

11226

99  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

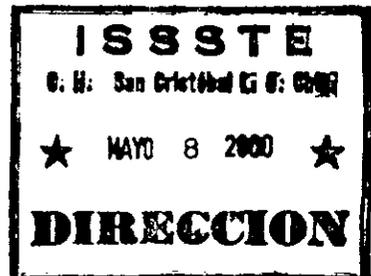
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**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 MATUTINO 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:**

281003

**DRA. MARÍA BENEDICTA PIEDRAS HERNÁNDEZ**

**SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS, MÉXICO 1999.**



**ISSSTE**

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**Título**

**Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar  
En el Consultorio 5-A Del Turno Matutino  
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.  
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.**

**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar**

**Presenta:**

**Dra. María Benedicta Piedras Hernández**

**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.

**T í t u l o**

**Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar  
En el Consultorio 5-A Del Turno Matutino  
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.  
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas.**

**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar**

**Presenta:**

**Dra. María Benedicta Piedras Hernández**



**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**



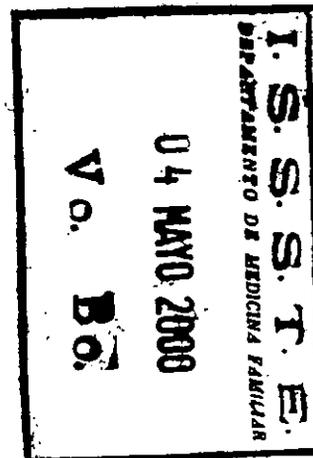
**Dr. Miguel Angel Hernández Hernández**

**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.**



## Índice general

	Página
I.- Marco teórico.....	2
II.- Planteamiento del Problema.....	8
III.- Justificación.....	9
IV.- Objetivos.....	10
V.- Metodología.....	11
VI.- Resultados.....	15
VII.- Discusión.....	38
VIII.- Conclusiones.....	39
IX.- Referencias bibliográficas.....	40
X.- Anexos.....	43

## **I.- Marco Teórico**

### **La familia**

Definición:

La familia se define como las personas emparentadas entre sí, que viven juntas. (1) El vocablo familia se origina del latín y designa a un grupo de personas de diversas edades unidas por lazos de parentescos, conyugal o sanguíneo que viven bajo la autoridad de uno de ellos en una casa(2)

La palabra familia, etimológicamente proviene de la palabra "famulus", según la explicación propuesta por el Marqués de Morante, y que significa sirviente o esclavo doméstico, ya que en un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre.

La familia es una organización social que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados por unión sanguínea o social.(3)

La familia se define como el grupo formado por un marido, mujer e hijos, conservando la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

Es la unidad básica de la cultura de occidente y la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

En el año de 1970 la ONU, mediante el documento "M" número 44 define a la familia como el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

El consenso norteamericano la define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

En Canadá se ha definido como un grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

### **Evolución Histórica de la Familia**

La familia tal como la conocemos actualmente es el producto de una serie de cambios que le han impreso características propias, según la situación económica de las diferentes épocas(4).

La organización que constituye la familia a estado presente, de una u otra manera, de hace cientos de miles de años en la historia de la humanidad. De hecho el núcleo familiar constituyó la base alrededor de la cual se desarrolló con intensidad de comunicación social, la transmisión de experiencias de individuos a la sociedad y viceversa, los fundamentos de un sistema educativo en el proceso de la evolución cultural por los que ha transitado el homo sapiens. (5)

Así encontramos que al principio de las sociedades primitivas no podríamos hablar de familias propiamente dichas sino de grupos promiscuos que desconocían el parentesco como resultado de las formas de unión que practicaban : a.- poligamia(unión de un hombre con varias mujeres y b).- poliandria (unión de una mujer con varios hombres)

En estos grupos promiscuos existen como forma de mandato el matriarcado, dado que el hombre se mantiene lejos del grupo para recolectar, cazar y pescar. Los hijos reconocían como autoridad a la madre.

Al evolucionar en su organización social y constituirse las tribus el hombre considera que su propiedad no sólo es la tierra y las herramientas de trabajo, sino también a la mujer; con la que constituye una familia, descubriendo así la función que el desempeña en la producción, estableciéndose de ésta manera el patriarcado como forma de mandato; la mujer pasa a ser un objeto, pues el único que disfrutaba de derechos era el hombre. (6,7).

### **Desarrollo de la Humanidad Según Federico Engels**

Morgan fue el primero en darnos datos de la prehistoria de la humanidad, tres etapas principales, salvajismos, barbarie, civilización.

Los antropólogos nos reportan en sus estudios, desde muy diferentes puntos de vista las formas y características de los nexos de parentescos en comunidades con diversos grados de desarrollo, estudios que han permitido perfilar una línea de evolución entre grupos y su transformación en sus manifestaciones del poder, la propiedad y la división del trabajo.

En el salvajismo, los hombres vivían en los árboles, el principal progreso fue el lenguaje articulado, en el estadio medio utilizan el fuego que obtenían por frotamiento, cocinaban así sus alimentos y aparece la antropofagia, en el estadio superior aparece el arco y la flecha.

En la barbarie, encontramos la introducción de la alfarería, domesticación y crianza de animales, se cultivan las plantas. Al domesticar animales encontramos así, la evolución de arios y semitas debido a su alimentación a base de leche y carne, funden el hierro y pasan a la civilización con escritura alfabética.

En la civilización, período en que el hombre sigue aprendiendo elabora los productos naturales, e inicia el período de la industria y el arte (8).

La **evolución de la familia** atraviesa por 6 fases:

La **fase 1** denominada **promiscuidad inicial**

La **fase 2** denominada **familia Punualena "Punalúa"**

La **fase 3** denominado **familia Sindiásmica "Emparejada"**

La **fase 4** denominada **familia patriarcal monogénica**

La **fase 5** denominado **familia extensa compuesta**

La **fase 6** denominado **familia extensa**

La **fase 1** se caracteriza por una promiscuidad absoluta, una nula reglamentación consuetudinaria entre padres e hijos y el parentesco es señalado por la línea materna. La **fase 2** se caracteriza por familias por grupos, los hombres de un grupo son considerados desde el

nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo: es decir dos grupos completos están entre sí casados. La **fase 3** se caracteriza por una autoridad matriarcal, una economía doméstica común, una coexistencia entre varias parejas, pero no obstante mantiene su independencia. La **fase 4** se caracteriza por la aparición de la autoridad absoluta de jefe de familia, hay un importante desarrollo de la agricultura, es el antecedente directo de la familia moderna, el padre de familia es el único propietario del patrimonio familiar y se consolida como el representante religioso en el culto doméstico. La **fase 5** se caracteriza por comprender abuelos, padre, hijos, colaterales, amigos y sirvientes, es una forma de organización familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico. La **fase 6** se caracteriza por las relaciones muy estrechas entre abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos; esta familia es característica de las zonas rurales.

### **Clasificación de la Familia**

Se clasifica de la siguiente manera: **con base en su desarrollo** en moderna (40%), tradicional (50%) y arcaica o primitiva (10%), **con base a su demografía** en urbana y rural, **con base a su integración** en integrada e la cual los cónyuges viven y emplean sus funciones, semi-integrada en la cual los cónyuges viven juntos pero no emplean sus funciones y desintegrada en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono, **con base a su composición** en nuclear, extensa y extensa compuesta, **con base a su tipología** en campesinas, obrera, profesional según la ocupación de alguno de los cónyuges.

### **Ciclo vital familiar**

El **ciclo vital de la familia** se divide en 6 fases:

- a) Matrimonio
- b) Expansión
- c) Dispersión
- d) Independencia
- e) Retiro y muerte

La **fase de matrimonio** inicia con la consolidación del vínculo matrimonial concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo. La **fase de expansión** es la incorporación de nuevos miembros a la familia, es decir, la familia se expande. La **fase de dispersión** comprende el período en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja. La **fase de independencia** inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias. Es decir, cuando alguno de los hijos ya se ha casado. La **fase de retiro** se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado. Este esquema es propuesto por Geyman en 1980; es que se utiliza con mayor frecuencia en México.

### **Funciones de la familia**

Las funciones de la familia se puede resumir en cinco puntos:

- a) Socialización
- b) Cuidado
- c) Afecto
- d) Reproducción
- e) Estatus y nivel socioeconómico

**La socialización** es la tarea fundamental de la familia, que involucra la transformación en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, es decir con "independencia" para desarrollarse en la sociedad. El **cuidado** es una función clave de la vida familiar, que permite la preservación de nuestra especie, identificándose 4 determinantes que son la alimentación, el vestido, la seguridad física y el apoyo emocional.

**El afecto** es una función familiar se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y una actitud hacia nuestros semejantes, en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo. La **reproducción** es la función familiar encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad con el compromiso de efectuar esta tarea con responsabilidad. El **estatus y nivel socioeconómico** es la función familiar que confiere a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivalente a transferirle derechos y obligaciones.

La familia a lo largo de su ciclo vital que va desde la emoción del próximo embarazo hasta el esta emocional por la que cursa cuando muere un miembro de la familia, de esta manera podemos mencionar las etapas críticas por las que puede atravesar la familia: el **embarazo**, que indudablemente en la mayoría de los casos crea muy expectativas en la vida familiar, el **nacimiento del hijo** que repercute desde diferente puntos en la dinámica familiar, **la enseñanza de la sexualidad** que puede ser orientada o bien indiferente, la orientada puede ser de manera positiva o bien negativa; el **estado laboral** siendo los principales factores de riesgo familiar la desocupación, la búsqueda y cambio de trabajo; y la ultima etapa critica que es **la muerte de un miembro** que lógicamente provoca una crisis familiar. (9,10,11)

## **Salud reproductiva y planificación familiar**

El concepto de salud por sí 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 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 puede resumirse de la siguiente manera:

Que los servicios de medicina familiar den la orientación en consejería en planificación familiar y otorguen los diversos métodos de control de la reproducción como son: Diu, hormonal tabletas e inyectables, preservativos, vasectomía y salpingoclasia y ritmo a toda la población que se encuentre en riesgo reproductivo.

