

11224

43



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLÍNICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E.
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS

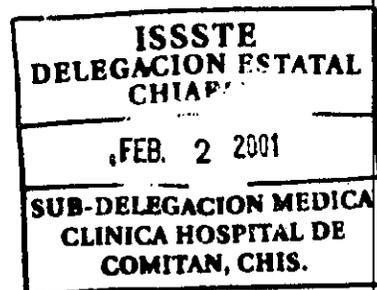
288245

*Aplicación del Modelo Sistemático de Atención
Médica Familiar en el consultorio 2 Sector 2
del turno matutino de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E.
En Comitán de Domínguez, Chiapas.*

Trabajo para obtener el diplomado de
Especialista en Medicina Familiar

Presenta :

Dr. Rodolfo Alberto Domínguez Albores



ISSSTE

Comitán de Domínguez, Chiapas. México 1999

2001



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.

*Aplicación del Modelo Sistemático de Atención
Medica Familiar en el consultorio 2 Sector 2
del turno matutino de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E.
En Comitán de Domínguez, Chiapas.*

**Tesis de investigación que para obtener el diploma de
Especialista en Medicina Familiar**

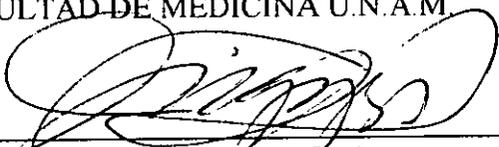
Presenta :



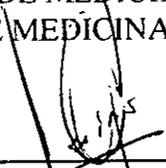
Dr. Rodolfo Alberto Domínguez Albores

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

Dr. Miguel Angel 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.



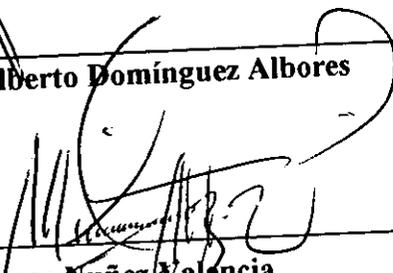
Dr. Isaías Hernández Torres
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

*Aplicación del Modelo Sistemático de Atención
Medica Familiar en el consultorio 2 Sector 2
del turno matutino de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E.
En Comitán de Domínguez, Chiapas.*

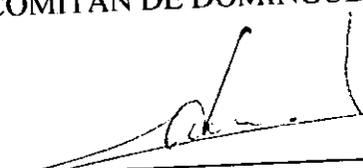
Tesis de investigación que para obtener el diploma de
Especialista en Medicina Familiar

Presenta :


Dr. Rodolfo Alberto Domínguez Albores


Dr. Marcos Nuñez Valencia

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
I.S.S.S.T.E. EN COMITAN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS


Dr. Apolinar Membrillo Luna
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.


Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado
JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

I.S.S.S.T.E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

26.ENE. 2001

V. B.

Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de Comitán de Domínguez, Chiapas. 2000.

**Aplicación del Modelo
Sistemático de Atención
Medica Familiar en el
Consultorio 2 Sector 2
Del turno matutino de la
Clínica Hospital del
I.S.S.S.T.E.
En Comitán de Domínguez,
Chiapas**

**Dr. Rodolfo Alberto
Domínguez Albores**

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| 1.- TITULO | 1 |
| 2.- INDICE GENERAL | 2 |
| 3.- MARCO TEÓRICO | 3 |
| 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 16 |
| 5.- JUSTIFICACION | 16 |
| 6.- OBJETIVOS | 17 |
| 6.1 Objetivo General. | |
| 6.2 Objetivo Especifico. | |
| 7.- METODOLOGÍA | 18 |
| 7.1 Tipo de estudio | 18 |
| 7.2 Población, lugar y tiempo de estudio | 18 |
| 7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra. | 18 |
| 7.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación | 18 |
| 7.5 Información recolectada (variables de medición). | 18 |
| 7.6 Procedimiento para capturar la información. | 18 |
| 7.7 Consideraciones éticas | 18 |
| 8.- RESULTADOS | 19 |
| 8.1 Descripción de los resultados. | 19 |
| 8.2 Tablas (cuadros) y gráficas. | 20 |
| 9.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS | 40 |
| 10.- CONCLUSIONES | 41 |
| 11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 42 |
| 12.- ANEXOS | 45 |

3.Marco Teórico.

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones de salud. Hacia finales del siglo I a. C. La medicina se consideraba parte integral de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los filósofos expertos en el arte de curar. López (1969), Gil (1986).

En 1882 el Canciller Alemán Otto Von Bismarck fue el creador de la Seguridad Social, la

Cual protegía a los miembros de las fuerzas armadas. Y fue hasta al termino de la segunda Guerra Mundial cuando se fundo la Organización Internacional del Trabajo.

En 1924 Chile fue el primer país Latinoamericano en implementar las Instituciones de Seguridad Social .

En 1960 predominaba una clara política social en los países de Latinoamérica, y los sistemas convencionales del decenio anterior sufriendo ajustes importantes:

- 1) Se inicio la Medicina Familiar como estrategia para crear un profesional con mayor conocimiento y experiencia en problemas psicosociales que recuperara la posición tradicional del médico.
- 2) Se aumento la cobertura de los servicios médicos en el medio rural y en las zonas marginadas urbanas.
- 3) Se apoya la Medicina Preventiva y se crean departamentos para la elaboración de programas de prevención primaria y secundaria. Gil (1986)

La Organización Mundial de la Salud promovió en varios países en desarrollo un modelo de atención de la salud:

“Poner al alcance de todos los habitantes del planeta los beneficios de un progreso científico y tecnológico que hasta ahora ha aludido a grandes masas de seres humanos, mediante la participación plena de estos y con un costo de la comunidad y el país puedan sufragar y mantener”

Desde 1978 la conferencia de Alma Ata, compromete a todos los países miembros a otorgar servicios de salud accesibles como un derecho inalienable de los individuos en todos los países , después de un análisis que ofreció un panorama desolador de las condiciones de salud para todos los pueblos y sobre todo los mas pobres del mundo, mediante la propuesta de “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000” .

En la primera Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud se señala que para mejorar la salud de las colectividades es necesario actuar en los llamados cinco campos de acción de la Carta de Ottawa:

- 1.- Reorientar los servicios de Salud.
- 2.- Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida.
- 3.- Crear medioambiente saludables.
- 4.- Elaborar políticas explícitas para la Salud.
- 5.- Reforzar la acción comunitaria en salud.

LAS CONCEPCIONES DEL PROCESO DE SALUD –ENFERMEDAD SE PUEDE CLASIFICAR EN CUATRO GRUPOS:

- 1) MÁGICO RELIGIOSA-EMPÍRICA. Esta dominó la historia del hombre durante Siglos.
- 2) BIOLOGICISTA-POSITIVISTA. Es una concepción biológica, ha florecido en la segunda mitad del siglo XIX. Esta perspectiva ofrece una atención curativa más que preventiva, orienta acciones a individuos y en la modificación de la conducta individual.
- 3) SANITARISTA, En esta los problemas de salud son problemas sanitarios y su solución implica saneamiento. Es la ecologista de la salud en la interacción de agente y huésped en el ambiente . La apoyan los de la salud publica y los organismos internacionales.
- 4) LA BIOLÓGICA-SOCIAL-HISTÓRICA, propone una integración entre las ciencias naturales y sociales que permiten concebir el proceso Salud Enfermedad como un proceso histórico- social que se manifiesta en sociedades.

Las diversas formas de organización de los servicios de salud en el mundo se pueden clasificar en tres modelos generales:

1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE COBERTURA UNIVERSAL GRATUITA. Su lineamiento proviene del gasto publico vía impuestos generales, de modo que se trata de un servicio público gratuito respaldado en el derecho social de la salud.

El modelo de atención a la salud otorga, prioridad a la prevención y los servicios no personales como el saneamiento del medio. La educación para la salud. El control del agua y de los alimentos, y la higiene laboral.

2. COEXISTENCIA DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE OFRECEN SERVICIOS MÉDICOS A LOS DERECHOHABIENTES: Instituciones asistenciales públicas que presentan atención médica gratuita de baja calidad a la población de pocos ingresos y no asegurada, e instituciones privadas de carácter lucrativo. Los servicios personales están separados de los no personales, y como no se les otorga prioridad se desenvuelven precariamente.

- a) Mediante un pago específico a cambio del servicio médico privado, proporcionado por empresas lucrativas, la utilizan los estratos de altos ingresos y la población marginada.
- b) Mediante una cuota periódica se adquieren los derechos a los servicios médicos de la seguridad social y no es necesario ningún pago adicional cuando se recibe el servicio. El financiamiento se complementa con la cuota de los trabajadores, patrones y del Estado. Se trata de un servicio no mercantil de financiamiento, socializado.
- c) Para la población que carece de poder adquisitivo como de seguridad social el Estado opera servicio médico a población abierta. Ofrecen una medicina simplificada con accesos por cuotas de recuperación; tienen un nivel de recursos insuficientes y la calidad es irregular.

3. INSTITUCIONES PRIVADAS DE CARÁCTER MERCANTIL CON SISTEMAS DE COBRO DIRECTO AL PACIENTE A TRAVÉS DE SEGUROS MÉDICOS. La atención a la salud es un bien de consumo privado, sujeto a las leyes del mercado su ejemplo en Estados Unidos con la existencia de seguros de asistencia médica para los ancianos e indigentes, con fondos por el Estado. La participación comunitaria es inexistente, a excepción de los grupos de consumidores más conscientes. El estilo de atención es medicalizado, curativa y prestado en hospitales sofisticados, es muy caro y dependiente de recursos de diagnósticos y terapéutica cuya eficiencia se está poniendo en duda en los propios países de origen.

Se han seleccionado para un análisis de los servicios de Salud a tres países cuyos sistemas de atención a la salud tienen cobertura universal e incluyen la participación comunitaria. Y tienen diferentes grados de desarrollo y formas de organización social:

COSTA RICA, País capitalista dependiente, con características históricas y pirámide poblacional similar a la de México, y un producto nacional bruto per cápita semejante. Sin embargo sus niveles de mortalidad general, materna e

infantil son respectivamente 30,21,y 60 % menores que los de México y la esperanza de vida al nacer es 6 años mayor a la mexicana.

CUBA, país socialista tiene un producto nacional bruto per cápita menor a la de México similar pirámide poblacional y porcentaje de población urbana pero una tasa de crecimiento demográfico menor a la Mexicana. Sus niveles de mortalidad general, materna e infantil son , respectivamente 46,60,y 64 % menores que los de México es 7 años de vida mayor .

EL REINÓ UNIDO. País Europeo capitalista tiene un producto nacional bruto per cápita cuatro veces mayor al Mexicano, un porcentaje de población urbana mayor al nuestro y una pirámide demográfica mas vieja. sus niveles de mortalidad general, materna e infantil son , respectivamente, 47,94 y 80% menores a los de México.

La esperanza de vida al nacer, igual que cuba, es de siete año mayor que a nuestra. Lereño (1997)

COSTA RICA:

El estado es Centralista, y su estructura sociopolítica describe como un estado. De bienestar subdesarrollo, La salud y la educación están en un sistema igualitario. El gasto a la salud es de 3 a 6% del PNB.

DE 1972 a 1973 los servicios de Salud se orientó hacia la expansión e integración. En 1980 , el 15 % de la población no estaba cubierta aún por los servicios Hospitalarios se integraron a la Caja costarricense de Seguridad Social, con acuerdo del Ministerio de salud.

La seguridad social proporciona los servicios personales de 2° a 4° Nivel, incluyendo medidas preventivas como inmunizaciones, salud infantil y detección de enfermedades.

El Ministerio de Salud tiene a su cargo la atención primaria con programas de salud rural y medicina comunitaria con personal familiar entrenado a 6 meses y con referencia de pacientes.

También es responsable de los servicios no personales como fauna nociva, alimentos y medicamentos, salud ambiental, nutrición para proporcionar estos servicios se coordina con el Instituto Costarricense de Acueductos y alcantarillado.

Los servicios personales que ofrece con base en el área rural y periferias, y en la capital, con programas y actividades definidas y personal y los recursos necesarios.

Se integran 4 niveles de atención, coordinados, cuenta con referencia de pacientes y una vez atendidos regresan con la indicación de la atención que deben recibir.

Los servicios de salud son altamente de carácter participativo, incorpora a la comunidad en promoción y mantenimiento de la salud.

El 50% del financiamiento global proviene de cuotas tripartitas: los patrones pagan 6.75% los obreros 4% y el Estado el 0.25%. En los que se refiere a los trabajadores independientes se aseguran para el Estado se compromete a cubrir sus gastos con fondos de la lotería e impuestos por cigarrillos y otros productos, de esto proviene el 50% del financiamiento. (Gómez) 1998.

CUBA:

A partir de 1959. La salud es un derecho de todos los individuos, y una responsabilidad del Estado, además es gratuito.

Es primordial la salud y la educación (50% del presupuesto); el Sistema nacional de salud tienen la autoridad legal, administrativa y financiera en el Ministerio de salud.

Los Servicios de salud son integrales con los servicios personales que se dirigen al individuo como unidad biosicosocial, atendiendo la prevención y la educación para la salud.

Los Servicios no personales cuidan el medio físico, biológico y social, la higiene ambiental, protección y al ambiente de actividades a crear el desarrollo del individuo integrado a la comunidad. La organización del ministerio de salud:

- 1) su estructura es provincial y regional.
- 2) De este depende la docencia y la capacitación y forma de recursos necesarios.
- 3) los servicios no personales están a cargo de la Unidad Regional de Higiene y Epidemiología (se encarga del control de alimentos y desechos; salud escolar, higiene de la vivienda, nutrición, vigilancia epidemiológica con apoyo de laboratorio de salud pública.
- 4) Se encarga de compra y fabricación de medicamentos y del equipo clínico quirúrgico.

Los servicios de salud están en una organización escalonada y piramidal con vertiente en el Ministro y base en las unidades aplicativas.

Se organiza en regiones con una red de servicios preventivos y curativos para todo el país, los niveles bien delimitados, relacionados y jerarquizados.

La red Nacional de Servicios básicos son la policlinicas (medio urbano) y el Hospital Rural (campo).

A través del Equipo de Salud, se brinda atención primaria, en localidades de menos de 1000 habitantes con personal técnico y auxiliar, en los mayores con clínicas de Atención Médica General.

