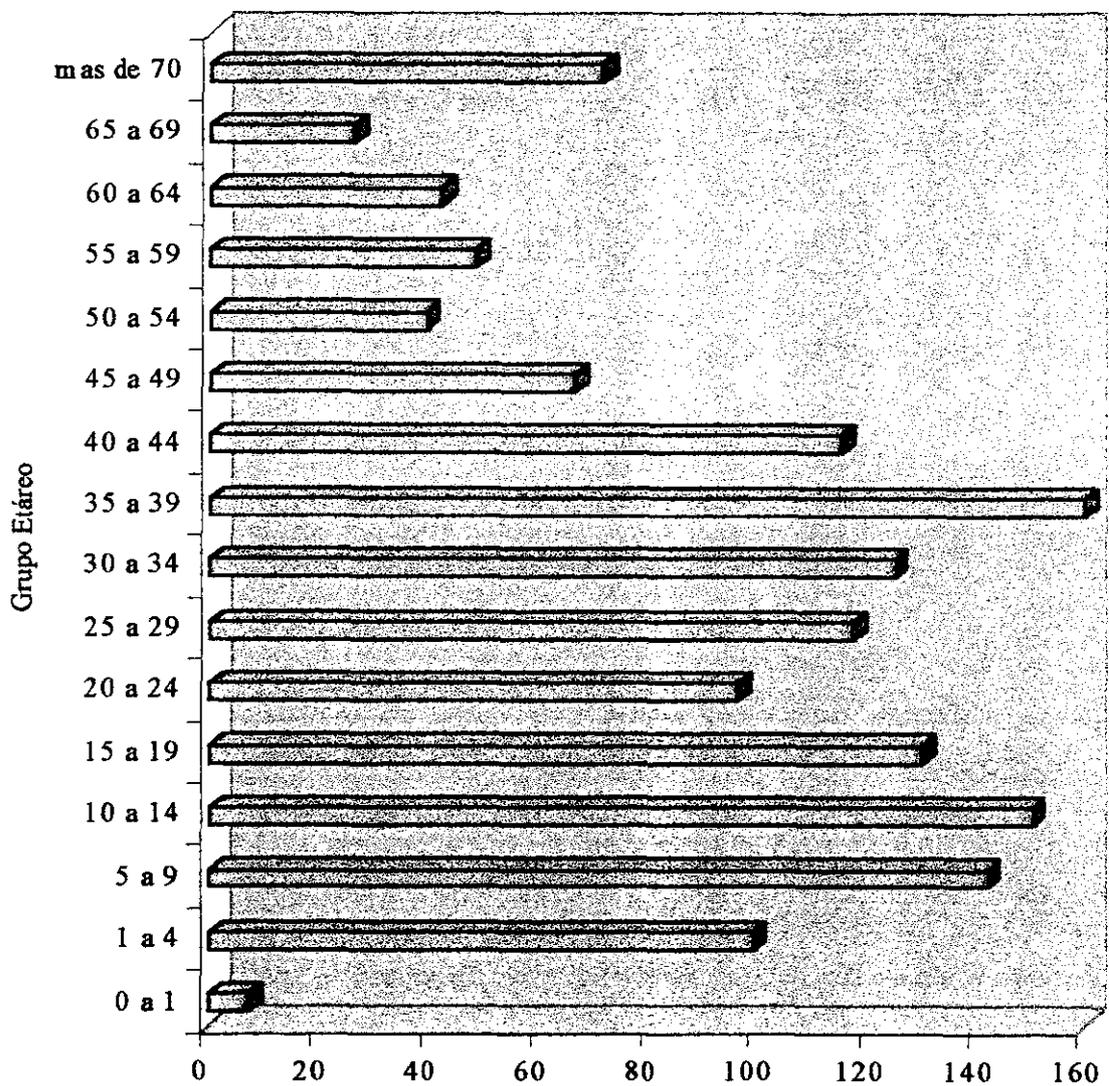
Gráfico 2



Total de Hombres 1,106: Fuente Archivo Clínico

Total de población femenina por grupos etáreos del consultorio numero 4-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las casas, Chiapas. Periodo de enero a Diciembre de 1997.

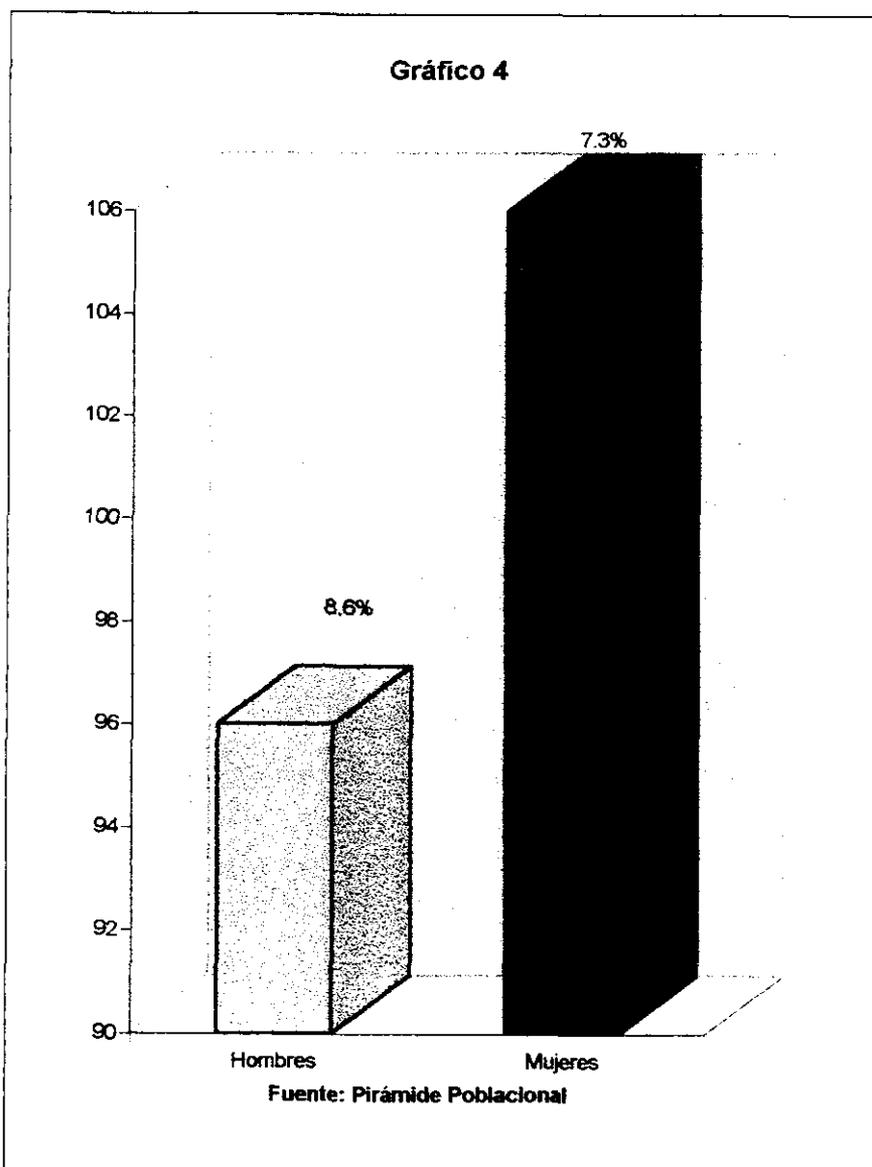
Gráfico 3



Total de mujeres 1,433. Fuente: Archivo Clínico

Población de Riesgo Infantil(menor de 4 años) del consultorio número 4-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

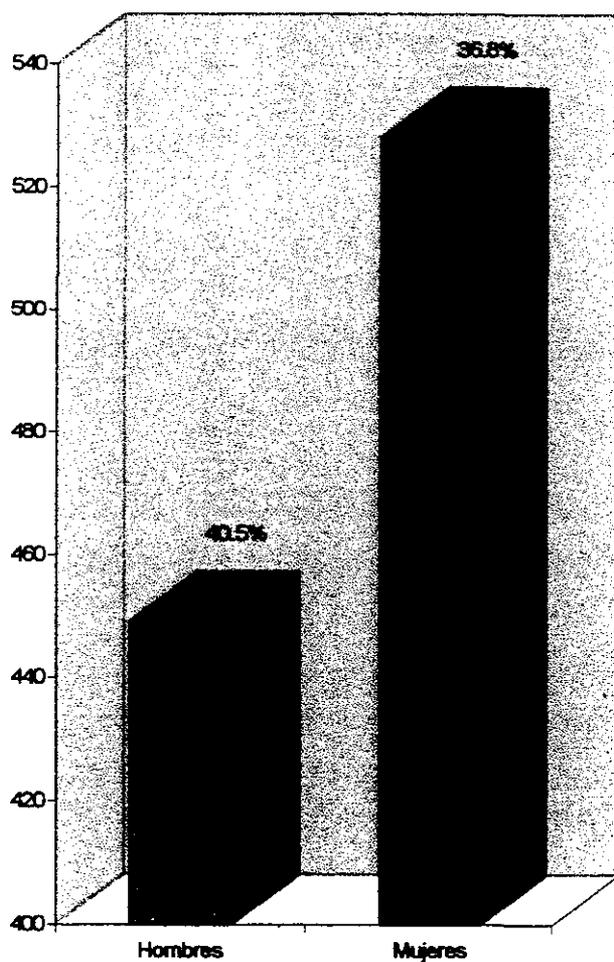
	Números	Porcentajes
Hombres	96	8.60%
Mujeres	106	7.30%



Población de riesgo para Fiebre Reumática del consultorio número 4-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.

