

27 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado
Unidad Académica
Clínica de Medicina Familiar
"Dr. Ignacio Chávez"
México; DF.

APLICACION DE LA CEDULA BASICA DE INFORMACION
FAMILIAR (CEBIF) EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES
QUE ASISTEN A LA CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ", ISSSTE

TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. OLGA PATRICIA BLANCO BOBADILLA



MEXICO; DF.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

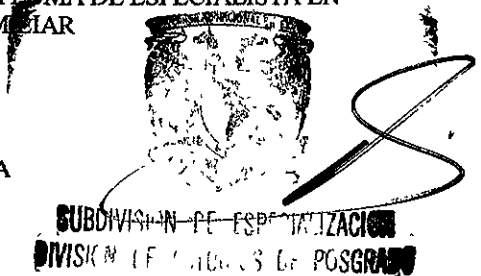
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**APLICACIÓN DE LA CÉDULA BÁSICA DE INFORMACIÓN FAMILIAR
(CEBIF) EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN
A LA CLÍNICA " DR. IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE.**

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

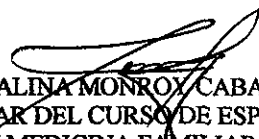
PRESENTA




**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

DRA OLGA PATRICIA BLANCO BOBADILLA

AUTORIZACIONES



**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
JEFA DE ENSEÑANZA DE LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE.
ASESORA DE TESIS.**



**DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR TITULAR "A" T.C. INTERINO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**

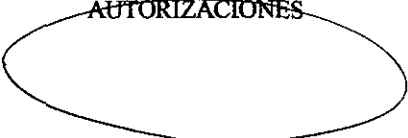
**APLICACIÓN DE LA CÉDULA BÁSICA DE INFORMACIÓN FAMILIAR
(CEBIF) EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN
A LA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ" ISSSTE.**

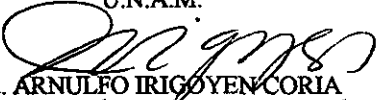
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA.

DRA. OLGA PATRICIA BLANCO BOBADILLA

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. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS POR TODAS LAS OPORTUNIDADES QUE ME HA BRINDADO PARA LOGRAR ESTA META: SER MÉDICO ESPECIALISTA

A MIS PADRES Y HERMANA POR TODO SU APOYO Y COMPRESIÓN

A MI ESPOSO POR SU TOLERANCIA Y AMOR

A MIS ASOSORES DE TESIS:

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO.

DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS.

POR SU APOYO, COMPRESIÓN Y PACIENCIA PARA LA REALIZACIÓN DEL PRESENTE TRABAJO.

POR DEMOSTRAR ANTE TODO LA IMPORTANCIA DE LOS VALORES HUMANOS Y LA CALIDAD PERSONAL QUE TODO INDIVIDUO DEBE POSEER.

A LOS DOCTORES DE LA CLÍNICA “DR. IGNACIO CHÁVEZ” Y “HOSPITAL REGIONAL ADOLFO LÓPEZ MATEOS” POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PROFESIONALES.

DEDICATORIA:

A MI HIJO

SANTIAGO.

EL MAYOR TESORO QUE DIOS ME HA DADO, POR TODO EL TIEMPO QUE NO PUDE ESTAR A SU LADO, POR LOS MOMENTOS AGRADABLES DE SU PRIMER AÑO DE VIDA, QUE NO PASAMOS JUNTOS CON TODO MI CARIÑO Y AMOR

ÍNDICE:

1.- MARCO TEÓRICO:

1.1.- ANTECEDENTES:

1.1.1 Atención Primaria de Salud	1
1.1.2 Antecedentes de la Medicina Familiar en México.	2
1.1.3 Principios de la Medicina Familiar .	4
1.1.4 El Perfil Profesional del Médico Familiar.	6
1.1.5 El Perfil de Medicina Familiar del PUEM.	12
1.1.6 La Familia como Eje de Estudio de la Medicina Familiar.	13
1.1.7 La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).	21
1.1.8 El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF)	25

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: 29

3.- JUSTIFICACIÓN: 33

4.- OBJETIVOS: 35

4.1 Objetivo General.	35
4.2 Objetivos Específicos.	35

5.- MATERIAL Y MÉTODOS: 36

5.1 Tipo de Estudio.	36
5.2 Población, lugar y tiempo.	36
5.3 Muestra del estudio.	36
5.4 Criterios de selección de la muestra.	36
5.4.1 Criterios de Inclusión.	36
5.4.2 Criterios de Exclusión.	37
5.5 Variables e instrumentos	37
5.6 Recolección de la información.	38
5.7 Almacenamiento de la información.	38
5.8 Análisis de la información.	38
5.9 Consideraciones éticas.	38

6.- RESULTADOS. 40

7.- DISCUSIÓN.	67
8.- CONCLUSIONES.	71
9.- BIBLIOGRAFÍA.	73
ANEXO 1.	

APLICACIÓN DE LA CÉDULA BÁSICA DE INFORMACIÓN FAMILIAR (CEBIF) EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA “ DR. IGNACIO CHÁVEZ” , ISSSTE.

Blanco Bobadilla O. P

INTRODUCCIÓN: El MOSAMEF está constituido por algunos elementos que no necesariamente lo hacen rígido, su aplicación a nivel de clínica o centro de salud actualmente objeto de investigación por el Departamento de Medicina Familiar. El MOSAMEF en el macro escenario (clínica o centro de salud) contempla las siguientes siete áreas: recursos humanos, físicos, materiales y servicios, pirámide de población, programas prioritarios en salud, morbilidad y referencia, satisfacción de usuarios, capacitación de los proveedores del servicio. La Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF) contiene once secciones La integración de esas siete áreas del MOSAMEF con la información de la CEBIF son fundamentales para identificar problemas prioritarios de salud en la población de la clínica o centro de salud.

OBJETIVO: Conocer las características generales familiares a través de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF), de los derechohabientes de la Clínica “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal

POBLACIÓN: Pacientes que asistieron a servicios médicos a la clínica “ Dr Ignacio Chávez” del ISSSTE en el periodo de junio- noviembre 2001.

MUESTRA: No aleatoria de 166 pacientes, no representativa, de tipo voluntaria, calculada con 99 % de confianza, 10% de error y 0 5% de variabilidad. La muestra final de estudio fue de 190 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Que sean derechohabientes del ISSSTE, derechohabientes mayores de 18 años, que deseen cooperar con el estudio de manera voluntaria, que hayan asistido a consulta médica en el periodo de junio a noviembre del 2001, que sean de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Que no sean derechohabientes del ISSSTE, pacientes que no acepten colaborar con el estudio, que no hayan asistido a consulta médica en el periodo de estudio, que las personas encuestadas presenten alguna alteración psiquiátrica

CÉDULA BÁSICA DE INFORMACIÓN FAMILIAR (CEBIF) La cédula esta integrada por 126 variables, contiene 11 áreas de información, relacionadas con el estudio básico de la familia Se realizaron 190 cédulas en la clínica.

RESULTADOS: La edad promedio de la madre fue de 50.8 años y del padre de 50.4 años de edad. En cuanto a la ocupación la mayoría de las mujeres eran amas de casa 48 70%, los hombres empleados 43.90%,en lo referente al estado civil, la gran mayoría eran casados 59% ,en lo referente a la estructura familiar la nuclear y sus subtipos predominó en un 64.7%,en etapa de ciclo vital de la familia predominaron retiro y muerte 37.4%,independencia en un 26.30%,se encontraron familias normo funcionales en un 82.6%. Las dos primeras causas de factores de riesgo fueron Hipertensión arterial 73.7%, Diabetes mellitus

CONCLUSIONES: El haber aplicado la cédula básica de información familiar (CEBIF), fue de gran utilidad ya que permitió identificar las características generales de las familias que acuden a esta unidad de una manera general, sería importante que este trabajo se realizara en un futuro inmediato siguiendo los siete pasos del MOSAMEF en la Clínica “ Dr. Ignacio Chávez” Por los residentes y médicos familiares en forma continua.

1.- MARCO TEÓRICO.

1.1 ANTECEDENTES:

1.1.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Los cambios que ha presentado la medicina se deben tanto a influencias científicas, tecnológicas como sociales, es así como la declaración de Alma Ata, en 1978, fue una piedra angular para la historia de la salud, afirmando que la atención primaria es la clave para alcanzar la “salud para todos en el año 2000”¹

La atención primaria de salud de acuerdo a la declaración de Alma Ata “es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas y constituyen el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”^{2,6,10}.

Desde 1978 se han realizado esfuerzos para transformar los sistemas de salud de acuerdo a los principios de la atención primaria y de la estrategia “salud para todos”, se ha considerado un gran reto para la salud, desde la aparición de dicha declaración

1.1.2 ANTECEDENTES DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO:

Desde que se hizo la declaración de Alma Ata y sus principios, se consideró a la medicina familiar como la estrategia más útil para enfrentar los retos de la salud de las poblaciones en todos los países, principalmente los que se encontraban en vías de desarrollo. Desde ese tiempo (los setenta), la Medicina de Familia se ha desarrollado con diferentes, dimensiones y formas en diversos países.

La medicina familiar es solo una de las muchas disciplinas nuevas que se han desarrollado en el curso de la historia de la medicina. Los cambios sociales, la especialización y un nuevo patrón de morbilidad, exigen un nuevo prototipo de médico. Las nuevas disciplinas pueden desarrollarse en tres formas: renacen, surgen de algo nuevo o se forman por fragmentación de una disciplina más vasta. La medicina familiar se ha desarrollado de una más antigua que es la medicina general.³

Las primeras acciones de la Medicina Familiar en México se remonta al año de 1953. En esa época, en virtud de la problemática que afrontaban los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un grupo de médicos de esa institución que laboraban en Nuevo Laredo Tamaulipas, deciden iniciar los primeros pasos que encaminaron a la medicina familiar como una especialidad ya que como los sistemas asistenciales de la institución presentaban numerosas dificultades. Por ejemplo la atención médica general incluida la visita domiciliaria, se encontraba en etapa de pobre organización, la consulta externa era controlada por personal de archivo, los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la unidad asistencial, el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondiente eran deficientes; como resultado de esta situación, el trabajo de los médicos se entorpecía. Lo esporádico y eventual del contacto médico-paciente, previamente determinado, hacía que el conocimiento de los problemas del paciente por parte del médico fuera muy reducido. La visita domiciliaria se había convertido en problema para todos los participantes del acto asistencial, y en algunas ocasiones no se afectaba, y en otras por razones económicas, se abusaba de la misma.⁴

Frente a este panorama el grupo de médicos referido, estableció un procedimiento nuevo a través del cual al médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, en un principio 3500 al tiempo que se le fijaban plazos para atender la consulta externa y efectuar las visitas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias encomendadas a su atención. Después de algunos meses de ser aprobado este esquema, se

ponderaron sus ventajas, concluyéndose que era benéfico para el derechohabiente, el médico y la institución. Los argumentos que se citaron favorablemente fueron ofrecer mejor atención médica, control de la visita domiciliaria, tener mejores posibilidades de efectuar acciones preventivas en beneficio de la salud de los derechohabientes, establecer coordinación entre los servicios de consulta externa y contar con mejores elementos para planear, organizar y administrar proceso médico asistencial.⁴

Paulatinamente se hicieron evidentes las bondades del sistema en el IMSS y se aprobó su extensión a dos clínicas de la ciudad de México, estableciéndose de esta manera en el año de 1955 el sistema médico familiar, e incluso la contratación y categoría del médico de familia, mismo que contaba con mayor retribución que otra categoría médica, en virtud de sus actividades funciones y responsabilidades.

Otros documentos se fueron introduciendo en el esquema operativo de tal forma que en la adscripción de población y a la visita domiciliaria controlada se sumaron la cita previa y modificaciones en el manejo de los expedientes clínicos, en el archivo clínico y en los mecanismos de adscripción.

Para el año de 1959 se había desarrollado y se encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional.

Frente a tal situación y después de aprobar distintos esquemas, el IMSS determinó en 1971 que era necesario planear y aplicar un programa para formar el postgrado a éste profesional. De esta forma, en marzo de ese año con un curso de especialización, se iniciaron las actividades de los primeros 32 residentes de la disciplina que comprendieron una aventura académica y asistencial de gran trascendencia para los sistemas operativos del área de la salud. El programa original se llevó a efecto en una sola sede con duración académica de dos años y uno más de práctica asistencial en el campo.⁴

Un factor importante en el desarrollo del programa consistió en el reconocimiento que otorgó, inicialmente la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Este reconocimiento se efectuó en 1974; posteriormente en el año de 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM estableció el primer departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica.⁴

Cabe señalar que las otras dos grandes instancias del sector salud no habían participado en el desarrollo de la disciplina, sin embargo a partir de marzo de 1980 tanto la Secretaría de

Salubridad y Asistencia(SSA) como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. (ISSSTE), desarrollaron programas avalados por la UNAM, ello debido al resultado de las experiencias obtenidas anteriormente

En la actividad, las cifras respecto a los programas de postgrado eran impresionantes En el país existían en total tres grandes variantes de programas académicos con reconocimiento otorgado por la UNAM Las acciones de capacitación de residentes se llevaron a efecto en 58 sedes distribuidas en todo el país y existían cerca de 9000 egresados de estos programas para ese tiempo

En el año de 1989 ingresaron a los programas aproximadamente 700 nuevos residentes en cada ciclo. Estimándose que casi una tercera parte de la población de nuestro país era atendida por un especialista en medicina familiar.

1.1.3 PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR.

Según Mc Whinney los principios que gobiernan las acciones de medicina familiar representan una visión distinta del mundo de un sistema de valores y una manera de abordar los problemas siendo evidentemente diferentes a las otras disciplinas entre los cuales tenemos

- ❑ El médico de familia está comprometido con la persona que con un conjunto particular de conocimientos, grupos de enfermedades o algunas técnicas especiales.
- ❑ El médico de familia trata de comprender el contexto de la enfermedad Para comprender bien una cosa es necesario observarla, tanto dentro como fuera de su medio y estar familiarizado con toda la gama de sus variaciones.
- ❑ El médico de familia aprovecha la oportunidad que le brindan las consultas frecuentes de sus pacientes para practicar la medicina preventiva o impartir educación sanitaria.
- ❑ El médico de familia trata a cada uno de sus pacientes como parte de una población en riesgo
- ❑ El médico de familia se considera parte de una red más amplia de atención médica y servicio de apoyo para la comunidad.
- ❑ El médico de familia debería compartir el mismo hábitat de sus pacientes.

