



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

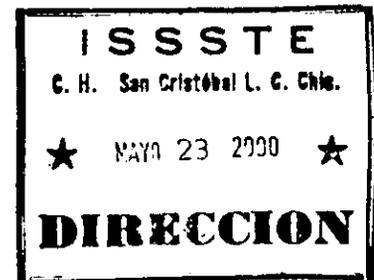
11226
64
2ej

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 6-B 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 QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

DR. ELEASÍN LÓPEZ FLORES

281021



ISSSTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. MÉXICO

1999

**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.

PAGINACION

DESCONTINUA

*APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 6-B DEL
TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL
I.S.S.S.T.E. EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.*

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

DR. ELEASÍN LÓPEZ FLORES

AUTORIZACIONES:

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



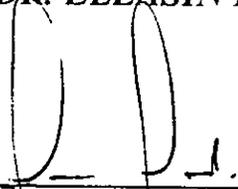
*DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.*

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

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 6-B DEL TURNO
VESPERTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL I.S.S.S.T.E. EN
SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.**

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

DR. ELEASÍN LÓPEZ FLORES



DR. SALVADOR PONCE DE LEÓN CASTRO

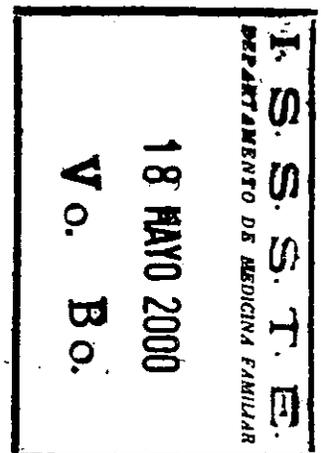
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E. Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL I.S.S.S.T.E. EN SAN CRISTÓBAL
DE LAS CASAS, CHIAPAS



DRA. MA. DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA (U.N.A.M.)



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



Clínica Hospital "D" San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 1999.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. MARCO TEÓRICO	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	17
III. JUSTIFICACION.....	18
IV. OBJETIVOS.....	19
IV.1. Objetivo general.....	39
IV.2.objetivos especificos.....	19
V. HIPOTESIS.....	39
VI. METODOLOGIA.....	20
VI.1. Tipo de estudio	40
VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio.....	20
VI.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	20
VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	20
VI.5. Información a recolectar (variables de medición).....	21
VI.6. Procedimiento para capturar la información	22
VI.7. Consideraciones éticas.....	42
VII. RESULTADOS	23
VII.1. Descripción de los resultados	43
VII. 2. Tablas (cuadros) y gráficas	27
VIII. DISCUSION	48
IX. CONCLUSIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS	56

I. MARCO TEÓRICO

Introducción

La atención médica en forma integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud, por lo que varias instituciones han instaurado el Sistema Médico Familiar con un modelo de atención médica de sus derechohabientes y desde su aparición en México, no ha contado con una base teórica respaldada por las evidencias científicas que permiten esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico (estudio de la familia, continuidad de atención y acción anticipatoria), por los que los médicos ejecutan acciones no muy claras que crea confusión y le resta personalidad propia al médico familiar.

Por lo que es necesario tener una metodología que facilite la práctica de la medicina familiar en el nivel operativo en donde se ponga en práctica las habilidades y conocimientos del médico de familia.

Antecedentes bibliográficos

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 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 del 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 y matrimonio.

El censo 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 y 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. (1,4,8)

La familia se clasifica de la siguiente manera:

- a) **Con base en su desarrollo:** Moderna, tradicional, arcaica o primitiva.
- b) **Con base a su demografía:** Urbana y rural.
- c) **Con base a su integración:** Integrada, semi-integrada, desintegrada.
- d) **Con base a su composición:** Nuclear, extensa y extensa compuesta.
- e) **Con base a su tipología:** Campesina, obrera y profesional. (1,4,8)

La evolución de la familia atraviesa por 7 fases:

- a) Fase 1: Denominada como promiscuidad inicial, se caracteriza por una promiscuidad absoluta, una nula reglamentación consuetudinaria entre padres e hijos, y el parentesco es señalado por la línea materna.
- b) Fase 2: Denominada familia punualena "punalúa", se caracteriza por familias por grupos, los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otros grupos: es decir, dos grupos completos están entre sí casados.
- c) Fase 3: Denominado familia sindiásmica "emparejada", se caracteriza por una autoridad matriarcal, una economía doméstica común, una coexistencia entre varias parejas, pero no obstante mantiene su independencia.

- d) Fase 4: Denominada familia patriarcal monogénica, 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.
- e) Fase 5: Denominado familia extensa compuesta, se caracteriza por comprender abuelos, padres, hijos, colaterales, amigos y sirvientes, es una forma de organización familiar que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico.
- f) Fase 6: Denominado familia extensa, caracterizada por las relaciones muy estrechas entre abuelos, padres, hijos, primos y sobrinos; esta familia es característica de las zonas rurales. (1,4,6,8)
- g) Fase 7: Denominado familia nuclear, es característica de las zonas urbanas, relacionándose con la civilización.

El ciclo vital de la familia se divide en:

- a) **Fase de matrimonio:** Inicia la consolidación del vínculo matrimonial concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
- b) **Fase de expansión:** Es la incorporación de nuevos miembros a la familia, es decir, la familia se expande.
- c) **Fase de dispersión:** Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.
- d) **Fase de independencia:** Inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias, es decir, cuando algunos de los hijos ya se ha casado.
- e) **Fase de retiro:** Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado. (1,4,6,8)

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

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.

Cuidado: Es la 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.

Afecto: Es la función familiar que se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia y una actitud hacia nosotros semejantes, en relación con la necesidad de recibir afecto y proporcionarlo.

Reproducción: Es la función familiar encargada de proveer de nuevos miembros a la sociedad con el compromiso de efectuar esta tarea con responsabilidad.

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. (1,4,6,8)

La familia a lo largo de su ciclo vital que va desde la emoción del próximo embarazo hasta el estado emocional, por la que cursa cuando muere un miembro de la familia, de esta manera se puede mencionar las etapas críticas por las que pueden atravesar la familia: El embarazo, que indudablemente en la mayoría de los casos crea muchas expectativas en la vida familiar; el nacimiento del hijo que repercute desde diferentes 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 última etapa crítica que es la muerte de un miembro que lógicamente provoca alguna crisis familiar. (1,4,6,8)

Un familiograma es un instrumento clínico práctico que favorece el abordaje a los sistemas familiares para la atención del paciente. Los familiogramas permiten a los médicos familiares diagnosticar y manejar problemas clínicos psicosociales complicados que frecuentemente no pueden ser identificados usando el modelo biomédico tradicional.

Los familiogramas también ayudan a los médicos para establecer una relación armónica con los pacientes, tener empatía y comprender sus circunstancias personales, especialmente cuando se enfrentan a pacientes difíciles.

La construcción de un familiograma ha sido estandarizada, permitiendo a los médicos elaborar una descripción de la estructura familiar rápidamente y ver como ésta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas en la vida.

Un familiograma congrega y registra información familiar de tres generaciones en seis categorías específicas que son: la estructura familiar, el estadio del ciclo de vida, el patrón de repetición a través de las generaciones, los eventos de la vida y funcionamiento familiar, los patrones de relación y triángulos, así como el equilibrio y desequilibrio familiar. (1,7,10,12)

El Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMET) se presenta por primera vez, como una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad en medicina familiar que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan con claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación de esta disciplina. (1,10, 13)

La entrevista clínica es un instrumento eficaz, pieza clave del personal con que cuenta el médico familiar para investigar los motivos de consulta. No obstante la entrevista clínica con pacientes de forma individual o forma colectiva tienen grandes variantes, ya que la relación terapéutica es diferente en un paciente solo, que cuando se presenta con algún acompañante o aún más si se presenta todo un grupo familiar. La entrevista clínica con familias tiene algunos puntos particulares que abordar.

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

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

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

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

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y las instituciones de salud hacia finales del siglo 1 a. C., la medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por filósofos expertos en el arte de curar.

En la antigua medicina china el concepto del Yin y del Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias, era considerado como la base del equilibrio y de eso dependía el grado de salud alcanzado, así mismo, señala el primer intento de tener una visión integral del hombre. Otro antecedente importante con respecto a los intentos de instrumentar una medicina integral, se dio en la medicina azteca, la cual estaba enfocada en gran medida a la prevención y la investigación. (1,2,3)

En el área de salud, el concepto de integridad debe entenderse en varios ámbitos y niveles de complejidad entre los que podrán citarse: ámbito de salud y de la enfermedad, enfoque preventivo y curativo, enfoque grupal e individual, la atención continua y esporádica, trabajo en equipo y trabajo individual, trabajo intra y extramuros, actividades formativas e informativas, abordaje social de la enfermedad y la integración docencia, asistencia e investigación. (4,5,6)

La medicina familiar: una nueva especialidad.

En los antecedentes institucionales, tenemos que el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde 1954, se señaló el sistema Médico Familiar como modelo de atención y atendía por separados a niños y adultos, y estuvo en vigencia por más de 20 años. El 15 de marzo de 1971 se inicia formalmente la especialización en Medicina Familiar, con 32 alumnos, en 1972 se incrementa al 11 el número de sedes y se extendió a provincia y en 1973 eran 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes, la residencia para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del curso de especialización. (9,18,19)

En febrero de 1969, el American Medical Association Council on Medical Education aprobó la nueva especialidad de la medicina familiar. Este reconocimiento surge en un momento de crisis médica en Estados Unidos de Norteamérica. Esto fue establecido claramente en el informe Willard: "El comité cree que la medicina necesita una nueva clase de especialista, el médico familiar, que se forma para proporcionar atención sanitaria personal amplia. La preparación de gran número de dicho

médicos es esencial si queremos que el público reciba los beneficios máximos de la medicina norteamericana del futuro” (9, 18,19)

Los orígenes de la medicina familiar en México datan del IMSS desde 1953, donde los sistemas asistenciales adolecen de muchas dificultades: la atención médica general estaba en una etapa de pobre organización, la consulta externa era controlada por personal de archivo, los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos y, el registro de vigencia de derechos y mecanismos de adscripción a la clínica eran deficientes, esta situación era muy similar a la vivida en los E.U. A. Entonces se decide establecer un procedimiento mediante el cual el médico le asignara un número determinado de derechohabientes a los cuales él tenía bajo su responsabilidad, así como los plazos para atender la consulta externa y efectuar visitas domiciliarias, estableciéndose de esta manera en 1955 el “Sistema Médico Familiar” en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En abril de 1987, se estableció el sistema de medicina familiar en todas las clínicas de primer nivel del ISSSTE en el D.F. Así mismo el ISSSTE en 1993 inicia el curso de especialización en su primera etapa en medicina familiar para médicos generales del Instituto contando con aval universitario de la UNAM, actualmente se encuentra completando su cuarta etapa a nivel nacional. (9,18, 19)

Salud Pública

Salud Pública: “Es una parte integral del proceso social”.

Salud: Es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Enfermedad: Se interpreta como una desarmonía funcional del hombre con su ambiente, que se expresa por alteraciones fisiológicas y por cambios entre la interrelación e interdependencia con otros seres.

La Salud Pública: Es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia. Mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.

- Saneando el medio ambiente
- Control de las infecciones transmisibles
- Educación de los individuos en higiene personal
- Organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las enfermedades.
- Desarrollo de un mecanismo social, que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Los campos de acción de la salud pública son:

- a) Los relacionados con los problemas ambientales.
- b) Los que competen al mercadeo de servicios de salud.

Los instrumentos de que se vale la Salud Pública para ejecutar su acción son:

- a) Epidemiología: Que permite el diagnóstico de salud o enfermedad en la población.
- b) La tecnología biomédica indicada en cada situación.
- c) El imprescindible desarrollo de un programa de educación higiénica aplicado a las circunstancias.
- d) La correcta administración de los recursos de salud disponibles(22, 27).

La atención primaria de la salud

La atención primaria de la salud es una estrategia para elevar y garantizar el nivel de salud de la población en general, además de elevar su desarrollo tanto económico como social. Estas estrategias se realizan mediante acciones que inciden en forma directa o indirecta en la salud, otorgadas por los servicios asistenciales de salud dirigidas a la comunidad como a un individuo en lo personal. Estas acciones presentan ciertas características que tienen un carácter preventivo encaminadas a disminuir

los factores de riesgo a través de programa de acción sistematizada. (29, 30)

Las acciones para alcanzar las metas de atención primaria son integrales, es decir, que afectan no solo lo curativo, sino fundamentalmente, lo preventivo. Por esto se acostumbra denominarlas:

- Prevención primaria (promoción y protección de la salud)
- Prevención secundaria (curación)
- Prevención terciaria (rehabilitación)

Aplicando el concepto integrador de la historia natural de la enfermedad.

