



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

11226

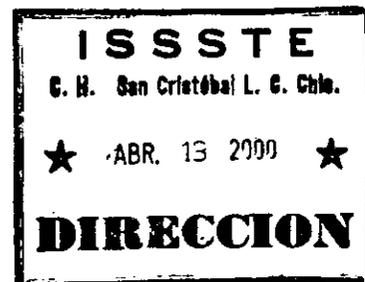
68
2ej

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 5-A DEL TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D"
DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS***



***TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR***

***PRESENTA
DRA. ROSALINDA LUNA GALLARDO***

231000



ISSSTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS MÉXICO

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 5-A 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 :**

DRA. ROSALINDA LUNA GALLARDO

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

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ÍNDICE GENERAL

	Pag.
I. MARCO TEÓRICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
III. JUSTIFICACIÓN	17
IV. OBJETIVOS	18
IV.1. Objetivos generales	18
IV.2. Objetivos específicos	18
V. HIPÓTESIS	19
VI. METODOLOGÍA	19
VI.1. Tipo de estudio	19
VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio	19
VI.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	19
VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	19
VI.5. Información a recolectar (variables de medición)	20
VI.6. Procedimiento para capturar la información	20
VI.7. Consideraciones éticas	20
VII. RESULTADOS	21
VII.1. Descripción de los resultados	21
VII.2. Cuadros y gráficas	23
VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	44
IX. CONCLUSIONES	45
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
XI. ANEXOS	48

I. MARCO TEORICO

Atención medica

Se entiende por atención médica a todas aquellas acciones de profesionales técnicos y personal auxiliar de salud que, actuando sobre las personas en forma directa, promueven la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral (1).

La atención médica es la asistencia directa inmediata e individual a la persona o al paciente y puede ser: consulta, inmunización, un consejo higiénico, una intervención quirúrgica, etc.

La atención médica también conocida como servicio médico, asistencia médica o cuidados médicos, se puede efectuar en: 1) domicilio de los pacientes, 2) hospital, 3) en la consulta externa, 4) laboratorio de análisis clínicos (1-2).

La salud de los hombres como conjunto no puede lograrse por métodos basados en la atención individual. La atención médica no es sustituta de la salud.

Funciones de la atención médica.

Protege, fomenta y restablece la salud individual y en consecuencia de la colectividad, complementadas por funciones educativas, de investigación, legislativa y administrativa (3, 4).

Requisitos de la atención médica.

1. Igualdad. Todas las personas tienen derecho a la misma atención medica.
2. Calidad. Debe ser de acuerdo al adelanto científico
3. Integral. Deben atenderse aspectos de protección de la salud, prevención, atención curativa. Rehabilitación.
5. Oportuna y accesible. Debe de estar disponible en el momento en que sea necesario.

Componentes de la atención medica.

Beneficiarios, Recursos (humanos, materiales, tecnológicos y económicos) y Administrativos.

Factores de demanda y oferta.

La atención médica esta sujeta a dos fenómenos de carácter económicos. “La demanda y la oferta”.

La interacción de la demanda y la oferta sirve básicamente para dos propósitos uno interpretativo (conocer el número de servicios otorgados en consulta externa, comunidad, hospitales, domicilio de los pacientes, consultorio de odontología etc.) y otra señalar a través del tiempo tendencias y cambio (3, 4, 5, 6).

La **demanda** se define como la suma de personas que han recibido, reciben o esperan recibir atención en consulta externa, servicio de urgencias, servicio de medicina preventiva etc. La demanda se divide en: **efectiva, satisfecha, potencial y derivada** (1).

En la demanda deben considerarse tres componentes, el biológico, el socioeconómico y el psicológico.

En el **biológico** deben estudiarse, el estado de salud-enfermedad, la edad y el sexo. La edad, en Latinoamérica los servicios médicos generalmente son más utilizados en grupos que se encuentran en los extremos de la vida. En lo que respecta al sexo, el femenino es el que más frecuentemente recurre al servicio, aún fuera de los estados obstétricos.

Los **componentes socioeconómicos** constan de diversos factores. Al mejorar las condiciones socioeconómicas y de vida aumenta la demanda de servicios médicos. Los aspectos más relevantes son: residencia, escolaridad y grado de preparación, tamaño de la familia, estado civil, actividad, ingreso per capita o familiar, legislación.

El **componente psicológico** condiciona la percepción mental del fenómeno salud-enfermedad y la creencia de la efectividad terapéutica.

En la **oferta** comprende la accesibilidad, cantidad y calidad de los servicios, sea existencia aceptación, oportunidad, y amplitud y disponibilidad de los mismos.

Cobertura

Una comunidad o población estará en verdad cubierta por servicios médicos sólo en la medida en que sus necesidades básicas reciban atención efectiva y suficiente dentro de las posibilidades reales en que se presente la situación (3, 4).

Niveles de atención médica.

Son un instrumento de implementación en el que hay una racionalización de servicios, los cuales se otorgan escalonadamente e identificando recursos, necesidades y aspiraciones entro de una región o comunidad (1).

Los niveles de atención médica son dinámicos y por lo tanto cambian con el tiempo pudiendo expandirse o contraerse: logrando sus resultados óptimos en los organismos de salud de carácter nacional o regional, en que hay una coordinación de los establecimientos (3, 4, 5, 6).

Primer nivel de atención

Es el más importante por la magnitud de las necesidades de salud por ser el sitio de entrada al sistema, y por coordinar todas las acciones.

El primer nivel debe ser el contacto inicial y directo entre los integrantes de la comunidad y el personal de salud. Este promueve la salud se previene, tratan y curan los padecimientos.

El primer nivel de atención forma parte de la atención primaria a la salud.

Esto señala que los servicios médicos deben planearse a partir de la base y no del vértice y que los pacientes deben recibir tratamiento lo más cercano posible a su hogar (1, 2, 3, 4, 5).

Características del primer nivel de atención

1. Problemática. Se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo la salud, y problemas de salud comunes e inespecíficos y de cierto tipo de enfermedades (de fácil solución).
2. Cobertura. Atiende a los vecinos de un pequeño lugar, comunidades determinadas o familias específicas.
3. Ubicación. Esta ubicado en la propia comunidad.
4. Tipo de atención, los beneficiarios tienen acceso directo a este nivel, existiendo identificación plena entre los servicios y los usuarios.
5. Funciones. Esta orientada hacia la protección de la salud, fomento de la salud y el diagnóstico y tratamiento oportuno.

6. Recursos humanos. De la propia comunidad y personal técnico y profesional. El personal debe ser: médicos generales, enfermeras generales, auxiliares de enfermería, parteras y estudiantes.
7. Recursos físicos. Son consultorios generales, centros de salud, clínicas generales o familiares, casas de salud, postas, domicilio del paciente, puestos de fábricas, servicio de urgencias.

Segundo nivel de atención.

Por lo general el beneficiario llega a este, posterior de haber sido referido del primero.

Se identifica con servicios de consulta externa y hospitalaria, la cual cuenta con médicos familiares o generales algunos especialistas y algunos técnicos especializados.

Acuden algunos pacientes que requieren cierta atención especializada.

1. Problemática. Se ocupa de pacientes enfermos que necesita atención especializada “casos de mediana frecuencia y complejidad”
2. Cobertura. Sirve a grandes grupos de población o varias comunidades.
3. Ubicación. Esta a una distancia media del domicilio del paciente.
4. Tipo de atención. Es intermitente y por lo tanto discontinuo, el servicio es en consulta externa o hospitalización.
5. Funciones. Se orienta hacia el diagnóstico y tratamiento oportuno y limitación del daño.
6. Personal. Es personal profesional y técnico con preparación de tipo “concentrado y de amplitud y profundidad media”.
7. Recursos físicos. Son hospitales generales, consulta externa generales y de ginecología, pediatría, medicina interna, cirugía general y centros de salud con servicio de hospitalización.

Tercer nivel de atención.

Se identifica con atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica, servicio altamente tecnificado.

1. Problema. Se ocupa de población enfermedades poco comunes y de difícil solución (tumores malignos enfermedades cardiovasculares y cirugías cerebrales).
2. Cobertura sirve a poblaciones muy grandes o muchas comunidades.
3. Ubicación. Puede estar ubicado a gran distancia del hogar del paciente.
4. Tipo de atención. Es de tipo episódico por lo tanto discontinua. No tienen acceso directo los pacientes son enviados del segundo nivel. Suele haber alto riesgo en su atención.
5. Funciones. Son de curación y rehabilitación.
6. Personal. Se requiere personal científico, medico, paramédico, y técnico altamente especializado.
7. Recursos físicos. Son hospitales especializado, centros médicos hospitalarios y hospitales universitarios.

Para que esta estructura por niveles funcione de acuerdo con los criterios de cobertura real (accesibilidad geográfica y económica, disponibilidad, aceptabilidad, suficiencia, continuidad) requerirá de un sistema de referencia que permita movilizar ágilmente a los pacientes a través de los tres niveles de atención (3,4).

Todos los niveles tienen igual importancia pero la piedra angular para la mejora de la salud es la atención primaria de la salud. Para que los niveles de salud sean eficaces, deben integrarse a otros sectores públicos y gubernamentales.

Atención primaria de salud.

El término de Atención primaria a la salud entra en vigencia a nivel mundial a partir de 1978 en la Conferencia de Alma Ata y se aplica a distintas formas de trabajo en la salud, y su condición básica señala la participación de la población (3, 4, 5, 7, 8).

Si partimos de la premisa que la salud se encuentra estrechamente ligada al nivel de vida o que la situación de salud de un país y su situación económica y social están estrechamente vinculados.

La atención primaria de salud (APS). Es La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicas fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante la participación de la comunidad Además la conferencia de recalco que el APS. Debe constituir el núcleo de los sistemas de salud nacionales (4, 5).

La atención primaria a la salud es un concepto novedoso ante la necesidad de proporcionar servicio a las comunidades que no tienen acceso a los servicios de salud.

Nace de la meta de salud para todos en el año 2000. La cual tiene como meta lo siguiente:

Esperanza de vida al nacer: ningún país de la región tendrá una esperanza de vida inferior a 70 años (10, 11).

Mortalidad. Que no se tendrá una mortalidad preescolar superior a 2 defunciones por cada 1000 niños de 1 a 4 años (11).

Inmunizaciones. Se inmunizara contra difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis al 100 % de los niños menores de un año (5, 6, 7).

Agua potable y disposición de excretas. Se proporcionara agua potable a 100 millones de habitantes en zonas rurales y 155 millones de habitantes urbanos; servicios de alcantarillado y disposición de excretas a 140 millones de habitantes en zonas rurales y 250 millones de habitante urbano

Cobertura de servicios de salud. Se asegura el acceso a los servicios de salud 100% de la población.

Como ya se dijo que el documento de Alma Atá señala las actividades como promoción de la nutrición, abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno infantil, . Este mismo documento dejó claro la insuficiencia de los esquemas medicalizados de los servicios personales de salud y por lo que se propone un mayor acento en los servicios no personales (3,4).

Servicios no personales de salud, comprenden:

- A. Organización comunitaria para la salud.
- B. Educación para la salud.
- C. Vigilancia epidemiológica.
- D. Vigilancia, promoción y educación nutricional;
- E. Salud laboral.
- F. Salud escolar.
- G. Control y regulación de la contaminación el agua potable, los alimentos y bebidas, los medicamentos, los sitios de reunión, la vivienda, la fauna nociva y los depósitos y manejo de desechos.

Situación demográfica nacional.

La magnitud y el crecimiento de la población de México ascienden a 91.6 millones de habitantes y crece al 2 %. Anual. Aunque el crecimiento ha venido disminuyendo aumenta significativamente en números absolutos. La disminución de la fecundidad ha significado un estrechamiento de la base de la pirámide de población esto se traduce a un proceso de envejecimiento de la población, caracterizado por una menor proporción de niños y jóvenes, así como un palatino aumento del peso relativo de las personas en edad adulta y avanzada (11,28).

La población en edad preescolar presenta ya un crecimiento negativo. En 1995 aunque el incremento sigue siendo positivo de aproximadamente 35 mil niños y adolescentes por año su tasa s baja y prosigue una tendencia decreciente. Sigue siendo significativo el aumento de población en edades laborales, para 1995 el número de personas en este grupo (15-64). Paso de 18 a 55 millones es decir se triplico en un lapso de 35 años.

El crecimiento de la población de la tercera edad es inédito en la historia de México. El grupo de población de 65 años y más hoy representa el 4 % de la población. Los cambios en la composición por edades modifican la magnitud y el perfil de las demandas sociales.

