

11226  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
GUSTAVO A. MADERO, MEXICO, D. F.**

**IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO DE SALUD  
DE UN CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR**



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

**P R E S E N T A :**

**DR. OSVALDO FERNANDO GARCIA  
HERNANDEZ**



**ISSSTE**

**ISSSTE**

**"GUSTAVO A. MADERO"  
DIRECCION**

**MEXICO 2003.**

**Registro 12.2003**

R



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

# PAGINACIÓN DISCONTINUA



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISION 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  
 GUSTAVO A. MADERO MÉXICO D.F.**

**IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UN  
 CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

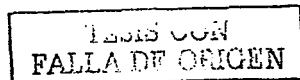
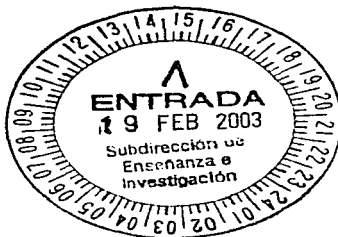
**PRESENTA:**

**DR. OSVALDO FERNANDO GARCÍA HERNÁNDEZ.**



**ISSSTE**

**MÉXICO 2003.**



**Registro 12.2002**

**B**

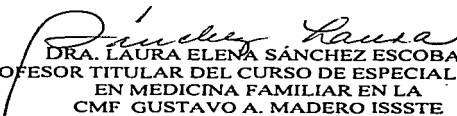
**IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UN  
CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

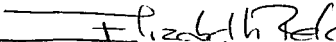
**PRESENTA:**


**DR. OSVALDO FERNANDO GARCÍA HERNÁNDEZ**

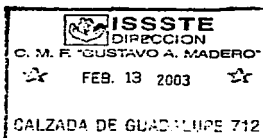
**AUTORIZACIONES**

  
DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA  
CMF GUSTAVO A. MADERO ISSSTE  
MÉXICO D.F.

**TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACIÓN**

  
DRA. ELIZABETH RODRÍGUEZ PONCE  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA  
CMF GUSTAVO A. MADERO ISSSTE  
MÉXICO D.F.

  
DRA. MARÍA ANGÉLICA GALLEGOS FLORES  
DIRECTORA DE LA  
CMF GUSTAVO A. MADERO ISSSTE  
MÉXICO D. F.



ISSSTE  
FALLA DE CUBIEN

**ASESORES DE TESIS**



**DR. E. RAÚL PONCE ROSAS**  
**PROFESOR TITULAR "A", T.C. INTERINO**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA UNAM**  
**ASESOR DE TESIS**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
**PROFESOR ASOCIADO "C", T.C. DEFINITIVO**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**  
**DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**  
**FACULTAD DE MEDICINA UNAM**  
**ASESOR DE TESIS**

**TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD**



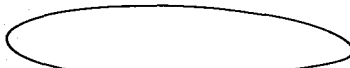
**IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UN  
CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**PRESENTA:**

**DR. OSVALDO FERNANDO GARCÍA HERNÁNDEZ**

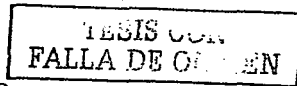
**AUTORIZACIONES**



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM



**DEDICATORIAS**

**A MI ESPOSA EDITH,  
POR SU AMOR Y COMPRENSIÓN;  
"SIEMPRE JUNTOS"**

**A MELISSA Y CRISTIAN, POR SER  
LO MÁS GRANDE DE MÍ  
VIDA**

**A MIS PADRES, POR EL APOYO Y CUIDADO  
DESDE QUE NACÍ**

**A MIS HERMANOS ULISES Y NAHUN, PORQUE  
UN PARTE DE ELLOS VIVE EN MÍ**

**TESIS CON  
FALLA DE COPIEN**

**AGRADECIMIENTOS**

**AL DR. E. RAÚL PONCE ROSAS  
POR SU ENTREGA Y PASIÓN  
A LA INVESTIGACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**AL DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
POR SUS GRANDES APORTES  
A LA MEDICINA FAMILIAR  
EN MÉXICO**

**A LA DRA. LAURA ELENA SÁNCHEZ E.  
POR SU DEDICACIÓN Y AMOR A  
NUESTRA ESPECIALIDAD**

**A LA DRA. BLANCA LILIA VALADES R.  
POR EL APOYO INCONDICIONAL  
PARA MI FORMACIÓN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD DE UN CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR**

**OBJETIVO:** Identificar las necesidades de atención médica en las familias del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE, aplicando el modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF).

**DISEÑO:** Descriptivo, transversal y observacional.

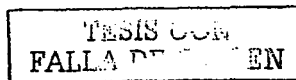
**POBLACIÓN:** Todos los pacientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE, con expedientes clínicos vigentes entre 1997 al 2001.

**MUESTRA:** Se calculó una muestra con el 90% de confianza, 10% de error y 0.65 de variabilidad, obteniéndose una muestra teórica de 122 familias, la muestra final fue de 123 cédulas básicas de identificación familiar (CEBIF).

**MEDICIONES Y RESULTADOS PRINCIPALES:** Se revisaron todos los expedientes del consultorio 15, obteniéndose datos sobre: sexo, edad y número de integrantes de familia. Se aplicaron 123 CEBIF a las familias del consultorio. Se revisaron las diez primeras causas de consulta médica. Se analizaron los lineamientos de atención médica de los programas y normas de salud vigentes en la clínica. La pirámide de población indicó 1588 derechohabientes y 743 familias inscritas en el consultorio, se observó un 56.9% de mujeres y 43.1% de hombres, encontrando por edades 0-4 años el 7.2%, de 5-14 años el 20.4%, de 15 a 44 años el 43.2% y 45 y mas años el 29.2%. La edad promedio de la madre fue de 46.1 años y del padre 47.5 años; el 26.3% de las mujeres utilizaban algún método de planificación familiar, en cuanto al estado civil la mayoría son casados 62.2%, en lo que concierne a clasificación de familia predominó la nuclear y sus subtipos con el 65.9%. Las etapas del ciclo vital de la familia fueron: dispersión en un 34.7%, retiro y muerte con 26.4%. Se encontró disfunción leve en APGAR familiar en 10.6%; el índice de marginación familiar reportó un 43% para pobreza familiar baja y un 3% para pobreza familiar alta. Los antecedentes patológicos familiares fueron: diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo y alcoholismo. En la detección anual de cáncer cervicouterino y mama aproximadamente la mitad de las mujeres no realiza esta prevención. Las principales causas de consulta médica fueron: infección respiratoria aguda, hipertensión arterial, diabetes mellitus y traumatismos.

**CONCLUSIONES:** La importancia de la realización del diagnóstico de salud en un consultorio, orienta a conocer la población y los diferentes aspectos de tipo: económico, psicológico, social y de salud, permitiendo identificar las necesidades o problemas reales y por lo consiguiente dirigir y priorizar las actividades adecuadas a las necesidades observadas; así como orientar líneas de investigación en medicina familiar y mejorar el modelo de atención para el estudio de las familias en el consultorio.

**PALABRAS CLAVE:** Diagnóstico de salud, consultorio, cédula básica de identificación familiar versión 3 (CEBIF3), APGAR familiar.



## HEALTH IMPORTANCE DIAGNOSTIC FAMILY MEDICINE OF A DOCTOR'S OFFICE

**OBJECTIVE:** To identify the necessities for medical caring on the families of the Doctor's Office Number 15 On the Unit of the Family Medicine on Clinic located at Gustavo A. Madero County of ISSSTE, applying the systematic model familiar medical enlarging (SMFME).

**DESIGN:** Descriptive, transversal and observational.

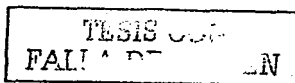
**POPULATION:** All patients in Doctor's Office Number 15 of Family Medicine on Clinic located at Gustavo A. Madero County of ISSSTE, with update files between 1997 to 2001.

**SAMPLE:** We made a computation with a sample with 90% confidence, 10% mistake and 0.65 variability, getting a theoretic sample of 122 families, the final sample was of 123 Record Card Basic of Family Identification (RCBFI).

**MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS:** We checked all the files of Doctor's Office Number 15, getting data over: sex, age and number in family members. It applied 123 CEBIF at families registered in Doctor's Office. Were checked the first main reasons for medical check-up. The population pyramid indicated 1588 healthholders and 743 families registered at Doctor's Office, observing 56.9% of women and 43.1% in men, founded between ages 0-4 years the 7.2%, of 5-14 years the 20.4%, between 15 to 44 years of 43.2% and 45 and more years of 29.2%. The mother average ages were between 46.1 years and 47.5 years for father; 26.3% women were using some method of family planification, about he civil status the majority were married 62.2% in what concerns to family classification superiority the nuclear and their subtypes with 65.9%. The stage of the vital cycle family were: dispersion in a 34.7% followed by 26.4% retired and died, founding light dysfunction in APGAR family on 10.6%; the family mark poverty reported a 43% for low poverty in family and a 3% for high family poverty. The pathology family backgrounds were: Diabetes Mellitus, Arterial High Blood Pressure, Tobaccoconist and Alcoholisms. On the annual check-up of cervicuterin cancer and breasts were nearly half who doesn't makes it. The main reasons of medical consultation were: Acute infection Respiratory, High Blood Pressure, Diabetes Mellitus and traumatismas.

**CONCLUSIONS:** The importance in the performance of health diagnostic at Doctor's Office, naming to know the population and the different aspects of type: economic, psychology, social and of health, letting identifying the necessities or real problems and result in naming and priority to programs according to the observed needed; such as naming investigations lines in familiar medicine and get better the attention models for the study of the families in the Doctor's Office.

**KEYS WORDS:** Health Diagnostic, Doctor's Office, Record Card Basic of Family Identification version 3 (RCBFI3), APGAR family.



# ÍNDICE

## MARCO TEÓRICO

### 1. ANTECEDENTES

1.1 Diagnóstico de salud	1
1.2 Definición del médico familiar y su perfil	6
1.3 Atención primaria de salud	7
1.4 Atención orientada a la comunidad (APOC)	11
1.5 Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF)	15

### 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 3. JUSTIFICACIÓN

### 4. OBJETIVOS

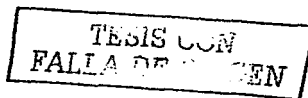
4.1 Objetivo principal	19
4.2 Objetivos específicos	19

### 5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio	20
5.2 Diseño general del estudio	20
5.3 Población	21
5.4 Muestra	21
5.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
5.5.1 Criterios de inclusión	21
5.5.2 Criterios de exclusión	22
5.5.3 Criterios de eliminación	22
5.6 Variables e instrumentos	22
5.6.1 Pirámide de población	22
5.6.2 Cebif 3	23
5.6.3 Causas de consulta médica	23
5.6.4 Programas prioritarios	24
5.7 Método de recolección de datos	24
5.8 Recolección de la información	25
5.9 Análisis estadístico	25
5.10 Consideraciones éticas	26

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>6. RESULTADOS</b>	<b>27</b>
6.1 Pirámide de población	27
6.2 Cédula básica de información familiar	28
6.2.1 Identificación de la familia	28
6.2.2 Salud reproductiva	31
6.2.3 Factores demográficos	32
6.2.4 Apgar familiar	36
6.2.5 Factores económicos	36
6.2.6 Índice simplificado de marginación familiar	38
6.2.7 Redes sociales y apoyo	40
6.2.8 Factores de riesgo y patología familiar	41
6.2.9 Atención a la salud del niño	43
6.2.10 Apoyo a cuidadores	45
6.2.11 Detección de cáncer	48
6.3 Primeras causas de consulta médica	50
6.4 Programas prioritarios	51
6.4.1 Planificación familiar	51
6.4.2 Atención al niño sano	54
6.4.3 Salud reproductiva	55
6.4.3.1 Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes	55
6.4.3.2 Salud perinatal	57
6.4.3.3 Enfermedades de transmisión sexual	59
6.4.3.4 Climaterio y menopausia	61
6.4.4 Detección oportuna de cáncer cervicouterino y mama	62
6.4.5 Control de las enfermedades crónico-degenerativas	64
6.4.5.1 Diabetes mellitus	64
6.4.5.2 Hipertensión arterial	65
6.4.6 Inmunizaciones	66
6.4.7 Salud bucal	67
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>68</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>75</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>77</b>
<b>10. ANEXO</b>	<b>82</b>


  
 TESIS CON  
 FALLA DE ... EN

# MARCO TEÓRICO

## 1. ANTECEDENTES.

### 1.1 DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD.

En la actualidad fuera del ámbito de la medicina el diagnóstico se manifiesta en las más diversas disciplinas o actividades humanas. Se habla de diagnóstico en la economía, en la administración, en las finanzas, en la ecología, en la política, etc. Así el diagnosticar es una función intelectual del ser humano que le permite describir, interpretar y predecir la realidad mediante el empleo de conceptos y definiciones que ubicados en un marco referencial y metodológico, le llevan a la comprensión de esa realidad.<sup>1</sup>

El término "diagnóstico" habitualmente se asocia a la práctica médica. Ya desde los tiempos de Hipócrates se hablaba de sus admirables diagnósticos basados en la exploración física ordenada y minuciosa del paciente. Los diccionarios lo refieren como: que sirve para reconocer, relativo de diagnosis, determinación de una enfermedad por los signos y síntomas que le son propicios.<sup>1</sup>

En el campo de la medicina, el diagnóstico clínico es la síntesis sobre el estado de salud del individuo, que permite establecer un plan de protección, curación o rehabilitación. El diagnóstico es una de las metas fundamentales de la práctica médica familiar.

La salud como elemento fundamental para el bienestar de la comunidad, representa una tarea que implica grandes esfuerzos de coordinación, planeación y asignación de recursos: humanos, materiales y financieros para brindar a la comunidad los servicios de atención para la salud.<sup>1</sup>

Antes de definir lo que es un diagnóstico de salud es necesario definir el proceso salud-enfermedad y comunidad.

## SALUD.

En medicina la palabra "normal" se usa comúnmente como sinónimo de salud. En los diccionarios lo normal se define como: el promedio de lo que no se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



desvía de cierto valor medio. Pero en biología lo normal es algo más que un promedio: un valor normal corresponde a variaciones más o menos finas alrededor de un promedio característico de una población dada en su ambiente específico.<sup>2</sup>

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1960 definió a la salud: "como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad o invalidez". Sin embargo, la salud es un concepto subjetivo, difícil de medir, de manera que resulta casi imposible determinar en una escala continua donde nos encontramos en cuanto al nivel de salud, o si tenemos más o menos salud que otra persona. Se centra en el concepto de adaptación humana al medio ambiente biológico y social.<sup>1,3</sup>

Resultaría útil redefinir el concepto de salud propuesto por la OMS porque, siendo muy noble, es utópico y cargado de subjetivismo. No sirve como objetivo para planificación de salud.<sup>2</sup>

Una definición completa debería reunir además de los elementos antes mencionados, la capacidad del individuo para mantener un estado de equilibrio apropiado para su edad y necesidades sociales, en el que el individuo se encuentra razonablemente libre de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedad o incapacidad, que asegure la supervivencia de su especie y la de su propia realización personal.<sup>3</sup>

## ENFERMEDAD.

A lo largo de los tiempos, la enfermedad ha sido entendida de diversas maneras que entre las cuales se pueden dividir en las siguientes etapas o modelos.

