



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL
 AVENIDA DE
 MEXICO

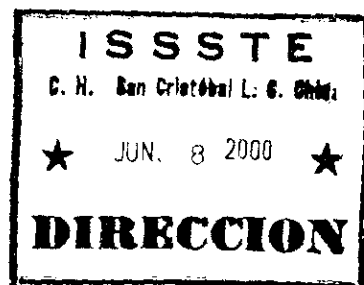
11226

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

6
2ej

Título

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
 En el Consultorio 3-b Del Turno Vespertino
 De La Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E.
 En San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.



Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dr. Homero de Jesús Ballinas Lara

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

2809/1999





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.

TITULO


**Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar
En El Consultorio 3-b Del Turno Vespertino
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal De Las Casas, Chiapas**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar


Presenta:

Dr. Homero de Jesús Ballinas Lara


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

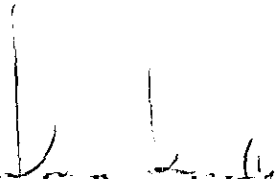
Título

**Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar
En el Consultorio 3-b Del Turno Vespertino
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.
En San Cristóbal De Las Casas, Chiapas.**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

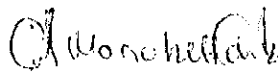
Presenta:

Dr. Homero de Jesús Ballinas Lara



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**

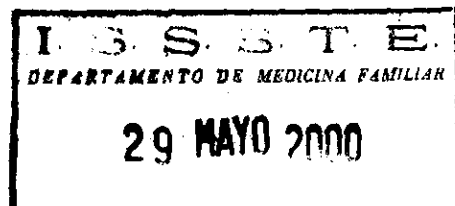


**Dra. Claudia Teresa Monobe Hernández
ASESOR DE TESIS**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM



**Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado
JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.**



2.- Índice general

	Pag
I.- Título.....	1
II.- Marco teórico.....	5
III.- Planteamiento del problema.....	8
Justificación	
Objetivos	
IV.- Metodología.....	10
Tipo de estudio	
Población, Lugar y tiempo de estudio	
Tipo de muestra y Tamaño de la muestra	
V.- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	11
VI.- Información a recolectar(Variables de medición).....	12
VII.- Procedimiento para capturar la información.....	13
Consideraciones éticas	
VIII.- Resultados.....	14
Descripción de los resultados.....	14
Tablas y gráficas.....	17
Discusión de los resultados.....	43
Conclusiones.....	44
IX.- Referencias bibliográficas.....	45
X.- Anexos.....	48

3.- Marco Teórico

Congruentes con las ideas que prevalecen en cada época, la medicina fue sacerdotal entre los Egipcios; filosófica, en las Ciudades Griegas; pragmática, en el imperio Romano; religiosa, en la Edad Media; Humanista, durante el Renacimiento, y en México se intentó instrumentar una medicina integral en la cultura Azteca (8,9,11)

La actividad del médico pudo convertirse en científica, gracias a la evolución del pensamiento humano y al prestigio de las ciencias, que se adquirían en los círculos ilustrados de la sociedad.

Con el aislamiento de las bacterias y el desarrollo de las vacunas se introdujo el concepto de "prevención de enfermedades". El descubrimiento de medicamentos como las sulfonamidas y de la penicilina provocaron un rápido avance de la medicina científica, produciéndose una gran cantidad de conocimientos, haciendo casi imposible para una persona ser experta en todas las ramas médicas, fragmentándose así la profesión y dando lugar a las especialidades.

Entre los pueblos primitivos sumergidos en el pensamiento mágico, el origen de las enfermedades se atribuyó a sucesos sobrenaturales, entre los que se encontraban la ira de los dioses o la venganza de los muertos, recurrido el médico recurría entonces, a los amuletos, exorcismos o bien al sacrificio de víctimas para agradecer a los seres sobrenaturales. La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud. (1,3,7,11,14)

Hacia finales del siglo y a.C. la medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los filósofos expertos en el arte de curar. En la medicina Azteca se hicieron intentos de instrumentar una medicina integral, la cual estaba enfocada en gran medida a la prevención y a la investigación. (11,12,23).

Historia de la Familia:

La familia de cualquier forma constituida ha existido durante cien mil años por lo menos y todo evento humano ha sido parte intrínseca de su historia y evolución; desde la fase de la Promiscuidad inicial sin ninguna reglamentación en la convivencia entre los padres e hijos, y el parentesco únicamente era por la línea materna. Ante la necesidad de vivir en grupos se formó la Familia Punalúa considerándose los hombres, del grupo, desde el nacimiento, como esposos de las mujeres de otro grupo. Pero el ser humano ha buscado siempre la forma de evolucionar formando así la Familia Sindiasmica "Emparejada" en donde como característica principal es que la autoridad es matriarcal; conviven varias parejas, pero conserva su

independencia y la economía es doméstica común. Posteriormente, aparece la autoridad absoluta del jefe de familia iniciándose la Familia Patriarcal Monogénica que presenta importantes avances en el desarrollo de la agricultura y es el antecedente directo de la familia moderna, en donde el padre de familia es el único propietario del patrimonio familiar.

Crecer en una sociedad significa asimilar lo bueno y desechar lo malo, por eso la familia ha tenido cambios importantes para adaptarse al medio, dando así origen a la Familia extensa compuesta, en donde conviven abuelos, padres, hijos, colaterales, amigos, sirvientes. Este tipo de familia surgió para enfrentar las necesidades de la sociedad y algunas partes de nuestro país perdura hasta la fecha.

La familia extensa, la conforman los grupos de parentescos de dos a tres generaciones, como son abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos, en nuestros días continúan siendo patriarcales éstas familias son multilineales y multilocales, alta fertilidad y gran número de hijos, es una familia característica de las zonas rurales.

La familia en base a su desarrollo se clasifica en moderna en un 40 %, tradicional en un 50 % y arcaica o primitiva en 10 %. Con base en su demografía se clasifica en urbana en 60% y rural en un 40%. En base a su tipología se divide en profesional, obrera y campesina. (7,11,12,14,15,24,27)

Ciclo vital de la Familia

El término familia abarca una enorme extensión de características, conductas y experiencias en la que se observa su inicio, desarrollo y ocaso, manifestándose así que la familia no sólo es una institución universal, sino que una de sus formas específicas en que se inicia con el Matrimonio que consiste en la unión de un hombre y una mujer por un sentimiento único y concluye con el nacimiento del primer hijo, iniciándose la fase de Expansión en donde inician responsabilidades y tareas nuevas en beneficio del o de los nuevos integrantes de la familia y como todo ciclo, estos tienen que crecer llegando a la edad natural para acudir a la escuela con la que comienzan con la Fase de Dispersión en donde todos estudian, pero ninguno trabaja. Los años transcurren y los hijos se casan y forman nuevas familias, dando origen a la Fase de Independencia, aquí los lazos de unión entre padres e hijos se fortalecen. Finalmente se presenta la Fase de Retiro o muerte, observándose el deterioro de la pareja, ya bien sea por enfermedades crónicas degenerativas que les incapacitan para laborar, jubilados que no tienen en que emplear su tiempo, desempleo, así como el agotamiento de sus recursos económicos, y la poca o nula ayuda de sus hijos. (6,11,14,15,17,27)

¿Que es la Medicina Familiar ?

La identificación de un concepto de medicina familiar no es sencilla, puesto que diversos autores y en diversas épocas, han hecho esfuerzos por comprender su esencia. La dificultad radica en la integración de una gran diversidad de ideas que comprenden a la medicina familia

como una disciplina académica, como a una especialidad médica y como un modelo de atención a la salud.

La medicina familiar comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes: Estudio de la familia, Continuidad, y Acción anticipatoria.

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

La continuidad permite desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permiten el seguimiento del proceso salud - enfermedad de los individuos, sin importar edad, ni naturaleza o estudio de la enfermedades que le afecten, estableciendo el tratamiento adecuado y coordinado los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

En cuanto a la acción anticipatoria, se basa en un enfoque de riesgo el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/ o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad.(1,6,8,12,15,16,22)

Demográficos.(En Chiapas)

En cuanto a datos demográficos se refiere encontramos que en Chiapas se cuenta con una población total de 3,585,000 habitantes, con una tasa de crecimiento del 2.2 %(*), y una tasa de natalidad del 30.5 (*), y una mortalidad del 4.1%(*), con una esperanza de vida al nacer total de 71.53 años, siendo para el hombre 68.36 y para la mujer de 74.70 años.

Causas de Mortalidad:

En Chiapas se encuentra con una mortalidad infantil de 14.5(**) y del 97.1(*) se encuentran las diarreas como causa de muerte, las infecciones de vías respiratorias altas con una tasa de 89.4(*). En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas, las enfermedades del corazón presentan una tasa de mortalidad del 37.8(**), la diabetes mellitus con una tasa de 16.8(**)

Morbilidad

Con respecto a las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, se encuentran 204 nuevos casos con glicemia realizadas en 8.81 por mil habitantes. En la hipertensión arterial se encuentran 270 nuevos casos en 31.05 por mil habitantes.(28,29)

(*) tasa por cada 100,000 habitantes

(**) tasa por cada 1000 nacidos vivos registrados.

3.1- Planteamiento del problema.

Existe una gran diversidad de factores que condicionan el estado de salud- enfermedad de una población, es por ello la necesidad de plantear prioridades, objetivos y estrategias en base del conocimiento, de la situación de salud de la población que es lo que en última instancia determina los problemas existentes y sus alternativas de solución, con programas idóneos bien estructurados que reconozca la suma de toda una serie de variables, como sería ; el nivel del desarrollo bio-psico-social, cultural y económico, los sistemas institucionales públicos para la atención de la salud, condiciones del medio ambiente en las que incluye el clima y situaciones geográficas, así como las características étnicas que van a influir en el nivel de salud de una comunidad.

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

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

3.2 Justificación

El ser médico familiar exige precisión, eficacia 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 familiar, radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud límite, las lesiones y recupere las capacidades remanentes posteriores a la enfermedad, utilizando los conocimientos existente, los recursos tecnológicos y la experiencia milenaria de tratar enfermedades, experiencia plagada de aciertos y errores.

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

3.3 Objetivos

General:

Identificar plenamente las características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y económicas, así como las causas de morbilidad más frecuentes de la población adscrita al consultorio número 3-b del turno vespertino de medicina familiar de la clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Específicos:

- 1.- Identificar los grupos etáreos por edad y sexo que conforman la pirámide poblacional.
- 2.- Identificar los grupos de riesgo como son:
 - población infantil(menor de 4 años de edad)
 - población de riesgo de fiebre reumática
 - población de riesgo reproductivo
 - Población Anciana
- 3.- Identificar a través del diagnóstico familiar, los siguientes:
 - La estructura desde el punto de vista social es decir, mencionar en que etapa del ciclo vital familiar se encuentran.
 - Su composición
 - Su desarrollo
 - Su tipología
 - Su demografía
- 4.- Identificar las principales diez causas de consulta

4.- Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo
Retrospectivo
Transversal

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

4.2. Población, lugar y tiempo de estudio.

Población derechohabiente adscrita al consultorio número 3-b del turno vespertino de la clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período de Mayo a Septiembre de 1998.

4.3 Tipo de Muestra y Tamaño de la Muestra

El tipo de muestra es, No Probabilística en muestreo por cuotas(tipo cuota Sampling). El tamaño de la muestra se estima en 100 del total de familias adscritas al consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, en el número de consultas otorgadas de 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

4.4. Criterios de Inclusión, exclusión y de eliminación

Inclusión : Población usuaria del consultorio número 3-b del turno vespertino que cuente con expedientes clínicos y aceptaron participar

Exclusión: Población no usuaria al consultorio número 3-b del turno vespertino.

Eliminación : Población sin expediente, pacientes que no aceptaron participar.

4.5.- Información a recolectar (variables de medición)

Para el censo de población: las variables son de tipo Cuantitativas como Cualitativas, identificándose una escala de intervalo para las primeras y una nominal para las segundas, según sea el caso, Se consideran las variables de:

Números total de individuos
Número total de individuos del sexo masculino
Número total de individuos del sexo femenino
Número de individuos del sexo masculino y femenino por grupos etáreos

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

Para el estudio de la comunidad, las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal y se identifican las siguientes:

Estado civil
Años de unión Conyugal
Escolaridad del padre y de la madre
Edad del padre
Edad de la madre
Números de hijos(hasta de 10 años de edad
Números de hijos de 11 a 19 años de edad
Números de hijos de 20 o más años de edad .
Métodos de planificación familiar
(diu, hormonal oral, hormonal inyectable, otb, vasectomía)
Ocupación de los padres(profesional, empleado, hogar)
Ingreso económico:
De un salario mínimo
de uno a dos salarios mínimos
de tres o más salarios mínimos
Tipo de familia: moderna ó tradicional
Etapa del ciclo vital de la familia(expansión, dispersión, independencia y retiro).

Para la identificación de las causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las que corresponden: las diez primeras causas de consulta por grupo de edad y sexo.

4.6 Procedimiento para capturar la información.

- Censo de población:

Se realizó al identificar en el archivo clínico todos los expedientes de las familias en estudio y se clasificaron mediante núcleos familiares.

- El estudio de la comunidad:

Se aplica directamente mediante la cédula recolectora de datos al padre o madre de familia.

- El censo de Consulta:

Se realiza con la hoja del reporte diario del médico del año anterior, es decir del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

4.7.- Consideraciones Éticas.

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

5.- Resultados:

5.1.-Descripción de los resultados

El Presente estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de un modelo sistemático de atención médica familiar en el consultorio número 3-b, turno vespertino de la clínica hospital "D" del ISSSTE, se llevó acabo en tres fases. La fase I a través del censo poblacional, siendo los grupos etareos de 5 años cada uno, contando como fuente de datos, al archivo clínico. La segunda fase, fue realizar el estudio sistemático familiar mediante encuestas a padres de familias adscritas al consultorio 3-b, en muestreos por cuotas(Cuota Sampling) estimadas en (n=100). De Mayo a Septiembre 1998. La tercera fase se llevó acabo con el análisis de consulta de la población que asistió del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997. A continuación se muestran los siguientes resultados.

Fase I

La población total del consultorio 3-b del turno vespertino es de 1,870 personas(Tabla 1, gráfico 1). El grupo masculino representado por un total de 876, que corresponde al 46.8 %(gráfico 2) y para el sexo femenino de 994 que corresponde al 53.15 % (gráfico 3).

Existe una población de riesgo infantil(< 4 años) de 136 con 67 niños que representan el 7.6 % del total de hombres de la población masculina y de 69 niñas con un 6.9 % del total de la población femenina.(gráfico 4).

La población de riesgo para fiebre reumática es de un total de 813 , siendo el grupo masculino de 419 y de 394 del grupo femenino que representan el 39.6 % y 47.8 % de la población total respectivamente(gráfica 5).

El grupo femenino en edad fértil(15-49 años) está representado por un total de 856(86 %), siendo para los grupos etáreos de 15-19 años (10.5 %), de 20 a 24 años (3.5 %), de 25-29 años (5.8 %), de 30 A 34 años (9.3 %), de 35-39 años(13.4 %), de 40 A 44 años (9.2 %) y por último de 45 A 49 años el 5 % (gráfico 6).