Es de destacar que el rápido envejecimiento de la población se traducirá en presiones crecientes sobre las bases del financiamiento de la seguridad social del país (11,28).

En Chiapas las metas se encuentran:

La esperanza de vida para los hombres hasta 1995 es de 66.74 para las mujeres de 71.97 (12, 16).

La discrepancia de vida de 1950-1995 equivalía en situaciones extremas, a mayor riesgo de morir en Chiapas que en el Distrito Federal de 57% para el hombre y 59% para las mujeres; en la primera mitad de la década actual, esa tasa sobre mortalidad se había reducido 38% en los hombres y a 40% en las mujeres (12).

La mortalidad infantil en Chiapas era para los años 90's. de 48.4% como podemos ver si hay una reducción de esta comparación con los años 80's, de 22% menos que en los años 90's (12, 16).

Como sabemos gran parte de la ganancia en la sobrevivencia proviene de la disminución de la mortalidad infantil.

El sistema de información básica del estado de Chiapas reportó para el año de 1995 (16):

- Tasa Bruta de natalidad. 30.5/ nacimientos por mil habitantes.
- Promedio de hijos por mujer 3.7/ se refiere a la tasa global de fecundidad.
- Tasa de mortalidad general 4.1/ defunciones por 1000 habitantes.
- Tasa de mortalidad infantil 4.5/ tasa por mil nacidos vivos registrados.
- Esperanza de vida 70.8

Dentro de los factores condicionantes (16):

- Viviendas con agua entubada 53.2 (%)
- Viviendas con drenaje 37.3 (%)
- Prevalencia de desnutrición en escolares 18.7 (%)

Daños a la salud.

Principales causas de mortalidad general (16, 17):

Accidentes	1,537	Tasa	41.7 x 100,000 hab.
Tumores malignos	1,497		40.6
Enfermedades del corazón	1,392		37.8
Enfermedades infecciosas intestinales	1,107		30.0
Neumonía e influenza	864		23.4
Las demás causas	8,884		241.0
Total	15,281		414.5

Principales causas de mortalidad infantil.

Tasa 100,000 nacidos vivos registrados			
Ciertos defectos originadas en el período perinatal	835		582.7
Enfermedades infecciosas intestinales	286		199.6
Neumonía e influenza	250		174.5
Anomalías congénitas	157		109.6
Total		2,073	1,446.7

Víctor R. Fuchs, utilizando comparaciones internacionales y regionales de la mortalidad, ha sugerido que los cambios circunscritos a la dimensión cuantitativa de la atención médica no alteran sustancialmente el estado de salud de la población (3).

Mc Kinlay, afirma que la prevención de los daños a la salud por medio de una estrategia basada en medidas sociales y ambientales ofrece mayor impacto que ningún otro recurso disponible actualmente (3).

Salud reproductiva.

El concepto de salud por si mismo es un concepto integrador, incorpora la salud sexual y la reproductiva en las esferas, mental y física.

La OMS define a la salud reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no como solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción “. El objetivo de esta es evitar que la madre, el feto o el recién nacido enfermen o mueran durante el proceso de reproducción. Esto se puede resumir como: PADRES SALUDABLES = HIJOS SALUDABLES.

Las acciones propias del sector salud son decisivas para la salud reproductiva son prevenir la muerte materna, y garantizar una maternidad segura (ya que dentro de las complicaciones que amenazan la vida requiere de disponibilidad y accesibilidad a cesárea), otras acciones son la planificación familiar (3, 4, 5).

La planificación familiar, la salud perinatal, la prevención y control del cáncer cérvico uterino son tres intervenciones esenciales del paquete básico de servicios de salud a los cuales la población debe tener acceso (13, 15).

Planificación familiar.

La planificación familiar es un instrumento para la promoción de la salud reproductiva. A pesar de la prioridad máxima que hay en nuestro país, persisten grupos de población que carecen de una cultura de anticoncepción estos son los adolescentes , varones y zonas marginadas o rurales.

Para involucrar a los varones es importante entender como los hombres viven la paternidad y su relación de pareja (12, 13, 15).

En su nuevo contexto la planificación familiar pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que responden a las necesidades de cada individuo y de la pareja (12, 13, 15).

El incremento en el uso de metodología anticonceptiva se ha dado en todos los grupos etáreos, aunque en adolescentes y parejas unidades menores de 20 años la prevalencia y continuidad de uso es baja aún (15).

En el transcurso de los años el uso de metodología han variado, se ha incrementado de las OTB y del DIU; y disminuido el uso de hormonales orales. La responsabilidad de la planificación familiar sigue recayendo en las mujeres. Las vasectomías son muy bajas.

Algunos grupos indígenas presentan resistencia a la planificación familiar por temor a su propia extinción, o por motivos culturales y religiosos

Salud perinatal

El objeto fundamental es propiciar la maternidad saludable y sin riesgo para todas las mujeres, las cuales deben ser atendidas con calidad para disminuir las tasas de mortalidad materno y perinatal.

Dentro de las estrategias es el rescate de la lactancia materna y el alojamiento conjunto, la anticoncepción postevento obstétrico, la capacitación permanente del personal en atención perinatal y reanimación cardiopulmonar neonatal, así como la prevención de defectos al nacimiento (12, 13).

Salud de la mujer.

El objetivo fundamental es la prevención y el control de enfermedades neoplásicas en la mujer. Destacando los cánceres cérvico uterino y mamario.

Además incluye un programa para la atención del climaterio y de las condiciones postmenopáusicas (13, 14).

La familia

El vocablo familia se origina del latín y designa a un grupo de personas de diversas edades unidas por lazos de parentesco conyugal o sanguíneo que viven bajo la autoridad de una de ellas en una casa. Sigue siendo la unidad básica de la cultura Occidental (18, 19, 20).

Evolución de la familia:

Fase I.- Promiscuidad inicial: En la cual hay promiscuidad absoluta, nula reglamentación consuetudinaria entre padres e hijos, el parentesco es señalado por la línea materna

Fase II.- Familia Punaluena. Estas las familias en grupo, los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo: dos grupos completos de casan entre sí.

Fase III.- Familia Sindiásmica. Aquí la autoridad matriarcal, economía domestica común, coexisten varias parejas, pero el matrimonio mantiene su independencia.

Fase IV.- Familia Patriarcal Monogénica. La autoridad aparece absoluta del jefe, la agricultura se desarrolla, antecedentes directos de la familia moderna. El padre de familia es el único propietario del patrimonio familiar. El padre de familia se consolida como el representante religioso en el culto domestico.

Fase V.- Familia Extensa Compuesta. La cual comprende de abuelos padres hijos colaterales, amigos y sirvientes. La forma de organización familiar se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico.

Fase VI.- Familia Extensa. La relación muy estrecha entre abuelos padres hijos primos y sobrinos. Las características son de familias de zonas rurales (21).

La familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas por lo que tiene un valor primario dentro de la sociedad (19).

La familia se estudia desde diferentes puntos como: Con base a su desarrollo, demografía, a su integración y su tipología (20, 21, 22).

- Con base a su desarrollo. Moderna la cual consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en igual condiciones que el padre, en nuestro medio equivale al 40%
- Tradicional. El subsistema proveedor, casi siempre esta constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos, esta equivale en nuestro medio al 50%.
- Arcaica o primitiva. Se refiere a la familia campesina cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que labran y en nuestro medio equivale al 10%.
- Con base a su demografía. Se clasifica en urbana y rural según la ubicación de la familia en nuestro medio el 40% es rural y el 60% es urbana.
- Por su integración:
 - ❖ Integrada, en la que los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
 - ❖ Semi-integrada, los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

❖ Desintegrada. Es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte o divorcio, separación abandono o el desmembramiento de la familia debido a graves causas internas o externas.

• Por su composición:

❖ Nuclear formada por padre y madre e hijos, es el modelo de la familia actual.

❖ Extensa formada por padre, madre, hijos y otro miembro que comparten lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.

❖ Extensa compuesta. Además de los que componen la familia extensa se agregan miembros sin ningún nexo legal como el caso de amigos y compadres.

• Por su tipología campesina, obrera, profesional. Se asigna de acuerdo a la ocupación de los cónyuges.

Funciones de la familia.

I.- Socialización. Es transformar a una persona dependiente en una independiente para desarrollarse en la sociedad. Se ha colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos.

II.- Cuidado. Prácticamente esto permite preservar la especie en ella se identifican, la alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.

III.- Afecto. En esto se identifica como un objeto de transacción dentro de la familia, la que determina nuestra relación familiar.

IV.- Reproducción. Se ha definido a la familia como la institución encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad.

V.- Estatus y Nivel Socioeconómico. Como el conferir un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones.

Etapas críticas de la familia:

Embarazo; Nacimiento; Enseñanza de la Sexualidad, Estado Laboral, Muerte de un miembro (21).

Ciclo vital de la familia según Geyman

Fases de: Matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia, Retiro y muerte.

1. Fase de Matrimonio. Se inicia precisamente con la consolidación de vínculo matrimonial. Termina al llegar el primer hijo.
2. Fase de expansión: Es el momento de incorporarse nuevos miembros a la familia, es la llegada del primer hijo.
3. Fase de dispersión. Se identifica cuando los hijos asisten a la escuela se puede decir que esta etapa aproxima el camino a la independencia.
4. Fase de independencia. Los hijos han formado nuevas familias, los lazos de unión entre padres e hijos deben fortalecerse ante el riesgo de un progresivo debilitamiento.
5. Fase de retiro y muerte. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado:
 - Incapacidad para laborar.
 - Desempleo
 - Agotamiento de los recursos económicos
 - Las familias de los hijos casados en fase de expansión sin posibilidad de proporcionar recursos económicos, por lo que con frecuencia los recluyen en asilos para ancianos (20,21).

Salud familiar.

La familia como unidad de salud. Incluye la suma de los estados de salud de cada uno de los miembros de la familia, pues toma en cuenta las interrelaciones y la independencia de los estados de salud física social y mental de los individuos que viven juntos y determinan el funcionamiento de la familia (hogar o grupo) (20,22).

Por lo tanto la familia es una unidad de atención de salud, pero también una unidad de salud.

La familia como unidad tiene bases biológicas, demográficas, sociales, económicas y prácticas. Con esto entendemos que las enfermedades transmisibles o parasitosis intestinales se propagan fácilmente en el seno de la familia, que los padecimientos genéticos dan lugar a tensiones entre los integrantes de la familia, que la pobreza, miseria e la ignorancia impiden en los miembros de esta el desarrollo pleno de los mismos, y que las enfermedades crónicas o invalidantes dan lugar a trastornos psicológicos y sociales (20, 21, 22).

La presencia de características desfavorables en algunas personas permiten señalar que sus familias están expuestas a riesgos y son las familias: vulnerables o susceptibles.

Es frecuente en el patrón de organización de la disfunción familiar severa encontrar un padre excesivamente dominante, psicótico o limítrofe, estas familias tiene un comportamiento caótico, negativo y con carencia afectiva, negación del problema: son familias generadoras de delincuentes y de individuos sin capacidad social.

Diversos autores coinciden en que algunas patologías orgánicas tienen como sustrato la disfunción familiar. Por lo que el clínico esta obligado a investigar la , en aquellos pacientes que manifiestan somatizaciones y en los casos de neurodermtitis, cefaleas sin sustrato orgánico precordalgias en corazón neurosis, síndrome ulceroso (20, 26, 27).

La familia ofrece la posibilidad de abordar los problemas de salud en forma integral y práctica. Como son:

- La promoción de la salud.
- La prevención de padecimientos por vacunación.
- Educación para la salud.

De lo anterior lleva a tener al trabajador de salud la importancia de ver a la familia como una unidad y de la dinámica familiar con relación a la salud (20, 26, 27).

Medicina familiar.

Orígenes de la medicina familiar.

La medicina tiene su dinámica desde el medico de cabecera hasta la década de los sesentas que se inicia la creación de la de la residencia de medicina familiar en los Estados unidos y luego en Canadá. Que da como producto un médico de primer contacto con el paciente que lo integra al sistema de salud

En México no es hasta marzo de 1971 cuando inician actividades del curso de especialización, con reconocimiento de la UNAM.

En 1975 se establece el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica en 1980, la SSA y el ISSSTE desarrollan un programa avalado por la UNAM y en 1983 concluyen la residencia de medicina familiar 25 médicos los cuales fueron distribuidos en 5 unidades de medicina general en el ISSSTE.