Para alcanzar salud para todos a través de la atención primaria y desarrollar los programas propuestos es necesario reeducar y reorganizar los recursos físicos, humanos y materiales. En un gran número de sistemas de salud dichos recursos están organizados por niveles ascendentes de complejidad como son los niveles de atención (42)

Niveles de atención:

Los niveles de atención es un procedimiento administrativo y que enfoca las necesidades cuantitativas y cualitativas de las comunidades, las acciones de las mismas a favor de la salud y los recursos para lo mismo, requiriendo un análisis demográfico, epidemiológico y asignación de recursos. En otras palabras son instrumentos en donde hay una racionalización de servicios, los cuales se otorgan escalonadamente e identificando recursos, necesidades y aspiraciones dentro de una región o comunidad. Son dinámicos, cambian con el tiempo y pueden expandirse o contraerse, logrando resultados óptimos de salud de carácter nacional o regional.

Primer nivel: 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. Tiene las siguientes características:

En su problemática se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo la salud, su cobertura es atender a los vecinos de un pequeño lugar, a comunidades determinadas o familias específicas. Esta ubicado en la propia comunidad que sirve. En la atención los beneficiarios tienen acceso a este nivel directamente y existe plena identificación entre servidor y usuarios del servicio. Su función esta orientada hacia la protección y fomento de la salud, el diagnóstico y tratamiento oportuno: control de embarazo, niño sano, inmunización y urgencias. Sus recursos humanos son de la propia comunidad y formado por médicos generales, enfermeras generales, auxiliares de enfermería, parteras y estudiantes. Los recursos físicos son consultorios generales, centros de salud, casas de salud, domicilio del paciente, puestos en fabricas y servicios de urgencias.

Segundo nivel: Este nivel se identifica con servicios de consulta general y hospitalización y por lo general los pacientes llegan referidos del primer nivel, su enfoque no es integrado, es en función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados. Su problemática es ocuparse de la población enferma que necesita cierta atención especializada. Su cobertura es a grandes grupos de población o varias comunidades. Esta ubicado a cierta distancia media del domicilio del paciente. La atención es intermitente, discontinúa, y se otorgan consulta externa y hospitalización. La función esta orientada hacia el diagnóstico y tratamiento tempranos y la limitación del daño. Los recursos físicos son hospitales generales con los servicios de consulta externa, ginecoobtetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

Tercer nivel: Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente tecnificados. Su problemática es atender a población enferma con problemas de salud poco frecuentes, se ubica a gran distancia del hogar del paciente habitualmente, sirve a grupos de población muy grandes o a muchas comunidades, la atención es de tipo episódico, discontinúa, no ha acceso directo a este nivel y normalmente son enviados del segundo nivel, su función es la curación y la rehabilitación, requiere de personal científico, médico, paramédico y técnico altamente especializado, con preparación estrecha en amplitud y de gran profundidad, sus recursos

físicos son los hospitales especializados, centros médicos y hospitales universitarios.

En nuestro medio se le ha dado más importancia al segundo y al tercer nivel de atención, olvidándose del primer nivel. Pero se debe enfatizar que la piedra angular para mejorar las condiciones de salud en la atención primaria de la salud, es la que se otorga sobre todo en el primer nivel de atención. (42)

Salud reproductiva y planificación familiar:

La fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años ha registrado un descenso, reduciéndose la tasa específica de fecundidad de 132 nacimientos por mil mujeres en 1978 a 79 nacimientos en 1994. Los embarazos no planeados tienen un gran impacto en los individuos en la etapa de adolescencia, no sólo en término de salud sino que influye en la educación, desarrollo y autonomía del individuo, relacionándose estos embarazos con una mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (31)

Sin embargo el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en los últimos años entre los adolescentes con vida sexual activa, entre ellos tenemos a los hormonales orales y el DIU, seguidos de los métodos de barrera incluido el condón. (31)

En congruencia con lo anterior, la tasa de fecundidad ha descendido notablemente, debido a la prevalencia en el uso de algún método de planificación incorporado estrategias puntuales para la provisión de métodos anticonceptivos seguros, efectivos y aceptables, destacándose el programa de anticoncepción posevento obstétrico (posparto, trans y poscesárea, posaborto) cuyos métodos no interfieren en la lactancia materna, concordando con las estrategias del Programa de Hospital Amigo del niño y de la madre. (31)

Sin embargo, la incorporación reciente de la vasectomía sin bisturí, ha logrado una creciente demanda en la población masculina, tanto en la zona urbana como rural.

La correcta difusión de la información en los adolescentes con respecto a los servicios de salud sexual, anticoncepción, prevención y manejo de enfermedades de transmisión sexual, representa el pilar de la salud reproductiva.

Durante los últimos años, se ha fortalecido la comunicación educativa y social en planificación familiar en las parejas, lo cual ha permitido ejercer el derecho a decidir de manera responsable el número de hijos y el espaciamiento entre ellos.

Morbilidad y mortalidad:

La sobrevivencia y la salud constituyen una aspiración fundamental de toda sociedad. El mejoramiento de la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo virtuoso entre la salud y el despliegue de las capacidades y potencialidades de los individuos. Uno de los mayores logros del México contemporáneo. Ha sido la reducción significativa de la morbimortalidad.

Desde 1930 se viene registrando un descenso sostenido de la mortalidad lo que ha dado lugar a un incremento significativo en la esperanza de vida al nacimiento. En 1930 los hombres tenían una esperanza de vida de 35 años y las mujeres de 37. Seis décadas más tarde, en 1994, este indicador se duplicó: 69 y 75 años respectivamente. (32)

El descenso de la mortalidad no se ha dado con la misma intensidad en los que concierne a sexo, edad y época. El riesgo de muerte en las mujeres se redujo 85% acumulado entre 1930 y 1994, mientras que en los hombres disminuyó 80%. Entre los principales determinantes de este fuerte descenso de la mortalidad destacan la expansión de los servicios

educativos y la infraestructura sanitaria, así como la ampliación de los servicios públicos de salud. (32)

Hay persistencia marcada de las desigualdades regionales y socioeconómicas en cuanto a la mortalidad infantil, de acuerdo a las entidades federativas, como ejemplo Chiapas, Guerrero y Oaxaca es más de 2.5 veces las del D.F., Nuevo León y Baja California.

México se caracteriza hoy en día por un perfil de salud - enfermedad en rápida transformación, caracterizado por una paulatina reducción de las defunciones atribuibles a padecimientos infecciosos, así como una tendencia creciente a muertes por enfermedades crónico - degenerativas y por lesiones.

Entre 1973 y 1993, la disminución del riesgo de fallecimiento por enfermedades transmisibles contribuyó al incremento de la esperanza de vida en 2.9 años para los hombres y 3.2 para las mujeres. Las mayores ganancias resultaron del abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias en los menores de un año. Aún cuando, en lo general, se ha logrado disminuir sensiblemente la mortalidad por estas causas, su control constituye uno de los objetivos primordiales de la política de salud, lo que significa un enorme reto debido a la estrecha relación de su incidencia con la marginación y la pobreza. (32)

La mortalidad debida a enfermedades no transmisibles representó en 1979 el 53.4% del total de las defunciones; para 1993, su peso relativo aumentó a 67.8% de la mortalidad total. En este grupo se incluyen 5 de las 10 principales causas de muerte del país: las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos, la cirrosis y la diabetes mellitus.

No obstante que las enfermedades no transmisibles y las lesiones representan una proporción creciente de la mortalidad, es importante destacar que también se ha avanzado en el control de la mortalidad asociada a estas causas, lo que se traduce en notables ganancias en la esperanza de vida. Entre 1979 y 1993, la reducción de la mortalidad por

causas no transmisibles aportó incrementos de 2.4 años en la vida media masculina y de 2.7 en la femenina.

Según el censo de 1995, Chiapas tiene una población total de 3,585,000 habitantes, de los cuales 1,791,000 son hombres y 1,794,000 son mujeres, en el porcentaje siguiente: el 41.4% son menores de 15 años , el 54.8% son de 15 a 65 años y el 3.3% son de más de 65 años.

Una tasa de crecimiento del 2.2, con un total de nacimientos al año de 143,280, una tasa de natalidad de 30.5 y una tasa global de fecundidad del 3.7; un total de defunciones de 15,281, correspondientes a una tasa de mortalidad del 4.1; la esperanza de vida al nacer es de 68.36 años para el hombre y 74.70 para la mujer. (33.34)

Los datos epidemiológicos de morbilidad en Chiapas indican que las infecciones en vías respiratorias altas son las principales causas, seguidas de las diarreas sobre todo en menores de 5 años, posteriormente siguen las enfermedades eruptivas de la infancia y las dermatológicas.

Entre las enfermedades crónico degenerativas o no transmisibles, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares, seguidas de las enfermedades del corazón y los tumores malignos.

Han surgido o de hecho no han logrado combatir satisfactoriamente enfermedades como el paludismo, la tuberculosis pulmonar, el cólera, el dengue y el SIDA. (33, 34)

Con relación a los índices de mortalidad infantil en Chiapas encontramos una tasa de muerte infantil del 14.5 por cada 1000 nacidos vivos registrados, siendo la primera causa de muerte las diarreas en menores de 5 años en un 97.1 por cada 100,000 niños, la segunda causa son las infecciones respiratorias agudas altas con una tasa de 89.4 por cada 100,000 niños. En cuanto a las causas de muerte por causas no transmisibles, se encuentran los tumores malignos que ocupan el segundo lugar con una tasa de 40.6 (33, 34).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los esfuerzos institucionales por generar una especialidad que pueda brindar una atención médica integral carecen a veces de un programa que efectivamente permita establecer un programa de actividades de prevención y promoción de la salud, un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en forma satisfactoria en cualquier consultorio de medicina familiar y darle el seguimiento óptimo del mismo. Por lo que han propuesto instrumentaciones metodológicas que permitan de una manera u otra acercarse al modelo integral de salud.

Para la realización de sus actividades cotidianas, el médico familiar, tiene a su disposición un gran conjunto de procedimientos de gabinete y de laboratorio, así como con el interrogatorio y la exploración física, los cuales están encaminados para diagnosticar aquel padecimiento que aqueja a un individuo resultando evidente que no debe tratar la enfermedad el individuo sino también su padecer además de tomar en cuenta a su familia sobre la cual repercute directamente.

Sin embargo el médico se enfrenta a un sin número de problemas fuera del alcance de sus manos, entre ello podemos mencionar al crecimiento acelerado de la población, posiblemente debido a una mala planificación familiar, provocando una alta incidencia de embarazos no deseados generalmente en mujeres muy jóvenes, aunado a esto, la población en general posee malas condiciones higiénicas - dietéticas ocasionando la proliferación de enfermedades diarreicas, así como la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico degenerativas.

Por lo anterior podemos plantear lo siguiente, ¿El médico familiar podrá establecer o proponer programas de actividades médico preventivas y será capaz de enfrentarlos o bien, ofrecer alternativas de solución que satisfagan a la población en todos los sentidos?

III. JUSTIFICACION.

En la atención de un individuo y su familia se asocian diversos intereses tanto para estos últimos como para el médico familiar, estos factores deben conjugarse entre sí, sin que uno de ellos sobresalga en su cumplimiento; requiriendo de estrategias que fundamenten el desarrollo de procesos de investigación que identifiquen con claridad la importancia de la relación existente entre estas situaciones.

La investigación en medicina familiar en México adolece de muchas limitaciones por ello, el médico general debe actualizarse mediante los beneficios que le brinda la actualización de la educación médica continua. Siendo la medicina familiar una de las opciones más sólidas y viables en el proceso de transformación de la medicina en México.

El actual modelo de atención médica que proporciona nuestra institución a nivel local, se basa principalmente en la atención médica individualizada y de aspecto familiar, muchas veces esporádica, de la patología más frecuente, con los mínimos recursos posibles y sin la participación de personal o equipo especializado, olvidándose en ocasiones de los aspectos preventivos de la enfermedad como son: la promoción de salud, la protección específica y del diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, por lo que es necesario que a través del esquema actual de atención médica familiar se tenga interés en una mejor calidad de la atención médica.

Ya que el médico de familia reúne las características mencionadas con anterioridad y además ubica a la familia como unidad de atención y valora todos los aspectos socioeconómicos y culturales que rodea a la misma y además con las características que le da continuidad a la atención.