La población anciana de 70 años ó más con un total de 81, 42 para el sexo masculino y de 39 para el sexo femenino, que representan el 4.7 % y 3.9 % respectivamente de la población total(gráfico 7)

Fase II

Descripción de la estructura familiar de (n=100)

En el ciclo vital de las familias en estudio (n=100), el 16 % se encuentran en fase de expansión, el 50 % en fase de dispersión, el 25 % en fase de independencia y por último el 9 % se encuentra en fase de retiro (gráfico 8)

La familia en base a su desarrollo, el 39% es moderna y el 61 % es tradicional (gráfico 9).

En base a su composición el 82 % es nuclear, el 9 % es extensa y el 9 % restante es compuesta (gráfico 10).

En cuanto a la demografía, el 95 %(95) es urbana, el 5 %(5) es semiurbana (gráfico 11).

De acuerdo a su tipología el 59 % de los padres son profesionista, el 36 % es empleado, el 5 % son jubilados actualmente. De las madres el 28 % son profesionistas, el 8 % es empleada y el 63 % se dedica al hogar, por último el 1 % es jubilada (gráfico 13).

Descripción de los elementos socioculturales y económicos de (n=100).

La escolaridad con que cuentan los padres es del 63 % para los profesionistas ,el 28 % cuentan con preparatoria, 6 % con secundaria, el 3% cuenta con solo la primaria. Las madres con un 39 % es profesionista, el 9 % tiene preparatoria, el 44 % cuenta con secundaria, finalmente el 17 % tiene primaria.(gráfica 14).

Las parejas con menos de un salario mínimo son del 5%, con dos a tres salarios el 22 % ,Con más de tres salarios mínimos el 73 % (gráfico 23)

La edad de los padres tienen como, media 39.83 años con una desviación estándar de (+- 9.86) (gráfico 16) . Las madres tiene como promedio de edad una media de 36.41 años con una desviación estándar de (+-8.92) (gráfico 17).

El promedio de años de casados de las parejas es de 14.42 años con una desviación estándar de (+- 8.97) (gráfico 18).

El número de hijos menores de 10 años de las familias en estudio fue en promedio una media de 1.41 hijos con desviación estándar (+- 2.17).

El número de hijos de 11 a 19 años fue una media de 0.91 hijos con una desviación estándar de (+- 1.20). Para los hijos de más de 20 años la edad media es de 0.80 hijos con una desviación estándar de (+- 1.76) (gráfico 19).

De las familias estudiadas (n=100), el 54 %(54) no lleva método de planificación, el 17 %(17) le fue realizada la OTB, el 12 % (12) son usuarias del DIU, el 6 % (6) utiliza hormonal inyectable , el 10 %(10) con hormonal tabletas, la vasectomía representa el 1% (gráfico 12).

FASE III.

Las principales causas de consulta:

Las primeras diez causas de consulta se marcan en la tabla 2, destacando en primer lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 218 , seguidas de la amibiasis con un total de 64, las diarreicas se encuentran en cuarto lugar de las consultas(tabla 2, gráfico 20)

Las enfermedades crónicas degenerativas en 5º y 6º y 7º lugar la hipertensión arterial , la diabetes mellitus y las enfermedades reumáticas respectivamente en el período del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1997 (gráfico 21,22).

Se menciona el número total de consultas otorgadas a hombres y mujeres, así como el total de consultas de 1ª vez y subsecuentes (gráficas 20).

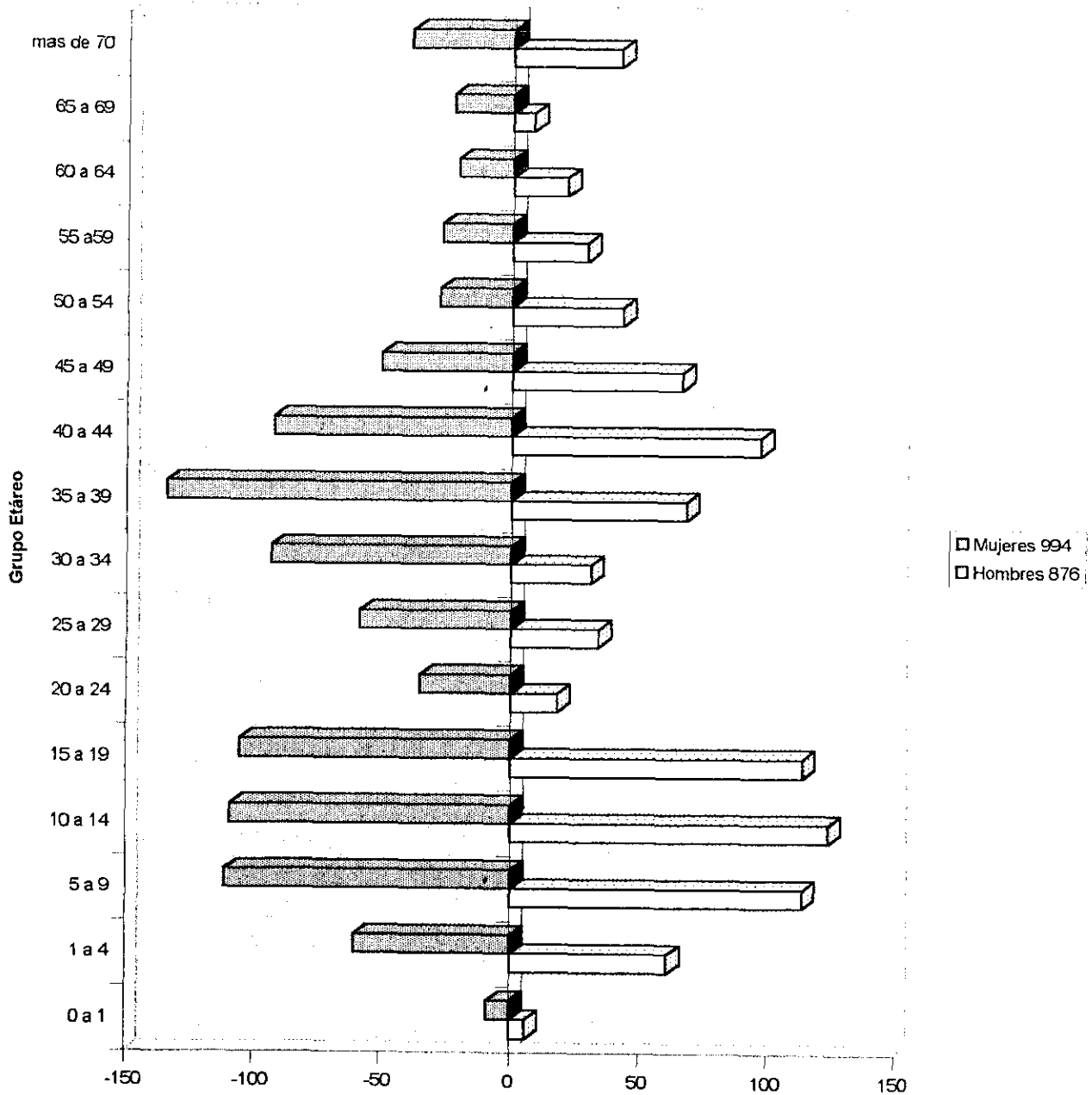
Pirámide Poblacional del Consultorio Número 3-B del turno vespertino
de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas
Período Enero a Diciembre de 1997

Tabla 1

Hombres	Grupo Etáreo	Mujeres
6	-1	9
61	1 a 4	60
114	5 a 9	111
124	10 a 14	109
114	15 a 19	105
18	20 a 24	35
34	25 a 29	58
31	30 a 34	93
68	35 a 39	134
97	40 a 44	92
66	45 a 49	50
43	50 a 54	28
29	55 a 59	27
21	60 a 64	21
8	65 a 69	23
42	mas de 70	39
876	Total	994

Fuente: Archivo Clínico

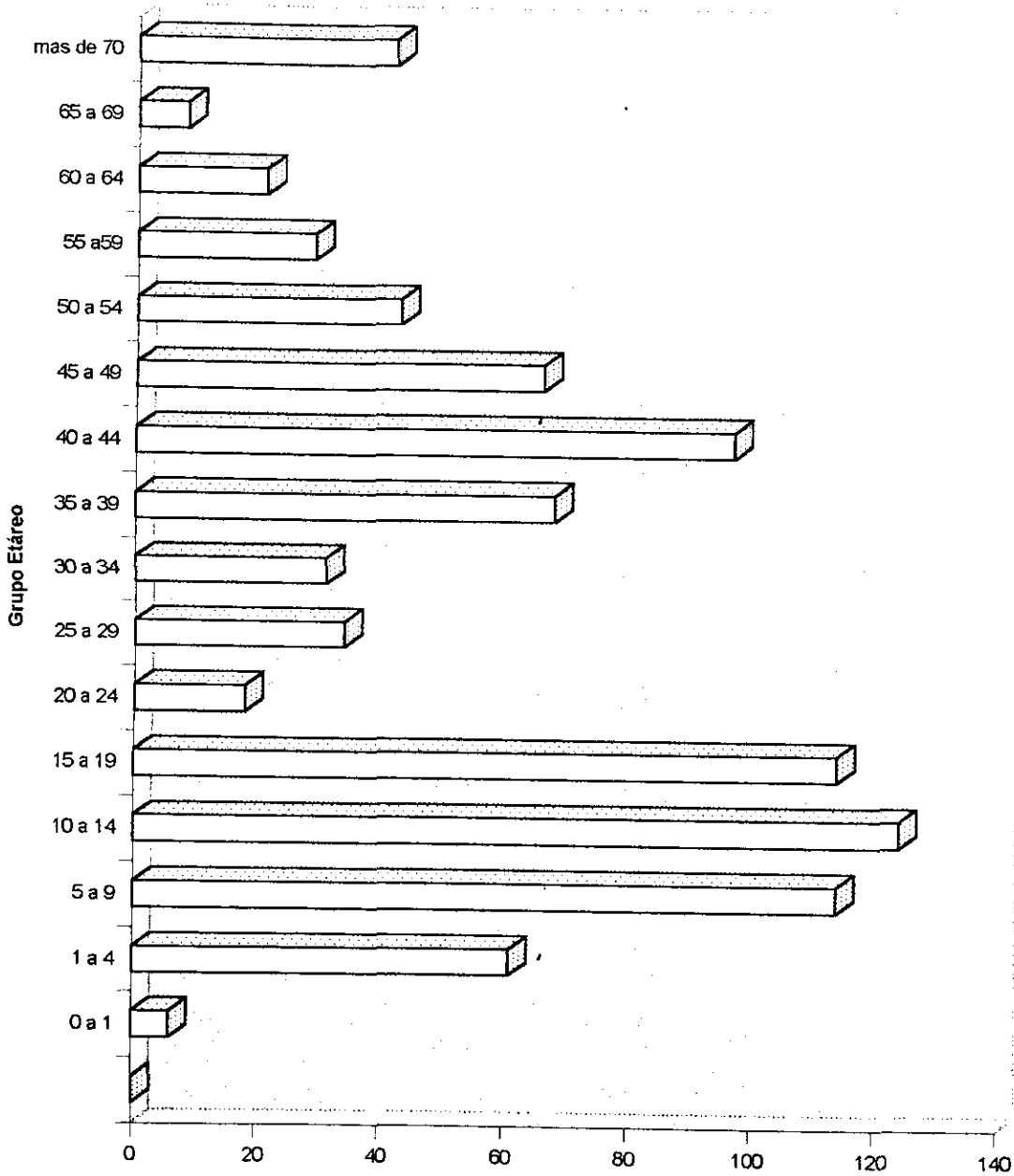
Pirámide Poblacional del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital " D " del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período de Enero a Diciembre de 1997.
Gráfico 1



Total de derechohabientes Hombres y Mujeres: 1,870 Fuente: Archivo Clínico

Población Total masculino por grupos etáreos del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital " D " del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

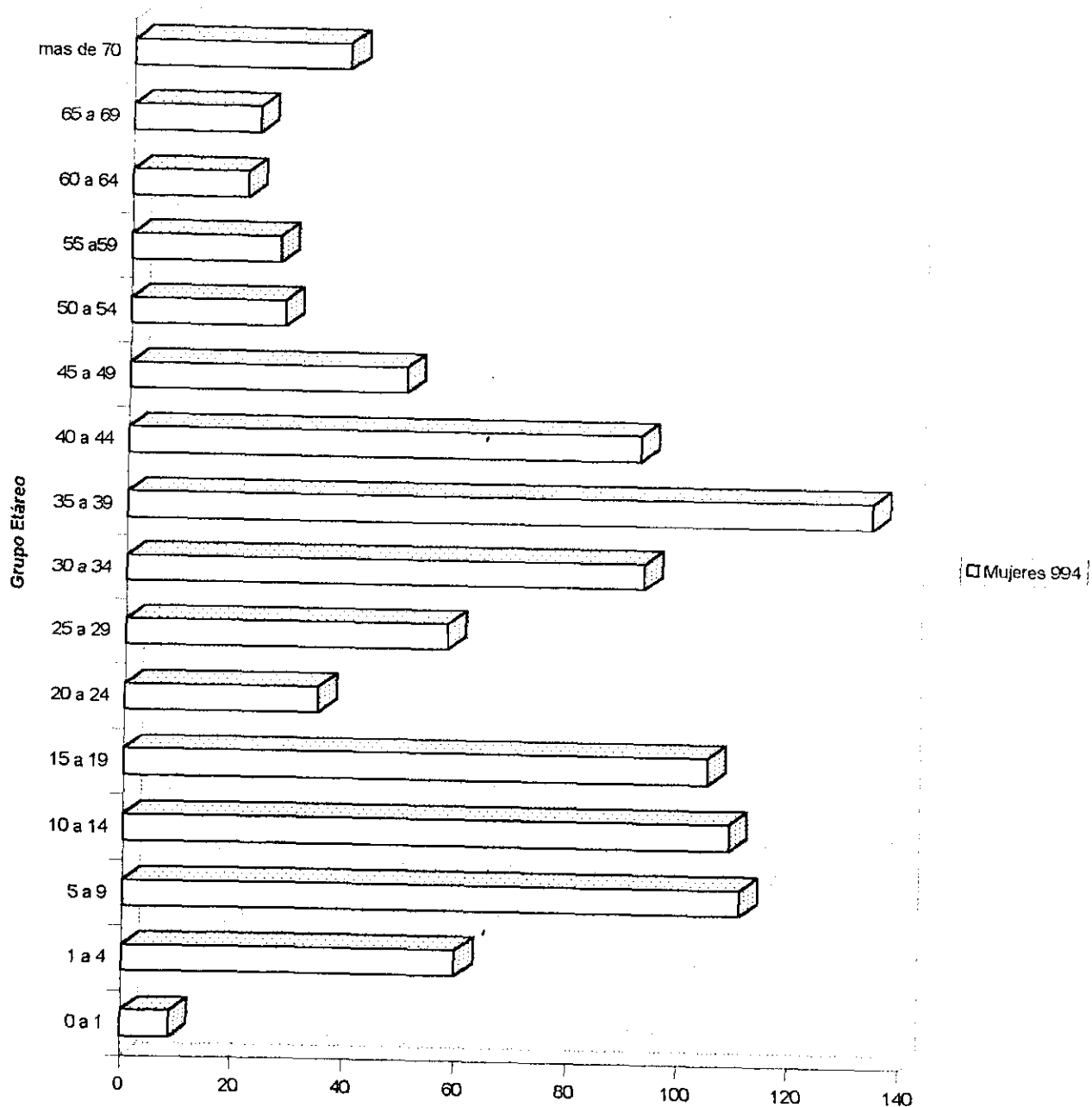
Gráfico 2



Total de hombres 876: Fuente Archivo Clínico

Total de población femenina por grupos etáreos del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo Enero a Diciembre de 1997.