	Número	Porcentajes
Hombres	449	40.50%
Mujeres	528	36.80%

Gráfico 5



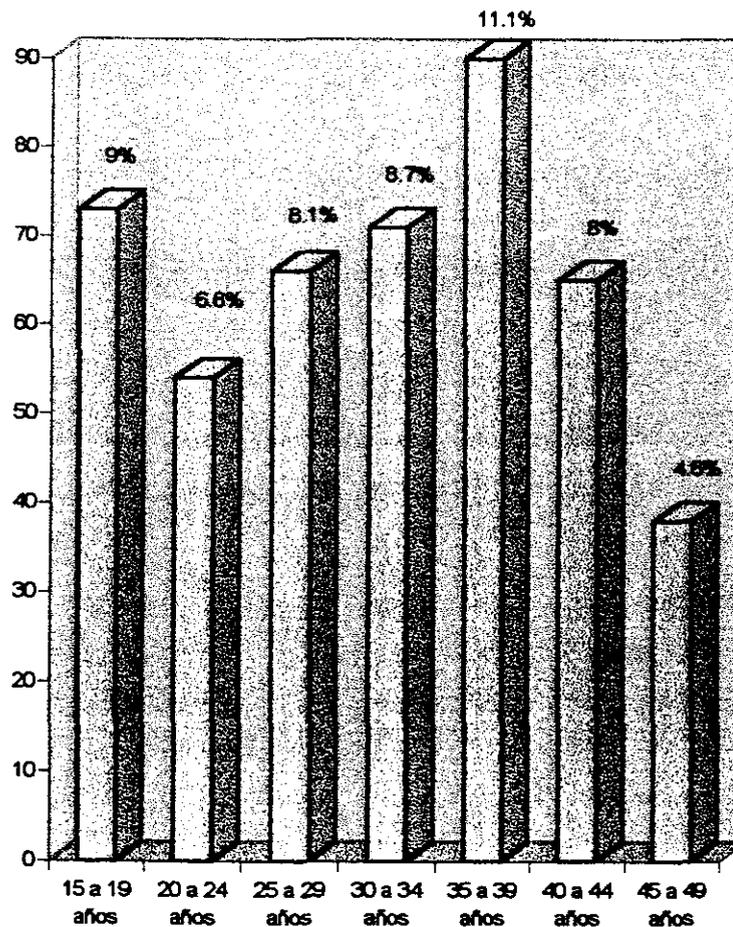
Fuente: Pirámide Poblacional

Población total de mujeres en Riesgo Reproductivo del consultorio número 4-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

Edad	Número de Mujeres	Porcentajes
15 a 19 años	73	9%
20 a 24 años	54	6.60%
25 a 29 años	66	8.10%
30 a 34 años	71	8.70%
35 a 39 años	90	11.10%
40 a 44 años	65	8%
45 a 49 años	38	4.60%

Gráfico 6

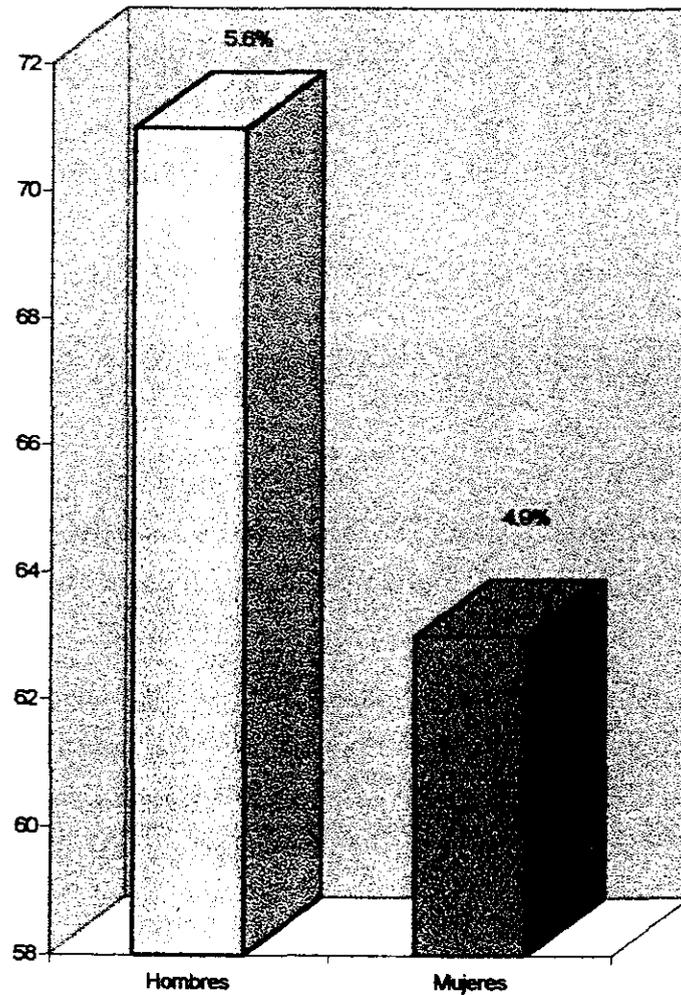


Fuente: Pirámide Poblacional

Población Anciana mayor de 70 años de edad del consultorio número 4-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.

	Números	Porcentajes
Hombres	71	5.60%
Mujeres	63	4.90%

Gráfico 7



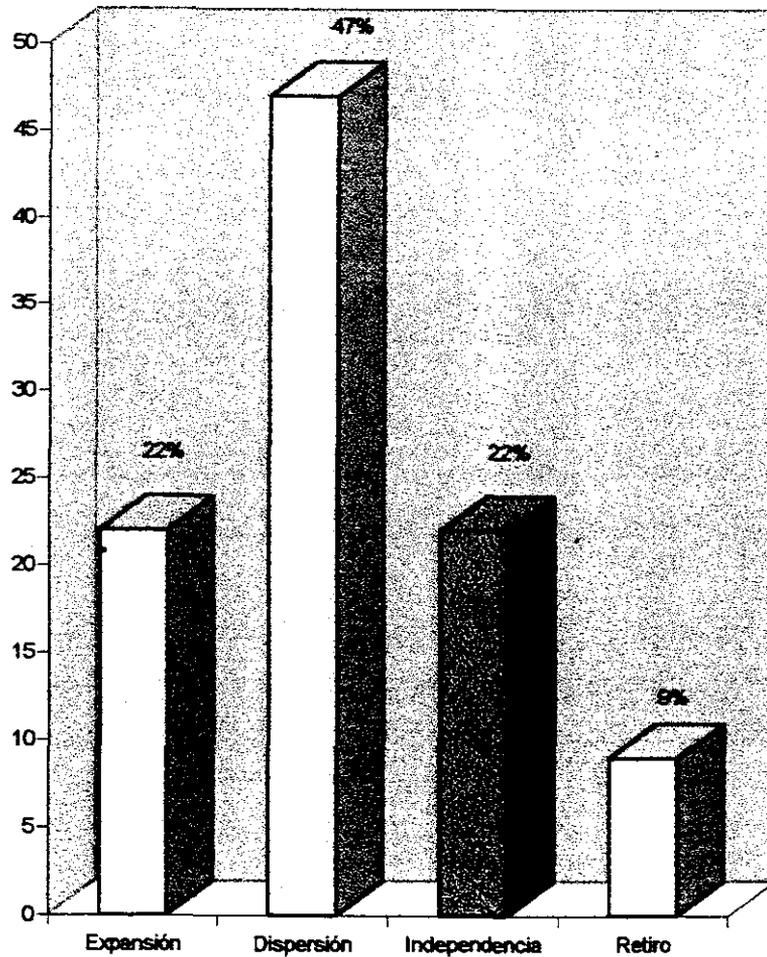
Fuente: Pirámide Poblacional

Ciclo Vital de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

Ciclo Vital	Números	Porcentajes
Expansión	22	22%
Dispersión	47	47%
Independencia	22	22%
Retiro	9	9%