**Modelo mágico-religioso.** Donde predomina la concepción de que la enfermedad es producida por espíritus del mal como consecuencia de un castigo divino; la base del diagnóstico es la adivinación, los elementos terapéuticos son hierbas, amuletos y oraciones; el agente de salud es el brujo o sacerdote el cual frecuentemente se encuentra formado por la transmisión oral de su cultura.<sup>3</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Modelo empírico.** Coincide con la constitución del saber académico. La formación de los que lo practican se realiza en universidades; el diagnóstico se hace por agrupación de síntomas y por intuición. La enfermedad se estudia a nivel individual y hay una negación de la medicina popular. Esta etapa culmina con la consagración de la teoría bacteriológica consolidándose así el modelo causa-efecto.<sup>3</sup>

**Modelo ecológico.** El binomio salud/enfermedad se entiende como un proceso dinámico, de búsqueda de equilibrio entre el hombre y su medio. Los nuevos modelos son los de causa múltiple-efecto simple y de causa múltiple-efecto múltiple.

**Modelo sociológico.** En el que la confluencia de factores propios del huésped, de la conducta personal y del ambiente físico y social, van a determinar la aparición de desequilibrios, lo que se traduce en la aparición de la enfermedad.<sup>3</sup>

**Modelo holístico.** El hombre puede considerarse como un sistema con un subsistema dominante y regulador, el cual se mantiene en estado de equilibrio por numerosos mecanismos internos de regulación (sistema endocrino y nervioso). Cada ser humano es parte de una jerarquía ascendente de sistemas sociales de orden superior: familia, comunidad, cultura, sociedad, cada uno también cuenta con mecanismos reguladores: códigos morales, leyes, sistemas de gobierno y métodos de coerción.<sup>17</sup>

Es por eso que el proceso salud-enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre, la contaminación, el miedo, etc; factores de la vida que influyen en la biología humana se reflejan en ese proceso, el cuadro de las principales causas de muerte sufre variaciones por la influencia del medio y es mayor la necesidad de enfocar ambos aspectos (influencia del hombre y la sociedad en el medio natural y a la inversa).<sup>4</sup> (figura 1)

TESIS C  
FALLA DE EN

## MODELO CONTINUO SALUD-ENFERMEDAD

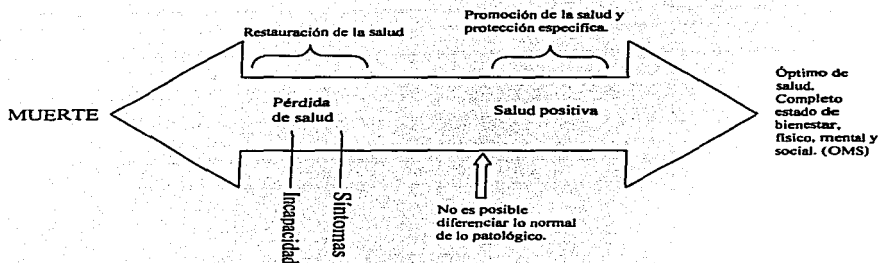


Figura 1. Modificado de Turabian J.L. Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. 1995 Cap. 9; pp. 359. Editorial Díaz Santos España.

### COMUNIDAD.

Al hablar de comunidad popularmente se asume que estamos hablando de lo común o compartido por un grupo de individuos: comunidad de intereses, de bienes, de ideas. Existen diferentes conceptos, cada uno dependiente de la posición filosófica y profesional.<sup>5</sup>

En la literatura la comunidad se define como "unidad social con una historia y evolución determinada, que forma parte de un contexto social mayor. Está constituida por un grupo de individuos que residen en un territorio específico, es decir, comparten un espacio geográfico común, que los lleva a un grado determinado de interacción". Es necesario señalar que en la mayoría de las definiciones del concepto de comunidad se resaltan las semejanzas que existen en los grupos humanos dejando de lado las diferencias. Descuidar estas diferencias y contradicciones que por definición existen al interior de cualquier grupo, puede conducir a errores graves en el análisis de los determinantes de los daños a la salud o en la incorporación de acciones preventivas tendientes a fomentar la participación comunitaria.<sup>5,6</sup>

THIS COPY  
FALLA DE ORIGEN

Para fomentar la participación comunitaria se debe realizar una organización de la comunidad donde vamos a tratar de delimitar de acuerdo con estas definiciones y en función a los problemas que se identifiquen entre el organizador y los grupos. Sobre estas bases, se podrá proceder al trabajo de organización y desarrollo de la comunidad.<sup>7</sup>

Para la comprensión del diagnóstico de salud como un proceso lógico, se ha diseñado un modelo globalizador basado en el método científico que muestra por un lado, al hombre como un continuo entre el individuo, la familia y la comunidad y, por el otro, las distintas fases del diagnóstico como actividad científica.<sup>1</sup>

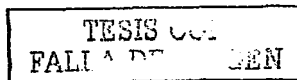
El diagnóstico de salud de la comunidad se define como "la descripción del análisis cuantitativo y cualitativo del nivel de salud de una colectividad, en la que se ponen en evidencia los problemas de salud y los elementos condicionantes y determinantes que intervienen en él y que permiten una conclusión acerca de sus causas y el planteamiento de alternativas de solución".<sup>1</sup>

En el diagnóstico de salud de la comunidad se conjugan lo individual y lo colectivo a través de sus propios métodos de estudio: la clínica y la epidemiología, la biología, las ciencias sociales, la administración y la medicina social.<sup>1</sup>

Además de los datos respecto al nivel de salud de la comunidad, el diagnóstico de salud comprende una evaluación de los recursos sanitarios con que se cuenta para enfrentar los problemas que afectan las condiciones de vida de ese grupo.<sup>8</sup>

En la actualidad la mayoría de las instituciones de salud responsabilizan a un médico generalista o a un médico familiar de la salud de una determinada comunidad de derechohabientes.

Es por eso que el diagnóstico de salud de una comunidad determinada es muy importante, ya que solo así se conocerá la situación de la misma en materia de salud y por ende iniciar acciones implicadas en el que hacer del médico familiar y mejorar la salud de esta comunidad, de tal manera que a continuación se define el perfil del Médico Familiar, Atención Primaria de Salud y Atención Primaria Orientada a la Comunidad.



## 1.2 DEFINICION DEL MEDICO FAMILIAR Y SU PERFIL.

Desde los orígenes de la medicina familiar se ha definido al nuevo médico general o médico de familia, hasta 1997 en que la Organización mundial de médicos familiares (WONCA), ha descrito la más completa y vigente:

“El médico general o médico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario.”<sup>9</sup>

“El médico general / médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la necesidad de sus servicios en función de edad, sexo, y/o diagnóstico de los pacientes”.<sup>9</sup>

“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, socio-económica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada a sus pacientes”.<sup>9</sup>

“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”. Es por ello que una primera aproximación del perfil profesional del médico de familia, y la que resultaría más sencilla, puede hacerse describiendo aquellas características que a nuestro juicio, deberían exigirse a este profesional, de lo que podría resultar una lista posiblemente larga y en el que con seguridad, no faltarán características como éstas: buen clínico, científico, docente, consejero de sus pacientes, educador, actualizado, compañero, accesible, competente, etc.”<sup>9</sup>

Por tanto el médico de familia debe estar relacionado en el contexto del individuo, la familia y la comunidad, es por ello que a continuación se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

describen las cinco grandes áreas de la práctica profesional del médico de familia:<sup>9</sup>

- 1.- Área de atención al individuo
- 2.- Área de atención a la familia
- 3.- Área de atención a la comunidad
- 4.- Área de docencia e investigación
- 5.- Área de apoyo

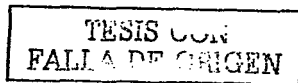
### 1.3 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

En 1978 en la ciudad de Alma Ata (Kazajstán) se celebró la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, formulando la declaración de Alma Ata, en la que se refirió que la atención primaria de salud es la clave para la salud de todos. En esta declaración aparece la siguiente definición:

“La Atención Primaria de Salud (APS), es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados 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 país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del cual constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.<sup>10</sup>

El propósito de la atención primaria de salud está fundamentalmente inspirado en la reducción de las desigualdades entre países y grupos humanos; esta estrategia debe ser válida y aplicable a toda la población y no quedar restringida a grupos marginados, aún cuando la satisfacción de las necesidades básicas de éstos constituye su objetivo principal.<sup>10</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de las Salud (OMS), los componentes estratégicos de la APS son:<sup>10</sup>



- 1) Extensión de cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente
- 2) Organización y participación de la comunidad
- 3) Desarrollo de la articulación intersectorial
- 4) Desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas
- 5) Disponibilidad de insumos y equipos críticos
- 6) Formación y utilización de recursos humanos
- 7) Financiamiento del sector y
- 8) Cooperación internacional

La implantación del concepto de cobertura universal constituye un desafío que adquiere una magnitud mayor debido a la urgencia de acelerar las acciones para lograrla. En la actualidad hay una gran desigualdad entre la oferta de servicios y el volumen y la complejidad cada vez mayores de las necesidades de salud. A medida que la sociedad se vuelve más compleja van surgiendo nuevas necesidades que no pueden ser satisfechas porque no se cuenta con una tecnología apropiada y los recursos no aumentan proporcionalmente.<sup>10</sup>

Para lograr el objetivo de la cobertura universal, la oferta de servicios, además de ser eficiente, debe reunir las siguientes condiciones: ser eficaz en relación a las situaciones o los problemas que se tienen que resolver, apropiada en los términos de su contenido, acorde con las necesidades básicas de la comunidad, accesible a la población y aceptada por la misma. La "eficiencia" se refiere al grado de optimización en el uso de los recursos, mientras que la "eficacia" está en relación con el impacto de los servicios y programas sobre el estado de salud.<sup>10</sup>

Los cambios que han experimentado los problemas de salud de las poblaciones y la evolución de los sistemas sanitarios han llevado inevitablemente a una transformación de los servicios propios de la Atención Primaria. Para identificar los grupos de actividad básica que estos servicios deberán realizar, se consideran cuatro aspectos: <sup>11</sup>

1) **Los cambios demográficos y epidemiológicos**, como el proceso de envejecimiento de las poblaciones, la tendencia a la cronicidad de las enfermedades y el conocimiento cada vez más profundo de los factores de riesgo están haciendo cambiar las características de la demanda asistencial y

las oportunidades para la prevención de las enfermedades que originan nuevas necesidades de educación sanitaria individual y poblacional. <sup>11</sup>

2) **La tendencia al incremento de la utilización de los servicios de salud**, tanto hospitalarios como de Atención Primaria, pone de manifiesto una tendencia a la medicalización de la vida en las sociedades avanzadas, lo que no siempre tiene su correspondencia con posibilidades eficaces de atención médica. <sup>11</sup>

3) **El crecimiento del costo sanitario**, por encima de los incrementos anuales de los productos internos brutos, principalmente por los costos de la tecnología necesaria para el proceso asistencial en el ámbito hospitalario, ha inducido a depositar esperanzas en una contención del gasto a partir del desarrollo de la Atención Primaria.

4) **La evolución reciente de la organización de los sistemas sanitarios** ha llevado en muchos casos a causas de los factores antes citados a analizar más profundamente el papel de la Atención Primaria como reguladora de la puerta de entrada del sistema (**gate-keeper**). <sup>11</sup>

El análisis de las necesidades y situaciones con las que ha de enfrentarse actualmente la Atención Primaria nos permite identificar los grupos de funciones y actividades básicas que debe desarrollar (cuadro 1).

#### **Cuadro 1. Funciones básicas de los servicios de Atención Primaria**

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades
Actividades de prevención y promoción en las consultas
Atención continuada
Atención domiciliaria
Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad
Vigilancia epidemiológica
Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias <sup>11</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Como primer nivel de acceso al sistema sanitario, se han de diagnosticar y tratar las enfermedades de los pacientes que demandan asistencia, utilizando los instrumentos de apoyo que la moderna tecnología médica pone a disposición de la Atención Primaria. Estas actividades de consulta se están convirtiendo progresivamente en oportunidades para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud a nivel individual y comunitario. <sup>11</sup>

Para proporcionar una asistencia correcta y satisfactoria a la población es necesario que sea continuada, aspecto que la diferencia claramente de la hospitalaria, basada mucho más en la intensidad de los servicios. La atención continuada es un aspecto de gran importancia pero plantea también problemas al implicar un incremento significativo de la dedicación horaria de los profesionales. Muy relacionada con la atención continuada está también la asistencia domiciliaria, la cual, además de su función de atención de patologías, debe permitir evaluar las posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vista a futuras actuaciones del equipo de salud. <sup>11</sup>

Es preciso tener siempre presente que las posibilidades de prevención de muchas de las enfermedades más importantes radican en la modificación de factores determinados por el entorno social y cultural, lo que hace necesario desarrollar actividades preventivas y educativas en el ámbito comunitario. En esta línea de contribución a la promoción de la salud comunitaria los servicios de Atención Primaria han de participar en los mecanismos de vigilancia epidemiológica, recogiendo la información necesaria para la evaluación de la situación de salud de la comunidad y para actuar en posibles situaciones o brotes epidémicos. <sup>11</sup>

Un último grupo de actividades propias de la Atención Primaria es el establecimiento de las indicaciones de derivación de pacientes hacia otros niveles asistenciales y la prescripción de otras prestaciones sanitarias. <sup>11</sup>

#### **Lo que no es la APS:**

- 1) No es un programa de salud para pobres. APS suele confundirse con una medicina de segunda o para los pobres. El concepto de APS es aplicable a los países subdesarrollados y a los desarrollados. La APS no es un programa es una estrategia.

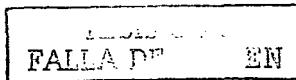
- 2) No es solo el primer nivel de atención. Se confunde un concepto meramente de administración de servicios con la APS en sentido global.
- 3) No es prevención primaria. La APS comprende prevención (primaria, secundaria y terciaria), promoción, tratamiento y rehabilitación.<sup>12</sup>

#### 1.4 ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC).

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) 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. A pesar de las llamadas de aplicación generalizada, la aplicación eficaz en EE.UU. ha sido limitada. El principal obstáculo en este país ha sido un sistema de pago por servicio que no valora ni retribuye el tiempo y los recursos dedicados a actividades de este tipo.<sup>13</sup>

La 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.