- ❑ El médico de familia ve a los pacientes en el consultorio, en sus propia casa y en el hospital.
- ❑ El médico de familia da mucha importancia a los aspectos subjetivos de la medicina
- ❑ El médico de familia es un administrador de recursos, (la admisión en el hospital uso de servicios de laboratorio, prescripción de tratamiento y sistemas de interconsultas)⁵

Las habilidades específicas del médico de familia son :

- ❑ Resolver problemas identificados dentro del contexto de una relación personal continua con los individuos y las familias
- ❑ Preventivas para identificar los riesgos y detectar lo más pronto posible cualquier desviación de la normalidad de los pacientes que conoce
- ❑ Terapéuticas para mejorar adecuadamente la relación médico paciente y optimizar la efectividad de todos los tipos de terapia
- ❑ Habilidades para mejorar y utilizar los recursos de la comunidad y el sistema de servicios de salud en beneficio de los pacientes.

Lo anteriormente mencionado representa repercusiones importantes en la práctica de la medicina familiar.

La naturaleza de su compromiso con los pacientes obliga al médico de familia a prestar cuidados continuos e integrados. Su disponibilidad para todos los grupos de edad significa que puede actuar como médico de toda la unidad familiar.

De tal manera que la medicina familiar se le describe como aquella disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria continúa e integral al individuo y su familia

Existen elementos que se pueden proponer para explicar el porqué del resurgimiento de la medicina familiar en España. Entre ellos puede citarse.

- ❑ La necesidad de establecer equilibrio entre la especialización y el generalismo
- ❑ La existencia de cambios en el patrón de la morbilidad, con el aumento de la incidencia de las enfermedades crónico degenerativas, que hacen necesarios tratamientos que demandan continuidad en la atención.
- ❑ Las transformaciones y desarrollo en los esquemas asistenciales que demandan tipos específicos de personal.

- ❑ La necesidad sentida y expresada por algunos sectores de la sociedad que consideran oportuno contar nuevamente con este médico de familia o de cabecera.
- ❑ La demanda presentada por las instituciones del sector salud de contar con personal que se hiciera cargo de la atención primaria continua e integral de la población
- ❑ La percepción expresada por algunos grupos de médicos de lo delicado que es no disponer de generalistas solidamente formados.
- ❑ Las distintas experiencias nacionales e internacionales en medicina general o familiar ⁶

1.1.4 EL PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR:

La organización Mundial de Medicina Familiar (WONCA) definió al médico familiar en 1997 como:

- ❑ El médico general o médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sean necesarios
- ❑ El médico general / médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en función de edad, sexo y o diagnóstico de los pacientes.
- ❑ El médico general / médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continua a sus pacientes.
- ❑ El médico general / médico de familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabaja ⁷

Actualmente se considera a España como uno de los países que está a la vanguardia de la Medicina Familiar en el mundo

La sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), estableció por medio de Gallo y sus colaboradores como grupo de trabajo, el perfil profesional del médico de familia a través de cinco grandes áreas de la práctica de este especialista las cuales son ⁷

- Área de atención al individuo.
- Área de atención a la familia
- Área de atención a la comunidad.
- Área de docencia e investigación.
- Área de apoyo, en la que se incluyen varias subáreas de la práctica del médico de familia que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales, como son el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y por último, la garantía de calidad.

A continuación se describen brevemente cada una de las áreas

□ **Área de atención al individuo**

La responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

El médico de familia atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de toda una serie de problemas clínicos frecuentes, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

La responsabilidad del médico de familia se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea con carácter urgente, ya en la consulta de demanda o programada, favoreciendo la accesibilidad del individuo, tanto en la consulta como en el domicilio. Igualmente, ante problemas más graves y cuando lo juzgue oportuno, el médico de familia coordinará la colaboración con otros especialistas, así como el ingreso hospitalario ⁷

Por lo tanto la identidad del médico de familia de nuestro tiempo es su compromiso con la salud de las personas, antes de que se encuentren enfermas. Este elemento conceptual incorpora la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad al conjunto de responsabilidades

tradicionales del médico de cabecera, más dedicado a los aspectos curativos, por su mayor importancia en el modelo sanitario precedente.

□ **Área de atención a la familia:**

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar

La familia en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamientos futuros

Los problemas de salud, en su grado extremo, la muerte de uno de los miembros de la familia, pone en marcha toda una serie de mecanismos destinados a mantener su equilibrio interno, que pueden ser de tal envergadura que lleguen a influir de manera negativa en la evolución del proceso. El médico de familia está en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Para ello debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, evitando la toma de partido por unos o por otros haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender su propia capacidad como terapeuta.

Por lo tanto dentro de las actividades realizará una recolección de información sobre la estructura y composición familiar, resaltando los antecedentes patológicos familiares y estructurándolos de preferencia en forma de genograma

La recolección tendrá un carácter oportunista como norma y será, en cambio, sistemática, ante *problemas importantes Favorecerá la adaptación de los sistemas de registro a la atención familiar, usando historias familiares y hoja de problemas familiares*

Ante problemas de salud agudos y crónicos de una cierta identidad, explorará de forma sistemática la presencia de factores que indiquen o condicionen una mala adaptación familiar al problema y que afecten a su desarrollo, tratamiento y resolución. Identificará, asesorará y apoyará a aquellas personas que explícita o implícitamente sean designadas en la familia como cuidadores principales, ya que constituyen el principal recurso de la misma ante los problemas de salud.

□ **Área de atención a la comunidad:**

Todos los textos y documentos que definen el perfil profesional o la práctica del médico de familia incluyen la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que dan respuesta a los problemas locales de mayor importancia.

En España, la especialidad creada en 1978 se llamó Medicina Familiar y Comunitaria y uno de sus cometidos se definió así en el Real Decreto de su regulación como especialidad de la

profesión médica. Promocionar la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.⁷

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán, obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también, en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Y como disciplinas aplicadas que utilizan los conocimientos de todas ellas, las diversas metodologías de planificación sanitarias, análisis de necesidades y de recursos, métodos de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación tanto sanitaria como económica

Para el desarrollo del área de atención orientada a la comunidad, el médico de familia deberá incorporar a su práctica profesional las tareas definidas en el programa de la especialidad 1993

Recopilar y presentar los datos disponibles sobre su comunidad, para delimitarla y caracterizarla

Identificar los problemas y necesidades de salud de la comunidad. Para prevenir el sesgo de identificar solamente los problemas detectados en la consulta. Priorizar las intervenciones, de acuerdo a su importancia en la comunidad y a su modificabilidad técnica y operativa

Estudiar la distribución y determinantes de los problemas de salud prioritarios en su comunidad.

Diseñar programas comunitarios. Llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria

Una realidad que adquiere cada vez mayor importancia es la existencia de organizaciones de voluntariado y de grupos de autoayuda

□ **Área de docencia e investigación:**

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria represento en su día una importante novedad, cuyo desarrollo práctico ha puesto una notable mejora cualitativa y cuantitativa de la investigación realizada.

Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes:

- Autoformación, de acuerdo a sus necesidades individuales
- Formación continua dentro del equipo de atención primaria, en la cual el papel del médico de familia debe ser fundamental para mantener y mejorar el trabajo de todos los profesionales del mismo, mediante la puesta en marcha de actividades formativas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud

- Docencia a otros profesionales, siendo ésta igualmente una actividad de aprendizaje valiosa, ya que obliga al docente a revisar sus propios métodos de práctica médica. Esta docencia tiene dos grandes modalidades
- Docencia de pregrado: en la docencia de pregrado, la participación del médico de familia permite incorporar al currículum médico aquellos aspectos específicos de la atención primaria a los que el estudiante de medicina es ajeno durante la licenciatura.
- Docencia de postgrado: fundamentalmente referida a la formación de los futuros médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.⁷

En cuanto a la investigación se puede entender como una curiosidad estructurada que permite al médico de familia hacerse preguntas, poner en duda lo que está haciendo e indagar, a partir de observaciones, sobre hechos sin una explicación suficientemente justificada, utilizando siempre para ello la metodología apropiada.

La necesidad de dar respuesta a numerosas preguntas no aclaradas que surgen en su ejercicio profesional diario y de cubrir lagunas en el cuerpo de conocimientos propios de esta especialidad, el conocer la historia natural de numerosas enfermedades o la influencia de factores psíquicos y sociales en el enfermar, el poder aportar evidencias contrastadas que permitan decidir que tipo de terapia o prestación de servicios son más efectivas, el disponer de estudios clínicos y de protocolo realizados desde la atención primaria, son razones que justifican el que los médicos de familia, en general deban investigar.

La investigación de calidad ayuda a recuperar el prestigio profesional del médico de atención primaria, consolida el ámbito preciso de actividades, aumenta el cuerpo de conocimientos propios, mejora la calidad de la atención prestada ayudando a demostrar la eficacia de la misma, retroalimenta el espíritu crítico que permite evitar peligrosos anquilosamientos y debe ser fomentada para el progreso del sistema sanitario.

Los médicos de familia, en su conjunto deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación o de necesidades personales, sino que se diseñen de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas válidas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden y que aportan elementos útiles para el progreso de la atención primaria.

Investigar puede y debe hacerlo todo profesional que esté motivado para ello y en el que la motivación sea lo suficientemente fuerte como para superar las dificultades que siempre se presentan. La falta de tiempo, las carencias formativas en metodología de investigación y la ausencia de recursos son las más frecuentes. No obstante, investigar siempre supone un esfuerzo personal, el tiempo, la formación y los recursos, con ser necesarios no son suficientes.⁷

□ **Área de apoyo:**

En esta área se incluyen cuatro subáreas: trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración, el sistema de registro y la garantía de calidad Permanentemente relacionados, en mayor o menor grado, con la actividad del médico de familia

□ **Trabajo de equipo:**

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios, señalándose, entre otras las siguientes

El enfermo recibe una mejor atención.

Proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo

Previene las duplicidades de esfuerzos.

Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria.

□ **Gestión de recursos y administración sanitaria:**

El marco laboral más habitual del médico de familia es, actualmente, el sistema sanitario público, que en España es el Sistema Nacional de Salud (S.N.S) El S.N.S es una empresa de servicios cuya misión es prestar asistencia sanitaria a la población, debe ser eficaz y eficiente para poder mantenerse en el tiempo y, por ello, el manejo adecuado de los recursos para obtener su producto con la mejor relación costo beneficio es básica

Sistemas de registro e información sanitaria. En toda área profesional, como en cualquier otra, la información es la base para la acción y para la toma de decisiones. El establecimiento de protocolos diagnósticos-terapéuticos, el diseño de programas de salud comunitarios o para determinados grupos de riesgo, la selección de las actividades docentes y o de investigación, sólo se harán correctamente si se dispone previamente de la suficiente y adecuada información

El médico de familia debe conocer y saber utilizar aquellos sistemas de información sanitaria que responda a las necesidades de información de su equipo de atención primaria y a las suyas propias, escogiendo los más sencillos en su complementación y explotación, evitando tanto la recolección de información idéntica por múltiples causas, como la recogida de información que no vaya a ser utilizada.⁷

□ **Garantía de calidad:**

La trascendencia social del trabajo que se realiza en atención primaria implica que el objetivo no sea sólo de prestar asistencia sanitaria a la población, sino que sea de calidad, por lo que se

hace precisa la monitorización y seguimiento de la atención que la población recibe, intentando, en definitiva, garantizar la calidad de la asistencia

1.1.5 EL PERFIL DE MEDICINA FAMILIAR DEL PUEM.

El perfil profesional del médico familiar en el plan único de especialidades médicas de la UNAM estructura un programa de modificación completa a los cursos de especialización reconocidos por la Facultad de Medicina llamado Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), el cual ha venido sustituyendo a los planes de estudios que se desarrollan en los escenarios clínicos de la SSA , el IMSS, el ISSSTE, los Servicios Médicos de PEMEX y demás dependencias públicas y privadas que participan en este nivel de estudios de postgrado ⁸

El carácter innovador que sustenta la filosofía educativa y la normatividad pedagógica del Plan Único estriba, particularmente, en su estructura y organización académica, común a todas las especialidades, en torno a las tres funciones profesionales sustantivas del médico, atención médica, investigación y educación en la conducción de un enfoque metodológico para la enseñanza de la medicina especializada centrandose en la solución de problemas de atención médica, ya sea de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación

La metodología educativa propuesta supone una relación bidireccional ininterrumpida entre la teoría y la práctica, donde la búsqueda del conocimiento surge como una necesidad ante las situaciones reales de la práctica médica cotidiana, logrando que el conocimiento se revalore a partir de su confrontación con dicha práctica. Esta relación práctica-teoría-práctica es lo que permite al alumno avanzar significativamente en el dominio de las destrezas que habrá de mostrar en el trabajo de atención médica que le compete como especialista

En suma, el PUEM representa un hecho singular para el postgrado médico, pues busca armonizar las expectativas, propósitos educativos y asistenciales, en pos de una mejor y más efectiva colaboración interinstitucional que nos prepare, como país, para afrontar los retos del futuro con mayor calidad académica y competitividad profesional. ⁸

El perfil del médico familiar que el PUEM define es

- Emplear con eficacia y eficiencia el conocimiento, los métodos y las técnicas de la atención médica apropiados a la circunstancias individuales y de grupo que afronta en su práctica profesional.
- Aplicar con sentido crítico los recursos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de su ámbito especializado de acción

- ❑ Seleccionar, analizar y valorar la literatura médica de su especialidad aplicándola con pertinencia a su quehacer cotidiano con el fin de sustentar, profundizar y ampliar sus acciones profesionales.
- ❑ Colaborar productivamente en grupos de trabajo interdisciplinarios del ámbito de la salud procurando una visión integradora de su quehacer en relación con el trabajo de los demás profesionales del área.
- ❑ Participar en acciones de educación para la salud dirigidas a los pacientes y grupos sociales así como la difusión del conocimiento médico, a sus padres y a las nuevas generaciones de profesionales de la salud.
- ❑ Interpretar el proceso de formación profesional del médico como fenómeno humano y social tomando en consideración las condiciones institucionales en las que se realiza el ejercicio y la enseñanza de la medicina.
- ❑ Sustentar el ejercicio de su especialidad en los principios del humanismo considerando la integridad biopsíquica del individuo en su interacción constante con el entorno social.
- ❑ Procurar su educación permanente y superación profesional para su continuo perfeccionamiento y el empleo ético del conocimiento médico

1.1.6 LA FAMILIA COMO EJE DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR:

La familia como eje de estudio de la Medicina Familiar, es en gran parte establecer e identificar las estrategias más eficaces y rentables para la satisfacción de las necesidades de salud para toda la población así como el manejo de problemas indiferenciados en el contexto de una relación continua y personal con los individuos y las familias. Como disciplina académica y especialidad médica, comprende una serie de actividades fundamentadas en tres ejes:

El estudio de la familia que permite el entendimiento del entorno biopsicosocial en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo, la continuidad de la atención que favorece el seguimiento del proceso salud enfermedad de los individuos sin importar, edad, sexo y la naturaleza de la enfermedad y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de atención y medidas preventivas en la población expuesta.