La participación comunitaria ha elevado la educación para la salud y obtener el apoyo efectivo de la población para programas de salud, relación medico-paciente, y aumentar la confianza en los servicios.

A partir de 1977, los órganos de poder popular, la unidad y servicios primarios de salud pasaron a ser administrativos por la comunidad.

REINO UNIDO

En 1946, se aprobó la Ley del Servicio Nacional de cobertura Universal, que entro en vigor en 1948. Actualmente el Servicio Nacional de Salud se financia: 80% del Gobierno, 9 % del Seguro Social, 6.5% de los Gobiernos locales y el paciente aporta 4.5%. El 5.7% del PNB se destina a la salud.

En 1974 se organizo el Servicio Nacional de salud (S:N:S); conservándose a la fecha, este coordina todas las necesidades de las regiones y dicta normas y planes generales, depende del departamento de salud y seguridad social que establece las políticas globales y las asignaciones financieras. El responsables de este es la Secretaria de Estado para los Servicios Sociales.

Los servicios médicos se otorgan en el primer nivel en consultorio privado, de médicos generales que ofrecen servicios privados y públicos, recibiendo pago por parte del SNS según la cantidad de pacientes públicos atendidos. Además se ofrecen los servicios en centros de salud públicos que son manejados por médicos generales, y familiares. El segundo nivel son los hospitales generales de distrito (pequeños con menos de 150 camas).

El tercer nivel se ubica en hospitales e institutos de enseñanza distribuidos en las ciudades de universidades.

La participación de la comunidad se asegura a través de los Concejos Comunitarios de Salud constituidos por representantes, designados como los vigilantes públicos de desarrollo de los servicios, con acceso a la planificación del , necesidades y prioridades así como clausurar hospitales y reorientar las acciones del SNS.

Estos tres países se encuentran en etapas diferentes históricas : Costa Rica muestra un modelo de transición correspondiente al modelo tipo dos y ha tratado de universalizar los servicios personales de salud. La Gran Bretaña, durante 35 años ha tenido un gran desarrollo previo de la medicina privada se explica por el sistema de pago a los médicos. Cuba, vivió durante 11 años un

proceso de fusión de formas de atención médica, posteriormente con la revolución exigía un sistema de salud diferente al anterior. Lereño (1997)

La conferencia de Alma Ata en 1978 sobre la atención primaria a la salud, convocada por la OMS, proclamó a la salud como “un derecho humano fundamental y como un objetivo social importantísimo en el mundo”.

La atención primaria, a la vez que constituye la función central del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo social y económico de la comunidad, representa el primer contacto de la familia, los individuos y la comunidad, con el sistema nacional de salud.

La atención primaria de salud comprende:

Promoción de la nutrición, saneamiento básico y abastecimiento suficiente de agua potable, asistencia materno infantil, inmunizaciones, control de enfermedades y traumatismos comunes y suministro de medicamentos esenciales.

Diversos documentos de la OMS-OPS, señalan como problema frecuente el desconocimiento de las necesidades de salud de la población y en consecuencia el desarrollo de los servicios incongruentes con tales necesidades. Por lo que proponen corregir tal situación con varios modelos y establecer un sistema único, con servicios estructurados por niveles y regiones que permiten un eficiente manejo económico de los recursos y que descentralicen la responsabilidad de tomar decisiones.

Adecuados sistemas de información de salud para la evaluación de los servicios, de presupuestos y programas.

MÉXICO:

Siendo un país de desarrollo capitalista tardío, con un estado heredero de las tradiciones y demandas de mayor igualdad social de la revolución Mexicana y con un importante sector público. Para satisfacer las necesidades de salud, es necesario modificar el proceso salud-enfermedad atenuando los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte. Una de las condiciones es que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuados, un nivel mínimo de educación, de empleo digno y salarios remunerados y de alimentación suficiente y balanceada.

La segunda condición es la extensión de la cobertura de los servicios no personales; promoción de la salud y prevención de los daños.

La tercera es la extensión universal de los servicios personales de salud, que debe contar con tres niveles de atención: medicina general y familiar, especialidades y subespecialidades, enlazados con un sistema de referencia de pacientes. Para satisfacer las necesidades esenciales de salud, de la población solo se puede alcanzar mediante la atención del enfrentamiento diferencial a los daños de salud pero para que estas acciones tengan un adecuado marco jurídico se debe establecer en la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la salud. Para darle un valor social fundamental y con ello seríamos congruentes con las declaraciones y convenios internacionales suscritos sobre esta materia por nuestro país.

El modelo de atención de salud aquí desarrollado para satisfacer las necesidades de salud de toda la población del país tiene la siguiente características:

- A) Para asegurar una cobertura real, los servicios de salud deben satisfacer las condiciones de accesibilidad geográfica y económica, disponibilidad geográfica y económica. Disponibilidad y suficientes recursos físicos, humanos y financieros, la aceptabilidad por parte de la población y la continuidad de las acciones.
- B) Deben partir del estudio de las necesidades de la salud de la población.
- C) Los servicios no personales de salud comprenden:
 - 1.- organización comunitaria para la salud.
 - 2.- educación para la salud.
 - 3.- vigilancia epidemiológica.
 - 4.- vigilancia, promoción y educación nutricional.
 - 5.- salud laboral
 - 6.- salud escolar
 - 7.- control y regulación e la contaminación del agua potable, alimentos, bebidas, medicamentos, sitios de reunión, vivienda, fauna nociva y manejo de los desechos.
- D) Los servicios personales con un sistema integrado en tres niveles de atención.
- E) El sistema integral de atención implicara un servicio colectivo como individual.
- F) Se requerirá de una regionalización de los servicios.

- G) La plantación u evolución deberá partir del nivel local.
- H) La propia comunidad establecerá su organización y actuación en materia de salud.

La enfermedad a existido desde siempre, para el hombre primitivo era causa por Dioses o demonios y desde esa visión se ha llegado a la época actual en la que se conocen con precisión los agentes causales de muchos padecimientos. La evolución que ha experimentado la medicina le ha permitido pasar a los diagnósticos y tratamientos de tipo mágico-religioso a la identificación y manejo científico que en la actualidad se puede hacer de un buen numero de daños a la salud. Con el aislamiento de las bacteria y el desarrollo de las VACUNAS se introdujo el concepto de prevención de enfermedades, con el advenimiento de las Sulfamidas y de la Penicilina provocaron un rápido avance de la Medicina científica, produciéndose una gran cantidad de conocimientos, haciéndose casi imposible para una persona ser experta en todas las ramas de la Medicina, fragmentados así la profesión y dado lugar a las especialidades.

Otro antecedente respecto a los intentos de instrumentar una medicina integral se dio en la Medicina Azteca, la cual estaba enfocada en gran media a la prevención y a la investigación. La practica medica era realizada por distintos especialistas: cirujano de guerra, hueseros, obstetras, oftalmólogos y dentistas. La investigación medica estaba promovida por zoológico y en el laboratorio de herbolario mas grande en Latinoamérica. Por lo que la Medicina Azteca aspiraba a ser integral; contemplaba los aspectos preventivos curativo, las laborales asistenciales y la investigación.

Y es durante la década de los sesentas, que frente a la realidad sanitaria, aparecen fuertes criticas a la política de dedicar la mayor parte de la inversión para la salud, a la construcción de hospitales, su equipamiento y reequipamiento, ya que esta política seguía sin solucionar los grandes problemas de Salud. La solución de muchos de los grandes problemas dependían de medidas ecológicas de la medicina preventiva y de la educación sanitaria. Algunos entendieron que una de las soluciones para los problemas de Salud. Era la formación de Médicos de primer contacto. Médicos que hicieran un tipo de medicina personalizada, continua e integral, de tal manera que pudieran aplicar todos sus conocimientos y habilidades en la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación, es por ello que ha mediados de los sesentas se inicia un movimiento mundial con la creación de la residencia de Medicina Familiar, primero en los Estado Unidos y después en Canadá.

En 1954 se instaura el sistema Medico Familiar en el IMSS, como modelo de atención medica, donde se tuvo la intención de cubrir grupalmente las necesidades de salud de los derechohabientes a través de un sistema que a pesar del nombre atendía por separado a niños y adultos; este modelo opero por mas de 20 años y poco se pudo lograr para inducir en salud familiar.

Con este diseño y puesto en marcha el modelo de atención a la salud, que en su segunda fase se refiere el otorgamiento de la atención medica integral, se establece la plataforma y el camino para que todos los elementos del subsistema de atención medica se adecuan para realizar las actividades que le corresponden con calidad, eficiencia y efectividad.

El éxito hacia la nueva era consistía en aprovechar el pasado innovador el presente y anticipar el futuro, y es en este contexto donde la medicina Familiar se ubica como una de las opciones más sólidas y viables en el proceso de transformación.

Y con el compromiso social que caracteriza a la Medicina Familiar hay que enfrentar los retos que representan los cambios demográficos y epidemiológicos, los cuales se encuentran en un proceso critico de transición, por diversos factores como la disminución de la fecundidad, el estrechamiento de la pirámide poblacional en su base y prolongación en su cúspide, el perfil epidemiológico que transita en forma prolongada y se polariza en los países en desarrollo a diferencia de las industrializadas, la determinación de pléoras urbanas causadas por la migración del campo a las ciudades medias y grandes fenómeno que se ha generado en diversos países del mundo desarrollado, particularmente en aquellos en vías de desarrollo que se encuentran inmersos en una intensa corriente caracterizadas por un cuestionamiento de las formas vigentes de los sistemas de salud, con la preocupación de como in mejorar, organizar y distribuir los limitados recursos a fin de que se apliquen de forma mas equitativa para alcanzar los mas altos niveles de salud.

LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.-

Así mismo el I:S:S:S:T:E en 1993 inicia el curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del instituto en su primera etapa contando con aval universitario de la UNAM y actualmente se encuentra contemplando su cuarta etapa a Nivel Nacional.

El modelo sistemático de la Atención Médica Familiar se presenta por primera vez, para llevar a cabo la practica de la Medicina Familiar. Propuesto por la subdirección General Medica del instituto de Seguridad y Servicios sociales de los trabajadores del Estado: con 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 investigación. Velasco (1998).

Algunos de los factores que influyen en las relaciones de la familia ante la enfermedad son. Tipo de familia, la educación de cada miembro, etapa del ciclo familiar, funcionalidad familiar, ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas, actitudes de los familiares acerca del dolor, invalidez y regímenes terapéuticos.

Existe una relación proporcional de la estructura y funcionalidad de la familia con la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas, que efectúe el médico familiar, lo cual es condición esencial para la orientación. Castelazo (1976) etal.

Debe identificar la problemática psicosocial familiar, desde el punto de vista estructural o funcional. Para el enfoque estructural se utiliza familiograma (permitiendo la identificación de los miembros de la familia, sus características generales, relaciones etapa del ciclo vital familiar, roles y enfermedades. El enfoque funcional no se ha estudiado, por falta de aplicación de instrumentos y modelos para su evaluación. Gutiérrez 1997.(etal)

Fry se refiere que los patrones de consulta son altamente influenciados por los hábitos sociales y familiares. El verdadero primer nivel es la auto atención proporcionada por el individuo o por su familia, de esto se sabe poco.

El Médico Familiar debe esperar ver el 70% de sus pacientes en un año, y al 90% en 5 años, de estos menos del 10% son referidos al Hospital la consulta acuden los más jóvenes y los más viejos, con asistencia más las mujeres en relación .

Los de menos ingresos acuden con más frecuencia, al igual que los trabajadores manuales que los empleados.

QUE ES LA MEDICINA FAMILIAR

Es toda aquella atención medica integral con especial énfasis en la familia como unidad con una responsabilidad continua del medico en relación con salud, sin limitantes de edad o sexo del paciente, ni del órgano, o sistema afectado por la enfermedad. Esta disciplina académica y especialidad medica comprende una serie de actividades que se fundamentas en tres ejes: estudio de la familia, continuidad y acción anticipadora.

El acervo de conocimientos y procedimientos que junta la medicina familiar, prepara al medico familiar para un papel único en la atención del paciente, que

incluye el uso de destrezas cognitivas y procedimientos diagnósticos y de tratamiento, constituyéndose en un médico personal que otorga u coordina los recursos para la atención de la salud. El médico familiar está educado y entrenado para desarrollar y poner en práctica actitudes únicas y actividades que lo califican para la atención continua, mantenimiento integral de la salud y atención médica a todos los miembros de la familia sin importar sexo, edad o tipo de enfermedad, sea biológica, conceptual o social, así como los recursos de la comunidad.

NATALIDAD Y MORBI-MORTALIDAD EN MEXICO.-

La población en México asciende a 91.1 millones de habitantes. En 1996 ocurrieron alrededor de 2.3 millones de nacimientos y 425 mil defunciones. Esto implica un crecimiento anual de 1.8 millones de mexicanos y tasa de crecimiento de 1.94%, la población en edad de trabajar representa más de la mitad del país mientras que los menores de 5 años suman 13.3 millones, el grupo en edad de estudiar (6-14 años) constituyó una quinta parte (41) las más de 65 años suman 4 millones. (O.M.S.).

La esperanza de vida de los mexicanos es de 72 años mientras que la mortalidad infantil es de 27 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.

Chiapas presentó una población total de 3.5 millones de habitantes 1,791,000 hombres y 174 mujeres, tasa de natalidad de 30.5 con mayor población de los 15 a 64 años, su tasa global de fecundidad de 3.7 y la esperanza de vida al nacer de 71 años, con tasa de mortalidad de 4.1.

Presenta 14.7% de analfabetismo en su población de 62,292 habitantes, con 29,800 habitantes hombres y 32,492 mujeres. Presenta una tasa global de fecundidad de 2.7% de natalidad de 38.5% y tasa de mortalidad de 5.1% cuenta con 19.1% de la población es analfabeta, durante el año de 1996 se realizaron, 19,323 matrimonios y 786 divorcios.

Las principales causas de muerte en los mexicanos fueron: Enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, Diabetes Mellitus, Enfermedades cerebro vasculares, Cirrosis y enfermedades del hígado, Neumonía e influenza,

Afecciones del periodo perinatal, Homicidio, Nefritis, SX Nefrótico y Nefrosis. Leñero. 1997.

Dentro de su morbilidad se encuentran infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, en 1990 se registró en la jurisdicción Sanitaria 111, se encuentra en orden de frecuencia las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, la parasitosis intestinal, micosis, escabiasis,

paludismo, hipertensión paratifoidea y otras salmonelosis, tuberculosis pulmonar, traumatismos y envenenamientos.

