

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE

COORDINACION DE EDUCACION MEDICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 58

"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

"APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE ATENCION
MEDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL MICROESCENARIO"

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ANDREA GUADALUPE MARTINEZ HERNANDEZ



IMSS

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2005

0350738



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 58
"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"
TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO

**"APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE
ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL
MICROESCENARIO"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ANDREA GUADALUPE MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL MICROESCENARIO”

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

DRA. ANDREA GUADALUPE MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA DEL CARMEN CARRASCO BECERRIL

PROFESORA TITULAR DEL CURSO ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 58

“GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO”

I.M.S.S.

DR. FRANCISCO DAVID TRUJILLO GALVAN

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 58

“GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO”

I.M.S.S.

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ

ASESORA DEL TEMA DE TESIS

PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTECA “DR. JOSE LAGUNA”

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. FRANCISCO DAVID TRUJILLO GALVAN

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 58

“GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO”

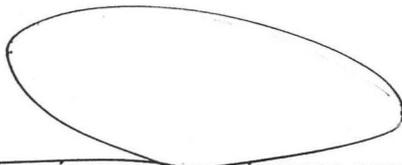
I.M.S.S.

“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF) EN EL MICROESCENARIO”

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

DRA. ANDREA GUADALUPE MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYÉN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M. Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Isaías Hernández Torres

FECHA: 24 nov 05

FIRMA: [Handwritten Signature]

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por darme salud y la fuerza suficiente para seguir adelante. Te pido que guíes mi vida cada día.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por la oportunidad de realizar esta especialidad, propiciando el aprendizaje, la actualización y la certificación de los conocimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por ser mi casa de origen y abrirme nuevamente sus puertas para continuar conquistando nuevas metas.

A mis maestras Tania López y Carmen Carrasco.

Por creer en mí y porque sin su estímulo para iniciar y terminar este trabajo hubiera sido mucho más difícil.

A la Dra. Silvia Landgrave.

Por enseñarme y ayudarme a defender mi ideales, y por su amistad y apoyo para el esfuerzo final.

A mis asesores de tesis y profesores titulares.

Por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia.

A mis familiares, amigos y compañeros de estudios.

Por saber escuchar, corregir, orientar y alentar en todo momento. Por su paciencia y apoyo.

A mi mejor amigo.

Por tu paciencia, tiempo, esfuerzo, consejos, apoyo y ayuda para escribir este trabajo.

DEDICATORIA

A mis papás Gustavo y Margarita

Por su ejemplo permanente de valor, disciplina y templanza.
Por su confianza en mí y su apoyo incondicional.
Porque la mejor herencia que recibí de ustedes
fue su amor y la educación que me dieron.
Siempre estarán en mi corazón.

A mi hija Andrea Margarita.

Por todas las horas que no estuve a tu lado en una etapa tan especial de tu vida, y a pesar de todo contar con tu apoyo y comprensión.

A mi Tía María Luisa.

Por todo su apoyo, cariño y cuidados, logrando que todo siguiera adelante y bien, durante mi ausencia.

A mis hermanos Gustavo y Rafael.

Por su paciencia y cariño. Ojala pronto superemos los malos momentos y solo nos queden los buenos recuerdos y el cariño.

A mis primos Nicolás, Betty y sus hijos.

Porque solo he recibido de ustedes cariño y un gran apoyo en todo momento.

Índice

	Página
1. Marco Teórico.	
1.1. Antecedentes del tema y del problema (revisión bibliohemerográfica). _____	8
1.2. La Medicina Familiar en el contexto de Atención Primaria de Salud. _____	15
1.3. Revisión histórica del desarrollo de la Medicina Familiar en México. _____	17
1.4. Perfil del Médico Familiar. _____	19
1.5. Definición de Familia. _____	21
1.6. El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF). _____	25
1.7. Programas Integrados de Salud PREVENIMSS. _____	30
2. Planteamiento del problema. _____	32
3. Justificación. _____	32
4. Objetivos.	
4.1. Objetivo general. _____	33
4.2. Objetivo específico. _____	33
5. Material y Métodos.	
5.1. Tipo de estudio. _____	34
5.2. Diseño de investigación del estudio. _____	34
5.3. Metodología para recolección de datos. _____	34
5.3.1. CEBIF 4. _____	34
5.3.2. Pirámide de población _____	35
5.3.3. Diez primeras causas de solicitud de consulta. _____	35
5.3.4. PREVENIMSS. _____	35
5.4. Población, Lugar y Tiempo. _____	37
5.5. Muestra. _____	37
5.6. Criterios. _____	
5.6.1. Inclusión. _____	39
5.6.2. Exclusión. _____	39
5.6.3. Eliminación. _____	40
5.7. Variables e Instrumentos de medición. _____	
5.7.1. CEBIF 4. _____	41
5.7.2. Pirámide de población. _____	46
5.7.3. Diez primeras causas de solicitud de consulta. _____	46
5.7.4. PREVENIMSS. _____	46

5.8. Definición conceptual y operativa de las variables.	47
5.9. Recolección de la información.	53
5.10. Prueba piloto.	53
5.11. Procedimientos estadísticos.	54
5.11.1. Plan de codificación de los datos.	54
5.11.2. Diseño y construcción de la base de datos.	54
5.12. Consideraciones éticas.	55
6. Resultados.	
6.1. Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF 4).	56
6.1.1. Identificación de la familia.	56
6.1.2. Datos demográficos.	57
6.1.3. Salud reproductiva.	61
6.1.4. Factores de riesgo detectados.	63
6.1.5. Redes sociales y apoyo.	64
6.1.6. Índice simplificado de pobreza familiar.	66
6.1.7. Factores económicos.	68
6.1.8. APGAR familiar.	70
6.2. Población.	
6.2.1. Población adscrita.	72
6.2.2. Pirámide poblacional.	73
6.2.3. Población por grupo etario.	75
6.3. Diez primeras causas de solicitud de consulta.	76
6.4. Programas Integrados de Salud PREVENIMSS.	78
6.4.1. Mujeres en edad fértil.	88
7. Discusión.	90
8. Conclusiones.	95
9. Bibliografía.	101
10. Anexos.	
10.1. Consentimiento Participativo Voluntario.	106
10.2. CEBIF 4.	107

1. Marco Teórico.

1.1. Antecedentes del tema y del problema (revisión bibliohemerográfica).

La Medicina Familiar como especialidad y disciplina académica tiene su escenario por antonomasia a la Atención Primaria de Salud (APS), la cual fue definida en Alma Ata, Kazajstán, hacia 1978, como:

“La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías, 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 el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Es importante señalar que la atención primaria forma parte integrante de la mayoría de los sistemas nacionales de salud, de los cuales constituye la función central y el núcleo principal. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”¹⁻².

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.

La cobertura universal constituye un desafío, debido a la urgencia de acelerar las acciones para lograrla. Esta propuesta tiende a constituirse hoy, en el fundamento de todos los sistemas de atención a la salud; considerando a ésta como un derecho de la humanidad y un objetivo social para el mundo³.