Siendo necesario que los actuales residentes en medicina familiar pongan en practica el modelo sistemático de atención médica familiar en cada uno de los consultorios de la Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E. de San Cristóbal de Las Casas, para mejorar la salud de nuestra población derechohabiente.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

- a) determinar las principales características médicas y sociales en la población derechohabiente del consultorio 6-B del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

IV.2. objetivos específicos.

- 1) Identificar en la población adscrita al consultorio 6-B de turno vespertino, los grupos etéreos por edad y sexo. Con la pirámide poblacional.
- 2) Identificar la ocupación y el ingreso económico de las familias que acuden al consultorio 6-B vespertino.
- 3) Identificar las fases del ciclo vital, desarrollo y composición de las familias del consultorio 6-B vespertino.
- 4) Conocer la edad, escolaridad y estado civil de las familias del consultorio 6-B vespertino.
- 5) Identificar al grupo de mujeres en edad fértil y con riesgo reproductivo, así como los de riesgo de fiebre reumática y enfermedades crónico degenerativas del consultorio 6-B vespertino.
- 6) Conocer el número de familias en planificación familiar y los diversos métodos utilizados.
- 7) Identificar las diez principales causas de atención medica de primera vez y subsecuente, así como la patología más frecuente del consultorio6-B vespertino.

V. HIPOTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

- a) determinar las principales características médicas y sociales en la población derechohabiente del consultorio 6-B del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

IV.2. objetivos específicos.

- 1) Identificar en la población adscrita al consultorio 6-B de turno vespertino, los grupos etáreos por edad y sexo. Con la pirámide poblacional.
- 2) Identificar la ocupación y el ingreso económico de las familias que acuden al consultorio 6-B vespertino.
- 3) Identificar las fases del ciclo vital, desarrollo y composición de las familias del consultorio 6-B vespertino.
- 4) Conocer la edad, escolaridad y estado civil de las familias del consultorio 6-B vespertino.
- 5) Identificar al grupo de mujeres en edad fértil y con riesgo reproductivo, así como los de riesgo de fiebre reumática y enfermedades crónico degenerativas del consultorio 6-B vespertino.
- 6) Conocer el número de familias en planificación familiar y los diversos métodos utilizados.
- 7) Identificar las diez principales causas de atención medica de primera vez y subsecuente, así como la patología más frecuente del consultorio 6-B vespertino.

V. HIPOTESIS

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

VI. METODOLOGIA

VI.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal fundamentado en el censo poblacional, estudio de comunidad y la identificación de las causas de consulta.

VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio.

La Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas cuenta con un total de 26 349 derechohabientes hasta diciembre de 1998, de los cuales 2,820 se encuentran adscritos al consultorio 6-B del turno vespertino, población que involucrada en la realización del presente trabajo durante el período comprendido entre el 1º de marzo y el 30 de septiembre de 1998.

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

El tipo de muestra es no probabilística en muestreo por cuotas (cuota sampling). El tamaño de la muestra es de 100 familias adscritas al consultorio 6-B.

VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Inclusión: Población derechohabiente asignada al consultorio 6-B con entusiasmo en la participación del trabajo específicamente padres de familia.

Exclusión: Población no derechohabiente.

Eliminación: Población que no acepto participar, población que no contaba con la edad para responder al cuestionario, así como la población con expedientes incompletos y/o sin expedientes.

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

Para el censo poblacional: las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, sea el caso. Se considera las variables de.

- Número total de individuos
- Número total de individuos del sexo masculino
- Número total de individuos del sexo femenino
- Número total de individuos del sexo masculino por grupos etáreos
- Número total de individuos del sexo femenino por grupos etáreos

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

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

- Nombre de la familia
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Número de hijos (hasta de 10 años de edad)
- Número de hijos(de 11 a 19 años de edad)
- Número de hijos(de 20 o más años de edad)
- Ocupación de los padres de familia
- Ingreso económico
- Tipo de familia
- Etapa de ciclo vital de la familia

- Métodos de planificación familiar

Para la **identificación de las causas de consulta** se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden:

Las primeras 10 causas de consulta por grupo de edad y sexo.

VI.6. Procedimiento para capturar la información

En la FASE 1 se realizó el censo poblacional, siendo de 5 años cada grupo etáreo, contando como fuente de datos el archivo clínico de la Clínica hospital, identificando todos los expedientes de las familias en estudio clasificándose mediante núcleos familiares.

En la FASE 2 se realizó el estudio sistemático familiar mediante las cédulas recolectoras de datos diseñadas para tal finalidad, aplicándose a uno de los padres de cada familia. (Se anexa formato).

En la FASE 3 se realizó el censo de consulta de la población del consultorio mediante la hoja del reporte diario del médico del año anterior, es decir, del 1º de enero al 31 de diciembre de 1997.

Una vez recolectada la información correspondiente a las tres fases, se analizaron mediante procedimientos estadísticos descriptivos, los cuales comprenden relaciones porcentuales y medias, presentándose más adelante mediante cuadros y gráficas.

VI.7. Consideraciones éticas

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

VII. RESULTADOS

VII.1. Descripción de los resultados

El estudio se llevó a cabo en tres fases:

FASE 1. Descripción del censo poblacional.

La población total adscrita al consultorio 6-B del turno vespertino es de 2,820 individuos (Cuadro 1), de donde 1,352 son del sexo femenino (52.06%) y 1,468 del sexo masculino (47.94%)

La población más abundante esta representada por el grupo etáreo entre los 5 y 9 años de edad, con 316 niños (11.21%) de los cuales 154 son niñas (5.46%) y 162 son niños (5.74%); mientras que la población menos abundante se encuentra en los individuos menores de 1 años con bebés (0.39%) de los cuales 5 son del sexo femenino (0.18%) y 6 del sexo masculino (0.21%).

La población infantil en riesgo, es decir menores de 4 años está representada por un total de 203 individuos (7.2%), de donde 89 son niñas (3.16%) y 114 son niños (4.04%).

El grupo femenino en edad fértil (15-49 años) consta de 856 mujeres (30.36%) siendo el grupo etáreo entre 35-39 años el de mayor incidencia (5.25%), y el de 45-49 el de menor incidencia (2.16%)

La población anciana de 70 años o más esta representada por un total de 133 personas (4.725) de donde 76 son mujeres (2.7%) y 57 son hombres (2.02%)

FASE 2. Descripción del Estadío Sistemático Familiar:

De acuerdo al **estado civil**, las parejas que conforman las familias en estudio se encuentran casadas en un 83%, en unión libre se encuentra un 6%, un 2% se encuentra divorciadas, un 6% en viudez y el resto 3% son solteros. (Gráfica 2).

En relación con los **años de vida conyugal** que han sostenido las familias se observa una media de 12.83 años con una desviación estándar de 9.50 años. (Cuadro 2)

La **escolaridad** de los padres de familia esta representada por un 17% para la educación superior, el 57% cuenta con la educación media superior o técnica, el 12% cuenta con la educación media y el resto con 14% con la educación básica. (Gráfica 3)

La **edad de los padres** presenta una media de 41.21 años con una desviación estándar de 14.59 años; mientras la **edad de la madre** tiene una media de 38.91 años con una desviación estándar de 12.20 años (Cuadro 2)

Una media de 0.94 hijos con una desviación estándar de 1.13 hijos presentaron aquellas familias con un **número de hijos** de hasta 10 años de edad, mientras que la media para aquellas familias con un número de hijos de entre 11 y 19 años de edad fue de 1.12 hijos con una desviación estándar de 1.22 hijos, por otro lado la media para las familias con un número de hijos de entre 20 o más años de edad fue de 1.20 hijos con una desviación estándar de 2.20 hijos (Cuadro 2).

De acuerdo a la **ocupación de los padres de familia**, el 35.5% cuenta con una preparación profesional (de donde el 19.5% representa al padre y el 16% a la madre), el 16% cuenta con una carrera técnica (12% al padre y 4.5% a la madre), el 12.5% son empleados (10% al padre y 2.5% a la madre), el 10.15% tiene una actividad no identificada (8.5% al padre y 2% a la madre), mientras que el restante 25% de la ocupación de los padres de

familia esta representada por la madre en las actividades propias del hogar (Gráfica 4 y 5)

Las familias con un **ingreso económico** de menos de un salario mínimo (bajo) alcanzó el 11%, aquellas familias con un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos (medio) fue de 53% mientras que aquellas familias con un mejor ingreso de 3 o más salarios mínimos (alto) fue de 36%. (Gráfica 6).

En lo que respecta al **ciclo vital** de las familias, el 47% se encuentra en la etapa de dispersión, el 25% en la de independencia, el 18% en la de expansión mientras que el 10% en la etapa de retiro, ninguna familia se encuentra en la etapa de matrimonio. (Gráfica 7)

Con relación a su **desarrollo** (Gráfica 8), el 54% de las familias estudiadas son del tipo tradicional mientras que el 46% son del tipo moderno. Mientras que la **demografía** es netamente urbana con un 97%, el resto son familias rurales (3%). (Gráfica 9).

De acuerdo a la composición, el 83% de las familias son nucleares, el 11% son compuestas y la menor proporción restante con un 6% son extensas. (Gráfica 10).

El 49% de las familias estudiadas no maneja ningún **método de planificación familiar**, mientras que el método más utilizado se observa en las mujeres con el DIU en un 14% al igual que la práctica de la OTB en el mismo porcentaje, el 6% utiliza el anticonceptivo oral y el 12% el inyectable, el 5% de parejas utiliza como método el ritmo como método de planificación, no se detectó ningún hombre que se haya practicado la vasectomía. (Gráfica 11).

El **estado civil y el ingreso familiar** presenta cierta relación, en lo que respecta a las parejas casadas el 42% cuenta con un ingreso económico medio, el 33% cuenta con un ingreso bajo y únicamente el 6% logra un ingreso alto; las parejas en unión libre el 5% tienen un ingreso alto y en la misma proporción se presenta el ingreso medio, sólo el 1% de las parejas en unión libre presenta un ingreso económico bajo; por otro lado el

3% de las parejas solteras presentaron un ingreso económico medio; el resto se agrupa en un ingreso destinado a la pareja que enviudó con un 4% del ingreso familiar medio y el 1% a un ingreso bajo. (Gráfica 12).

Las parejas con educación básica cuentan con un ingreso familiar alto en un 2% de las familias estudiadas, aquellas con un ingreso medio les corresponde el 10%, mientras que el 5% es representado por las parejas con un ingreso bajo; presenta un ingreso medio y el 1% un ingreso bajo, las parejas con un ingreso alto y una educación media superior esta representada en un 30%, el 18% cuenta con un ingreso medio y el 4% con un ingreso bajo, por último las parejas con alguna profesión presenta un ingreso familiar alto en un 3%, el 14% con un ingreso medio y ninguna familia estudiada con estas características cuenta con un ingreso bajo. (Gráfica 13)

El método de planificación familiar adoptado por las parejas que integran las familias estudiadas se puede relacionar con la escolaridad de las mismas, de esta manera se observa que la mayor parte de las familias en sus distintos niveles de educación no maneja ningún método de planificación familiar (49%), el método más usado es el del DIU y la OTB con un 14% respectivamente, seguido por el método hormonal oral (12%), el hormonal inyectable (6%) y por último el ritmo (5%), también se observa claramente que de las familias estudiadas ninguna utiliza la vasectomía. (Gráfica 14)

Por otro lado, se observa que las familias con educación media superior son aquellas que utilizan en mayor proporción algún método de planificación familiar, seguido de las parejas con educación superior y las parejas con educación básica, mientras que las parejas con educación media son las que menos utilizan algún método de planificación familiar. El DIU es utilizado con mas frecuencia en las parejas con educación superior al igual que las hormonas inyectables y orales, la OTB es utilizada por las parejas con educación básica y media superior, el ritmo es utilizado únicamente por las parejas con educación primaria y aquellas con alguna carrera profesional.

FASE 3. Identificación de las causas de consulta.