Dentro de las causas de mortalidad de la Jurisdicción Sanitaria 111 , 1992 se aprecian: Infecciones diarreicas agudas, neoplasia, cardiopatías, infecciones respiratorias agudas, accidentes cerebro vascular, tuberculosis pulmonar, senectud, cirrosis hepática, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través del tiempo una de las consideraciones del proceso Salud-Enfermedad ha sido la creación de servicio de atención cada vez más humanos y satisfactorios, tanto para los pacientes como a quienes otorgan esta atención.

Sin embargo, como médico familiar puede enfrentarse a ciertas interrogantes:
¿Como aplicar los conocimientos de Especialista en Medicina Familiar y del MOSAMEF, en la atención de nuestros pacientes con especial atención es aspectos preventivos, de diagnóstico, tratamiento, de rehabilitación y curativo, en el consultorio dos del sector dos de la Clínica Hospital "C" I.S.S.T.E en Comitán Chiapas?

5. JUSTIFICACIÓN

La atención médica se puede impartir en cualquier momento y en todo lugar mediante aquellas acciones que el médico lleve a cabo y crea convenientes, dirigidas a prevenir las diversas patologías o bien a restablecer la salud en caso de haberlas contraído.

Sin embargo lo anterior se enfoca a un individuo como paciente, sin considerar su entorno social o ambiental, es decir, los individuos con los que convive (su familia), considerando lo anterior como una atención colectiva. Dicha atención debe considerar tanto el historial clínico del paciente como el de su familia, sin importar estrato socioeconómico o cultural.

El servicio médico institucional que nos ocupa, ofrece atención medica a una población con características sumamente variables, dicha población exige gozar de una atención de más alta calidad en cualquier nivel de atención médica. Por lo cual el médico familiar debe estar consciente de la población que tendrá que atender; para lo cual pondrá en practica sus habilidades y conocimientos para conocer e interpretar a sus pacientes y a sus respectivas familias, teniendo siempre presente la dinámica, la estructura y función familiar para diagnosticar y tratar oportunamente la patología en cuestión.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través del tiempo una de las consideraciones del proceso Salud-Enfermedad ha sido la creación de servicio de atención cada vez más humanos y satisfactorios, tanto para los pacientes como a quienes otorgan esta atención.

Sin embargo, como médico familiar puede enfrentarse a ciertas interrogantes: ¿Como aplicar los conocimientos de Especialista en Medicina Familiar y del MOSAMEF, en la atención de nuestros pacientes con especial atención es aspectos preventivos, de diagnóstico, tratamiento, de rehabilitación y curativo, en el consultorio dos del sector dos de la Clínica Hospital "C" I.S.S.T.E en Comitán Chiapas?

5. JUSTIFICACIÓN

La atención médica se puede impartir en cualquier momento y en todo lugar mediante aquellas acciones que el médico lleve a cabo y crea convenientes, dirigidas a prevenir las diversas patologías o bien a restablecer la salud en caso de haberlas contraído.

Sin embargo lo anterior se enfoca a un individuo como paciente, sin considerar su entorno social o ambiental, es decir, los individuos con los que convive (su familia), considerando lo anterior como una atención colectiva. Dicha atención debe considerar tanto el historial clínico del paciente como el de su familia, sin importar estrato socioeconómico o cultural.

El servicio médico institucional que nos ocupa, ofrece atención medica a una población con características sumamente variables, dicha población exige gozar de una atención de más alta calidad en cualquier nivel de atención médica. Por lo cual el médico familiar debe estar consciente de la población que tendrá que atender; para lo cual pondrá en practica sus habilidades y conocimientos para conocer e interpretar a sus pacientes y a sus respectivas familias, teniendo siempre presente la dinámica, la estructura y función familiar para diagnosticar y tratar oportunamente la patología en cuestión.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

1. Conocer las características socioculturales, económicas y psicológicas de la población adscrita al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán de Domínguez, Chiapas, para aplicar al MOSAMEF en forma adecuada.

6.2. Objetivos específicos

1. Conocer los grupos etáreos por edad y sexo así como los grupos de riesgo mediante una pirámide poblacional.
2. Conocer las características socioculturales y económicas de las familias adscritas a dicho consultorio tales como: Estado civil, años de unión conyugal, escolaridad, edad del padre y de la madre, número de hijos, ocupación de los padres de familia, ingreso económico, desarrollo familiar; composición familiar; demografía familiar, ciclo vital familiar, método de planificación familiar.
4. Conocer los diez motivos principales de consulta durante 1998.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio

El trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

7.2. Población, lugar y tiempo de estudio

El presente trabajo de investigación requirió durante su primera fase la población adscrita al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán de Domínguez, Chiapas, cuyos expedientes se revisaron confidencialmente en las instalaciones de la Clínica durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre de 1998 con el objeto de realizar el censo de población...

7.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Se incluyó en el estudio a todas las familias que acudieron a la Clínica a solicitar el servicio de la consulta externa del consultorio durante el periodo de estudio.

7.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

INCLUSIÓN : 1. Se incluyo en el estudio a todos los usuarios adscritos al consultorio 2 del sector 2 del turno vespertino con expediente medico, y aceptación para participar en el estudio.

EXCLUSIÓN 1. No se observaron.

ELIMINACIÓN 1. Pacientes con datos incompletos en la encuesta y en los expedientes.

7.5. Información recolectada (variables de medición)

Para la Fase 1 las variables fueron tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según el caso. Se consideraron las variables cuyos grupos etáreos se establecen en una amplitud de clase de 5 años, las cuales fueron el número total de individuos por sexo y por grupos etáreos.

Para la Fase 2 en donde se realizó el estudio familiar, las variables fueron fundamentalmente cualitativas en escala nominal, identificándose las siguientes:

1. Nombre de la familia:
2. Estado civil de las parejas que conforman las familias
3. Años de unión conyugal de las parejas
4. Escolaridad de la pareja
5. Edad del padre y de la madre
6. Número de hijos (hasta de 10 años de edad, de 11 a 19 años de edad y de 20 o más años de edad)
7. Ocupación de los padres de familia
8. Ingreso económico
9. Tipología familiar (en cuanto a su desarrollo, composición, demografía e integración)
10. Etapa del ciclo vital familiar
11. Métodos de planificación familiar
12. Inmunizaciones a población infantil hasta 5 años de edad.

Para la Fase 3 se consideraron variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales correspondieron a las 10 primeras causas de consulta por grupo de edad y sexo.

7.6. Procedimiento para capturar la información

En la FASE 1 se contó como fuente de datos el archivo clínico de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán de Domínguez, Chiapas, específicamente los expedientes de

las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. en Comitán de Domínguez, Chiapas.

En la FASE 2 se empleó como fuente de datos las encuestas aplicadas a cada uno de los padres de aquellas familias seleccionadas al azar.

En la FASE 3 se empleó como fuente de datos las hojas de reporte diario de actividades del médico asignado a dicho consultorio, durante el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1998.

Una vez recolectada la información correspondiente a las 3 fases, se analizaron mediante procedimientos estadísticos descriptivos, los cuales involucran relaciones porcentuales y medias.

7.7. Consideraciones éticas

Los resultados obtenidos en el proceso de captura de la información son estrictamente confidenciales, de acuerdo al comunicado de la norma de la Ley General de Salud en materia de Investigación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 1982, así como de las declaraciones de Helsinki y con la adición de Tokio en 1975, cuyo uso se hará única y exclusivamente para la realización del presente trabajo de investigación. Por otro lado, no se requirieron medidas precautorias o de bioseguridad, debido a que el trabajo no representa ni representará ningún riesgo de salud para las personas involucradas en él.

8. RESULTADOS

8.1. Descripción de los resultados

El estudio se llevó a cabo sobre la población adscrita al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán de Domínguez, Chiapas; mediante 3 fases, en la primera se realizó el Censo Poblacional la cual arrojó los siguientes resultados:

La Clínica atiende a un total de 18,051 derechohabientes que involucra a cuatro Unidades Médicas (la Clínica Hospital de Comitán, la Clínica en Frontera Comalapa, la Clínica en Las Margaritas y la Clínica de la Col. Joaquín M. Gutiérrez), la que nos ocupa es la Clínica ubicada en la CD. de Comitán con 12,872 derechohabientes. De esta población, el consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino atiende a un total de 1803 derechohabientes debidamente afiliados.

De acuerdo a la Pirámide Poblacional obtenida del censo poblacional, 988 individuos son del sexo femenino (54.80%) y 815 son del sexo masculino (45.20%).

La distribución por grupos de edad en una amplitud de clase de 5 años fue de la siguiente manera (Cuadro 1 y Gráfica 1):

De 0 a 4 años se encontraron 131 personas que corresponde al 7.27% de la población total, de donde 58 son mujeres y 73 son hombres; de 5 a 9 años se encontraron 209 personas (11.59%) de donde 105 son del sexo femenino y 104 del sexo masculino; de 10 a 14 años 215 personas (11.92%) de donde 101 son mujeres y 114 son varones; de 15 a 19 años 137 personas (7.60%) de donde 75 son mujeres y 62 son hombres; de 20 a 24 años 53 personas (2.94%) de donde 37 son mujeres y 16 son hombres; de 25 a 29 años 94 personas (5.21%) de donde 67 del sexo femenino y 27 del sexo masculino; de 30 a 34 años 152 personas (8.43%) de donde corresponden 76 individuos para cada sexo respectivamente.

En la población de 35 a 39 años se encuentran 200 personas (11.09%) de donde 129 son mujeres y 71 son hombres; de 40 a 44 años 135 personas (7.49%) de donde 75 son mujeres y 60 son hombres; de 45 a 49 años 87 personas (4.83%) de donde 44 son mujeres y 43 son varones; de 50 a 54 años 77 personas (4.27%) de donde 47 son del sexo femenino y 30 del sexo masculino; de 55 a 59 años 51 personas (2.83%) de donde 29 son mujeres y 22 son hombres; de 60 a 64 años 64 personas (3.55%) de donde 42 son del sexo femenino y 22 del sexo masculino; de 65 a 69 años 56 personas (3.11%) de donde 26 son mujeres y 30 son hombres y por último en la población de más de 70 años se encuentran 142 personas (7.88%) de donde 77 son mujeres y 65 son hombres.

Dicha población también se puede dividir en una amplitud de clase más amplia, la cual permite visualizar más claramente ciertas etapas por las que atravesamos los seres humanos:

- a) En la edad pediátrica se encuentra la población menor a 14 años, la cual está representada por 555 individuos (30.78%), de donde 264 son niñas (14.64%) y 291 son niños (16.14%).
- b) En la edad reproductiva se encuentran los individuos de entre 15 y 44 años de edad, la cual consta de 771 personas (42.76%); de donde 312 son hombres (17.30%) y 459 son mujeres (25.46%). (Cuadro 1 y Gráfica 1)
- c) En la tercera edad se involucra la población de entre 45 y 59 años de edad, constituida por 215 personas (11.92%), de donde 120 son del sexo femenino (6.66%) y 95 son del sexo masculino (5.27%).
- d) En la etapa senil se encuentran los individuos con más de 55 años de edad, representada por 262 personas (14.53%); de donde 117 son hombres (6.49%) y 145 son mujeres (8.04%). (Cuadro 1 y Gráfica 1)
- e) La población con más riesgo de presentar alguna enfermedad crónica degenerativa, resulta de la suma de la población en la tercera edad y senil, es decir mayor a 45 años de edad.

De la pirámide poblacional se observa claramente que el grupo etáreo con más individuos del sexo femenino se encuentra entre los 35 y 39 años de edad con 129 mujeres, mientras que el grupo etáreo con menos mujeres se encuentra entre los 65 y 69 años con 26 individuos únicamente.

Por otro lado, el grupo etáreo con más individuos del sexo masculino se encuentra entre los 10 y 14 años con 114 individuos, mientras que el grupo con menos varones se encuentra entre los 20 y 24 años de edad con 16 hombres. En la segunda fase se realizó el Estudio Sistemático Familiar obteniéndose los siguientes resultados: La edad del padre de familia presentó una media de 40.9 años con una desviación estándar de 9.5 años; mientras la edad de la madre presentó una media de 38.0 años con una desviación estándar de 8.9 años (Cuadro 3). Observándose que las edades de los padres de familia fluctúan entre los 25 y 54 años de edad de acuerdo a la tabla de frecuencias en intervalos de clase con una amplitud de 5 años. (Cuadro 2 y Gráfica 2,3)

- 1) El estado civil esta representado por 101 parejas casadas equivalente al 80.8% de las familias encuestadas, 13 parejas viven en unión libre (10.4%), 4 parejas prefieren vivir solteras (3.2%), en la misma proporción se encuentran 4 parejas pero con la diferencia en que han perdido a su pareja, es decir se encuentran viudos, las últimas 3 parejas encuestadas se encuentran divorciadas, equivalente al 2.4%. (Cuadro y Gráfica 4)
- 2) Las parejas independientemente del estado civil en que se encuentran, han convivido juntos, originando los años de vida conyugal, observándose una media de 14 años con una desviación estándar de 8.6 años (Cuadro 2). Cuya frecuencia en intervalos de clase con una amplitud de 5 años es de la siguiente manera: 24 parejas llevan de 1 a 5 años viviendo juntos, 30 parejas de 6 a 10 años, 24 parejas de 11 a 15 años, 21 parejas de 16 a 20 años, 14 parejas de 21 a 25 años, 6 parejas de 26 a 30 años, 4 y 2 parejas llevan viviendo juntos de 31 a 35 años y de 36 a 40 años respectivamente (Cuadro y Gráfica 5).
- 3) Las familias presentaron mucha variabilidad con respecto a las edades de sus hijos, por lo que el análisis estadístico indica que tienen un promedio de 1.1 hijos de hasta 10 años de edad con una desviación estándar de 1.1 hijos; 1.1 hijos de entre 11 y 19 años con una desviación estándar de 1.2 hijos y 0.6 hijos de entre más de 20 años con una desviación estándar de 1.2 hijos. Observándose un