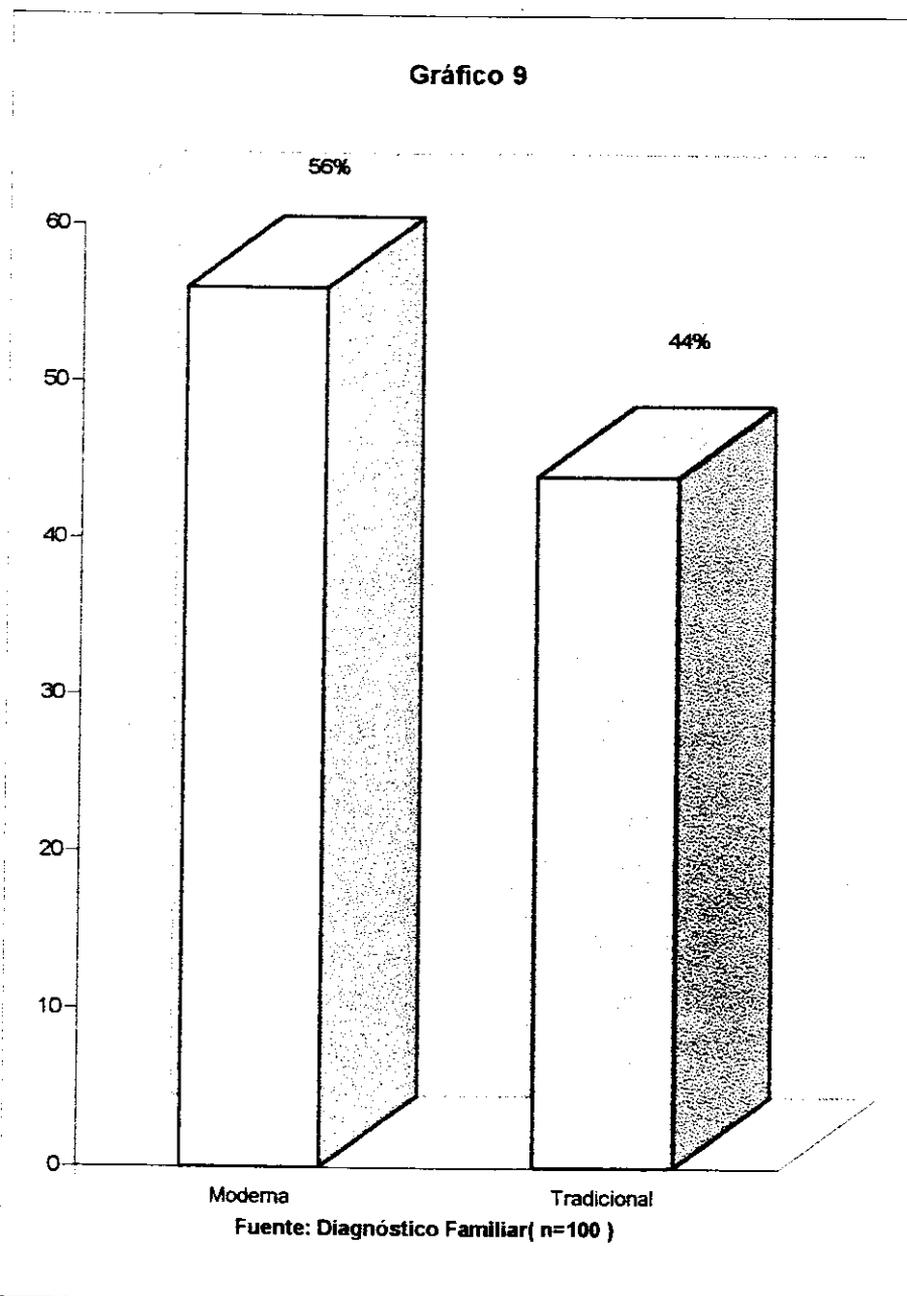
Gráfico 8



Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

La Familia en base a su desarrollo, del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

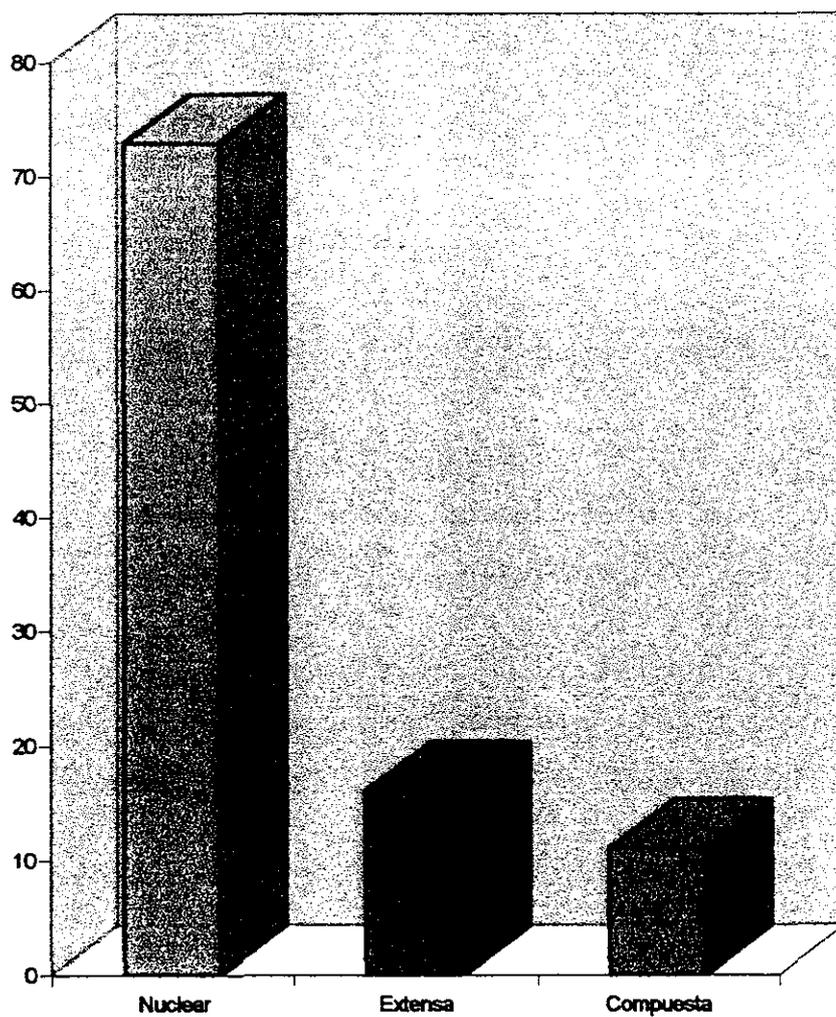
Familia	Número	Porcentajes
Moderna	56	56%
Tradicional	44	44%