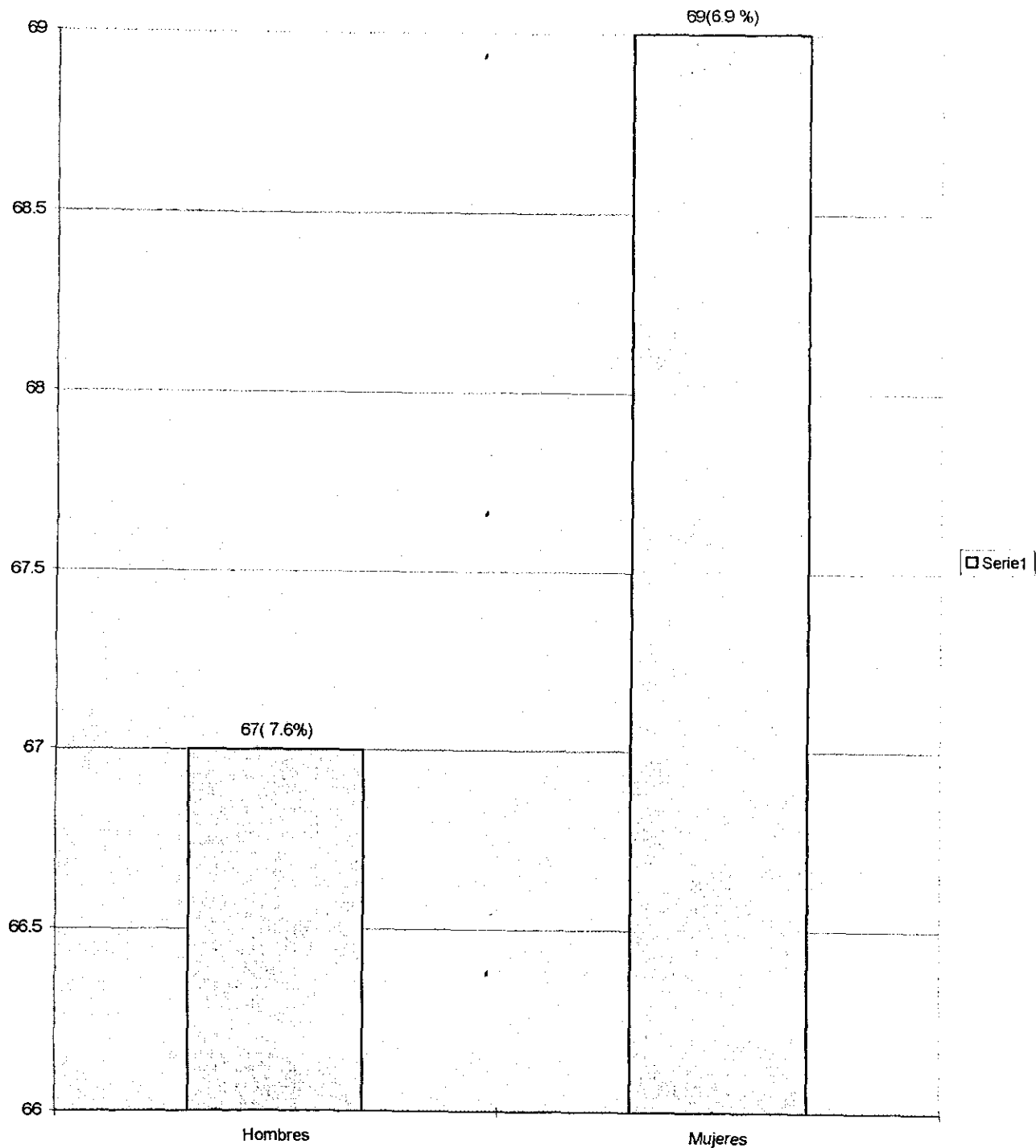
Gráfico 3



Total de mujeres ,994. Fuente : Archivo Clínico

Población de Riesgo Infantil(menor de 4 años) del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

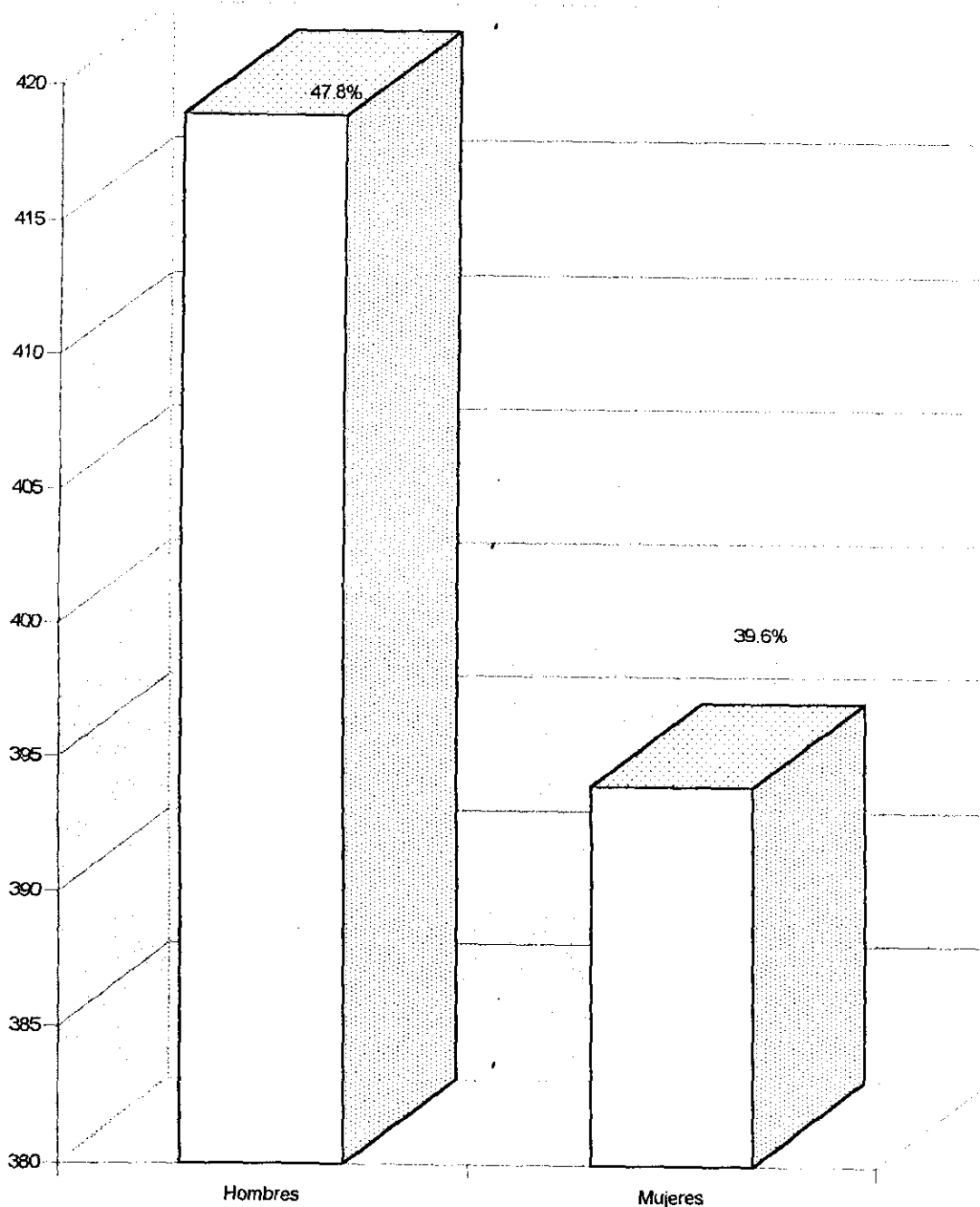
Gráfico 4



Números absolutos y porcentajes: Fuente: Pirámide Poblacional

Población de Riesgo para Fiebre Reumática del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo Enero a Diciembre de 1997.

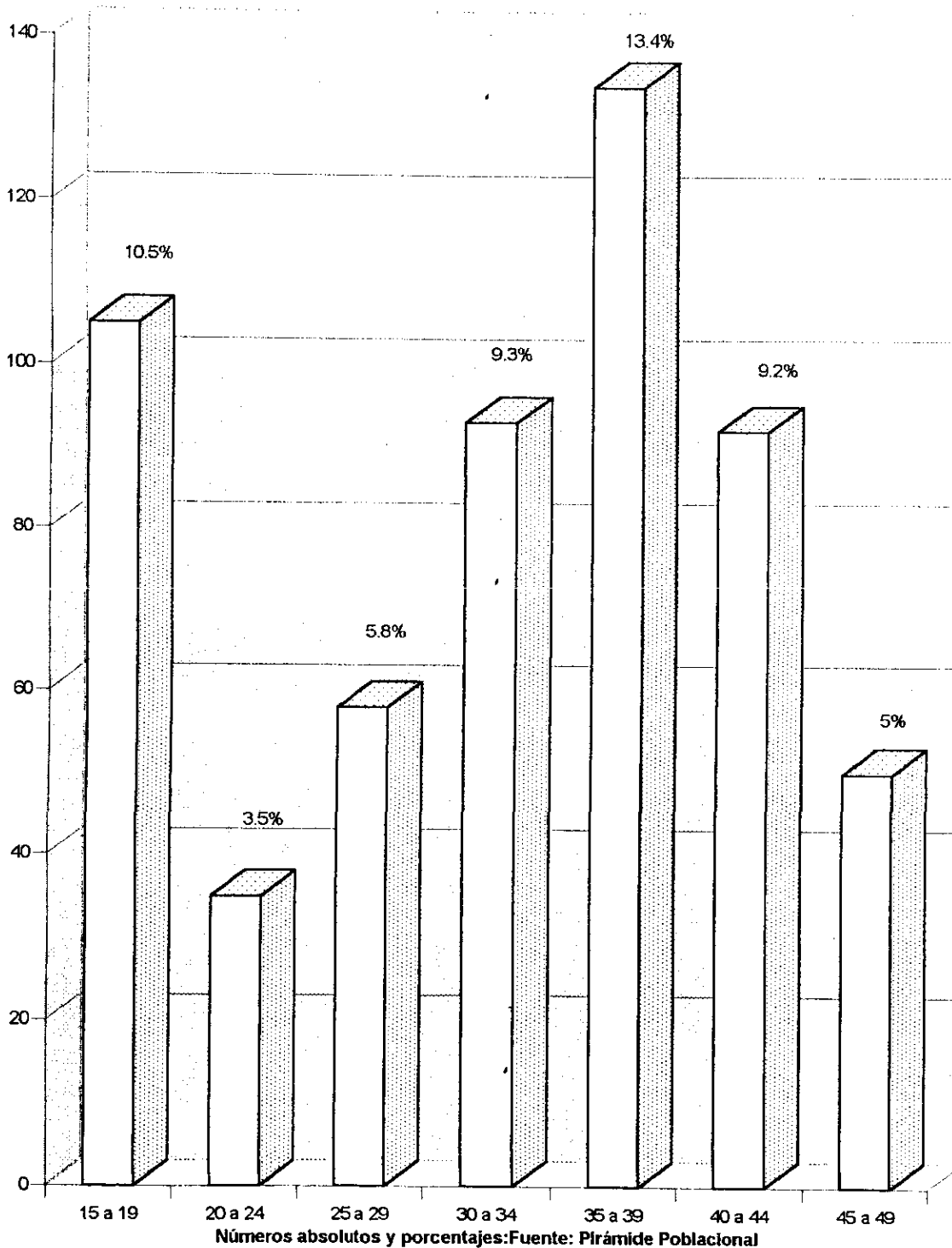
Gráfico 5



Números absolutos y porcentajes: Fuente: Pirámide Poblacional

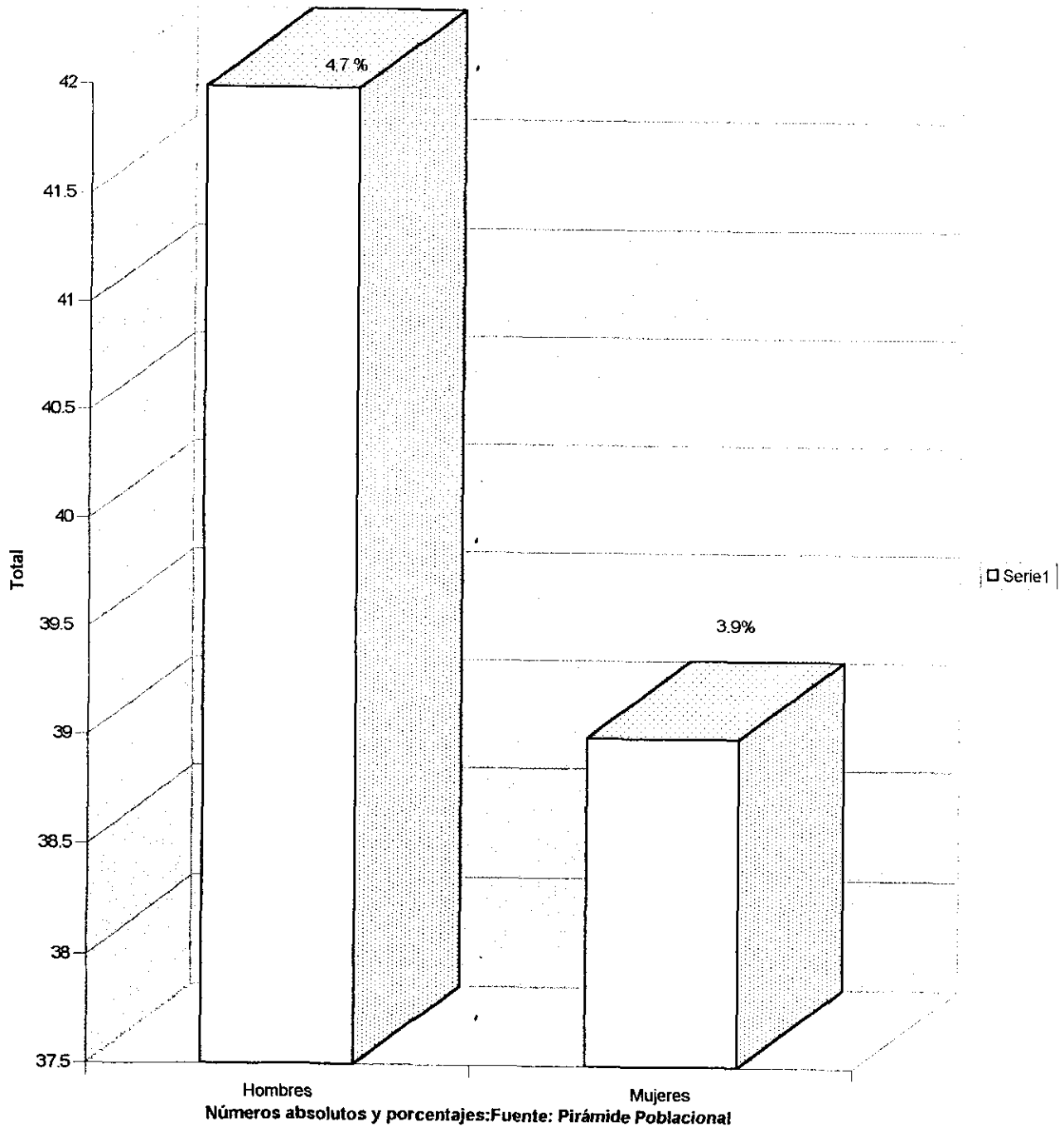
Población total de mujeres en Riesgo Reproductivo del consultorio Número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 6



