

11226
72ej



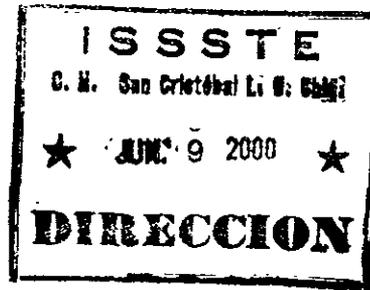
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

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

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

CLÍNICA HOSPITAL "D" SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 1-A DEL TURNO
MATUTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL I.S.S.S.T.E.
EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

DRA. VIRGINIA BARRIOS VALENZUELA



ISSSTE
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

280811

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. MÉXICO

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Título

**Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar
En el Consultorio 1-A del Turno Matutino
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dra. Virginia Barrios Valenzuela

AUTORIZACIONES



~~Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

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

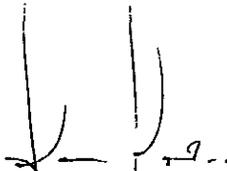
Título

Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar En el Consultorio 1-A del Turno Matutino De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E. En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dra. Virginia Barrios Valenzuela



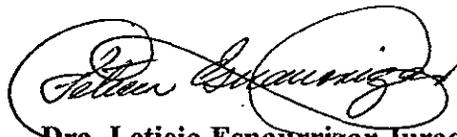
Dr. Salvador Ponce de León Castro

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E. EN
SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.

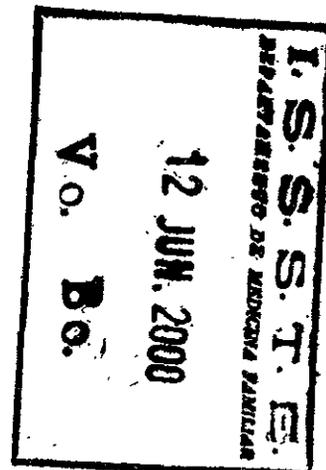


Dra. María del Carmen Carranza Cervantes

ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM



Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado



JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
I. MARCO TEÓRICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
III. JUSTIFICACIÓN	19
IV. OBJETIVOS	23
IV.1. Objetivos generales	23
IV.2. Objetivos específicos	23
V. HIPÓTESIS	24
VI. METODOLOGÍA	25
VI.1. Tipo de estudio	25
VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio	25
VI.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	25
VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	25
VI.5. Información a recolectar (variables de medición)	26
VI.6. Procedimiento para capturar la información	26
VI.7. Consideraciones éticas	27
VII. RESULTADOS	28
VII.1. Descripción de los resultados	28
VII.2. Cuadros y gráficas	31
VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	76
IX. CONCLUSIONES	80
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
XI. ANEXOS	83

I. MARCO TEÓRICO

Definición de familia

La familia es una Institución Universal integrada por marido, mujer e hijos, siendo la unidad básica por toda la cultura occidental, es una subsistencia funcional de la sociedad con identidad y características propias.

Constantemente, en todas nuestras actividades, convivimos en grupo: la escuela, el trabajo, deportes, diversiones. De todos, el grupo más importante para el desarrollo de nuestra vida, es la familia, que es el grupo primario y fundamental para proveer a satisfacción las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo (1).

Tienen relaciones más intensas que cualquier otro grupo de la sociedad, normalmente con una historia en común, tienen ciertas propiedades distintivas: comparten un lenguaje, una clase, una casa, un ingreso. Asimismo tienen funciones específicas: cubrir las necesidades económicas y afectivas de sus miembros, así como la satisfacción sexual de la pareja, la procreación, la crianza de los hijos, la superación individual y comunal del grupo en su desarrollo.

¿QUÉ ES LA FAMILIA?

La Familia es una organización social integrada por hombres y mujeres adultos, adolescentes y niños, cuyas edades pueden abarcar dos o tres generaciones, vinculadas por consanguinidad y/o social que promueven el desarrollo y bienestar de sus miembros.

La Familia ha existido durante cien mil años por lo menos y todo evento humano ha sido parte intrínseca de su evolución. Todo individuo pertenece cuando menos a una familia y todos, virtualmente viven en uno o más grupos familiares (2).

El término FAMILIA abarca una gran extensión de características, conductas y experiencias que se transmiten de un miembro a otro, de una generación a otra, marcando enseñanza y evolución en su desarrollo social, cultural y de relación con los miembros de otros grupos familiares, formando a través del tiempo, su historia (2).

ETAPAS EN EL DESARROLLO SOCIAL:

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

- **Promiscuidad inicial:** se caracteriza por la nula existencia de vínculos permanentes en el padre y la madre, no hay una relación consuetudinaria de sus relaciones y de la responsabilidad que el padre pueda tener sobre los hijos y por tanto, con relación a éstos, no aparece como figura importante. Es la madre la que mantiene un vínculo constante de cuidado y protección del hijo. El parentesco se señala por vía materna, el hijo desconoce identidad paterna. Esta etapa ha llegado a perder un gran número de sostenedores dado que es una tendencia que ha sido cambiada por la monogamia (3).
- **Cenogamia:** Es una etapa excesivamente singular: un grupo específico de mujeres mantiene relaciones con grupo determinado de varones. Se observa actualmente en las comunas hipies. En contrapartida a anterior, los hombres sí se hacen responsables de la crianza de sus hijos. Podríamos pensar que es una forma de vida ocasional, rara, pero es frecuente en las comunidades sectarias predominante en E.E.U.U.
- **Poligamia:** en esta etapa observamos dos acepciones:
 1. **Poliandria:** Se observa frecuentemente en los casos en que la mujer comparte con varios maridos, manifestándose así, el matriarcado. La mujer ejerce la autoridad marcando los derechos y obligaciones de la descendencia y también el parentesco de delimita por vía materna. La mujer se convierte en el principal agente económico y afectivo, descartando al hombre quien se dedica a actividades más peligrosas.
 2. **Poligenia:** Es la inversa: el hombre tiene varias mujeres. En estratos socio-económicos bajos la mujer puede tener varios maridos, lo que se observa frecuentemente entre hermanos. En clase media se observa la monogamia y Tradición. En clase elevada es muy común el que el hombre tenga a varias Mujeres.
- **Patriarcal Monogámica:** Es el antecedente de la familia moderna. En esta etapa el hombre es quien dirige la familia, es la autoridad única que rige el grupo en todos aspectos: social, religioso, jurídico, económico, político. La familia se compone por el padre, la madre y los hijos, adjudicándose autoridad sobre esclavos, sirvientes, esposos y esposas de sus hijos, siempre como figura preponderante "el padre". Esta autoridad dura hasta que el padre fallece, pasando al esposo de la hija o al hijo, siendo que la mujer es autoridad nula en esta etapa. Tal ideología familiar cambia paulatinamente con la educación de la cultura monoteísta quien va induciendo a dar un lugar valioso a la mujer. De esta manera se le adjudica el derecho al voto, derecho a decisión dentro de la casa, inicia actividades socioeconómicas, se inicia el derecho de selección del cónyuge, no siendo el padre el único quien dispone de los esposos o esposas de los hijos, creando la idea de "amor romántico".
- **Familia Conyugal Moderna:** En la evolución de la familia patriarcal monogámica, en que es padre es la autoridad máxima, dueño y señor de propiedades y personas, de familias descendientes tanto propias como de sus servidores, observamos que paulatinamente va tomando en cuenta a la mujer como parte integrante del grupo familiar; de la misma forma lenta y progresiva, observa que varias de las funciones de la familia ya no dependen

exclusivamente del patriarca; que ya no es la figura Única, los servicios que actualmente se dan como avances de la sociedad, le van desplazando. Así, la mujer ya tiene educación, profesión, trabajo, voto y decide con quien unir su vida en matrimonio. Igualmente, el avance del desarrollo social obliga a los núcleos familiares a desplazarse a zonas urbanas, siendo que van cambiando también su hábitat. Las familias se transforman de compuestas, con tíos, primos, abuelos, compadres, sirvientes, etc. en familias exclusivamente compuestas por el padre, madre e hijos. Además, de ser familias dependientes exclusivamente del ingreso dado por el padre, jefe de familia, en familias donde participan todos los integrantes de ella.

Se menciona además, de que la familia Moderna se ha transformado en familia conyugal restringida, esto es, en la que padres e hijos son propios y exclusivamente quienes tienden a integrar este grupo social que a pesar de las modificaciones señaladas en la descripción histórica de la familia, ha mantenido una serie de funciones que le son esenciales, como la legitimación de las relaciones sexuales entre los padres, el vínculo generacional que le permite el proceso de crecimiento y educación de los hijos y la coparticipación de los cónyuges en el hogar, asimismo, la competencia económica permanente, la aspiración de obtener en forma creciente los mejores niveles de vida, la gran movilidad social, el acentuado individualismo, etc., han hecho que el ser humano tienda a ver su grupo familiar como el centro primario de satisfacción de sus necesidades emocionales.

Concretando, mencionaremos como características de la familia moderna:

- ◆ Una institución socio/jurídica que conocemos como matrimonio.
- ◆ Una relación sexual legítima y permanente
- ◆ Un conjunto de normas que regulan la relación entre los padres y los hijos,
- ◆ Normas que pueden ser jurídicas, religiosas y morales.
- ◆ Un sistema de nomenclatura que identifica el parentesco
- ◆ Una regulación de las actividades económicas, y
- ◆ Un lugar físico para vivir (4).

Estos atributos, así como sus finalidades, se dan con características específicas, dependiendo de tradiciones, religión, orden jurídico y político, manteniendo homogéneo una serie de objetivos. Estas características se actualizan a través de una multiplicidad de procesos sociales: contacto recíproco, intercomunicación recíproca, interactividad, cooperación por división del Trabajo, cooperación solidaria, ajustes, subordinación, apoyo mutuo. Lo anterior va creando y fortaleciendo la interdependencia material y emotiva entre quienes forman la familia. Se forma un sentimiento de Pertenencia, el nosotros frente al yo individual, dando historia a la familia (5).

En todas las sociedades, las relaciones matrimoniales más duraderas son las que se inician después de una adecuada deliberación y sin esperar demasiado de ellas. Esta es en general, la actitud de las personas experimentadas y maduras que han aprendido a vivir en condiciones difíciles. Pese a los casos aislados de románticos incurables y adolescentes perpetuos, los matrimonios contraídos en la madurez o que llegan a la madurez, tienden a ser altamente estables en todas las sociedades. El verdadero problema consiste en dar a los jóvenes los

conocimientos necesarios para la selección inteligente de un cónyuge permanente. Los esfuerzos de sus mayores para hacer la selección en su nombre no han dado nunca buenos resultados y tiene pocas posibilidades de imponerse en las condiciones modernas.

Observamos dos opciones posibles para lograr un matrimonio duradero:

- La primera basada en la instrucción, requiere hacer totalmente conscientes las necesidades que se esperan satisfacer con el matrimonio. Mientras las necesidades de correspondencia, camaradería y de comprensión se ignoren o se desprecien, su importancia puede verse oscurecida por los deseos de satisfacción sexual inmediata, de independización del grupo familiar inicial, o de seguridad económica. Este cambio de acento resulta difícil de llevar a cabo ante la actual mitología sobre el amor y el matrimonio. Sin embargo, ha de resultar posible a la larga, gracias a la creciente comprensión de los procesos mentales y emocionales por parte de los psicólogos y a la propagación gradual de estos conocimientos entre el público en general.
- La segunda opción, ya adoptada por muchas sociedades, es permitir que los adolescentes adquieran por sí mismos la experiencia y el conocimiento necesarios para la selección inteligente del cónyuge, estableciendo relaciones previas, francamente transitorias. Este sistema es contrario a nuestras costumbres formales, pero hay que reconocer que parece funcionar muy bien en los grupos donde se ha institucionalizado. Los matrimonios contraídos después de esta experiencia, tienden a resultar estables y a satisfacer las necesidades emocionales de los cónyuges. Es innegable que en nuestra propia sociedad exista una fuerte tendencia en esta dirección. Para los moralistas el hecho es altamente preocupante, pero la alternativa lo es más.

Si insistimos en que el matrimonio ha de ser una condición preliminar a toda relación sexual, y dejamos que la selección de los cónyuges se haga por vía romántica y accidental, hemos de esperar una creciente fragilidad de los matrimonios jóvenes a medida que pierdan fuerza las antiguas sanciones religiosas, sociales y especialmente las económicas.

Un matrimonio feliz puede dar más satisfacción emocional que cualquier otra relación humana; y en un mundo fluido como el nuestro, estos resultados son cada vez más necesarios para la felicidad individual. La unión que los asegure no necesitará sanciones formales ni presiones externas para mantener su continuidad.

La antigua trinidad de padre, madre e hijo, ha sobrevivido a muchas más vicisitudes que cualquier otra relación humana. Es el fundamento de todas las estructuras familiares. Aunque los sistemas familiares más complicados puedan destruirse desde su exterior, o incluso hundirse por su propio peso, el fundamento permanece: Unión matrimonial = Integridad familiar (6).

ESTRUCTURALMENTE, la familia se clasifica en puntos más concretos y que tienen relación con el desarrollo descrito anteriormente. En el desarrollo de la familia, en la tradicional observamos la familia extensa, extensa compuesta, y en la familia moderna, encontramos la nuclear. Su estructura es una respuesta a sus antecedentes sociales.

La familia nuclear está institucionalizada como la unidad social afectiva y prevaleciente del sistema de parentesco en la familia moderna. Compuesta idealmente por un hombre, una mujer y sus hijos, en una unión socialmente reconocida. Se observa generalmente en zona urbana.

Cualquier familia nuclear es parte de un grupo social mayor, y debe interactuar y arreglársela con los lazos establecidos con los dos tipos de orientación. Algunos sistemas de parentesco promueven la continuidad de las generaciones, subordinando las nuevas generaciones a la autoridad y a los valores de los mayores, aún cuando el núcleo familiar básico viva independiente del resto de las generaciones anteriores, llamándose a este grupo Familia nuclear inmersa, lo cual es en una red de parentesco extensa.

Familia Nuclear aislada, significa que hay una continuidad e independencia de las generaciones adultas adyacentes. Dado que ni la familia del esposo ni de la esposa tiene una preferencia establecida culturalmente, cada familia establece su propio balance de vínculos e independencia de las dos familias extendidas. Este proceso produce un mayor aislamiento de la familia nuclear de otras unidades de parentesco.

De esta manera, el tener ingresos y residencia propios, así como una posición independiente en la comunidad, se ha convertido en una regla para la familia nuclear. Aún cuando sus miembros reconocen a sus parientes, los lazos de unión no son en la mayoría muy fuertes. Frecuentemente se observa que la familia nuclear tiene mayor relación o unión con sus amigos o socias que con sus parientes. Esto se propicia más con el distanciamiento físico, resultado de movilidad geográfica. En ocasiones extremas, llega a suceder en el hijo que para estudiar deja el techo familiar y produce cierto abismo entre él y sus padres y hermanos (7).

La Familia Extensa a veces llamada familia asociada, consta de dos o más núcleos familiares. En nuestro país es frecuente en zonas rurales, donde se acompañan el padre, la madre, hijos, viviendo con los abuelos, tíos, primos. Se forma de dos o tres generaciones. Generalmente con el ingreso independiente de cada núcleo familiar, pero con coparticipación para la función de hogar común, económicamente (7).

La Familia Extensa compuesta, se conforma además de núcleos familiares unidos entre sí por consanguinidad, con personas o núcleos unidos únicamente por afinidad o necesidad, como son un compadre, un amigo o colaborador, un sirviente. Este tipo de estructura familiar se observa frecuentemente también en zonas rurales, donde en una zona de trabajo amplio como son los ranchos, haciendas, se vive en comunidad bajo una autoridad máxima generalmente masculina, aún cuando algunos núcleos familiares tengan sus normas propias en forma menor a las normas instituidas por el patriarca (7).

Además, contamos con otro tipo de familia, estructurada en forma singular: familia de padres sin hijos, padre o madre únicamente con los hijos, familia de hermanos sin padres, familias en que existen varios adultos solteros en la misma.

De esta manera también marcamos diferencias en la base **Demográfica de la Familia:**

Urbana, cuando ya vive en zonas con los servicios adecuados como son drenaje, agua potable, calles pavimentadas, transporte adecuado, comercios, educación media superior, servicios médicos, sociales, etc. Cuando tenemos familias demográficamente urbanas, la ubicamos en desarrollo, moderna; en estructura nuclear o extensa simple como máximo. En la familia urbana observamos tres clases de acuerdo a su nivel socioeconómico: bajo, medio y alto, de acuerdo a los ingresos que el padre pueda dar a su núcleo, de acuerdo al nivel de estudios y desempeño.

Rural, es la familia que aun vive en zonas de campo, calles de terracería, sin los servicios de comodidad que se tienen en la zona urbana; el servicio médico es básico exclusivamente, la escuela igual, sin drenaje, sin agua potable. Es en esta zona donde observamos fácilmente a la familia extensa simple o extensa compuesta. En esta zona también observamos que culturalmente aún está en etapas atrasadas y la mujer es sometida frecuentemente (8).

De acuerdo al **Trabajo** que desempeñe él o los jefes de familia, se adjudica cierta clasificación:

Campesina, donde el jefe de familia se desempeña en labores agrícolas o pecuarias, generalmente en zona rural. En ocasiones el desempeño proporciona fruto exclusivamente para uso familiar, en otras, es suficiente para abastecer a la familia en su alimentación y además para comercio y cubrir otras necesidades básicas. A este nivel de trabajo, se aúna baja escolaridad, familia rural, frecuentemente extensa.

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

Profesional, donde el jefe de familia ha alcanzado un grado de superación cultural, teniendo un desempeño superior y con ingreso económico mayor del salario mínimo establecido para clases menos preparadas. A este nivel ya se observa un sustento, una casa, socialización y comodidades mejores que en estratos campesinos y obreros. Tenemos otras variantes como: obrero eventual. Trabajador ocasional, o padre, jefe de familia que no trabaja, que vive del trabajo de la esposa o de los hijos. Estas son ya patologías sociales accidentales o habituales que pueden repercutir en la estabilidad, educación, sentimientos de la familia (8).

Funciones de la Familia:

Sea cual fuere las características propias de cada familia: sean urbanas, rurales, profesionales, extensas, nucleares, etc., como toda institución, como todo organismo, como cualquier máquina, tiene una función específica que cumplir. En la satisfacción interna de cada individuo la familia debe cubrir sus necesidades básicas psíquicas, emocionales y materiales que le ayuden al desenvolvimiento de sus capacidades en la sociedad. Diez son los aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales y que el médico familiar debe explorar durante el estudio familiar integral, donde se infiere la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, de afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la

familia, actuando con una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía, preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia tanto en los requerimientos internos como externos.

Características de la Familia Sana:

- Comparten responsabilidad.
- Organización flexible
- Procuran capacitarse y adaptarse para resolver los problemas
- Activan unidos sus recursos
- Altos niveles de interacción
- Adecuada comunicación en los subsistemas
- Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar
- Fomentan el desarrollo personal
- Estimulan un alto grado de autonomía
- Capacidad para solicitar ayuda (9).

Consideramos como Funciones de la Familia:

- ❖ **Afecto, amor.**- Desde la concepción hasta la muerte, todo individuo necesita afecto, cariño, un incentivo que le ayude a estimarse como un ente con calor y gusto por la vida. El estar en este estado de congratulación, favorece al hombre al mejor desempeño de sus actividades sociales, laborales, afectivas con los demás. Dependiendo de la etapa en que se encuentre el individuo, será la necesidad afectiva que requiera. Así, en el matrimonio, la necesidad de la pareja es el amor sexual, no básico, pero como parte de su satisfacción en matrimonio. El bebé en su natural dependencia completa, requiere de la lactancia de su madre, pero también del abrazo, las caricias, los besos, palabras, lo que llega a formar en un ser que aún no concientiza las actividades de los demás y sin embargo, le da seguridad bienestar, alegría, básicos para la formación de su personalidad cuando se desarrolle. En el crecimiento del niño, el amor o desamor que se le proporcione, determinarán sus actitudes ante la vida, la sociedad, y el amor propio que se tenga. De acuerdo como se le proporcione a cada integrante de la familia, será el grado que él mismo tenga capacidad para dar a los demás en la sociedad.
- ❖ **Cuidados, apoyo:** En la familia debe existir una relación no explícita de correspondencia. Una relación en que se dé al compañero, a la compañera, un apoyo material con afecto; ellos dos, como base del núcleo familiar, a los hijos, favoreciendo una unión de atenciones, un hábitat adecuado para satisfacer las necesidades de alimentación, vestido, salud, seguridad física y emocional. Dentro de la familia moderna se ha observado que el padre como jefe de familia es quien aporta el sustento para los aspectos materiales, pero la madre quien anteriormente era solo para el aspecto afectivo, amoroso, ahora también colabora con el aspecto económico en el hogar. Aún así, generalmente es ella quien proporciona el aspecto emotivo y el padre el material. En caso de afecciones orgánicas en alguno de los

hijos, se recurre a la madre para encontrar ayuda, sabiendo que cuentan con la seguridad económica dada por el padre.