La medicina familiar requiere de una organización que interrelacione y proporcione continuidad en los servicios de salud en el consultorio, hospital trabajo y residencia de los pacientes así, cubre también aspectos sociales y humanitarios, se da básicamente en la atención primaria a la salud (23, 24).

El médico a menudo rehuye a la medicina familiar, refugiándose en los servicios tradicionales, individuales y desintegrados en donde no se ha enseñado a pensar en la familia como una unidad.

La medicina familiar en el caso de servicio en el consultorio debe otorgarse en establecimientos pequeños, lo que permite una mejor identificación entre usuario y personal (24, 25).

Enfoque médico familiar del proceso salud-enfermedad.

La medicina familiar comprende una serie de actividades que se fundamentan en 3 ejes:

- A.- El estudio de la familia.
- B.- La continuidad.
- C.- La acción anticipatoria.

La herramienta más importante con que cuenta el médico familiar es el Expediente Clínico Familiar. Esta herramienta es una de las características distintivas de la práctica familiar. Una buena integración del expediente clínico, debe empezar con una excelente relación médico paciente. El médico familiar debe dominar la técnica del interrogatorio y de la exploración física.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ejercicio diario de la medicina familiar en los consultorios institucionales queda al descubierto problemas que requieren de un abordaje más profundo y que involucren en muchas de las veces a más de un miembro de la familia y que repercuten en la sociedad a la cual pertenecen para esto es importante identificar:

Las etapas críticas de la familia, como el embarazo, el nacimiento, enseñanza de la sexualidad el estado laboral la muerte de un miembro.

Las patologías que presentan como las enfermedades crónico degenerativas: la diabetes, la hipertensión, CACU y las enfermedades infectocontagiosas o las de origen de tipo familiar.

Definir los grupos de edad, conocer la población en edad laborar, identificar grupos de riesgo o vulnerables dentro de la población.

La metodología anticonceptiva más usada. Con esto proporcionar atención continua e integral y mayor satisfacción en los usuarios. Ante esto me surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las principales características medico- sociales en la población del consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas, Chiapas?

Lo anterior con el propósito de proponer programas para enfrentar y ofrecer alternativas de solución.

III. JUSTIFICACIÓN

El médico familiar al dedicarse a la atención médica de la familia requiere de conocimientos necesarios y suficientes que se fundamentan en el proceso teórico-práctico, se basa en el análisis sistematizado para identificar, e interpretar en forma clara dichas causas como problemas que provocadores de disfunción y establecer soluciones para las familias atendidas.

Sabemos que la familia es vulnerable a cambios sociales, económicos y culturales por lo que ajusta sus mecanismos de adaptación dentro de un marco social que en ocasiones no es suficiente y en algunas familias esto trae disfunciones en su convivencia.

El actual modelo de atención médica se basa principalmente en la atención médica individualizada y en los aspectos familiares con los mínimos recursos disponibles abordando aspectos preventivos tales como promoción de la salud, protección específica, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los problemas de salud más frecuentes, por lo que es imprescindible que el médico familiar reúna el perfil adecuado ubicado a la familia como unidad de atención y valorando todos los aspectos socioeconómicos médicos y culturales que rodean a la misma mediante el modelo de la medicina familiar.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivos generales

1. Conocer las características médico sociales y económicas, así como las causas de morbilidad más frecuentes de la población adscrita al consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

IV.2. Objetivos específicos

1. Conocer la pirámide poblacional para identificar los grupos etáreos por edad, sexo y además de grupos de riesgo ó vulnerables, población con riesgo reproductivo.
2. Conocer el estado civil de las familias que acuden al servicio médico del consultorio 5-A.
3. Conocer la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia de los pacientes del consultorio 5-A.
4. Conocer el grado de escolaridad de los pacientes adscritos al consultorio 5-A.
5. Conocer el nivel socioeconómico de los pacientes del consultorio 5-A.
6. Conocer la ocupación del padre y de la madre de familia de la población adscrita al consultorio 5-A.
7. Conocer el tipo de familia desde el punto de vista de demográfico.
8. Conocer la composición familiar de los pacientes adscritos al consultorio 5-A.
9. Conocer los métodos de planificación familiar usados por la población del consultorio 5-A.
10. Conocer la influencia que ejerce el estado civil sobre el ingreso familiar.
11. Conocer la influencia que ejerce el nivel educativo sobre el uso de metodología en planificación familiar.
12. Conocer las 10 principales causas de morbilidad de los pacientes del consultorio 5-A.

13. Conocer los motivos de consulta por 1 vez y subsecuentes. En los pacientes que demandan atención en el consultorio 5-A.
14. Conocer las diez principales causa de morbilidad en el consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

V. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo transversal. Fundado básicamente en censo poblacional, estudio de la comunidad e identificación de las 10 principales causas de morbilidad que demandan los derechohabientes adscritos a este consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio

Población derechohabiente adscrita al consultorio 5 – A del turno vespertino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas Chiapas. Período de estudio de Mayo de 1997 a Junio de 1998.

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

El tipo de muestra es no probabilístico en muestreo por cuota. El tamaño de la muestra se estima en 100 del total de familias adscritas al consultorio número 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE, en el número de consultas otorgadas del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión. Población usuaria del consultorio 5-A que acudan a demandar el servicio de enero a diciembre de 1997. En el turno matutino.

Exclusión. Personas que no pertenezcan al consultorio 5-A y que acudan a demandar el servicio que no deseen colaborar.

Eliminación. Expedientes incompletos.

13. Conocer los motivos de consulta por 1 vez y subsecuentes. En los pacientes que demandan atención en el consultorio 5-A.
14. Conocer las diez principales causa de morbilidad en el consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

V. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo transversal. Fundado básicamente en censo poblacional, estudio de la comunidad e identificación de las 10 principales causas de morbilidad que demandan los derechohabientes adscritos a este consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio

Población derechohabiente adscrita al consultorio 5 – A del turno vespertino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas Chiapas. Período de estudio de Mayo de 1997 a Junio de 1998.

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

El tipo de muestra es no probabilístico en muestreo por cuota. El tamaño de la muestra se estima en 100 del total de familias adscritas al consultorio número 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE, en el número de consultas otorgadas del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión. Población usuaria del consultorio 5-A que acudan a demandar el servicio de enero a diciembre de 1997. En el turno matutino.

Exclusión. Personas que no pertenezcan al consultorio 5-A y que acudan a demandar el servicio que no deseen colaborar.

Eliminación. Expedientes incompletos.

13. Conocer los motivos de consulta por 1 vez y subsecuentes. En los pacientes que demandan atención en el consultorio 5-A.
14. Conocer las diez principales causa de morbilidad en el consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

V. HIPÓTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo transversal. Fundado básicamente en censo poblacional, estudio de la comunidad e identificación de las 10 principales causas de morbilidad que demandan los derechohabientes adscritos a este consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio

Población derechohabiente adscrita al consultorio 5 – A del turno vespertino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas Chiapas. Período de estudio de Mayo de 1997 a Junio de 1998.

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

El tipo de muestra es no probabilístico en muestreo por cuota. El tamaño de la muestra se estima en 100 del total de familias adscritas al consultorio número 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital “D” del ISSSTE, en el número de consultas otorgadas del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión. Población usuaria del consultorio 5-A que acudan a demandar el servicio de enero a diciembre de 1997. En el turno matutino.

Exclusión. Personas que no pertenezcan al consultorio 5-A y que acudan a demandar el servicio que no deseen colaborar.

Eliminación. Expedientes incompletos.

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

Para el censo de la población derechohabiente las variables son cuantitativas y cualitativas como son: edad, sexo, grupos etéreos con una amplitud de clase de 5 años.

Para el estudio de las familias (comunidad) variables cualitativas de escala nominal: Estado civil, escolaridad, edad del padre, edad de la madre, método de planificación familiar, numero de hijos (hasta 10 años) numero de hijos (de 11–19 años) número de hijos de 20 años o más), ocupación de los padres ingreso económico, tipo de familia por su desarrollo, composición, demografía, etapa del ciclo familiar.

Para identificar las causas e consulta las variables de tipo cualitativo en escala nominal corresponde a las 10 primeras causas de motivo de consulta por grupo de edad sexo y primera vez o subsecuente.

VI.6. Procedimiento para capturar la información

- Censo poblacional. Se clasifico a las familias por núcleo y se fue al archivo clínico Para identificarlo por edad y sexo.
- Estudio de la comunidad. Se aplicó directamente una encuesta (cédula recolectora) por familia a los pacientes que demandaron el servicio durante los meses de mayo del 1997 a junio del 1998.
- Identificación de causas de consulta. Este se realizó consultando la hoja diaria del medico durante los años de enero del 97 a diciembre del 97. Tomando en cuenta primera vez y subsecuente así como por sexo y edad.

VI.7. Consideraciones éticas

Se harán de acuerdo al comunicado de la norma de la ley general de salud, en materia de investigación, comunicada en el diario oficial del 26 de enero de 1982. Así como de las declaraciones de Helsinky 1994 y con la adición de Tokio en 1975.

VII. RESULTADOS

VII.1. Descripción de los resultados

Descripción de los resultados del censo poblacional (Fase I)

El presente estudio de investigación del modelo sistemático de atención médica familiar en el consultorio 5-A del turno vespertino. Reporta lo siguiente:

Población total del consultorio 5-A del turno vespertino es de 3,266 personas con un grupo masculino que da un total de 1516, equivalente al 46.92 %, y un total del grupo femenino de 1750 equivalente al 53.58% (Cuadro A, Pirámide poblacional A1).

Con los siguientes grupos de edad, población infantil menor de 4 años de 129 hombres y 145 mujeres Escolares de 5-12 años hombres 275. Mujeres de 369. Población en edad reproductiva 15- 49 años. Mujeres 1004 hombres 787. De 50–59, hombres 98 y mujeres 109. De 60–69, hombres de 71 y mujeres de 69. De más de 70 años en hombres 56 y mujeres 54.

Estudio de la comunidad (Fase II)

Los resultados del estudio sistemático de la familia se encuentran en el cuadro B. Con los siguientes resultados:

ESTADO CIVIL: Casado con 78 caso el cual equivale al 78%, unión libre con 12 casos que equivale al 12 %, solteros con 3 casos que equivale al 3%, divorciados 3 casos que equivale al 3% viudo 4 casos y equivale al 4% (Cuadro y Gráfica 1). Años de unión conyugal tenemos una media de 74.25 con una desviación estándar de (+ - 8.95).

ESCOLARIDAD: En primer lugar a la educación media superior con 55 casos que equivale al 55%, básica con 23 casos que equivalen al 23%, superior con 12 casos la cual equivalen al 12% y la media con 10 casos que equivalen al 10% (Cuadro y gráfica 2).

EDAD DEL PADRE Y DE LA MADRE REPORTADOS. Edad del padre una media de 36.72 y desviación estándar de (+ - 13.48). Edad de la madre con una media de 36.72 y desviación estándar de (+ - 10.92).

METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: El método de planificación más usado fue el DIU con 11 casos que equivale al 11%, OTB con 10 casos que equivale al 10%. Anticonceptivos orales con 7 casos, equivalente al 7% y anticonceptivos inyectables

con 7 casos, equivalente al 7%, ritmo con 3 casos que equivale al 3%, condón con 3 casos que equivale al 3%, ninguno con 59 casos, equivalente al 59%. La vasectomía no se encontró ningún caso (Cuadro y gráfica 3).

NUMERO DE HIJOS. De (0-10 años). Tenemos una media de 1,49 con desviación estándar de (+ -1.04). De 11-19 años) encontramos una media de 1.22 y desviación estándar de (+ -1.43). De (20 – mas años), encontramos una media de 0.75 y desviación estándar de (+ - 2.44).

OCUPACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA. Profesional 55 casos que equivale al 55%; técnicos 15 casos que equivale al 15 %, empleado 15 casos que equivale al 15%. Otros 15 casos y equivale al 15 % (Cuadro y gráfica 4).

OCUPACION DE LA MADRE DE FAMILIA. Hogar 64 casos que equivale al 64 % profesional 20 caso que es el 20% empleada 8 casos equivalente al 8%, técnico 6 casos equivalente al 6%. Y otros 2 casos equivalente al 2% (Cuadro y gráfica 5).

INGRESO FAMILIAR: De (3 a mas salarios) con 60 casos que representa el 60%. De (1-2 salarios) con 37 casos que representa el 37%. De (menos de un salario) con 3 casos representa el 3 % (Cuadro y gráfica 6).

TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO. Moderna con 44 % con 44 casos. Tradicional 56% con 56 casos (Cuadro y gráfica 7).

TIPO DE FAMILIA POR SU COMPOSICIÓN: Nuclear el 83 % con 83 casos
Extensa el 13 % con 13 casos. Compuesta el 4 % con 4 casos (Cuadro y gráfica 8).

TIPO DE FAMILIA POR DEMOGRAFIA. Urbano con un 99 % que equivale a 99 casos. Semiurbano con 1 % equivale a un caso (Cuadro y gráfica 9).

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR.: En dispersión encontramos el 62 % que equivale a 62 casos, expansión 20 % equivalente a 20 casos, Independencia 13% equivalente a 13 casos, retiro 5 % que equivale a 5 casos (Cuadro y gráfica 10).

Cruce de variable, estado civil sobre ingreso familiar, en el que encontramos que hay un ingreso 3 veces mayor para los casos que no tienen una estabilidad en el estado civil (Cuadro y gráfica 11).

En el cruce de variable de escolaridad contra uso de métodos de planificación esperamos que a mayor escolaridad mayor uso de métodos anticonceptivos pero no fue así, encontramos que a mayor escolaridad mayor demanda por métodos definitivos (Cuadro y gráfica 12).

Resultados de la (Fase III) motivo de consulta.

En motivos de consulta encontramos los siguientes resultados, por sexo y causa; dentro de la primera causa tenemos a las IRAS con 108 casos en hombres y 132 casos en mujeres que da un total de 238 consultas por enfermedad, que equivale al 21.8 % en total.

El 2do. lugar lo ocupa la hipertensión arterial con 62 casos para los hombres y 78 casos para las mujeres que suman un total de 140 consultas que equivalen a 12.8% en total.

El 3er. lugar lo ocupa la colitis con 48 casos en hombres y 62 casos para las mujeres, con un total de 110 consultas equivalentes a 10.1 % en total.

El 4to. lugar lo ocupa La fiebre tifoidea con 36 casos en los hombres y 70 casos para las mujeres con un total de 106 consultas en total que equivale al 9.7 % total.

El 5to. lugar lo ocupa Enfermedades del embarazo o parto. 104 casos en las mujeres lo cual equivale al 9.5 %

El 6to. lugar lo ocupa las Micosis con 48 caso en hombre y 40 casos en las mujeres con un total de 88 consultas lo que equivale al 8.1% en total.

El 7o. lugar lo ocupa trastornos del músculo esquelético. Con 34 casos en los hombres y 48 casos en mujeres con un total de 82 consultas en total que equivale al 7.5%.

El 8o. ocupado por Diabetes mellitus con 44 casos en hombres y 32 casos en mujeres que suman un total de 76 consultas que equivale al 7.0 %.

El 9o. lugar lo ocupa IVU con 42 casos en los hombres y 32 casos en las mujeres con un total de 74 consultas equivalentes a 6.8 %.

El 10o. lugar ocupado por enfermedades diarreicas con 30 casos en hombres y 42 casos en mujeres con un total de 72 consultas equivalente al 6.6%.

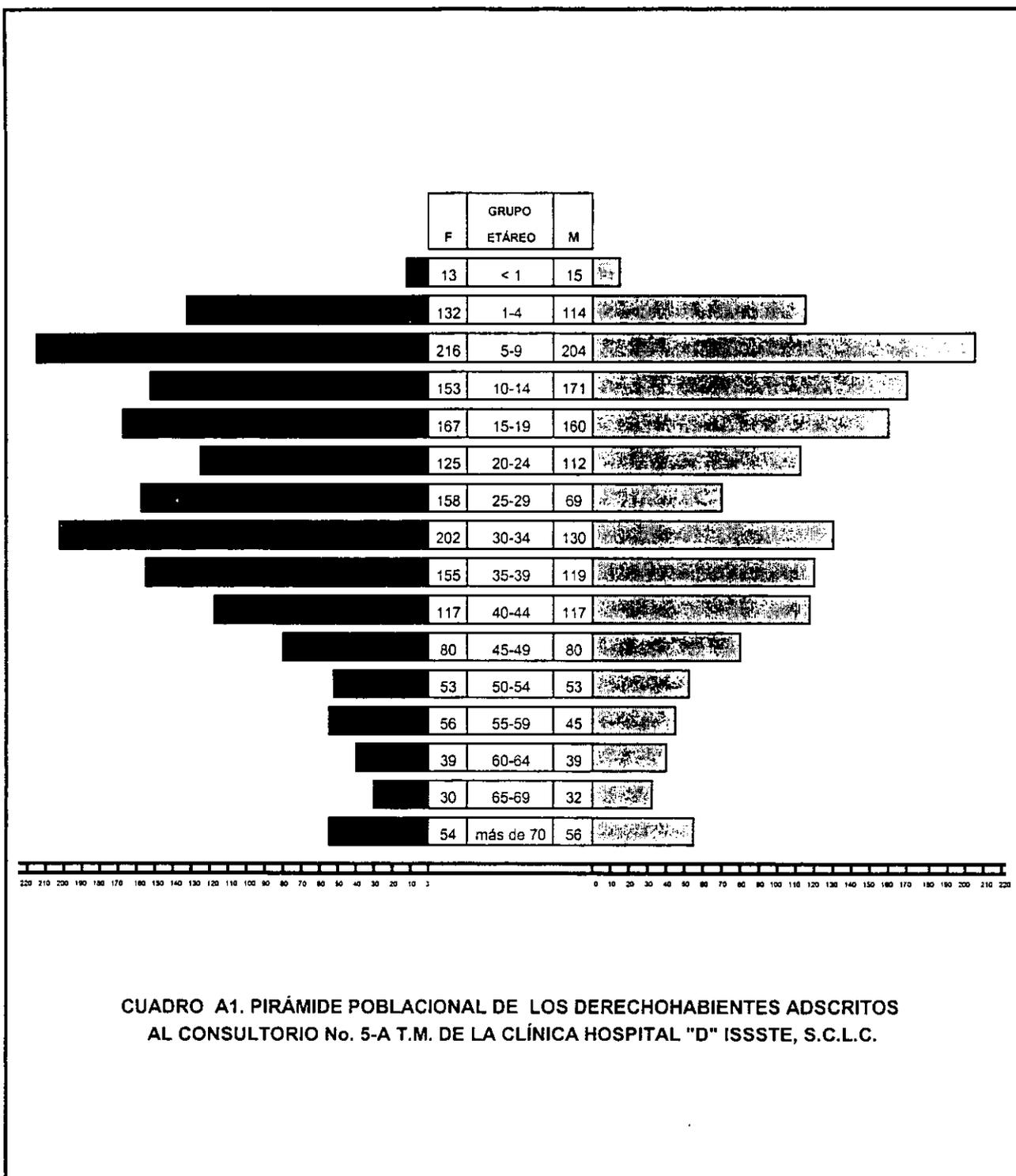
VII.2. Cuadros y gráficas

Cuadros

DISTRIBUCIÓN POR EDADES				%	%	%
GRUPO ETÁREO	FEMENINO	MASCULINO	Total	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
<1	13	15	28	0.40	0.46	0.86
1 a 4	132	114	246	4.04	3.49	7.53
5 a 9	216	204	420	6.61	6.25	12.86
10 a 14	153	171	324	4.68	5.24	9.92
15 a 19	167	160	327	5.11	4.90	10.01
20 a 24	125	112	237	3.83	3.43	7.26
25 a 29	158	69	227	4.84	2.11	6.95
30 a 34	202	130	332	6.18	3.98	10.17
35 a 39	155	119	274	4.75	3.64	8.39
40 a 44	117	117	234	3.58	3.58	7.16
45 a 49	80	80	160	2.45	2.45	4.90
50 a 54	53	53	106	1.62	1.62	3.25
55 a 59	56	45	101	1.71	1.38	3.09
60 a 64	39	39	78	1.19	1.19	2.39
65 a 69	30	32	62	0.92	0.98	1.90
más de 70	54	56	110	1.65	1.71	3.37
Total	1750	1516	3266	53.58	46.42	100.00

Total de derechohabientes = 3266
Porcentaje mujeres = 53.58
Porcentaje hombres = 46.42

**CUADRO A. DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS
 AL CONSULTORIO No. 5-A T.M. DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.**



CUADRO A1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 5-A T.M. DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 5-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Estado civil	No.	%
Soltero	3	3
Casado	78	78
Unión libre	12	12
Divorcio	3	3
Viudo	4	4

	Media	Desv. est.
Años de unión conyugal	14.25	8.95

Escolaridad	No.	%
Básica	23	23
Media	10	10
Media superior o técnica	55	55
Superior	12	12

	Media	Desv. est.
Edad del padre	38.60	13.48

	Media	Desv. est.
Edad del madre	36.71	10.92

Método de planificación familiar	No.	%
DIU	11	11
Ant. oral	7	7
Ant. inyectable	7	7
OTB	10	10
Ritmo	3	3
Condón	3	3
Vasectomía	0	0
Ninguno	59	59

	Media	Desv. est.
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)	1.49	1.04
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)	1.22	1.43
Número de hijos (de 20 o más años de edad)	0.75	2.44
	0.75	2.44

Ocupación de los padres	No.	%
Profesional	37.5	37.5
Técnico	10.5	10.5
Empleado	11.5	11.5
Hogar	32	32
Otro	8.5	8.5

Ingreso económico	No.	%
< 1 salario mínimo	37	37
1 a 2 salarios mínimos	3	3
3 o más salarios mínimos	60	60

Tipo de familia	No.	%
<i>Desarrollo :</i>		
Moderna	44	44
Tradicional	55	55

<i>Composición:</i>	No.	%
Nuclear	83	83
Extensa	13	13
Compuesta	4	4

<i>Demografía</i>	No.	%
Urbana	99	99
Rural	1	1

<i>Etapas del ciclo familiar</i>	No.	%
Expansión	20	20
Dispersión	62	62
Independencia	13	13
Retiro	5	5

**CUADRO B. Hoja de resultados del estudio Sistemático Familiar del consultorio
5-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

	Motivo de consulta	Consultas	Consultas Subsecuentes	Consultas		Total de consultas	Porcentaje		Porcentaje total
		por 1a. vez		por sexo			M	F	
				M	F		M	F	
1	IRAS	116	122	106	132	238	9,7	12,1	21,8
2	Hipertensión arterial	78	64	62	78	140	5,7	7,2	12,8
3	Colitis	66	44	48	62	110	4,4	5,7	10,1
4	Fiebre tifoidea	92	14	36	70	106	3,3	6,4	9,7
5	Enf. del emb. o parto	60	44	0	104	104	0,0	9,5	9,5
6	Micosis	62	26	48	40	88	4,4	3,7	8,1
7	Transt. de músculo esq.	58	24	34	48	82	3,1	4,4	7,5
8	Diabetes mellitus	46	30	44	32	76	4,0	2,9	7,0
9	I.V.U.	46	28	42	32	74	3,9	2,9	6,8
10	Enf. diarreicas	40	32	30	42	72	2,8	3,9	6,6
	TOTAL	664	428	450	640	1090	41,28	58,72	100

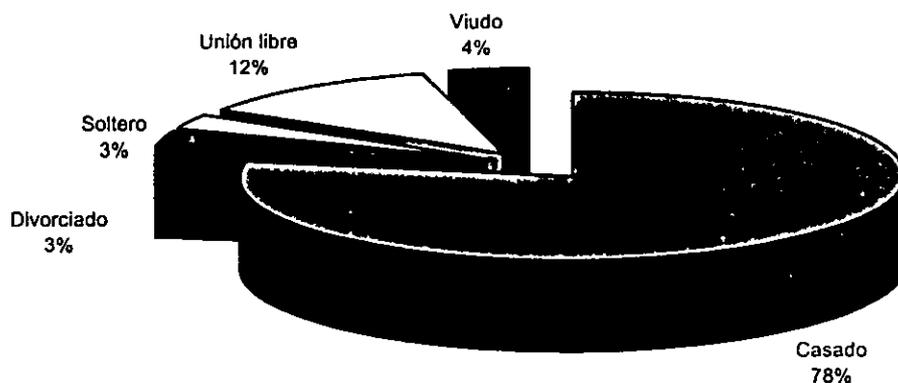
Cuadro C. Hoja de motivos de consulta por primeravez y subsecuentes de los pacientes adscritos al consultorio 5-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No.5-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

GRÁFICAS

ESTADO CIVIL

	No.	%	% Acumulado
Casado	78	78	78
Divorciado	3	3	81
Soltero	3	3	84
Unión libre	12	12	96
Viudo	4	4	100