Composición de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

Composición	Número	Porcentajes
Nuclear	73	73%
Extensa	16	16%
Compuesta	11	11%

Gráfico 10

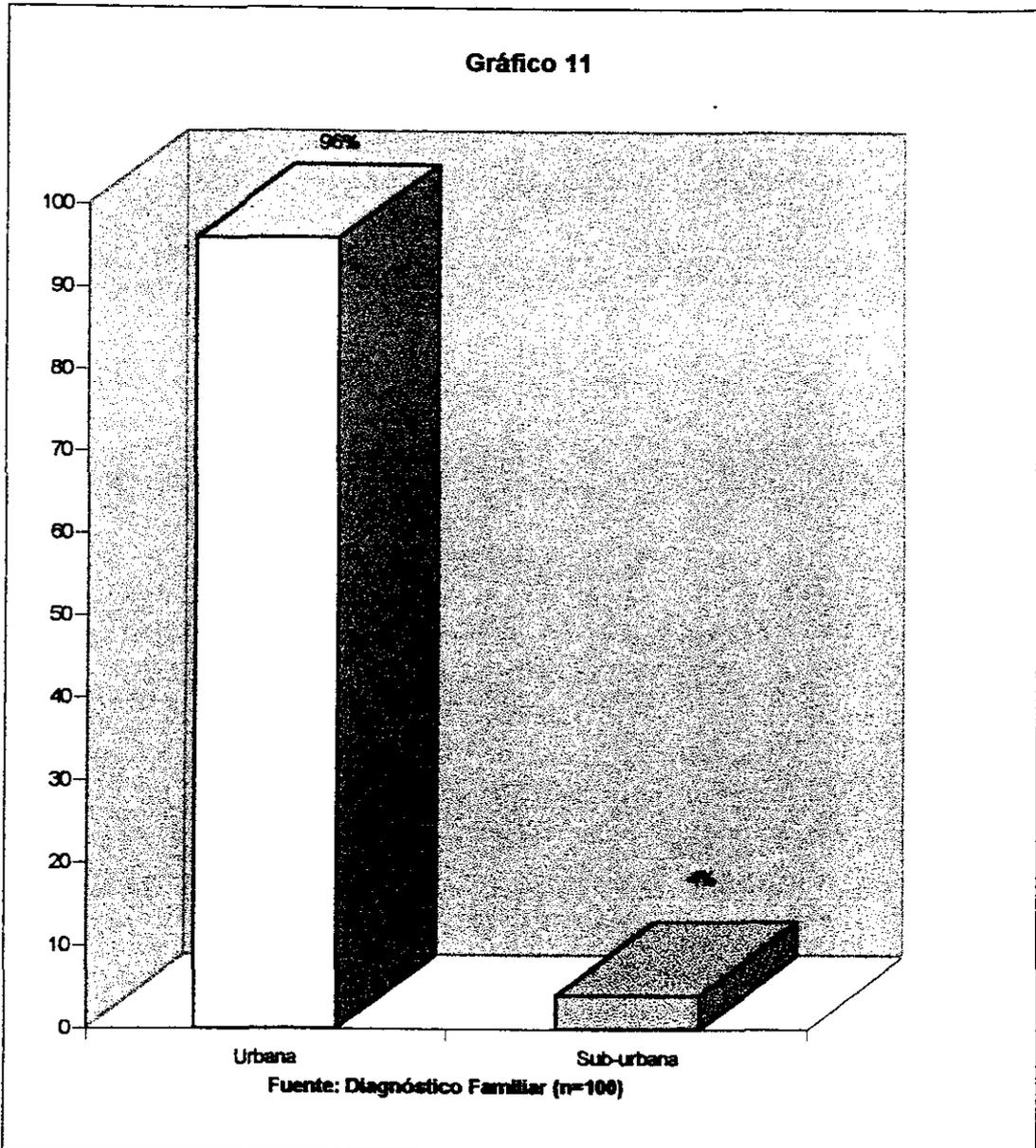


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Demografía de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

Demografía	Número	Porcentajes
Urbana	96	96%
Sub-urbana	4	4%

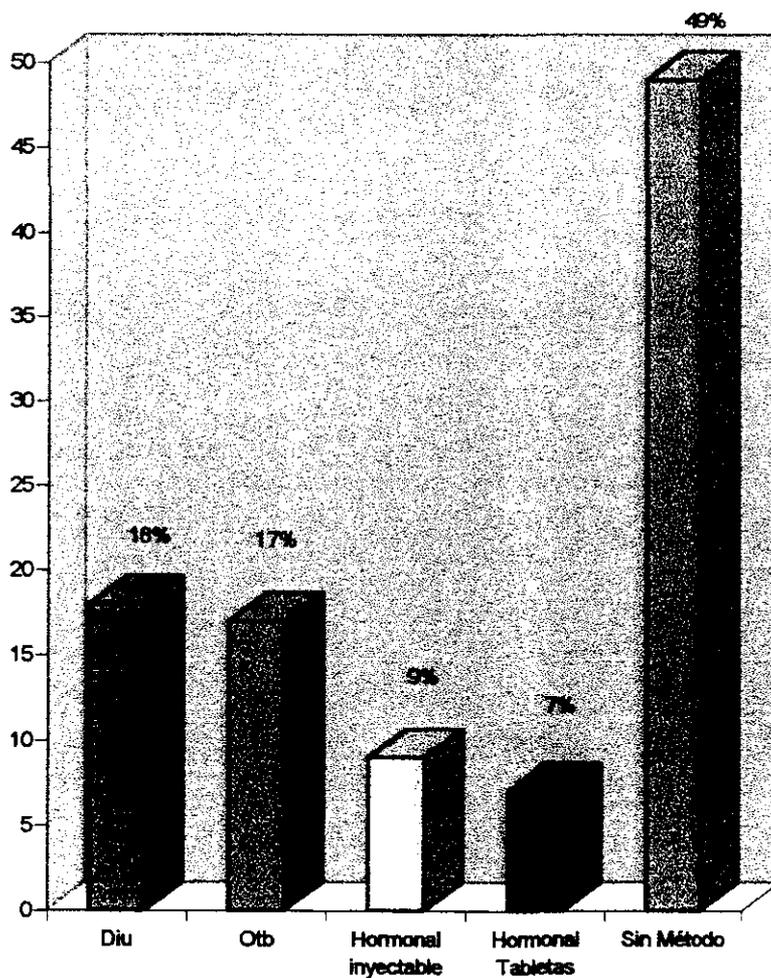
Gráfico 11



Métodos de Planificación Familiar de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

Métodos	Números	Porcentajes
Diu	18	18%
Otb	17	17%
Hormonal inyectable	9	9%
Hormonal Tabletas	7	7%
Sin Método	49	49%

Gráfico 12

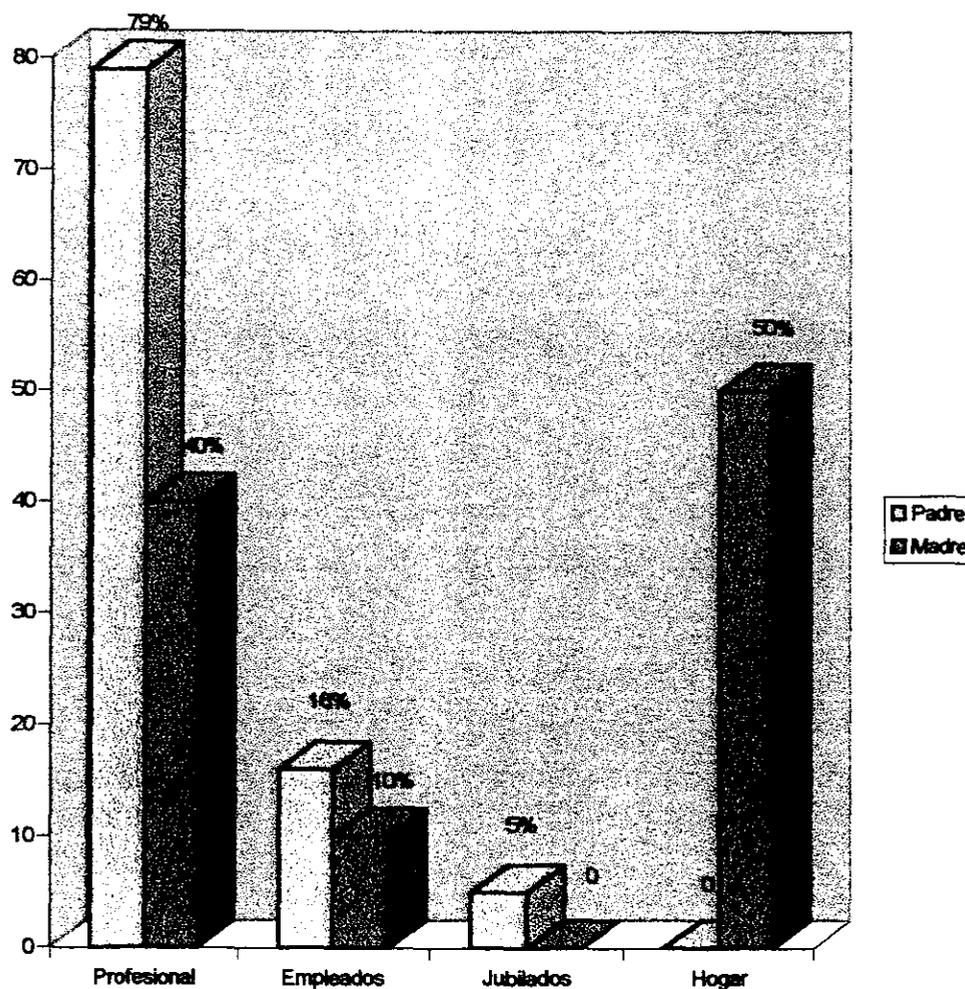


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Tipología de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

Tipología	Números		Porcentajes	
	Padre	Madre	Padre	Madre
Profesional	79	40	79%	40%
Empleados	16	10	16%	10%
Jubilados	5	0	5%	0
Hogar	0	50	0	50%