- ❖ **Socialización:** Se inicia dentro del núcleo familiar. De acuerdo como los padres marquen ciertas reglas en casa, de acuerdo como den afecto a sus hijos, será la respuesta que ellos den a su entorno. El siguiente paso de socialización es en la escuela (extra familiar), y su desarrollo dependerá de la seguridad y cuidados que los padres proporcionen dentro de la familia. El una de las funciones en que uno de los cónyuges colabora con el otro para favorecer su crecimiento laboral y profesional fuera de casa; también, se favorece el crecimiento de cada integrante de la familia para se desarrollo en el futuro fuera del hogar.
- ❖ **Reproducción:** Inicialmente una pareja se une por amor, hablando del amor romántico, y con la intención de formar una familia que sea completa con el advenimiento de los hijos. Con los programas de Planificación y Salud Reproductiva, ahora la pareja del matrimonio decide cuando y cuantos hijos tener. Se ha observado la importancia de saber convivir juntos como pareja, aprender a conocerse, a atenderse, ayudarse, pero también se ha observado que por tiempo prolongado una pareja sola no es completa y le faltan incentivos con la ausencia de hijos. El advenimiento de uno cambia el panorama de un hogar. La rutina es distinta, el carácter las expectativas de los padres, la alegría cuando es deseado. Al crecer el o los hijos y esperar el advenimiento de otro, se puede observar que también cambia el mundo para el hijo ya existente.
- ❖ **Nivel Socioeconómico:** Es importante para el pilar de la familia formar un ambiente social para los hijos que sea satisfactorio a su desenvolvimiento que redunde en su progreso intelectual y laborar al crecer. Igualmente, dar la seguridad y satisfacción económica que le permita tener acceso a una alimentación, vestido, estudios apropiados, no cayendo en los requerimientos extra básicos, los cuales sería agradable el tenerlos, pero funcionalmente con dar lo importante a los hijos, haciéndolos conscientes de lo satisfactorio de apreciar lo que se tiene.

A estos puntos en conjunto, que nos sirven para determinar las expectativas de la familia, se le conoce como el **APGAR FAMILIAR**.

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

Es importante mantener un sentido de tolerancia cultural en el momento de tratar con familias, ya que existe una fuerte tendencia a considerar que todas las familias funcionan del mismo modo que la del propio médico. Hay una gran escala de normalidad en el momento de evaluar el funcionamiento de una familia.

Al evaluar la estructura y funcionamiento de una familia, existe la tendencia inicial a considerar al médico como un observador externo en busca de un modelo de objetividad. La presencia del

médico condiciona inevitablemente a la familia, del mismo modo que la familia condiciona al médico, siendo que el médico debe formar parte del sistema familiar, y el contacto se convierte en un constante intercambio. El principal objetivo del médico debe ser la aproximación a la familia con una mentalidad abierta y con el convencimiento que él es una parte del sistema que va a observar (10).

En el estudio de la salud familiar, uno de los aspectos que interesa a la medicina contemporánea es la evaluación de la funcionalidad familiar (FF); ésta es el conjunto de funciones que se deben cumplir durante las etapas del desarrollo de la familia, fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar conformes a las normas de la sociedad a la cual se pertenece. La **disfunción familiar** se entiende como el no cumplimiento de algunas de estas funciones por alteraciones de algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como un sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas, se altera(n) por cambios en los roles de sus integrantes. Los subsistemas conyugal, filial, parental y fraternal son dinámicos, interactuantes, con variabilidad intra e intersistemas y los cambios significativos en ellos pueden ser breves o duraderos repercutiendo en la FF.

El la familia “sana” la funcionalidad es equilibrada; dicha característica influye en una adecuada interacción de los subsistemas familiares y su funcionalidad. Esta interacción produce un matiz propio a cada familia que la hace diferente a todas. Familia sana es aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y es por tanto normofuncional. No es posible caracterizar con precisión a la familia sana, pero es posible estudiar algunas cualidades sociales, de edad, demográficas, económicas, etc., que tienden a balancear a la familia funcional.

La comunicación y la cohesión son algunas características que se han estudiado de la FF a través de APGAR familiar.

A través del Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiar y Conyugal (MCSFC) se han estudiado los factores de equilibrio o desequilibrio familiar por medio de un instrumento conocido como FACES III (Family, Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Con esto se facilita la visualización integral de la estructura familiar, además de presentar un esquema de funcionalidad fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación. A través de FACES III este modelo permite establecer diversas hipótesis de la FF con base en las relaciones interpersonales de sus miembros, evaluando dos de las tres dimensiones mencionadas. Con los resultados de este instrumento las familias que se evalúan como balanceadas sería lo esperado en la salud familiar; de manera semejante, las familias extremas estarían en la antesala de una disfunción (11).

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

Integradas: son aquellas en que encontramos un padre, una madre e hijos. Los primeros desarrollando su papel de suministradores de aspectos materiales, económicos, de cuidados y de afectos, como los requerimientos de los hijos. En la familia integrada debemos observar que cada uno de los miembros desempeña su rol como lo marca de acuerdo a su edad y lugar en la

misma. No es solo el mantener unidos a todos los integrantes, es también su desempeño esperado. Este tipo de familia, que tiene la libertad para su desenvolvimiento dentro del grupo en forma interna, dará individuos que se sabrán comportar adecuadamente en la sociedad, fuera del hogar serán tan funcionales como dentro del mismo, y dará hijos que superen su desarrollo físico, intelectual y laboral favorablemente.

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

Desintegrada: Son familias en que existe solo el padre o solo la madre con los hijos, ya sea por el fallecimiento de uno de los dos, por situaciones sociales, por separación voluntaria o involuntaria, o por divorcio. En cualquiera de los casos, el cónyuge que queda a cargo de los hijos está carente del afecto, del aspecto sexual, del apoyo material, y no es capaz de dar a los hijos todo lo completo que requieren para su desarrollo emotivo, físico, psíquico redundando en el bajo rendimiento intelectual y laboral. (8)

Existe un instrumento para la valoración de funcionalidad de la familia, determinado por grados de adaptabilidad y cohesión, marcados un test de 20 preguntas. Al final se valora qué tan unida o desunida es la familia, tomando en cuenta que los extremos son patológicos. Se debe observar que el núcleo familiar es un grupo que se ayuda a crecer, a mejorar en todos aspectos, pero debe darse la libertad necesaria para el desarrollo de su personalidad.

Resulta evidente que la familia estructural y funcionalmente deficiente, contribuye negativamente a la sociedad en su conjunto, sus individuos lesionan las estructuras sociales. Se ha identificado un patrón de comportamiento y organización en las familias que cursan con disfunción moderada que tienen dos modalidades: en una prevalece la lucha por el poder y se denomina modelo de Dominio/Sumisión, coexisten las coaliciones y el afecto se modifica frecuentemente; en el modelo conflictivo niegan estar en crisis, no perciben la necesidad de ayuda médica y por ende son refractarios al estímulo o indicación de someterse a tratamiento. Este tipo familiar particularmente representa un problema de abordaje.

Es frecuente en el patrón de organización de la disfunción familiar severa encontrar un padre excesivamente dominante, psicótico o limítrofe, estas familias tienen un tipo de comportamiento caótico, negativista y con carencia afectiva, negación de la problemática; con frecuencia son familias generadoras de delinquentes y de individuos sin capacidad social. Diversos autores coinciden en que algunas patologías orgánicas tienen como sustrato la disfunción familiar, como es el caso de la drogadicción, homosexualidad, algunos casos de desnutrición infantil y síndrome del niño maltratado. Algunas patologías por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras, como el alcoholismo, el síndrome de Down, las enfermedades terminales y neoplasias malignas. El clínico está obligado a investigar

la existencia de la disfunción familiar en aquellos pacientes que manifiestan somatizaciones y en los casos de neurodermatitis, cefaléas sin sustrato orgánico, HA crónica, precordalgias en corazón sano, neurosis, síndrome ulceroso, entre otros (8)

Ciclo Vital de la Familia:

La familia, como todo grupo activo, interactivo y lleno de color, tiene un inicio, un desarrollo, manifestación en la sociedad y muerte.

El ciclo vital de la familia se puede ver afectado dependiendo del tipo de estructura que se enfatice, dependiendo de las pautas dadas por un matrimonio tardío, la demora a la hora de tener hijos, si la familia cuenta con dos fuentes de ingreso, si es familia con un solo padre, o con dispersión geográfica de sus integrantes.

Independientemente de estos factores que alteran el ciclo vital de la familia, ésta cuenta con un proceso natural dependiendo del desarrollo, crecimiento y evolución de la misma, y en cada paso el médico puede observar y valorar las alteraciones que en ella se producen, pudiendo en determinado momento intervenir para ayudar a uno o todos sus integrantes.

Se han determinado cinco fases en el ciclo vital de la familia. Se dirige a identificar las oportunidades para integrar la atención longitudinal en el plan de atención a los miembros de la familia en cualquiera de las fases.

- Fase de matrimonio
- Fase de expansión
- Fase de dispersión
- Fase de independencia
- Fase de retiro y muerte.

Fase de Matrimonio:

Se inicia con el galanteo, que es la oportunidad que se tiene para escoger a la pareja, que conducen al acoplamiento completo en todas las esferas, de modo que la selección definitiva sea la mejor y más segura. El éxito de la unión y el inicio de una familia saludable, está dado por algunos factores fundamentales: coincidencia en los antecedentes de la pareja, como son: educación, religión, preparación, labores, intereses comunes.

La adaptación al matrimonio exige un cambio drástico. Los cónyuges deben abandonar sus actitudes de dependencia/independencia características de la adolescencia y juventud, para adoptar el papel de esposo, esposa o padres de familia. Dicha adaptación tiene lugar a muchos niveles e implica una total aceptación mutua en cuanto a lo emocional, cultural, y sexual, así como lo relativo a los nuevos papeles dentro del hogar y en la sociedad como un todo.

Los recién casados tienen que desarrollar papeles recíprocamente afines para no provocar fricciones, teniendo como actividades básicas para la cimentación de su desarrollo como familia:

- Un hogar
- Un sistema para ganar y gastar dinero
- Un sistema de patrones de responsabilidad
- Relaciones sexuales mutuamente satisfactorias
- Un sistema de comunicación
- Un acuerdo de interacción con amistades, socios, etc.
- Una filosofía de la vida como pareja
- Un sistema de planificación familiar, y
- La preparación ininterrumpida de ambos cónyuges

La aceptación mutua, mientras se alcanza la estabilidad económica, ocupacional, educacional, y social, es una etapa difícil para la pareja, cuando se tienen problemas que no están acostumbrados a concientizar, produciendo conflictos en cada uno de ellos y en conjunto.

La elección de la pareja, la adaptación marital inicial, juegan un papel muy importante en la salud física, aunque probablemente el de mayor relevancia, en lo que toca a la pareja, y por lo tanto a la nueva familia, sea la satisfacción sexual. Este último factor vital en cuanto al éxito del matrimonio, y una prueba de ello es que, salvo contadas excepciones, no hay matrimonio satisfactorio sin una sana relación sexual (12).

Fase de Expansión:

Se inicia desde cuando se programa el tener un hijo. Con el simple deseo de la pareja respecto a la llegada de un hijo, cambia su actitud y sus expectativas. Se programan ya no en pareja, tienen un fin en común ajeno a lo que han tenido. Se observan cambios en los roles de familia, Aumentan las obligaciones por la llegada de un nuevo miembro, que plantea demandas para ambos padres a cualquier hora del día y de la noche. Con éste no se puede razonar no se le puede convencer, lo único que puede hacerse es satisfacerlo.

El cuidado por el nuevo integrante de la familia, es novedoso: alimentación especial, ropa especial, la salud, cuidados preventivos, chequeos médicos, tratar de entenderlo, observar su evolución, sus primeros pasos y ayudarlo.

Ahora ya no son los intereses personales de la pareja, se dividen las obligaciones, las responsabilidades, se toman en cuenta los gustos de la pareja, pero ahora con la conveniencia o no del tercero en la familia. Cambian las dietas habituales, para tomar en cuenta al bebé.

Es una etapa de mayor producción en la familia, en que aceleradamente aumenta de miembros, por ser la etapa de mayor actividad integral entre los padres. Si deciden espaciar los embarazos o deciden tener el mayor número de hijos, es de todas maneras la época en que fácilmente aumenta en actividad creadora y creativa.

Asimismo, también es la época en que las desavenencias entre los padres repercuten enormemente en la psique del niño, manifestándose en una conducta irregular variando desde la simple inapetencia, al aislamiento, irritabilidad, insociabilidad, agresividad, etc.

Los principales problemas en este momento, son la imposición de límites, la crianza del niño que está invadiendo la autonomía de los padres y la propia relación entre ellos, seguir la evolución en desarrollo, proporcionar la educación sanitaria centrada en la prevención de accidentes y las enfermedades leves y estar pendientes de los factores de riesgo de abuso infantil, de los posibles trastornos de aprendizaje y de los riesgos para la salud de los miembros adultos de la familia (13).

Fase de Dispersión:

Cuando el primer hijo entra en la guardería, se da un nuevo proceso en la dinámica familiar. Empieza cuando gente de fuera de casa comparte al niño durante unas cuantas horas del día. Cada año, la influencia de estas personas ajenas a la familia, como profesores, entrenadores o monitores se hace más importante. A medida que el niño va ganando independencia a través de sus propias experiencias y sus respuestas a las mismas, se pide frecuentemente a los padres que les dejen salir. Se da una exposición a un nuevo sistema de valores. Los padres pueden agradecer una nueva guía que les enseñe a ensanchar sus límites. La necesidad de demostrar más responsabilidades a la vuelta para obtener privilegios adicionales, es un proceso de los padres que es preciso reforzar. Esta fase de transición ofrece numerosas oportunidades para influir en la futura calidad de vida.

La familia en la fase de tener hijos en edad escolar, es una de las más demostrativas para el médico familiar, pues los niños son el barómetro de la función familiar. Los adolescentes rara vez tienen necesidad de acudir al servicio médico; el estrés puede manifestarse como una enfermedad orgánica debido a sus efectos adversos sobre el sistema inmune. Por lo tanto, un aumento en las visitas del adolescente al servicio médico con motivos experimentados como problemas primarios puede ser un indicio de problemas en el seno familiar.

Las familias con un solo padre, experimentan conflictos adicionales en esta fase, y la respuesta de los hijos ante el divorcio depende de su edad en ese momento. Esta determina la capacidad para percibir e integrar correctamente la comprensión del suceso que se está dando, es decir, la evolución de su atribución.

El médico debe de ser sensible al desarrollo de conflictos, a las respuestas, al estrés conductual y psicológico y al significado real de las frecuentes visitas por motivos vagos o por enfermedades leves (14).

Fase de Independencia:

En esta fase, es volver a vivir solos, juntos en pareja, después de haber formado a los hijos, después de haber vivido en forma intensiva en actividades, alegrías, enseñanzas, desilusiones

ocasionales, vivencias con ellos de la propia juventud de los padres. Es la fase en que toca a la pareja poder decidir su nuevo rumbo: vivir esperanzados de la visita de los hijos, atados al pasado y con la idea de dependencia emocional hacia ellos, o iniciar nueva vida activa, creadora a otro nivel, viendo aún un futuro positivo al margen de las vidas de los hijos ausentes.

El hecho de compartir el mundo adulto tiene sus aspectos reconfortantes, pero la observación y desaprobación de la conducta a distancia puede crear problemas a los padres. Además, a éstos se añaden los problemas de adaptación a una familia más reducida, a una casa silenciosa y a la necesidad de encontrar una satisfacción personal y una ocupación del tiempo que antes se dedicaba a los hijos.

Tomando en cuenta la vida moderna que amerita actividades fuera del hogar tanto en el padre como en la madre muchas veces, es frecuente encontrar que en esta fase no fácilmente se deja abatir el núcleo familiar inicial ante la lejanía de los hijos. Actualmente los padres tienen actividades muy personales que les absorben y no les encierran en su depresión. En las familias que han centrado sus actividades en el hogar únicamente, sí se observa depresión y estrés en los padres al darse cuenta de que ya no pueden influir en la conducta de su hijo y de que éste es responsable de sus actos. El amor y el apoyo siguen siendo necesarios, pero su seguimiento debe ser más sutil y a distancia.

Este estrés puede actuar como un desencadenante de enfermedades orgánicas, no parece que sean meras coincidencias el hecho de que sea en estas edades cuando se manifiestan las enfermedades degenerativas y otras enfermedades que hasta entonces estaban silentes.

En esta fase se debe prestar atención a la valoración de los riesgos para la salud y al cribaje del cáncer y de otros problemas de alto riesgo y se debe diseñar una estrategia para cada miembro de la familia (15).

Fase de Retiro y Muerte:

La gran casa está vacía. No queda nada más que el padre y la madre de la familia: vuelven a ser el esposo del otro con la responsabilidad de redescubrir al otro miembro de la pareja después de 20 o 30 años de crianza de los hijos. La idea general es de que este ajuste afecta sobre todo a la madre, pero los cambios en la actividad y en las relaciones interpersonales afectan a los dos padres. Les puede resultar difícil tanto al marido como a la mujer el encontrar nuevos intereses comunes, como lo demuestra el elevado nivel de divorcios en esta fase.

La esposa es quien tiene más huecos que llenar y debe encontrar alguna actividad enriquecedora que reemplace la creatividad de la crianza. El esposo debe de comprender y apoyar esta necesidad autónoma de encontrar actividades voluntarias o un trabajo para satisfacer sus necesidades. Una mala adaptación en esta etapa puede producir un aislamiento social.

Existen varias dinámicas familiares que pueden funcionar para mantener activa la pareja sola: hacer un hogar cómodo y placentero, asegurar la protección para los años venideros, aumentar

la importancia de las actividades del hogar, estar más tiempo juntos como pareja, mantener el contacto con las cada vez mayores familias de los hijos. Participar en la vida comunitaria más allá de la familia, Mantenerse en contacto con las familias de los parientes y con los padres ancianos y reafirmar los valores de la vida. Son cruciales dos cosas para adaptarse al mayor tiempo de que se dispone, ya sea por la marcha de los hijos o la jubilación: mantener la rutina diaria de actividades y ocupar el tiempo con actividades que sean placenteras: para ser eficaz a la hora de ayudar a sus pacientes, el médico debe conocer los valores y atribuciones de éstos.

Durante esta fase, la disminución de la reserva de los órganos, característica de la edad, se transforma en un factor importante que dirige las estrategias diagnósticas y terapéuticas. Los estrechos márgenes de reserva alteran el estado de los problemas preexistentes y la capacidad física y bioquímica para enfrentarse a problemas nuevos, especialmente las enfermedades infecciosas. Las enfermedades crónicas y degenerativas requieren un seguimiento estrecho debido a la vejez: diabetes hipertensión, artrosis o aterosclerosis. La mujer se encuentra sometida a los cambios de la menopausia habiendo necesidad de orientar a la paciente sobre la importancia de la hormonoterapia, teniendo un seguimiento cuidadoso.

Con el aumento de la población anciana, es importante observar que el nido vacío no está tan vacío, dado que frecuentemente los hijos que se alejaron regresar con los nuevos hijos de éstos haciendo que este hogar "vacío" regrese a etapas aún más anteriores, parecido a la de expansión.

Esta fase requiere del apoyo y comprensión de parte del esposo para la búsqueda de satisfactores personales de la esposa. En la etapa de la jubilación, es la esposa quien debe apoyar al esposo y atenderlo, mientras encuentra una forma de sustituir los elementos proporcionados por toda una vida de actividad en su vocación. Los riesgos son una baja de autoestima, la falta de prestigio, la dependencia acompañada de sentimientos de ira y resentimiento, que puede llevar muchas veces a la depresión (16).

Se ha pensado que la jubilación podría disminuir el tiempo de vida, aunque en varios grupos ésta es forzada por la salud deteriorada del anciano. Sin embargo, la adaptabilidad es fácil y pronta cuando el individuo está consciente, habiendo existido una planificación previa a su nuevo estado laboral.

Así, se habla de pautas en la etapa de jubilación: *pauta de mantenimiento* utiliza actividades similares a su labor anterior. *La pauta de retiro* ve la jubilación como un relax y una forma de recuperar gustos anteriores. *La pauta de transferencia* de necesidades, satisface estas mismas necesidades con actividades diferentes. La pauta de nuevas necesidades funcionales como un alivio a las presiones externas para alcanzar la libertad de hacer las actividades propuestas (17). La fase final de la familia empieza con la muerte de uno de los cónyuges, lo que deja al otro solo. El estrés de este ajuste y la adaptación a una vida de soledad requiere utilizar muchos recursos. Afortunadamente los hijos son una parte fundamental en este proceso. La movilidad de la tecnología actual del transporte, ha creado una gran dispersión de la familia, aunque también ésta misma facilita la comunicación rápida en casos de urgencia de atención a los padres por parte de los hijos. En esta etapa al final de la última fase del ciclo vital, se hace

ostensible la proximidad a los padres por parte de los hijos dispersos, cuando ahora se vuelven dependientes por incapacidades físicas o mentales, y también cuando ya solo queda uno de ellos (18).

El Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF) se presenta por primera vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad en medicina familiar que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina (8).

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

1. Estadio de primer contacto con la familia.
2. Estadio de socialización y reconocimiento de la familia.
3. Estadio de exposición de motivos de consulta y abordaje del problema.
4. Estadio interactivo con la familia.
5. Estadio de focalización de problemas.
6. Estadio de búsqueda de alternativas.
7. Diagnóstico familiar.

En los antecedentes institucionales, tenemos que el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde 1954, se señaló el sistema de Médico Familiar como modelo de atención y atendía por separados a niños y adultos, y estuvo en vigencia por más de 20 años. El 15 de marzo de 1971 se inicia formalmente la especialización en Medicina Familiar, con 32 alumnos, en 1972 se incrementa a 11 el número de sedes y se extendió a provincia y en 1973 eran 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes, la residencia para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del curso de especialización (9).

El Médico Familiar debe ser un excelente clínico y un estudioso de la ciencia médica, pero además debe tener conocimientos bien fundamentados en antropología, sociología, psicología y demás ciencias humanísticas y de la conducta que le den el soporte necesario para manejar, comprender y tratar los problemas individuales y familiares dentro de su entorno social y comunitario y por supuesto, debe conocer la conciencia, la dinámica familiar, su estructura, sus funciones y las diferentes fases que la familia atraviesa hasta comprender su desarrollo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina familiar es la disciplina académica en la que el conocimiento y las habilidades de las áreas relevantes de la medicina y campos asociados se estudian, se investigan y se enseñan en relación con la salud y el buen funcionamiento de la familia. La práctica familiar es la aplicación de los principios de la medicina familiar a la atención de individuos y familias en la práctica diaria. Lo anterior implica un conocimiento especializado en la atención personal, primaria, continua, integral y terminal para todos los grupos de edades. Mientras la práctica familiar no esté delimitada a médicos familiares, debe constituir un interés primario (19).

En la unidad de medicina familiar de San Cristóbal de Las Casas, que es un centro de concentración para unas zonas de los Altos de Chiapas, existen programas preventivos en cuanto a enfermedades epidémicas, endémicas y parasitarias, así como también para enfermedades crónico degenerativas.

Con los programas de salud reproductiva se ha logrado que las usuarias prevengan no solo embarazos no deseados, también se previene la existencia de hijos no deseados que redundan en una carga familiar afectiva negativa que propicia enfermedades por deficiencia inmunológica, desnutriciones y también alteraciones de conducta y sociabilidad.

También se ha logrado control en enfermedades de transmisión sexual debido a la concientización en varios padres de familia sobre la conveniencia de la fidelidad y uso de un solo compañero sexual.

Cabe señalar que aún queda mucha tarea a realizar para lograr un cambio de hábitos higiénicos, dietéticos para prevenir enfermedades crónico degenerativas; implementar programas de actividad física y ejercicios programados en individuos sedentarios y favorecer calidad de vida.

Respecto a las patologías más frecuentes se requiere reforzar los programas de salud tendientes a la higiene alimenticia en zona rural y urbana. Al cuidado conveniente en tiempos de clima frío y húmedo para evitar riesgos enfermedades pulmonares.

La educación sobre la hidratación oral ha sido bien aceptada y con resultados satisfactorios en los pacientes con DHE en infecciones gastrointestinales, observando que gran porcentaje de los padres de familia tienen ya como hábito sobre de SVO. Aún falta tener mayor educación en este renglón.

Existe mayor población de embarazadas que acude a controles mensuales en embarazo normal, y también en los casos que cursan con anomalías, las pacientes ya tienen conciencia en cuidar la evolución del embarazo sano y evitar las complicaciones. Esto ha redundado en mayor atención prenatal y de parto en la Unidad. Los recién nacidos con mejores expectativas de vida extrauterina temprana y menor riesgo de morbimortalidad.

Se ha detectado mayores casos iniciales de cáncer cérvico uterino por Papanicolau, y en mama en forma clínica, bajo la observación inicial de la paciente que ya acude a la Unidad de Medicina Familiar.

Las enfermedades crónico degenerativas llevan seguimiento periódico incidiendo en el hábito de la observación constante.

Aún así falta mucho para lograr concientizar a toda la población adscrita al uso de los programas preventivos y curativos en la Unidad.

El médico especialista en medicina familiar es el primer contacto directo con los pacientes, por lo anterior podemos plantear lo siguiente: El presente modelo y el adecuado perfil del médico especialista, ¿Serán capaces de implementar medidas eficaces para la prevención de enfermedades y proponer medidas adecuadas para la promoción de la salud en el centro de trabajo? Si suponemos una afirmación veraz a lo anterior, ¿Se podrán diagnosticar precozmente las patologías más frecuentes de morbiletalidad con la finalidad de efficientar su tratamiento y disminuir su incidencia? ¿Se logrará optimizar los servicios médicos mediante la aplicación y establecimiento del presente modelo con la consecuente disminución de costos en la atención médica?

III. JUSTIFICACION

El acto médico exige precisión, eficacia, eficiencia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, grupales, particulares o de beneficencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar consecuentemente. La fundamentación de la existencia del médico radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud, limite las lesiones y recupere las capacidades remanentes posteriores a la enfermedad, utilizando los conocimientos existentes, los recursos tecnológicos y la experiencia en tratar enfermos con un alto compromiso humanitario, respetando al individuo y sus normas sociales, dando a su actuación características éticas y efectuando su actividad con elevada calidad (20).

MAGNITUD

La práctica médica puede ser considerada en términos de: a) con quien tiene que ver la practica (individuos o familias), las personas en tránsito, los visitantes temporales o los residentes fijos. B) En dónde están situados: ¿Esparcidos, en un vecindario, en una comunidad?. ¿O tienen un denominador común: pertenecen a un programa de salud, tienen servicio médico?, ¿Cuáles son as metas: curativa, solo preventiva?. C) Con quien trabaja el médico: ¿solo? ¿Con grupo paramédico? ¿Con otros médicos?. Estas dimensiones convencionalmente han sido denominadas: Niveles de la práctica, los patrones de la atención y los miembros del equipo o personal.

En los Niveles de la Práctica observamos esquemáticamente:

El nivel Individual

- * La aproximación del caso
- * La aproximación a la persona como un todo
- * Orientada hacia la familia

El nivel Familiar

- * La familia (o el hogar) como Unidad
- * La práctica
- * Los grupos contiguos

El nivel Comunitario

- * Los canales de interrelación
- * Los grupos o comunidades especiales.

TRASCENDENCIA

De esta manera se favorece la salud, bienestar del paciente, de la familia y de la comunidad en general, abarcando los tres fundamentos básicos de la Medicina Familiar: ayuda asistencial, preventiva y rehabilitación, además de un enfoque individual, grupal y comunitario.

La asistencia sanitaria en el contexto de la familia, es una parte fundamental de la definición de la práctica familiar. Hasta hace poco, sin embargo, pocos médicos habían recibido formación adecuada para trabajar con unidades familiares. Por el contrario, estos conocimientos habían sido adquiridos en la práctica y a partir de los errores cometidos en la actividad cotidiana. Las familias influyen en los comportamientos de la salud, en las pautas de contagios epidémicos, en la frecuencia de visitas médicas, en la aceptación de la enfermedad y en los procesos hereditarios. Parece obvio que el hecho de centrar los cuidados médicos en el contexto de la familia, lleva a incrementar la calidad asistencial y a aumentar la satisfacción del paciente. Debido a que los médicos familiares son los únicos que proporcionan asistencia a toda la familia, la investigación para establecer los beneficios de su actividad representa un beneficio prioritario en la medicina familiar académica.

Para los Médicos Familiares en activo, el desarrollo práctico de la orientación familiar origina un vínculo especial en el paciente. Esto permite al médico desarrollar un conocimiento más profundo del paciente y sus problemas, e incrementar la satisfacción de ambos. Estas ventajas son los argumentos más evidentes a favor de la asistencia sanitaria a la familia (21).

Consideramos que la familia es un sistema relacional en el cuál los eventos que afectan a cualquiera de sus partes repercutirá en todos sus elementos. El modelo que exponemos para la exploración de la dinámica familiar estará enfocado a ver a la familia en forma integral

El médico familiar que ve a la familia de forma continua e integral debe contar con elementos de análisis que sistematizará, para así integrarlos a su exploración diaria, obteniendo con esto, los elementos necesarios para referir a la familia, o alguno de sus miembros, a un nivel de atención más especializado.

Realizar una medicina integral, modificando la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psicosociales en la comprensión del proceso salud enfermedad:

FACTIBILIDAD:

Los Patrones de Atención pueden ser considerados como siguen:

- **Atención Curativa:** Es esencialmente la que se proporciona cuando un paciente se presenta con un síntoma, y ésta puede ser: de urgencia, periódica, continuo, final o mixto.
- **Atención Preventiva:** Arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, promover la salud y la eficiencia física y mental. Condicionada a un nivel dado de aplicación (22):

- a) Protección específica
 - b) Promoción de la salud
 - c) Diagnóstico y tratamiento oportuno
 - d) Rehabilitación
 - e) Atención preventiva mixta: atención curativa y preventiva, atención integral familiar.
- Los miembros del Equipo: Utilizando los diferentes niveles de práctica y los patrones de atención, se puede crear un tipo de herramienta conceptual que puede ser utilizada para la planeación y evaluación de la familia u otros tipos de prestación primaria. Esta herramienta es el organigrama.

Realizar una medicina integral, modificando la estructura médica tradicional para incorporar los aspectos psicosociales en la comprensión del proceso salud enfermedad en cualesquiera de los campos de acción de la medicina familiar:

1. Enfoca sus conocimientos para la atención del núcleo familiar. Esta concepción de la enfermedad beneficia a la población, ya que no fracciona al individuo, sino que se le considera parte dinámica de una familia y participe de la salud o de la enfermedad.
2. Compromete su actuar prácticamente bajo cualquier circunstancia sin las limitaciones propias de otras disciplinas, como pueden ser la edad, sexo, el padecimiento, etc.; este beneficio al enfermo que por principio otorga la disciplina de la medicina familiar, debe realizarse durante todas las etapas de la vida.
3. Entender sus propias limitaciones. Esta aparente desventaja creada por la amplitud de su campo, en la práctica le permite conducir los recursos médicos, apoyar al enfermo y su familia, con una actitud de mesura y madurez ante sus propias limitaciones, capitalizando la pérdida aparente de su aureola de deidad y acercándose más al hombre y a su familia, en una relación médico-paciente más auténtica, fructífera y gratificante, mejor que otras disciplinas (20).

VULNERABILIDAD

El conocer el medio ecológico, económico, social, de interacción familiar, marca pautas a tratamientos iniciales y de seguimiento en los padecimientos de mayor predominancia en la zona, en los grupos familiares de acuerdo a su desarrollo, etapas en ciclo vital, en ciclo individual y rehabilitación, haciendo que los recursos en nuestro medio se optimicen pudiendo mejorar la presteza de la salud del paciente, ahorro en los recursos de gabinete y medicamentos de la Unidad tratante, tranquilidad de la familia en cuestión y desarrollo en la práctica familiar.

La contribución de la medicina familiar a modificar el espectro de la morbimortalidad en el país es el mas difícil de evaluar, ya que las modificaciones en salud son de orden multifactorial:

alimentarios, higiénicos, culturales, elevación del nivel socioeconómico, campañas sanitarias, nuevos medicamentos, etc.; sin embargo, tres aspectos de la medicina familiar parecen gravitar favorablemente en su aportación:

Primero, acciones concretas de organización y educación de la población tendientes a la prevención, conservación y restauración de la salud.

El segundo aspecto, su incorporación a programas prioritarios de la institución tales como Planificación familiar, salud materno infantil y enfermedades crónico degenerativas, situación que causa gran impacto por tener una población cautiva.

El tercer aspecto lo constituye la cobertura de población y la atención médica al riesgo, donde los médicos familiares inciden entre el 70 y 80% de las enfermedades comunes que afectan a la población.

La resultante es que las estadísticas nacionales señalan cambios en los indicadores de salud en la esperanza de vida, la morbilidad infantil en franco descenso, enfermedades *infecto contagiosas* con decremento y el que los individuos ya llegan a edad adulta, de lo que se concluye que la especialidad ha contribuido en un grado no medible (20).

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

1. Conocer las principales características medicas, biológicas, sociales y culturales en la población derechohabiente adscrita al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, así como las causas de morbilidad más frecuentes en dicha población, como requisito indispensable para planificar los servicios de salud.

IV.2. Objetivos específicos

1. Identificar en la población derechohabiente, los grupos etáreos predominantes por edad y sexo mediante la pirámide poblacional.
2. Identificar la población con riesgo de sufrir fiebre reumática.
3. Identificar a la población con riesgo reproductivo.
4. Identificar a la población con riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas.
5. Conocer el estado civil predominante en las familias adscritas a dicho consultorio.
6. Conocer la media de los años de vida conyugal.
7. Conocer la edad promedio de los padres de familia.
8. Conocer la edad y el número de hijos promedio en cada familia.
9. Conocer la escolaridad predominante de los padres de familia (superior, técnica, media básica, básica o analfabeta).
10. Conocer los métodos de planificación familiar más utilizados (condón, DIU, hormonal oral, hormonal inyectable, lactancia, OTB, ritmo, vasectomía o ninguno de los anteriores).
11. Conocer la principal ocupación de los padres de familia (profesional, técnico, empleado, jubilado, hogar u otra actividad).
12. Conocer el desarrollo familiar predominante (moderna o tradicional).
13. Conocer la demografía que presentan las familias (rural o urbana).

14. Conocer la composición de las familias (Compuesta, extensa o nuclear).
15. Conocer la etapa del ciclo vital familiar predominante (matrimonio, dispersión, expansión, independencia o retiro).
16. Conocer el ingreso familiar predominante (alto, medio o bajo).
17. Conocer la influencia que ejerce el estado civil de las parejas que conforman las familias sobre el ingreso económico de las familias.
18. Conocer la influencia que ejerce la escolaridad de los padres de familia sobre el ingreso económico que perciben.
19. Conocer la influencia que ejerce la escolaridad de los padres de familia sobre la elección del método de planificación familiar utilizado.
20. Identificar las diez principales causas de consulta por sexo durante 1997.
21. Identificar los motivos de consulta por primera vez y subsecuentes efectuados durante 1997. _

V. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

14. Conocer la composición de las familias (Compuesta, extensa o nuclear).
15. Conocer la etapa del ciclo vital familiar predominante (matrimonio, dispersión, expansión, independencia o retiro).
16. Conocer el ingreso familiar predominante (alto, medio o bajo).
17. Conocer la influencia que ejerce el estado civil de las parejas que conforman las familias sobre el ingreso económico de las familias.
18. Conocer la influencia que ejerce la escolaridad de los padres de familia sobre el ingreso económico que perciben.
19. Conocer la influencia que ejerce la escolaridad de los padres de familia sobre la elección del método de planificación familiar utilizado.
20. Identificar las diez principales causas de consulta por sexo durante 1997.
21. Identificar los motivos de consulta por primera vez y subsecuentes efectuados durante 1997.

V. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Tipo de estudio

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

VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio

La población adscrita a la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, es de 26,349 derechohabientes, de los cuales 2,813 se encuentran adscritos al consultorio 1-A del turno matutino, dicha población resulto involucrada en la realización del presente trabajo durante el período comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de septiembre de 1998.

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

La población adscrita al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chis. (2,813 derechohabientes), representó la muestra mediante el cual se realizó el censo poblacional. El estudio familiar requirió una muestra de 100 familias adscritas al mismo consultorio. Los datos correspondientes a las consultas efectuadas durante enero a diciembre de 1997, mediante las hojas de reporte diario de los médicos, sirvieron como sostén para determinar los diez motivos de consulta mas frecuentes.

VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

- Inclusión:** Población derechohabiente usuaria asignada al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chis., dirigida específicamente a los padres de familia que demuestren entusiasmo durante la participación en el trabajo de investigación con la capacidad de responder de manera correcta y que sean mayores de edad; expedientes completos.
- Exclusión:** Población no usuaria y población no derechohabiente del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chis.
- Eliminación:** Población con expedientes incompletos y/o sin expedientes. Población que no acepto participar y aquella población que no contó con la edad suficiente para responder al cuestionario.

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

El censo poblacional se realizó mediante las variables tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso. Se consideraron las variables de:

1. Número total de individuos
2. Número total de individuos del sexo masculino
3. Número total de individuos del sexo femenino
4. Número total de individuos del sexo masculino por grupos etáreos
5. Número total de individuos del sexo femenino por grupos etáreos

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

El estudio de comunidad contó con las variables cualitativas en escala nominal y se identificaron las siguientes:

1. Nombre de la familia:
2. Estado civil
3. Años de unión conyugal
4. Escolaridad
5. Edad del padre
6. Edad de la madre
7. Número de hijos (hasta de 10 años de edad)
8. Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
9. Número de hijos (de 20 o más años de edad)
10. Ocupación de los padres de familia
11. Ingreso económico
12. Tipo de familia
13. Etapa del ciclo vital de la familia
14. Métodos de planificación familiar

La identificación de las causas de consulta consideró variables de tipo cualitativo en escala nominal, las cuales corresponden a las 10 primeras causas de consulta por grupo de edad y sexo.

VI.6. Procedimiento para capturar la información

El censo poblacional, contó como fuente de datos el archivo clínico de la Clínica Hospital, revisando todos los expedientes existentes. El estudio sistemático familiar se llevó a cabo mediante las encuestas realizadas a los pacientes que acudían al consultorio, específicamente aplicándose a uno de los padres de cada familia, durante el período comprendido entre el 1° de marzo y el 30 de septiembre de 1998, los datos se recolectaron con ayuda de las cédulas diseñadas para tal finalidad. La identificación de las causas de consulta más frecuentes, se

realizó mediante las hojas de reporte diario de los médicos durante el período comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.

Una vez recolectada la información, se analizaron mediante procedimientos estadísticos descriptivos, los cuales comprenden relaciones porcentuales y medias estadísticas, presentándose más adelante en cuadros y gráficas.

VI.7. Consideraciones éticas

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

VII. RESULTADOS

VII.1. Descripción de los resultados

El estudio se inició con la realización del censo poblacional, encontrándose una población de 2813 individuos adscritos al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, de donde 1470 son del sexo femenino (52.26%) y 1343 son del sexo masculino (47.74%). El grupo etáreo entre los 5 y 9 años de edad representa la población más abundante de los derechohabientes adscritos a este consultorio con 319 infantes (11.34%) de los cuales 151 son del sexo femenino (5.37%) y 168 son del sexo masculino (5.97%); mientras que la población con menos individuos se encuentra en el grupo etáreo de menores de año de edad con 16 individuos (0.57%) de los cuales 9 son del sexo femenino (0.32%) y 7 del sexo masculino (0.25%) (Cuadro 1 y Gráfica 1).

La población infantil en riesgo de sufrir fiebre reumática de entre 5 y 14 años está representada por un total de 597 individuos (21.22%), de donde 283 son niñas (10.06%) y 314 son niños (11.16%) (Cuadro 2 y Gráfica 2).

El grupo femenino en edad fértil está constituido por mujeres de entre 15 y 44 años de edad, consta de 734 personas (26.09%) siendo el grupo etáreo entre 15-19 años el de mayor incidencia con 149 mujeres (5.30%), y el de 30-34 años el de menor incidencia con 104 mujeres (3.70%) (Cuadro 3 y Gráfica 3).

La población con riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas constituye a las personas mayores de 35 años de edad, representada por 1099 personas, es decir equivalente al 39.07% de la población total, de donde 603 son mujeres (21.44%) y 496 son hombres (17.63%) (Cuadro 4 y Gráfica 4).

El estudio sistemático familiar expuso muchas características estructurales que conforman a cada una de las familias, en primera instancia se encuentra el estado civil de las parejas que conforman las familias en estudio, observando que un 73.84% se encuentran casadas, en unión libre se encuentran un 15.70% parejas, en viudez un 5.23 %, las madres solteras representan un 1.16% y un 4.07% de las parejas estudiadas se han divorciado (Cuadro 5 y Gráfica 5).

Los años de vida conyugal que han sostenido las parejas en estudio se observa una media de 18.82 años con una desviación estándar de 11.86 años (Cuadro 6 y 21, Gráfica 6).

Los padres de familia presentan una edad promedio de 48.98 años con una desviación estándar de 14.79 años; mientras las madres tiene una edad promedio de 41.66 años con una desviación estándar de 12.83 años (Cuadro 7 y 21, Gráfica 7).

Las familias estudiadas presentan un promedio de hijos de 3.95, prevaleciendo aquellas que tienen de 2 a 4 hijos (63.95% de las familias estudiadas), observándose que existen en la actualidad familias muy numerosas con mas de 5 hijos (22.09% de las familias estudiadas), el resto tiene un solo hijo representando el 9.30% y el 4.65% aún no cuenta con descendencia.