La APOC 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. La asistencia en la comunidad o en la población también podría ocuparse del control de la glucemia y de la prevención de complicaciones, pero para alcanzar este objetivo en el conjunto de una población resulta necesario utilizar un planteamiento diferente. Podría requerir la identificación de los individuos que presentan un mal control de la glucosa, la determinación de las causas de este mal control y el desarrollo de un programa o una intervención para mejorar su estado de salud. De igual modo podría implicar el establecimiento de un sistema para garantizar que en todos los diabéticos se realiza anualmente un examen de la retina o para determinar la frecuencia con la que se producen determinadas complicaciones en una población concreta.<sup>13</sup>



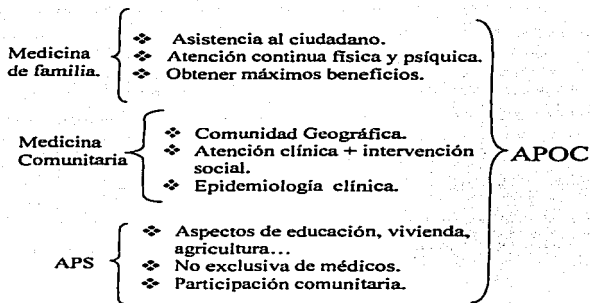
El estímulo para la transformación de nuestro actual sistema de asistencia sanitaria ha tenido su origen en los problemas aparecidos según tres aspectos: costo, calidad y accesibilidad. El costo de prestación de la asistencia médica ha aumentado con una rapidez extraordinaria y se dedica una parte cada vez mayor del producto interior bruto (PIB) a la salud. Esto ha producido, una serie de cambios complejos en la organización, financiación y prestación de la asistencia sanitaria. Desde mediados de la década de los años ochenta se ha producido un cambio notable en las prácticas médicas de base comunitaria. Las consultas individuales y de pequeños grupos están desapareciendo en EE.UU.; al tiempo que se ha dado una reorganización horizontal y vertical dentro del sistema sanitario. La asistencia es cada vez más organizada y se presta a través de grandes sistemas de cuidados de salud y no mediante consultas individuales u hospitales privados.<sup>13</sup>

Los fundamentos conceptuales de la APOC son la evolución de la epidemiología, la orientación comunitaria de la APS, y la afirmación de la atención primaria puede ser la estrategia básica para hacer frente a las principales necesidades de salud de las comunidades, cuando se coordinan la atención individual y la medicina comunitaria. Los fundamentos metodológicos se basan en el uso específico de la epidemiología, el trabajo mediante programas de salud y la necesidad de implicación de la comunidad en todo el proceso.<sup>12</sup>

La APOC tiene tres componentes esenciales:

1. Atención Primaria de Salud.
2. Población definida.
3. Un proceso sistemático de identificación y resolución de las prioridades en salud de la población.<sup>12</sup>

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR



Tomado de Turabian JL, Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria, 1995, pp. 27. Editorial Díaz Santos. España.

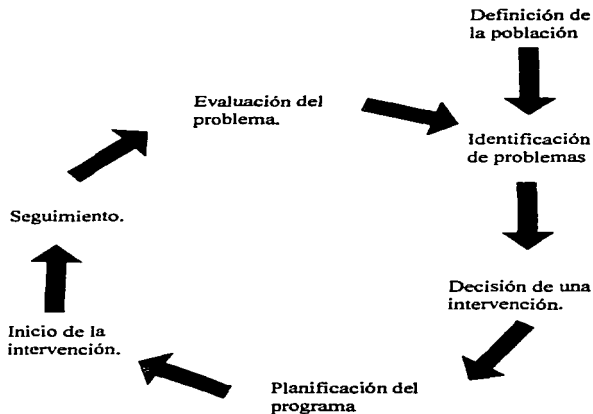
El proceso de la APOC aporta una metodología para identificar y abordar los principales problemas de salud de una población. Aplica los principios de gestión a la planificación y aplicación de la asistencia sanitaria. De hecho, su estructura es notablemente similar a la utilizada por los programas de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

- Definición y caracterización de la comunidad o la población asignada
- Identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria
- Intervención o modificación de los patrones de práctica asistencial
- Seguimiento del impacto de la intervención<sup>13</sup>

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.

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 del proceso facilitan la identificación de los problemas de diseño y de aplicación de una intervención. Las que se basan en los resultados facilitan la determinación del grado en el que la intervención ha tenido el efecto deseado.

Al igual en las intervenciones, las evaluaciones deben centrarse en la población asignada. Si se evalúa solo la población del numerador puede transmitirse una información errónea. Por último, las evaluaciones deben centrarse tanto en las influencias positivas como en los efectos negativos de un programa. Las etapas del APOC se muestran en la figura 2.<sup>13</sup>



**Figura 2. CICLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)** Tomado de Goldberg Bruce W, Asistencia sanitaria basada en la población. Cap. 6 en: Taylor Robert B. Medicina de familia. Principios y práctica. 5ta. Edición.

## **1.5 MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF).**

El MOSAMEF es una metodología que facilita la práctica de la medicina familiar a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico de familia tiene como propios y exclusivos. Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad que, con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definen la claridad el trabajo médico familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina.<sup>14</sup>

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 en las Familias? ¿Como verificar que la atención, médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?<sup>15</sup>

### **Perspectivas del MOSAMEF.**

Partiendo de que la continuidad es la quinta esencia de la Medicina Familiar la aplicación del MOSAMEF deberá incluir un proceso de:

- Actualización periódica.
- Evaluación operativa.
- Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño.<sup>15</sup>

En otras palabras deberá responder a los programas propios de calidad total que incluyen casi siempre cuatro fases. Caracterizadas por las siguientes acciones:

- Identificación de características de la comunidad a estudiar
- Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones de la práctica asistencial
- Seguimiento del impacto de la intervención <sup>15</sup>

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones operacionales aplicadas a necesidades reales, las cuales son obligadamente diferentes para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos. <sup>16</sup>

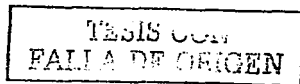
El MOSAMEF puede ser aplicado de dos diferentes maneras:

- MICROESCENARIO (Consultorio)
- MACROESCENARIO (Clínica o Centro de Salud)

El MICROESCENARIO pretende conocer las necesidades o los problemas de la comunidad estudiando a la familia, desde sus diferentes clasificaciones, de acuerdo al ciclo vital de la familia, permite ver funcionalidad familiar, factores demográficos, factores económicos, factores de riesgo y redes sociales de apoyo entre otros puntos de igual importancia; siendo captados todos estos datos por medio de la cedula básica de identificación familiar (CEBIF). <sup>20</sup>

El MACROESCENARIO tiene varias etapas, la primera es el diagnóstico, donde se valora la infraestructura (servicios, mobiliario, equipamiento, área física), también valora los elementos demográficos y económicos, permite conocer la capacitación técnica del personal, la morbimortalidad mas frecuente de la unidad y la intervención. Identificar problemas de atención médica, administrativos, operacionales, de capacitación, propone líneas de investigación, etc. <sup>20</sup>

En 1995 en el centro de salud Dr. José Castro Villagrana en Tlalpan, Distrito Federal México, se aplicó por primera vez una prueba de la Cedula de Básica de Identificación Familiar (CEBIF), la cual se construyó en un inicio con base en tres dimensiones: demográfica, tipológica y del ciclo vital de la familia. Posteriormente fue utilizada en un estudio que definió el perfil sociodemográfico de los familiares con pacientes diabéticos. <sup>21, 22</sup>



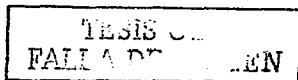
## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El médico familiar se ha encontrado con diversos obstáculos para el adecuado desenvolvimiento de su práctica médica familiar, no ha encontrado un esquema que lo identifique con su perfil profesional (estudio de familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo), esta situación pudiera ser secundaria al modelo actual de la práctica médica. No permitiendo tener una atención integral en la consulta por diversos motivos, entre estos: tiempo estipulado por la institución, atención individualista, esporádica, con limitación en cuanto al enfoque de riesgo, curativa, se atiende a enfermedades no a enfermos, etc. Por esta razón queda una insatisfacción tanto para el médico como para el paciente por no haber tenido una atención satisfactoria.

Ante este panorama surge la siguiente pregunta:

¿Como llevar a la práctica los principios básicos de la medicina familiar, identificando las necesidades de atención a la salud en las familias de un consultorio, integrando de manera sistematizada información referente a la salud de las familias y permitir al médico familiar realizar medidas preventivas, de planeación y tratamiento necesario en la comunidad que se encuentra bajo su cuidado?

Dentro del modelo vigente de la práctica médica institucional, es necesario plantear y organizar las actividades de medicina familiar con base en las necesidades de salud de la población. El consultorio 15 de la CMF Gustavo A. Madero del ISSSTE no cuenta con un diagnóstico de salud que oriente al médico familiar a conocer las prioridades de salud, la situación integral de las familias, las prioridades de los programas de salud, se desconoce la pirámide de población, la tipología familiar, el índice de marginación familiar, APGAR familiar, etc, metodología que de manera sistematizada proporciona información para hacer un diagnóstico situacional del consultorio.





### 3. JUSTIFICACION.

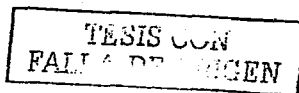
La incorporación de la APOC a la práctica del médico familiar facilitará establecer estrategias de trabajo de acuerdo a las necesidades de la población; y así optimizar recursos y mejorar la atención de los derechohabientes y sus familias.

Este trabajo pretende aplicar los tres principios básicos de la medicina familiar, (estudio de familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo), estudiando un consultorio de medicina familiar, basándose: en la pirámide de población, las diez primeras causas de atención médica, programas prioritarios y el MOSAMEF, y así conocer las necesidades reales de la población y las familias con las que se trabaja.

Es por ello que se decidió aplicar el MOSAMEF en un consultorio de la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE y así conocer un panorama general de las familias que se atienden en el consultorio incluyendo la pirámide poblacional y causas de asistencia a la consulta, por lo que se pueden establecer estrategias para las necesidades reales de esta población incluyendo:

- Orientar la educación médica continua del responsable del consultorio, a través de un reflexivo análisis de las propias necesidades de capacitación.
- Estrategias educativas integradas (preventivas, autocuidado, integración de grupos, orientación individual personalizada, apoyo emocional multidisciplinario, trabajo en quipo con psicólogo, enfermera y trabajo social para orientar a los pacientes a redes de apoyo).
- Aportar las bases para el mejor uso del expediente familiar, al cual se irán aumentando en el futuro otros instrumentos de estudio de la familia, además de la CEBIF, pirámide de población y estrategias de trabajo.
- Podrán obtener datos que faciliten la identificación de problemas que aumenten actividades de investigación y docencia.

Es por eso que el conocer el diagnóstico de salud del consultorio 15, orienta a detectar las necesidades reales de salud de esta población lo que nos permite



establecer estrategias de trabajo encaminadas a mejorar la atención de las familias y los derechohabientes, y la optimización de recursos de este consultorio.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1 OBJETIVO GENERAL.**

Identificar las necesidades de atención médica en las familias del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE, aplicando el modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF).

##### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 4.2.1 Identificar las características básicas de las familias a través de la aplicación de la cedula básica de información familiar (CEBIF).
- 4.2.2 Identificar las diez primeras causas de atención médica.
- 4.2.3 Identificar el perfil demográfico a través de la realización de la pirámide poblacional.
- 4.2.4 Establecer los elementos que permitan y contribuyan a la planeación de estrategias de trabajo de un consultorio médico familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

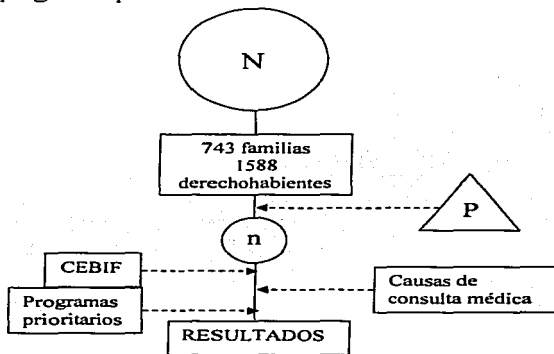
## 5. MATERIAL Y METODOS.

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal y observacional.

### 5.2 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.

La población total de familias y derechohabientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del Instituto de Seguridad y Servicios sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), constituida por 1588 derechohabientes y 743 familias; se construyó la pirámide de población, se calculó una muestra con el 90% de confianza, 10% de error y 0.65 de variabilidad, por lo que se obtuvo una muestra de 122, aplicándose 123 CEBIF, se revisaron las 10 primeras causas de consulta médica e información básica de los programas prioritarios.



N: Usuarios del consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE.

P: Pirámide de población, revisión de 1588 expedientes clínicos, obteniendo 743 familias.

n: Muestra, no aleatoria (voluntaria), no representativa, aplicada a un miembro de la familia con un total de 122.

CEBIF: Aplicación de la cédula básica de identificación familiar.

### **5.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.**

Se incluyeron todos los derechohabientes del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Gustavo A. Madero del ISSSTE zona norte, con expedientes vigentes de Enero de 1997 a Diciembre del 2001, con un total de 1588 derechohabientes y 743 familias.

El estudio se realizó de Marzo a Junio del 2001 en la clínica antes mencionada.

### **5.4 MUESTRA.**

La muestra se calculó con una confianza del 90%, error del 10% y una variabilidad de .65, obteniéndose una muestra de trabajo de 122 familias, la muestra final fue de 123 por lo que se cubrió el 100% de la muestra calculada.<sup>46</sup>

### **5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.**

#### **5.5.1 Criterios de inclusión.**

1. Todos los derechohabientes del consultorio 15 de la CMF Gustavo A. Madero, con expedientes vigentes en el periodo de Enero de 1997 a Diciembre del 2001.
2. Todos los derechohabientes que aceptaron contestar voluntariamente la cédula en forma completa.
3. Derechohabientes mayores de 18 años.

TESIS COM  
FALIA DE EN 21

### **5.5.2 Criterios de exclusión.**

1. Derechohabientes que no se encontraban vigentes para servicio médico durante la aplicación del cuestionario.
2. Pacientes que no aceptaron contestar el cuestionario, por diversas causas (interrupción para acudir a su consulta médica, por negarse a contestarlo, por no tener tiempo, etc.)
3. Derechohabientes menores de 18 años.

### **5.5.3 Criterios de eliminación.**

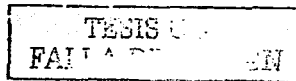
1. Cuestionarios contestados incompletamente, ya sea por: negarse a contestar el cuestionario, problemas en la información de los aspectos económicos e información que probablemente estaba relacionada con la vigencia del derechohabiente.

## **5.6 VARIABLES E INSTRUMENTOS.**

En este estudio se obtuvo información de cuatro componentes:

### **5.6.1 Pirámide de población.**

En la cual incluye sexo, edad y número total de habitantes y familias del consultorio 15 de la UMF Gustavo A. Madero.



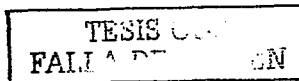
### **5.6.2 Cebif-3.**

Cédula Básica de Información Familiar la cual esta integrada por 126 variables, dentro de 11 áreas de información relacionadas principalmente con el estudio básico de la familia y se describen a continuación. (Ver anexo 1).

- Identificación (5 variables)
- Salud reproductiva familiar (19 variables)
- Factores demográficos de la familia (16 variables)<sup>53</sup>
- Apgar familiar (5 variables)<sup>47-49</sup>
- Factores económicos de la familia (18 variables)
- Índice Simplificado de Marginación Familiar (4 variables)<sup>50-52</sup>
- Redes sociales y apoyo de la familia (18 variables)
- Factores de riesgo (patología familiar) (30 variables)
- Atención a la salud del niño (8 variables)
- Apoyo de cuidadores (4 variables)
- Detección de cáncer (4 variables)

### **5.6.3 Causas de consulta médica.**

Las 10 principales causas de asistencia a la consulta del consultorio 15 de la UMF Gustavo A. Madero en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2001.



