



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

11226

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

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

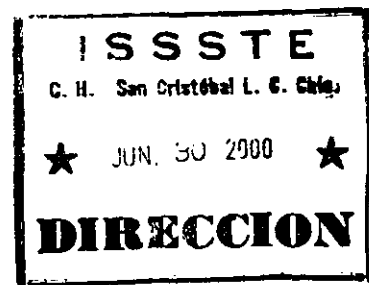
77  
24

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS  
SEDE DE LA UNIDAD ACADÉMICA

Título

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar  
En el Consultorio 1-b Del Turno Vespertino  
De La Clínica Hospital "D" del I.S.S.S.T.E.  
En San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.



Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dr. Marcelino Miranda Saldibar

270492

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1



ISSSTE



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.

## TITULO

**Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar  
En El Consultorio 1-b Del Turno vespertino  
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.  
En San Cristóbal De Las Casas, Chiapas:**

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

**Presenta:**

**Dr. Marcelino Miranda Saldibar**

Alumno

## AUTORIZACIONES

**~~Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**Dr. Arnulfo Irigoyen Coria  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

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

Título

**Módulo Sistemático de Atención Médica Familiar  
En el Consultorio 1-b Del Turno Vespertino  
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T.E.  
En San Cristóbal De Las Casas, Chiapas.**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar

Presenta:

Dr. Marcelino Miranda Saldibar

Alumno

  
**Dr. Salvador Ponce de León Castro**

(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)

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

  
**Dr. Pedro Dorantes Barrios**

(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)

ASESOR DE TESIS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM

  
**Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado**

(FIRMA)

JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

## 2.- INDICE GENERAL

	Pag.
I.- TITULO.....	1
II - MARCO TEORICO.....	5
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACION	
OBJETIVOS	
IV.- HIPOTESIS.....	11
METODOLOGIA	
TIPO DE ESTUDIO	
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
V.- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	12
VI.- INFORMACION A RECOLECTAR(VARIABLES DE MEDICION).....	13
VII.- PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.....	14
CONSIDERACIONES ETICAS	
VIII.-RESULTADOS.....	15
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS.....	15
TABLAS Y GRAFICOS.....	18
DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	44
CONCLUSIONES.....	45
IX.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
X.- ANEXOS.....	50

### 3.- MARCO TEORICO

#### ANTECEDENTES:

Toda ciencia , todo arte, ha sufrido a través del tiempo avances y cambios que los hacen perfeccionarse en sus diferentes ramas y manifestaciones.(1-2,13)

La medicina no ha escapado a ello, pues a través de su historia ha experimentado una serie de cambios y progresos que la han llevado desde la medicina preventiva hasta la era de las especialidades. La medicina familiar, es la medicina general que se practica en relación a las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de los individuos que actúan en grupos sociales cuya unidad fundamental es la familia. La medicina familiar es una especialidad horizontal, lo que diferencia de otras especialidades que son verticales.( 2-7,23-25 )

La medicina familiar en el mundo y en México se ha recuperada como piedra angular de todo sistema y se ha consolidado como disciplina académica independiente.

La atención médica integral ha sido históricamente una preocupación de los médicos y de las instituciones; a finales del siglo I antes de cristo, la medicina se consideraba parte integrante de la filosofía, pues estaba incluida dentro del conocimiento social de la época y era impartida por filósofos expertos en el arte de curar. Otro antecedentes fue en la medicina china el concepto del Yin y del Yan como dos fuerzas inseparables y contrarias, era considerada como 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. (26-30 )

El concepto de integridad debe entenderse en varios ámbitos y niveles de complejidad entre otros: ámbito de salud, ámbito de enfermedad, un enfoque preventivo y curativo, enfoque grupal e individual, la atención continúa y esporádica, y abordaje biopsicosocial.(28)

En los antecedentes institucionales, tenemos que el IMSS , desde 1954, instaló el sistema del médico familiar como modelo de atención y atendía por separados a niños y adultos, teniendo vigencia por mas de 20 años. El 15 de marzo de 1971 se inicia formalmente la especialización de medicina familiar, con 32 alumnos, en 1972 se incrementa a 11 el número de sedes y se extendió a provincia, en 1973 eran 13, a partir de 1974 funcionaron 17 sedes, la residencia para 1988 se llevo a contar con 50 sedes del curso de especialización.( 29-32)

El médico familiar debe ser un profesional que comprenda, sienta y viva el enfoque ecológico de la vida actual, que entienda que el ecosistema de sus pacientes no es la simple suma de los individuos y elementos que la integran, sino por el contrario, es el resultado de una ecuación cuyos factores están íntimamente interrelacionados pero conservando su propia individualidad.(1,2,6-7,11,13)

En medicina los cambios los cambios se deben a muchas influencias, algunas científicas y tecnológicas y otras sociales. La medicina es sólo una de las muchas disciplinas nuevas que se han desarrollado en la historia de la medicina. Los cambios sociales, la especialización y un nuevo patrón de morbilidad, exigen un nuevo prototipo de médico, las ciencias de la conducta han aportado nuevas ideas para la comprensión de algunos problemas viejos, mientras que las disciplinas existentes han descuidado en cierto modo los problemas confrontados en la práctica de la medicina familiar. La medicina familiar se ha desarrollado de una disciplina más antigua; la medicina general.( 1,5,9,11-13)

El médico familiar debe ser un excelente clínico y un estudioso de la ciencia médica, pero además debe tener conocimientos bien fundamentados en antropología, sociología, psicología y demás ciencias humanísticas de la conducta que le den el soporte necesario para manejar, comprender y tratar los problemas individuales y familiares dentro de su entorno social, comunitario y por supuesto, debe conocer la conciencia, la dinámica familiar, su estructura, sus funciones y las diferentes fases que la familia atraviesa hasta comprender su desarrollo.(12-13,33-34)

Existen tres tendencias modernas que han influido en desarrollo de la medicina familiar. a).cambios en la morbilidad y mortalidad, b). crecimiento de la especialización y c).- avances recientes en la ciencias de la conducta.(1-2,5,6,9-12)

El médico familiar es aquel que sirve como médico de primer contacto con el paciente y le provee un medio de entrada al sistema de cuidados de salud, evalúa las necesidades total del paciente. El médico familiar asume la responsabilidad por la atención continúa e integral del paciente y actúa como coordinador del equipo que le provee de servicios de salud, acepta la responsabilidad por el cuidado total del mismo.(1,2,6)

El médico familiar ubica a las familias como unidad de atención y valora todos sus aspectos socioeconómicos y culturales. El médico familiar que conoce a la familia puede rápidamente relacionar la situación familiar con las cargas afectivas o emocionales que afectan a un estado patológico.( 7-9,13,14)

Desde la antigüedad se ha reconocido que una adecuada relación médico paciente es un factor de enorme importancia para la recuperación de la confianza del paciente de su médico. Sin embargo, a pesar de ocupar ésta posición relevante, la adquisición de destrezas por parte del médico para conducir ésta relación, se ha basado en un aprendizaje intuitivo, generalmente adquirido a través de la experiencia. Asociado el escaso interés de ésta área del conocimiento, se puede atribuir en parte al concepto que considera que la relación entre médico y paciente forma parte del llamado " arte de la medicina", juicio que contribuido a retrasar el estudio de esta relación en forma rigurosa y sistemática, mientras que los conocimientos de índole biológicos han adquirido una connotación claramente científica.(9,22)

Este deterioro en la relación entre médico y paciente se le atribuye algunos de los siguientes factores: a).- una tendencia social al incremento en el consumismo, b). un aumento en el uso de la tecnología dentro de la medicina y c). una tendencia de la sociedad hacia la desprofesionalización. ( 9,22).

La familia representa la institución básica para todo desarrollo cultural. Para los estudiosos de la familia, desde el punto de vista social, la clasifican en base a su desarrollo en: moderna hasta en un 40 % y tradicional en 50 % y arcaica y primitiva en un 10%. De acuerdo a la demografía la gran mayoría es urbana en un 60% y el 40 % rural.

Por otra parte puede ser integrada cuando los conyugues viven juntos y cada uno cumplen con sus funciones, la familia semintegrada cuando los conyugues viven juntos pero cumplen adecuadamente sus funciones, la familia desintegrada es cuando falta algunos de los conyugues por muerte, divorcio, separación o abandono. En cuanto a su tipología, esta puede ser campesina, obrera o profesional(35-6).

Toda familia cumple con ciclo vital, a través de un patrón similar por medio de fases, .Donde la primera fase es la del matrimonio, la fase de expansión, la fase de dispersión, la fase de independencia y por último la fase de retiro o muerte, dónde la primera es la fase que inicia con la consolidación de vínculo matrimonial concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, enlazándose con la fase de expansión, en la dispersión los hijos acuden a las escuelas, en la de independencia cuando los hijos forman nuevas familias; la última fase encontramos el contraste entre el entusiasmo y la ilusión que caracterizaban a la fase del matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase del ciclo vital de la familia, identificándose cuatro circunstancias difíciles de todo ser humano como son: 1.- incapacidad para laborar 2.- desempleo, 3.- agotamiento de recursos económicos y 4.- abandono en asilos(37).

La medicina familiar es una disciplina académica y una especialidad que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes primordiales y que hace la diferencia entre el médico general y el médico familiar y son: a).- El estudio de la familia, que permite el entendimiento del entorno bio-psico-social en que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural funcional y cultura, que, pueden favorecer o limitar la salud del individuo o de la familia(38)



b).- La continuidad permite el seguimiento del proceso salud enfermedad en los individuos sin importar la edad, sexo, zonas urbanas o rurales ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas, al mismo tiempo permite la coordinación de los recursos médicos, familiares y de la comunidad a su alcance., pero sobre todo su óptima aplicación( 39-40) c).- La acción anticipatoria es la que se basa en un enfoque de riesgo que contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y o del medio ambiente que le rodean produzca en conjunto una enfermedad. Este enfoque de riesgo también brinda la oportunidad de plantear las estrategias mas adecuadas para el manejo de las enfermedades, así como de medidas preventivas en los grupos que mayormente están expuestos a determinados causales.(41-42).

#### **4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El esquema actual de la atención médica proporcionada por las unidades de primer nivel no satisfacen las necesidades que requieren los derechohabientes ni mucho menos del personal médico que la proporciona. Esto es debido a que se desconocen las características bio-psico-sociales de los núcleos familiares atendidos en los diferentes consultorios de atención primaria, por otra parte hacer mención la suma de las carencias con que cuentan la mayoría de nuestras clínicas, que nos impiden llevar a cabo una buena atención, tales como la promoción, diagnóstico oportuno y muchas de las veces poder proporcionar de rehabilitación de casos que los ameriten, por lo anterior se deduce, que la atención médica de nuestros pacientes es deficiente, que alguna forma se debe mejorar.

El planteamiento del problema es el siguiente, ¿ como establecer un programa de actividades preventivas de promoción a la salud y su tratamiento oportuno?

#### **5.- JUSTIFICACION**

Para mejorar la atención médica en el consultorio de medicina familiar, es necesario el uso racionalizado de los recursos con que cuenta la unidad, que van desde disminuir el tiempo de espera, agilización del archivo clínico, así como el control adecuado de las enfermedades mas usuales de los pacientes, mediante las actividades propias del médico familiar como son, contar con su pirámide poblacional, diagnóstico familiar y las principales causas de consulta en los diferentes grupos de edades. Con lo que se indentificará plenamente las características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y económicas de la población a cargo.

## 6.- OBJETIVOS

### GENERAL:

Identificar plenamente las características sociales, biológicas, culturales y económicas de las familias adscritas en el consultorio 1-b del turno vespertino de la Clínica Hospital “ D” del ISSSTE en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

### ESPECIFICO:

- \*Identificar los diferentes grupos etareos por edad y sexo
- \*Identificar los diversos grupos de riesgos( infantil, reproductivo y anciana)
- \*A través del diagnóstico familiar, identificar la estructura familiar desde el punto de vista social, es decir ciclo vital, composición desarrollo, tipología y demografía.
- \*Identificar las diez primeras causas de consulta
- \*Satisfacer la demanda del derechohabiente en cuanto a salud se refiere, abarcando todos los aspectos integradores.

## **7.- HIPOTESIS**

NO ES NECESARIO PLANTEARLA, PUES SE TRATA DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

## **8.- METODOLOGIA**

### **8.1.- TIPO DE ESTUDIO**

DESCRIPTIVO  
RETROSPECTIVO  
OBSERVACIONAL  
TRANSVERSAL

FUNDAMENTADA BASICAMENTE EN :

- CENSO POBLACIONAL
- ESTUDIO DE LA COMUNIDAD
- IDENTIFICACION DE LAS CAUSAS DE CONSULTAS

### **8.2.-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

POBLACION DERECHOHABIENTE ADSCRITA AL CONSULTORIO No.1-B DEL TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO DEL 1° DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998.

### **8.3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

EL TIPO DE MUESTRA ES NO PROBABILISTICA EN MUESTREO POR CUOTAS(CUOTA SAMPLING).

EL TAMAÑO DE LA MUESTRA SE ESTIMA EN 100 DEL TOTAL DE FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.1 -B DEL TURNO VESPERTINO EN EL NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997.

#### 8.4 .-CRITERIOS DE INCLUSION,EXCLUSION Y ELIMINACION

**INCLUSION** : Población usuaria del consultorio 1-b del turno vespertino que cuente con expedientes clínicos y que aceptaron participar.

**EXCLUSION** : Población no usuaria al consultorio 1-b del turno vespertino.

**ELIMINACION** : Población sin expediente  
Pacientes que no aceptaron participar

### 8.5.- INFORMACION A RECOLECTAR( VARIABLES DE MEDICION)

Para el censo de población : Las variables son de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y una nominal para las segundas, según sea el caso, se consideran las variables de:

NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS  
NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DEL SEXO MASCULINO  
NUMERO TOTAL DE INDIVIDUOS DEL SEXO FEMENINO  
NUMERO DE INDIVIDUOS DEL SEXO MASCULINO POR GRUPOS ETAREOS  
NUMERO DE INDIVIDUOS DEL SEXO FEMENINO POR GRUPO ETAREOS.

LOS GRUPOS ETAREOS SE ESTABLECEN EN UNA AMPLITUD DE CLASE DE 5 AÑOS.

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

NOMBRE DE LA FAMILIA  
ESTADO CIVIL  
AÑOS DE UNION CONYUGAL  
ESCOLARIDAD: DEL PADRE Y DE LA MADRE  
EDAD DEL PADRE  
EDAD DE LA MADRE  
NUMERO DE HIJOS (HASTA DE 10 AÑOS DE EDAD)  
NUMERO DE HIJOS ( DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD )  
NUMERO DE HIJOS ( DE 20 O MAS AÑOS DE EDAD )  
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR :  
DIU,ORAL,INYECTABLE,OTB,RITMO, CONDON Y VASECTOMIA.  
OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA:PROFESIONAL,EMPLEADO,HOGAR  
INGRESO ECONOMICO :  
DE 1 SALARIO MINIMO  
1 A 2 SALARIOS MINIMOS  
DE 3 O MAS SALARIOS MINIMOS  
TIPO DE FAMILIA : MODERNA O TRADICIONAL  
ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA :  
EXPANSION, DISPERSION, INDEPENDENCIA Y RETIRO.

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

LOS DIEZ PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

## 8.6.- PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

### \*Censo de Población:

Se realizó al identificar en el archivo clínico todos los expedientes de las familias en estudio y se clasificaron mediante núcleos familiares.

### \*El estudio de la Comunidad:

Se aplica directamente mediante la cédula recolectora de datos al padre o madre de familia.

### \*El censo de consulta:

Se realiza con la hoja del reporte diario del médico del año anterior, es decir del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1997.

## 8.7 .- CONSIDERACIONES ETICAS

Se harán de acuerdo al comunicado de la norma de la Ley General de Salud en materia de Investigación, comunicada en el diario Oficial del 26 de Enero de 1982, así como de las declaraciones de Helsinky 1964 y con la adición de Tokio en 1975.

## 9.- RESULTADOS:

### 9.1.- DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

EL PRESENTE ESTUDIO DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL, RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL, DE UN MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No.1-B, TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE SE LLEVO A ACABO EN TRES FASES. LA FASE I A TRAVES DEL CENSO POBLACIONAL, SIENDO LOS GRUPOS ETAREOS DE 5 AÑOS CADA UNO, CONTANDO COMO FUENTE DE DATOS AL ARCHIVO CLINICO. LA SEGUNDA FASE FUE REALIZAR EL ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR MEDIANTE ENCUESTAS A PADRES DE FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO 1-B, EN MUESTREO POR CUOTAS(CUOTA SAMPLING) ESTIMADAS EN (n=100) DEL 1º. DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998. LA TERCERA FASE SE LLEVO A CABO CON EL ANALISIS DE CONSULTA EN LA POBLACION QUE ASISTIO DEL 1º. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997, A CONTINUACION SE MUESTRAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS.