Las familias con un número de hijos de hasta 10 años de edad presentaron un promedio de 1.13 hijos con una desviación estándar de 1.19 hijos; mientras que el promedio para aquellas familias con un número de hijos de entre 11 y 19 años de edad fue de 0.97 hijos con una desviación estándar de 1.30 hijos, por otro lado el promedio para las familias con un número de hijos de entre 20 o más años de edad fue de 1.26 hijos con una desviación estándar de 2.09 hijos (Cuadro 8 y 21, Gráfica 8).

La escolaridad de los padres de familia esta representada por un 40.70% para aquellos que lograron una educación superior, el 18.02% cuenta con la educación media superior o técnica, el 12.21% cuenta con la educación secundaria, el 25.58% con la educación básica y el resto es analfabeta en un 3.49% (Cuadro 9 y Gráfica 9).

El 50.0% de las familias estudiadas no maneja ningún método de planificación familiar, el método que más se practica es la OTB en un 14.53%, seguido del DIU en un 10.47%, el anticonceptivo oral se utiliza en un 8.72%, el inyectable en un 4.65%, el 6.40% de las parejas utiliza el ritmo como método de planificación, el 2.91% utiliza condón, el 1.74% utiliza la lactancia materna y se detectó únicamente a una pareja que utiliza la vasectomía como método de planificación familiar representando el 0.58% (Cuadro 10 y Gráfica 10).

Los padres de familia con una actividad en el área profesional esta representada en un 47.38% del total de las familias estudiadas, el 2.62% realiza sus actividades en el área técnica, el 15.70% son empleados con actividades diversas, el 2.33% son jubilados, el 6.69 % tiene una actividad no identificada, mientras que el restante 25.29 % destina su tiempo a las actividades propias del hogar (Cuadro 11 y Gráfica 11).

Las familias estudiadas son en un 52.33% de tipo tradicional mientras que el restante 47.67% son del tipo moderno (Cuadro 12 y Gráfica 12).

Las familias que presentaron una demografía de tipo rural está constituida por una minoría representada en un 4.65%, el resto es de tipo urbano constituyendo el 95.35% (Cuadro 13 y Gráfica 13).

Las familias de acuerdo a su composición, son nucleares en un 91.28%, son compuestas en un 2.91% y en menor proporción son extensas en un 5.81% (Cuadro 14 y Gráfica 14).

En lo que respecta al ciclo vital de las familias, el 56.98% se encuentra en la etapa de dispersión, el 13.95% en la de independencia, el 13.37% en la etapa de expansión mientras que el restante 15.70% en la etapa de retiro y muerte; ninguna familia se encuentra en la etapa de matrimonio (Cuadro 15 y Gráfica 15).

Las familias que cuentan con un ingreso económico de menos de un salario mínimo (bajo) fue representada por el 1.74%, aquellas familias con un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos (medio) representó el 62.21% mientras que aquellas familias con un ingreso de 3 o más salarios mínimos (alto) representó el 36.05% (Cuadro 16 y Gráfica 16).

El estado civil y el ingreso familiar presenta una relación que se manifiesta en la estabilidad económica familiar, 53 parejas casadas cuenta con un ingreso económico alto, 71 parejas cuenta con un ingreso medio y únicamente 3 un ingreso bajo; 10 parejas en unión libre tienen un ingreso alto, 17 presentan un ingreso medio, ninguna pareja en unión libre cuenta con un ingreso bajo; 2 parejas solteras presentaron un ingreso económico medio; 3 parejas divorciadas cuentan con un ingreso alto, 3 más con un ingreso medio y 1 pareja divorciada cuenta con un ingreso menor a un salario mínimo; el resto se agrupa en aquellas pareja que enviudaron en algún momento de su vida, 6 personas cuentan con un ingreso medio y 3 con ingreso bajo (Cuadro 17 y Gráfica 17).

La educación influye en el ingreso familiar, 3 familias analfabetas cuentan con un ingreso medio y 3 con un ingreso bajo; 9 parejas con preparación básica cuenta con un ingreso alto; 30 con un ingreso medio y 5 con un ingreso bajo; 9 parejas con educación media cuenta con un ingreso alto y 13 con un ingreso medio; 16 parejas con bachillerato ingresan de 1 a 2 salarios mínimos y 15 parejas con menos de 1 salario mínimo, por último 37 parejas profesionistas cuentan con un ingreso alto y 33 con un ingreso medio (Cuadro 18 y Gráfica 18).

El método de planificación familiar adoptado por las parejas que integran las familias estudiadas se puede relacionar con la escolaridad de las mismas, de esta manera se observa que 33 parejas con nivel profesional no maneja ningún método de planificación familiar, seguido de 26 parejas con educación básica, 13 con educación media superior, 10 con educación media y solamente 4 analfabetas.

Dos parejas analfabetas utilizan el DIU y las hormonas orales como método de planificación familiar. Las parejas con educación básica utilizan con mayor frecuencia la salpingoclasia (7 parejas), seguido las hormonas orales e inyectables (4 y 2 respectivamente), y en menor frecuencia el dispositivo intrauterino y el ritmo (2 y 1 pareja respectivamente).

Las parejas con educación media utilizan en orden decreciente a las hormonas orales (3 parejas), el DIU y la OTB (2 parejas respectivamente), y las hormonas inyectables, el condón, la lactancia y el ritmo son utilizadas por una pareja respectivamente.

7 parejas con educación media superior utilizan el DIU, 5 la OTB, 4 el ritmo, 3 las hormonas orales, 2 las hormonas inyectables y el condón respectivamente, y una sola pareja utiliza la lactancia como control reproductivo.

Las parejas con educación superior utilizan la salpingoclasia con mayor frecuencia (11 parejas), 6 parejas utilizan el DIU, 5 el ritmo, 4 y 3 respectivamente las hormonas orales e inyectables, 2 el condón y una sola pareja la lactancia materna al igual que la vasectomía (Cuadro 19 y Gráfica 19).

En la identificación de los diez motivos de consulta (Cuadro 20), destaca en primer lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 779 casos, de donde 377 se dieron tanto en personas del sexo masculino y 402 en el sexo femenino, seguidas en orden decreciente por la atención a pacientes con hipertensión arterial, infecciones gastrointestinales, infecciones

en vías urinarias, diabetes mellitus, dislipidemias, reumatismo, embarazo, bronquitis y trastornos del músculo esquelético, este último padecimiento con 101 casos de donde 69 consultas se impartieron a hombres y 32 a mujeres; sumando un total de 3260 consultas impartidas entre las diez causas más frecuentes. Cabe hacer mención que del total de consultas un 61.13% (1993 consultas) corresponde a la atención del sexo femenino, el resto un 38.87% (1267 consultas) corresponde a la atención masculina (Cuadro 20 y Gráfica 20).

Los motivos de consulta por primera vez (Cuadro 20) suman un total de 1448, atendiéndose con mayor frecuencia a pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas (468 consultas), seguido de los pacientes con infecciones gastrointestinales (397 consultas), infecciones en vías urinarias (198 consultas), hipertensión arterial (145 consultas), bronquitis (82 consultas), trastornos del músculo esquelético (63 consultas), reumatismo (35 consultas), dislipidemias (22 consultas), embarazo (21 consultas) y en menor proporción a los pacientes con diabetes mellitus (17 consultas) (Cuadro 21 y Gráfica 21).

Las consultas subsecuentes (Cuadro 20) suman un total de 1812, de donde destaca el seguimiento a pacientes con hipertensión arterial con 562 consultas, seguido de los pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas con 311 consultas, el tercer lugar lo ocupa la atención a pacientes con diabetes mellitus (215 consultas), infecciones gastrointestinales (201 consultas), infecciones en vías urinarias (171 consultas), dislipidemias (116 consultas), embarazo (88 consultas), reumatismo (87 consultas), trastornos del músculo esquelético (38 consultas) y los pacientes que ameritaron menos atención subsecuente fueron aquellas con bronquitis (23 consultas) (Cuadro 21 y Gráfica 21).

VII.2. Cuadros y gráficas

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

CUADROS

Cuadro No. 1

Datos de la pirámide poblacional del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" I.S.S.S.T.E., S.C.L.C.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES				%	%	%
GRUPO ETAREO	FEMENINO	MASCULINO	Total	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
0-1	9	7	16	0.32	0.25	0.57
1-4	84	95	179	2.99	3.38	6.36
5-9	151	168	319	5.37	5.97	11.34
10-14	132	146	278	4.69	5.19	9.88
15-19	149	123	272	5.30	4.37	9.67
20-24	129	143	272	4.59	5.08	9.67
25-29	109	106	215	3.87	3.77	7.64
30-34	104	59	163	3.70	2.10	5.79
35-39	123	78	201	4.37	2.77	7.15
40-44	120	113	233	4.27	4.02	8.28
45-49	76	78	154	2.70	2.77	5.47
50-54	57	42	99	2.03	1.49	3.52
55-59	54	24	78	1.92	0.85	2.77
60-64	47	37	84	1.67	1.32	2.99
65-69	45	37	82	1.60	1.32	2.92
70 o más	81	87	168	2.88	3.09	5.97
Total	1470	1343	2813	52.26	47.74	100.00

Fuente: Censo poblacional del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 2

**Población con riesgo de sufrir fiebre reumática
adscrita al consultorio 1-A del turno matutino de la
Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San
Cristóbal de Las Casas, Chis.**

Grupo Etáreo	Hombres	Mujeres
5-9	168	151
10-14	146	132
Total	314	283

Fuente: Censo poblacional del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 3

Población con riesgo reproductivo adscrita al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Grupo Etario	Mujeres
15-19	149
20-24	129
25-29	109
30-34	104
35-39	123
40-44	120
Total	734

Fuente: Censo poblacional del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 4

Población con riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas adscrita al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Grupo Etario	Hombres	Mujeres
35-39	78	123
40-44	113	120
45-49	78	76
50-54	42	57
55-59	24	54
60-64	37	47
65-69	37	45
70 o más	87	81
Total	496	603

Fuente: Censo poblacional del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 5

Estado Civil de los pacientes adscritos al consultorio 1-A del turno matutino Clínica Hospital “D” del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Estado Civil	Número de Familias
Casados	127
Divorciados	7
Solteras (Madres)	2
Unión libre	27
Viudo	9

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 6

Años de unión conyugal de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Años de Unión Conyugal	Número de Familias
1-4	12
5-9	25
10-14	39
15-19	24
20-24	23
25-29	14
30-34	11
35-39	3
40-44	5
45-49	2
50-más	3

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 7

Edades del padre y de la madre de cada familia adscritos al consultorio 1-A del turno matutino Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Edad	Madre	Padre
18-19	3	
20-24	6	4
25-29	14	13
30-34	36	24
35-39	31	29
40-44	32	26
45-49	15	21
50-54	6	14
55-59	8	6
60-64	10	8
65-69	4	1
70-más	2	9

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 8

Número de hijos (agrupados por edad) de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Número de hijos	Menores de 10 años	Mayores de 10 años y menores de 20 años	Mayores de 20 años
1	38	36	14
2	32	25	17
3	22	13	8
4	7	12	10
5	0	0	4
6	0	0	5
7	0	0	1
8	0	0	1
11	0	0	1
12	0	0	1

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 9

Escolaridad de los padres de familia adscritos al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital “D” del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Escolaridad	Número de Familias
Analfabetas	6
Básica	44
Media	21
Media superior	31
Superior	70

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 10

Método de planificación que usan las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Método de planificación	Número de Familias
Condón	5
DIU	18
Hormona Tableta	15
Hormona Inyectable	8
Lactancia	3
Ninguno	86
OTB	25
Ritmo	11
Vasectomía	1

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 11

Ocupación del padre y de la madre de cada familia adscritos al consultorio 1-A del turno matutino Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis.

Ocupación	Padre	Madre
Empleado	40	14
Hogar	2	85
Jubilado	7	1
Profesionista	95	68
Técnico	9	0
Otro	18	5

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 12

Clasificación de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis. de acuerdo a su desarrollo

Desarrollo	Número de Familias
Moderna	82
Tradicional	90

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 13

Clasificación de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis. de acuerdo a su demografía

Demografía	Número de Familias
Rural	8
Urbana	164

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 14

Clasificación de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis. de acuerdo a su composición

Composición	%
Compuesta	2.91
Extensa	5.81
Nuclear	91.28

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 15

Clasificación de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital “D” del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis. de acuerdo a su ciclo vital

Ciclo Familiar	%
Dispersión	57
Expansión	13
Independencia	14
Retiro	16

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 16

Clasificación de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, Chis. de acuerdo a su ingreso familiar

Ingreso familiar	Número de Familias
<1 salario mínimo	3
1 a 2 salarios mínimos	107
3 o más salarios mínimos	62

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 17

Relación del estado civil con el ingreso familiar de las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casa, Chis.

Estado civil	Ingreso familiar		
	Alto	Medio	Bajo
Casado	53	71	3
Soltero	0	2	0
Divorciado	3	3	1
Unión libre	10	17	0
Viudo	0	6	3

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 18

Relación de la escolaridad de los padres con el ingreso familiar adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casa, Chis.

Escolaridad	Ingreso familiar		
	Alto	Medio	Bajo
Analfabetas	0	3	3
Básicas	9	30	5
Media	8	13	0
Media superior	0	16	15
Superior	37	33	0

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

Cuadro No. 19

Relación de la escolaridad con el método de planificación familiar adoptado por las familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casa, Chis.

Método	Analfabetas	Básico	Medio	Media superior	Superior
D.I.U.	1	2	2	7	6
Hormonal inyectable	0	2	1	2	3
Hormonal oral	1	4	3	3	4
Condón	0	0	1	2	2
Lactancia	0	0	1	1	1
OTB	0	7	2	5	11
Ritmo	0	1	1	4	5
Vasectomía	0	0	0	0	1
Ninguno	4	26	10	13	33

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. Chis. (Vigencia de derechos)

CUADRO No. 20

Motivos de consulta por sexo, 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" I.S.S.S.T.E., S.C.L.C.

	Motivo de consulta	Consultas por 1a. vez	Consultas subsecuentes	Consultas por sexo		Total de consultas	Porcentaje		% total
				M	F		M	F	
1	IRAS	468	311	377	402	779	11.6	12.3	23.9
2	Hipertensión arterial	145	562	265	442	707	8.1	13.6	21.7
3	Infecciones gastrointestinales	397	201	219	379	598	6.7	11.6	18.3
4	Infecciones en vías urinarias	198	171	84	285	369	2.6	8.7	11.3
5	Diabetes mellitus	17	215	93	139	232	2.9	4.3	7.1
6	Dislipidemias	22	116	74	64	138	2.3	2.0	4.2
7	Reumatismo	35	87	43	79	122	1.3	2.4	3.7
8	Embarazo	21	88	0	109	109	0.0	3.3	3.3
9	Bronquitis	82	23	43	62	105	1.3	1.9	3.2
10	Transt. de músculo esquelético	63	38	69	32	101	2.1	1.0	3.1
	TOTAL	1448	1812	1267	1993	3260	38.87	61.13	100

Fuente: Hojas diarias del médico del consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. durante 1997.

**CUADRO No. 21. Hoja de resultados del estudio Sistemático Familiar del
Consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del
I.S.S.S.T.E. de S.C.L.C.**

Estado civil	No.	%
Solteras (madres)	2	1.16
Casado	127	73.84
Unión libre	27	15.70
Viujo	9	5.23
Divorciado	7	4.07
Total	172	100

	Media	Desv. est.
Años de unión conyugal	18.82	11.86

Escolaridad	No.	%
Básica	44	25.58
Media	21	12.21
Media superior o técnica	31	18.02
Superior	70	40.70
Analfabetas	6	3.49
Total	172	100

	Media	Desv. est.
Edad del padre	45.98	14.79

	Media	Desv. est.
Edad del madre	41.66	12.83

Método de planificación familiar	No.	%
DIU	18	10.47
Anticonceptivo oral	15	8.72
Anticonceptivo inyectable	8	4.65
OTB	25	14.53
Ritmo	11	6.40
Vasectomía	1	0.58
Condón	5	2.91
Lactancia	3	1.74
Ninguno	86	50.00
Total	172	100

	Media	Desv. est.
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)	1.13	1.19
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)	0.97	1.3
Número de hijos (de 20 o más años de edad)	1.26	2.09

Ocupación de los padres de familia	No.	%
Profesional	163	47.38
Técnico	9	2.62
Empleado	54	15.70
Hogar	87	25.29
Jubilado	8	2.33
Otro	23	6.69
Total	344	100

Ingreso económico	No.	%
< 1 salario mínimo	3	1.74
1 a 2 salarios mínimos	107	62.21
3 o más salarios mínimos	62	36.05
Total	172	100

Tipo de familia	No.	%
Desarrollo :		
Moderna	82	47.67
Tradicional	90	52.33
Total	172	100

Composición:	No.	%
Nuclear	157	91.28
Extensa	10	5.81
Compuesta	5	2.91
Total	172	100

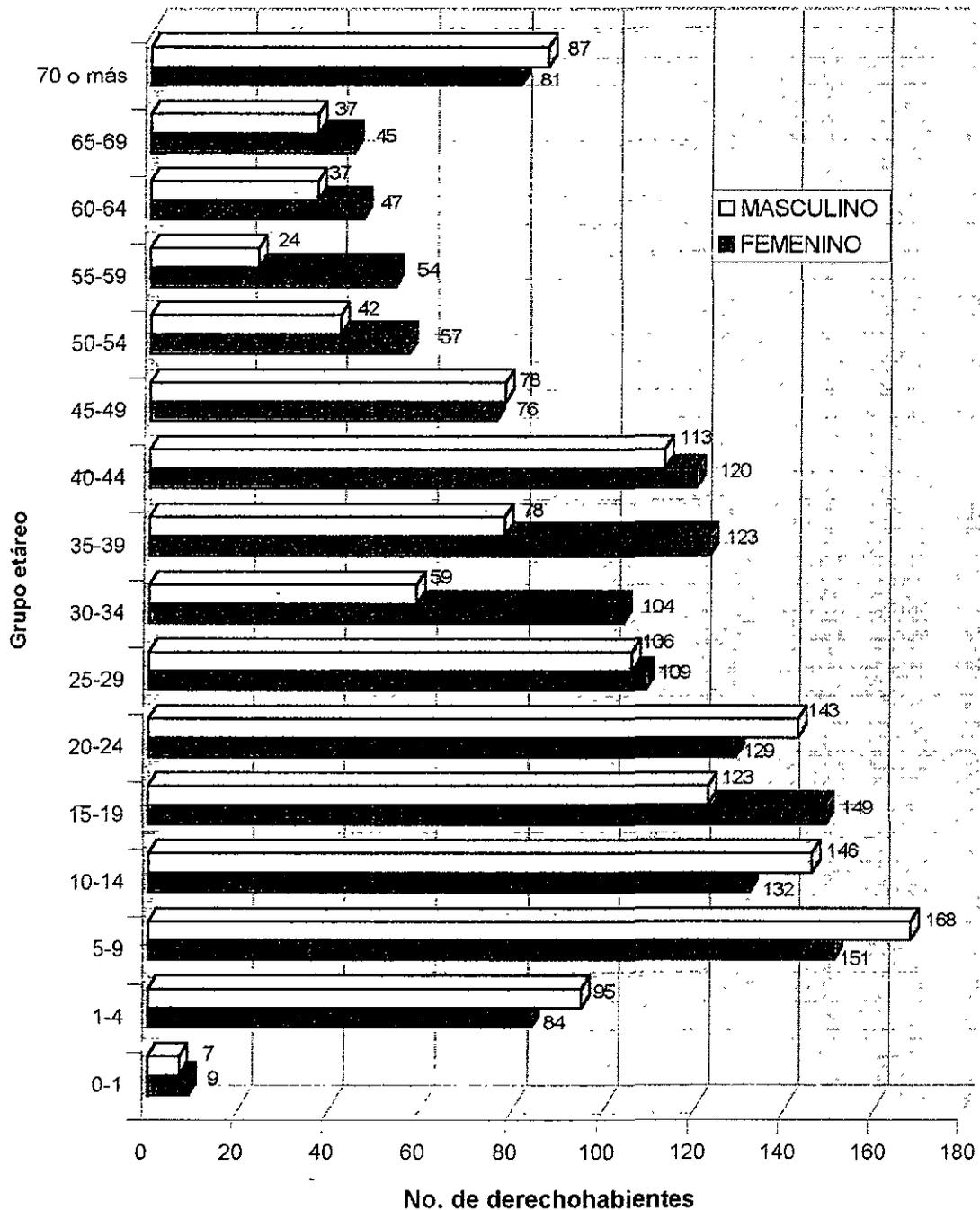
Demografía	No.	%
Urbana	164	95.35
Rural	8	4.65
Total	172	100

Etapa del ciclo familiar	No.	%
Expansión	23	13.37
Dispersión	98	56.98
Independencia	24	13.95
Retiro	27	15.70
Total	172	100

Fuente: Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE. S.C.L.C.