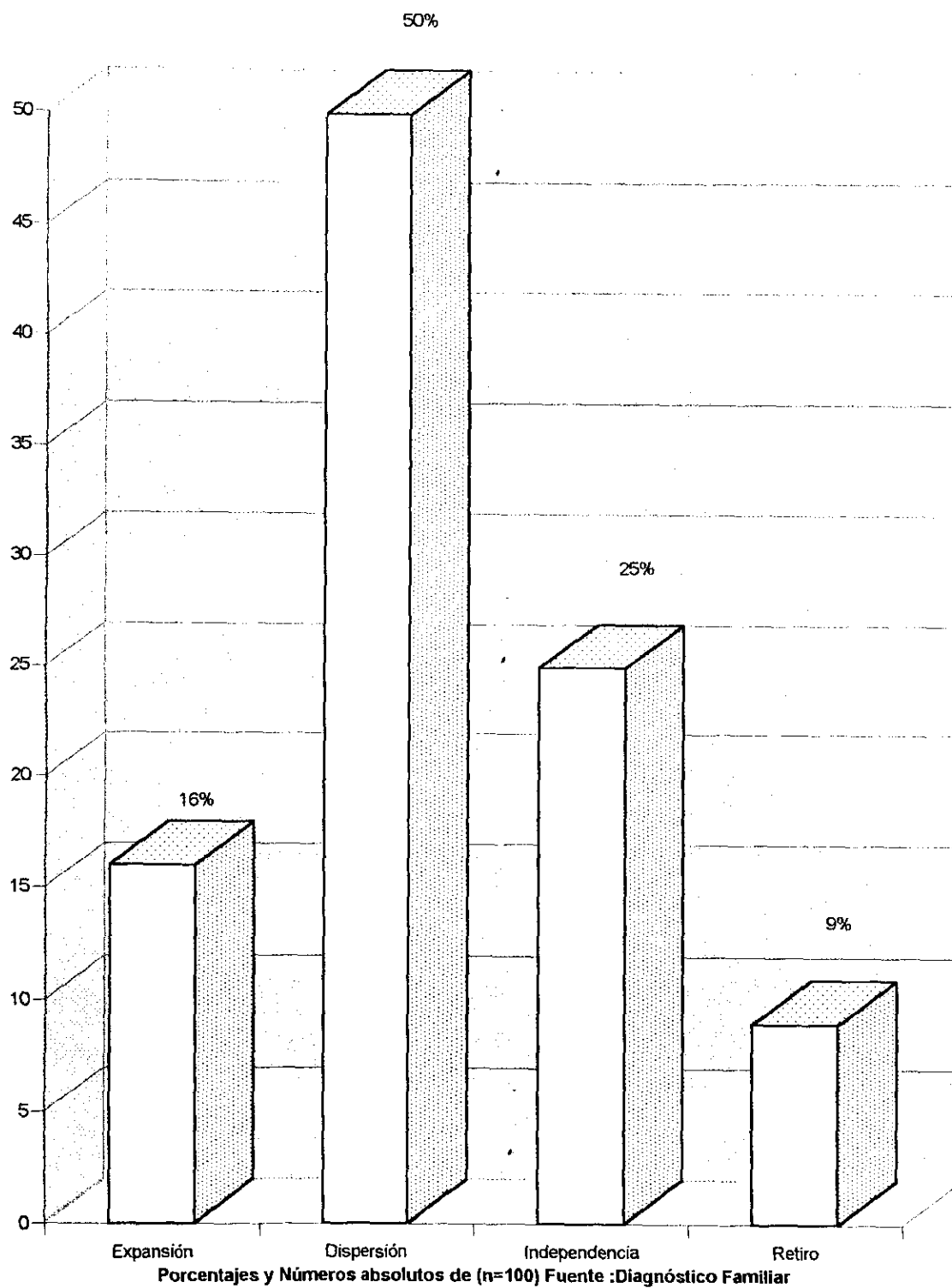
Población Anciana mayor de 70 años del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 7



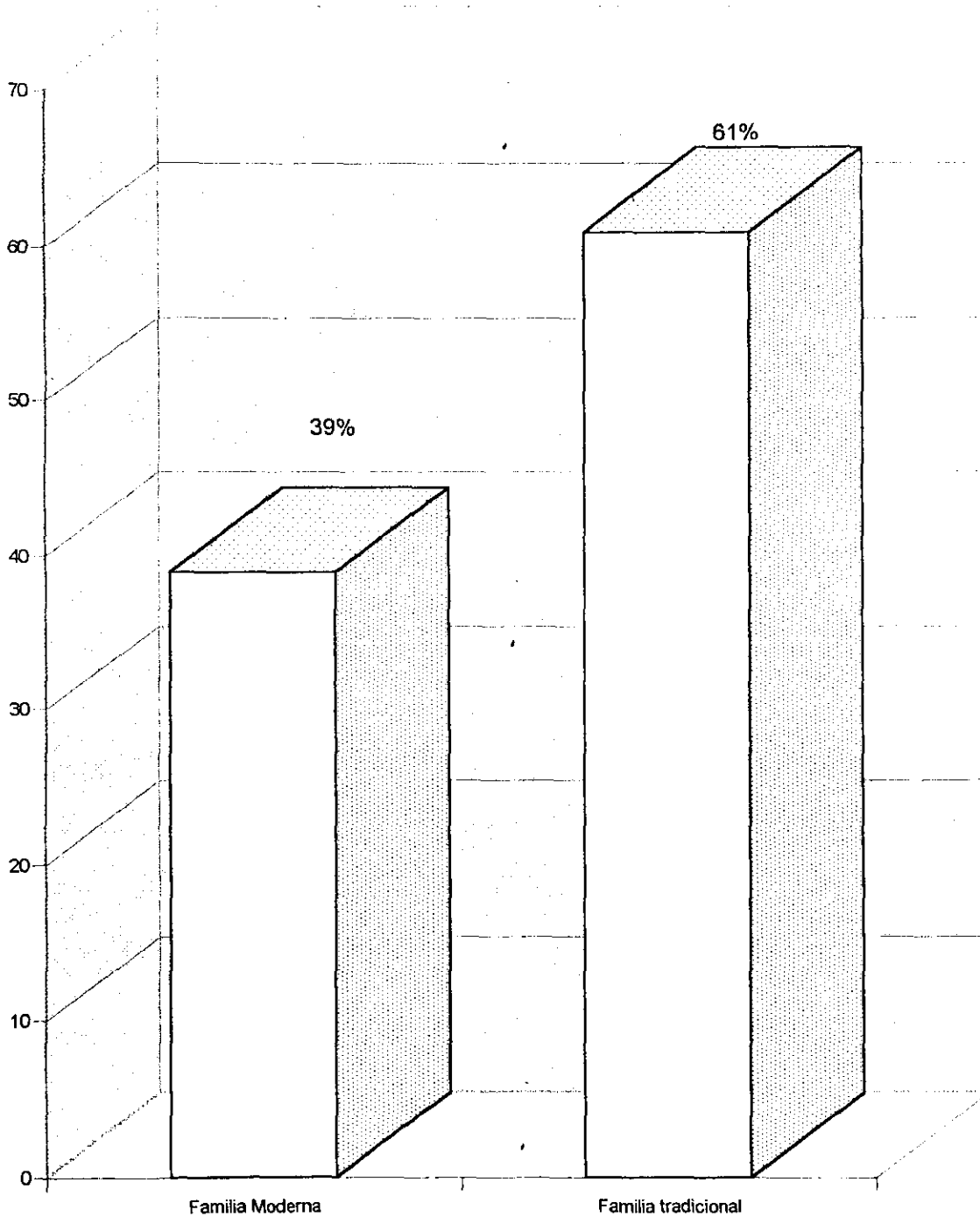
Ciclo vital de las familias del consultorio número 3-b de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998.

Gráfico 8



La familia en base en su desarrollo, del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998.

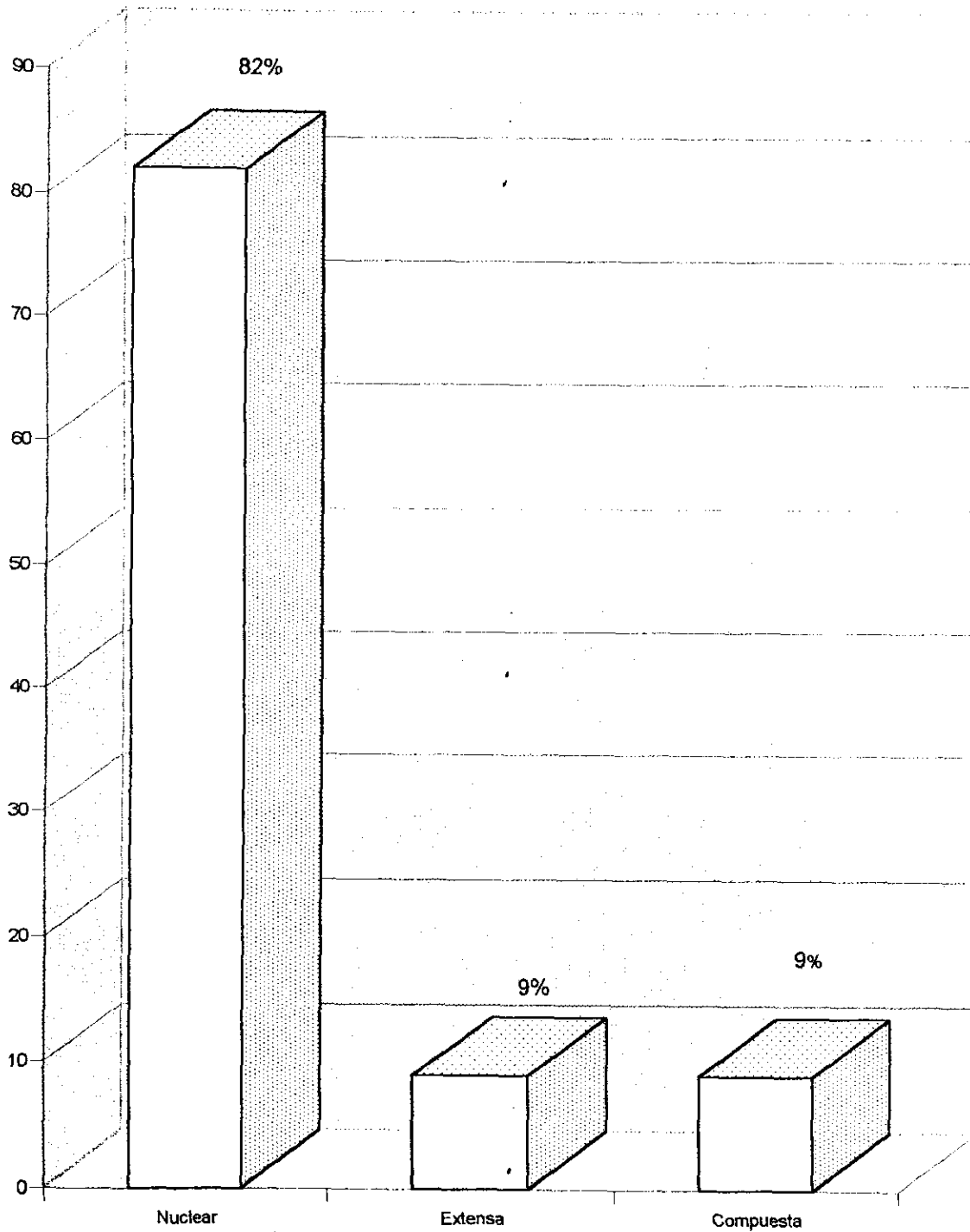
Gráfico 9



Números absolutos y porcentajes: Fuente: Diagnóstico Familiar de (n=100)

Composición de las familias del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998.