#### FASE I

LA POBLACION TOTAL DEL CONSULTORIO 1-B DEL TURNO VESPERTINO ES DE 2,820 PERSONAS(TABLA 1, GRAFICO 1 ). EL GRUPO MASCULINO REPRESENTADO POR UN TOTAL DE 1,352( GRAFICO 2) Y PARA EL SEXO FEMENINO DE 1,468 (GRAFICO 3).

EXISTE UNA POBLACION DE RIESGO INFANTIL(< 4 AÑOS) DE 199 CON 108 NIÑOS QUE REPRESENTAN EL 7.98 % DEL TOTAL DE HOMBRES DE LA POBLACION Y DE 84 NIÑAS CON UN 5.7 %. RESPECTIVAMENTE.(GRAFICO 4 ).

LA POBLACION DE RIESGO PARA FIEBRE REUMATICA ES DE UN TOTAL DE 858, SIENDO EL GRUPO MASCULINO DE 445 Y DE 413 DEL GRUPO FEMENINO QUE RESPRESENTAN EL 32.91 % Y 28.13 % DE LA POBLACION TOTAL RESPECTIVAMENTE(GRAFICO 5 ).

EL GRUPO FEMENINO EN EDAD FERTIL( 15-49 AÑOS) ESTA REPRESENTADO POR UN TOTAL DE 713(48.56 % ) , SIENDO PARA LOS GRUPOS ETAREOS DE 15-19 AÑOS (9.74 %), DE 20 A 24 AÑOS( 9.46%),DE 25-29 AÑOS (8.99 %), DE 30 A 34 AÑOS ( 8.17%), DE 35-39 AÑOS(10.08 %), DE 40 A 44 (7.49 %) Y POR ULTIMO DE 45 A 49 AÑOS EL 4.15 %.(GRAFICO 6).

LA POBLACION ANCIANA DE 70 AÑOS O MAS CON UN TOTAL DE 133, SIENDO 76 PARA EL SEXO MASCULINO Y DE 57 PARA EL SEXO FEMENINO QUE REPRESENTAN EL 5.17% Y 4.21 % RESPECTIVAMENTE DE LA POBLACION TOTAL.(GRAFICO 7 )

#### FASE II

DESCRIPCION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.(n=100)

EN EL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO(n=100), EL 57 % SE ENCUENTRAN EN FASE DE EXPANSION, EL 19 % EN DIPERSION, EL 20 % EN INDEPENDENCIA Y POR ULTIMO EL 3% SE ENCUENTRA EN FASE DE RETIRO(GRAFICO 8)

LA FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO, EL 54 % ES MODERNA Y EL 46 % ES TRADICIONAL(GRAFICO 9 ).



EN BASE A SU COMPOSICION EL 88% (88) ES NUCLEAR, EL 8 %(8) ES EXTENSA Y EL 4% (4) RESTANTE ES COMPUESTA.(GRAFICO 10).

EN CUANTO A LA DEMOGRAFIA, EL 100 %(100) ES URBANA.(GRAFICO 11).

DE ACUERDO A SU TIPOLOGIA EL 70 % ( 70 )DE LOS PADRES SON PROFESIONISTAS, EL 20 %( 20) ES EMPLEADO, EL 10 %(10) SON JUBILADOS ACTUALMENTE. DE LAS MADRES EL 48 %( 48 ) SON PROFESIONISTAS, EL 3 % ES EMPLEADA Y EL 45 %(45) SE DEDICA AL HOGAR Y POR ULTIMO EL 4 %(5) ES JUBILADA(GRAFICO 12).

DESCRIPCION DE LOS ELEMENTOS SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS(n=100).

LAS PAREJAS CON UN SALARIO MINIMO EL 1 %(1) SON CASADAS,NO EXISTE UNION LIBRE Y TAN SOLO EL 1% ES DIVORCIADO (1). LAS PAREJAS QUE TIENEN DE 2-3 SALARIOS EL 6 %(6) SON CASADOS, EL 4 %(4) SE ENCUENTRAN EN UNION LIBRE Y SOLO EL 4%(4) SON DIVORCIADOS. LAS PAREJAS QUE CUENTAN CON MAS DE 3 SALARIOS MINIMOS EL 73%( 12) SON CASADOS, EL 3%(3) SON DIVORCIADOS Y SOLO EL 8 %(8) SE ENCUENTRA EN UNION LIBRE.(GRAFICO 13 )

LA ESCOLARIDAD CON QUE CUENTAN LOS PADRES ES DEL 70 %(70) PARA LOS PROFESIONISTAS , EL 15%( 15 ) CUENTAN CON PREPARATORIA, EL 5%(5) CON SECUNDARIA, EL 10 %(15) CUENTA CON SOLO LA PRIMARIA. LAS MADRES CON UN 40 %(40) ES PROFESIONISTA, EL 11 %(11) TIENE PREPARATORIA, EL 9 % (9) CUENTA CON SECUNDARIA, FINALMENTE EL 40%) TIENE PRIMARIA.(GRAFICO 14).

LA EDAD DE LOS PADRES TIENEN COMO MEDIA 44.72 AÑOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR DE (+- 14.41)(GRAFICO 15) . LAS MADRES TIENEN COMO PROMEDIO DE EDAD UNA MEDIA DE 41.47 AÑOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR DE (+-14.06) (GRAFICO 16).

EL PROMEDIO DE AÑOS DE CASADOS DE LAS PAREJAS ES DE 20.24 AÑOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR DE (+- 12.94) (GRAFICO 17 ).

EL NUMERO DE HIJOS MENORES DE 10 AÑOS DE LAS FAMILIAS EN ESTUDIO FUE EN PROMEDIO UNA MEDIA DE 1.08 HIJOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR (+- 1.8 ). EL NUMERO DE HIJOS DE 11 A 19 AÑOS FUE UNA MEDIA DE 2.04 HIJOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR DE (+- 2.43 ). PARA LOS HIJOS DE MAS DE 20 AÑOS DE EDAD LA MEDIA FUE DE 3.12 HIJOS CON UNA DESVIACION ESTANDAR DE (+- 2.27) (GRAFICO 18).

DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS(n=100) EL 61 %(61) NO LLEVA METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR. EL 7 %( 7) LE FUE REALIZADA LA OTB, EL 11 %(11) SON USUARIAS DEL DIU, EL 12 (12) UTILIZA HORMONAL INYECTABLE , EL 9%(9) CON HORMONAL TABLETAS.(GRAFICO 19).

### FASE III.

#### **LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA:**

LAS PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA SE MARCAN EN EL CUADRO 2, DESTACANDO EN PRIMER LUGAR LAS ENFERMEDADES DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS CON UN TOTAL DE 226 CONSULTAS Y LAS ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN 2º Y 4º LUGAR PARA HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS RESPECTIVAMENTE.(GRAFICO 20 AL 23 ).LA ENFERMEDAD CRONICA POR ARTROPATIA DEGENERATIVAS, QUE NO SE ENCUENTRA EN LOS PRIMERAS DIEZ CAUSAS MUESTRAN A UNA POBLACION DE 30 HOMBRES Y 12 MUJERES(GRAFICO 24). LA DIARREA OCUPAN EL 7º LUGAR , DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE EDAD EN EL PERIODO DEL 1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1997.(CUADRO 2 )

SE MENCIONA EL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS A HOMBRES Y MUJERES.(GRAFICO 20). ASI COMO EL TOTAL DE CONSULTAS DE 1ª VEZ Y SUBSECUENTES EN GENERAL (GRAFICO 21).

CUADRO 1

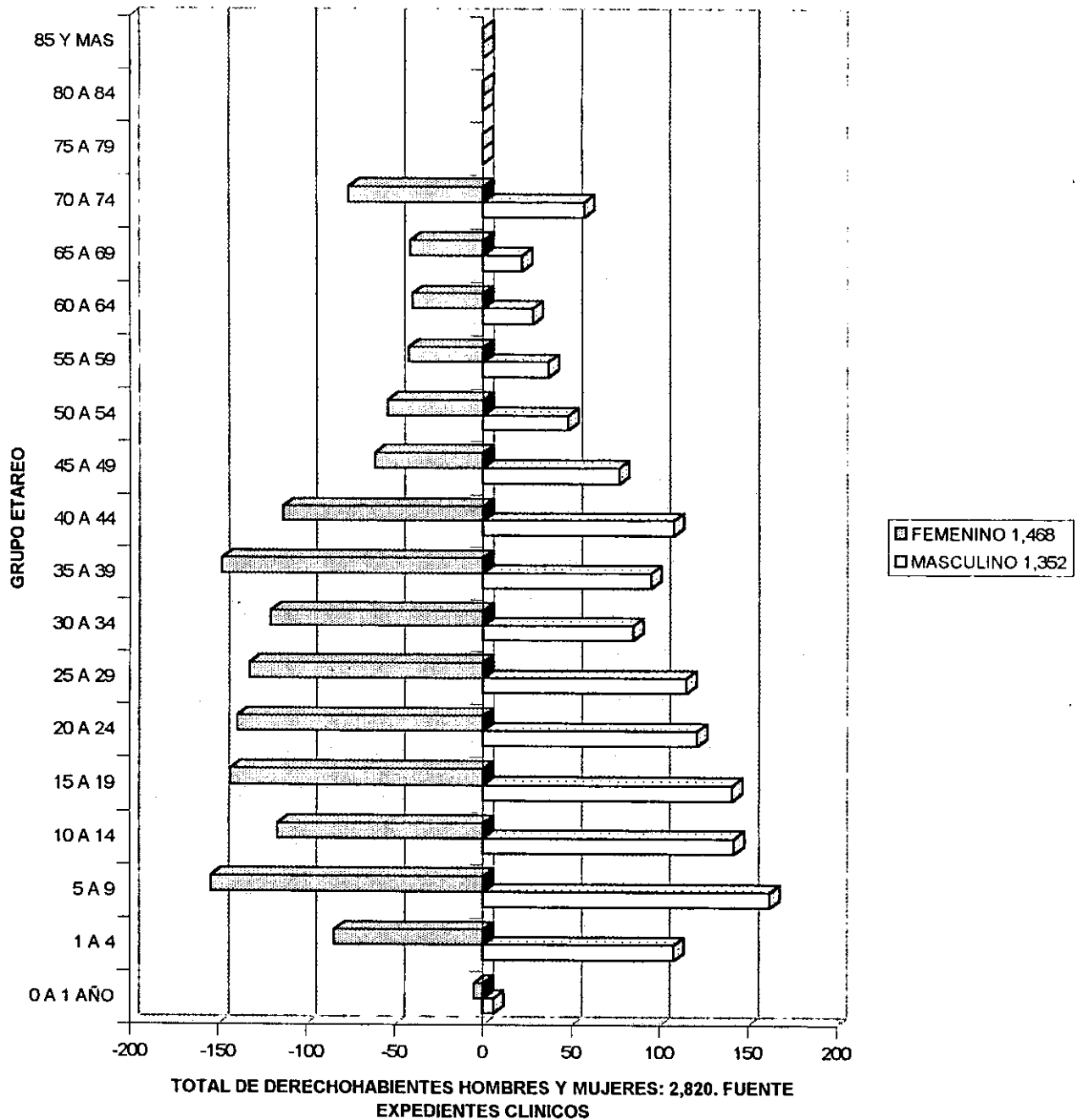
PIRAMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO No. 1-B  
 CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL  
 DE LAS CASAS, CHIAPAS  
 PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997

RESULTADOS

MASCULINO	GRUPO ETAREO	FEMENINO
6	0 A 1 AÑO	5
108	1 A 4	84
162	5 A 9	154
142	10 A 14	116
141	15 A 19	143
121	20 A 24	139
115	25 A 29	132
85	30 A 34	120
95	35 A 39	148
108	40 A 44	113
77	45 A 49	61
48	50 A 54	54
37	55 A 59	42
28	60 A 64	40
22	65 A 69	41
57	70 A 74	76
0	75 A 79	0
0	80 A 84	0
0	85 Y MAS	0
1352	TOTAL	1468

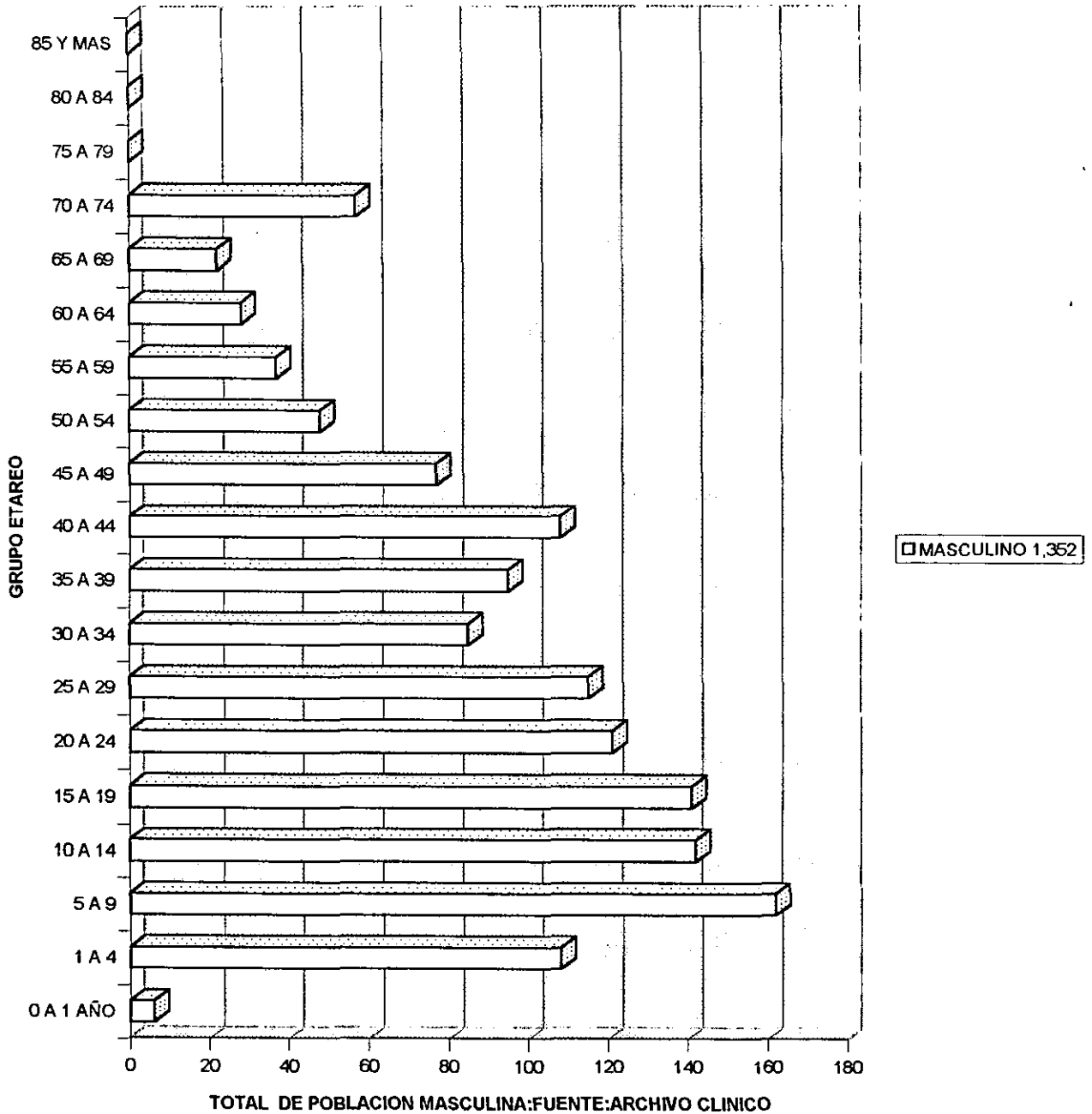
**PIRAMIDE DE POBLACION DEL CONSULTORIO 1-B DE LA CLINICA HOSPITAL  
"D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS PERIODO  
ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

