

11226

146
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**UNIDAD ACADEMICA
CLINICA IZTAPALAPA**

**CARACTERISTICAS SOCIALES, AMBIENTALES Y
DE MORBILIDAD DE LAS FAMILIAS DE LA
CLINICA IZTAPALAPA**

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

**ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DR. RENE ZAVALA RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.



1999



**TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN**

271568



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

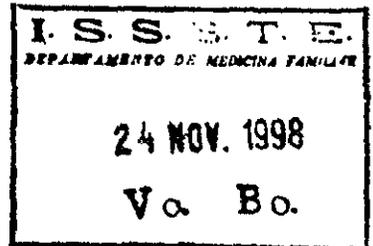
CARACTERISTICAS SOCIALES, AMBIENTALES Y DE
MORBILIDAD DE LAS FAMILIAS
DE LA CLINICA IZTAPALAPA

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

RENE ZAVALA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES




DR. RUBEN HERNANDEZ MAY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA
CLINICA IZTAPALAPA


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

**CARACTERISTICAS SOCIALES, AMBIENTALES Y DE
MORBILIDAD DE LAS FAMILIAS
DE LA CLINICA IZTAPALAPA**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

RENE ZAVALA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INDICE

	Pags.
1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.....	1
1.1 EVOLUCION DE LA ATENCION MEDICA.....	1
1.2 EVOLUCION DE LA FAMILIA.....	6
1.3 DEFINICIONES, CONCEPTOS Y TIPOS DE FAMILIA.....	9
1.4 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.....	13
1.5 ASPECTOS SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES.....	18
1.6 MORBILIDAD.....	21
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
3.- JUSTIFICACION.....	27
4.- OBJETIVOS.....	29
5.- METODOLOGIA.....	30
6.- RESULTADOS.....	34
7.- DISCUSION.....	50
8.- CONCLUSIONES.....	55
9.- ANEXOS.....	57
10.- BIBLIOGRAFIA.....	62

1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

1.1 EVOLUCION DE LA ATENCION MEDICA.

Históricamente la atención médica se había desenvuelto considerando en forma independiente, las acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, de las acciones tendientes a curar la enfermedad. (6).

El concepto actual es el de considerar una atención médica integral, o sea la reunión de las acciones tendientes a prevenir, curar y rehabilitar. Es mas, la atención médica, en su estrategia de atender no sólo individuos, sino familias y comunidades en el contexto de su entorno, es relativamente reciente; lo que ha originado que se rebase con mucho, el campo restringido de la "Atención Tradicional" de la medicina, adentrándose esta en el campo de otras ciencias, como el de la Sociología, Psicología, Ciencias del Ambiente, etc. (4).

En la actualidad, la planeación de los servicios de atención médica, debe enfocarse a atender y resolver las necesidades mas apremiantes de la población en materia de salud, a nivel sanitario y clínico. (5).

A fin de cumplir con este propósito y con el objeto de incrementar la calidad de los servicios, se esta haciendo a nivel mundial, un reordenamiento de los programas en cuanto a su planeación, contenido y desarrollo, con propuestas de manejo acordes a este fin que se persigue, que comprenden no solo una confrontación de la teoría con la realidad, sino primordialmente, la integración de actividades de todas las personas involucradas en el proceso salud-enfermedad, ya sean prestadores de servicios de salud o receptores de los mismos. (7).

En este espacio es donde cobra importancia la política de salud de la Organización mundial de la Salud (OMS), de 1977, denominada "Salud para todos en el año 2 000", con su estrategia específica, "Atención primaria de Salud", surgida en Alma Ata en 1978 y que señala que:

"Es la asistencia sanitaria esencialmente social, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar durante todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del cual constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, de las familias y de la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible, la atención en salud, al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia médica". (1).

La OMS ha declarado que, la medicina, basada en métodos exclusivamente clínicos, no ha resuelto de manera satisfactoria, los problemas de salud que afectan a la población.

Esto ha determinado el diseño de estrategias acordes con la realidad, como el de escoger modelos de atención médica, donde se logre la participación de las familias y de la comunidad. (2).

Esta orientación de la práctica médica, hacia la familia y la comunidad, como objeto de estudio y de trabajo, es muy reciente.

Se concibió inicialmente como un mecanismo de abaratamiento de costos y optimización de recursos. Mas tarde, el desarrollo del enfoque preventivo, la proyección del hospital al campo y el impulso de la estrategia multidisciplinaria en la resolución de problemas de salud, fueron incorporándose al quehacer profesional del médico, contituyéndose así en una diferente práctica médica. (8).

Los primeros ejemplos de esta nueva práctica médica se realizaron en el continente africano y en la mayor parte de los países pobres de Asia.

En China, después del revolución política, se realizaron actividades similares con el apoyo del gobierno socialista.

Durante la década de los sesentas, actividades de la misma índole se difundieron por toda America Latina.

Los resultados obtenidos con esta práctica por países como la India, Liberia, Cuba, Costa Rica, ponen de manifiesto que las necesidades prioritarias de la comunidad, no siempre consisten en la prestación de servicios médicos convencionales, sino en el saneamiento ambiental, la provisión de agua potable, alimentación adecuada, construcción de escuelas, construcción de carreteras, educación para salud, etc. Actividades que son, incluyendo la médica, complementarias entre si. (3).

Este enfoque de atención médica, hacia la familia y la comunidad se complementa con la investigación orientada al análisis de los problemas de salud más importantes de un país, y a la promoción y mantenimiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Estas nuevas concepciones y propuestas, constituyen la base sobre la cual se instituyó la Atención Primaria de Salud (APS) a nivel mundial. (1).

La atención primaria de salud es un concepto relativamente nuevo, ya que surgió hace apenas unos 20 años, como respuesta a las evaluaciones de los servicios de salud, que demostraron que la mayoría de la población mundial, no tenía acceso a una atención adecuada.

A partir de 1978, la Atención Primaria de Salud, constituye la base de los servicios de salud. Esto se ha traducido en una orientación hacia resolver los principales problemas sanitarios y clínicos de la comunidad, fortaleciendo los correspondientes servicios preventivos, de fomento de la salud, curativos y de rehabilitación.

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), tiene varios componentes, de los cuales el más fundamental es el de los Programas.

Componentes de la Atención Primaria en Salud (APS):

1.- Extensión Universal de la Cobertura.

Significa que el 100% de la población debe tener acceso a los servicios de salud.

El acceso no solo constituye la oferta de los servicios, sino que también incluye el permitir su uso desde un punto de vista social o cultural por toda la población, por lo cual es necesario reconocer en los servicios de salud los siguientes elementos:

- a) Aumento de la disponibilidad de los servicios.
- b) Aumento de la accesibilidad de los servicios.
 - Accesibilidad geográfica.
 - Accesibilidad cultural.

2.- Desarrollo de los recursos humanos para la Atención Primaria de Salud.

La nueva orientación en la formación de recursos humanos es la "Ideologización" del personal de salud en los principios de atención primaria de salud para:

- a) Garantizar accesibilidad no solo geográfica, sino cultural, social y económica de toda población.

- b) Lograr un verdadero impacto en las condiciones de salud, con un máximo de eficiencia y de productividad de los recursos asignados.
- c) Incrementar la oportunidad, equidad y eficiencia de los servicios ofrecidos
- d) Reordenar el sistema de salud con base en el principio de “niveles de atención” geográficos y funcionales.
- e) Incluir la participación de las familias y de la comunidad.

3.- Participación Comunitaria.

La Organización Panamericana de Salud (OPS) definió en 1978, la participación comunitaria como: “El proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo”.

Esta definición considera a la participación comunitaria como un fin en sí mismo, como un producto final valioso y como un derecho humano fundamental. También es posible considerarla como un medio, para el logro de la estrategia de la APS.

La participación comunitaria debe cumplir con los siguientes requisitos: Debe ser activa, consciente, responsable, voluntaria, organizada y continua.

La participación de la comunidad debe estar presente en todas las fases de los programas, desde el diseño del programa, el planteamiento de los objetivos, la ejecución y la evaluación de las actividades.

4.-Desarrollo de tecnología apropiada.

La conferencia internacional sobre atención primaria de salud, recomienda a la comunidad mundial, a través de la OMS, la creación de programas de estímulos y fortalecimiento de tecnología apropiada a las características de cada país, señalando que el uso de tecnología local, disminuirá progresivamente, la pesada carga de la dependencia tecnológica. Sin embargo recalco, que la tecnología local apropiada, deberá ser en todos los casos socialmente aceptada y científicamente válida.

5.-Desarrollo Administrativo.

Es la introducción de las técnicas modernas de administración y gestión en el desarrollo de Programas de Servicios de Salud.

Dentro de este componente tiene mucha importancia la creación de un Centro Nacional de Información en Salud, que facilitaría la retroalimentación de los

programas, permitiendo que llegue a todas las instancias participantes en el proceso como, comunidad, equipo de salud, planificadores y autoridades. Es importante considerar en el Sistema Nacional de Información en Salud, la participación de la comunidad, no sólo en su génesis, sino también en el análisis y uso de la información, para optimizar los recursos administrativos de los programas y de esta manera también promover una participación consciente y responsable de la comunidad.

6.- PROGRAMAS.

Se refieren a la prestación de servicios de Salud.

Por su prioridad pueden ser mundiales, nacionales o regionales. (1).

Los recomendados por la Conferencia Internacional de Alma Ata, en 1978 son los siguientes:

- A.- Atención materno-infantil.
- B.- Inmunizaciones.
- C.- Planificación familiar.
- D.- Control de las enfermedades diarreicas.
- E.- Control de enfermedades respiratorias agudas.
- F.- Control de enfermedades parasitarias.
- G.- Control de enfermedades ocupacionales.
- H.- Control de enfermedades de transmisión sexual.
- I.- Control, prevención y rehabilitación de enfermedades crónicas.
- J.- Alimentación y nutrición.
- k.- Saneamiento ambiental.
- L.- Salud mental.
- M.- Salud dental.
- N.- Prevención de accidentes.

Para su instrumentación en cada país se consideran, características locales, En términos de magnitud, vulnerabilidad, trascendencia y costo.

En México, es importante el apoyo que han recibido los programas de inmunizaciones, salud-materno-infantil, planificación familiar, terapia de rehidratación oral, prevención de sida, y control de mejoramiento del ambiente. (3).

1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

1.2 EVOLUCION DE LA FAMILIA.

Se ha demostrado históricamente que es la familia el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para su supervivencia, su crecimiento y maduración. (9 y 10).

Característica fundamental del ser humano es el hecho de vivir en sociedad; el hombre, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requiere siempre participar y moverse dentro de diferentes grupos en su vida. Desde el nacimiento hasta la muerte, invariablemente realizamos actividades dentro de conglomerados como son la familia, la vecindad, el equipo deportivo, la escuela, el trabajo, la ciudad, etc. (11 y 12).

De estos grupos resalta por su importancia, la familia considerada como el núcleo primario y fundamental para insertar al individuo dentro de la sociedad.

La familia como nosotros la conocemos ha sufrido una serie de modificaciones; no siempre a existido con sus características actuales. (9,10,11 y 12).

A pesar de que los estudiosos de este fenómeno social no se ponen de acuerdo sobre su evolución histórica, la mayoría tiende a considerar las siguientes etapas en la génesis de la familia:

- 1.- Promiscuidad inicial.
- 2.- Cenogamia.
- 3.- Poligamia.
 - a)Poliandria
 - b)Poliginia
- 4.- Familia patriarcal monogámica.
- 5.- Familia conyugal modera.

1.- Promiscuidad Inicial.

Se caracteriza por la nula existencia de vínculos permanentes entre el padre y la madre. No hay reglamentación plena de sus relaciones y de la responsabilidad que el padre pueda tener hacia los hijos, y por tanto

aparece como una figura no importante. Es la madre la que mantiene un vínculo constante de cuidado y protección del hijo, el cual no sabe quién es su padre y el parentesco se señala por la línea materna. (9 y 12).

2.- Cenogamia.

Se caracteriza porque un grupo específico de mujeres mantiene relaciones sexuales con un grupo determinado de hombres. A diferencia de la posición anterior, en este caso si existe una reglamentación entre los diferentes esposos y el cuidado y crianza de los hijos. (9 y 12).

3.- Poligamia.

- a) Poliandria.- Caso en el que una mujer tiene varios maridos y se convierte en el centro de la familia. Ejerce la autoridad. Fija derechos de la descendencia y por tanto el parentesco se determina por la vía femenina, es lo que denominamos matriarcado.
- b) Poliginia.- Es cuando el hombre tiene varias mujeres. Este fenómeno social es mucho más aceptado. Inclusive en la actualidad se observa en los país musulmanes. (9 y 12).

4.- Familia Patriarcal monogámica.

Es el antecedente de la familia moderna. En la cultura occidental la influencia que la religión ejerció en el desarrollo jurídico-político, fue decisiva para institucionalizar este concepto que se caracteriza porque la figura preponderante es la del padre, el cual representa el centro de las actividades económicas, religiosas, políticas, y jurídicas. Esta estructura familiar esta formada, además, por la esposa, los hijos hasta que morían, las hijas hasta que se casaban, las esposas de sus hijos, y los esclavos. Entre otros derechos, el padre tenía el de reconocer los hijos o de rechazarlos a su nacimiento; repudiar a la mujer, casar a las hijas y a los hijos; emancipar, adoptar, designar al morir, el tutor de su esposa y sus hijos; ser el único propietario del patrimonio y el representante religioso en el culto hogareño. (9 y 12).

5.- Familia Conyugal Moderna.

Es una familia conyugal, nuclear o restringida y tiene como principales características las siguientes:

- a) Es una institución socio-jurídica que conocemos por matrimonio.
- b) Existe una relación sexual legítima y permanente.
- c) Incluye un conjunto de normas que regulan la relación entre los padres y entre estos y los hijos, normas que son jurídicas, religiosas, y morales.
- d) Incluye un sistema de nomenclatura que define el parentesco.
- e) Contempla una regulación de las actividades económicas.
- f) Contempla un lugar fijo para vivir. (9 y 12).

Estos atributos, así como sus finalidades, se dan con peculiaridades específicas, dependiendo de tradiciones, religión, orden jurídico y político. Lo que sí se mantiene análogo, es la existencia de estas propiedades y de una serie de objetivos homogéneos. (11 y 12).