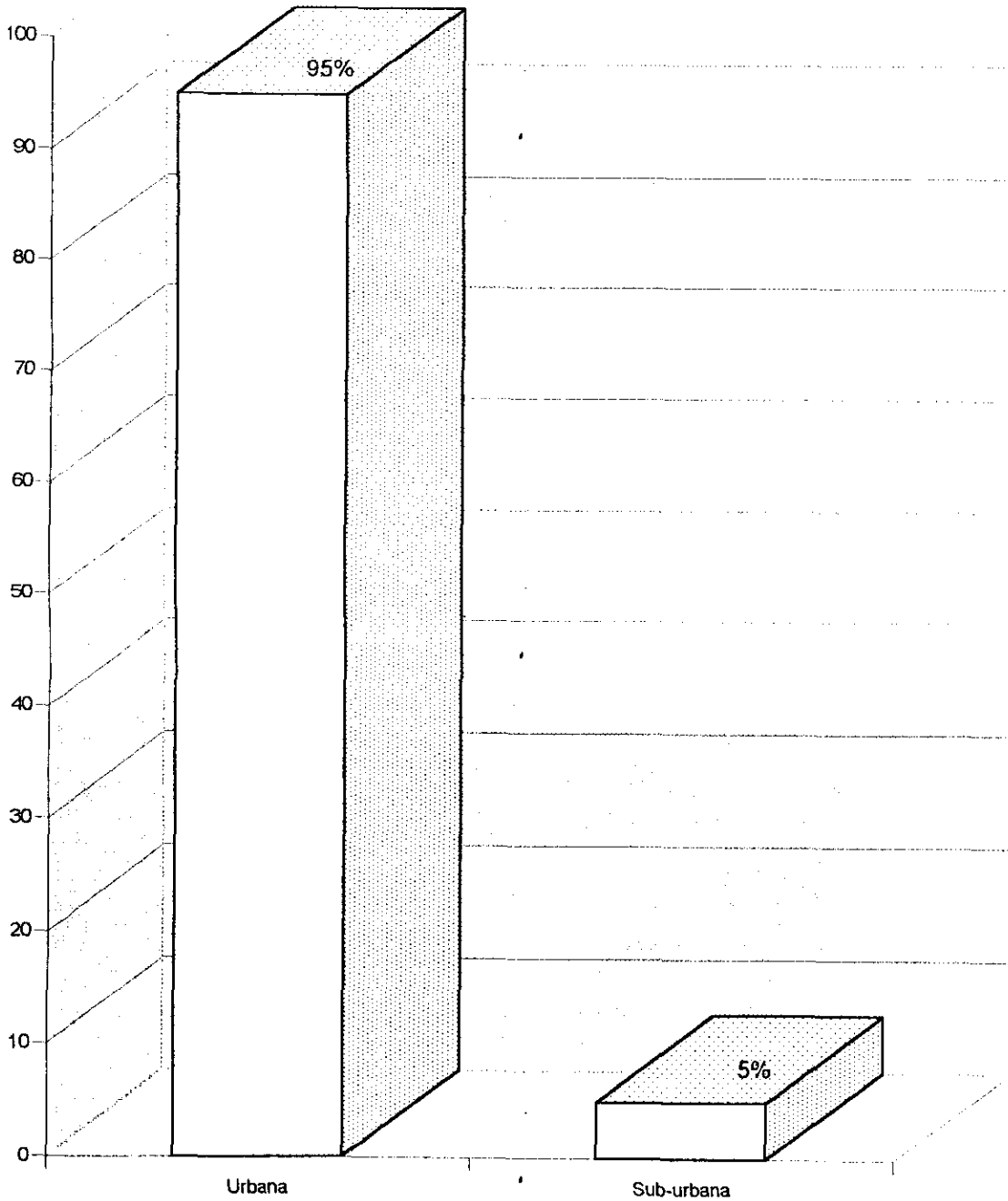
Gráfico 10



Fuente: Diagnóstico Familiar: Porcentajes y Números absolutos de (n=100)

Demografía de las Familias del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998.

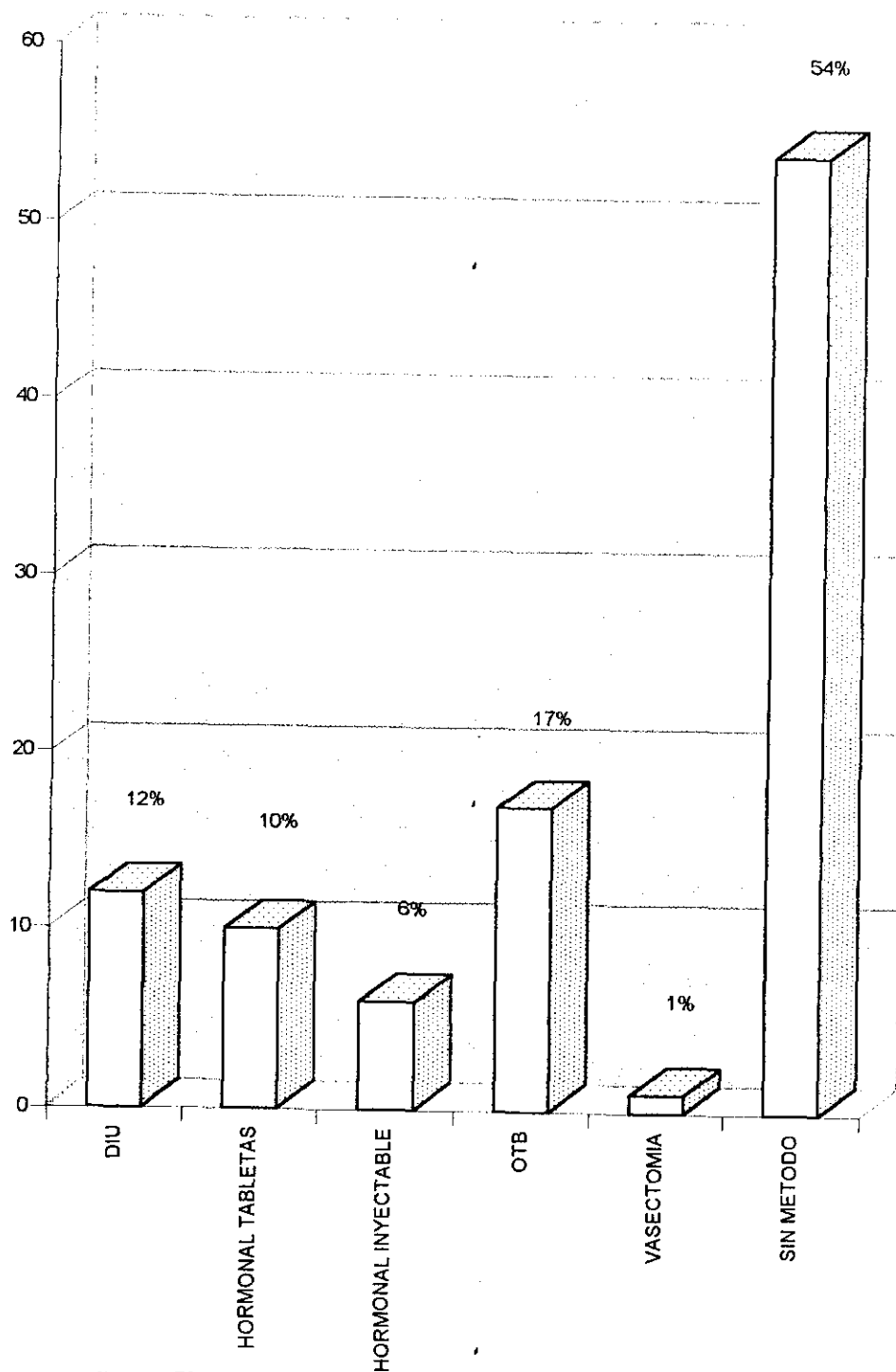
Gráfico 11



Fuente: Diagnóstico Familiar: Números y porcentajes de (n=100)

Métodos de Planificación Familiar de las familias del consultorio número 3-b de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998.

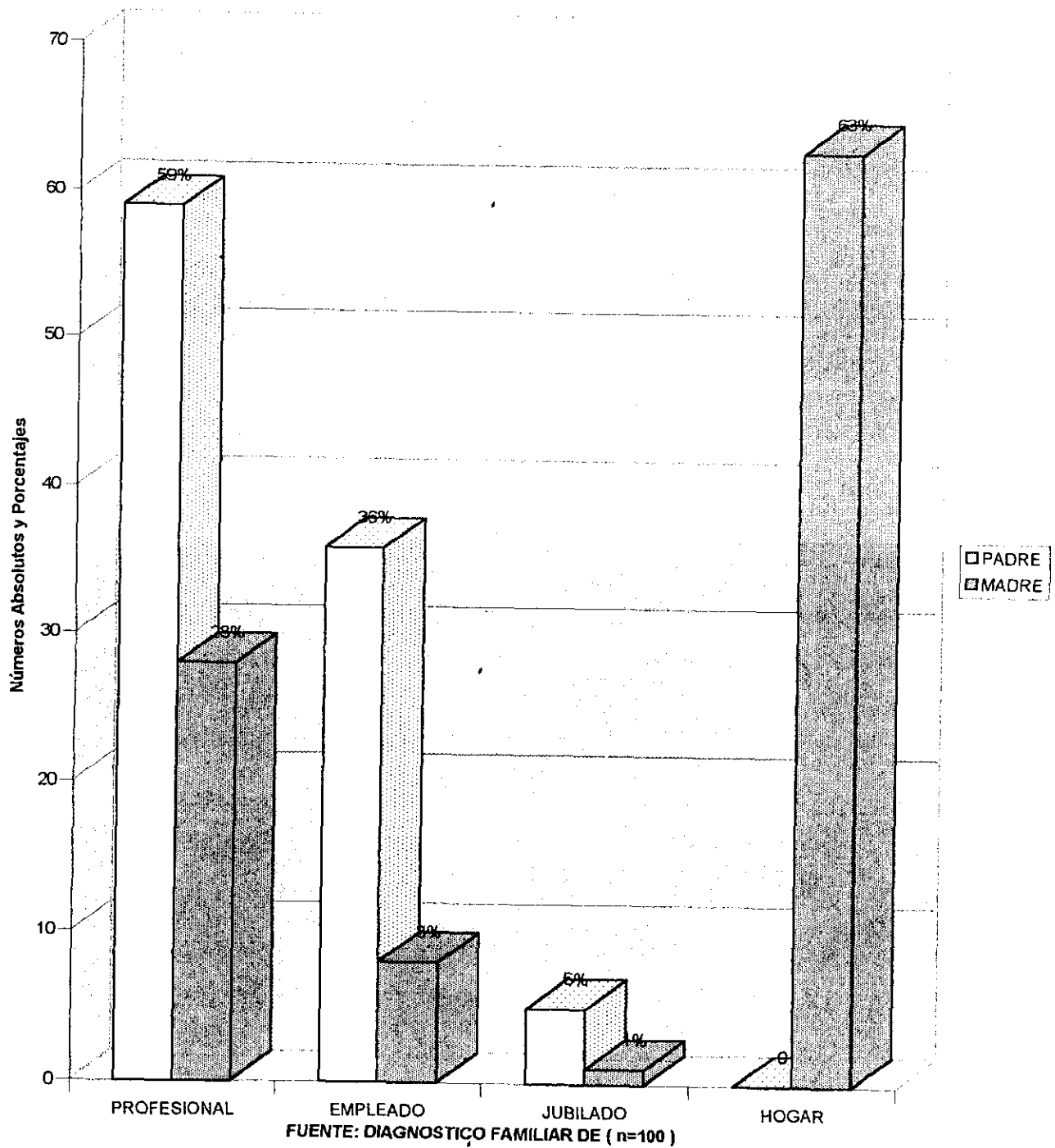
Gráfico 12



Fuente: Diagnóstico Familiar de (n=100). Números absolutos y porcentajes

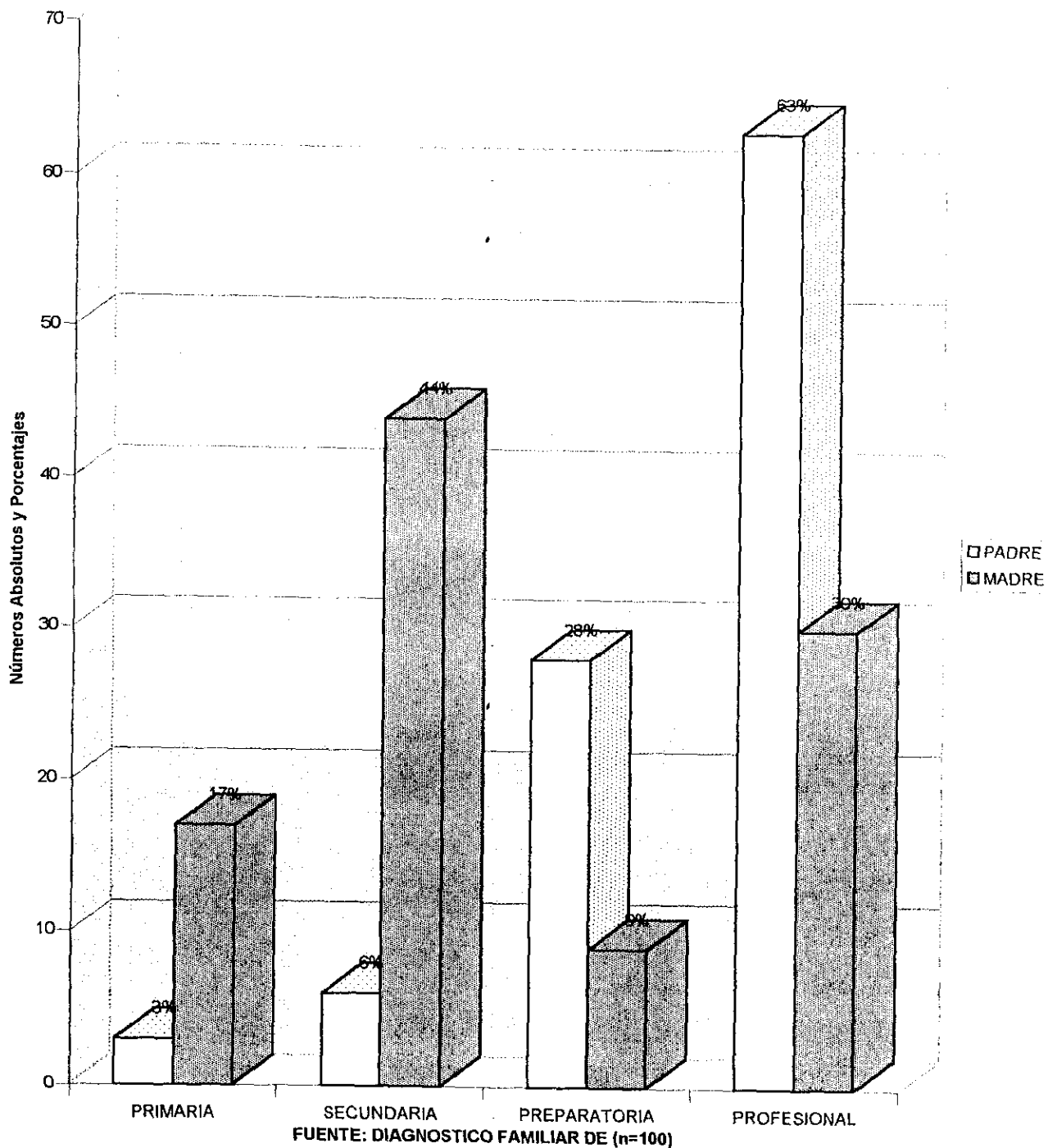
Tipología de las familias del consultorio número 3-b de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.ST.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998