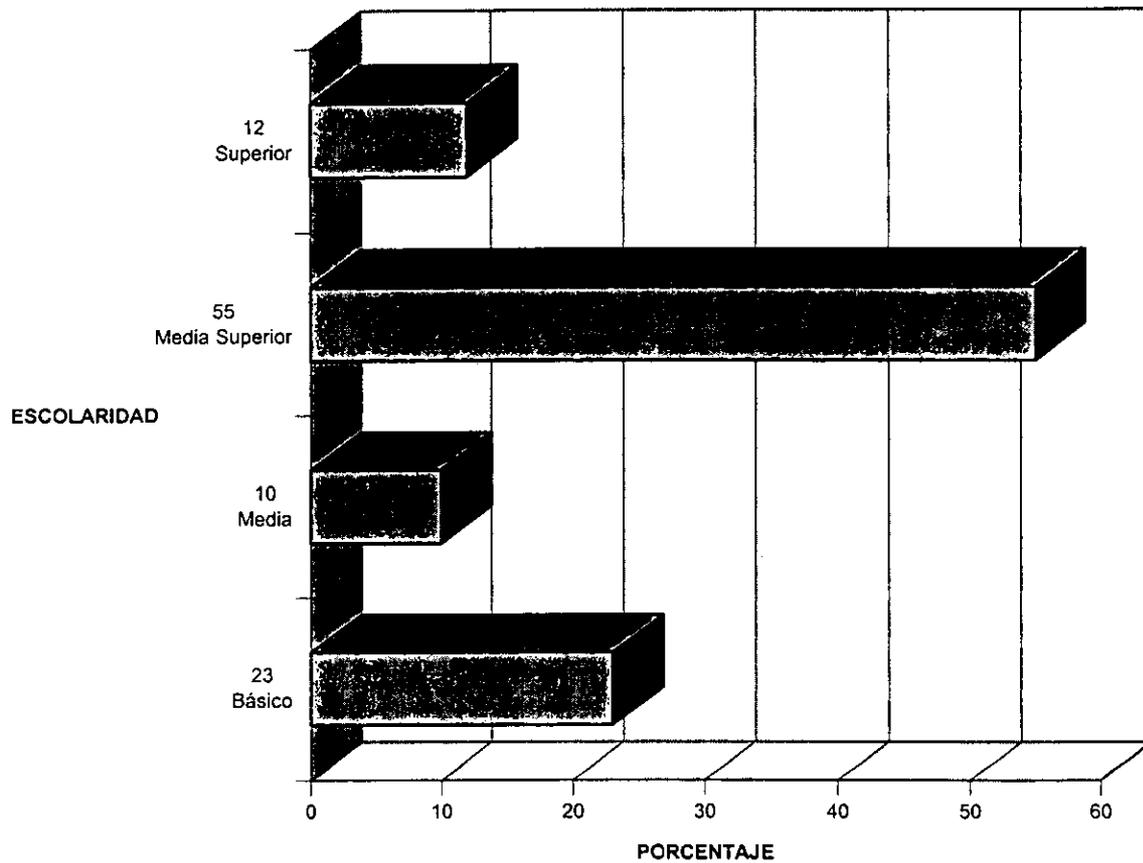


Gráfica No. 1. Estado civil de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ESCOLARIDAD

	No.	%	% Acumulado
Básico	23	23	23
Media	10	10	33
Media Superior	55	55	88
Superior	12	12	100

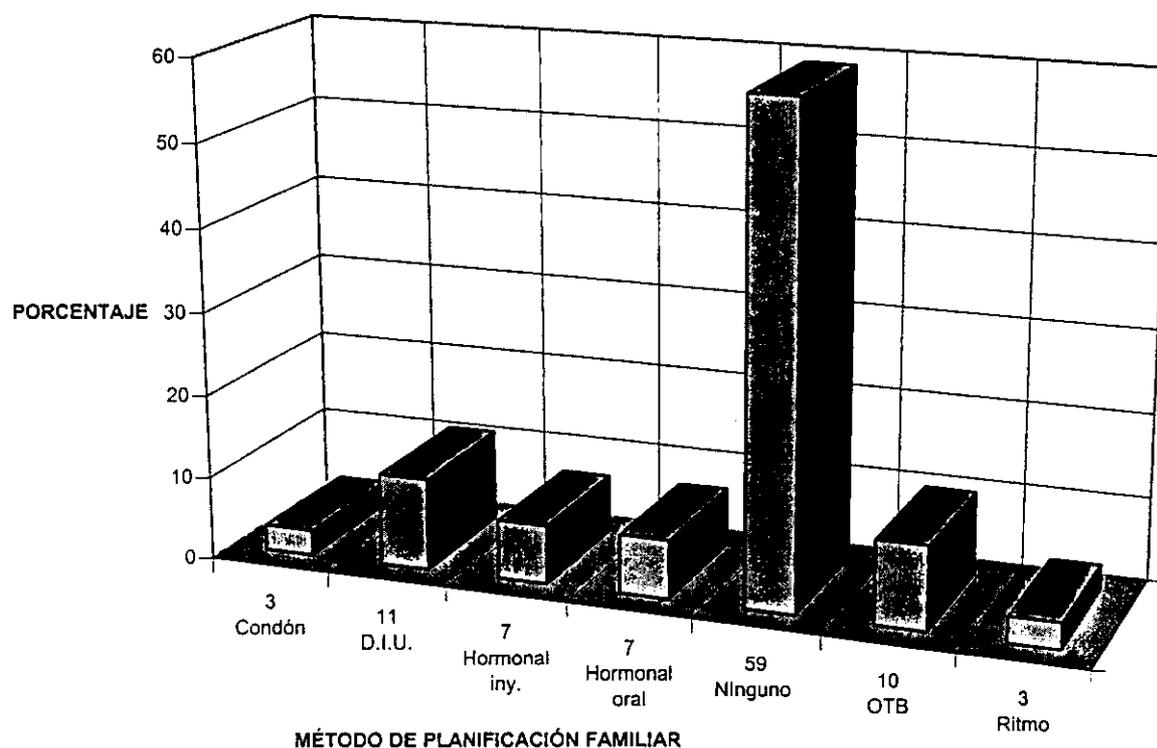


Gráfica No. 2. Escolaridad de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Método	No.	%	% Acumulado
Condón	3	3	3
D.I.U.	11	11	14
Hormonal iny.	7	7	21
Hormonal oral	7	7	28
Ninguno	59	59	87
OTB	10	10	97
Ritmo	3	3	100

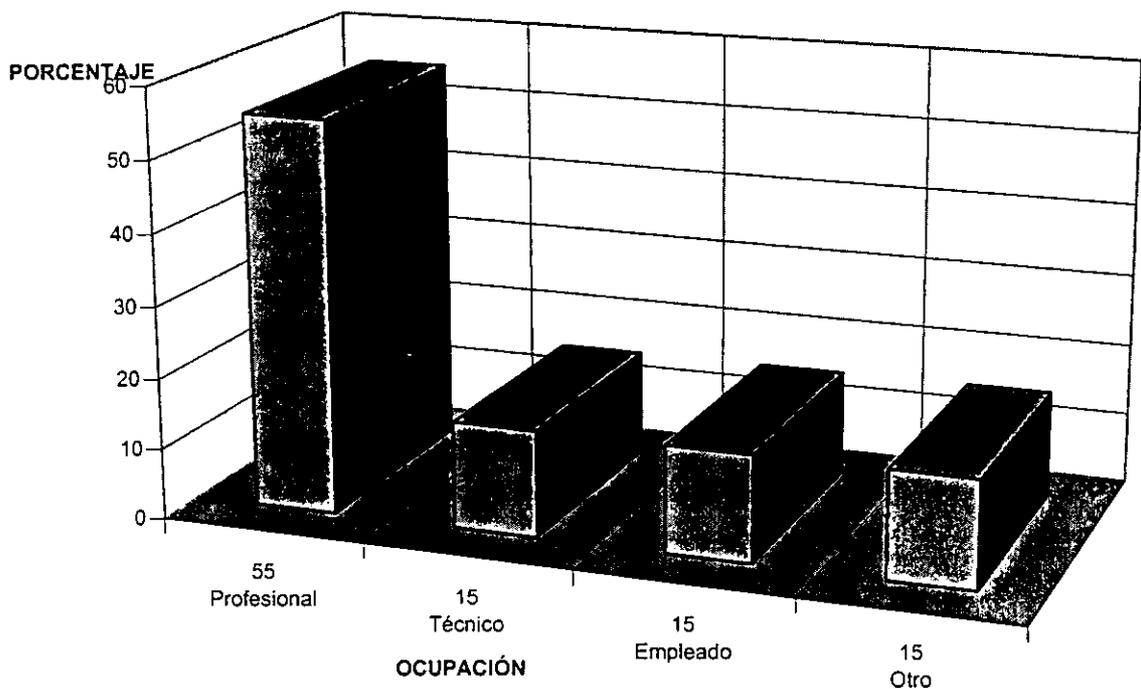


Gráfica No. 3. Métodos de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5 de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

OCUPACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA

Ocupación	No.	%	% Acumulado
Profesional	55	55	55
Técnico	15	15	70
Empleado	15	15	85
Otro	15	15	100

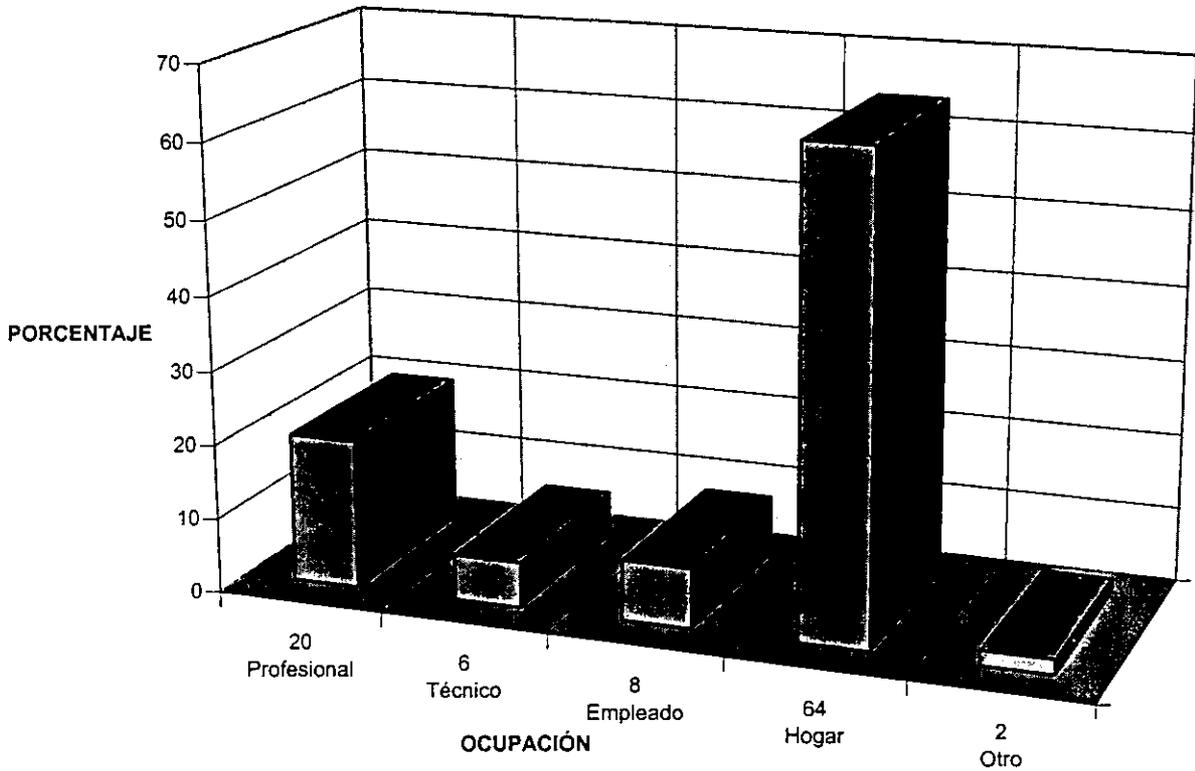


Gráfica No. 4. Ocupación de los padres de familia adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

OCUPACIÓN DE LA MADRE DE FAMILIA

Ocupación	No.	%	% Acumulado
Profesional	20	20	20
Técnico	6	6	26
Empleado	8	8	34
Hogar	64	64	98
Otro	2	2	100