#### 5.6.4 Programas prioritarios.

Los programas prioritarios son las estrategias operativas que norman los criterios de atención y conducta profesional del personal de salud que se deben seguir hacer frente a las prioridades nacionales, estatales locales e institucionales de lo que a salud se refiere. De estos programas se obtuvo información básica de sobre:

- Grupos de edad al que esta dirigido
- Objetivo principal del programa
- Metas del programa
- Estrategias
- Acciones.

#### 5.7 METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

##### a) PIRÁMIDE DE POBLACIÓN.

Prevía autorización de la dirección de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero y con el apoyo del servicio de archivo clínico, se realizó la revisión de todos los expedientes del consultorio 15 en colaboración con los residentes de 1ro y 2do año de la especialidad de Medicina Familiar de esta Clínica, obteniéndose datos de integrantes de la familia, edades y sexo, anotándose en hojas de trabajo diseñadas por el autor de este trabajo.

La recopilación de los datos se realizó de marzo y abril del 2001. La información obtenida fue de 1588 expedientes y 743 familias considerando la vigencia de estos de enero de 1997 a diciembre del 2001.

Se construyó una base de datos para la captura de la información, utilizando el programa estadístico SPSS v 10.0 en el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM.

##### b) CEBIF-3.

La aplicación de este instrumento se realizó de Mayo a Junio del 2001, en la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE, con previa autorización de las autoridades de la Clínica. Se decidió aplicar las cédulas en

TESIS CON  
FALLA DE CEN

el consultorio médico, pasillos y sala de espera, aplicando cinco cédulas por día, con una duración de 15 a 20 minutos por cada una. La aplicación de este instrumento fue realizada por el autor de este trabajo, previo entrenamiento y capacitación impartido por los investigadores de la coordinación de investigación del Departamento de Medicina Familiar.

#### **c) CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA.**

Se solicitó a la jefatura de atención médica las principales causas de consulta médica en el consultorio 15 en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2001.

#### **d) PROGRAMAS PRIORITARIOS.**

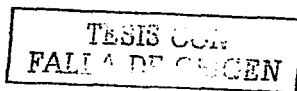
Estos documentos se solicitaron a la dirección de la unidad con carácter informativo y se realizó una síntesis de los aspectos señalados, en la sección 5.6.4.

### **5.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

La información fue obtenida con la colaboración de los médicos residentes de 1ro y 2do año de la especialidad de Medicina Familiar de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero se diseñaron cuatro bases de datos en el programa SPSS v 10.0, dos para la pirámide de población y dos para la CEBIF, la información se almacenó en este programa y se capturaron en el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM.

### **5.9 ANALISIS ESTADÍSTICO.**

Se realizó un análisis descriptivo de las variables (frecuencias, porcentajes).





## 5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país<sup>18</sup> el trabajo tiene conforme al título segundo capítulo 1 artículo 17 categoría "1" investigación sin riesgo debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista y se revisaron expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la declaración de "Helsinki"<sup>19</sup> de la Asociación Médica Mundial enmendada por la 52<sup>a</sup> Asamblea General. Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6. RESULTADOS.

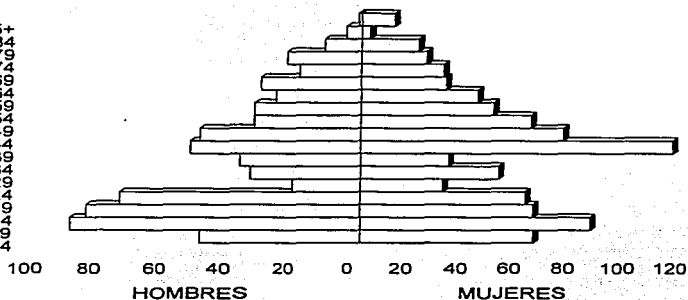
### 6.1 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN.

La pirámide de población del consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero se presenta a continuación en la figura 3.

Figura 3. Pirámide de población consultorio 15  
CMF Gustavo A. Madero ISSSTE

EDADES

85+  
80-84  
75-79  
70-74  
65-69  
60-64  
55-59  
50-54  
45-49  
40-44  
35-39  
30-34  
25-29  
20-24  
15-19  
10-14  
5-9  
0-4



n= 1588

En la pirámide de población se encontró que hay un total de 1588 derechohabientes, los cuales se representan por grupos de edad y sexo en el cuadro 2.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 2. Población del consultorio 15, CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, marzo-abril del 2001**

Edad (años)	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
< 1	14	0.9	9	0.6	23	1.5
1-4	50	3.1	41	2.6	91	5.7
5-14	149	9.4	175	11.0	324	20.4
15-44	415	26.1	272	17.1	687	43.2
45-64	186	11.7	27	8.0	313	19.7
65 ó más	90	5.7	60	3.8	150	9.5
Totales	904	56.9	684	43.1	1588	100

n=1588.

Fuente. Expedientes clínicos del consultorio 15.

## 6.2 CÉDULA BÁSICA DE INFORMACIÓN FAMILIAR.

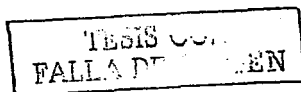
Se aplicaron 123 Cédulas Básicas de Información Familiar (CEBIF) en el consultorio 15 de la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero del ISSSTE, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

De las 123 encuestas aplicadas 108 fueron del turno matutino que represento el 87.8 % y 15 encuestas del turno vespertino con un porcentaje del 12.2 %.

### 6.2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA.

- EDAD.

En la edad de la madre se encontró un rango desde los 20 años hasta los 84 años con una media de 46.1 y desviación estándar de 15.88. En la edad del padre se identificó un rango de 22 años a 82 años con una media de 47.5 y desviación estándar de 15.29.



- OCUPACION.

En lo referente a la ocupación de la madre se encontraron cinco grupos los cuales se describen en el cuadro 3.

**Cuadro 3.** Ocupación de la madre, en el consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	47	39.8
Profesionista	33	28
Empleada	30	25.4
Jubilada pensionada	7	5.9
Subempleada	1	0.9
Total	118	100

n= 123.

Fuente. CEBIF 3.

Por lo que respecta a la ocupación del padre esta se agrupó en cuatro áreas las cuales se indican en el cuadro 4.

**Cuadro 4.** Ocupación del padre, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	50	50.5
Profesionista	27	27.3
Jubilado pensionado	13	13.1
Subempleado	9	9.1
Total	99	100

n= 123.

Fuente. CEBIF 3.

TESIS CON  
FALLA DE CONTENIDO

- **ESCOLARIDAD.**

En cuanto a la escolaridad de la madre se observó un rango de 0 a 18 años de estudio, con una media de 10.65 y desviación estándar de 4.84. En la escolaridad del padre existió un rango de 0 a 18 años de estudio con una media de 10.55 y desviación estándar de 4.75.

- **ESTADO CIVIL DE LOS CÓNYUGES.**

El estado civil de los cónyuges se muestra en el cuadro 5.

**Cuadro 5.** Estado civil de los cónyuges, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casados	77	62.6
Viudos	14	11.4
Solteros	12	9.8
Divorciados	11	8.9
Unión libre	9	7.3
Total	123	100

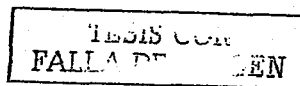
n= 123.

Fuente: CEBIF 3.

- **AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL.**

En lo que respecta a este rubro, fue un mínimo de un año hasta un máximo de 58 años, con una media de 20.68 años y desviación estándar de 14.67.

La encuesta fue respondida en la mayoría por la madre en un 70.7 %, seguido del padre en un 23.6 %, hija en un 4.6 % y hermano en el 0.8 %.



### 6.2.2 SALUD REPRODUCTIVA.

En lo referente a los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres encuestadas se describen en el cuadro 6.

**Cuadro 6.** Antecedentes gineco-obstétricos, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.

Antecedentes	Mínimo	Máximo	Media	Desv. std.
Gestas	0	15	3.44	2.97
Paras	0	13	2.37	2.91
Abortos	0	4	.44	.83
Cesáreas	0	6	.54	1.03

n= 123.

Fuente: CEBIF 3.

En la variable de embarazo de las 118 madres encuestadas, se observó que 11 de ellas se encontraban en gestación y 107 no, lo que representa un 9.3 % y 90.7 % respectivamente.

Se encontró que en el uso de métodos de planificación familiar de las 118 mujeres encuestadas 31 si utilizan, con un porcentaje de 26.3 % y 87 no, con un porcentaje de 73.7 %.

TESIS CON  
FALLA DE CENSURAS

En el cuadro 7, se describen los tipos de métodos anticonceptivos utilizados por las 31 derechohabientes.

**Cuadro 7. Tipo de método anticonceptivo utilizado, consultorio 15 CMF. Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.**

Tipo de método	Frecuencia	Porcentaje
OTB	19	61.3
DIU	10	32.3
Hormonales orales	1	3.2
Métodos naturales	1	3.2
Total	31	100

n= 123.

Fuente: CEBIF 3.

En cuanto a la planificación paterna solo 7 utilizaban algún método lo que representa un 7.1 %, del total de la muestra de los cuales fueron: 3 de preservativo y 4 de vasectomía.

### 6.2.3 FACTORES DEMOGRÁFICOS.

En las familias encuestadas se observó que el 30.1 % tenían parentesco familiar como, abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos y solamente el 0.8 % sin ningún parentesco familiar, por ejemplo: compadres, amigos, huéspedes, etc.

TESIS CON  
FALLA DE REGISTRO

- **NÚMERO DE HIJOS POR FAMILIA.**

Esta variable se analizó por grupo de edad y se presenta en el cuadro 8.

**Cuadro 8.** Número de hijos por familia, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

<b>Grupo de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
RN a 1 año	6	4.4
1 a 4 años	24	17.4
5 a 10 años	25	18.1
11 a 19 años	33	23.9
Más de 20 años	50	36.2
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

n= 123.

Fuente: CEBIF 3.

TRABAJOS  
FALLA DE ENTEN



• **CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA.**

Por lo que respecta a la clasificación de la familia los resultados indicaron que la familia nuclear y sus subtipos fue la más frecuente, a continuación se describen en el cuadro 9.

**Cuadro 9. Clasificación de la familia, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.**

<b>Tipo de familia</b>	<b>Subtipo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nuclear</b>	Simple	58	47.2
	Ampliada	14	11.4
	Numerosa	8	6.5
	Binuclear	1	0.8
	<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>65.9</b>
<b>Extensa</b>	Ascendente	14	11.4
	Descendenté	7	5.7
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>17.1</b>
<b>Monoparental</b>	Simple	7	5.7
	Ampliada	2	1.6
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7.3</b>
<b>Eq. Familiares</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Vive sola</b>		<b>12</b>	<b>9.8</b>
<b>Total</b>		<b>123</b>	<b>100</b>

n= 123.

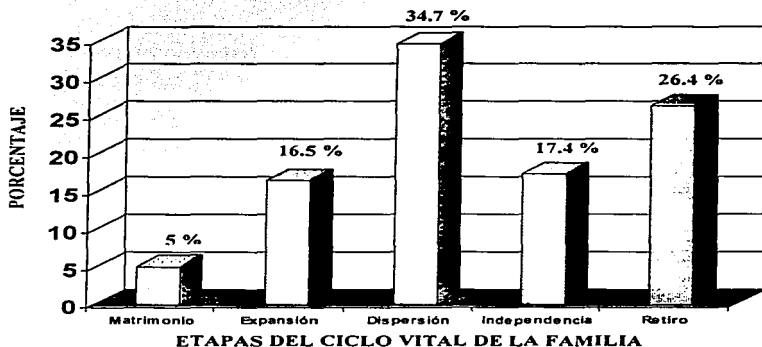
Fuente: CEBIF 3.

ISSSTE  
FALLA DE ...

- CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

En lo referente a las etapas del ciclo vital de la familia la mayor parte se encontraron en la etapa de dispersión con el 34.7%, seguidos por la etapa de retiro con 26.4% (figura 4).

Figura 4. Ciclo vital de la familia, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.



n=123.

Fuente: CEBIF 3.

TESIS CON  
FALLA DE  
EN

#### 6.2.4 APGAR FAMILIAR.

Respecto a la variable de APGAR familiar, en esta encuesta se aplicó solo como tamizaje, a continuación se describen sus resultados. Cuadro 10.

**Cuadro 10.** Evaluación del APGAR familiar, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

Parámetro de funcionalidad	Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	7-10	109	88.6
Disfunción leve	3-6	13	10.6
Disfunción grave	0-2	1	0.8
Total		123	100

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

#### 6.2.5 FACTORES ECONÓMICOS.

- VIVIENDA.

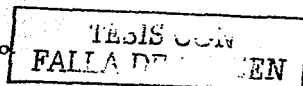
En cuanto al número de personas que contribuyen al ingreso familiar, en un 42.3 % es una persona, con el mismo porcentaje 42.3 % para dos personas y el 15.4 % para tres o mas personas.

Con respecto al agua entubada intradomiciliaria el 98.4 % cuenta con el servicio.

En lo referente al numero de automóviles que pertenecen a la familia el 61.8 % no tiene, el 33.3 % tiene un automóvil y el 4.9 % tiene dos o mas automóviles.

El 73.2 % cuenta con servicio telefónico.

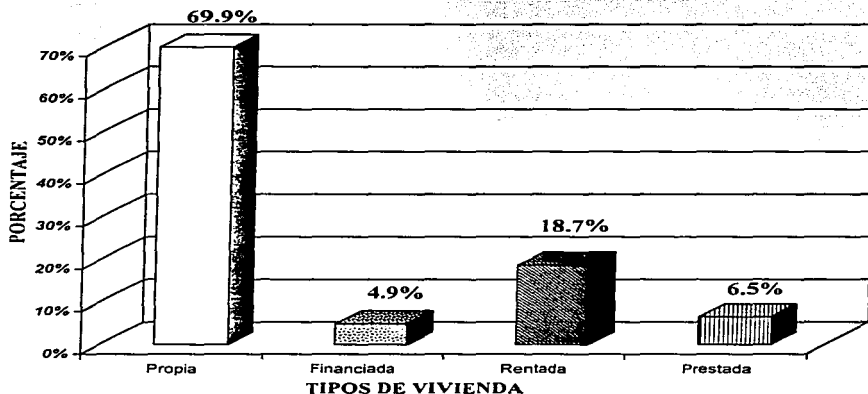
El 24.4 % cuenta con computadora en su domicilio.



- TIPO DE VIVIENDA.

La casa propia fue el tipo de vivienda mas frecuente (69.9%) los demás tipos se presentan en la figura 5.

**Figura 5.** Tipo de vivienda, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.



n=123.

Fuente: CEBIF 3.

- EDUCACION DE LOS HIJOS.

En cuanto a este rubro el 38.2 % asiste a escuelas públicas con un promedio de 1 a 2 hijos, el 10.9 % asiste a escuela privada y el 4.1 % tiene algún tipo de beca.

