



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLINICA HOSPITAL ISSSTE (1602130200) APATZINGAN, MICH.

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCIÓN  
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No 1 DE LA  
CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. RAFAEL VARGAS ROMERO



**ISSSTE**

APATZINGAN MICH, MEX

1999



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

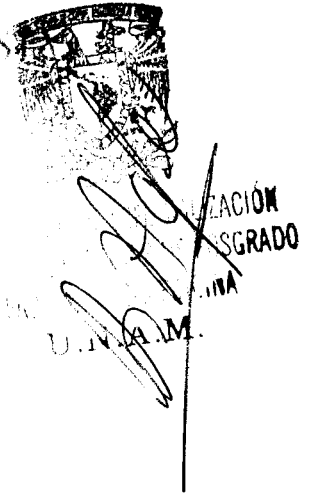
APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION  
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No 1 DE LA CLINICA  
HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR RAFAEL VARGAS ROMERO

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



DR MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR ARNULFO TRIGO Y ENCORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

Dr. Rafael Vargas  
26/08/06  
[Signature]

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO N° 1 DE LA CLÍNICA HOSPITAL  
ISSSTE APATZINGAN, MICH.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

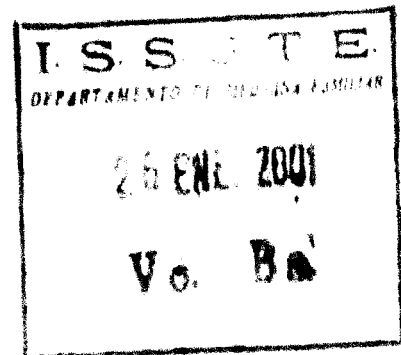
DR. RAFAEL VARGAS ROMERO

DR. MARIA PATRICIA ANDALUZ ANDALUZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA CLÍNICA  
HOSPITAL ISSSTE (1602130200) APATZINGAN MICH. MEX.

DR. JUVENTINO VILLAGARCÍA  
ASESOR DE TESIS

DR. VIRGINIA RAMÍREZ OCHOA  
ASESOR DE TESIS POR PARTE DE LA UNAM  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. LETICIA ENSAURRIZAR JURADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA  
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFA TURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I. S. S. T. E.



## INDICE:

### 1) MARCO TEORICO

### 2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 3) JUSTIFICACIÓN

### 4) OBJETIVOS

Objetivos generales

Objetivos específicos

### 5) METODOLOGIA

Tipo de estudio

Población, lugar y tiempo

Tipo y Tamaño de la Muestra

Criterios de selección:

- Criterios de Inclusión
- Criterios de Exclusión
- Criterios de Eliminación

Variables

Procedimientos de Captura de la Información

Consideraciones Éticas

### 6) RESULTADOS

Descripción de Resultados

Cuadros y Gráficos

### 7) DISCUSIÓN

### 8) CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA ..... 87

ANEXOS ..... 90

# 1. MARCO TEORICO

## INTRODUCCIÓN

La atención Médica Integral ha sido históricamente una preocupación de los Médicos y de las Instituciones de Salud, desde los inicios del siglo I a.c., la Medicina se consideraba parte integrante de la Filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por los Filósofos expertos en el arte de curar.

En la antigua medicina china, el concepto de Yin y el Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias, era considerado como la base del equilibrio y de eso dependía el grado de salud alcanzado, así mismo, señala el primer intento de tener una visión integral del hombre (6).

Es bien sabido que en la Antigua Tenochtitlan el aprovechamiento de agua para beber, no procedía del Gran Lago sino que era traída por grandes acueductos desde Chapultepec a la capital. El control sanitario de la ciudad era muy estricto, ya que los habitantes que arrojaban basura o desperdicios al Lago, eran fuertemente castigados por atentar contra la Salud de la población, había letrinas públicas instaladas en toda la capital azteca, para prevenir la contaminación del Lago, la basura pública era barrida y las calles lavadas diariamente, con una cuadrilla de trabajadores en número de 1000 al día; la higiene era escrupulosa y exigía el baño diario a los habitantes, el mismo Moctezuma II se bañaba y cambiaba de ropa cuatro veces al día, se propiciaba la higiene dental al lavarse los dientes con una pasta hecha de cenizas de madera como abrasivo y miel para el gusto y olor (21).

La práctica médica era realizada por distintos especialistas; había Cirujanos de Guerra, Hueseros, Obstetras, Oftalmólogos y Dentistas que atendían tanto a los guerreros como al resto de la población.

Un aspecto importante era el papel asignado a la investigación médica, la cual era promovida por investigadores de tiempo completo, dedicados a experimentar con plantas y animales.

La medicina azteca, aspiraba a ser integral; contemplaba los aspectos preventivos, curativos, las labores asistenciales y la investigación en plantas y animales.

Desde 1954, el (IMSS) instauró el Sistema Médico Familiar como Modelo de Atención Médica, se tuvo la atención de cubrir principalmente 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 operó

por mas de 20 años y poco se pudo lograr para incidir en la Salud de la familia.

El 15 de marzo de 1971, inicia formalmente el curso de especialización en medicina familiar, con 32 alumnos, con la firme intención de atender las necesidades de salud familiar por un especialista de corte horizontal y con una fuerte carga de materias sociales y preventivas. Este primer programa de medicina familiar pretendía formar especialistas capaces de brindar una atención integral básicamente de tipo preventivo, proponiendo como ejes de esta formación, contenidos en Medicina Preventiva, Sociología, Salud Pública y Medicina Social (21). Cabe decir que esta intención completaba además la idea de hacer trabajo extramuros como tarea y sumar el trabajo comunitario al proceso formador del especialista(2); pero quedaban aún pendientes por instrumentar los contenidos teórico-conceptuales de la atención integral en la practica del egresado.

En 1972 se incremento a 11 el número de sedes de Medicina Familiar, extendiéndose a la provincia, en 1973 aumento a 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes de residencia, para 1988 se llegó a contar con 50 sedes del curso de Especialización en Medicina Familiar.

A partir de 1976 y durante los tres años siguientes se implantó el modelo mixto de atención médica, desapareciendo los médicos de menores y adultos, para asignarle núcleos familiares completos a un solo Médico, haciendo factible la atención Médica grupal, familiar y continua.

A partir de 1986 se han propuesto acciones metodológicas acerca de esta atención integral a través del Modelo de Abordaje Integral de la Salud Familiar, (AISF), se propone básicamente estudiar a la familia desde los ámbitos Psicológicos, Socio dinámico y Social, y desde la esfera Biológica, Psicológica y Social; contemplando las funciones de asistencia, docencia e investigación y considerando tres momentos: diagnóstico, pronóstico y manejo (3)(20).

¿Que es la práctica de medicina general a la medicina familiar?

En todos los sistemas de atención médica debe existir un nivel de atención primario o de “primer contacto” ya sea que se llame Médico General ó Médico Familiar, debe de haber un especialista en el “primer contacto”(22), el cual es consultado en primera instancia por el paciente cuando se siente enfermo o desea consejo médico (16). En las sociedades desarrolladas, la mitad de los médicos de primer contacto son Médicos Familiares(6).



Vivimos en un mundo cambiante y estos cambios tienen profundos efectos sobre la atención médica. Tenemos una sociedad expectante que esta mejor educada que nunca, una sociedad que desea una atención médica sobre bases sanas. Esta sociedad espera ser bien tratada y lograr buenos resultados<sup>(17)</sup>.

Las características especiales de la medicina familiar son las siguientes:

- 1) El paciente tiene acceso directo y continuo al Médico.
- 2) El médico tiene que trabajar con un aspecto no determinado de enfermedades y de situaciones familiares.
- 3) El médico trabaja con una población que estadísticamente no rebasa 2 a 3 mil personas de manera permanente.
- 4) El médico proporciona atención continua y prolongada.
- 5) Las enfermedades que encontrará son “Las enfermedades que ocurren comúnmente”, así como “Las enfermedades raras que ocasionalmente ocurren” entre una población de 2 a 3 mil personas.
- 6) El papel del médico consistirá en evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes, coordinar y manipular las instalaciones disponibles para atenderlos y protegerlos de los hospitales.

Estas características de la medicina familiar ofrecen algunas oportunidades especiales para la investigación.<sup>(25)</sup>

En este momento histórico, en que los países desarrollados han dado reconocimientos a la Especialidad de Medicina Familiar como ideal para impulsar, desarrollar programas y actividades en cuanto a: promoción de la salud<sup>(5)</sup>, protección específica a nivel primario<sup>(8)</sup>.

La protección específica a nivel primario<sup>(8)</sup>, por tratarse de un programa de Salud, a donde la población acude constantemente y directamente a los servicios de orientación con el Médico Familiar, en cuanto a la promoción de salud<sup>(12)</sup>, se incrementa la calidad de vida de los miembros de cada familia lográndose la disminución de costos en la atención y su buen desarrollo de

nuevas actividades y destrezas por parte de su Médico Familiar, con esto se pretende que cada paciente y su núcleo familiar aprenda a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar<sup>(8)</sup>.

En México como en otros lugares del mundo ha sido importante la evaluación que han ido experimentando los diferentes conceptos técnico-científicos de manera teórico prácticos; siendo uno de ellos, el de la participación comunitaria <sup>(7)</sup> en los servicios de salud.

La promoción de salud que se declara heredera del espíritu Alma-alta a otawua, en (1978 – 1986)<sup>(7)</sup>, señala que, para mejorar la calidad de las colectividades, es preciso actuar en los llamados campos de salud; mejorar las habilidades personales, elaborar prácticas políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en la salud<sup>(7)</sup>.

Con el concepto del Modelo Sistemático de atención Médica Familiar (M O S A M E F ) <sup>(12)</sup>, se trata de implantar en nuestro país, pretendiendo que los Médicos de atención primaria a la salud<sup>(8)</sup>, sean profesionales con una buena imaginación esforzándose en conocer las enfermedades mas frecuentes que ocurren en su población derechohabiente, comprometiéndose con sus conocimientos a atender los grupos de enfermedades más comunes en su población a su cargo, observando personalmente a sus pacientes como una población en riesgo <sup>(25)</sup>.

Con los nuevos conocimientos en materia de atención <sup>(8)</sup>, se puede tomar en cuenta la historia natural de las enfermedades con la orientación hacia la Medicina Preventiva, desarrollando programas de información continua,<sup>(8)</sup> con el fin de modificar actividades profesionales y sanitarias y llevarlas a la práctica en población aparentemente sana.

En cuanto a la promoción de la salud <sup>(7)</sup>, actividad del Médico Familiar, el que llevará a práctica a los diferentes grupos familiares con la finalidad de obtener satisfacción en el trabajo, obteniendo un alto porcentaje de éxito profesional <sup>(12)</sup>

Para poder afrontar esto, el Médico Familiar debe cumplir funciones básicas <sup>(26)</sup>, en la atención integral en salud, esforzándose con sus conocimientos y habilidades a consolidar su especialidad y poder tener reconocimiento profesional <sup>(12)</sup>

Es necesario participar con la comunidad <sup>(26)</sup>, ya que la preocupación relativamente reciente en nuestro medio por lograr la calidad de la atención médica, es una situación prevalente e insostenible que reclama acciones urgentes de programas llenos de conocimientos técnicos-científicos y equidad; muchos de nosotros estamos en búsqueda de estrategias que permitan incrementar la calidad del ejercicio de la medicina; sin embargo, los esfuerzos realizados han encontrado en general, poco eco en la comunidad Médica. De la misma manera las aportaciones más significativas de la investigación en este campo no pasan de ser una curiosidad en ámbito poco receptivos <sup>(26)</sup>.

De acuerdo a estos problemas es necesario ampliar las coberturas en cuanto a medicina preventiva <sup>(7)</sup> promoviendo e informando a la población en general, poniendo empeño en los parámetros más importantes en materia de promoción de salud<sup>(7)</sup> ya que se presentan en nuestra comunidad una serie de enfermedades que la aquejan.

Para logra esto hay que concentrar nuestros esfuerzos, para mejorar y corregir bajo un programa permanente de promoción de salud, implantando por cada Médico de manera ordenada y bajo un sistema que nos pueda arrojar resultados de nuestra actividad, para de esta manera hacer evaluaciones periódicas que nos permitirán cada día, ser más profesionales y prestar una mejor atención al derechohabiente y lograr mejorar el nivel de vida, así como su longevidad.

## CLASIFICACION DE LA FAMILIA

Luis Leñero clasifica la Familia en México desde el punto de vista Socio-Cultural, donde considera diversos factores estructurales que dan origen a diversos tipos de Familia; tomando en cuenta el nivel Socio-Económico, ubicación Geo-Social, Socio-Demográfica, composición del Núcleo Familiar y cultural, clasificándolas de la siguiente manera:

### I.- SEGÚN LA CULTURA O SUBCULTURA DE LAS COMUNIDADES A LAS QUE PERTENECEN

- 1) Familias de cultura indígena, con mayor ó menor mestizaje.
- 2) Familias de comunidad rural tradicional.
- 3) Familias de comunidad o aglomeración urbana.

### II.- DE ACUERDO A LA PERTENENCIA SOCIO-ECONOMICA Y DE LA CLASE:

- 1) Familias de estratos marginados y subproletarios con niveles de subsistencia precaria totalmente.
- 2) Familias de estratos populares y proletarios, dependientes de actividad económica y con un menor grado de precariedad.
- 3) Familias de estratos medios, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico, hasta el semi-estructurado.
- 4) Familias de estratos elitistas de dominio con un alto grado de consumo y necesidades suntuarias <sup>(15)</sup>

## CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE EN SU DESARROLLO

1. MODERNA
2. TRADICIONAL
3. ARCAICA O PRIMITIVA <sup>(11)</sup>

En México la Familia desde el punto de vista de su desarrollo, se considera:

- a) Familia moderna en el 40% <sup>(11)</sup> Es la familia cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
- b) Familia tradicional en el 50%. Es la familia en la que uno solo de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
- c) Familia arcaica ó primitiva, representa sólo el 10% en general <sup>(12)</sup> Es la familia campesina cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por productos de la tierra que labora.

#### EN BASE A SU DEMOGRAFÍA

- 1. URBANA
- 2. RURAL <sup>(11)</sup>

En México la familia urbana es un 60% de la población y son las familias que habitan en una comunidad de más de 5 000 habitantes y que cuentan con los servicios básicos de la urbanización, (agua entubada, tanto intra como extradomiciliaria, energía eléctrica, sistema de drenaje y alcantarillado y pavimentación de sus calles) <sup>(5)</sup>

La familia rural en un 40%, habitan en comunidades de menos de 5 000 habitantes y carecen de algunos o casi todos los servicios básicos de urbanización <sup>(12)</sup>

#### EN BASE A SU INTEGRACIÓN

- 1. INTEGRADA
- 2. SEMI-INTEGRADA
- 3. DESINTEGRADA

FAMILIA INTEGRADA.- Es en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

FAMILIA SEMI-INTEGRADA.- Es en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

FAMILIA DESINTEGRADA.- Es aquella en la cual faltan alguno de los cónyuges, por: Divorcio, separación, abandono ó muerte <sup>(11)</sup>

#### DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO

1. CAMPESINA
2. OBRERA
3. PROFESIONAL <sup>(11)</sup>

Esta característica está dada según la ocupación de uno ó ambos cónyuges <sup>(12)</sup>.

#### EN BASE A SU COMPOSICIÓN

1. FAMILIA NUCLEAR
2. FAMILIA EXTENSA
3. FAMILIA EXTENSA COMPUESTA

1.- FAMILIA NUCLEAR: Modelo de la Familia actual, formada por padre, madre e hijos. Es más frecuente en grandes ciudades, para cumplir con sus funciones esenciales.

2.- FAMILIA EXTENSA: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad; primos, sobrinos estas son características en zonas rurales <sup>(14)</sup>.

3.- FAMILIA EXTENSA COMPUESTA: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y “compadres”. Es más común en zonas rurales.

## **VARIACIONES DE LOS TIPOS DE FAMILIA EN LAS SOCIEDADES OCCIDENTALES**

- **PAREJA SIN HIJOS**
- **PADRE O MADRE SOLTEROS** <sup>(14)</sup>
- **ADULTOS QUE VIVEN SOLOS**

Conocer la clasificación de la familia, le permitirá, al Médico Familiar hacer un diagnóstico preliminar de las familias a su cargo, desde diferentes puntos de vista y posiblemente, aplicar acciones que tengan como objetivo la salud familiar.

### **RELACION ESPOSO Y ESPOSA**

La vida de los casados debe ser armónica; tanto el esposo como la esposa deben comprender sus roles respectivos, el esposo debe llevar la organización del hogar compartiendo con su esposa, haciendo planes para las actividades de la familia y aceptando la responsabilidad de tomar las decisiones con equidad, debe atender los asuntos familiares de tal manera que estimule a todos los miembros de la familia <sup>(14)</sup>.

Que la esposa por su parte, tome en cuenta a su esposo y lo respete; si ella tiene una mente más perspicaz que la del esposo, entonces ella puede usar esta cualidad para apoyarlo en su papel de esposo.

### **RELACION PADRE E HIJO**

Al nacer los hijos, el deseo del padre es ver que la vida de sus vástagos tengan buen resultado. La tarea no es fácil, hay muchos problemas a medida que pasa el tiempo. En la niñez la disciplina es inculcarles obediencia hacia los padres, como amor duradero para el niño <sup>(14)</sup>.

No debe haber violencia, estallidos de cólera, ni gritos o amenazas. Debe haber firmeza, demostrarse buen juicio y los padres mismos poner un buen ejemplo.

## **HIJO NO DESEADO**

Cada caso es diferente, el Dr. Kempe expresa que existe un factor constante en casi todos los casos de niños con “Síndrome de niño maltratado”, se trata de hijos no deseados, rechazados por sus propios padres, convencidos de su propia insuficiencia; tienen dificultades de establecer relaciones normales con otras personas, de tal manera que estos padres esperan demasiado de sus propios hijos<sup>(14)</sup>.

La terapia para el maltrato de los niños es otorgar a los padres suficiente respeto de si mismo y dignidad, para lograr las amistades de que carecen, la mayoría de estos padres, han vivido en una indeseable sociedad.

## **HIJO UNICO**

Se refiere al niño que tiene el espíritu competitivo y con conflicto de Narcisismo, el espíritu competitivo se debe a su deseo de ser el primero en todo, acostumbrado por el egoísmo de los padres que lo han condicionado a hacer su propia voluntad, lastimando a otras personas que lo rodean ó a las del medio ambiente en que se desenvuelve, barrio donde vive, escuela, con sus primos, amigos etc.<sup>(14)</sup>.



## **ETAPAS DE LA FAMILIA**

La evolución que sigue la existencia de la familia, de acuerdo con su propio proceso existencial se encuentran varias etapas por las cuales cruza en el transcurso de su desarrollo <sup>(14)</sup>.