Gráfico 13

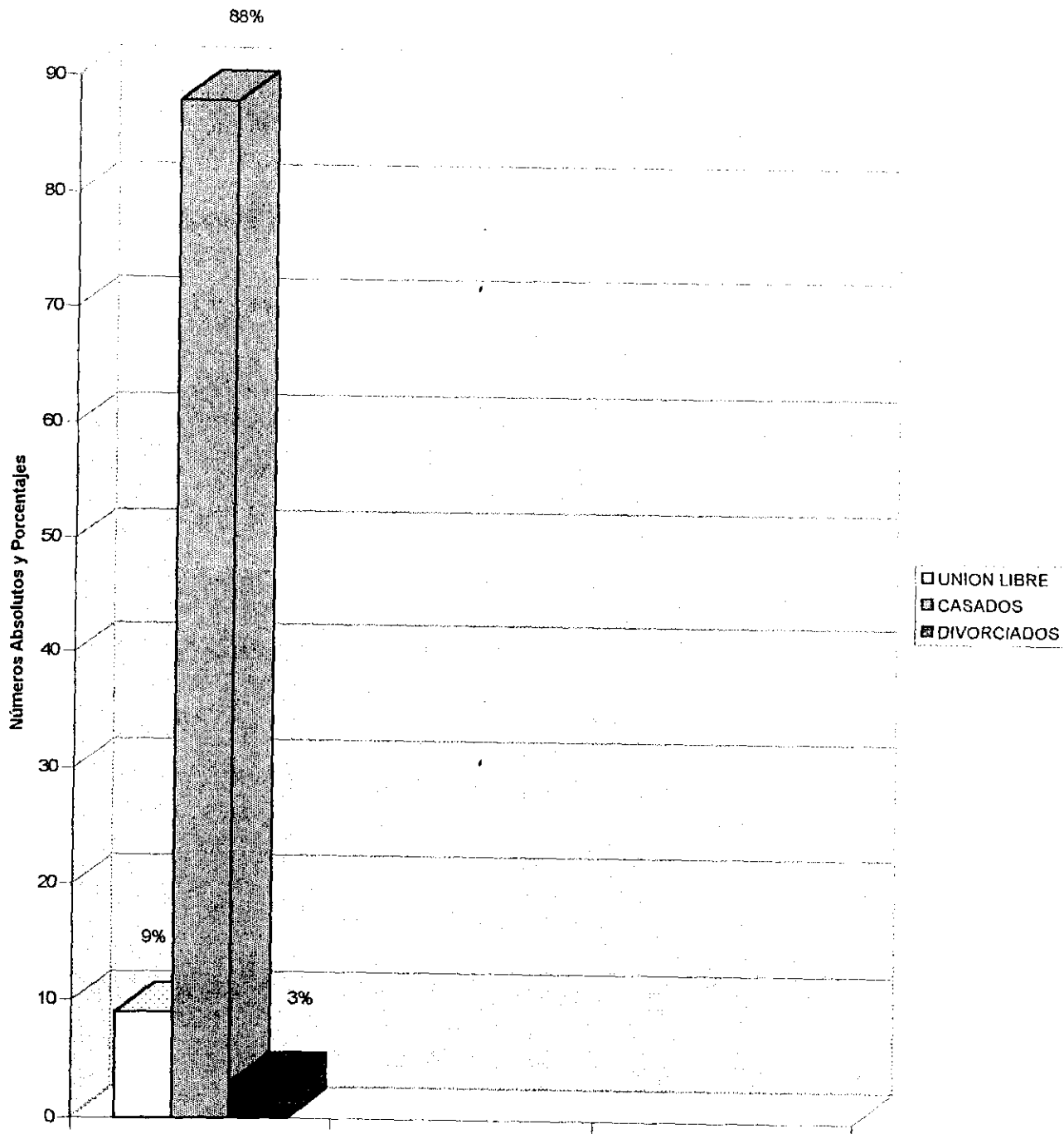


Escolaridad de los padres del Consultorio Número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" DEL I.S.S.ST.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998.

Gráfico 14

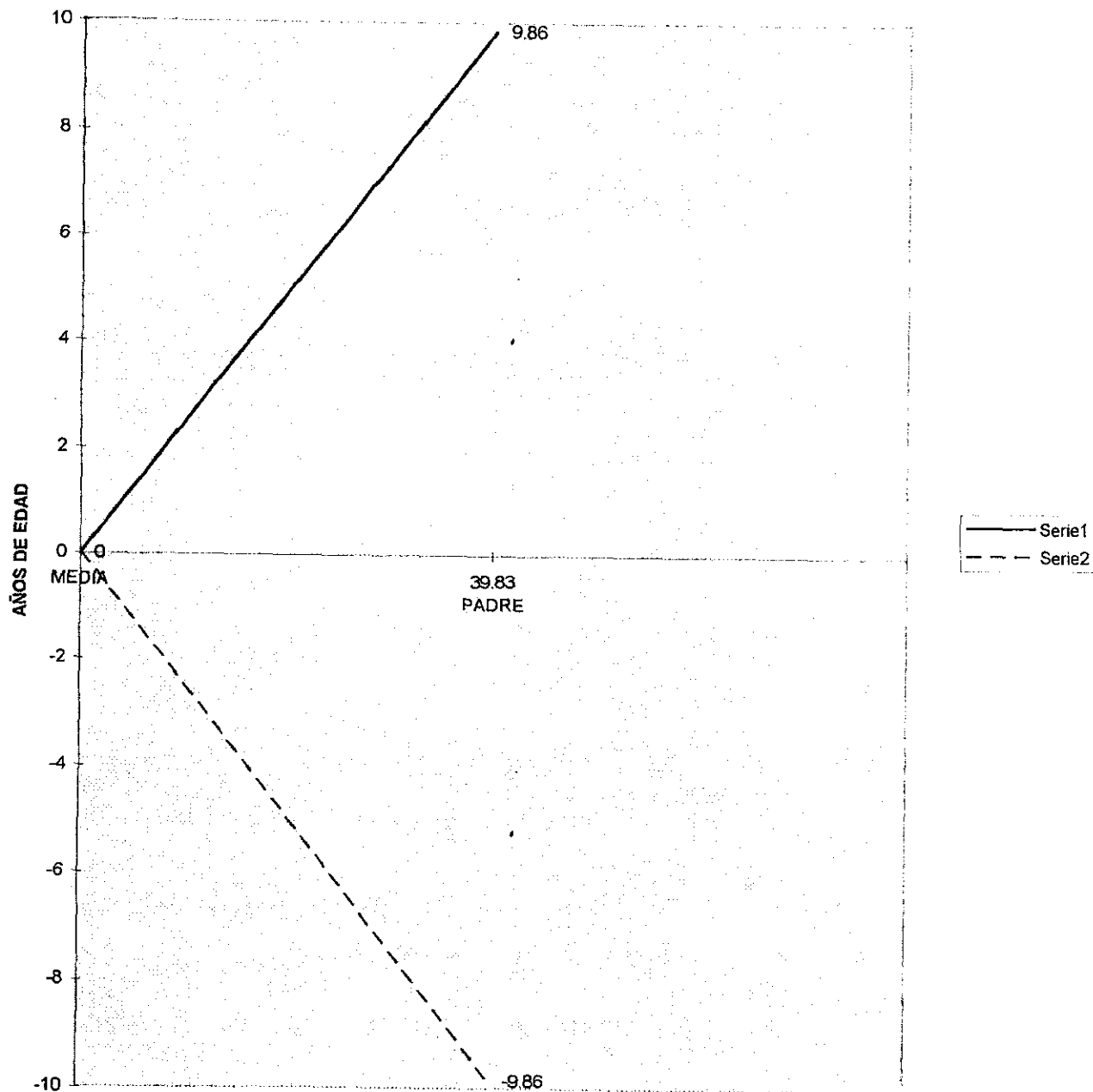


Estructura socioeconómica de las familias del consultorio número 3-b del turno Vespertino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo de Mayo a Junio de 1998
gráfico 15



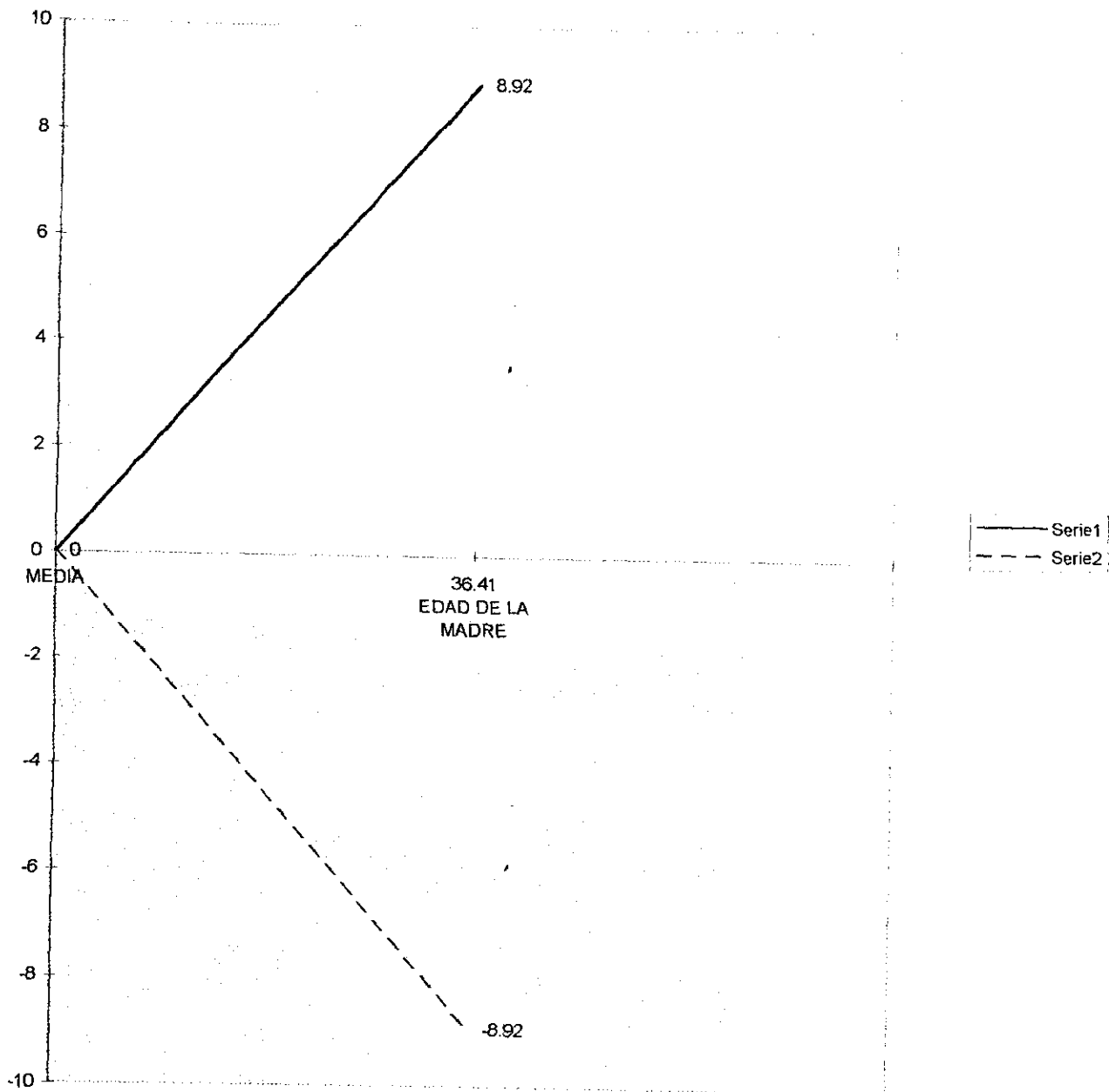
Fuente: diagnóstico Familiar de (n= 100).

Edad de los padres del consultorio número 3-b del turno Vespertino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo de Mayo a Septiembre de 1998
gráfico 16



Media y Desviaciones Estandares de (n=100). Fuente: Diagnóstico Familiar:

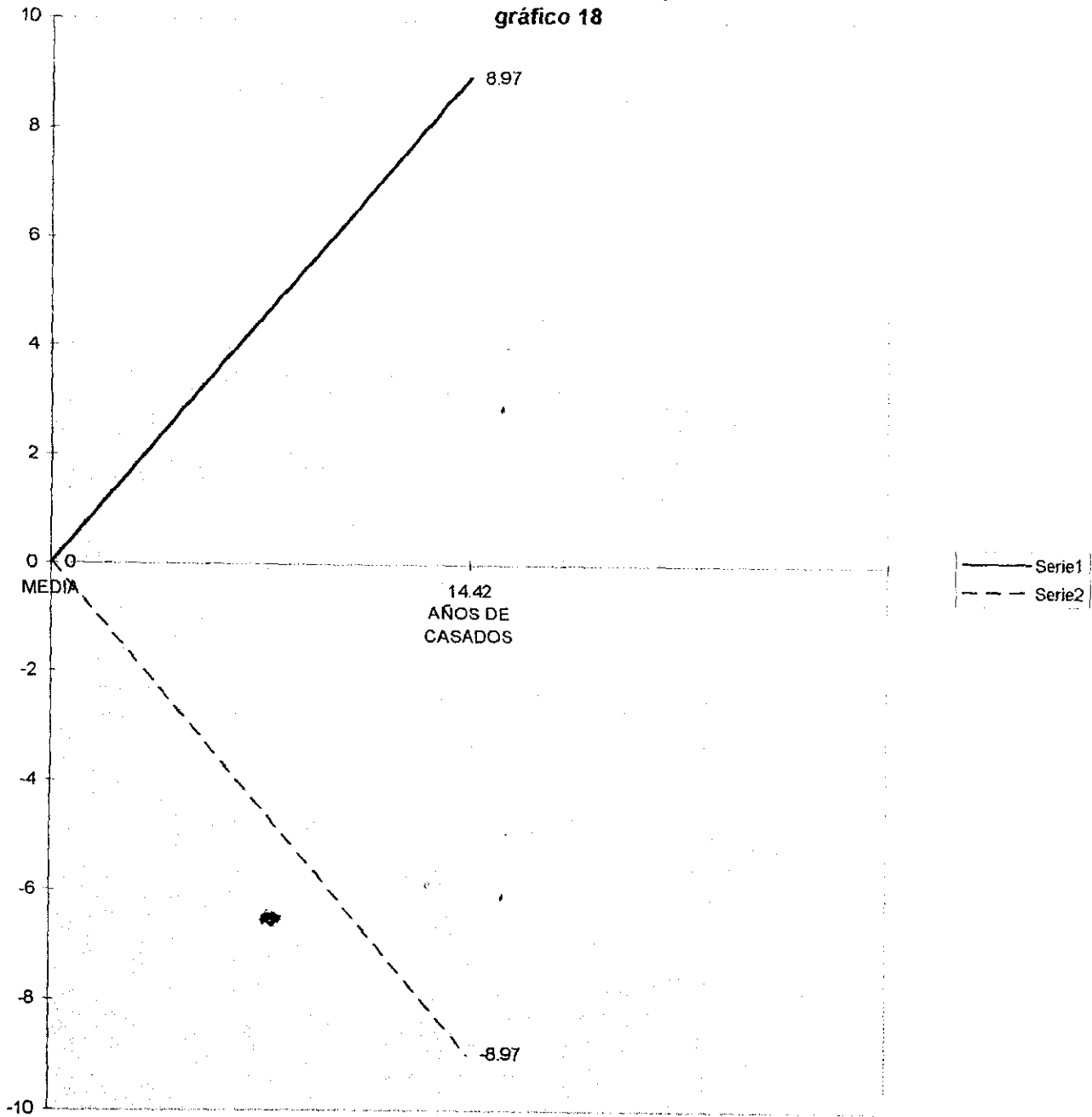
**Edad de las madres de familias del consultorio número 3- b del turno Vespertino
de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas
.Periodo de Mayo a Septiembre de 1998
gráfico 17**



Edad media y desviación estándar: Fuente :diagnóstico familiar de (N=100)