1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

1.3 DEFINICIONES, CONCEPTOS Y TIPOS DE FAMILIAS.

La palabra familia es de uso común y se refiere a un tipo de realidad tan ligado a la experiencia cotidiana, que podría pensarse que este trabajo se enfrenta a una situación simple. (10 y 11).

Todo induce a pensar que la familia es la más antigua de las instituciones humanas, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. (12).

La primera dificultad para iniciar este estudio es delimitar el concepto de familia.

Una de las más antiguas etimologías de la palabra familia es la que proviene de la palabra latina "Famulus", que significa esclavo o sirviente que habita en la casa, y por extensión abarca a todas las personas que viven bajo un mismo techo, subordinados a un superior común. (13).

Definición de Familia:

Es un grupo de personas de diversas edades, unidas por lazos de parentesco conyugal o consanguíneo, compuesto por marido, mujer e hijos que viven bajo la autoridad de una de ellas y bajo el mismo techo, y que tiene como función esencial, proporcionar a sus miembros socialización, cuidados materiales, afectos, formar roles sexuales, estimular aprendizaje, actitudes y apoyo a la creatividad de la iniciativa individual. (13).

Concepto Canadiense:

Una familia esta compuesta por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más niños que viven bajo el mismo techo. (13).

Concepto Norteamericano:

Una familia es un grupo de dos o más personas, que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción. (13).

Concepto de la ONU:

Es un grupo de personas, formado por los elementos integrantes de un hogar, emparentados entre sí por un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. (13).

Desde un punto de vista social, en base a diferentes factores, hay diversos tipos de familias (13). Mencionaremos a continuación los siguientes:

En base a su desarrollo:

- a).- Moderna.
- b).- Tradicional.
- c).- Arcaica o Primitiva.

En base a su Demografía:

- a).- Urbana.
- b).- Rural.

En base a su Ocupación:

- a).- Campesina.
- b).- Obrera.
- c).- Profesional.

En base a su Composición o Estructura:

- a).- Nuclear: padres e hijos.
- b).- Extensa: padres, hijos, abuelos, tíos, etc.
- c).- Extensa Compuesta: padres, hijos, abuelos, tíos, compadres, amigos, etc.

En base a su Integración:

- a).- Integrada: los cónyuges viven juntos y cumplen adecuadamente sus funciones.
- b).- Semi-integrada: los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- c).- Desintegrada: falta de uno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

Variaciones de tipos de familia en las sociedades occidentales:

- a).- Pareja sin hijos.
- b).- Padre o Madre Solteros.

Además de las anteriores clasificaciones existen otros tipos que atienden a otras características de la familia.

Mencionaremos tres tipos de factores macroestructurales que dan lugar a una diversidad significativa de tipos familiares (11), y son los siguientes:

Cultura o subcultura de la comunidad a la que pertenece la familia:

- a).- Indígena.
- b).- Comunidad tradicional rural.
- c).- Urbana.
- d).- Industrial o cosmopolita.

Pertenencia a un nivel determinado de estratificación socioeconómica y de clase:

- a).- Familia de estratos marginados y subproletarios.
- b).- Familia de estratos populares proletarios.
- c).- Familia de estratos medios.
- d).- Familia de estratos elitarios de dominio.

Ubicación geosocial, regional, local y residencial:

- a).- Por región del país.
- b).- Por redes de relación ecológica.
- c).- Por grado de sedentarismo o migración.

Al llevar cabo el estudio de la familia y tratando de entenderla mejor, no debemos cometer el error de crear falsos estereotipos, que son una simplificación extrema y falsa de las características que se atribuyen a las familias y sus integrantes.

Por todo lo expuesto, es importante enfatizar que el estudio objetivo y realista de nuestra realidad familiar, muestra una basta gama de categorías que se encuentran entrelazadas, haciéndose muy complejo y plural el panorama tipológico, permitiendo sin embargo, percibir diferencias que realmente nos llevarían a hablar de “las familias mexicanas”, en lugar de la familia mexicana, situación que refleja la diversidad de condiciones y de subsistemas en una sociedad con un contraste tan grande como la nuestra. (11 y 13).

1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

1.4 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

La visión del desarrollo de la familia ha sido definido como un ciclo vital: la familia pasa por un desarrollo, por una serie de etapas, durante las cuales puede desplegarse características de funcionalidad o disfuncionalidad. Iniciando el ciclo familiar con las fantasías, noviazgo y matrimonio de la pareja; nacimiento de los hijos con su consecuente desarrollo físico y emocional (etapas de desarrollo infantil); ida de casa de los hijos, quedando el grupo familiar reducido a la pareja que inició la familia, renaciendo otros grupos familiares con las nuevas familias de sus hijos y terminando el ciclo de la vida familiar, con la muerte de uno de los cónyuges. Durante todas estas fases, la familia tiene tareas que cumplir para la evolución del ciclo familiar, para que se continúe la evolución, es necesario el alcance de cada fase, para que las fases sean alcanzadas depende del grado de flexibilidad y funcionalidad de la familia como un todo y de sus partes componentes. (13,14 y 15) .

Al considerar el grupo familiar como un proceso de desarrollo, como una Sucesión de etapas, se puede tener una visión más clara de su funcionamiento; el conocer los acontecimientos que surgen en cada etapa puede ayudar a evitar patrones inadecuados de conducta y procurar así, el alcance de cada fase. El concepto de ciclo vital ofrece un instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico. (14).

Es importante hacer notar que una familia puede estar pasando por dos fases Diferentes a la vez, ejemplo; hijo en edad escolar o hijo adolescente: la familia tendrá que responder de manera diferente a cada hijo, dependiendo de sus necesidades. Otra particularidad es que este ciclo de la familia puede ser interrumpido por diversas circunstancias y afectar su curso longitudinal, por ejemplo; muerte de algún miembro, problemas económicos, o bien, una fase puede ser pasada por alto, ejemplo; cuando el matrimonio se tiene que realizar por un embarazo no planeado (no hubo oportunidad de conocerse en la fase de encuentro y crear una identidad de pareja, y menos oportunidad de procurarse una adecuada identidad sexual en la fase de luna miel. (15).

Un problema metodológico en el estudio del ciclo de la vida familiar es que no se ha llegado a un acuerdo sobre la cantidad de etapas que deben reconocerse sin embargo, una versión que se utiliza frecuentemente comprende las siguientes etapas principales:

- 1.- Etapa de Matrimonio: Unión a otra Familia mediante el matrimonio.
- 2.- Etapa de Expansión: Familia con hijos pequeños.
- 3.- Etapa de Dispersión: Familia con hijos adolescentes.
- 4.- Etapa de Independencia: Cuando los hijos se van.
- 5.- Etapa de Retiro y Muerte: Familia en Etapa tardía.

Algunos autores han esbozado las dislocaciones del ciclo de vida familiar relacionados con el divorcio, muy frecuente en la actualidad, con las madres solteras, con las familias abandonadas por el padre y con la crianza de los hijos con los abuelos. Otro problema es el que se presentó debido a la variabilidad del ciclo de vida familiar por las diferencias culturales, así como el efecto de la migración y la transición cultural. (15).

1.-ETAPA DE MATRIMONIO.

Llegar a formar una pareja es una de las transiciones más difíciles en el ciclo vital de la familia, aunque debido a una idea romántica y optimista, se ha considerado al matrimonio como una solución a todos los problemas del hombre, principalmente los relacionados con la soledad. (13 y 14).

El cambio del rol de la mujer, la movilidad social y el uso de los métodos anticonceptivos, han modificado la idea del matrimonio.

En el matrimonio, y a diferencia de otros animales, en donde la unión únicamente involucra a dos, en el hombre están presentes dos enormes sistemas muy complejos, que lo distinguen de los otros animales, el hecho de que el hombre tiene familia política.

Referente a la relación con sus familias extensas, las parejas pueden adoptar diferentes maneras de relacionarse: conflicto, de involucración, de distancia o de cortar con la relación. La imposibilidad de poder negociar y dar solución a esta situación, puede convertirse en el problema principal de la pareja durante esta etapa de su ciclo vital. (14 y 15).

De una manera general, el primer año de bodas es considerado especialmente por la mujer, como uno de los años más felices del ciclo vital de la familia.

Es recomendable que antes del primer embarazo cuenta la pareja con suficiente tiempo para acoplarse.

Para lograr una adecuada estabilidad es recomendable que se cuente al menos con un año de vida matrimonial antes de decidir embarazarse. El decidir tener hijos requiere tener conciencia de gran responsabilidad, ya que como es sabido los lazos de matrimoniales pueden ser rotos, pero no así los de paternidad.

Es importante en esta época poder compartir las responsabilidades entre la pareja, así como las amistades. (13 y 15).

2.- ETAPA DE EXPANSION.

Al llegar los hijos a una familia, se pueden encontrar que no hay un espacio para ellos en la pareja, o que si existe un espacio para ellos, o que existe un vacío que ellos tienen que llenar.

La concepción y el nacimiento de los hijos pueden activar fantasías en los padres relacionadas con su propia infancia. (14).

La llegada de los hijos puede afectar las actividades y prácticas sexuales de la pareja, ya que la presencia de un hijo puede afectar la privacidad de los padres. Durante esta etapa, es muy importante que los padres comprendan que sus hijos requieren para su sano desarrollo de amor, atención y cuidado.

En esta etapa las relaciones extramaritales se pueden presentar con más frecuencia, especialmente en la época cercana al embarazo.

La presencia de los hijos puede ayudar a que se solucionen problemas entre los abuelos, aunque también pueden ser utilizados los hijos para estabilizar un matrimonio o como para que la pareja se aleje de su familia de origen.

Los cambios principales que se llevan a cabo en esta etapa son:

El ajuste en el sistema para hacer espacio a los niños. Asumir el papel de padres y replantear la relación con la familia extensa para incluir los roles de padres y abuelos.

Como conclusión podemos decir que ser padres es un evento nodal en el ciclo de la familia y como todos los eventos de esta importancia, puede estimular el crecimiento y fortaleza del sistema familiar o puede propiciar una disfunción. (13 y 15).

3.- ETAPA DE DISPERSION.

En esta etapa de la familia, los adolescentes están diariamente retando a la familia con sus nuevos estilos, nuevo lenguaje, nuevos manierismos y nuevos valores; en el adolescente se da una mezcla de niño y adulto que confunde a la familia. (14).

De todos los eventos naturales que se presentan en ciclo de la familia es el trato con adolescentes el que pone a prueba la flexibilidad de la organización familiar, ya que la conducta del adolescente puede variar en un momento de un extremo al otro, sin dar tiempo a la familia a adaptarse a los cambios.

En esta etapa se debe promover la independencia de los hijos con la aceptación de los padres. El lograr una identidad le permite al adolescente hacerse cabalmente responsable de su vida, de seguir una carrera profesional y de poder relacionarse íntimamente con otra persona. En esta etapa cambia la relación padre-hijo existente, para permitir al adolescente la posibilidad de moverse dentro y fuera del sistema.

4.- ETAPA DE INDEPENDENCIA.

En esta etapa los hijos salen del hogar, por cuestiones de matrimonio, estudios, o trabajo. Con relación a la edad de los padres, esta etapa usualmente comprende de los 40 a los 60 años de edad. (14 y 15).

Esta etapa se caracteriza por un constante movimiento en lo relacionado a entradas y salidas de miembros de la familia. Se inicia con la salida de los hijos del hogar, en la relación de noviazgo y posteriormente en el casamiento, lo que trae consigo la incorporación de la familia política. Esta proliferación de relaciones familiares se ve aumentada por la aparición de los descendientes, los nietos. Es esta una etapa en donde se puede presentar el "Síndrome del Nido Vacío".

El grado de éxito que hayan obtenido los padres en manejar problemas relacionados con la autonomía, la responsabilidad y cercanía con sus respectivas familias de origen, tendrá un impacto definitivo en el éxito que obtengan en el manejo de estos conceptos, con sus hijos mayores. (13 y 14).

5.- ETAPA DE RETIRO Y MUERTE.

Generalmente se teme tanto llegar a viejo, como el no poder alcanzar la vejez. Durante la última época de la vida, la familia como sistema, enfrenta junto con sus miembros más viejos, retos muy importantes de adaptación.

El estrés que produce la jubilación y el retiro laboral, la viudez, el rol de abuelos, las enfermedades o incapacidades físicas, requiere de ayuda y apoyo de la familia para realizar ajustes adecuados que les permitan elaborar las pérdidas y lograr una adecuada reorientación y reorganización en la estructura familiar. (14).

Durante esta etapa, se debe fomentar el que la familia viva esta fase productivamente y que no se abandone o aislé, únicamente porque ya se terminaron sus obligaciones en relación a los hijos.

El deterioro tanto físico como mental, es el mayor temor o preocupación de los ancianos y este puede ser exacerbado por depresiones, sentimientos de desamparo y desesperanza y por temores a la pérdida de autosuficiencia. Todas estas facetas son parte de la estructura y textura de una familia. (13, 14 y 15).

1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

1.5 ASPECTOS SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES.

Es necesario contemplar a la familia dentro del contexto socio-económico y cultural en que está inserta. (12).

Las familias mexicanas necesariamente reflejan la problemática del país, la de su historia y condición actual. Son un microcosmos que reproducen en su seno la problemática social que le enmarca. Es así como, independientemente de que la estructura y de que los miembros de una familia puedan constituir una unidad relativamente sólida y bien integrada, van a experimentar las tensiones, conflictos e impulsos que aparecen a diversos niveles de la estructura social. De esta, recibe sus características y sus valores fundamentales. La modificación y la variedad macroestructural determina el tipo y el cambio de la vida familiar. (11).

En nuestro país es evidente la incapacidad del Estado para ofrecer mejores condiciones sociales, de asegurar a la población los mínimos requerimientos de bienestar, alimentación, servicios médicos, vivienda, educación y posibilidades de empleo, que ha hecho que aumente la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo para contribuir con el hombre o sustituirlo en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la familia.

Por la estructura de nuestra familia en nuestro país y dada la ideología prevaleciente, la mujer aparte de sus actividades laborales esta obligada a realizar los quehaceres domésticos, evidenciando con todo lo anterior que las condiciones del entorno de una familia afectan de una manera desigual a hombres y mujeres.