Existe una gran desigualdad entre la oferta de servicios y el volumen y complejidad de las necesidades de salud, que no pueden ser satisfechas debido a que no se cuenta con tecnología apropiada y los recursos son insuficientes. Para lograr este objetivo los servicios deben ser eficientes y eficaces. La “eficiencia” se refiere al grado de optimización en el uso de los recursos, mientras que la “eficacia” está en relación con el impacto en los servicios y programas salud⁴.

La propuesta estratégica de atención primaria se encuentra estructurada en torno a un trípode: servicios de salud centrados en el nivel primario de atención, acción intersectorial y participación comunitaria. Debido a los cambios en los problemas de salud de las poblaciones, los sistemas sanitarios han tenido una transformación en la Atención Primaria de Salud, de los cuales se consideran cuatro aspectos⁵:

- ▶ **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.

- ▶ **La tendencia al incremento de la utilización de los servicios de salud**, tanto hospitalarios como 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.

- ▶ **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.

- **La evolución reciente de la organización de los sistemas sanitarios**, a causa de los factores antes citados. Se valora más el papel de la Atención Primaria como el primer contacto al sistema, y cuyas funciones básicas sean:

►	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
►	Actividades de prevención y promoción en las consultas.
►	Atención Continua.
►	Atención domiciliaria.
►	Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad. Vigilancia epidemiológica.
►	Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias ⁵ .

La actividad fundamental del médico y demás profesionales de la salud, ha estado por años orientada a la atención clínica curativa; sin embargo, para conseguir avances en la línea del desarrollo de la atención primaria de la salud, se requiere priorizar las actividades preventivas y de promoción a la salud que son precisamente las que constituyen el núcleo esencial de su filosofía y estrategia³.

Como primer nivel de acceso al sistema sanitario, se han de diagnosticar y tratar las enfermedades de los pacientes que demandan asistencia, utilizando la clínica y los instrumentos de apoyo: laboratorio y gabinete. Cada consulta debe ser una oportunidad para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud a nivel individual y comunitario⁵.

Así como la historia clínica es el documento más importante para el tratamiento de un paciente, ya que nos permite conocer sus antecedentes patológicos y su padecimiento actual, el médico familiar en su primer contacto con el o los miembros de una familia, debe contar con un instrumento que le permita hacer lo mismo pero a nivel familiar.

Para proporcionar una asistencia correcta y satisfactoria a la población es necesario que sea continua, aspecto que la diferencia claramente de la hospitalaria, basada mucho más en la intensidad de los servicios.

La atención continua 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 continua está la asistencia domiciliaria, la cual permite el tratamiento de los padecimientos del paciente en su propio domicilio y evalúa las posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vista a futuras actuaciones del equipo de salud⁵.

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 epidémicos⁵.

Por último la derivación de pacientes hacia otros niveles asistenciales y la prescripción de otras prestaciones sanitarias deben estar bien fundamentadas y reguladas en base a los algoritmos correspondientes a patologías específicas. Siempre deberá ser coordinada la atención de segundo y tercer nivel por el Médico Familiar, quién centraliza toda la información generada de las diferentes especialidades, proporciona el seguimiento, surte los medicamentos prescritos y realiza los ajustes necesarios en el tratamiento médico dietético, además de valorar el envío subsecuente para control o por falla terapéutica⁵.

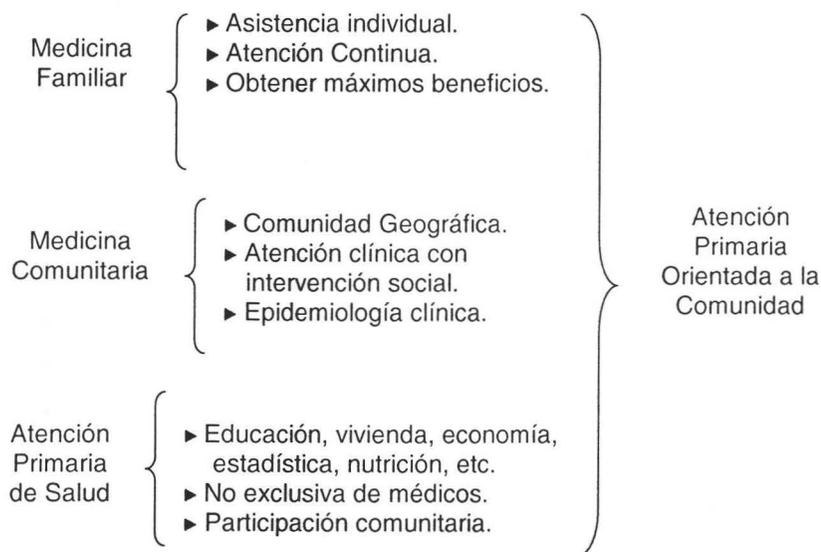
La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad y de los individuos de una forma integrada. Es un paradigma que puede ayudar a los médicos familiares a equilibrar sus obligaciones respecto al propio paciente y a la sociedad en conjunto⁶.

El estímulo para la transformación de nuestro actual sistema de asistencia sanitaria surge debido a la problemática en 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 de producto interno bruto (PIB) a la salud. Esto ha producido una serie de cambios complejos en la organización, financiamiento y prestación de la asistencia sanitaria⁶.

Los fundamentos conceptuales de la APOC son: la evolución de la epidemiología, la orientación comunitaria de la APS, y la afirmación de que la atención primaria es 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 metodológicos son: la epidemiología, los programas de salud y la participación de la comunidad en todo el proceso⁷.

Los tres componentes esenciales de APOC son:

- ▶ Atención Primaria de Salud o Medicina Familiar.
- ▶ Población definida o Medicina Comunitaria.
- ▶ Un proceso sistemático de identificación y resolución de las prioridades en salud de la población⁷. Actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social se está Implementando el Programa Integrado de Salud (PREVENIMSS)⁸.

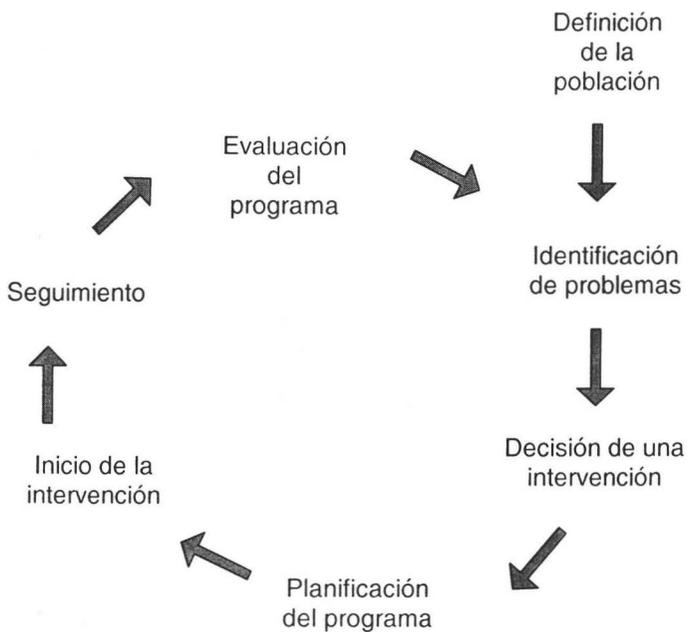


Tomado de Turabián JL, Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria, 1995, pp. 27. Editorial Díaz Santos. España⁷.