Gráfico 13

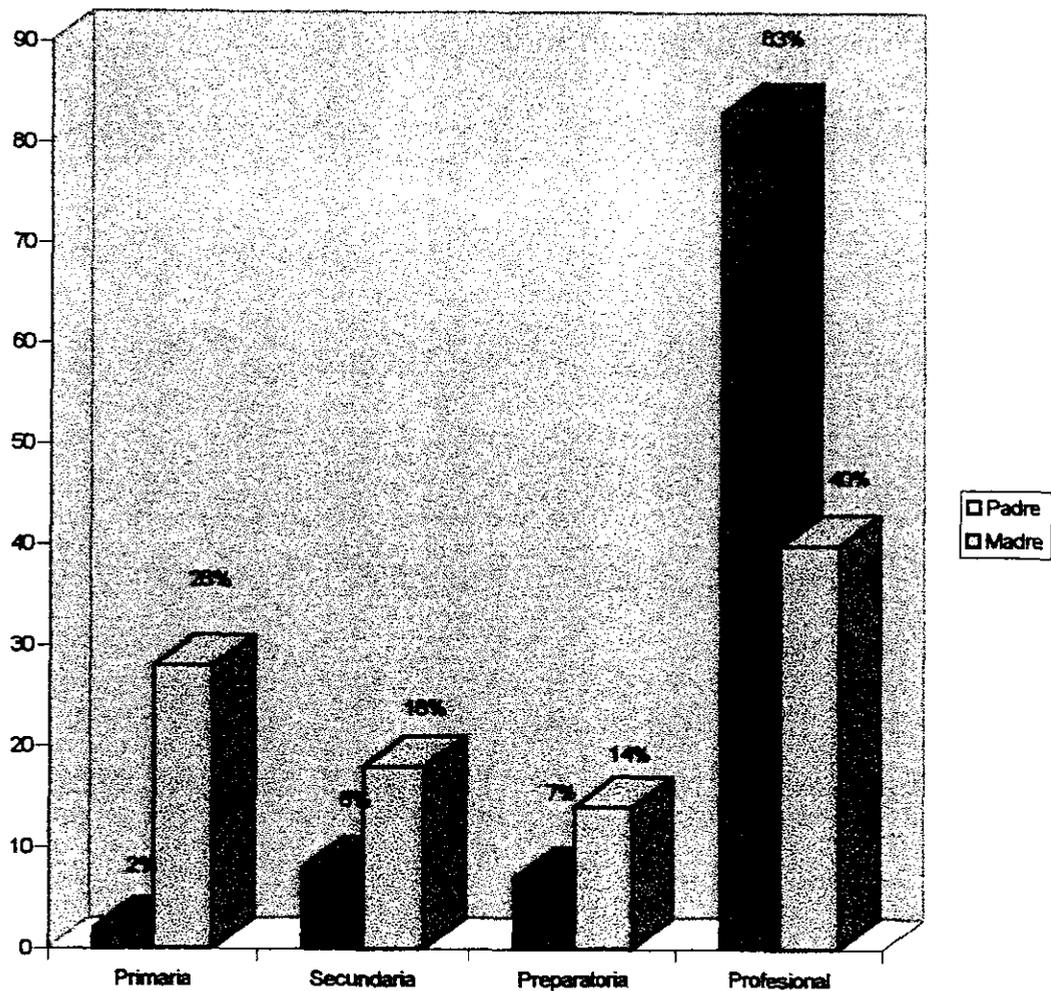


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Escolaridad de los padres de familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

Escolaridad	Números		Porcentajes	
	Padre	Madre	Padre	Madre
Primaria	2	28	2%	28%
Secundaria	8	18	8%	18%
Preparatoria	7	14	7%	14%
Profesional	83	40	83%	40%

Gráfico 14

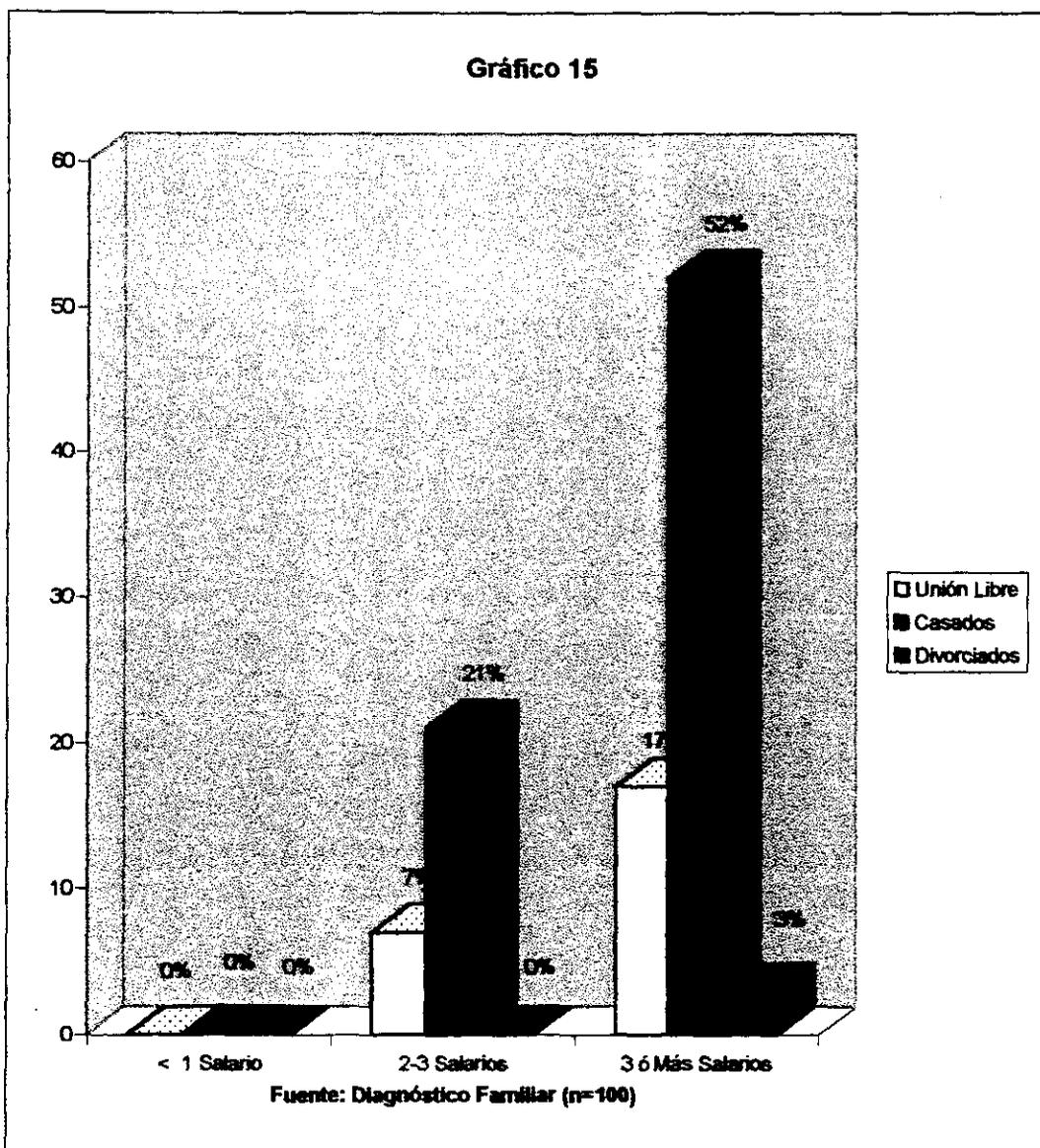


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Estructura socioeconómica de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

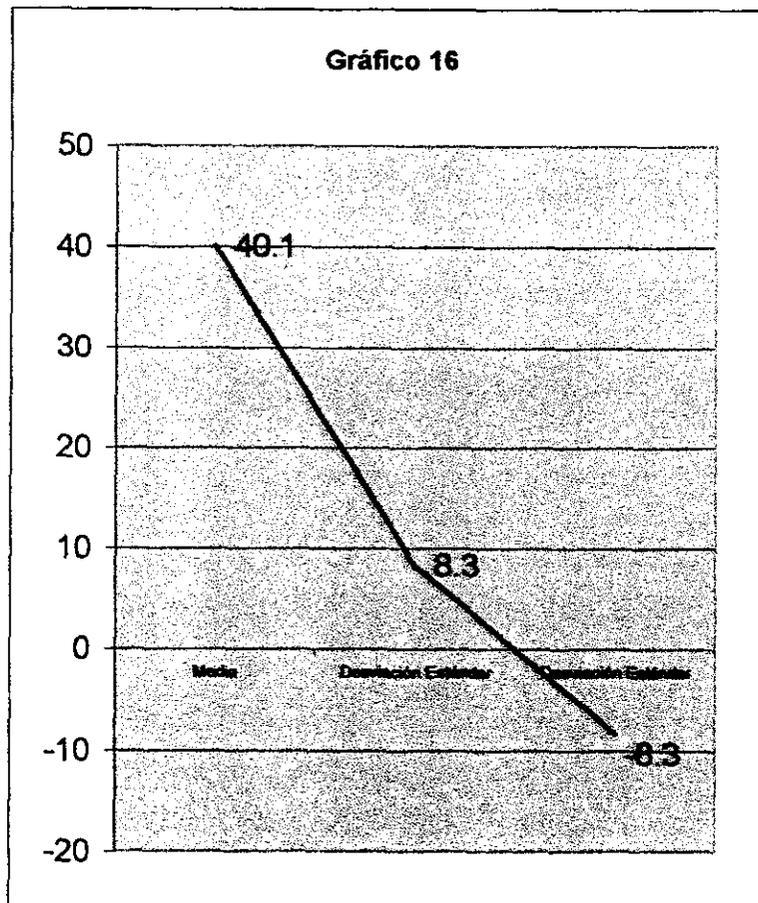
Estado Civil	Ingreso Económico		
	< 1 Salario	2-3 Salarios	3 ó Más Salarios
Unión Libre	0	7	17
Casados	0	21	52
Divorciados	0	0	3