Afortunadamente, es evidente que México es un país que esta sufriendo un proceso de modernización, que corre paralelo a un proceso de industrialización. Estos factores están produciendo cambios en las creencias y actitudes hacia la familia y sus integrantes. En la actualidad se presenta una disminución en las barreras hacia la equidad entre los sexos, encontrándose menos sujeción de las mujeres para con los hombres y participando mas activamente dentro de la sociedad. (11).

Para una mejor comprensión de la familia mexicana, citaremos algunos aspectos de los censos de población, de las publicaciones de información estadística y de morbilidad de entidades gubernamentales, que contextúan entre otros elementos la problemática de la familia y la constitución de su dinámica interna. (16,17,18,19 y 21).

La población total de la República Mexicana en 1990 era de 89 534 842 habitantes de los cuales 39 843 964 eran hombres y 41 355 676 mujeres. Hasta 1992 se observó una tendencia ascendente de todas estas cifras, siguiendo más o menos presente la misma proporción entre hombres y mujeres. (16 y 17).

El grupo de edad más numeroso de la población nacional fue el de 5-9 años con 13%, persistiendo igual este grupo hasta 1992. (16 y 17).

La familia mexicana clasificándola según su etapa en el ciclo vital familiar la mayoría (34%), estaba en etapa de independencia. (16,17,18 y 19).

Existía una población económicamente activa de 23 403 413 personas, las que en su gran mayoría (37%), tenían un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos. La población económicamente activa se concentraba en su mayor parte en actividades económicas de tipo primario como agricultura, ganadería, pesca, etc. La población económicamente activa empleada dentro del sector gubernamental era de 928 350 con un ingreso en su gran mayoría también, de 1 a 2 salarios mínimos. (16 y 17).

La escolaridad de los hijos fue acorde con su edad, en el 62% de los escolares, hasta la secundaria. La escolaridad promedio familiar de secundaria se encontró en el 28% de las familias. (16 y 17).

La vivienda en la República Mexicana puede ser, casa sola, departamento en edificio, en vecindad o cuarto de azotea. Puede estar construida de diversos materiales según la región. Existía hacinamiento en un 39% de las viviendas; teniendo servicios públicos de agua y energía eléctrica el 70% de vivienda, y de drenaje el 61% de viviendas. (16 y 17).

Tuvieron acceso a los servicios de salud a través de una institución, el 52% de la población. De ese porcentaje, el 79% estaba el I.M.S.S, y el 22% en el I.S.S.S.T.E. La suma de los 2 porcentajes es mayor a 100% por las personas que son derechohabientes en más de una institución de salud. (16, 17 y 18).

En el campo de la alimentación se reportó una desnutrición a nivel nacional del 35%, en su mayoría de tipo leve y principalmente en menores de 15 años. (21).

El 70% de las familias mexicanas tuvo actividades recreativas, enfocadas hacia el fomento de la salud el 33%, y con práctica específica de un deporte sólo el 12%. (17).

Quienes tramitaron o realizaron un servicio en forma enteramente gratuita para mejoramiento de comunidad fue solo el 2% de la población. (17).

Las personas que participaron en la organización, promoción de actividades para conservación de la salud, en campañas de vacunación, cuidando enfermos, cuidando ancianos, fueron el 26% de la población. (17).

La breve panorámica expuesta nos permite una mejor comprensión de las condiciones socioeconómicas y culturales en las cuales las familias mexicanas viven y expresan su funcionalidad.

1.- ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

1.6 MORBILIDAD.

Las explicaciones sobre las causas que determinan que una sociedad, o sus distintos grupos, enferme y a veces muera, han sido materia de múltiples trabajos. Su historia se remonta a por lo menos una centuria. (22 y 23).

Estos trabajos se diferencian entre sí, tanto por la corriente social a la que cada uno se adscribe, como por el nivel de explicación que tocan. Así es posible encontrar explicaciones pregonadas desde la economía, la política, la demografía, la sociología y la medicina propiamente dicha. Estas diversas teorías explicativas pueden clasificarse a su vez, en explicaciones históriológicas y en explicaciones empírico-fácticas. Las explicaciones históricas aventuran hipótesis generales sobre grandes lapsos de tiempo a nivel mundial, mientras que las de tipo empírico se refieren a períodos cortos, regiones delimitadas y grupos específicos de la población. (24).

Dentro de las teorías generales contemporáneas que explican la presencia de la morbilidad y sus cambios a través de diferentes factores, esta desde hace más de 20 años la de Abdel Omran, denominada la “Teoría de la Transición Epidemiológica”. Con este concepto, Omran define a todo un cuerpo teórico que pretende explicar la interacción de los cambios económicos, demográficos y sociales, que determinarían en última instancia un perfil de salud o morbilidad. (25).

Según el mismo autor, durante el proceso de desarrollo de una nación, ocurren cambios importantes en los patrones de salud enfermedad.

En la actualidad la teoría de la transición epidemiológica se ha utilizado para describir el ritmo, tipo y extensión de estos cambios, así como sus determinantes y consecuencias. La teoría señala que de una etapa de alta mortalidad, en la cual las hambrunas y las enfermedades infecciosas son las principales causas de muerte, todas las sociedades transitan a una etapa con bajo nivel de mortalidad, en donde las enfermedades crónico-degenerativas y aquellas causadas por el hombre son las más importantes, y además se acompañan de una baja fertilidad. Esta transición según Omran, ya ha terminado en los países desarrollados y se encuentra sin completar en los países en desarrollo. (26).

Un elemento novedoso que ha permitido la combinación de los planteamientos explicativos generales (como la teoría de la transición epidemiológica) con los de tipo empírico fáctico (como las investigaciones de la epidemiología clásica) se encuentra al contar con la información muy precisa sobre la enfermedad por grupos de edad, sexo, nivel socioeconómico y grado de ruralidad. Esta información esta contenida en los censos generales de población, iniciados a fines de siglo pasado y generalizados en todo el mundo a partir de la segunda mitad del siglo XX. (27).

LA TRANSICION EPIDEMIOLOGICA EN MEXICO.

En el caso de nuestro país, Frenk y otros han señalado que no existe ninguna razón para suponer que la transición epidemiológica en México seguirá el mismo camino que en las naciones desarrolladas, y que, de hecho, México bien podría experimentar una transición “dilatada” en la que la mezcla de enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas, persistiría por largo tiempo. Esto se reflejaría en una polarización epidemilógica de la sociedad, según la cual los segmentos de más alto nivel socioeconómico habrían llegado a la post-transición, mientras que los grupos más pobres seguirían sufriendo de la patología pre-transicional. (24).

México se encuentra en una fase de cambio de sus perfiles de salud. La característica principal de este proceso consiste en la disminución “lenta” de los padecimientos propios del subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados.

En nuestro país, desde hace varias décadas han ocurrido cambios sustanciales en las condiciones de vida de población.

Aunque en forma tardía y como consecuencia de la modernización capitalista de los años cuarenta y cincuenta, que transformo al país de una nación eminentemente agrícola y rural a otra de tipo industrial y citadina, con sus consecuentes cambios demográficos, económicos, políticos, sociales y culturales, el país ha logrado una relativa mejoría en las condiciones de vida de la población, con modificaciones en el patrón de morbilidad. (28).

A pesar de lo anterior, la situación dista de ser satisfactoria, ya que los progresos alcanzados, están amenazados continuamente por la crisis económica, que afecta principalmente a la población que históricamente carece de servicios básicos y de ingresos suficientes.

Las malas condiciones de vida son aun mayores en las zonas rurales, donde al bajo nivel socioeconómico, se suman otros factores negativos como la dispersión y el aislamiento territorial.

La morbilidad o la salud dependen de la interacción de múltiples factores como la composición demográfica de la población, su desarrollo socioeconómico y sus patrones educativos y culturales que determinen asimismo, un patrón de morbilidad o de salud. (29).

Entre las medidas que han contribuido en forma importante a dar paso a la transición epidemiológica se encuentran, entre otras, haber elevado el nivel educativo, incorporar a la mujer a la actividad laboral con cambios en los patrones de reproducción, proporcionar servicios públicos básicos como agua, drenaje y electricidad y medidas sanitarias como la del Control de Enfermedades diarreicas y el Programa de Vacunación Universal. Todo lo anterior ha contribuido a la disminución en la frecuencia de presentación de las enfermedades infecto-contagiosas.

Por otro lado, las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, los tumores malignos y los accidentes llevan una tendencia ascendente.

Aunque este es el perfil epidemiológico nacional, se debe reconocer que no es homogéneo, y que los cambios tampoco ocurren con la misma velocidad en todo del territorio. El proceso de transición es muy claro en las zonas mas desarrolladas del país, mientras que en las de mayor atraso social, el perfil epidemiológico indica que las enfermedades infecto-contagiosas aun son la principal causa de enfermedad y muerte. (30).

El análisis de la morbilidad indica que las diversas entidades federativas se encuentran en fases distintas del proceso de transición epidemiológica, según su nivel socioeconómico.

Los estados con más alta morbilidad de tipo infecto-contagioso son Oaxaca, Chiapas, México, Puebla, y Quintana Roo.

Los estados con más alta morbilidad de tipo crónico-degenerativo son Nuevo León, Distrito Federal, Sonora, Coahuila, y Tamaulipas.

Esta breve síntesis de la transición epidemiológica indica que el sistema de atención se enfrentará dentro de poco a una situación de transición “lenta”, en la cual, aun por largo tiempo se encontrarán enfermedades infecto-contagiosas, junto con enfermedades crónico-degenerativas, accidentes y lesiones, cuya resolución requiere tecnología de alto costo y recursos humanos muy especializados. Además el sistema de atención debe estar preparado para enfrentar nuevos retos derivados de los problemas ambientales, las farmacodependencias y los estilos de vida propios de nuestro tiempo. (24 y 30).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO.

Esta conformado por la presencia, en primer lugar, por mayor número de casos, de enfermedades infecto-contagiosas como infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales diarreicas, dermatofitosis y dermatomicosis, principalmente, siguiendo las enfermedades crónico-degenerativas como traumatismos y accidentes, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Toda esta información y la que se expone a continuación esta contenida en los registros nacionales de morbilidad. (21)

La tendencia de las 10 enfermedades más frecuentes en los últimos cinco años (1990-1995) es la siguiente, en orden decreciente, de acuerdo a su frecuencia en 1995:

Las infecciones respiratorias agudas ocupan en todo el país, en los últimos 5 años, el primer lugar, registrando una tasa en 1990 de 10 799.79 por 100 000 habitantes, presentando una tendencia ascendente en los últimos 5 años, con un incremento muy marcado para 1995 con una tasa de 29 009.60 por 100 000 habitantes.

Las infecciones intestinales diarreicas ocupan el segundo lugar, por frecuencia de presentación. Con una tasa en 1990 de 2 905. 93 por 100 000 habitantes, con una tendencia general ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 3 747.47 por 100 000 habitantes.

La amibiasis intestinal se colocó en tercer lugar. Con una tasa en 1990 de 1 226.99 por 100 000 habitantes, con una tendencia ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 1 664.74 por 100 000 habitantes.

Las helmintiasis aparecen en cuarto lugar. Con una tasa en 1991 de 99.94 por 100 000 habitantes, con una tendencia ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 889.97 por 100 000 habitantes.

La Otitis media aguda ocupa el quinto lugar, en 1995. Aparece por primera vez entre las principales causas de enfermedad, como complicación de infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 745.17 por 100 000 habitantes.

La ascariasis se presenta en sexto lugar. Con una tasa en 1990 de 549.81 por 100 000 habitantes. Con una tendencia levemente ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 561.31 por 100 000 habitantes.

La hipertensión arterial aparece en séptimo lugar. Con una tasa en 1990 de 246.46 por 100 000 habitantes, con una tendencia ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 416.46 por 100 000 habitantes.

La varicela esta en octavo lugar. Con una tasa en 1990 de 178.39 por 100 000 habitantes, con una tendencia ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 340.54 por 100 000 habitantes.

La diabetes mellitus se presentó en noveno lugar. Con una tasa en 1990 de 155.57 por 100 000 habitantes, con una tendencia ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 297.26 por 100 000 habitantes.

La angina estreptococcica ocupó el décimo lugar. Con una tasa en 1990 de 213.22 por 100 000 habitantes, con una tendencia ascendente en los últimos 5 años, con una tasa en 1995 de 179.83 por 100 000 habitantes.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estudio del proceso salud-enfermedad, tanto a nivel mundial como en México, ha sido abordado fundamentalmente, por la mayoría de los clínicos, desde un enfoque "Tradicionalista", es decir, atender individuos solamente, no familias; curar enfermedades, no prevenirlas, etc. Lo que ha limitado el avance de la medicina en su objetivo fundamental de mantener la salud a corto plazo y conservar la vida a largo plazo.

Es tiempo ya, de realizar un estudio integral del proceso salud-enfermedad, desde una perspectiva sistemática, cuyo propósito central sea, indentificar las características de la familia del paciente, de su medio social y de su ambiente, que pudieran constituirse en factores de riesgo, generadores de enfermedad, al momento de alterarse la relación y dependencia mutua del hombre y su entorno, y darle ahora, un sentido dinámico, integral y multifactorial al estudio del proceso salud-enfermedad.

Así entonces, de acuerdo a lo arriba expuesto, se hace el siguiente planteamiento:

¿ Cuales son las características sociales, ambientales y de morbilidad de las familias de la clínica Iztapalapa?

3.- JUSTIFICACION.

El médico familiar ocupa un lugar muy importante y estratégico en el sistema de salud. Es el coordinador de los recursos que existen en la comunidad y de las acciones tendientes a otorgar salud, teniendo siempre como núcleo de acción-atención a la familia.

Para lograr lo anterior, el médico familiar desarrolla acciones de promoción de la salud y protección específica, se esfuerza por diagnosticar en forma temprana y tratar oportunamente, los padecimientos agudos y crónicos más frecuentes, e interviene en la rehabilitación para limitar la presentación de secuelas.

El médico familiar no solo estudia, diagnóstica y trata a sus pacientes, sino que más importante aún, una parte de su acción, la dirige al conocimiento del contexto donde sus pacientes viven, desarrollan sus potenciales de vida, maduran física y emocionalmente, crean y en ocasiones lamentablemente enferman.

La medicina familiar otorga la misma importancia al conocimiento de la epidemiología familiar y de los determinantes emocionales, sociales y ambientales de la enfermedad de un paciente, que al conocimiento de la fisiopatología de una enfermedad aislada.