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. El programa PREVENIMSS, es notablemente similar, al utilizar los programas de garantía de calidad y de mejora continua, así como a los Programas Prioritarios de Salud, los cuales quedan simplificados en 5 Programas. Los cuatro elementos de la APOC son:

- ▶ 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 intervención⁹.

El proceso de desarrollo de la APOC, implica una serie de etapas en un ciclo secuencial y continuo de retroalimentación positiva. La evaluación eficaz del ciclo de la APOC será la que marque la decisión sobre la continuidad y las modificaciones a introducir en el programa, de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos prefijados, el impacto que haya tenido sobre el estado de salud de la comunidad y el análisis comparativo con la situación de partida⁵.



CICLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC). Tomado de Goldberg Bruce W, *Asistencia sanitaria basada en la población*. Cáp. 6 en: Taylor Robert B. *Medicina de familia. Principios y práctica*, 5ta. Edición⁶.

1.2. La Medicina Familiar en el contexto de Atención Primaria de Salud.

La Medicina Familiar como disciplina académica y especialidad médica, comprende una serie de actividades fundamentadas en tres ejes: el estudio de la familia, que permite el entendimiento del entorno bio-psico-social en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo; la continuidad de la atención, que favorece el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos sin importar edad, sexo y/o naturaleza de la enfermedad, y la acción anticipatoria, basada en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de atención y medidas preventivas en la población expuesta¹⁰.

Capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y a su familia¹⁰⁻¹¹.

- ▶ Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Atiende a todos los miembros de la familia, no sólo a individuos aislados; sin importar la edad, el sexo o el problema de salud del individuo.

- ▶ La Atención Primaria debe ser continua e integral, y no esporádica y fragmentada como ocurre en otras especialidades.

- ▶ La atención se puede otorgar en el consultorio, el hogar del paciente, o en el hospital. A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población, con otros especialistas y trabajadores de la salud. En este sentido, el Médico Familiar ha de actuar como coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud.

- ▶ Para el tratamiento adecuado de sus pacientes, el Médico Familiar debe conocer los problemas de salud, los aspectos subjetivos, y la relación familiar, las cuales condicionan diferentes acciones, valores y sentimientos del paciente con respecto a su enfermedad.

- ▶ A diferencia de otras especialidades, el Médico Familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos en particular, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Este especialista enfrenta los problemas de salud de sus pacientes sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Como consecuencia de los anterior, con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple.

- ▶ Epidemiológicamente el Médico Familiar no atiende a un conjunto de individuos, sino a una población en riesgo, por lo que deberá enfocar sus recursos para realizar medidas de prevención primaria o secundaria.

- ▶ El contar con un Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en su consultorio le permite identificar los factores de riesgo específicos a cada familia de su población y por ende puede implementar medidas estratégicas para el manejo de éstos.

1.3. Revisión histórica del desarrollo de la Medicina Familiar en México.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, en sus inicios los sistemas asistenciales adolecían de numerosos problemas. La atención médica general incluida la visita domiciliaria era controlada por personal de archivo; los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la Unidad; la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondiente eran muy deficientes¹¹.

El contacto médico-paciente era esporádico y eventual, lo que dificultaba el diagnóstico y evolución de los problemas específicos del paciente. Se abusó en la demanda de la visita domiciliaria, debido a que generaba remuneración económica a los médicos, y en otras ocasiones no se efectuaba.

En 1953, un grupo de médicos en Nuevo León estableció un nuevo procedimiento; cada médico adscrito a una clínica, tenía una población determinada, se fijaron los turnos para atender la consulta externa y efectuar las visitas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias de su población.

En la Ciudad de México se estableció el Sistema Médico Familiar en 1955, y se inició la contratación para la categoría del Médico Familiar, ya que sus actividades, funciones y responsabilidades eran diferentes.

Posteriormente se agregaron otros elementos al sistema operativo, incluyendo la cita y modificaciones en el manejo de los expedientes clínicos. En 1959, el sistema ya se encontraba a nivel nacional. Se hace una diferenciación en dos ramas: adultos y menores, con un horario dividido en dos turnos de 4 horas en la mañana y 4 en la tarde. Más de quince años después, se integra nuevamente toda la familia con un Médico, y en horario continuo de 6 horas en la mañana o en la tarde.

En 1971 se inicia un curso de especialización en una sola sede en el IMSS, con 32 residentes académicos, duración de 2 años y uno más de práctica en el campo. La Facultad de Medicina de la UNAM, y después otras universidades le dan reconocimiento oficial en 1974. En 1975 se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica en la UNAM.

En 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inicia una modalidad con una residencia de dos años. A partir de 1980, tanto en la SSA como en el ISSSTE, se crea su programa avalado por la UNAM.

El Plan Único de Especializaciones Médicas es el programa reconocido por la Facultad de Medicina de la UNAM, que a partir de 1994 ha venido a sustituir a los demás planes de estudio que se desarrollan en la SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX y otras dependencias públicas y privadas que participan en este nivel de estudio de postgrado.

1.4. Perfil del Médico Familiar.

Desde los orígenes de la Medicina Familiar se ha definido al nuevo Médico General o Familiar, en 1997 la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA), ha descrito la más completa y vigente definición:

“El Médico General o Médico Familiar 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.

El Médico General o Familiar, 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 componente 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”¹³.

Riesgo-Vázquez, propone, que a fin de contrarrestar la crisis en la atención médica ejercida por los médicos generalistas, se forme un modelo de perfil profesional que tenga como elemento esencial una estrecha relación médico-enfermo que permita utilizar elementos propios de la atención médica primaria como son: promoción y mantenimiento de la salud , prevención de la enfermedad e incapacidad, cuidados durante las fases aguda y crónica de la enfermedad, tomando en cuenta factores físicos, emocionales, sociales, culturales, económicos y ambientales, seguimiento del paciente en la salud y enfermedad, disponibilidad, accesibilidad y atención tanto ambulatoria como hospitalaria además de una coordinación efectiva de los servicios de salud disponibles para el paciente¹².

Para realizar actividades de atención familiar, tanto para el cuidado del paciente como para atender a la salud familiar, se requiere la comprensión de conceptos básicos respecto a la familia, como: definición, funciones, estructura, ciclo vital, recursos y funcionalidad; así como de aquellos instrumentos de evaluación familiar que permiten analizar los factores que intervienen en el proceso de la salud y la enfermedad del subsistema familiar.

Estos conocimientos y actividades facilitaran el desarrollo de un enfoque familiar, tanto para atender las causas de la enfermedad y la disfunción, como para realizar intervenciones de apoyo y orientación familiar⁵.

Por tanto el Médico Familiar debe estar relacionado con las cinco grandes áreas de su atención: individuo, familia, comunidad, docencia e investigación y apoyo¹³.

1.5. Definición de Familia.

La Familia como núcleo primario y básico de la sociedad, ha sido estudiada por diferentes disciplinas científicas: sociales, económicas, estadísticas, psicológicas, médicas y antropológicas, dando por resultado varias definiciones válidas desde el contexto particular de cada investigador.

Para realizar actividades de atención familiar, tanto para el cuidado del paciente como para entender a la salud familiar, se requiere la comprensión de conceptos básicos sobre estructura, ciclo vital familiar, recursos y función familiar. Estos conocimientos y actividades facilitan el desarrollo de un enfoque familiar, tanto para atender las causas de la enfermedad y la disfunción, como para realizar intervenciones de apoyo y orientación¹⁵.

