



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

11226

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

138  
2ej

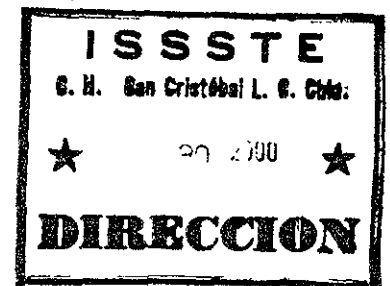
**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

*CLÍNICA HOSPITAL "D" SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.*

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN  
MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 4-A DEL TURNO  
MATUTINO DE LA CLÍNICA HOSPITAL "D" DEL I.S.S.S.T.E.  
EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DR. LEOPOLDO ALEJANDRO VILLAFUERTE AGUILAR

28/10/96

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS, MÉXICO 1999.



ISSSTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

**Título**

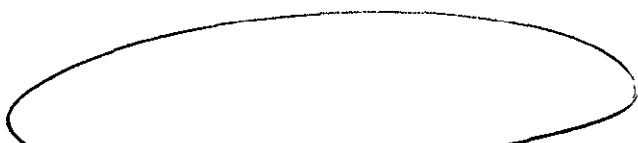
**Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar  
En el consultorio 4-A Del Turno Matutino  
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T. E  
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas**

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

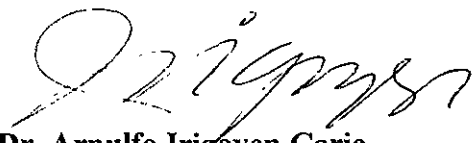
**Presenta:**

**Dr. Leopoldo Alejandro Villafuerte Aguilar**


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



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



**Dr. Arnulfo Irigoyen Coria**  
COORDINACION 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.

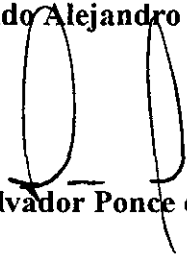
## Título

**Modelo Sistemático De Atención Médica Familiar  
En el consultorio 4-A Del Turno Matutino  
De La Clínica Hospital "D" Del I.S.S.S.T. E  
En San Cristóbal de las Casas, Chiapas**

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

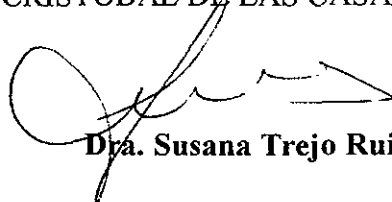
**Presenta:**

**Dr. Leopoldo Alejandro Villafuerte Aguilar**



**Dr. Salvador Ponce de León Castro**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERAL DEL I.S.S.S.T.E. EN  
SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS**

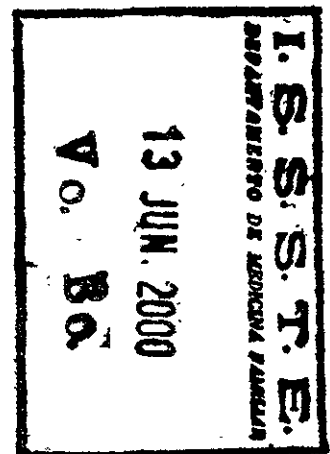


**Dra. Susana Trejo Ruiz**

**ASESOR DE TESIS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA U.N.A.M.**



**Dra. Leticia Esnaurrizar Jurado**



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

# ÍNDICE GENERAL

	Pag.
I. MARCO TEÓRICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
III. JUSTIFICACIÓN	16
IV. OBJETIVOS	17
IV.1. Objetivos generales	17
IV.2. Objetivos específicos	17
V. HIPÓTESIS	17
VI. METODOLOGÍA	18
VI.1. Tipo de estudio	18
VI.2. Población, lugar y tiempo de estudio	18
VI.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	18
VI.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	18
VI.5. Información a recolectar (variables de medición)	19
VI.6. Procedimiento para capturar la información	20
VI.7. Consideraciones éticas	20
VII. RESULTADOS	21
VII.1. Descripción de los resultados	21
VII.2. Cuadros y gráficas	24
VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS	45
IX. CONCLUSIONES	47
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
XI. ANEXOS	51

## I. MARCO TEÓRICO

### La familia

Existen en la literatura diferentes acepciones para éste término:

- a) Conjunto de personas o grupo social unido bajo el vínculo de parentesco, ya sea cultural de afinidad o civil. (1)
- b) Conjunto de ascendientes o descendientes, colaterales y afines de un linaje. (2)
- c) Del latín *famulus*, gente que vive en una casa, bajo la autoridad del señor de ella. (3)
- d) Conjunto formado fundamentalmente por una pareja humana y sus hijos, en sentido más amplio, también por las personas unidas a ellas por parentesco que viven con ellas. (4)
- e) Conjunto de todas las personas unidas por parentesco de sangre o político, tanto vivos como ya muertos.
- f) Con una tercera acepción que denomina Comunidad como conjunto de personas a las que se considera unidos por ideas, intereses, etc., comunes, siendo posible hablar entonces de “la gran familia humana”. (4)

Mencionaré además las definiciones que otorgan los Censos de Canadá y los Estados Unidos de América.

- a) El primero dice “La familia está compuesta por marido, mujer, con niños o sin ellos, que nunca se han casado o por un padre con uno o más niños, que tampoco se han casado y que viven bajo un mismo techo”. (5, 6)
- b) El segundo “Grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionados entre sí por sangre, matrimonio o adopción”.

Como sea, en todas las culturas, los conceptos de Padre, Madre e hijos como familia es la base de la sociedad, y ésta será tan fuerte como sus familias. La familia proporciona la salud y bienestar básico al individuo, es y sigue siendo la unidad primaria de la salud

La familia entonces, puede definirse como: **Grupo formado por padre, madre, e hijos, unidos por lazos de consanguinidad o no, que viven juntos y cuyas funciones son la organización social, atención, afecto, reproducción y otorgamiento de un estado.**

## CONCEPTOS Y GENERALIDADES SOBRE FAMILIA.

Según la opinión de Tafarelli, la palabra familia viene del latín *fames* que quiere decir hambre, pues una de las indicaciones que llena esta asociación es la de proveer a las necesidades cotidianas de la vida. Para Morante deriva de *famulus* (ciervo) originado de otra voz osca *famil* que significa esclavo, Rodríguez de Cepeda dice que la familia es el conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinados a un superior común y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural. (4, 5, 7)

Un criterio más amplio adoptado por el derecho positivo, en cuanto a sucesión y personalidad de donde la familia presenta tres componentes la *conyugal*, la *filial* y la *heril*. (4, 5)

El hombre encuentra en el aspecto privado de su vida, en la familia, la satisfacción de sus legítimas aspiraciones y afectos. Da lugar al nacimiento de nuevos seres que perpetúan la sociedad y procura el mantenimiento del orden social, sin el cual no se podría vivir. Es además la familia la depositaria y transmisora de las tradiciones sociales y políticas del pueblo.

Para que las familias cumplan el fin moral y sobre todo social es preciso que sean estables, es decir que vivan permanentemente en una misma localidad. Y de ser posible en una misma vivienda.

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FAMILIA

La evolución histórica de la familia ha sido ampliamente documentada desde el punto de vista socioantropológico, sin embargo es conveniente no perder de vista a la familia relacionada con el derecho.

Su clasificación socioantropológica consta de las siguientes fases:

**FASE I.-** Promiscuidad inicial. Aquí existe promiscuidad absoluta, nula reglamentación entre padres e hijos y el parentesco es señalado por línea materna.

**FASE II.-** Familia punalúa cuya característica es que los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otro grupo, es decir grupos completos unidos con otro.

**FASE III.-** Familia Sindiásmica. Cuya autoridad principal es matriarcal, existe una economía doméstica común. Coexisten varias parejas pero mantienen un grado de independencia.

**FASE IV.-** Familia patriarcal monogénica. Aparece la autoridad del jefe de familia, hay un importante desarrollo de la agricultura. El padre de familia, es el único propietario del patrimonio familiar. Se consolida como el representante religioso en el culto doméstico.

**FASE V.-** Familia extensa compuesta, es una forma de organización que se observa en sociedades de escaso desarrollo tecnológico.

**FASE VI.-** Familia extensa, en ésta las relaciones son entre abuelos, padres, primos y sobrinos. Es característica de la zona rural.

**FASE VII.-** Familia nuclear. Compuesta de padre, madre e hijos. Característica de la zona urbana. (5, 6, 8)

En su libro “**El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado**”, F. Engels, esquematiza del desarrollo de la humanidad de la siguiente forma: “Salvajismo, Barbarie y Civilización”. (1, 9)

Erich Fromm en su libro “**La Familia**” cuestiona algunos de estos conceptos sobre todo en lo referente a promiscuidad inicial.

Así también F. Engels en la “**Enciclopedia Universal Ilustrada**” refuta estos conceptos, aduciendo que la estructura materialista que hacia de la historia, suponiendo que en los tiempos primitivos todo era comunitario, incluyendo las mujeres. (4)

Desde el punto de vista del Derecho, citaremos a Roma, por ser considerada ésta la cuna del mismo. Aquí Accarias distingue cinco acepciones de la palabra familia entre los romanos.

- A) Conjunto de personas unidas entre sí por los vínculos de la organización.
- B) El *pater familias* y los individuos colocados bajo su potestad particularmente bajo su patria potestad ó manus.
- C) Individuos que proceden de un tronco común “cognados”.
- D) Del patrimonio en el conjunto de esclavos pertenecientes a una sola persona. (4, 11, 12)

Antes de Justiniano, siguió siendo la familia organización política y religiosa sometida a la autoridad del *pater familias*. La formaban cuatro clases de personas:

1. La mujer que entraba a la familia del marido “*in manu mariti*”
2. Las personas cedidas *in mancipium*
3. Los esclavos bajo las *patestas dominicus* y,
4. Los hijos en *protestate patria*. Fue por tanto, un estado particular unido por los vínculos del poder y más civil que natural. (11, 12)

Se mencionan que fueron dos posiblemente las razones que influyeron en la formación de la familia romana una de orden económico, social la otra.



A causa del Derecho de gentes y del Cristianismo, la familia romana varió por completo. Se igualan los cognados y agnados, adquieren los hijos derechos sucesorios y los agnados derechos oficiales, la misma mujer *in manu mariti*. Los poderes del *pater familias* con relación al sacerdocio, terminaron. Ya no es magistrado para resolver las cuestiones familiares, no pudiendo imponer a los hijos la pena de muerte, sino sólo corregirlos.

La familia es un orden esencial de la vida humana con fines sustantivos y propios, que sólo ella puede cumplir y, por tanto, necesitó ser condicionada y garantizada por el Derecho.

En la vida jurídica de la familia se muestran dos esferas de acción: una interior **derecho interno**, el derecho que sólo ella debe establecer y regir, sin intervención del Estado nacional. Y otra externa **derecho externo**, o sea la esfera de acción de las relaciones familiares en que la ley nacional puede intervenir y que comprende, no sólo ciertas relaciones de la familia con las personas individuales ó sociales extrañas á ellas, sino una buena parte de las relaciones de los miembros de una misma familia entre sí, al menos para su reconocimiento, respecto y sanción en la esfera de la ley general y positiva. (11, 12)

En las relaciones *conyugales* como en las *pater familias*, y aún en las meramente *parentales*, hay muchas aplicaciones y aspectos, que se substraen total ó parcialmente al influjo de la ley civil. Así por ejemplo, ninguna ley deberá pretender regular las prácticas y usos de la familia, pero en cambio, podrá y deberá amparar a los hijos contra los excesos en el ejercicio del poder paterno, a la mujer contra los abusos de la llamada autoridad marital. Como principios que deben fijar la acción del Estado en este punto diremos que la función del Derecho social, en orden de la esfera interna y derecho interno de la familia, debe consistir sólo en garantizar su cumplimiento y respetar la integridad de su aplicación, siempre que no se contravenga n los principios del derecho natural. Y en orden a la esfera exterior y derecho externo de la familia, no declararla, porque no es obra de ley, favorecer la realización de sus fines, y aún coadyuvar, en cuanto sea posible, a su cumplimiento, sin invadir indebidamente la esfera peculiar del derecho interno de la familia.

Reconocida la personalidad de ésta, es forzoso atribuirle todos los derechos a la personalidad inherente, compatibles con su naturaleza. Tales son, el *derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad personal, a la dignidad y al honor de la familia, a la propiedad*.

En México, en el artículo 4to. Constitucional, se establece que "*el varón y la mujer son iguales ante la Ley*". Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

*"Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"*.

*"Toda persona tiene derecho a la protección a la salud"*.

*"Toda familia tiene derecho a disfrutar de una vivienda digna y decorosa"*.

*“Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental”.* (13-15)

Estos preceptos destacan los postulados que deben prevalecer en nuestro país sobre paternidad responsable y el derecho de los menores a satisfacer sus necesidades primarias, de tal manera que todos los individuos que nazcan en nuestro país sean fruto de la libre decisión de sus padres, pero con el compromiso definitivo por parte de éstos de procurarles a aquéllos todo el bienestar de que puedan ser capaces. Debe reconocerse que en el último párrafo de estos preceptos se consagra un derecho humano fundamental: la **salud**. Cuya postulación es parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

## **FUNCIONES DE LA FAMILIA.**

Los problemas de adaptación que tiene las familias se relacionan con sus capacidades para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Se pueden especificar 5 funciones de ella:

1. Adaptación social.
2. Atención
3. Afecto.
4. Reproducción
5. Otorgamiento de estado. (5, 7, 16)

**1. ADAPTACIÓN SOCIAL:** La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar al lactante, durante los años, en que un individuo social capaz de participar por completo en la sociedad. El niño tiene que aprender un lenguaje, sus papeles en las diversas etapas de la vida, normar la conducta y sus esperanzas socioculturales, así como sus estructuras cognoscitivas importantes. La madre tiene la responsabilidad primaria de adaptar socialmente al pequeño a través de los años preescolares, y los hermanos y el padre tienen papeles de sostén durante este tiempo.

**2. ATENCIÓN:** Significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la familia. Las probabilidades de buena salud y vida prolongada se relacionan de manera directa con el estado socioeconómico de la familia. La respuesta a las demandas de cuidado dependen no solo del acceso de recursos sociales sanitarios y de bienestar, sino también del nivel de conocimientos de la familia. No solo la familia necesita conocer de qué servicios dispone, sino cuándo, cómo y en dónde utilizarlos.

**3. AFECTO:** La familia debe llenar las necesidades afectivas de sus miembros, porque las respuestas afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar. Los conceptos de necesidades o motivos básicos humanos, pueden intentar clasificarse como sigue: fisiológicas, hambre, sed, sexo, actividad física. De seguridad y protección. De pertenencia y amor, respuesta, afecto amor filial, necesidades de respeto. Autoactualización.