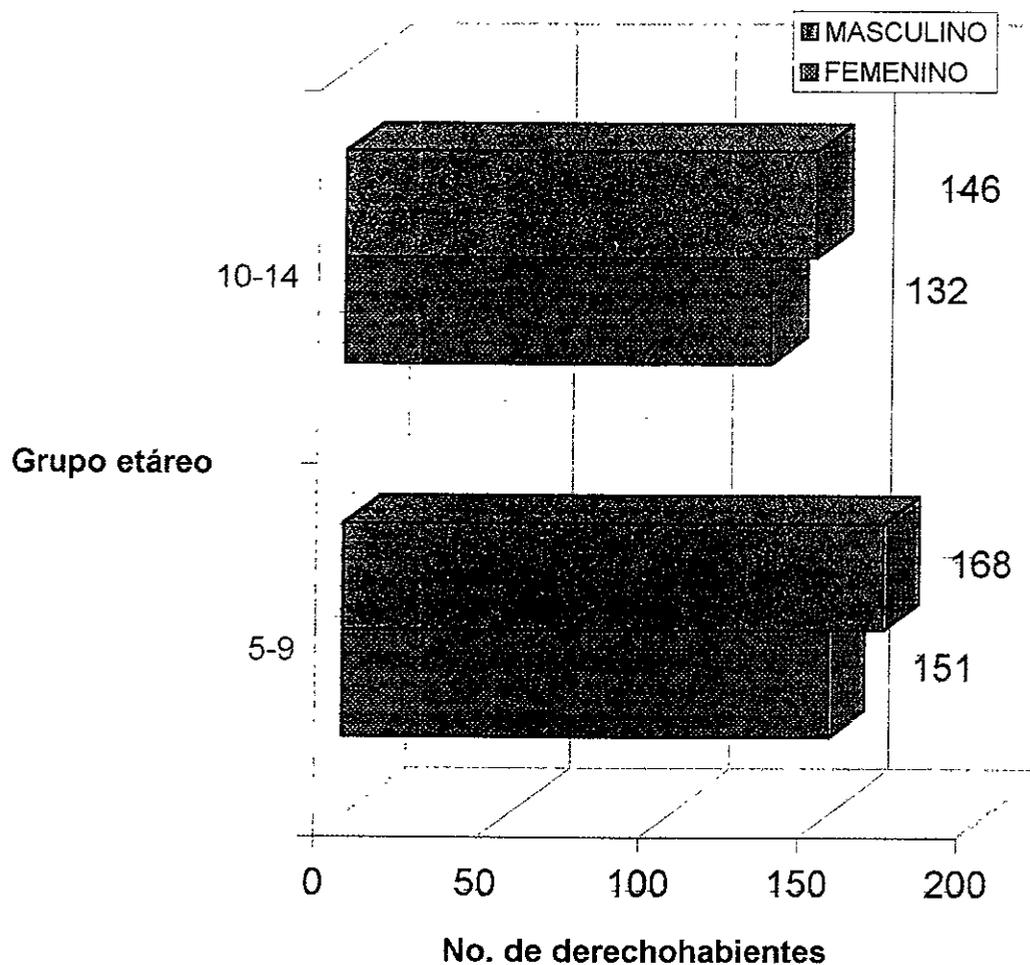
GRÁFICAS

Gráfica No. 1. Pirámide poblacional del consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



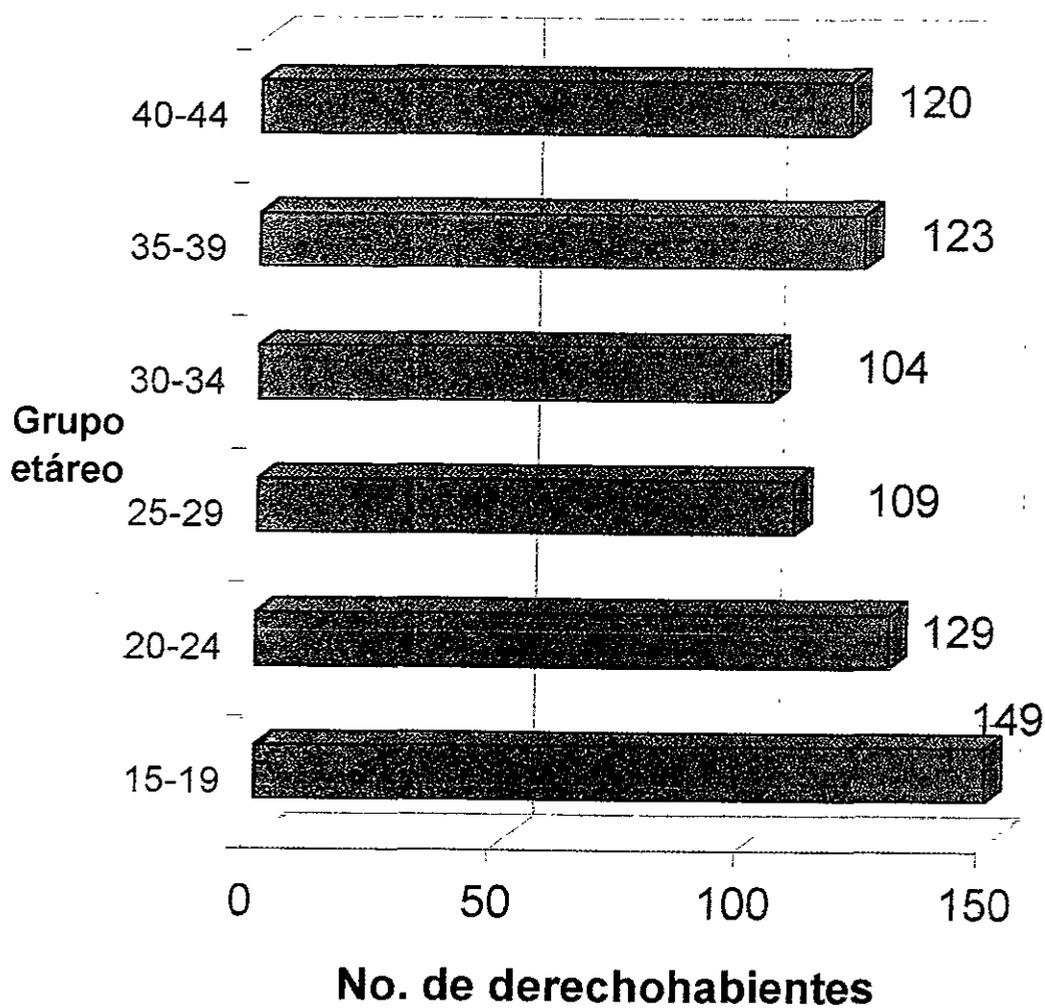
FUENTE : Censo poblacional del consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. (Vigencia de derechos)

Gráfica No. 2. Población con riesgo de sufrir fiebre reumática adscrita al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



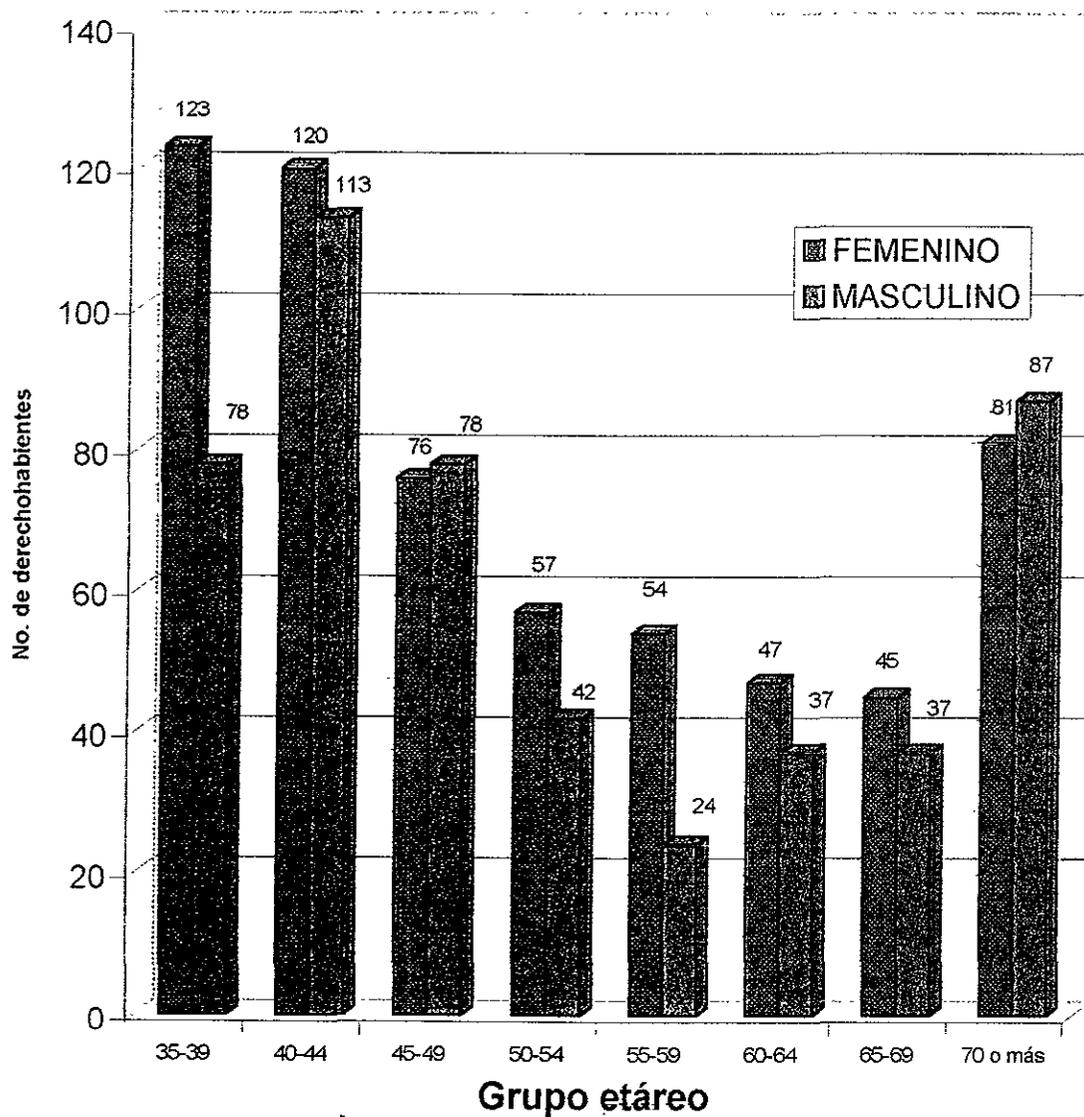
FUENTE : Censo poblacional del consultorio No 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. (Vigencia de derechos)

Gráfica No. 3. Población con riesgo reproductivo adscrita al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



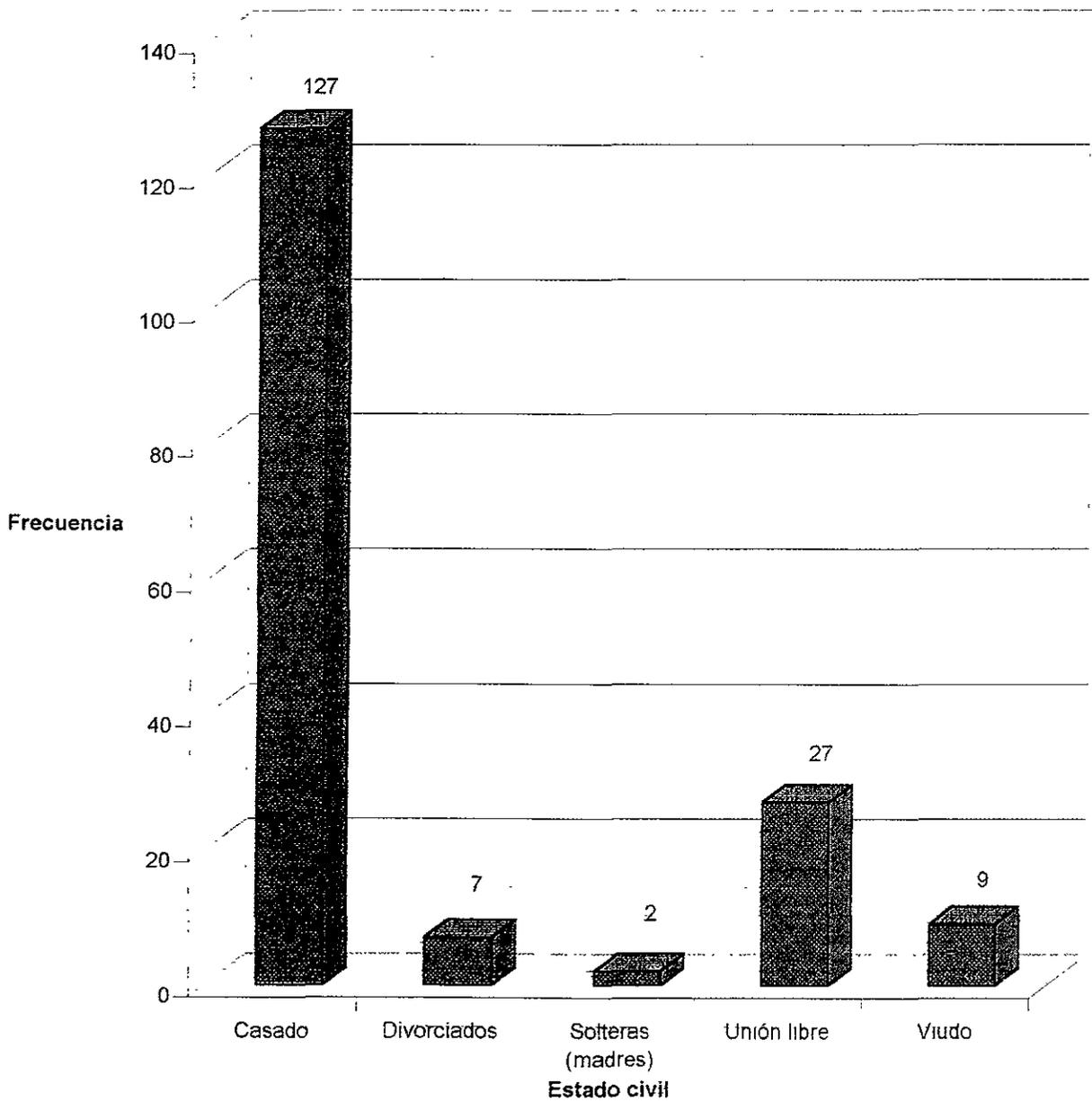
FUENTE : Censo poblacional del consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C (Vigencia de derechos)

Gráfica No. 4. Población con riesgo de padecer enf. crónico degenerativas adscrita al consultorio 1-A del T. M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



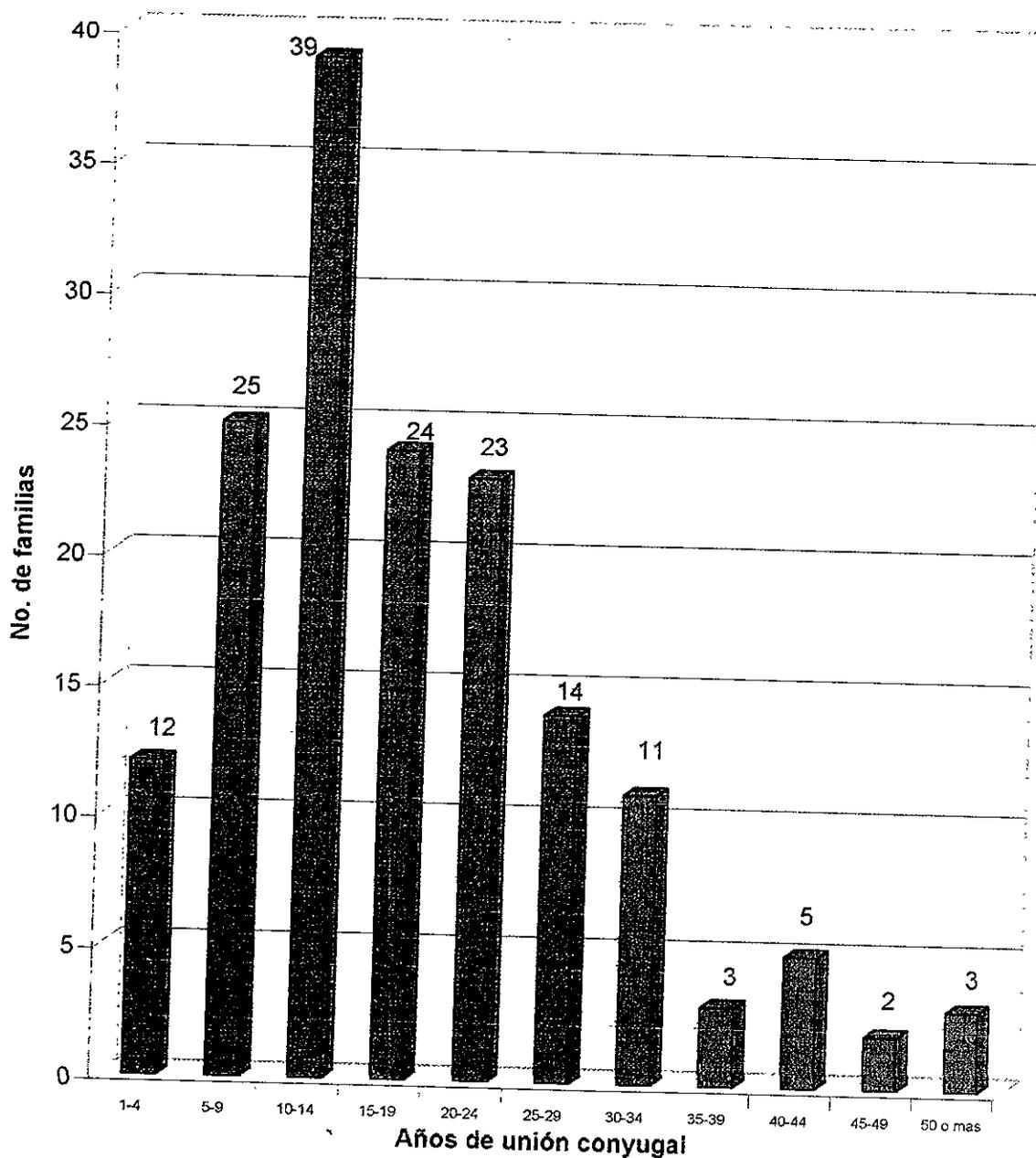
FUENTE : Censo poblacional del consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. (Vigencia de derechos)

Gráfica No. 5. Estado civil de los pacientes adscritos al consultorio No. 1-A T.M.de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



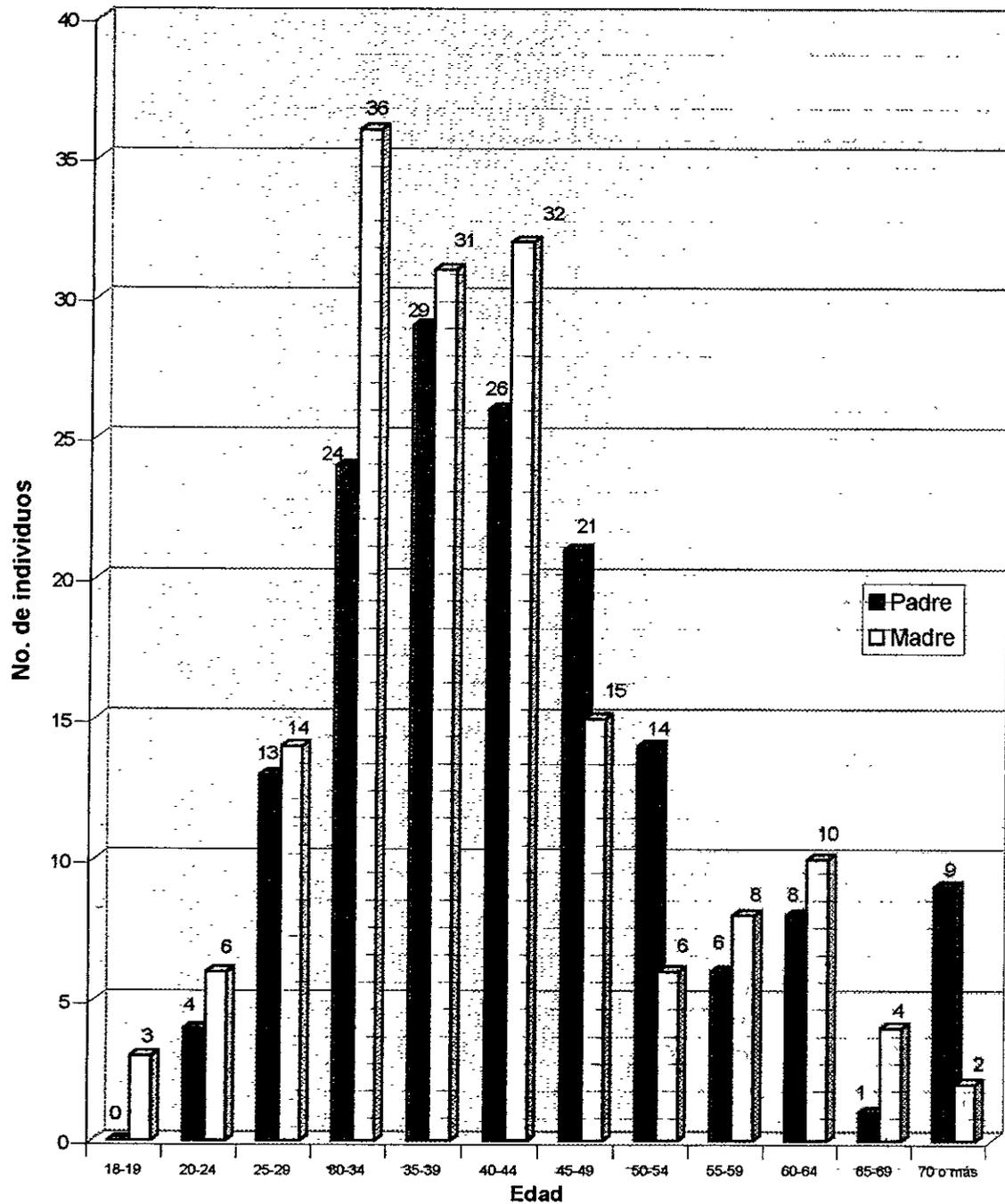
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Gráfica No. 6. Años de unión conyugal de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M.de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