En el presente trabajo se utiliza de manera operativa la definición y clasificación estructural de Familia propuesta por el Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina y colaboradores, por adecuarse mejor para la recopilación de datos de manera eficiente. Se mencionan además otras dos muy importantes, del Dr. de la Revilla y del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática de México (INEGI).

La familia es un sistema social abierto en constante transformación según las diferentes etapas existenciales de sus integrantes, en un equilibrio dinámico que facilita su relación emocional y física para el desarrollo tanto individual como familiar en interacción con el entorno¹⁶.

► Estructura familiar descrita por Dr. Gómez Clavelina y colaboradores¹⁷.

► **Familia Nuclear.** Modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.

- ▶ **Familia Extensa.** Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos o legales.

- ▶ **Familia Extensa compuesta.** Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres.

- ▶ Estructura familiar del Dr. De la Revilla¹⁸ modificado por Márquez¹⁹.
 - ▶ **Familia nuclear.** Formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio.
 - ▶ Familia nuclear simple. Formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.

 - ▶ Familia nuclear numerosa. En la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.

 - ▶ Familia nuclear ampliada. Integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o bien agregados personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico.

 - ▶ Familia binuclear. Familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.

- ▶ **Familia extensa.** Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones; suele estar formada por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.

- ▶ **Familia monoparental.** Está constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

- ▶ **Sin familia.** En esta familia se contempla no sólo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos.

- ▶ **Equivalentes familiares.** Se trata de individuos que viven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencia o asilos, etc.

- ▶ Para el INEGI, la estructura familiar es²⁰.
 - ▶ **Nuclear.** Formada por jefe, cónyuge con o sin hijos; jefe e hijos.

 - ▶ **Ampliada.** El cual se conforma por jefes con o sin cónyuges, con o sin hijos con otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etc.).

 - ▶ **Compuesta.** Integrada por jefes con o sin cónyuges, con o sin hijos con otros parientes y no parientes, es decir, hogar nuclear o ampliado más no parientes.

 - ▶ **Extensa.** Es el conjunto de hogares formados por los ampliados y los compuestos.

Los diversos enfoques de la definición de familia se observan en la práctica de la Medicina Familiar. El significado clínico de los conceptos y posibles relaciones con los eventos familiares que atienden los médicos de familia son clasificados y aplicados de acuerdo con las necesidades de atención de los pacientes.

Definición de Familia	Principal situación familiar	Significado clínico
Censo	Consulta de rutina con todos los pacientes	Inventario de la morbilidad familiar, mortalidad y relaciones en el ámbito biológico.
Biológica	Padecimiento genético y/o familiar	Diagnóstico de transmisión genética/familiar; identificación de personas con alto riesgo, prevención y tratamiento oportuno.
Doméstica	Enfermedades infecciosas	Determinación del origen de la infección, prevención, aislamiento o búsqueda de contactos.
Funcional	Enfermedades crónicas o discapacidades	Identificación del cuidador. Integración de un sistema de apoyo para el paciente y su cuidador durante ese tiempo en particular.
Cultural	Creencias religiosas y culturales que afectan la atención y las decisiones médicas	Determinación de las creencias y las razones de ciertas conductas con el propósito de llegar a acuerdos con respecto a la atención y tratamiento.

Modificado de Medalie JH, Cole-Kelly K. The Clinical Importance of Defining Family. Am Fam Phys. 2002; 65(7):1277-1279²¹.

1.6. El 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 Familiar tiene como propios exclusivos.

En la medida que el Médico Familiar logre conocer con detalle las características bio-psico-sociales de las familias que atiende, la pirámide poblacional que estas conforman, así como los motivos de su demanda de servicios, estará en posibilidad de iniciar acciones concretas; establecer programas de actividades de fomento a la salud y preventivas, detección temprana y tratamientos oportunos, realizar un seguimiento efectivo y coordinar los recursos con que cuenta la comunidad para el cuidado de la salud.

El Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina y colaboradores proponen por primera vez el Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF) como una estrategia para llevar a cabo la práctica de la medicina de primer contacto, como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud, optimizar la prestación de servicios médicos, satisfacer las demandas de los usuarios y disminuir los costos de la atención médica²².

Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad de la Facultad de Medicina de la UNAM, que con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan 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 primordialmente el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina⁹.

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?

- ▶ ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias?²².

Perspectivas del MOSAMEF.

Partiendo de que la continuidad en la atención médica es la piedra angular 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 daño²².

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.

- ▶ Modificación a los problemas detectados, principalmente a desviaciones de la práctica asistencial.

- ▶ Seguimiento del impacto de la intervención²².

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al Médico Familiar y a su equipo de trabajo en el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno²².

El esquema actual de Atención Médica Familiar ha favorecido insatisfacción tanto en el médico como en los pacientes, ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias, así como de los recursos que puedan ser implantados para mejorar el nivel de salud de las familias²².

EL MOSAMEF puede ser aplicado de dos diferentes maneras: En el consultorio (Microescenario) y en la Clínica o Centro de Salud (Macroescenario).

EL MICROESCENARIO pretende conocer las necesidades o los problemas de la comunidad estudiando a la familia, su clasificación, funcionalidad y la etapa del ciclo vital en qué se encuentra, los factores demográficos, económicos y de riesgo, así como las redes sociales y de apoyo, entre otros puntos de igual importancia; siendo captados todos estos datos por medio de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF 4)²³.

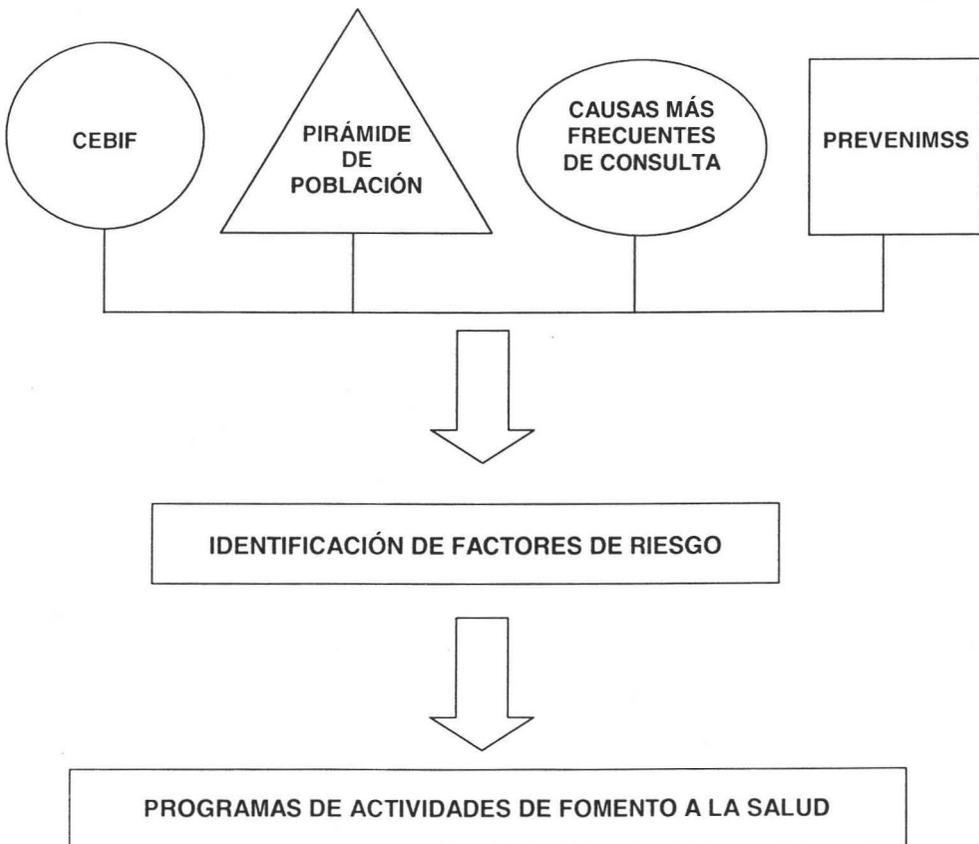
EL MACROESCENARIO tiene varias etapas, la primera es el diagnóstico, donde se valora la infraestructura (servicios, mobiliario, equipamiento, área física), también valora los elementos demográficos y económicos, permite conocer la capacitación técnica del personal, la morbimortalidad más frecuente de la unidad y la intervención. Identificar problemas de atención médica, administrativos, operacionales, de capacitación, propone líneas de investigación, etcétera ²³.