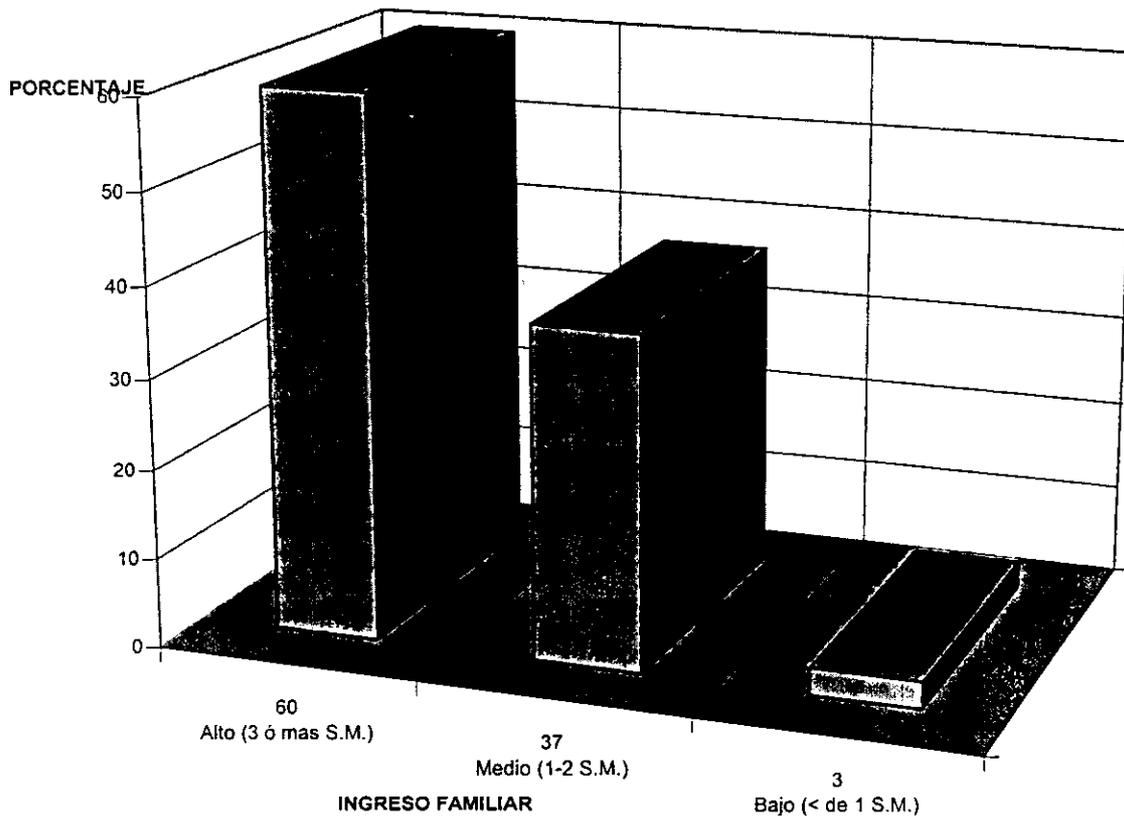


Gráfica No. 5. Ocupación de las madres de familia adscritas al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

INGRESO FAMILIAR

	No.	%	% Acumulado
Alto (3 ó mas S.M.)	60	60	60
Medio (1-2 S.M.)	37	37	97
Bajo (< de 1 S.M.)	3	3	100

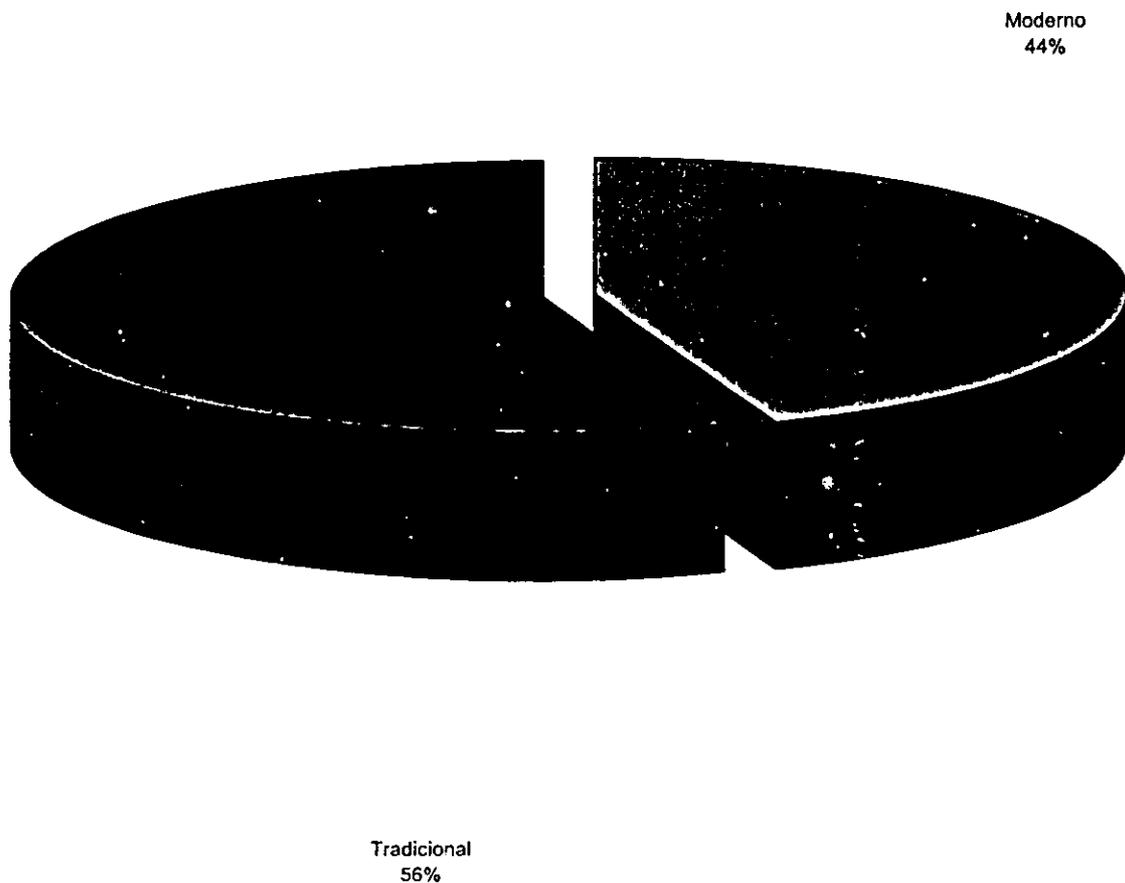


Gráfica No. 6. Ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

TIPO DE FAMILIA POR DESARROLLO

	No.	%	% Acumulado
Moderno	44	44.4	44.4
Tradicional	55	55.6	100

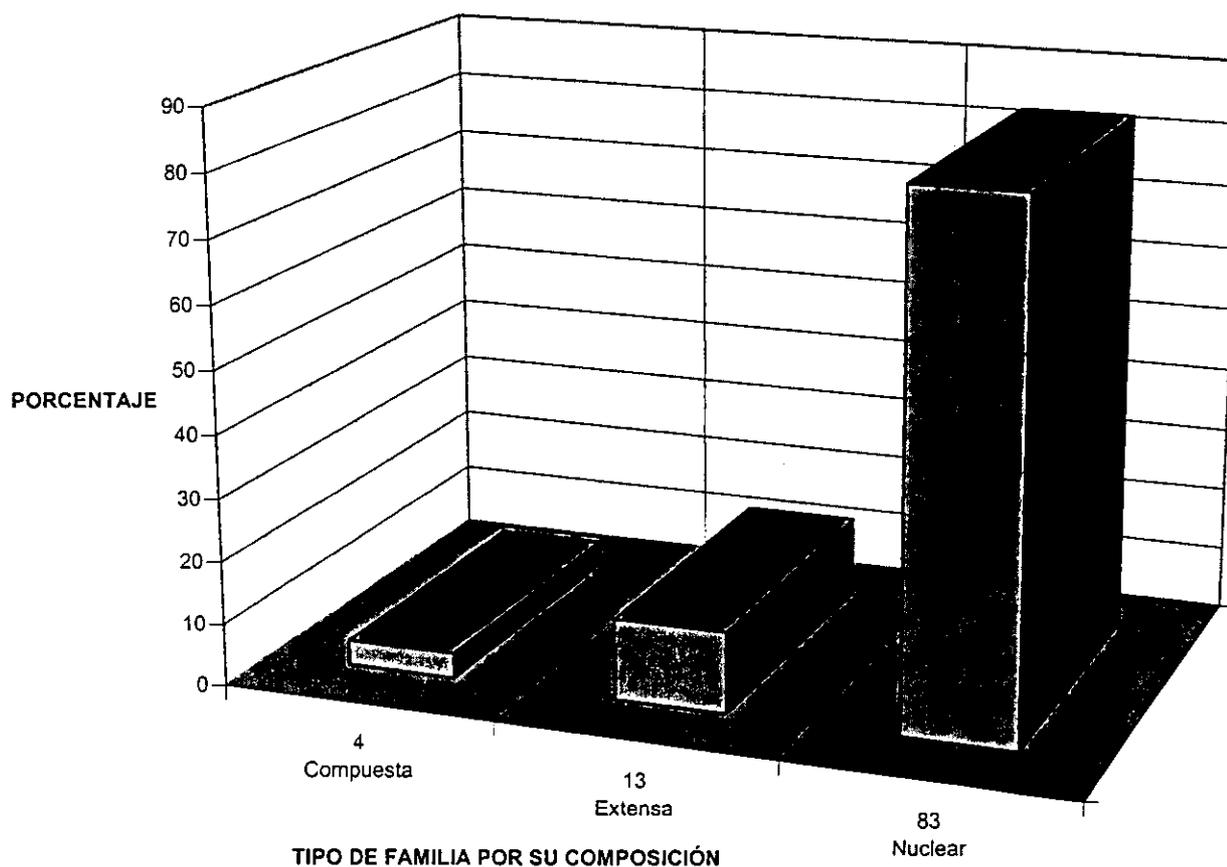


Gráfica No. 7. Tipo de desarrollo familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

COMPOSICIÓN FAMILIAR

	No.	%	% Acumulado
Compuesta	4	4	4
Extensa	13	13	17
Nuclear	83	83	100

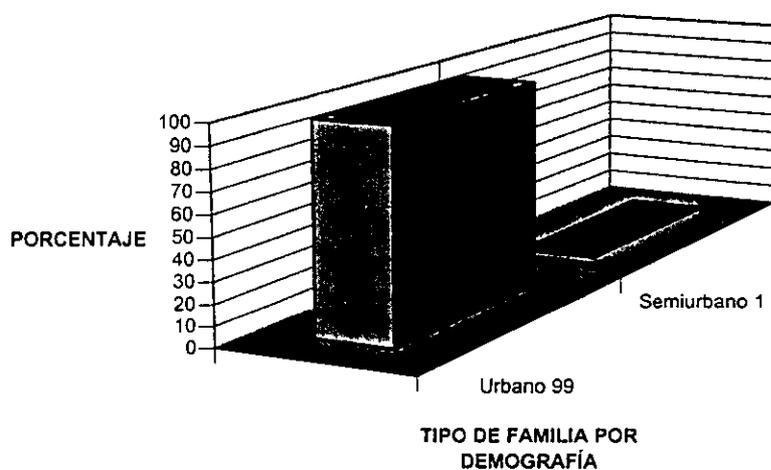


Gráfica No. 8. Tipo de familia por su composición de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