---

### **PROCESO EXISTENCIAL DE LA FAMILIA**

---

- **ETAPA PRENUPCIAL**
  - **ETAPA NUPCIAL**
  - **ETAPA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS**
- 

### **ETAPA PRENUPCIAL**

Etapa que se caracteriza por el galanteo y la selección del futuro cónyuge. En México, así como en nuestro pueblo se da de hecho la libre elección de escoger a la pareja con la cual va a contraer matrimonio. Se considera al noviazgo una etapa de exploración y preparación de acuerdo a las normas morales y religiosas que nuestra sociedad acepta <sup>(14)</sup>. Sin embargo no existe o es mínima la información que se da a la juventud en esta etapa que fortalezca la unión del próximo compromiso con su selección del futuro cónyuge, debe hablarse del noviazgo, donde se exponga el conocimiento real de los futuros esposos y los compromisos que se adquieren.

Es importante orientar objetivamente la importancia de esta etapa de la vida que es el noviazgo, y que pierde objetividad por el riesgo que pueda darse dentro de un esquema romántico, el engaño es perjudicial para el futuro de un matrimonio.

## **FACTORES QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA PARA AQUELLAS PERSONAS QUE VAN A FORMAR UN NUEVO HOGAR**

1. Haber alcanzado un grado de madurez, Físico, Psicológico y Social.
2. Tener intereses y aptitudes semejantes.
3. Reconocer creencias afines.
4. Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
5. Completar expectativas económicas semejante.
6. Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual.
7. Situar la relación con la familia de la pareja.

La preparación para el matrimonio debe ser bajo un proceso bien informado, objetivo y planteando responsabilidades futuras para una buena función social.

En estudios antropológicos hechos sobre las consecuencias de estar o no casados, dentro de la sociedad que vivimos se encontró que en hombres y mujeres de 30 años, se han encontrado que el promedio de muerte de los Adultos Solteros es aproximadamente el doble que en los que están casados y que la frecuencia de enfermedades venéreas, alcoholismo, accidentes y suicidios es menor en el grupo de hombres casados <sup>(18)</sup>.

### **ETAPA NUPCIAL**

Etapa que se caracteriza por la vida conjunta de los cónyuges, desde el matrimonio hasta el nacimiento de los hijos.

Se ha considerado al primer año de vida, en común representar el momento más difícil de ajuste y conocimiento de la pareja. En esta etapa se crean los cimientos de lo que la familia llegará a ser en el futuro, representa el ambiente natural donde el ser humano debe encontrar la plena realización de los roles del padre y la madre <sup>(14)</sup>.

Uno de los principales problemas que presenta esta etapa es la inadecuación sexual.

Erickson describe como aspectos más significativos de una adecuada y madura relación sexual, son los siguientes:

1. Mutualidad del orgasmo
2. Con el compañero amado
3. Del otro sexo
4. Con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua
5. Con quien uno puede y quiere regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación
6. A fin de asegurar también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.

Como se ve en el cuadro anterior, la sexualidad implica un logro en tres áreas que se completan; la Biológica, cognoscitiva y la social, todas son inseparables. La vida sexual se caracteriza a través de una función orgánica que tiene una carga emocional y social.

En este momento histórico social en donde la mujer participa en los cambios contemporáneos y problemas económicos tiene actualmente diferentes papeles dentro de la sociedad como son:

- Esposa – Madre ( Tradicional )
- Esposa – Compañera
- Esposa – Colaboradora ( Igualitaria )

### **ESPOSA – MADRE ( TRADICIONAL )**

Esposa con una serie de derechos y privilegios reconocidos unánimemente como son: la dependencia económica del marido, con todo lo que ella implica, como pensión alimenticia en caso de divorcio. La autoridad afectiva reconocida que señala demandar fidelidad al marido, como principal obligación y presupone una actitud de gratitud y correspondencia emocional. De ella se espera la presentación de servicios domésticos, una subordinación a los intereses económicos del esposo y una limitación a cualquier actividad de tipo socio-económico cultural dentro del ambiente en que se desenvuelve (5).

## **ESPOSA COMPAÑERA**

En lo general este tipo de rol se da en la clase acomodada o alta, presentando un modelo al que irracionalmente algunos grupos de la clase media alta tratan de copiar. En este caso la esposa trata con su presencia de fortalecer el papel social de su marido, debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad de este, siendo objeto de admiración, por lo tanto debe conservarse atractiva, so pena de no poder conservar a su marido, ya que el aspecto físico de ella, es altamente valorado <sup>(5)</sup>.

“ La siguiente actitud puede llevar a un segundo término las relaciones con los hijos ”.

## **ESPOSA – IGUALITARIA ( COLABORADORA )**

Aparece principalmente en la clase media, siendo las modificaciones socio-económicas las que han propiciado este papel, la esposa dedica un tiempo valioso de su vida a realizar una labor remunerada económicamente, labor muy importante dentro de los ingresos familiares, que fortalecen al hogar, por lo que es considerada como una igual en relación con su marido, las decisiones son comunes en aspectos de compras y ubicación de la casa. Se considera una igualdad absoluta que mantiene el equilibrio dentro de la familia hogar.

La educación sexual se debe de dar desde el nacimiento ya que es una característica inherente al hombre y tiene un proceso evolutivo en su crecimiento y desarrollo.

El hombre por encima y más allá de la sexualidad debe desarrollar una selección en el amor, hacia la pareja <sup>(19)</sup>.

La unión sexual tiene un objeto, el ofrecer la oportunidad de procrear un nuevo ser, este impulso innato es el más poderoso que nos dio la naturaleza, en lo que concierne a al raza humana, se debe hacer con toda la responsabilidad <sup>(22)</sup>.

## ETAPA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS

Una de las características principales de la familia y / o matrimonio, es la de tener hijos y darle formalidad a la vida sexual entre los cónyuges. De acuerdo a conceptos morales, tradicionales y religiosos. La sexualidad va mas allá del mero acto de reproducción, la relación sexual es una comunicación emocional intensa y profunda de los seres humanos; se presupone que la vida sexual dentro del matrimonio tiene como finalidad crear nueva vida. Para ello es necesario preguntarse de manera razonada y con responsabilidad. ¿Están preparados y capacitados los cónyuges para tener hijos? ¿Se ha logrado la madurez necesaria, la comunicación, el respeto, la comprensión y el amor entre los padres? ¿Se va a poder educar a un hijo dentro de las tradiciones humanistas de nuestra cultura?<sup>(14)</sup>.

El concepto Freudiano de que la familia representa eminentemente un medio de dominar los instintos biológicos del niño, como un medio de represión y de integración social ha sido totalmente superado.<sup>(8)</sup> En la actualidad el concepto de familia es mucho más amplio, es el troquel donde el ser humano va formando una personalidad emotiva y social que le irá fortaleciendo o disminuyendo en su evolución y desarrollo con un conjunto de capacidades que si bien son congénitas pero se desarrollan a través de la sociedad.<sup>(14)</sup>

Es fundamental que los padres logren una madurez personal así como responsabilidad en un mundo amable y feliz para los hijos. Es necesario que los hijos sean amados.

No debe olvidarse que la paternidad y maternidad, son actos eminentemente culturales y que tener hijos deben ser fruto de una profunda meditación, de un conocimiento real y de una absoluta responsabilidad.

La familia debe cumplir con las siguientes concepciones biológicas y sociales:

1. Satisfacer las necesidades Físicas ( alimento, vestido, salud, techo, etc.)
2. Cubrir las necesidades afectivas.
3. Fortalecer la personalidad.
4. Formar los roles sexuales.
5. Preparar para el mejor desempeño de los roles sociales.
6. Estimular las actividades de aprendizaje y apoyo de la iniciativa propia de cada miembro de la familia.

Al hombre, el núcleo familiar le permite la mas inmediata y plena satisfacción de sus necesidades, sobre todo al proceso de formación de los hijos, por medio del fortalecimiento del conjunto de caracteres hereditarios a través de las normas, pautas y tendencias organizativas, para formar el núcleo de la personalidad; la esencia misma del hombre.<sup>(7)</sup>

Los hijos deben crecer formando su propia personalidad y que lleguen a ser no lo que los padres quieren, si no lo que su propia capacidad les permita sin reprimir su vocación.

Hay que estimular al hijo siempre desde la niñez, con refuerzos positivos, esto incluye, alimentación, baño, educación, credo, etc., aunque en este papel activo, le toca a la madre una función valiosa de que debe ser compartida con el padre.

## **ETAPA DE MADUREZ**

Es la etapa cuando los hijos tienen mayoría de edad, han alcanzado la madurez física, psicológica y social. Los hijos pueden tener familia propia o continuar en casa de los padres, pero ser autosuficientes económicamente.

El ser humano que ha alcanzado una verdadera madurez y ha superado la niñez, sin haber perdido las mejores características de ésta, que ha retenido los patrones emocionales básicos de la infancia, la obstinada autonomía de la deambulacion, la capacidad de sentirse integrado, el placer y el espíritu juguetón de los años escolares, el idealismo y pasión de la adolescencia, quien ha incorporado todo ello a su nueva etapa de desarrollo, dominada por la estabilidad, la sabiduría, el conocimiento, la sensibilidad hacia los demás, la responsabilidad, la fuerza y la determinación de la edad adulta, estos factores forman la etapa de madurez <sup>(23)</sup>.

## **CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

A principios del siglo XX, se inicia el estudio sistemático del ciclo vital de la familia, su curso y el proceso de desarrollo; la división del ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte se considera hoy en día esencial para la comprensión más completa de las complejidades de la conducta humana.

Conocer el ciclo vital de la familia permite al Médico Familiar analizar a la familia en sus diversas fases, pudiendo prever una serie de fenómenos que afectan de una u otra forma la familia (26).

El concepto de Erickson, sobre el ciclo vital de la Familia refiere que cada fase se caracteriza por sucesos que deben ser resueltos satisfactoriamente para que el desarrollo progrese sin alteraciones, ya que si no se consigue la solución en un determinado período de la vida, todas las etapas posteriores reflejan este fallo, en forma de inadaptación de tipo físico, cognoscitivo, social o emocional, una etapa vital puede ser descrita mediante términos como etapas, estadios, período, era ó época.

El estrés puede presentarse en múltiples ocasiones en las etapas normales del desarrollo familiar, el médico puede ayudar a que los pacientes se enfrenten a ellos antes de que se produzca el mal funcionamiento (27).

Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones de la familia varían de acuerdo a las etapas por las que pasa en su ciclo vital.

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar:

---

## **FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA**

---

- FASE DE MATRIMONIO
  - FASE DE EXPANSION
  - FASE DE DISPERSIÓN
  - FASE DE INDEPENDENCIA
  - FASE DE RETIRO Y MUERTE (12)
-

En 1980 propuso este esquema GEYMAN, que es el que se utiliza con mayor frecuencia en México.  
( Modelo Santa Cruz ).

### FASE DE MATRIMONIO

Esta fase se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial y termina esta con la llegada del primer hijo.<sup>(12)</sup> Esta fase presenta tres esferas de interacción en que se enfrenta el Médico Familiar:

- Ajuste sexual
- Información sobre planificación familiar
- Interacción de la personalidad

El orden no es estricto, en realidad es de manera dinámica y son mutuamente modificables <sup>(14)</sup>.

En esta etapa el arribo de un hijo tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja, precipitando ajustes a la vida cotidiana.

### **FASE DE EXPANSION**

Esta fase se inicia con la llegada del primer hijo, teniendo como uno de los eventos más importantes el ajuste por parte de la pareja a un nuevo miembro. En esta etapa debe fortalecerse con amor y disciplina, el exceso o defecto de cualquiera de estos elementos puede producir patología en el niño, mantenerlos en equidad adecuadamente es la tarea fundamental de los padres y la madre. Para que puedan desempeñarse estas funciones se requiere que la vida de la pareja sea funcional, que entre ellos exista comunicación en sus actividades de crianza y que no involucren a sus hijos en los conflictos familiares de haberlos.

En esta etapa se incorporan nuevos miembros a la familia ( hijos ), en donde los jóvenes esposos, deben organizarse de manera armónica para el desempeño de sus actividades laborales, así como atender al hijo o hijos.



Dos principales causas de consulta tiene el médico familiar en esta fase:

- Atención y educación prenatal, atención del parto cuidados post-natal y atención del niño sano <sup>(14)</sup>.
- Atención a paciente con síndrome de niño maltratado.

## **FASE DE DISPERSIÓN**

Esta fase se identifica claramente por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. En esta etapa de la vida familiar, se prepara el camino para independencia de los hijos mayores, ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias <sup>(5)</sup>.

La seguridad afectiva es muy importante en esta fase los apoyos positivos que les deben proporcionar en primer lugar los padres, y hacerla extensiva a los demás familiares educadores y maestros, evitando la sobre protección que impide al hijo una independencia emocional <sup>(1)</sup>

En esta etapa de adolescencia se requiere que los hijos establezcan una relación abierta, en todos los conceptos de la vida con los padres, y un diálogo respetuoso, siempre positivo y constante.

El hijo tiene que crear y encontrar su camino por sí mismo.

En esta etapa el objetivo principal es de preparar a los adolescentes para ser adultos.

Es importante considerar los aspectos fundamentales como: la emancipación, la cultura juvenil, la brecha generacional y no olvidar que en esta etapa a través de la rebelión es como el adolescente reafirma su identidad.

## **FASE DE INDEPENDENCIA**

Es difícil precisar el número de años transcurridos cronológicamente en esta fase, estadísticamente es aproximadamente entre los 20 ó 30 años.

En esta fase los hijos ya preparados, forman nuevas familias, retirándose del hogar, la pareja aprende a vivir en independencia, sus hijos han formado una nueva familia. Sin embargo los lazos de unión entre padres e hijos, deben fortalecerse, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe existir hacia la nueva familia que recientemente se esta formando.

La culminación del proceso educativo de la familia en relación a la de los hijos llega cuando estos obtienen la mayoría de edad, esto es la madurez física, psicológica social y son autosuficientes desde el punto de vista económico.

La meta de todos los padres debería ser formar hijos libres que a través de su proceso de crecimiento y desarrollo lleguen a ser adultos sanos <sup>(1)</sup>.

En esta fase en que se vuelve a formar una familia nuclear, es necesario un ajuste mayor y una alta satisfacción material que en las etapas previas.

“EL SÍNDROME DEL NIDO VACIO” es donde los hijos se han ido, ya sea por casamiento o por independencia, en ésta etapa el aislamiento y la depresión de la pareja es frecuente.

## **FASE DE RETIRO Y MUERTE**

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo.

Los elementos que agravan la estabilidad familiar con esta etapa son los siguientes:

- Incapacidad para labor
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- La jubilación ( si existe en ocasiones irrisoria ).
- Las familias de los hijos casados, en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres<sup>(14)</sup>, abandonándolos en sus hogares de origen o recluyéndolos en asilos para ancianos <sup>(12)</sup>.

El matrimonio en esta etapa presenta un nuevo reto adaptativo que puede estar lleno de tensiones, debidas a cambios en el estilo de vida, principalmente en el hombre que deja de trabajar, el deceso del otro y a la propia, es un tema importante y que debe abordar para la muerte digna. El manejo de la vejez tiene connotaciones culturales importantes, en la actualidad, hay una tendencia hacia el retorno con mayor equilibrio entre la libertad y el empuje de la juventud y una valoración de la vejez.

El ciclo vital alcanza su final natural e inevitable con la muerte, se debe aceptar como parte del proceso vital.

## **FUNCIONES DE LA FAMILIA**

La familia es la unidad primaria, base de la sociedad y dentro de ella se desarrollan roles entre sus miembros, funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples <sup>(5)</sup>.

Más que otros grupos, en la familia el actuar de uno es el actuar del otro ahí se encuentran los elementos que participan en la terapia, prevención psíquica y orgánica <sup>(5)</sup>.

Toda la estructura social viene a ser unidad de acción de la responsabilidad, y de toma de decisiones del pueblo. El hombre desde niño, se integra gradualmente a diversas formas de vida social el cual representa el proceso de socialización y aprende actuar, luchar y responsabilizarse de sus actos entre los demás, ésta es una función que debe cumplir la familia.

La función de la familia interna, se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo con autonomía e independencia <sup>(12)</sup>.

Existen, otras formas de enfocar las funciones de la familia más descriptivas, pero que permiten comprender más fácilmente las funciones familiares, una de estas formas señala que las funciones de la familia son:

- Seguridad psíquica de sus miembros.
- Satisfacción sexual de los cónyuges.
- Seguridad física de sus miembros.
- Protección.
- Socialización de la prole.
- Contribución a la economía.
- La conservación.
- La transmisión de las costumbres.

Las funciones familiares se pueden clasificar en externas e internas.

Funciones externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a su cultura y de esta manera perpetúa dichos valores a través del tiempo <sup>(15)</sup>.

Otros estudios a cerca de las funciones de la familia, señala que los problemas de ajuste que tienen las familias, están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas.

---

## FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA

---

1. Socialización.
  2. Cuidado.
  3. Afecto.
  4. Reproducción.
  5. Estatus y nivel socioeconómico.<sup>(12)</sup>
- 

Es de suma importancia determinar si la familia cumple con estas funciones y sobre todo los mecanismos que utiliza para efectuarlos.

### **1.- SOCIALIZACION**

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Es importante aclarar que precisamente dentro de la función de socialización, la familia se perfila como una INSTITUCIÓN IDEOLÓGICA DEL ESTADO, con la misma fuerza e importancia que pudiera tener la iglesia, el sistema escolar, etc., ya que la familia es el vínculo entre el individuo y la sociedad, por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende al sistema económico en que está inmersa.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa de lactancia y pre-escolar ó sea, los primeros seis años de vida, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de la socialización de los hijos, es compartida con las instituciones educativas, como es el caso de la escuela primaria con los profesores, clubes, etc.

Parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud.

## **2.- CUIDADO**

Esta función clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie y resolver de la manera más adecuada las cuatro necesidades determinantes en ella que son:

- ALIMENTACIÓN
- VESTIDO
- SEGURIDAD FÍSICA
- APOYO EMOCIONAL<sup>(12)</sup>

Las posibilidades de una buena salud y vida larga, están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia.

La respuesta a las demandas de cuidado responden no sólo al acceso que tengan las familias a estos recursos, sino, también del nivel de conocimientos de la familia, o sea que las familias no sólo necesitan conocer que servicios son accesibles sino como usarlos. En este sentido, es importante aclarar que en medicina no existen leyes, más aún en Medicina Familiar; pero resulta obvio que a mayor disponibilidad de recurso, tienen un índice mayor de salud en la familia es una meta más fácil de lograr así como a la alimentación, vestido etc.

## **3.- AFECTO**

Esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia, en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determina en gran medida nuestras relaciones familiares.<sup>(12)</sup>

Según los académicos de la Lengua, el “AFFECTUS”, de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios en alguna dependencia. En cuanto a la institución familiar referida proporciona: animo, amor y cariño.

Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen son el:

- CONYUGAL
- PATERNAL
- FILIAL, ETC.

Se encuentran estrechamente relacionados, por la necesidad de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionado así; LA RECOMPENSA BASICA DE LA VIDA FAMILIAR. Visto así, las necesidades afectivas de los padres cobran la misma importancia que las necesidades afectivas de los hijos.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia, y aunque esta generalización es verdadera, también es verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos, cuidado y afecto son parte del proceso de la socialización, y son recompensados ó castigados. Inadecuada socialización puede resultar en privación lo que puede hacer el individuo que sea menos capaz de responder afectivamente a otros.

#### 4.- REPRODUCCION:

Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc., nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por tanto, de la sociedad:

- El ambiente sexual
- La reproducción

Al parecer, a través de los siglos, ha mostrado sus bondades. Se ha definido a la familia como la institución encargada de proveer nuevos miembros a la sociedad, aún cuando debemos aclarar, que esta función va más allá de tal propósito, ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se le ha dado en llamar actualmente, salud reproductiva.

La educación sexual ha sido reconocida como parte importante de la socialización de los niños, pero aún existen controversias en los sistemas escolares.

La educación médica ha sido criticada porque los Médicos frecuentemente, no han recibido entrenamiento para ser sensitivos a los problemas sexuales de los pacientes, y no proporcionan un adecuado consejo sobre la educación sexual.

## **5.- ESTATUS O NIVEL SOCIOECONÓMICO**

La palabra STATUS, se deriva de la locución latina STATUQUO, que en castellano se emplea como sustantivo en la diplomacia, para describir el estado de cosas anterior o posterior a la guerra y/o alguna cosa importante. Para nosotros resulta más correcto hablar de nivel socioeconómico que de estatus socioeconómico.<sup>(14)</sup>

Aceptando el concepto dinámico de familia, como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente como el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico esquivado a transferirle derechos y tradiciones, esta conducta familiar se ejemplifica en la expectancia al nacimiento del primer hijo, los mayores recursos de la familia son invertidos en el primer nacimiento, más aún cuando se trata de un hijo varón, es aquí donde se encuentra respuesta al concepto de agnación, el cual arranca desde los orígenes de la familia en que la responsabilidad familiar se transmitía y prolongaba en los varones, pues la mujer más que como principio, se consideraba como fin de la familia<sup>(14)</sup>.

Debemos tener presente, que son numerosas las variaciones a este esquema, así que sólo se constituye en el marco conceptual básico que nos permite reconocer variaciones y nos hace capaces de considerar sus implicaciones <sup>(14)</sup>.

Las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico, es una medida de perpetuar los privilegios y los logros familiares.

Si analizamos los datos anteriores en estos criterios de las funciones de la familia nos veremos inmersos al compararse las clasificaciones de las funciones externas e internas del criterio psicosociológico. El conocimiento de estas funciones de la familia son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia <sup>(5)</sup>.



## **FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA**

FUNCIONES DE LOS PADRES  
FUNCIONES DEL PADRE  
FUNCIONES DE LA MADRE  
FUNCIONES DE LOS HIJOS

### **LAS FUNCIONES DE LOS PADRES SON:**

1. El cuidado del hogar.
2. Su propia superación con educación y capacitación permanente.
3. Planear su vida familiar y procreación.
4. Transmitir en forma conciente los valores naturales.
5. Ejercer la autoridad racional de la familia de acuerdo a la etapa de crecimiento de los hijos, y compartir la responsabilidad de un ambiente democrático.
6. Formar el patrimonio familiar.
7. Cuidar de la salud y bienestar familiar.
8. realizar los registros y legalización civiles que aseguren la nacionalización, parentesco, ciudadanía y transmisión de bienes.

### **LAS FUNCIONES DEL PADRE SON**

1. Proveer de los bienes económicos y culturales
2. Figurar como patrón de identidad masculina.
3. Servir de cimiento en la estabilidad material y emocional.
4. Ser educador no sólo de palabra, sino también de hechos.
5. Configurar como responsable de su núcleo familiar
6. Encausar a la familia hacia la superación colectiva.

### **LAS FUNCIONES DE LA MADRE SON**

1. Ser la administradora del hogar y organizar la vida doméstica.
2. Figurar como patrón de los roles femeninos.
3. Ser esposa y compañera y figura central de la familia.
4. Ser educadora de la familia y de los hijos.
5. Figurar como responsable de su núcleo familiar en ausencia de su esposo.

## **LAS FUNCIONES DE LOS HIJOS SON**

1. Vivir bajo la patria potestad hasta la mayoría de edad o la independencia.
2. Respetar y obedecer a sus padres.
3. Cuidar los bienes patrimoniales.
4. Aprovechar todas las oportunidades formativas, educativas, y de instrucción para su autosuficiencia y emancipación <sup>(5)</sup>.

Algunas de estas funciones dentro de las familias cambiarán, sobre todo por el papel desempeñado por la mujer que trabaja, debido a la necesidad económica o de realización personal.

## **ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA**

El Médico que esta con mayor contacto con los pacientes en el contexto de un impacto de crisis familiar, puede conocer más fácilmente el diagnóstico y el manejo de la crisis que induce a la disfunción familiar.

La familia en crisis está viviendo eventos presentes ó pasados que producen un cambio en el estado de funcionalidad de él o de los miembros de la familia, como depresión, neurosis, desintegración familiar, etc.

El significado de las etapas críticas de la familia, depende de la definición de los eventos y de los cambios que en otras familias con una diferente cultura y aspecto social puede ser una celebración.

Son innumerables las oportunidades que se ofrecen al Médico Familiar, para intervenir en la adaptación de la familia y en particular en sus etapas críticas. Desde el beneplácito por el próximo embarazo, hasta el manejo clínico y de apoyo emocional cuando muere un miembro de la familia <sup>(13)</sup>.

---

## LAS ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA SON

---

- EMBARAZO
  - NACIMIENTO
  - ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD
  - ESTADO LABORAL
  - ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO
  - MUERTE DE UN MIEMBRO<sup>(13)</sup>
- 

- **E M B A R A Z O**

Los efectos en la familia dependen de los siguientes factores:

- A) **Número de embarazos:** si se trata del primer embarazo en la familia, y ésta se encuentra organizada, va a existir una mayor unión, pero si es el cuarto, quinto etc., no existirá tanta afectividad en los cónyuges, más aún si no es un embarazo “previsto”.
- B) **Cultural:** si existe discrepancia en los cónyuges, habrá alteraciones de la dinámica familiar, como incompatibilidad en la manera de pensar con respecto al embarazo.
- C) **Económico:** el embarazo en la familia proletaria, generalmente causa serias repercusiones en la economía del hogar, por falta de soluciones, lo que repercutirá en un deficiente control del embarazo y probablemente una inadecuada atención del parto.
- D) **Estado de salud:** si la madre se encuentra enferma, esta situación podría ocasionar desajustes serios en la familia.
- E) **Madre Soltera:** los padres verán a la hija como un ser no grato, que ha deshonrado a la familia, tomando casi siempre dos alternativas, aceptar al hijo que está por nacer ó separar a su hija del núcleo familiar.

Esta etapa que inicia desde la fase de la elección de la pareja hasta el embarazo por lo cuál debe de haber una gran alegría por el nuevo miembro de la familia si es deseado, en caso de que no lo sea el embarazo representa un problema dentro de la etapa crítica de la familia (7).

## • NACIMIENTO

El nacimiento de un hijo repercute desde diferentes ángulos en la dinámica familiar, desde el punto de vista económico, si se trata de una familia de la clase alta, no habrá ningún desajuste presupuestario. En la clase media y media baja, este nuevo miembro actuará como estímulo para que los padres traten de elevar su nivel de vida.

En una familia de estrato socioeconómico y cultural bajos, las implicaciones de la llegada de un nuevo miembro traen consigo desajustes importantes en cuanto al reducido presupuesto, y a las limitadas expectativas de desarrollo económico de la Familia (6).

Desde el punto de vista social, el padre se sentirá decepcionado si el primer hijo no es varón, ya que en algunos estratos de nuestra sociedad este hecho se toma como prueba de su hombría, influyendo negativamente en el nacimiento de su primogénita, el padre pensará que esta hija no es útil para el sostenimiento de la Familia, lo cuál puede llevar a hostilizar marcadamente a la madre y la hija.

Si el primer hijo es varón, la situación será totalmente diferente, ya que sentirá reforzada su “hombría”, su actitud para la mujer y el hijo; será positiva y la esposa responderá a esta acción reforzando la integración Familiar. En una familia estructuralmente lesionada, el nacimiento del primer hijo puede influir de dos formas, dependiendo de si es deseado o no, en el primer caso integra la Familia, en el segundo si el número de hijos es elevado, el nacimiento de un nuevo miembro puede incluso propiciar el abandono por parte del padre, ante la importancia del sostenimiento de la Familia(14), como la alimentación, vestido, educación, vivienda, etc.

- **ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD**

Esta función debe ser valorada desde el punto de vista socioeconómico y cultural, ya que la enseñanza que recibe de la Familia, respecto a la sexualidad, dependerá del estrato social en que se desenvuelva y el acervo cultural del mismo. De acuerdo al sexo del niño o del adolescente será la educación sexual que reciba. En la mayoría de las familias mexicanas, a las hijas se les oculta los problemas sexuales que tiene que enfrentar y en menor grado al hijo, afortunadamente la forma educativa ha venido a cubrir en esta etapa de la vida o se ha avanzado.

La enseñanza sexual que proporciona la Familia puede ser:

a) Orientadora:

- Positiva cuando el niño recibe información real y adecuada acerca del sexo.
- Negativa, cuando se recibe la información deformada y prejuiciosa con respecto a la sexualidad humana<sup>(13)</sup>.

b) Indiferente:

- Cuando a los padres no les importa ó “NO PUEDE POR FALTA DE TIEMPO”, dar enseñanza sexual.

Es importante recordar que una falta de orientación sexual por parte de los padres, provocará en los hijos desorientación, angustia y en ocasiones aberraciones psicógenas que desestabilizarán la dinámica familiar, provocando conflictos<sup>(14)</sup>, como impotencia, violación, estupro, ultraje al pudor, etc.

- **ESTADO LABORAL**

Los principales factores de riesgo para la Familia, en cuanto al estado laboral son en primer lugar, la desocupación, la búsqueda y cambio de trabajo.

**A) DESOCUPACIÓN**

Se debe tomar en cuenta la causa de ésta, si fue por edad avanzada, negligencia, disminución de fuentes de trabajo, preparación deficiente o nula, así como invalidez<sup>(13)</sup>.

**B) BÚSQUEDA DE TRABAJO**

México como país en vías de desarrollo, tiene un nivel de desempleo muy alto, lo cual dificulta las oportunidades de trabajo, ya que la mano de obra disponible excede a la demanda, dando como resultado, pocos empleos estables, abandono del padre a la búsqueda de empleo, y como consecuencia desestabilización económica y emocional en el núcleo Familiar.

**C) CAMBIO DE EMPLEO**

El Médico Familiar deberá estudiar los motivos del cambio, si fue para mejorar económica ó culturalmente, en ocasiones se ofrece un trabajo menor remunerado pero con una mayor satisfacción intelectual, requiriendo mayor tiempo ocupacional, lo cual puede conducir a ausencias de un miembro de la familia, ( padre o madre ), repercutiendo emocionalmente, social o incluso sexualmente, propiciando, adulterio y diversas sociopatías de la familia<sup>(13)</sup>.

- **ENFERMEDAD DE UN MIEMBRO**

La familia tendrá alteraciones en su dinámica y tomara una actitud determinada cuando exista la presencia de un miembro enfermo tomando en cuenta, el nivel socioeconómico-cultural, así como la integración Familiar que exista.

La actitud variará de acuerdo al miembro enfermo de que se trate.

**A).- P A D R E**

Si el padre es el enfermo, siendo éste el sostén, desde el punto de vista económico, en la Familia, las repercusiones en la dinámica Familiar dependerán básicamente del nivel socioeconómico de ésta.

**B).- M A D R E**

La Madre juega un rol más importante en el terreno social, pues ella es la encargada del buen aspecto de los miembros de la Familia, así como la elaboración de alimentos e instrumentar unión y afectividad.

**C).- H I J O S**

Si el hijo enferma, únicamente habrá repercusiones en la esfera emocional, a menos que el hijo labore, provocando además un desequilibrio en la economía Familiar<sup>(14)</sup> como en la atención de la misma enfermedad, alimentación, etc.

- **MUERTE DE UN MIEMBRO**

Esta crisis de la Familia puede enfocarse de varios ángulos, social, psíquico, cronológico, tomando en cuenta el número de hijos y edad de ellos, dependiendo si la muerte es del Padre y representa la única fuente de ingreso, la situación obligará a la Madre a trabajar para sostener a la Familia, si está preparada, el problema será menor, se adaptará pronto a la situación, si la escolaridad es baja disminuyendo el nivel económico. El hijo mayor sustituirá al padre se producirá un desajuste económico importante, constituyendo el sostén de la Familia, lo que lleva a abandonar sus estudios, alteraciones en su

desarrollo y modificaciones importantes en su personalidad. Emocionalmente, el choque por la pérdida de un miembro, puede llegar a provocar ruptura de la integración Familiar, y su dispersión, así como situaciones conflictivas pudiendo ocasionar actitudes delictuosas.<sup>(14)</sup> Si el padre no constituye el principal apoyo económico, la repercusión básicamente será emocional, pudiendo en este caso conservarse la estructura Familiar. Si quién fallece es la Madre, puede no responsabilizarse el Padre de la crianza y educación de los hijos, produciendo desintegración en la Familia, sustitución por parte de la hija mayor y desajuste emocional.

Observaciones recientes, indican que generalmente la Familia de bajo nivel, tiende a resignarse más rápidamente a la pérdida de un miembro.

Dado el momento que está pasando México, cabe mencionar dos pensamientos diferentes y en distintos lugares. El primero de tipo mitológico, y el segundo revolucionario; en la antigüedad pagana, las ideas sobre el mundo de los muertos eran bastantes confusas. Homero, describe una visita de Ulises a este mundo misterioso, el reino de la muerte es un lugar impreciso, habitado por sombras, en las que reinan Plutón y Proserpina.

Cuando se muere en brazos de la patria agradecida, la vida acaba, la cultura la prisión se rompe y empieza al fin con el morir la vida.

Lo expresado confirma que el pensamiento varía de acuerdo al tiempo y la cultura, ya que lo que es bueno para unos puede ser desgracia para otros.

## **DINAMICA FAMILIAR**

El estudio y el conocimiento de la dinámica Familiar es otro de los múltiples elementos teóricos indispensables para el Médico Familiar, el cual consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que van a afectar el comportamiento de cada miembro de la Familia, haciendo que ésta funcione positiva o negativamente como unidad.

La dinámica Familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la Familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y les difunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás.



La Familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse produce una organización en constante cambio y crecimiento; constituyendo un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados: Generación, sexo, intereses y funciones, así tenemos los subsistemas de esposo-esposa; los esposos como padres, el binomio madre-hijo, ó el padre-hija ó con otro miembro de la Familia nuclear ó extensa.

El estudio de la Dinámica Familiar, da el enfoque de la organización principal en constante cambio y crecimiento, definiendo las diferentes alianzas que llevarán al éxito o fracaso de ésta dinámica Familiar.

Entre hombre-mujer, ó sea esposo-esposa, debe existir la unidad, no la competitividad, para que el cariño, amor y armonía, pasen a ser el apoyo de los hijos, y en cada uno de estos miembros, de la Familia deben tomar las funciones que les correspondan por el bien familiar, respetando siempre la decisión como pareja<sup>(15)</sup>.

Con el nacimiento de otros miembros de la Familia es necesario un buen resultado, aunque no es tarea fácil ya que la educación, el amor y la disciplina debe ser con delicadeza y sin agresividad. Esto es con todos los hijos, aún cuando se cuente con un solo hijo.

Cuando fue creada la primera pareja humana como esposo y esposa, se hizo énfasis en la unidad que debería existir entre ellos, no siendo competidores ni desconocidos que compartieran el mismo techo, por lo tanto, los cónyuges deben cultivar entre sí un profundo amor y esforzarse por estrechar su vínculo en unidad de propósito,<sup>(14)</sup> buenas relaciones esposo y esposa, así como la relación padres e hijos.

## LA DISFUNCIÓN FAMILIAR, UN RETO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

Por su frecuencia y complejidad, la disfunción familiar constituye un verdadero reto para el Médico Familiar, tanto en la apreciación diagnóstica, como en la orientación psicodinámica e integradora que exige el tratamiento.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación, basta identificar que el ser humano al encontrarse solo, encara un problema de relación consigo mismo y con las estructuras sociales, complejidad que se incrementa al fusionarse maritalmente, ya que se compromete además a una

relación íntima, satisfactoria y quizás por siempre; situación compleja en sí misma, ya que se requiere de modificaciones estructurales y adaptativas de fondo en todos los órdenes: confrontación de valores, sentimientos, costumbres domésticas y sociales, deseos sexuales, prácticas religiosas, nivel económico, etc. Que determinan la continuidad de la pareja con diferentes grados de felicidad; situación que tiende al entropismo con el nacimiento de los hijos o con la incorporación de individuos de las familias de procedencia.<sup>(24)</sup> Este interactuar de fuerzas positivas y negativas en su conjunto, determinan las características de la dinámica familiar, variable en cada núcleo. Ante esta situación, los integrantes de un núcleo familiar se ven forzados a utilizar sus recursos biológicos, sociales y psicológicos para mantener una interrelación madura y satisfactoria para continuar con su trayecto natural.

Resulta importante para la medicina familiar establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares a su cuidado, ya que se considera inapropiado que el dinamismo familiar sea calificado como normal o anormal, en virtud del estrecho margen entre ambos, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar <sup>(24)</sup>.

Una corriente propone investigar 4 criterios para definir la funcionalidad familiar: ***comunicación, autonomía de sus miembros, toma de decisiones y reacción ante las demandas de cambio*** <sup>(24)</sup>.

Dentro del estudio del ( MOSAMEF), MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR, es necesario exponer las 10 primeras causas de morbilidad de la República Mexicana, Estado de Michoacán y en Apatzingán, Mich., para tener un conocimiento comparativo y a la vez observar su comportamiento real, en sus diferentes niveles, lo cual iniciaré con:

Las 10 primeras causas de Morbilidad de la Jurisdicción Sanitaria No. 7 Apatzingán, Mich.