En el espacio de la investigación sociodemográfica y en el terreno de la acción pública, las familias y los hogares representan un objeto de estudio primordial, a los cuales se les atribuye mayor reconocimiento, como unidades propicias para la investigación.

En la medida que el médico familiar logre conocer con detalles las características biopsicosociales de las familias que atiende, la pirámide poblacional que estos conforman, así como los motivos de su demanda de servicios, estará en probabilidades de iniciar acciones concretas además de establecer programas de actividades de fomento a la salud y preventivas, *detección temprana y tratamientos oportunos, realizar un seguimiento efectivo y coordinar los recursos con que cuenta la comunidad para el cuidado de la salud.*⁹

En su práctica diaria, el médico de familia se conecta con frecuencia con el sistema familiar, si bien el grado en que realiza un enfoque familiar en el diagnóstico y tratamiento dependerá de su experiencia, formación e interés por este enfoque. Para entender bien este sistema familiar es importante saber algunas definiciones acerca de familia

□ Familia

El término de familia etimológicamente proviene de la palabra latina *famulus* que significa sirviente o esclavo doméstico

En un principio la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre

El origen de la familia deriva de *fames* (hambre) por lo que entendemos en castellano hambriento de hambre

De acuerdo a lo OMS considera familia a “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”

El Consenso Canadiense menciona “una familia esta compuesta por un marido y una esposa, con o sin niños o un padre o una madre con uno o más niños que viven en una casa”

El consenso de EUA una familia “es un grupo de dos o más personas que viven juntos y están relacionados por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción”

La familia es un grupo social primario de dos o más personas que viven bajo un mismo techo que interactúan y conviven en forma más o menos permanente, unidos por lazos consanguíneos o de afinidad comparten en general factores biológicos, psicológicos sociales, reglas y objetivos comunes.⁹

□ Estructura y funcionalidad familiar:

El estudio de la estructura familiar implica una primera aproximación a la familia, para conocer quien la conforma, que tipo de vínculos la unen, quien habita en el hogar. Sin conocer el armazón del grupo familiar no se pueden investigar las relaciones, roles o funciones, y seremos incapaces de entender la salud de la familia y la de cada uno de los miembros.

La estructura familiar no es un fenómeno estático sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia, como con la etapa del ciclo vital en que se encuentra o en determinados acontecimientos vitales a los que se puede ver sometido. El tamaño y la composición de la familia influye sobre su proceso de salud y enfermedad.

Aunque se sigan criterios epidemiológicos, económicos o clínicos para conocer el nivel de salud familiar al parecer es necesario utilizar enfoques demográficos para abordarlos.

Entre los diversos patrones de estructuras familiares observadas hoy en día, existen familias reconstituidas y mezcladas, padres y madres sin pareja por elección o involuntariamente, parejas de hecho sucesivas, cuidado y custodia partidos pero separados, hijos con padres de acogida y familias sin hogar.¹⁰

La funcionalidad familiar se modifica por diversos eventos que le acontecen a las familias, la muerte del cónyuge, el divorcio y la separación marital son las principales causas de crisis familiar.¹¹

Diez son los aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales y que el médico familiar debe explorar durante el estudio familiar integral donde se interfiere la existencia de fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido así como una actitud positiva para resolver los retos que debe sufrir la familia .

□ **Características de familias sanas:**

- Comparten responsabilidad (poder)
- Organización flexible
- Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas
- Activan unidos sus recursos.
- Altos niveles de interacción.
- Adecuada comunicación en los subsistemas.
- Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario
- Fomentar el desarrollo personal.
- Estimular un alto grado de autonomía
- Capacidad para solicitar ayuda ¹¹

El conocimiento de las funciones de la familia es de utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de familia.

Dentro de las funciones de la familia se encuentra la socialización la cual consiste en transformar a una persona dependiente para desarrollarse en la sociedad. El cuidado es lo que permite la preservación de nuestra especie y se incluye la alimentación, el vestido, la seguridad física y el apoyo emocional. El afecto es necesidad de dar y recibir este sentimiento, y la reproducción se debe realizar con responsabilidad.¹³

□ Fases de desarrollo de la familia.

Existen varios aspectos a conocer en el estudio de la familia

Según Gemían se puede dividir en :

- Fase de matrimonio. se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo, lo cual tiene repercusiones importantes en las relaciones de la pareja precipitando ajustes en la vida cotidiana
- Fase de expansión: desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último de sus hijos.
- Fase de dispersión: todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando, aquí se prepara el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentra en la adolescencia.
- Fase de independencia: es difícil precisar el número de años transcurridos al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento, sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración de 20 a 30 años.¹³
- Fase de retro y muerte: al igual que muchas situaciones paradójicas en la naturaleza observamos el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada esta fase de desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado y estas son: incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, las familias de los hijos casados en expansión sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos o casa hogar para ancianos.

En nuestro medio es frecuente que en las familias los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; esta situación conlleva el riesgo de causar ingerencias en la toma de decisiones,

también permite prolongar la protección a los ancianos, sacando provecho de su experiencia y sabiduría, costumbre que se considera no debe perderse, porque es el signo de nuestra tradición cultural.¹³

Clasificación modificada de la OMS del ciclo vital de la familia:

- ❑ Formación: desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- ❑ IA Extensión: desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo tiene 11 años
- ❑ IB Extensión: desde el primer hijo que tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo.
- ❑ Final de la extensión. desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.
- ❑ Contracción: desde el primer hijo que abandona el hogar hasta el último hijo que abandona el hogar.
- ❑ Final de la contracción. desde el último hijo que abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge.
- ❑ Disolución. muerte del primer cónyuge hasta la muerte de cónyuge superviviente.⁹

En base a algunas características de la familia se ha clasificado según su desarrollo en

- ❑ Moderna: en la cual ambos cónyuges trabajan y viven con sus hijos bajo el mismo techo o en lugares distintos.
- ❑ Tradicional: conjunto social compuesto por los cónyuges y sus hijos que viven bajo el mismo techo, en donde sólo trabaja el padre.
- ❑ Arcaica o primitiva. organización social caracterizada por la autoridad del padre sobre otros miembros de la familia.¹³

Con base a su demografía:

- ❑ Urbana: se clasifica así a las familias que habitan en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuentan con los servicios básicos de urbanización. agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.
- ❑ Rural: habitan en comunidades de menos de 5000 habitantes y carecen de alguno de los servicios básicos de urbanización.

En base a su integración:

- ❑ **Integrada:** cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- ❑ **Semi-integrada:** en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones
- ❑ **Desintegrada:** es aquella en la que falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte.

Desde el punto de vista tipológico:

- ❑ **Campesina:** familia propia del campo
- ❑ **Obrera:** en donde el cónyuge sostiene económicamente a la familia cuenta con un salario al realizar sus actividades manuales.
- ❑ **Profesional.** esta característica esta dada por uno o ambos cónyuges mediante el cultivo de ciertas disciplinas como medio de lucro.¹⁵

Desde el punto de vista estructural:

- ❑ **Familia nuclear.** es la familia constituida por madre, padre, hijos.
- ❑ **Familia extensa** Aparte de la nuclear se agregan los abuelos, los primos, tíos, cuñados
- ❑ **Familia compuesta.** además de las anteriores conviven con miembros no consanguíneos¹³

De la Revilla hace las siguientes distinciones:

- ❑ **Familia nuclear simple:** formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.
- ❑ **Familiar nuclear numerosa:** en la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.
- ❑ **Familia nuclear ampliada:** es la integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos etc) o agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio domestico)
- ❑ **Familia binuclear** son las familias en que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores
- ❑ **Familia monoparental:** esta constituida por un solo cónyuge y sus hijos

- ❑ Sin familia: en esta familia se contempla no solo al adulto soltero, sino también al divorciado o viudo sin hijos.
 - ❑ Equivalentes familiares: se trata de individuos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, que viven en residencias o asilos¹⁴
 - ❑ **Funciones esenciales de la familia:**
 - ❑ Socialización: la tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad
 - ❑ Cuidado: esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud en cada uno de sus miembros.
 - ❑ Afecto: es la actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia, en relación a esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo.
 - ❑ Reproducción: se encarga de proveer de nuevos miembros a la sociedad. Esta función va más allá de tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente, salud reproductiva
 - ❑ Estatus y nivel socioeconómico: transfiere derechos y obligaciones a un miembro de la familia al mismo nivel socioeconómico, es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.¹³
 - ❑ Comunicación: es una función primordial, ya que gracias a ella todas las demás pueden cumplirse.
 - ❑ Afectividad: es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia
 - ❑ Apoyo: la familia proporciona apoyo a los miembros que lo necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva, emocional, informativa.
 - ❑ Adaptabilidad: la familia se expone a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una gama variada de estímulos.
-

- Autonomía todos los componentes de la familia necesitan cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y maduración
- Reglas y normas: Las familias establecen reglas y normas de comportamiento, que permiten mantener con armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar ^{9,13}

□ **Funcionalidad familiar:**

Para conocer el funcionamiento de una familia, se requiere conocer sus relaciones interpersonales, puesto que las acciones de cada uno de los miembros producen reacciones y *contra reacciones en los demás y en ellos mismos, para esto existen algunos instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar ya que a través de ellos se puede evaluar el grado de funcionalidad de todos y cada uno de los miembros del núcleo familiar. Sin perder de vista el marco social*

Los instrumentos de evaluación familiar son

- Apgar familiar. Instrumento de uso cotidiano del médico que le permite identificar la norma en que su paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia y el grado de satisfacción. Explora la comunicación, el afecto, la cooperación, las crisis familiares y la autoestima, dejando de explorar la asunción de roles, la satisfacción sexual y la toma de decisiones ²⁶
- Funcionamiento familiar examina los roles familiares y las experiencias y las expectativas de familia creando un diagrama de los problemas de cuidado de salud para ayuda en el manejo de muchos de los aspectos de sus pacientes. Clasificación triaxial de la familia: explora la disfuncionalidad familiar en tres ejes. El desarrollo, los subsistemas, y la familia como sistema, investiga problemas que influyen la conducta infantil
- Prueba de Mc Master es la prueba más confiable que evalúa la funcionalidad familiar es de uso común y su validación es a través de una prueba estadística complicada y valora 7 parámetros.
- Modelo psicodinámico de evaluación familiar evalúa disfunciones familiares identificándolos en tiempo de evolución en la familia nuclear, vínculos familiares, mecanismos de defensa, comunicación en la familia y control de la conducta
- Evaluación del subsistema conyugal. con validez práctica desde 1990 por residentes de medicina familiar de algunas sedes del IMSS, permitiendo discriminar y canalizando a terapia familiar a las parejas disfuncionales
- Otro instrumento para evaluar funcionalidad que probablemente tenga más validez es el modelo circunflejo del sistema familiar conyugal (MCSFC) que estudia los factores que equilibran o desequilibran a la familia además de facilitar la visualización integral de la

estructura familiar que se presenta en un esquema, su funcionalidad en tres dimensiones cohesión, adaptabilidad y comunicación (FACES III).

Los principios que gobiernan las acciones de la medicina familiar los cuales representan una visión distinta del mundo de un sistema de valores y una manera de abordar los problemas son evidentemente diferentes a las otras disciplinas.

En el estudio de salud familiar uno de los aspectos que interesa es evaluar la funcionalidad familiar en la etapa de desarrollo de la familia en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar conforme a las normas de la sociedad a la que se pertenece.^{11,15}

Cuando la familia es sana es normofuncional.

Conociendo las definiciones, conceptos, clasificación e instrumentos podemos decir que en el espacio de la investigación sociodemográfica y en el terreno de la acción pública, las familias y los hogares representan un objeto de estudio primordial, a los cuales se les atribuye mayor reconocimiento, como unidades propicias para la investigación social.

1.1.7 LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC).

La medicina de familia ha demostrado que puede aplicar una atención primaria excepcional a individuos y familias. Para actuar de manera eficaz en el marco del sistema de asistencia sanitaria del futuro, los médicos de familia deberán ir más allá del modelo tradicional de relación individual médico-paciente y adquirir conocimientos y capacidades necesarias para una práctica clínica basada en la población. La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es un paradigma que puede ayudar a los médicos de familia a equilibrar sus obligaciones respecto al propio paciente y a la sociedad en conjunto.^{16,17}

La atención primaria orientada a la comunidad fue propuesta hace décadas como una forma práctica de integrar los principios de la medicina comunitaria y la salud pública en la prestación de la asistencia sanitaria de atención primaria. Cuando el sistema de asistencia sanitaria se aparta del pago por servicio, la APOC vuelve a surgir como un modelo excelente para la práctica de la asistencia sanitaria basada en la población.

El modelo ecológico de la asistencia médica considera la salud como un estado natural que se ve afectado por diversos factores interrelacionados:

- Entorno físico y social.
-

- Acceso a los servicios de asistencia sanitaria. preventiva, curativa y rehabilitadora
- Herencia.
- Estilo de vida personal.

A través de este modelo ecológico, la medicina es reconocida como una institución social que puede mejorar la salud tanto mediante la curación de la enfermedad como mediante la mejora de la forma en que organizamos la prestación de la asistencia sanitaria.