DEMOGRAFÍA

	No.	%	% Acumulado
Urbano	99	99	99
Semiurbano	1	1	100

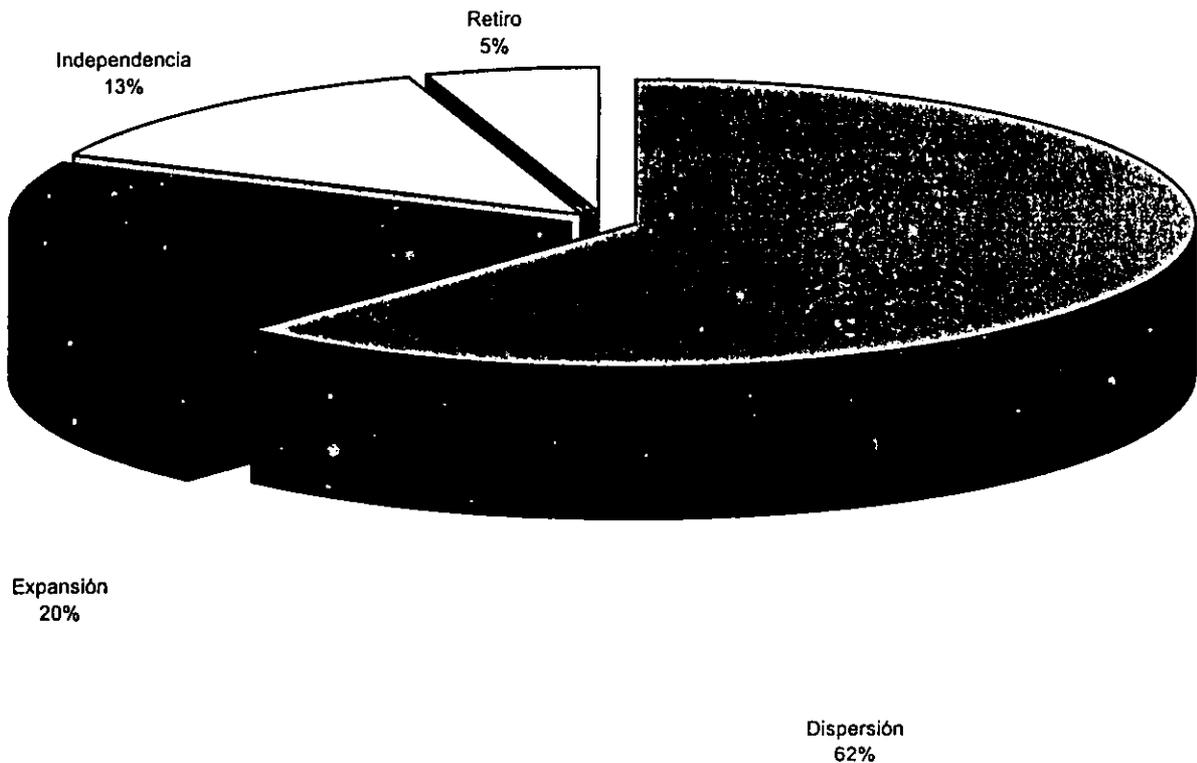


Gráfica No. 9. Tipo de familia por demografía de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR

	No.	%	% Acumulado
Dispersión	62	62	62
Expansión	20	20	82
Independencia	13	13	95
Retiro	5	5	100

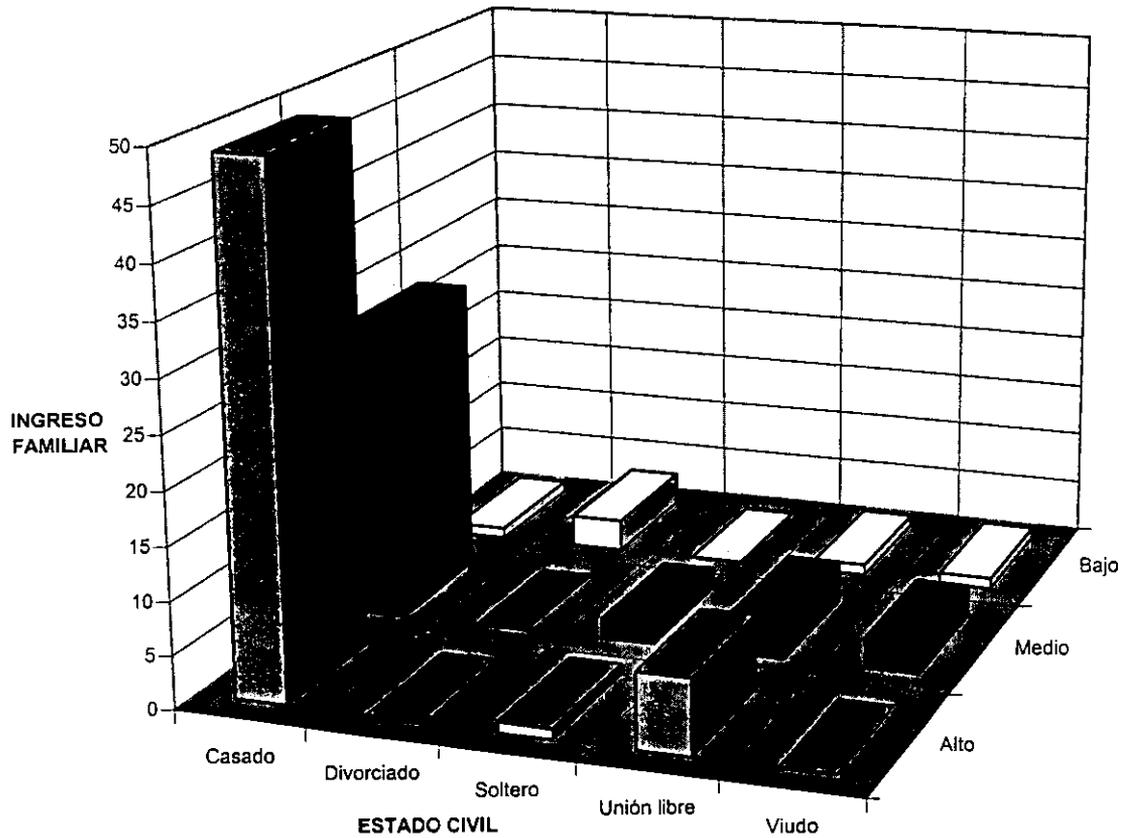


Gráfica No. 10. Etapa del ciclo familiar de los padres de familia adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

ESTADO CIVIL/INGRESO FAMILIAR

Estado civil	Ingreso familiar			%
	Alto	Medio	Bajo	
Casado	49	28	1	78
Divorciado	0	0	3	3
Soltero	1	2	0	3
Unión libre	7	4	1	12
Viudo	0	3	1	4

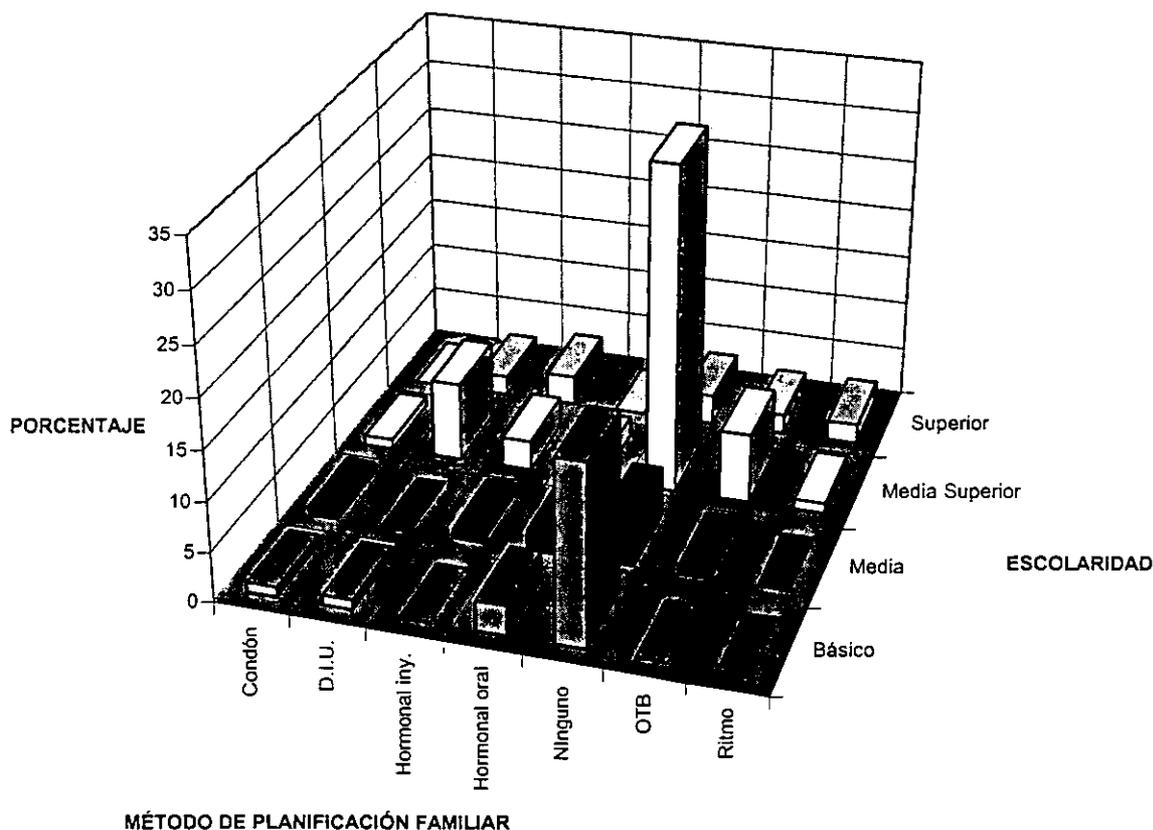


Gráfica No. 11. Estado civil e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

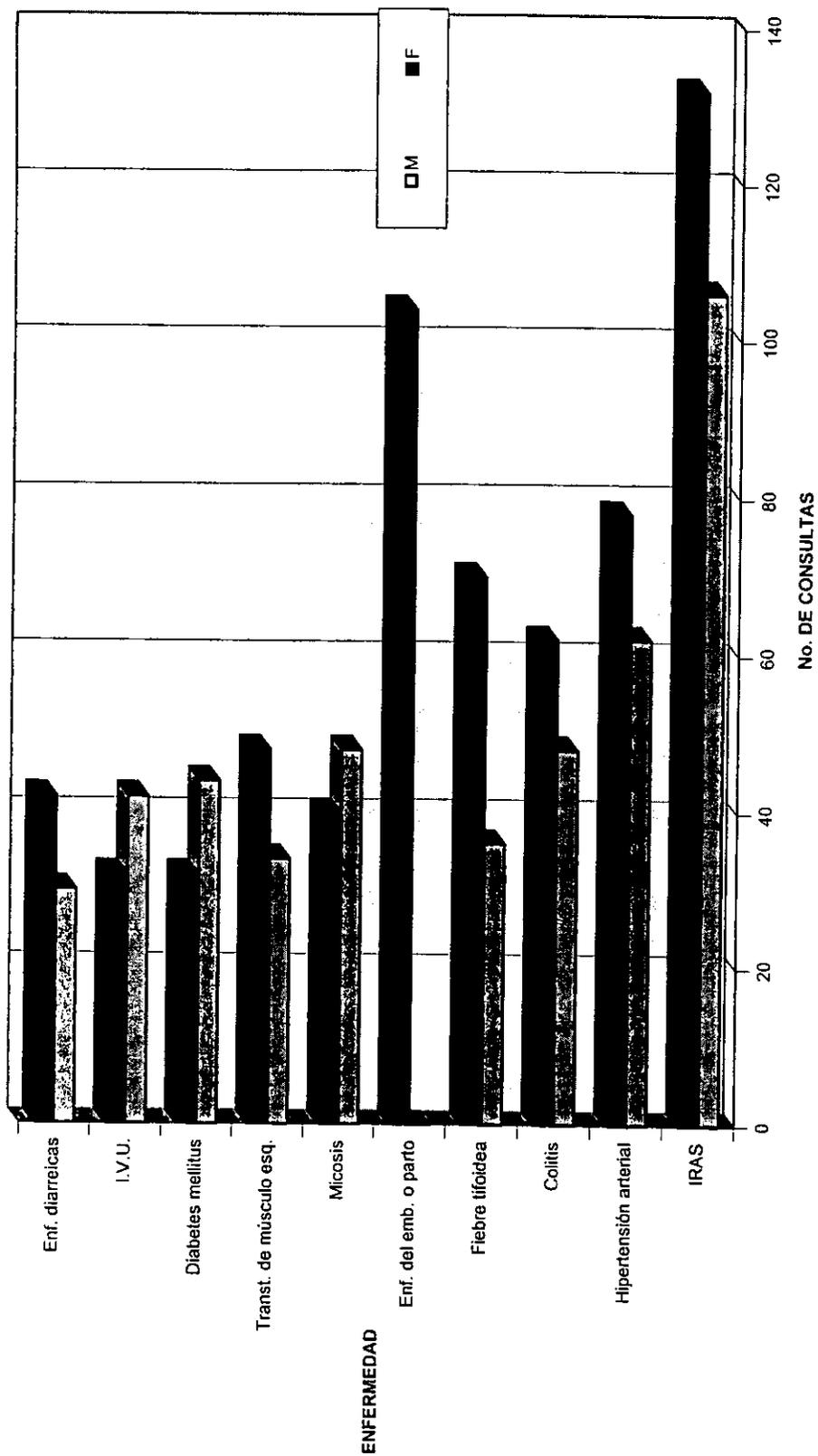
ESCOLARIDAD/MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Método	Escolaridad				Total
	Básico	Media	Media Superior	Superior	
Condón	1	1	1	0	3
D.I.U.	1	0	8	2	11
Hormonal iny.	0	1	3	3	7
Hormonal oral	3	2	2	0	7
Ninguno	18	5	33	3	59
OTB	0	1	7	2	10
Ritmo	0	0	1	2	3
Total	23	10	55	12	100