E N F E R M E D A D		1997 No. Casos.	1998 No. Casos.
1.-	Infec. Resp. Agudas.	14140	9469
2.-	Inf. Int. Ent. Y otras enfer. Diarreicas.	3945	3625
3.-	Picadura de Alacran.	2334	1223
4.-	Hipertension Arterial.	414	187
5.-	Diabetes Mellius.	458	402
6.-	Angina Estreptococcica.	457	184
7.-	Ifecc. Gonococcicas.	141	101
8.-	Candidiasis Urogenital.	140	132
9.-	Parotiditis.	131	44
10.-	Neumonías y Bronconeumonias.	130	113

LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN EL ESTADO DE MICHOACÁN 1997

E N F E R M E D A D		No. de casos.
1.-	Infecciones Respiratorias Agudas.	925 227
2.-	Infecciones Intestinales y las Mal Definidas.	149 714
3.-	Amibiasis Intestinal.	57 698
4.-	Intoxicación por Picadura de Alacrán.	22 489
5.-	Otras Helmintiasis.	17 576
6.-	Otitis Media Aguda.	17 381
7.-	Hipertensión Arterial.	14 915
8.-	Ascariasis.	12 491
9.-	Agina Estreptococica.	11 067
10.-	Diabetes Mellitus.	11 029

LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN EL ESTADO DE MICHOACÁN 1998

E N F E R M E D A D		No. de casos.
1.-	Infecciones Respiratorias.	1 012 391
2.-	Infecciones Intestinales por otros Organismos y las mal definidas.	176 469
3.-	Amibiasis Intestinal.	67 679
4.-	Otitis Media Aguda.	22 469
5.-	Intoxicación por Picadura de Alacrán.	19 132
6.-	Angina Estreptoócia	18 439
7.-	Otras Helmintiasis.	17 576
8.-	Hipertensión Arterial.	16 786
9.-	Ascariasis.	12 640
10.-	Diaetes Mellitus.	12 142

LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD NACIONAL DE 1997

E N F E R M E D A D		No. de casos
1.-	Infecciones Respiratorias Agudas.	27 242 388
2.-	Otras Infecciones Intestinales y los Mal Definidos.	4 593 919
3.-	Amibiasis Intestinal.	1 512 477
4.-	Otras Helmintiasis.	894 232
5.-	Hipertensión Arterial.	490 926
6.-	Otitis Media Aguda.	457 826
7.-	Ascariasis.	457 038
8.-	Diabetes Mellitus.	312 892
9.-	Varicela.	281 491
10.	Asma.	247 458

## LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD EN LA REPUBLICA MEXICANA 1998

ENFERMEDAD		No. de Casos
1.-	Infecciones Respiratorias Agudas.	26 542 632
2.-	Infecciones Intestinales por Otros Organismos y las Mal Definidas.	5 023 427
3.-	Amibiasis Intestinal.	1 613 215
4.-	Otras Helmintiasis.	845 333
5.-	Otitis Media Aguda	518 831
6.-	Hipertensión Arterial	490 850
7.-	Ascariasis.	453 027
8.-	Diabetes Mellitus.	336 967
9.-	Varicela.	309 226
10.-	Asma.	245 753

Se a expuesto la morbilidad de 1997 y 1998 porque el estudio anual realizado en el consultorio uno de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., comprende de marzo 1997 a febrero de 1998 y se encuentra entre los dos años, de esta manera obtenemos el concepto comparativo y a la vez su comportamiento anual de la morbilidad con la Jurisdicción Sanitaria No 7 Apatzingán, Mich. de 1997 y 1998, así como la morbilidad en el Estado de Michoacán de 1997 y 1998 y la 10 principales causas de enfermedad en la Republica Mexicana de 1997 y 1998.

## II .-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Subdirección General Médica del ISSSTE, tiene como objeto principal la prestación de los servicios médicos en forma integral para toda población derechohabiente en los diferentes niveles de atención médica, por lo cual se ha avocado a reordenar los servicios de salud de sus clínicas de primer nivel y de los hospitales facilitando y organizando el acceso a los derechohabientes a los diferentes servicios de salud, de tal forma que a todos se les brinde la misma facilidad de ser atendidos, oportuna y eficazmente con un alto nivel de calidad y calidez en su trato humano.

En nuestra Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. México, en sus consultorios de Medicina Familiar, la atención que se brinda al derechohabiente, es de tipo curativo y poco la preventiva ya que se cuenta con muy poco tiempo entre paciente y paciente, para darle una orientación preventiva adecuada. Existe el Departamento de Medicina Preventiva donde ésta se realiza y se dan las orientaciones adecuadas así como la aplicación de vacunas bajo el Sistema Nacional de Salud.

El médico familiar debe conocer de manera permanente ¿ Cuáles son las 10 principales causas de morbilidad y las principales características sociales de las familias adscritas al consultorio No 1 de la Clínica-Hospital ISSSTE de Apatzingán Mich.?. Para eso se establecerá un método en el Consultorio 1 de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., que es el MODELO SISTEMATICO DE ATENCIÓN MEDICA FAMILIAR (MOSAMEF), promoviendo actividades anticipatorias, preventivas, promoción de salud, diagnóstico oportuno, tratamiento específico, rehabilitación, así como investigar las 10 primeras causa de morbilidad y las principales características sociales de las familias, este enfoque es el que se pretende llevar a cabo en el Consultorio 1 en su turno vespertino, en coordinación con la comunidad y sus núcleos Familiares.

# III.-J U S T I F I C A C I O N



El esquema actual de atención Médica Familiar, del consultorio 1, de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., México, principalmente en el turno vespertino, ha favorecido insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes, ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud de los 667 núcleos familiares que se les presta atención de medicina familiar, debido al conocimiento insuficiente de las características sanitarias, así como los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de los núcleos familiares, así como a los 1768 pacientes que se les da atención médica.

Es necesario el uso racionalizado de los recursos para mejorar la atención en el consultorio 1, de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., Méx., así como en los demás, desde el tiempo de espera, agilización del uso del archivo clínico, mayor número de enfermeras asignadas a esta función, capaces y con sentido humanístico, derivaciones justificadas a 2do. y 3er. nivel y en general una atención médica de mayor calidad que le permita promover y mantener la salud de los núcleos familiares del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, para lograr este propósito, el médico familiar deberá conocer con detalle la estructura de los núcleos familiares, así como de las familias que están bajo su cuidado.

## IV .- O B J E T I V O S

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar en la población del consultorio 1, de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., Méx., las 10 causas de consulta más frecuentes y las principales características socioeconómicas de las familias.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar el estado civil mas frecuente de los núcleos familiares del consultorio 1.
2. Conocer la escolaridad de los derechohabientes.
3. Conocer las etapas del ciclo familiar.
4. Identificar de acuerdo a su desarrollo a que tipo de familia corresponde.
5. Identificar de acuerdo a su demografía a que tipo pertenecen las familias.
6. Identificar de acuerdo a su composición las familias.
7. Identificar el ingreso de las familias.
8. Identificar la ocupación de los padres.
9. Identificar el tipo de planificación familiar de las familia.
10. Identificar la edad de los hijos de las familias en estudio.

## **V.- METODOLOGIA**

## **A) TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio en el área Socio-Médica de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, prospectivo y transversal.

## **B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

- EXPEDIENTES Y FAMILIAS.
- CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH., MÉX.
- MARZO 1997 A FEBRERO DE 1998

## **C) TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Todas las familias estudiadas son derechohabientes del consultorio uno, con un total de 7 colonias de Apatzingán, Mich, las poblaciones de Buena Vista Tomatlan Mich., y sus poblaciones aledañas, Coalcoman Mich., y sus poblaciones aledañas.

1.- Para el tamaño de la muestra se tomaron 1768 expedientes clínicos y 667 núcleos familiares, de los pacientes asignados al consultorio uno de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., para obtener este dato con precisión se efectuó la contabilidad por paloteo simple, obteniendo los datos precisos posteriormente se construyó la pirámide poblacional, tomándose en cuenta la edad y sexo, (ver pirámide No 1).

2.- Se aplicaron 251 encuestas para el estudio de comunidad, de noviembre de 1998 a Enero de 1999

3.- Se revisaron 202 hojas del Informe Diario de Labores del Médico, correspondientes de marzo de 1997 a febrero de 1998, con la finalidad de obtener las 10 primeras causas de consulta de primera vez y subsecuentes, tanto por año como por mes respectivamente, se realiza por medio de paloteo simple la contabilidad, de esta manera se obtuvieron las causas de consulta de primera vez y subsecuentes.

## **D) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Solo aquellas familias que pertenezcan al consultorio No 1.
- Que estén vigentes.
- Que cuenten con expediente clínico.
- Que sean integrantes de una familia.
- Que deseen participar en el estudio.
- Solo a padres de familia.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Familias que durante el estudio hayan cambiado de consultorio.
- Información incompleta.
- Pacientes que no pueden contestar al interrogatorio o discapacitados.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Familias no adscritas al consultorio No. 1.
- Familias que no estén vigentes.
- Familias que no tengan expediente clínico.
- Que no sean padres de familia.
- Que no deseen participar en el estudio.
- Que se detecte la falta de un familiar, por vivir sola sin contacto familiar.

## **E) INFORMACIÓN A RECOLECTAR**

Para el estudio de comunidad, las variables son de tipo cualitativo y en escala nominal, y son:

- 1.- Apellido de la familia, lugar y colonia de origen.
- 2.- Estado civil.
- 3.- Años de unión conyugal.
- 4.- Escolaridad.
- 5.- Edad del padre.
- 6.- Edad de la madre.
- 7.- Método de planificación familiar.
- 8.- Número de hijos de 10 años de edad.
- 9.- Número de hijos de 11 a 19 años de edad.
- 10.- Número de hijos de 20 a más años de edad.
- 11.- Ocupación de los padres de familia.
- 12.- Ingresos económicos.
- 13.- Tipo de familia.
- 14.- Composición de la Familia.
- 15.- Demografía.
- 16.- Etapas del ciclo familiar.
- 17.- Principales causas de morbilidad.

## **F) METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN**

Para capturar los datos en todas las variantes del estudio de comunidad, censo poblacional y la morbilidad, se efectuó por medio de entrevista encuesta y por paloteo simple se realiza la contabilidad para obtener la información correcta.

## **G) CONSIDERACIONES ETICAS**

La investigación no se considero de riesgo para la salud, tomando siempre como norma el código de Nuremberg (1946) y la declaración de Helsinki II (1975) que expresa “La misión del Medico es velar por la Salud de la Humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión”.

# **VI.- RESULTADOS**



## DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

### PIRÁMIDE POBLACIONAL No 1

La construcción de esta pirámide se llevo a cabo con la finalidad de saber y conocer el numero total de derechohabientes adscritos al consultorio 1 de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., se efectuó la contabilidad de todos los Expedientes que le corresponden, y por medio de un paloteo simple se obtuvo el total de pacientes por edad, sexo.(ver pirámide No 1)

Las edades que se tomaron en cuenta son: de 0 a 4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, 95-99, 100-104, respectivamente.  
De 1768 derechohabientes, son 817 masculinos ( 46.88 % ) y 951 femeninos ( 53.22 % ) y 667 núcleos familiares.

### PIRÁMIDE No 2

#### TOTAL DE DERECHOHABIENTES Y NUCLEOS FAMILIARES ADSCRITAS AL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

En esta pirámide de dos barras que representa el total de Derechohabientes y núcleos familiares adscritas al consultorio uno, para obtener este dato se investigo en el archivo clínico de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich, el numero de registros de los derechohabientes estables que están casados y en unión libre que además cuentan con uno ó mas hijos, en estos trabajadores, se investigó que de los 1768 Derechohabientes adscritos al consultorio uno, se obtuvo 667 Núcleos Familiares.

## **10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES ANUAL MARZO 97 / FEBRERO 98 DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH. VER CUADRO No 1**

Las 10 causas mas frecuentes de consulta de primera vez anual marzo/1997 febrero/1998 del consultorio uno de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., se expresan en gráfica de barras verticales representando la cantidad de enfermedades de acuerdo a la frecuencia son:

1.- I.V.A.S.	301	40.73 %
2.- Micosis	84	11.37 %
3.- Enterocolitis	60	8.11 %
4.- Gastritis	58	7.85 %
5.- Amigdalitis	53	7.18 %
6.- Bronquitis	44	5.95 %
7.- Vaginitis	42	5.69 %
8.- Otitis	35	4.73 %
9.- Infección renal	32	4.33 %
10.-Dolor abdominal	30	4.06 %

Dándonos un total de consultas de primera vez de 739,ver cuadro y gráfica No. 1.

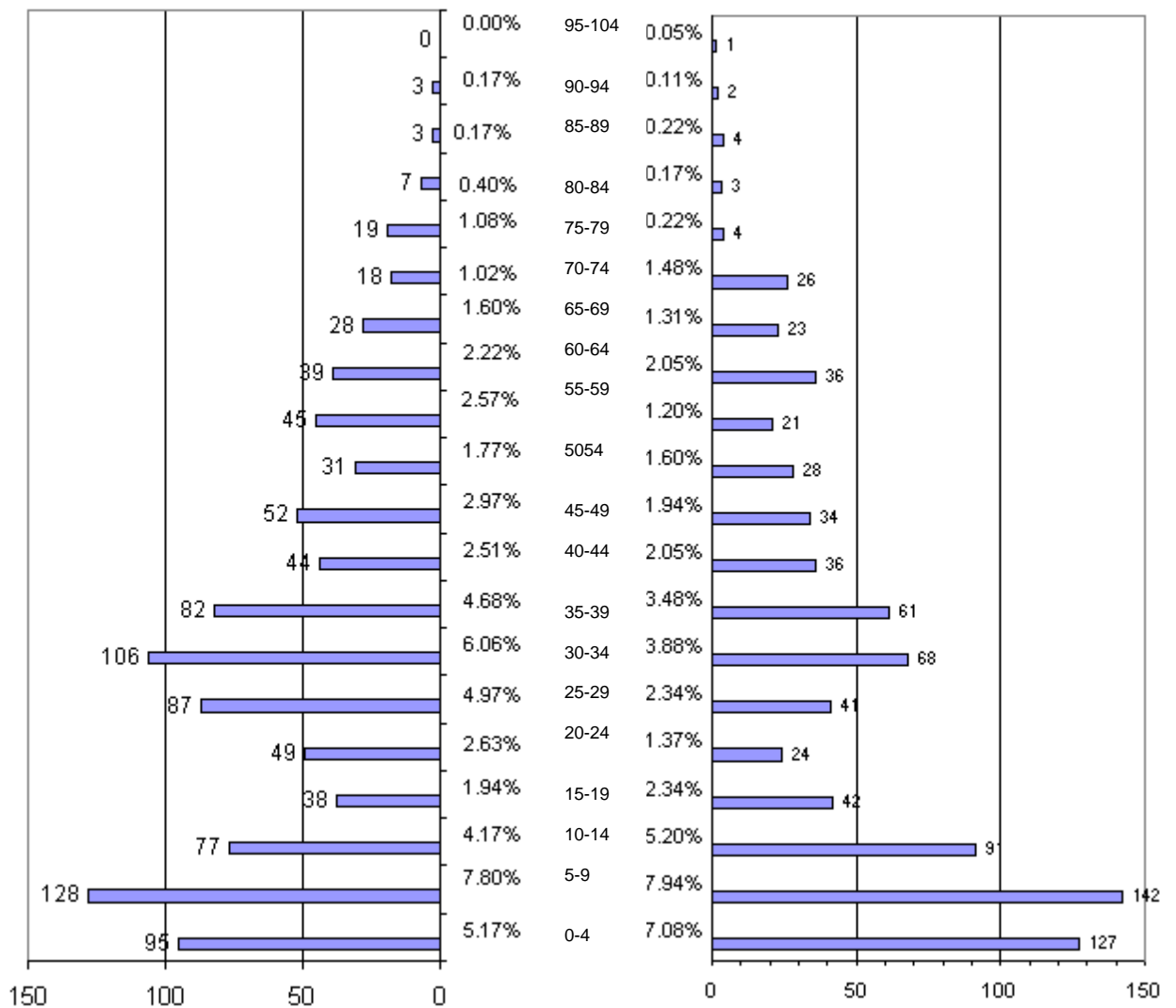
Las 10 causas mas frecuentes de consulta subsecuentes anual de marzo 1997/febrero 1998 del consultorio uno de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., que se expresan en la gráfica nos arroja los siguientes datos : En primer lugar la diabetes (D.M.), con 123 consultas y un 24.40 %, en segundo lugar control prenatal con 85 consultas y un 16.87 %, en tercer lugar la hipertensión arterial sistémica (H.A.S.), con 64 consultas y un 12.70 %, en cuarto lugar las infecciones de las vías aéreas superiores (I.V.A.S.), con 47 consultas y un 9.32 %, en quinto lugar las micosis con 43 consultas y un 8.53 %, en sexto lugar la artritis con 39 consultas con un 7.73 %, en séptimo lugar Vaginitis con 35 consultas con un 6.94 %, en octavo lugar las bronquitis con 29 consultas con un 5.76 %, en noveno lugar las gastritis con 21 consultas con un 4.17 %,y en décimo lugar la epilepsia con 18 consultas con 3.58 %. Dando un total de 504 consultas subsecuentes. Ver cuadro y gráfica 2.

## PIRÁMIDE POBLACIONAL DE DERECHOHABIENTES DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

TOTAL DE DERECHOHABIENTES: 1768

**MUJERES**  
951 = 53.22%

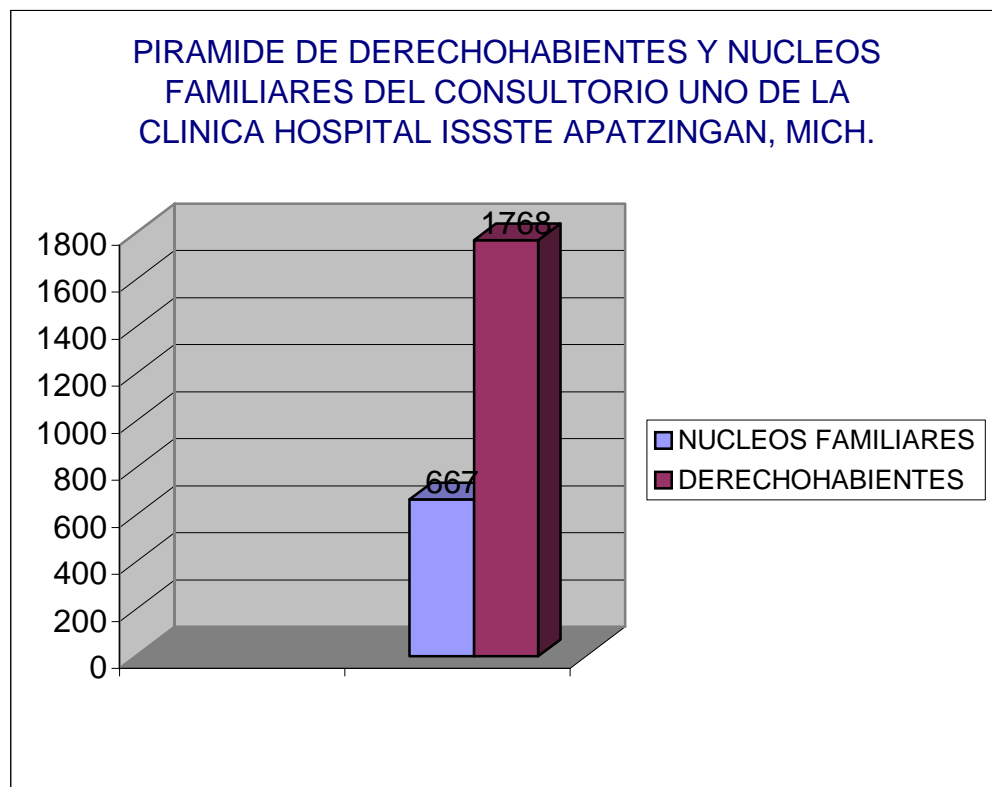
**HOMBRES**  
817 = 46.88%



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICOS DEL ARCHIVO C. H. ISSSTE APATZINGAN, MICH.