**4. REPRODUCCIÓN:** La función única de la familia consiste en reproducirse y producir reemplazos para la sociedad. Matrimonio y familia tiene por objetivo regular y controlar la conducta sexual. Lo mismo que la reproducción.

**5. ESTADO:** El otorgamiento de un estado en los niños es el establecimiento de derechos y tradiciones.

## **CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.**

Al describir las funciones familiares se utilizó un análisis estático. La familia se analizó en cuanto a cambios con el paso del tiempo. Los problemas familiares varían y, por tanto, también las prioridades de las funciones familiares. Las funciones familiares varían con el ciclo de vida de la familia. (5, 7, 16)

Existen cinco fases en dicho ciclo:

1. Fase de matrimonio.
2. Fase de expansión.
3. Fase de dispersión.
4. Fase de independencia.
5. Fase de retiro y muerte.

Estas fases asumen importancia variable para los miembros de la familia, conforme sus necesidades se relacionan con la edad y con los problemas particulares que afrontan en esos momentos.

**1. MATRIMONIO:** Cuando dos personas quedan unidas por un lazo, sus preocupaciones iniciales consisten en prepararse para un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de ambas personas, se alteran sus papeles, y se adoptan nuevas funciones. Uno de sus principales problemas es aprender a vivir juntos mientras se satisfacen uno a otro las necesidades básicas de su personalidad. Los tópicos primarios de preocupación son adaptación sexual, informes sobre el control de la natalidad e interacción de la personalidad.

**2. EXPANSIÓN:** La parte principal de la práctica del médico se dedica a las familias en esta fase. Educación prenatal, parto, atención postnatal, visitas de bienestar del lactante, reconocimiento temprano, manipulación adecuada de síntomas, inmunizaciones, asesoría de desarrollo infantil, planeación familiar e interacción familiar son sus preocupaciones principales.

**3. DISPERSION:** En esta fase, los padres tienen un trabajo triple para ayudar a sus hijos a que se adapten socialmente, a que desarrollen la autonomía, y a que satisfagan sus propias necesidades. En esta fase la familia debe adaptarse para que los hijos sean totalmente independientes.

**4. INDEPENDENCIA:** Conforme se dispersan los hijos, los padres tienen que aprender a volverse independientes de nuevo. En el reajuste, el matrimonio debe ser viable si se quiere que sigan satisfaciéndose sus necesidades. Para que la fase de independencia sea completa, los niños deben ser independientes mientras conserva, al mismo tiempo, los lazos que los unen con sus padres. Los nuevos adultos pueden tener la responsabilidad de cuidar a sus padres durante este tiempo.

**5. RETIRO Y MUERTE:** Hacer planes para el final de la vida familiar es tan difícil como hacerlos para su iniciación y, en general, se adopta este trabajo con mucho menos entusiasmo. Conforme aumenta la esperanza de vida en promedio, habrá más gente anciana que pasará más años con problemas médicos gravemente incapacitantes. Los problemas de atención de una pareja anciana son más difíciles que la atención de un pensionado viudo. Se han dado pocas consideraciones al proporcionamiento de cuidados a la unidad familiar en esta fase del ciclo de vida, durante la cual la gente tiene más probabilidades de vida en la pobreza a causa de la acumulación de problemas sanitarios y sociales.

## LA FAMILIA EN PROBLEMAS

Hasta este momento nos hemos referido al desarrollo y organización de la *familia normal*. Cada familia sufre una serie de crisis durante su ciclo vital. Probablemente la mayoría de las familias experimenten crisis graves antes de la fase de retiro y muerte, y durante la misma. La capacidad de la familia para ajustarse y afrontar estas crisis es tan importante como su capacidad para funcionar bien.

Durante cualquier crisis el médico de la familia debe ser un sostén al que pueda recurrir la familia. Debe estar a la mano, ser comprensivo y estar dispuesto a escuchar, aconsejar o consolar. Cada interacción de este tipo debe reforzar el enlace entre los pacientes de la familia y el médico, y preparar las cosas para una relación incluso más fuerte durante la siguiente crisis inevitable.

Se han distinguido cinco formas principales de desorganización familiar: *unidad familiar incompleta, disolución familiar deseada, familia vacía, crisis de origen externo y catástrofes interna*. (16)

**La ilegitimidad** es una forma de desorganización familiar por dos razones. Padre y madre potenciales no adoptan sus obligaciones de matrimonio y paternidad, y el embarazo fuera de lo ordinario implica falla de los padres en cuanto a orientación. Cuatro soluciones posibles para la ilegitimidad son castidad, control de la natalidad, aborto y matrimonio coercitivo. La primera prohíbe, la segunda previene, la tercera destruye y la cuarta proporciona legitimidad.

**Disolución familiar deseada**, anulación, separación, divorcio y deserción. Se trata de las formas reconocidas más comunes de desorganización familiar. En cualesquiera de ellos, los divorcios son un problema y las parejas que se están disolviendo se encuentran bajo gran tensión. (6, 16, 19, 20)

**La familia vacía.** En algún momento antes de la disolución, los individuos pueden vivir juntos con contacto y comunicación mínimos, y no satisfacen las necesidades personales y sociales básicas a los miembros de la familia. A menudo sería más benéfico para los miembros de la familia que la misma se disolviera en vez de soportar este tipo de vida.

**Crisis de origen externo.** La ausencia no deseada de un miembro de la familia. Se puede perder un miembro de la familia por muerte o encarcelamiento. La pérdida de un miembro de la familia significa que se tienen que reconstruir las relaciones entre los miembros restantes para compensar la pérdida individual.

**Catástrofes internas.** Fracasos principales no deseados. Los trastornos mentales, emocionales y fisiológicos graves producen fallas del papel. Aunque el individuo sigue presente, es incapaz de cumplir con sus obligaciones a causa de su incapacidad.

Las pérdidas a través de muerte o divorcio constituyen una fuente de tensión especial para la familia. Goode ha señalado algunos cambios particulares de la situación vital de la familia después de muerte o divorcio.

1. Suspensión de la satisfacción sexual.
  2. Pérdida de amigos, amor o seguridad.
  3. Pérdida de modelo del papel de adulto para que lo sigan los niños.
  4. Aumento en la carga doméstica de trabajo para la esposa, sobre todo en la atención de los hijos.
  5. Aumento de los problemas económicos, sobre todo si el esposo ha muerto o ha dejado la casa.
1. Redistribución de las labores y responsabilidades del hogar. (16, 19, 20)

Muerte y divorcio dan por resultado problemas psicológicos para toda la familia. Si no se proporciona ayuda suficiente para permitirles que se adapten, se producirán problemas de salud.

Las familias funcionan mejor cuando todos sus miembros están sanos, pero deben aprender a funcionar incluso cuando se trastorna la salud. El médico, ya sea directa o indirectamente, interviene en la familia siempre que trata a un individuo. Es su única oportunidad para convertirse en un miembro de la familia extraoficial que está fácilmente disponible cuando se le necesita. Es su responsabilidad ayudar a la familia a conservar la salud, percibir con facilidad los problemas y ayudarlo a afrontarlos con eficacia.

Para hacerlo así, debe aprender a conocer a cada paciente como persona aislada, a conocer a su familia, a enterarse del sitio que el paciente ocupa en la configuración familiar, y a entender las relaciones que tiene la familia con la comunidad. Si lo hace así será un médico familiar. La recompensa más grande del médico familiar es compartir el afecto de dicha familia.

En caso de que se sospeche de disfunción familiar será necesario proceder a evaluar el grado de alteración y los elementos de la función familiar que se encuentran afectados, Para estudiar el equilibrio familiar podemos recurrir a distintos métodos, como la entrevista clínica, el genograma, el estudio del ciclo vital, o cuestionarios para medir el apoyo social. Algunos tests miden directamente la función familiar, de entre ellos se recomienda al índice de Apgar familiar de Smilkstein por tratarse de una herramienta de rápido y fácil manejo, que no supone un aumento de carga de trabajo en la consulta. (20)

Por último no debemos olvidar que el conocimiento de una disfunción familiar obliga al médico de familia a poner en marcha medidas de intervención, que pueden ir desde la simple reactivación de los recursos familiares al asesoramiento, sin olvidar algunas formas de terapia familiar.

En México se conocen las funciones propias de una familia, tales como los requerimientos afectivos, psíquicos y materiales del núcleo en general, las carencias o alteraciones que se encuentran en las familias con quien tenemos relación en nuestra práctica médica, de esta manera se puede ubicar en **Funcional** y **Disfuncional**. Dentro de la **Funcionalidad** o **disfuncionalidad** familiar, podemos observar familias:

- A. Integradas:** son aquellas en que encontramos: un padre, una madre e hijos. Los primeros desarrollando su papel de suministradores de aspectos materiales, económicos, de cuidados y de afectos, como los requerimientos de los hijos. En la familia integrada debemos observar que cada uno de los miembros desempeña su rol como lo marca de acuerdo a su edad y lugar en la misma. No es solo el mantener unidos a todos los integrantes, es también su desempeño esperado. Este tipo de familia, que tiene la libertad para su desenvolvimiento dentro del grupo en forma interna, dará individuos que se sabrán comportar adecuadamente en la sociedad, fuera del hogar serán tan funcionales como dentro del mismo, y dará hijos que superen su desarrollo físico, intelectual y laboral favorablemente.
- B. Semi-integrada:** En el mismo hogar viven el padre, la madre, los hijos, pero con deficiencia en el desempeño del rol de uno de ellos. Generalmente afecta a toda la familia la falta de la colaboración en el hogar por parte del padre o de la madre, incurriendo en el incumplimiento de los satisfactorios propios a los hijos. También se da el caso del incumplimiento en las funciones de uno de los hijos, produciendo disturbios en el resto de la familia. De esta manera tenemos un hogar donde físicamente se encuentra un núcleo completo, pero funcionalmente uno o más integrantes son deficientes produciendo desunión y relaciones irregulares.

**C. Desintegrada:** Son familias en que existe solo el padre o solo la madre con los hijos, ya sea por el fallecimiento de uno de los dos, por situaciones sociales, por separación voluntaria o involuntaria, o por divorcio. En cualquiera de los casos, el cónyuge que queda a cargo de los hijos está carente del afecto, del aspecto sexual, del apoyo material, y no es capaz de dar a los hijos todo lo completo que requieren para su desarrollo emotivo, físico, psíquico redundando en el bajo rendimiento intelectual y laboral. (15)

Es frecuente en el patrón de organización de la disfunción familiar severa encontrar un padre excesivamente dominante, psicótico o límite, estas familias tienen un tipo de comportamiento caótico, negativista y con carencia afectiva, negación de la problemática; con frecuencia son familias generadoras de delincuentes y de individuos sin capacidad social. Diversos autores coinciden en que algunas patologías orgánicas tienen como sustrato la disfunción familiar, como es el caso de la drogadicción, homosexualidad, algunos casos de desnutrición infantil y síndrome del niño maltratado. Algunas patologías por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras, como el alcoholismo, el síndrome de Down, las enfermedades terminales y neoplasias malignas. El clínico está obligado a investigar la existencia de la disfunción familiar en aquellos pacientes que manifiestan somatizaciones y en los casos de neurodermatitis, cefaléas sin sustrato orgánico, HA crónica, precordalgias en corazón sano, neurosis, síndrome ulceroso, entre otros (15)

## **EL MÉDICO Y SU PAPEL EN LA MEDICINA FAMILIAR.**

Los médicos reconocen que su mayor preocupación no es ya la enfermedad, y que su mayor oportunidad se encuentra en estar enterados de los patrones de la conducta sana. Ya no se pueden separar las dimensiones de salud de mente y cuerpo y la enfermedad. La conducta sana se aprende, la familia es la fuente primaria de dicho aprendizaje.

Si la salud se considera proceso, se verá con más claridad la importancia de la familia para determinar la conducta sana.

Ian R. McWhinney ha intentado colocar a la familia, en la medicina familiar, a través del concepto de **ecognosis**. En tanto el diagnóstico es la utilización de las ciencias médicas básicas y clínicas para certificar los síntomas y resolver los problemas, la ecognosis tiene que ver con la formación de la conducta de enfermedad, y la manera en que debe tratarse. Significa tratar de determinar por qué el paciente se presentó con los síntomas, cuándo lo hizo, cuál es la queja real del paciente, y por qué fallaron sus respuestas de adaptación al ambiente. Para hacerlo el médico debe conocer las interacciones que existen entre individuo y su familia, y el modo en que estas interacciones afectan la conducta de salud.

El médico familiar es un individuo humanitario que ha adquirido conocimientos y habilidades profesionales, y que es el responsable de tratar al paciente. Da ayuda y atención comunicándose con su enfermo, diagnosticando su enfermedad, y tratándolo y trabajando con él para ayudarlo a ayudarse a sí mismo dentro del ambiente del paciente y del ambiente del médico.

El médico familiar es también humano y tiene limitaciones, como restricciones de tiempo y falta de adiestramiento especializado en algunos campos de la medicina. La orientación del médico familiar hacia el paciente en forma global no resolverá todas sus dificultades, pero sí ayudara a disminuirlas.

Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud, como un estado de bienestar total en sentido físico, psicológico y social. Agregaría y económico. La enfermedad, por otra parte, es un estado de descompensación, manifestado por la solicitud de ayuda o por la incapacidad para ejecutar los papales aceptados. La enfermedad se debe a homeostasia física, psicológica o cultural inadecuada en el individuo o en su familia.

Paciente es la persona enferma, o que cree que está enferma, en peligro de enfermedad o en peligro de morir. El paciente, como persona global, tiene modos, autocrítica, prejuicios, conceptos, opiniones y actitudes que influyen en la manera en que percibe o capta y rechaza la situación en que se encuentra. El paciente busca tiempo y oportunidad para lograr ser escuchado en forma comprensiva por el médico al cual puede relatar sus problemas, y del que puede recibir satisfacción y tranquilización comprensiva lo mismo que atención médica.

La orientación de la medicina familiar hacia el paciente de manera global requiere que se conozcan las influencias socioculturales y su impacto en la salud del individuo. La medicina familiar debe proporcionar sostén amplio y continuo de la salud para el paciente en todos sus aspectos. Si queremos que se satisfagan estas necesidades de manera adecuada tanto para el paciente como para el médico, habrá que pensar más allá de la entidad patológica. Afectos y emociones, lo mismo que esperanzas de familia y comunidad que afectan a la salud y a la enfermedad deben ser parte de las preocupaciones del médico familiar. Este debe reconocer las esperanzas socioculturales que establecen, de manera sistemática, la conducta tanto del paciente como del propio médico.

El papel para el desarrollo profesional del médico familiar será el de lograr satisfacer las expectativas sociales, para ello se precisan cuatro funciones básicas que se deben cumplir:

**1. Incrementar el nivel de salud.-** El médico familiar debe convertirse en guía y asesor del personal para la atención de la salud y dirigir con efectividad las estrategias para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con un enfoque básicamente anticipatorio, donde las acciones del fomento a la salud sean prioritarias.