Con estas acciones se lograra la salud reproductiva como son, prevenir la muerte materna y fetal, garantizando una maternidad segura (12-17)

## **Natalidad y morbimortalidad en Chiapas.**

Chiapas cuenta con una población de 3,585,000 habitantes, de los cuales 1,791,000 son hombres y 1,794,000 son mujeres con una tasa de crecimiento de 2.2. Su tasa de natalidad es de 30.5 y la de mortalidad es de 4.1

La esperanza de vida a nacer es de 68.36 y de 74.70 para hombres y mujeres respectivamente (18).

En cuanto la mortalidad infantil la tasa es de 14.5 por mil nacidos vivos registrados, siendo la primera causa de muerte; las diarreas en menores de 5 años con una tasa de 97.1 por cada 100,000 habitantes menores de 5 años. La segunda causa son las infecciones de vías respiratorias altas con una tasa de 89.4 por cada 100,000 habitantes, le siguen los tumores malignos, enfermedades del corazón y la diabetes mellitus con una tasa de 40.6, 37.8 y 16.8 respectivamente por cada 100,000 habitantes (19).

### **Principales causas de Mortalidad general en México**

La causa número uno de muerte en el país son las enfermedades del corazón con una tasa de 70.4 y de éstas las isquemias ocupan el 43.2 por cada 100,000 habitantes, los tumores malignos le siguen con una tasa de 53.6 siendo para la tráquea y bronquios, el pulmón 6.4 para el estómago 5.3 y el cuello de la matriz 4.9 por cada 100,000 habitantes.

### **La Morbilidad**

Las llevan las enfermedades crónicas degenerativas, la diabetes mellitus ocupa el cuarto lugar con una tasa de 37.4 y seguidas de la enfermedad cerebrovascular con una tasa de 26.1 por cada 100,000 habitantes (20).

## Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar

### MOSAMEF.

La medicina familiar atiende las necesidades de salud de las familias desde su aparición en México, pero faltaba la evidencia científica que limitó las acciones como el estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria, pues el ejercicio se limitaba a la clínica y sin la capacidad resolutoria del seguimiento.

Por tal motivo se define una metodología ( Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar) como propuesta para la práctica de la medicina familiar. Esto fue producto de análisis del grupo de profesores de medicina familiar para definir con claridad la práctica del médico familiar con conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias a su cargo. Teniendo estudios de las características de la población al definir los campos de acción con fundamentos en la investigación (21,22)

El proyecto pretende incidir en mayor o menor medida en los campos de acción de la carta de Ottawa (23).

Para mejorar las condiciones de salud hay que capacitar a los servicios para mejorar habilidades personales en relación con los estilos de vida, creando medio ambiente saludables, políticas explícitas para la salud, reforzándolas con la acción comunitaria (24)

### Perspectivas del modelo sistemático de atención médica familiar

El estudio de la familia, la continuidad así como la acción anticipatoria que son las acciones propias del médico familiar, también debe llevar actividades como : actualización periódica, evaluación operativa, establecer estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación del daño.

La atención médica familiar ha sido históricamente una preocupación de los médicos de todos los tiempos (25-26).

En el IMSS en 1954 se instaura el sistema médico familiar como modelo de atención medica, atendiendo por separado a niños y adultos que más tarde incrementa su número de cedes en todo el país (27,28)

El actual modelo de atención a la salud propuesto por la subdirección general médica del IMSS, brinda un marco teórico legal. (29,30).

## II.- Planteamiento del problema

El conocimiento pleno de la familia y su entorno fundamental en la práctica de la medicina familiar. Los cuidados médicos y la orientación ayuda a incrementar la calidad de vida de los pacientes.

Existen una gran diversidad de factores que condicionan el estado de salud – enfermedad de una población, por lo que es necesario conocer ampliamente las características biológicas, sociales y económicas de cada familia que integra la comunidad.

En ésta medida la atención médica familiar será satisfactoria tanto para el médico como para el paciente, esto se deberá al conocimiento suficiente de las características biológicas, sociales, y económicas de las familias; así como de sus recursos que puedan ser implantados para mejorar el nivel de salud, con lo que se logrará el impacto deseado a la problemática de los procesos de salud-enfermedad.

El quehacer médico ha llevado consigo, desde siempre la actitud inquisitiva de conocer el por qué de la enfermedad y sobretodo, de qué manera se puede conseguir alivio a la curación de los padecimientos humanos, por lo que mi planteamiento es el siguiente.

¿Cuáles son las características biológicas y sociales, así como las principales causas de morbilidad de las familias adscritas al consultorio número 5-a del turno matutino en la Clínica-Hospital “D” del I.S.S.S.T.E. en San Cristóbal de las Casas Chiapas en el período del 1º de enero al 31 de diciembre de 1997?

### III.- Justificación

En la vida cotidiana y en trabajo, nos esforzamos para aprovechar las experiencias propias y de otros, para comprender lo regular y predecir las futuras circunstancias. El investigador se esfuerza por comprender, explicar, predecir o controlar fenómenos, sin embargo ésta se realiza de una manera más ordenada y sistemática, comparada con la forma en que la mayoría resuelve sus problemas.

La experiencia humana en el mundo actual es un asunto cuya complejidad escapa a la comprensión total, debido a las múltiples fuerzas políticas, económicas, físicas, químicas, biológicas, sociales y psicológicas que intervienen en su formación.

La atención médica es forma integral ha sido históricamente una preocupación tanto de los médicos como de las instituciones de salud.

Ante ésta complejidad el ser humano busca las explicaciones, para lo cual es necesario conocer, describir e interpretar los hechos o fenómenos para comprender sus regularidades y así poder predecir y aportar soluciones a los problemas.

El ser médico familiar exige, precisión, eficacia y resultados positivos, utilizando los recursos médicos institucionales, grupales, particulares o de beneficiencia social que ayuden a recuperar la salud del enfermo y/o del grupo familiar consecuentemente, la existencia del médico familiar, radica en que su ciencia prevenga el daño, mantenga la salud, limite las lesiones y recupere las capacidades del individuo, utilizando los conocimientos existentes.

En sí la medicina requiere ser transmitida para acrecentar, mejorar y ser cada día más útil a la humanidad al optimizar la prestación de los servicios médicos, esto con un enfoque integrador que permita una mejor satisfacción de la población usuaria y que a la vez disminuya los costos de la atención médica.

#### **IV.- Objetivos**

##### **General:**

Identificar en la población del consultorio 5-A del turno matutino de la Clínica-Hospital del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas las características bio-sociales que influyen en el proceso de Salud-Enfermedad así como las 10 principales causas de consulta en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.

##### **Específico:**

- \* Conocer los grupos etáreos por edad y sexo que conforman la pirámide poblacional.
- \* Identificar los grupos de población infantil, edad reproductiva y la población anciana: 0 – 14.5, 15 – 49 y 60 años a más.
- \* Identificar a través del diagnóstico familiar, su estructura desde el punto de vista social, es decir mencionar en que etapa del ciclo vital familiar se encuentran, su composición, desarrollo, tipología y su demografía.
- \* Conocer escolaridad, edad de los padres y promedio de años de vida de años conyugal.
- \* Identificar el número de hijos de acuerdo a décadas promedio.
- \* Conocer tipo de método de planificación familiar que están utilizando las familias investigadas.
- \* Identificar los 10 principales motivos de consulta en el consultorio 5-A de los entrevistados en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.
- \* Relacionar escolaridad con método de Planificación Familiar.
- \* Relacionar el estado civil con el ingreso familiar.

## **V.- Metodología.**

### **5.1.- Tipo de Estudio:**

Observacional  
Descriptivo  
Retrospectivo parcial  
Transversal

### **5.2.- Población, Lugar y tiempo de estudio:**

La población adscrita a la Clínica-Hospital "D" de San Cristóbal de las Casas, Chiapas cuenta con 20,000 derechohabientes de los cuales 3,266 pertenecen al consultorio 5-A turno matutino el 53.58% son mujeres y 46.42% son hombres.

Población derechohabiente adscrita al consultorio 5-A del turno matutino de la Clínica-Hospital "D" del ISSSTE, San Cristóbal de las Casas, Chiapas del 1º de enero al 31 de diciembre de 1997.

### **5.3.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.**

No probabilística y por cuotas

## **Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.**

### **Inclusión:**

Padres de familias del consultorio 5-A del turno matutino.  
Que cuentan con expedientes clínico.  
Que decidan participar.

### **Exclusión:**

Población sin expediente  
Pacientes que no aceptaron participar.

### **Eliminación:**

Cambio de domicilio.  
Personas fallecidas.  
Pacientes con alteraciones psiquiaticas.

## **5.5.- Información a Recolectar**

### **Variables Cuantitativas**

- 1) Número Total de individuos por grupos de edad.
- 2) Edad del padre.
- 3) Edad de la madre.
- 4) Años de unión.
- 5) Salario mínimo.
- 6) Número de hijos.

### **Variables Cualitativas**

- 1) Escolaridad.
- 2) Ocupación del padre.
- 3) Ocupación de la madre.
- 4) Tipo de familia de acuerdo a su desarrollo, demografía y ocupación.
- 5) Ciclo vital.
- 6) Estado civil.