**TOTAL DE DERECHOHABIENTES Y NÚCLEOS FAMILIARES  
ADSCRITOS AL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL  
ISSSTE APATZINGAN, MICH.**

NUCLEOS FAMILIARES	667
DERECHOHABIENTES	1768



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL ARCHIVO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGÁN, MICH.

CUADRO No 1

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA  
VEZ ANUAL DE MARZO 97 / FEBRERO 98

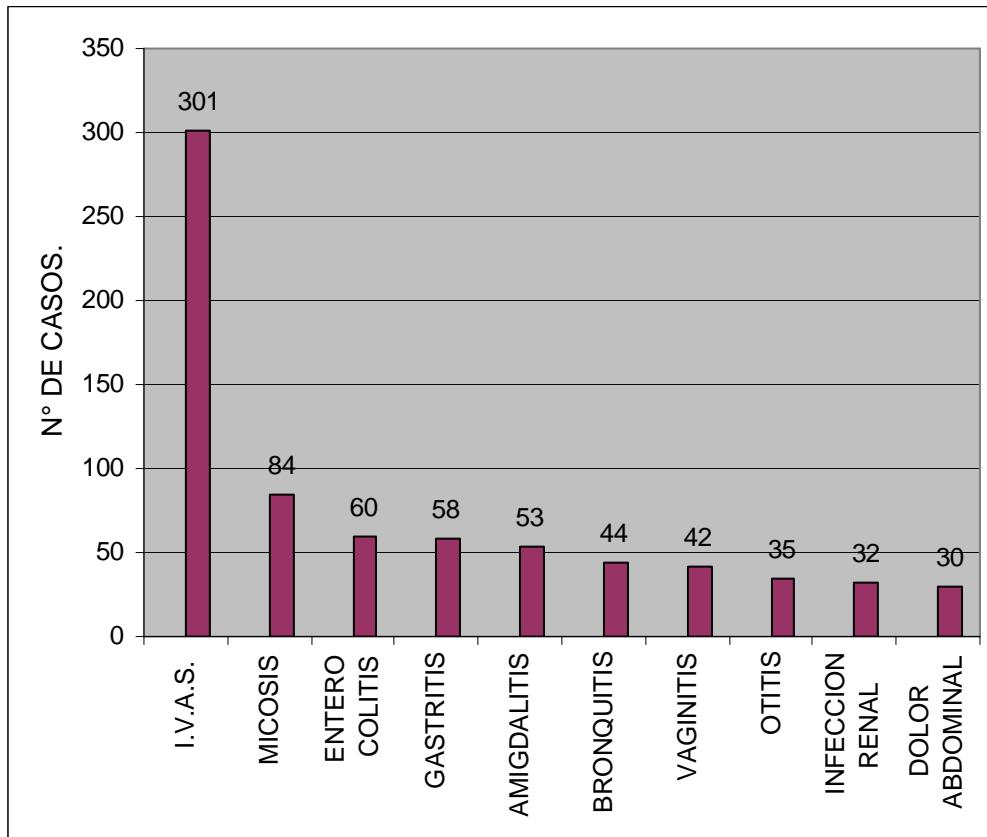
I.V.A.S.	301	40.73%
MICOSOSIS	84	11.37%
ENTERO COLITIS	60	8.11%
GASTRITIS	58	7.85%
AMIGDALITIS	53	7.18%
BRONQUITIS	44	5.95%
VAGINITIS	42	5.69%
OTITIS	35	4.73%
INFECCION RENAL	32	4.33%
DOLOR ABDOMINAL	30	4.06%
<b>SUBTOTAL PRIMERA VEZ</b>	<b>739</b>	<b>100.00%</b>
SUBTOTAL PRIMERA VEZ	739	50.17%
OTRAS CAUSAS PRIMERA VEZ	734	49.83%
<b>TOTAL</b>	<b>1473</b>	<b>100.00%</b>

10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE SUBSECUENTE  
ANUAL DE MARZO 97 / FEBRERO 98

D.M.	123	24.40%
CONTROL PRENATAL	85	16.87%
H.A.S.	64	12.70%
I.V.A.S.	47	9.32%
MICOSIS	43	8.53%
ARTRITIS	39	7.73%
VAGINITIS	35	6.94%
BRONQUITIS	29	5.76%
GASTRITIS	21	4.17%
EPILEPSIA	18	3.58%
<b>SUBTOTAL SUBSECUENTES</b>	<b>504</b>	<b>100.00%</b>
SUBTOTAL SUBSECUENTES	504	58.00%
OTRAS CAUSAS SUBSECUENTES	369	42.00%
<b>TOTAL</b>	<b>873</b>	<b>100.00%</b>

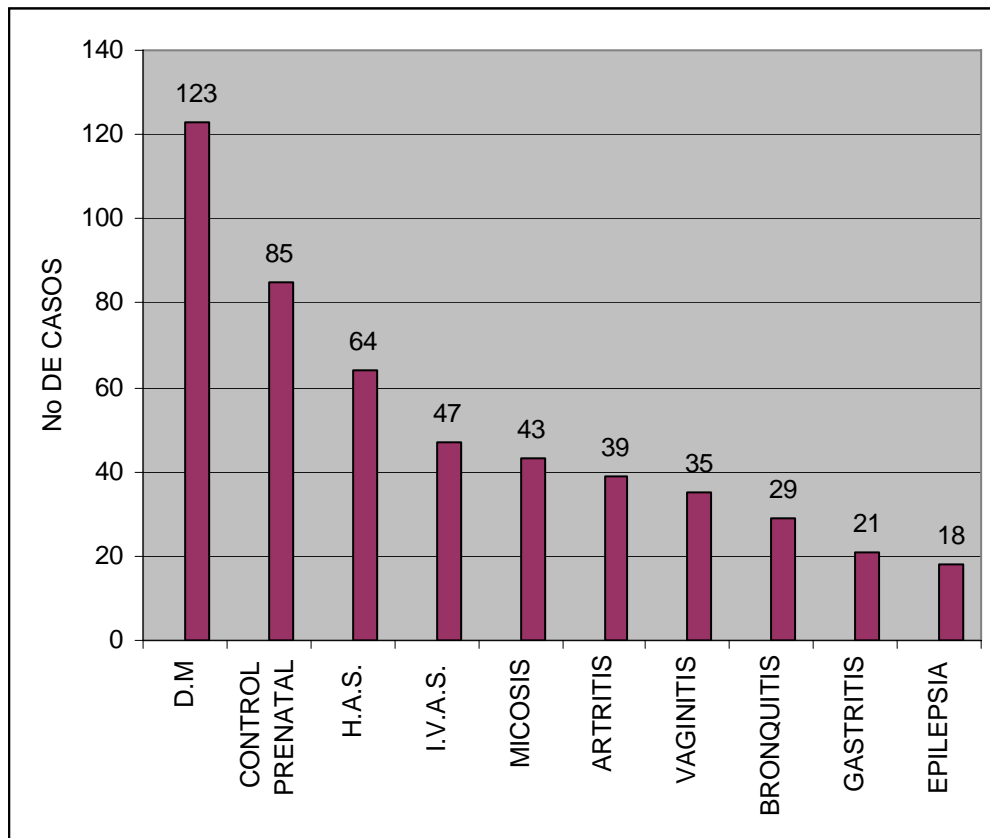
FUENTE: INFORME DIARIO DEL MEDICO.

LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ  
ANUAL DE MARZO 97 / FEBRERO 98 DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA  
HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.



FUENTE: INFORME DIARIO DEL MEDICO.

LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA SUBSECUENTE ANUAL  
DE MARZO 97 / FEBRERO 98 DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA  
HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.



FUENTE: INFORME DIARIO DEL MEDICO.

## **ESTUDIO DE COMUNIDAD**

Para el estudio de comunidad se seleccionaron solo a 251 familias de derechohabientes; la encuesta se realizó en tres meses ( noviembre 1997 a enero 1998 ), estas familias son estudiadas bajo su consentimiento previa información del estudio a investigar, las familias fueron estudiadas cuidadosamente de aquellas colonias y comunidades adscritas al consultorio de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich, Méx., que más acuden al servicio de consulta, la investigación de datos en el estudio de comunidad se efectuó por cuestionario el cual fue llenado bajo su consentimiento de los derechohabientes y directamente por el médico, se tomaron aquellas familias que acuden frecuentemente a consulta.

Ya teniendo a las 251 familias bien identificadas y los cuestionarios bien requisitados se procede a efectuar el estudio cuidadoso de cada variable para efectuar por paloteo simple el numero y causas en cada variable posteriormente se analiza el porcentaje de cada una de las variables y se grafican.



## **DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD REALIZADO EN EL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH, DICIEMBRE 1997 / ENERO 1998.**

### **REPRESENTACIÓN GRAFICA DE CADA UNA DE LAS VARIABLES**

#### **GRAFICAS No 3 – 15**

En el estudio de comunidad se efectuaron por separado cada una de las variables por lo que se representan gráficamente cada resultado y porcentaje.

#### **GRAFICA No 3**

En este cuadro y gráfica se representa la segunda variable del estudio de comunidad que se realizó en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich, que se refiere al estado civil de las familias estudiadas, aquí se aprecia claramente el estado civil más frecuente también encontramos los porcentajes correspondientes.

#### **GRAFICA No 4**

En este cuadro y gráfica se representa la tercera variable del estudio de comunidad realizado en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich, en ella se representa la cantidad de familias de acuerdo a los años de unión conyugal así como también su respectivo porcentaje.

#### **GRAFICA No 5**

En este cuadro y gráfica se representa la cuarta variable del estudio de comunidad que se realizó en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich, en ellas se representan la escolaridad de los padres así como también el porcentaje correspondiente a cada resultado del estudio.

## **GRAFICA No 6**

En este cuadro y gráfica se representa la quinta variable del estudio de comunidad del consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., se representa por edad etaria del padre, en esta misma gráfica se representa los porcentajes correspondientes por grupo de edad así como también los finados y anulados por falta de captura de la edad.

## **GRAFICA No 7**

En este cuadro y gráfica se representa la sexta variable del estudio de comunidad del consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., que se le realizo a 251 familias. La gráfica nos representa la edad de la madre y se realizo por edad etaria por décadas, se reporta también los decesos con sus respectivos porcentajes correspondientes.

## **GRAFICA No 8**

En este cuadro y gráfica se representa la séptima variable del estudio de comunidad que se realizo a 251 familias del consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., aquí se representa gráficamente los métodos anticonceptivos mas frecuentes por núcleos familiares se ve con claridad que predomina el porcentaje de las familias que usan el método oral, se reporta el porcentaje correspondiente a cada método.

## **GRAFICA No 9**

Este cuadro y gráfica corresponde a la octava, novena y décima variable del estudio de comunidad que se realizo en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., de 251 familias, gráficamente se puede aclarar el número de hijos de los derechohabientes por la edad etaria que existen en los grupos familiares bajo su responsabilidad, así como también se reportan los porcentajes correspondientes.

## **GRAFICA No 10**

Este cuadro y gráfica corresponde a la onceava variable del estudio de comunidad realizado en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., en ella se reporta gráficamente la ocupación de los padres predominando el profesional, se reporta el porcentaje correspondiente.

## **GRAFICA No 11**

Cuadro y gráfica que corresponden a la doceava variable del estudio de la comunidad realizado en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., donde se representa gráficamente los ingresos del núcleo familiar de acuerdo al tipo de trabajo desempeñado por cada derechohabiente predominando tres salarios mínimos, se reporta los porcentajes correspondientes.

## **GRAFICA No 12**

Cuadro y gráfica que representan la treceava variable del estudio de comunidad realizado en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., gráficamente se representa al tipo de familias de acuerdo al desarrollo, también se describe los que viven solos y sus respectivos porcentajes.

## **GRAFICA No 13**

Cuadro y gráfica que representan la catorceava variable del estudio de comunidad realizado en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., Gráficamente se representa la composición de la familia de los derechohabientes adscritos al consultorio uno, con sus respectivos porcentajes predominando la familia nuclear.

## **GRAFICA No 14**

Cuadro y gráfica que representan a la quinceava variable del estudio de comunidad realizado en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., gráficamente se representa en que zona vive la familia predominando la urbana, y sus respectivos porcentajes.

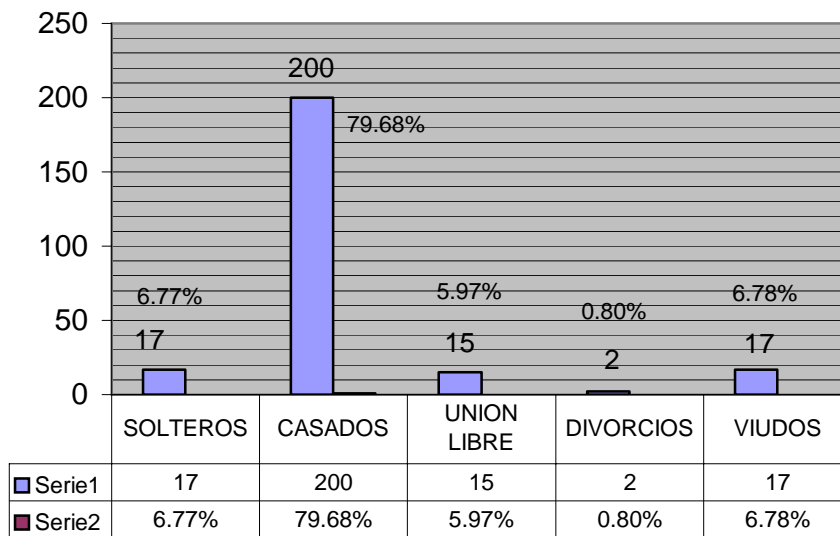
## **GRAFICA No 15**

Cuadro y gráfica que corresponden a la dieciseisava variable del estudio de comunidad realizado en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., en donde se representa la etapa del ciclo familiar que está viviendo en este momento cada núcleo familiar con sus respectivos porcentajes predominando la etapa de dispersión.

**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL  
CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE  
APATZINGAN, MICH.**

ESTADO CIVIL	N° DE FAMILIAS	%
SOLTEROS	17	6.77%
CASADOS	200	79.68%
UNION LIBRE	15	5.97%
DIVORCIADOS	2	0.80%
VIUDOS	17	6.78%
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100%</b>

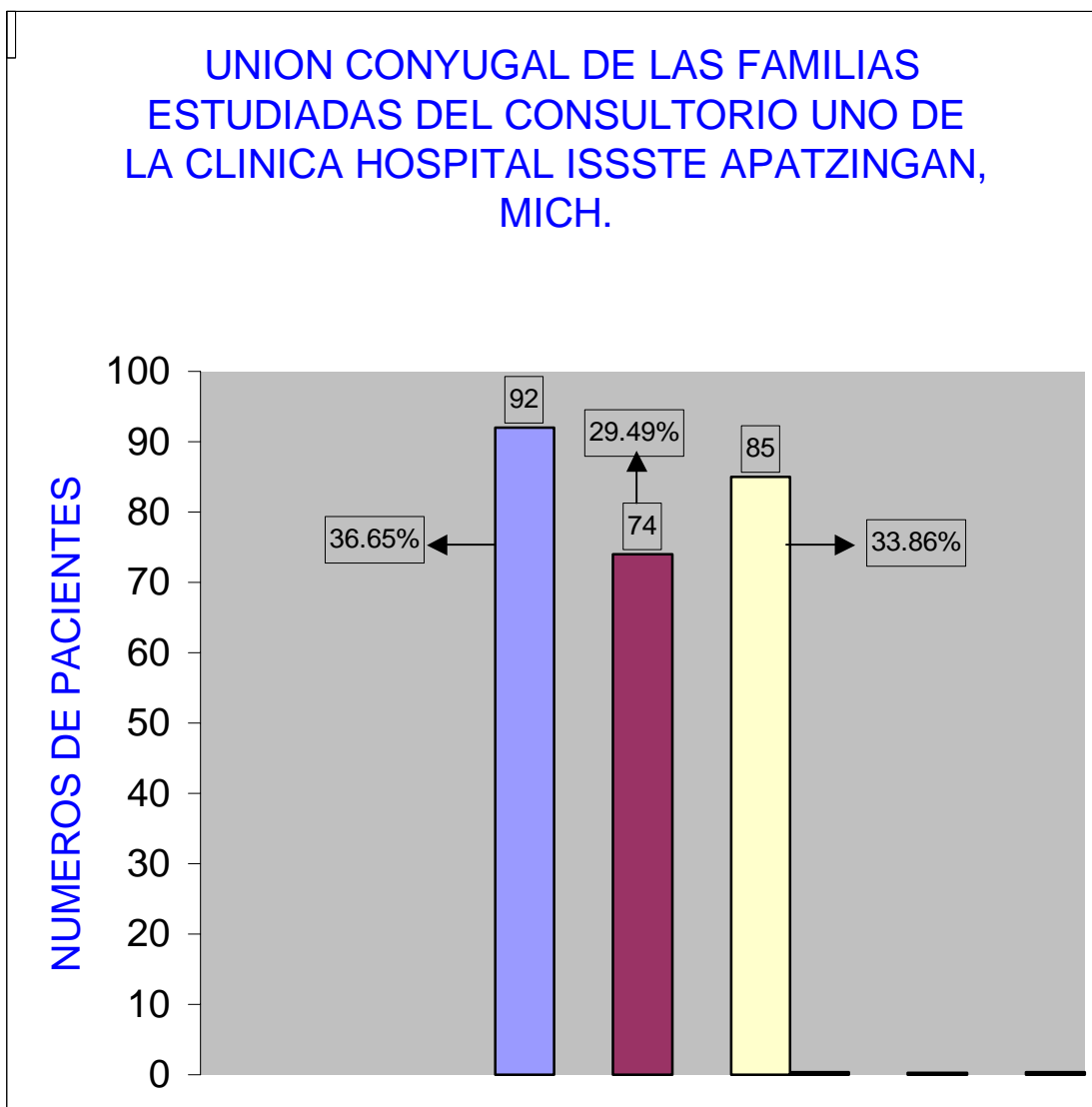
**ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL  
CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL  
ISSSTE APATZINGAN, MICH.**



FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

## UNION CONYUGAL DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

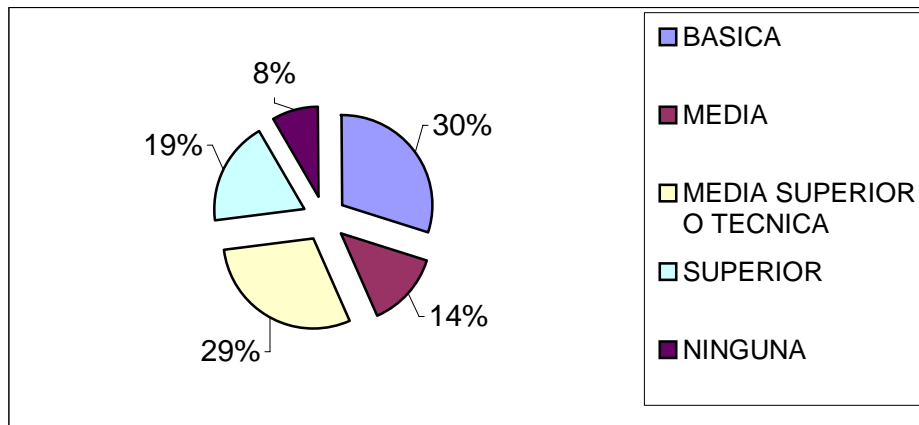
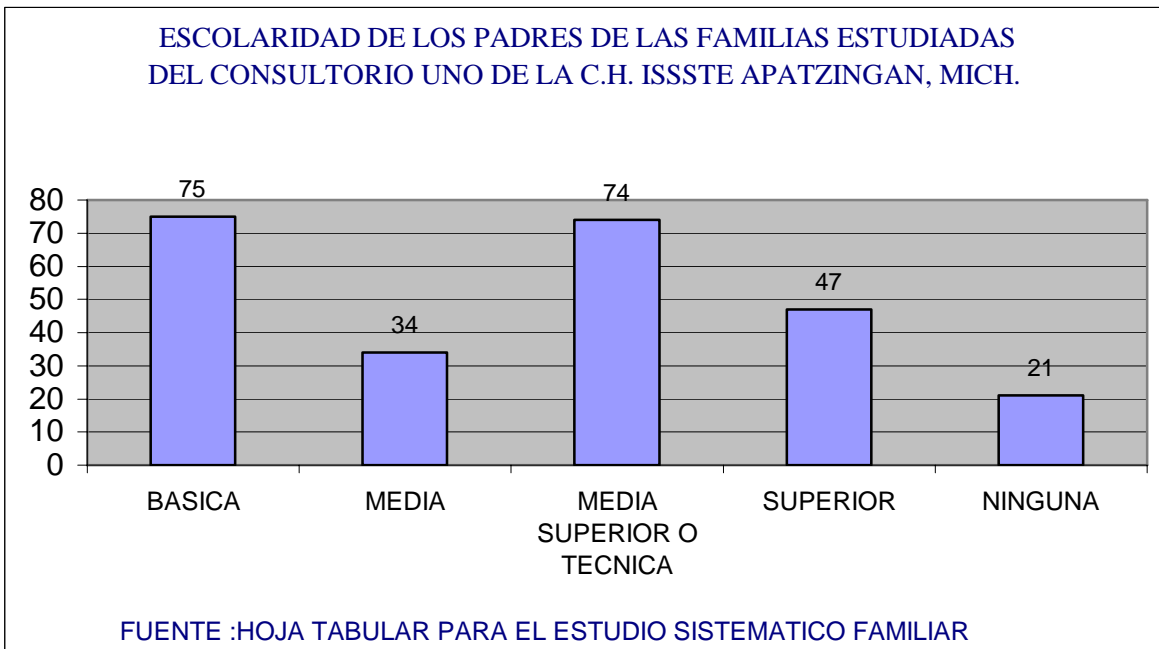
MENOS DE 10 AÑOS	92	36.65%
DE 10 A 20 AÑOS	74	29.49%
DE MAS DE 20 AÑOS	85	33.86%
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100%</b>



FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR.

## ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	NUMERO	%
BASICA	75	29%
MEDIA	34	13.55%
MEDIA SUPERIOR O TECNICA	74	29.48%
SUPERIOR	47	13.73%
NINGUNA	21	8.36%
TOTAL	251	100%



## EDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

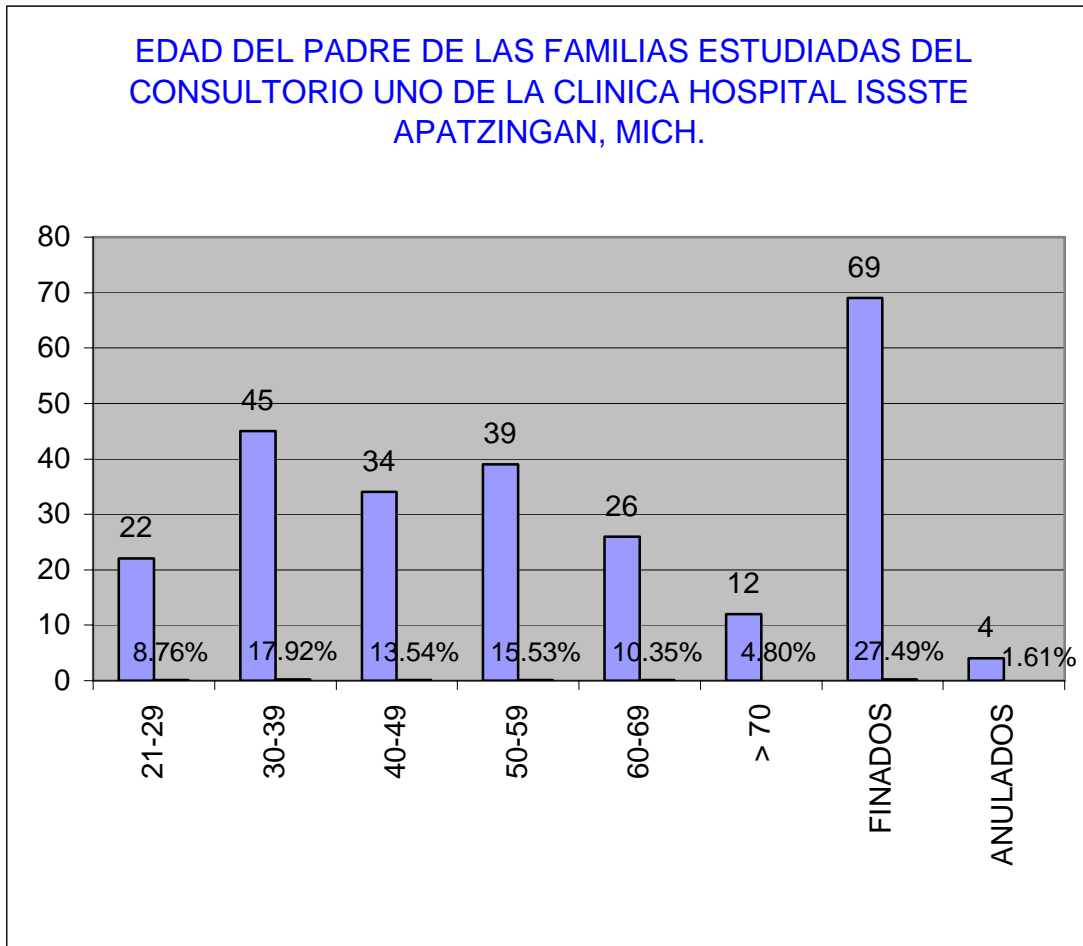
EDAD DE LOS PADRES	NUMEROS DE PADRES	PORCENTAJE
21-29	22	8.76%
30-39	45	17.92%
40-49	34	13.54%
50-59	39	15.53%
60-69	26	10.35%
> 70	12	4.80%
SUBTOTAL	178	

FINADOS	69	27.49%
ANULADOS	4	1.61%
SUBTOTAL	73	

TOTAL	251	100%
-------	-----	------

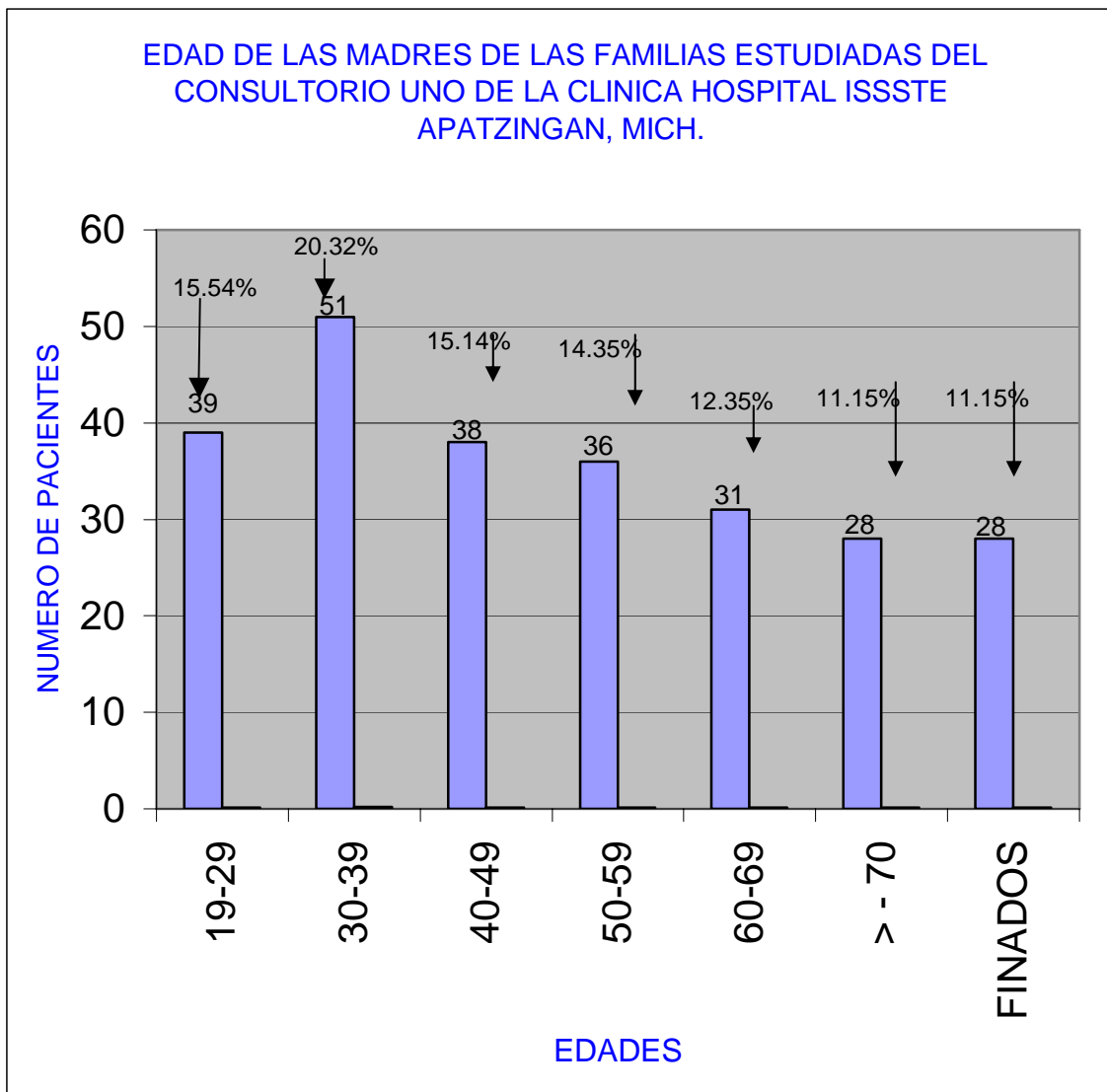


FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR.



## EDAD DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

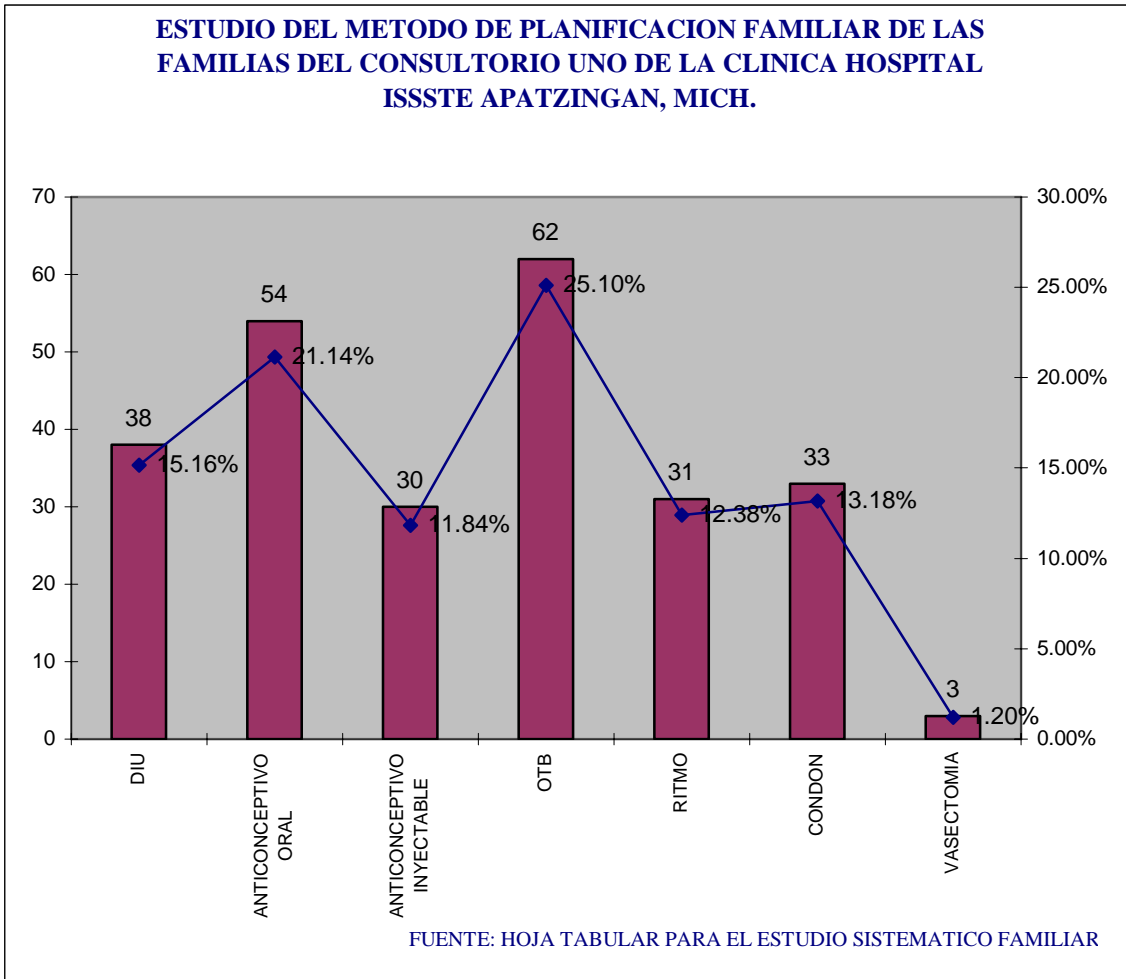
EDAD DE MADRE	NUMEROS MADRES	PORCENTAJE
19-29	39	15.54%
30-39	51	20.32%
40-49	38	15.14%
50-59	36	14.35%
60-69	31	12.35%
> 70	28	11.15%
FINADOS	28	11.15%
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100%</b>



FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR.

## ESTUDIO DEL METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

METODO ANTICONCEPTIVO	FAMILIAS	%
DIU	38	15.16%
ANTICONCEPTIVO ORAL	54	21.14%
ANTICONCEPTIVO INYECTABLE	30	11.84%
OTB	62	25.10%
RITMO	31	12.38%
CONDON	33	13.18%
VASECTOMIA	3	1.20%
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100%</b>

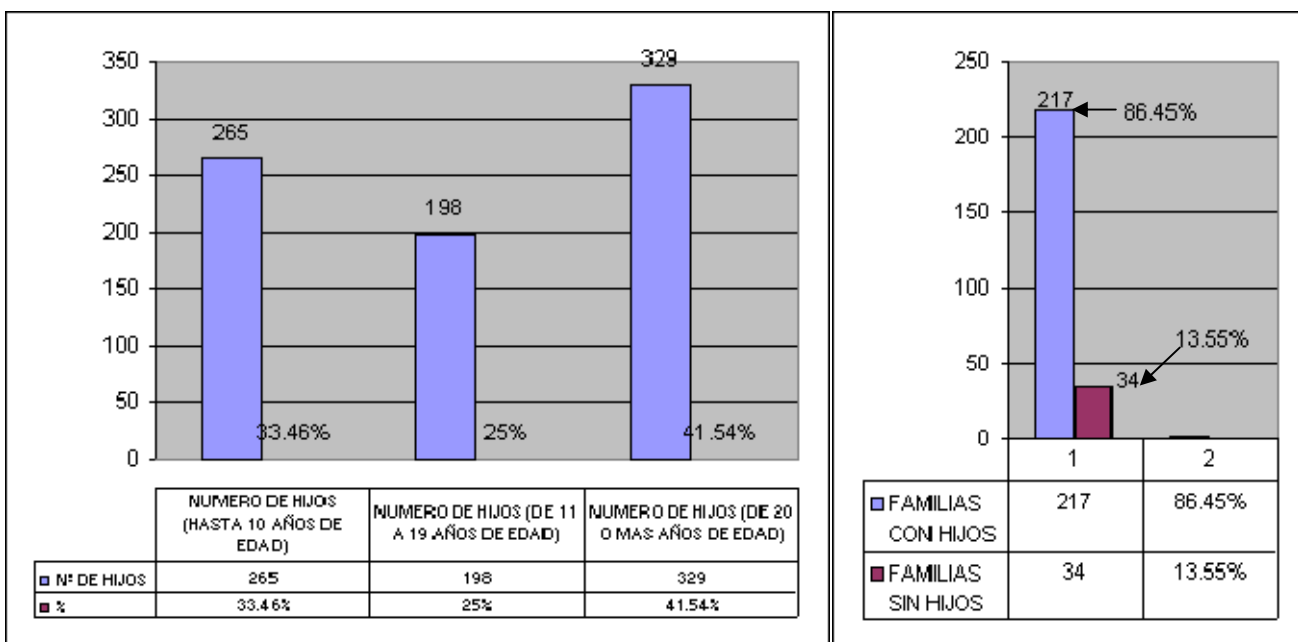


## EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

EDAD ETARIA DE LOS HIJOS	N ° DE HIJOS	%
NUMERO DE HIJOS (HASTA 10 AÑOS DE EDAD)	265	33.46%
NUMERO DE HIJOS (DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD)	198	25.00%
NUMERO DE HIJOS (DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD)	329	41.54%
TOTAL	792	100.00%

FAMILIAS CON HIJOS	217	86.45%
FAMILIAS SIN HIJOS	34	13.55%
TOTAL	251	100.00%

## EDAD DE LOS HIJOS DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

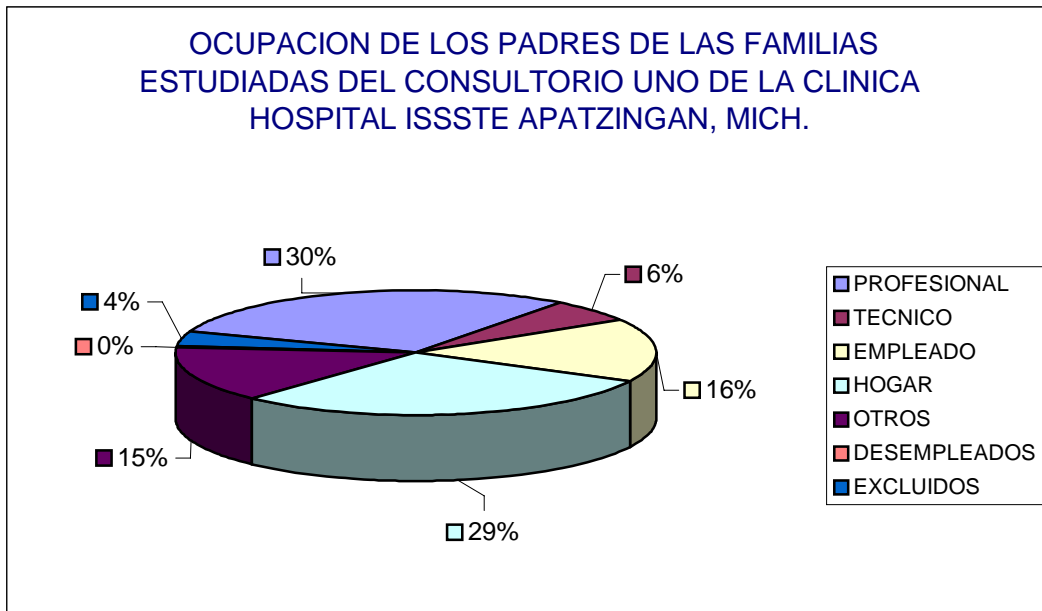


FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUO SISTEMATICO FAMILIAR.