GRAFICO 1



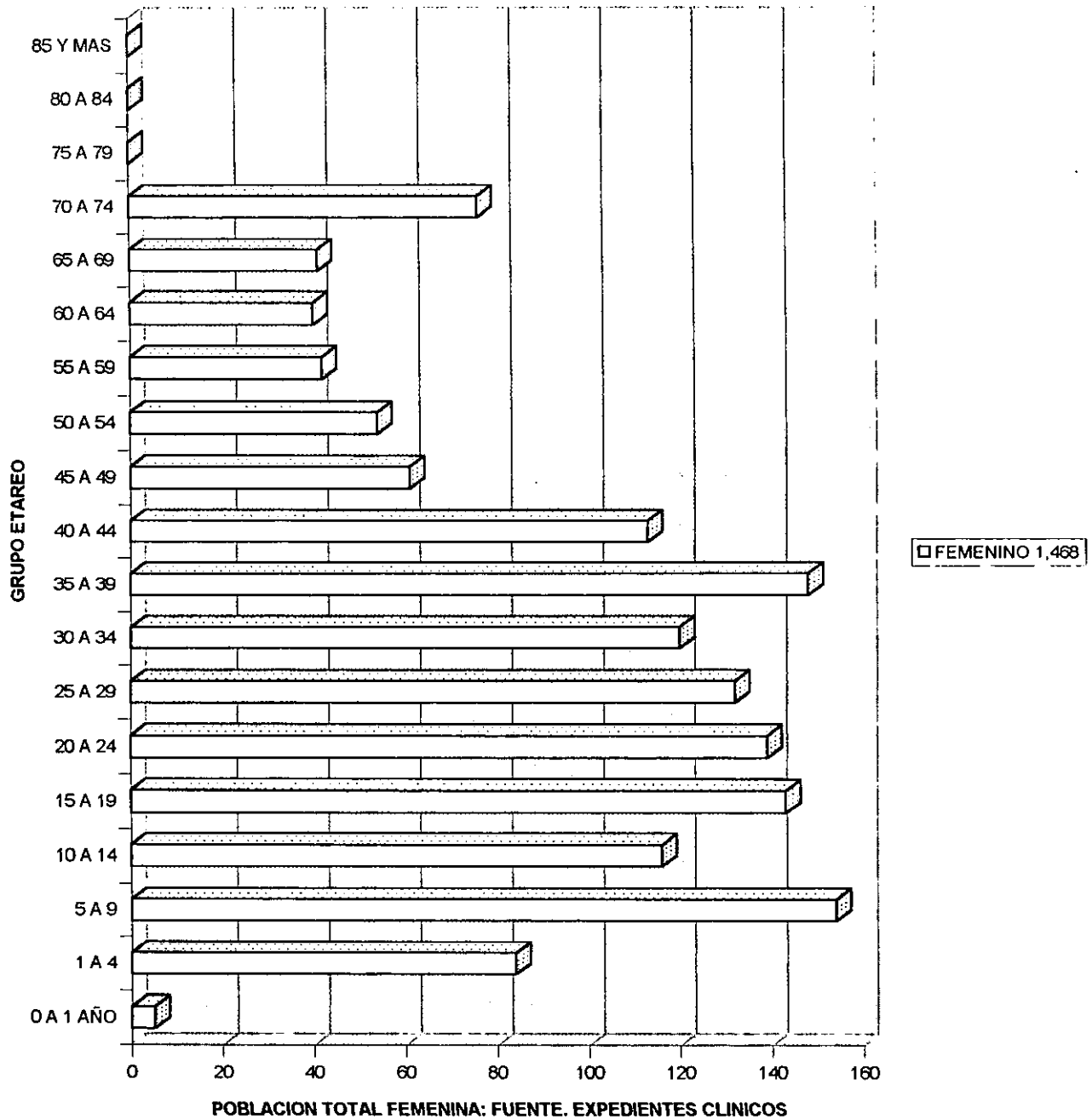
**POBLACION TOTAL MASCULINA DEL CONSULTORIO No.1-B TURNO  
VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL  
DE LAS CASAS,CHIAPAS PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

GRAFICO 2



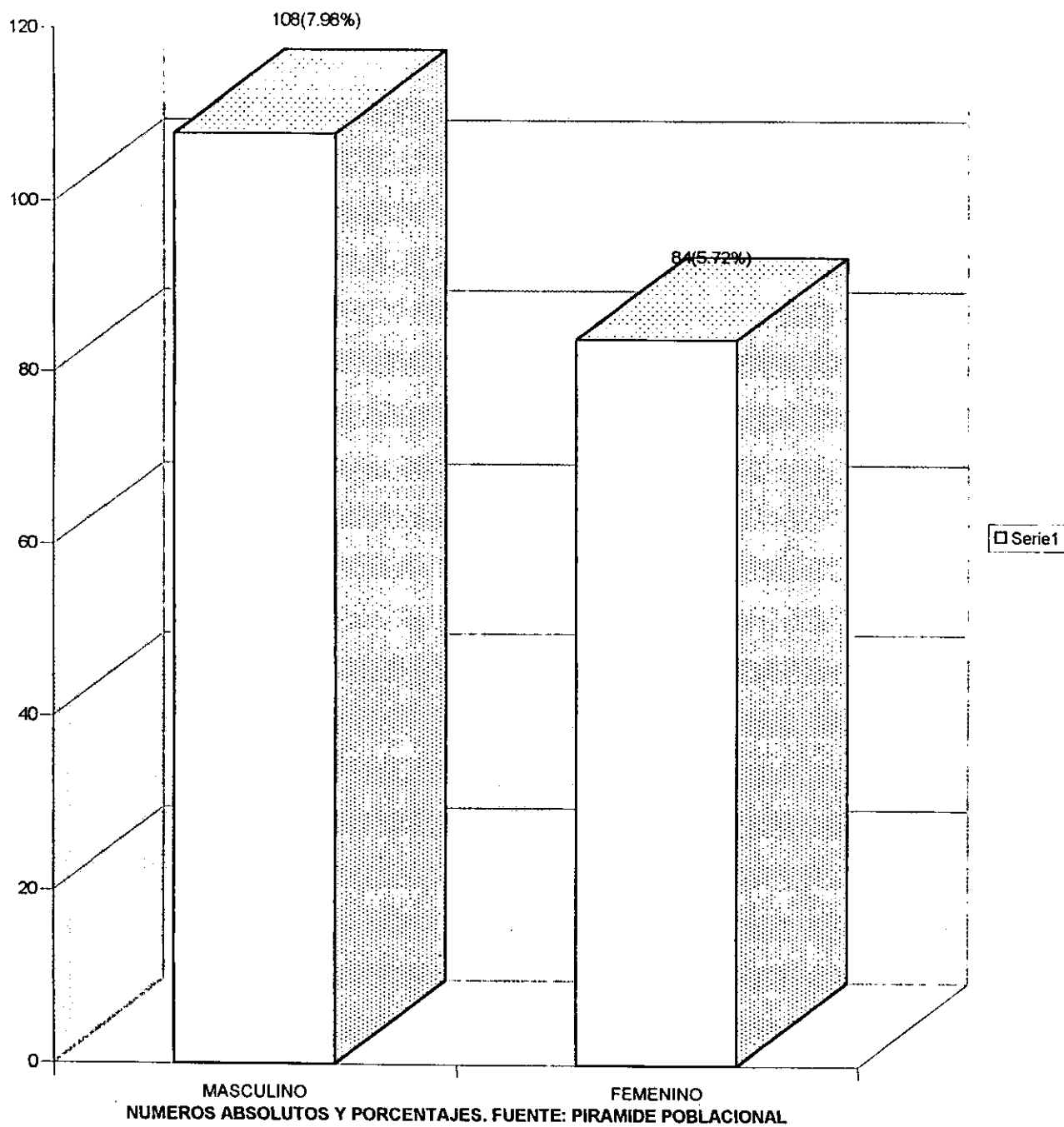
**POBLACION TOTAL FEMENINA DEL CONSULTORIO No. 1-B TURNO  
VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL  
DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

GRAFICO 3



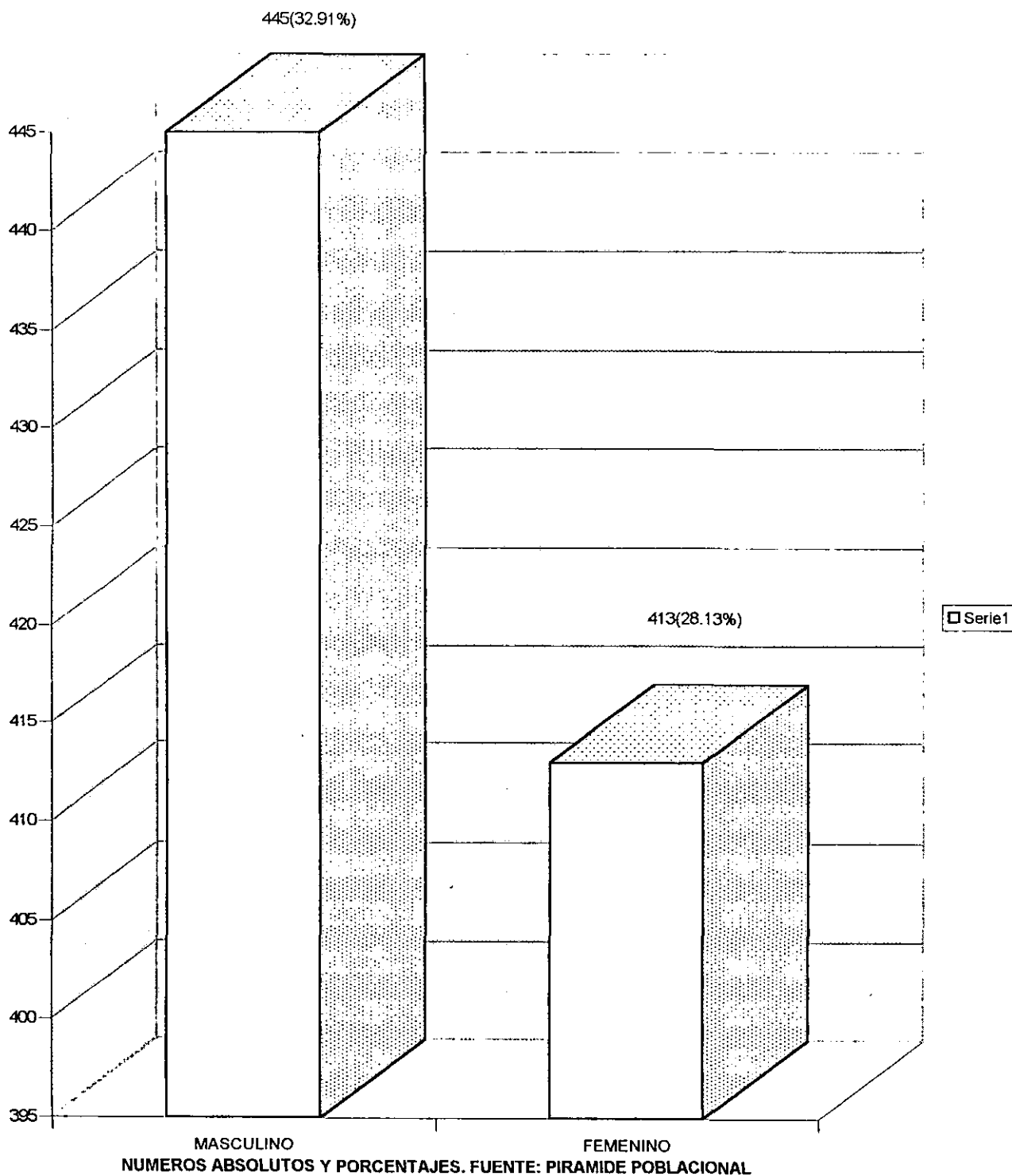
**POBLACION DE RIESGO INFANTIL MENOR DE 4 AÑOS DEL CONSULTORIO 1-B, TURNO VESPERTINO. CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

**GRAFICO 4**



**POBLACION DE RIESGO PARA FIEBRE REUMATICA DEL CONSULTORIO 1-B, TURNO VESPERTINO. CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