## **5.6.- Procedimiento para capturar la información.**

### **Para el censo poblacional.**

Se solicito permiso al director de la clínica del ISSSTE de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, para revisar el archivo clínico del consultorio 5-A, procediendo a la revisión de los expedientes clínicos de la población en estudio clasificándolos por grupos familiares.

Para el estudio de las familias entrevistadas se elaboró un cuestionario en donde se especifican las variables sometidas a estudio la cual se elaboró en la misma unidad llevándose a cabo durante el tiempo dedicado a la consulta del consultorio 5-A en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.

### **Para la identificación de los motivos de consulta.**

Se consultaron las hojas del informe diario del médico (SM-10-1) para recolectar la información sobre los motivos de consulta, de las familias entrevistadas, del consultorio No. 5-A del periodo correspondiente. La información obtenida se vació en hojas de recolección de datos; después se les obtuvo a través de estadística básica, media, porcentajes y desviación estándar. Con estos datos se realizaron pasteles, histogramas, gráficas y tablas, finalmente se procedió a realizar las conclusiones y las propuestas de solución a los problemas detectados.

## **5.7.- Consideraciones éticas.**

De acuerdo a las consideraciones establecidas en la Declaración de Helsinki 1964 y con la edición de Tokio de 1975 este trabajo de investigación cubre las estipulaciones ahí consignadas, y que además, por el hecho de ser estudio de tipo social, en donde no hay daño ni biológico ni psicológico, no se afecta la integridad individual de los participantes, contando con su debida aprobación para la elaboración de la Cédula de Entrevista. Además se cumple con los reglamentos establecidos en la Ley General de salud en materia de investigación comunicada en el diario Oficial del 26 de Enero de 1982.

## **VI.- Resultados:**

### **6.1. Descripción de los resultados**

#### Fase I

La población total del consultorio 5-A del turno matutino es de 3,266 personas, el grupo masculino representado por un total de 1,516 que corresponde a 46.42% y para el sexo femenino de 1,750 que corresponde al 53.58% (cuadro 1).

Existe una población infantil (1 – 14 años) de 1,018 individuos (8.39 %) con 504 niños que representan el 3.95% del total de hombres de la población masculina y de 514 niñas con un 4.44% del total de la población femenina (cuadro 1, gráfico 1).

El grupo femenino en edad fértil (15 – 49 años) esta representado por un total de 1.004 mujeres (30.74%) siendo el grupo etáreo entre 30 – 34 años el de mayor incidencia con 202 mujeres (6.18%) y el de 45 a 49 años el de menor incidencia con 80 mujeres (2.45%) (cuadro 1, gráfico 1).

La población anciana de 60 años en adelante esta representada por un total de 250 personas (3.37%) donde 123 son hombres (1.71%) y 127 son del sexo femenino por (1.65%) (cuadro 1, gráfico 1).

#### Fase II

##### **Descripción de la estructura familiar de (n=100)**

En el ciclo vital de las familias en estudio (n=100), el 20% se encuentra en fase de expansión, el 62% en fase de dispersión, el 13% en fase de independencia y por último el 5% se encuentra en fase de retiro (gráfico 2).

La familia en base a su desarrollo, el 44% es moderna y el 55% es tradicional. En cuanto a la demografía, el 99 es urbana, y el 1% es rural (gráfico 3, 4)

En base a su composición el 83 % es nuclear, el 13 % es extensa y el 4% restante es compuesta (gráfica 5).

De acuerdo a su ocupación de los padres de familia el 37.5% cuenta con una preparación profesional (27.5% el padre y el 10% la madre) el 10% cuenta con una carrera técnica (7.5% el padre y 3% la madre). El 11.5% son empleados (7.5% el padre y el 4% la madre), el 8.5% tiene una actividad no identificada, mientras que el resto de los padres de familia (32% está representada por la madre en las actividades propias del hogar. (gráfico 6 y 7 )

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

La escolaridad con que cuentan los padres es de 12% para la educación superior, el 55% cuenta con la educación media superior o técnica, el 10% cuenta con la educación media y el resto con 23% con educación básica. (gráfica 8)

Las familias con un ingreso económico de menos de un salario mínimo alcanzó el 3%, las de uno a dos salarios mínimos fue del 37%, mientras que para las familias con un salario igual o mayor a 3 salarios fue del 60% (gráfica 9)

La edad de los padres tienen como media 38.60 años con una desviación estándar de (+- 13.48). Las madres tienen como promedio de edad una media de 36.71 años con una desviación estándar de (+- 10.92) (cuadro 2).

El promedio de años de casados de las parejas es de 14.25 años con una desviación estándar de (+- 8.95) (cuadro 2).

El número de hijos menores de 10 años de las familias en estudio fue en promedio una media de 1.49 hijos con desviación estándar (+- 1.04).

El número de hijos de 11 a 19 años fue una media de 1.22 hijos con una desviación estándar de (+- 1.43). Para los hijos de más de 20 años la edad media es de 0.75 hijos con una desviación estándar de (+- 2.44). (cuadro 2)

De las familias estudiadas (n=100), el 59% no lleva método de planificación, el 10% le fue realizada lo OTB, el 11% son usuarias del DIU, el 7% utiliza hormonal inyectable como el de tabletas, el 3% lleva el método del ritmo y el 3% utiliza el preservativo, no se reporta ninguna vasectomía. (gráfico 10)

El estado civil y el ingreso familiar presenta cierta relación, en lo que refiere a las parejas casadas el 49% tiene un ingreso económico alto, el 28% un ingreso medio y el 1% es bajo; las parejas en unión libre el 7% tienen un ingreso alto y el 4% un ingreso medio, para las parejas divorciadas el ingreso es totalmente bajo con un 3%. (gráfica 11)

El método de planificación adoptado por las parejas relacionadas con la escolaridad se manifiesta en que la mayor parte de las familias es sus distintos niveles de educación no manejan métodos de planificación familiar, es decir el 59%. (gráfica 12)

### FASE III.

#### **Las principales causas de consulta:**

Las primeras diez causas de consulta se marcan en el cuadro 3, destacando en primer lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 238, el segundo y octavo lugar es ocupado por las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus respectivamente, las enfermedades diarreicas ocupan el décimo lugar. (gráfica 13)

Se menciona el número total de 664 de consultas otorgadas a hombres y mujeres (gráfico 14). Así como el total de consultas 428 subsecuentes (gráfica 15).

**Tablas  
y  
Gráficos**

GRUPO ETÁREO	DISTRIBUCIÓN POR EDADES			Total	% MUJERES	% HOMBRES	% TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	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	
<b>Total</b>	<b>1750</b>	<b>1516</b>	<b>3266</b>	<b>53.58</b>	<b>46.42</b>	<b>100.00</b>	

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

**CUADRO 1. 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.**

FUENTE : Encuestas realizadas en el 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

Años de unión conyugal	Media	Desv. est.
	14.25	8.95

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

Edad del padre	Media	Desv. est.
	38.60	13.48

Edad de la madre	Media	Desv. est.
	36.71	10.92

Método de planif. 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

Número de hijos (hasta de 10 años de edad)	Media	Desv. est.
	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.	%
Desarrollo :		
Moderna	44	44
Tradicional	55	55

Composición:	No.	%
Nuclear	83	83
Extensa	13	13
Compuesta	4	4

Demografía	No.	%
Urbana	99	99
Rural	1	1

Etapa del ciclo familiar	No.	%
Expansión	20	20
Dispersión	62	62
Independencia	13	13
Retiro	5	5

**CUADRO 2. Hoja de resultados del estudio Sistemático Familiar del consultorio 5-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