Separar las partes integrantes del proceso salud-enfermedad para tratarlas en forma aislada y no en su conjunto, como un todo, es absolutamente inadecuado, cuando se desea lograr una imagen integrada del enfermo y el manejo de su patología como individuo y como miembro de una familia y de una comunidad.

La importancia de considerar los problemas-enfermedades de los pacientes dentro de un "contexto propio", constituye la parte fundamental de la medicina familiar.

Por lo antes expuesto y por el hecho de que en el ISSSTE, los médicos cuentan con una orientación hacia la medicina familiar, es obligado un conocimiento mas objetivo y profundo de la población que se atiende, para identificar sus problemas de salud y tratar de darles una solución.

Es importante y urgente el conocimiento de los pacientes, de las características de sus familias, de su entorno social y de su medio ambiente, para poder planear apropiadamente, estrategias valideras y adecuadas al otorgar servicios de salud, y llevar a cabo acciones concretas para obtener resultados realmente efectivos en la promoción de la salud.

4.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar las características sociales, ambientales y de morbilidad de las familias de la clínica Iztapalapa.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- 1.- Identificar la etapa en el ciclo vital familiar, de las familias estudiadas.
- 2.- Conocer su ocupación e ingreso.
- 3.- Investigar su escolaridad.
- 4.- Saber el tipo de vivienda y servicios que tienen.
- 5.- Averiguar su acceso a servicios de salud.
- 6.- Conocer como es la alimentación que llevan.
- 7.- Indagar las actividades recreativas.
- 8.- Examinar su cooperación comunitaria.
- 9.- Investigar su autogestión en salud.
- 10.- Conocer los 10 padecimientos mas frecuentes.

5.- METODOLOGIA.

1.- TIPO DE ESTUDIO.

Esta investigación se considera observacional porque el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado, y no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso, es decir no existe manipulación de las variables.

Es descriptivo debido a que esta dirigido a determinar las características de la población estudiada y solo presentar los hechos o fenómenos, pero no explicarlos.

Se considera prospectivo ya que se va registrando la información según van ocurriendo los fenómenos.

Retrospectivo parcial porque el estudio ya cuenta con una parte de la información y el resto esta por obtenerse.

Este estudio es de corte transversal ya que las variables se miden simultáneamente solo una vez, sin pretender hacer una evaluación posterior. (31,31 y 33).

2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

El universo de estudio quedo constituido por los pacientes adscritos a la Clínica Iztapalapa del ISSSTE, de la Subdelegación Médica Oriente, en la Ciudad de México, D:F., llevándose la investigación a cabo del 10 de Enero al 31 de Julio de 1995. En esta parte se incluye como elemento a investigar la forma "Padecimientos de Mayor Demanda", de la Subdirección de Servicios Médicos-Area Metropolitana de la Subdirección médica del ISSSTE

3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se integro una muestra de 800 personas, adscritas a la clínica Iztapalapa del ISSSTE, seleccionadas mediante muestreo no aleatorio y de tipo secuencial. Se incluye también la forma "Padecimiento de Mayor Demanda".

4.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

A) Criterios de Inclusión.

Personas adscritas a la Clínica Iztapalapa del ISSSTE.

Mayores de Edad.

Ambos Sexos.

Cualquier condición Socioeconómica.

Saber leer y escribir.

Sin importar Estado Civil.

Aceptar participar en el estudio.

B) Criterios de Exclusión.

Personas no adscritas a la clínica Iztapalapa del ISSSTE.

Menores de edad.

Analfabetas

No aceptar participar en el estudio.

C) Criterios de Eliminación.

No proporcionar la información requerida.

Personas con un padecimiento psiquiátrico por la posibilidad de falsear o sesgar la información.

5.- VARIABLES A ESTUDIAR.

A) Etapa del ciclo vital de la familia

B) Ocupación e Ingresos

C) Escolaridad

D) Vivienda

E) Acceso a servicios de Salud.

F) Alimentación

G) Recreación

H) Cooperación con la comunidad

I) Autogestión en salud.

J) Morbilidad predominante.

6.- PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Se utilizó para la recolección de la información, la contenida en los siguientes formatos del sistema de datos del ISSSTE:

Forma SPEEHOIC: Total de pacientes por edad y sexo.
Subdirección General de Prestaciones Económicas.
Subdirección de Afiliación y Vigencia.
ISSSTE.

Forma SM 10-3-2: Tipo de derechohabiente, Análisis de Consulta.
Estadística de Consulta Externa 2.
Informe Mensual de Unidades Médicas.
Subdirección General Médica.
ISSSTE.

Forma "Padecimientos de Mayor Demanda".
Subdirección de Servicios Médicos-Area Metropolitana.
Subdirección General Médica.
ISSSTE.

Así mismo se emplearon también para la recolección de la información los siguientes instrumentos:

Clasificación de Familias por su Etapa en el ciclo Vital Familiar de Arnulfo Irigoyen Coria.

Evaluación del Ambito Social Familiar de Victor Chávez Aguilar

Como ya quedo asentado, el presente estudio se realizó en la clínica Iztapalapa del ISSSTE, en la ciudad de México, D.F., durante los meses de Enero a Julio de 1995.

Encuestando a una población de 800 personas adscritas a la clínica Iztapalapa. Las personas encuestadas son personas que acuden a solicitar atención médica por cualquier motivo a la clínica.

La encuesta fue requisitada durante la estancia del paciente en el consultorio.

La aplicación en todos los casos fue individual.

El tiempo requerido para su aplicación fue de 10-20 minutos.

7.- CONSIDERACIONES ETICAS.

En toda investigación siempre deben estar presentes los principios básicos de ética.

Los principios éticos proporcionan un marco de referencia para alcanzar soluciones coherentes y razonadas a problemas específicos de índole ética.

Los documentos que han ayudado a delinear estos principios son: El código de Nuremberg de 1947; la Declaración de Helsinki de 1964 y Revisada en Tokio en 1975; y las Pautas Internacionales para la investigación Biomédica Relacionada con Seres Humanos, propuesta en 1982 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (31).

Al llevarse a cabo el presente estudio de investigación se ha de cumplir con los Códigos Éticos de Helsinki de 1964 y de su Revisión en Tokio en 1975, así como con las normas que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) ha comunicado a través del Diario Oficial de la Federación del día 26 de Enero de 1982. (34).

Se han de cumplir los principios básicos éticos de respeto al derecho de las personas, de consentir participar o no, por su propia voluntad, en la investigación, o incluso retirarse cuando esta ya este en curso, y comunicarles la información pertinente y necesaria y que tengan comprensión de la misma, además de, también procurarles un beneficio, que es extensivo a sus vecinos de comunidad que no están en el estudio y no causarles ningún daño o perjuicio. (33).

A cada paciente identificado como probable miembro de la muestra a tomar, se procedía a explicarle la finalidad del estudio, lo valioso de su cooperación y el uso estrictamente confidencial que se daría a sus respuestas, garantizándoles Un total anonimato, al aceptar formar parte de la muestra, después de lo cual con su pleno consentimiento se le aplicaba la encuesta.

6.- RESULTADOS.

De los 80 608 derechohabientes sujetos a estudio, 43 257 (53.66%) fueron mujeres y 37 351 (46.34%) fueron hombres. (Fig. 1).

El mayor número de derechohabientes se ubica en el grupo de edad 15-19 Años con 8 699 (10.79%), con 4 455 (5.52%) mujeres y 4 244 (5.26%) hombres. (Fig. 1).

Del estudio de la Clasificación de Derechohabientes por Clase encontramos que de un total 80 608 derechohabientes, 31 887 (39.55%) son asegurados y 48 731 (60.45%) son beneficiarios. (Tab. 1). (Fig. 2).

De la revisión de la Clasificación de Derechohabientes por Tipo, que hacen uso de los servicios, resultó que den un total de 74 445 derechohabientes, el grupo más numeroso es el de los Hijos con 29979 (40.25%). (Tab. 2). (Fig.3).

Del Análisis de las Consultas por Sexo del derechohabiente, se encontró que fueron otorgadas un total de 89 335 consultas, de las cuales 33 352 (37.33%) fueron hombres y 55 983 (62.67%) a mujeres. (Tab. 3). (fig. 4).

Al examinar el Análisis de Consulta por Grupo de Edad, se halló que, la mayoría de las consultas se otorgaron al Grupo de Edad de 20-44 Años con 36 233 (40.45%). (Tab. 4).(Fig 5).

Al revisar el Análisis de la Consulta por Tipo de Derechohabiente, se encontró que el mayor número de Consultas se otorgó al grupo de Trabajadores con 39 678 (44.41%).(Tab. 5).(Fig. 6).

El examen de los 10 Padecimientos de Mayor Demanda, reveló que, las enfermedades infecto-contagiosas, como las infecciones respiratorias agudas con 27 050 (49.24 %) consultas, e infecciones gastrointestinales con 8 068 (14.68%) consultas, ocuparon los primeros lugares de mayor demanda de atención, seguidas de las enfermedades crónico-degenerativas, con cifras sensiblemente menores, como la hipertensión arterial sistémica con 5 325 (9.70%) consultas, y la diabetes mellitus con 4 637 (8.43%) consultas. (Tab. 6). (Fig. 7).

En la revisión de la Clasificación de Familias según su Etapa en el Ciclo Vital Familiar, se encontró que de 800 familias estudiadas, la mayoría de estas, 260 (32.50%), estaban en la Etapa de Dispersión. (Tab. 7) (Fig. 8).

Los resultados de la aplicación de la evaluación integral a las 800 familias en su ámbito social familiar fueron los siguientes:

Familias socialmente integradas	200 (25.00%)
Familias socialmente marginadas	508 (63.50%)
Familias socialmente deprivadas	92 (11.50%)

(Tab. 8). (Fig. 9).

Al examinar los puntajes obtenidos por cada familia en su evaluación sociofamiliar se encontró un Rango de 110, de una puntuación mínima de 100 puntos y una puntuación máxima de 210 puntos.

La puntuación que obtuvieron un mayor número de familias (Moda, Mo), fue la de 165 puntos con 90 (11.25%) familias. (Fig. 11).

De las puntuaciones totales obtenidas, se encontró una media $x=156.1$ y una distribución estandar $s=27.8$, trazándose una curva de distribución de frecuencias que resultó de tipo oblicua o asimétrica a la izquierda.

Se considera en términos generales, que en una curva de distribución de frecuencias de tipo oblicua o asimétrica, la “medida de posición” más representativa como “resumen numérico” o “medida central” del conjunto de datos, es la mediana (Md) o la moda (Mo), debido a que el rango de los datos es muy amplio, lo que contribuye a que en los extremos de la escala, haya valores de gran variabilidad, a todo lo cual es sumamente sensible la media, cambiando de tal forma su posición, que no puede ser realmente representativa de la mayoría de las mediciones.

La mediana (Md) que se obtuvo del conjunto de datos fue de 160. (Tab. 9). (Fig. 10).

Los resultados de los parámetros de la evaluación sociofamiliar arrojaron lo siguiente:

I.- Ocupación e ingresos.

- a) preparación acorde con ocupación: 460 (57.50%) familias
- b) ingresos suficientes: 260 (32.50%) familias

II.- Escolaridad.

- a) escolaridad de los hijos acorde con su edad: 680 (85%) familias.
- b) rendimiento escolar “Bajo” de los hijos: 130 (16.25%) familias. “Medio”: 430 (54.28%) familias. “Alto”: 240 (30%) familias.
- c) escolaridad familiar superior a 9 Años escolares: 440 (55%) familias.

III.- Vivienda.

- a) sin hacinamiento: 450 (56.25%) familias.
- b) disposición de servicios públicos: 800(100%) familias.
- c) eliminación adecuadas de basuras: 770(96.25%) familias.
- d) eliminación adecuada de excretas: 800(100%) familias.
- e) fauna doméstica no dañina: 600 (75%) familias.

IV.- Accesos a Servicios de Salud.

- a) derecho a una institución de salud pública: 800 (100%) familias.
- b) hogar accesible a servicios de salud: 800(100%) familias.
- c) horario laboral que permite acudir a consulta: 800 (100%) familias.

V.- Alimentación.

- a) alimentación suficiente en cantidad: 540 (67.5%) familias.
- b) alimentación suficiente en calidad: 450 (56.25%) familias.
- c) hábitos alimentarios sin desnutrición u obesidad: 490 (61.25%) familias.

VI.- Recreación.

- a) familias con actividades recreativas: 2 700 (87.5%).
- b) familias con actividades recreativas en salud: 490 (61.25%).
- c) familias o sus integrantes que practican deporte: 370(46.25%).

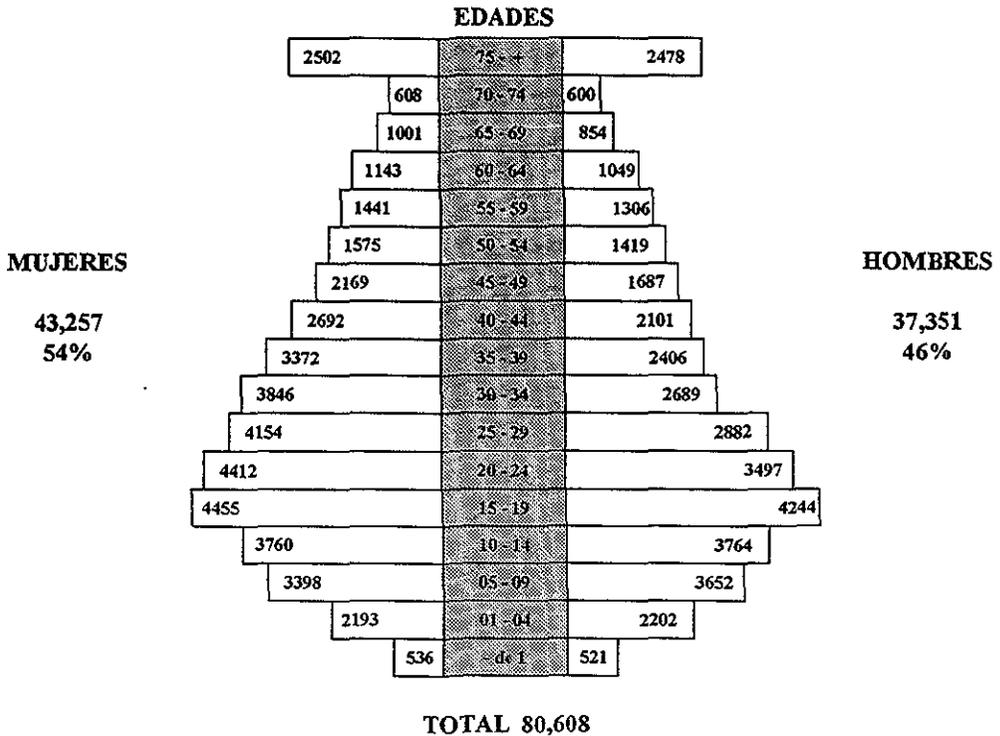
VII.- Cooperación con la comunidad.