En 1995 en la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Joaquín Canovas Puchades" ubicada en la Ciudad de Tepic, Nayarit, se llevó a cabo una investigación utilizando el test "Identificación Familiar" (que posteriormente se llamó Cédula Básica de Identificación Familiar CEBIF 1), el análisis de las causas de consulta y un censo familiar, encontrando que en la población estudiada había predominio de jóvenes y de mujeres; equilibrio entre familias modernas y tradicionales y mayor instrucción educativa de las mujeres; mayor número de familias integradas; con una frecuencia elevada de padecimientos de las vías aéreas respiratorias, principalmente en niños y adolescentes.

De lo que se puede suponer que al ser una población en periodo de mayor productividad y en etapa reproductiva en donde ambos padres trabajan, es probable que los hijos queden al cuidado de guarderías o de personas ajenas al núcleo familiar, lo que puede favorecer la presentación de estos padecimientos, o que el periodo del año en que se registró la información corresponda a la época del año en que aumentan dichas enfermedades.

Se puede concluir que el Médico Familiar tiene la obligación de conocer a las familias que componen su consulta, comprender el ciclo vital familiar por el que atraviesan, detectar las crisis y los factores de riesgo asociados, y actuar en consecuencia, con medidas y consejos anticipados, para favorecer un desarrollo integral de las familias²⁴.

**MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
M O S A M E F**



1.7. Programas Integrados de Salud PREVENIMSS.

En el IMSS para proporcionar un mejor servicio en 1999 se crea el programa piloto de Cita Previa en la UMF 51, que posteriormente se extiende a todo el país, con el que se espera aumentar la calidad y la oportunidad con que se otorga el servicio y reducir los tiempos de espera de la Consulta Externa de Medicina Familiar¹⁴.

En el año 2002 se inicia en todo el país el Programa de Atención Integral de la Salud PREVENIMSS, el cual pretende lograr que los derechohabientes participen activamente para alcanzar mejores condiciones de salud, mediante la promoción de ésta, educación continua, consejería apropiada, grupos de ayuda y capacitación a grupos con problemas específicos. Significa un cambio completo, que pretende que cada derechohabiente sea coparticipe de su estado de salud.

Se entregan dos formatos a cada derechohabiente: **Guía para el Cuidado de Salud**, en la que se informa a la población de una manera fácilmente comprensible las diferentes actividades que pueden realizar para la promoción de la salud; orientación en nutrición; prevención y control de enfermedades; detección de enfermedades y salud reproductiva. **Cartilla de Salud y Citas Médicas**, en donde se lleva el registro de las acciones indicadas en la guía, y además se anota la cita de atención médica.

Se realizó una capacitación exhaustiva a todo el personal, en el manejo operativo de los formatos, y en el programa de salud, esperando que cualquier trabajador sea un promotor del mismo.

La tarea fundamental es promover en los derechohabientes estilos de vida saludables.

Para lograrlo se realizan acciones individuales y educación de grupos e individual. Las primeras son de promoción, prevención, detección, control de enfermedades y de salud reproductiva se realizan de manera individual y pueden realizarse en el consultorio médico o en cada contacto con el derechohabiente, usando las mismas cartillas y guías como instrumento de apoyo. En las segundas se proporciona información y capacitación que permita conocer y adquirir habilidades y estilos de vida adecuados para el cuidado de su salud⁸.

Se unifican los programas prioritarios en los diferentes grupos etarios, los cuales se identifican rápidamente por los diferentes colores que manejan en sus Cartillas y Guías, de la siguiente manera:

▶	Niños	De 0 a 9 años	Verde
▶	Adolescentes	De 10 a 19 años	Azul
▶	Mujeres	De 20 a 59 años	Rojo
▶	Hombres	De 20 a 59 años	Gris
▶	Adultos Mayores	Mayores de 59 años	Dorada

2. Planteamiento del problema.

Acorde al perfil profesional del Médico Familiar es necesario un modelo de trabajo que lo distinga del Médico General para el estudio de la familia, la continuidad en la atención médica y la detección de los factores de riesgo.

La familia como célula básica de la sociedad, es fuente generadora de salud y enfermedad, por ejemplo, hábitos nocivos como el tabaquismo y la mala higiene, favorecen la aparición de infección de vías respiratorias altas en los hijos.

El dar atención médica individual, esporádica y curativa propicia que pasen desapercibidos los factores familiares, con lo que se pierde la oportunidad de realizar detección del riesgo, prevención de primer nivel y manejo integral a la familia.

Actualmente esta situación se presenta en todas las especialidades, en donde se atienden enfermedades y no al enfermo y a su familia.

3. Justificación.

En este trabajo se pretende aplicar los tres principios básicos de la medicina familiar: estudio de familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo; en el marco del microescenario, es decir estudiando un consultorio, con base en la pirámide de población, las diez primeras causas de atención médica y los programas prioritarios ahora englobados dentro del PREVENIMSS, aplicando el MOSAMEF en el consultorio 3 turno matutino, de la Unidad de Medicina Familiar 51.

Es necesaria la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar porque forma parte del principio de aplicación práctica de la Medicina Familiar, mediante el cual es posible identificar características de la población atendida, su perfil epidemiológico y los posibles riesgos a la salud que el Médico Familiar debe atender.

4. Objetivos.

4.1. General.

Aplicar el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar MOSAMEF, en el escenario de un consultorio médico familiar del IMSS con elementos del programa PREVENIMSS a las actividades del Médico Familiar.

4.2. Específicos.

- ▶ Identificar las características básicas de las familias con la aplicación de la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF 4).
- ▶ Examinar el perfil demográfico del consultorio mediante la realización de la pirámide poblacional.
- ▶ Identificar los lineamientos del Programa de Atención Médica PREVENIMSS que incluyen los Programas Prioritarios de Salud, reorganizados por grupos etarios.
- ▶ Recabar la información clínica de planificación familiar en las mujeres en edad fértil.
- ▶ Enumerar las diez primeras causas de solicitud de consulta.