**2. Otorgar atención médica integral.-** Este debe dirigirse a la procuración del rápido restablecimiento de salud. En aquellas personas que la han perdido. Para lo cual se generarán acciones basadas en el Diagnóstico correcto y temprano, el establecimiento oportuno de la terapéutica adecuada, la limitación del daño y la instalación de las medidas de rehabilitación correspondiente.



**3. Participar en el proceso de educación médica.-** Se propiciara la conservación de un alto nivel de acción profesional al procurar su educación continua y actualización sin olvidar mantener la función de enseñar a otros sus experiencias y conocimientos.

**4. Realizar investigación médica.-** Debe ser congruente con las necesidades de salud de la población y dar respuesta a los problemas que surjan durante el proceso de atención a la salud. Los resultados deben ser prácticos y facilitar la toma de decisiones en el nivel operativo.

## **DIAGNÓSTICO DE SALUD FAMILIAR.**

El diagnóstico de salud familiar es una parte importante de las actividades que realiza el médico familiar, este diagnóstico se fundamenta en los tres ejes de sustento de ésta especialidad, la continuidad de la atención médica, la acción anticipatoria y el estudio de la familia.

**Continuidad de la atención médica:** Implica un esquema de seguimiento del proceso de salud enfermedad en los integrantes de una familia y, por esta razón, el diagnóstico de salud familiar no puede obtenerse en una sola entrevista clínica. Como consecuencia de la continuidad de la atención, se lleva a cabo un seguimiento de la evolución de las enfermedades que afectan a los individuos, las cuales necesariamente repercuten en el grupo familiar.

**Acción anticipatoria:** Se fundamenta en un enfoque de riesgo que contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto enfermedad. El enfoque de riesgo brinda, la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades desde una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

El diagnóstico de salud familiar, como ya se ha identificado, se realiza a lo largo del otorgamiento de la atención médica, y está estructurado en un orden lógico que facilita su desarrollo y comprensión. El diagnóstico de salud, se justifica cuando se detectan eventos a lo largo del ciclo vital familiar que contribuyen a la presencia de disfunción familiar.

**Atención primaria a la salud:** La atención primaria a la salud es desde hace varios años la estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud, para poder elevar el nivel de salud de la población. La atención primaria a la salud es una estrategia para garantizar la salud de la población y alcanzar el desarrollo, tanto económico como social, incluye tanto acciones que inciden en forma directa como indirecta en la salud. Estas acciones son las que atañen a los servicios asistenciales de salud y entre éstas destacan aquellas que deben dirigirse a la comunidad.

Una característica de estas acciones, es que tienden a disminuir los factores de riesgo a través de programas de acción sistematizada, en la cual se incluyen tanto el equipo de

salud, al individuo y, a la comunidad, de modo que se responsabilicen del cuidado de su salud.

## **SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR.**

El Plan Nacional de Desarrollo de 1995 a 2000, considera a la salud reproductiva y a la planificación familiar como ejes estratégicos para el desarrollo del país.

La implantación del programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se articula con el proceso de descentralización de los servicios de salud y se enriquecen con el nuevo modelo de atención a la salud para la población abierta, con lo que se garantiza el acceso a la información oportuna y a servicios de calidad.

Para asegurar la ampliación de cobertura, se ha diseñado un paquete básico de servicios de salud, un conjunto de intervenciones irreductibles en materia de salud a los que toda persona tiene derecho y dentro del cual la salud reproductiva es un componente esencial junto a la medicina preventiva y la nutrición.

### **Planificación Familiar**

El descenso de la tasa global de fecundidad ha ocurrido en México esencialmente a expensas de la práctica de métodos anticonceptivos. La prevalencia del uso de estos, aumento del 30 por ciento registrado en 1976, a casi el 64 por ciento de las mujeres en edad fértil en 1994. (22)

El programa de Planificación Familiar se ha fortalecido en los últimos años con la incorporación a nivel interinstitucional de estrategias puntuales para la provisión de métodos anticonceptivos seguros, efectivos, aceptables.

Debe destacarse la amplia cobertura del programa de contraceptivos post-evento obstétrico post-parto, trans y post-cesárea, post-aborto, el utilizar métodos que no interfieran con la lactancia materna, representa una oportunidad de encuentro con el programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre. El uso del Dispositivo Intrauterino medicado con cobre ha contribuido a aumentar el espacio intergenésico.

La cobertura anticonceptiva post-evento obstétrico ha tenido un discreto avance en los últimos años, en 1994 alcanzó en 51% en el sector público. (22)

La incorporación reciente de la vasectomía sin bisturí que se ofrece en el primer nivel de atención, ha logrado una creciente demanda en la población masculina tanto en el ámbito urbano como el rural.

La provisión de información y servicios de salud sexual y anticoncepción para los adolescentes, representa un punto de encuentro con otros pilares de la salud reproductiva,

como la prevención y manejo de enfermedades de transmisión sexual y la salud integral para éste grupo etáreo.

Durante los últimos años se ha implantado y fortalecido la comunicación educativa y social en planificación familiar, así como la capacitación en tecnología anticonceptiva, incluido el proceso de orientación consejería. Estos elementos constituyen un factor esencial para brindar información veraz y servicios de calidad que permite a las parejas ejercer el derecho a decidir de manera responsable y libre el número y espaciamiento de sus hijos.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce el primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar programas de actividades de **promoción a la salud**, preventivas y terapéuticas, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua, siguiendo con frecuencia las orientaciones de su médico.(26)

El concepto de promoción a la salud es bastante diferente del de educación sanitaria y de prevención de la enfermedad. Aunque se parece en muchos aspectos y se solapa con ellos. La educación sanitaria implica la comunicación de información, la interpretación de conocimientos técnicos, el reforzamiento de estilos de vida positivos y el desmentir mitos. Una parte de su objetivo es la prevención de la enfermedad, educación sanitaria es el primer paso para la promoción de la salud.

La promoción de la salud combina los objetivos de la prevención de la enfermedad con las técnicas de educación sanitaria. En otras palabras, la promoción de la salud es una combinación de estrategias tanto sencillas como complejas que aumentan el bienestar físico, mental, social, económico o general. (27)

La educación del paciente esta siendo reconocida como uno de los aspectos más importantes de la práctica familiar. Durante la consulta o la visita domiciliaria, el medico familiar tiene la oportunidad de promocionar la salud, a fin de proporcionar mayor conocimiento del proceso de conservar la salud, del proceso patológico, mejorar el cumplimiento de las órdenes médicas y reducir factores de riesgo en el estilo de vida.

La encuesta del "Presidents Committe on Health Education", que se llevo a cabo en los Estados Unidos en 1972, recalca que la educación para la salud puede desempeñar un papel importante para hacer que el actual sistema para la atención de la salud trabaje mas eficazmente, sin embargo, para desarrollar este potencial, muchas personas, incluso el paciente deben recibir y aceptar- mayores responsabilidades. (23, 24)

Por lo anterior se deduce lo siguiente: ¿Cuáles son las características sociomédicas y las principales causas de morbilidad de las familias adscritas al consultorio 4-A de la Clínica Hospital del ISSSTE en San Cristóbal de Las Casas, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997?

### III. JUSTIFICACION

Establecer programas de promoción a la salud, en el consultorio 4-A de medicina familiar del turno matutino, que impacten sobre el estilo de vida, organización familiar, trabajo y medio ambiente, de tal forma que repercuta en la conservación de salud en el núcleo familiar, y/o que disminuya las complicaciones de una enfermedad presente. Para ello es necesario reconocer las características de su pirámide de población, la estructura de sus núcleos familiares, realizar un diagnóstico de familia, y conocer las principales causas de consulta, clasificando entonces los grupos de mayor riesgo para enfermedades infecto contagiosas, crónico degenerativas, salud, riesgo reproductivo, etcétera. Optimizando de esta forma los recursos para mejorar la atención, disminuir tiempo de espera, agilizar el uso de archivo clínico y justificar plenamente las referencias hacia otros niveles de atención.

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

Siendo necesario que el médico familiar a cargo de la población adscrita al consultorio 4-A del turno matutino, conozca las características sociomédicas de su población en riesgo, tanto para enfermedades infecciosas, agudas y crónicas degenerativas, como para la salud reproductiva en los diferentes grupos etáreos.

Y así poder proponer el modelo de atención médico familiar con actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo y a la familia.

Sin embargo, no es posible llevarla a cabo por no contar con los recursos económicos y la falta de sensibilidad humana de los compañeros de la propia institución.

## **IV. OBJETIVOS**

### **IV.1. Objetivo general**

1. Determinar las características biosociales y las principales causas de morbilidad en la población adscrita al consultorio 4-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997.

### **IV.2. Objetivos específicos**

1. Determinar la pirámide poblacional mediante grupos etáreos por edad y sexo que conforman la población derechohabiente adscrita a dicho consultorio; así como a la población en riesgo tales como la infantil, la población en edad fértil y la población anciana.
2. Determinar la edad, escolaridad y ocupación de los padres de familia, así como el número de hijos y el método de planificación familiar más utilizado.
3. Identificar las estructuras sociales familiares predominantes, tales como: estado civil, ciclo vital, composición, desarrollo, tipología e integración familiar, así como el ingreso económico percibido.
4. Conocer las diez principales causas de atención médica en dicho consultorio.

## **V. HIPOTESIS**

No se requiere por ser un trabajo descriptivo.

## **VI. METODOLOGIA.**

### **VI.1 Tipo de estudio**

El presente trabajo es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Fundamentado básicamente en:

1. Censo poblacional.
2. Estudio de la comunidad.
3. Identificación de las causas de consulta.

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

Población derechohabiente adscrita al consultorio No. 4-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Periodo del 1° de marzo al 30 de julio de 1998.

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

Para la FASE 1 se tomó como muestra a toda la población adscrita al consultorio 4-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, realizando el censo poblacional.

Para la FASE 2, el tipo de muestra no es probabilística en muestreo por cuotas (cuota sampling). El tamaño de la muestra es de 100 familias adscritas al consultorio 4-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, realizándose el estudio sistemático familiar.

Para la FASE 3 la muestra fue el total de consulta otorgadas en el consultorio 4-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, mediante las hojas del reporte diario del médico del año anterior, es decir, del 1° de enero al 31 de diciembre de 1997.

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

**Inclusión:** Población derechohabiente usuaria asignada al consultorio 4-A que cuente con expediente clínico y acepte participar en las encuestas, demostrando su entusiasmo y contando con la mayoría de edad, específicamente dirigida a padres de familia.

**Exclusión:** Población no derechohabiente y/o no usuaria del consultorio 4-A del turno matutino

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

#### **VI.5 Información a recolectar (variables de medición)**

Para el censo poblacional las variables son tanto de tipo cuantitativas como cualitativas, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal para las segundas, según sea el caso.

Las variables a considerar son:

1. Número total de individuos
2. Número total de individuos del sexo masculino
3. Número total de individuos del sexo femenino
4. Número total de individuos del sexo masculino por grupos etáreos
5. Número total de individuos del sexo femenino por grupos etáreos.

Los grupos etáreos se establecen con una amplitud de con clase de cinco años.

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

1. Nombre de la familia.
2. Estado civil.
3. Años de unión conyugal
4. Escolaridad del padre y madre.
5. Edad del padre.
6. Edad de la madre.
7. Ocupación de los padres de familia: profesional, empleado, hogar.
8. Número de hijos hasta de 10 años de edad.
9. Número de hijos de 11 a 19 años de edad.
10. Número de hijos de 20 años o más.
11. Tipo de familia: moderna, tradicional.
12. Etapa del ciclo vital de la familia: expansión, dispersión, independencia y retiro.
13. Ingreso económico: menos de 1 salario mínimo (bajo), de 1 a 2 salarios mínimos (medio), 3 o más salarios mínimos (alto).



14. Método de planificación familiar: DIU, hormonales orales e inyectables, locales, definitivos.

Para la identificación de las causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal a las cuales corresponden los diez primeros motivos de consulta por grupo de edad y sexo.

#### **VI.6 Procedimiento para capturar la información**

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

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

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

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

#### **VI.7 Consideraciones ética.**

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

## VII. RESULTADOS

### VII.1 Descripción de resultados

El estudio se llevó a cabo en tres fases:

#### FASE 1. Descripción del censo poblacional

La población total adscrita al consultorio 4-A del turno matutino es de 2,403 individuos de donde 1,289 son del sexo femenino (53.64%) y 1,114 son del sexo masculino (46.36%); de donde se identifican 730 núcleos familiares (cuadro 1).

La población más abundante esta representada por el grupo etáreo entre los 0 y 9 años de edad, con 665 niños (10.36%), de los cuales 114 son niñas (4.74%) y 135 son niños (5.62%); mientras que la población menos abundante se encuentra en los individuos menores de 1 año con 14 bebés (0.58%) de los cuales 6 son del sexo femenino (0.25%) y 8 del sexo masculino (0.33 %) (cuadro 1 y figura 1).

La población infantil en riesgo de sufrir fiebre reumática, es decir de 5 - 15 años está representada por un total de 494 individuos (20.55%), de donde 233 son niñas (9.09%) y 261 son niños (10.86%). La población con riesgo de presentar cuadros crónico degenerativos esta representada por 703 individuos (29.35%), siendo 386 mujeres (16.06%) y 317 varones (13.29%) (cuadro 1 figura 1).

El grupo femenino en edad fértil ( 15-19 años) consta de 744 mujeres (30.96%) siendo el grupo etáreo entre 35-39 años el de mayor incidencia con 138 mujeres (5.74%) y el de 45-49 años el de menor incidencia con 66 mujeres (2.75%). La población senil de más de 70 años esta representada por un total de 115 personas (4.79%) de donde 64 son mujeres (2.66%) y 51 son hombres (2.12%) (cuadro 1 figura 1).

#### FASE 2. Descripción del Estudio Sistemático Familiar:

De acuerdo al **estado civil**, las parejas que conforman las familias en estudio se encuentran casadas en un 62%, en unión libre se encuentran un 25%, un 3% se encuentran divorciadas, un 4% en viudez y el resto 7% son solteros (Gráfica 2).