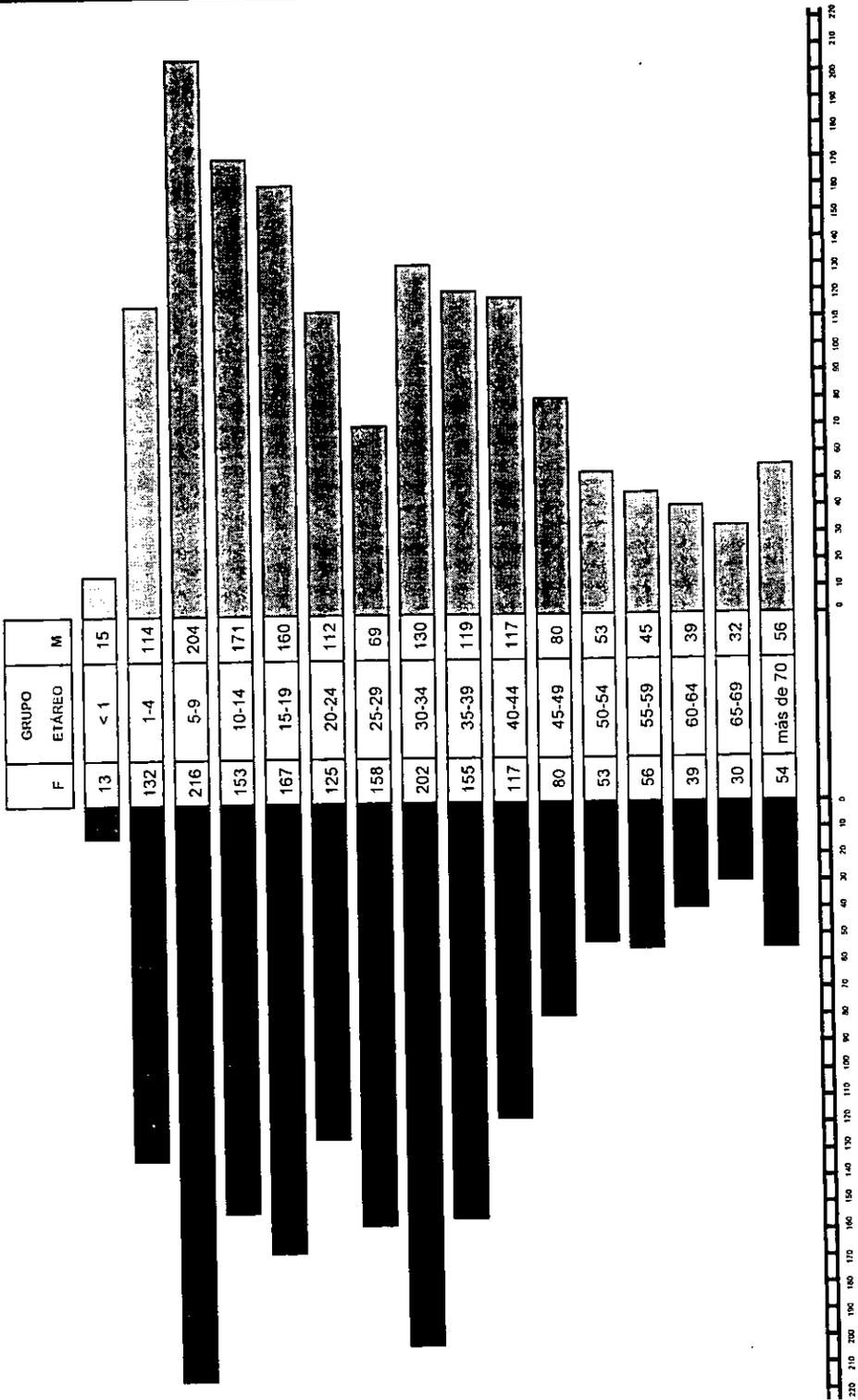
FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 5-A T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Motivo de consulta	Consultas por 1a. vez	Consultas Subsecuentes	Consultas por sexo		Total de consultas	Porcentaje		Porcentaje total
			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 4. Hoja de motivos de consulta por primera vez y subsecuentes del consultorio 5-A T.M. 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.

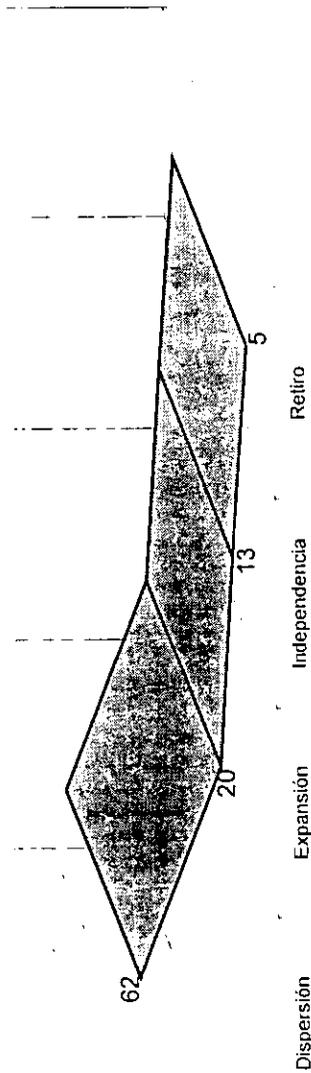


GRÁFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 5-A T.M. DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.

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

**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR**

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



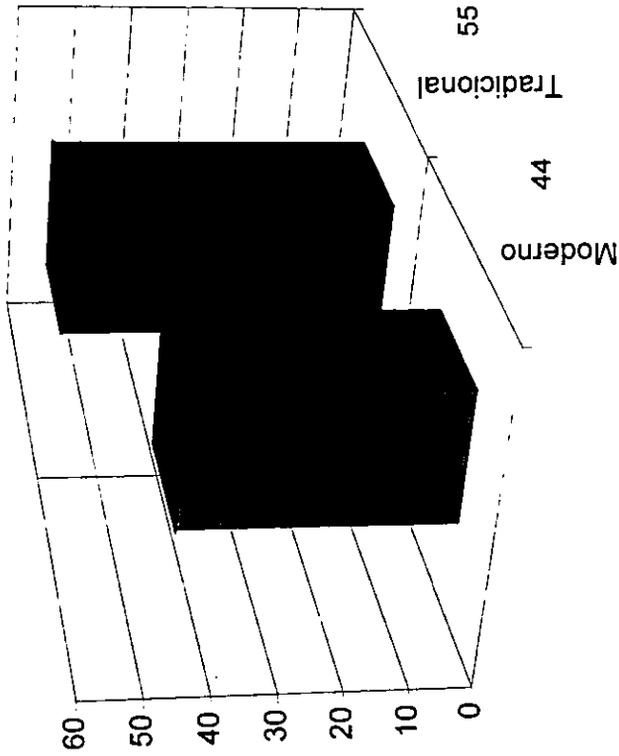
**ETAPA DEL CICLO FAMILIAR**

**Gráfica No. 2. 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.

**TIPO DE FAMILIA POR DESARROLLO**

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

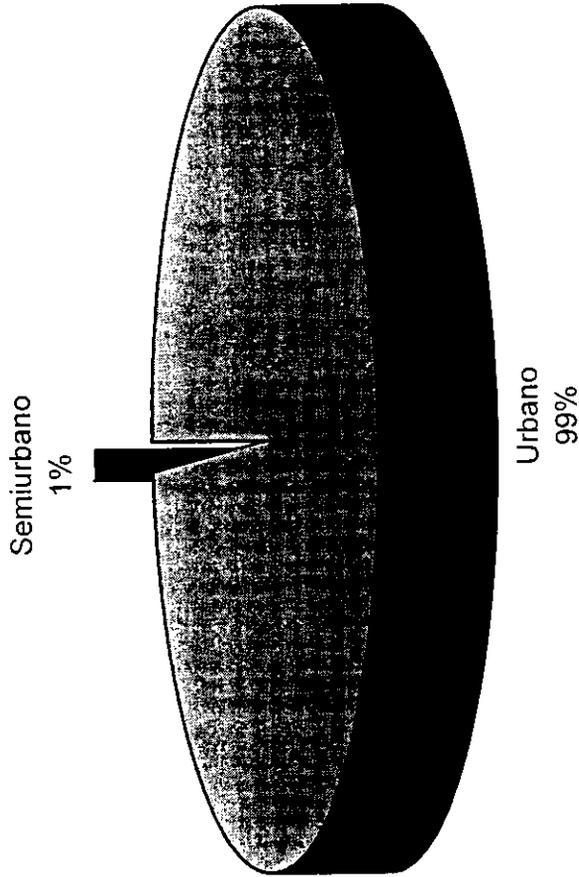


**Gráfica No. 3. Tipo de desarrollo familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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

**DEMOGRAFÍA**

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

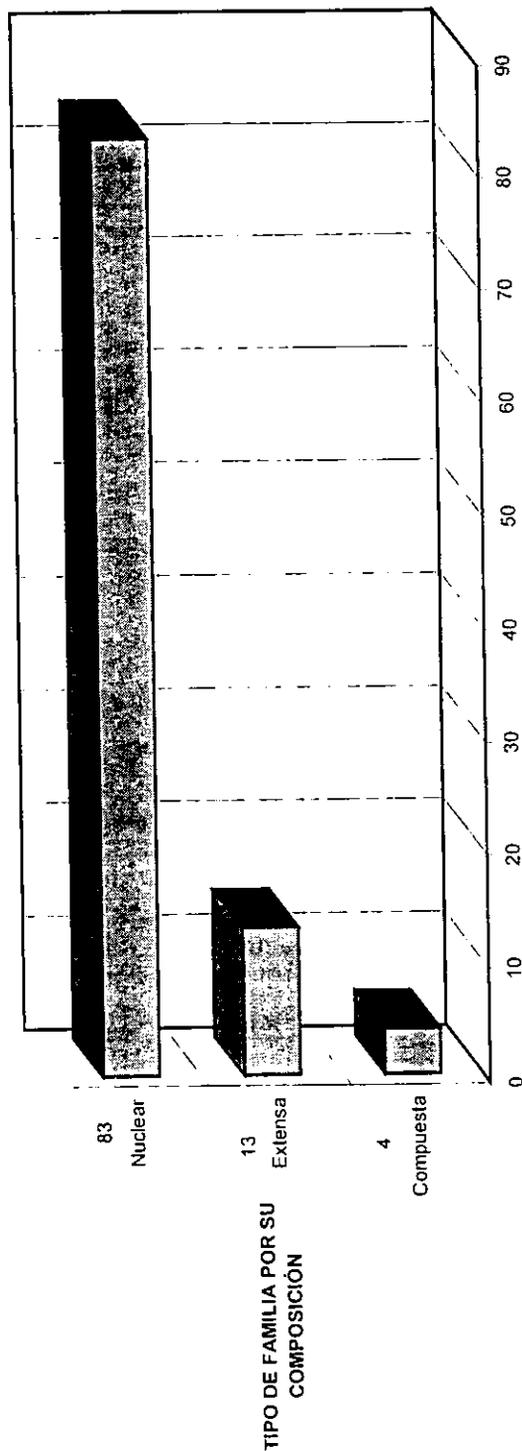


**Gráfica No. 4. Tipo de familia por demografía de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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