5. Material y Métodos.

5.1. Tipo de estudio.

Se trata de un estudio cuantitativo-cualitativo, descriptivo, transversal y observacional.

5.2. Diseño de investigación del estudio (etapas generales).

La población total del consultorio 3 turno matutino, de la Unidad de Medicina Familiar 51, ubicada en Santa Mónica Estado de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, esta constituida por 1 195 familias, en 2 451 derechohabientes adscritos; dato obtenido mediante el conteo de los expedientes clínicos.

5.3. Metodología para recolección de datos.

5.3.1. CEBIF 4.

Se aplicó la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) para conocer las características de las familias elegidas. Es necesario mencionar que ha evolucionando de CEBIF 1 a la actual CEBIF 4, respondiendo a las necesidades y objetivos de cada investigador, de manera que puedan diseñarse otras para problemas específicos.

La aplicación de este instrumento se llevó a cabo durante los meses de marzo a julio del 2004 en el propio consultorio, previa autorización de las autoridades de la Unidad. Se capacitó una encuestadora durante 3 días y se realizó una prueba piloto de 30 cuestionarios.

La encuesta se aplicó en la sala de espera del consultorio, con los pacientes que ese día acudieron a consulta, evaluando a cinco familias por día en promedio, con una duración de 20 a 25 minutos cada una.

5.3.2. Pirámide de Población.

Se realizó la revisión de cada uno de los expedientes clínicos que se encuentran en el archivo del consultorio 3 del turno matutino, para obtener: edad, sexo y número total de los derechohabientes usuarios durante el mes de diciembre del 2003, por el investigador y se capturó la información en tablas diseñadas para tal efecto.

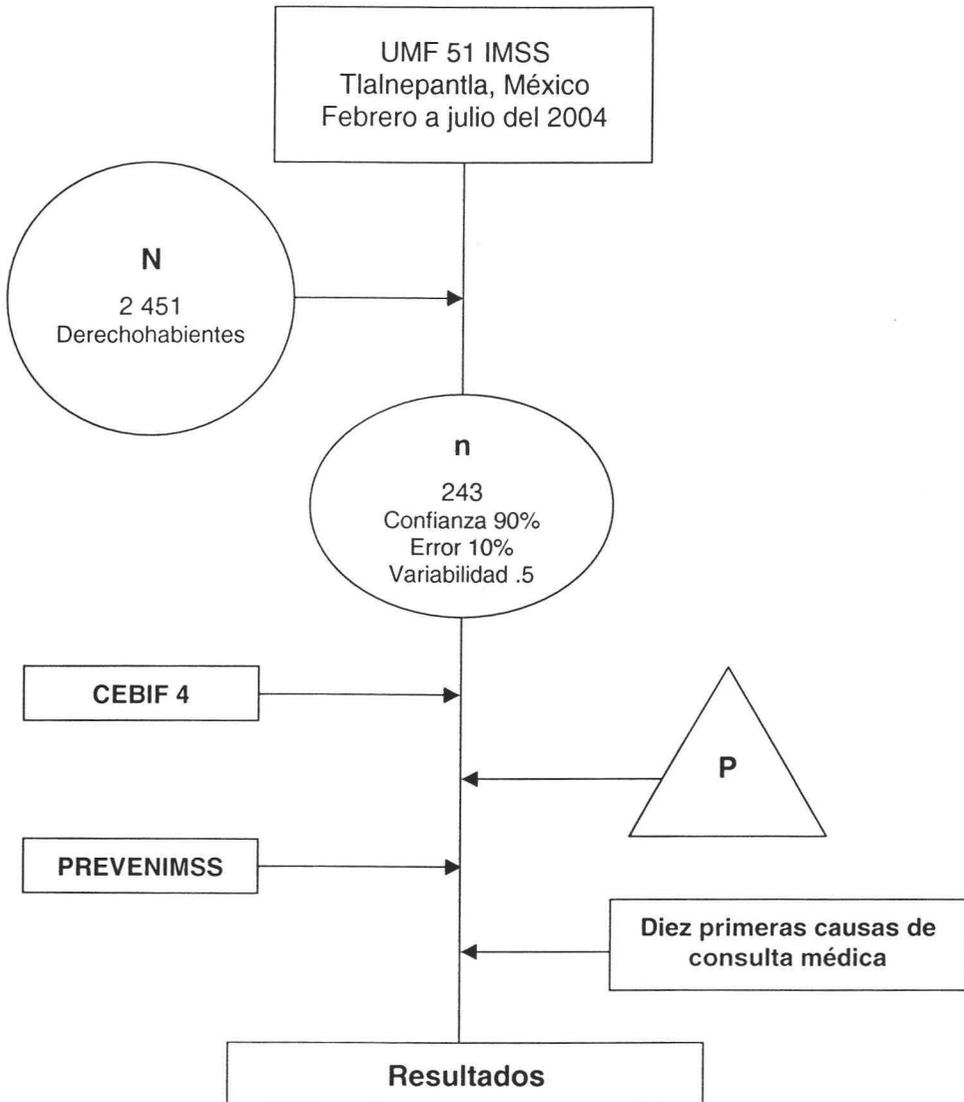
5.3.3. Diez primeras causas de solicitud de consulta.

Se obtuvo revisando los formatos 4-30-6 "Control e informe de Consulta Externa" del consultorio 3 turno matutino durante los meses de diciembre del 2002 a marzo del 2003.

5.3.4. PREVENIMSS.

Se incluyeron los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, diseñados para mejorar la calidad de la atención al derechohabiente, cuyo propósito principal es mejorar la calidad de vida del paciente, propiciando su autocuidado, y que se realiza de manera rutinaria en cada contacto con el personal de salud de las unidades de Medicina Familiar, y tiene los programas prioritarios clasificados de acuerdo a Grupos Etarios.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



N: Derechohabientes del consultorio 3 matutino UMF 51 IMSS.

P: Pirámide de Población: 2 451 derechohabientes.

n: Muestra no aleatoria (voluntaria), no representativa, aplicada a un miembro de la familia con un total de 270.

5.4. Población, Lugar y Tiempo.

El presente trabajo se aplicó a una muestra de 270 derechohabientes adscritos al consultorio 3 del turno matutino, en la Unidad de Medicina Familiar número 51, del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentra ubicada en Esquina del Exconvento de la Merced y Exconvento de San Fernando, Colonia Santa Mónica, en Tlanepantla, Estado de México, durante el periodo de febrero a julio del 2004.

5.5. Muestra.

Se calculó una muestra de trabajo con una confianza del 90%, error del 10% y variabilidad del .5, de una población de 2 451 derechohabientes adscritos y con expediente vigente²⁵.