Al identificar los diez motivos de consulta más frecuentes en el consultorio 6-B (Cuadro 3), destaca en primer lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 226 casos, de donde el 90 se dieron en personas del sexo masculino y 136 en mujeres, seguidas en orden decreciente por la atención a pacientes con hipertensión arterial, colitis, diabetes mellitus, trastornos del músculo esquelético, enfermedades ácido pépticas, gastroenteritis S/DHE, neurosis, enfermedades de la piel y por último las enfermedades propias del embarazo con 58 casos; sumando un total de 1006 consultas impartidas entre las diez causas más frecuentes. Cabe hacer mención que del total de consultas un 62.62% (630 consultas) corresponde a la atención del sexo femenino, el resto un 37.4% (376 consultas) corresponde a la atención masculina. (Gráfica 15)

Los motivos de consulta por primera vez (Cuadro 3) suman un total de 510, atendiéndose con mayor frecuencia a pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas (196 consultas), seguido de los pacientes con gastroenteritis (70 consultas), neurosis (64 consultas), padecimientos de la piel (58 consultas), y en menor proporción a los pacientes con trastornos del músculo esquelético (6 consultas) e hipertensión arterial (12 consultas). (Gráfica 16).

VII. 2. Tablas (cuadros) y gráficas

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

CUADROS
CUADROS

GRUPO DE EDAD	DISTRIBUCIÓN POR EDADES			Total	% FEM.	% MASC.	% TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	Total				
0-1	5	6	11	0,18	0,21	0,39	
1-4	84	108	192	2,98	3,83	6,81	
5-9	154	162	316	5,46	5,74	11,21	
10-14	116	142	258	4,11	5,04	9,15	
15-19	143	141	284	5,07	5,00	10,07	
20-24	139	121	260	4,93	4,29	9,22	
25-29	132	115	247	4,68	4,08	8,76	
30-34	120	85	205	4,26	3,01	7,27	
35-39	148	95	243	5,25	3,37	8,62	
40-44	113	108	221	4,01	3,83	7,84	
45-49	61	77	138	2,16	2,73	4,89	
50-54	54	48	102	1,91	1,70	3,62	
55-59	42	37	79	1,49	1,31	2,80	
60-64	40	28	68	1,42	0,99	2,41	
65-69	41	22	63	1,45	0,78	2,23	
70-74	76	57	133	2,70	2,02	4,72	
75-79	0	0	0	0,00	0,00	0,00	
80-84	0	0	0	0,00	0,00	0,00	
85 o más	0	0	0	0,00	0,00	0,00	
Total	1468	1352	2820	52,06	47,94	100,00	

Total de derechohabientes = 2820
Porcentaje mujeres = 52,06
Porcentaje hombres = 47,94

CUADRO 1. DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS
AL CONSULTORIO No. 6-B DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Estado civil	No.	%
Soltero	3	3
Casado	83	83
Unión libre	6	6
Viudo	6	6
Divorciado	2	2
Total	100	100

Años de unión conyugal	Media	Desv. est.
	12,83	9,50

Escolaridad	No.	%
Básica	14	14
Media	12	12
Media superior o técnica	57	57
Superior	17	17
Total	100	100

Edad del padre	Media	Desv. est.
	41,21	14,59

Edad del madre	Media	Desv. est.
	38,91	12,20

Método de planificación familiar	No.	%
DIU	14	14
Anticonceptivo oral	6	6
Anticonceptivo inyectable	12	12
OTB	14	14
Ritmo	5	5
Vasectomía	0	0
Ninguno	49	49
Total	100	100

Número de hijos(hasta de 10 años de edad)	Media	Desv. est.
	0,94	1,13
Número de hijos(de 11 a 19 años de edad)	1,12	1,22
Número de hijos(de 20 o más años de edad)	1,20	2,20

Ocupación de los padres de familia	No.	%
Profesional	35,5	35,5
Técnico	16,5	16,5
Empleado	12,5	12,5
Hogar	25	25
Otro	10,5	10,5
Total	100	100

Ingreso económico	No.	%
< 1 salario mínimo	11	11
1 a 2 salarios mínimos	53	53
3 o más salarios mínimos	36	36
Total	100	100

Tipo de familia	No.	%
Desarrollo :		
Moderna	46	46
Tradicional	54	54
Total	100	100

Composición:	No.	%
Nuclear	83	83
Extensa	6	6
Compuesta	11	11
Total	100	100

Demografía	No.	%
Urbana	97	97
Rural	3	3
Total	100	100

Etapa del ciclo familiar	No.	%
Expansión	18	18
Dispersión	47	47
Independencia	25	25
Retiro	10	10
Total	100	100

CUADRO 2. HOJA DE RESULTADOS DEL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

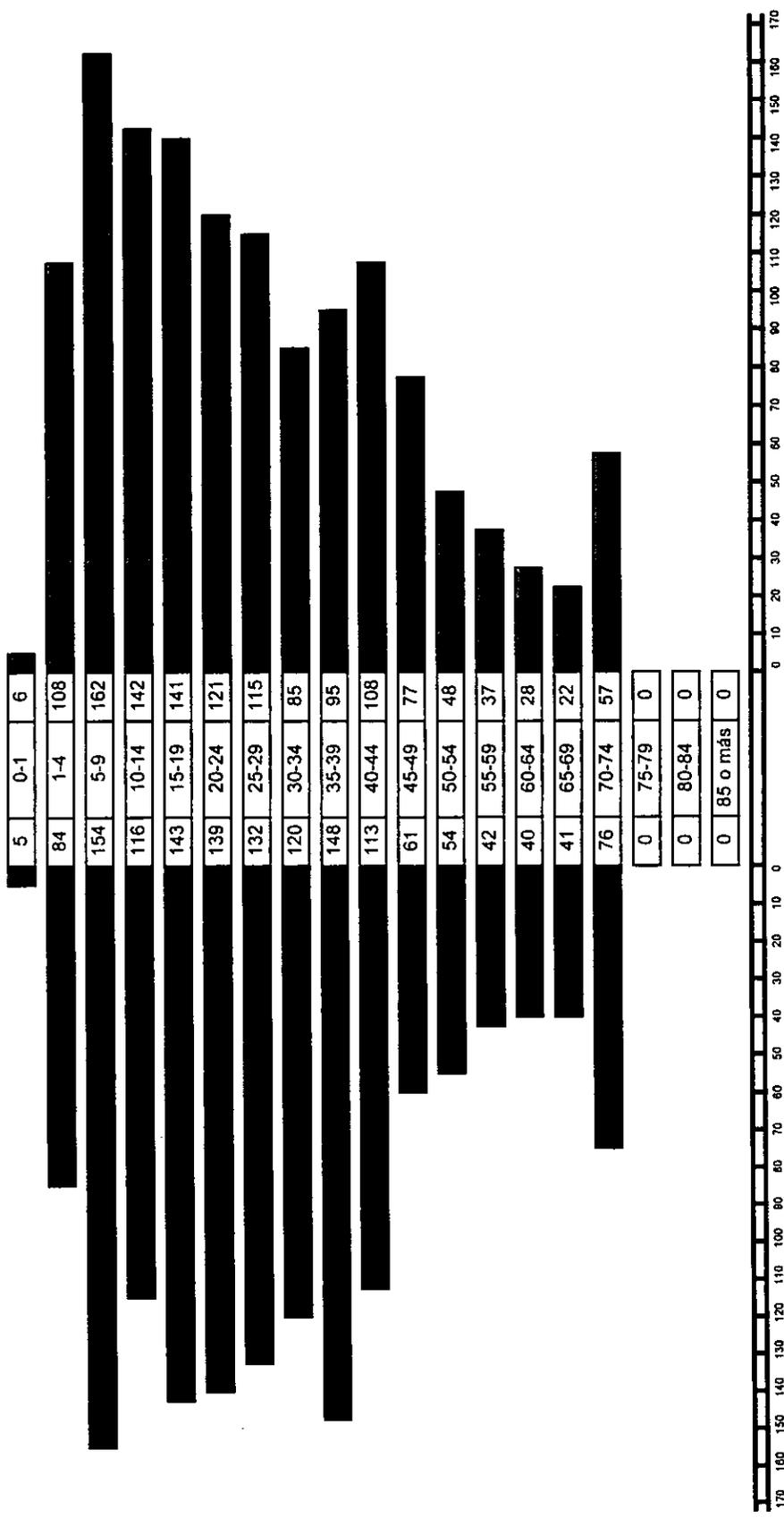
	Motivo de consulta	Consultas por 1a. vez	Consultas Subsecuentes	Consultas por sexo		Total de consultas	Porcentaje		Porcentaje total
				M	F		M	F	
1	IRAS	196	30	90	136	226	8,9	13,5	22,5
2	Hipertensión arterial	14	118	60	72	132	6,0	7,2	13,1
3	Collitis	26	98	50	74	124	5,0	7,4	12,3
4	Diabetes mellitus	10	80	30	60	90	3,0	6,0	8,9
5	Transt. de músculo esq.	6	80	48	38	86	4,8	3,8	8,5
6	Enf. ácido péptica	18	62	28	52	80	2,8	5,2	8,0
7	Gastroenteritis S/DHE	70	8	34	44	78	3,4	4,4	7,8
8	Neurosis	64	2	22	44	66	2,2	4,4	6,6
9	Enf. dermatológicas	58	8	14	52	66	1,4	5,2	6,6
10	Enf. del embarazo	48	10	0	58	58	0,0	5,8	5,8
	Total	510	496	376	630	1006	37,376	62,624	100

CUADRO 3. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

GRÁFICAS

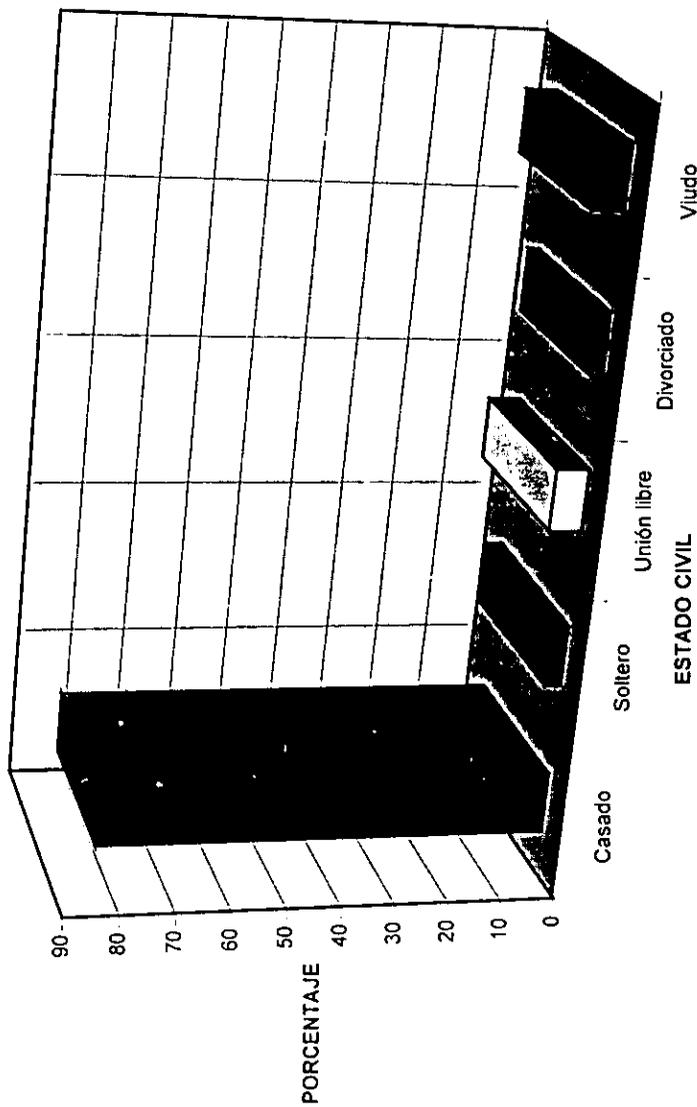
GRÁFICAS

F	GRUPO ETÁREO	M
5	0-1	6



**GRAFICA 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES ADSCRITOS
AL CONSULTORIO No. 6-B DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