En relación con los **años de vida conyugal** que han sostenido las familias se observa una media de 10.39 años con una desviación estándar de 10.64 años. La **edad de los padres** presenta una media de 40.89 años con una desviación estándar de 12.73 años; mientras la **edad de la madre** tiene una media de 37.99 años con una desviación estándar de 12.58 años. Una media de 0.91 hijos con una desviación estándar de 1.11 hijos presentaron aquellas familias con un **número de hijos** de hasta 10 años de edad, mientras que la media para aquellas familias con un número de hijos de entre 11 y 19 años de edad fue de 0.90 hijos con una desviación estándar de 1.25 hijos, por otro lado la media para las familias con

un número de hijos de entre 20 o más años de edad fue de 1.11 hijos con una desviación estándar de 1.95 hijos. (Cuadro 2)

La **escolaridad** de los padres de familia esta representada por un 49% para la educación superior, el 19% cuenta con la educación media superior o técnica, el 6% cuenta con la educación media, para la educación básica es del 18% y el resto con 8 % no cuenta con ningún tipo de preparación. (Gráfica 3)

De acuerdo a la **ocupación de los padres de familia**, el 55% se dedica a alguna actividad de tipo profesional (de donde el 37% representa al padre y el 18% a la madre), el 1% realiza una actividad técnica exclusiva para el padre, el 3% son empleados (2% representa al padre y 1% a la madre), el 8% tiene una actividad no identificada en la cual el padre no quiso proporcionar la información, el 1% de los padres es jubilado, mientras que el restante 31% de la ocupación esta representa por la madre en las actividades propias del hogar. (Gráfica 4)

Las familias con un **ingreso económico** de menos de un salario mínimo (bajo) alcanzó el 6%, aquellas familias con un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos (medio) fue de 38% mientras que aquellas familias con un mejor ingreso de 3 o más salarios mínimos (alto) fue de 56%. (Gráfica 5)

En lo que respecta al **ciclo vital** de las familias, el 45% se encuentra en la etapa de dispersión, el 15% en la de independencia, el 23% en la de expansión mientras que el 17% en la etapa de retiro; ninguna familia se encuentra en la etapa de matrimonio. (Gráfica 6)

En relación a su **desarrollo** (Gráfica 7), el 50% de las familias estudiadas son del tipo tradicional mientras que el otro 50% son del tipo moderno. La **demografía** es netamente urbana con un 100%. (Gráfica 8)

De acuerdo a la **composición**, el 85% de las familias son nucleares, el 10% son extensas y la menor proporción restante con un 5% son compuestas. (Gráfica 9)

El 59 % de las parejas estudiadas no maneja ningún **método de planificación familiar**, mientras que el método más utilizado se observa en las mujeres con el DIU en un 11 % al igual que la práctica de la OTB con un 10 %, el 7 % utiliza el anticonceptivo oral al igual que el inyectable, el 3 % de las parejas utiliza el ritmo como método de planificación, no se detectó ningún hombre que se haya practicado la vasectomía, sin embargo un 3 % utiliza el condón. (Gráfica 10)

El **estado civil y el ingreso familiar** presenta cierta relación, en lo que respecta a las parejas casadas el 26% (26 parejas) cuenta con un ingreso económico alto, el 33% cuenta con un ingreso medio (33 parejas) y únicamente el 3% logra un ingreso bajo (3 pareja las parejas divorciadas cuenta con un ingreso alto en un 3% (3 parejas), los solteros también cuenta con un ingreso alto en un 7% (7 parejas), las parejas en unión libre el 17% tienen un ingreso alto (17 parejas), 5% cuenta con ingreso medio (5 parejas) y el restante 3% presenta

un ingreso económico bajo (3 parejas), el ingreso destinado a la pareja que enviudó cuenta con un ingreso alto en un 3 % (3 personas). (Gráfica 11)

El **método de planificación familiar** adoptado por las parejas que integran las familias estudiadas se puede relacionar con la **escolaridad** de las mismas, de esta manera se observa que la mayor parte de las familias en sus distintos niveles de educación no maneja ningún método de planificación familiar (51%, es decir 51 parejas), el método más usado es el del DIU y las hormonas inyectables con un 19 y 15 % respectivamente, seguido por la salpingoclasia y el ritmo con un 8 y 7% respectivamente, también se observa que de las familias estudiadas ninguna utiliza la vasectomía. (Gráfica 12)

Los métodos más empleados por las parejas con estudios profesionales es el DIU con 10 parejas, seguido de las hormonas inyectables, el ritmo y la OTB con 8, 4 y 3% respectivamente, cabe señalar que 24 de estas parejas no utilizan ningún método de planificación familiar.

Las parejas con bachillerato utilizan con más frecuencia el DIU (5%), seguida de los hormonales inyectables, OTB y el ritmo con 3, 3 y 2% respectivamente, 6 de estas parejas no utilizan método alguno. (Gráfica 12)

Las parejas con nivel de educación media utilizan un método definitivo (2%), siendo las mujeres las usuarias de este método, mientras que 4 parejas no practican ningún método. (Gráfica 12)

Las parejas con educación primaria utilizan con mayor frecuencia el DIU (4%) y los hormonales inyectables así como el ritmo con un 2 y 1% respectivamente. 11 parejas no maneja ningún control así como 6 de las parejas analfabetas, estas últimas solamente 2% son usuarias de hormonales inyectables. (Gráfica 12)

Por otro lado, las parejas analfabetas cuentan con un ingreso alto en un 2%, un ingreso medio en un 4% y un ingreso bajo en un 2%; las parejas con educación primaria ingresan de 2 a 3 salarios mínimos en un 14% mientras que el 4% ingresa menos de un salario; 4 parejas con educación media ingresan de 2 a 3 salarios mínimos mientras que 2 de ellas ingresan de 1 a 2 salarios; las parejas con bachillerato cuentan con un mejor ingreso reflejado en el 14% de estas con un ingreso alto y un 5% con un ingreso medio; por último las parejas con preparación profesional ingresan más de 3 salarios mínimos en un 36%, mientras que el 13% tienen un ingreso medio. (Gráfica 13)

### **Fase 3. Identificación de las causas de consulta**

Al identificar los diez motivos de consulta más frecuentes en el consultorio 4-A (Cuadro 3), destaca en primer lugar las enfermedades de vías respiratorias altas con un total de 238 casos, de donde 106 se dieron en personas del sexo masculino y 132 en mujeres, seguidas en orden decreciente por la atención a pacientes con hipertensión arterial, colitis, fiebre tifoidea, enfermedades del embarazo o parto, micosis, trastornos del músculo

esquelético, diabetes mellitus, infecciones en vías urinarias y enfermedades diarreicas con 72 casos este último, sumando un total de 1090 consultas impartidas entre los diez causas más frecuentes. Cabe hacer mención que del total de consultas un 58.72% (640 consultas) corresponde a la atención del sexo femenino, el resto un 41.28% (450 consultas) corresponde a la atención masculina. (Gráfica 14)

Los motivos de consulta por primera vez (Cuadro 4) suman un total de 664, atendiéndose con mayor frecuencia a pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas (116 consultas), seguido de los pacientes con fiebre tifoidea (92 consultas), hipertensión arterial (78 consultas), colitis (66 consultas), micosis (62 consultas), atención de embarazos (60 consultas), trastornos de músculo esquelético (58 consultas) y en menor proporción a los pacientes con diabetes mellitus, infecciones en vías urinarias y enfermedades diarreicas (46, 46 y 40 consultas respectivamente). (Gráfica 15)

Las consultas subsecuentes (Cuadro 4) suman un total de 428, de donde destacan el control a pacientes con infecciones de vías respiratorias altas con 122 consultas, seguido de la atención a pacientes con hipertensión arterial (64 consultas), colitis y atención de embarazos con 44 consultas respectivamente, enfermedades diarreicas con 32 consultas, diabetes mellitus con 30 consultas, infecciones de vías urinarias con 28 consultas, micosis con 26 consultas, trastornos de músculo esquelético con 24 consultas, mientras que los pacientes que ameritaron menos atención subsecuente fueron aquellas con padecimientos tales como fiebre tifoidea con 14 consultas. (Gráfica 15)

## **VII.2. Tablas (cuadros) y gráficas**

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

**Cuadro 1. Datos de la pirámide poblacional de los derechohabientes adscritos al consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C**

DISTRIBUCIÓN POR EDADES				%	%	%
GRUPO ETÁREO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
<1	6	8	14	0.25	0.33	0.58
1 a 4	84	73	157	3.50	3.04	6.53
5 a 9	114	135	249	4.74	5.62	10.36
10 a 14	119	126	245	4.95	5.24	10.20
15 a 19	100	126	226	4.16	5.24	9.40
20 a 24	122	85	207	5.08	3.54	8.61
25 a 29	123	74	197	5.12	3.08	8.20
30 a 34	97	68	165	4.04	2.83	6.87
35 a 39	138	102	240	5.74	4.24	9.99
40 a 44	98	75	173	4.08	3.12	7.20
45 a 49	66	57	123	2.75	2.37	5.12
50 a 54	59	51	110	2.46	2.12	4.58
55 a 59	33	34	67	1.37	1.41	2.79
60 a 64	39	20	59	1.62	0.83	2.46
65 a 69	27	29	56	1.12	1.21	2.33
70 a 74	23	16	39	0.96	0.67	1.62
75 a 79	19	10	29	0.79	0.42	1.21
80 a 84	13	10	23	0.54	0.42	0.96
Más de 85	9	15	24	0.37	0.62	1.00
<b>Total</b>	<b>1289</b>	<b>1114</b>	<b>2403</b>	<b>53.64</b>	<b>46.36</b>	<b>100.00</b>

**Total de derechohabientes = 2403**  
**Porcentaje mujeres = 53.64**  
**Porcentaje hombres = 46.36**

**Cuadro 2. Hoja de resultados del estudio sistemático familiar del consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C**

Estado civil	N°	%
Soltero	7	7
Casado	62	62
Unión libre	25	25
Divorcio	3	3
Viudo	3	3

	Media	Desv. Est.
Años de unión conyugal	10.39	10.64

Escolaridad	N°	%
Analfabeta	8	8
Básica	18	18
Media	6	6
Media superior o técnica superior	19	19
	49	49

	Media	Desv. Est.
Edad del padre	40.89	12.73

	Media	Desv. Est.
Edad de la madre	37.99	12.58

Método de planificación familiar	N°	%
D.I.U.	19	19
Ant. oral	0	0
Ant. inyectable	15	15
OTB	8	8
Ritmo	7	7
Condón	0	0
Vasectomía	0	0
Ninguno	51	51

	Media	Desv. Est.
Número de hijos (hasta 10 años de edad)	0.91	1.11
Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)	0.90	1.25
Número de hijos (de 20 o más años de edad)	1.11	1.95

Ocupación de los padres de familia	N°	%
Profesional	55	55
Técnico	1	1
Empleado	3	3
Jubilado	1	1
Hogar	31	31
Otro	8	8

Ingreso económico	N°	%
<1 salario mínimo	6	6
1 a 2 salarios mínimos	38	38
3 o más salarios mínimos	56	56

Tipo de familia por desarrollo	N°	%
Moderna	50	50
Tradicional	50	50

Composición	N°	%
Nuclear	85	85
Extensa	10	10
Compuesta	5	5

Demografía	N°	%
Urbana	100	100
Rural	0	0

Etapa del ciclo familiar	N°	%
Expansión	23	23
Dispersión	45	45
Independencia	15	15
Retiro	17	17

FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

**Cuadro 3. Hoja de motivos de consulta del consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C**

Matrices de consulta	1a. vez	Subsec.	0 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		40 a 44		45 a 49		50 a 54		55 a 59		60 a 64		65 a 69		70 o más		Total		Gran total	
			meses		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		años		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	M	F				
1 IRAS	118	122	26	18	10	18	10	4	8	18	6	8	4	14	12	16	8	10	4	6	10	6	4	10	0	2	2	0	2	0	0	2	106	132	238	
2 Hipertensión arterial	78	64	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	10	4	6	4	4	10	12	8	10	10	4	10	0	10	4	0	10	6	0	16	62	78	140	
3 Colitis	65	44	2	6	2	4	8	2	6	2	4	6	2	10	2	8	4	6	8	4	6	2	2	6	4	4	0	0	0	2	0	0	48	62	110	
4 Fiebre tifoidea	92	14	4	2	2	0	0	8	2	12	4	4	2	10	4	4	6	18	6	8	2	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	2	36	70	106	
5 Atención del embarazo	60	44	0	0	0	2	0	0	0	4	0	14	0	48	0	18	0	12	0	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	104	104	
6 Micosis	62	26	20	8	2	2	8	2	0	4	0	4	4	2	4	8	0	4	0	0	2	2	6	0	2	2	0	0	0	0	0	2	48	40	88	
7 Transt. de músculo esq.	58	24	4	2	4	4	4	0	0	4	0	6	4	8	0	6	10	6	8	6	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	34	48	82
8 Diabetes mellitus	46	30	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	2	0	0	2	2	4	2	6	6	0	6	4	6	8	6	10	2	2	0	44	32	76	
9 I.V.U.	46	28	4	0	6	0	2	2	0	0	4	0	6	4	4	4	8	10	0	0	4	2	4	4	0	2	0	0	0	2	0	2	42	32	74	
10 Enf. diarreicas	40	32	6	2	2	0	2	6	2	6	2	2	4	12	4	0	6	6	0	4	0	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	30	42	72		

FUENTE: Hojas diarias del médico adscrito al consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