- promedio de 2.7 hijos por familia, debido a la existencia de parejas que han procreado hasta 5 hijos. (Cuadro 2)
- 5) De acuerdo con los datos obtenidos en las encuestas, alrededor del 80% de la población menor a 5 años de edad, cuenta con el cuadro de inmunizaciones completa, aunque esto es relativo debido a la existencia de infantes en proceso de complementación de su cuadro inmunológico.
- 6) En las encuestas aplicadas se obtuvo la escolaridad del padre de familia quien respondió el cuestionario, de tal manera que 2 padres son analfabetas equivalente al 1.6% de la población encuestada, 16 padres cuentan con la educación básica (12.8%), 39 padres con la educación media básica (31.2%), 23 con educación técnica (18.4%) y 45 con educación superior (36%). (Cuadro y Gráfica 6)
- 7) La ocupación de los padres de familia, esta representada por un 33.6% dedicada a una actividad de tipo profesional, el 4% ocupa su tiempo en realizar actividades técnicas, el 23.2% son empleados, el 13.6% tiene una actividad no identificada, y el 25.6% corresponde única y exclusivamente a las labores del hogar representada por la madre. (Cuadro y Gráfica 7)
- 8) El ingreso económico familiar es completamente alto, es decir toda las familias encuestadas perciben un ingreso de 3 o más salarios mínimos por día. (Cuadro y Gráfica 8)
- 9) El ciclo vital corresponde en un 0.8% a las parejas en la etapa de matrimonio (1 pareja), el 12.8% corresponde a las parejas en la etapa de expansión (16 familias), el 69.6% se encuentra en la etapa de dispersión (69.6 familias), el 11.2% se encuentra en la etapa de independencia (14 familias) mientras que el 5.6% se encuentra en la etapa de retiro y muerte (7 parejas). (Cuadro y Gráfica 9)
- 10) De acuerdo al desarrollo, el 56.8% de las familias estudiadas son del tipo tradicional mientras que el 43.2% son del tipo moderno. (Cuadro y Gráfica 10)
- 11) La demografía familiar esta representada en un 95.2% por familias que habitan en zonas urbanas y el 4.8% por familias que habitan en zonas semi-urbanas. (Cuadro y Gráfica 11)

12) De acuerdo a la composición, el 87.2% de las familias son nucleares, el 10.4% son compuestas y la menor proporción restante con un 2.4% son extensas. (Cuadro y Gráfica 12)

13) La integración familiar está representada por un 88.8%, aquellas familias semi-integradas les corresponde un 64%, mientras que la desintegración familiar mantiene un porcentaje considerable del 4.8% del total de familias estudiadas. (Cuadro y Gráfica 13)

14) El 6.4% de las parejas que conforman las familias estudiadas maneja como método de planificación familiar el DIU y en la misma proporción los anticonceptivos orales, el 8.8% ocupa anticonceptivos inyectables; el método más utilizado es la salpingoclasia en un 48.8%, el 3.2% de las parejas utiliza el ritmo como método de planificación, se detectó a 2 parejas que utilizan el condón como método de planificación familiar, equivalente a 1.6% y en la misma proporción aquellas parejas que han optado por un método definitivo masculino como la vasectomía; desgraciadamente el 23.2% no utiliza ningún método de planificación familiar. (Cuadro y Gráfica 14)

La Fase 3 se llevó a cabo para identificar los diez motivos de consulta más frecuentes en el consultorio 2 del Sector 2 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán de Domínguez, Chis.

Destaca en primer lugar la atención a enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 235 consultas, de donde 110 se impartieron en personas del sexo masculino y 125 en personas del sexo femenino, seguida en orden decreciente por la atención a pacientes con hipertensión arterial con 147 consultas, 71 en personas del sexo femenino y 76 en personas del sexo masculino. (Cuadro 15)

La diabetes mellitus ocupó el tercer lugar con 123 consultas, 55 mujeres y 68 varones; las bronquitis agudas ocuparon el cuarto lugar con 106 consultas, 70 en mujeres y 36 hombres; el quinto lugar lo ocupó la neuritis con 99 consultas, 56 mujeres y 43 hombres; el sexto lugar fue ocupado por las hiperlipidemias con 244 consultas, 40 mujeres y 48 hombres.

Los pacientes con gastritis, enfermedad que ocupó el séptimo lugar, acudieron en 86 ocasiones, de donde 47 fueron mujeres y 39 hombres; las artropatías ocuparon el octavo lugar con 82 consultas, 48 del sexo femenino y 34 del masculino; el noveno lugar fue ocupado por las enfermedades de vías urinarias con 74 consultas, 42 mujeres y 30 varones, el décimo lugar fue ocupado por las enfermedades diarreicas con 72 consultas, 42 consultas en atención a mujeres y 30 en hombres.

Las infecciones respiratorias agudas fueron los motivos de consulta más frecuentes por sexo, al igual que las enfermedades crónico degenerativas, en particular la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Sin embargo, se observó que el sexo femenino es el que más acude a los servicios médicos (Cuadro 16 y Gráfica 15)

Nuevamente las infecciones respiratorias agudas son el principal motivo de consulta por primera vez, seguido por las bronquitis agudas, la hipertensión arterial, las hiperlipidemias, la diabetes mellitus, las artropatías, la gastritis, la neuritis, las enfermedades de vías urinarias y por último las enfermedades diarreicas (Cuadro 15 y Gráfica 16).

Las enfermedades crónico degenerativas son aquellas que ameritan una atención subsecuente, seguido del control de las infecciones respiratorias agudas, en menor proporción se sigue un control al resto de las patologías antes mencionadas (Gráfica 16)

8.2. Tablas (cuadros) y gráficas

A continuación se anexan los cuadros y gráficas obtenidos durante la elaboración del análisis estadístico aplicado en el presente trabajo de investigación.

| % | DISTRIBUCIÓN POR EDADES | | | % | Total | % |
|-------|-------------------------|--------------|---------------|-------|-------|-------|
| | FEM. | FEMENINO | GRUPO DE EDAD | | | |
| 3.22 | 58 | 0-4 | 73 | 4.05 | 131 | 7.27 |
| 5.82 | 105 | 5-9 | 104 | 5.77 | 209 | 11.59 |
| 5.60 | 101 | 10-14 | 114 | 6.32 | 215 | 11.92 |
| 4.16 | 75 | 15-19 | 62 | 3.44 | 137 | 7.60 |
| 2.05 | 37 | 20-24 | 16 | 0.89 | 53 | 2.94 |
| 3.72 | 67 | 25-29 | 27 | 1.50 | 94 | 5.21 |
| 4.22 | 76 | 30-34 | 76 | 4.22 | 152 | 8.43 |
| 7.15 | 129 | 35-39 | 71 | 3.94 | 200 | 11.09 |
| 4.16 | 75 | 40-44 | 60 | 3.33 | 135 | 7.49 |
| 2.44 | 44 | 45-49 | 43 | 2.38 | 87 | 4.83 |
| 2.61 | 47 | 50-54 | 30 | 1.66 | 77 | 4.27 |
| 1.61 | 29 | 55-59 | 22 | 1.22 | 51 | 2.83 |
| 2.33 | 42 | 60-64 | 22 | 1.22 | 64 | 3.55 |
| 1.44 | 26 | 65-69 | 30 | 1.66 | 56 | 3.11 |
| 4.27 | 77 | 70 ó más | 65 | 3.61 | 142 | 7.88 |
| 54.80 | 988 | Total | 815 | 45.20 | 1803 | 100 |

FUENTE: Censo poblacional del consultorio No. 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital ISSSI, Comitán, Chiapas.

Total de derechohabientes = 1803
 Porcentaje mujeres = 54.80
 Porcentaje hombres = 45.20

**CUADRO 1. DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LOS DERECHOHABIENTES
 ADSCRITOS AL CONSULTORIO No. 2 (SECTOR 2) DEL TURNO MATUTINO
 DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE, COMITÁN, CHIAPAS**

| Estado civil | No. | % |
|--------------|-----|------|
| Soltero | 4 | 3,2 |
| Casado | 101 | 80,8 |
| Unión libre | 13 | 10,4 |
| Divorciado | 3 | 2,4 |
| Viudo | 4 | 3,2 |
| Total | 125 | 100 |

| | Media | Desv. est. |
|------------------------|-------|------------|
| Años de unión conyugal | 14 | 8,6 |

| Escolaridad | No. | % |
|--------------------------|-----|------|
| Analfabeta | 2 | 1,6 |
| Básica | 16 | 12,8 |
| Media | 39 | 31,2 |
| Media superior o técnica | 23 | 18,4 |
| Superior | 45 | 36,0 |
| Total | 125 | 100 |

| | Media | Desv. est. |
|----------------|-------|------------|
| Edad del padre | 40,9 | 9,5 |

| | Media | Desv. est. |
|----------------|-------|------------|
| Edad del madre | 38 | 8,9 |

| Método de planificación familiar | No. | % |
|----------------------------------|-----|------|
| DIU | 8 | 6,4 |
| Anticonceptivo oral | 8 | 6,4 |
| Anticonceptivo inyectable | 11 | 8,8 |
| OTB | 61 | 48,8 |
| Ritmo | 4 | 3,2 |
| Vasectomía | 2 | 1,6 |
| Condón | 2 | 1,6 |
| Ninguno | 29 | 23,2 |
| Total | 125 | 100 |

| | Media | Desv. est. |
|--|-------|------------|
| Número de hijos (hasta de 10 años de edad) | 1,1 | 1,1 |
| Número de hijos (de 11 a 19 años de edad) | 1,1 | 1,2 |
| Número de hijos (de 20 o más años de edad) | 0,6 | 1,2 |

| Ocupación de los padres de familia | No. | | |
|------------------------------------|-------|-------|------|
| | Padre | Madre | % |
| Profesional | 57 | 27 | 33,6 |
| Técnico | 2 | 8 | 4,0 |
| Empleado | 45 | 13 | 23,2 |
| Hogar | 0 | 64 | 25,6 |
| Otro | 21 | 13 | 13,6 |
| Total | 125 | 125 | 100 |

| Ingreso económico | No. | % |
|--------------------------|-----|-----|
| < 1 salario mínimo | 0 | 0 |
| 1 a 2 salarios mínimos | 0 | 0 |
| 3 o más salarios mínimos | 125 | 100 |
| Total | 125 | 100 |

| Tipo de familia | No. | % |
|---------------------|-----|------|
| <i>Desarrollo :</i> | | |
| Moderna | 54 | 43,2 |
| Tradicional | 71 | 56,8 |
| Total | 125 | 100 |

| <i>Composición:</i> | No. | % |
|---------------------|-----|------|
| Nuclear | 109 | 87,2 |
| Extensa | 3 | 2,4 |
| Compuesta | 13 | 10,4 |
| Total | 125 | 100 |

| <i>Demografía</i> | No. | % |
|-------------------|-----|------|
| Urbana | 119 | 95,2 |
| Semi-urbana | 6 | 4,8 |
| Total | 125 | 100 |

| Etapa del ciclo familiar | No. | % |
|--------------------------|-----|------|
| Matrimonio | 1 | 0,8 |
| Expansión | 16 | 12,8 |
| Dispersión | 87 | 69,6 |
| Independencia | 14 | 11,2 |
| Retiro | 7 | 5,6 |
| Total | 125 | 100 |

| Integración familiar | No. | % |
|----------------------|-----|------|
| Integrada | 111 | 88,8 |
| Semi-integrada | 8 | 6,4 |
| Desintegrada | 6 | 4,8 |
| Total | 125 | 100 |

CUADRO 2. Hoja de resultados del Estudio Sistemático Familiar del consultorio No. 2 del Sector 2 del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE de Comitán, Chiapas.

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio No. 2 del Sector 2 del turno vespertino de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas.

| Grupo de edad | Frecuencia | | Total |
|---------------|------------|------------|------------|
| | Padre | Madre | |
| 20-24 | 1 | 7 | 8 |
| 25-29 | 12 | 16 | 28 |
| 30-34 | 18 | 24 | 42 |
| 35-39 | 31 | 32 | 63 |
| 40-44 | 20 | 18 | 38 |
| 45-49 | 22 | 13 | 35 |
| 50-54 | 9 | 10 | 19 |
| 55-59 | 6 | 3 | 9 |
| 60-64 | 5 | 1 | 6 |
| 65-69 | 1 | 1 | 2 |
| Total | 125 | 125 | 250 |

FUENTE: Encuestas realizadas a los familiares adscritos al consultorio 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.

Cuadro 3. Distribución de frecuencias de las edades de los padres en las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chis.

| | No. | % | % Acumulado |
|-------------|-----|------|----------------|
| Casado | 4 | 3,2 | 3,2 |
| Soltero | 101 | 80,8 | 84 |
| Divorciado | 13 | 10,4 | 94,4 |
| Unión libre | 3 | 2,4 | 96,8 |
| Viudo | 4 | 3,2 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.

Cuadro 4. Estado civil de las parejas que conforman las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chis.

| Grupo de edad | Frecuencia | % Total |
|---------------|------------|------------|
| 0-5 | 24 | 19,2 |
| 6-10 | 30 | 24 |
| 11-15 | 24 | 19,2 |
| 16-20 | 21 | 16,8 |
| 21-25 | 14 | 11,2 |
| 26-30 | 6 | 4,8 |
| 31-35 | 4 | 3,2 |
| 36-40 | 2 | 1,6 |
| Total | 125 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.