Para obtenerla se utilizó la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{\frac{z^2 q}{e^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 q}{e^2 p} - 1 \right)}$$

- n_0 = Tamaño de la muestra.
- z = Valor de probabilidad para el nivel de confianza seleccionado.
- p y q = Variabilidad de éxito o fracaso.
- e = Error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

Sustituyendo en la formula:

$$n = \frac{(1.645)^2 (.5)}{(.10)^2 (.5)} = \frac{(2.706025) (.5) = 1.3530125}{1 + (.000407) (270.6025 - 1) = 1.1097} = \frac{.005}{1.1097}$$

$$n = \frac{270.6025}{1.1097} = 243.85$$

El resultado obtenido indica que la muestra debe ser de un mínimo de 244 personas a las cuales se les aplicará la encuesta, se adicionó un 10% más para prevenir pérdidas (encuestas incompletas, personas ausentes, etc.) y mantener el nivel de confianza establecido. Por lo tanto serán 268. Este resultado se redondeo en 270²⁵. Se aplicaron 30 cuestionarios más por iniciativa de los pacientes, obteniendo un total de 300.

5.6. Criterios.

5.6.1. Inclusión.

- ▶ Derechohabientes con vigencia al momento de la encuesta.
- ▶ Con expediente y que acudieron al consultorio.
- ▶ Que desearon colaborar con la encuesta.
- ▶ Que respondieron a todo el cuestionario.
- ▶ Que sean mayores de 18 años de edad.
- ▶ Sólo a un integrante por familia.
- ▶ Que quisieron participar en forma espontánea.

5.6.2. Exclusión.

- ▶ Derechohabientes sin vigencia al momento de la encuesta.
- ▶ Sin expediente clínico.
- ▶ Que no quisieron colaborar con la encuesta.
- ▶ Menores de 18 años de edad.
- ▶ Más de un integrante por familia.

5.6.3. Eliminación.

- ▶ Derechohabientes dados de baja en el transcurso del proyecto.
- ▶ Que dejaron de acudir a consulta por curación, hospitalización, abandono de tratamiento, o muerte.
- ▶ Que no respondieron todo el cuestionario.
- ▶ Que no cubrieron el requisito del concepto operativo de familia, utilizado en este trabajo.

5.7. Variables e Instrumentos de medición (tipo y escala).

5.7.1. CEBIF 4.

La Cédula Básica de Identificación Familiar la cual está integrada por 82 variables, dentro de 10 áreas de información relacionadas principalmente con el estudio básico de la familia y se describen a continuación.

▶ Identificación (5 variables).

- ▶ Número de folio para cada cuestionario, número de consultorio y turno.
Apellidos de la familia con su número de afiliación, domicilio y teléfono.
Fecha de aplicación del cuestionario.

▶ Datos demográficos de la familia (6 variables)²⁶.

- ▶ Nombre de las personas que habitan en la misma casa, su relación o parentesco, edad, sexo, escolaridad y ocupación.
- ▶ Estructura familiar.

▶ Salud reproductiva (12 variables).

- ▶ Antecedentes gineco-obstétricos maternos: número de embarazos, partos, abortos y cesáreas. Embarazo actual. Método seleccionado para planificación familiar o la falta de éste.
- ▶ Método de planificación familiar paterno.

- ▶ Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama anualmente, así como su resultado positivo en algún momento.

- ▶ Factores de riesgo detectados (10 variables).
 - ▶ Se incluyen las enfermedades de mayor trascendencia epidemiológica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, obesidad, caries, alteraciones psicosociales, y esquema de vacunación incompleto. Así como la inclusión a programas.

- ▶ Redes sociales y apoyo a la familia (17 variables).
 - ▶ Es importante identificar que clase de apoyo tienen los pacientes en caso de enfermedad, ya sean familiares, amigos, prestaciones laborales, o servicios públicos y privados.

- ▶ Apoyo de cuidadores (4 variables).
 - ▶ En las familias donde existe una persona que requiere cuidado y atención continua, identificar qué familiar cuida, a quién y razón por la se requiere ésta.

▶ Índice simplificado de pobreza familiar ISPF (4 variables)²⁷⁻³⁰.

- ▶ Es un instrumento de evaluación familiar. Se toman en cuenta varios factores que ponen en evidencia la existencia de pobreza familiar, si es alto o bajo. Es muy importante identificar este elemento ya que influye sobre la salud de los individuos y sus familias, propiciando o limitando el desarrollo de diversos padecimientos, así como la utilización de los servicios de salud.

Se obtiene al interrogar 4 indicadores principales, que pueden ser contestados con 4 respuestas posibles, cada una de las cuales tiene un valor numérico. Se suman y se puede catalogar de 0 a 3 Sin evidencia de Pobreza, de 4 a 7 Pobreza baja y 8 a 12 Pobreza alta.

▶ Factores económicos de la familia (18 variables).

- ▶ Muy similar al anterior nos permite conocer en más detalle los fenómenos económicos y sociales que influyen sobre la salud de los individuos y sus familias, pues es evidente que la pobreza y marginación social han generado importantes cambios en el estilo de vida y organización familiar, afectando tanto su estructura como sus funciones esenciales³⁰.

▶ APGAR familiar (5 variables)²⁸⁻²⁹⁻³¹.

- ▶ La complejidad de las relaciones familiares hace imposible de percibir la disfuncionalidad a priori, las cuales terminan tratándose farmacológicamente aún cuando los efectos distorsionantes tengan su raíz en el ambiente familiar. Es imprescindible en Medicina Familiar contar con instrumentos que permitan clasificar y determinar las posibles disfunciones que influyan en la salud del individuo.

- ▶ El APGAR mide el funcionamiento familiar evaluando la satisfacción del entrevistado con su vida en familia (mayores de 15 años) entre mayores sean los entrevistados más completa será la visión que se puede tener del funcionamiento del sistema familiar. Tiene 5 componentes que se enlistan a continuación.

- ▶ Adaptabilidad. Capacidad de utilizar recursos entre familiares para resolver situaciones de crisis.

- ▶ Participación. Capacidad de comunicación para la toma de decisiones.

- ▶ Crecimiento. Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura prometiéndole la individualización y separación de los miembros de la familia.

- ▶ Afecto. Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de desagrado.

- ▶ Resolución. Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

- ▶ Se mide con 5 preguntas que corresponden a cada componente y se pueden responder de 3 posibles maneras a las que se les asigna un valor. Casi nunca es igual a 0, algunas veces es 1 y casi siempre es igual a 2.
- ▶ Al sumar las respuestas se obtiene el grado de funcionalidad familiar.

0 a 3 puntos	Disfunción severa
4 a 6 puntos	Disfunción moderada
7 a 10 puntos	Familia funcional

5.7.2. Pirámide de Población.

Se identificó el sexo, edad, número de Seguridad Social y Agregado de los derechohabientes del consultorio 3 matutino de la UMF 51 del IMSS.

5.7.3. Diez primeras causas de solicitud de consulta.

Se obtuvieron las 10 primeras causas de consulta médica en el consultorio 3 matutino de la UMF 51, y se compararon con las correspondientes a nivel Nacional en el IMSS.

5.7.4. PREVENIMSS.

Se solicitó a la Dirección de la Unidad los lineamientos de PREVENIMSS, así como los resultados obtenidos al mes de Julio del 2004.