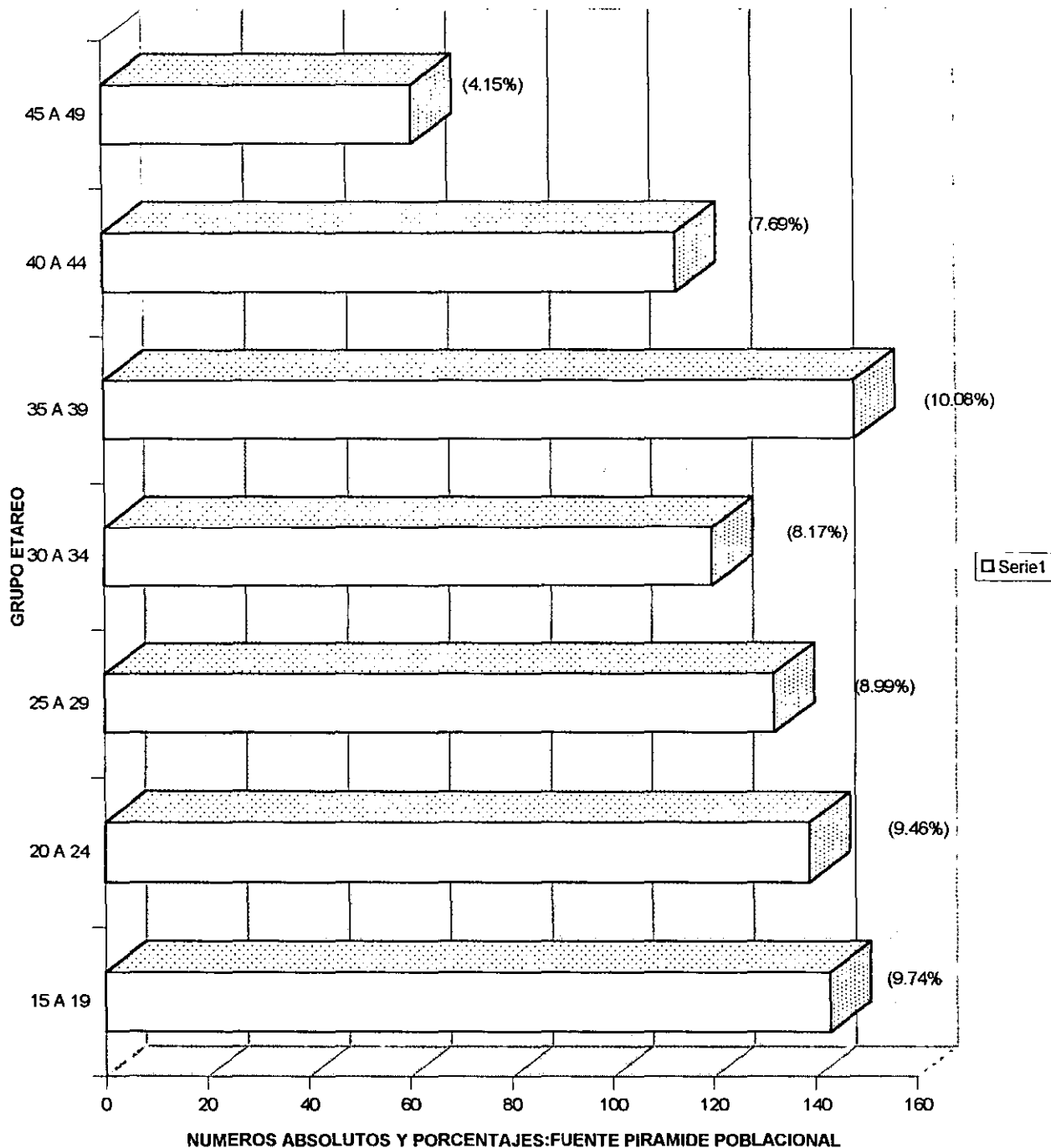
**GRAFICO 5**





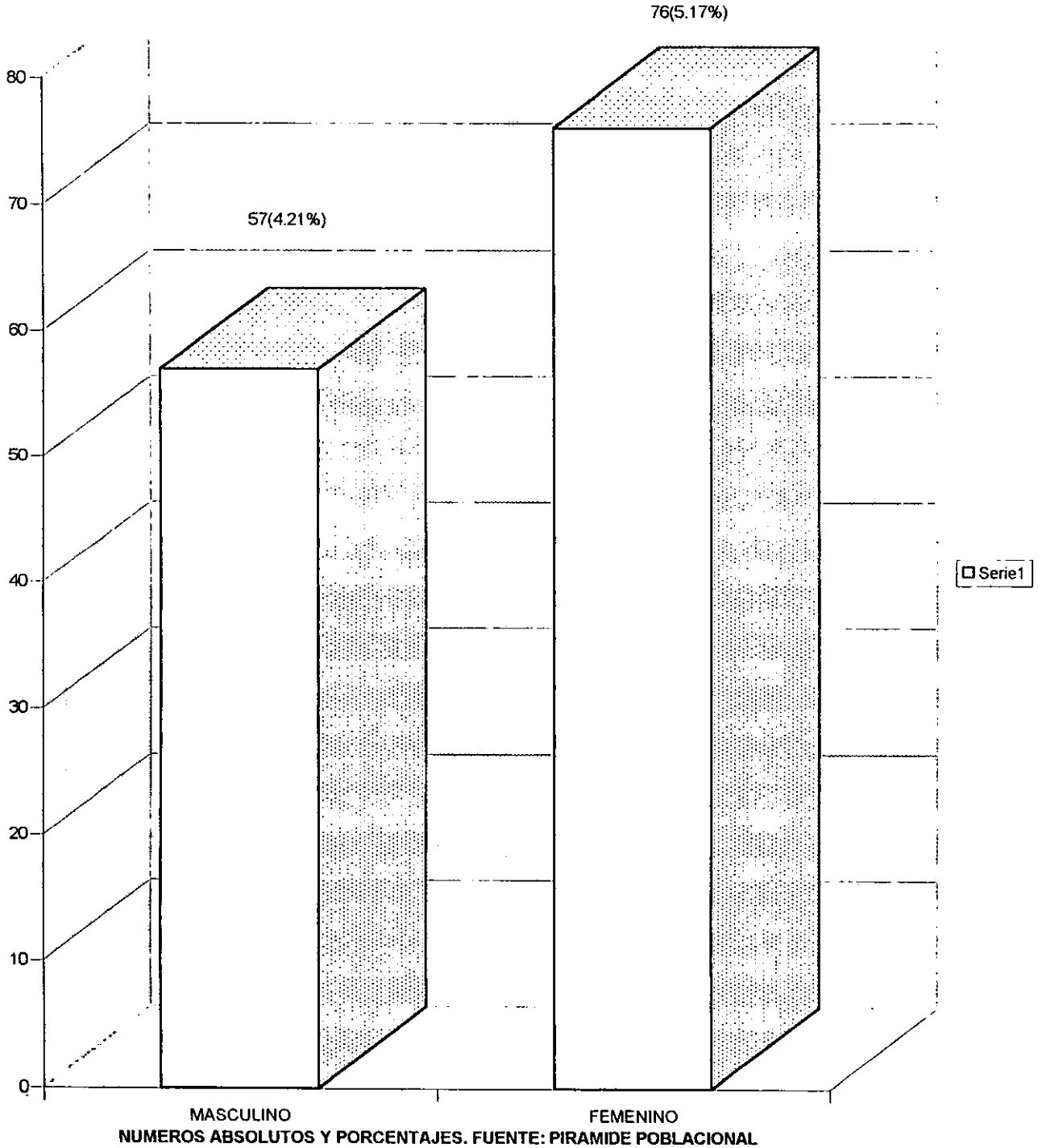
**POBLACION DE RIESGO REPRODUCTIVO DEL CONSULTORIO No.1-B TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

**GRAFICO 6**



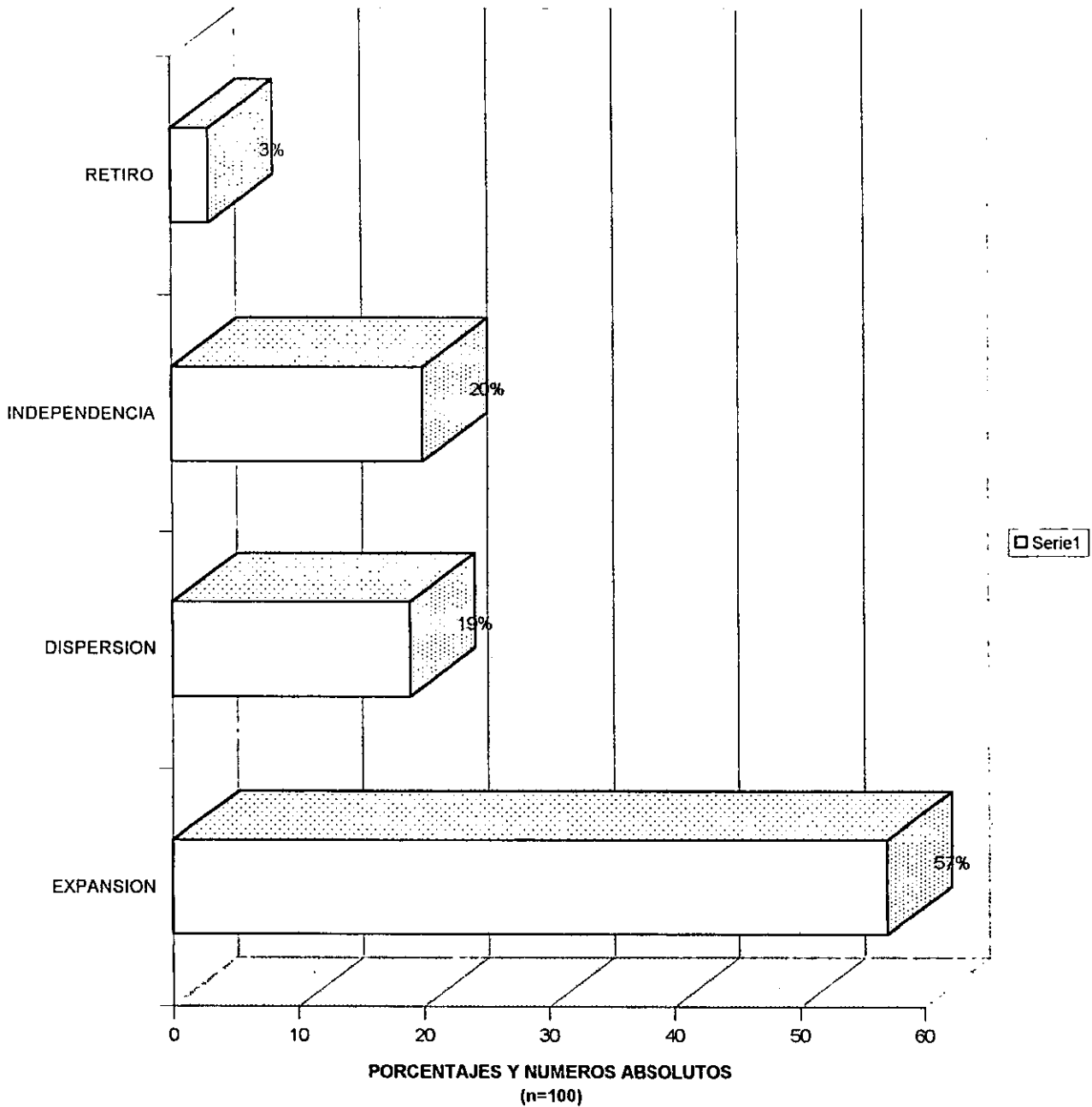
**POBLACION ANCIANA DEL CONSULTORIO 1-B, TURNO VESPERTINO. CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997**

GRAFICO 7



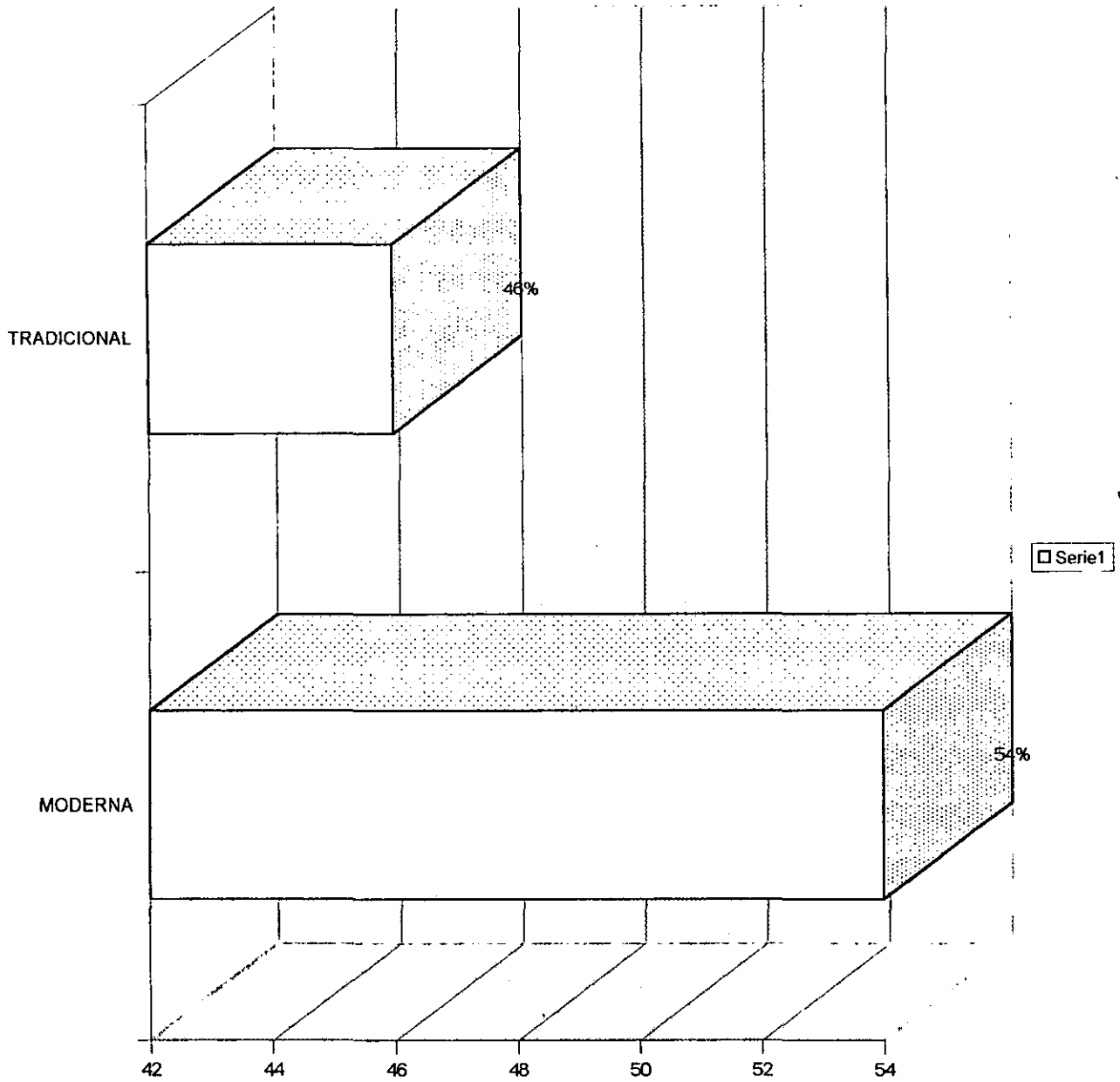
**CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO No.1-B TURNO VESPERTINO, DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DE SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS: FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR .PERIODO 1o. MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE 1998**

**GRAFICO 8**



LA FAMILIA EN BASE A SU DESARROLLO, DEL CONSULTORIO No1-B TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO 1 MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998

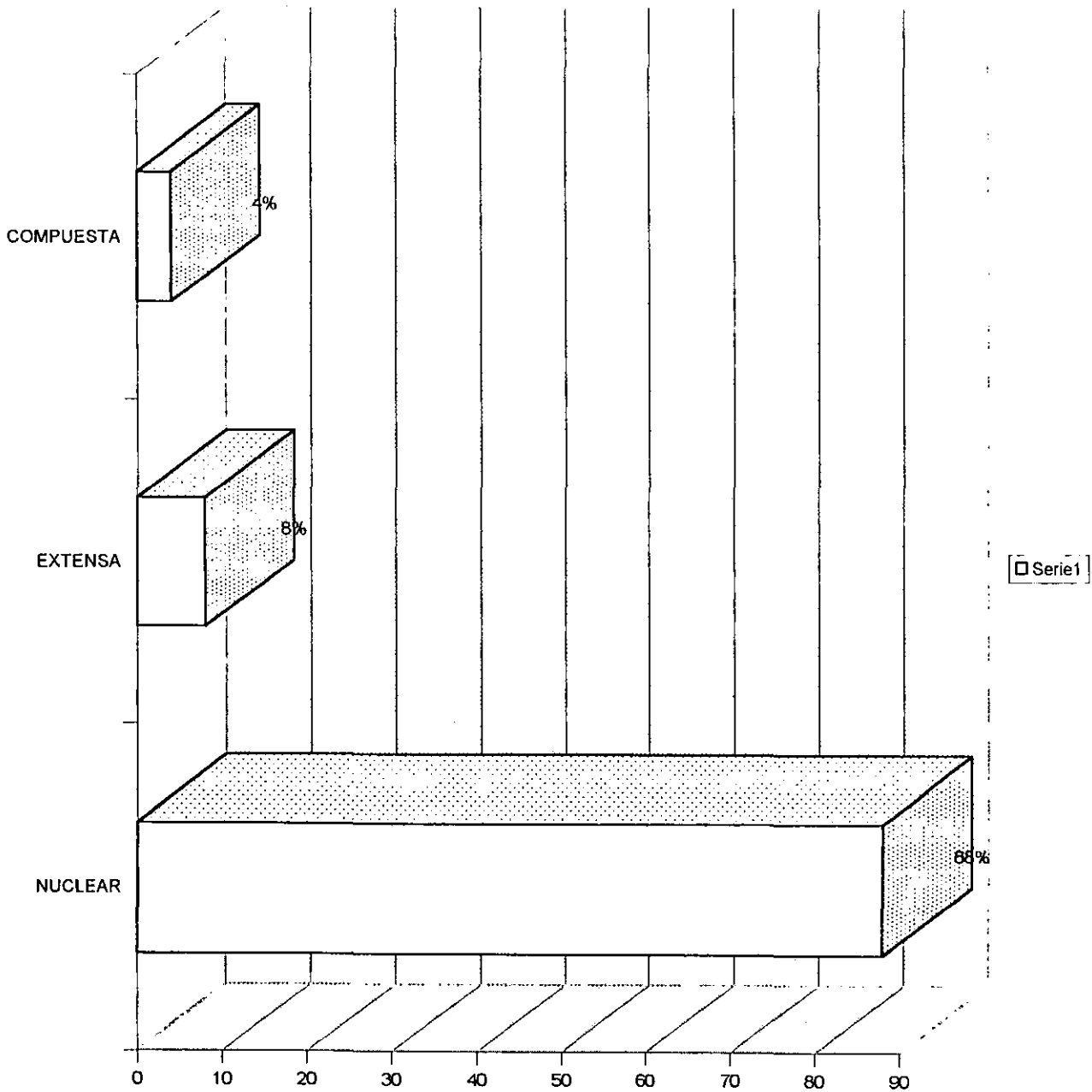
GRAFICO 9



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR, PORCENTAJES Y NUMEROS ABSOLUTOS (n=100)

LA COMPOSICION DE LA FAMILIA, DEL CONSULTORIO No1-B, TURNO VESPERTINO, CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO 1 MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998

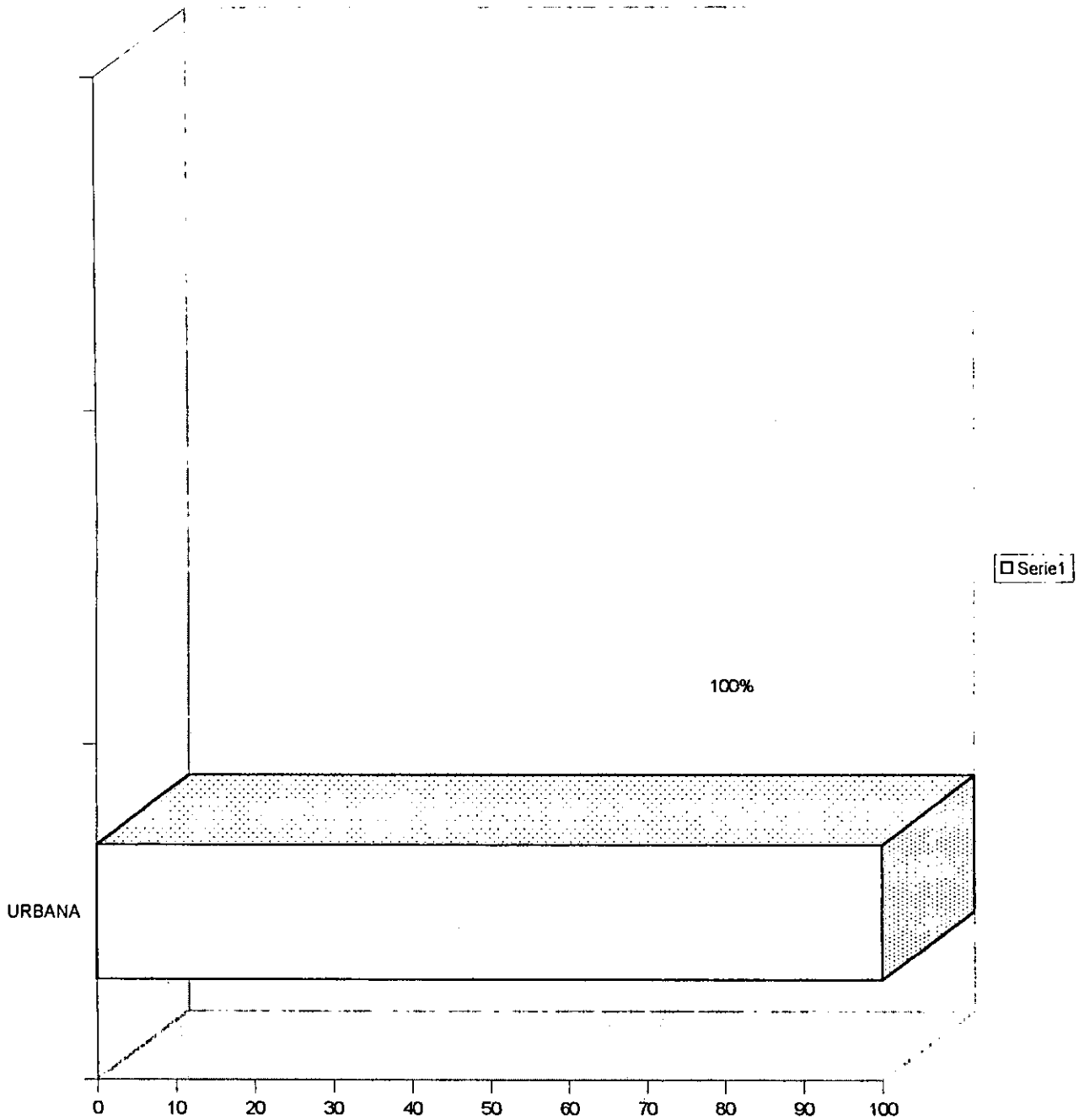
GRAFICO 10



FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR: NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES DE (n=100)