Cuadro 5. Distribución de frecuencias de los años de vida conyugal de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chis.

| | No. | % | % Acumulado |
|----------------|-----|------|----------------|
| Analfabeta | 2 | 1,6 | 1,6 |
| Básico | 16 | 12,8 | 14,4 |
| Media | 39 | 31,2 | 45,6 |
| Media Superior | 23 | 18,4 | 64 |
| Superior | 45 | 36,0 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Cuadro 6. Escolaridad de los padres en las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| Ocupación | Padre | Madre | Total | % |
|-------------|-------|-------|-------|-----|
| Profesional | 57 | 27 | 84 | 42 |
| Técnico | 2 | 8 | 10 | 5 |
| Empleado | 45 | 13 | 58 | 29 |
| Hogar | 0 | 64 | 64 | 32 |
| Otro | 21 | 13 | 34 | 17 |
| Total | 125 | 125 | 250 | 125 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Cuadro 7. Ocupación de los padres de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | No. | % | % Acumulado |
|-------|-----|-------|----------------|
| Alto | 125 | 100.0 | 100 |
| Medio | 0 | 0.0 | 100 |
| Bajo | 0 | 0.0 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas

Cuadro 8. Ingreso familiar de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | No. | % | % Acumulado |
|---------------|-----|------|----------------|
| Matrimonio | 1 | 0.8 | 0.8 |
| Expansión | 16 | 12.8 | 12.8 |
| Dispersión | 87 | 69.6 | 70.4 |
| Independencia | 14 | 11.2 | 81.6 |
| Retiro | 7 | 5.6 | 87.2 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas

Cuadro 9. Etapa del ciclo familiar de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | No. | % | % Acumulado |
|-------------|-----|------|----------------|
| Moderno | 54 | 43.2 | 43.2 |
| Tradicional | 71 | 56.8 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Cuadro 10. Tipo de desarrollo de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | No. | % | % Acumulado |
|------------|-----|------|----------------|
| Urbano | 119 | 95.2 | 95.2 |
| Semiurbano | 6 | 4.8 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Cuadro 11. Tipo de demografía de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | No. | % | % Acumulado |
|-----------|-----|------|----------------|
| Compuesta | 13 | 10.4 | 10.4 |
| Extensa | 3 | 2.4 | 12.8 |
| Nuclear | 109 | 87.2 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas

Cuadro 12. Tipo de composición de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | No. | % | % Acumulado |
|----------------|-----|------|----------------|
| Integrada | 111 | 88.8 | 88.8 |
| Semi-integrada | 8 | 6.4 | 95.2 |
| Desintegrada | 6 | 4.8 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas

Cuadro 13. Tipo de integración de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | No. | % | % Acumulado |
|---------------|-----|------|----------------|
| D.I.U. | 8 | 6,4 | 6,4 |
| Hormonal iny. | 11 | 8,8 | 15,2 |
| Hormonal oral | 8 | 6,4 | 21,6 |
| Ninguno | 29 | 23,2 | 44,8 |
| Condón | 2 | 1,6 | 46,4 |
| OTB | 61 | 48,8 | 95,2 |
| Ritmo | 4 | 3,2 | 98,4 |
| Vasectomía | 2 | 1,6 | 100 |
| Total | 125 | 100 | 100 |

FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chiapas

Cuadro 14. Métodos de planificación utilizado por las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas

| | Motivo de consulta | Consultas por sexo | | Total de consultas | % | | % |
|----|-----------------------|--------------------|-----|--------------------|-------|-------|------|
| | | F | M | | F | M | |
| 1 | IRAS | 125 | 110 | 235 | 11,2 | 9,9 | 21,1 |
| 2 | Hipertensión arterial | 71 | 76 | 147 | 6,4 | 6,8 | 13,2 |
| 3 | Diabetes mellitus | 55 | 68 | 123 | 4,9 | 6,1 | 11,1 |
| 4 | Bronquitis aguda | 70 | 36 | 106 | 6,3 | 3,2 | 9,5 |
| 5 | Neuritis | 56 | 43 | 99 | 5,0 | 3,9 | 8,9 |
| 6 | Hiperlipidemias | 40 | 48 | 88 | 3,6 | 4,3 | 7,9 |
| 7 | Gastritis | 47 | 39 | 86 | 4,2 | 3,5 | 7,7 |
| 8 | Artropatías | 48 | 34 | 82 | 4,3 | 3,1 | 7,4 |
| 9 | I.V.U. | 32 | 42 | 74 | 2,9 | 3,8 | 6,7 |
| 10 | Enf. diarreicas | 42 | 30 | 72 | 3,8 | 2,7 | 6,5 |
| | TOTAL | 586 | 526 | 1112 | 52,70 | 47,30 | 100 |

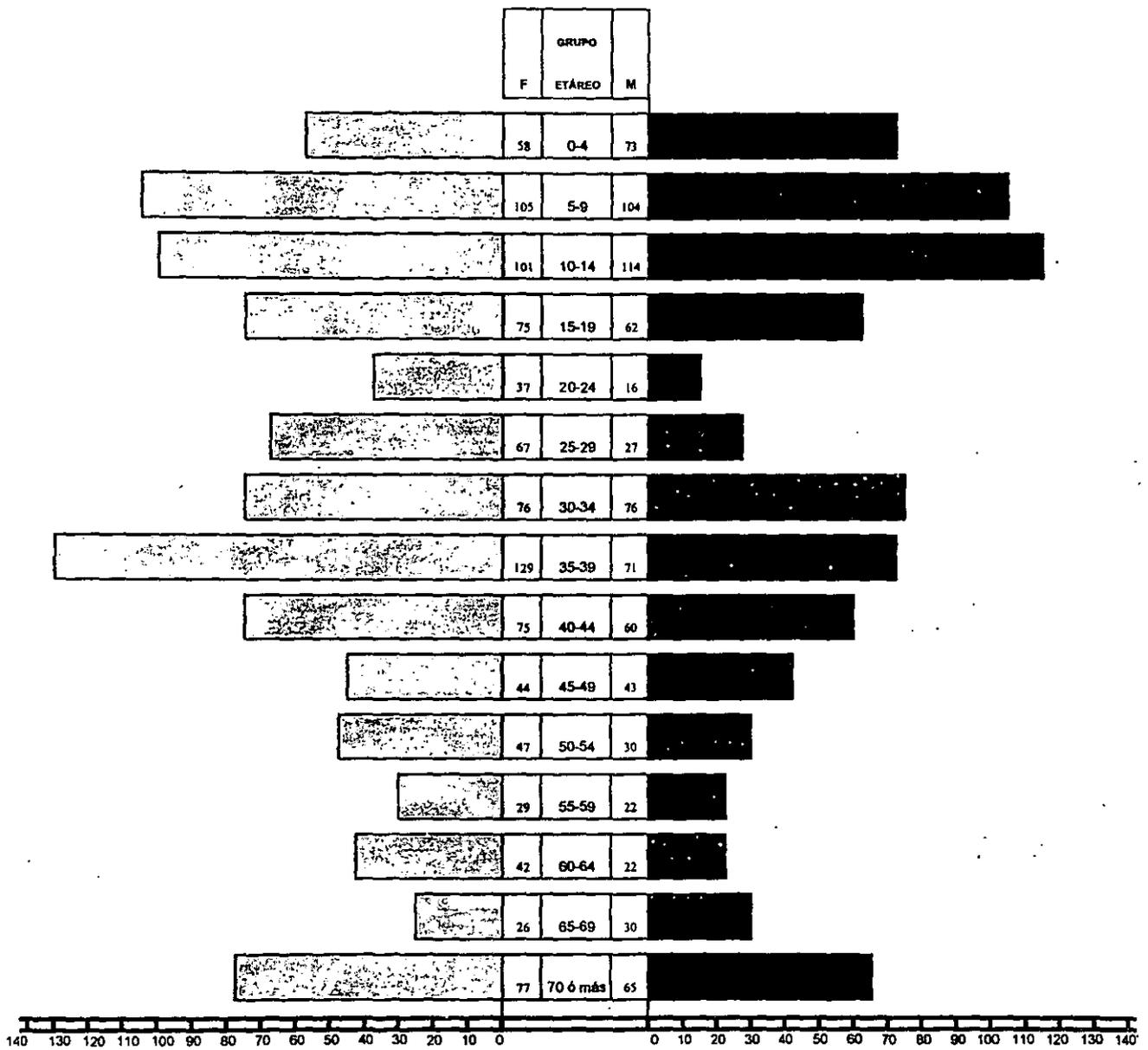
FUENTE : Hojas diarias de actividades del médico del consultorio No. 2 Sector 2 del turno matutino de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis

Cuadro 16. Motivos de consulta más frecuentes por sexo de los pacientes adscritos al consultorio No. 2 del Sector 2 T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.

| Matrices de consulta | | | 0 a 4 | | 5 a 9 | | 10 a 14 | | 15 a 19 | | 20 a 24 | | 25 a 29 | | 30 a 34 | | 35 a 39 | | 40 a 44 | | 45 a 49 | | 50 a 54 | | 55 a 59 | | 60 a 64 | | 65 a 69 | | 70 o más | | Total | | Gran |
|-------------------------|---------|---------|-------|----|-------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|---------|----|----------|----|-------|-----|-------|
| | 1a. vez | Subsec. | meses | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | Total | | total |
| | | | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | total | | |
| 1 IRAS | 170 | 65 | 22 | 16 | 8 | 18 | 13 | 6 | 9 | 16 | 8 | 8 | 4 | 12 | 12 | 13 | 8 | 10 | 5 | 9 | 10 | 4 | 4 | 9 | 1 | 2 | 2 | 0 | 3 | 0 | 1 | 2 | 110 | 125 | 235 |
| 2 Hipertensión arterial | 78 | 69 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 4 | 8 | 8 | 12 | 14 | 8 | 11 | 16 | 9 | 5 | 2 | 11 | 7 | 8 | 14 | 76 | 71 | 147 |
| 3 Diabetes mellitus | 59 | 64 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 | 2 | 0 | 0 | 3 | 5 | 6 | 4 | 7 | 6 | 3 | 14 | 16 | 9 | 12 | 9 | 10 | 4 | 3 | 2 | 68 | 55 | 123 |
| 4 Bronquitis aguda | 92 | 14 | 4 | 2 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | 12 | 4 | 4 | 2 | 10 | 4 | 4 | 6 | 16 | 6 | 8 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 36 | 70 | 106 |
| 5 Neuritis | 54 | 45 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 4 | 6 | 8 | 5 | 2 | 2 | 7 | 5 | 2 | 5 | 7 | 5 | 9 | 4 | 3 | 4 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 43 | 56 | 99 |
| 6 Hiperlipidemias | 62 | 28 | 20 | 8 | 2 | 2 | 8 | 2 | 0 | 4 | 0 | 4 | 4 | 2 | 4 | 8 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 6 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 48 | 40 | 88 |
| 7 Gastritis | 58 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 5 | 1 | 3 | 5 | 1 | 7 | 2 | 8 | 4 | 6 | 8 | 4 | 6 | 2 | 2 | 6 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 39 | 47 | 86 |
| 8 Artropatías | 58 | 24 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 0 | 0 | 4 | 0 | 6 | 4 | 8 | 0 | 8 | 10 | 6 | 8 | 6 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 34 | 48 | 82 |
| 9 I.V.U. | 46 | 28 | 4 | 0 | 6 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | 0 | 6 | 4 | 4 | 4 | 8 | 10 | 0 | 0 | 4 | 2 | 4 | 4 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 42 | 32 | 74 |
| 10 Enf. diarreicas | 40 | 32 | 6 | 2 | 2 | 0 | 2 | 6 | 2 | 6 | 2 | 2 | 4 | 12 | 4 | 0 | 6 | 6 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 42 | 72 |
| Total | 715 | 397 | 60 | 30 | 24 | 26 | 34 | 26 | 23 | 46 | 23 | 33 | 37 | 65 | 35 | 47 | 53 | 78 | 46 | 45 | 48 | 45 | 32 | 53 | 45 | 31 | 27 | 18 | 26 | 17 | 13 | 28 | 526 | 596 | 1112 |

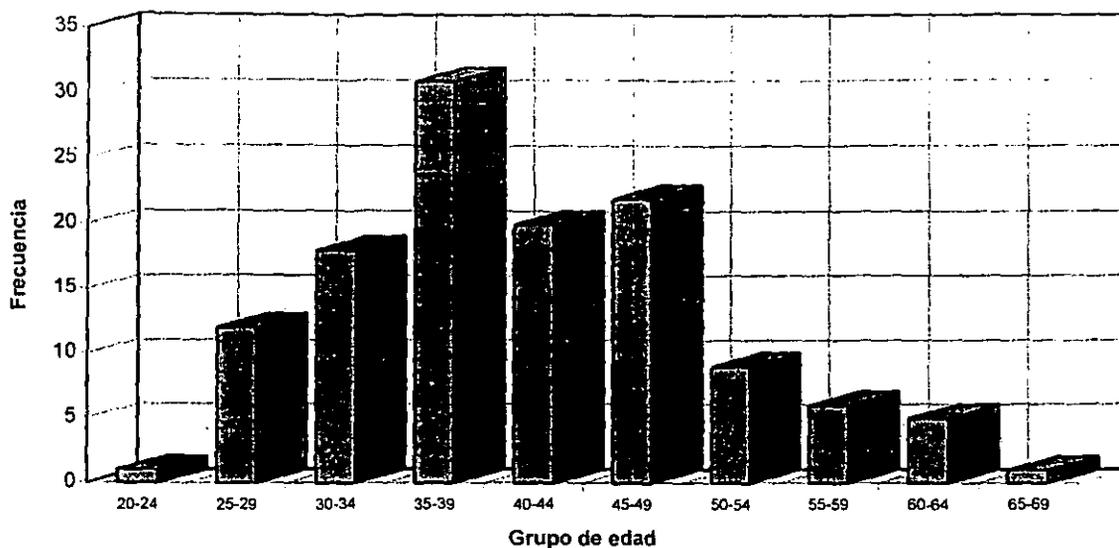
FUENTE: Hojas diarias de actividades del médico del consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Cuadro 15. Motivos de consulta más frecuentes en el consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.