En España el estímulo para la transformación de los sistemas de asistencia sanitaria han tenido su origen en los problemas aparecidos según tres aspectos: costo, calidad y accesibilidad.^{16,17}

La preocupación por la calidad de la asistencia sanitaria prestada y el costo que comportan los servicios inapropiados o ineficaces ha llevado a dar una mayor importancia a las guías de práctica clínica, los algoritmos de tratamiento, las valoraciones de los resultados y la medicina basada en la evidencia. Las guías de práctica clínica y los algoritmos de tratamiento ayudan a cada médico a prestar la asistencia adecuada, al tiempo que facilitan la asignación de recursos. Cuando se basan en una revisión rigurosa de la literatura médica disponible, y no en la experiencia individual, las guías y los algoritmos ayudan a los médicos en el desarrollo de habilidades clínicas de base poblacional.

En España la medicina de familia surgió como especialidad a finales de la década de los años setenta por el creciente descontento que existía frente a la filosofía biomédica y el sistema de asistencia sanitaria que estaban dominados por los médicos especialistas que ven a los pacientes como un conjunto de órganos. La medicina de familia se apartó de la filosofía biomédica y adoptó un modelo más ecológico o biopsicosocial.^{16,17}

Como disciplina académica, la medicina de familia ha proporcionado una ampliación del concepto de la salud y un avance del conocimiento médico en diversas áreas. En lo que se refiere al paciente, la medicina de familia ha reconocido la importancia de la relación entre el paciente y el médico, y sus efectos en la evolución y la satisfacción del paciente. De igual modo, la medicina de familia ha aumentado nuestros conocimientos sobre la dinámica familiar y la manera de tratar a los individuos en el contexto de sus familias. En la población, la medicina de familia ha liderado el avance de los conceptos y la aplicación de la APOC.^{16,17}

Un elemento fundamental en la medicina de base poblacional es tener una población identificable. Lo que a menudo se llama denominador en el contexto de la medicina de base poblacional, es la población en sí, es decir, el grupo de individuos a los que se aplica la asistencia sanitaria y el nivel en el que se mide su eficacia y sus resultados.

Para abordar satisfactoriamente los problemas desde una perspectiva poblacional es necesario que los médicos conozcan y comprendan las características epidemiológicas y demográficas básicas de su población. Además, hay que conocer la historia natural de los trastornos y los procesos patológicos dentro de una determinada comunidad. Por lo tanto los médicos deben tener un conocimiento y unas capacidades básicas en el campo de la epidemiología.^{16,17}

Las bases de datos informatizadas que contienen información demográfica básica sobre la consulta del médico pueden aportar de una manera ágil información que resulte útil para describir la población. Es así como la atención primaria orientada a la comunidad es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad y de los individuos de una forma integrada. Un ejemplo de ello es la conducta ante la diabetes de inicio en el adulto. A nivel individual, al médico de familia le preocupa mantener el control de la glucemia del paciente y prevenir las complicaciones que pueden derivarse de la enfermedad. Ello implica una evaluación clínica experta que requiere una historia clínica y exploración física, pruebas de laboratorio, tratamientos farmacológicos y una educación sanitaria del paciente respecto a la alimentación y el ejercicio, por lo tanto el paradigma de la APOC puede utilizarse con facilidad en una consulta de atención primaria. Dicha consulta debe ser global y ha de poder prestar toda la gama de servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que sirve.^{16,17}

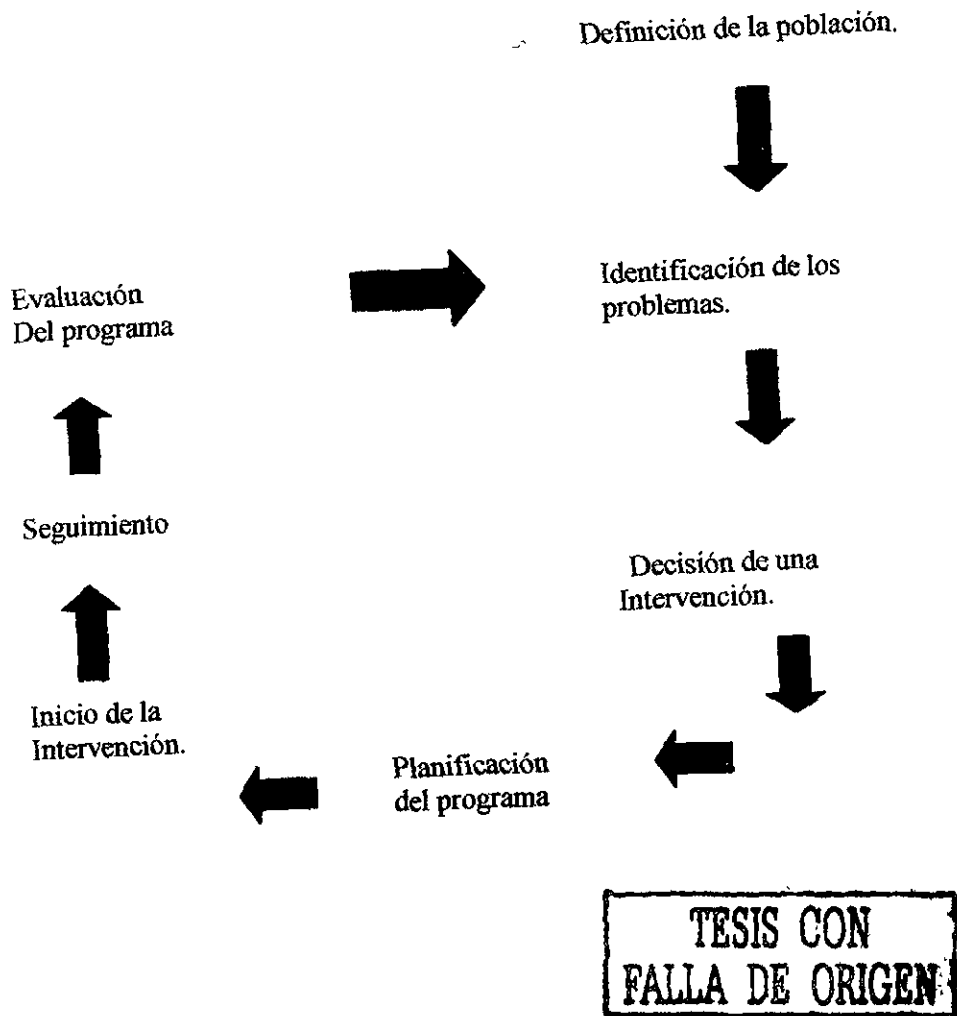
El proceso de la APOC aporta una metodología para identificar y abordar los principales problemas de salud de una población. Aplica los principios de gestión a la planificación y aplicación de la asistencia sanitaria, su estructura es notablemente similar a la utilizada por los programas de garantía de calidad y de mejoría continua de la calidad. El proceso de la APOC requiere de cuatro elementos:

- Definición y caracterización de la comunidad o la población asignada
- Identificación de los problemas de los patrones y de asistencia sanitaria
- Intervención o modificación de los patrones de práctica asistencial
- Seguimiento del impacto de la intervención.

Estos cuatro elementos se organizan en un ciclo a través del cual las decisiones están influidas de manera continua por el conocimiento de la información basada en la población (Fig 1)

Figura 1

Elementos del proceso de Atención Primaria orientada a la Comunidad (APOC).



Fuente: Goldberg Bruce W. Asistencia basada en la población

La definición o enumeración de las características de la población asignada es el paso inicial del ciclo de la APOC.

Una vez definida una población, el médico de familia puede identificar y establecer prioridades sobre los problemas de salud importantes y los principales riesgos de salud existentes. Posteriormente, pueden planificarse estrategias de intervención para abordarlos. Cuando el programa ya está siendo aplicado, el énfasis se desplaza al seguimiento del mismo. La finalidad del seguimiento es obtener información que permita evaluar la influencia que tiene la intervención.

El último paso del ciclo de la APOC es la evaluación del programa y debe efectuarse tanto del proceso como de los resultados, las evaluaciones deben centrarse tanto en las influencias positivas como en los efectos negativos de un programa.^{16,17}

Conociendo en que consiste la APOC podemos definir que la promoción de la salud cuyos beneficios se pueden resumir cuanto al ejercicio médico: en un incremento de la calidad de vida de los miembros de las familias, disminución de los costos de la atención y normar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar pero sobre todo en un nuevo tipo de relación con el paciente ya que la promoción, prevención y la práctica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas sólo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.^{16,17}

1.1.8 EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR (MOSAMEF).

El Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar (MOSAMEF) es un modelo que puede aplicarse según lo señalado por los elementos de la APOC.

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro fundamentos de Medicina Familiar.¹⁸⁻²²

El MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención

a la salud de las familias? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto en la salud de las familias?¹⁸⁻²²

La práctica de la Medicina Familiar se fundamenta en tres elementos esenciales el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo. Con base en estas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar, requieren de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios

La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa del ciclo vital familiar y elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del denominado diagnóstico de salud familiar¹⁸⁻²²

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo en el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno

La información obtenida mediante estas actividades ofrece la oportunidad para desarrollar proyectos de investigación multidisciplinaria y permiten un uso más eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específicas para un consultorio o comunidad.

El MOSAMEF pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción planteados por la carta de Ottawa producto de la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la cual señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción: reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medios ambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud¹⁸⁻²²

El MOSAMEF comparte sus principios con el denominado modelo ecológico de asistencia médica, propuesto por White, sus elementos esenciales parten de que la salud es un estado natural que se ve afectado por innumerables factores. La atención médica familiar basada en la comunidad; espíritu del MOSAMEF. Resulta deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aún para los médicos que realizan práctica privada y también son responsables de una población. Para obtener información acerca de nuestras familias las encuestas de salud son uno de los métodos utilizados para recoger información socio sanitaria. Los datos que nos aportan permiten, junto a los obtenidos a través de otras fuentes, tener elementos de juicio para la toma de decisiones en materia de planificación sanitaria. Son el método más válido para conocer la morbilidad sentida y algunos aspectos no recogidos de forma rutinaria en otros registros¹⁸⁻²²

La práctica de la medicina familiar en Nayarit, México, gira básicamente en torno a la actividad institucional, ya que el porcentaje de médicos que la ejerce en el medio privado sigue siendo escaso. Esto representa un reto para los Médicos Familiares: participar cada vez más en los diferentes ámbitos de la profesión médica y prestigiar la disciplina como pilar de los servicios de salud en el Estado.

El MOSAMEF fue propuesto a los directivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit como estrategia de investigación durante el periodo de Servicio Social con los propósitos de introducir al médico en formación hacia un nuevo enfoque de la atención médica, sensibilizar tanto al personal docente como al directivo sobre la importancia de la atención primaria, así como de la necesidad de reestructurar el currículo de la carrera de medicina en Nayarit con la finalidad de preparar el futuro médico para que responda a las necesidades de la población y otorgue servicios de atención primaria de alta calidad ¹⁸⁻²²

□ **La cédula básica de información familiar (CEBIF).**

El MOSAMEF está constituido por algunos elementos que no necesariamente lo hacen rígido, su aplicación a nivel de clínica o centro de salud es actualmente objeto de investigación por el Departamento de Medicina Familiar

El MOSAMEF en el macro escenario (clínica o centro de salud) contempla las siguientes siete áreas.

- Recursos humanos, físicos, materiales y servicios.
- Pirámide de población.
- Programas prioritarios en salud
- Morbilidad y referencia.
- Satisfacción de usuarios.
- Capacitación de los proveedores del servicio
- CEBIF (Cédula Básica de Información Familiar).

La Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF) contiene de once secciones:

- Identificación
 - Salud reproductiva.
 - Factores demográficos
-

- ❑ Apgar familiar.²⁶
- ❑ Factores económicos.
- ❑ Índice simplificado de marginación familiar.^{27,28}
- ❑ Redes sociales.²⁹
- ❑ Factores de riesgo, patología familiar
- ❑ Atención a la salud del niño
- ❑ Apoyo de cuidadores.
- ❑ Detección de cáncer

La integración de esas siete áreas del MOSAMEF con la información de la CEBIF son fundamentales para identificar problemas prioritarios de salud en la población de la clínica o centro de salud. Ello permitirá planear un programa de trabajo acorde a las necesidades reales de la población de acuerdo a los principios señalados en el modelo APOC.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se puede decir que el modelo de atención a la salud en el ISSSTE y en particular en la Clínica "DR. IGNACIO CHAVEZ" es episódico, individual (no se contempla a la familia) de continuidad parcial, sin enfoque de riesgo limitado y las acciones que se llevan a cabo no se conocen ni se registran de manera sistematizada para organizar y planear las actividades médicas.

Por lo tanto se explica que es:

- ❑ Episódico: por que el paciente acude sólo cuando esta enfermo.
- ❑ Individual por que se atiende al individuo, no se estudia en su entorno familiar ni a su familia.
- ❑ Curativo por que se atiende a la enfermedad que aqueja al individuo en el momento que acude al consultorio médico.
- ❑ De continuidad parcial: ya que se estudia el ciclo de vida del individuo como embarazo, recién nacido, lactante menor, lactante mayor, preescolar, escolar, presentándose una pausa en el adolescente rompiendo así el ciclo acudiendo sólo cuando el adulto joven presenta algún padecimiento y se incrementa nuevamente cuando es adulto mayor.
- ❑ De riesgo limitado. por que se estudia al individuo cuando tiene una enfermedad crónica degenerativa sin hacer promoción de la salud a sus familiares

Otros aspectos de importancia que influyen en el estado de salud o enfermedad de los individuos y la familia y que no se estudian habitualmente en el Modelo de Atención Médica del ISSSTE, son:

- ❑ Factores demográficos.
- ❑ Factores económicos.
- ❑ Redes sociales y de apoyo.
- ❑ Factores de riesgo.
- ❑ Apoyo de cuidadores.

También se observa que no se conocen las características familiares generales de los derechohabientes de la Clínica "DR. IGNACIO CHÁVEZ", tipología familiar, clasificación de la familia, funcionalidad, siendo desconocidas de manera sistematizada por el equipo de salud.

Con lo mencionado en los antecedentes de este trabajo, como problema se plantea la importancia de señalar:

¿Cuáles son las características familiares generales de la población adscrita a la Clínica “DR. IGNACIO CHÁVEZ” del ISSSTE que puedan influir para el control de la salud y para identificar sus principales problemas de salud que se presentan y que sirvan para planear, organizar y diseñar un programa de trabajo médico?.