NOTA: SE ANEXA RESULTADOS DE FAMILIAS CON HIJOS Y SIN HIJOS.

## OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DEL CONSULTORIO UNO DE CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

	N ° DE PADRES	%
PROFESIONAL	149	29.68%
TECNICO	30	5.98%
EMPLEADO	82	16.34%
HOGAR	147	29.28%
OTROS	73	14.54%
DESEMPLEADOS	2	0.40%
EXCLUIDOS	19	3.78%
<b>TOTAL</b>	<b>502</b>	<b>100.00%</b>

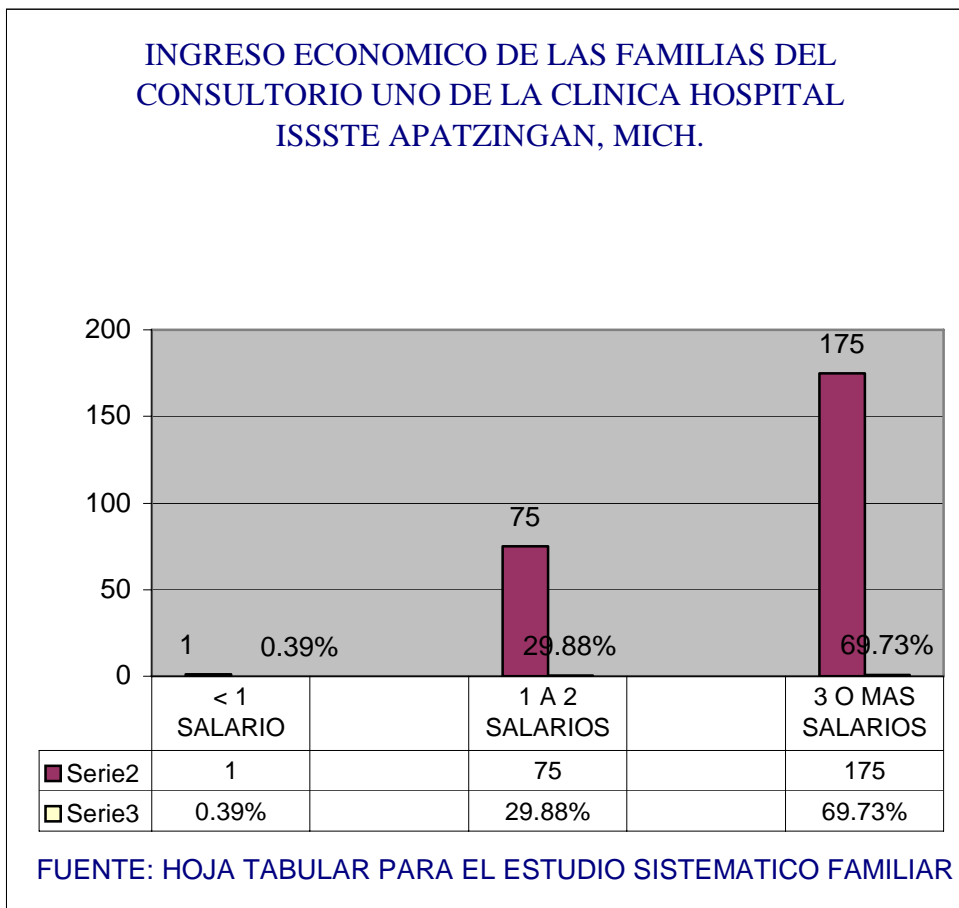


FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR.

## INGRESO ECONOMICO DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

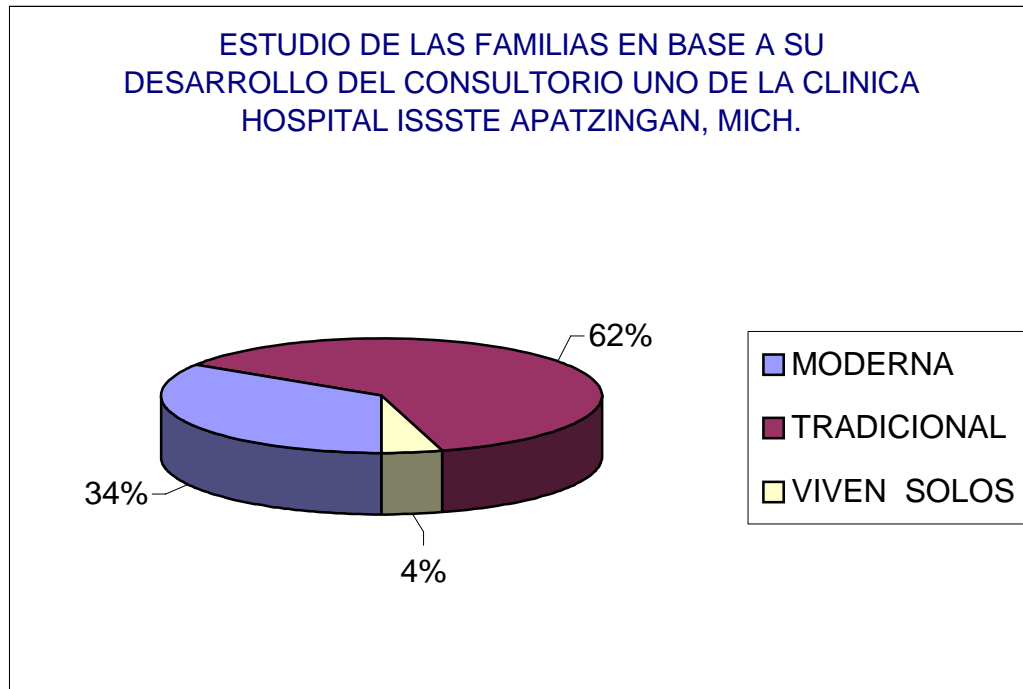
INGRESO ECONOMICO	N ° DE FAMILIAS	%
< 1 SALARIO MINIMO	1	0.39%
1 A 2 SALARIOS MINIMOS	75	29.88%
3 O MAS SALARIOS MINIMOS	175	69.73%

TOTAL	251	100%
-------	-----	------



## ESTUDIO DE LAS FAMILIAS EN BASE A SU DESARROLLO DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

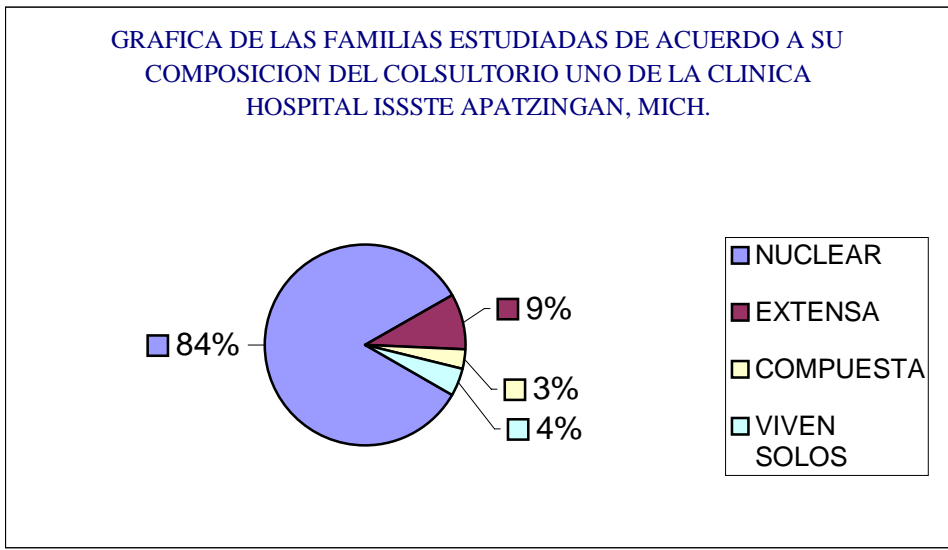
	No DE FAMILIAS	%
MODERNA	86	34.27%
TRADICIONAL	154	61.36%
VIVEN SOLOS	11	4.37%
TOTAL	251	100%



FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR.

ESTUDIO DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

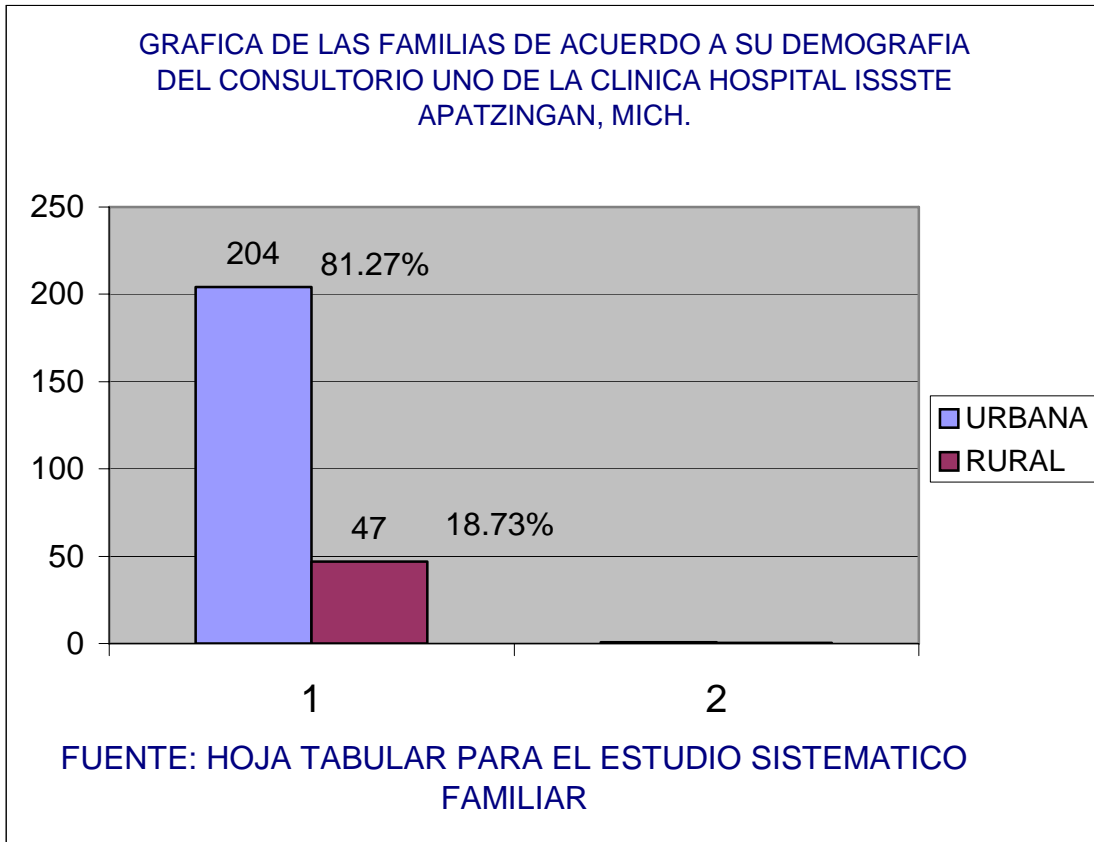
	No DE FAMILIAS	%
NUCLEAR	210	83.67%
EXTENSA	22	8.76%
COMPUESTA	8	3.19%
VIVEN SOLOS	11	4.38%
TOTAL	251	100%



FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR.

## ESTUDIO DE LAS FAMILIAS DE ACUERDO A SU DEMOGRAFÍA DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

No DE FAMILIAS	%	
URBANA	204	81.27%
RURAL	47	18.73%
TOTAL	251	100%

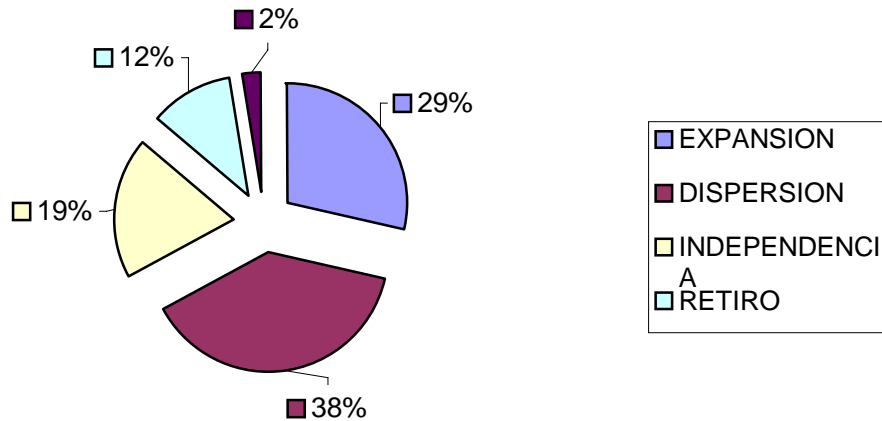




## ESTUDIO DE LAS FAMILIAS SEGÚN LA ETAPA DEL CICLO FAMILIAR DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.

	No DE FAMILIAS	%
EXPANSION	72	28.68%
DISPERSION	96	38.25%
INDEPENDENCIA	48	19.12%
RETIRO	29	11.56%
DESINTEGRADA	6	2.39%
<b>TOTAL</b>	<b>251</b>	<b>100%</b>

GRAFICA DE LA ETAPA DEL CICLO FAMILIAR DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE APATZINGAN, MICH.



FUENTE: HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR.

## **VII.- DISCUSSION**

DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL, del total de residentes en México, 47.4 millones<sup>(10)</sup> son del sexo masculino que corresponde al 48.69 % y 50 millones del sexo femenino que corresponde a un 51.31 %.

La pirámide poblacional de derechohabientes del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., tiene un total de 1768 derechohabientes de los cuales 817 son del sexo masculino que corresponde un 46.88 %, y 951 del sexo femenino que corresponde a un 53.22 % .

Los datos anteriores nos permiten afirmar que la pirámide poblacional es el reflejo de la nacional con sus variantes mínimas, con tendencia mayor del sexo femenino, en ambas pirámides poblacionales con poco mas del 1 % en ambas pirámides.

ESTADO CIVIL, el porcentaje de los solteros es mayor en la nacional en un 30 %, los casados es mayor en mas del 20% en el consultorio uno de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., que la nacional, respecto a divorcios y viudos es mayor la tasa nacional en 5 ó 6%, esto nos arroja que los núcleos familiares en el consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE se encuentran predominando por arriba de las otras variables de manera muy importante.

DE LA UNION CONYUGAL, en el consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., lo que podemos entender que a nivel nacional los matrimonios que predominan son jóvenes de entre los 20 a los 29 años de edad, que corresponde a 64.87% y que en el consultorio uno de la clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., los matrimonios de menos de 10 años de unión conyugal predominan con un 36.65% y nos encontramos dentro de los parámetros nacionales, de acuerdo con los porcentajes que nos arroja las estadísticas.

RESPECTO A LA ESCOLARIDAD DE LOS PADRES, predomina la educación media superior o técnica con 29.48 %; en relación a la educación superior con 18.73% es mayor a la nacional que es de 11%, respecto analfabetas, cuenta con 8.36 %, es mas bajo que el porcentaje nacional que es de 11% y el reporte de INEA ZONA Apatzingán<sup>(9)</sup>, es del 21 % es mas alto, respecto a la **media** es de 13.55 mientras que la nacional es de 7.2 % e INEA cuenta con reporte de 21 % sin terminar.

DE LA EDAD DEL PADRE, predomina de los 30 a los 39 año con 17.92 %, que con la estadística de 1995 de INEGI<sup>(10)</sup> por grupos de edad y sexo se reporta que de 44 900 499 millones masculinos a nivel nacional de los 30 a los

39 años son de 6 805 457 millones que representa un 15.14% de la población y que de alguna manera se encuentra dentro de los parámetros nacionales la estadística del consultorio 1 de la clínica hospital.

DE LA EDAD DE LA MADRE, existe un predominio de los 30 a los 39 años con 20.32 %, que con la estadística de INEGI<sub>(10)</sub> de 1995 del total de mujeres que es de 46 257 790 millones<sub>(10)</sub> y el grupo de edad Nacional de los 30 a los 39 es de 8 818 833 millones que representa el 19.06% datos estadísticos que se encuentran dentro de los parámetros Nacionales.

DE LA EDAD DE LOS HIJOS, nos arroja un porcentaje de los hijos hasta 10 años de edad de 33.46%, comparando con los porcentajes nacionales reportados por INEGI en 1997 con una población total de 93 716 332<sub>(10)</sub> y con la población de 0 a 14 años de edad nos arroja un porcentaje de 34.77%, por lo que nos encontramos dentro de los parámetros normales. De los demás resultados no es fácil establecer la estadística con la nacional por que el reporte es de los 15 a los 64 años y de los 65 y mas años. El porcentaje con el estado de Michoacán de acuerdo al reporte de INEGI de 1997<sub>(10)</sub> con 3 870 604 habitantes con una población de 0 a 14 años de edad de 1 467 657 que corresponde a un 37.72 % que nos da una diferencia mas de 4% en comparación con los datos anteriores.