- a) familias que son parte de comité comunitario: 140(17.5%).
- b) familias que cooperan con la comunidad: 170 (21.25%).
- c) familias reconocidas por su labor comunitaria: 70 (8.75%).

VIII.- Autogestión en Salud.

- a) familias que participan en salud comunitaria: 290(36.25%).
- b) familias en organización de la comunidad para la salud: 110(13.75%).
- c) familias que promueven la participación de otras familias en fomento a la salud: 60 (7.5%). (Tab. 10). (Fig. 12).

FIGURA No. 1
 PIRAMIDE DE POBLACION POR EDAD Y SEXO
 31 de Julio de 1995



Fuente: Forma SPEE HOIC
 Subdirección de Afiliación y Urgencia
 Subdirección General de Prestaciones
 Económicas
 L.S.S.S.T.E

TABLA No. 1
CLASIFICACIÓN DE DERECHOHABIENTES POR CLASE
31 de Julio de 1995

CLASE	CANTIDAD	PORCENTAJE
ASEGURADO	31,877	39,55%
BENEFICIARIO	48,731	60,45%
TOTAL	80,608	100%
Fuente:	Forma SPEEHO1C	
	Subdirección de Afiliación y Vigencia	
	Subdirección General de Prestaciones Económicas	
	I.S.S.S.T.E	

FIGURA No. 2
DERECHOHABIENTES POR CLASE
31 de Julio 1995

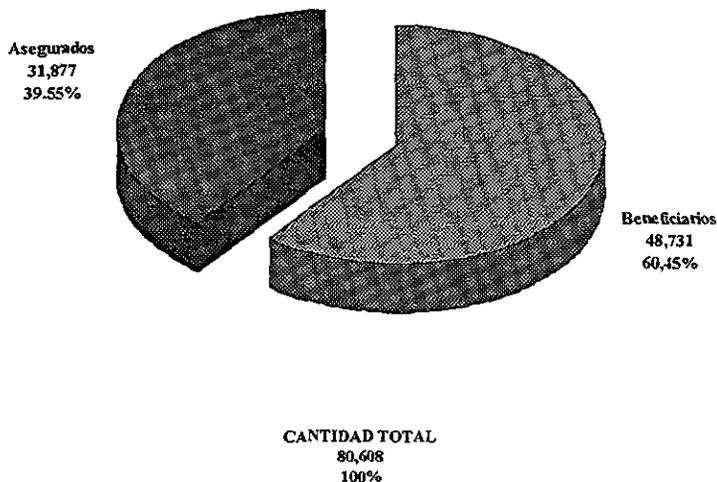


TABLA No. 2
CLASIFICACION DE DERECHOHABIENTES POR TIPO
 Enero - Julio de 1995

TIPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
TRABAJADOR	28,815	38,70%
ESPOSA	10,737	14,42%
HIJOS	29,979	40,25%
PADRES	3,598	4,83%
PENSIONISTA	1,016	1,36%
FAM. DE PENSIONISTA	300	0,40%
TOTAL	74,445	100%
Fuente:	Forma SM-10-3-2	
	Estadística de Consulta Externa 2	
	Informe Mensual de Unidades Médicas	
	Subdirección General Médica	
	I.S.S.S.T.E.	

FIGURA No. 3
CLASIFICACION DE DERECHOHABIENTES POR TIPO
 31 de Julio 1995

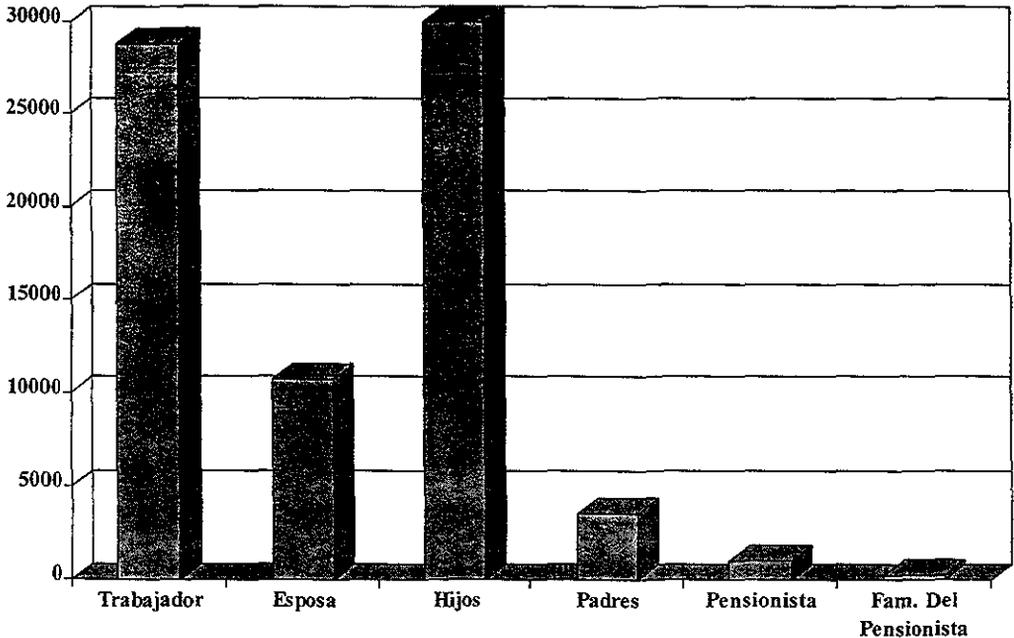


TABLA No. 3
ANALISIS DE LAS CONSULTAS POR SEXO
Enero - Julio de 1995

ANALISIS DE LAS CONSULTAS POR SEXO										
ENERO - JULIO 1995										
SEXO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	TOTAL	PORCENTAJE	PROMEDIO MENSUAL
MASCULINO	4,965	4,821	5,335	4,042	4,695	5,148	4,348	33,352	37,33%	4,764
FEMENINO	8,295	8,184	9,033	7,032	7,812	8,542	7,035	55,983	62,67%	7,998
TOTAL	13,260	13,005	14,368	11,074	12,507	13,740	11,381	89,335	100,00%	12,762
Fuente:	Forma SIM-10-3-2									
	Estadística de Consulta Externa 2									
	Informe Mensual de Unidades Médicas									
	Subdirección General Médica									
	I.S.S.S.T.E									

FIGURA No. 4
ANALISIS DE LAS CONSULTAS POR SEXO
Enero - Julio 1995

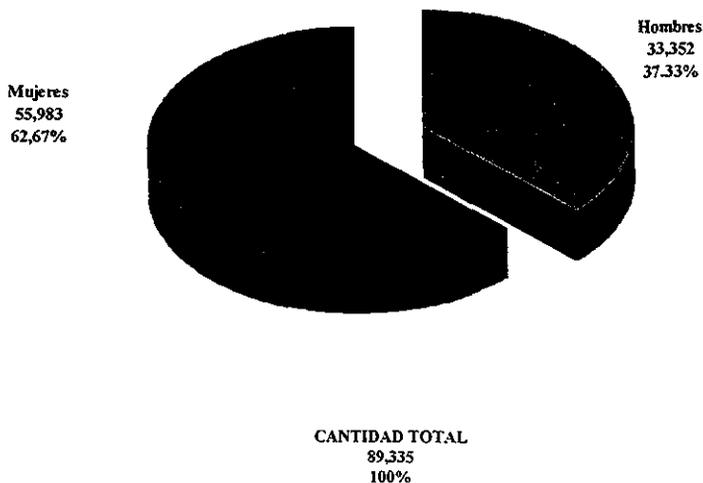


TABLA No. 4
ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD
ENERO - JULIO 95

EDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	%	PROMEDIO MENSUAL
0-27 DIAS	15	25	31	22	35	20	19	167	0.18	23
28-364 DIAS	388	395	458	381	484	484	407	2877	3.34	425
1-4 AÑOS	836	872	1101	831	904	1028	846	6519	7.28	931
5-14 AÑOS	1827	1834	1898	1500	1612	1782	1567	12120	13.57	1732
15-18 AÑOS	608	538	578	453	468	551	466	3662	4.10	523
19 AÑOS	60	87	90	85	81	75	88	516	0.63	80
20-44 AÑOS	5619	5526	5890	4255	5034	5452	4457	38233	40.56	5177
45-64 AÑOS	2880	2812	3144	2700	2927	3277	2590	20330	22.76	2905
65 AÑOS O MÁS	927	916	1078	847	982	1070	941	6781	7.57	966
TOTAL	13260	13005	14368	11074	12507	13740	11381	89335	100	12762

FUENTE: Forma SM 10-32
 Estadística de Consulta Externa 2
 Informe Mensual de Unidades Médicas
 Subdirección General Médica
 ISSSTE

FIGURA No. 5
ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD
Enero - Julio 1995

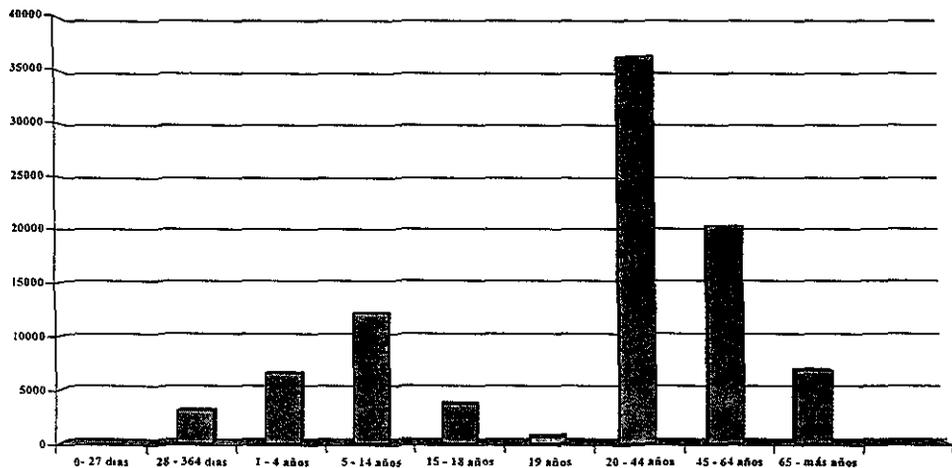


TABLA No. 5
ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS POR TIPO DE DERECHOHABIENTES
ENERO - JULIO 95

TIPO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	%	PROMEDIO MENSUAL
TRABAJADOR	6198	5862	6344	4717	5502	6123	4932	30678	44.41	5669
ESPOSA	2038	2200	2428	2006	2178	2288	1852	14986	16.77	2141
HIJOS	3863	3772	4271	3270	3564	3970	3417	26127	29.24	3733
PADRES	751	727	792	683	760	865	751	5949	5.98	765
PENSIONISTAS	245	252	299	227	272	257	248	1800	2.03	255
FAMILIAR DE PENSIONISTA	167	192	234	171	211	239	181	1395	1.57	199
TOTAL	13260	13006	14388	11074	12607	13740	11381	83335	100%	12762

FUENTE: Forma SM-10-3-2
 Estadística de Consulta Externa 2
 Informe Mensual de Unidades Médicas
 Subdirección General Médica
 ISSSTE

FIGURA No. 6
ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS POR TIPO DE DERECHOHABIENTE
Enero - Julio 1995

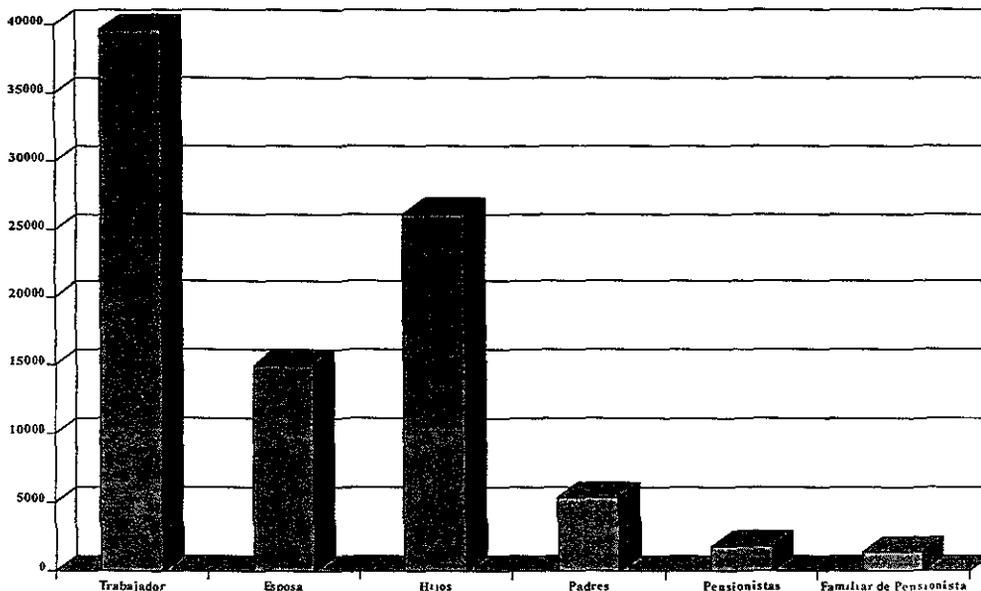


TABLA No. 6
PADECIMIENTOS DE MAYOR DEMANDA
ENERO - JULIO 95

POSICION	PADECIMIENTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL	%	PROMEDIO MENSUAL
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS	7230	3306	4172	2732	2070	2378	2325	27050	49.25	3085
2	INFECCIONES GASTROINTESTINALES	1403	967	1520	1.100	1580	606	517	8008	14.60	1153
3	HIPERTENSION ARTERIAL	758	645	693	610	610	704	1015	5325	9.70	761
4	DIABETES MELITUS	464	646	785	509	635	856	437	4637	8.43	663
5	EMBARAZOS	554	469	322	347	558	505	451	3206	5.85	458
6	CONTUSIONES	539	505	483	.	.	.	136	1682	3.03	237
7	LUMBALGIA	413	435	241	65	126	97	135	1512	2.75	216
8	ESGUINCES	345	232	162	221	150	186	92	1388	2.52	198
9	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	.	367	273	72	129	109	164	1174	2.13	167
10	GASTRITIS	474	316	119	909	1.65	129
TOTAL		12230	10290	8084	6884	6776	6661	6272	64931	100	7847