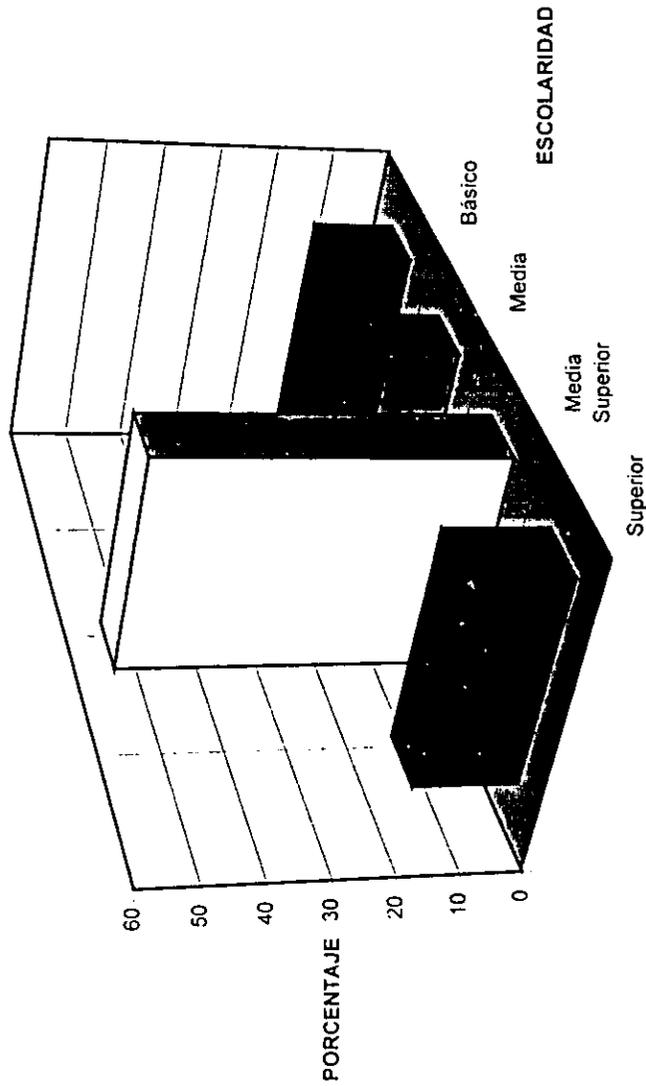
FUENTE : Hojas diarias del médico del consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



ESTADO CIVIL

	No.	%	% Acumulado
Casado	83	83	83
Soltero	3	3	86
Unión libre	6	6	92
Divorciado	2	2	94
Viudo	6	6	100

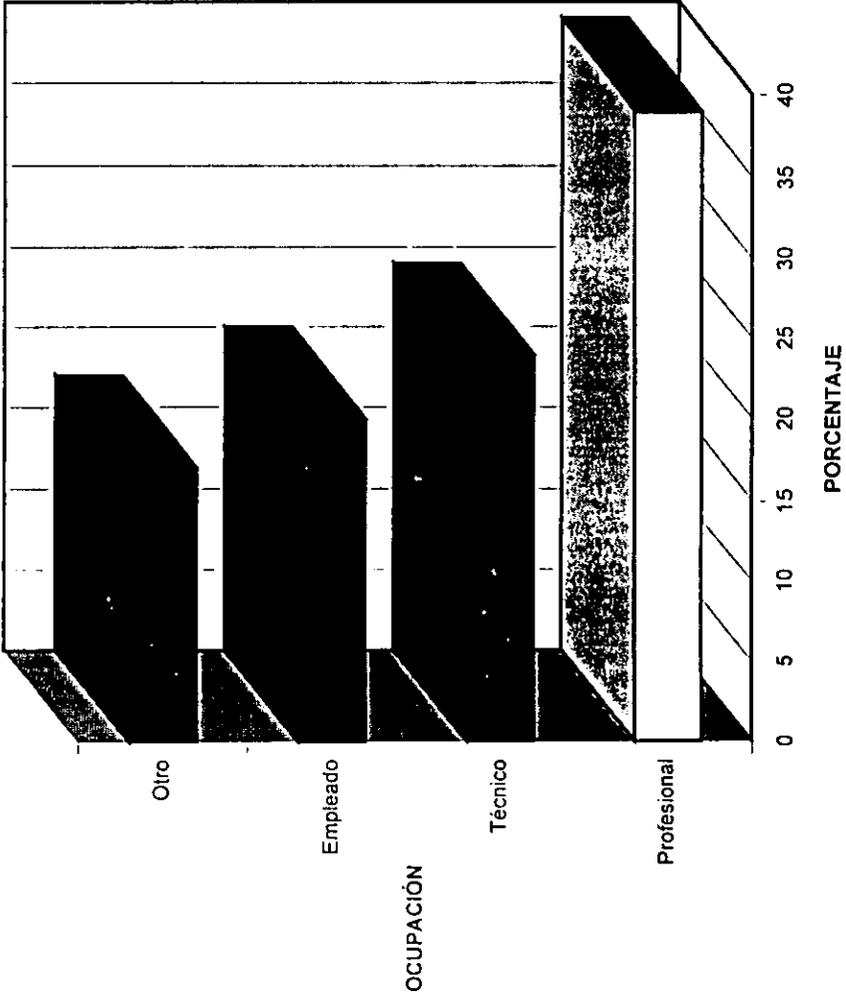
Gráfica 2. Estado civil de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



ESCOLARIDAD

	No.	%	% Acumulado
Básico	14	14	14
Media	12	12	26
Media Superior	57	57	83
Superior	17	17	100

Gráfica 3. Escolaridad de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

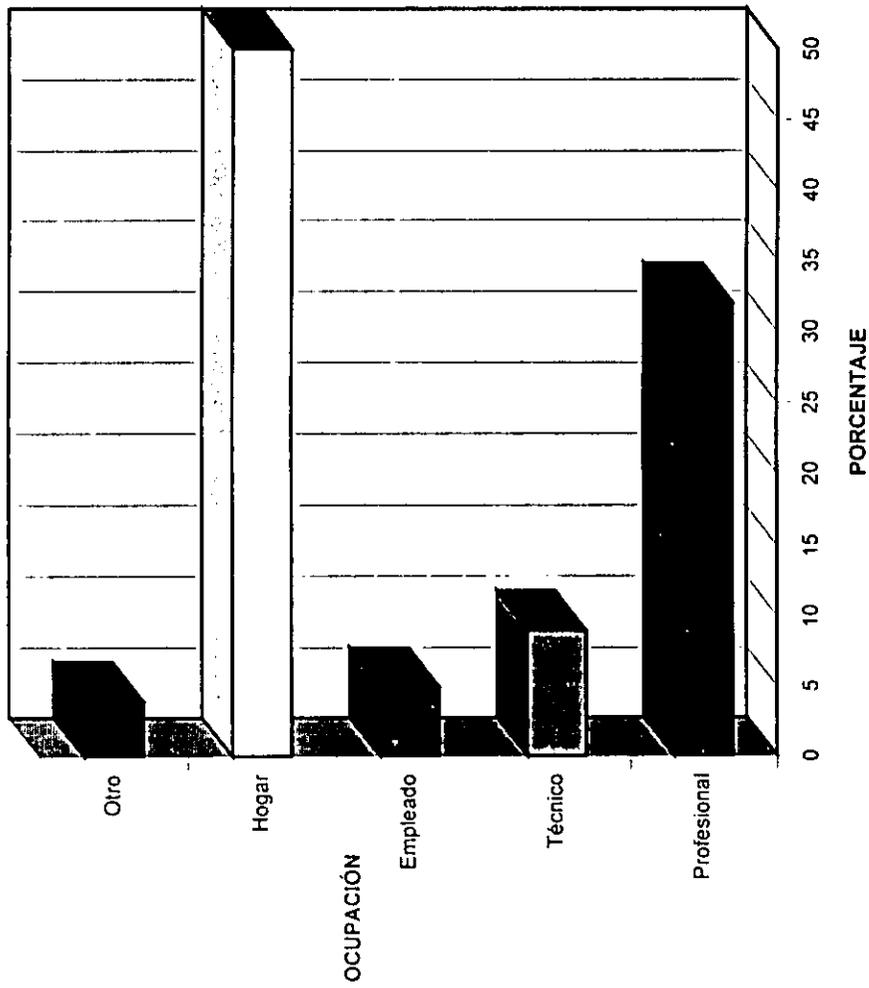


OCUPACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA

Ocupación	No.	%	% Acumulado
Profesional	39	39	39
Técnico	24	24	63
Empleado	20	20	83
Otro	17	17	100

Gráfica 4. Ocupación de los padres de familia adscritos al consultorio 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

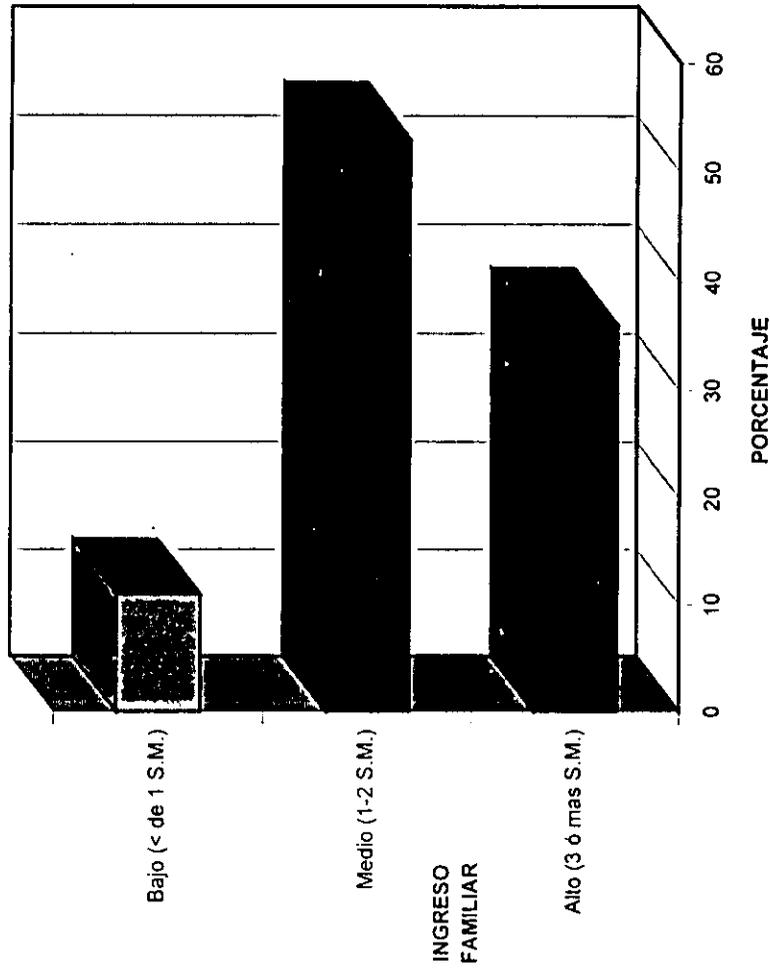


OCUPACIÓN DE LA MADRE DE FAMILIA

OCUPACIÓN	No.	%	% Acumulado
Profesional	32	32	32
Técnico	9	9	41
Empleado	5	5	46
Hogar	50	50	96
Otro	4	4	100

Gráfica 5. Ocupación de las madres de familia adscritas al consultorio 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

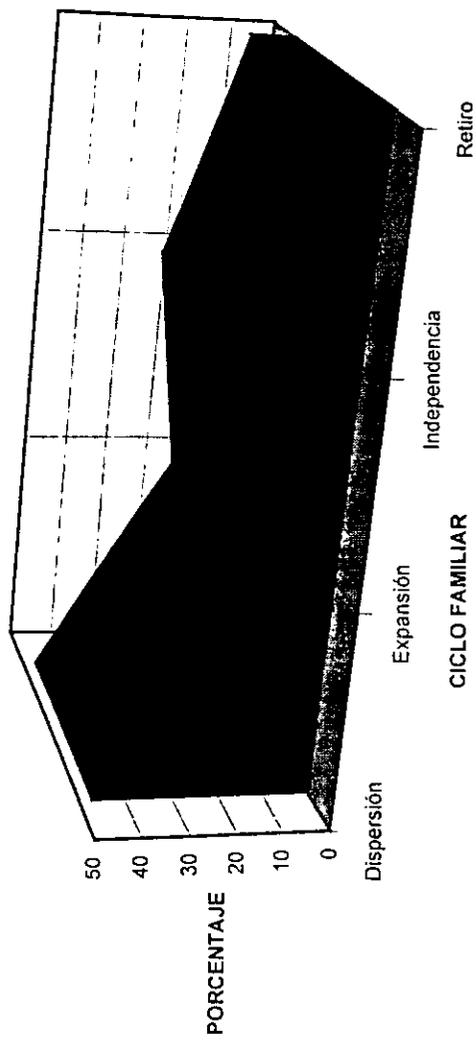


INGRESO FAMILIAR

	No.	%	% Acumulado
Alto (3 ó mas S.M.)	36	36	36
Medio (1-2 S.M.)	53	53	89
Bajo (< de 1 S.M.)	11	11	100