• **SERVICIOS COMUNITARIOS.**

En lo que concierne a los servicios en su comunidad, agua potable, drenaje subterráneo, energía eléctrica, alumbrado público se presenta en el 100 % de las familias, el 94.3 % cuenta con servicio telefónico, el 97.6 % cuenta con pavimentación y banquetas, el 98.4 % cuenta con transporte público y el 82.9% cuenta con vigilancia.

**6.2.6 ÍNDICE SIMPLIFICADO DE MARGINACIÓN FAMILIAR.**

Los resultados del índice simplificado de marginación familiar se describen en el cuadro 11.

**Cuadro 11.** Índice simplificado de marginación familiar, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

<b>Indicadores</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ingreso económico familiar	< 1 salario m.	4	3.3
	1-2 salario m.	56	45.5
	3-4 salario m.	37	30.1
	5 ó más.	26	21.1
	<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>
Número de hijos dependientes.	3 ó mas hijos	18	14.6
	2 ó mas hijos	23	18.7
	1 hijo	40	32.5
	Ningún hijo.	42	34.1
	<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>
Escolaridad materna	Sin instrucción	3	2.4
	P. incompleta	19	15.4
	Prim. completa	23	18.7
	Post-primaria	78	63.4
	<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>
Hacinamiento	5 ó mas pers.	3	2.4
	4 personas	4	3.3
	3 personas	14	11.4
	1-2 personas	102	82.9
	<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

n=123.

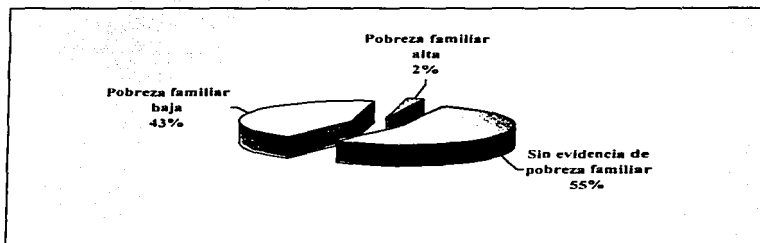
Fuente: CEBIF 3.

LEBIO CON  
FALLA DE ORIGEN

El valor promedio del índice de marginación familiar encontrado fue 3.26, con desviación estándar de 1.81; el valor mínimo fue de 0 y el máximo 8.

Según los valores obtenidos se clasificó a las familias en tres diferentes niveles de riesgo y se muestran en la figura 6.

**Figura 6.** Índice simplificado de marginación familiar según el nivel de riesgo, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.



n=123.

Fuente: CEBIF 3.

## 6.2.7 REDES SOCIALES Y APOYO.

Se encontró que la pareja e hijos mayores suman 45.4% de las familias en las cuales recurre a la búsqueda de apoyo; llama la atención que el 20.1% manifestarlo no requerirlo cuadro 12.

**Cuadro 12.** Redes sociales y apoyo, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

Red social	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	43	24.7
Hijos mayores	36	20.7
No requiere	35	20.1
Padres y abuelos	25	14.4
Prestaciones laborales	15	8.6
Servicios públicos	11	6.3
Otros	7	4.0
Servicios privados	1	0.6
Amigos, vecinos	1	0.6
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100</b>

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

### • REDES SOCIALES Y APOYO SEGÚN LA INSTITUCIÓN.

En lo que respecta a redes sociales de apoyo por tipo de institución el 100 % de las familias utiliza el ISSSTE, el 20.3 % utiliza el servicio privado, 8.1 % utiliza el IMSS, el 5.7 % utiliza la SSA y el 1.6 % otros (seguro médico).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6.2.8 FACTORES DE RIESGO, PATOLOGÍA FAMILIAR.

A continuación se describen los resultados sobre factores de riesgo y patología familiar, se describirán de acuerdo con el siguiente orden: padre, madre, hijos, abuelos y tíos, (cuadros 13 al 17).

**Cuadro 13.** Factores de riesgo y patología familiar para el padre, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

Enfermedad	En control	%	Sin control	%	Finalado	%	Total	%
Alcoholismo	14	41.2	19	55.9	1	2.9	34	100
Tabaquismo	10	32.3	20	64.5	1	3.2	31	100
Caries dental	11	37.9	18	62.1	0	0	29	100
Hipertensión	11	73.3	1	6.7	3	20.0	15	100
Diabetes M	8	72.7	0	0	3	27.3	11	100

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

**Cuadro 14.** Factores de riesgo y patología familiar para la madre, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

Enfermedad	En control	%	Sin control	%	Finalado	%	Total	%
Caries dental	21	52.5	19	47.5	0	0	40	100
Hipertensión	24	92.3	1	3.8	1	3.8	26	100
Obesidad	6	30	14	70	0	0	20	100
Diabetes M	13	76.5	0	0	4	23.5	17	100
Tabaquismo	7	41.2	10	58.8	0	0	17	100

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

TESIS CON  
FALIA DE RIESGO



**Cuadro 15. Factores de riesgo y patología familiar para los hijos, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.**

<b>Enfermedad</b>	<b>En control</b>	<b>%</b>	<b>Sin control</b>	<b>%</b>	<b>Finado</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Caries dental	9	64.3	5	35.7	0	0	14	100
Tabaquismo	3	37.5	5	62.5	0	0	8	100
Obesidad	3	50	3	50	0	0	6	100
Alcoholismo	4	66.7	2	33.3	0	0	6	100
Hipertensión	3	75	1	25	0	0	4	100

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

**Cuadro 16. Factores de riesgo y patología familiar para los abuelos, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.**

<b>Enfermedad</b>	<b>En control</b>	<b>%</b>	<b>Sin control</b>	<b>%</b>	<b>Finado</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Diabetes M	21	55.3	0	0	17	44.7	38	100
Hipertensión	20	60.6	3	9.1	10	30.3	33	100
Enf. Corazón	6	46.2	7	53.6	0	0	13	100
Otro cáncer	3	23.1	0	0	10	76.9	13	100
Tabaquismo	1	9.1	6	54.5	4	36.4	11	100

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

TESIS CON  
FALLA DE CONTROL EN

**Cuadro 17. Factores de riesgo y patología familiar para los tíos, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.**

Enfermedad	En control	%	Sin control	%	Finado	%	Total	%
Diabetes M	17	85	0	0	3	15	20	100
Hipertensión	9	90	0	0	1	10	10	100
Tabaquismo	2	20	7	70	0	0	10	100
Asma	5	100	0	0	0	0	5	100
Alcoholismo	1	20	4	80	0	0	5	100

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

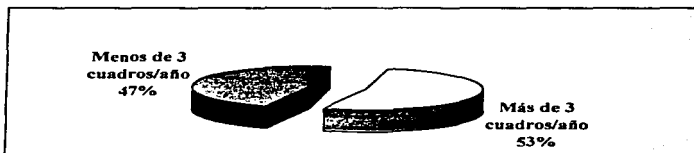
## 6.2.9 ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO.

- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y DIARREICAS.

A continuación se grafica en porcentaje, los niños con mas de 3 cuadros y menos de 3 cuadros de infecciones de vías respiratorias agudas en un año (figura 7).

TESIS CON  
FALLA DE  
EN

**Figura 7.** Porcentaje de infección de vías respiratorias agudas, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.

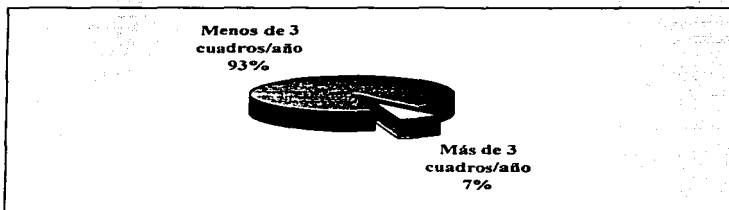


n=123.

Fuente: CEBIF 3.

Con respecto a la variable de enfermedades gastrointestinales que se presentan en un año ya sea menor de 3 cuadros o mayor a 3 cuadros se describe en la figura 8.

**Figura 8.** Porcentaje de enfermedades gastrointestinales agudas, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.



n=123.

Fuente: CEBIF 3.

TESIS DE  
FALLA DE  
EN

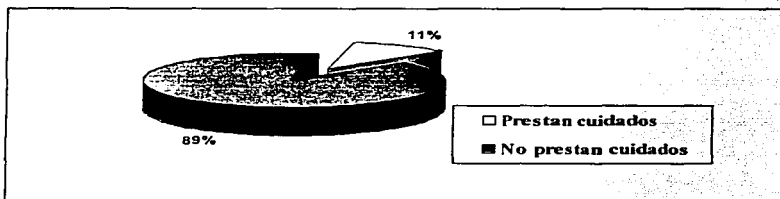
## • VACUNACION Y ESTADO NUTRICIONAL.

Los niños de 0 a 1 año el 100 % presenta el cuadro de vacunación completo, niños de 1 a 5 años el 96.2% presenta el cuadro de vacunas completo solo el un niño no lo presentaba. En cuanto al estado nutricional el 100% de los niños se encontraba dentro del peso normal sin presentarse desnutrición y obesidad.

### 6.2.10 APOYO A CUIDADORES.

En lo referente a este rubro se escribe en la figura 9.

**Figura 9.** Familias en las que algún miembro de la familia proporciona cuidados continuo a un enfermo, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.



n=123.

Fuente: CEBIF 3.

- En lo referente a la persona que proporciona los cuidados a un enfermo y a quien se le proporcionan se describen en el cuadro 18 y 19.

**Cuadro 18.** Miembros de la familia que proporcionan cuidados a un enfermo, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

Cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Madre	6	46.2
Hijo	2	15.4
Abuelo	2	15.4
Hermano	1	7.7
Tío	1	7.7
Otros	1	7.7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

n=123.

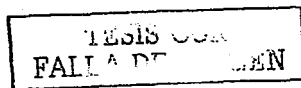
Fuente: CEBIF 3.

**Cuadro 19.** Persona enferma a quien se le proporcionan cuidados, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.

Persona enferma	Frecuencia	Porcentaje
Abuelo	5	38.5
Otros	4	30.8
Hijo	2	15.4
Tío	2	15.4
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

n=123.

Fuente: CEBIF 3.



- En lo que respecta al motivo o enfermedad por el que necesita cuidados el enfermo se muestra en el cuadro 20.

**Cuadro 20. Enfermedades o motivos por el que se necesitan cuidados, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio 2001.**

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Enf. Mental	3	23.0
Cáncer	2	15.4
Diabetes M	2	15.4
Fracturas	2	15.4
Vejez	2	15.4
Ceguera	1	7.7
Cardiopatía	1	7.7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

n=123.

Fuente: CEBIF 3.

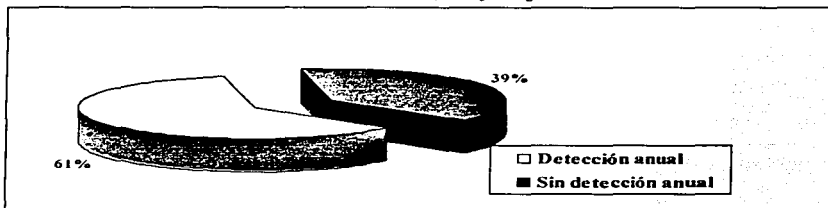
TESIS CON  
FALLA DE ENTEN

## 6.2.11 DETECCIÓN DE CÁNCER.

- DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO.

En cuanto a la detección anual de cáncer cervicouterino se obtuvieron los siguientes resultados representados en la figura 10.

**Figura 10.** Detección de cáncer cervicouterino anual, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.



n=123.

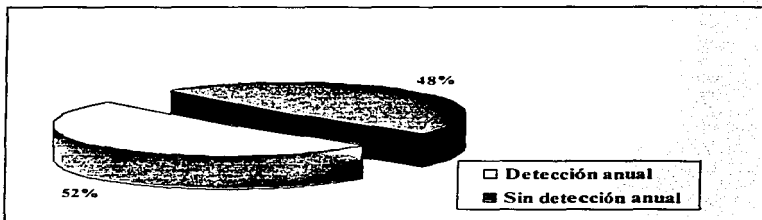
Fuente: CEBIF 3.

TESIS CON  
FALLA DE CÍGEN

- **DETECCION DE CÁNCER MAMARIO.**

En lo referente a la detección de cáncer de mama en forma anual se obtuvieron los siguientes resultados (figura 10).

**Figura 11.** Detección de cáncer mamario anualmente, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, mayo a junio del 2001.



n=123.

Fuente: CEBIF 3.

En la detección de cáncer cervicouterino y mamario se encontró que en el 100 % fue negativo.

TESIS CON  
FALTA DE  
GEN.



### 6.3 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA.

En lo referente a las diez primeras causas de consulta médica en el consultorio 15 en primer lugar se encuentra las infecciones respiratorias agudas con una frecuencia 755 continuando la hipertensión arterial, a continuación se describen en el cuadro 21.

**Cuadro 21.** Diez primeras causas de consulta médica, consultorio 15 CMF Gustavo A. Madero ISSSTE, enero a diciembre del 2001.

CAUSA DE CONSULTA	FRECUENCIA
1. Infección respiratoria aguda	755
2. Hipertensión arterial	417
3. Diabetes Mellitus	412
4. Traumatismos	236
5. Enfermedad diarreica aguda	157
6. Clínicamente sano	160
7. Infección de vías urinarias	139
8. Embarazo normal	112
9. Enfermedad articular degenerativa	91
10. Cervicovaginitis	71

Fuente: hojas diarias de consulta médica, enero a diciembre del 2001.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIMIENTOS

## **6.4 PROGRAMAS PRIORITARIOS.**

A continuación se describe una síntesis de los programas prioritarios.

### **6.4.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR <sup>23-29</sup>**

#### **GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO**

La diferente valoración social de lo femenino y lo masculino, y la división sexual del trabajo, determinan inequidades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferencias en el acceso de los recursos, la información y prestación de servicios, en el grado de autonomía que cada uno(a) tiene, en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad y en la valoración de retribución social de su trabajo. Lo que a su vez se traduce de diferentes maneras en la salud reproductiva de la población con especiales desventajas para las mujeres.

Debido a su estatus legal y cultural, las mujeres enfrentan rezagos que es necesario atender para contribuir al mejoramiento de su condición. Por ello se requiere alentar a la apropiación y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como promover la responsabilidad de los varones en el ejercicio de reconocer la forma en que los patrones culturales de la masculinidad – feminidad se constituyen en factores que afecta la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres.

Programa dirigido hombres y mujeres en edad reproductiva principalmente, sin embargo tiene cabida a la población universal.

#### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Con el objetivo de garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos(as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado. Los servicios deberán ser proporcionados con

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) y atendiendo a la diversidad y étnica del país.

## METAS

Las metas se establecieron de acuerdo con los lineamientos del Programa de Población y del Programa del Sector Salud para el mismo periodo. Las metas responden a los objetivos planteados y se dividen en metas de cobertura y metas de impacto.