Gráfico 15



Edad de los padres del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

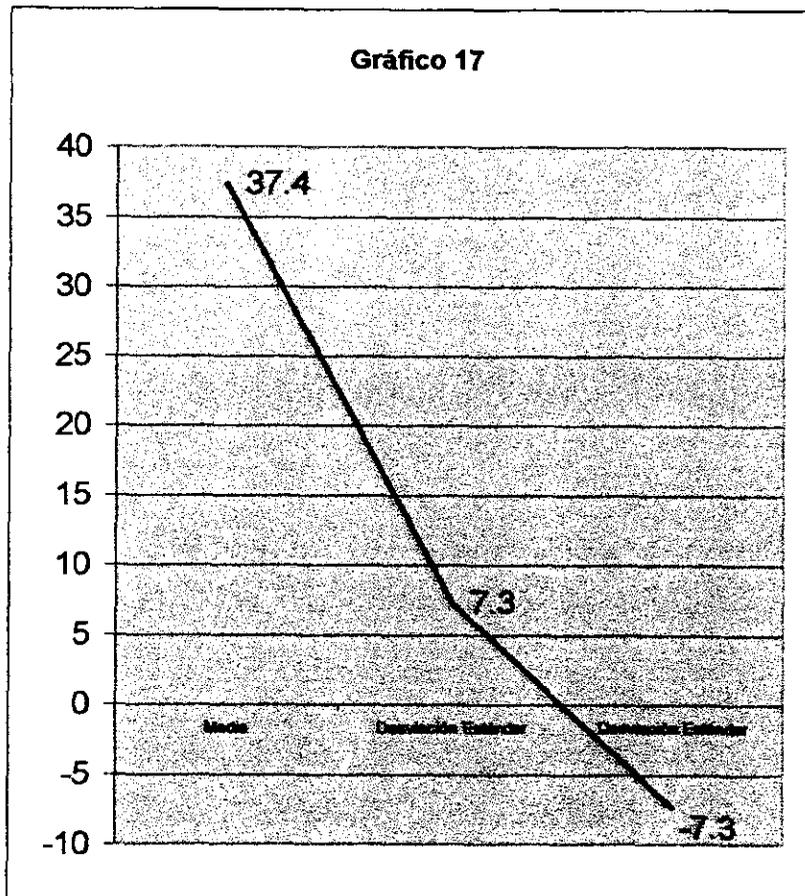
Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
40.1	8.3	-8.3



Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Edad de las madres del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
37.4	7.3	-7.3

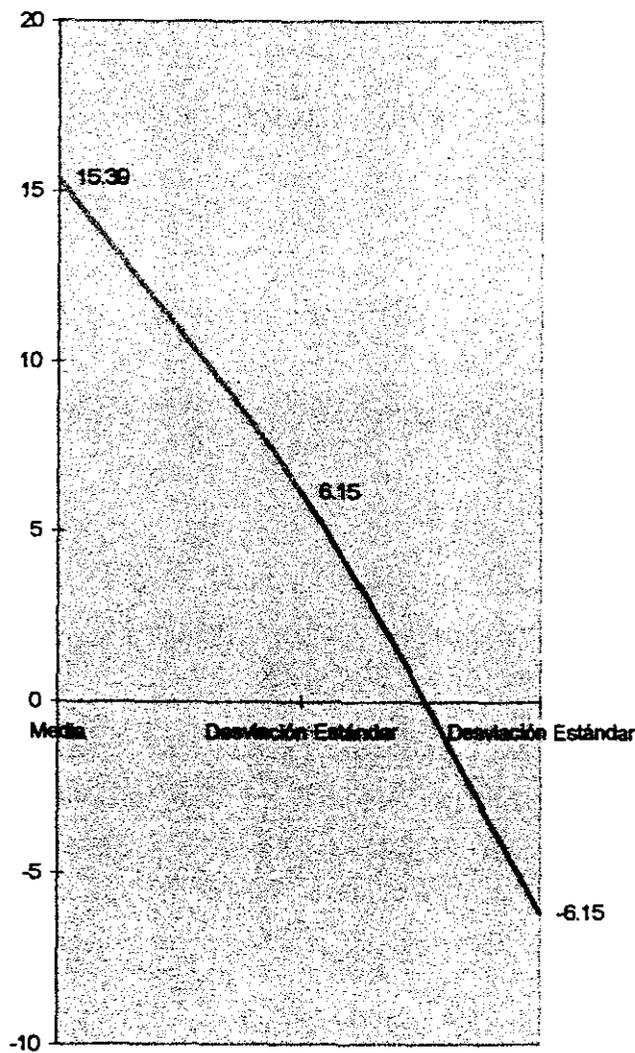


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Años de Casados de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998.

Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
15.39	6.15	-6.15

Gráfico 18

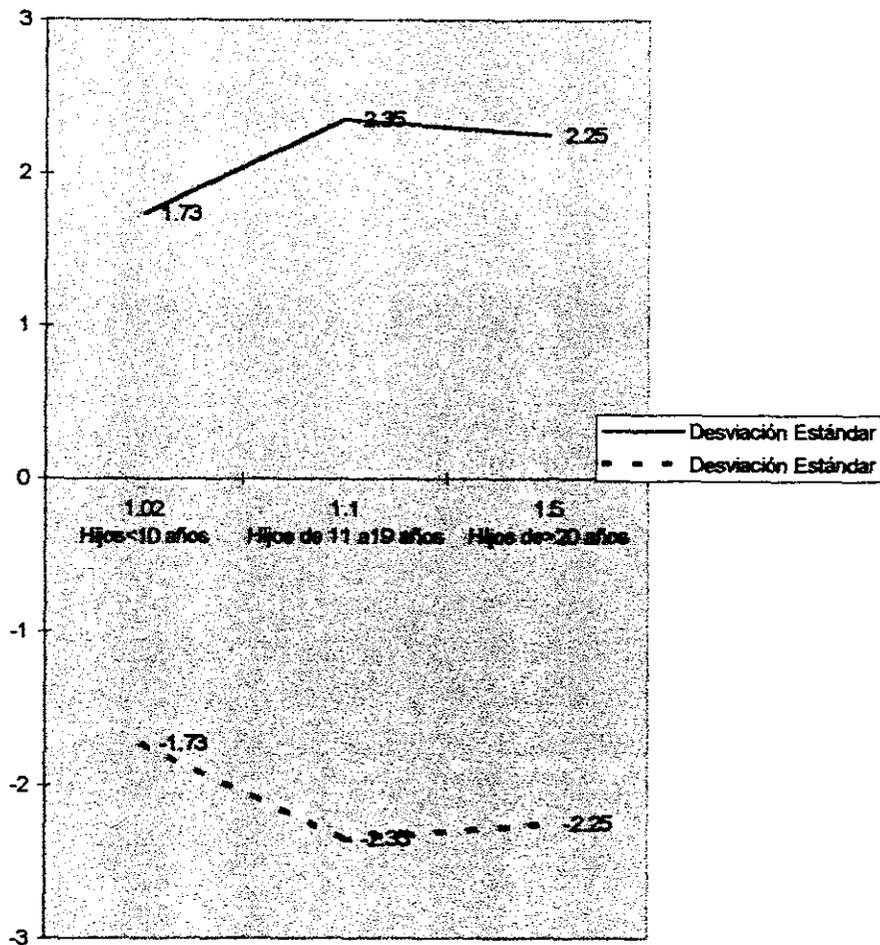


Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Números de hijos de las familias del consultorio número 4-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 Junio a Octubre de 1998

	Media	Desviación Estándar	Desviación Estándar
Hijos <10 años	1.02	1.73	-1.73
Hijos de 11 a 19 años	1.1	2.35	-2.35
Hijos de >20 años	1.5	2.25	-2.25