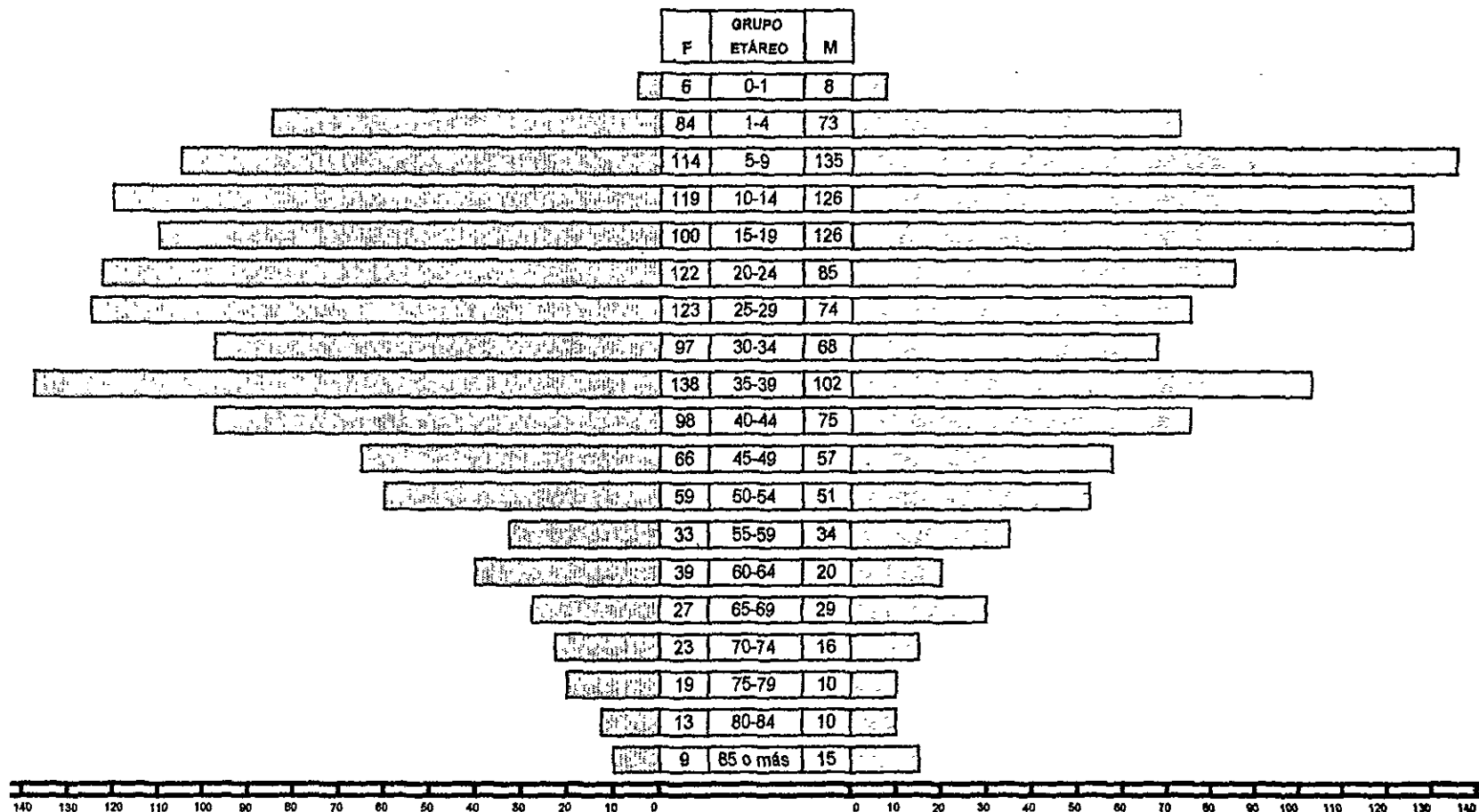


**Cuadro 4. Hoja de motivos de consulta por primera vez y subsecuentes del consultorio N° 4-A  
T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C**

	Motivo de consulta	Consulta por 1ª. vez	Consultas subsecuentes	Consultas por sexo		Total de consultas	Porcentaje		Porcentaje total
				M	F		M	F	
1	IRAS	116	122	106	132	238	9.7	12.1	21.8
2	Hipertensión arterial	78	64	62	78	140	5.7	7.2	12.8
3	Colitis	66	44	48	62	110	4.4	5.7	10.1
4	Fiebre tifoidea	92	14	36	70	106	3.3	6.4	9.7
5	Atención de embarazo	60	44	0	104	104	0.0	9.5	9.5
6	Micosis	62	26	48	40	88	4.4	3.7	8.1
7	Transt. de músculo esq.	58	24	34	48	82	3.1	4.4	7.5
8	Diabetes mellitus	46	30	44	32	76	4.0	2.9	7.0
9	I.V.U.	46	28	42	32	74	3.9	2.9	6.8
10	Enf. diarreicas	40	32	30	42	72	2.8	3.9	6.6
	<b>Total</b>	664	428	450	640	1090	41.28	58.72	100

FUENTE: Hojas diarias del médico adscrito al consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

**Gráfica N° 1. Pirámide poblacional de los derechohabientes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

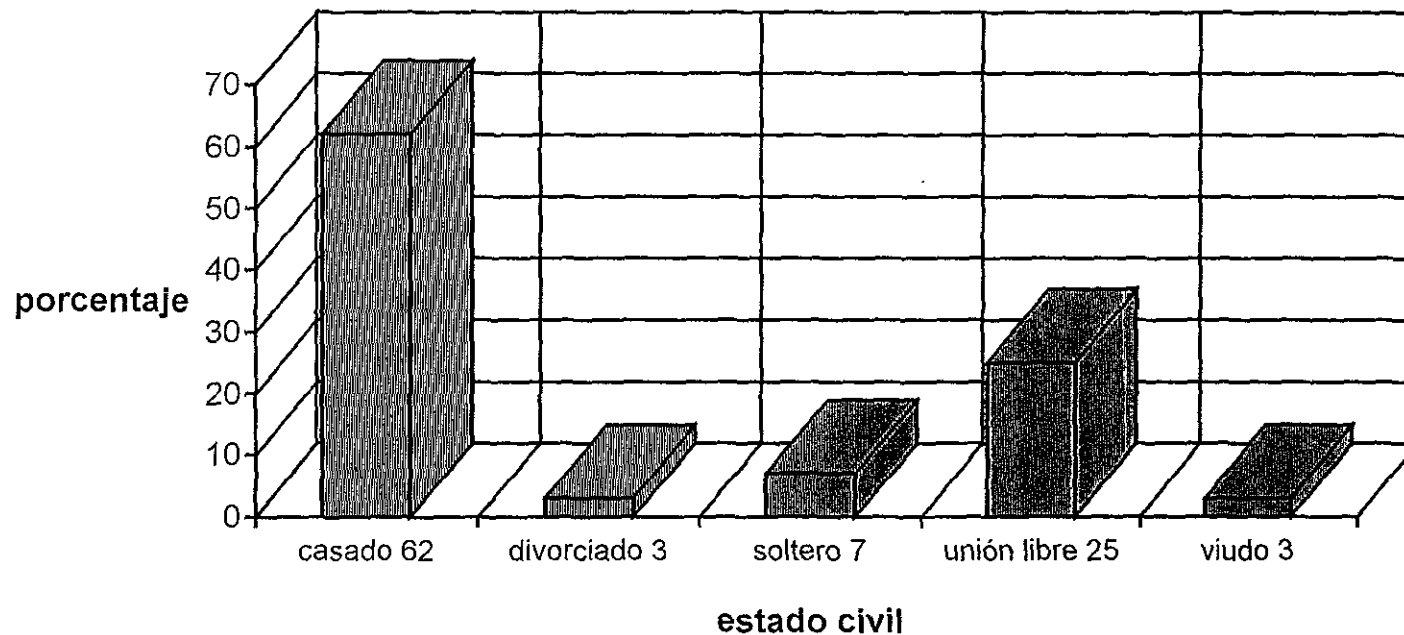


FUENTE: Censo poblacional del consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

**Gráfica N° 2. Estado civil de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Estado civil**

	No.	%	% Acumulado
Casado	62	62	62
Divorciado	3	3	65
Soltero	7	7	72
Unión libre	25	25	97
viudo	3	3	100

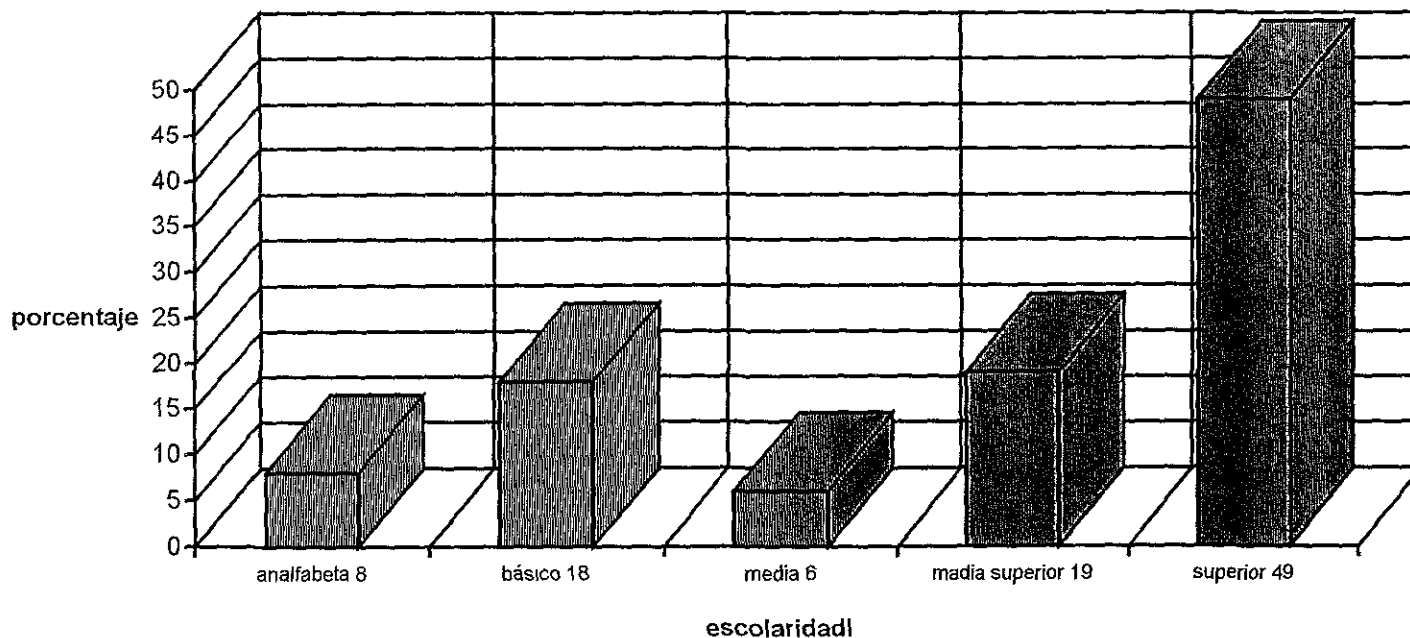


FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

**Gráfica N° 3. Escolaridad de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Escolaridad**

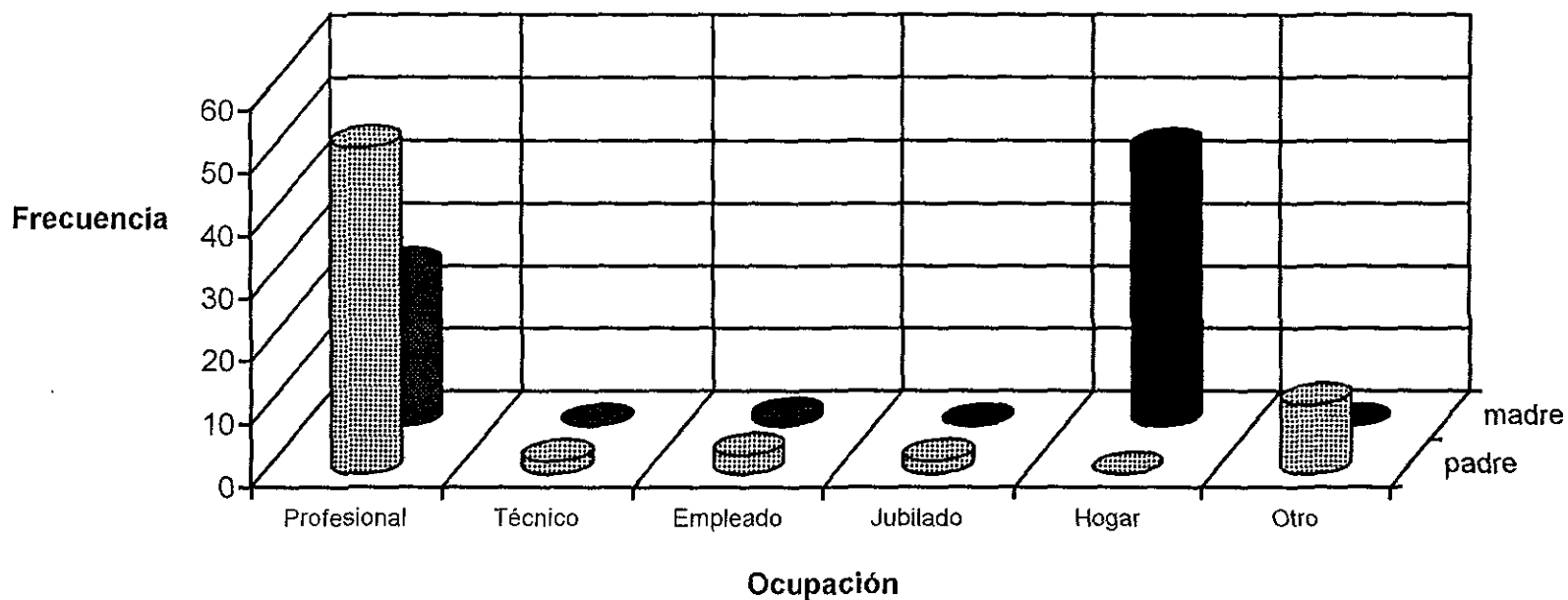
	No.	%	% Acumulado
Analfabeta	8	8	8
Básico	18	18	26
Media	6	6	32
Media superior	19	19	51
Superior	49	49	100



**Gráfica N° 4. Ocupación de los padres de familia adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Ocupación de los padres de familia**

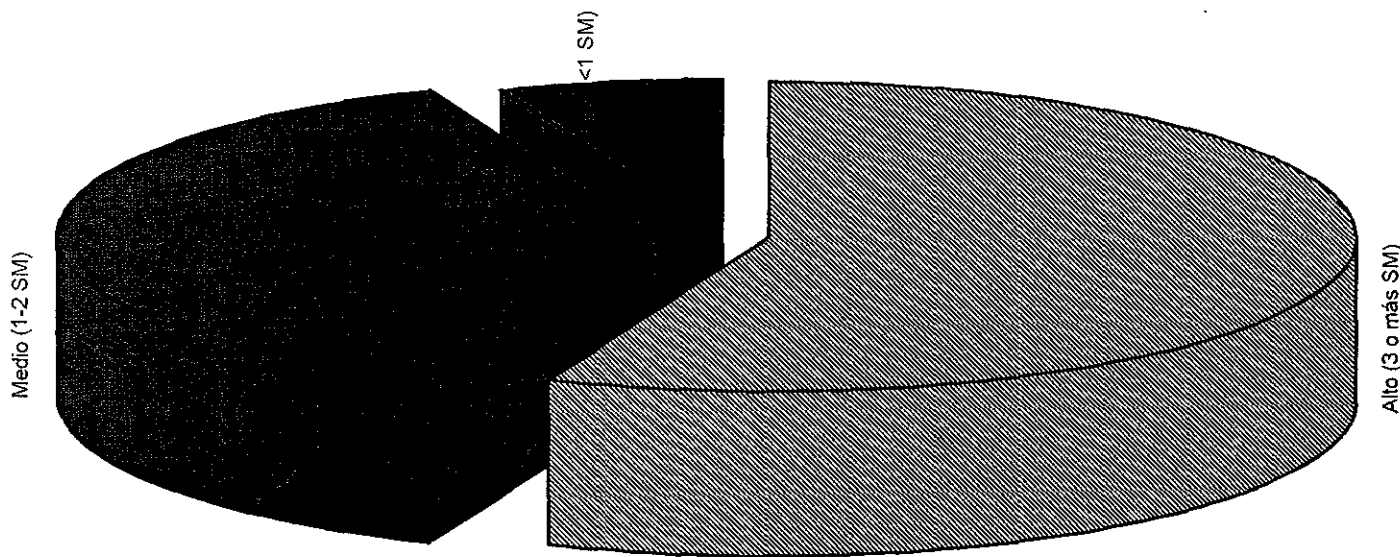
Ocupación	padre	madre	total	% padre	%madre	% Acumulado
Profesional	52	25	77	37	18	55
Técnico	2	0	2	1	0	1
Empleado	3	1	4	2	1	3
Jubilado	2	0	2	1	0	1
Hogar	0	44	44	0	31	31
Otro	11	0	11	8	0	8