Actualmente, en la clínica “DR. IGNACIO CHÁVEZ” , no existe un instrumento que sistemáticamente obtenga datos de información relacionados con los aspectos mencionados y que son de gran importancia para la práctica de la Medicina Familiar.

Si bien existe información para cumplir dos funciones primordiales de la Medicina Familiar (continuidad en la atención y enfoque de riesgo), el estudio de la familia es nulo

La aplicación de una Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF) permitirá iniciar la metodología que oriente el conocimiento básico de las familias con las que el Médico Familiar trabaja día a día (Fig. 2).

Figura 2

Elementos del Proceso del MOSAMEF en el micro escenario (consultorio).



La CEBIF es un instrumento que se aplica por primera vez en esta clínica de manera piloto para valorar su utilidad y posible incorporación al modelo de atención de la clínica.

3.- JUSTIFICACIÓN:

Como ya se mencionó el MOSAMEF es un modelo sistematizado constituido por información general de

- Pirámide poblacional.
- Recursos humanos, físicos, materiales de servicio.
- Programas de salud prioritarios.
- Morbilidad y referencia.
- Encuesta de satisfacción de usuarios
- Encuesta de capacitación de los prestadores del servicio.
- CEBIF

Esta información integrada y su análisis permitirá conocer, organizar y diseñar un programa de trabajo médico integrado con el equipo de salud

En este trabajo únicamente se pretende probar la utilidad de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF)

La CEBIF es un instrumento básico que nos va a permitir conocer las características básicas de las familias con las cuales se está trabajando en la Clínica “DR. IGNACIO CHAVEZ”.

Con la aplicación de la CEBIF se pretende obtener datos generales y conocer la situación de la salud reproductiva familiar, los factores demográficos principalmente clasificación familiar y tipología familiar, factores económicos, redes sociales y de apoyo, factores de riesgo, apoyo de cuidadores, apagar familiar y el índice simplificado de marginación familiar.

Es importante obtener estos datos ya que permitirá conocer las características generales de las familias, y con esto dar una mejor atención enfocada a la problemática especificada de cada familia, ya que cada una de ellas tiene características diferentes, y por lo tanto no se puede generalizar la atención médica

La CEBIF también nos permitirá conocer ciertos factores que pueden influir en la salud de cada familia, siendo así congruentes las indicaciones médicas con la problemática de cada núcleo familiar.

Con la aplicación de esta cédula se cumple la tercera función básica de la práctica de la Medicina Familiar: EL ESTUDIO DE LA FAMILIA

Es importante señalar que el estudio de la familia no será a un nivel profundo ni exhaustivo, ya que la CEBIF sólo es un instrumento básico para iniciar el estudio Familiar. Se deberá valorar su posterior uso en el expediente clínico y también se debe señalar que la cédula puede cambiar de acuerdo a las necesidades o problemas que se identifiquen.

En este trabajo la CEBIF se usará de manera piloto y posteriormente se evaluará su posible utilización en el consultorio, para que se utilice como un instrumento inicial, básico y sistemático del estudio familiar

4.- OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer las características generales familiares a través de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF), de los derechohabientes de la Clínica "DR IGNACIO CHÁVEZ" del ISSSTE

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer la clasificación y estructura de las familias
2. Identificar las etapas del ciclo vital en las que se encuentran las familias
3. Caracterizar las situación socio económica de las familiar.
4. Identificar las características de las redes sociales y de apoyo de la familia
5. Identificar la funcionalidad de la familia utlizando el APGAR.
6. Cuantificar el índice simplificado de marginación familiar
7. Identificar los factores de nesgo de las familias

5.- MATERIAL Y MÉTODOS:

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

- TRANSVERSAL.
- DESCRIPTIVO.

5.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Pacientes que asistieron a servicios médicos a la clínica “DR. IGNACIO CHÁVEZ” del ISSSTE en el periodo de junio-noviembre 2001

5.3 MUESTRA DE ESTUDIO:

Muestra no aleatoria de 166 pacientes, no representativa, de tipo voluntaria, calculada con 99% de confianza, 10% de error y 0.5% de variabilidad. La muestra final de estudio fue de 190 pacientes.²³

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Que sean derechohabientes del ISSSTE.
 - Derechohabientes mayores de 18 años.
 - Que deseen cooperar con el estudio de manera voluntaria.
 - Que hayan asistido a consulta médica en el periodo de junio a noviembre del 2001.
 - Que sean de ambos sexos.
-

5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que no sean derechohabientes del ISSSTE
- Pacientes que no acepten colaborar con el estudio.
- Que no hayan asistido a consulta médica en el periodo de estudio
- Que las personas encuestadas presenten alguna alteración psiquiátrica.

5.5 VARIABLES E INSTRUMENTOS:

Para la obtención de la información, se utilizó un cuestionario con 126 variables incluidas en la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF), divididas en 11 secciones.(ANEXO 1) , las secciones son las siguientes:

- Identificación. (5 variables)
- Salud reproductiva. (19 variables)
- Factores demográficos. (16 variables)
- Apgar familiar (5 variables)
- Factores económicos. (18 variables)
- Índice simplificado de marginación familiar. (4 variables)
- Redes sociales y de apoyo. (18 variables)
- Factores de riesgo. (30 variables)
- Atención a la salud del niño. (8 variables)
- Apoyo a cuidadores (4 variables)
- Detección de cáncer. (4 variables)

5.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Para la realización de la toma de encuestas se solicitó previa autorización a las autoridades de la clínica “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Se aplicaron 190 encuestas en las salas de espera de la clínica, en turno matutino y vespertino por la autora de éste trabajo y médicos residentes de primer y tercer año de la especialidad de Medicina Familiar, durante los meses de junio a noviembre de 2001

La información se obtuvo mediante la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF); ésta se aplicó a los pacientes que asistieron a la clínica.

Todas las encuestas se aplicaron en los salones de espera para lo cual, los encuestadores se acercaban a las personas y las invitaban a participar diciéndoles que se trataba de una encuesta para conocer las características generales de las personas y sus familias que asisten a la clínica

Una vez obtenido el consentimiento de las personas se procedió a aplicar la cédula mediante un entrevista directa.

Una vez obtenida la información correspondiente, se almacenó en una base de datos y posteriormente se analizó mediante procedimientos estadísticos descriptivos a través de un programa estadístico SPSS versión 6.0 en la Facultad de Medicina de la UNAM

5.7 ALMACENAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Los datos obtenidos se captaron mediante una base de datos. La captura de información fue realizada por la autora de éste trabajo previa capacitación realizada por los asesores

5.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se hizo un análisis descriptivo con medidas de tendencia central, de resumen y dispersión mediante el programa estadístico SPSS 06 0 en la Facultad de Medicina de la UNAM

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se considera que ésta investigación tiene riesgo ético con categoría I (investigación sin riesgo) en el cual no se daña la integridad física ni mental de los individuos que participan; su participación es voluntaria y únicamente proporcionan información ²⁴. Título segundo, capítulo 1, artículo 17.

Así mismo esta información no viola los principios señalados por la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 41ª Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en 1989.²⁵

6.- RESULTADOS:

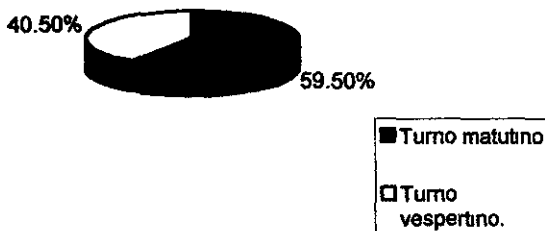
□ **Identificación de la Familia:**

Se aplicaron 190 cédulas CEBIF, pertenecientes a 15 consultorios de la clínica “ DR. IGNACIO CHÁVEZ” en ambos turnos.

La distribución por turno fue de 59.5% para el turno matutino y 40.5% para el vespertino, representado gráficamente en la figura 3.

Figura 3

Distribución por turno de la aplicación de la cédula CEBIF.



Fuente: Cédulas CEBIF 3 n = 190

□ **Edad de la madre:**

La edad promedio de la madre fue de 50.8, una desviación estándar de 13.9, un mínimo de 23 años y un máximo de 83 años

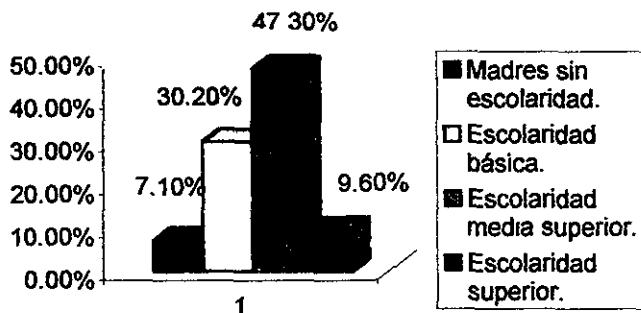
□ **Escolaridad de la madre:**

En esta variable se encontró un promedio de 8.63 una desviación estándar de 4.30, un mínimo 0 escolaridad y un máximo de 26 años.

Los porcentajes se muestran en la figura 4.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Figura 4
Porcentaje del nivel de escolaridad de las Madres Encuestadas.

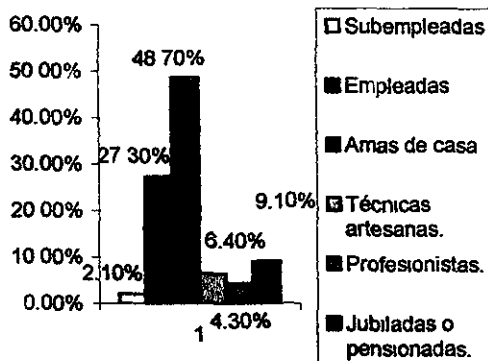


Fuente: Cédulas CEBIF 3 n = 190

□ **Ocupación de la Madre:**

En lo referente a la ocupación de la madre se presentan los resultados, por porcentajes de acuerdo a la ocupación que realizan, en la figura 5.

Figura 5
Porcentaje de la ocupación de la Madre.



Fuente: Cédulas CEBIF 3 n = 190

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

❑ **Antecedentes Ginecoobstétricos Gestas (Madre):**

La distribución de gestas fue de 23 2% para 2 hijos, 22 2% para 3 hijos, 16 8% para 1 hijo y 1.1% para mujeres que nunca se han embarazado.

❑ **Antecedentes Ginecoobstétricos Partos (Madre):**

En lo que respecta al número de hijos por parto fue de 15.3% para un hijo, 24.7% para 2 hijos, 21 3% para 3 hijos, 7 3% para 4 hijos, 28.0% para 5-8 hijos, 2.7% para 9-15 hijos

❑ **Antecedentes Ginecoobstétricos Abortos (Madre):**

Se encontró 50% de mujeres que presentaron un aborto, 31 6% de mujeres que presentaron 2 abortos.

❑ **Antecedentes Ginecoobstétricos Cesáreas (Madre):**

Existió un porcentaje de 40.6% de mujeres a las que se les había realizado una cesárea, 31.3% de mujeres a las que se les realizó 2 cesáreas y 21.9% para 3 cesáreas
En el cuadro 1 se presenta el promedio, desviación estándar, mínimo y máximo de gestas, partos, abortos y cesáreas de las mujeres encuestadas

Cuadro 1
Antecedentes Gineco-obstétricos de las Mujeres.

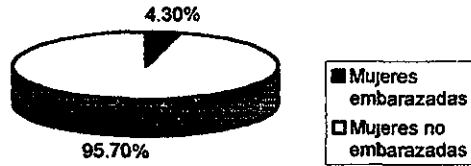
	Gestas.	Partos.	Abortos.	Cesáreas.
Promedio.	3.71	3.69	1.79	1.81
Desv.Estándar.	2.77	2.52	1.30	.93
Mínimo.	0	0	0	0
Máximo.	15	15	7	4

Fuente Cédulas CEBIF 3 n = 190

❑ **Antecedentes Ginecoobstétricos Embarazo (Madre):**

El porcentaje de mujeres embarazadas fue de 4.3% y 95.7% para mujeres que no estaban embarazadas. Representados gráficamente en la figura número 6

Figura 6
Antecedentes Ginecoobstétricos (Embarazo).



Fuente Cédulas CEBIF 3 n = 190

- **Uso de método de Planificación Familiar (Madre):**
Se encontró que las mujeres utilizaron métodos de planificación familiar en un 36.2% y 63.8% para las que no utilizaron ningún método.

- **Método de Planificación Familiar de la Madre:**
En lo referente al tipo de método de planificación familiar se muestran en el cuadro 2.

Cuadro 2
Tipo de Método de Planificación Familiar de las Madres.

Tipo.	Frecuencia.	Porcentaje.
O.T.B.	38	55.1
H.O	21	30.4
D.I.U.	7	10.1
Métodos Naturales.	2	2.9
Preservativo.	1	1.4

Fuente Cédulas CEBIF 3 n = 190

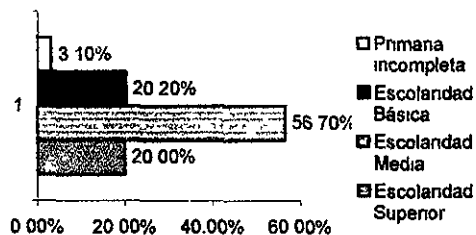
- **Edad del Padre:**
El promedio de edad del padre fue de 50.4, con una desviación estándar de 13.73, una edad mínima de 26 años y una máxima de 89 años.



□ **Escolaridad del Padre:**

Hubo un promedio de escolaridad del padre de 10.63 años, una desviación estándar de 3.72, un mínimo de 3 años de escolaridad y un máximo de 20 años. En la figura 7 se muestran los porcentajes por nivel de escolaridad

Figura 7
Porcentaje de nivel de Escolaridad del Padre.

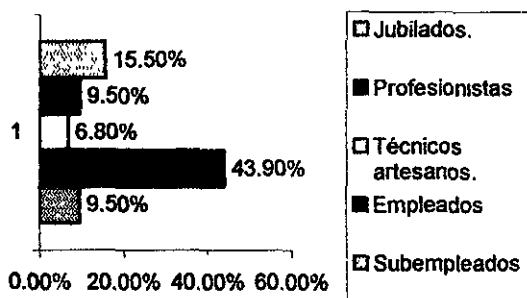


Fuente: Cédulas CEBIF 3 n = 190

□ **Ocupación del Padre:**

En lo que respecta a la ocupación del padre se presentan los resultados, en porcentajes de acuerdo a la ocupación que realizan, figura 8.