FUENTE: *Padecimientos de Mayor Demanda
 Subdirección de Servicios Médicos-Área Metropolitana
 Subdirección General Médica
 ISSSTE

FIGURA No. 7
PADECIMIENTOS DE MAYOR DEMANDA
Enero - Julio 1995

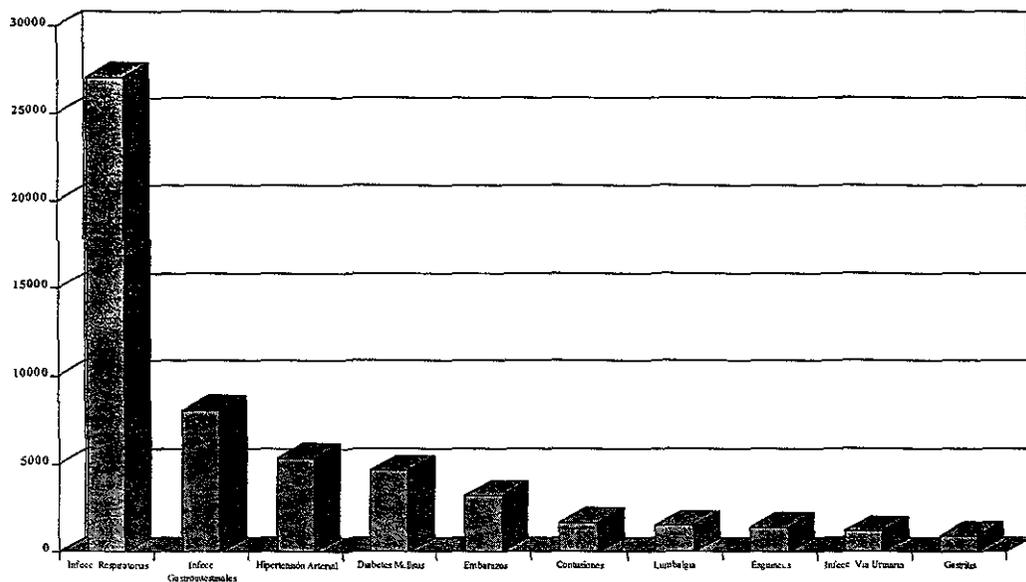


TABLA No. 7
 CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGUN SU ETAPA EN EL CICLO VITAL FAMILIAR
 Enero - Julio de 1995

ETAPA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Matrimonio	26	3,25%
Expansión	156	19,50%
Dispersión	260	32,50%
Independencia	238	29,75%
Retiro y Muerte	120	15,00%
Total	800	100,00%
Fuente:	Clasificación de Familias por su etapa en el Ciclo Vital Familiar, de Amulfo Ingoyen Coña	

FIGURA No. 8
 CLASIFICACION DE FAMILIAS SEGUN SU ETAPA EN EL CICLO VITAL FAMILIAR
 Enero - Julio 1995

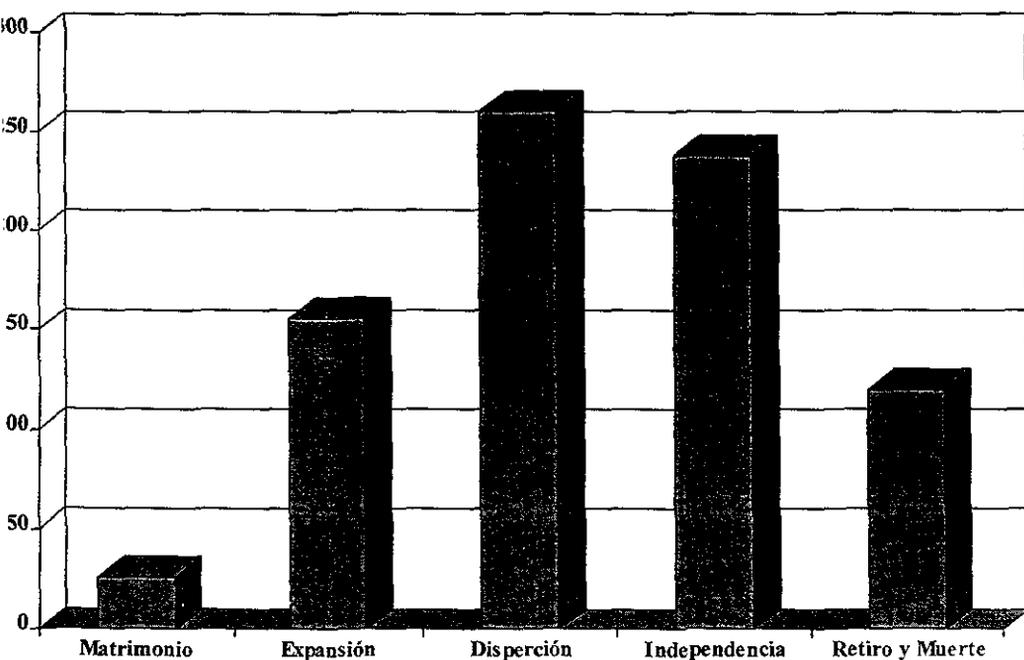


TABLA No. 8
TIPOS DE FAMILIA POR SU INTEGRIDAD SOCIO - FAMILIAR
Enero - Julio de 1995

TIPO DE FAMILIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
INTEGRADA (171 - 290 Puntos)	200	25,00%
MARGINADA (121 - 170 Puntos)	508	63,50%
DEPRIVADA (0 - 120 Puntos)	92	11,50%
Total	800	100,00%
Fuente:	Resultados de la Aplicación del Instrumento de Evaluación del Ambito Social Familiar de Chávez Aguilar Víctor	

FIGURA No. 9
TIPO DE FAMILIAS POR SU INTEGRIDAD SOCIO - FAMILIAR
Enero - Julio 1995

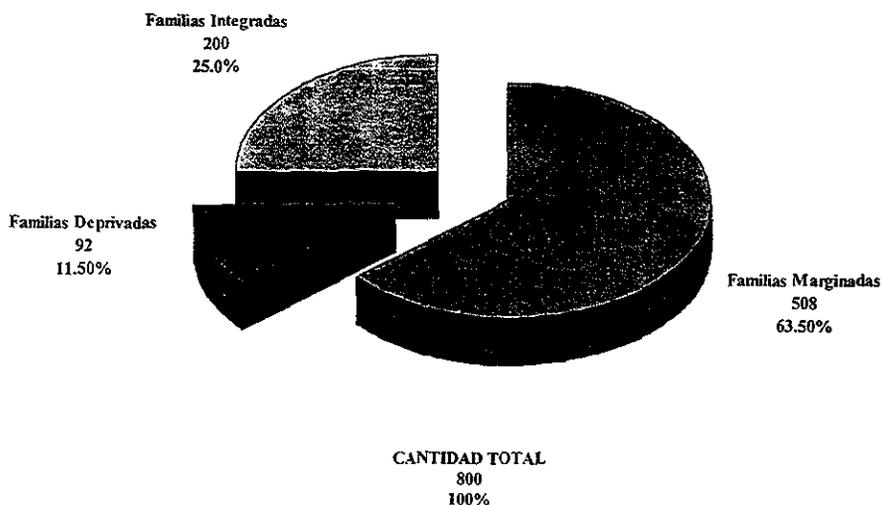


FIGURA No. 10
 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS PUNTUACIONES DE INTEGRIDAD SOCIOFAMILIAR
 31 de Julio de 1995

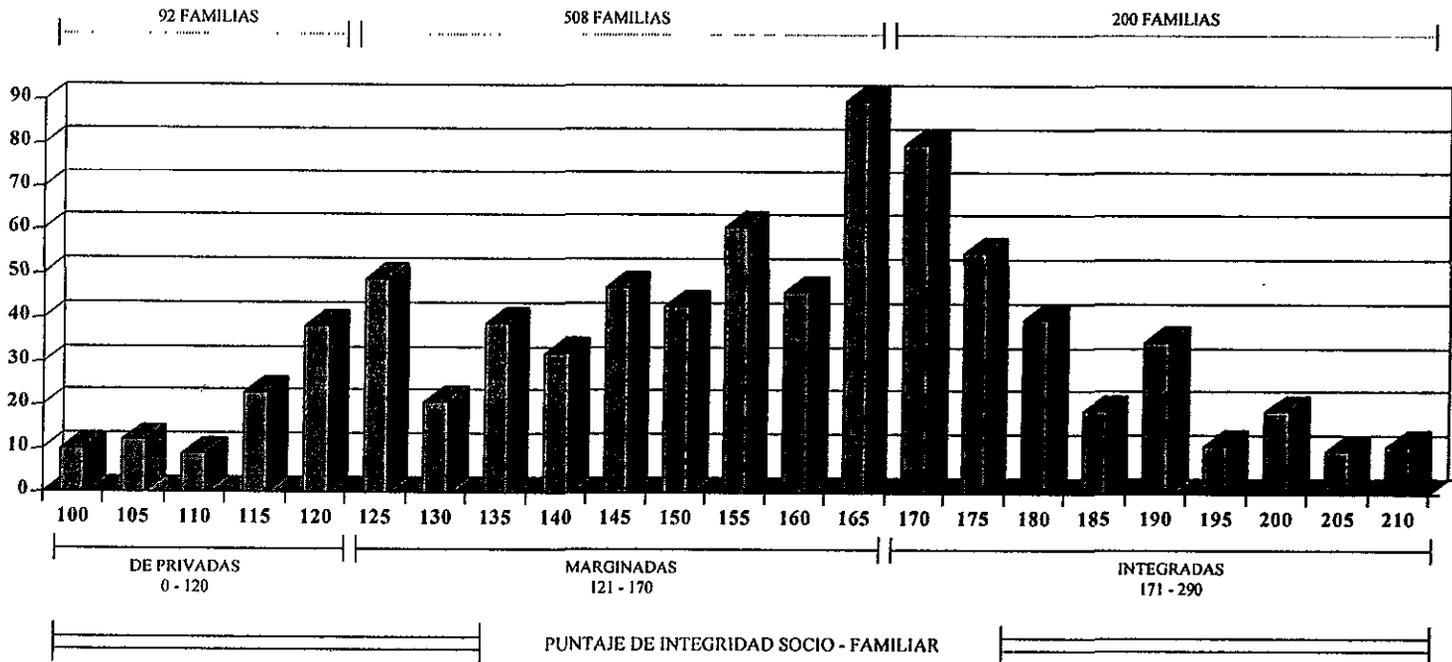


TABLA No. 9

MEDIDAS DE POSICION CENTRAL, DESVIACION ESTANDAR Y RANGO DE LAS PUNTUACIONES TOTALES DE LOS PARAMETROS INDICADORES DE INTEGRIDAD SOCIOFAMILIAR ENERO-JULIO 95

No. De Casos	Rango	\bar{x}	s	Moda	Mediana
800	110 (100-210)	156.1	27.8	165	160

Fuente: Resultados de la Aplicación del Instrumento de Evaluación del Ambito Social Familiar de Chavez Aguilar Victor

FIGURA No. 11
CURVA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE TIPO OBLICUO O ASIMETRICO A LA IZQUIERDA.