**Gráfica N° 5. Ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Ingreso familiar**

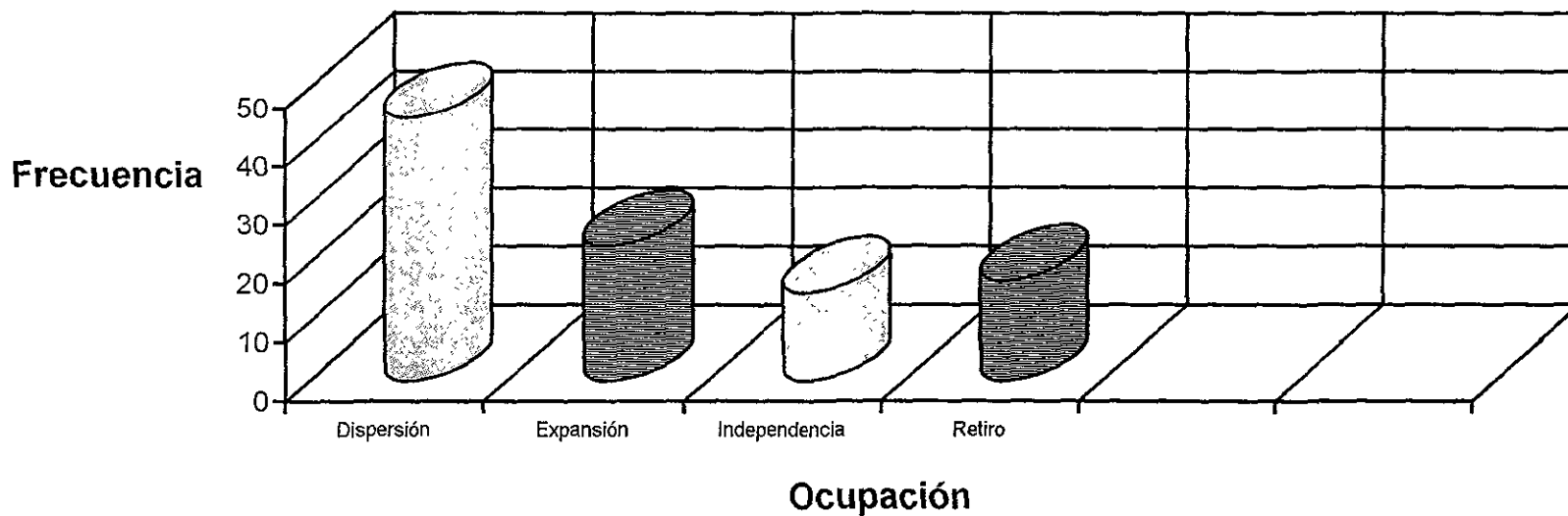
	No.	%	% Acumulado
Alto (3 o más S.M)	56	60	60
Medio (1-2 S.M)	38	37	97
Bajo (< de 1 S.M)	6	3	100



**Gráfica N° 6. Etapa del ciclo familiar de los padres de familia adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Etapa del ciclo familiar**

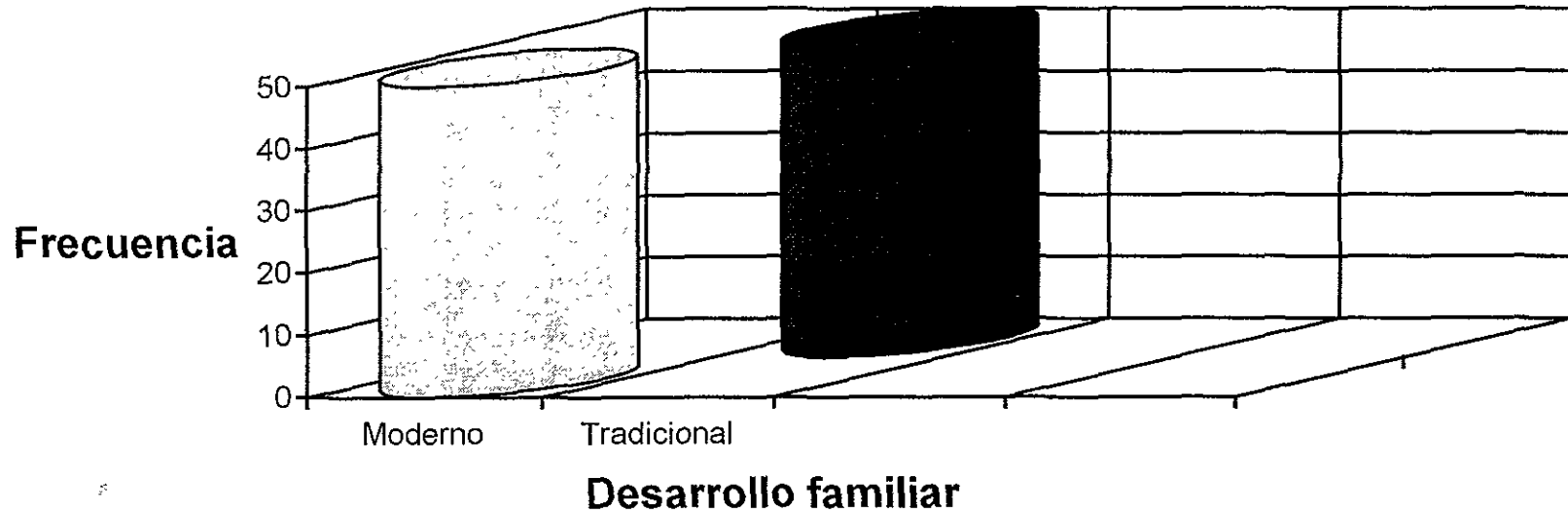
	No.	%	% Acumulado
Dispersión	45	45	45
Expansión	23	23	68
Independencia	15	15	83
Retiro	17	17	100



**Gráfica N° 7. Tipo de desarrollo familiar de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Tipo de familia por desarrollo**

	No.	%	% Acumulado
Moderno	50	50	50
Tradicional	50	50	100

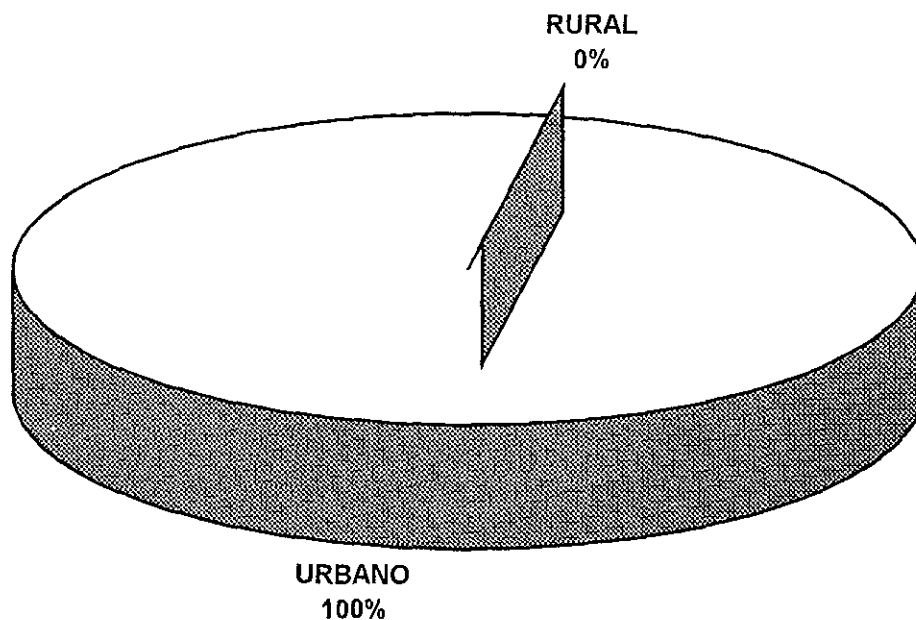




**Gráfica N° 8. Tipo de familia por demografía de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Demografía**

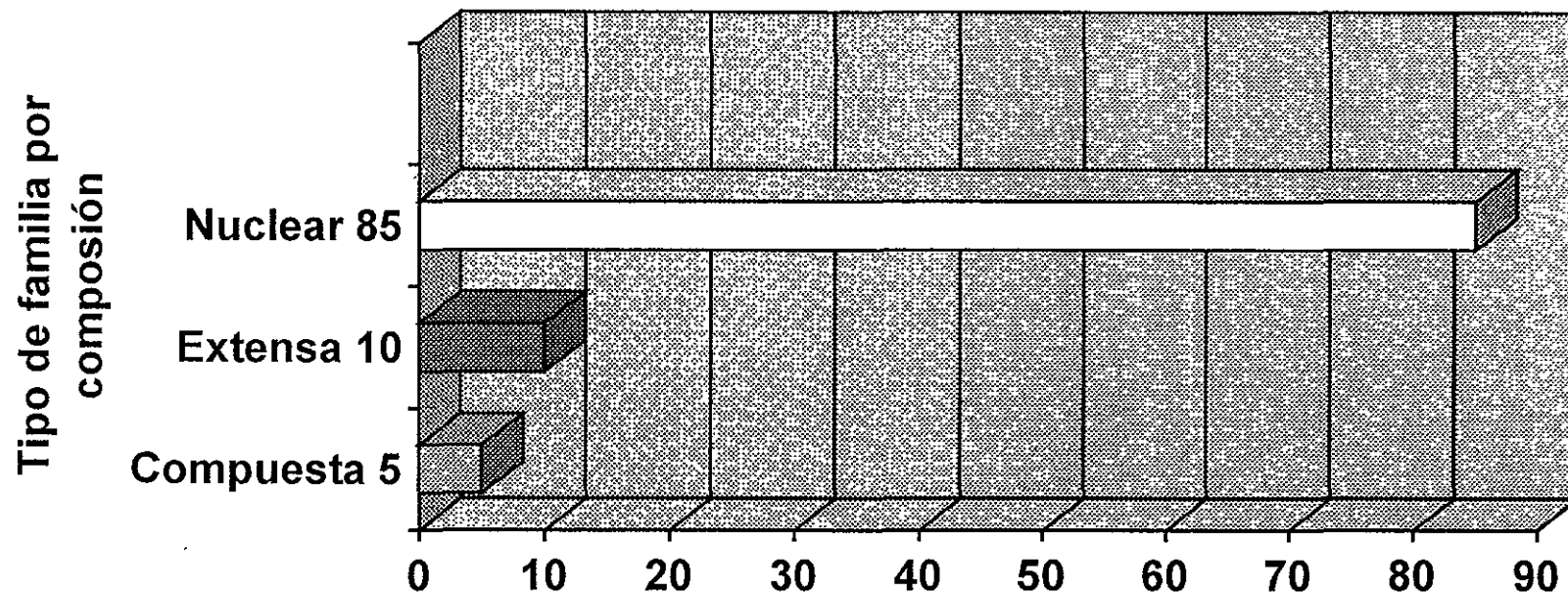
	No.	%	% Acumulado
UrbanoOTB	100	100	100
Rural	0	0	100



**Gráfica N° 9. Tipo de familia por composición de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Composición familiar**

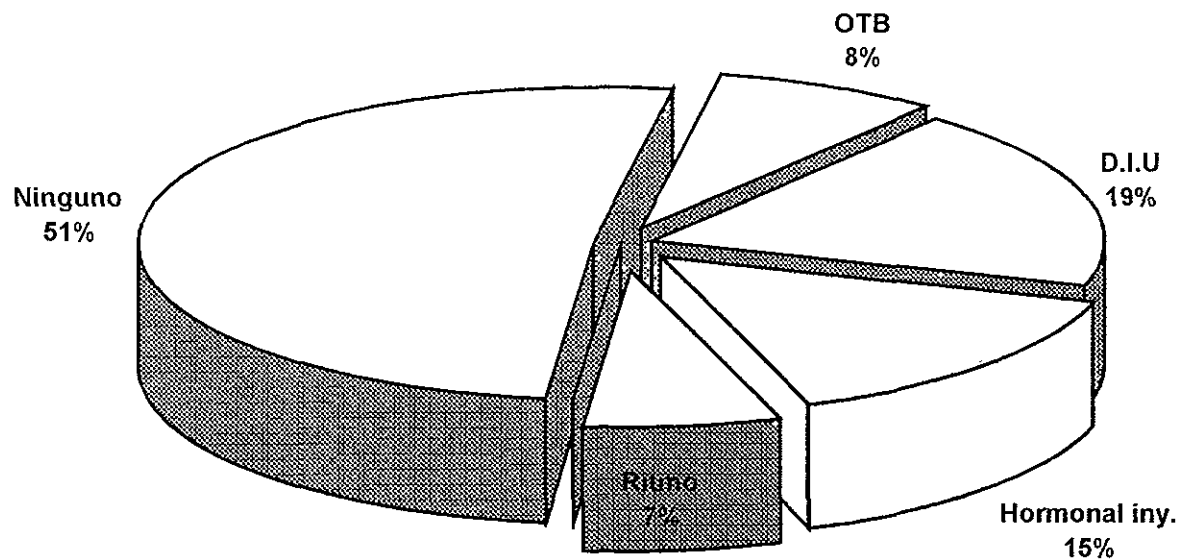
	No.	%	% Acumulado
Compuesta	5	5	5
Extensa	10	10	15
Nuclear	85	85	100