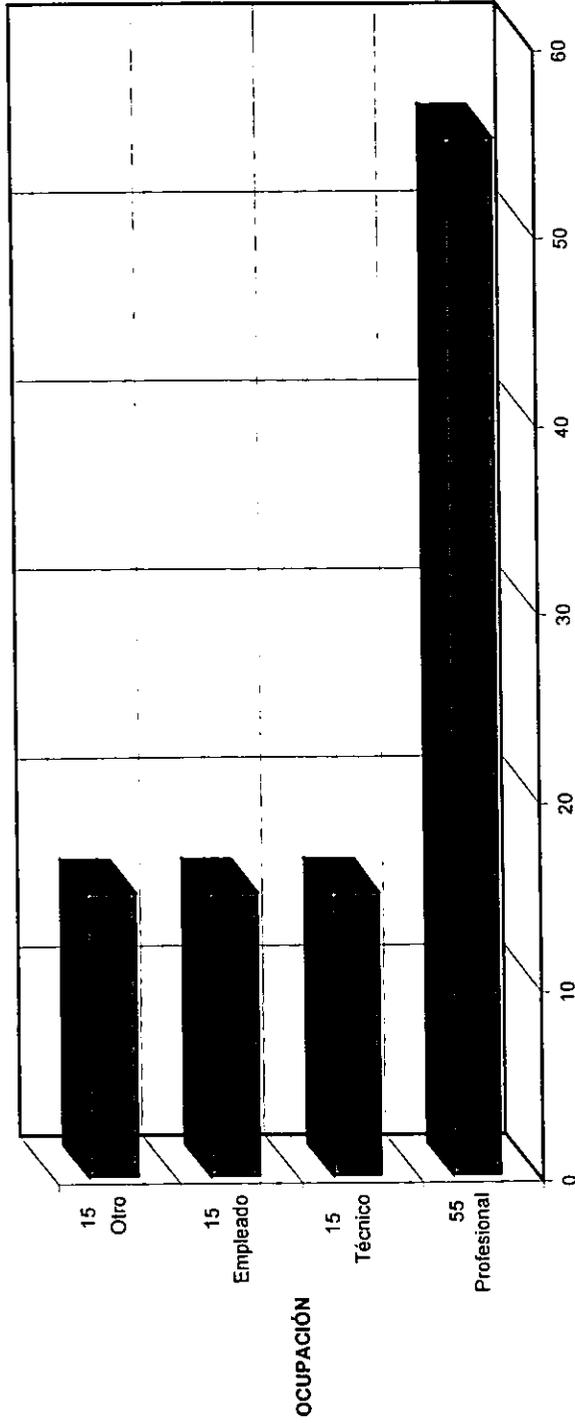


**Gráfica No. 5. Tipo de familia por su composición de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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

**OCUPACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA**

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

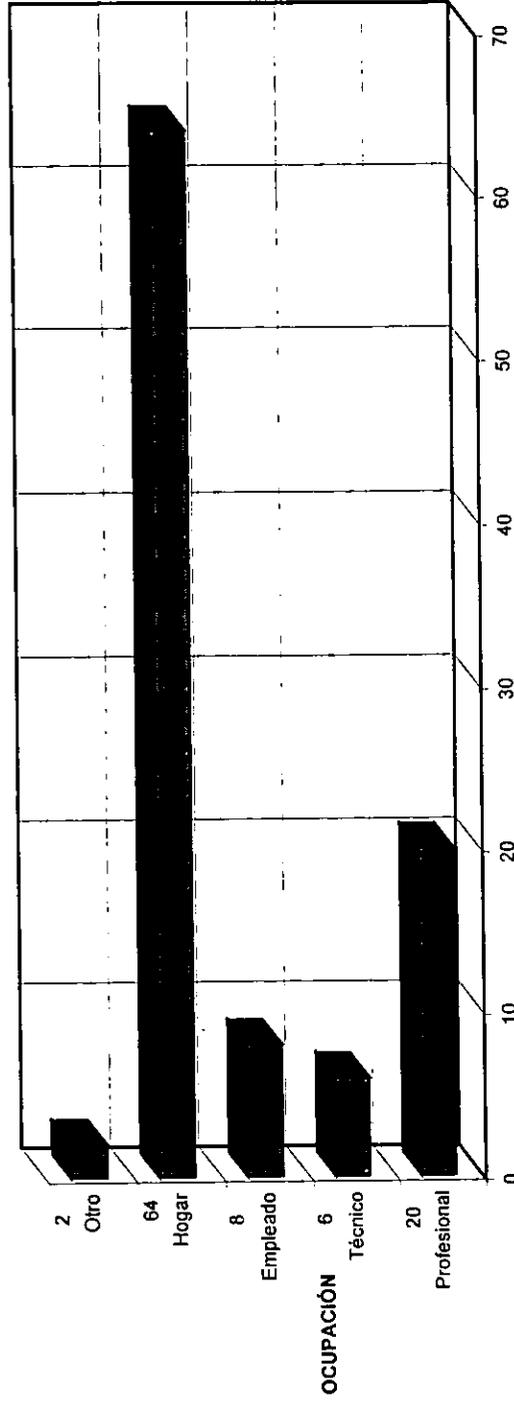


**Gráfica No. 6. Ocupación de los padres de familia adscritos al consultorio No. 5-A  
T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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

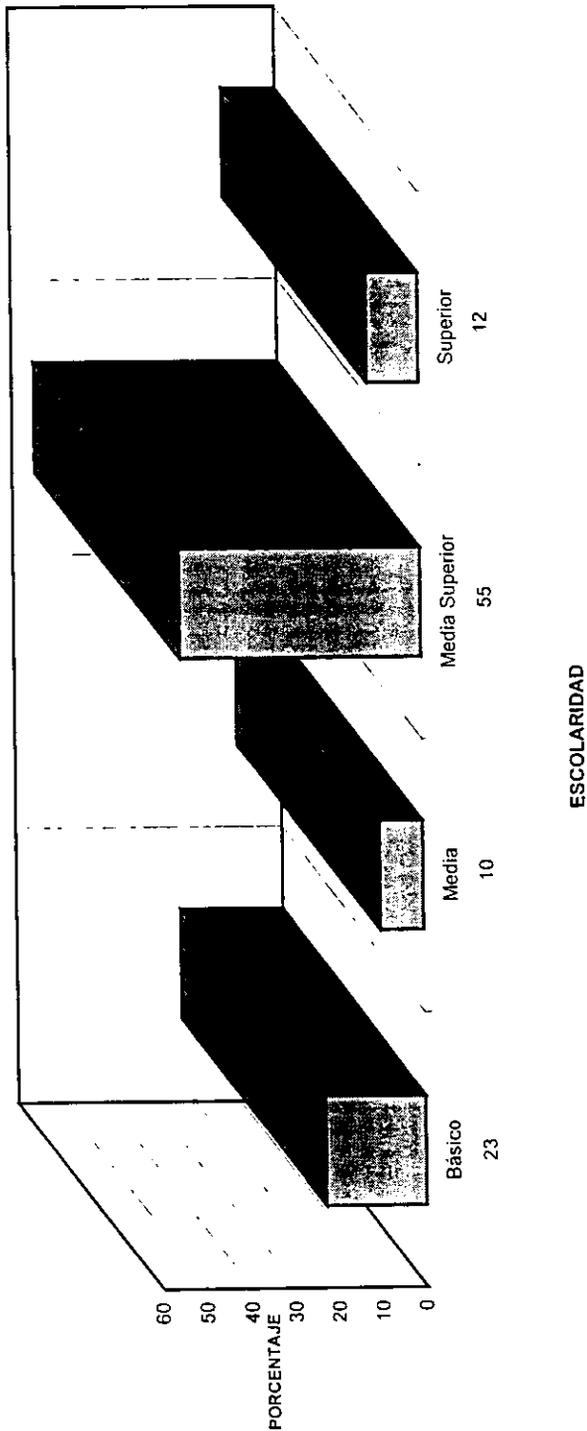


**Gráfica No. 7. Ocupación de las madres de familia adscritos al consultorio No. 5-A  
T.M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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

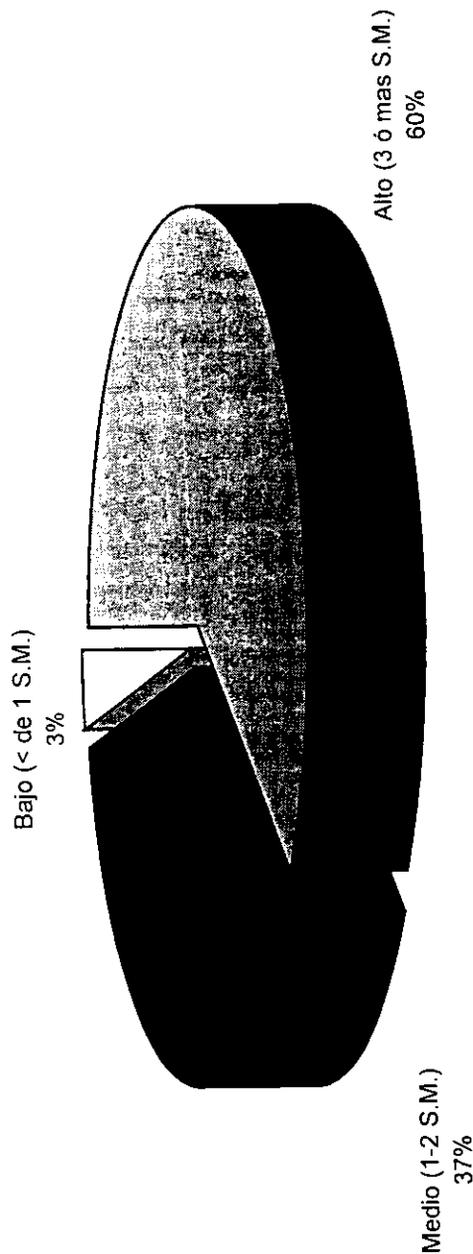


**Gráfica No. 8. Escolaridad de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A  
T. M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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