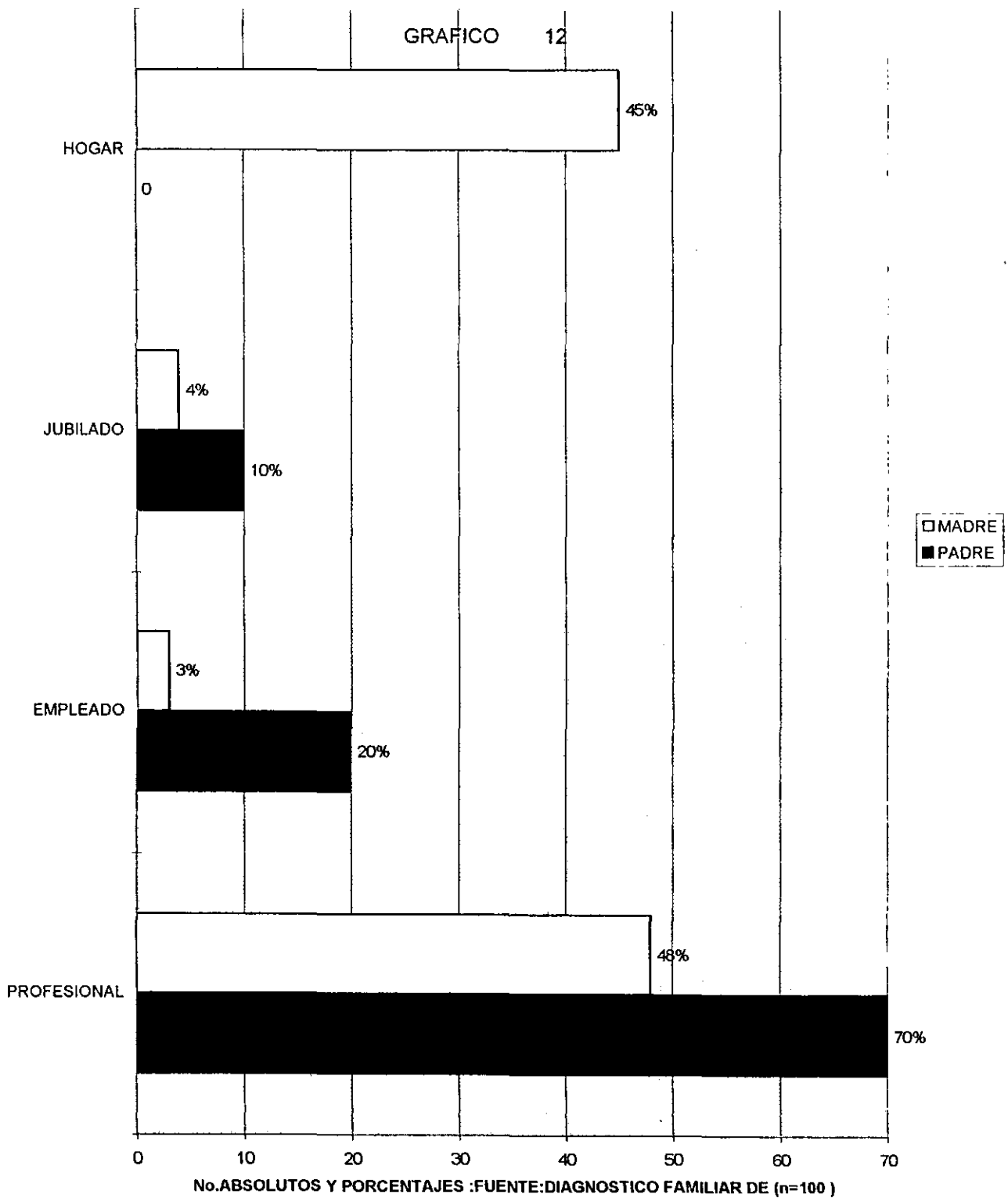
DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.1-B, TURNO VESPERTINO. CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS PERIODO 1 MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998

GRAFICO 11



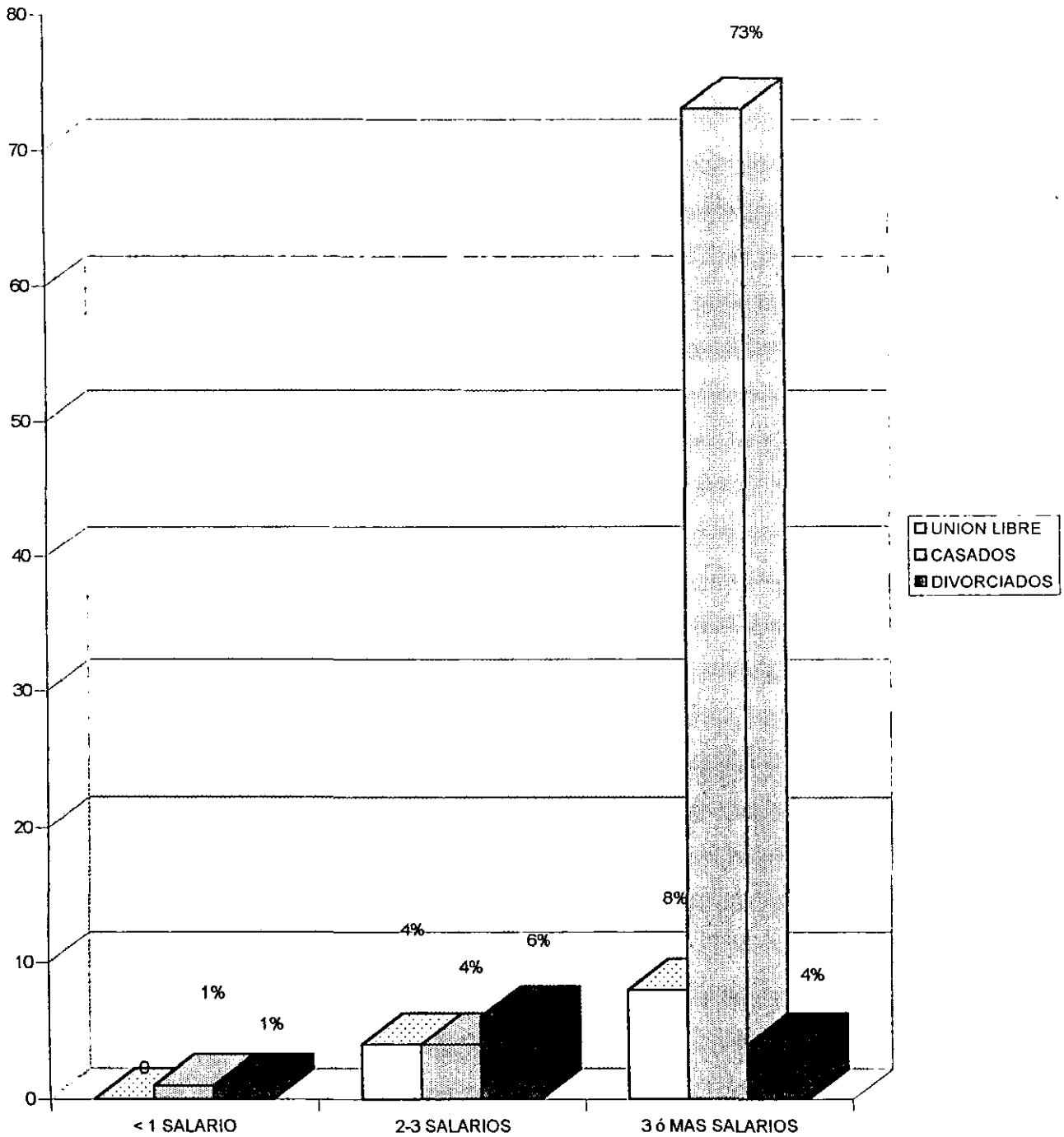
NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES: FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR DE (n= 100 )

**TIPOLOGIA DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No. 1-B, TURNO VESPERTINO, CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS PERIODO 1 MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998**



**ESTRUCTURA SOCIOECONOMICA DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.1-  
B TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN  
CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO DEL 1o.MARZO AL 30 DE  
SEPTIEMBRE DE 1998**

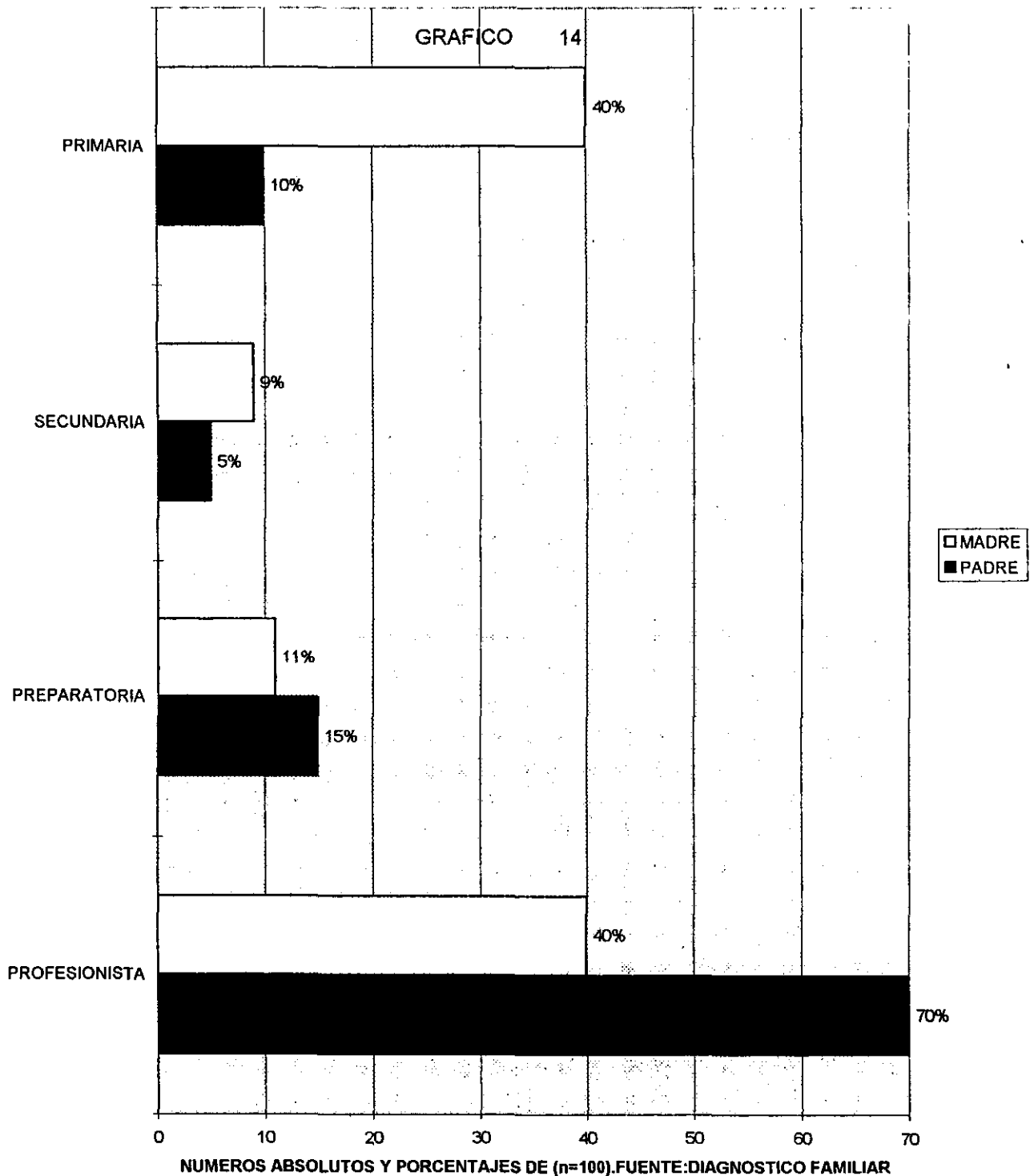
**GRAFICO 13**



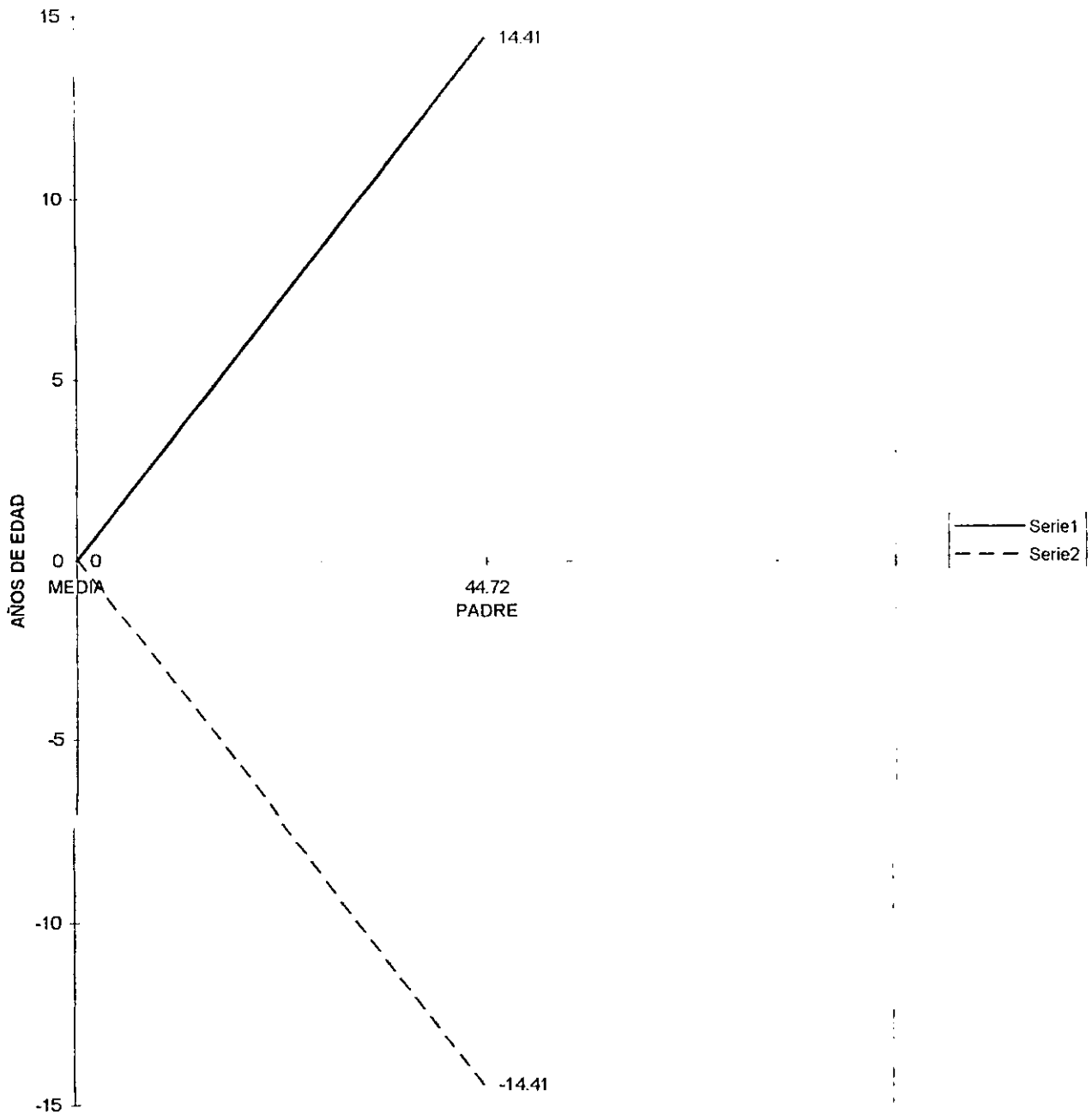
FUENTE: DIAGNOSTICO FAMILIAR DE (n= 100).