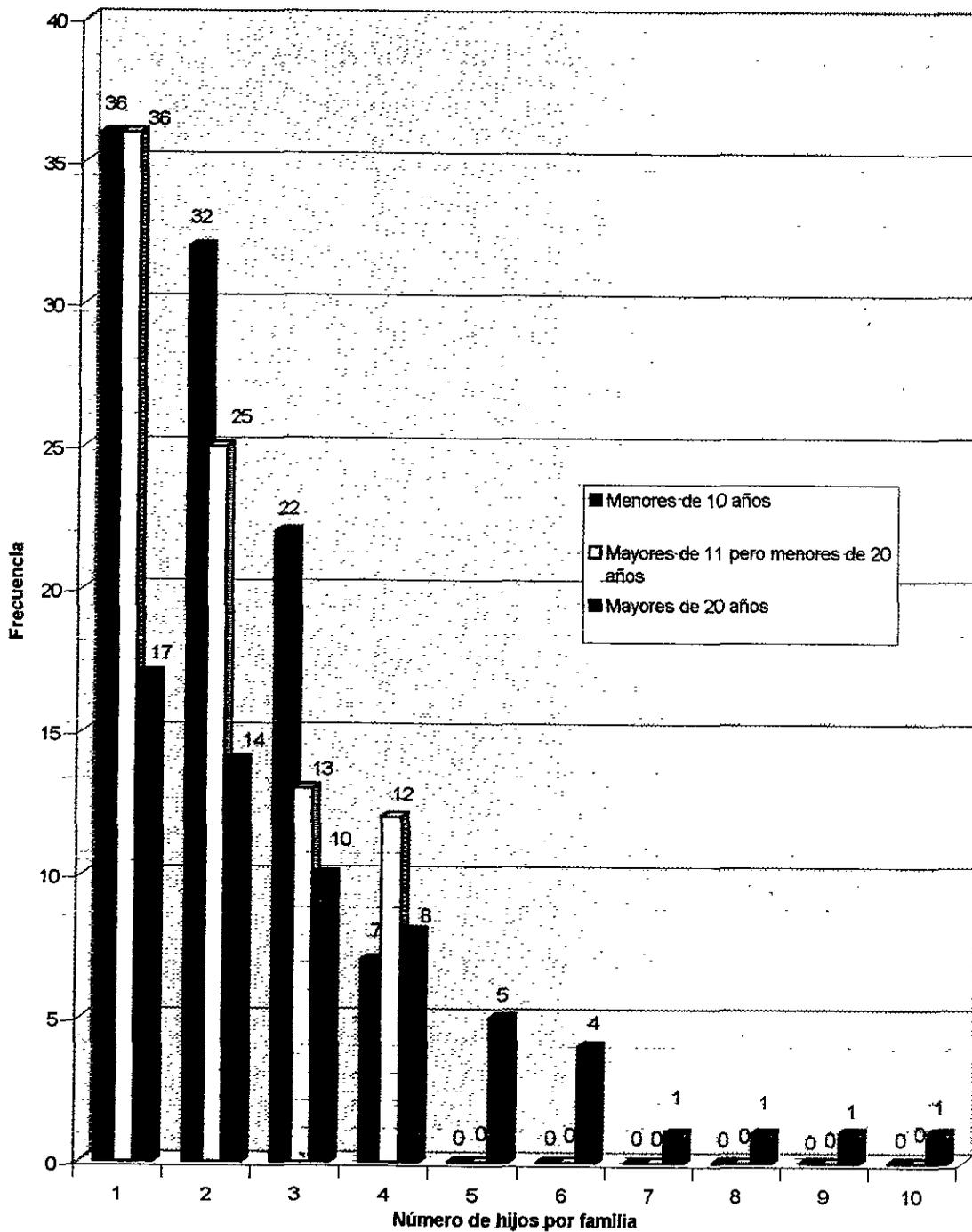
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Gráfica No. 7. Edades de los padres de familia adscritos al consultorio No. 1-A T.M.de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



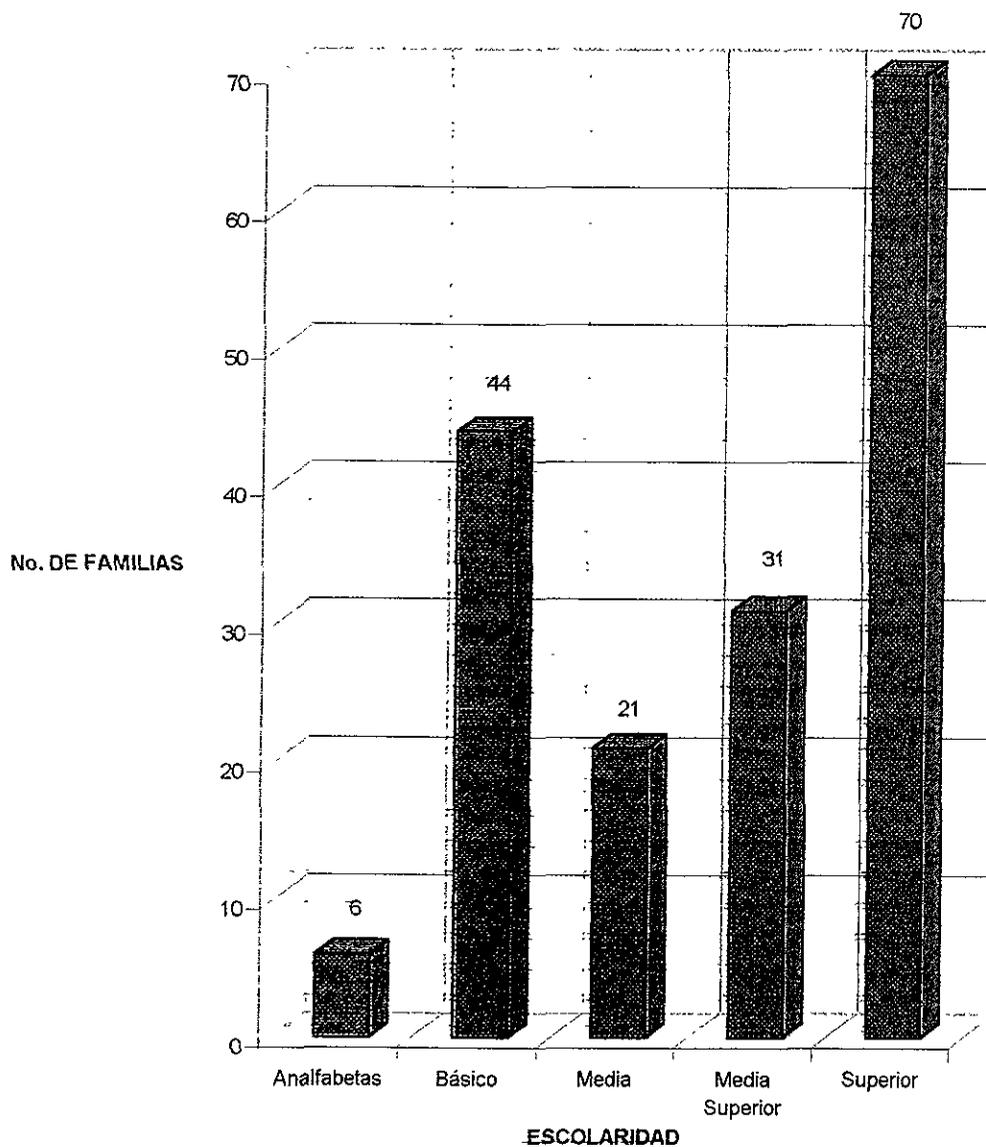
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE.-S.C.L.C.

Gráfica No. 8. Número de hijos (agrupados por edad) de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



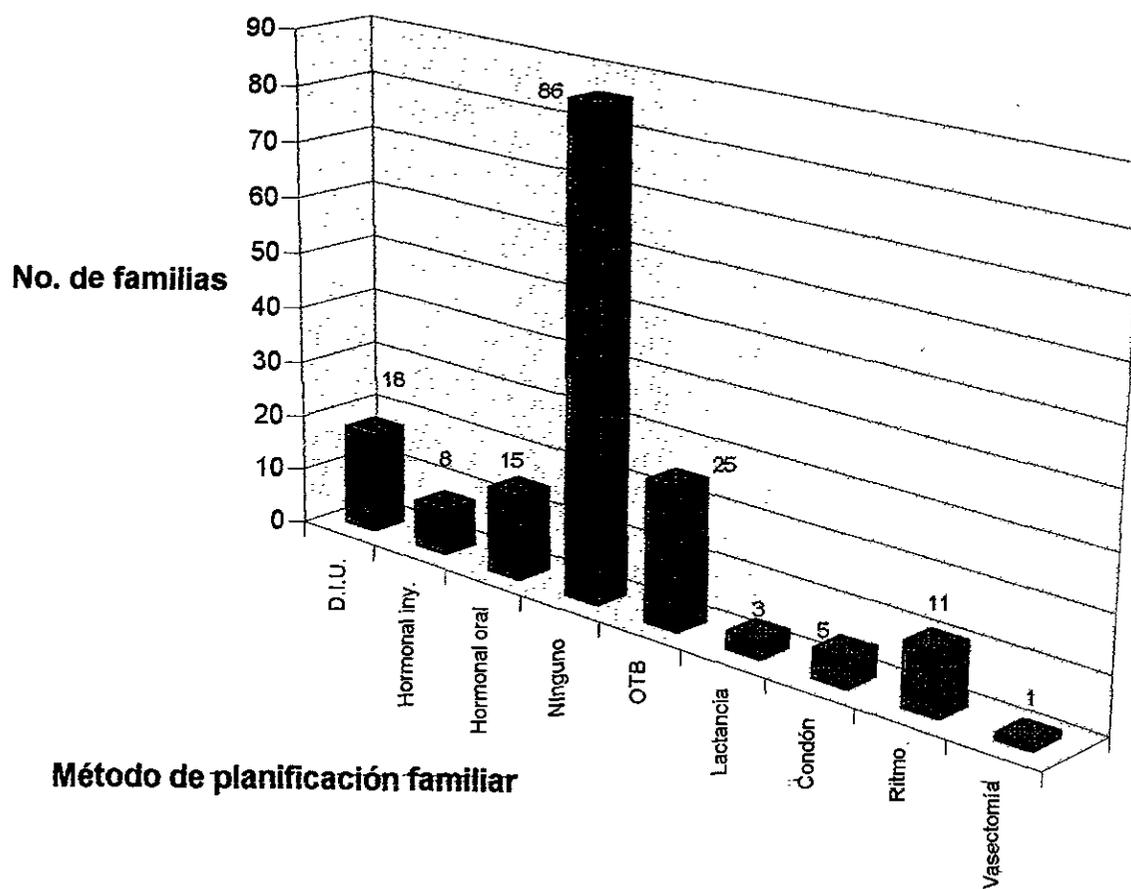
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Gráfica No. 9. Escolaridad de los padres de familia adscritos al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



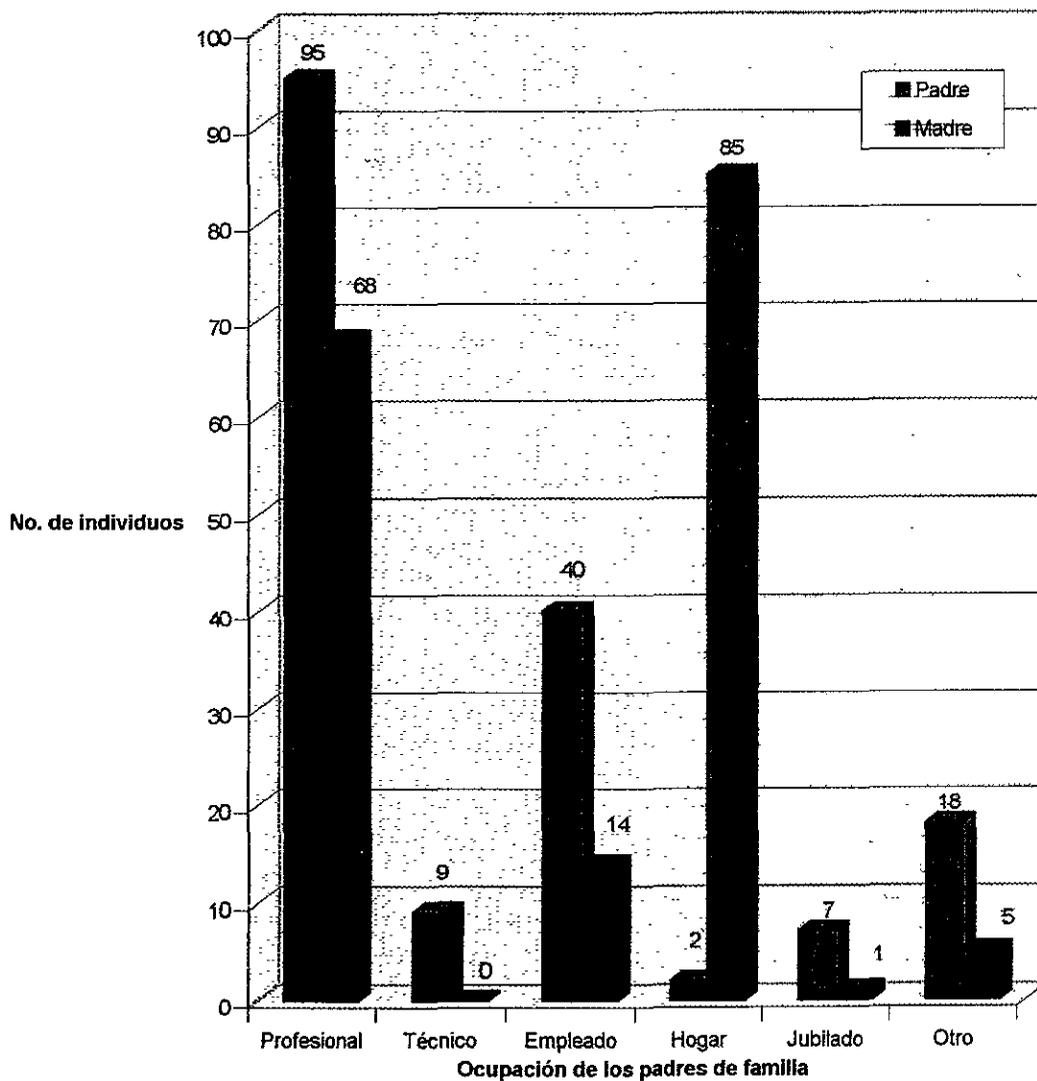
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Gráfica No. 10. Métodos de planificación familiar de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



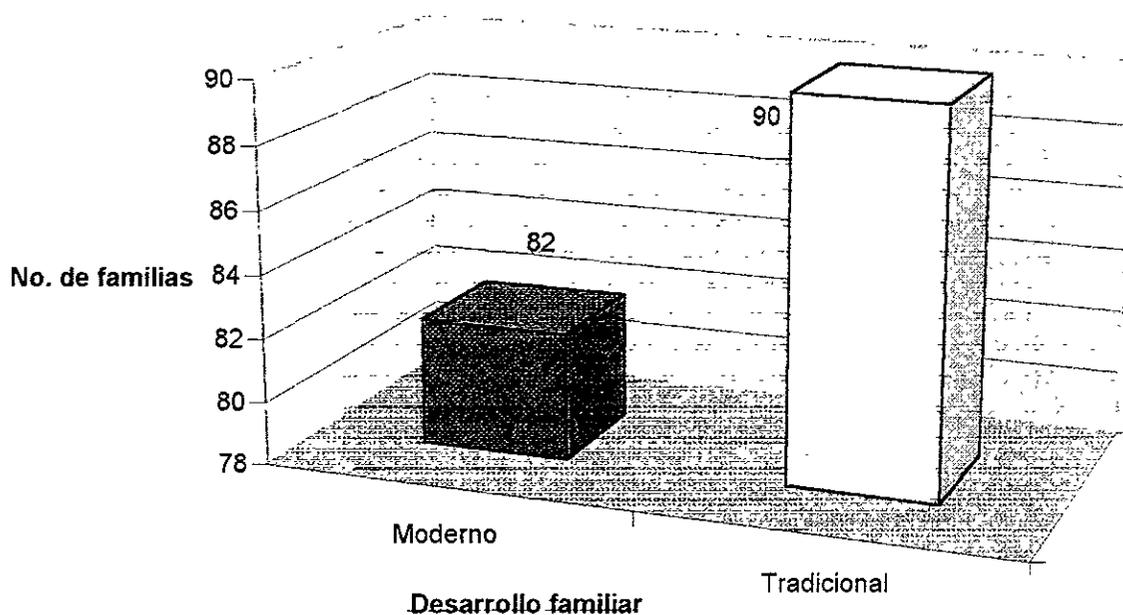
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Gráfica No. 11. Ocupación de los padres de familia adscritos al consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



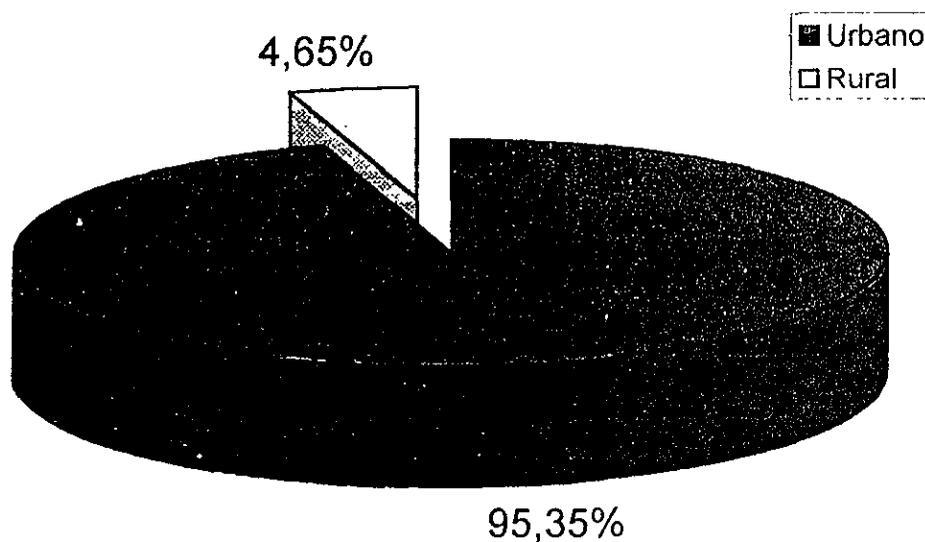
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE. S.C.L.C.

Gráfica No. 12. Clasificación de las familias de acuerdo a su desarrollo adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



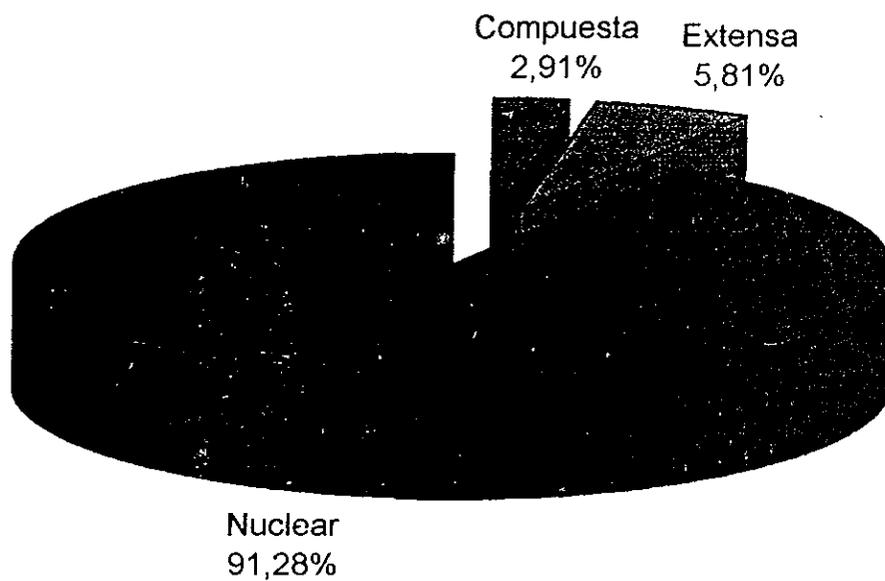
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE. S C L.C.