- Metas de cobertura: la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos con respecto a las mujeres unidas en edad fértil deberá aumentar a 70.2% para el año 2000. Para alcanzar esta meta, se requerirá incrementar la prevalencia en el área rural a 57% y mantener la del área urbana por arriba del 70%. El cumplimiento de esta meta representa alcanzar un número absoluto de 12.6 millones de usuarias (os) en el año 2000. Deberá darse particular atención a la reducción de las necesidades y demandas no satisfechas con énfasis en los grupos más vulnerables de la población. Para incrementar la calidad en la prestación de los servicios de la planificación familiar, la oferta de métodos anticonceptivos deberá ser lo suficientemente amplia para cubrir las necesidades, percepciones y demandas de la población usuaria.
- Metas de impacto: para fortalecer el crecimiento armónico de la población y desarrollo sostenido del país, la tasa global de fecundidad deberá disminuir a 2.4 hijo por mujer en el año 2000. De esta manera el Programa de Planificación Familiar contribuye a incrementar la calidad de vida y el bienestar de los individuos y de las familias mexicanas. A través de la ampliación de la cobertura de los servicios y de la comunicación educativa y social, se postergará la edad de la madre al nacimiento del/la primero(a) y se ampliará el espacio intergenésico; con estos dos comportamientos, se favorecerá la terminación temprana de la fecundidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ESTRATEGIAS

Estrategias generales: descentralización de los servicios de salud y planificación familiar; ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de servicios e información, educación y comunicación.

## ACCIONES

### Líneas de acción:

- De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Población vigente, la información, educación y los servicios de planificación familiar, los insumos anticonceptivos, serán gratuitos en todas las instituciones, dependencia y organismos del Sector Público.
- La información y la prestación de servicios en planificación familiar deberá realizarse con apego a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, por lo que deberá difundirse ampliamente su contenido y vigilar su aplicación en los sectores público, social y privado.
- Diversificar y fortalecer las estrategias de información y comunicación educativa y social que promuevan una cultura demográfica y la adopción de actitudes y prácticas de planificación familiar, favoreciendo la postergación del primer nacimiento, el espaciamiento intergenésico y la terminación temprana de la reproducción. Asimismo, se promoverá el concepto de derechos sexuales y reproductivos.
- Ampliar la gama de métodos anticonceptivos efectivos y seguros para garantizarla satisfacción de las necesidades, percepción y preferencias de la población usuaria.
- Promover la prestación de servicios de planificación familiar con un enfoque de riesgo y dentro del marco integral de la salud reproductiva.
- Reforzar el consentimiento informado con las actividades de consejería e información sobre los diversos métodos anticonceptivos, con el fin de propiciar decisiones libres, responsables y bien informadas.
- Fortalecer las acciones para atender las demandas y necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos a través de la coordinación interinstitucional y del mejoramiento del acceso a información y servicios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6.4.2 ATENCIÓN AL NIÑO SANO <sup>29-31</sup>

### GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Para mejorar lo actuales niveles de salud del niño, mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden afectarlos, el Gobierno Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y del Consejo Nacional de Vacunación ha considerado normar el siguiente Programa en relación con la salud del niño. Este Programa es dirigido a niños menores de cinco años de edad.

### OBJETIVO PRINCIPAL

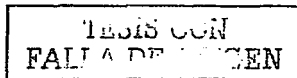
Establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación, la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento y el desarrollo de los niños menores de 5 años.

### ESTRATEGIAS

La estrategia para asegurar la atención integrada la constituye la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos.

### ACCIONES

Mediante el conjunto de acciones proporcionando al menor de cinco años en la unidad de salud independientemente del motivo de consulta que incluyen: vigilancia del esquema de vacunación, vigilancia en la nutrición, atención motivo de la consulta, capacitación a la madre y atención de la salud de la madre.



## 6.4.3 SALUD REPRODUCTIVA <sup>26, 32-36</sup>

### 6.4.3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES.

#### GRUPO DE EDAD AL VA DIRIGIDO

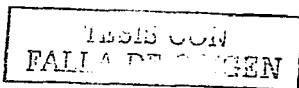
Dirigido a la población universal, pero principalmente a hombres y mujeres del grupo de edad de los diez años a los dieciocho años.

#### OBJETIVO PRINCIPAL

Como objetivo principal es proteger y propiciar el ejercicio de los derechos de la población adolescente a la información, educación comunicación y servicios de salud sexual y reproductiva con una visión integral que fomente actitudes y conductas responsables y que permita a este grupo etáreo de la población asumir su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos, así como incrementar su autoestima. Las acciones en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes deberá salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento basado en una información correcta.

#### METAS

- Metas de cobertura: la información, educación y comunicación sobre salud sexual y reproductiva de la población, por lo que se proporcionará información amplia a todos los/las adolescentes para propiciar el autocuidado de su salud, prevenir embarazos no deseados y no planeados, así como reducir la incidencia del aborto y de las enfermedades de transmisión sexual. Para el año 2000 deberá ampliarse la cobertura de servicios específicos de atención a la salud integral de los/las adolescentes poniendo énfasis en la salud sexual y reproductiva en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre los/las adolescentes que ya hayan iniciado una vida sexual se incrementará al 60% con particular cuidado en el uso de estrategias que prevengan los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Los servicios para la población adolescente deberán incluir atención de calidad durante la etapa



prenatal, del parto y del puerperio, así como en las complicaciones del aborto al 100% de las adolescentes embarazadas; a la vez se reforzará la orientación-consejería sobre anticoncepción post-evento obstétrico.

- **Metas de Impacto:** La meta prioritaria de impacto en la atención de salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes para el año 2000 es que en este grupo de la población asuma su sexualidad de manera responsable y sin riesgos. Los embarazos no deseados en mujeres menores de 20 años deberán reducirse en un 50%, lo cual, aunado a la atención de calidad de las adolescentes embarazadas, contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en este grupo etáreo. Con este contribuirá a mejorar la calidad de vida de la población adolescente y se facilitará su acceso a las oportunidades de educación y empleo.

## ESTRATEGIAS

Estrategias generales: Ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de servicios e información, educación y comunicación.

## ACCIONES

- Establecer mecanismos permanentes de información, educación y comunicación multimedia sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a la población adolescente, a través de la concertación interinstitucional, intersectorial y con organizaciones no gubernamentales.
- Conformar redes de centros de orientación y servicios integrales de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva con criterios uniformes y sistemas de referencia para la atención de los/las adolescentes
- Solicitar a través de educación formal y mediante educación en servicio, a personal de diferentes en la atención a la salud integral de los/las adolescentes.
- Solicitar la prestación de servicios de regulación de la fertilidad con particular atención al seguimiento de los/las usuarios (as) y a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Establecer servicios de atención integral a las adolescentes embarazadas, incluyendo el manejo adecuado de las complicaciones del aborto y la orientación – consejería sobre anticoncepción.
- Promover el uso del condón entre los jóvenes para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

### 6.4.3.2 SALUD PERINATAL

#### GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Encaminado a mujeres que cursan en algún trimestre de embarazo con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

#### OBJETIVO PRINCIPAL

Garantizar el derecho de las mujeres a información apropiada y servicios de calidad en salud perinatal, que incluyan el fomento de la nutrición materna, control prenatal con énfasis en los embarazos de alto riesgo, en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, en el manejo de las complicaciones del aborto, así como atención adecuada del parto, acceso a los servicios obstétricos de emergencia, atención del puerperio, orientación – consejería en anticoncepción post-evento obstétrico con total respeto a los derechos reproductivos, atención del/la recién nacido (a) y lactancia materna exclusiva. La misión primordial de la salud perinatal en el contexto integral de la salud reproductiva es lograr una maternidad sin riesgos en la población.

#### METAS

- Metas de cobertura: para el año 2000 el acceso universal a información y servicios integrales de salud reproductiva favorecerá una maternidad sin riesgo en las mujeres embarazadas, con énfasis en los grupos más vulnerables de la población. Se deberá hacer hincapié en el manejo adecuado de los embarazos de alto riesgo y en la prevención de

TEBIS CON  
FALLA DE ORIGEN



enfermedades de transmisión sexual y de la transmisión vertical por el VIH. La atención prenatal de calidad deberá otorgarse mediante el enfoque de riesgo mínimo de cinco consultas durante el embarazo e incluirá orientación adecuada a las mujeres sobre los cuidados y signos de riesgo. Se dará tratamiento a todas las embarazadas que acudan a consulta prenatal y presenten anemia ferroporiva. En las poblaciones de riesgo deberá aplicarse el esquema completo de toxoide tetánico al 100% de las embarazadas.

La atención del parto y del puerperio deberá ser proporcionada a todas las mujeres embarazadas; este servicio estará a cargo de personal capacitado en las áreas urbanas y rurales, incluyendo a las parteras tradicionales; a la vez, se fortalecerá la orientación-consejería post-evento obstétrico. La operación cesárea en la resolución del trabajo de parto deberá limitarse a indicaciones precisas y a la reducción de su frecuencia a menos del 20% en el año 2000.

Con el fin de prevenir el retraso mental secundario a hipotiroidismo congénito y otros defectos al nacimiento prevenibles, se ampliará en el año 2000 la cobertura del tamiz neonatal al 50% de los/las recién nacidos (as) atendidos (as) en instituciones del Sector Salud.

Para incrementar la calidad de la atención perinatal y fomentar la cultura y la práctica de la lactancia materna y el alojamiento conjunto se fortalecerá la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Para el año 2000, todas las unidades del Sector Salud que proporcionen atención obstétrica deberán estar certificadas.

- Metas de impacto: Con los servicios e información de salud perinatal se reducirá, para el año 2000, la tasa de mortalidad materna en un 50% y la tasa de mortalidad perinatal en un 20% con respecto a los registros de 1990. Se disminuirá la anemia ferroporiva en el 70% de las embarazadas con control prenatal. Se reducirá a menos del 7% la tasa de bajo peso al nacimiento y se eliminará la mortalidad por tétanos neonatal. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses de la vida se incrementará a 85% para el año 2000.

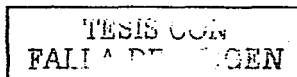
## ACCIONES

- Fortalecer las actividades de comunicación educativa y social para informar a la población sobre las características del curso normal del embarazo, parto y puerperio, importancia de la atención prenatal y del reconocimiento temprano de alteraciones durante la gestación. La información deberá incluir el acceso a los servicios de salud perinatal en los diferentes niveles de la atención.
- Capacitar a los/las prestadores (as) de servicios de salud perinatal en el manejo integral de la gestación bajo un enfoque de riesgo reproductivo, con particular énfasis en la población más vulnerable, incluida en el área rural, urbano-marginada y las comunidades indígenas. La capacitación deberá realizarse de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de Salud Perinatal y estableciendo mecanismos de vigilancia en su aplicación.
- Intensificar la promoción y prestación de servicios en atención prenatal, a la vez que se fomentará el autocuidado y la nutrición materna para detectar en forma temprana las complicaciones obstétricas y los padecimientos concurrentes con el embarazo.
- Inmunizar con toxoide tetánico a todas las mujeres embarazadas en zonas de riesgo y promover, además la atención del parto limpio.
- Reforzar la atención de calidad durante el puerperio y proporcionar servicios de anticoncepción post-parto y post-cesárea con métodos que no interfieran con la lactancia materna.

### 6.4.3.3 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

#### GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Este programa esta dirigido a la población universal principalmente adolescentes y el grupo en edad reproductiva.



## OBJETIVO PRINCIPAL

En el marco integral de la salud reproductiva, ampliar el acceso de la población a información apropiada y servicios de calidad para la prevención, diagnóstico temprano y manejo de las enfermedades de transmisión sexual. En el caso de VIH/SIDA, colaborar con las instancias normativas a la prevención, diagnóstico y referencia de casos.

## METAS

- Metas de cobertura: Con el propósito de brindar los elementos para que se asuma la sexualidad de manera responsable y bien informada, durante el periodo 1995 - 2000 se ampliará la cobertura de comunicación educativa y social acerca de las principales enfermedades de transmisión sexual, su frecuencia, mecanismos de prevención y contagio, así como el reconocimiento temprano de síntomas.

En el marco de salud reproductiva y planificación familiar, durante el periodo de 1995-2000 se ampliará la oferta de servicios de calidad en el primer nivel de atención para la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y referencia de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, con particular énfasis en los grupos con prácticas de riesgo. Los servicios deberán incluir el seguimiento epidemiológico de los contactos.

Durante el periodo de 1995 - 2000 se ampliarán los servicios para la detección oportuna y manejo adecuado de sífilis en mujeres gestantes y proporcionará atención oportuna al/la recién nacido (a).

- Metas de impacto: Como resultado de las acciones de información y servicios de salud reproductiva, la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en toda la población disminuirá en 30% para el año 2000. Durante el mismo periodo, se eliminará la sífilis congénita. en el caso de VIH/SIDA se contribuirá a la prevención, diagnóstico y referencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ACCIONES

- Instrumentar un programa permanente de comunicación educativa y social que propicie en toda la población cambios y actitudes en el ejercicio responsables y seguro de la sexualidad y proporcione información sobre las enfermedades sexualmente transmisibles.
- Incorporar en el primer nivel de atención, información y servicios contra enfermedades de transmisión sexual mediante la capacitación apropiada en el marco de la atención integral en salud reproductiva. La prestación de servicios deberá realizarse con un enfoque sindromático para el diagnóstico temprano, manejo y referencia oportunos, a la vez se fortalecerá la notificación y registro de nuevos casos.

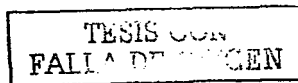
### 6.4.3.4 CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

#### GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO

Para el grupo de mujeres de 45 años en adelante

#### OBJETIVO PRINCIPAL

Mejorar la salud de las mujeres en la etapa pos-reproductiva, instrumentar acciones de comunicación educativa y social, así como de prestación de servicios en diferentes niveles de atención, para el manejo del síndrome climatérico y la condición post-menopáusica con el fin de prevenir complicaciones.



## **METAS**

- **Metas de cobertura:** Durante el período 1995-2000 se implantará un programa de comunicación educativa y social sobre las características de esta etapa de la vida de las mujeres en la que cesa la función reproductiva. En este programa se advertirá de la sintomatología que conforma el síndrome climatérico y de las complicaciones a corto, mediano y largo plazo de la condición post-menopáusicas. Además, se instrumentarán servicios de calidad en énfasis en el primer nivel de la atención para brindar orientación- consejería, manejo oportuno y referencia de las complicaciones.
- **Metas de impacto:** A través de estos servicios se mejorará la calidad de vida en la etapa post- reproductiva de las mujeres prolongando los años de vida saludable, disminuyendo los efectos deletéreos y previniendo las complicaciones.

### **6.4.4 DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICO-UTERINO Y MAMA.<sup>37-39</sup>**

#### **GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.**

El cáncer cérvico-uterino ocupa el primer lugar de incidencia causada por tumores malignos y la primera causa de mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. El cáncer de mama, ocupa el segundo lugar de incidencia causada por tumores malignos y el tercero en muerte en general de neoplasias.

El programa esta dirigido a mujeres de 25 a 64 años de edad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVO PRINCIPAL,

El objetivo de esta norma, esta encaminada a uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino y de mama tendiendo una reducción de la morbilidad y mortalidad que este padecimiento ocasiona.

## ACCIONES.

Las acciones preventivas del cáncer cérvico uterino y de mama van orientadas a tener una conducta de autocuidado en el grupo de riesgo y conocer los factores desencadenantes. La acción del diagnóstico en cuanto a la enfermedad, esta encaminada hacia la realización de la prueba de papanicolaou cada año y la autoexploración de mamas cada mes. La acción de control y rehabilitación será sometida a un segundo o tercer nivel de atención en conjunto con el médico de primer nivel.