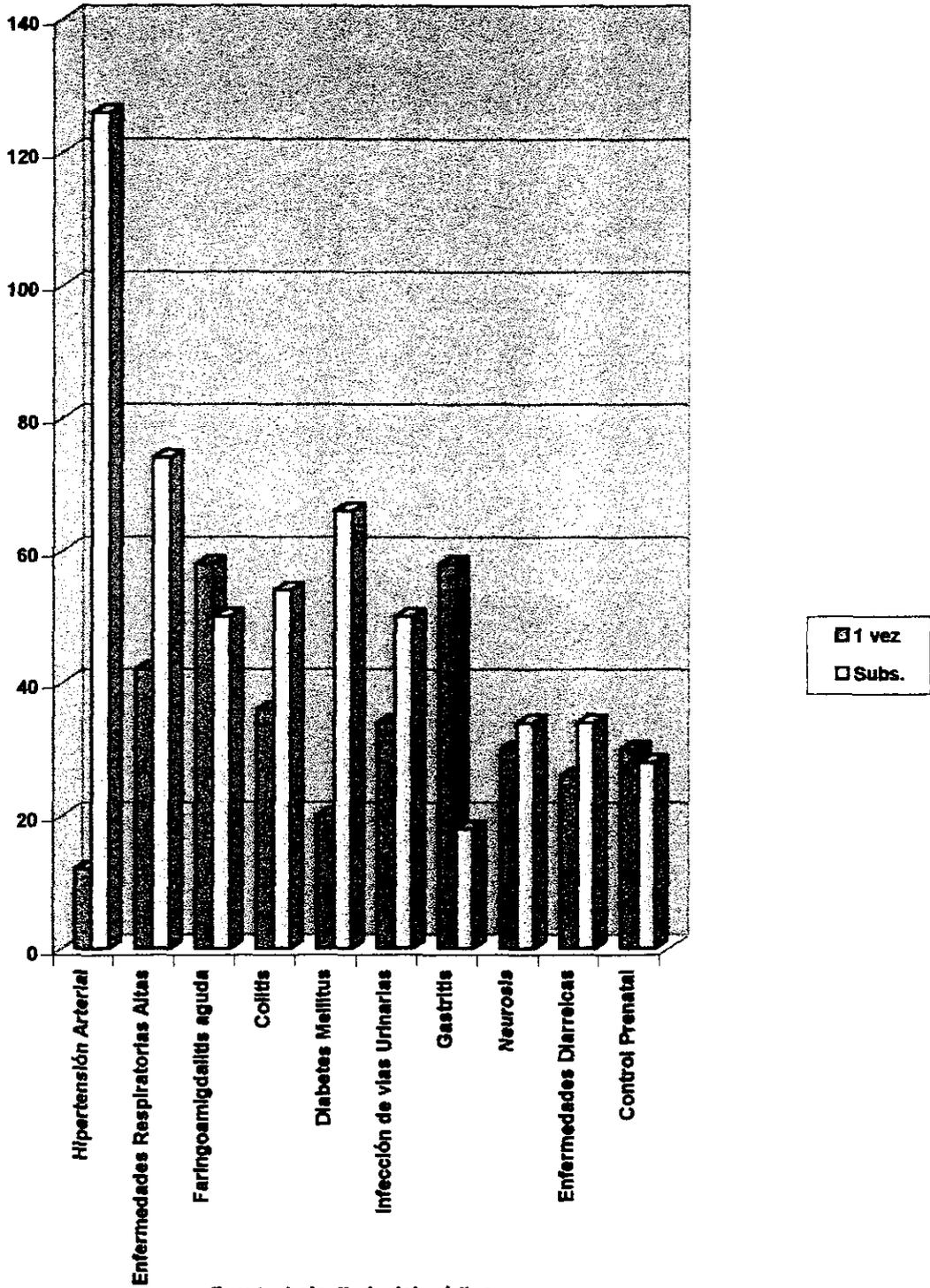
Gráfico 19



Fuente: Diagnóstico Familiar (n=100)

Principales diez causas de consulta del consultorio numero 4-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 20

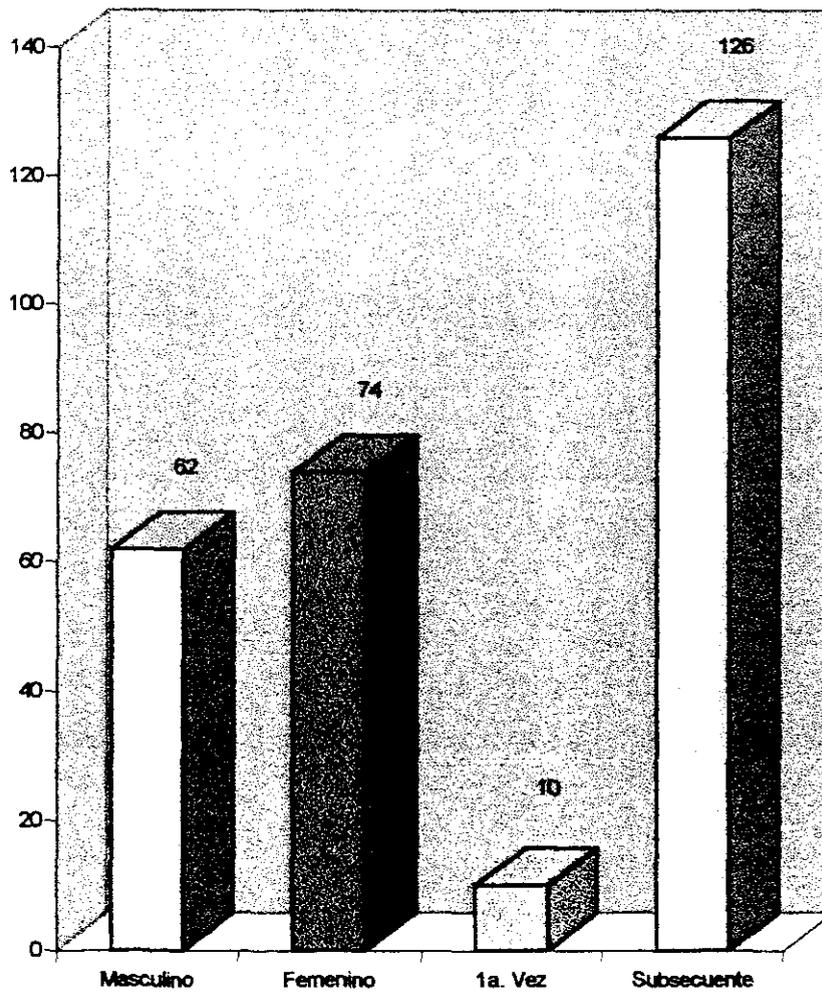


Fuente. hoja diaria del médico

Enfermedades crónicas degenerativas del consultorio número 4-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 1997.

Hipertensión Arterial	
Masculino	62
Femenino	74
1a. Vez	10
Subsecuente	126

Gráfico 21

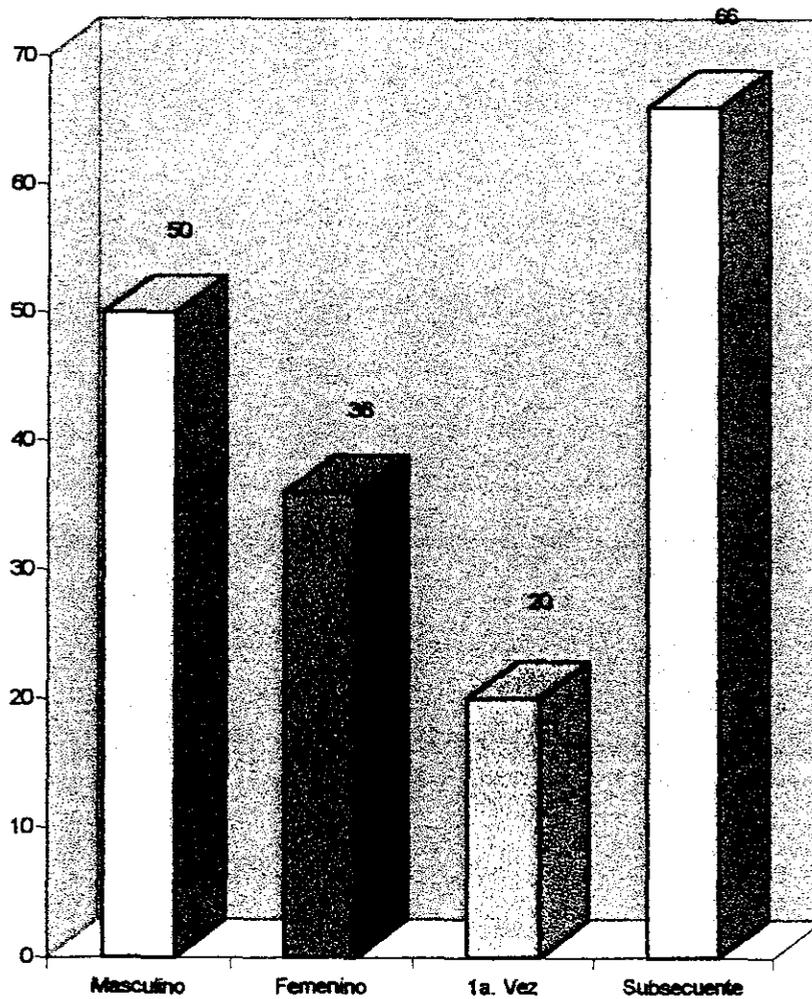


Fuente: Hoja Diaria del Médico

Enfermedades crónicas degenerativas del consultorio número 4-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 1997.

Diabetes Mellitus	
Masculino	50
Femenino	36
1a. Vez	20
Subsecuente	66

Gráfico 22



Fuente: Hoja Diaria del Médico

6.- Discusión de Resultados

El presente estudio por ser descriptivo de una muestra no probabilística (n=100), tipo cuota Sampling, muestra resultados similares a los estudios recientes en México por el Dr. Saavedra G. en cuanto a que los hogares nucleares conyugales y en menor medida los extensos constituyen las modalidades predominantes de la estructura familiar en nuestro país, así como también que en la mitad de los hogares se ajustan al arquetipo del hombre como único proveedor y la mujer esposa ama de casa. (5).