Gráfica No. 13. Clasificación de las familias adscritas al consultorio 1-A T.M. de la de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. de acuerdo a su demografía



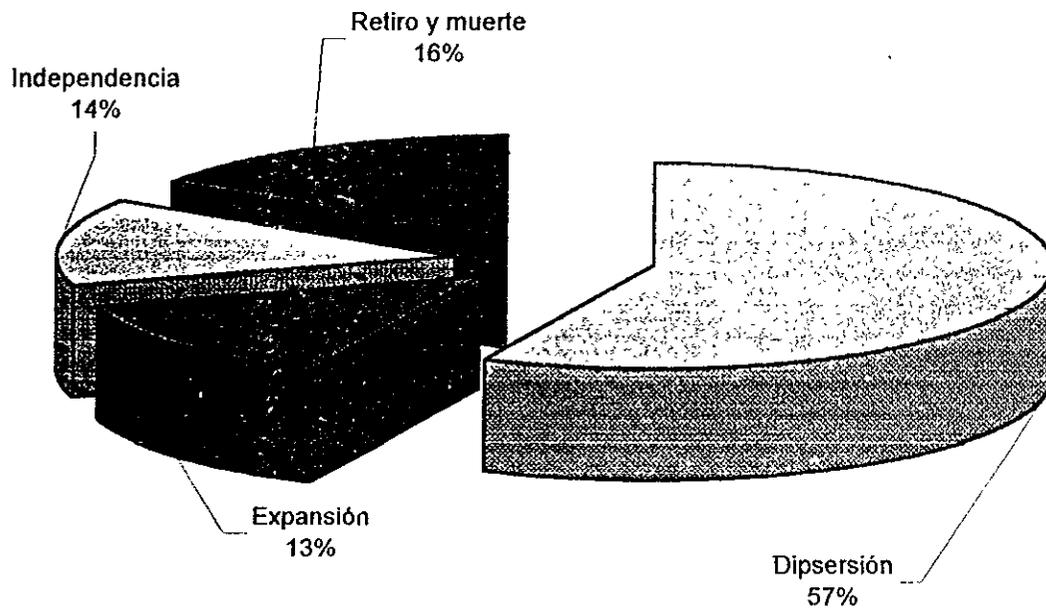
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE. S.C.L.C.

Gráfica No. 14. Clasificación de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. de acuerdo a su composición.



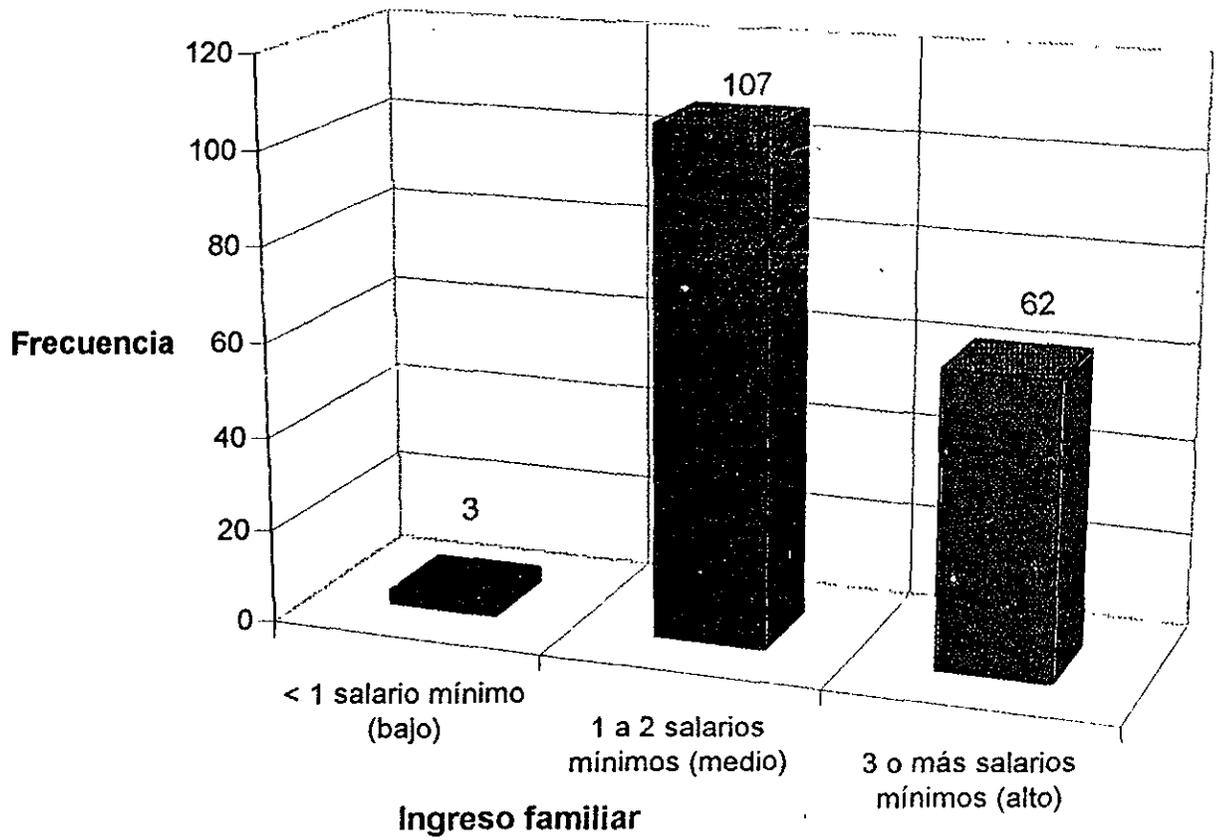
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE. S.C.L.C.

Gráfica No. 15. Clasificación de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. de acuerdo a su ciclo vital.



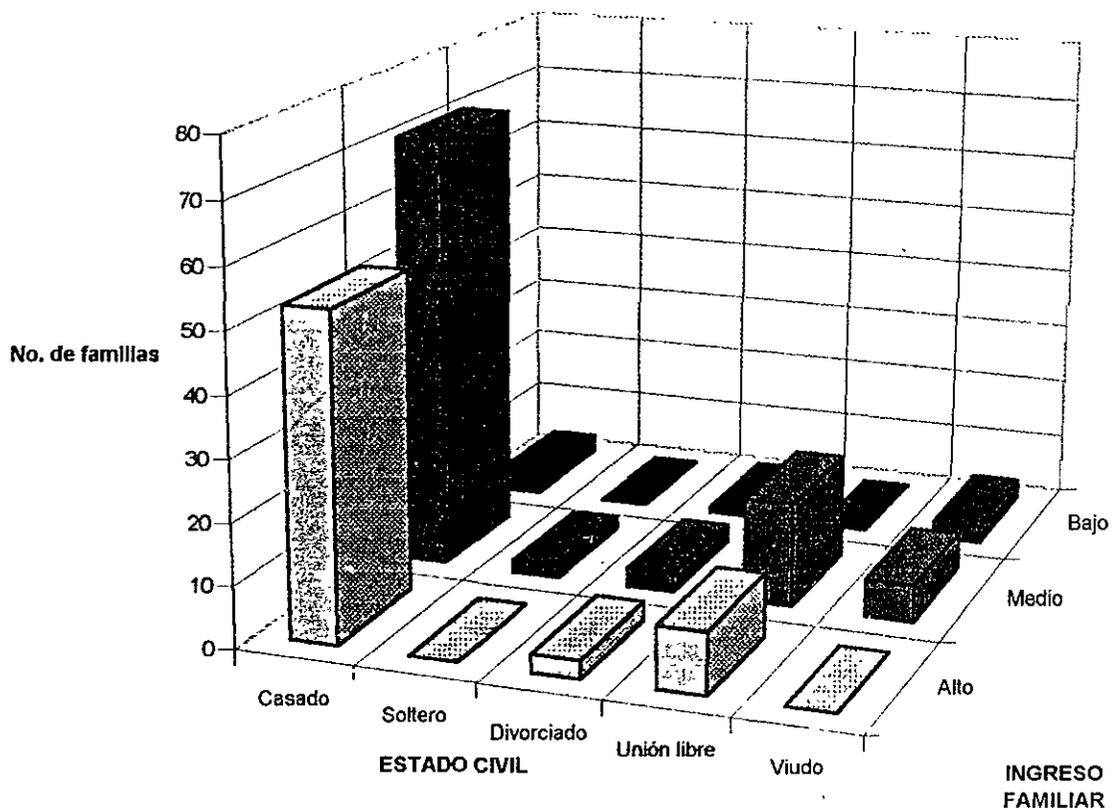
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE S.C.L.C.

Gráfica No. 16. Clasificación de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, S.C.L.C. de acuerdo a su ingreso familiar.



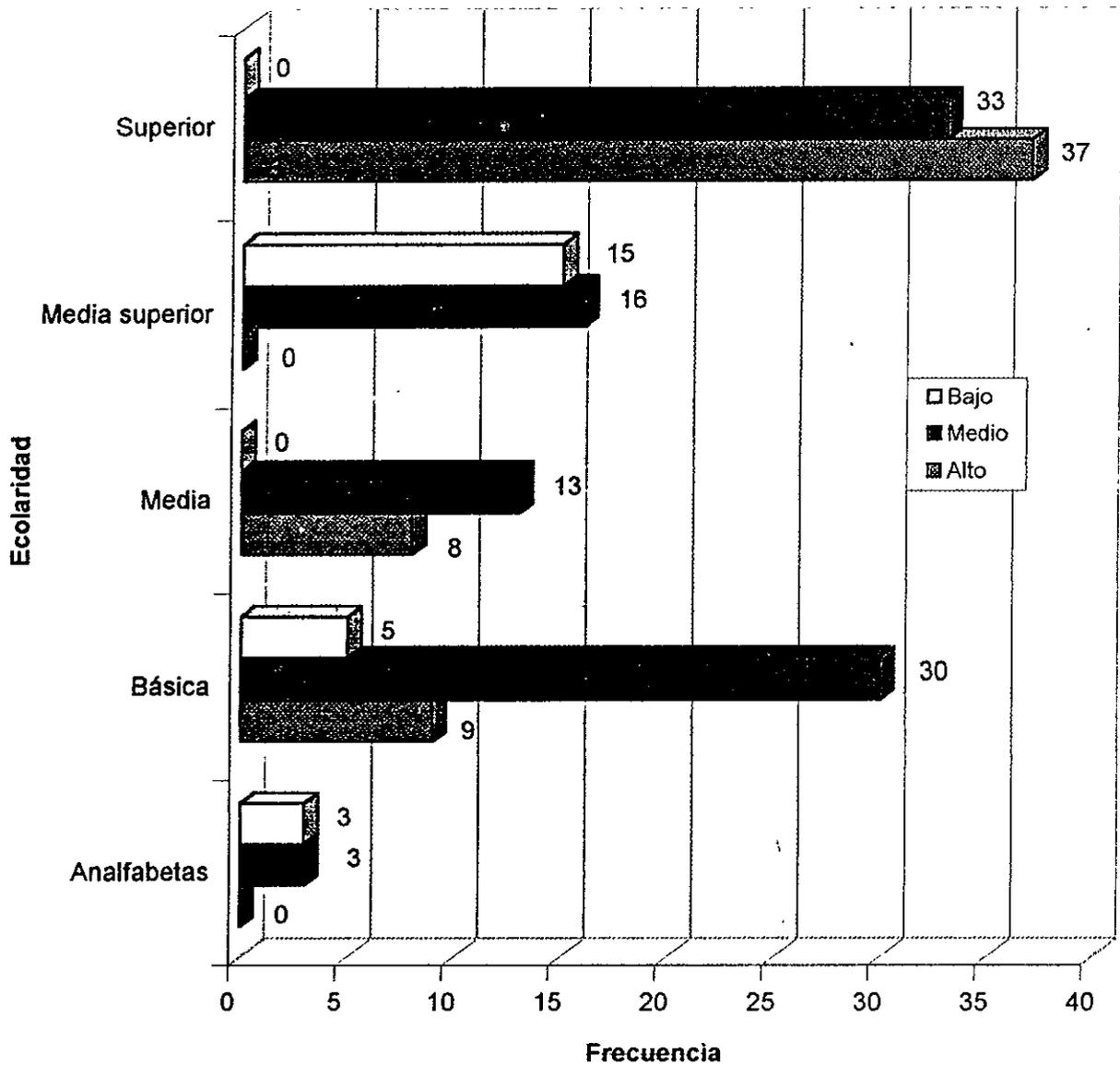
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Gráfica No. 17. Relación del estado civil e ingreso familiar de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



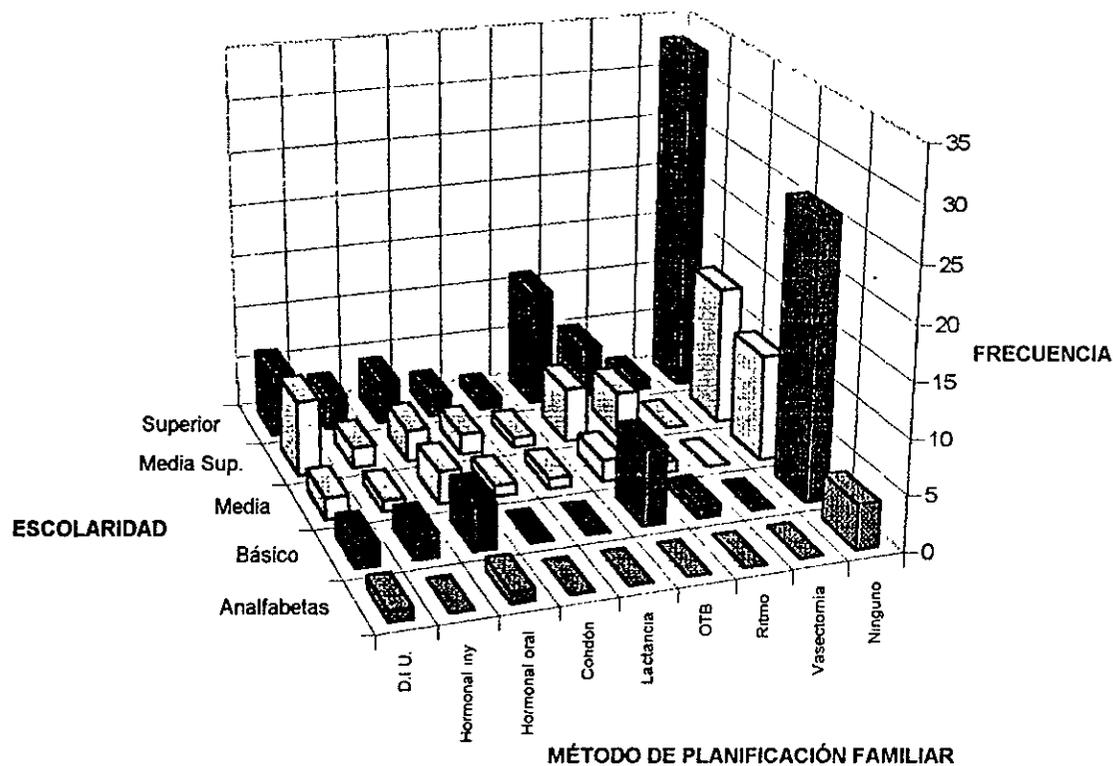
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Gráfica No. 18. Relación de la escolaridad e ingreso familiar de las familias adscritas al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



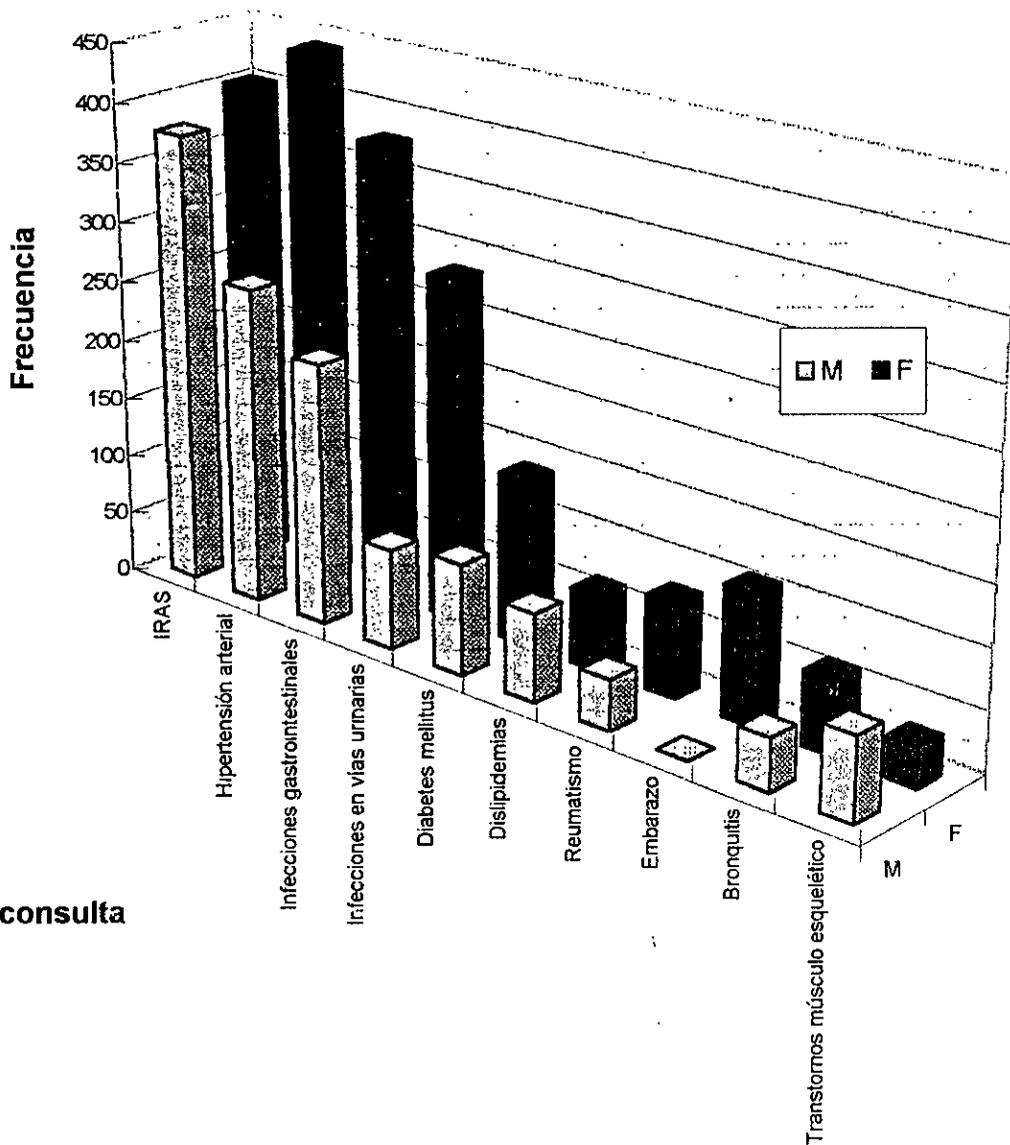
FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE. S.C.L.C.

Gráfica No. 19. Relación de la escolaridad y método de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 1-A T.M. de la de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



FUENTE : Cédulas de identificación familiar del consultorio 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE. S.C.L.C.