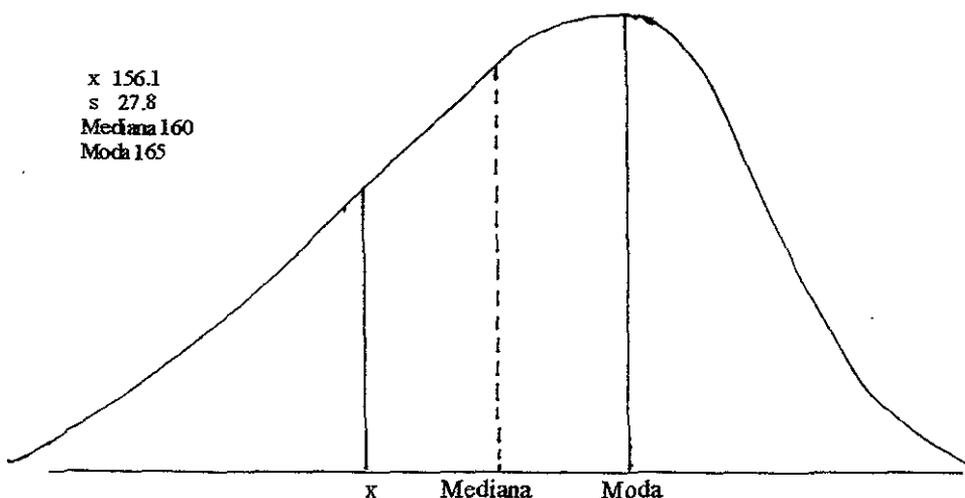
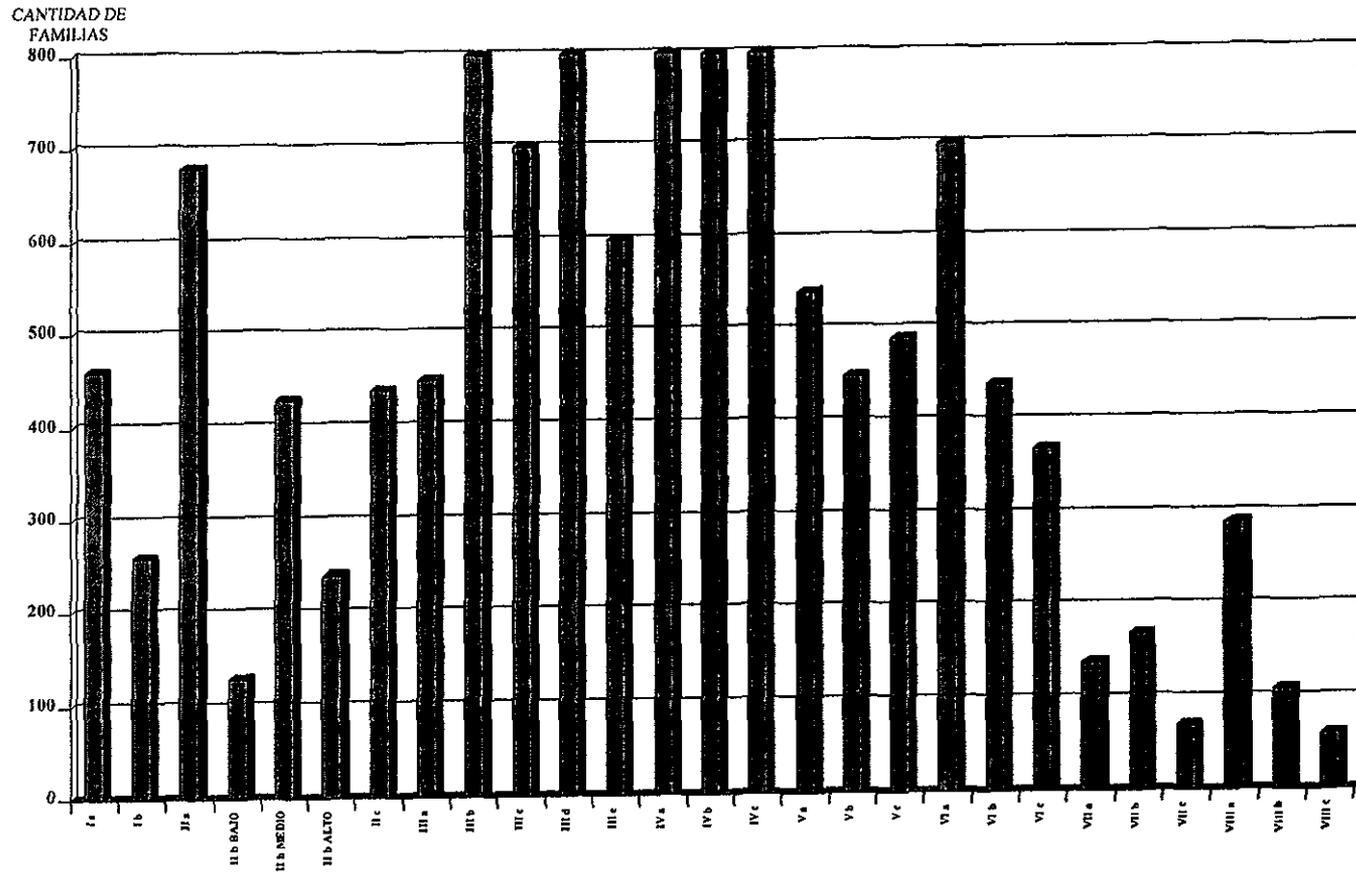


Tabla 10

**Evaluación por áreas y parámetros
del ámbito social familiar
(Chávez Aguilar Víctor)**

<i>AREA</i>	<i>PARAMETROS</i>	<i>No. De Fam.</i>	<i>%</i>
I.- Ocupación e Ingresos	a) Trabajo del proveedor acorde con su preparación	460	57.50
	b) Los ingresos cubren las necesidades básicas de la familia	260	32.50
II.- Escolaridad	a) La escolaridad de los hijos es acorde con la edad	680	85.00
	b) El rendimiento escolar de los hijos es en promedio		
	• BAJO	130	16.25
	• MEDIO	430	54.28
• ALTO	240	30.00	
c) La escolaridad promedio de la familia es superior a los nueve años escolares	440	55.00	
III.- VIVIENDA	a) La vivienda es adecuada en relación dormitorios y personas	450	56.25
	b) Se dispone de agua potable y luz eléctrica	800	100.00
	c) La basura se almacena y elimina de manera adecuada	700	96.25
	d) Las excretas se eliminan de manera adecuada	800	100.00
	e) La fauna doméstica no afecta la salud familiar	600	75.00
IV.- Acceso a servicios de Salud	a) La familia tiene derecho alguna Institución de salud	800	100.00
	b) El hogar esta situado de modo accesible a servicios de salud	800	100.00
	c) El horario de trabajo de los padres permite acudir con regularidad a servicios de salud	800	100.00
V.- Alimentación	a) La alimentación es suficiente en cantidad	540	67.50
	b) La alimentación es suficiente en calidad	450	56.25
	c) Hábitos alimentarios sin desnutrición u obesidad	490	61.25
VI.- Recreación	a) La familia tiene actividades recreativas en forma regular	700	87.50
	b) Actividades recreativas que fomenta la salud	440	61.25
	c) Los integrantes de la familia realizan algún deporte	370	46.25
VII.- Cooperación con la comunidad	a) La familia forma parte de algún comité comunitario o social	140	17.50
	b) La familia coopera con los proyectos comunitarios	170	21.25
	c) La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria	70	8.75
VIII.- Autogestión en Salud	a) La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria	290	36.25
	b) La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud	110	13.75
	c) La familia promueve la participación de otras familias en el fomento de la salud	60	7.50

FIGURA No. 12
 EVALUACION POR AREAS Y PARAMETROS DEL AMBITO SOCIOAL - FAMILIA
 Enero - Julio 1995



7.- DISCUSION.

De los derechohabientes estudiados en la presente investigación, se encontró que la mayor cantidad correspondía al Sexo femenino, información similar con la encontrada en la bibliografía consultada, que entre otros factores, atribuye el hecho a que haya una mayor cantidad de mujeres en la población general, y a que la mayoría de asegurados pertenecen al sexo masculino, la mayor parte casados, que registran a su mujer. (16,17,18, 19 y 20).

De la población estudiada, el mayor número de derechohabientes se ubico en el Grupo de Edad de 15-19 años, dato que no coincide con las referencias consultadas, donde se encontró que el grupo etareo más numeroso fue el 5-9 años. Esta diferencia puede explicarse en base a que el estudio se llevó a cabo en una población de Características Particulares, entre otras, el ser ciudadina, buen nivel de escolaridad y cultura, relativamente joven, ser empleados gubernamentales, lo que en un momento dado puede determinar, edad de matrimonio, momento para tener el primer hijo, número de hijos, etc. (18,19 y 20).

En cuanto los Derechohabientes según su Clase, se encontró que los beneficiarios ocupan la mayor cantidad, resultado concordante con la bibliografía consultada, lo cual es debido a que la mayoría de cada uno de los asegurados tiene registrados beneficiarios como padres, esposa o hijos. (18,19 y 20).

Por Tipo de Derechohabiente, resultó que el grupo más numeroso fue el de los Hijos, que es semejante con las referencias investigadas. Lo anterior se explica porque el asegurado, en un momento dado, puede no registrar a su esposa si está es también trabajadora, o tampoco a los padres por el mismo motivo o porque ya fallecieron, pero a los hijos si, que por lo general son varios, ya sean menores de edad o que estén estudiando. (18,19 y 20).

En las Consultas por Sexo, se halló que la mayoría de consultas fueron otorgadas a mujeres, dato similar con la bibliografía consultada, lo cual es debido a que aparte de una mayor cultura de la mujer por acudir a la consulta médica, por su misma condición, acude más entre otras cosas por cuestiones de la menarquia, menopausia, control prenatal, control de embarazo, exámenes de papanicolau, enfermedades genitourinarias, aprovechar el hecho

de llevar a los hijos a la consulta, etc. Situaciones que no acontecen con el hombre. (18,19 y 20).

En el Análisis de la Consulta por Grupo de Edad, resultó que la mayoría de las consultas fueron dadas al grupo de edad de 20-44 años, dato concordante con las referencias consultadas, debido entre otras cosas a que es un grupo muy numeroso, a que los grupos etareos de mayor susceptibilidad de morbilidad, como pudieran ser los grupos de los extremos de la vida son muy pequeños en cantidad y a que este grupo de 20-44 años, está mas expuesto a condiciones ambientales, accidentes, enfermedades psicosomáticas por estrés social y laboral, así como por el hecho de que siendo asegurados se les otorga licencia médica para no asistir a su trabajo cuando se enferman. (18,19 y 20).

En la revisión del Análisis de Consulta por Tipo de derechohabiente, se encontró que el mayor número de consultas, se otorgó al grupo de Trabajadores, dato que coincide con la bibliografía revisada. Situación explicable con los mismos argumentos expuestos en el párrafo anterior de Consulta por Grupo de Edad, ya que la mayoría de los trabajadores está comprendido dentro de este grupo de edad de 24-44 años. (18, 19 y 20).

La Clasificación de Familias según su Etapa en el Ciclo Vital Familiar, reveló que la mayoría de las 800 familias estudiadas, estaba en la Etapa de Dispersión, información que no coincide con las referencias consultadas, que muestran que la mayoría de las familias derechohabientes al IMSS e ISSSTE están en la Etapa de Independencia, diferencia que puede explicarse por las Características Particulares de la población estudiada que se mencionaron en párrafos anteriores. (18, 19 y 20).

El resultado del examen de los 10 padecimientos de mayor demanda de atención, coincide con el panorama epidemiológico nacional, revelando que las enfermedades infecto-contagiosas, como infecciones respiratorias agudas e infecciones gastrointestinales ocupan los primeros lugares de mayor demanda de atención, seguidas de las enfermedades crónico degenerativas, con cifras sensiblemente menores, como hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. Lo que indica que la población en estudio al igual que todo el país se encuentra en un proceso de transición epidemiológica lenta e incompleta ya que la mayoría de las enfermedades son de tipo infecto-contagioso característica propia de los países en desarrollo y con una menor cantidad de enfermedades crónico-degenerativas propias de una sociedad desarrollada. (21).

Los trabajadores de la población sujeta a estudio, son empleados gubernamentales, con puestos en su mayoría de niveles bajos y medios, destacando los de tipo administrativo y en la mayoría su preparación es acorde a su puesto de trabajo. En relación a sus ingresos la gran mayoría refiere que no cubren sus necesidades básicas, lo que coincide con la información recabada, que reporta a nivel nacional un ingreso de solo de 1 a 2 salarios mínimos en el 40% de la población económicamente activa y el mismo ingreso en el 48% de los empleados gubernamentales. El hecho de no cubrir sus necesidades básicas

se debe a los bajos salarios otorgados por los gobiernos, con la incapacidad de estos, por políticas financieras internas y externas, de ofrecer mejores condiciones económicas que permitan a la población satisfactores mínimos de bienestar, como alimentación, salud, educación, vivienda, etc., sumado a todo lo anterior, el cotidiano y desproporcionado aumento en todos los costos de la vida. (16 y 17).

La escolaridad tiene mucha importancia para llevar a cabo con buenos fines, la educación para la salud y tener resultados positivos en la prevención y control de todo tipo de enfermedades. Se encontraron datos de escolaridad con características particulares de la población estudiada. Se encontró que en la gran mayoría, la escolaridad de los hijos es acorde con su edad. Así mismo se halló que en un poco más de la mitad de los hijos su rendimiento escolar es "medio", y que la escolaridad promedio familiar es de secundaria, también en un poco más de la mitad de las familias.

La información anterior no concuerda con las referencias investigadas, que reportan a nivel nacional, mucho menor concordancia entre la escolaridad y la edad de los hijos, así como menor escolaridad promedio familiar. Lo anterior es debido, dependiendo del tipo de familia, a factores sociales, económicos y culturales, anotando entre otras causas las siguientes: menor acceso a centros educativos por cuestiones económicas, culturales, geográficas; los hijos en muchas ocasiones no solo estudian, sino que también trabajan, ayudando a sus padres; abandonan pronto los estudios para dedicarse a trabajar; la escolaridad de las mujeres casi siempre es más baja por dedicarse al hogar o también a trabajar. (16 y 17).

Viven sin hacinamiento solo un poco más de la mitad de las familias, con disposición de los servicios públicos la totalidad de las familias, con eliminación adecuada de basura la gran mayoría de ellas, y sin afectación de la salud por la fauna doméstica en la mayoría de las familias.

Los datos anteriores no coinciden con la bibliografía consultada,

en donde, en la población general el hacinamiento es menor, la disposición de servicios públicos también es menor y la eliminación adecuada de excretas es más baja.

Lo anterior se explica en base a que la población estudiada vive en una ciudad capital, grande, muy poblada, con vivienda escasa, pequeña y cara, lo que puede llegar a producir en algunos casos hacinamiento aunque no sea muy extensa la familia. Como toda ciudad grande dispone de todos los servicios públicos, aunque en ocasiones, en el caso del servicio de limpia no pasa con regularidad el camión de la basura. En ocasiones, en algunas familias, la fauna doméstica llega a dañar la salud, porque acostumbran tener perros, gatos, pájaros, conejos, hasta cerdos, en sus viviendas que en la mayoría de los casos son pequeñas, conviviendo con los habitantes y dependiendo más el daño, de si estos son pocos o muchos, adultos o niños. (16 y 17).

La totalidad de las familias estudiadas tienen derecho a una institución de salud, con accesibilidad geográfica a la misma y con un horario de trabajo que les permite acudir a consulta. Está información no concuerda con la obtenida en las fuentes consultadas, donde se asienta que solo el 52% de la población general está cubierta por una institución de salud. Lo que se explica por el hecho de que la investigación se llevó a cabo dentro de una institución de salud, la Clínica Iztapalapa del ISSSTE, con toda la población estudiada adscrita a la misma. (16,17,18, 19, y 20).

Los resultados de la investigación reportan una alimentación suficiente en cantidad y calidad solo en un poco más de la mitad de las familias estudiadas, con una desnutrición en el 39%, lo que no coincide con las referencias estudiadas, que reportan una desnutrición nacional del 35%, que es más baja. Lo cual se debe entre otras causas a un nivel bajo de ingresos, malos hábitos alimenticios, abuso de comida chatarra, transculturización alimenticia, ausencia de la madre a la hora de la comida por irse a trabajar. (21).

En cuanto a recreación, los resultados muestran que la gran mayoría de las familias estudiadas tienen actividades recreativas; solo en un poco más de la mitad de las familias la recreación está relacionada con la salud, y solo en menos de la mitad se practica un deporte. Lo anterior no coincide con las referencias analizadas de la población general, donde la recreación es menor, explicándose lo anterior entre otras cosas a que las personas que viven en una metrópoli, tienen establecidos ciertos hábitos de recreación cultura, deporte, etc., existiendo además los sitios propicios y actividades relacionadas. (17).