## METAS.

Tener una cobertura amplia y adecuada del programa, brindar orientación educativa a cada derechohabiente, realización de papanicolaou en las mujeres de 25 a 65 años de edad y exploración mamaria mensual.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

## **6.4.5 CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.**

40,41

### **6.4.5.1 DIABETES MELLITUS.**

#### **GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.**

Existe en nuestro país más de 4 millones de personas afectadas por la diabetes mellitus, poco más de un millón no ha sido diagnosticada. El grupo de edad en riesgo es de los 20 a 69 años de edad en ambos sexos.

#### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Establecer los procedimientos para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, además de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el sistema nacional de salud.

#### **ACCIONES.**

Esta norma tiene los procedimientos y acciones para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la diabetes, tendientes a disminuir la incidencia de la enfermedad y establecer programas de atención médica idóneos a fin de lograr un control efectivo del padecimiento y reducir sus complicaciones y mortalidad.

#### **METAS.**

Evitar o retardar la aparición de diabetes en la población con riesgo, a través de promoción a la salud y realización de estudios de laboratorio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6.4.5.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

### GRUPO DE EDAD AL VA DIRIGIDO.

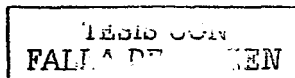
La hipertensión arterial esencial o primaria es un padecimiento crónico de alta prevalencia, que ocasiona un gran número de muertes e incapacidades en nuestro país. El grupo de personas con riesgo de padecer es de 20 a 69 años en ambos sexos.

### OBJETIVO PRINCIPAL.

Tiene como objetivo orientar al personal de salud en los procedimientos operativos de la prevención, detección y control de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria de salud e influir en los factores de riesgo de enfermedades aterosclerosas para reducir específicamente la morbimortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.

### ACCIONES.

La acción preventiva de la hipertensión está encaminada a disminuir la morbimortalidad ocasionada por este padecimiento y se realiza a través de actividades de promoción a la salud, la acción diagnóstica clínicamente y se apoya en la comprobación de cifras elevadas de tensión arterial. En la acción de control es aumentar la esperanza y calidad de vida del enfermo, evitando complicaciones.





## **METAS.**

Evitar que se presenta o retardar la enfermedad ya presenta la enfermedad evitar sus complicaciones, ampliar la cobertura de diagnóstico oportuno y aumentar la esperanza y calidad de vida de los pacientes.

### **6.4.6 INMUNIZACIONES <sup>42,43</sup>**

#### **GRUPO DE EDAD DIRIGIDO.**

Para mejorar los actuales niveles de salud del niño mediante la integración de los programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia pueden ser afectados. El grupo de edad abarca a los menores de 5 a 14 años.

#### **OBJETIVO PRINCIPAL.**

Establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada en el control, eliminación y erradicación de enfermedades evitables por vacunación.

#### **ACCIONES.**

Son encaminadas a la aplicación de todas las vacunas en todo el terreno nacional, ya sea población de origen mexicano o extranjero. La aplicación de los productos biológicos se realizará todos los días hábiles del año, por el personal capacitado, aplicándose en estancias infantiles, casas cunas, orfanatos, guarderías, escuelas y albergues.

#### **METAS.**

La aplicación de vacunas a todos los niños con la edad ya señalada. Evitar la aparición alguna enfermedad prevenible por vacunación y erradicación de las mismas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 6.4.7 SALUD BUCAL <sup>44,45</sup>

##### GRUPO DE EDAD AL QUE VA DIRIGIDO.

El programa está formulado para mejorar el estado de salud buco dental de la población derechohabiente, con mayor énfasis al grupo de 3 a 14 años, mujeres embarazadas y en etapa de lactancia.

##### OBJETIVO PRINCIPAL.

Disminuir la caries dental principalmente en la población de 3 a 14 años, incrementar la educación para la salud bucal en los grupos prioritarios. Contribuir a elevar en nivel de salud buco dental de la población derechohabiente del instituto, a través de acciones de odontología preventiva y disminuir enfermedades bucales.

##### ACCIONES.

Evitar la aparición de caries dental a través de medidas preventivas como: la aplicación de fluor, cepillado adecuado de dientes y tratamiento oportuno.

##### METAS.

El 40% del horario por el odontólogo debe dedicarse a efectuar actividades preventivas, la duración de cada consulta deberá ser de 20 minutos, aplicación de fluor dos veces al año y enseñanza de control de la placa dentobacteriana.

TESIS CON  
FALLA DE CALIFICACIÓN

## 7. DISCUSIÓN.

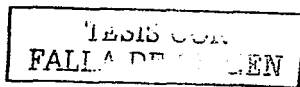
La pirámide de población refleja una gran proporción de mujeres sobre todo en el grupo de edad de 40-49 años.

En el grupo de 0-4 años existen 114 niños de los cuales es importante detectar o saber si cuentan con la cartilla básica de inmunizaciones, insistir en el programa de control del niño sano, identificar problemas físicos, hacer hincapié en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y no olvidar la importancia de las funciones básicas de la familia tales como: cuidado, afecto y protección, para el desarrollo físico y emocional de los niños de esta edad.

En las edades de 5 a 14 años con un 20.4% es importante orientar acerca de la educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, esquema de vacunación en adolescentes, prevenir adicciones, caries dental y orientar el desarrollo individual por lo cambios que se presentan en la adolescencia hacia la adultez.

En las edades de 15 a 44 años en donde se encuentra la mayoría de la población se tiene que enfatizar los programas de salud reproductiva (planificaron familiar, embarazo normal, riesgo reproductivo, control prenatal, enfermedades de transmisión sexual y detección oportuna de cáncer cervicouterino y mama), prevención o detección de enfermedades crónico-degenerativas, promoción de actividad física, caries dental y salud mental.

En los grupos de edad de más de 45 años, es importante analizar el control de enfermedades crónico-degenerativas así como realizar su prevención secundaria y terciaria, y otorgar orientación sobre el ciclo vital de la familia en el que se encuentran.



La aplicación de la cédula de identificación familiar fue satisfactoria, cubriéndose el 100%, se identificaron datos muy importantes del consultorio 15, para conocer el perfil de la población como son: tipo de familias, ficha de identificación de los cónyuges, aspectos demográficos del área en que habitan, etc.

En el rubro de ocupación la mayoría de las madres son amas de casa; el padre, su ocupación es empleado seguido de profesionista, lo que nos permite valorar que la mayoría de las familias son de tipo tradicional.

En cuanto a la escolaridad de los cónyuges se observó un promedio de 10 años estudiados lo que indica que estas familias has cursado con la educación básica.

Con respecto al estado civil los matrimonios predominan, sin embargo existe un gran porcentaje de personas solteras, divorciadas y viudas las cuales pueden estar viviendo solas y conviene integrarlas a grupos de apoyo de la clínica.

Es interesante observar que existen matrimonios longevos, con un promedio de 20 años de unión conyugal, lo cual refleja la importancia que tiene la familia de estos grupos sociales del consultorio estudiado.

La persona que contestó la encuesta fue la madre en un 70%, lo que nos hace pensar que asiste más a la clínica ya sea por enfermedad o control de la misma y lleve a sus hijos por cualquier causa; corroborando que el padre acude menos por estar trabajando y la madre por dedicarse a las labores del hogar.

Para los antecedentes gineco-obstétricos se observa un promedio de gestas de 3.44 lo que refleja un promedio alto para la población que se estudia ya que la mayoría de los encuestados tienen ocupación de empleados lo que hace que la economía familiar se vea afectada y en cuanto al problema de salud aumenta el riesgo reproductivo.

TESIS DE GRADUACIÓN  
FALLA DE ... EN

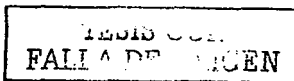
En las mujeres de edad fértil se deberá hacer hincapié en los programas prioritarios de planificación familiar, control prenatal y riesgo reproductivo, debido a que el 18% de estas se encuentran embarazadas.

En el uso de métodos de planificación familiar se muestra claramente que la responsabilidad cae sobre la mujer, por lo que debe aumentar la información y educación en el uso de métodos anticonceptivos por los varones. Es de llamar la atención que solo la mitad de las mujeres en edad fértil utilizan algún método anticonceptivo, sería importante identificar los motivos por lo que no son usuarias de métodos anticonceptivos.

En lo referente a factores demográficos se observa que la conformación de las familias la mayoría son nucleares, sin embargo recordemos que en las familias mexicanas existe una tendencia a aceptar personas que no forma parte del vínculo nuclear de la familia, en la misma casa.

Con respecto a la clasificación de las familias se tomo la clasificación del estudio de Huelva España; <sup>54</sup> predominan las familias nucleares en sus diferentes variantes simple, numerosa, ampliada y binuclear, seguidas de las familias extensas y monoparentales, lo que nos muestra la amplia gama en que podemos encontrar organizadas a las familias mexicanas y que es necesario que el médico familiar conozca para poder brindar una atención integral al núcleo familiar.

En el ciclo vital de las familias se encuentra un predominio en etapa de dispersión, por lo que la mayoría de las familias se encuentran con los hijos asistiendo a la escuela o en vías de formar nuevas familias; después la etapa de retiro y muerte en donde las personas se enfrentan a las enfermedades crónico-degenerativas, jubilación, pensión y esperando a la muerte, por lo que es importante orientar sobre estos aspectos y etapas de la vida; así como una buena preparación por parte del médico en tanatología.



En el tamizaje que se encuentra en la CEBIF3 a través de APGAR familiar, la mayoría de las familias son funcionales, sin embargo el 10.6% son aparentemente disfuncionales por lo que el médico familiar deberá realizar estudios de salud familiar para corroborar la probable disfunción y brindar opciones terapéuticas a las familias con este tipo de problemas.

Con respecto al número de personas que contribuye al ingreso familiar es el mismo porcentaje entre una y dos personas el 42%, esto nos habla de que la economía familiar actualmente es difícil y se necesita de dos ingresos para sostenerla.

Los servicios de urbanización (agua potable, gas, drenaje, luz eléctrica y teléfono), con los que cuentan las familias son la mayoría, esto se debe a que la zona en la que viven esta urbanizada.

Se encontró que en el tipo de vivienda la que es propia representa el 69.9% de la muestra solo alrededor de una quinta parte es rentada, esto concuerda con el tipo de población asegurada que maneja el ISSSTE, ya que cuenta con programas de vivienda en los que los trabajadores con más antigüedad y menor ingreso económico, pueden acceder a un crédito para ser propietarios de su casa.

Respecto al índice de marginación familiar en el cual se evalúa el nivel de riesgo de las familias respecto a la salud, el 55% reporta que se encuentra en muy bajo riesgo, seguido de bajo riesgo y un 3% de alto riesgo, esto explica que la mayoría de las familias se encuentran económicamente estables.

En el rubro de las redes sociales de apoyo, las parejas se encuentran en mayor porcentaje seguidos por hijos mayores quienes se brindan apoyo cuando lo requieren.

TESIS DE  
FALLA DE  
EN

Las redes sociales de apoyo por parte de la institución ISSSTE, la utilizan principalmente para servicio médico y estancia infantil seguidas del servicio privado.

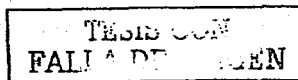
En lo referente a la los factores de riesgo y patología familiar, se dividieron de acuerdo a cada integrante de las familias; en el padre el mayor riesgo que se presentó fue el alcoholismo seguido de tabaquismo por lo que urge implementar programas dedicados hacia la prevención de adicciones o en su caso en tratamiento de las mismas.

En la patología de la madre la principal causa es la caries dental seguida de hipertensión arterial, esto nos hace ver que no se están aplicando el programa para la prevención y control de las caries; con respecto a la hipertensión arterial es importante llevar a cabo el control y prevención de complicaciones.

En el grupo de hijos con factores de riesgo y patología familiar, la causa mas frecuente es igual que en la madre: caries dental y tabaquismo, por lo que se deben reforzar programas preventivos para estas patologías.

En los factores de riesgo de los abuelos y tíos en primer lugar se encuentra las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, seguido de enfermedades del corazón y diferentes tipos de cáncer, por lo que se deberán aplicar, los programas prioritarios de enfermedades crónico-degenerativas así como prevención secundaria y terciaria.

En el programa de inmunizaciones, en niños de 0 a 1 años se encuentra cubierto el 100%, en los niños de 1 a 5 solo el 96%, por lo que se deberá aplicar estrictamente el programa de inmunizaciones y revisión de la cartilla de vacunación en la consulta de control de niño sano.



Las familias en las cuales existen cuidadores, son en un 10.5% de estas el mayor porcentaje de cuidados es brindado por las madres y quienes lo reciben son los abuelos; las tres primeras causas de que se proporcionen cuidados permanentes son: enfermedad mental, cáncer y diabetes mellitus, al igual que en otros apartados de esta encuesta es necesario detectar a estas familias y brindar el apoyo médico a estos cuidadores con el fin de que se mejore su labor y cuenten con mayores recursos para llevarla a cabo.

En lo que respecta a la detección oportuna de cáncer el 39% no tiene detección anual de cáncer cervicouterino y el 52% no tiene detección de cáncer de mama, aunque en la muestra no se presentó un caso positivo de cáncer, se debe realizar una campaña más profunda y agresiva de detección para cubrir el 100% de la población en riesgo.

Conocer el tipo y características de las primeras causas de atención médica del consultorio 15, es muy importante, así con este enfoque se priorizan las estrategias de acuerdo a los lineamientos de los programas nacionales de salud y los grupos de edad más afectados.

Dentro de las diez primeras causas de consulta médica, en primer lugar se encuentra la infección de vías respiratorias altas, en segundo y tercer lugar crónica-degenerativas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, en cuarto lugar traumatismos, en quinto enfermedad diarreica aguda, en sexto lugar clínicamente sano, en séptimo infección de vías urinarias, octavo embarazo normal, en noveno enfermedad articular degenerativa y por último cervicovaginitis.

Como se observa las enfermedades infectocontagiosas siguen estando dentro de las 10 primeras causas, por lo que se debe realizar anticipación al riesgo y prevención de estos padecimientos.

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas, se deben tomar medidas de prevención en cuanto a ejercicio y dieta principalmente en la población de 20 a 45 años para disminuir esta casuística.



Con respecto a los accidentes se han incrementado, teniendo en cuenta que la mayoría son prevenibles; por ello se deberán aplicar los programas de medidas de prevención de accidentes ya sea en el hogar o cualquier otro lugar.

Por ultimo lo ideal sería que el médico familiar solo realizara consulta a sanos y así aplicar en los derechohabientes los tres principios básicos de la medicina familiar (enfoque de riesgo, continuidad de salud y estudio de familia).

Es importante conocer las diez primeras causas de atención médica y el compromiso que representa para que el equipo de salud, ya que deberá estar actualizado en este tipo de padecimientos, revisar los programas prioritarios de salud y tener siempre una conducta enfocada hacia las acciones preventivas y la educación para la salud.

LEBIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 8. CONCLUSIONES.