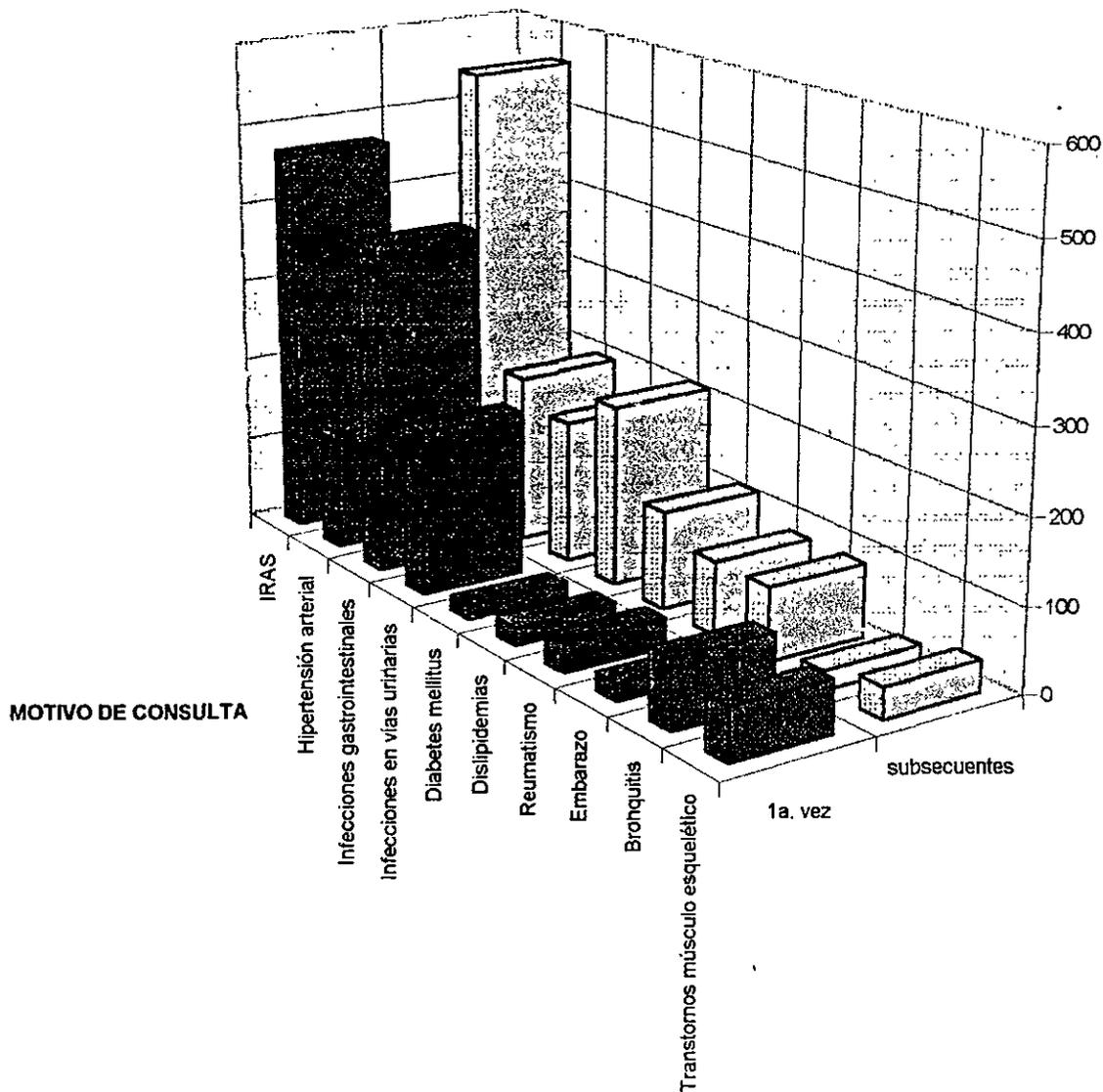
Gráfica No. 20. Motivos de consulta por sexo de los pacientes adcritos al consultorio No. 1-A T.M.de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Motivo de consulta

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 1-A T.M.de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. durante 1997.

Gráfica No. 21. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 1-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. durante 1997.

VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

En el trabajo realizado en una muestra de 172 familias adscritas al consultorio 1-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, se encontró que la población femenina predomina sobre la masculina en un 4.52%, similar al reportado en el Cuaderno Estadístico Municipal de San Cristóbal de Las Casas de 1996 (23).

El grupo etáreo predominante en la población adscrita a este consultorio se encuentra entre los 5 y 9 años de edad predominando los niños; la población con menos individuos se encuentra en el grupo etáreo de menores de año de edad en la cual predominan las niñas, similar al reportado por el Cuaderno Estadístico Municipal de San Cristóbal de Las Casas (23).

Una quinta parte de la población total se encuentra en los infantes con riesgo de sufrir fiebre reumática predominando las niñas sobre los niños, el Dr. Ortiz en su artículo Faringoamigdalitis hace referencia que el *Streptococo piógenes* es considerado como el responsable del 30 al 40 % de las faringoamigdalitis bacterianas mal tratadas que anteceden a la fiebre reumática (24).

Otra quinta parte de esta población la constituyen el grupo femenino con riesgo reproductivo, predominando las jóvenes de entre 15 y 19 años de edad. El 39.07% de la población total la constituye la población con riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas (personas mayores de 35 años de edad) predominando nuevamente el sexo femenino. Conociendo que las enfermedades crónicas degenerativas tienen etiología genética con factores desencadenantes diversos entre ellos los ambientales, dietéticos y muy frecuente el estrés, nuestra población adscrita en esta edad, cursa frecuentemente el estrés de ir a trabajar a zonas rurales, comunidades aisladas a donde quedan de una a dos semanas, además con la preocupación constante de dejar a sus hijos bajo su propio cuidado o en manos de terceros.

Las parejas casadas predominaron sobre las demás parejas con relación al estado civil, en segundo término las parejas en unión libre, las parejas viudas, las madres solteras y las parejas que se encuentran separadas (divorciadas); de acuerdo a las estadísticas del municipio de San Cristóbal de Las Casas, predominan las parejas casadas, seguidas de los solteros, las parejas en unión libre, los viudos, y por último los divorciados, observándose la similitud existente con los datos encontrados en el presente estudio (23).

A pesar de la diferencia de culturas, dentro de la cultura indígena se ha propiciado el casamiento legal. Gran porcentaje de nuestra población derechohabiente son de ascendencia indígena y con la cultura de legalizar su unión, ya no tanto en unión libre como era, por matrimonio tradicional.

El padre de familia presenta una edad promedio de 48.98 años mientras la madre presenta tiene una edad promedio de 41.66 años con una vida conyugal de 18.82 años, un promedio de 3.95 hijos por familia, prevaleciendo aquellas que tienen de 2 a 4 hijos; se observa también que la mayor parte de familias tienen al menos un hijo menor a 10 años, otro de 11 a 10 años, y otro mayor a 20 años, según los datos estadísticos consultados cada mujer en el Municipio de San

Cristóbal de Las Casas tiene un promedio de 2.3 hijos, mientras que a nivel nacional es de 2.5 (23, 25).

Los padres de familia cuentan con una educación superior en su mayor proporción, seguida de las parejas con bachillerato, las parejas con secundaria, y aquellas con primaria, a pesar de que se detectaron parejas analfabetas, observándose un índice del 20.2% de la población total en nuestro municipio hasta 1995, lo cual es relativamente alto (23).

El método que más se practica es la OTB, seguido del DIU, los anticonceptivos orales e inyectables, el ritmo, el condón, la lactancia materna y en un solo caso la vasectomía; en la literatura consultada la preferencia mantiene un orden muy similar: OTB, DIU, los hormonales orales, el método tradicional y en preferencias similares el hormonal parenteral y el método de barrera (26).

Cabe hacer mención que la mitad de la población estudiada no utiliza ningún método de control reproductivo, a pesar de la promoción y difusión sobre la planificación familiar no se ha logrado impactar a la sociedad, ya que persiste la idiosincrasia cultural. Es el jefe de familia quien rechaza los métodos de planificación aún cuando éstos sean aplicados a la mujer.

Las actividades profesionales son las predominantes, seguidas en pequeña proporción las parejas con actividades técnicas aunque persiste la población dedicada a las labores del hogar sobre todo en el sexo femenino. Esta profesionalidad en los jefes de familia a sido promovido intensamente en los trabajadores de la educación. Inicialmente pueden ser captados como profesores sólo con el bachillerato, cursando la educación continua hasta lograr su titulación. Este programa de extensión educativa constante es de gran valía para superación cultural. Aparentemente se podría suponer que estar en el Estado de Chiapas de retrógrado, pero la extensión Universitaria Pedagógica ha favorecido la superación.

En recientes estudios a nivel nacional, el 95 % de las unidades domésticas están formadas por hogares familiares, el restante 5% corresponde a personas que viven solas. De los hogares familiares, el 68.4% son de tipo nuclear (con hijos o sin ellos), 25.1% son extensas (con o sin hijos y otros parientes) y 1.1% son familias compuestas. En nuestro estudio se observó la prevalencia de familias nucleares tal como se reporta a nivel nacional (25).

Las familias estudiadas se distribuyen equitativamente en tradicional y modernas siendo la proporción aproximada en nuestro medio social de un 40% para las familias de tipo moderno, un 50% para las familias de tipo tradicional y un 10% para las familias arcaicas o primitivas, en nuestro estudio se encontró que las familias de tipo moderno representan un 47.7% y las familias de tipo tradicional el 52.3%, no contando en nuestro nivel las familias de tipo arcaico (8).

En el estudio se observó que el 95.3% representa la población de tipo urbano y el 4.7% a la población de tipo rural, según el Cuaderno Estadístico municipal de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, la población de tipo urbano era de 85% y la población de tipo rural era de 15% (23).

Se considera a una familia como urbana cuando vive en zonas con todos los servicios públicos adecuados tales como drenaje, agua potable, calles pavimentadas, transporte público, comercios, educación media superior, servicios médicos, sociales, etc.; a estas familias las podemos ubicar en un desarrollo moderno; con una estructura nuclear o extensa simple como máximo. Por otro lado, se considera como una familia rural, aquella que aún vive en zonas de campo, es decir con calles de terracería, sin los servicios de comodidad que se tienen en la zona urbana; el servicio médico es básico exclusivamente al igual que la educación, sin servicios públicos como drenaje o agua potable, en esta zona se observa fácilmente a familias extensas simples o extensas compuestas, también se observa que culturalmente aún están en etapas atrasadas y la mujer es sometida frecuentemente (8).

Las familias se encuentran en su mayor parte en la etapa de dispersión con pequeñas poblaciones en las etapas de independencia, expansión y retiro, con un ingreso económico medio predominante sobre el ingreso alto. Las familias adscritas a nuestra clínica, aun cuando sean de origen indígena, se encuentran ya en la ciudad como núcleo familiar inicial, habiendo dejado su extensión familiar en las comunidades. La comunidad de origen fue dejada y acuden a la ciudad para favorecer el estudio de los hijos. Persistiendo en la cultura de tradicionalismo, aun cuando muchas parejas tienen la necesidad de trabajar ambos para el sostenimiento de los hijos.

Las parejas casadas y con alguna profesión cuentan con una estabilidad económica sobre las demás parejas, aunque aquellas que viven en unión libre y divorciadas logran ingresos relativamente considerables, aquellas con problemas económicos son las personas viudas o solteras, así como las parejas analfabetas y con educación básica, además de las parejas con bachillerato.

A pesar de que las parejas con estudios profesionales predominaron en este estudio, son también las predominantes en no manejar ningún método de planificación familiar, seguido de las parejas con educación básica y media, las parejas que utilizan algún método de planificación familiar son aquellas con educación media. Se ha reportado que las parejas en riesgo reproductivo de acuerdo a la escolaridad aceptan algún método de planificación familiar, de esta manera tenemos que sin escolaridad el 38.2% acepta algún método, con primaria iniciada es el 56.4%, con primaria completa es el 66.8% y con secundaria y más estudios, aceptan en un 73.6% algún método (26).

El método más utilizado en las parejas sin formación académica es la salpingoclasia; en las parejas con educación media predominan las hormonas orales, el DIU y la OTB; con educación media superior utilizan cualquiera de los métodos; mientras que las parejas con educación superior utilizan la salpingoclasia con mayor frecuencia, observándose los demás métodos incluyendo a una pareja que utiliza la lactancia materna y la vasectomía. Es frecuente observar que al platicar con la paciente en edad de riesgo reproductivo en la consulta, desea ésta algún método de planificación teniendo temor a la reacción del esposo quien rechaza este sistema.

Las enfermedades de vías respiratorias altas destaca en los diez motivos de consulta más frecuentes durante 1997, en México se estima que ocurren 280 millones de IRA al año, de las

cuales se sabe que la incidencia en niños de uno a cuatro años, es de siete episodios al año y en niños de cinco a 14 años de cuatro episodios al año (27).

Las enfermedades crónico degenerativas siguen a esta lista y en menor incidencia a la atención de bronquitis y trastornos músculo esquelético; haciendo mención que el sexo femenino es el que acude con mayor regularidad a consultas con el médico general; en cuanto a los motivos de consulta por primera vez, se atendieron con mayor frecuencia a pacientes con enfermedades de vías respiratorias e infecciones gastrointestinales y en menor proporción a las mujeres embarazadas y a los pacientes con diabetes mellitus. En las consultas subsecuentes destaca el seguimiento a pacientes con hipertensión arterial e infecciones en vías respiratorias altas y los pacientes con menos atención fueron aquellas con trastornos de músculo esquelético y bronquitis.

En nuestro estudio se observa que los motivos de consulta subsecuentes predominan las enfermedades de tipo crónico degenerativas, mundialmente las enfermedades crónico muestran un patrón que concuerda con el grado de desarrollo económico alcanzado en los distintos países. Mientras que en los países pobres el 40% de las muertes se presentan en menores de 15 años, y el 40% de la mortalidad es debido a enfermedades infecciosas y parasitarias, en los países ricos más de dos tercios de la mortalidad tienen lugar entre los mayores de 65 años y el 53% de la mortalidad se deben a enfermedades crónicas y degenerativas, y sólo el 7% a enfermedades infecciosas. Sin embargo, aún en los países pobres 17% de la mortalidad general es provocada ya por enfermedades crónicas (28).

En nuestro país el primer lugar de mortalidad lo ocupan las enfermedades cardiovasculares, seguidos por diversos tumores tales como de tráquea, bronquios y de pulmón, ocupando el tercer lugar los accidentes con vehículo de motor relacionándose en gran medida con el alcoholismo. Las enfermedades crónico degenerativas ocupan el 4° y 5° lugar de mortalidad respectivamente tales como la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares (29).

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

IX. CONCLUSIONES

El censo poblacional demostró que el sexo predominante es el femenino en la mayor parte de los grupos étnicos, con una población altamente considerable con riesgos de sufrir fiebre reumática, así como la población femenina en edad fértil y con probabilidades de padecer alguna enfermedad crónica degenerativa, sobre todo en las mujeres.

Se observa una estabilidad económica en las parejas casadas, con una vida conyugal sólida y por lo menos un hijo de por medio, a pesar de que las parejas presentan una edad madura contando con una educación superior en el mayor de los casos, aunque se detectaron parejas analfabetas. Sin embargo es preocupante que el 50% de la población estudiada no utiliza ningún método de planificación familiar, siendo la mujer la lleva esta responsabilidad directamente con la práctica de la OTB o bien la utilización del DIU o las hormonas, el hombre persiste en no involucrarse en estas situaciones, a pesar de haber recibido una educación profesional. Los padres de familia se dedican a practicar alguna actividad de tipo profesional, manteniéndose al margen la mujer en la participación económica.

Las familias son tradicionales, modernas, urbanas, nucleares, en la etapa de dispersión con un ingreso económico medio predominante sobre el ingreso alto, más estables socioeconómicamente las parejas casadas y con alguna profesión. Cabe hacer mención, que gran población de estirpe rural emigra a la ciudad para favorecer estudios superiores de los hijos, transformándose de población rural a urbana y de extensas a nucleares.

Las enfermedades de vías respiratorias son las atendidas con más frecuencia debido a las condiciones climatológicas que rigen en la región, siendo el sexo femenino la más afectada; manteniendo un seguimiento a pacientes con padecimientos crónico degenerativos e infecciones en vías respiratorias altas. Frecuentemente son enfermedades de control por la gran incidencia de procesos respiratorios alérgicos al clima y a las poluciones provenientes de los bosques cercanos, existe gran incidencia en procesos bronquiales asmáticos, siendo incapacitantes sólo en un leve porcentaje: 0.5% de los casos.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bottomore, T.B. *Introducción a la Sociología*; Trad. De Jordi Solé Tura. Eds. Península, Barcelona, 1968, pp 171.
2. Medali, Jack H. *Medicina Familiar Principios y Práctica*. Noriega Editores, 1ª. Ed. 1987.
3. Fromm Hor Kkeimer, Parsons. Metton, *La Familia*, Trad. De Jordi Solé Tura, Eds. Península, Barcelona, 1970 pp 5 y 55.
4. Madés, R M y Page, Charles. *Medicina familiar*. pp 247 y 55.
5. Timas Hall, Nicolás y Aar, S. J. Paul. *Sociology an Introduccion*.
6. Linton, Ralph. *Historia Natural de la Familia*. Introducción.
7. Baider, Lea. *Introducción a la Sociología de la Familia*. *Medicina Familiar, Principios y Práctica*. Jack H Medalie. Noriega Ed. 1ª. Edición. 1987.
8. Irigoyen Coria, Arnulfo, Fernandez Ortega Miguel Angel, Mazón Ramirez, Juan José, Reyes Tellez Julieta, Noel. Montejano Carlos y Esteban Hidalgo, Rogelio. *La Familia, Fundamentos de Medicina Familiar*. 4ª. Ed. Medicina Familiar Mexicana. 1996.
9. Velazco Orellana, Ruben. Y Chavez Aguilar, Victor. *La Disfunción Familiar, un reto diagnóstico y terapéutico*. *Medicina Familiar*. Revista Medica del IMSS (México). Vol 32 Num 3 . 1994.
10. Saultz, W. Jhon. *La atención de Salud centrada en la Familia*. *Medicina de Familia, Principios*.
11. Dickinson Bannack., M. A.; E.R. Ponce Rosas, F.J. Gómez Clavelina, E. González Quintanilla, M.A. Fernandez Ortega, M.T. Corzo Coello, S. Pérez López y P. Flores Huitrón. *Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar*. *Atención Primaria*. Vol. 21. Num. 5. 31 de marzo de 1998. Pag de 43 a 56.
12. Erickson, E.H.: *Childhood and Society*. Norton. Nueva York. 1950.
13. Tennyson Williams. P. *Fases del Ciclo Vital*. *Atención Longitudinal*. *Medicina de Familia, Principios*.
14. Duvan, E.M. *Family Development*, 4ª. Ed. Philadelphia: Lipincott, 1971.
15. Hall, J.H. Zwemer. JD. *Prospective Medicine*. Depto of Medical Education. Indianápolis. Metodista Hospital of Indiana. Inc. 1979.

16. Williams T Corley, J.D. The Management of Chronic Illness. In Con H F Rakel RE. Johnson- TM, Eds Family Practice. Philadelphia: Saunders. 1973. pp 103-117.
17. Gaitz, CM. Planning for Retirement, Advice to physician. JAMA 1977; 238: 149-151.
18. Leigh, GK. Kinship Interaction Over the Family Life Span. J Marriage Fam. 1982; 44-197-206.
19. Ransom, D.C. y Vanderwoort, H.E.: The Development of Family Medicine Problematic Trends. JAMA 225:1098 – 1102, 1973.
20. Velazco O.R. 1995. Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Revista Medica del I.M.S.S. (México) Vol. 33. No. 1,
21. Saultz, John W. La Atención de Salud Centrada en la Familia, Medicina de Familia. Principios.
22. Leavell, H. R., y Clark, E.G. : Preventive Medicine for de Doctor in his Community. 2ª. Ed. McGraw Hill, N.Y. 1958.
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Cuaderno Estadístico Municipal de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Edición 1996. Publicación única. 1ª. Edición. pp. 19-62.
24. Ortíz, I. F. J. Faringoamigdalitis. En Infecciones Respiratorias. Novartis. Editada y producida por Comarketing, S.A. de C.V. México. 1999. pp. 3-8.
25. Saucedo García J. M. Lineamientos para evaluar la vida en familia. Revista Médica del IMSS, México. 1995:33:249-256.
26. López, M. D. P. Salud reproductiva. Situación actual y perspectivas. En: Cuadernos de Salud No. 4. Sepúlveda, A. J. (coord.) Secretaria de Salud. Primera Edición 1994. pp. 26-33.
27. Arredondo, G. J. L. Faringoamigdalitis. En: Guía actualizada de infecciones pediátricas. Fascículo 2. Bayer de México, S.A. de C.V. México. S/F. pp. 3-24.
28. Tapía, R. y Olaiz, G. Los retos de la transición. Hipertensión , diabetes y enfermedades cardiovasculares. En: Cuadernos de Salud No. 3. Sepúlveda, A. J. (coord.) Secretaria de Salud. Primera Edición 1994. pp. 11-12.
29. Estadística del sistema nacional de salud. Cap..Secretaría de salud para población abierta. SISPA. Bol-Men. 1997.

XI. ANEXOS

En este apartado se anexan el formato empleado para realizar el censo poblacional, la cédula utilizada durante la Fase 2 y la hoja diaria del médico para la identificación de los motivos de consulta más frecuente. ---

ANEXO 1.

FORMATO PARA ELABORAR EL CENSO POBLACIONAL

Masculino	Grupo etáreo	Femenino
	0-4	
	5-9	
	10-14	
	15-19	
	20-24	
	25-29	
	30-34	
	35-39	
	40-44	
	45-49	
	50-54	
	55-59	
	60-64	
	65-69	
	70 ó más	
	TOTAL	