Figura 8
Ocupación del Padre.



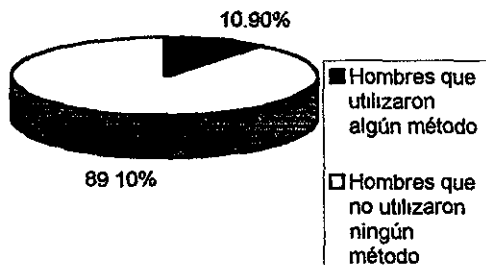
Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

□ **Uso de método de Planificación Familiar del (Padre).**

En lo referente al uso de método de planificación familiar en el padre se encontró que 10,9% de los hombres utilizaron algún método y 89 1% para los que no utilizaron ningún método, como se muestra en la figura 9.

Figura 9

Planificación Familiar del Padre.



Fuente: Cédulas CEBIF 3 n = 190

□ **Método de Planificación Familiar del Padre:**

Por lo que se refiere a los hombres que sí usaron método de anticoncepción, la distribución por métodos de planificación familiar fue de 26 75% para los usuarios que utilizaron preservativos, 73 3% para los usuarios que se realizaron vasectomía.

□ **Estado civil de los cónyuges:**

En esta variable el porcentaje para el estado civil de los cónyuges fue de 59.0% para los que estaban casados, 4.8% en unión libre, 7.4% divorciados, 19.7% viudos, 9% solteros.

□ **Años de unión conyugal:**

El promedio para los años de unión conyugal fue de 23.25, con una desviación estándar de 13.92, un mínimo de 1 año de unión y un máximo de 58 años.

□ **Miembro de la familia que contestó la Cédula:**

De los derechohabientes que contestaron la cédula (CEBIF) 18.7% eran padres de familia, 77 5% eran madres de familia y 3 7% eran hijos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

□ **Número de hijos según rango de edad:**

En el cuadro número 3 se presentan la frecuencia en cuanto al número de hijos en los diferentes rangos de edad.

Cuadro 3
Número de hijos en los diferentes rangos de edad.

Rango de Edad.	Frecuencia.
RN a 1 año.	7
1 a 4 años.	9
5 a 10 años.	21
11 a 19 años.	43
20 años y más.	67
Total.	147

Fuente: Cédulas CEBIF 3 n = 190

□ **Familias que vivían con parentesco y número de personas:**

Por lo que respecta al número de personas que vivían con las familias con parentesco fue de 41 7% en las cuales sólo vivía un familiar, 30 6% en donde vivían 2 familiares, 13 9% en donde vivían 3 familiares, 8 3% 4 familiares, 2.8% en las que vivían 5 y 2 8% en las que vivían 7 familiares.

□ **Familias que convivían sin parentesco y número de personas:**

Se encontró que en esta variable sola un persona vivía con las familias sin parentesco familiar.

□ **Clasificación Estructural de la Familia:**

En el cuadro número 4 se presenta la frecuencia y porcentaje de la clasificación de la familia, según su estructura.

Cuadro 4
Clasificación Demográfica de la Familia.

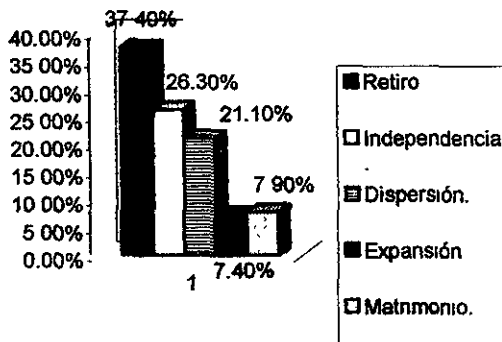
Tipo.	Frecuencia.	%
NUCLEAR:	123	64.7
simple.	102	53.7
numerosa.	1	.5
ampliada.	19	10.0
binuclear.	1	.5
EXTENSA.	9	4.7
ascendente.	8	4.2
descendente.	1	.5
MONOPARENTAL.	21	11.1
simple.	17	8.9
ampliada.	4	2.1
EQUIVALENTES FAMILIARES.	0	0
PERSONA QUE VIVE SOLA.	37	19.5

Fuente: Cédulas CEBIF 3 n = 190

□ **Etapa del Ciclo Vital de la Familia.**

Las etapas del ciclo vital de la familia se representan gráficamente con porcentaje en la figura 10.

Figura 10
Etapa del ciclo vital de la Familia.

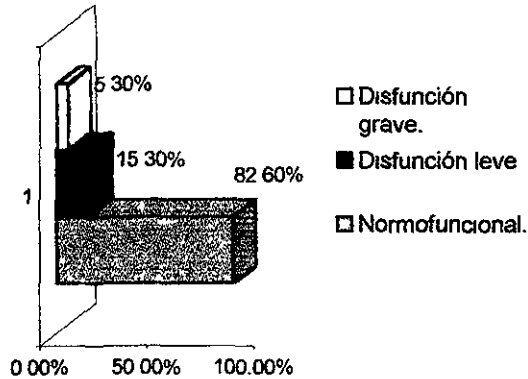


Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

□ **Apgar Familiar:**

Figura 11
Funcionalidad Familiar (APGAR).



Fuente: Cedula CEBIF 3 n = 190

□ **Vivienda; número de personas que contribuyen al ingreso familiar:**

En lo que respecta al número de personas que contribuyen al ingreso familiar fue de 41.6% en donde una sola persona contribuye económicamente, 43.7% en donde contribuyen 2 personas, 12.6% contribuyen 3 personas, en un 1.6% contribuyen 4 personas y 0.5% contribuyen 8 personas al ingreso familiar.

□ **Vivienda; casa:**

Se presentan los porcentajes de acuerdo al tipo de vivienda en el cuadro 5

Cuadro 5
Vivienda, casa.

Vivienda.	Porcentaje
Propia.	85.5
Financiamiento.	2.1
Rentada.	10.5
Prestada.	1.6

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

□ **Vivienda; agua entubada intra domiciliaria:**

El 100% de las viviendas cuentan con el servicio de agua intra domiciliaria

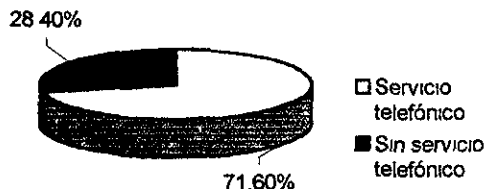
□ **Vivienda; número de automóviles:**

Por lo que respecta al número de automóviles por familia el 57.9% de las familias no contaban con automóvil, 37.9% tenían 1 automóvil, 3.2% tenían 2 automóviles y 1.1% tenían 3 automóviles

□ **Vivienda; teléfono:**

En la figura 12 se representa gráficamente los porcentajes de las familias que contaban y las que no contaban con servicio telefónico.

Figura 12
Vivienda, servicio telefónico.



Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

□ **Vivienda; computadora:**

En esta variable el 28.9% de las familias tenían computadora y el 71.1% no la tenían

□ **Vivienda; hijos en escuela pública:**

La distribución de hijos que asistían a escuela pública fue de 33.7% para los que si tenían hijos en la escuela y 66.3% para las familias que no tenían hijos en escuela pública.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

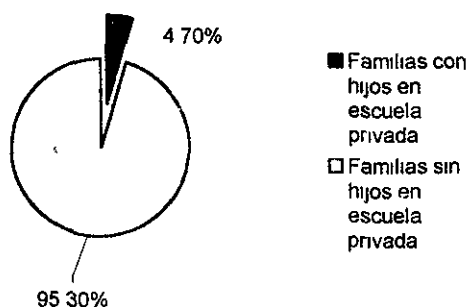
□ **Vivienda; número de hijos en escuela pública:**

En cuanto al número de hijos que asistían a escuela pública fue de 38 1% para los que tenían 1 hijo en escuela pública, 47.6% para los que tenían 2 hijos, 14 3% para los que tenían 3 hijos

□ **Vivienda; hijos en escuela privada:**

En la figura 13 se presentan los porcentajes de hijos que asistían a escuela privada y los que no asistían a esta

Figura 13
Hijos en escuela privada.



Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

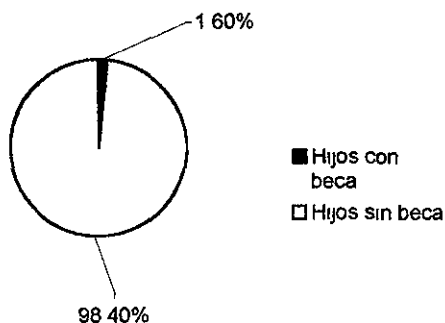
□ **Vivienda; número de hijos en escuela privada:**

Esta variable mostró que el número de hijos que asistían a escuela privada fue de 66 7% para los que tenían 1 hijo en escuela privada y 33 3% para los que tenían 2 hijos que asistían a escuela privada.

□ **Vivienda; hijos con beca:**

Se presentan los porcentajes en la figura 14.

Figura 14
Hijos con beca.



Fuente: Cédula CEBIF 3 n=190

□ **Vivienda; números de hijos becados:**

La frecuencia de hijos becados fue de 1.

□ **Desarrollo comunitario:**

El 100% de las familias tenían el servicio de agua potable, drenaje subterráneo, energía eléctrica, pavimentación, banquetas, alumbrado público, servicio telefónico

□ **Desarrollo comunitario; servicio de transporte público:**

De acuerdo a las comunidades que pertenecen a la clínica y que cuentan con este servicio el 97.9% si lo tienen y 2.1% no lo tienen

□ **Desarrollo comunitario; vigilancia:**

El 86.8% de las comunidades tienen servicio de vigilancia y 13.2% no lo tienen

□ **Índice Simplificado:**

La valoración del índice simplificado de marginación familiar mostró los siguientes porcentajes para cada categoría de índice

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 6
Índice Simplificado de Marginación Familiar.

	FRECUENCIA.	PORCENTAJE.
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR.		
5 o más salarios mínimos.	13	6.8
3-4 salarios mínimos.	74	38.9
1-2 salarios mínimos.	101	53.2
< 1 salario mínimo.	2	1.1
NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES.		
Ningún hijo.	111	58.4
1 hijo.	35	18.4
2 hijos.	32	16.8
3 o más hijos.	12	6.3
ESCOLARIDAD MATERNA.		
Post-primaria.	104	54.7
Primaria completa.	60	31.6
Primaria incompleta.	11	5.8
Sin instrucción.	15	7.9
HACINAMIENTO (núm. de personas por dormitorio)		
1-2 personas	187	98.4
3 personas.	2	1.1
4 personas.	1	.5

Fuente: Cédula CEBUIF 3 n = 190

CUADRO 7
Total del Índice Simplificado de Marginación Familiar.

	Frecuencia.	Porcentaje.
0	3	1.6
1	32	16.8
2	44	23.2
3	57	30.0
4	29	15.3
5	18	9.5
6	5	2.6
7	2	1.1
Total.	190	100

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 8
Resultados en Nivel de Riesgo de Marginación Familiar:

Puntuación del riesgo.	Frecuencia.	Porcentaje.
0-3 Muy Bajo.	136	71.6
4-6 Bajo.	52	27.4
7-9 Alto.	2	1.1
10-12 Muy Alto.	0	0

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

□ **Redes Sociales y Apoyo.**

En el cuadro 9 se presentan frecuencias y porcentajes respecto a esta variable

Cuadro 9
Redes Sociales y Apoyo.

Personas o Instituciones a quienes se busca para apoyo	Frecuencia.	Porcentaje.
Padres y abuelos.	52	27.4
Pareja.	87	45.8
Amigos, vecinos.	38	20
Hijos mayores.	104	54.7
Prestaciones laborales.	102	53.7
Servicios públicos.	176	92.6
Servicios privados.	96	50.5
Otros.	1	.5
No requiere.	3	1.6

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 10
Uso de servicios Médicos según instituciones de Salud.

Institución.	Frecuencia.	Porcentaje.
IMSS	7	3.7
SSA	9	4.7
SEDENA.	1	.5
PRIVADO.	75	39.5
ISSSTE.	190	100
DIF	0	0
PEMEX.	0	0
SECRETARIA DE MARINA.	0	0
OTROS.	2	1.1

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

□ **Factores de Riesgo:**

Los factores de riesgo y patología familiar percibidos por los entrevistados en sus familias se presentan en los cuadros 11 a 35

CRÓNICO DEGENERATIVAS

Cuadro 11
Factores de Riesgo para Diabetes Mellitus.

Diabetes Mellitus.	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	13.7	14.2	1.1	11.6	4.7	45.7
Sin control	0	0	0	1.1	5	6.1
Finado	2.6	0	0	0	0	2.6
Total	16.3	14.2	1.1	12.7	9.7	54.4

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 12
Factores de Riesgo para Hipertensión Arterial.

H.T.A.S.	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	18.9	33.7	2.6	11.6	3.7	70.5
Sin control	0	0	0	.5	0	.5
Finado	1.6	1.1	0	0	0	2.7
Total	20.5	34.8	2.6	12.1	3.7	73.7

Fuente CÉDULA CEBIF 3 n = 190

Cuadro 13
Factores de Riesgo para Enfermedad del Corazón.

Enf. del Corazón	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	2.1	3.7	0	1.1	1.6	8.5
Sin control	0	0	0	1.6	0	1.6
Finado	0	0	0	0	.5	.5
Total	2.1	3.7	0	2.7	2.1	10.6

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 14
Factores de Riesgo para Cáncer Cervico Uterino.

CA CU	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	1.1	.5	1.1	.5	3.2
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	.5	0	1.1	.5	2.1
Total	0	2.1	.5	2.2	1	5.3

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 15
Factores de Riesgo para Cáncer de Mama.

CA de Mama	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	0	0	0	.5	.5
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	.5	.5
Total	0	0	0	0	1	1

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 16
Factores de Riesgo para Cáncer de Próstata.

CA de Próstata	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	.5	0	0	0	0	.5
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	.5	0	0	3.2	.5	4.2
Total	1	0	0	3.2	.5	4.7

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 17
Factores de Riesgo para otro tipo de Cáncer.

Otro Cáncer	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	.5	.5	0	1.1	2.1	4.2
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	.5	0	.5	1.6	.5	3.1
Total	1	.5	.5	2.7	2.6	7.3

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 18
Factores de Riesgo para Insuficiencia Renal.