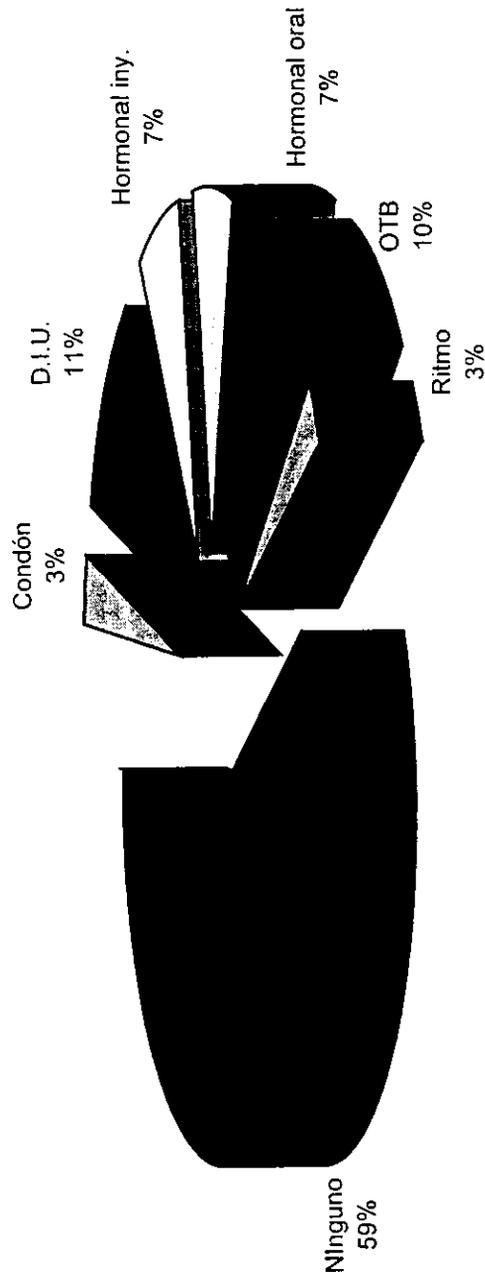


**Gráfica No. 9. Ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A  
T. M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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
OTB	10	59	87
Ritmo	3	10	97
Ninguno	59	3	100

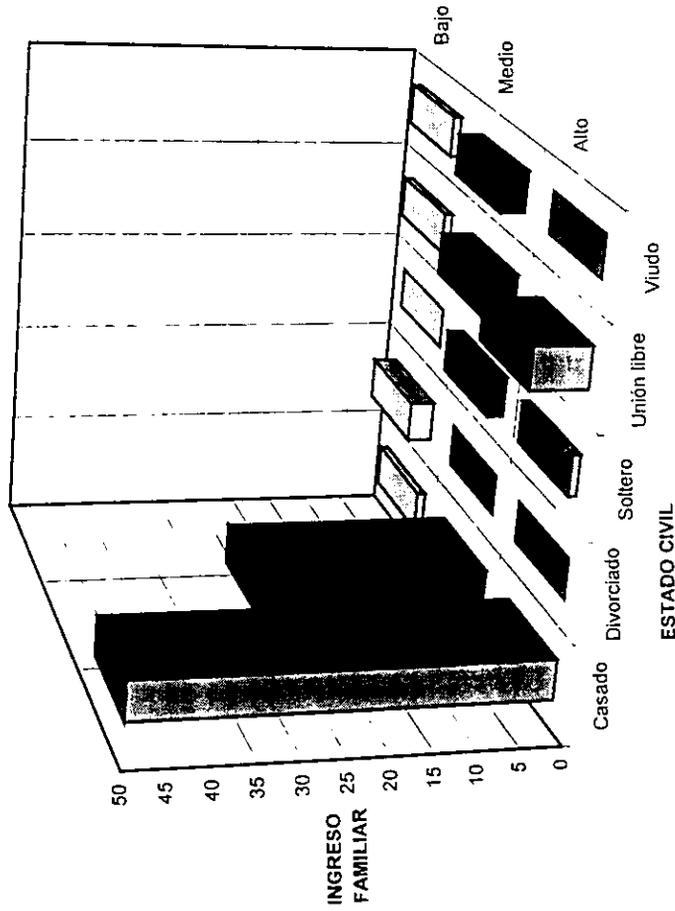


Gráfica No. 10. Métodos de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5 de la T. M. Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

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

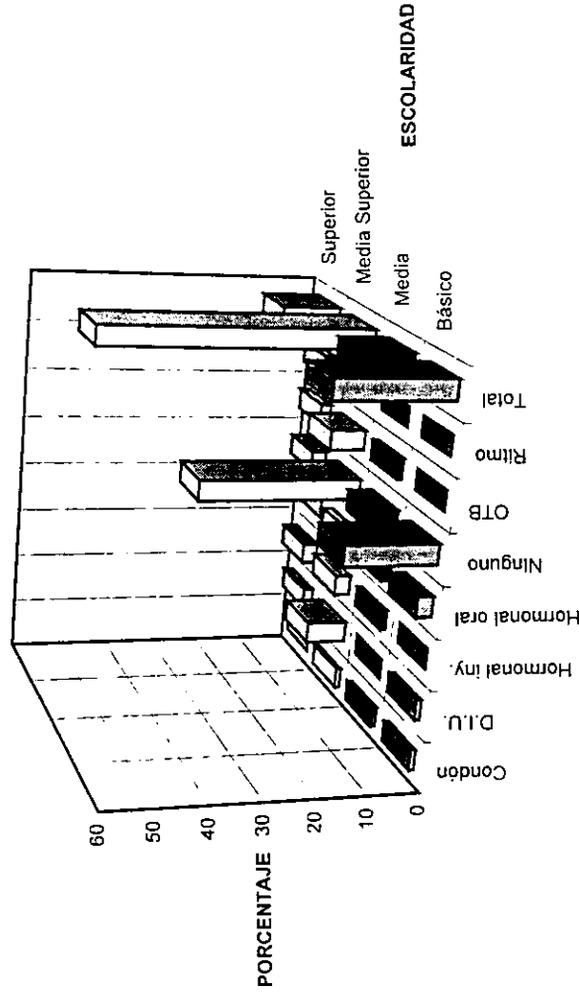


**Gráfica No. 11. Estado civil e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A T. M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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

## ESCOLARIDAD/MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

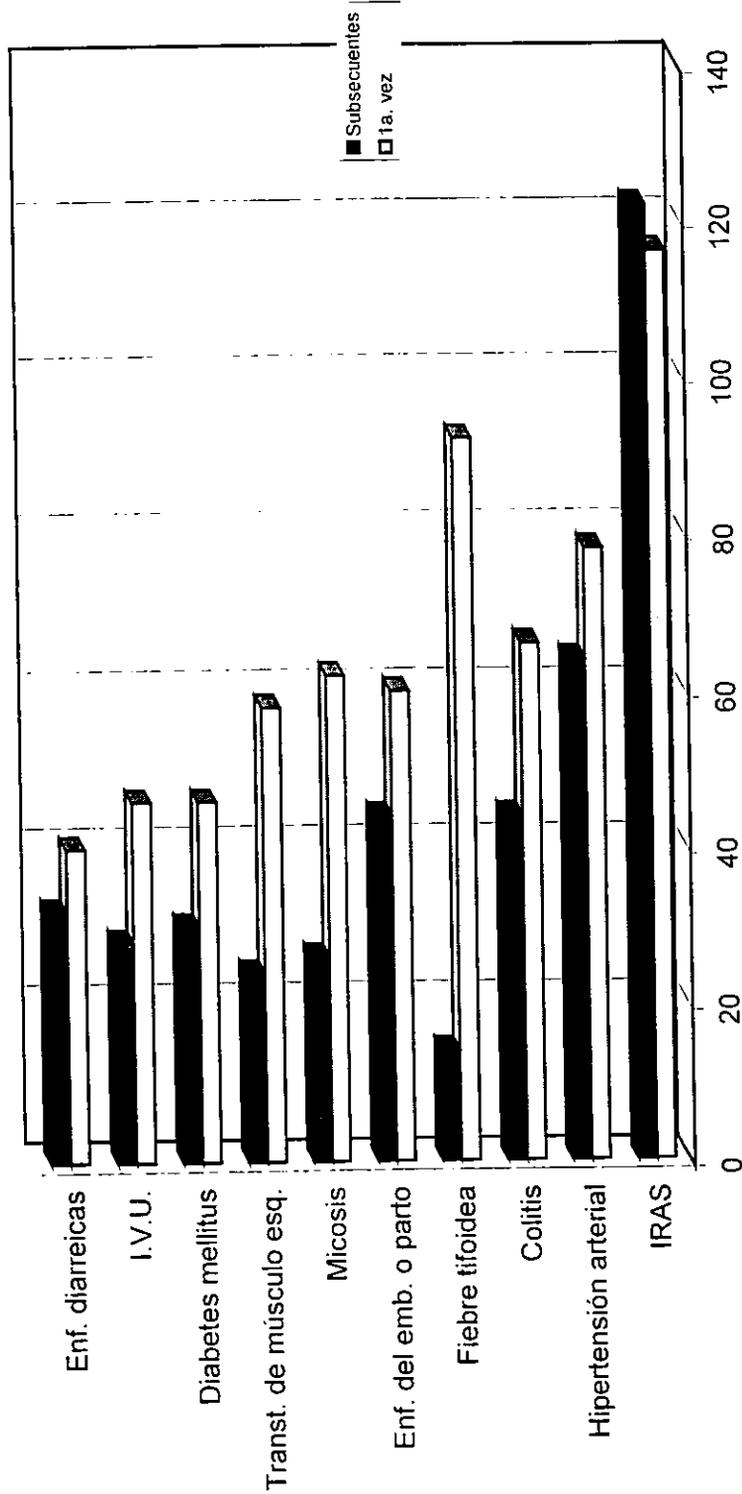
Método	Escolaridad				Total
	Básico	Media	Media Superior	Superior	
Condón	1	1	1	0	3
D.I.U.	1	0	8	2	11
Hormonal iny.	0	1	3	3	7
Hormonal oral	3	2	2	0	7
Ninguno	18	5	33	3	59
OTB	0	1	7	2	10
Ritmo	0	0	1	2	3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>55</b>	<b>12</b>	<b>100</b>



MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

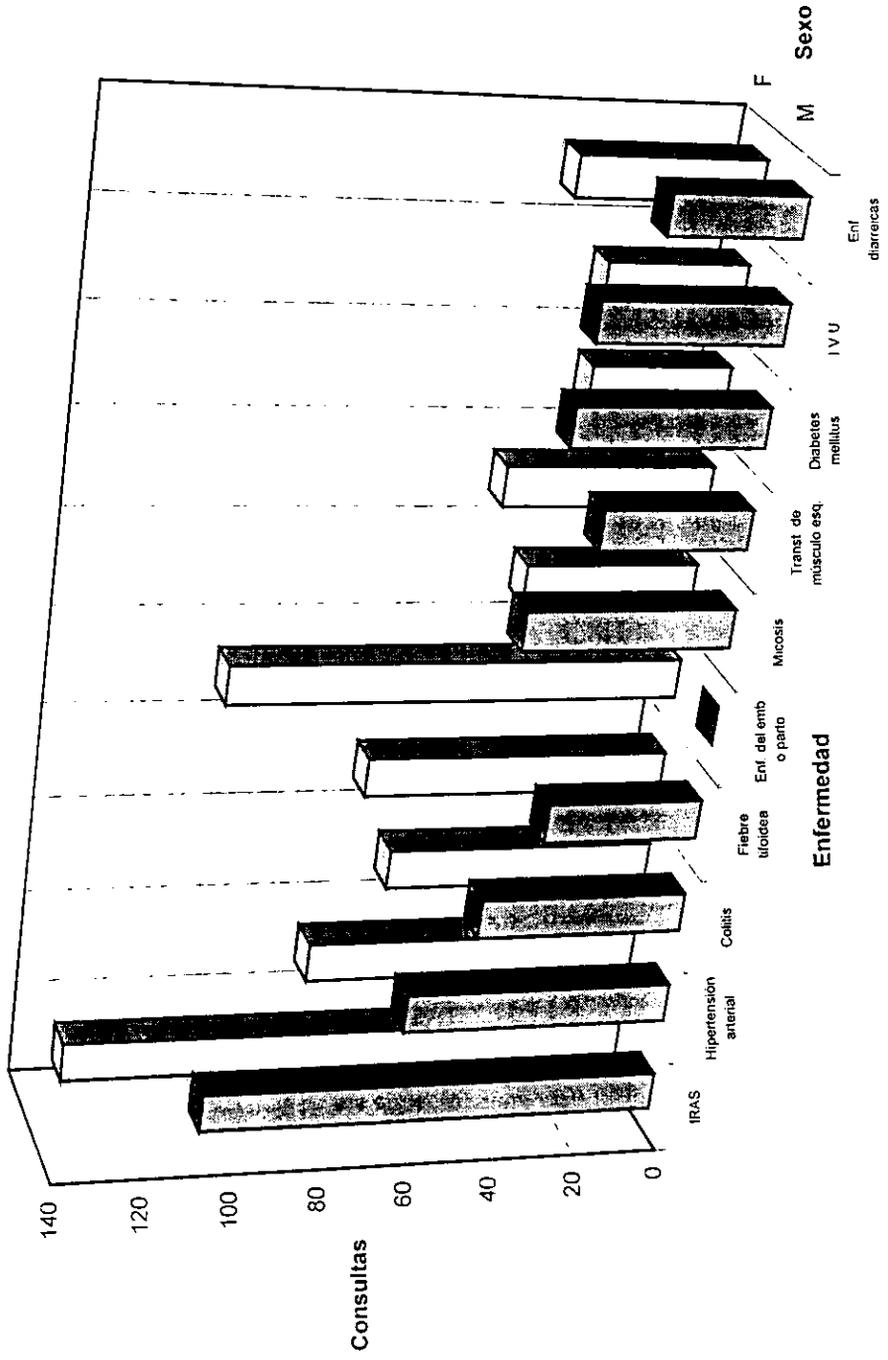
**Gráfica No. 12. Escolaridad y método de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A T. M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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



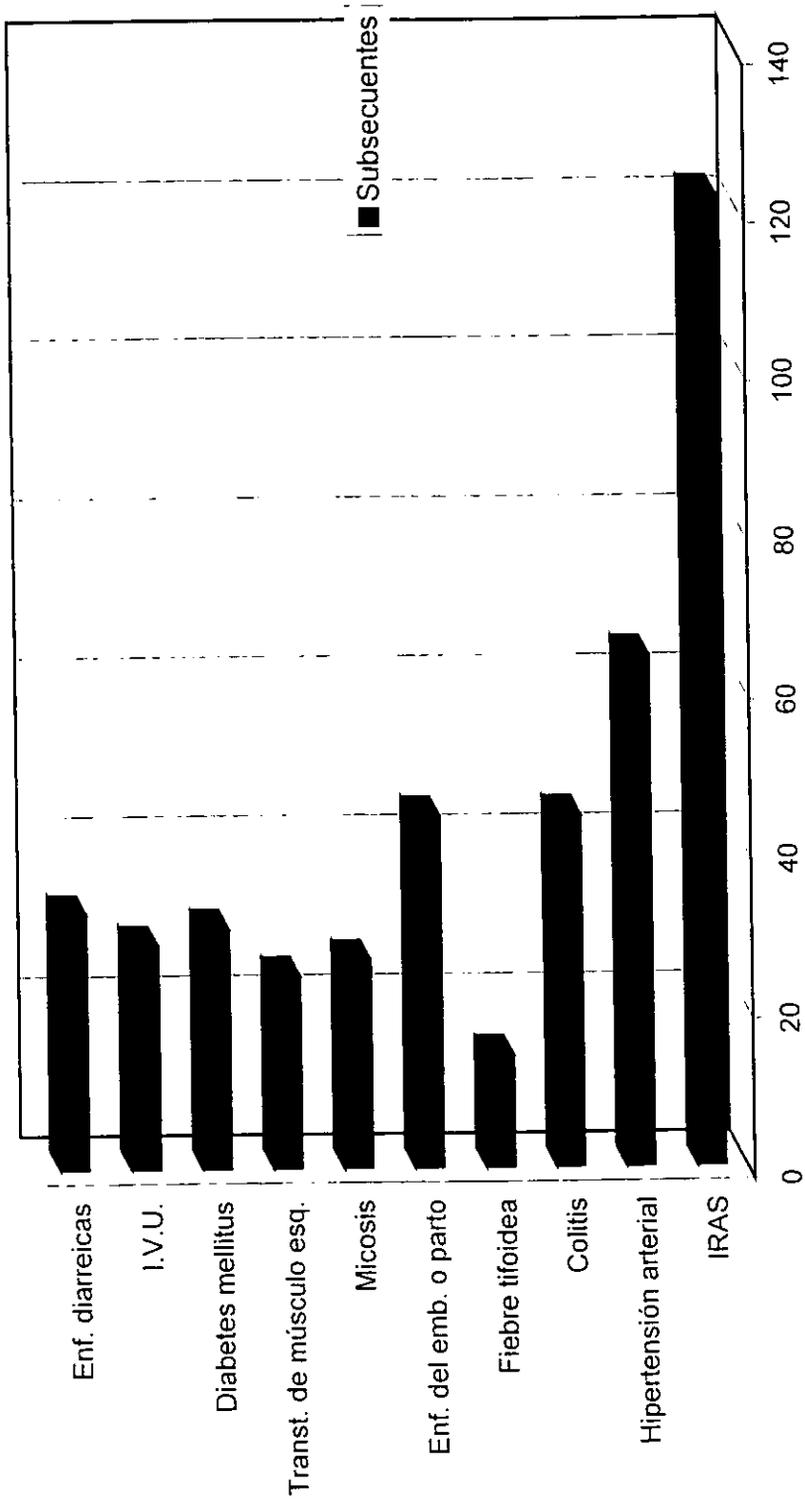
**Gráfica No. 13. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A T. M. de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

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



**Gráfica No. 14. Motivos de consulta por sexo de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A T. M. 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. 15. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 5-A T. M. 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.

## VII.- Discusión.

Se observa en la pirámide poblacional del consultorio 5-A, turno matutino de la Clínica-Hospital de 2D2 San Cristóbal de Las Casas, Chiapas predomina la población joven invirtiéndose la pirámide con relación a la de la tercera edad con similitud con el rango de la pirámide poblacional a nivel nacional que es de 5 – 9 años.

El grado de escolaridad de los encuestados es de profesional con un 55% en contraste con las estadísticas nacionales (INEGI) donde se observa que un 52% no cuenta con instrucción media básica, los profesionales del ISSSTE en su mayoría pertenecen a la SEP. En este estudio los ingresos familiares sobrepasan a los tres salarios mínimos y a nivel nacional sólo lo sobrepasa el 32.8% (INEGI).