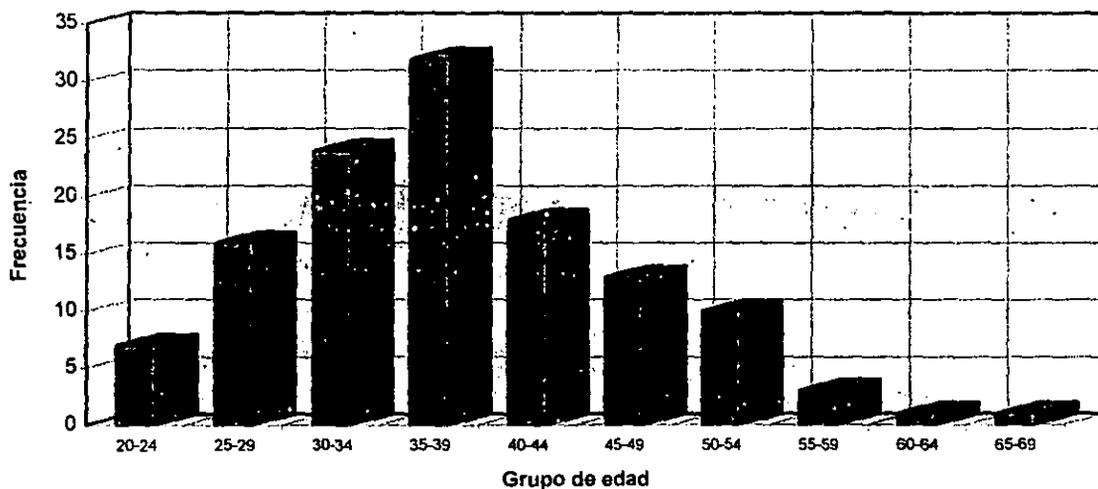
FUENTE: Censo poblacional del consultorio 2 (Sector 2) del turno vespertino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

GRAFICA 1. Pirámide poblacional de los derechohabientes adscritos al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



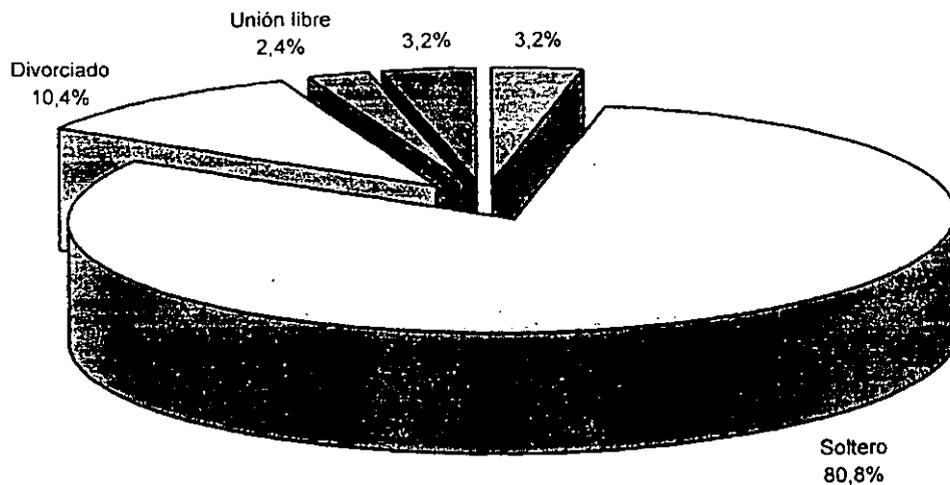
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 2. Distribución de frecuencias de la edad del padre en las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chis.



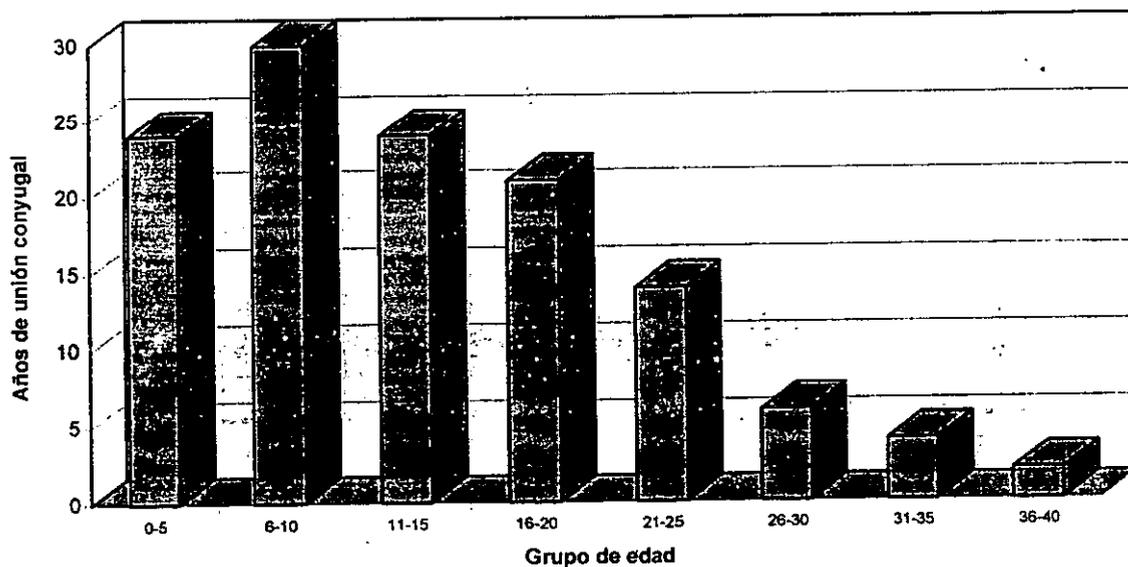
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 3. Distribución de frecuencias de la edad de la madre en las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chis.



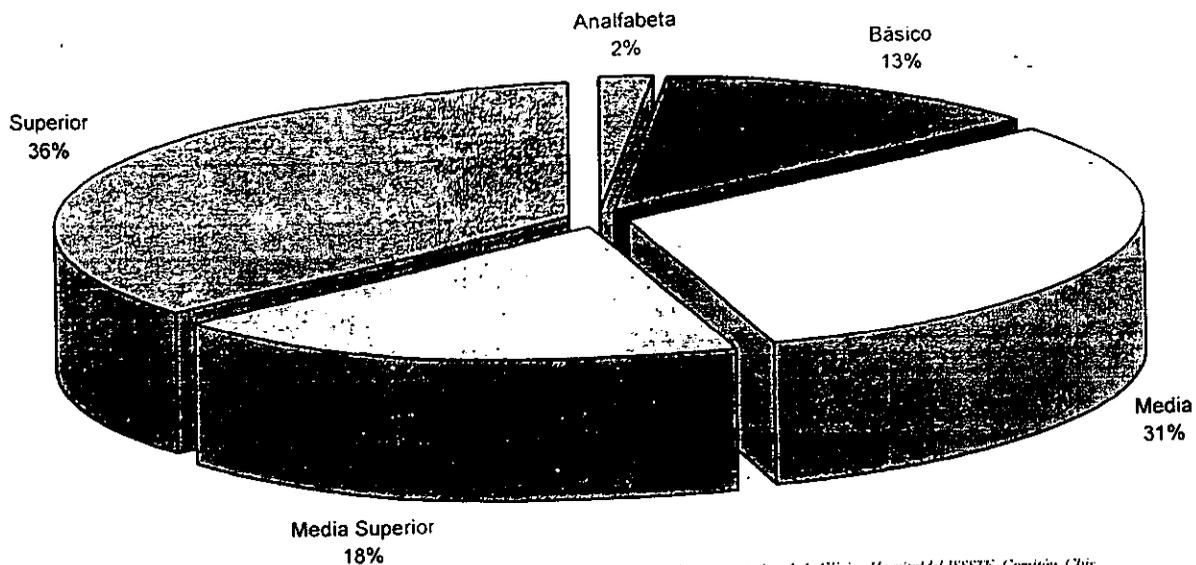
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 4. Estado civil de las parejas que conforman las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chis.



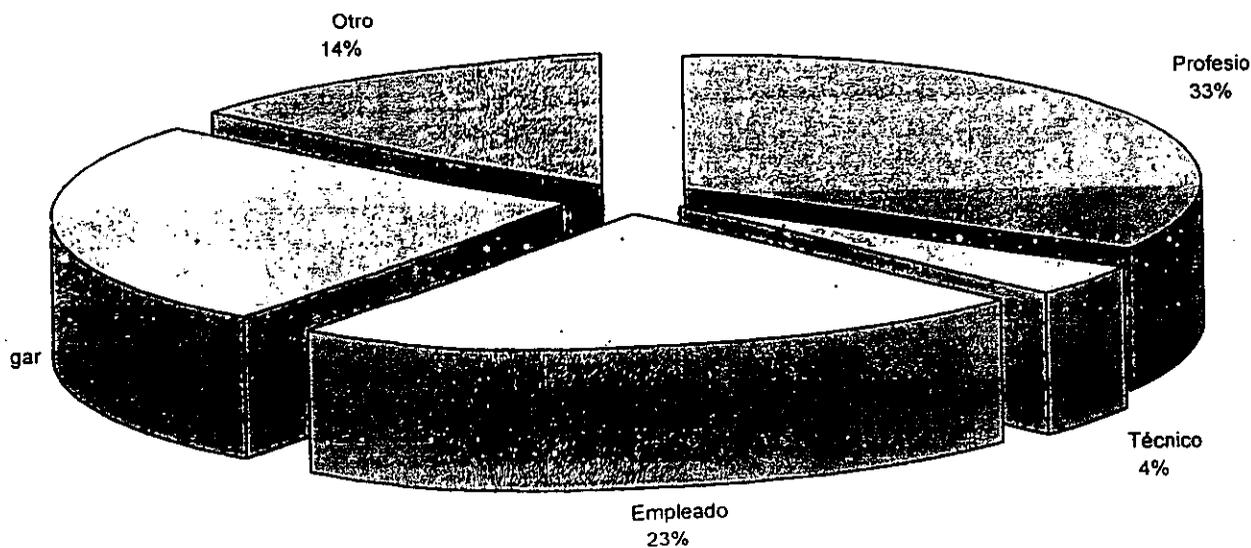
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 5. Distribución de frecuencias de los años de vida conyugal de las familias adscritas y encuestadas del consultorio No. 2 (Sector 2) del T. M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chis.



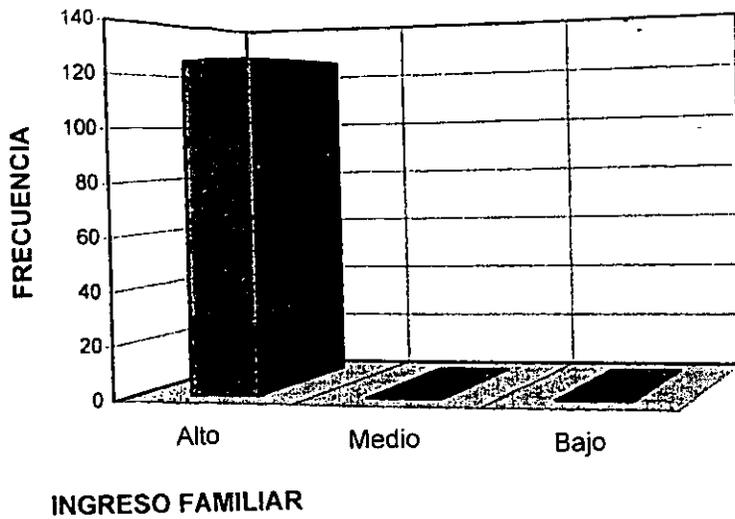
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 6. Escolaridad de los padres en las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



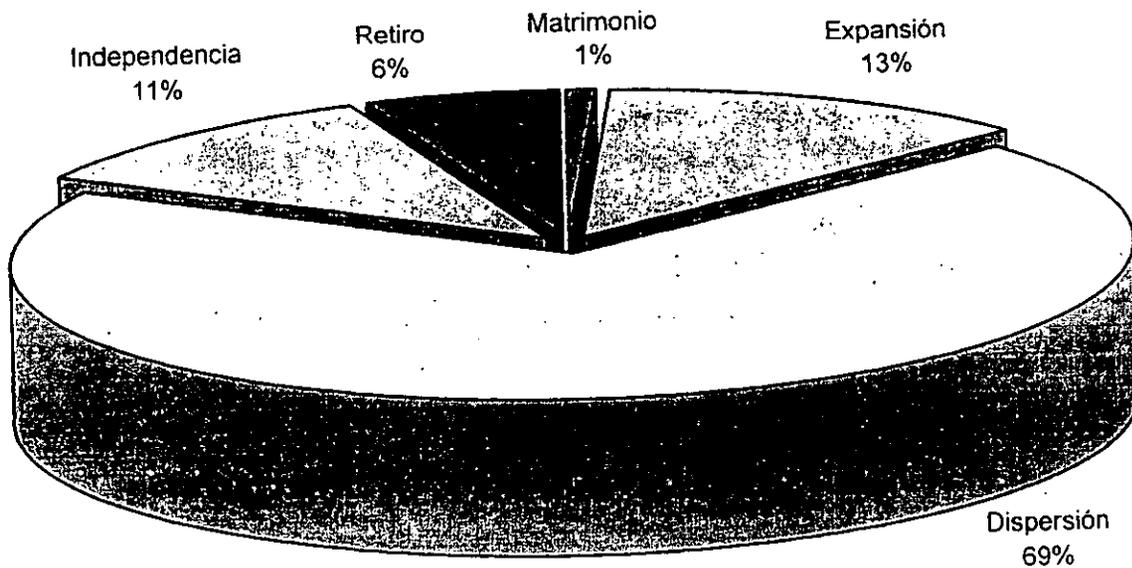
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 7. Ocupación de los padres de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



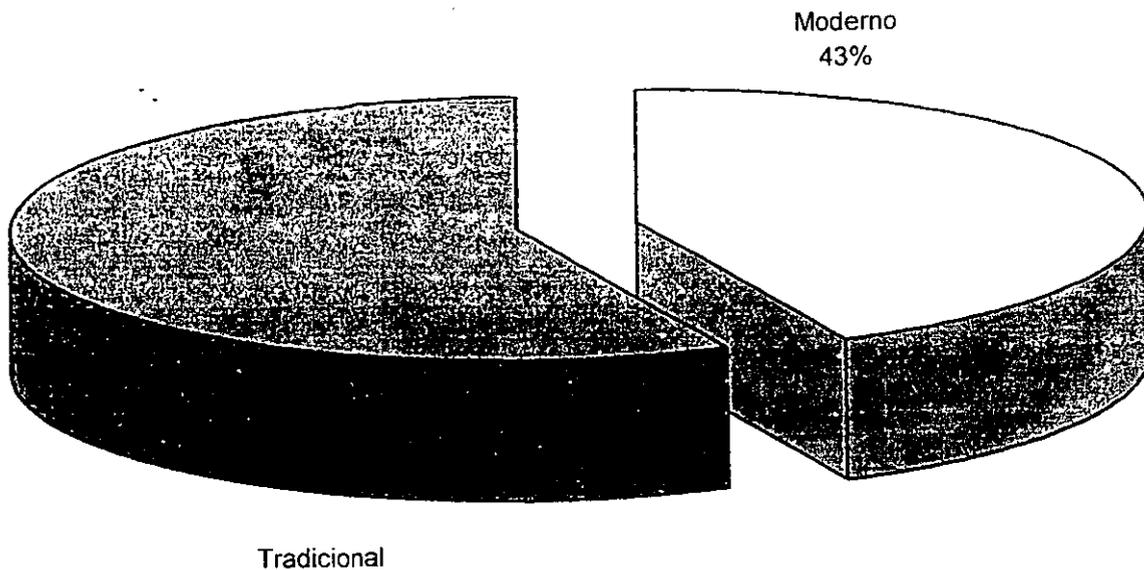
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Gráfica 8. Ingreso familiar de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