Ins. Renal	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	.5	.5	.5	.5	0	2
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	1.1	0	1.1
Total	.5	.5	.5	1.6	0	1.3

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 19
Factores de Riesgo para Enfermedad Cerebro Vascular.

Enf. Cerebro vascular	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	2.1	0	1.1	0	3.2
Sin control	0	.5	0	0	0	.5
Finado	1.1	0	0	0	.5	1.6
Total	1.1	2.6	0	1.1	.5	5.3

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 20
Factores de Riesgo para Asma.

Asma	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	1.1	5.3	8.4	.5	0	15.3
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	2.1	0	2.1
Total	1.1	5.3	8.4	2.6	0	17.4

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 21
Factores de Riesgo para SIDA / HIV.

Sida/ HIV	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	0	0	0	0	0
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0

Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 22
Factores de Riesgo para Otras Enfermedades de Transmisión Sexual.

Otras Enf. de Transmisión Sexual	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	.5	0	0	0	.5
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	.5	0	0	0	.5

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 23
Factores de Riesgo para Hepatitis B y C.

Hepatitis B y C	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	.5	0	.5	0	1
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	.5	0	.5	0	1

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 24
Factores de Riesgo para Tuberculosis Pulmonar.

T. B. Pulmonar	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	.5	0	0	.5	1
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	.5	0	0	.5	1

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 25
Factores de Riesgo para Desnutrición.

Desnutrición	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	0	.5	0	0	.5
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	.5	0	0	.5

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 26
Factores de Riesgo para Obesidad.

Obesidad	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	.5	5.8	2.6	0	0	8.9
Sin control	.5	1.1	1.8	0	0	3.4
Finado	0	0	0	.5	.5	1
Total	1	6.9	4.4	.5	.5	13.3

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 27
Factores de Riesgo para Anorexia / Bulimia.

Anorexia / Bulimia	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	0	0	0	0	0
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 28
Factores de Riesgo para Tabaquismo.

Tabaquismo	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	1.6	.5	2.6	0	1.1	5.8
Sin control	3.7	.5	2.1	.5	0	6.8
Finado	2.1	0	0	0	0	2.1
Total	7.4	1	4.7	.5	1.1	14.7

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 29
Factores de Riesgo para Alcoholismo.

Alcoholismo	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	1.6	0	.5	0	.5	2.1
Sin control	1.1	0	0	.5	1.1	2.7
Finado	1.6	0	0	1.1	.5	3.2
Total	4.3	0	.5	1.6	2.1	8.0

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 30
Factores de Riesgo para Fármaco dependencias.

Otras Fármaco dependencias	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	0	0	0	0	0
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 31
Factores de Riesgo para Enfermedades Psiquiátricas.

Enf. Psiquiátricas	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	1.1	0	0	0	1.1
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	1.1	0	0	0	1.1

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 32
Factores de Riesgo para Violencia Intra familiar.

Violencia Intra familiar	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	.5	.5	.5	0	0	1.5
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	.5	.5	.5	0	0	1.5

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 33
Factores de Riesgo para Riesgo Ocupacional.

Riesgo Ocupacional	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	0	0	0	0	0
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 34
Factores de Riesgo para Discapacidad.

Discapacidad	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	0	.5	.5	0	0	1
Sin control	0	0	0	0	0	0
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	0	.5	.5	0	0	1

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

Cuadro 35
Factores de Riesgo para Caries Dental.

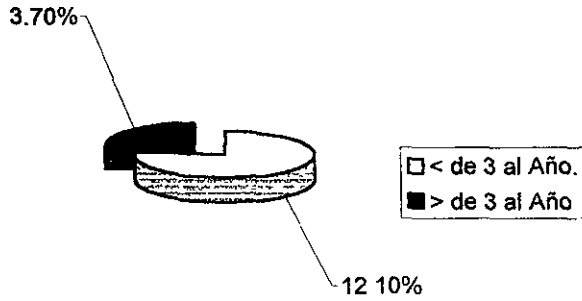
Caries Dental	Padre %	Madre %	Hijos %	Abuelos %	Tíos %	Total %
En control	1.6	2.1	1.6	0	0	5.3
Sin control	.5	1.6	1.6	0	0	3.7
Finado	0	0	0	0	0	0
Total	2	3.7	3.2	0	0	9.0

Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

□ **Atención a la Salud del Niño:**

En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de niños con más de 3 y con menos de 3 infecciones de vías respiratorias agudas al año, figura 15

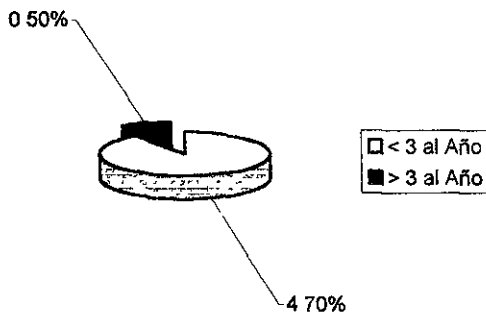
Figura 15
Porcentaje de Infecciones de Vías Respiratorias.



Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

- En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de niños con más de 3 y con menos de 3 cuadros al año de enfermedad diarreica aguda al año, figura 16

Figura 16
Porcentaje de Enfermedad Diarreica Aguda al Año.



Fuente Cédula CEBIF 3 n = 190

□ **Vacunación Estado Nutricional:**

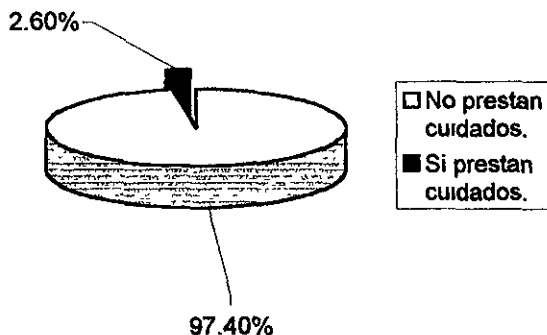
El 100% de los niños de 0-1 año de edad, cumplieron con los esquemas de vacunación en tiempo y forma, al igual que el 100% de los niños de 1 a 5 años de edad.

En lo referente al Estado Nutricional el 100% de los niños tuvo en estado nutricional normal.

□ **Apoyo a Cuidadores:**

En esta variable el resultado se muestra en la figura 17

Figura 17
Familias en las que algún integrante de la familia proporciona cuidados a alguna persona enferma.



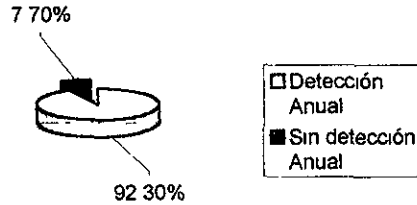
Fuente: Cédula CEBIF 3 n= 190

- De las familias en las que si se proporcionan cuidados por algún integrante de la familia la madre es la que con mayor frecuencia otorga cuidados. De las personas a las que se les proporcionan los cuidados en su mayor parte fueron los abuelos, el padecimiento que con mayor frecuencia amerita cuidados por alguna persona fue secuelas de E.V.C.

□ **Detección de Cáncer Cervicouterino :**

En el apartado de detección para cáncer cervico uterino, se obtuvo que el 92.3 % se realizan el examen de detección anual figura 18.

Figura 18
Porcentaje de Pacientes con Detección Anual de Cáncer Cervicouterino.



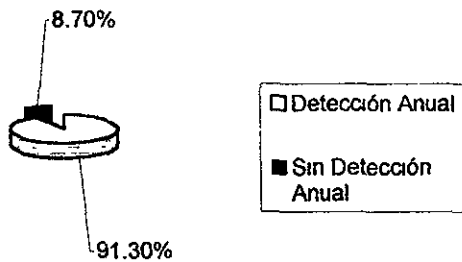
Fuente: Cédula CEBIF 3 n = 190

- En la detección de cáncer cervicouterino se encontró que el 100% fue negativo

□ **Detección Anual de Cáncer Mamario:**

El porcentaje de detección se presenta en la figura 19

Figura 19
Porcentaje de Pacientes con Detección Anual de Cáncer Mamario.



Fuente: Cédula CEBIF 3 N = 190

- Del total de pacientes evaluadas con la Cédula no se presentó ningún caso positivo de cáncer de mama en alguno de sus grados

7.- DISCUSIÓN:

El haber aplicado las cédulas básicas de identificación familiar (CEBIF) en la clínica “ Dr Ignacio Chávez” fue satisfactorio ya que se identificaron datos muy importantes para conocer las características familiares de las familias que acuden a esta clínica tales como.

La edad de las madres de las familias en promedio indica que se trata de mujeres en edades perimenopausicas.

Esta situación nos orienta hacia el estar atentos sobre el tipo de patología a la cual nos vamos a enfrentar como climaterio, problemas de osteoporosis, enfermedades crónico degenerativas, depresión, etc

En la variable edad de los padres nos indica que se trata de hombres en edades de la andropausia Esto nos refiere tener más cuidado sobre problemas prostáticos, enfermedades crónico degenerativas, depresión, etc.

En lo que respecta a escolaridad se observó que los varones presentan un nivel escolar superior en casi dos años por encima de las mujeres

En lo referente a ocupación se sigue un patrón tradicional en donde un alto porcentaje de las mujeres encuestadas son amas de casa, en el caso de los hombres un porcentaje considerable son empleados

En los antecedentes gineco-obstétricos se observó un promedio bajo de gestas en las mujeres encuestadas, los abortos también se encontraron con un promedio bajo

La planificación familiar es un programa prioritario en nuestro país en este estudio se observó que el sexo femenino es el que lleva el control de la fecundidad, en gran porcentaje, ello obedece quizá a la tradición y costumbres de nuestra población. Se deben promover acciones y estrategias para que los hombres también participen en el control de la fertilidad

En estado civil de los cónyuges los matrimonios predominan en esta sección Sin embargo la vudez representa la quinta parte del total de las encuestas realizadas

En cuanto a los años de unión conyugal se aprecia que son longevos con un promedio de alrededor de dos décadas, reflejando una tendencia hacia los matrimonios duraderos.

Los hijos de las familias encuestadas se encuentran en edades productivas y reproductivas

En las familias que vivían con parentesco se observó que la conformación de las familias encuestadas sigue mostrando un patrón tradicional aceptando sólo familiares en la misma casa

En su estructura familiar las familias nucleares son las que predominan con sus diferentes variantes predominando la simple, seguidas por las familias monoparentales y extensas.

Con lo que respecta al ciclo vital de las familias se observó que la etapa de retiro representa el mayor porcentaje de las familias entrevistadas, esto nos orienta a seguir fomentando los programas sobre el adulto mayor, prevenir enfermedades crónicas degenerativas o control de estas, contar con redes sociales, integrarlas a los grupos para pláticas y actividades del adulto mayor, trabajar en conjunto con el equipo de salud, dar orientación sobre la etapa del ciclo vital a la que se están enfrentando (retiro y muerte).

Por lo que respecta al Apgar familiar se encontró que el mayor porcentaje de las familias son normo funcionales, disfuncionales leves en casi la quinta parte de las mismas y un pequeño porcentaje con disfunción grave.

Se encontró que el número de personas que contribuyen al ingreso económico familiar es por más de uno de sus integrantes, esto puede deberse en parte a la situación económica que se encuentra nuestro país y a cambios en el estilo de vida social y productiva de las familias

En la variable tipo de vivienda el mayor porcentaje de las familias encuestadas tienen casa propia probablemente se deba a que la población asegurada, cuenta con programas de vivienda pudiendo acceder a un crédito inmobiliario, siendo así propietarios de sus casas

Las viviendas de las familias cuentan con los servicios típicos de una zona urbana, tales como teléfono, agua, luz, gas etc.

En las familias encuestadas la educación pública es la predominante, observando que más de la mitad de las familias no tienen hijos en edad escolar.

Por lo que respecta al índice simplificado de marginación familiar que evalúa el nivel de riesgo en las familias respecto a su salud, reportando un mayor porcentaje de las familias con un grado de riesgo muy bajo, seguido de un riesgo bajo para la marginación.

En redes sociales y de apoyo el mayor porcentaje de apoyo se encuentra en los hijos mayores por parte de las familias y en las instituciones públicas de salud

En cuanto al uso de servicios médicos según instituciones de salud, prácticamente todas las familias encuestadas eran derechohabientes del ISSSTE, seguido por el servicio privado, para atención médica y prestación de servicios cuando se requiere.

En lo que se refiere a factores de riesgo se observó que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son los factores de riesgo que con mayor frecuencia se encontraron en las familias.

En el rubro de enfermedades del corazón tiene un bajo porcentaje como factor de riesgo

El cáncer cérvico uterino se encuentra presente en un porcentaje muy bajo como factor de riesgo, al igual que el cáncer de mama, el de próstata y otros tipos de cáncer, aunque los porcentajes sean bajos deben ser tomados en cuenta, por los servicios de salud con el fin de prevenir este tipo de enfermedades o diagnosticarlos oportunamente.

En lo referente a insuficiencia renal es un padecimiento presente en las familias, en un porcentaje muy bajo, este padecimiento surge como enfermedad secundaria, de los pacientes con cuadros infecciosos, de diabetes e hipertensión, etc, disminuyendo su incidencia haciendo hincapié en la prevención, control y educación del paciente mejorando su atención

La enfermedad cerebro vascular se presentó en un porcentaje bajo de las familias, se debe hacer prevención de las secuelas de esta enfermedad

El riesgo para asma se observó en un porcentaje bajo, siendo este un padecimiento con un patrón hereditario, desencadenado por alérgenos y mejorando con las medidas higiénico dietéticas, así como con educación del paciente

En los factores de riesgo infecciosos no se presentó ningún caso de sida, en lo referente a enfermedades de transmisión sexual se observó un porcentaje muy bajo

En los trastornos de la nutrición la obesidad presentó el mayor porcentaje de estos trastornos lo cual nos orienta a dar mayor información a la población derechohabiente de cómo balancear adecuadamente los alimentos, conocer los valores nutritivos de cada grupo de alimentos, así como los calóricos, establecer horarios, ayudando a prevenir enfermedades secundarias como hipertensión, diabetes, dislipidemias, hiperuricemia etc

En los factores de riesgo para alcoholismo, tabaquismo y otras fármaco dependencias se encontró que los porcentajes son bajos siendo estos resultados incongruentes, con la práctica médica, ya que la incidencia de estos padecimientos es mayor

En enfermedades psiquiátricas el porcentaje reportado fue muy bajo, siendo importante detectar cuales enfermedades están presentes en las familias entrevistadas. Ya que en la consulta de psicología en la clínica, se presenta con mayor frecuencia padecimientos de tipo depresivo

La violencia intra familiar sólo se reportó en tres casos teniendo estos control (según refirieron las propias familias) sería de gran importancia localizar a estas familias para saber si realmente tienen seguimiento, con el fin de brindar apoyo y terapia cuando sea necesario

En discapacidad se encontraron dos casos, no especificando el tipo de la misma

En caries dental el porcentaje que se reportó fue bajo (según lo referido por los encuestados) considerando que este resultado es poco creíble ya que la incidencia de caries dental es alta en los pacientes que acuden a consulta a la clínica.