En cuanto al método de Planificación Familiar el 59% no lleva método, no ha tenido impacto quizá por la falta de información a la derechohabiente.

Las familias de acuerdo a su demografía son: urbana 99% en base a su desarrollo es moderna en un 44%, el 55% es tradicional y el 1% es rural, en su composición el 83% es nuclear el 13% es extensa y un 4% es compuesta. Comparativamente con estudios realizados en la Clínica-Hospital Dr. Rafael Barba Ocampo difieren los porcentajes de familias urbanas en un 69% y rural en un 2%.

La edad de los padres tiene una media de 38.60% y la de las madres de 36.71% que contrasta con la edad de los padres a nivel nacional que es de 20 a 40 años en un 50% (INEGI).

El estado civil de las familias encuestadas predominan los casados con un 78% y a nivel nacional predominan los casados. La unión libre de este estudio es de un 12% teniendo una mínima diferencia con estudios realizados en Clínica-Hospital Dr. Rafael Barba Ocampo que es de un 11%.

Las principales causas de morbilidad son: infección de vías superiores que coinciden con las estadísticas nacionales; las crónicas degenerativas como la hipertensión arterial ocupan el segundo lugar. Teniendo como noveno lugar las infecciones de vías urinarias que difiere mucho de la media nacional que ocupa el cuarto lugar.

## VIII.- Conclusiones.

El presente trabajo de investigación cumplió con los objetivos formulados en cuanto a la identificación de las características bio-sociales y la morbilidad de la población adscrita al consultorio 5-A turno matutino de la Clínica-Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Se encontró que el grado de escolaridad es de profesional en un 55% que sus ingresos familiares pasan los 3 salarios mínimos, en cuanto a Planificación Familiar un 59% no cuenta con ningún método para su control. Las familias son urbanas, predominan los casados, estando las familias en la etapa de expansión.

Los padecimientos más frecuentes fueron en primer lugar las infecciones de vías respiratorias altas, siguiendo las crónico degenerativas como la hipertensión arterial encontrando como nueve y diez infecciones de vías urinarias y diarreas.

## Propuestas y sugerencias.

Realizar estos estudios a toda la clínica y conjuntar información de cada consultorio para programar actividades operativas para la adecuada resolución de los problemas de salud de los derechohabientes.

Es necesario que el médico familiar salga a la comunidad para promover a los estudiantes métodos de planificación familiar, dando pláticas a las escuelas en la edad primaria y secundaria que es cuando se presenta el primer contacto sexual y poder así difundir los métodos anticonceptivos. Involucrando, organizando y coordinando un grupo interdisciplinario formado por personal de enfermería, trabajo social, servicio dental, etc. para mejorar las demandas de la población.

Fomentar y asistir a cursos de actualización en investigación por medio de la jefatura de enseñanza para promover los problemas básicos de salud de la Unidad Médica.

Si tenemos un mejor contacto de diagnóstico familiar de cada familia los resultados serán más eficientes y más completos con mejores resultados en la problemática familiar.

Fomentar la relación médico-paciente para corregir los objetivos deseados como mejorar las infecciones de vías respiratorias superiores capacitando a los padres de familia y a sus hijos en el cuidado de su organismo en épocas de frío, en su autocuidado evitando cambios bruscos de temperatura, ingesta de bebidas heladas y el vestuario adecuado para cada tipo de clima. Así como promover la vacunación en menores de 5 años de edad y en mayores de 60 (antineumónico).

Enfatizar en la detención de enfermedades crónico-degenerativas como hipertensión arterial como factores de riesgo, como obesidad, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, hiperlipidemias en cada paciente hipertenso.

## IX.- Referencias Bibliográficas

1. Océano Uno De. Diccionario Enciclopédico Ilustrado. 1990
2. Shires D, Hennen B. Medicina Familiar, Guía Práctica, Mc Graw- Hill, 1983.
3. Consejo Nacional de Población. La vida Familiar. Platiquemos en familia. 1994;1: 13-17
4. Gurriola Castro G. Álvarez González M.. Educación Cívica. Ed. Patria Méx. 1987; 96-110
5. Velasco Ortiz L. Estudiar a la familia. Comprender a la Sociedad: PUEG, CONAPO, DIF, UAM, UNICEF, 1995; 21-26.
6. González Medellín Fj., El hombre en el Mundo de Hoy. Ciencias Sociales Uno. Ed Trillas. Méx. 1978 3ª. De. 31-37
7. Silva T. Andrade V. Christen M. Vallejo B. Ciencias Sociales I Ed. Trillas 1990; 50-57
8. Engels, Fco. Estadios Prehistóricos de la Cultura. En: El origen de la Familia, propiedad privada y el estado, México. Ed. Quinto Sol, S.A. de C.V. 1997: 20-68
9. Irigoyen C. A, Hernández R. C., Gómez C.F.J.F., Fernández O.M.A. Capítulo I Esquema de Clasificación Integral de la Familia. En Irigoyen C:A, Gómez C.F.J.F., Hernández R:C:, Farfán S:G., editores. Diagnostico Familiar. México Editorial Medicina Familiar Mexicana, 4ª. Ed. 1996; 13-17.
10. Hennen B.K. La familia como Unidad de Atención. En: Shires, D., Hennen B. Medicina Familiar Guía Práctica, McGraw-Hill, 1983.
11. Irigoyen C: A, Gómez C. F, Hernández R.C, Farfán S.G. Diagnóstico Familiar. Méx. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 4ª ed., 1995; 30-42
12. Necesidades esenciales en México, Situación actual y perspectiva al año 2000. Coplamar XXI 1998; 36-56
13. Castellanos R.J: Situaciones de Cobertura, Niveles de atención primaria, Bol. Oficial Sanitaria Panamericana, 1997; 5:82.
14. López M..S. Atención Primaria de Salud. 45-61.
15. Organización Panamericana de la salud. Maternidad Saludable, Bol. Médico Familiar 1998. Marzo-Abril 1.5.
16. S.S.A. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.

17. Consejo Nacional de Población. Reconstrucciones de la fecundidad 1960-1991, con base en los censos de población y defunciones registrados en el país. México, 1995
18. Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática. Encuesta Nacional y dinámica demográfica. 1996 Metodología y tabulación INEGI Aguascalientes, Aguascalientes 1996.
19. INEGI. Estadísticas de mortalidad SISPA, 1996
20. INEGI. Estadísticas Vitales, Capítulo I. Mortalidad, SISPA, 1996
21. Velasco O.R. Trascendencia y perspectivas de la Medicina Familiar a veintidós años de establecida. Rev. Méd. IMSS Michoacán 1993; 61-64
22. Ramírez S.T. Najera A.P. Nigenda L G. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, Vol. 40 No. 1 Enero-Febrero 1998; 3.12
23. OMS. Ottawa Charter For Health Promotion. An International Conference on Health, Promotion, Ottawa, 1986
24. Delgado A. López-Fernández L. La participación Comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria 1992;9:457-459
25. Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e informática. Encuesta nacional y dinámica demográfica. 1992 Metodología y Tabulación. INEGI Aguascalientes. Aguascalientes 1993.
26. Mazón R.J. Irigoyen C. A. Gómez C. F. J. Landgrave I. S. La investigación en Medicina familiar, limitaciones y alternativas. Medicina Familiar. Rev. Méd. IMSS (mex.) 1993; 33:223-226.
27. Sepúlveda GB, Méndez HL. Programa para la implantación del nuevo sistema médico familiar, Rev. Med. IMSS 1993; 31:5-6.
28. Várela RCE. Programa del primer curso de formación de profesores de medicina familiar. Jefatura de enseñanza e investigación. Med-Fam IMSS 1983.
29. Chávez A.V. García M.A. La atención integral en medicina familiar, Rev. Med. IMSS 1995;33:167-171.
30. López Salamanca S Actuación del Especialista en Medicina Familiar en la sociedad actual, Rev. Med. IMSS (Méx.) 1995;33:317-320.

31. Chávez A.H., El Médico familiar en la atención primaria a la Salud. Rev. Med. IMSS. México 1995;33; 173-176.
32. Dickinson B.M.A., Ponce R.E.R., Gómez C.F.J., González Q.E., Fernández O.M.A., Corzo C.M.T., et col. Determinantes Sociales de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Atención Primaria. México. Vol. 27 Núm. 5. 1998:275-282.
33. Irigoyen C.A. Hernández R.C. Melchor GM. Mazón R.JJ. A cuarenta años de la propuesta de atención Médica Familiar, en el Instituto Mexicano del Seguro Social Medicina Familiar. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1993; 31:287-291
34. Miranda Basurto A. La evolución del hombre. Ed. Herrero. S.A. Méx. 1ª ed. 1964; 21-22
35. Pérez Duarte AE. Derecho de familia. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. Méx. 1990; 8-33
36. Abrego BR Sandoval PA. Tenocelotl H M. Varela PMC. Enfermedades Diarreicas Agudas: Impacto de la Capacitación en los derechohabientes. Medicina Familiar. Rev. Méd. IMSS (mex.) 1996; 293-296
37. Aguirre E J.A. Vega S E. Hunchim A.M.L. López H.p. De Médicos de cuerpo sin alma. Méd. Familiar. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1996; 385-387
38. Chávez A V. Velasco OR. Disfunciones Familiares del Sistema Conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Méd. IMMS (Méx.) 1994; 32: 39-43
39. Velasco OR. Chávez A V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapeutico. Rev. Méd. IMSS (Méx) 1994; 32: 271-275
40. García Flores M. Tovar V. México: Comportamiento Reproductivo y marginación Social 1970-1990. Elementos para un diagnóstico geográfico en salud reproductiva. Salud Pública. México 1995, 37: 279-287