En lo concerniente a cooperación con la comunidad, de las familias estudiadas, solo una pequeña parte de las mismas, coopera con la comunidad, o forma parte de un comité comunitario o tienen reconocimiento por su labor comunitaria. Lo que es similar en la bibliografía consultada sobre la población nacional. Lo anterior se puede explicar que es debido a que tanto la población estudiada como la general carecen de una cultura para asociarse y organizarse, en la resolución de los problemas generales de la comunidad; a una carencia participativa en la dinámica social para evitarse problemas políticos, sociales y económicos (17).

En autogestión en salud, se encontró que solo una pequeña cantidad de la población estudiada, participo en la organización de la comunidad para mantener la salud, así como en la promoción con otras familias para el mismo fin. Resultados que coinciden con los encontrados en la bibliografía consultada y que son también bajos, lo que se entiende bajo las mismas explicaciones de los párrafos anteriores, de la ausencia de una cultura para asociarse, participar y organizarse, en este caso particular, en el campo específico de fomento a la salud (17).

En atención a los alcances de este estudio debemos considerar que se cubrió el propósito de identificar y describir las características de las familias, que nos permita llegar a un conocimiento realmente objetivo, del origen verdadero de sus problemas de salud y que nos lleve a implementar estrategias y acciones valederas y concretas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

El presente estudio es solo una contribución a apoyar el propósito fundamental de la medicina familiar, que no es solo diagnosticar y recetar, sino que, además y más importante aún, es conocer las características y contexto de las familias, asiento fundamental de los pacientes.

En atención a las limitaciones del presente estudio debemos considerar que la información fue obtenida a través de un solo miembro de la familia, por lo que puede considerarse parcial o sesgada, con una interpretación subjetiva.

Este estudio constituye solo un primer intento de aproximación al estudio del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva sistemática de la medicina familiar.

8.- CONCLUSIONES.

El sexo femenino predominante, con un 53% del total de derechohabientes.

El grupo de edad de 15-19 años fue el más numeroso con un 11% del total de derechohabientes.

Los beneficiarios constituyeron la mayoría con un 60%, de los derechohabientes por clase.

Los hijos fueron el grupo más numeroso con un 40%, de los derechohabientes por tipo.

La mujer recibió el mayor número de consultas con el 63%, por sexo del derechohabiente.

El grupo de edad de 20-44 años, fue el que recibió más consultas con un 40% del total de estas.

Los trabajadores recibieron el mayor número de consultas con un 44%, en derechohabientes por tipo.

Las enfermedades infecto-contagiosas como infecciones respiratorias agudas e infecciones gastro-intestinales ocuparon el primer lugar de demanda de atención con 65% del total de consultas otorgadas y en segundo término las enfermedades crónico degenerativas como hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus con el 18%.

En la etapa de dispersión del ciclo vital, se encontró a la mayoría de las familias, constituyendo el 32% del total de las mismas.

Fue acorde la preparación del jefe de familia con su ocupación en el 57% de casos, teniendo ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas el 32% de familias.

La escolaridad de los hijos fue acorde con su edad en el 85% de familias, teniendo los hijos un rendimiento escolar "medio" en el 54% y presentando una escolaridad familiar promedio de secundaria el 55% de familias.

Refirieron vivir sin hacinamiento el 56% de familias, con disposición de servicios públicos el 100%, con eliminación adecuada de basuras el 96%, con eliminación adecuada de excretas el 100% y con una fauna doméstica no dañina el 75% de familias.

Tienen derecho a una institución de salud, con acceso geográfico y horario permisivo para asistir a consulta el 100% de familias.

Afirmaron tener una alimentación suficiente en cantidad el 67% de familias, en calidad el 56%, familias y sin desnutrición el 61% de familias.

Refirieron realizar actividades recreativas el 87% de familias, enfocándolas al fomento de la salud 61% y con práctica de algún deporte el 46%.

Cooperaron con la comunidad el 21% de familias, formando parte de un comité comunitario el 17% y fueron reconocidas por labor comunitaria el 8%.

Participaron en salud comunitaria 36% de familias, organizaron a la comunidad para la salud 13% y promovieron la participación de otras familias en el fomento a la salud el 7%.

9.- ANEXOS

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA
ESTADISTICA DE DERECHOHABIENTES POR
GRUPO DE EDAD Y SEXO
(PIRAMIDE POBLACIONAL)

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR 9274 12TAPALAPA

FECHA:

GRUPO DE EDAD	SUMA		TOTAL	HOMBRES		MUJERES	
	HOMBRES	MUJERES		ASEGURADOS	BENEFICIARIOS	ASEGURADAS	BENEFICIARIAS
TOTAL							
0							
1-2							
3-4							
5							
6							
7-9							
10-14							
15-18							
19							
20-24							
25-29							
30-34							
35-39							
40-44							
45-49							
50-54							
55-59							
60-64							
65-69							
70-74							
75 Y MAS							

SSPEEHOIC

I.S.S.S.T.E
Subdirección General Médica
Informe Mensual de Unidades Médicas
ESTADÍSTICA DE CONSULTA EXTERNA 2

58

UNIDAD MEDICA
UBICACIÓN
MES

03 **MOVIMIENTO DE DERECHOHABIENTE**

TIPO	EXISTENCIA ANTERIOR	ALTAS EN EL MES	BAJAS EN EL MES	EXISTENCIA ACTUAL
01 TRABAJADOR				
02 ESPOSA				
03 HIJOS				
04 PADRES				
05 PENSIONISTAS				
06 FAM. DE PENSIONISTA				
07 TOTAL				

04 **ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS**

01 **POR SEXO**

MASCULINO	
FEMENINO	
A TOTAL	

CONSULTAS A FORANEOS EN TRANSITO	
----------------------------------	--

02 **POR GRUPO DE EDAD**

0 A 27 DIAS	
26 A 364 DIAS	
1 A 4 AÑOS	
5 A 14 AÑOS	
15 A 16 AÑOS	
19 AÑOS	
20 A 44 AÑOS	
45 A 64 AÑOS	
65 AÑOS O MAS	
A TOTAL	

03 **POR TIPO DE DERECHOHABIENTE**

TRABAJADOR	
ESPOSA	
HIJOS	
PADRES	
PENSIONISTA	
FAMILIAR DE PENSIONISTA	
A TOTAL	

Regionalización / Consulta Ext.
Delegación _____
Periodo _____ Hoja _____

Unidades

Posición								Total Delegacional
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

ESTA TABLA NO DEBE
SER DE LA ALMENA 501 59

**CLASIFICACION DE FAMILIAS POR SU ETAPA EN EL CICLO VITAL FAMILIAR
(SEGÚN IRIGOYEN CORIA ARNULFO)**

NACIMIENTO O EDAD DEL PRIMER HIJO	ETAPA	
Marque con una (X) en el cuadro que corresponda a su familia		
ANTES DE NACER	ETAPA DE MATRIMONIO	
1-6 AÑOS DE EDAD	ETAPA DE EXPANSION	
6-14 AÑOS DE EDAD	ETAPA DE DISPERSION	
14-30 AÑOS DE EDAD	ETAPA DE INDEPENDENCIA	
MAS DE 30 AÑOS DE EDAD	ETAPA DE RETIRO Y MUERTE	

Fuente: Irigoyen Coria Arnulfo

Clasificación de familias, prioridad a investigar en medicina familiar.

Rev. Med. IMSS (MEX) 1991; 29:365

Instrumentos de Evaluación del ámbito social familiar (Chávez Aguilar Víctor)

AREA	PARAMETROS	NO	SI
I.- Ocupación e Ingresos	a) Trabajo del proveedor acorde con su preparación	0	10
	b) Los ingresos cubren las necesidades básicas de la familia	0	20
II.- Escolaridad	a) La escolaridad del los hijos es acorde con la edad	0	10
	b) El rendimiento escolar de los hijos es en promedio	0	5
	• BAJO	10	
	• MEDIO		
• ALTO	0	10	
c) La escolaridad promedio de la familia es superior a los nueve años escolares			
III.- VIVIENDA	a) La vivienda es adecuada en relación dormitorios y personas	0	10
	b) Se dispone de agua potable y luz eléctrica	0	10
	c) La basura se almacena y eliminan de manera adecuada	0	10
	d) Las excretas se eliminan de manera adecuada	0	10
	e) La fauna doméstica no afecta la salud familiar		
IV.- Acceso a servicios de Salud	a) La familia tiene derecho alguna Institución de salud	0	10
	b) El hogar esta situado de modo accesible a servicios de salud	0	10
	c) El horario de trabajo de los padres permite acudir con regularidad a servicios de salud	0	10
V.- Alimentación	a) La alimentación es suficiente en cantidad	0	10
	b) La alimentación es suficiente en calidad	0	10
	c) Hábitos alimentarios sin desnutrición u obesidad	0	10
VI.- Recreación	a) La familia tiene actividades recreativas en forma regular	0	10
	b) Actividades recreativas que fomenta la salud	0	10
	c) Los integrantes de la familia realizan algún deporte	0	10
VII - Cooperación con la comunidad	a) La familia forma parte de algún comité comunitario o social	0	10
	b) La familia coopera con los proyectos comunitarios	0	10
	c) La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria	0	10
VIII.- Autogestión en Salud	a) La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria	0	20
	b) La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud	0	20
	c) La familia promueve la participación de otras familias en el fomento de la salud	0	20

Fuente.

Instrumentos de Abordaje para el Estudio Integral de la Salud Familiar
Rev. Mex. Fam No 2 Vol. III Mayo - Agosto Pag. 74 ss.
Aguilar Chávez, Víctor

10.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS. 6-12 Septiembre, 1978, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1978.
- 2.- OPS/OMS. Salud para todos en el Año 2000. Estrategias. (Documento Oficial No. 173). OPS/OMS: Washington, D.C., 1980.
- 3.- OPS/OMS. Salud para todos en el Año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales. (Documento Oficial. No. 179). OMS: Washington, D.C., 1982.
- 4.- Vega-Franco, L., García-Manzano, H. Bases Escenciales de la Salud Pública. Ed. La prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1980.
- 5.- Barquín, C. Manuel. Introducción a la Planificación de la Salud. Parte la. Revista Hospitales y Clínicas. Paginas 30-35. Año 1, Vol. 1, Núm 11, México. Enero 1969.
- 6.- Barquín, C. Manuel. Dirección de Hospitales. Ed. Interamericana. México, D.F. 1992.
- 7.- Knox Eg. La Epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud. Siglo XXI Editores, México, D.F. 1981.
- 8.- White Kl. Organización de la Atención de Salud: Perspectiva Epidemiológica. Publicación Científica No. 534. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1992: 724-421.
- 9.- Sánchez, A. Jorge. Familia y Sociedad. Ed. Joaquín Mortiz. México, D.F. 1980.
- 10.- Jackson, D.D. "The study of the family". Family process, 4: 9-16, 1965.

- 11.- Dulanto, G. Enrique. La Familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. Ediciones médicas del hospital infantil de México. México, D.F. 1985.
- 12.- From, R., Honrheimer, P. La Familia.
Ed. Península. Barcelona, España. 1986.
- 13.- Alarid, J., Irigoyen, A. Fundamentos de Medicina Familiar.
Ed. Francisco Méndez Cervantes. México, D.F. 1985.
- 14.- Estrada, L. El ciclo vital de la familia.
Ed. Posada. México, D.F. 1995.
- 15.- Carter, E., Mcgoldrick, M. The family life cycle.
Ed. Gardner Press Inc. New York. 1980.
- 16.- Estados Unidos Mexicanos.
Resumen General.
XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.
- 17.- Dinámica demográfica, 1992.
Resultados Preliminares.
Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
México, 1992.
- 18.- Boletín de Información Estadística.
Sistema nacional de Salud.
Secretaría de Salud.
Año 1994.
- 19.- Memoria Estadística 1994.
Dirección de Finanzas y Sistemas.
Contraloría General.
IMSS.
- 20.- Anuario Estadístico 1994.
Subdirección General de Finanzas.
Subdirección General de Programación y Presupuesto.
ISSSTE.

- 21.- Anuarios Estadísticos 1990-1995.
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Dirección General de Epidemiología.
S.S.A.
- 22.- Frenk, J., Bobadilla, J.L., Sepúlveda, J., López, M. "Health transition in middle income countries. New challenges for the organization of services". Health policy plan 1989; 4:29-39.
- 23.- Frenk, J., Bobadilla, J.L., Stern, C., Frejka, T., Lozano, "Elementos para una teoría de la transición en salud". Sal. Pub. Mex., 1991, 33 (5): 448-462.
- 24.- Frenk, J., T. Frejka, J. Bobadilla, C. Stern, J. Sepúlveda, "The epidemiologic transition in latin america", Documento para presentación en sesión de la biomédical and demographic aspects of health, de la XXI Conferencia internacional de población, 1989 b. pp. 1-22.
- 25.- Omran, A. "The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology Of population change". Milbank memorial fund quarterly. 1971; 49: 509-538.
- 26.- Omran, A. "Epidemiologic transition, theory". En Ross J, ed. International encyclopaedia of population. New York: the free press, 1982; 172-175.
- 27.- Omran, A. "The epidemiologic transition theory. A preliminary update". J. Trop. Ped. 1983; 29: 305-316.
- 28.- Stern, C., y R. Tuiran., "Transición demográfica y desigualdad social en México", ponencia presentada en la IV Conferencia latinoamericana de Población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe, México, marzo de 1993.
- 29.- Osuntokun, B.O., "El cambio de los tipos de morbilidad en los países en desarrollo". Foro mundial de salud, 1985, 6: 355-358.
- 30.- Sepúlveda, J. Y M. López; "La transición Epidemiológica en México: Mitos y realidades, Secretaría de Salud, 1990, pp.1-23.

- 31.- Méndez, R. Ignacio. EL protocolo de Investigación.
Editorial Trilla. México, D.F., 1983.
- 32.- Canales, F.H. Metodología de la Investigación.
Ed. Limusa-Grupo Noriega editores. 1994.
- 33.- Martínez-Cairo, C. Salvador. Metodología de la Investigación
Clínica. Jefatura de Servicios de Investigación Médica.
Subdirección General Médica. IMSS. 1994.
- 34.- León Correa, F. Seguridad humana, libertad y bioética.
Cuadernos de bioética 1992.