**ESCOLARIDAD DE LOS PADRES, DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO 1-B, TURNO VESPERTINO. CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO 1 MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE 1998**



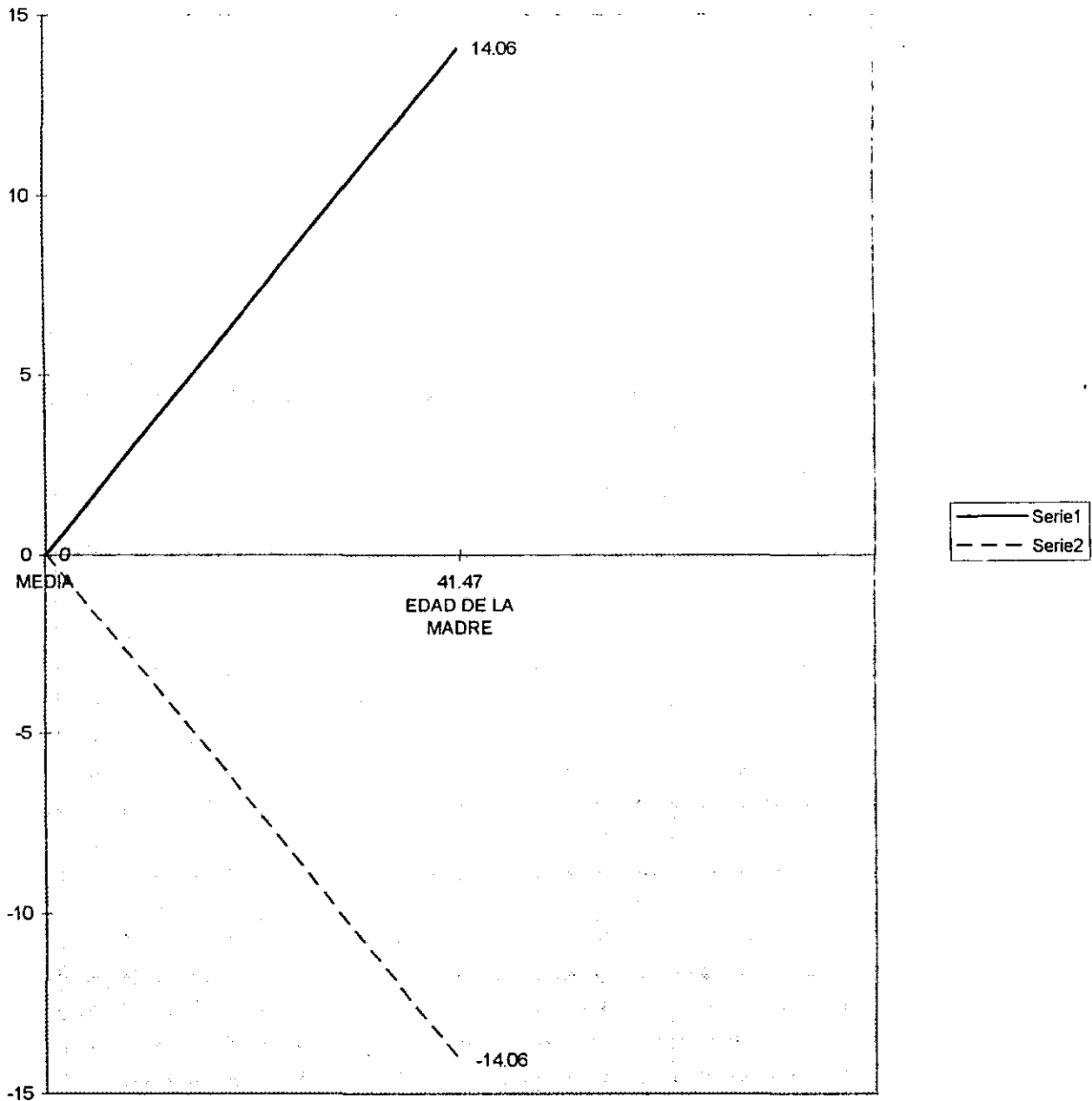
**EDAD DE LOS PADRES DEL CONSULTORIO N°1-B TURNO VESPERTINO DE LA  
CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS  
CASAS, CHIAPAS. PERIODO 1o. MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998**



Media y Desviaciones Estandares de (n=100). Fuente: Diagnóstico Familiar:

GRAFICO 15

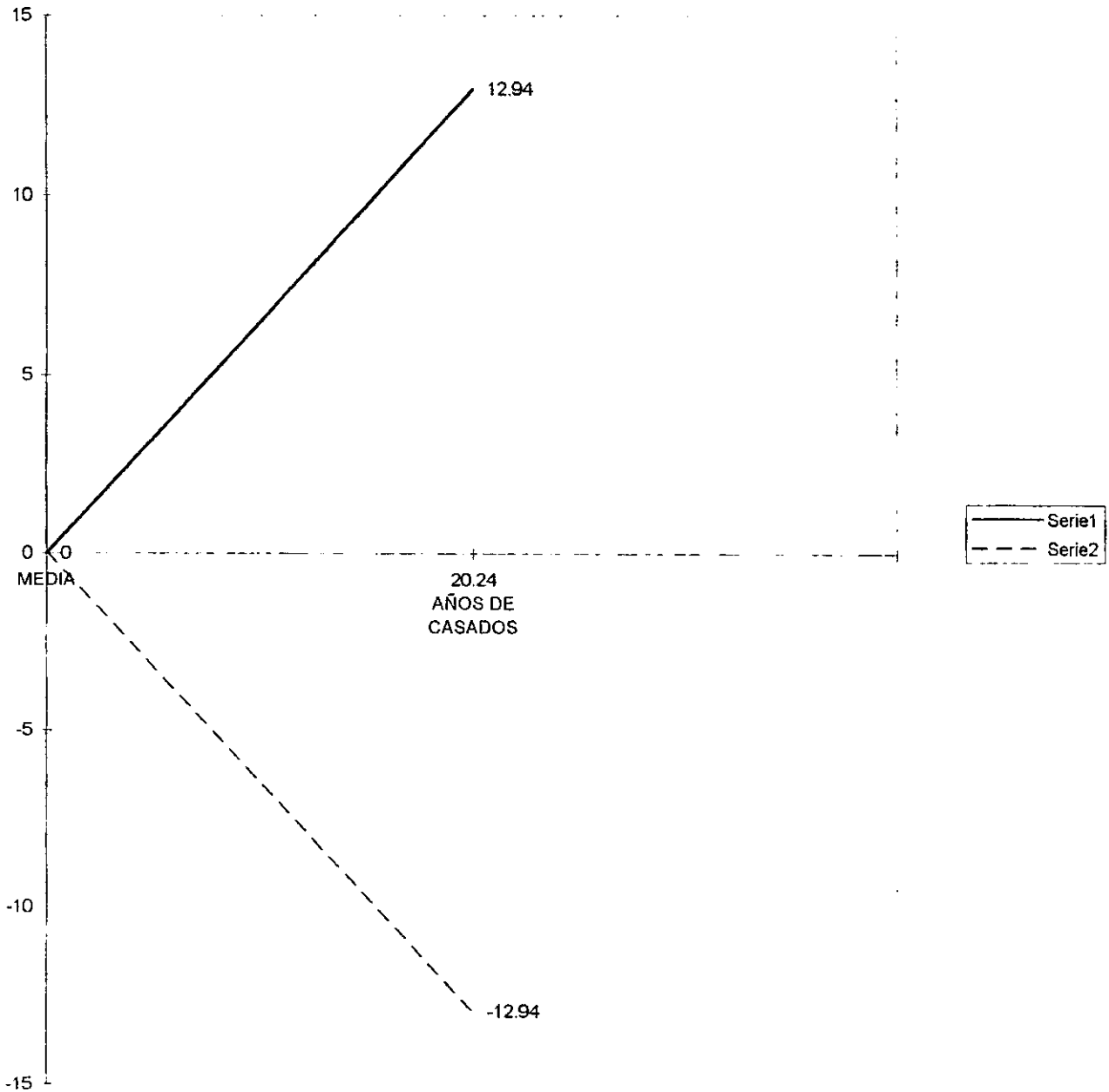
**EDAD DE LAS MADRES DE FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.1-B TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS .PERIODO 1o.MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998**



EDAD MEDIA Y DESVIACION ESTANDAR: FUENTE :DIAGNOSTICO FAMILIAR DE (N=100)

GRAFICO 16

**AÑOS DE CASADOS DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO N°1-B TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO 1o. DE MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998**

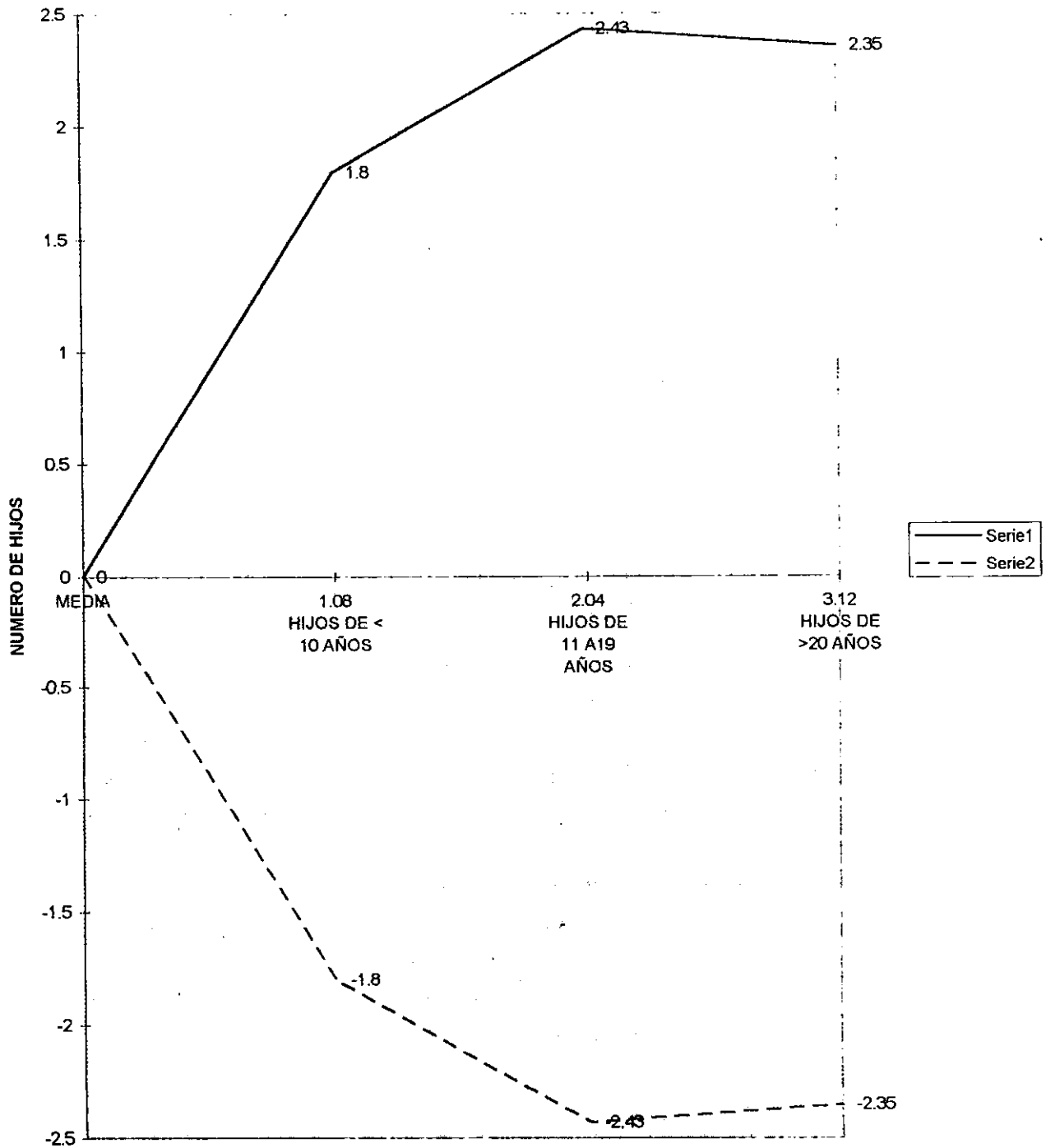


MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDARES DE (n=100): FUENTE:DIAGNOSTICO FAMILIAR

GRAFICO 17

NUMEROS DE HIJOS DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO No.1-B TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO 1o. MARZO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 1998

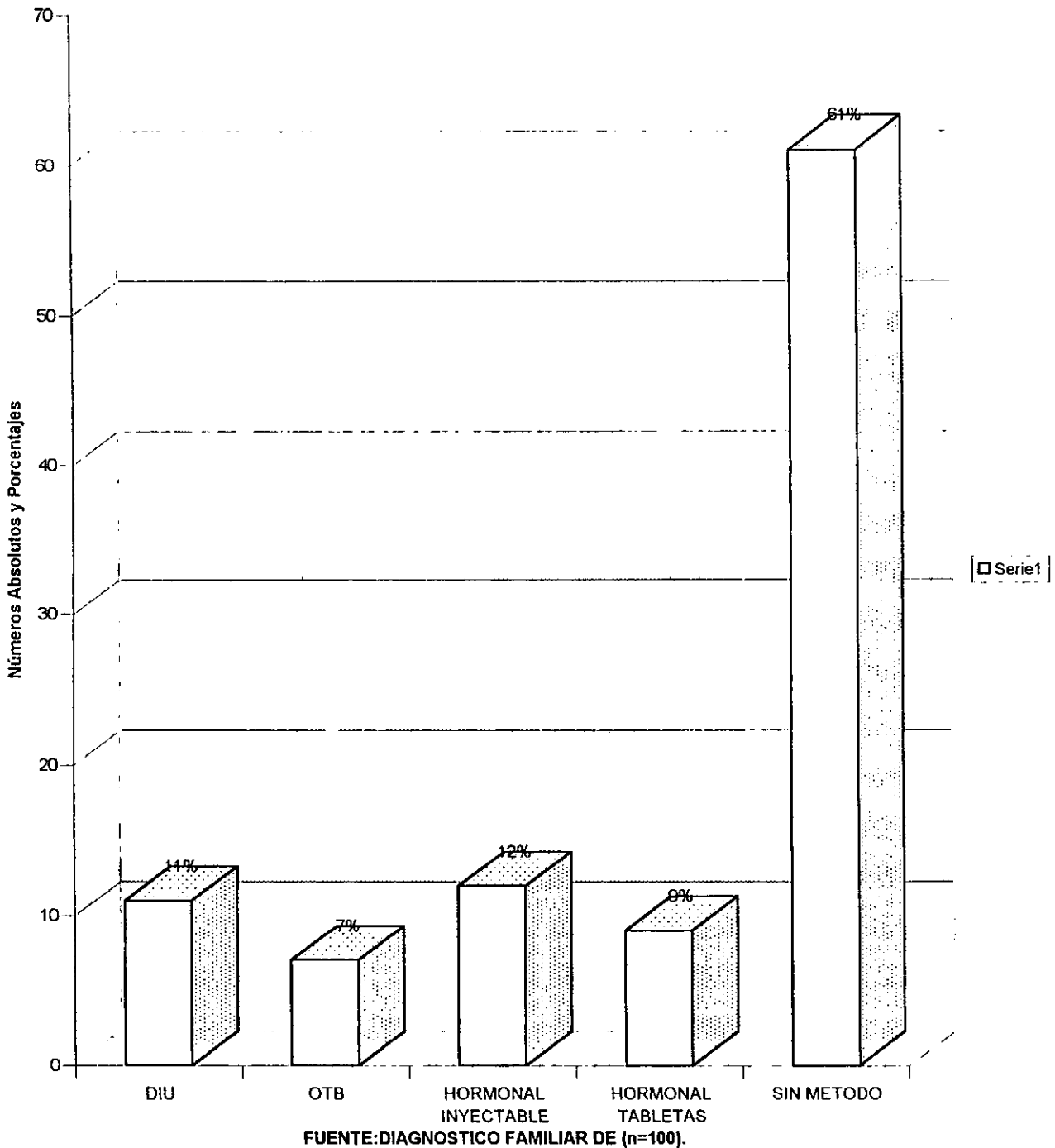
GRAFICO 18



Media y Desviaciones Estandares De ( n=100) FUENTE :DIAGNOSTICO FAMILIAR.

**METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS FAMILIAS DEL  
CONSULTORIO No1-B TURNO VESPERTINO DE LA CLINICA HOSPITAL "D" DEL  
ISSSTE EN SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO 1o. MARZO AL  
30 DE SEPTIEMBRE DE 1998**

GRAFICO 19



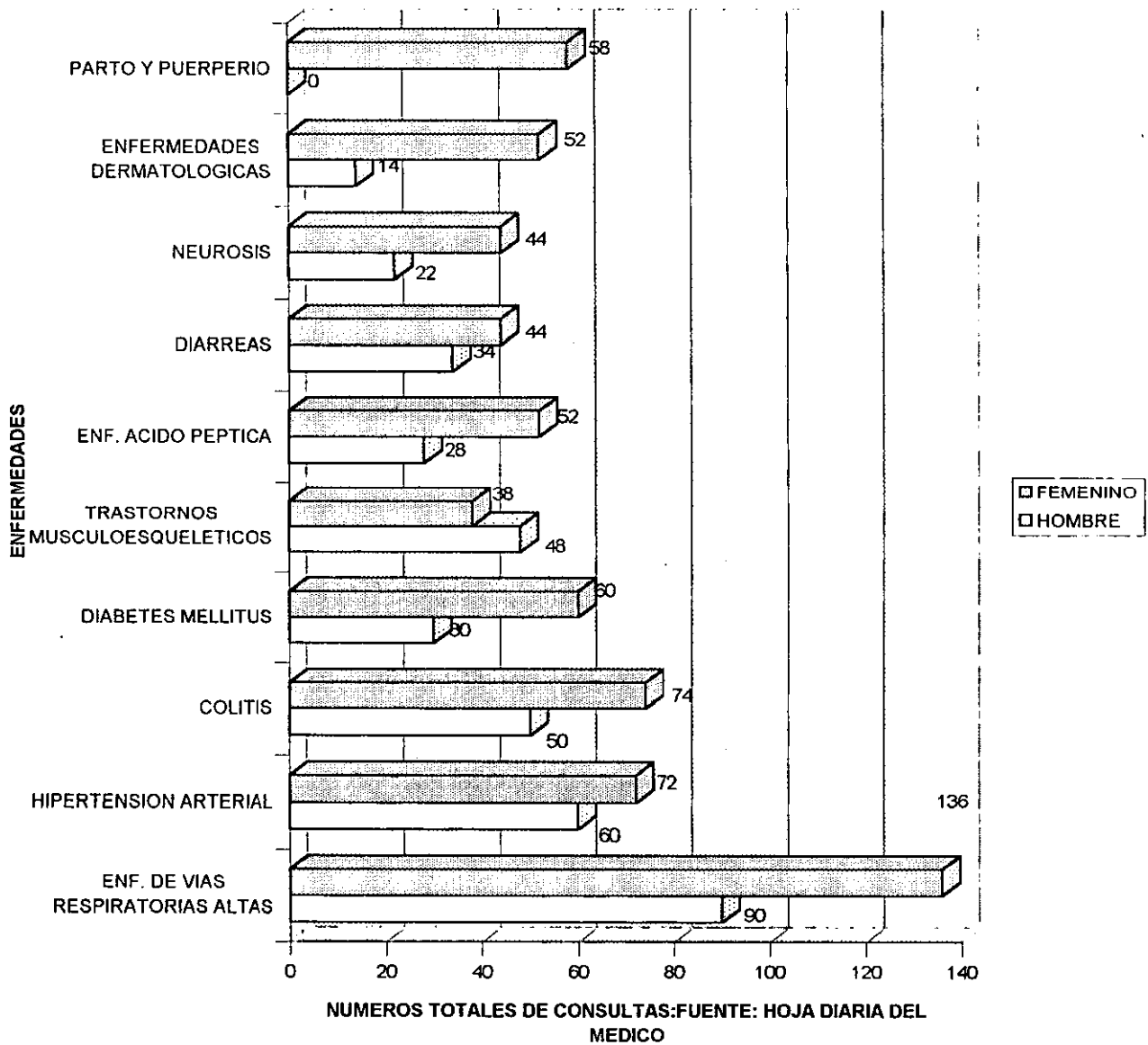
CUADRO 2

PRIMERAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA  
CONSULTORIO No. 1-B  
ENERO A DICIEMBRE DE 1997

No	DIAGNOSTICO	TOTAL		GRUPOS DE EDAD Y SEXO																												TOTAL							
				0-1		1 A 4		5 A 9		10 A 14		15 A 19		20 A 24		25 A 29		30 A 34		35 A 39		40 A 44		45 A 49		50 A 54		55 A 59		60 A 64			65 A 69		70 O MAS				
		1 vez	Subs	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F					
1	ENF. DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS	196	30	90	136	11	13	9	20	10	12	10	15	12	18	8	4	8	4	15	11	8	4	2	3	4	3	5	2	3	1	3	3	2	2	0	0	226	
2	HIPERTENSION ARTERIAL	14	118	60	72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	5	5	6	8	14	16	24	15	6	6	7	6	2	4	132	
3	COLITIS	26	98	50	74	0	0	0	0	5	7	7	9	8	5	8	4	4	9	6	6	8	3	7	3	4	4	3	2	4	3	2	2	1	0	0	0	124	
4	DIABETES MELLITUS	10	80	30	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	3	12	10	18	7	13	7	7	0	2	0	0	90	
5	TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS	6	80	48	38	0	0	0	0	0	2	5	2	8	6	8	8	7	4	4	2	4	3	2	3	3	3	3	2	2	0	2	1	1	2	1	3	0	86
6	ENF. ACIDO PEPTICA	18	62	28	52	0	0	0	0	0	1	2	3	4	6	8	8	3	3	4	8	3	3	3	8	1	2	0	4	0	3	0	3	0	2	0	0	80	
7	DIARREAS	70	8	34	44	9	8	8	12	4	6	2	4	2	6	3	1	3	1	0	3	1	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	
8	NEUROSIS	64	2	22	44	0	0	0	0	0	0	4	8	1	8	0	1	3	4	4	6	2	4	4	3	2	4	2	4	0	3	0	1	0	0	0	0	88	
9	ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS	58	8	14	52	2	6	3	4	1	2	0	3	2	4	1	4	1	3	0	3	0	4	2	6	2	3	1	4	0	2	0	1	0	2	0	0	88	
10	PARTO Y PUERPERIO	48	10	0	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	24	0	15	0	8	0	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	

**PRINCIPALES 10 CAUSAS DE CONSULTA EN HOMBRES Y MUJERES. PERIODO  
ENERO A DICIEMBRE DE 1997  
CONSULTORIO No.1 -B TURNO VESPERTINO**

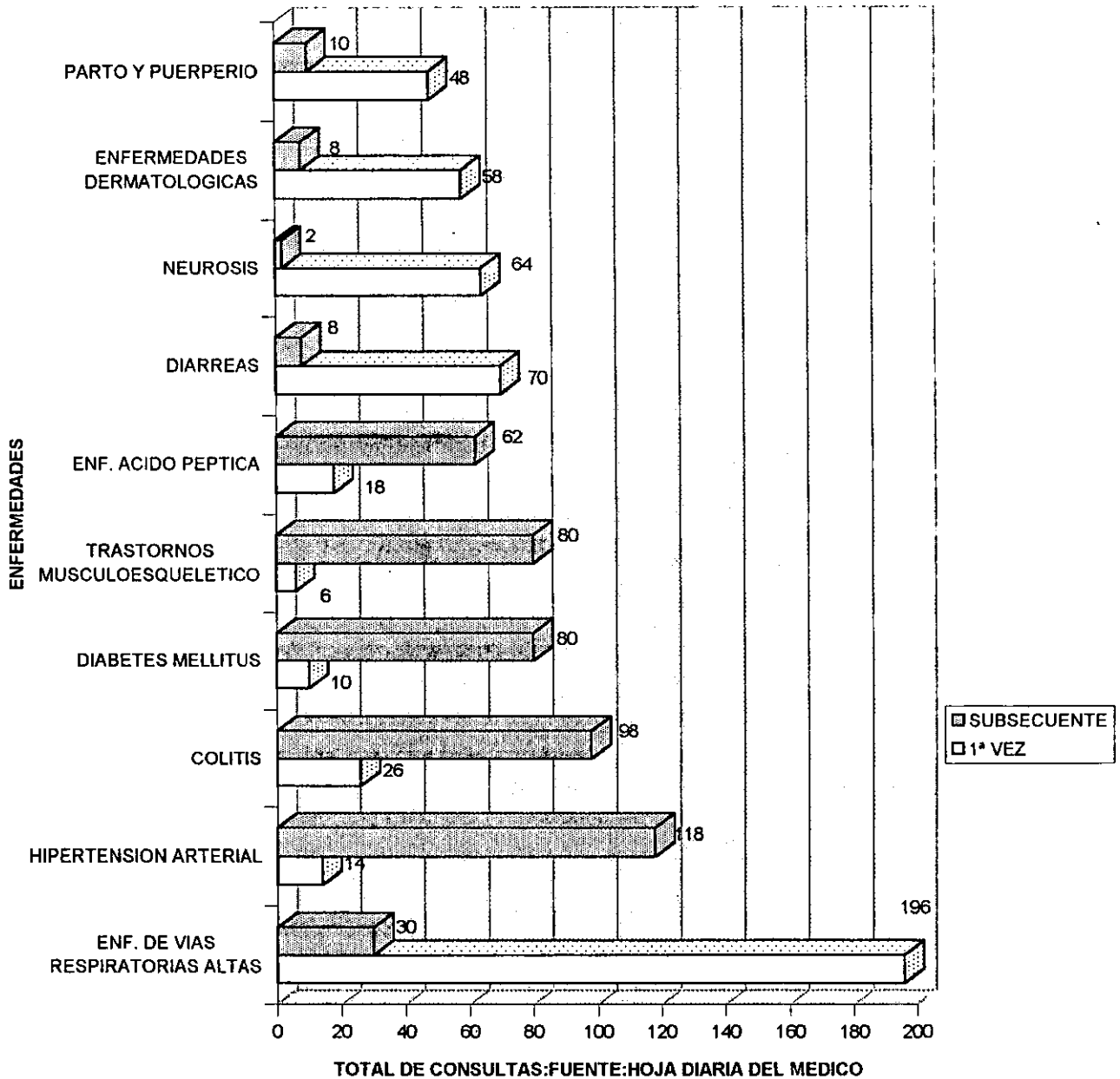
GRAFICO 20





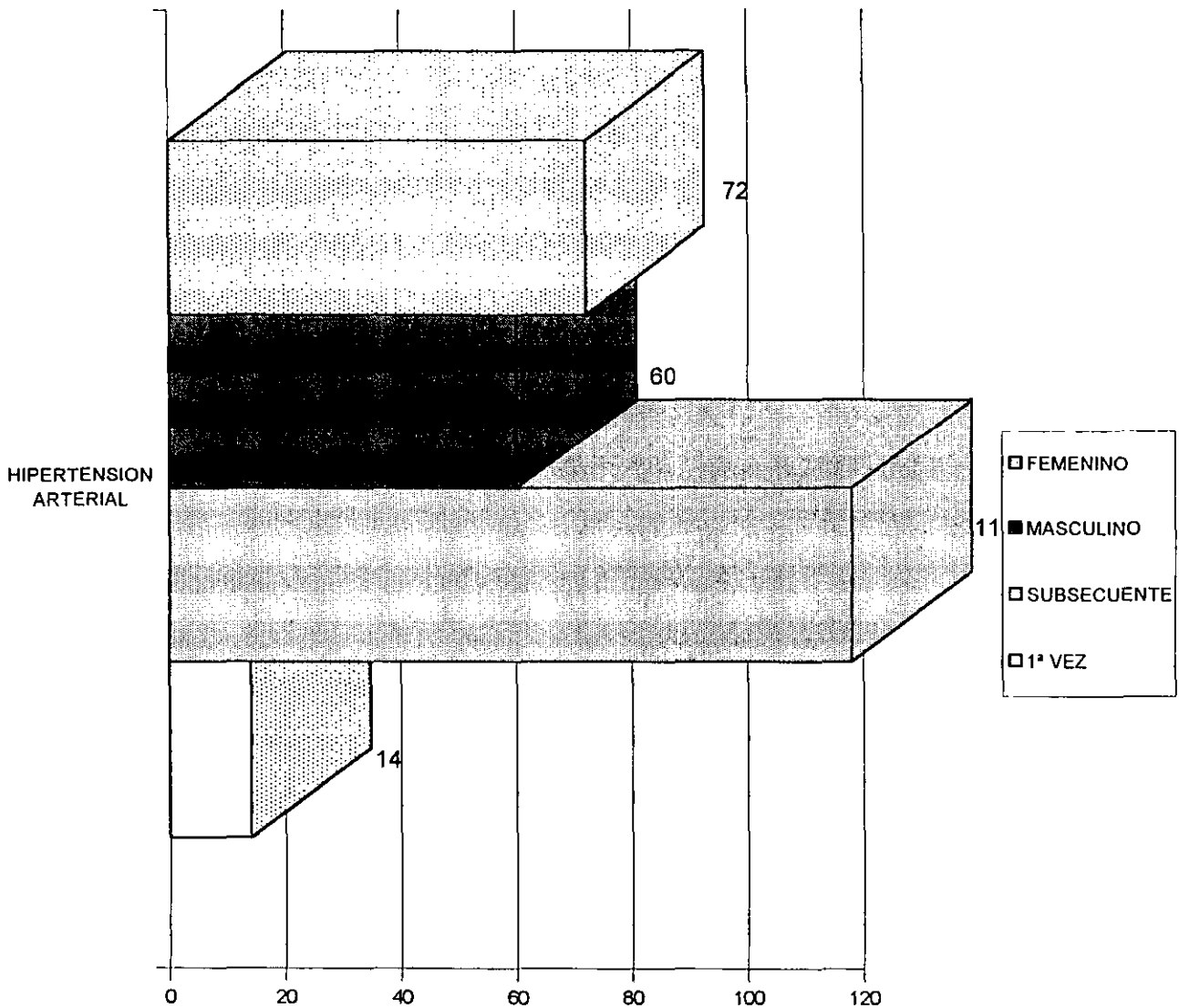
**PRINCIPALES 10 CAUSAS DE CONSULTA DE 1ª VEZ Y  
SUBSECUENTE. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997  
CONSULTORIO 1-B TURNO VESPERTINO**

GRAFICO 21



ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS DEL CONSULTORIO 1-B,  
 TURNO VESPERTINO. CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN CRISTOBAL  
 DE LAS CASAS, CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997