Gráfica 6. Ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

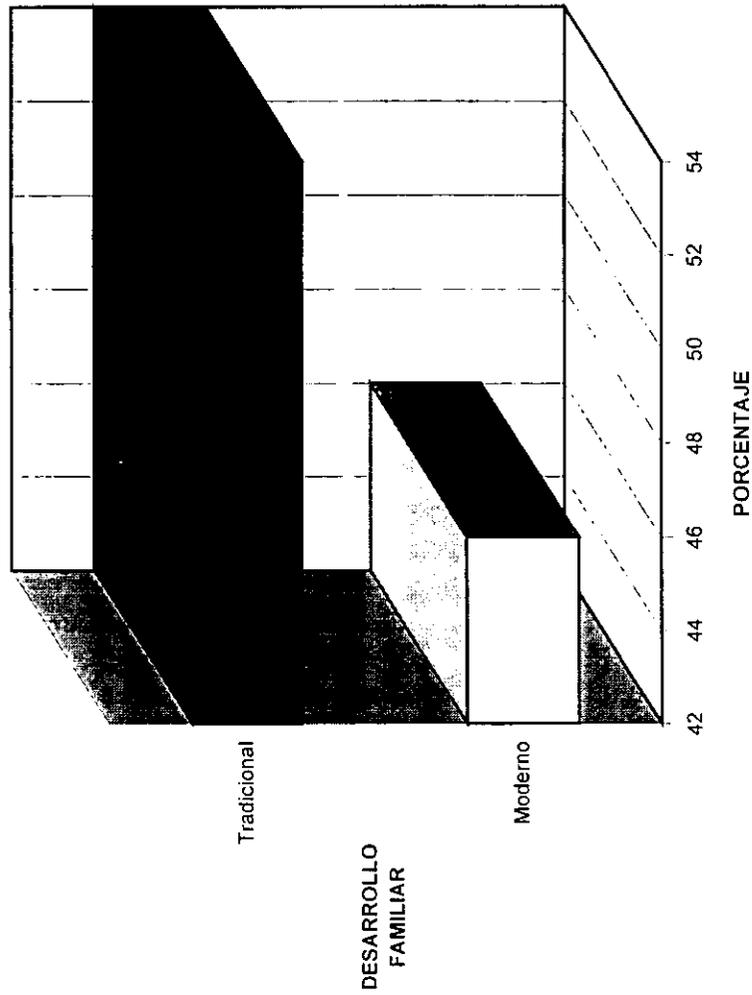


ETAPA DEL CICLO FAMILIAR

	No.	%	% Acumulado
Dispersión	47	47	47
Expansión	18	18	65
Independencia	25	25	90
Retiro	10	10	100

Gráfica 7. Etapa del ciclo familiar de los padres de familia adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

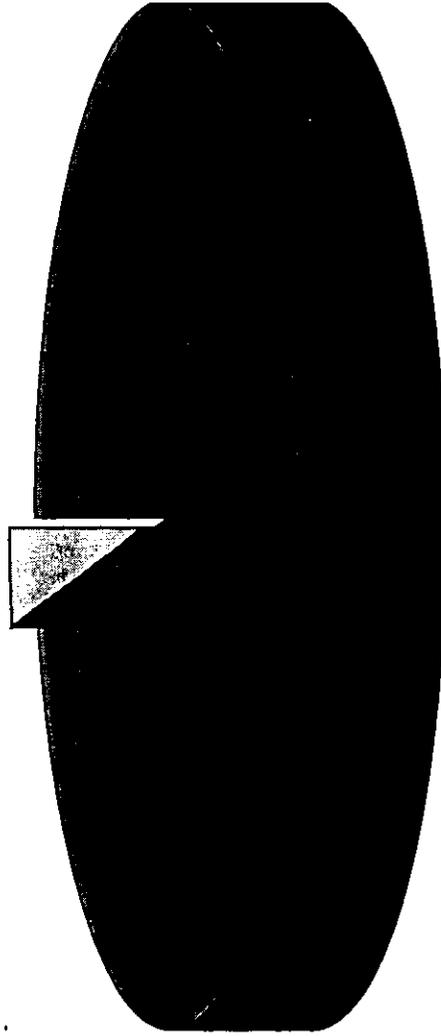


TIPO DE FAMILIA POR DESARROLLO

	No.	%	% Acumulado
Moderno	46	46	46
Tradicional	54	54	100

Gráfica 8. Tipo de desarrollo familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

Semiurbana
3%

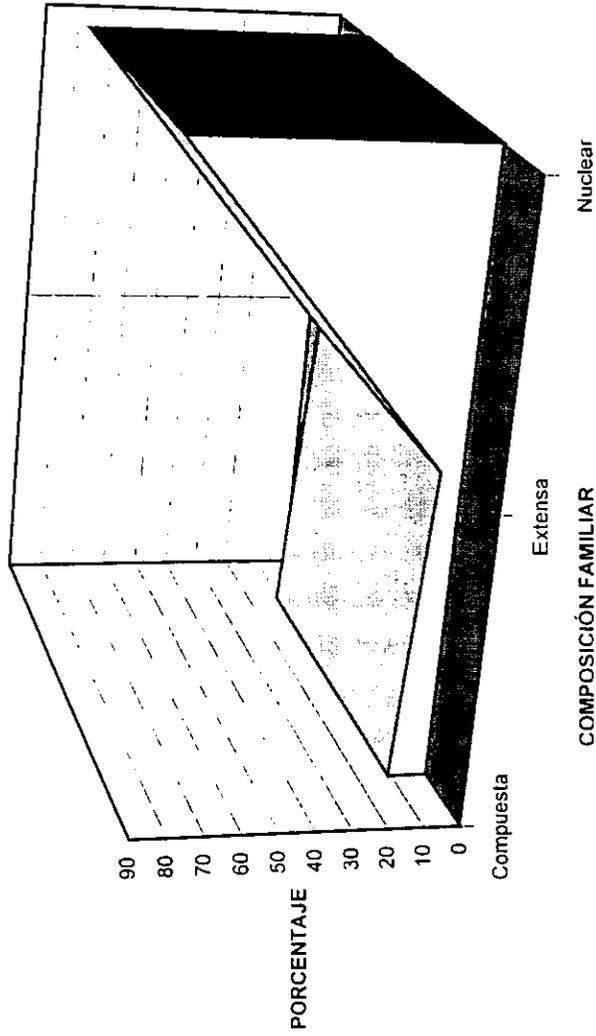


Urbano
97%

DEMOGRAFÍA

	No.	%	% Acumulado
Urbano	97	97	97
Semiurbana	3	3	100

Gráfica 9. Tipo de familia por demografía de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

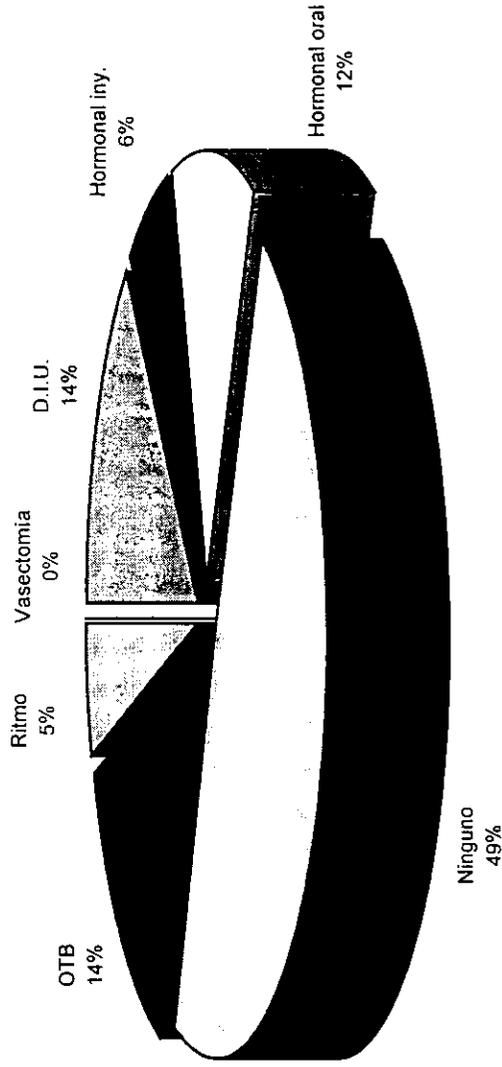


COMPOSICIÓN FAMILIAR

	No.	%	% Acumulado
Compuesta	11	11	11
Extensa	6	6	17
Nuclear	83	83	100

Gráfica 10. Tipo de familia por su composición de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

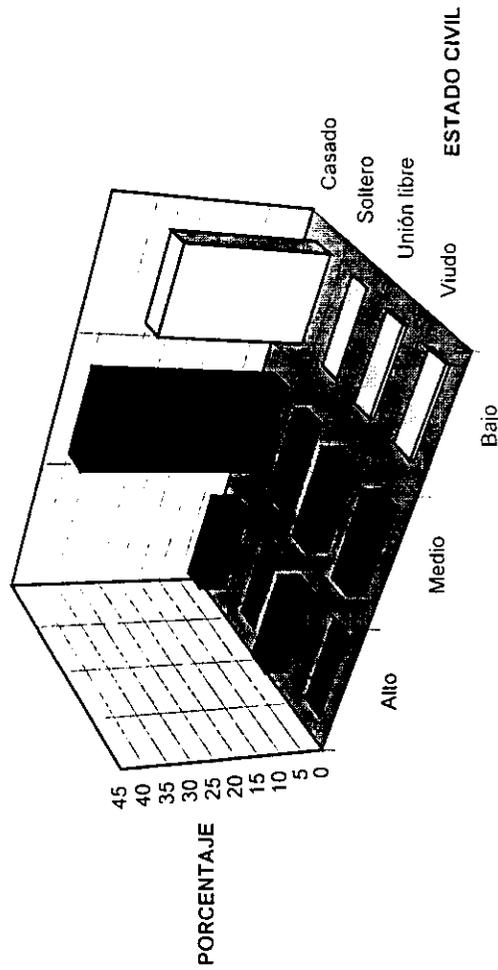


PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Método	No.	%	% Acumulado
D.I.U.	14	14	14
Hormonal iny.	6	6	20
Hormonal oral	12	12	32
Ninguno	49	49	81
OTB	14	14	95
Ritmo	5	5	100
Vasectomía	0	0	100

Gráfica 11. Métodos de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

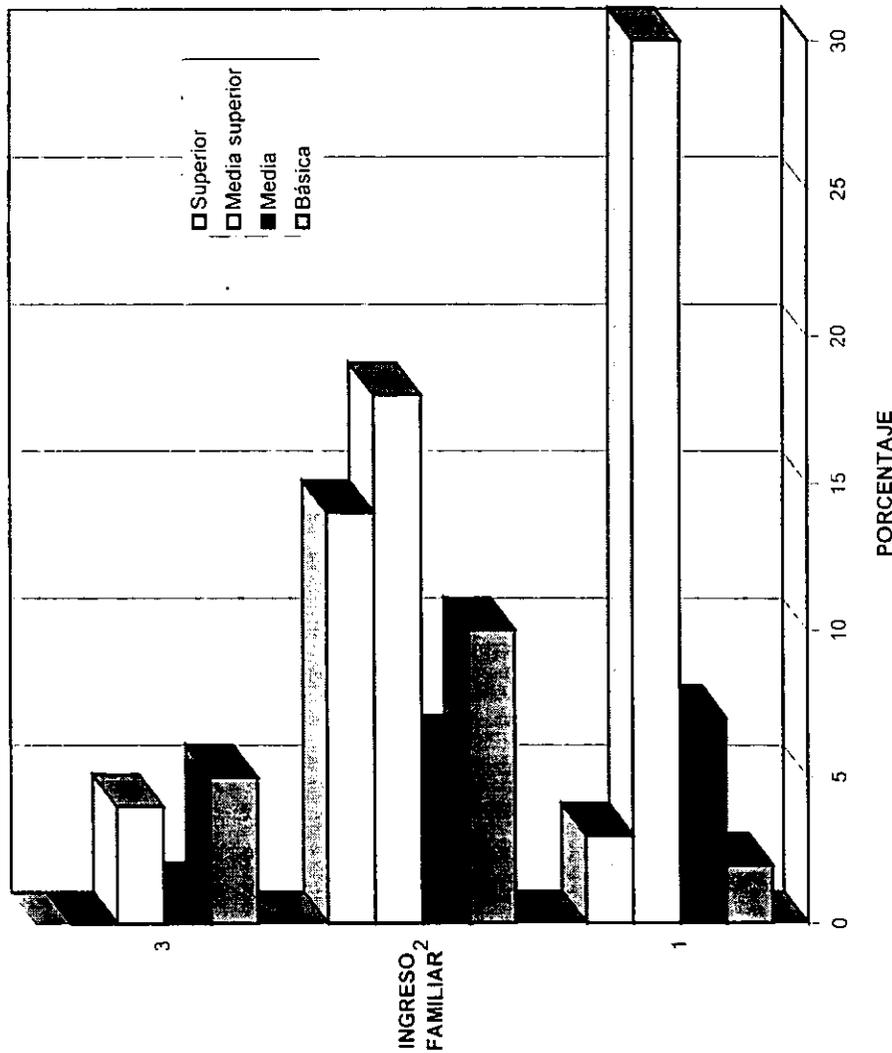


ESTADO CIVIL/INGRESO FAMILIAR

Estado civil	Ingreso familiar			%
	Alto	Medio	Bajo	
Casado	6	42	33	81
Soltero	0	3	0	3
Unión libre	5	5	1	11
Viudo	0	4	1	5
Total	11	54	35	100