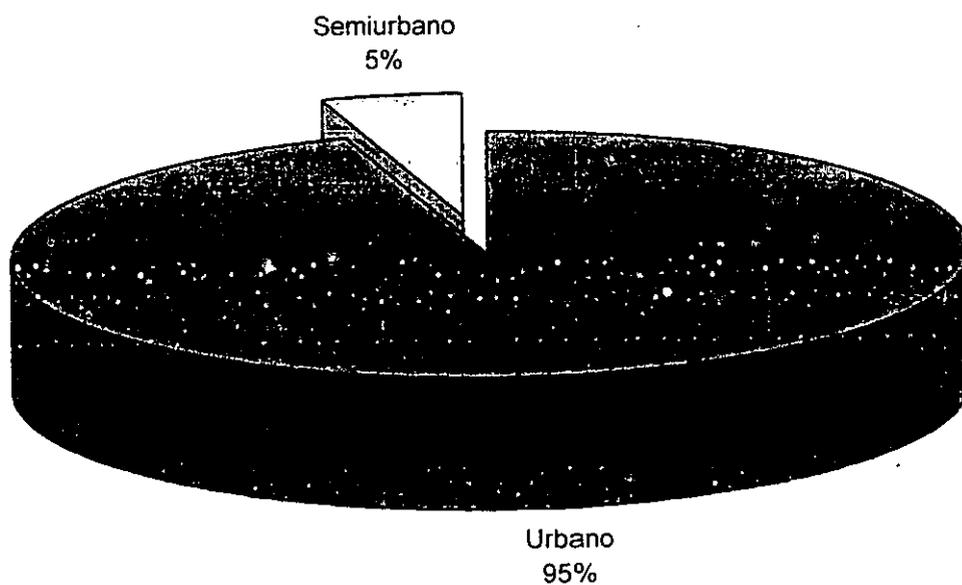
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Gráfica 9. Etapa del ciclo familiar de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



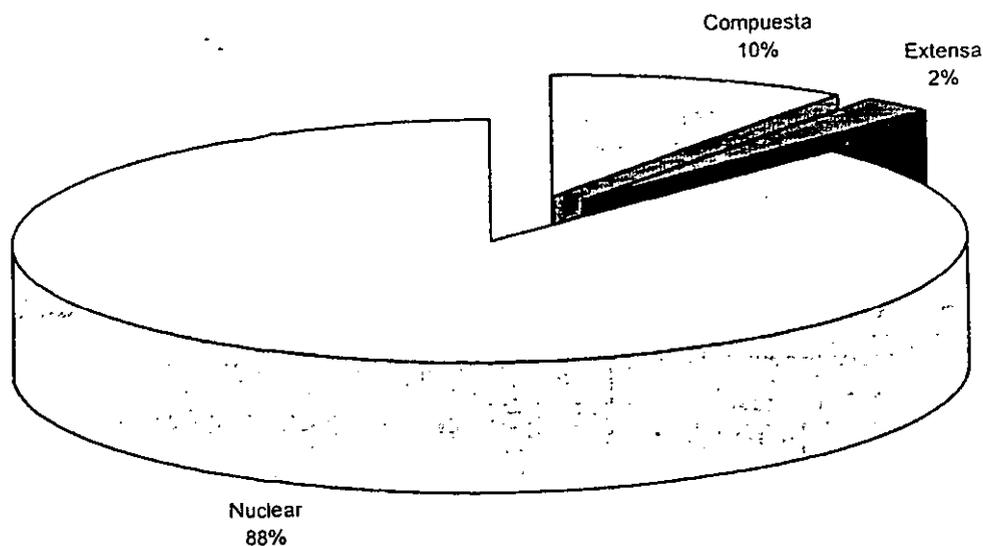
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Gráfica 10. Tipo de desarrollo de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



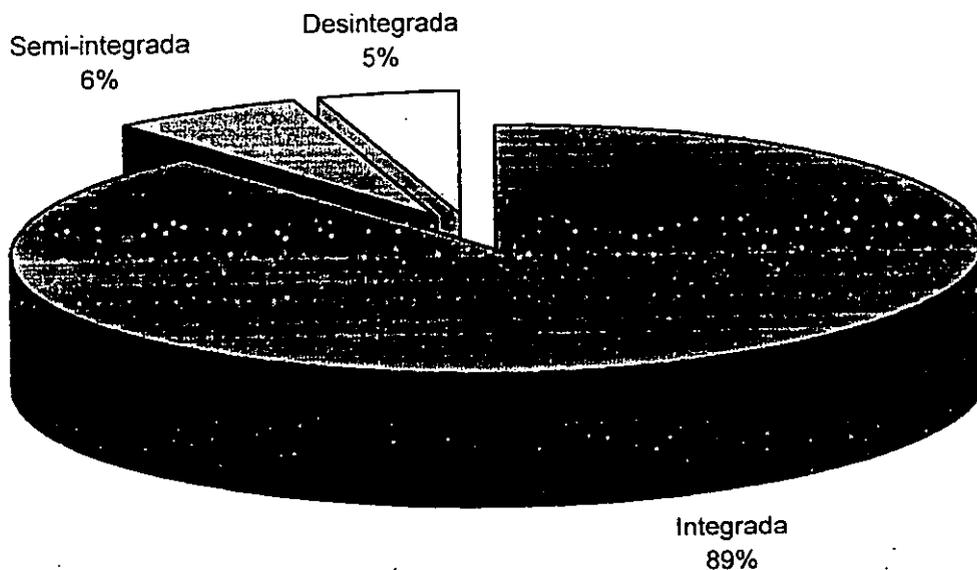
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Gráfica 11. Tipo de demografía de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



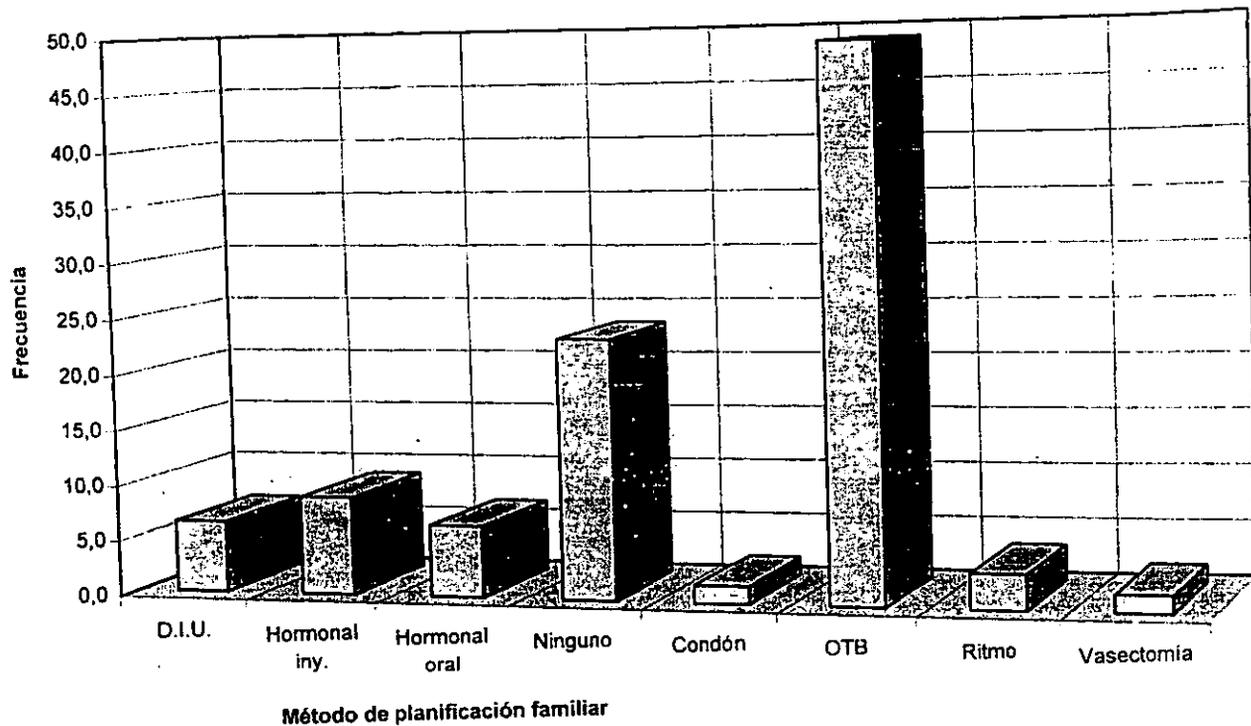
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Gráfica 12. Tipo de composición de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



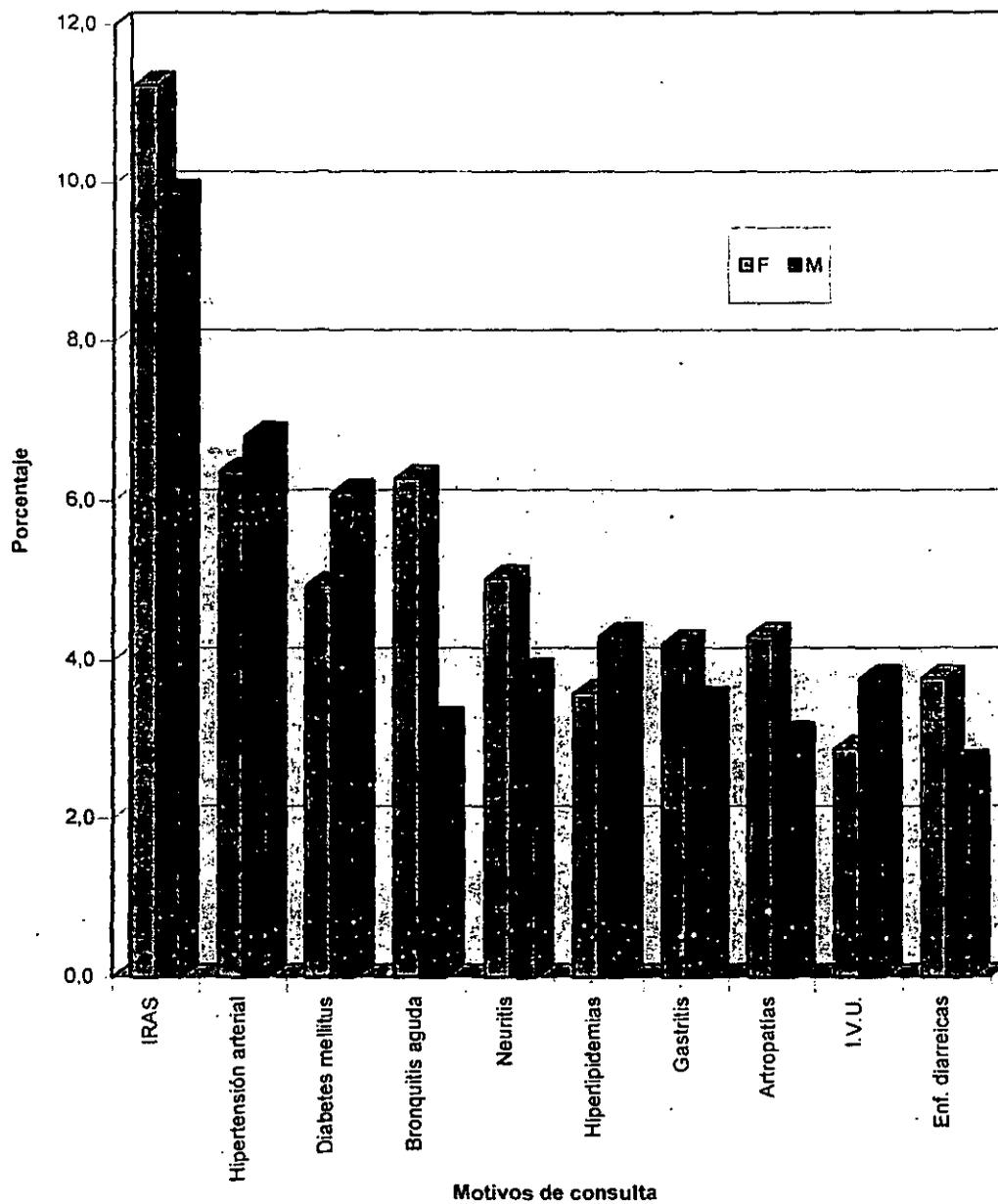
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chiapas.

Cuadro 13. Tipo de integración de las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



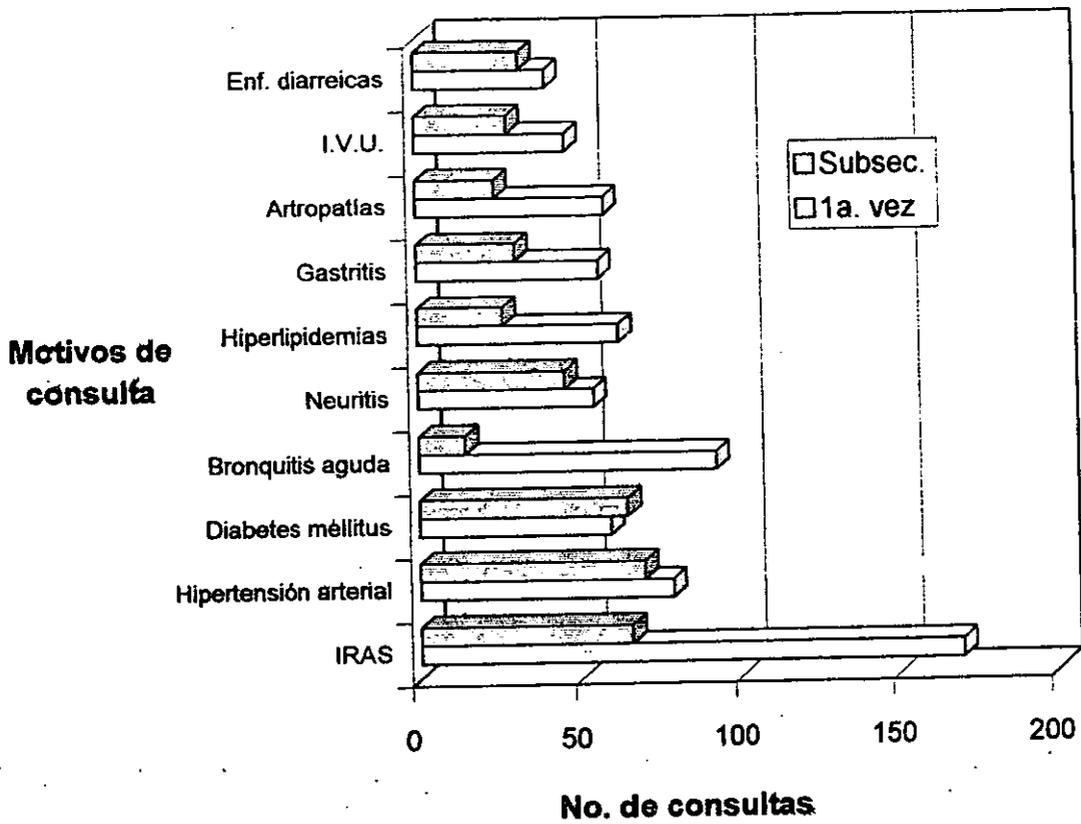
FUENTE: Encuestas realizadas a las familias adscritas al consultorio 2 (Sector 2) del turno matutino de la Clínica Hospital del ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 14. Métodos de planificación utilizado por las familias adscritas y encuestadas del consultorio 2 (Sector 2) del T.M. de la Clínica Hospital del ISSSTE en Comitán, Chiapas.