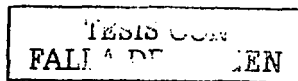
El médico familiar es el encargado de otorgar el primer nivel de atención médica, enfocado en sus tres principios básicos: enfoque de riesgo, continuidad de la atención médica y estudio de familia, siendo esto básico para encontrar un equilibrio entre el proceso salud-enfermedad de la comunidad.

El análisis de los datos obtenidos a partir de la pirámide de población, la Cédula de Identificación Familiar (CEBIF3), las causas de consulta y los programas prioritarios, permitió conocer las características básicas de las familias del consultorio, permitiendo identificar la problemática real de las mismas.

En la pirámide de poblacional se identificó que la gran mayoría de derechohabientes se encuentran entre los 15 - 44 años de edad, por lo tanto se deben implementar los programas prioritarios examinados a la detección y prevención de enfermedades crónico-degenerativas, salud reproductiva, prevención y control de adicciones, promoción de actividad física, caries dental y salud mental.

Dentro de las características estudiadas con la CEBIF 3, es importante implementar el enfoque de riesgo sobre los resultados, una continuidad de las enfermedades encontradas y realización de estudios de familia con algún grado de disfunción.

En el rubro de salud reproductiva, se identificó que una quinta parte de las mujeres en edad reproductiva se encontraban embarazadas, la mitad de estas son usuarias de algún método de anticoncepción y no presentan detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama anualmente, de tal manera es importante hacer énfasis en que las mujeres tengan un control prenatal adecuado y el médico familiar se encuentre capacitado para detectar riesgos durante el embarazo; en lo referente a planificación familiar y detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, es conveniente difundir



mayormente estos programas e investigar las razones por lo no se lleva algún método anticonceptivo y la detección oportuna de cáncer.

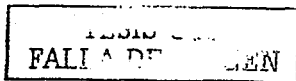
La obtención de los datos de la clasificación de las familias por la CEBIF3 la cual se baso en la clasificación demográfica de la familia en la zona básica de salud la orden de Huelva España<sup>54</sup>, no es la mas adecuada para la estructura de las familias Mexicanas, porque es confusa y no cumple con los requerimientos de las familias de la sociedad mexicana; por lo que se propone la utilización de una clasificación mas clara y precisa y apegada a las familias de México.

La realización del estudio de salud familiar, el cual es un elemento básico del médico familiar; debe ser implementado en aquellas familias que presentaron de 0 a 6 puntos en Apgar familiar incluida en la CEBIF3, para detectar si existe patología de tipo disfunción familiar.

El equipo de salud y especialmente el médico familiar, debe estar siempre a la vanguardia en todas las noticias de salud y patologías que puedan presentarse en el ciclo vital individual y en las etapas del ciclo vital de la familia, capacitarse ampliamente en temas que realmente necesite la población estudiada, con el fin de otorgar una atención integral a las familias.

Finalmente la importancia en la realización del diagnóstico de salud en un consultorio, orienta a conocer la población a nuestro cargo y diferentes aspectos de tipo: económico, psicológico, social y de salud, permitiendo identificar las necesidades o problemas reales de la población adscrita al consultorio y en consecuencia aplicar los programas prioritarios adecuados a las necesidades observadas; así como abrir nuevas líneas de investigación para modernizar y ampliar la investigación en medicina familiar y mejorar el modelo de atención para el estudio de las familias en el consultorio.

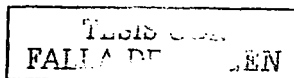
Es por ello que recomiendo que los médicos familiares apliquen este modelo que de acuerdo a sus necesidades y con la información obtenida, puedan planear estrategias de trabajo para el beneficio de la población sin olvidar el perfil del médico familiar.



## 9. BIBLIOGRAFIA.

1. Gómez BA, Martínez GA, Tobilla M. diagnóstico de salud de la comunidad, cap. VII, pp. 228-261 en: Barquin CM y cols, Sociomedicina, cuarta edición, editorial Méndez editores, 1994.
2. San Martín Hernán, La noción de la salud y la noción de la enfermedad, cap I, pp. 7-13 en: San Martín Hernán, Salud y Enfermedad, 4ta edición, editorial La Prensa Médica Mexicana, 1990.
3. Turabián JL, Salud, enfermedad, bienestar, necesidades de salud, promoción de la salud, cap 9, pp 348-367, en: Turabian JL y cols. Cuaderno de Medicina de Familia y Comunitaria, primera edición, ed Díaz Santos, España, 1995.
4. Senado DJ. Los factores de riesgo en el proceso salud enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):453-460.
5. Pérez CC. Algunos apuntes sobre comunidad. Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(4):360-365.
6. Piña BB. La comunidad: su estudio y diagnóstico de salud, cap II, pp 5-13, en: Moreno AL, Güemez SC, López MS. Factores de riesgo en la comunidad Tomo I. Primera edición, editorial Facultad de medicina UNAM, 1990.
7. San Martín X. Organización de la comunidad para la salud, cap 36, pp 722-732 en: San Martín Hernán. Salud y enfermedad, 4ta edición, editorial La Prensa Médica Mexicana, 1990.
8. Vandale TS, Duran AJL, Ortega MH. La medición del estado de salud de la población: una actividad fundamental para los servicios de salud. Salud Pública de México 1985;27(2):116-123.
9. Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz I GG, Granados MI y cols. Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria 1999;23(4): 236-248.

10. Lozwe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. Salud Pública de México 1988;30(5): 55-64.
11. Martín ZA, Hugueta M, García CF. La Organización de las Actividades en Atención Primaria, cap 3, pp 34-47 en: Martín ZA y cols, Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Tercera edición editorial Mosby/Doyma, 1994.
12. Turabián JL. Atención Primaria de Salud, cap 4, pp 15-28 en: Cuaderno de Medicina de Familia y Comunitaria. Primera edición, ed Díaz Santos, España, 1995.
13. Goldberg Bruce W. Asistencia Sanitaria Basada en la Población, cap 6, pp 35-39 en: Taylor Robert B. Medicina de Familia Principios y Práctica 5ta edición, ed Springer-Verlag, Barcelona España 1999.
14. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CJ, Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar, cap 11, pp 151-174 en: Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Séptima edición, ed M.F.M: 2000.
15. Irigoyen CA, Morales LH. MOSAMEF. Bases Conceptuales. Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar. Ed Med Fac; México, 2000.
16. Irigoyen CA, Gómez CFJ. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: ¿piedra de Roseta para la Medicina Familiar?. Arch Med Fam 2000;2(1):5-6.
17. Mc Whinney RI. Bases científicas de la medicina familiar, cap 1, pp 34-36 en: Mc Whinney RI. Introducción a la medicina familiar, primera edición, Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela 1987.
18. Reglamento de la ley General de salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de salud, México 1984.
19. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 52ª Asamblea General. Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.



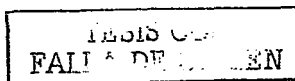
20. Reyes RE, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en el Microescenario consultorio 11 de la Clínica de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero" ISSSTE, trabajo para obtener el diploma de especialista de Medicina Familiar. México DF: 2001.
21. Ponce RER, Gómez CFJ, Irigoyen CA, Terán TM, Fernández OMA. Perfil de la estructura familiar en una zona urbana de Tlalpán, México. Arch Med Fam. 1999;1(3):89-95.
22. Gil AI, Pérez HC. Perfil del la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas. Archivos en Medicina Familiar 2002;4(3):95-98.
23. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar.
24. Manual operativo de planificación familiar. ISSSTE octubre 1994.
25. Programa Nacional de Planificación Familiar. 1990 - 1994.
26. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 - 2000.
27. Respuesta a los conocimientos del Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-095-SSA1-1994. Que establece las especificaciones sanitarias del Dispositivo Intrauterino "T" de cobre modelo 380\*
28. Norma Oficial Mexicana NOM-816-SSA1-1993. Que establece las especificaciones sanitarias de los condones de blue látex.
29. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1994. Para el Control de la Nutrición, Crecimiento, y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
30. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993. Control de la Nutrición, Crecimiento, y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
31. Norma Oficial Mexicana NOM- 031-SSA2-1999. Atención a la Salud del Niño.

TESIS C...  
FALLA DE ... EN

ESTA TESIS NO SALE<sup>79</sup>  
DE LA BIBLIOTECA

32. Norma Oficial Mexicana NOM-EM-002-SSA2-1993. "Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido".
33. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
34. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
35. Programa de mediano plazo para la prevención, control y vigilancia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 1990 - 1994.
36. Programa para la Atención en clínicas de Climaterio y Menopausia. ISSSTE agosto 1994.
37. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA-1994. Prevención, Tratamiento y Control de Ca del cuello y mama.
38. Proyecto de modificación a la Norma NOM-014-SSA-1994. Para la Prevención, Tratamiento y Control del cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la Atención Primaria.
39. Norma Oficial Mexicana NOM-0-SSA2-1996. Para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer Cervico Uterino. Dic. 1996.
40. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.
41. Actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. Proyecto de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Cnc.143/00.
42. Norma Oficial Mexicana NOM-023-SSA2-1994 para el Control, Eliminación y Erradicación de la Enfermedades evitables por Vacunación.
43. Programa prioritario de enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación. ISSSTE abril 1996.

44. Norma oficial Mexicana NOM-O13-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
45. Programa de Salud Bucodental. ISSSTE abril 1996.
46. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER, Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. Primera edición. Medicina Familiar Mexicana 1999.
47. Bellón SJA, Delgado SA, Luna del Castillo JD, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria. 1996;18(6):289-296.
48. Rodríguez FE, Gea SA, Gómez MA, García GJM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. Atención Primaria, 1996;17(5):338-341.
49. Gardner W, Nutting PA. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning? The Journal of Family Practice. 2001;56(1):19-25.
50. Ponce RER, Irigoyen CA, Gómez CFJ, Terán TM, Madrigal LHG, Palomino GL. Confiabilidad del Índice Simplificado de Marginación Familiar. Arch Med Fam. 1999;1(4):99-104.
51. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Ponce RER, Terán TM. Fundamentos Teóricos del Índice Simplificado de Marginación Familiar. Arch Med Fam. 1999;1(3):89-95.
52. Terán TM, Ponce RER, Irigoyen CA, Fernández OMA, Gómez CFJ. Redes sociales en la atención médica familiar. Arc. Med. Fam. 1999;1(2):35-44.
53. Montalbán SJ. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. Atención Primaria. 1998;21(1):29-34.
54. Márquez EC, Gascón JV, Domínguez GB, Gutiérrez MMC, Garrido BC. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud la orden de Huelva. Atención Primaria, 1995;(1):30-32.





**ANEXO I**

**CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF-3)**  
Gómez-Clavelina F.J. Ponce-Rosas ER. Ingoyen-Cortá A. Terán Trillo M.



<b>IDENTIFICACIÓN</b>		Fecha: _____		Folio: _____	
Familia: _____		No. Exp.: _____		Consul./Turno: _____	
Domicilio: _____		Teléfono: _____			
<b>SALUD REPRODUCTIVA</b>					
Edad	Ocupación	Est. (años)	A.G.O.		Método
			E	F	A
			C	L	E
			Si	No	Si
			Si	No	Si
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: _____					

<b>FACTORES DEMOGRÁFICOS</b>					
<b>Número de Hijos:</b>		<b>Si viven otras personas en el hogar, ¿Cuántas y cuáles?</b>			
• RN a un año _____	• Con parentesco familiar ( abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueros, yernos )				
• 1 a 4 años _____	• Num. _____ Especifique _____				
• 5 a 10 años _____	• Sin parentesco familiar (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes)				
• 11 a 19 años _____	• Num. _____ Especifique _____				
• 20 o más años _____					
• Total _____					
<b>Clasificación Estructural de la Familia</b>					
• Nuclear	Simple ( )	• Monoparental	Simple ( )		
	Numerosa ( )		Ampliada ( )		
	Ampliada ( )		Equivalentes familiares ( )		
	Binuclear ( )				
• Extensa	Ascendente ( )	• Persona que vive sola	( )		
	Descendente ( )				
<b>Etapas del Ciclo Vital de la Familia</b>					
• Matrimonio o unión conyugal ( )	• Independencia ( )				
• Expansión ( )	• Retiro ( )				
• Dispersión ( )					

<b>APGAR FAMILIAR (TAMIZ)</b>			
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			

<b>FACTORES ECONÓMICOS</b>			
<b>Vivienda</b>			
• Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar _____	• Teléfono ( ) ( )	• Computadora ( ) ( )	
• Casa Propia ( )	• Num. de hijos en escuela pública. ( ) ( )	• Num. de hijos en escuela privada. ( ) ( )	
• Financiamiento ( )	• Num. de hijos con becas ( ) ( )		
• Rentada ( )			
• Prestada ( )			
• Agua entubada intradomiciliaria ( )			
• Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más			
<b>Desarrollo Comunitario</b>			
• Serv. de agua potable ( ) ( )	• Alumbrado público ( ) ( )	• Pavimentación ( ) ( )	
• Drenaje subterráneo ( ) ( )	• Bancuetas ( ) ( )	• Serv. de transp. público ( ) ( )	
• Energía eléctrica ( ) ( )	• Servicio telefónico ( ) ( )	• Vigilancia ( ) ( )	

FAI EN

## ANEXO 1

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Indicadores	Categorías	Puntos
Ingreso económico familiar	< 1 salarios mínimos	3
	1-2 salarios mínimos	2
	3-4 salarios mínimos	1
	5 ó más salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes	3 ó más hijos	3
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningún hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	3
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (número 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 (consultas, detecciones, cuidados, pláticas, orientación, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres y abuelos ( )</li> <li>• Pareja ( )</li> <li>• Amigos, vecinos ( )</li> <li>• Hijos mayores ( )</li> <li>• Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) ( )</li> <li>• Servicios públicos ( )</li> <li>• Servicios privados ( )</li> <li>• Otros ( )</li> <li>• No requiere ( )</li> </ul>	
Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones? (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
IMSS ( )	DIF ( )
SSA ( )	PEMEX ( )
SEDENA ( )	Secretaría de Marina ( )
Privado ( )	Otros ( )
Especifique: _____	

	FACTORES DE RIESGO PATOLOGÍA FAMILIAR																									
	Crónico Degenerativas									Infecciosas			Trastornos de la Nutrición			Otros										
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial	Enf. Corazón	Ca/Cu	Ca Mama	Ca Próstata	Otro Cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovasc.	Agría	Sida/VIH	Otro ETS	Hepatitis B y C	TB Pulmonar	Desnutrición	Ojeridad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otros tóxicos	Violencia Intrafamiliar	Enf. Neurológicas	Riesgo ocupacional	Discapacidad	Caries Dental	
Padre																										
Madre																										
Hijos																										
Abuelos																										
Tíos																										
Total																										

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO							
Num. de cuadros por año	IRAS	EDAS	Edad	Vacunas	Estado Nutricional		
	Menos de 3		0 - 1 años	Completo	Incompleto	Normal	
3 ó más			1 - 5 años			Desnutrición	
APOYO DE CUIDADORES			DETECCIÓN DE CÁNCER				
¿Algun miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No _____ Si _____			Cáncer				
¿Quién proporciona los cuidados? _____			Doc. cánc.	Si	No	Si	No
¿A quién le proporciona los cuidados? _____			Doc. mam.	Si	No	Si	No
¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____							