**Gráfica N° 10. Métodos de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Planificación familiar**

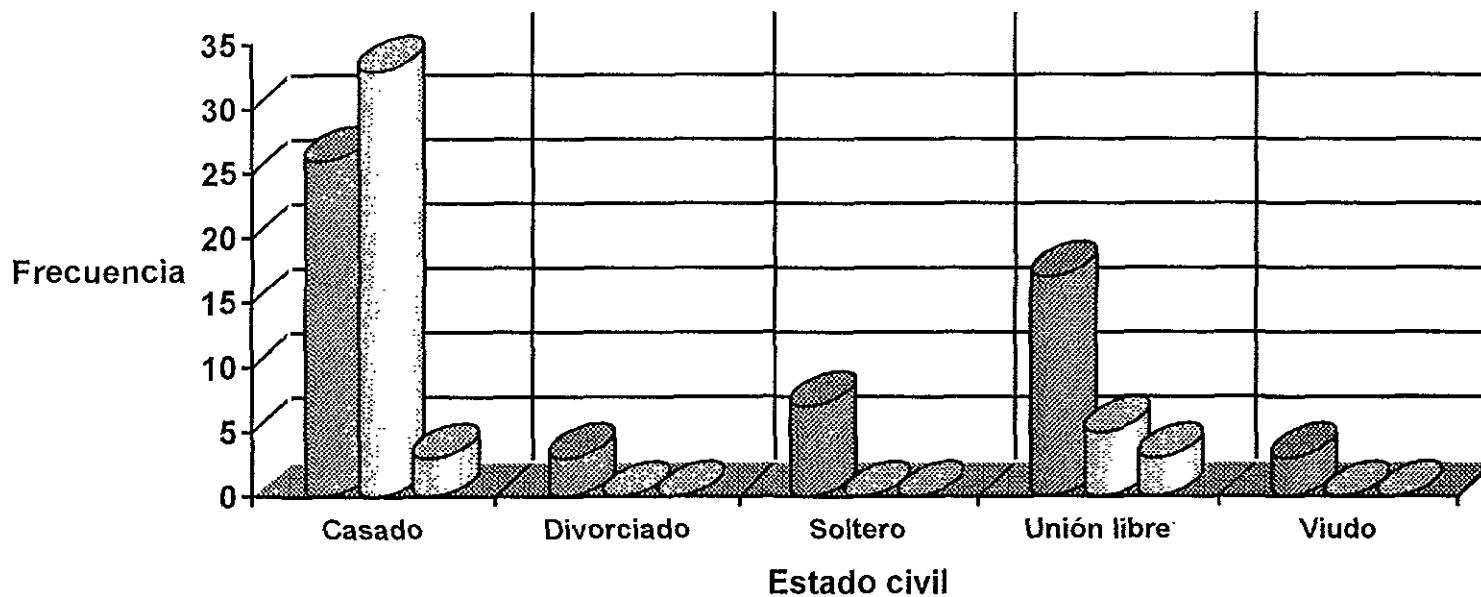
	No.	%	% Acumulado
OTB	8	0	0
D.I.U.	19	19	19
Hormonal iny.	15	15	34
Ritmo	7	0	34
Condón	0	8	42
Hormonal oral	0	7	49
Vasectomía	0	0	49
Ninguno	51	51	100



**Gráfica N° 11. Estado civil e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Estado civil/Ingreso familiar**

Estado civil	Ingreso familiar			%
	Alto	Medio	Bajo	
Casado	26	33	3	62
Divorciado	3	0	0	3
Soltero	7	0	0	7
Unión libre	17	5	3	25
Viudo	3	0	0	3

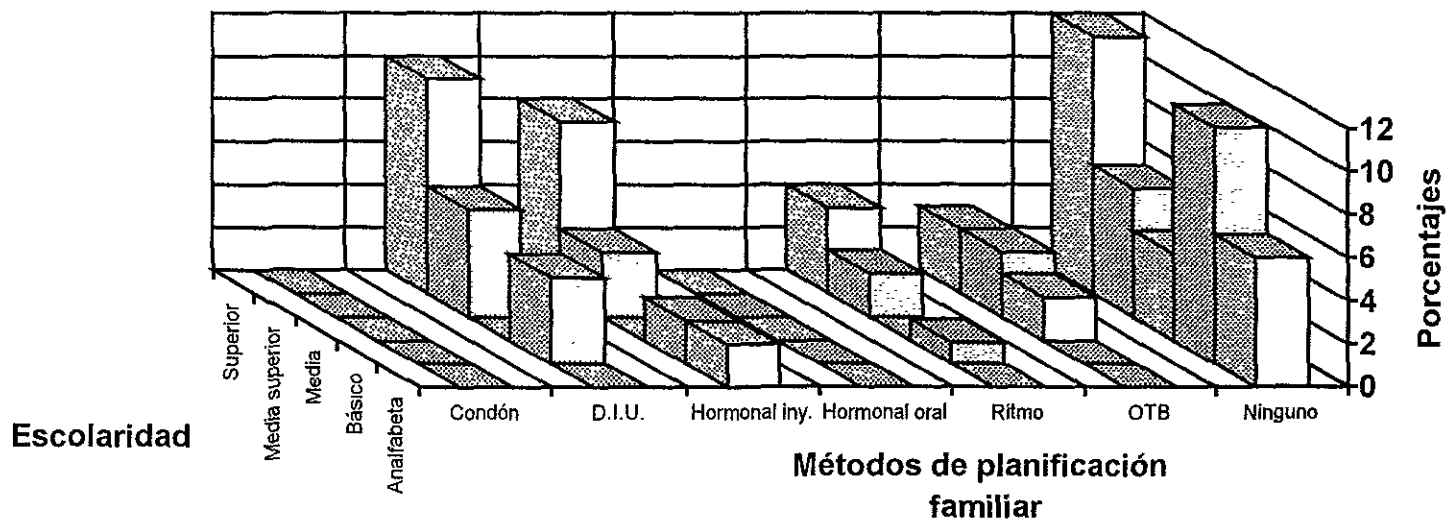


FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

**Gráfica N° 12. Escolaridad y método de planificación familiar de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Escolaridad/ método de planificación familiar**

Método	Escolaridad					Total
	Analfabeta	Básico	Media	Media superior	Superior	
Condón	0	0	0	0	0	0
D.I.U.	0	4	0	5	10	19
Hormonal iny.	2	2	0	3	8	15
Hormonal oral	0	0	0	0	0	0
Ritmo	0	1	0	2	4	7
OTB	0	0	2	3	3	8
Ninguno	6	11	4	6	24	51
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

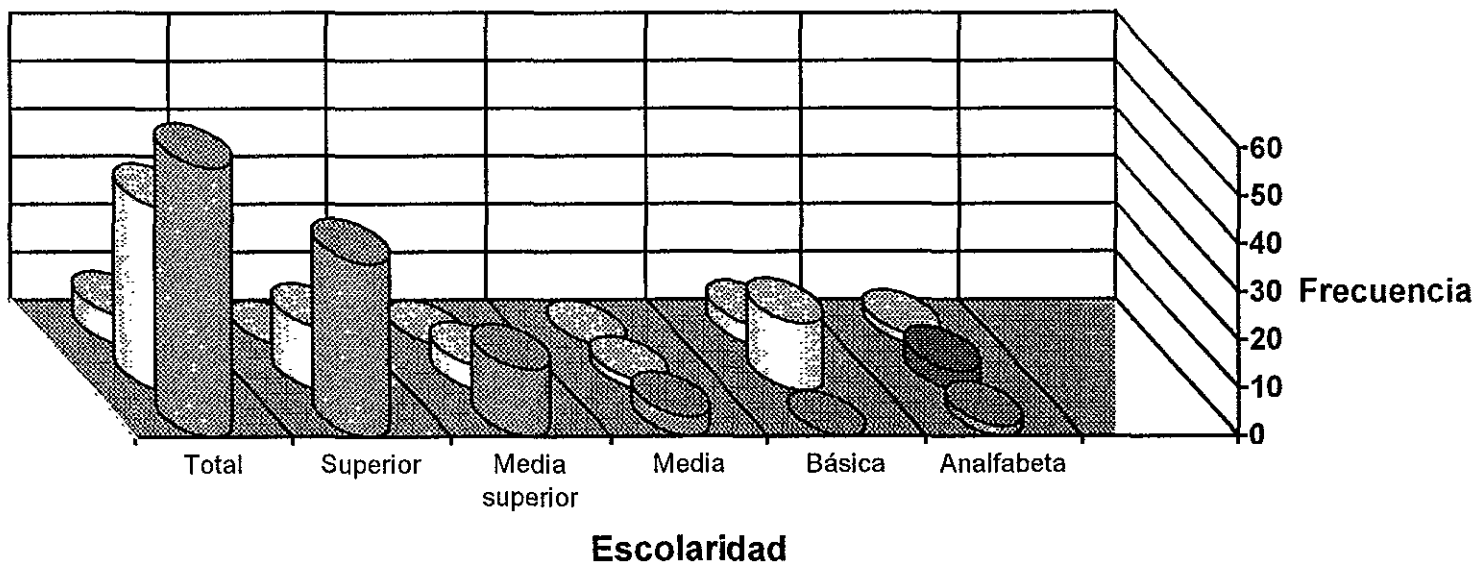


FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

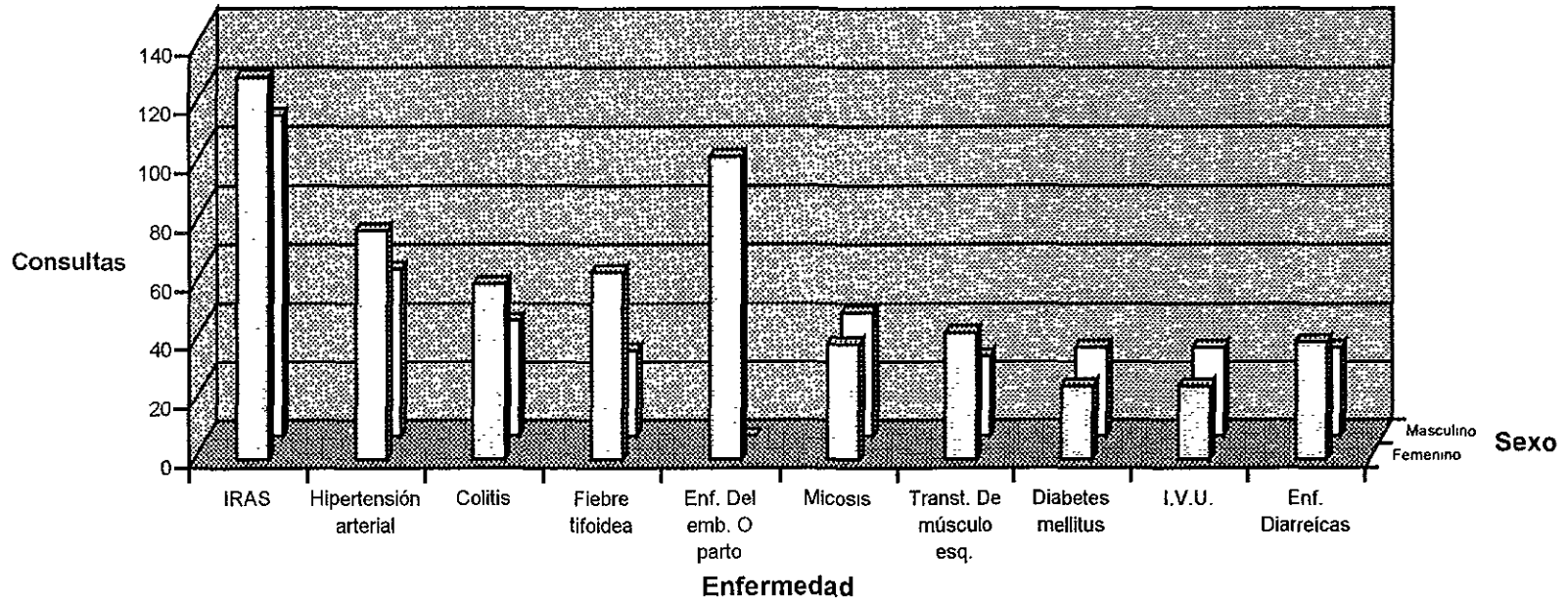
**Gráfica N° 13. Estado civil e ingreso familiar de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**

**Escolaridad/Ingreso familiar**

Escolaridad	Ingreso familiar			%
	Alto	Medio	Bajo	
Analfabeta	2	4	2	8
Básica	0	14	4	18
Media	4	2	0	6
Media superior	14	5	0	19
Superior	36	13	0	49
Total	56	38	6	100

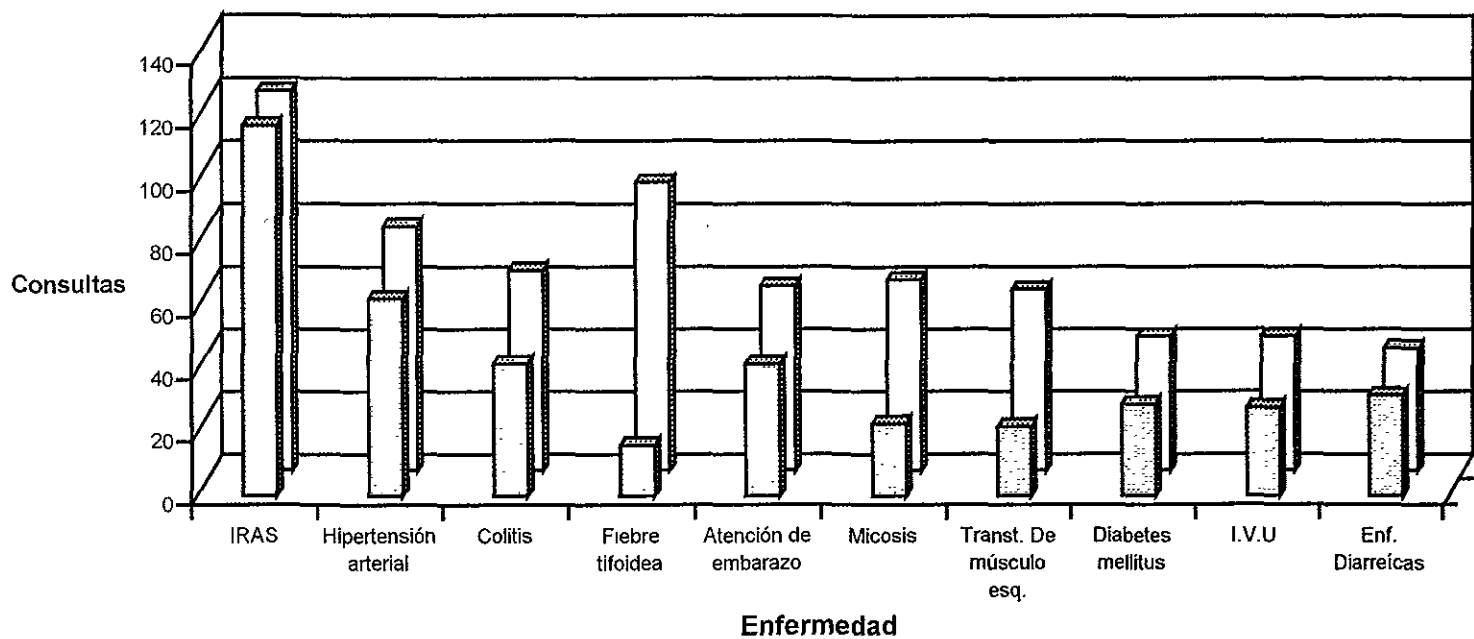


**Gráfica N° 14. Motivos de consulta por sexo de los pacientes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**



FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997

**Gráfica N° 15. Motivos de consulta por 1ª vez u subsucesntes adscritos al consultorio N° 4-A, T.M de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C.**



FUENTE: Encuestas realizadas en el consultorio N° 4-A de la Clínica Hospital "D" ISSSTE, S.C.L.C. 1997



## VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

Durante el censo poblacional realizado en el consultorio 4-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" de San Cristóbal de Las Casas, se encontró que del total de los derechohabientes (2,403) el sexo femenino predomina sobre el masculino. El grupo etáreo predominante en la población adscrita a este consultorio se encuentra entre los 5 y 9 años de edad observándose más niños; la población con menos individuos se encuentra en el grupo etáreo de menores de año de edad en la cual predominan nuevamente el sexo masculino. La población senil es relativamente baja.