En cuanto a la atención a la salud del niño se reportó un porcentaje bajo de niños que se enferma de infecciones de vías respiratorias agudas al año, así como de enfermedades diarreicas.

En lo referente a vacunación el total de niños de 1 a 5 años presentaron esquemas de vacunación en tiempo y forma.

Con lo que respecta a estado nutricional el total de niños encuestados presentaron estado nutricional normal.

En las familias en las cuales, existen cuidadores el porcentaje es bajo, siendo el mayor porcentaje de cuidados brindado por las madres y recibido por los abuelos.

En la detección anual de cáncer cervicouterino y mamario se reportó que casi el total de las mujeres encuestadas se lo realizan en forma anual, esto nos motiva para seguir fomentando la prevención de estos padecimientos

8.- CONCLUSIONES:

Dadas las características generales de las familias, estudiadas a través de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF), es importante que este estudio se realice en un futuro inmediato en el micro escenario (consultorio)

Encauzando al médico familiar a realizar acciones de educación para la salud en forma más específica de acuerdo a su población estudiada.

Es importante señalar que la clasificación de la familia que se utilizó en la aplicación de esta cédula, fue aportada por el estudio "Clasificación demográfica de la Familia en la zona básica de salud la Orden de Huelva"¹⁴, esta no es la más adecuada para su aplicación en la estructura de las familias mexicanas ya que es confusa y no cumple con los requerimientos para agrupar a los distintos núcleos familiares que se presentan en la sociedad mexicana.

De acuerdo a las etapas del ciclo vital en las que se encuentran las familias que asisten a la clínica "Dr Ignacio Chávez" la mayoría se presentan en etapa de independencia y retiro.

Estas características obligan al médico familiar y al equipo de salud a orientar sus acciones integrales de la salud de la población acerca de utilización de métodos de planificación familiar, prevenir adicciones, caries dentales, salud mental, hacer énfasis acerca de la prevención y control en cuanto a las enfermedades crónico degenerativas, detección oportuna de cáncer, la importancia de la alimentación, el ejercicio físico y promover la salud mental

Al realizar este trabajo de investigación se observó que la funcionalidad familiar de acuerdo al instrumento Apgar es normofuncional, esto motiva al médico familiar dando pláticas, cursos y formar grupos de apoyo que aporten temas sobre familia.

Una estrategia importante sería crear grupos de apoyo en las unidades médicas para abordar problemas relacionados con la depresión, prevención de enfermedades mentales como la demencia en los ancianos, cuidado prenatal, creación de programas que ayuden a difundir y detectar problemas de violencia intra familiar, siendo cada vez más comunes en la población infantil y femenina, así como también los trastornos de alimentación que aunque no son reportados, en la práctica médica observamos que van en ascenso, sobre todo trastornos de anorexia y bulimia

Al realizar esta investigación se observó que la cédula básica de información familiar (CEBIF) es un instrumento que sirve para conocer las características generales de las familias que acuden a una unidad de medicina familiar en la ciudad de México.

El haber realizado este trabajo permitió identificar los problemas que presentan las familias que acuden a esta unidad médica, sembrando la inquietud para que se realice más investigación a este respecto, realizando el MOSAMEF en el micro escenario aplicando la cédula básica de

información familiar, la pirámide de población, información de los programas prioritarios y las causas de morbilidad lo cual permitirá conocer las necesidades de atención médica de las familias en individuos de cada consultorio, recomendando que este trabajo lo realicen otros residentes aplicando esta metodología.

Esta investigación tuvo un sesgo de selección ya que fue una muestra no aleatoria. La CEBIF es un instrumento descriptivo por lo cual también presenta un sesgo de información, de los individuos entrevistados.

Finalmente, esta experiencia de trabajo en investigación proporciona elementos objetivos para establecer las necesidades de la salud de la población estudiada, con ello, se confirma la utilidad del Mosamef y su vinculación con la atención primaria orientada a la comunidad (APOC). Es necesario continuar con esta línea de investigación para tener posibilidades de continuidad y, por otra parte, responder a las necesidades y problemas detectados.

9.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Hiroshi Nakajima Salud para todos-el camino por recorrer Rev Facultad de Medicina. UNAM. 1998;31(5) 117-118.
2. Cano Valle F México a 10 años de Alma Ata. Rev. Facultad de Medicina. UNAM. 1988;31(5):121-125.
- 3 Cuaderno 3 de Salud La transición en Salud Secretaría de Salud. Primera edición. México. 1994:7-48.
- 4 Narro Robles JR. Medicina Familiar. En Soberón G, Kumate J, Laguna García J (COMPILADORES). La Salud en México Testimonio 1988,Tomo IV Especialidades Médicas en México pp. 239-252. Edit. Biblioteca de la Salud México. 1989
- 5 Mc Whinney R. Ian Medicina de Familia. Principios de la Medicina de Familia, Cáp.2; pp12-26; Edit. Mosby/Doyma. Libros, España,1996.
- 6 Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria de Salud En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica; pp 3-13 Edit Mosby/Doyma. Libros tercera Edición España,1994
- 7 Gallo Vallejo F J, Altisent Trota R , Díez Espino J. Perfil profesional del Médico de Familia Atención Primaria. 1999;23(4) 124-144.
- 8 Plan Único de Especializaciones Médicas. Medicina Familiar Facultad de Medicina, UNAM. División de Estudios de Postgrado e Investigación Subdivisión de Especializaciones Médicas, pp15-20 México 2000.
9. De la Revilla Ahumada I , Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria de Salud En Zurro A Martín y Cano Pérez J.F Atención Primaria Concepto, Organización y práctica clínica Tercera edición pp70-81 Mosby/Doyma Libros. Madrid España 1995
- 10 Ricardo Loewe MC. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. Instituto Nacional de Salud Pública México. 1988;50(5):40-48.
- 11 Chávez Aguilar V., Velasco Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación Rev. Med. IMSS. 1994;32.34-43.
12. Hennen B K, MD. Atención primaria a la familia. Estructura y Función de la Familia. Capitulo 3;pp17-22. Mc Graw Hill. México. 1983.

13. Irigoyen Coria A Fundamentos de Medicina Familiar 5ª edición México; Edit Medicina Familiar Mexicana pp11-46. México 1998
14. Márquez Contreras E. Gascón Vivo J. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva. Atención Primaria 1995;5(1) 30-33
15. Saucedo G. JM La exploración de la familia Aspectos médicos, psicológicos y sociales Rev. Med IMSS. 1991;19(2).155-163.
16. Goldberg Bruce W. Asistencia sanitaria basada en la población Cáp. 6 En Taylor Robert B. Medicina de Familia. Principios y práctica pp 35-39. 5ª edición Doyma. Barcelona España 1996.
17. Turubían J L Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria Una introducción a los principios de Med de Familia. Díaz de Santos pp14-29.México 1995
18. Santiago Iglesias H, Lomeli Guerrero LE Diagnóstico de Salud y Estructura Familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar Arch Med. Fam México 2000,2(1):11-16
19. Medina Carrillo L, Lomeli Guerrero LE, Irigoyen Coria A. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit, México. Arch Med. Fam. México 2000,2(2).41-46.
20. -Lomeli Guerrero LE .La medicina Familiar en Nayarit ,México. Arch Med. México 2000,2(1).1.
21. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ. El modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. ¿piedra de Roseta para la Medicina Familiar?. Arch Med. México.2000;2(1):5-6
22. Ingoyen Coria A, Morales López H. Mosamef. Bases Conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. pp15-60. Edit. Medicina Familiar Mexicana México. 2000.
23. Gómez Clavelina, Irigoyen Coria, Ponce Rosas Bases para la Investigación en las Especialidades Médicas 1ª.Edición México; Edit. Medicina Familiar Mexicana. México 1999
24. Ley General de Salud, SSA Título segundo, capítulo 1 artículo 17. 3 era. Edición. 1993.
25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 41ª Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en 1989
26. Rodríguez Fernández, E. , Gea Serrano A. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar Atención Primaria. España. 1996, 17(5):338-341.

- 27 Irigoyen Coria A., Gómez Clavelina FJ, Ponce Rosas E, Terán Trillo M, Fernández Ortega MA, Fundamentos teóricos del Índice Simplificado de Margnación Familiar. Arch Med Fam México 1999, 1(3) 89-95.
- 28 Ponce Rosas E, Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Terán Trillo M, Madrigal de León HG, Palomino Garbay L., Confiabilidad del Índice Simplificado de Margnación Familiar Arch Med Fam. México. 1999, 1(4) 99-104
- 29 Terán Trillo M, Ponce Rosas E, Irigoyen Coria A, Fernández Ortega MA, Gómez Clavelina FJ, Redes Sociales en la Atención Médica Familiar Arch Med Fam México 1999, 1(2). 35-44

ANEXO 1.

CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF-3)

Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Ingoyen-Coria A, Terán Trillo M



IDENTIFICACIÓN				Fecha: _____	Folio _____					
Familia _____		No Exp: _____		Consul./Turno. ____/____						
Domicilio _____				Teléfono: _____						
Madre	Edad	Ocupación	Esc. (años)	SALUD REPRODUCTIVA						
				A.G.O.			PF		Método	
				G	P	A	C	Embarazo		
								Si	No	
								Si	No	
Estado civil de los cónyuges Casados __, Unión Libre __, Divorciados __, Viudos __, Solteros __, Años de unión conyugal _____										
Nombre de la persona que responde esta cédula _____, Parentesco familiar _____										

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
Numero de Hijos _____	Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles? _____
<ul style="list-style-type: none"> • RN a un año _____ • 1 a 4 años _____ • 5 a 10 años _____ • 11 a 19 años _____ • 20 o más años _____ • Total _____ 	<p>Con parentesco familiar. (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos) Num _____, Especifique: _____</p> <p>Sin parentesco familiar (compadres, amigos, servicio domestico, huéspedes) Num _____, Especifique _____</p>
Clasificación Estructural de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear <ul style="list-style-type: none"> Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () • Extensa <ul style="list-style-type: none"> Ascendente () Descendente () 	<ul style="list-style-type: none"> • Monoparental <ul style="list-style-type: none"> Simple () Ampliada () • Equivalentes familiares () • Persona que vive sola ()
Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio o union conyugal () • Expansion () • Dispersion () 	<ul style="list-style-type: none"> • Independencia () • Retiro ()

APGAR FAMILIAR (TAMIZ)

1 ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
2 ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
3 ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
4 ¿Estas satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	
5 ¿Siente que su familia le quiere?			
Casi Nunca	A veces	Casi siempre	

Total

FACTORES ECONÓMICOS			
Vivienda		Si	No
<ul style="list-style-type: none"> • Numero de personas que contribuyen al Ingreso familiar _____ • Casa <ul style="list-style-type: none"> Propia () Financiamiento () Rentada () Prestada () • Agua entubada intradomiciliaria () • Automóviles 0, 1, 2, 3 o mas _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Teléfono () () • Computadora () () • Num de hijos en escuela publica () () • Num de hijos en escuela privada () () • Num de hijos con becas () () 		
Desarrollo Comunitario			
<ul style="list-style-type: none"> • Serv. de agua potable () () • Drenaje subterráneo () () • Energia eléctrica () () • Servicio telefónico () () 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado público () () • Pavimentación () () • Banquetas () () • Serv de transp publico () () • Vigilancia () () 		

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

76

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Indicadores	Categorías	Punt
Ingreso económico familiar	< 1 salarios mínimos	3
	1-2 salarios mínimos	2
	3-4 salarios mínimos	1
	5 ó más salarios mínimos	0
Numero de hijos dependientes	3 ó más hijos	3
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningun hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	3
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (numero de personas por dormitorio)	5 ó más personas	3
	4 personas	2
	3 personas	1
	1 a 2 personas	0
Total		

REDES SOCIALES Y APOYO	
Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc) se apoyan en (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
<ul style="list-style-type: none"> • Padres y abuelos () • Pareja () • Amigos, vecinos () • Hijos mayores () • Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc) () • Servicios públicos () • Servicios privados () • Otros () • No requiere () 	
Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
IMSS () DIF () SSA () PEMEX () SEDENA () Secretaria de Marina () Privado () Otros () ISSSTE () Especifique _____	

FACTORES DE RIESGO PATOLOGIA FAMILIAR																								
Crónico Degenerativas										Infecciosas				Trastornos de la Nutrición		Otros								
Diabetes Mellitus	Hipertension Art	Enf Corazon	CaCu	Ca Mama	Ca Prostata	Otro cancer	Ins Renal	Enf Cerebrovas	Asma	Sida/VIH	Otro ETS	Hepatitis D y C	TB Pulmonar	Desnutricion	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otras farmacos	Violencia Intraf	Enf Psiquiatricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad	
Padre																								
Madre																								
Hijos																								
Abuelos																								
Tíos																								
Total																								

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO									
Núm. de cuadros por año	IRAS	EDAS	Edad	Vacunas		Estado Nutricional			
				Completo	Incompleto	Normal	Desnutrición	Obesidad	
Menos de 3			0 - 1 años						
3 ó más			1 - 5 años						

APOYO DE CUIDADORES				
¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>				
¿Quién proporciona los cuidados? _____				
¿A quién le proporciona los cuidados? _____				
¿Cuál es es el motivo o la enfermedad por el que necesita _____				

DETECCIÓN DE CÁNCER				
Cada año				
Doc cacu		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Positivo a Cáncer
Doc mama		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

77

TESIS CON FALLA DE ORIGEN