La familia en base a su desarrollo se encontró que el 56% es moderna y en el 44% tradicional, en donde el 96% se encuentra en zona urbana y el 4 % restante en zona suburbana, estos resultados tienen una notable diferencia con los del Dr. Irigoyen Coria y del Dr. Gómez Clavelina, ya que ellos marcan a la familia en base a su desarrollo en moderna, tradicional y arcaica o primitiva en un 40, 50 y 10 % respectivamente y en base a su demografía en 60% urbana y 40% rural, esto es debido a que el estudio fue realizado en una población cerrada.(3,7).

Es importante mencionar que se aplicó los tres ejes fundamentales de la medicina familiar, con lo que se obtuvo el conocimiento pleno del desarrollo biológico, social, cultural y económico de las familias en estudio, del consultorio número 4-b del turno vespertino. (22).

En virtud de que la población usuaria del servicio médico son trabajadores al servicio federal, adscritos a diversas instituciones gubernamentales, se encontró que en el 83% de los padres y el 40% de las madres son profesionistas, de las parejas el 73% está casada con un promedio de vida conyugal de 15.39 años y el 72% cuenta con un ingreso económico de 3 o más salarios mínimos.

La población de edad reproductiva está representada por el 56.4% del total de mujeres de la población femenina y considerando que de las familias estudiadas solo el 51% usa métodos anticonceptivos, cifra por debajo de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre la población de edad fértil a nivel nacional, que es de 68.7% para el año de 1998; Deben intensificarse las acciones de información, educación y comunicación (IEC) incluyendo planificación familiar, así como también las acciones de información y prestación de servicios de salud reproductiva mediante la orientación-consejería impartidas a través de la consulta externa, consulta de planificación familiar, consulta ginecológica y obstétrica y servicios de atención para adolescentes, así como durante la estancia hospitalaria por eventos obstétricos, enfatizando la importancia que tiene el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos de alto riesgo, lograr el inicio de la maternidad a una edad conveniente, el espaciamiento entre los hijos y el periodo oportuno para dejar de tenerlos, ya que estas condiciones se relacionan estrechamente con la salud de la familia. (41).

Se identificó la población de riesgo infantil en donde se encontró a las infecciones de vías respiratorias altas como una de las principales causas de morbilidad, resultados parecidos a los reportados en el estado de Chiapas. En cuanto a las enfermedades crónico degenerativas encontradas son semejantes en el estado de Chiapas con el resto del país, ya que la diabetes

mellitus y la hipertensión arterial están dentro de las primeras cinco causas de muerte nacional, de acuerdo al reporte de estadísticas demográficas de morbilidad y las estadísticas vitales, SISPA. (42,43). Es evidente que es ardua la tarea que debe enfrentar el médico familiar, puesto que debe afrontar los problemas de enfermedad de la población y enfrentar la difícil tarea de realizar acciones de medicina preventiva en coordinación con todos los demás servidores de la salud. (33).

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, etc., por no formar parte del objetivo inicial del estudio, considerándose únicamente como limitantes.

7. - Conclusiones

El estudio da respuesta al planteamiento del problema, identificando plenamente las características biológicas, sociales, culturales y económicas de las familias adscritas al consultorio número 4-b del turno vespertino. A través de la implementación de los tres ejes fundamentales de la medicina familiar, es decir; el estudio de la familia nos dio la oportunidad de conocer las diferentes etapas del ciclo vital de la familia en que se encuentran, (expansión, dispersión, independencia y de retiro) además fue posible reconocer el grado de desarrollo y su composición en un área demográfica especificada.

La continuidad permitió el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos identificando las primeras diez causas de morbilidad del consultorio número 4-b del turno vespertino.

Con la acción anticipatoria permito identificar a los diferentes grupos de riesgo para población infantil por edad y sexo, para fiebre reumática, riesgo reproductivo, población anciana y detección de enfermedades crónicas degenerativas, como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que forman parte de las cinco causas de muertes en el país

Considero haber logrado el objetivo general y los específicos planteados al inicio del presente estudio, comenzando con la elaboración de los núcleos familiares por sectores, la pirámide poblacional con diversos grupos etáreos por edad y sexo, la estructura familiar a través del diagnóstico familiar y la identificación de las principales causas de consultas.

Este estudio de las familias a mi cargo, me da la posibilidad de elaborar estrategias para incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños y otorgar una atención médico integral entre la población derechohabiente.

8.- Referencias Bibliográficas.

- 1.- Sarukan Kermey J, La familia, estructura cambiante. UNAM
- 2.- Madalie JH, Medicina Familiar Principios y Prácticas. 1ª Edición. 1987.
- 3.- Irigoyen CA, Gómez CFJF, Hernández RC, Farfán SG. Diagnóstico Familiar 5ª edición Editorial Medicina Familiar, México 1996.
- 4.- Engles F, El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moscu. Editorial progreso. 1979.
- 5.- Saavedra GJM, Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev-Med-IMSS(Mex) 1995; 33: 249-256.
- 6.- Platiquemos en familia. Consejo Nacional de Población. CONAPO 1994.
- 7.- Gómez CFJ, Irigoyen CA, Fundamentos de la Medicina familiar. Editorial. Edición Medicina familiar Mexicana 4ª edición internacional 1996.
- 8.- Revilla L, Fleitas LMA, El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y sus dislocaciones. Atención Primaria Vol 21 No. 4 15 de Marzo 1998.
- 9.- Haley J, Terapia no convencional. Buenos Aires. Amorrortu. 1989.
- 10.- Pittman FS. Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situación de crisis. Barcelona: Paidós. 1990.
- 11.- Rodríguez FE, Gea SA, Gómez MA. García GJM, Estudio de la Función Familiar a través del cuestionario apgar. Atención Primaria 1996; 17: 338-341.
- 12.- Chavéz AV. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Rev-Med-Fam 1989;48: 47-67.
- 13.- Chavéz AV, Velasco OR, Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev-Med-IMSS (Mex) 1994; 32:39-43.
- 14.- Gil LE, El médico general y la familia. Fobia Psiquiátrica (crisis, funciones familiares, comunicaciones) México, 1991; 19-29.
- 15.- De la Revilla L, Disfunción familiar. Atención Primaria 1992; 10: 582-583.
- 16.- De la revilla L, Por que es necesaria la atención familiar en: De la Revilla L. Eds. Concepto e Instrumentos de la atención Familiar. Barcelona. Editorial Doyma. 1994; 1-6

- 17.- Velasco OR, Chavéz AV, La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev-Med-IMSS. 1994; 32: 271-275.
- 18.- Dickinson BMA, Ponce RER, Gómez CFJ, González QE, Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención primaria 1998; 275-282.
19. - Saucedo GM. Psicología de la vida familiar: una visión estructural. Rev-Med-IMSS. 1991; 29:61-67.
- 20.- Rackel RE, Pisacano N. The family physician en: Text Book of family practice 3 th de USA: WB Saunders, 1984: 3-30
- 21.- López SS, Actuación del especialista en medicina familiar, en la sociedad actual. Rev-Med-IMSS (Mex) 1995; 33: 317-320.
- 22.- Chavéz AV, García M, La atención integral en medicina familiar, el médico familiar en la atención primaria a la salud en medicina familiar. Rev-Med-IMSS (Mex) 1995; 33: 167-176.
- 23.- Cárdenas C. Medicina familiar, Historia Mexicana. IMSS. 1974.
- 24.- Estebanell AJA, et.al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Atención Primaria. 1992; 10: 539-42
25. - Brotons CMA, Ciuriana R. et. al. Actividades de prevención y promoción de la salud en la consulta de atención primaria, en: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Editorial Manual de Atención Primaria, Editorial Barcelona, Doyma. 1989; 661-75.
- 26.- Residency Review Committe for family practice. September 18, 1977. Denver Colorado. Usa.
- 27.- Ceittlin J.¿Qué es la Medicina Familiar? Fepafem|Kellogg. 1982.
- 28.- Taylor RB, Colwil JM, et. Success strategies for departament of family medicine. J-Am-Board-Fam-Pract. 1991; 4(6): 427-36.
- 29.- The Society of teacher of family medicine Newsletter. 1984; 3.
- 30- White KL, Willians TL, Greenberg BG, The ecology of medicical care. N-England J. Med. 1961; 265: 885-92.
- 31.- Gil VF, et. Al. Medicina en la atención primaria: dos años de experiencia. Atención Primaria 1993;12: 48-50.
- 32.- Soberón G, Langer A, Frenk J, Requerimiento del paradigma de la atención primaria a la salud en los albores del siglo XXI. Salud Pública Mex. 1988;30(5): 791-803.