Gráfica 12. Estado civil e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

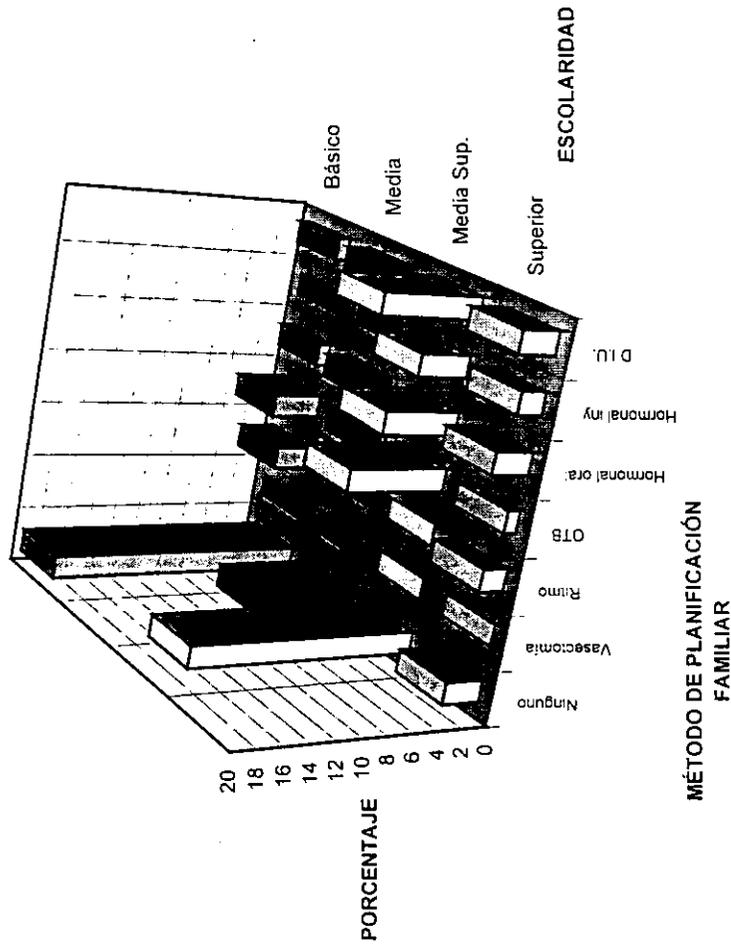


ESCOLARIDAD/INGRESO FAMILIAR

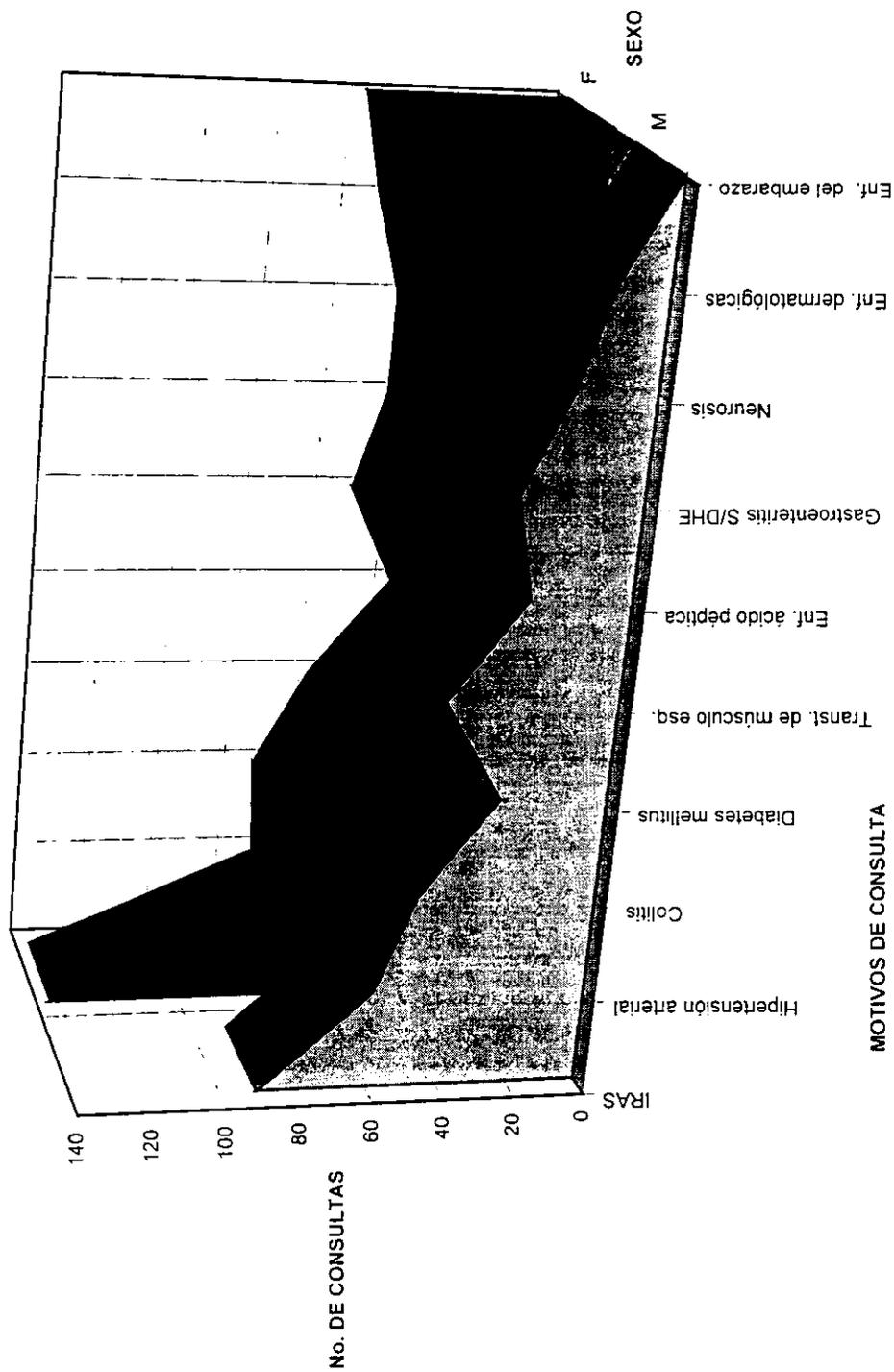
Escolaridad	Ingreso familiar			%
	Alto	Medio	Bajo	
Básica	2	10	5	17
Media	7	6	1	14
Media superior	30	18	4	52
Superior	3	14	0	17
Total	42	48	10	100

Gráfica 13. Escolaridad e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

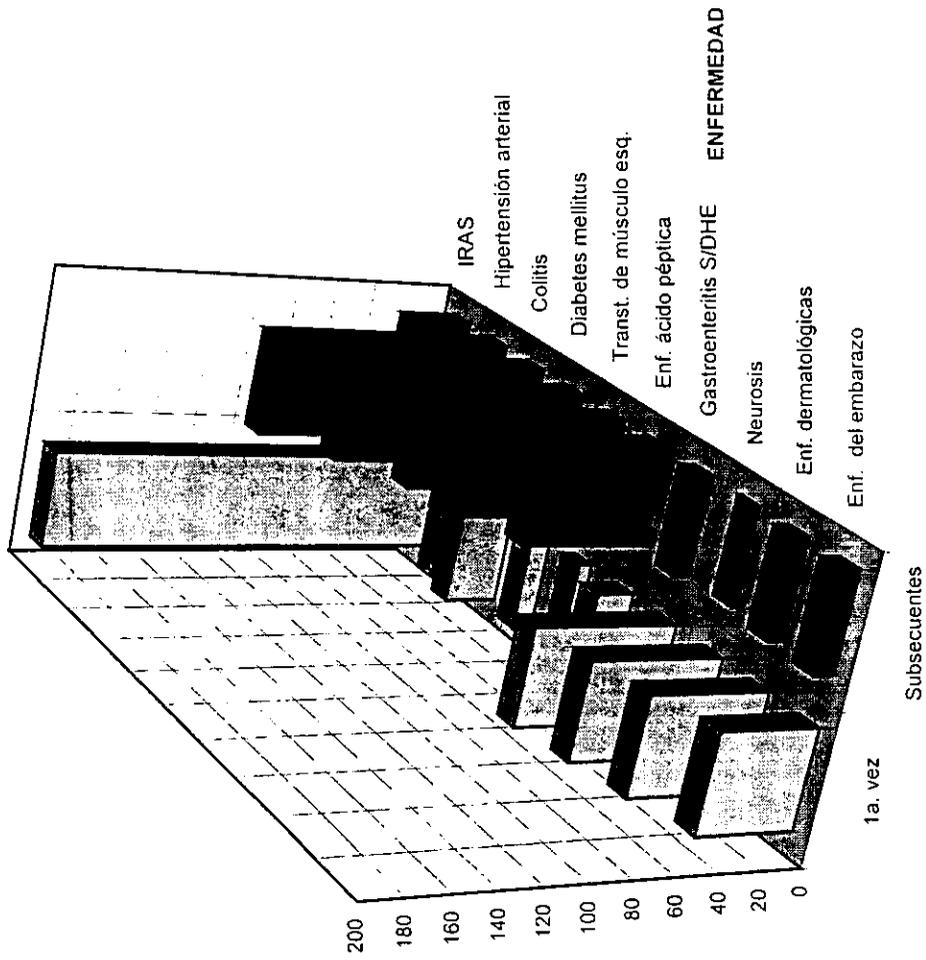
FUENTE : Encuestas realizadas en el consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Gráfica 14. Escolaridad y método de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Gráfica No. 15. Motivos de consulta por sexo de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.



Gráfica No. 16. Motivos de consulta por 1a. vez y subsecuente de los pacientes adscritos al consultorio No. 6-B de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.

VIII. DISCUSION

En el presente trabajo realizado en una muestra de 100 familias adscritas al consultorio 6-B del turno vespertino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, se encontró que la población predominante esta representada por infantes entre los 5 y 9 años de edad, siendo en mayor porcentaje los niños, mientras que la población con menos individuos se encuentra en grupo etáreo de los menores de 1 año, también siendo mayor los del sexo masculino. Pudiendo observar que los grupos etáreos de mayor representatividad se encuentra entre los 5 y los 49 años de edad, reportados en el último censo de población y vivienda del año de 1995 a nivel estatal y nacional. INEGI (37,41)

En cuanto a la escolaridad de los padres, se encontró que la educación media, superior o técnica es la más representativa en la población estudiada, así también que el ingreso económico es mayor a dos salarios mínimos, debido que la mayoría de jefes de familia son trabajadores del servicio público federal, de las diversas instituciones en esta ciudad, como son la SSA, SECH, SEPOMEX, TELECOM, etcétera (38).