DE LA OUPACIÓN DE LOS PADRES, nos reporta un 29.68 % profesional, técnico 5.98%, realizando comparación con el aspecto socio demográfico de Michoacán,( INEGI escuela nacional de empleo edición 1998)<sub>(10)</sub>, superior (hombres con 8.6% y mujeres con 7.5%, entre ambos resultados nos arroja un total de 16.1 %), dato que es mas bajo que del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., en cuanto a la media superior es ( 6.5 para los hombres y para las mujeres es de 6.9 %, dando entre ambos resultados un total de 13.4%), este dato es mayor que el nivel técnico.

DEL INGRESO ECONÓMICO, predominan los que tienen un ingreso mayor de 3 salarios mínimos con un 69.73 %, los de uno a dos salarios mínimos con 29.88 % y los que tienen un ingreso de menos de un salario mínimo es de 0.39 %, estos porcentajes si los comparamos con los de INEGI<sub>(10)</sub>, escuela nacional de empleo, edición 1998 son los siguientes: menos de un salario mínimo es de 19 %, que es mayor el porcentaje; de uno a dos salarios mínimos el porcentaje es de 30.6 %, ese dato se encuentra con mínima diferencia; los que tienen ingresos de mas de tres salarios mínimos es de 49.6 % ( Este porcentaje es la suma global que INEGI la subdivide de 3 a 5, de 5 a 10 y mas

de 10 salarios mínimos<sup>(10)</sup>), este porcentaje es menor que el del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich.

DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA, predomina la nuclear con 83.67 %, en comparación con los datos de INEGI<sup>(10)</sup>. Censo de población y vivienda 1995 nos da el 73.8 %, dándonos una diferencia de 10 % mayor en el consultorio.

DE ACUERDO A SU DEMOGRAFÍA, la Familia tiene un 81.27 % que viven en zona urbana, los que se reportan el 15 de mayo de 1996 en el texto de fundamentos de medicina familiar es del 60 %. En el consultorio 1 de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán Mich., la diferencia es mayor en un 21.27 %.

RESPECTO AL CICLO FAMILIAR, presenta un 28.68 % en etapa de expansión, en etapa de dispersión un 38.25 %, en etapa de independencia 19.12 %, en etapa de retiro un 11.56 % y familias desintegradas 2.39 %, haciendo una comparación del ciclo familiar del consultorio 5 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., que presenta las siguientes cifras, en etapa de expansión 20 %, en etapa de dispersión 62 %, en etapa de independencia 8 % y en etapa de retiro 2 %, existiendo diferencias muy notables en la etapa de independencia de 11.12 %, en la etapa de dispersión en un 23.44 %, y en la etapa de retiro la diferencia es de un 9 %, en relación al consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich.

**De las 10 principales causa de consulta de primera vez del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. anual marzo1997/ febrero 1998**

**La primera causa de morbilidad**, son las infecciones respiratorias así como en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., estado de Michoacán, y la república mexicana de 1997 y 1998. **Segunda causa de morbilidad** son las micosis y en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., del estado de Michoacán y de la república mexicana de 1997 y 1998 son las infecciones intestinales y otras enfermedades diarreicas. **Tercera causa de Morbilidad** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. son las enterocolitis, en la jurisdicción sanitaria No 7 en 1997 y 1998 son las intoxicaciones por picadura de alacrán, en el estado de Michoacán y la república mexicana en 1997 y 1998 es la amibiasis intestinal. **La cuarta causa de morbilidad** en el consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es la gastritis, y en la jurisdicción sanitaria No 7

de Apatzingán, Mich., de 1997 y 1998 es la hipertensión arterial y en el Estado de Michoacán en 1997 son las intoxicaciones por picaduras de alacrán y en 1998 las otitis media y en la república mexicana en 1997 y 1998 otras helmintiasis. **La quinta causa de morbilidad** del consultorio 1 de la Clínica hospital ISSSTE Apatzingán Mich. son las amigdalitis, en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich. de 1997 y 1998 es la diabetes mellitus y en el estado de Michoacán en 1997 es, otras helmintiasis y en 1998 son las intoxicaciones por picadura de alacrán. En la república mexicana en 1997 es la hipertensión arterial y en 1998 la otitis media aguda. **La sexta causa de Morbilidad** en el consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. es la bronquitis. En la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich. en 1997 es la angina estreptocócica y el 1998 la otitis media aguda. En el estado de Michoacán en 1997 la otitis media aguda y en 1998 la angina estreptocócica. En la república mexicana en 1997 la otitis media aguda y en 1998 la hipertensión arterial. **La séptima causa de morbilidad** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. son la vaginitis y en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán en 1997 y 1998 son las infecciones gonocócicas, en el estado de Michoacán en 1997 es la hipertensión arterial y en 1998 son otras helmintiasis y en la república mexicana en 1997 y 1998 es la ascariasis. **La octava causa de morbilidad** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. son las otitis y en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich. es la candidiasis urogenital, en el estado de Michoacán en 1997 es la ascariasis y en 1998 la hipertensión arterial, en la república mexicana en 1997 y 1998 es la diabetes mellitus. **La novena causa de morbilidad** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. son las infecciones renales, en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., en 1997 es la parotiditis. En el estado de michoacán en 1997 es la angina estreptocócica y en 1998 las ascariasis, en la república mexicana en 1997 la varicela y en 1998 la ascariasis. **La décima causa de morbilidad** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. es el dolor abdominal, en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich. en 1997 y 1998 son las neumonías y bronconeumonías, en el estado de michoacán en 1997 y 1998 es la diabetes mellitus y en la república mexicana en 1997 y 1998 es el asma.

**Las 10 primera causas de consulta subsecuente del consultorio 1 de la Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. anual de marzo 1997 / febrero 1998, se ve claramente el predominio de las enfermedades crónico degenerativas.**

**De la primera causa subsecuente** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es la diabetes mellitus y en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., es la numero 7, en el estado de michoacán es la quinta causa de morbilidad en 1997 y 1998 y en la república mexicana la 8<sup>va</sup> en 1997 y 1998. **De la segunda causa de morbilidad subsecuente** en el consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es el control de embarazo y las infecciones intestinales y las mal definidas en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., estado de michoacán y en la república mexicana. **La tercera causa de morbilidad subsecuente** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es la hipertensión arterial, en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., en 1997 y 1998 ocupa el cuarto lugar, en el estado de michoacana en 1997 y 1998 la octava causa y a nivel de la república mexicana en 1997 el quinto y en 1998 el sexto lugar. **La cuarta causa de morbilidad subsecuente** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., son las infecciones de las vías aéreas superiores, En la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich, en el estado de michoacán, y en la república mexicana en 1997 y 1998 es la primera causa. **La quinta causa de morbilidad subsecuente** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., son las micosis y en la jurisdicción sanitaria No 7 no se mencionan excepto la candidiasis urogenital que es la octava causa, en el estado de michoacán la quinta causa son las helmintiasis en 1997 y en 1998 las intoxicaciones por picadura de alacrán, en la república mexicana es la hipertensión arterial en 1997 y en 1998 es la otitis media aguda. **La sexta causa de morbilidad subsecuente** en el Consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es la artritis, en la jurisdicción sanitaria No 7 en 1997 y 1998 es la angina estreptocócica, en el estado de michoacán en 1997 es la otitis media aguda y en 1998 la angina estreptocócica, en la república mexicana en 1997 es la otitis media aguda y en 1998 la hipertensión arterial. **La séptima causa de morbilidad subsecuente** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es la vaginitis y en la jurisdicción sanitaria No 7 es la infección gonocócica y en el estado de michoacán en 1997 es la hipertensión arterial y en 1998 son otras helmintiasis y en la república mexicana la ascariasis en 1997 y 1998. **La octava causa de morbilidad subsecuente** en el consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es la bronquitis e igual en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., estado de michoacán y en la república mexicana las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar. **La novena causa de morbilidad subsecuente** en el consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich., es la gastritis y en la jurisdicción sanitaria No 7 es la parotiditis en

1997 y 1998, y en el estado de michoacán es la angina estreptocócica en 1997 y en 1998 la ascariasis, y en la república mexicana la varicela en 1997 y 1998. **La décima causa de morbilidad subsecuente** del consultorio 1 de la clínica hospital ISSSTE Apatzingán, Mich. es la epilepsia y en la jurisdicción sanitaria No 7 de Apatzingán, Mich., son las neumonías y bronconeumonías y en el estado de michoacán en 1997 es la diabetes mellitus y 1998 y en la república mexicana en 1997 y 1998 es el asma.

Lo que yo observe en esta investigación es que existe un importante porcentaje de derechohabientes de esta clínica hospital ISSSTE y principalmente en el consultorio uno turno vespertino gran carencia de información sobre la salud así lo demuestran los resultados de las entrevistas del estudio de comunidad practicado al derechohabiente, se aprecia que los jefes de familias se encuentran desorientados respecto a los programas de salud, por lo que se les brinda una orientación para la promoción de la salud con la finalidad de hacerlo extensivo a su núcleo familiar y a su vez a su comunidad.

El servicio que presta la clínica hospital ISSSTE Apatzingán Mich. y particularmente el consultorio 1 turno vespertino es bueno, pero la cantidad de derechohabientes adscrita que acuden a la consulta es en ocasiones mucha, esto hace que la calidad sea menor, lo que se requiere es de una mejor coordinación en el archivo clínico y capacitar al personal para lograr objetivos mejores y las metas planteadas para mejorar el nivel de atención al derechohabiente.



## VIII.- CONCLUSIONES

En esta investigación se demuestra que uno como medico familiar debe controlar a su población de derechohabientes adscritos al consultorio, tomando en cuenta, las facilidades de atender a grupos de familias y dar una atención integral al derechohabiente haciendo hincapié al primer nivel de atención. Para lograr esto en un futuro se pondrá mayor atención a los núcleos familiares y derechohabientes.

Si bien el estudio, del motivo de consulta de marzo 1997 / febrero 1998 de primera vez y subsecuente, las variables del estudio de comunidad de la pirámide poblacional del consultorio 1 de la clínica hospital de Apatzingán, Mich., los resultados de esta investigación nos han dejado claro la existencia de las 10 principales causas de consulta de primera vez y subsecuentes, ello nos lleva a que comparando con la morbilidad del estado de michoacán y de la república mexicana poca es la variante, predominando a nivel nacional las infecciones de vías aéreas superiores, las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, las diabetes mellitus, etc., que son causa de un aumento importante de la demanda de atención médica y sin duda, un problema serio de salud.

Con el modelo sistemático de atención medica familiar ( M O S A M E F ) conociendo la morbilidad y las diferentes variantes epidemiológicas de las 10 causas principales de consulta, lograré como médico familiar que la atención primaria sea con responsabilidad y alto nivel de profesionalismo, logrando con esto medidas anticipatorias, una mejor calidad de vida, y buena satisfacción al derechohabientes así como al medico familiar y lograr una buena imagen de nuestra Clínica Hospital ISSSTE Apatzingán Mich. Méx. y particularmente del consultorio 1, en coordinación con los demás consultorios, a la vez haciéndolo extensivo a otras unidades medicas o clínicas del primer nivel de la misma institución.

Enfocare como prioritarias aquellas enfermedades mas frecuentes, sobre todo a las 10 primeras causas de consulta tanto de primera vez como subsecuentes, evitando con esto que pase a un segundo o tercer nivel de atención medica y si lo requiere hacerlo de manera oportuna y justificada.

Crear conciencia, de la importancia que tiene de darle mayor atención a las 10 principales causas de morbilidad, y que requieren de un programa especial y adecuado acorde a cada padecimiento, ya que sin duda, es un problema serio de salud, cuya magnitud alcanza proporciones similares a las de una epidemia de varias enfermedades al mismo tiempo, que nos permita ubicar en su justa proporción la magnitud del problema de salud.

## IX.- BIBLIOGRAFIA :

- 1) Bustos L G, 1993.  
“El pediatra de Atención Primaria y las Actividades Preventivas”.  
Rev. Atención Primaria, Vol. 4, 1993, No. 4, p. p 183 – 186.
- 2) Castelazo A L  
“Participación del Médico Familiar, Médico General en las  
Instituciones de Salud”, Vol. Med. IMSS 1976; 220-226
- 3) Cerda OA:  
“Marco Teórico para el Abordaje Integral de la Salud Familiar”.  
Gaceta Médica de México.1995, P. 289.
- 4) Corvera L. P.  
“La vigilancia de la Medicina por parte de los Médicos”.  
Gaceta Médica de México. 1990, P. 289.
- 5) Cuevas ML Urióstegui MCD.  
“Relación entre Médico y Paciente en la Consulta Externa de Unidades Médica de  
Primer Nivel de Atención Médica”,1991, p. p. 576-584.
- 6) Chávez Aguilar Víctor y Cols.  
“La Atención Integral en Medicina Familiar”.  
Rev. Médica del IMSS, Vol. 33, 1995, p. p. 168.
- 7) Delegado A. y López F.  
“Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria”.  
Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, Vol. 9, 1992, p. p. 77 – 79.
- 8) Heather R. P.  
“Garantizar la Calidad de la Atención Primaria de la Salud”.  
Conferencia Impartida en Harward Schooll.  
Atención primaria vol. 6 No. 4, 1989, p. p. 209-193
- 9) Instituto Nacional para la Educación de los Adultos ,Nueva estrategia  
de Operación Coordinación Zona Apatzingán, Mich.,Rezago en la coordinación  
Zona Apatzingán., 1999, p. p. 5 – 6
- 10) Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, México, Estadísticas  
Sociodemográficas, Estadística Relevante para Estudios de Genero 1990 – 1995,  
Estructura De la población Años y mas por sexo y estado civil 1990 – 1995,  
p. [http://www.inegi.gob.mx/estadistica/espanol/sociodem/educacion/edu\\_05.html](http://www.inegi.gob.mx/estadistica/espanol/sociodem/educacion/edu_05.html)  
15/07/00
- 11) Irigoyen Arnulfo, Romero Ronaldo y Medina María.  
“Clasificación de Familias, Prioridad a Investigar en Medicina Familiar”.  
Rev. Méd. IMSS, Vol. 29, 1991, p.p. 365 – 368.

- 12) Irigoyen C. A.  
“Fundamentos de Medicina Familiar”.  
Ed. Medicina Familiar, 4ta. Ed, Méx. D. F. 1996, p.p. 5 - 7
- 13) Irigoyen Coria Arnulfo.  
“Diagnóstico Familiar”.  
Edit. Medicina Familiar Mexicana, 5ta. Ed.,1997,p.p. 41-46
- 14) Alarid Humberto Jaime y Irigoyen Coria  
Fundamentos de Medicina Familiar 1ª. Ed.,Ediciones M.F.M. 1982, p. p.( 9 – 33)
- 15) Kumate J. Rodríguez.  
“Mortalidad Infantil en México”.  
Gaceta Méd. de Méx. Vol. 126, No.6, 1990, p. p. 475 – 479.
- 16) López Salamanca Sergio.  
“Actuación del Especialista en Medicina Familiar en la Sociedad Actual”.  
Rev. Méd. de Méx. Vol. 33, 1995, p.p. 317 – 320.
- 17) Mazón Ramírez Juan José y col.  
“La investigación en Medicina Familiar: Limitaciones y alternativas”  
Rev. Méd. IMSS, Vol. 31, 1993, p. p. 223-226
- 18) Ordoño J.N.  
“Introducción del Control de Calidad en un Centro de Salud: Evaluación del Registro de Historia del Usuario y de los Problemas Detectados.”  
Atención Primaria. Vol. 12, No. 3, Julio – Agosto. 1993
- 19) Rodríguez J. Ruiz P. 1994.  
“Cumplimientos de Actividades Preventivas en un Centro de Atención Primaria”.  
Atención Primaria, 1994, p. p. 65 – 67
- 20) Sepúlveda Gutiérrez Bernardo.  
“Programa para la Implantación del Nuevo Sistema Médico Familiar”.  
Rev. Méd. IMSS, 31, 1993, p.p. 407 – 410.
- 21) Shendel G.  
“La Medicina en México, de la Herbolaria Azteca a la Medicina Nuclear. México”.  
Rev. IMSS, Vol. 33, No. 2,1995, p. p. 168
- 22) Treviño N. García N.  
“Los Retos Actuales de la Atención a la Salud y la Enfermedad”.  
Academia Nacional de Medicina, Febrero, 1994, p.p. 120 – 121.
- 23) Varela. C. E.R.  
Atención Médica  
Gaceta Médica de México. Septiembre – Octubre, 1994, p. p. 322 – 327.

- 24) Velázco Orellana Rubén y Chávez Aguilar y Víctor.  
“La Disfunción Familiar, un Reto Diagnóstico – Terapéutico”.  
Rev. Méd. IMSS, Vol. 32, 1994, p.p. 271 – 275.
- 25) Velázco Orellana Rubén.  
“Reflexiones y Pronósticos de la Medicina Familiar”.  
Rev. Méd. IMSS, Vol. 30, 1992, p.p. 275 – 279.
- 26) Viniegra L. V.  
“El Control de Calidad del Ejercicio de la Medicina”.  
Gaceta Médica de México, 1990, p. p. 283 – 288.
- 27) Zurro A Brotons C.  
“Actividades de Prevención y Promoción de Salud en las Consultas de Atención Primaria”.  
Atención Primaria, 1993, p. p. 661 – 675.

# X.- ANEXOS

- HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

HOJA TABULAR PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR

Estado Civil	N°	%
Soltero		
Casado		
Unión Libre		
Divorcio		
Viudo		
<b>Años de Unión Conyugal:</b>		
<b>Escolaridad</b>		
Básica		
Media		
Media Superior ó Técnica		
Superior		
<b>Edad del Padre:</b>		
<b>Edad de la Madre:</b>		
<b>Método de Planificación Familiar:</b>		
DIU		
Ant. Oral		
Ant. Inyectable		
OTB		
Ritmo		
Condón		
Vasectomía		
<b>Número de Hijos (hasta de 10 años de edad)</b>		
<b>Número de Hijos (de 11 a 19 años de edad)</b>		
<b>Número de Hijos (de 21 o más años de edad)</b>		

Ocupación de los Padres de familias:	N°	%
Profesional		
Técnica		
Empleado		
Hogar		
Otros		
<b>Ingreso Económico:</b>		
< 1 salario mínimo		
1 a 2 salarios mínimos		
3 o más salarios mínimos		
<b>Tipo de Familias:</b>		
Desarrollo		
Moderna		
Tradicional		
<b>Composición:</b>		
Núcleo		
Extensa		
Compuesta		
<b>Demografía:</b>		
Urbana		
Rural		
<b>Etapa del Ciclo Familiar:</b>		
Expansión		
Dispersión		
Independencia		
Retiro		