FUENTE : Hojas diarias de actividades del médico del consultorio No. 2 Sector 2 del turno matutino de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 15. Motivos de consulta más frecuentes por sexo de los pacientes adscritos al consultorio No. 2 del Sector 2 T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.



FUENTE : Hojas diarias de actividades del médico del consultorio No. 2 Sector 2 del turno matutino de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.

Gráfica 16. Motivos de consulta más frecuentes por 1a. vez y subsecuentes de los pacientes adscritos al consultorio No. 2 del Sector 2 T. M. de la Clínica Hospital ISSSTE, Comitán, Chis.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

9.DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .

El presente estudio por ser descriptivo de una muestra no probabilística, muestra los resultados similares a algunos autores (9-11). Así mismo se puso en funcionamiento los ejes fundamentales de la medicina familiar logrando el objetivo planteado, el conocimiento pleno del desarrollo biológico, social, cultural y económico de las familias adscritas al consultorio no.2 turno matutino de la Clínica de ISSSTE de Comitán. (1,13,17 y 26).

Además se identificaron los grupos de riesgo infantil, la población de riesgo reproductivo y la senil. Las enfermedades crónicas degenerativas que se encontraron en el estado de Chiapas fueron: diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica dentro de las primeras 5 causas de muerte a nivel nacional (25-27).

Cabe mencionar que las posibles deficiencias en el estudio como factores de riesgos precipitantes de las enfermedades crónica con el tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, obesidad, estrés, etc., ya que esto no formo parte del objetivo inicial de este estudio y se concideran como limitaciones.

10. CONCLUSIONES.

El presente estudio da respuesta al planteamiento del problema, identificando directamente las características biológicas, socioculturales y económicas de las familias adscritas al consultorio no.2 turno matutino de la Clínica del ISSSTE de Comitán. Conociendo el estudio de la familia nos dio a conocer las diferentes etapas del ciclo vital familiar en que se encuentra a si como fue posible reconocer el grado de desarrollo y su composición en una área demográfica específica.

El proceso salud-enfermedad de los derechohabientes que acudieron a consulta se logro identificar las diez principales causas de morbilidad.

Con la acción anticipatoria permitió identificar a los diferentes grupos de riesgo para la población infantil por edad y sexo, para fiebre reumática estado nutricional riesgo reproducido, producción senil y la detección de diabetes mellitus e hipertension arterial.

En conclusión considero haber logrado el objetivo general y los específicos planteados para inicio del presente estudio, comenzando con la elaboración de los núcleo familiares por sectores, la pirámide poblacional con diversos grupos etáreos por edad y sexo, la estructura familiar a través del diagnóstico familiar y la identificación de las principales causas de consultas. Con esto tengo la posibilidad de elaborar estrategias para otorgar calidad y calidez en la consulta incrementando el nivel de salud, disminuyendo los riesgos y prevenir los daños otorgando una atención medico integral entre la población derechohabiente a mi cargo.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Aguirre Espíndola Ja, Vega Simont E, Huchin Aguilar M. De L., López Herrera P. De médicos de cuerpo sin alma. Rev-Med-IMSS.(Mex).1996: 34(5): 385-387
- 2.- Irigoyen Coria A, Hernández Ramírez C, Mlechor González M, Mazón JJ. A cuarenta años de la propuesta de atención médica familiar en el IMSS. Rev-Med-IMSS(Mex).1993: 31: 287-291.
- 3.- Jime Alarid H, Irigoyen Coria A, Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1982.
- 4.- López Salamanca, S. Actualización del especialista en medicina familiar en la sociedad actual. Re. Med IMSS. (Mex). 1995. 317-320.
- 5.- Velasco Orellan R, Trascendencia y perpectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Rev-Med-IMSS(Mex). 1995; 61-65.
- 6.- Mazón Ramírez JJ, Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Landgrave Ibáñez S. La investigación en medicina familiar, limitaciones y alternativas. Rev-Med-IMSS(Mex). 1993; 223-26.
- 7.- Sandoval Priego, Andrade y Hernández MJ, Cordero Sánchez G, Bravo Acosta M. Calidad del proceso de la información en atención prenatal. Rev-Med-Mex (Mex). 1996 ;34(2): 165-8.
- 8.- Chávez HJ, El médico familiar y la familia. Universo Médico. 1996; 44-50.
- 9.- Chávez Aguilar V, García Mángas Ja. La atención integral en medicina familiar. Rev-Med-IMSS-(Mex). 1995;33: 167-71.
- 10.- Chávez Aguilar V, Amaiz Toledo CJ. La salud colectiva: el papel de los gurpos multidisciplinarios para la atención a la Rev-Med-IMSS- (Mex). 1994;32:443-45.
- 11.- Chávez Aguilar, H. El médico familiar en el atención primaria a la salud. Rev-Med-IMSS.(Mex), 1995; 173-176.
- 12.- Velasco Orellana R, Chávez Aguilar V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico terapéutico. Rev-Med- IMSS(Mex) 1994; 32: 271-75.
- 13.- Seandel G. La medicina en México de la herbolaria Azteca a la medicina nuclear. México IMSS 1980; 25-140.

- 14.- Jhon Fry, La Contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. Investigación de la Práctica Familiar. 1971; 325-327.
- 15.- García Campayo J, Sanz Carrillo, Arévalo de Miguel E. Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria. Atención Primaria. 1998; 21: 545-52.
- 16.- Jack H. Madalie. Conceptos y principios de medicina familiar. Departamentos de medicina familiar. Universidad de Cleveland, Ohio. 1987.
- 17.- Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina CFJ, Hernández RC. Fundamentos de medicina familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana. 1996.
- 18.- Pelayo Alvarez M, Gutiérrez Single L, X Albert Ros. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. Atención primaria 1998; 21 : 145-154.
- 19.- Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER, Dickinson Bannak ME, Rodríguez León MA, Kahon E. González Salinas C. Diagnóstico de Salud Comunitaria a través del análisis factorial. Atención Primaria. 1998; 21 : 8-13
- 20.- Hernández Leyva. Motivos de asistencia, expectativas y conceptos del derechohabiente en los servicios de urgencia de las unidades de medicina familiar. Rev-Med-IMSS(Mex).1996; 34(6): 467-71
- 21.- Revilla de la L, Fleitas L, Prados MA, Delos Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Atención Primaria. 1998: 21: 219-224.
- 22.- Bellon Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del castillo J, De la O, P Lardelli Cloret. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. Apgar Familiar. Atención Primaria 1996: 289-297.
- 23.- Engels F. El origen de la familia, propiedad privada y el estado. Editorial Progreso 1973; 485-535.
- 24.- MA Dickinsoy Bonnack, ER Ponce Rosas, FJ Gómez Clavelina, E. González Quintanilla, MA, Fernández Ortega. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención Primaria 1998;21: 275-82.
- 25.- Estadísticas Vitales. Capítulo I, Mortalidad, SSA-SISPA 1998.
- 26.- Howard F. Conn, Robert E. Rakel, Tomas W. Johnson. Medicina familiar. teoría y práctica. Editorial interamericana. 1972.
- 27.- Estadísticas de Morbilidad SSA. SISPA 1998.

- 28.- Gutiérrez CA. Evolución y estado actual de la medicina familiar en México. Rev-Med-Fam-1990;(3-4):85-106.
- 29.- Water I, Watson V, Wertzel. Instrumentos útiles para médicos familiares; Can-Fan
- 30.- Arnulfo Irigoyen coria , medicina familiar . ED: medicina familiar mexicana. 1996. P. 170-199
- 31.- Chaves AV, Garcia . La atención integral en medicina familiar . ED. Revista medica del IMSS .1995. p. 89-104
- 32.- Hector Sanchez Aguilar . El Medico familiar en la atención primaria a la salud. ED Revista Medica de IMSS. 1998. P. 89-109
- 33.- Sánchez RM Atención primaria a la salud y la coordinación intersectorial , En Elementos de salud pública , la, ED. México Méndez Cervantes 1991. P. 56-98
- 34.- Gomez Varela . La medicina familiar como especialidad . Bol Med IMSS 1974. P. 16. 401-408.
- 35.- Leñero L. Etapa constitutiva de la familia En La familia México: Ed. ANUIs, 1997. P. 107.
- 36.- Duvall EM. Psicodinamia familiar, un reto diagnóstico terapéutico. En prensa. P. 76-98
- 37.- Sanchez Salinas . modelo sistematico de la familia .REV: INV: Clin 1996-186. P. 99-110
- 38.- Velasco Or. Cháves AV: Psicodinamia familiar, un reto diagnostico terapeutico. ED: Ariel . 1998. P. 98-108.
- 39.- Castelazo AL: Participación del medico familiar ,Medico general en las intituciones de salud . Bol Med IMSS 1976. P. 86-93.
- 40.- Sepúlveda GB,Méndez HL Programa para implantación del nuevo sistema Médico Familiar. Rev. Med. IMSS . 1998. P. 401-407
- 41.- Gutiérrez CA: Evolución y estado actual de la medicina familiar en México . Rev. Med. Familiar 1997. P. 87-106.
- 42.- López PJM: Medicina, historia y sociedad. Barcelona: ED: Ariel 1969. P. 170-189
- 43.- Gustavo Gil , ED 300 años de historia de la medicina España; 1986. P. 88-99

12. ANEXOS

ANEXO 2

GLOSARIO DE TÉRMINOS PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE IDENTIFICACION FAMILIAR

| | |
|--|---|
| FAMILIA: | Se anotarán los apellidos que indiquen a la familia. |
| AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL: | Anotar en años cumplidos el tiempo que llevan de vivir en pareja. |
| ESCOLARIDAD: | Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado. |
| DOMICILIO: | Se anotará calle, número, (interior si los hay) colonia y código postal. |
| FAMILIA MODERNA: | Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar. |
| FAMILIA TRADICIONAL: | Es la familia en 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 una familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los 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 con lazos consanguíneos, amigos, etc. |
| OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA: | Se anotarán las ocupaciones de ambos padres. Ejemplo: padre albañil, madre hogar. |
| ETAPAS DE EXPANSION: | Comprenden desde el nacimiento del primer hijo hasta la presencia de algún acontecimiento que defina algunas de las siguientes etapas. |
| ETAPA DE DISPERSION | Comprende el período en que todos los hijos acuden a la escuela pero ninguno de ellos trabaja. |
| ETAPA DE INDEPENDENCIA: | Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando algún hijo se ha casado). |
| ETAPA DE RETIRO: | Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar o cuando los padres se han jubilado. |

HOJA DE MOTIVOS DE CONSULTA

| | | | 2 a 4 | | 5 a 9 | | 10 a 14 | | 15 a 19 | | 20 a 24 | | 25 a 29 | | 30 a 34 | | 35 a 39 | | 40 a 44 | | 45 a 49 | | 50 a 54 | | 55 a 59 | | 60 a 64 | | 65 a 69 | | 70 o más | |
|---------------------|--------|--------------|-------|---|-------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|----------|---|
| | | | meses | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | | años | |
| Motivos de Consulta | 1a vez | subsecuentes | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M | H | M |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

| | No. | % |
|--|-----|---|
| Estado Civil: | | |
| Soltero | | |
| Casado | | |
| Unión libre | | |
| Divorcio | | |
| Viudo | | |
| Años de Unión Conyugal: | | |
| Escolaridad: | | |
| Media | | |
| Media Superior o Técnica | | |
| Superior | | |
| Edad del Padre: | | |
| Edad de la Madre: | | |
| Método de Planificación Familiar: | | |
| DIU | | |
| Ant. Oraí | | |
| Ant. Inyectable | | |
| OTB | | |
| Ritmo | | |
| Condón | | |
| Vasectomía | | |
| Número de hijos (hasta 10 años de edad): | | |
| Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): | | |
| Número de hijos (de 20 o más años de edad): | | |

| | No. | % |
|--|-----|---|
| Ocupación de los padres de familia: | | |
| Profesional | | |
| Técnico | | |
| Empleado | | |
| Hogar | | |
| Otro | | |
| Ingreso económico: | | |
| <1 salario mínimo | | |
| 1 a 2 salarios mínimos | | |
| 3 o más salarios mínimos | | |
| Tipo de Familia: | | |
| Desarrollo: | | |
| Moderna | | |
| Tradicional | | |
| Composición: | | |
| Nuclear | | |
| Extensa | | |
| Compuesta | | |
| Demografía: | | |
| Urbana | | |
| Rural | | |
| Etapas del ciclo familiar: | | |
| Expansión | | |
| Dispersión | | |
| Independencia | | |
| Retiro | | |

IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Familia _____ Casados ()
 No. de Expediente _____ U. Libre ()
 Años de unión conyugal _____

Nombre del 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 ()
 TIEMPO DE USUARIA (O) _____
 FECHA: D.O.C. _____ NINGUNA () 1 A 3 () +3 AÑOS ()
 INMUNIZACIONES: COMPLETA () INCOMPLETA ()

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

Tipo de familia (marque con una X)

Desarrollo: Moderna () Demografía Urbana ()
 Tradicional () Semiurbana ()
 Familia Integrada ()
 Desintegrada ()
 Semiintegrada ()

Composición Nuclear ()
 Extensa ()
 Compuesta ()

Ingresos Mensuales Aproximados: < de 1 salario mínimo ()
 De 1 a 2 salarios mínimos ()
 3 ó más salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de familia: _____

Etapas del ciclo vital familiar:
 Expansión ()
 Dispersión ()
 Independencia ()
 Retiro ()

Observaciones: _____