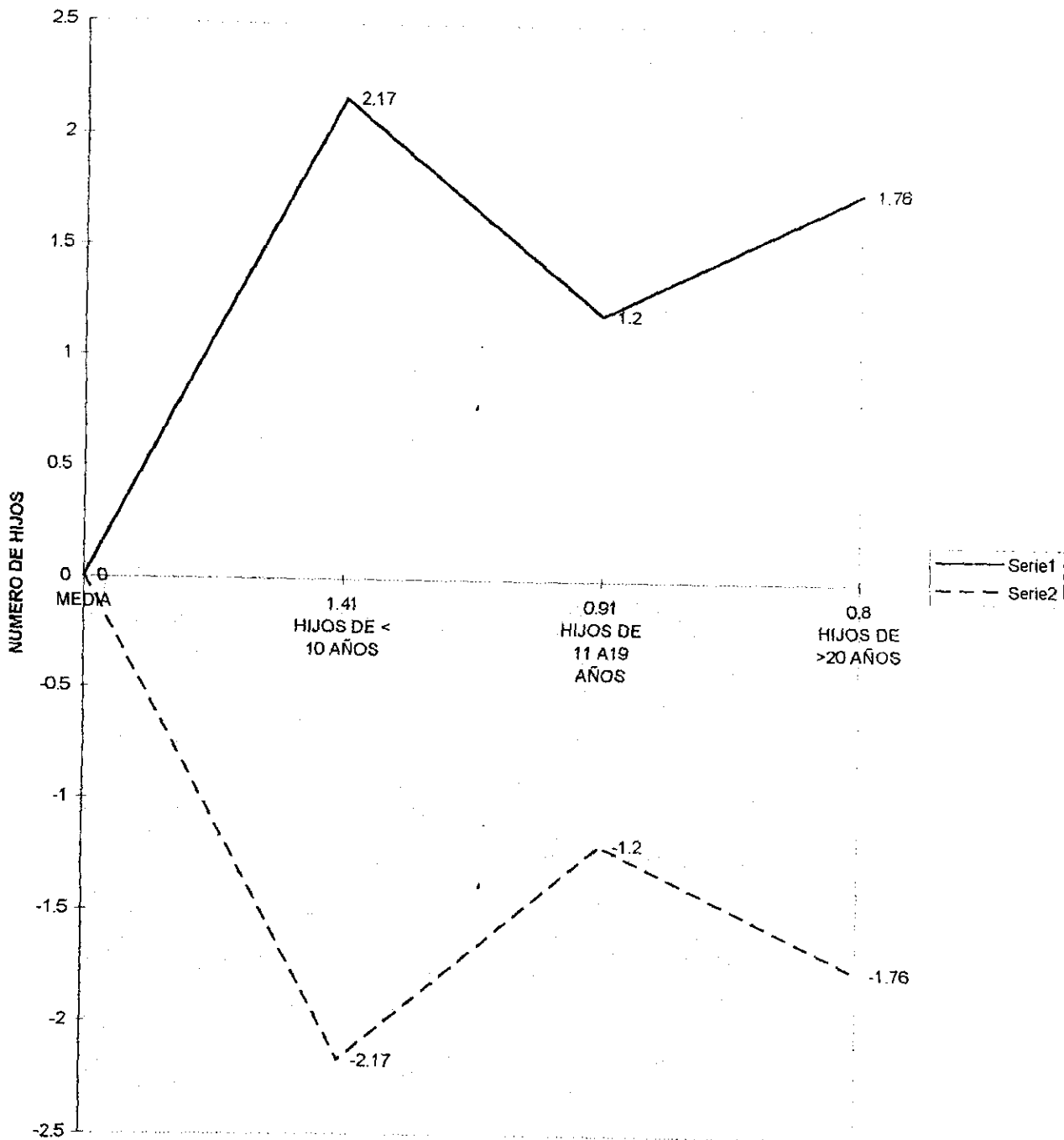
Años de casados de las familias del consultorio número 3-b del turno vespertino de la clínica hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período de Mayo a Septiembre de 1998

gráfico 18



Media y desviacion estándar (n=100): Fuente: diagnóstico familiar

Números de hijos de las familias del consultorio número 3-b del turno vespertino de la clínica hospital D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo de Mayo a Septiembre de 1998
 gráfico19



Media y Desviación estándar de (n=100) Fuente :diagnóstico familiar.

**PRIMERAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
CONSULTORIO No. 3-B DEL TURNO VESPERTINO
ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

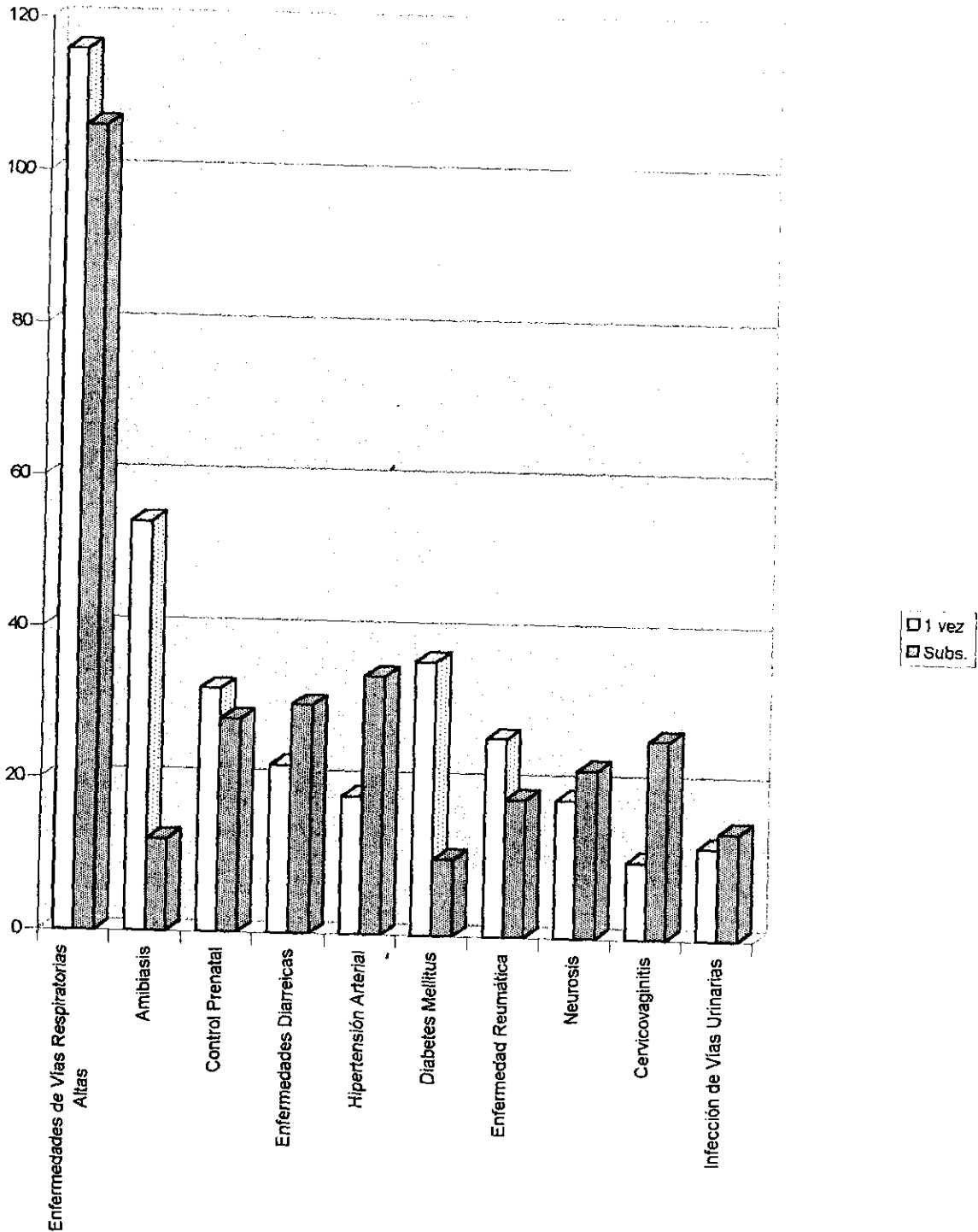
TABLA 2

Nº	DIAGNÓSTICO	TOTAL				GRUPOS DE EDAD Y SEXO																																								
		Subt	M	F	0-1		1 A 4		5 A 9		10 A 14		15 A 19		20 A		25 A 29		30 A 34		35 A 39		40 A 44		45 A 49		50 A 54		55 A 59		60 A 64		65 A 69		70 A 74		75 A 79		80 A 84		85 A 89		90 A 94		95 A 99	
					M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1	Enfermedades de Vías Respiratorias Altas	116	108	102	120	0	5	8	8	14	9	8	12	10	6	6	2	8	0	2	14	4	14	4	2	4	6	0	24	30	0	0	12	0	2	0	2	0	2	218						
2	Ambliosis	54	12	30	36	0	1	6	3	4	0	0	6	6	4	0	4	0	2	4	2	2	4	2	0	4	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	84						
3	Control Prenatal	32	28	0	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	16	0	10	0	12	0	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60					
4	Enfermedades Diarreicas	22	30	26	26	0	0	2	0	3	2	0	0	0	0	2	0	6	6	4	4	2	4	0	6	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	51							
5	Hipertensión Arterial	18	34	22	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	8	6	4	4	2	2	0	4	6	0	2	0	0	4	6	52								
6	Diabetes Mellitus	36	10	18	28	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	4	0	0	8	4	2	4	0	0	4	0	0	6	2	4	0	2	0	46										
7	Enfermedad Reumática	26	18	18	20	0	0	0	0	0	4	2	2	0	2	4	2	2	2	2	4	2	4	0	2	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	4	2	44								
8	Neurasis	18	22	18	22	0	0	0	0	0	0	2	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	0	2	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0	2	40										
9	Cervicovaginitis	10	26	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	8	0	10	0	8	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36									
10	Infección de Vías Urinarias	12	14	10	16	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	0	0	4	2	0	0	2	2	2	2	0	0	2	0	0	0	2	0	2	26										

FUENTE: HOJA DE REPORTE DIARIO DEL MEDICO

Principales Causas de Consulta del consultorio número 3-b del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo Enero a Diciembre de 1997.