Alrededor de la décima parte de la población total se encuentra en los infantes con riesgo de sufrir fiebre reumática predominando las niñas sobre los niños. La tercera parte de esta población la constituyen aquellos individuos con riesgo de presentar enfermedades crónicas degenerativas (personas mayores de 40 años de edad) predominando nuevamente el sexo femenino; conociendo que estas patologías presentan una etiología genética con factores desencadenantes diversos, entre ellos los ambientales, dietéticos y muy frecuente los emocionales. Otra tercera parte es constituida por el grupo femenino con riesgo reproductivo predominando las jóvenes de entre 35 y 39 años de edad.

Las parejas casadas predominaron sobre las demás parejas en relación al estado civil y en segundo término las parejas en unión libre, una mínima proporción de las parejas estudiadas son solteras, divorciadas y viudas. Reflejándose este aspecto en los años de vida conyugal, y en la edad de los padres de familia, observándose que al menos tienen un hijo en las diferentes edades que interesaron.

La mitad de los padres de familia estudiados cuentan con una educación, seguida de las parejas con bachillerato y educación básica, siendo una pequeña fracción las parejas con secundaria detectándose aún a algunas parejas analfabetas.

El método de planificación familiar más utilizado es el DIU y los anticonceptivos inyectables, el ritmo y la salpingoclasia se utilizan en menor frecuencia. Cabe hacer mención que la mitad de la población estudiada no utiliza ningún método de control reproductivo, a pesar de la promoción y difusión sobre la planificación familiar no se ha logrado impactar a la sociedad, ya que persiste la idiosincrasia cultural; por lo que es el hombre quien rechaza los métodos de planificación con más frecuencia.

Las actividades profesionales son las predominantes en las cuales el hombre es el más involucrado; seguidas en pequeña proporción las parejas empleadas con actividades no identificadas o bien técnicas; persistiendo la población dedicada a las labores del hogar recayendo esta responsabilidad en el sexo femenino.

Las familias estudiadas se distribuyen equitativamente en tradicional y modernas; siendo netamente familias urbanas y en una gran proporción son nucleares, encontrándose la mitad de las familias en la etapa de dispersión con pequeños grupos en la etapa de independencia, expansión y retiro, manteniendo un ingreso económico predominantemente alto, lo anterior

debido a que las parejas tienen la necesidad de trabajar ambos para el sostenimiento de los hijos.

Las parejas casadas y con alguna profesión cuentan con una estabilidad económica sobre las demás parejas ingresando más de 2 salarios mínimos, aunque las parejas que viven en unión libre logran un ingreso comparable a las parejas anteriores, aunque los individuos que han sufrido ciertos problemas emocionales tales como la separación y la pérdida de la pareja así como aquellas que son solteras no presentan problemas económicos. Se observa además, que las parejas en sus distintos niveles de preparación ingresan más de dos salarios mínimos con lo cual logran satisfacer sus necesidades más apremiantes, la excepción a lo anterior son 6 parejas con educación básica y analfabetas, que lógicamente no tienen la capacidad de mejorar su situación económica.

A pesar de que las parejas con estudios profesionales predominaron en este estudio, son también las predominantes en no utilizar ningún método de planificación familiar, seguido de las parejas con educación básica y media, por lo que las parejas que utilizan algún método de planificación familiar con más frecuencia son aquellas con educación media superior.

El método más utilizado en las parejas sin preparación académica son las hormonas inyectables; en las parejas con educación básica predomina la utilización del DIU y las hormonas inyectables; las parejas con educación media han optado por un método definitivo; aquellas con educación media superior utilizan cualquiera de los métodos a excepción del condón, las hormonas orales y la vasectomía; mientras que las parejas con educación superior utilizan el DIU con mayor frecuencia, seguido de las hormonas inyectables, el ritmo y la salpingoclasia.

Las enfermedades de vías respiratorias altas destaca en los diez motivos de consulta más frecuentes durante 1997, la hipertensión arterial sigue a esta lista y en menor incidencia a la atención de infecciones en vías urinarias y enfermedades diarreicas; haciendo mención que el sexo femenino es el que acude con mayor regularidad a consultas con el médico general; en cuanto a los motivos de consulta por primera vez, se atendieron con mayor frecuencia a pacientes con enfermedades de vías respiratorias y con fiebre tifoidea y en menor proporción a pacientes con trastornos de músculo esquelético y enfermedades diarreicas. En las consultas subsecuentes destaca el seguimiento a pacientes con enfermedades de vías respiratorias altas e hipertensión arterial, mientras que los pacientes con menos atención subsecuente fueron aquellas con trastornos de músculo esquelético y fiebre tifoidea.

## **IX. CONCLUSIONES**

Si un mapa es exacto y se sabe leer, no nos perdemos; si conocemos una familia, sabremos desenvolvernos en la vida, en la sociedad de ella.

Conocer la familia en todos sus aspectos será obligación del médico familiar; la identificación de los núcleos familiares es una responsabilidad del médico de consultorio, ya que sólo así se podrá impactar de forma importante en el núcleo de la sociedad.

La elaboración de la Pirámide de Población nos permitió conocer el número de personas adscritas al consultorio 4-A del turno matutino de la Clínica Hospital "D" del ISSSTE, de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; pero además la identificación de 730 núcleos familiares. Así mismo se constata que los grupos de riesgo son 3 en orden de prioridades y en los que debemos establecer la promoción sistemática de los programas siguientes:

- A)** En el grupo etéreo de menores de un año hasta 5 años el Esquema Básico de Salud que comprende el Programa de Vacunación Universal, Lactancia Materna, Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo, La Salud Empieza en Casa, Prevención de Accidentes, etc. Así mismo la Detección de Fiebre Reumática, ésta indicada por las condiciones climatológicas de la región, así como por haber ocupado las enfermedades de las vías respiratorias altas el 23.9% de las consultas otorgadas para éste padecimiento.
- B)** En el grupo representado por mujeres de entre 15 y 49 años, debemos hacer énfasis en el Programa de Salud Reproductiva ya que este grupo formado por 744 mujeres en edad fértil en la encuesta realizada, nos muestra que el 51% no utiliza método alguno de planificación familiar, aquí promocionar además la Vigilancia del Embarazo, Parto y Puerpério; aplicación de toxoide tetánico a toda mujer embarazada desde el primer contacto, insistir en la detección del CACU, así como el de la mama.

Siendo el mayor número de consultas por enfermedades respiratorias, la educación para el manejo de enfermedades respiratorias y el reconocimiento de los signos de alarma, para el mejor cuidado de sus hijos.

Ya hemos mencionado que la salud empieza por tener responsabilidades tanto del usuario de los servicios de salud como del médico. Es tiempo de sembrar para poder cosechar frutos.

- C)** El tercer grupo esta representado por hombres y mujeres de entre 40, 80 y más años de edad; aquí las enfermedades crónico degenerativas juegan un papel importante aunque no claramente representada en el número de asistencia a consulta. Hipertensión arterial es la más representativa, siendo esta una enfermedad muchas veces silenciosa es necesario normar la toma de tensión arterial en la sala de espera. Así mismo la determinación de glucosa en sangre periférica, la búsqueda intencionada de tosedores crónicos. La formación de clubes de diabéticos, hipertensos y, de la tercera edad, para fomentar en ellos el cuidado de su salud física, espiritual y emocional.

**D)** Se observa una estabilidad económica en las parejas casadas, con una vida conyugal sólida y por lo menos un hijo de por medio y que las parejas cuentan con una edad madura y una preparación profesional en el mayor de los casos, aunque se detectaron parejas analfabetas. Sin embargo es preocupante que el 51% de la población estudiada no utilizaba ningún método de planificación familiar, siendo la mujer la que lleva esta responsabilidad directamente con la práctica de la OTB o bien la utilización del DIU o las hormonas, el hombre sigue en su persistencia en no involucrarse en estas situaciones, a pesar de haber recibido una buena preparación académica. Los padres de familia se dedican a practicar alguna actividad de tipo profesional, manteniéndose al margen la mujer en la participación económica en muchos de los casos.

Esta es la primera ocasión en que se lleva a cabo un tipo de investigación como es el Modelo de Atención Familiar en esta unidad médica, por lo que en un principio los derechohabientes no querían cooperar adecuadamente al igual que los compañeros de trabajo, en las áreas donde se involucraban como es vigencia de derechos, archivo clínico, estadística y consulta externa, por lo que se les informó adecuadamente que el presente Modelo de Atención Médica Familiar que tratamos de implementar contiene acciones factibles de realizar ya que son actividades de promoción, prevención, curación o rehabilitación dirigidos al individuo y a la familia y que es importante que se lleven a cabo otros tipos de estudios similares en donde se involucre al personal médico y paramédico, en una forma de educación médica continua; así también considero que se deben fortalecer estrategias en ciertos rubros de los servicios de salud como son:

- a) Planificación familiar.
- b) Atención prenatal del parto y puerperio.
- c) Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil.
- d) Vacunación.
- e) Tratamiento antiparasitario a las familias.
- f) Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

La responsabilidad del médico de familia se incrementa con el conocimiento de la misma, la responsabilidad más grande es su preparación para poder afrontar los retos que cada familia representa.

Ser el médico de familia consciente preparado, atento a vislumbrar cualquier signo de alarma en la familia, redundará en beneficio de la salud de la misma.

Ser médico familiar representa un reto Hoy me comprometo a superarlo.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gran Diccionario Ilustrado. Grijalbo 1998.
2. Diccionario Ebciclopédico España. España-Colpe, S.A. Madrid, España.
3. Moliner María. Diccionerio de uso del español. Editorial Gredas, Madrid. España. 1997
4. Flamers F. Enciclopedia Universal Ilustrada. Europea-Americana. España-Colpe. Madrid, Barcelona. España. 1995
5. Alarid H.J., Irigoyen C.A. Fundamentos de medicina familiar. 1982
6. Velasco O.R. y Chávez A.V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico y terapéutico. Medicina familiar. Revista médica del IMSS (México). Vol. 32, 1994
7. Medali J.M. Medicina Familiar. Principios y Practica. Noriega editores, 1ª. Edición. 1987
8. Ceittkin J. ¿Qué es la medicina familiar? Fepakellogg. 1982
9. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Ed. Progreso, pp 485-535
10. Fromm M.K, Parsons M. La familia. Traduc. de Jordi Solé, Edit. Península, Barcelona, España. 1970. pp 5-55
11. Flores M.G. Derecho Romano. Ed. Porrúa, México. 1990
12. Marineau, Duarte M. Iglesias G.R. Derecho Romano. Ed. Marla, Textos jurídicos universitarios, UNAM, México. 1994
13. Leyes y Còdigos de México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Colección Porrúa. Ed. Porrúa, México 1998. pp. 122
14. Cartas S.R. Cano V.P. Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos, Reforma 1997, Ed. Trillas, México 1997
15. Gracid C.E. Civismo primer curso. Ed. Santillana, México 1994
16. F. Conn Howard, E. Rakel R., W. Johnson T. Medicina familiar, teoría y practica. Ed. Interamericana, argentina 1991
17. Cuevas M.L. et. al. Relación entre medico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud Pública, México 1991. pp. 8-56
18. Chávez A.V., García M.J. Atención integral en medicina familiar. Rev. Med. IMSS. 1995. pp. 167-170
19. De la Revilla L., Fleitas L. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y sus dislocaciones. Atención primaria. Vol. 21, 4,15. Granada España, 1998
20. De la Revilla L., De los Ríos A.M. la utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar, Atención Primaria, Vol. 13, Granada España, 1998.
21. McWihinney J.R. An introduction to family medicine, 1970. (Mimeo)

22. Estadística del Sistema Nacional de salud, Cap. Secretaria de salud para publicación abierta, SISPA, Bol-Med, 1997
23. The Surgeon Generals Report on Health promotion Disease prevention, Washington D.C. DHEW 1979
24. Houston tp prirites in h ealth promotion. Postgrad med. 1984. 75(s) 223-230
25. J. Narro. La medicina general familiar en México y Latinoamerica. Boletín de la Federación Panamericana de facultades. (Escuela de Medicina) 1981. 2:12-18.
26. Irigoyen C.A., Gómez F. H.R.C., Farfán S.G. Diagnóstico Familiar. México, Ed. Medicina Familiar Mexicana; 1995. 5-17.
27. Gómez-Clavelina F. 1995. Diagnóstico de salud familiar, México, Ed. Medicina Familiar Mexicana. 1996. 105-109.
28. Rodríguez M. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención primaria. 1994. 39-41.
29. Martín A. B. Actividade de prevensión y promoción de la salud de atención primaria. En Martín Zurro A. Manual de atención primaria. 2a Edición. Barcelona. 1989.
30. Mazón R. J.J., et. al. La investigación en medicina familiar, limitaciones y alternativas. Rev. Med. IMSS. 1995. 223-226.
31. Cardenas D. P. Medicina familiar en México. Historia del IMSS. México 1974.
32. Jiménez M.C. Análisis de cobertura del programa de actividades preventivas y promoción a la salud en grupos de edad. Atención Primaria. 1993. 269-272.
33. SSA. El derecho de la libre desición.. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. Dir. Gral. de salud reproductiva. 1998. 11-55
34. Cuevas M.L., et. al. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. Salud Pub. México. 1991. 8-56.

## **XI. ANEXOS**

En este apartado se anexan las diversas cédulas empleadas durante la Fase 2 del presenta trabajo de investigación.





## IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: \_\_\_\_\_ Edo. Civil Casado ( )  
Soltero ( )

Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Escolaridad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la Madre: \_\_\_\_\_

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

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

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

Método de planificación familiar:

Diu ( ) Hormonal Oral ( ) Hormonal Inyectable ( ) Condón ( ) Ritmo ( ) Quirúrgico ( )

Tiempo de usuaria (O): \_\_\_\_\_

Tipo de familia: Marque con una equis (X)

Desarrollo	Moderna ( )	Demografía:	Urbana ( )
	Tradicional ( )		Semiurbana ( )

Composición:	Nuclear ( )
	Extensa ( )
	Compuesta ( )

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

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

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

Observaciones:

---

---

---

---