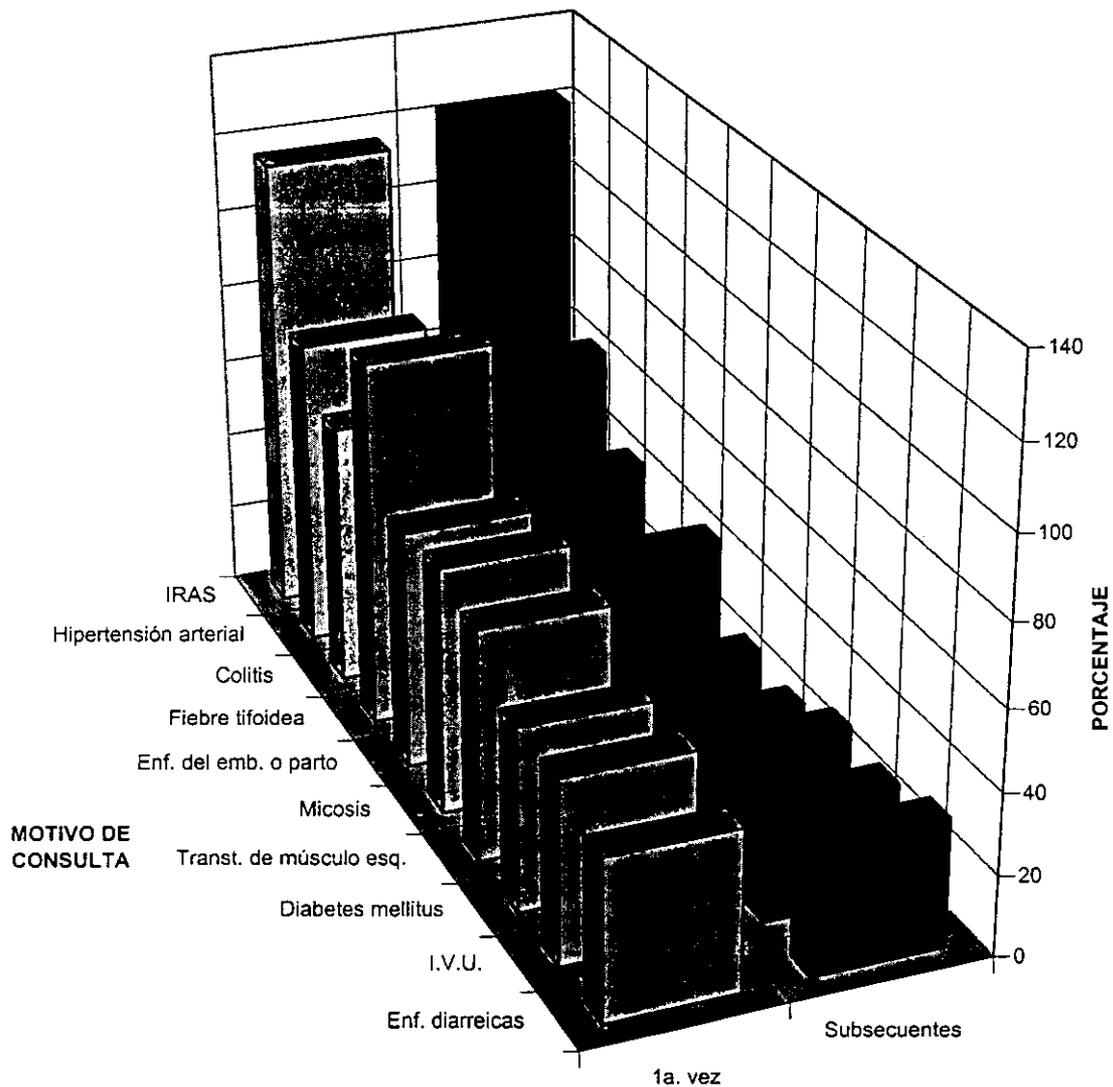
Gráfica No. 12. Escolaridad y método de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Gráfica No. 13. Motivos de consulta por sexo de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Gráfica No. 14. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Al observar la pirámide resultante en el consultorio 5-A , encontramos que no es igual a la del estado de Chiapas, ni a la nacional, con mayor población entre 5- 9 años y de 30-34 años. La población en edad reproductiva (15-49) en ambos sexos es de 1791, como vemos es más de la mitad de la población, ya que como sabemos esta es la que trabajara para los viejos e incapacitados, los niños y adolescentes (11, 28).

En cuanto a los sexos tenemos que no hay una diferencia muy marcada de cómo se encuentra a nivel nacional en la edad de (20-24 años) en la que existen 85 hombres por 100 mujeres, en los resultados encontramos 125 mujeres por 112 hombres (11).

En cuanto a escolaridad es buena ya que se encontró con 55% con educación media superior y superior el 12% no encontramos analfabetas. A nivel nacional tenemos a Chiapas en 4º lugar de analfabetismo (11).

En metodología anticonceptiva hay una contradicción ya que se dice que a mayor escolaridad mayor demanda de metodología. Ya que observamos que los que cuentan con educación media superior no utilizan ningún método, pero el mayor uso de metodología definitiva se observo en las personas con educación media superior, resaltamos el hecho de que a pesar de la educación, la participación del hombre en la planificación es nula (13, 15).

La ocupación de la mujer continua siendo en su mayoría el hogar lo que es muy común en las zonas rurales y no de una zona urbana como es esta (21, 22).

El ingreso económico de la familia resulto ser muy favorable ya que el 60% cuenta con tres salarios mínimos y que en un 37% la mujer participa en este ingreso.

En cuanto a las causas de consulta tenemos que es diferente a lo que esperamos ya que no son las infecciosas las principales excepto las IRAS, pues las EDAS se encuentran en décimo lugar encontrando a una de las enfermedades crónico degenerativas en segundo lugar, este cambio en las causas puede ser debido al tipo de vida que ha sufrido modificaciones en esta población (3, 16).

IX. CONCLUSIONES

En el trabajo realizado, estudio sistemático familiar (MOSAMEF), nuestro objetivo fue conocer las características biológicas sociales y culturales de las familias en el sector del consultorio 5-A del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

También evaluamos si la atención medica familiar actual es satisfactoria o insatisfactoria para los usuarios, resolutive, o de escaso impacto para que de ello podamos plantear alternativas de solución como son: dar una atención continua, planear estrategias para los servicios de salud, trabajar en equipo para dar mayor satisfacción de los usuarios y al mismo tiempo a los prestadores del servicio.

Este estudio propicio la investigación biomédica, ya que al realizar un seguimiento del proceso salud-enfermedad e identificar las 10 primeras causas de morbimortalidad en el sector de estudio, conlleva a realizar investigaciones para modificar dichas causas, y lo más importante es dar una atención medica continua tipo de medico familiar no solo curativa.

Las alternativas que propongo son:

- Realizar pláticas que fomenten cambios en la salud de los individuos.
- Sobre salud reproductiva en la mujer, implementar el uso del carnet de la mujer (Cartilla).
- Educación para la salud.
- Vigilancia prenatal e información del riesgo reproductivo.
- Todo ello con el fin de solucionar algunos de los problemas ya mencionados en el trabajo.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Fulcher D. Sistemas de Asistencia médica. Oficina internacional del trabajo Ginebra Suiza 1975.
- 2 Chávez Aguilar H. El médico familiar en la atención primaria a la salud Rev Médica del IMSS, 1995; pp. 173-176.
- 3 Necesidades Esenciales en México Situación actual y perspectiva al año 2000. Coplamar siglo XXI 1982 ; pp. 36-56.
- 4 Castellanos R. J . Situaciones de cobertura , niveles de atención y atención primaria . Bol. Of. Sanitaria Panam 82(6) 1977.
- 5 López Moreno S. Atención primaria de salud pp. 45 –61.
- 6 Narro J, la medicina familiar Documento bibliográfico presentado en el V ciclo de diez simposios sobre la administración de la atención médica academia de Medicina México DF. 1986.
- 7 Dubos R. El espejismo de la salud ed. T C E México 1979 pp. 12 –50
- 8 Zakus D. La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. Sal. Pub. de México 30; pp. 151-174.
- 9 Tejado de Rivera D. A. Atención primaria a la salud una revolución de los valores sociales de la salud. Bol. Of. Sani. Pana. 103 (3): 1987 pp. 266-271.
- 10 Atlas de epidemiología 1985-1990 IMSS 1990 primera edición capítulo VI morbilidad pp. 60-98.
- 11 Situación demográfica de México 1998. Consejo Nacional de Población pp. 9-25.
- 12 Organización Panamericana de la salud Maternidad saludable. Bol. médico familiar 1998 marzo abril pp. 1-5.
- 13 Programa de salud reproductiva y Planificación familiar 1995 – 2000.
- 14 Consejo Nacional de población reconstrucciones de la fecundidad 1960 – 1991 con base los censos de población y defunciones registradas en el país. México 1995.
- 15 Instituto Nacional de estadística, geografía e informática. Encuesta nacional y dinámica demográfica. 1992 Metodología y tabulación. INEGI Aguascalientes, Aguascalientes 1993.

- 16 Información básica de l estado de Chiapas. Sistema Nacional de Salud.
- 17 Martínez Saavedra..J. L. Mortalidad en la dechohabiencia del estado de Chiapas 1995. Bol de la sub. Delegacion medica del ISSSTE 1998 pp. 14-15.
- 18 Chávez Aguilar V. García Mangas J. Atención integral en medicina familiar Rev Medica IMSS 1995 ; 167-170.
- 19 Engels F. El origen de la familia la propiedad privada y el estado Ed. Progreso. pp. 485-535.
- 20 Organización mundial de la salud; Índices estadísticos de la salud de la familia. Series de información técnica 587. Ginebra.
- 21 Irigoyen, Coria A Gomez. Clavelina F . Hernández Ramires C. Farfan – Salazar G. Diagnóstico familiar , México ed. Medicina familiar Mexicana 1995; pp. 5-17.
- 22 Gomez Clavelina F, D iagnóstico de Salud familiar. México Ed. Medicina familiar Mexicana 1995; pp. 105-149.
- 23 Water I. Watson W. Westzet W. Intrumentos útiles para los médicos familiares. Canadá Family 1994: 40: pp. 282-287.
- 24 Ceittlin ¿Que es la me dicina familiar? Fepafekellogg 1982.
- 25 W.C . Wihinney I. An i ntroduction family medicine Oxford University pract 1980.
- 26 A. Martin Zurro C. Br o tons Cuixant R. Ciurano Misol . Actividades de presención y promoción de la salud en la atención primaria . Rev de A.P Vol 12 num 5 1993; pp. 665-675.
- 27 Moreno Ramírez E. Ed u cación para la salud. Ed. Limusa 1993 ; pp. 391-437.
- 28 Situación demográfica nacional. Programa Nacional de Población. S/F. pp. 1-11.

XI. ANEXOS

A continuación se anexa la cédula empleada durante las encuestas realizadas.

ANEXO 1.

ESTA TESTIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Identificación familiar

Familia: _____ Casados ()
 U. libre ()
 Años de unión conyugal: _____

Nombre de la persona responsable del test: _____
 Edad _____ Sexo: _____ Escolaridad _____
 Domicilio _____
 Edad del padre _____
 Edad de la madre _____

Método de planificación familiar:

DIU	OTB	VASECTOMÍA	HORMONAL ORAL	HORMONAL INYECTABLE	RITMO	PRESERVATIVO

Número de hijos (hasta 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: _____

Tipo de familia (marque con una X):

Desarrollo	Moderna	Tradicional

Demografía	Urbana	Semi-urbana

Composición	Nuclear	Extensa	Compuesta

Ingreso mensual	Menos 1 salario mín.	De 1 a 2 salarios mín.	Más de 3 salarios mín.

Ocupación de los padres: _____ y _____

Etapa del ciclo vital familiar :

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

Observaciones _____