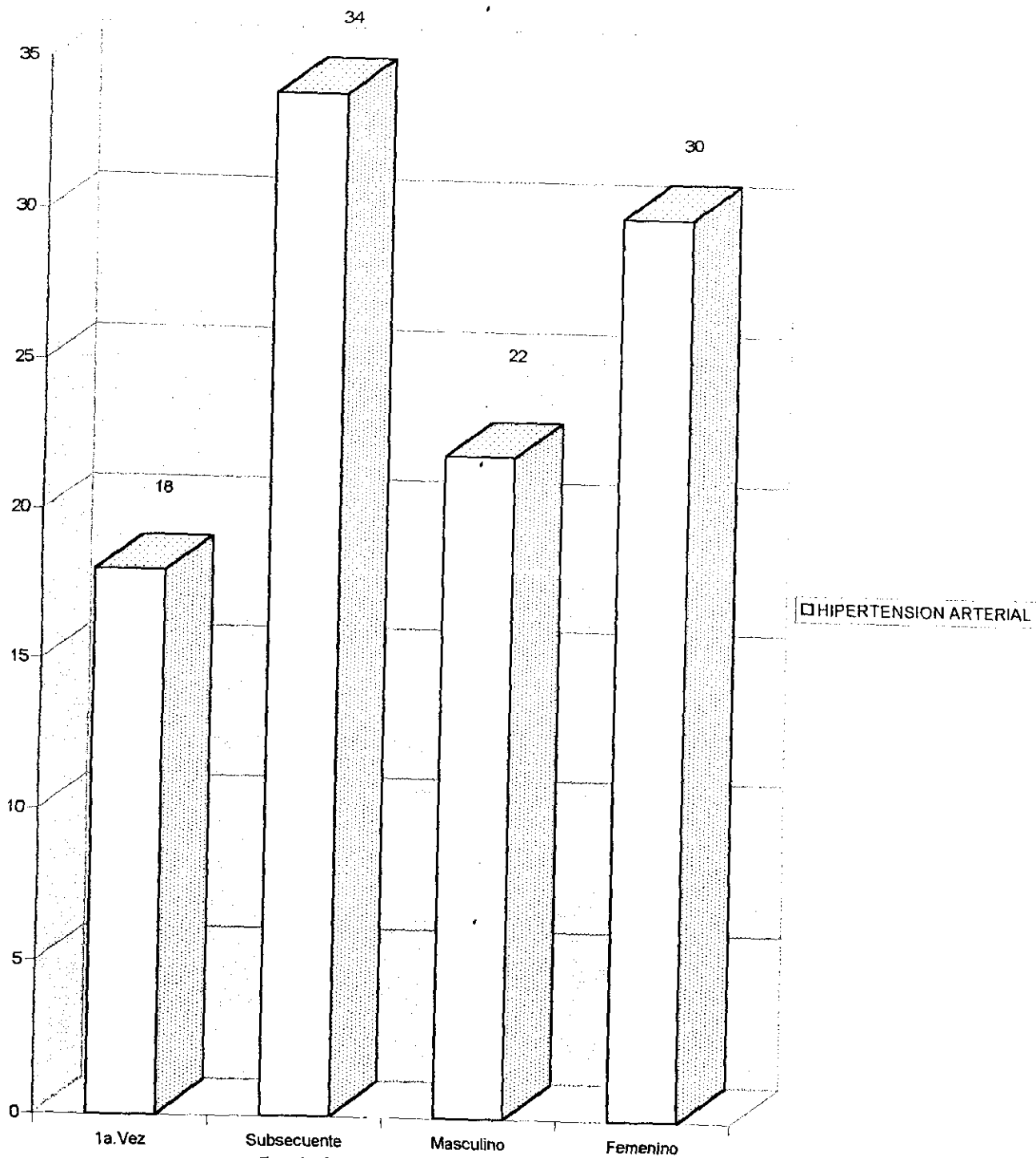
Gráfico 20



Fuente: Hoja diaria del Médico

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

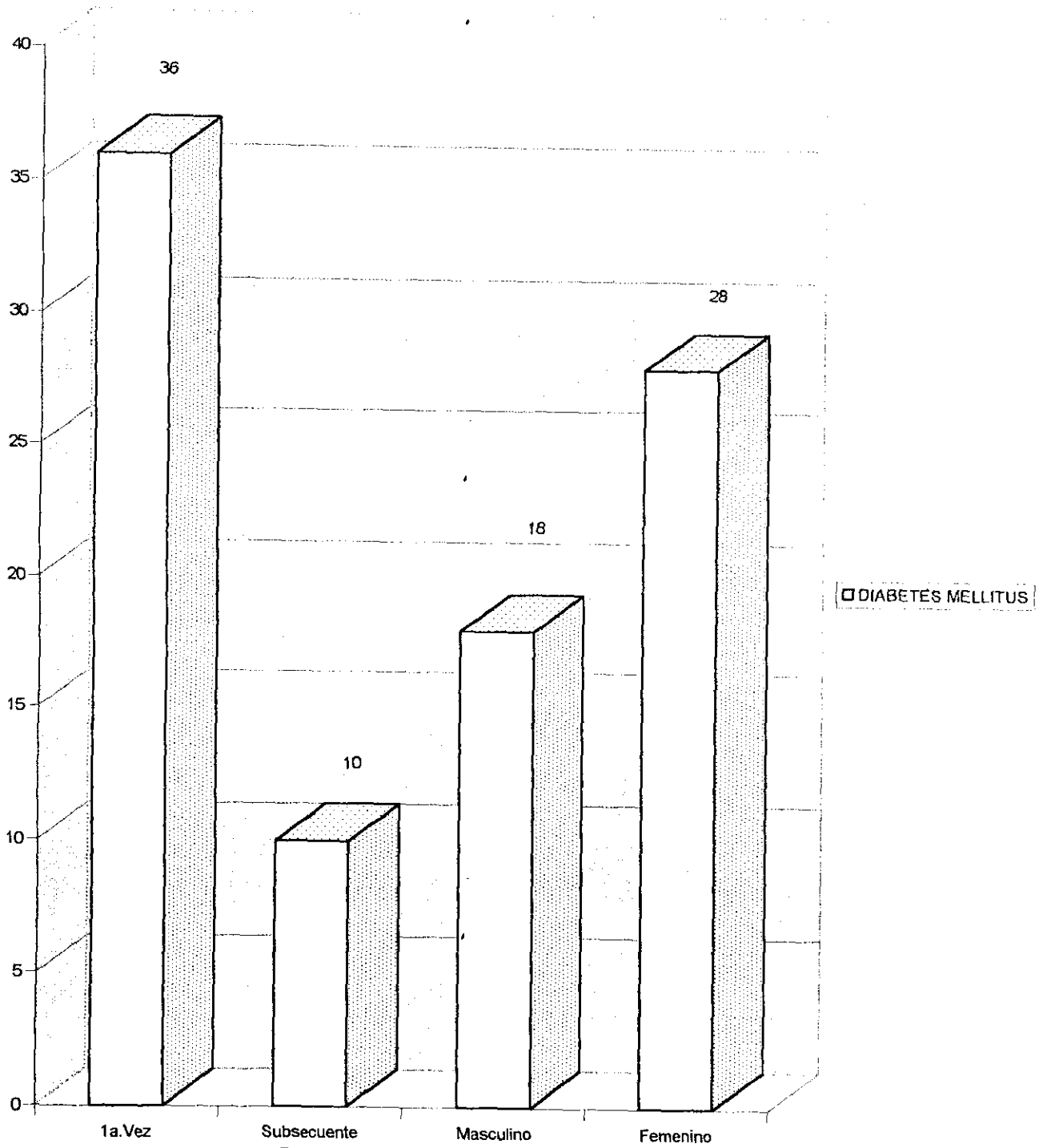
Enfermedades crónicas degenerativas del consultorio Número 3-b del turno vespertino de las Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Enero a Diciembre de 1997. Gráfico 21



Fuente: Hoja diaria del médico

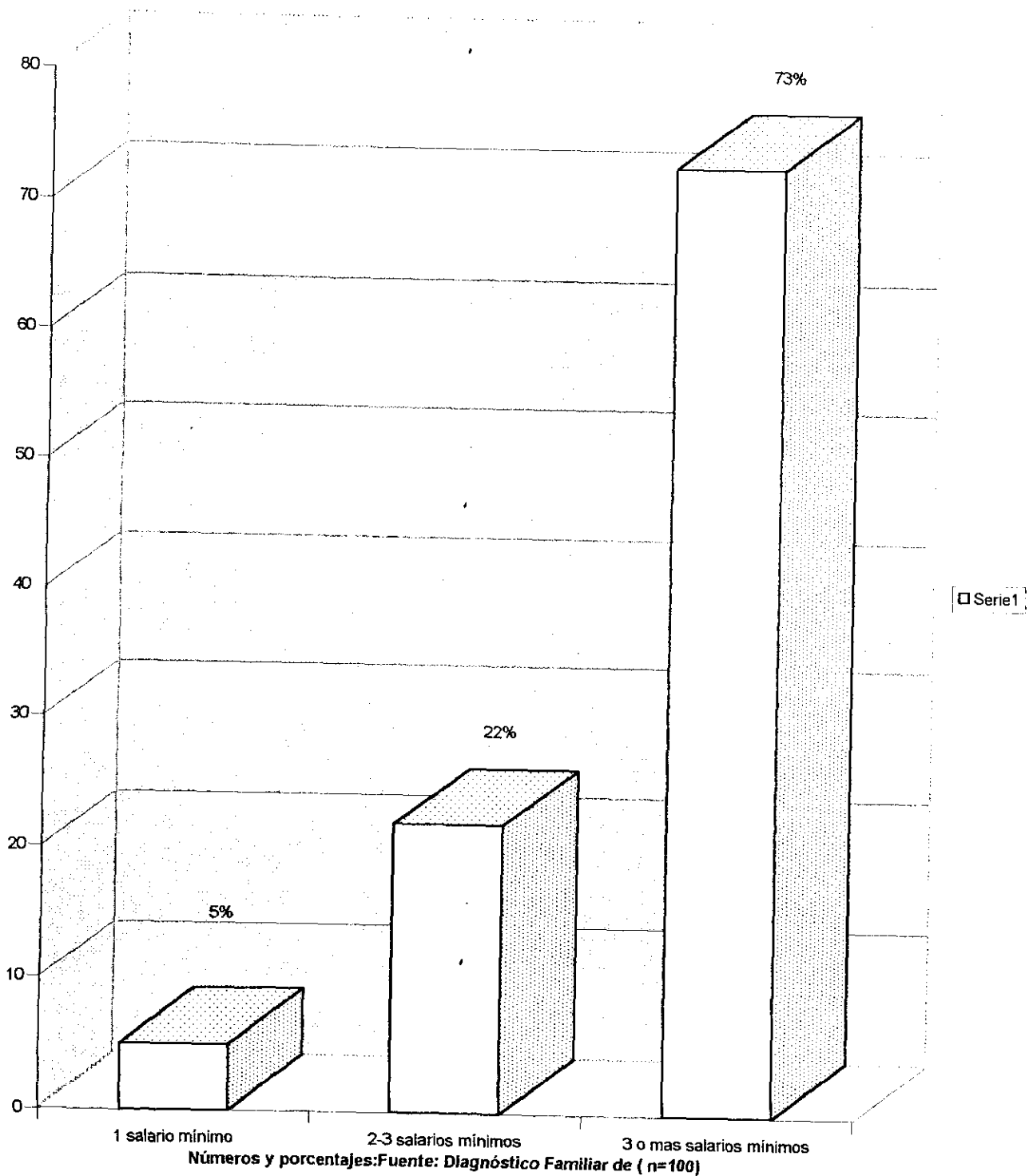
Enfermedades crónicas degenerativas del consultorio Número 3-b del turno vespertino de las Clínica Hospital "D" del I.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Periodo Enero a Diciembre de 1997.

Gráfico 22



Fuente: Hoja diaria del médico

Ingreso económico de las familias del consultorio número 3-b de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Período Mayo a Septiembre de 1998. Gráfico 23



6.- **Discusión de los resultados**

El presente estudio por ser descriptivo de una muestra no probabilística ($n=100$), tipo cuota Sampling, muestra los resultados similares a algunos autores(2,6). Es importante mencionar que se logró el objetivo planteado en virtud de haber puesto en funcionamiento los tres ejes fundamentales de la medicina familiar con el que se logró el conocimiento pleno del desarrollo biológico, social, cultural y además económico de las familias en estudio, del consultorio número 3-B del turno vespertino (8,14,15,24,27).

Por otra parte la identificación de grupos de riesgo, cómo la población de riesgo infantil expuesta, la población de riesgo reproductivo y la anciana. En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas encontradas en el estado de Chiapas con el resto de país, como son: diabetes mellitus y la hipertensión arterial se encuentran dentro de las primeras cinco causas de muerte a nivel nacional(28,29).

Cabe reconocer posibles deficiencias en el estudio ya que no fue posible relacionar factores de riesgo precipitantes de las enfermedades crónicas con el tabaquismo, obesidad, alcoholismo, sedentarismo, etc., ya que esto no formo parte del objetivo inicial del estudio, se consideran como limitaciones.

A pesar de ello considero, haber puesto en función los tres ejes principales de la medicina familiar, logrando con ello el conocimiento del desarrollo biológico, social, cultural y económicos de las familias del consultorio número 3-B del turno vespertino.

7.- Conclusiones

El estudio da respuesta al planteamiento del problema, identificando plenamente las características biológicas, sociales, culturales y económicas de las familias adscritas al consultorio número 3-B del turno vespertino. A través de la implementación de los tres ejes fundamentales de la medicina familiar, es decir, el estudio de la familia nos dio la oportunidad de conocer las diferentes etapas del ciclo vital familiar en que se encuentran, (expansión, dispersión, independencia y de retiro) además fue posible reconocer el grado de desarrollo y su composición en una área demográfica específica.

La continuidad permitió el seguimiento del proceso salud - enfermedad de los individuos identificando las primeras diez de morbilidad del consultorio número 3-B del turno vespertino.

Con la acción anticipatoria permitió identificar a los diferentes grupos de riesgo para población infantil por edad y sexo, para fiebre reumática, riesgo reproductivo, población anciana y detección de enfermedades crónicas degenerativas, como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus

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

Con este estudio de las familias a mi cargo, tengo la posibilidad elaborar estrategias para incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños y otorgar una atención médico integral entre la población derechoahabiente

8.- Referencias Bibliográficas.-

- 1.- López Salamanca, S. Actualización del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Rev. Med IMSS. (Mex). 1995. 317- 320.
- 2.- Chávez Aguilar, H. El médico familia en la atención primaria a la salud. Rev-Med-IMSS.(Mex), 1995; 173-176
- 3.- Velasco Orellana, R. Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Rev-Med-IMSS(Mex). 1995; 61-65
- 4.- Velasco Orellana R, Chávez Aguilar V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev-Med-IMSS(Mex) 1994; 32: 271-75
- 5.- Chávez Aguilar V, Amaiz Toledo CJ. La salud colectiva: el papel de los grupos multidisciplinares para la atención a la salud. Rev-Med-IMSS-(Mex). 1994; 32:443-45.
- 6.- Chávez Aguilar V, García Mangas JA. La atención integral en medicina familiar. Rev-Med-IMSS-(MEX). 1995;33: 167-71.
- 7.- Mazón Ramírez JJ, Irigoyen Coria 'A, Gómez Clavelina FJ, Landgrave Ibáñez S. La investigación en medicina familiar, limitaciones y alternativas. Rev-Med-IMSS(Mex). 1993; 33: 223-26.
- 8.- Aguirre Espíndola JA, Vega Simont E, Huchin Aguilar M. de L., López Herrera P. De médicos de cuerpos sin almas. Rev-Med-IMSS.(Mex). 1996; 34(5): 385-387.
- 9.- Irigoyen Coria A, Hernández Ramírez C, Mlechor González M, Mazón JJ. A cuarenta años de la propuesta de atención médica familiar en el IMSS. Rev-Med-IMSS(Mex). 1993; 31: 287-291
- 10.- Sandoval Priego, Andrade y Hernández MJ, Cordero Sánchez G, Bravo Acosta M. Calidad del proceso de la información en atención prenatal. Rev-Med-Mex(Mex) 1996; 34(2): 165-8
- 11.- Jaime Alarid H, Irigoyen Coria A, Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1982.
- 12.- Chávez HJ, El médico familiar y la familia. Universo Médico. 1996; 44-50.

- 13.- Hernández Leyva. Motivos de asistencia, expectativas y conceptos del derechohabiente en los servicios de urgencias de las unidades de medicina familiar. *Rev-Med-IMSS(Mex)*. 1996; 34(6): 467-71.
- 14.- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina CFJ, Hernández RC. Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996
- 15.- Jack H. Madalie. Conceptos y principios de medicina familiar. Departamento de medicina familiar. Universidad de Cleveland, Ohio. 1987.
- 16.- García Campayo J, Sanz Carrillo, Arévalo de Miguel E. Somatización y familia; intervención del médico de atención primaria. *Atención Primaria* . 1998; 21: 545-52.
- 17.- Revilla de la L, Fleitas L, Prados MA, Delos Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Atención Primaria* 1998; 21: 219-224
- 18.- Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, Dickinson Bannack ME, Rodríguez León MA, Kahon E, González Salinas C. Diagnóstico de Salud Comunitaria a través del análisis factorial. *Atención Primaria*. 1998; 21: 8-13
- 19.- Pelayo Alvarez M, Gutiérrez Sigler L, X Albert Ros. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. *Atención primaria* 1998; 21: 145-154.
- 20.- MA Dickinson Bonnack, ER Ponce Rosas, FJ Gómez Clavelina, E. González Quintanilla, MA, Fernández Ortega . Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Atención Primaria* 1998; 21: 275-82
- 21.- Bellon Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, De la O, P. Lardelli Cloret. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. *Apgar Familiar*. *Atención Primaria* 1996: 289-297.
- 22.- Jhon Fry, La Contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. *Investigación de la Práctica Familiar*. 1971; 325-327.
- 23.- Seandel G. La medicina en México de la herbolaria Azteca a la medicina nuclear. México IMSS 1980; 25-140.
- 24.- Engels F. El origen de la familia, propiedad privada y el estado. Editorial Progreso 1973; 485-535.

- 25.- Gutiérrez CA. Evolución y estado actual de la medicina familiar en México. Rev-Med-Fam- 1990;(3-4): 85-106.
- 26.- Water I, Watson V, Wertzel. Instrumentos útiles para médicos familiares; Can-Fan. 1994; 40: 282-87.
- 27.- Howard F, Conn, Robert E. Rakel, Tomas W. Johnson. Medicina familiar, teoría y práctica. Editorial Interamericana . 1972.
- 28.- Estadísticas de Morbilidad SSA. SISPA 1996
- 29.- Estadísticas Vitales. Capítulo I, Mortalidad, SSA-SISPA 1996.

9.- ANEXOS.

ANEXO 1

Identificación Familiar

Familia: _____ Casados ()
 Unión libre ()
 Años de unión Conyugal _____

Nombre de la persona que responde al test _____

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

Domicilio _____

Edad del padre _____ Edad de la madre _____

Escolaridad del padre _____

Escolaridad de la madre _____

Métodos de planificación Familiar

DIU	OTB	VASECTOMIA	HORMONAL TABLETA	HORMONAL INYECCABLE	RITMO	PRESERVATIVOS

Número de hijos(hasta de 10 años de edad) _____
 Número de Hijos(de 11 a 19 años de edad) _____
 Número de Hijos(de 20 o más años de edad) _____
 Total de hijos _____

Tipos de familia(marque con una X)

Desarrollo	Moderna	Tradicional

Demografía	Urbana	Semiurbana

Composición	Nuclear	Extensa	Compuesta

Ingresos Mensuales	Menos 1 Salario	2 a 3 Salarios	+ de 3 Salarios

Ocupación de los padres: _____ y _____

Etapa del ciclo vital familiar

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

Observaciones _____