En lo que respecta al ciclo vital de la familia se encontró que las familias en etapa de dispersión es la más frecuente, siendo la tipo tradicional y nuclear la predominante y de área urbana, esto también debido al igual que a nivel nacional, que el país es de predominio jóvenes y que están conformando nuevas familias, INEGI (1,4,6)

Llama la atención que en más del 50% de las familias estudiadas utiliza algún método de planificación familiar, siendo estos los de mayor aceptación el dispositivo intrauterino (DIU), esto se explica porque es un método que se le hace mayor difusión en todos los niveles, ya que es un método reversible, con mayor continuidad y no necesariamente depende de la vigilancia de la propia paciente, esto es en cuanto a los métodos temporales, en cuanto a los métodos definitivos, el más aceptado es la salpingoclasia, no así la vasectomía, esto es debido a la difusión, promoción y rol social-familiar, así también observamos que las familias de nivel medio

superior son las que más se inclinan por algún método para planificar su familia, y que la que menor se interesa por esto es la población en un nivel cultural bajo de predominio indígena. (27,31)

Al identificar los diez principales motivos de consulta familiar más frecuentes, se observó que las enfermedades de las vías respiratorias (IRAS) ocupan el primer lugar, tales padecimientos se encuentran estrechamente relacionados con las condiciones geográficas y climáticas de la región, ya que estos factores condicionan la elevada morbilidad y mortalidad por IRAS, aunado a veces a otras condiciones como son el analfabetismo, hacinamiento y contaminación ambiental. En el presente estudio encontramos que hay predominio en el sexo femenino, siendo estas infecciones de las vías áreas superiores (IRAS) de menor gravedad y manejadas con antibióticos y medidas generales. (33, 34, 35, 36)

En cuanto a las enfermedades crónico degenerativas en su conjunto como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los trastornos musculoesqueléticos, la colitis inespecífica y las enfermedades ácido péptica, son los padecimientos que más se atienden en esta unidad médica, en la población adulta estudiada, datos muy similares a los reportados en la literatura médica de una revisión de 5 años a la fecha, a nivel nacional e internacional. Debemos tener en cuenta que en los últimos años las enfermedades crícodegenerativas, se han colocado dentro de las primeras causas de mortalidad en México. (33, 34, 35)

Es importante después de discutir los resultados encontrados en el presente estudio, que debe tener como propósito satisfacer las necesidades de salud de la población derechohabiente del consultorio 6-B de la Clínica hospital del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, ya que la implementación del modelo de atención que contienen acciones factibles de realizar, con las estrategias que la conforman en donde se agrupan actividades de promoción, prevención curación o rehabilitación dirigidas al individuo y a la familia.

Las estrategias en las que se debe hacer un mayor énfasis son:

- b) Planificación familiar.
- c) Atención prenatal del parto y puerperio
- d) Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
- e) Manejo de infecciones respiratorias agudas
- f) Prevención y control de las enfermedades crónico degenerativas como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

IX. CONCLUSIONES

La aplicación del Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF) nos permitió dar seguimiento al proceso Salud-enfermedad en el universo de trabajo, y de esta manera pudimos identificar plenamente las características sociomédicas económicas y culturales de la población, desarrollando una pirámide poblacional de nuestro universo de trabajo, e identificando los grupos etáreos por edad y sexo y los diferentes grupos de riesgo, así como las fases del ciclo vital familiar. La continuidad de este modelo nos permite elaborar estrategias con acciones preventivas, diagnósticas, tratamiento oportuno y rehabilitación de la población derechohabiente.

La elaboración del presente trabajo nos da pauta para que nuestra práctica médica diaria utilicemos diversos instrumentos de evaluación familiar, así como la investigación sea parte de nuestra formación como médico familiar.

Creemos que fue posible lograr el objetivo general y los objetivos específicos, debido a que nos da pauta para seguir aplicando en nuestra población el presente modelo de atención médica familiar.

También concluimos como lo hacen diversos autores médicos especialistas en medicina familiar que la aplicación del Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF), es hasta el momento la mejor propuesta para realizar adecuadamente una buena práctica de la medicina familiar, ya que favorece un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias que se atienden en nuestro universo de trabajo, de esta manera estaremos mejor capacitados para conocer las características de la población atendida, definir sus campos de acción y poder realizar investigación continúa en nuestra Clínica Hospital "D" del ISSSTE en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) IRIGOYEN C. A.: La familia. En: Fundamentos de medicina familiar. Irigoyen C. A. et al. (edit.), Cuarta edición internacional. Editorial medicina familiar mexicana. México. 1996.
- 2) DICKINSON Bannack, M. A. et al.: Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención Primaria. Vol. 21. Num. 5. Marzo 1998.
- 3) GÓMEZ Clavelina, F. Diagnóstico de salud familiar, México, edit. Medicina Familiar Mexicana. 1995.
- 4) ENGELS. F.: El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Ed. Progreso.
- 5) CERDA, O. A. Marco teórico – metodológico para el abordaje integral de la salud familiar. Trabajo presentado en el XVII Simposium Nacional Familiar de la AUREMFAC. 1986.
- 6) SAUCEDA García, J. M. Lineamientos para evaluar la vida en familia. Revista Médica del IMSS. México, 1995. Num. 33.
- 7) WATERS, I., Watson, W. y Wetzel, W. Familiogramas: Instrumentos útiles para los médicos familiares. En: fundamentos de la medicina familiar. Irigoyen, C. A. et al. (edits.) Cuarta edición internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996.
- 8) ROSENBLASTT, R. A. Family Medicine in four dimensions developing an ecobiopsycosocial perspective. Fam-Med. 1997.
- 9) GUTIERREZ, C. A. Evolución y estado actual de la medicina familiar en México. Rev. Med. Fam. 1990.

- 10) IRIGOYEN, C. A. Modelo sistemático de atención médica familiar. En: *Fundamentos de medicina familiar*. Irigoyen, C. A. et. al. (edits) Cuarta edición internacional. Editorial Medicina Familiar mexicana. 1996.
- 11) SCANDEL, G. *La medicina en México, de la herbolaria azteca a la medicina nuclear*, IMSS, México. 1980.
- 12) CHÁVEZ Aguilar, V., García, M. J. Atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 1995.
- 13) BISHOP, F. M. Y Tudor, J. M. Influencias socioculturales e impacto en la salud individual. En: *Medicina familiar. Teoría y práctica*. Howard F. Conn, Robert E. Rakel y Thomas W. Johnson (edits) Ed. Interamericana. México. 1974.
- 14) GARCÍA, L. L. J. Comparative study of normal and over – users of a health center. *Atención primaria*. 1996.
- 15) SEPÚLVEDA, G. B., Méndez H. L. Programa para la implantación del nuevo sistema médico familiar. Rev. Med. IMSS. 1995.
- 16) VELASCO, O. R. Trascendencia y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Rev. Med. IMSS. 1995.
- 17) MAZÓN R., J. J. et. al. La investigación en medicina familiar, limitaciones y alternativas. Rev. Med. IMSS. 1995.
- 18) VARELA R., C. E. La medicina familiar como especialidad. Bol. Med. IMSS. 1974.
- 19) IRGOYEN, C. A. et. al. A cuarenta años de propuesta de atención familiar en el IMSS. Rev. Med. 1993.
- 20) GÓMEZ C., F. J., Irigoyen C. A. La medicina familiar y la investigación. Una perspectiva integradora. *Fundamentos de la medicina familiar*. 1996.

- 21) CASTELAZO A., L. Participación del médico familiar, médico general en las instituciones de salud. Bol. Med. IMSS. 1976.
- 22) ÁLVAREZ A, R. Salud Pública. Salud Pública y Medicina Preventiva 2ª Edición. Editorial manual moderno. México D. F. 1998.
- 23) CHÁVEZ A., C., Amíaz T., C. El papel de los grupos multidisciplinarios para la atención de la salud. Rev. Med. 1994.
- 24) CABRERA P., C. E. et. al. Ambiente de trabajo en una unidad de medicina familiar. Rev. Med. 1994.
- 25) HERNÁNDEZ, L. Motivo de asistencia, expectativas y conceptos del derechohabiente en los servicios de urgencias de las unidades de medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 1996.
- 26) IRIGOYEN C., A., Gómez F., H. R. C., Farfán S. G. Diagnóstico familiar. México, ed. Medicina Familiar Mexicana. 1995.
- 27) SAN MARÍN, H. Salud Pública. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. 1ª Reimpresión. México, D. F. 1998.
- 28) RODRÍGUEZ, M. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención primaria. 1994.
- 29) CUEVAS M., L. et. al. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud pública. México.1991.
- 30) LÓPEZ S., S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Rev. Med. IMSS. 1995.
- 31) SEPÚLVEDA Amor, Jaime: Salud reproductiva: Situación actual y perspectivas. Cuadernos de salud num. 4. Secretaría de Salud.. 1994.

- 32) PODER Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Población 1995-2000. Consejo Nacional de Población. México, D. F. 1995
- 33) ESTADÍSTICA del Sistema Nacional de Salud: Secretaría de salud para la población abierta. SISPA. Bol-Men. 1997.
- 34) DIRECCIÓN General de Epidemiología: Información epidemiológica de morbilidad. Secretaría de Salud. México. 1993.
- 35) SEPÚLVEDA Amor, Jaime. Los retos de La transición, Hipertensión, Diabetes y enfermedades cardiovasculares: De sal, de dulce y de manteca. Cuadernos de salud Num. 3. Secretaría de Salud. 1994.
- 36) OPS. Infecciones respiratorias agudas: Guía para la planificación, ejecución y evaluación de control dentro de la atención primaria de la salud, OPS, Washington, D. C. 1990
- 37) INEGI: XI Censo de población y vivienda 1990. Estados Unidos Mexicanos, INEGI, México. 1990.
- 38) ESPINOZA Moreno, B. Características generales de la población derechohabiente. Med. Noticias ISSSTE. 1998.
- 39) JIMÉNEZ M., C. Análisis de cobertura del programa de actividades preventivas y promoción a la salud en grupos de edad. Atención primaria. 1993.
- 40) MEDIONOTICIAS. Boletín de la subdelegación médica. Del. ISSSTE, Chiapas. Vol. I. 1998.
- 41) INEGI: Cuaderno estadístico municipal. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 1995.
- 42) CASTELLANOS, R. J. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol-DF Sanit Paman (82 (6). 1977.

ANEXO 2

Glosario de términos para el llenado de la hoja de identificación familiar

- Familia:** Se anotaran los apellidos que identifiquen a la familia
- Años de unión conyugal:** Anotar en años cumplidos el tiempo que de vivir en pareja
- Escolaridad:** Se anotara el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado
- Domicilio:** Se anotaran calle, número (interior si lo hubiese), colonia y código postal
- Familia moderna:** Se considera así cuando ambos cónyuges trabaja fuera del hogar
- Familia tradicional:** Es la familia que solo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar
- Familia urbana:** Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que cuenta con los servicios básicos de urbanización, agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación
- Familia suburbana:** Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 y que carece de algunos servicios básicos de urbanización
- Familia nuclear:** Es la familia constituida por padre, madre e hijos
- Familia extensa:** Es la familia en la cual, además del padre, la madre e hijos hay familiares de lazos consanguíneos, amigos, etc.
- Ocupación de los padres de familia:** Se anotaran las ocupaciones de ambos padres
Ejemplo. Padre albañil, madre hogar
- Etapa de expansión:** de Comprende desde el momento del primer hijo hasta la presencia de algún acontecimiento que defina alguna de las siguientes etapas
- Etapa de dispersión:** de Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela pero ninguno de ellos trabaja
- Etapa de independencia:** de Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado)
- Etapa de retiro:** Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
PARA CAUSA DE CONSULTA
DE ENERO A DICIEMBRE 1996

GRUPO DE EDAD Y SEXO																			
Diagnóstico	0-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-30		31-34		34 o más		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	

Fuente: Hoja de Reporte Diario del Médico. Clínica Médica Familiar () Censo ()
Fecha ()

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMÁTICO FAMILIAR

	N°	%
Estado civil:		
Soltero		
Casado		
Unión Libre		
Divorcio		
Viuudo		
Años de unión conyugal:		
Escolaridad:		
Básica		
Media		
Media superior ó Técnica		
Superior		
Edad del padre:		
	X	
Edad de la madre:		
Método de planificación familiar:		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
Número de hijos (hasta de 10 años de edad)		
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)		
Número de hijos (de 20 o más años de edad)		

	N°	%
Ocupación de los padres de familia:		
Profesional		
Técnico		
Empleado		
Hogar		
Otro		
Ingreso económico:		
<Salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
Tipos de familia:		
Desarrollo		
Moderna		
Tradicional		
Composición:		
Nuclear		
Extensa		
Compuesta		
Demografía:		
Urbana		
Rural		
Etapas del ciclo familiar:		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		

FORMATO PARA ELABORAR EL CENSO POBLACIONAL

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

ANEXO 1.

IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Familia: _____ Estado civil: _____ Casados ()
U. libre () Otro _____
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() Hormonal Oral() Hormonal Inyectable()

OTB() Ritmo() Condón() Vasectomía()

Otro: _____ Tiempo de usuaria (o): _____

Número de hijos (hasta 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

Tipo de familia: Marque con una X:

Desarrollo: Moderna () Demografía: Urbana ()
Tradicional () Semi-urbana ()

Composición: Nuclear () Integración: Integrada ()
Extensa () Semi-integrada ()
Compuesta () Desintegrada ()

Ingreso mensual aproximado: < de 1 salario mínimo ()

De 1 a 2 salarios mínimos ()

3 ó más salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()

Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____