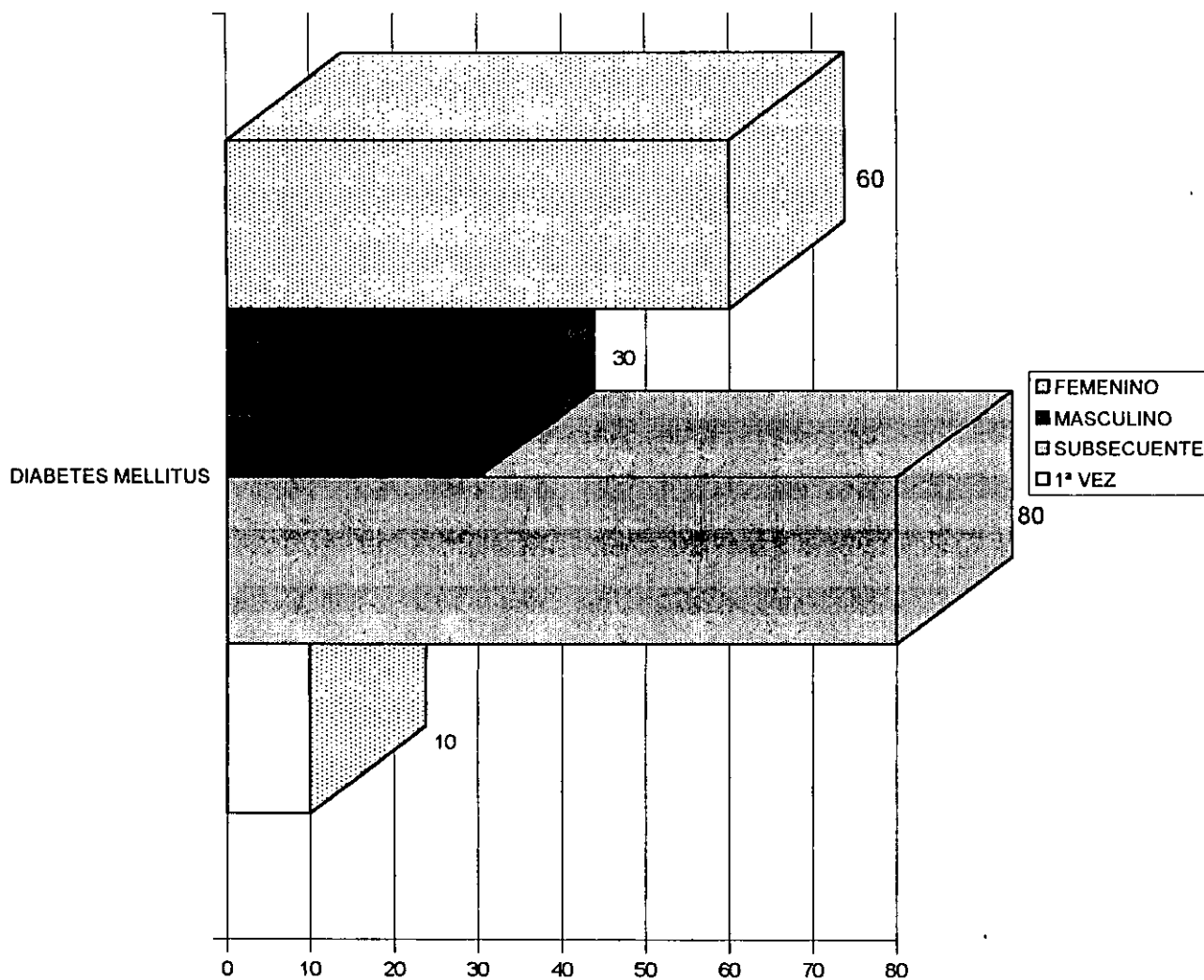
GRAFICO 22



FUENTE: HOJA DIARIA DEL MEDICO

ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS DEL CONSULTORIO 1-B  
 ,TURNO VESPERTINO.CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN  
 CRISTOBAL DE LAS CASAS,CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997

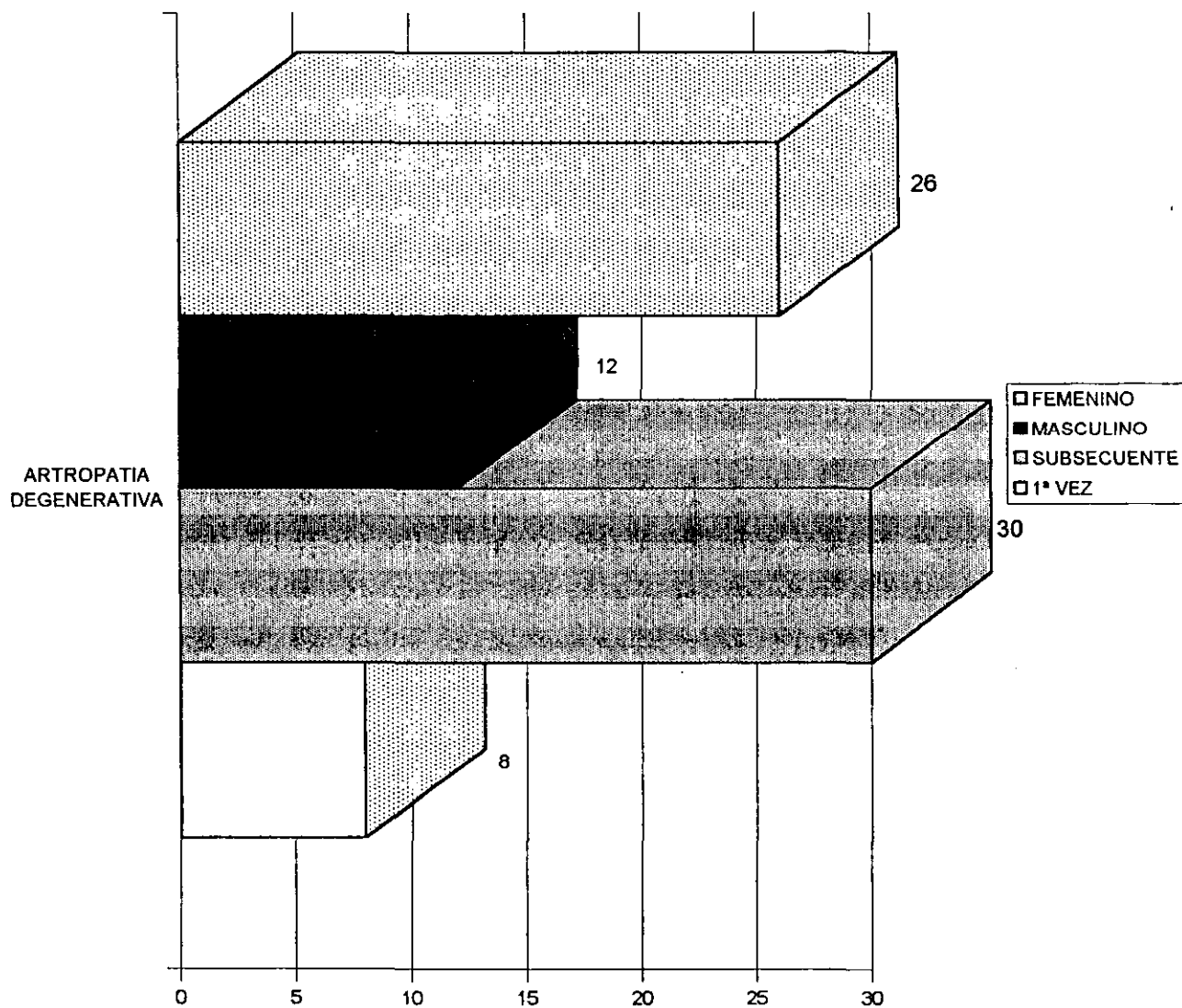
GRAFICO 23



FUENTE:HOJA DIARIA DEL MEDICO

ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS DEL CONSULTORIO 1-B  
 ,TURNO VESPERTINO.CLINICA HOSPITAL "D" DEL ISSSTE EN SAN  
 CRISTOBAL DE LAS CASAS,CHIAPAS. PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 1997

GRAFICO 24



## 10.- DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Los siguientes resultados se obtuvieron a través de la implementación de los núcleos familiares en el archivo clínico, de donde derivó la pirámide poblacional, sin embargo las características bio-psico-sociales-culturales y económicas surgen de la encuesta realizada a los diversos padres de familia adscritos al consultorio 1-b del turno vespertino(ver anexo 1)

Además en el presente trabajo de investigación, se deben de reconocer posibles deficiencias, puesto que es un trabajo descriptivo en una muestra no probabilística de n=100, tipo cuota sampling. Por tanto los resultados podrían haber sufrido sesgos inherentes a la población en estudio.

Siendo la familia, la institución básica para desarrollo cultural, a través del tiempo y para los estudiosos de la familia, la han clasificado desde el punto de vista social, en base a : su estructura, composición, tipología, y demografía. (35 Y 36). El presente estudio muestra un diferencia en relación a la literatura reportada, ya que encontré que la población adscrita al consultorio 1-b turno vespertino es 100 % urbana; esto , quizás sea debido al desarrollo social de estos núcleos familiares en comparación de la población abierta. En cuanto a su composición existe una similitud, ya que encontramos familias nucleares, compuestas y extensas, y en base al ciclo vital familiar tenemos que la gran mayoría se encuentra en fase de expansión, dispersión, independencia y retiro respectivamente. Por otra parte en base a su desarrollo ésta es, moderna en un 54 % y tradicional en el 46% , en su tipología, la mayoría de los núcleos, tanto hombres como mujeres son profesionales y la minoría es empleada, que difieren en algunas y se asemejan en otras , en gran medida a los estudios del Dr. Irigoyen Coria, Gómez Clavelina y colaboradores(1,2,12, 28,29,36,39)

## 11.- CONCLUSIONES.

El presente estudio, muestra claramente las características sociales, biológicas, culturales y económicas de las familias adscritas en el consultorio número 1 -b del turno vespertino, por otra parte cumple con los objetivos generales y los específicos, siendo los siguientes.

- 1.-Pirámide poblacional
- 2.-Identificación de grupos etareos por edad y sexo
- 3.-Identificación de los diferentes grupos de riesgo por edad y sexo
- 4.-Identificación del ciclo vital familiar, desde sus fases de matrimonio , expansión, dispersión, independencia y retiro.
- 5.- Las principales diez causas de consulta.

En conclusión fue posible lograr el objetivo general y el específico, que nos da la pauta para elaborar estrategias de acciones preventivas , de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. con lo que mejoraremos, los tiempos de espera por parte del paciente y una mejor relación médico paciente.

El presente estudio, es importante debido a que debe ser la base para tratar de mejorar la atención médica de una forma integral, sin embargo queda mucho por hacer, en virtud que se deben planear , a partir de ahora nuevas estrategias en beneficio de la población derechohabiente.

## 12.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Irigoyen CA.et.al. A cuarenta años de propuesta de atención médica familiar en el IMSS. Rev-Med. IMSS . 1993; : 287-291.
- 2.- Alarid HJ., Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. 1982; :
- 3.- López Salamanca S. Actuación del especialista en medicina familiar en la sociedad actual Rev-Med IMSS. 1995; : 317-320.
- 4.- Mazon Ramirez JJ. Et.al. La investigación en medicina familiaR, limitaciones y alternativas Rev-Med IMSS. 1995; : 223-226.
- 5.- Chavéz Aguilar H. El médico en la actuación primaria a la salud. Rev-Med IMSS. 1995; : 173-176.
- 6.- Chavéz Aguilar V., García Vargas A. La atención integral en medicina familiar. Rev-Med IMSS. 1995; : 167-171.
- 7.- Chavéz Aguilar V., Amaíz Toledo C. La salud colectiva: El papel de los grupos multidisciplinarios para la atención de la salud. Rev-Med-IMSS. 1994 ; : 443-445.
- 8.- De la Fuente R., La consulta médica y el médico familiar, relación médico paciente y psicología médica. Fondo de Cultura Económica. 117-221.
- 9.- Velasco Orellana R.,Chavéz Aguilar V., La disfunción familiar , reto diagnóstico terapéutico . Rev-Med-IMSS . 1994; : 272-275.
- 10.- Velasco Orellana R., Trascendencias y perspectivas de la medicina familiar a 22 años de establecida. Rev-Med-IMSS. 1995; : 61-63.
- 11.- Hernández Leyva B., Motivo de asistencia, expectativas y conceptos del derechohabiente en los servicios de urgencias de las unidades de medicina familiar.Rev-Med-IMSS. 1996; : 468-471.
- 12.- Irigoyen Coría A., et al . Fundamentos de la medicina familiar. 1996; :
- 13.- Chavéz HJ., El médico familiar y la familia. "Universo Médico" 1996;: 44-50.
- 14.- Gil Alfaro I., Pérez Hernández C., Factores que inciden en la utilización del servicio de urgencias en el primer nivel de atención. Rev-Med-IMSS. 1994;: 539-541.

- 15.- Cabrera Pivaral CE., et al. Ambiente de trabajo en una unidad de medicina familiar. Rev-Med-IMSS. 1994;: 543-548.
- 16.- Flores Hernández A., et.al . Satisfacción laboral en médicos de primer nivel de operación Rev-Med IMSS. 1994; : 549-552.
- 17.- Sánchez Mercado O., et.al. Analisis de algunas variables utilizadas en el programa de reconocimiento a la actuación de los médicos familiares y no familiares durante 1992. Rev-Med-IMSS 1994;: 553-556.
- 18.- Romero Cancio JA., et.al. Factores de la no utilización de detección oportuna del cáncer cervico uterino en medicina familiar. Rev-Med-IMSS. 1997; : 227-232.
- 19.-Gil Alfaro I., et.al . Estado actual del diabético en el primer nivel de atención.Rev-Med IMSS. 1992;: 359.
- 20.- Pedrón Nuevo N., et al. Conocimiento, aptitud y práctica del médico del primer nivel ante la dismenorrea .Rev-Med-IMSS. 1996;: 297-300.
- 21.- Altamirano García M., Factores de la dinámica familiar que influyen en la incidencia del TCE en niños. Res-Tes-Esp- Rev-Med-IMSS. 1994;: 567-576.
- 22.- Cuevas ML., et.al. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud-Pub-Mex. 1991; : 576-584.
- 23.- Varela CE., La medicina familiar como especialidad.Bol-Med-IMSS.1974;:401-408.
- 24.- Gil G., et.al. 3000 años de historia de la medicina.España 1986;: 8-56.
- 25.- López JM., Medicina, historia y sociedad.Barcelona; de Ariel 1969.



- 26.- Cerda OA., Marco teórico - metodológico para el abordaje integral de la salud familiar XII Simposium Nacional de Medicina Familiar de la AUREMFAC. 1986.
- 27.- Scandel G., La medicina en México, de la herbolaria azteca a la medicina nuclear. México. IMSS 1980.
- 28.- Irigoyen Coría., et.al. Diagnóstico familiar .México.Medicina familiar Mexicana 1995;: 105-109.
- 29.- Gómez Clavelina F., Diagnóstico de salud familiar,México.De. Medicina familiar Mexicana 1995;: 105-109.
- 30.- Catelazo A., Participación del médico familiar. Médico Familiar en las instituciones de salud.Bol-Med IMSS 1976;: 226-220.
- 31.- Sepúlveda GB,Méndez GB., Programa para la implantación del nuevo sistema médico familiar.Rev-Med-IMSS .1995;: 407-410.
- 32.- Gutiérrez CA., Evolución y estado actual de la medicina familiar en México.Rev-Med-Fam. 1990;: 87-106.
- 33.- Engels F., El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. De.Progreso 485-535.
- 34.-Espinoza Moreno B.,Características generales de la población derechohabiente. Med-Noticias .ISSSTE. 1998;: 16-17.
- 35.- Bronwn JB.,et.al. Long-term attendance at a family practice teaching unit: Qualitative study of patient views. Can-Fam-Phisician. 1997;: 901-6.
- 36.- Irigoyen Coría A. et.al. Fundamentos de la medicina familiar. 1996;: 5-6,15-21.

- 37.-García Lavandera LJ., Comparative study of normal and over-users of a health center Atención Primaria. 1996;: 484-9.
- 38.- Rosenblastt RA., Family medicine in four dimensions developing an ecobiopsycosocial perspective. Fam-Med. 1997;: 50-3.
- 39.-Gómez Clavelina FJ., Irigoyen Coría A., La medicina familiar y la investigación. Una perspectiva integradora. Fundamentos de la Medicina Familiar. 1996;: 143-49.
- 40.-Fryer GE., Stine C., Vojr C., Miller M., Predictor an profiles or rural versus urban Family practice .Fam-Med. 1997;: 115-8.
- 41.-Jiménez Mena C., Analisis de cobertura del programa de actividades preventivas y promoción a la salud en grupos de edad. Atención Primaria. 1993;: 269-272.
- 42.-Rodríguez M., Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria 1994;: 39-41.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

13.- ANEXOS

ANEXO 1

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia \_\_\_\_\_ casados ( )  
U. libre ( )

Años de unión conyugal \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que responde al test \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Edad del padre \_\_\_\_\_ Edad de la madre \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD DEL PADRE: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

DIU ( ) HORMONAL TABLETA ( ) HORMONAL INYECTABLE ( )  
OTB ( ) RITMO ( ) CONDON ( ) VASECTOMIA ( )

Número de hijos( hasta de 10 años de edad) \_\_\_\_\_

Número de hijos( de 11 a 19 años de edad ) \_\_\_\_\_

Numero de hijos) de 20 ó mas años de edad \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_

Tipo de familia (marque con una X )

Desarrollo: moderna ( ) Demografía Urbana ( )  
tradicional ( ) semiurbana ( )

Composición Nuclear ( )  
Extensa ( )  
Compuesta ( )

Ingresos Mensuales aproximados: < de 1 salario mínimo ( )  
de 2 a 3 salarios mínimos ( )  
3 o más salarios mínimos ( )

Ocupación de los padres de familia: \_\_\_\_\_

Etapas del ciclo vital familiar:

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

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_