5.8. Definición conceptual y operativa de las variables.

Variables	Tipo de variable	Escala de medición	Definición conceptual	Definición operativa	Indicador
Folio	Cuantitativa	Escalar	Número de folio asignado por familia	Numeración progresiva	Continua
Parentesco	Cualitativa	Nominal	Condición de cada individuo en relación con los demás	Grado de afinidad familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mamá 2. Papá 3. Hijos 4. Hermanos 5. Abuelos 6. Nietos 7. Yernos 8. Nueras 9. Cuñados 10. Sobrinos 11. Bisnietos 12. Amigos
Edad	Cuantitativa	Continua	Tiempo que transcurre desde el nacimiento	Edad en años cumplidos	Continua
Sexo	Cualitativa	Nominal	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Identificación de hombres y mujeres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	Nivel educativo logrado	Número de años cursados	Continua

Ocupación	Cualitativa	Nominal	Actividades laborales o académicas	Actividades realizadas en el momento del estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Jubilado o pensionado 3. Desempleado 4. Subempleado 5. Menor de 4 años 6. Estudiantes 7. Estudia y trabaja 8. Campesino 9. Artesano 10. Obrero 11. Chofer 12. Técnico 13. Empleado 14. Profesional 15. Artista 16. Com. Infor. 17. Empresario 18. Otros
Tipo de familia	Cualitativa	Nominal	Características de la familia	Estructura familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Extensa 3. Extensa compuesta
Embarazos	Cuantitativa	Continua	Antecedentes gineco obstétricos de la mamá	Número de embarazos	Continua
Partos	Cuantitativa	Continua	Antecedentes gineco obstétricos de la mamá	Número de partos	Continua
Abortos	Cuantitativa	Continua	Antecedentes gineco obstétricos de la mamá	Número de abortos	Continua
Cesáreas	Cuantitativa	Continua	Antecedentes gineco obstétricos de la mamá	Número de cesáreas	Continua

Embarazo actual	Cualitativa	Nominal	Antecedentes gineco obstétricos de la mamá	Situación gestacional actual de la mamá	1. Si 2. No
Planificación familiar materna	Cualitativa	Nominal	Cuidado que se tiene para espaciar los embarazos	Aplicación de algún método	1. OTB 2. Preservativo 3. DIU 4. Hormonales 5. Histerectomía 6. No acepta
Planificación familiar paterna	Cualitativa	Nominal	Cuidado que se tiene para espaciar los embarazos	Aplicación de algún método	1. Vasectomía 2. Preservativo 3. No acepta
Detección de Cáncer Cérvico-uterino	Cualitativa	Nominal	Detección oportuna con prueba de Papanicolaou	Revisión anual	1. Si 2. No
Detección de Cáncer de mama	Cualitativa	Nominal	Detección oportuna con exploración física	Revisión anual	1. Si 2. No
Factores de riesgo detectados	Cualitativa	Nominal	Enfermedades detectadas en la familia	Patogenia familiar que influye en el paciente	1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión arterial 3. Cáncer 4. Obesidad 5. Caries 6. Vacunas 7. Psicosociales

Redes sociales y Apoyo	Cualitativa	Nominal	Apoyo que se solicita en caso necesario	Persona o servicio que apoya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padres y abuelos 2. Pareja 3. Amigos o vecinos 4. Hijos o hermanos mayores 5. Prestaciones laborales 6. Servicios públicos 7. Servicios privados 8. Otros 9. No requiere
Necesidad de cuidadores	Cualitativa	Nominal	Algún familiar con necesidad de atención continua	Patología incapacitante	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Cuidadores	Cualitativa	Nominal	Familiar que proporciona la atención	Grado de Parentesco	Nominal
Cuidados	Cualitativa	Nominal	Familiar que requiere la atención	Grado de parentesco	Nominal
Enfermedad	Cualitativa	Nominal	Situación por la que requiere el cuidado	Enfermedad crónica o aguda que incapacita	Nominal
APGAR 1	Cualitativa	Nominal	Grado de satisfacción familiar	Satisfacción por ayuda familiar	<ol style="list-style-type: none"> 0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
APGAR 2	Cualitativa	Nominal	Grado de satisfacción familiar	Conversan los problemas familiares	<ol style="list-style-type: none"> 0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
APGAR 3	Cualitativa	Nominal	Grado de satisfacción familiar	Decisiones en conjunto	<ol style="list-style-type: none"> 0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre

APGAR 4	Cualitativa	Nominal	Grado de satisfacción familiar	Satisfacción por tiempo compartido	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
APGAR 5	Cualitativa	Nominal	Grado de satisfacción familiar	Sentimiento de ser querido	0. Casi nunca 1. A veces 2. Casi siempre
APGAR Total	Cualitativa	Nominal	Grado de satisfacción familiar	Funcionalidad familiar	1. Disfunción severa 2. Disfunción moderada 3. Funcional
ISPF ingreso	Cuantitativa	Escarlar	Índice simplificado de pobreza familiar	Ingreso económico familiar (en salarios mínimos)	0. 5 o más 1. 3 a 4 2. 1 a 2 3. Menos de 1
ISPF hijos	Cuantitativa	Escarlar	Índice simplificado de pobreza familiar	Número de hijos dependientes	0. Ningún hijo 1. Un hijo 2. 2 hijos 3. 3 o más hijos
ISPF esc mat	Cualitativa	Nominal	Índice simplificado de pobreza familiar	Escolaridad materna	0. Post primaria 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Sin instrucción
ISPF hacinamiento	Cuantitativa	Escarlar	Índice simplificado de pobreza familiar	Número de personas por dormitorio	0. 1 a 2 1. 3 2. 4 3. 5 o más personas
ISPF total	Cualitativa	Nominal	Índice simplificado de pobreza familiar	Evidencia de pobreza familiar	0. Sin evidencia de pobreza 0 a 3 1. Pobreza baja de 4 a 7 2. Pobreza alta de 8 a 12

Factores Económicos pers	Cuantitativa	Continua	Factores económicos	Personas que contribuyen al ingreso	Continua
Fact econ casa	Cualitativa	Nominal	Factores económicos	Situación legal de pertenencia	1. Propia 2. Financiada 3. Rentada 4. Prestada
Fact econ agua intra	Cualitativa	Nominal	Factores económicos	Agua entubada intradomiciliaria	1. Si 2. No
Fact econ automóvil	Cuantitativa	Continua	Factores económicos	Número de automóviles	Continua
Fact econ tel	Cualitativa	Nominal	Factores económicos	Teléfono	1. Si 2. No
Fact econ comp	Cualitativa	Nominal	Factores económicos	Computadora	1. Si 2. No
Fact econ hepub	Cuantitativa	Continua	Factores económicos	Hijos en escuela pública	Continua
Fact econ hepriv	Cuantitativa	Continua	Factores económicos	Hijos en esc privada	Continua
Fact econ hcb	Cuantitativa	Continua	Factores económicos	Hijos becados	Continua
Agua pot	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Agua potable	1. Si 2. No
Drenaje	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Drenaje subterráneo	1. Si 2. No
Energía	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Energía Eléctrica	1. Si 2. No
Serv Tel	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Servicio telefónico	1. Si 2. No
Alumb	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Alumbrado público	1. Si 2. No
Pav	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Pavimentación	1. Si 2. No
Banq	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Banquetas	1. Si 2. No
Serv Trans	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Servicio de transporte público	1. Si 2. No
Vigilancia	Cualitativa	Nominal	Desarrollo Comunitario	Vigilancia	1. Si 2. No

5.9. Recolección de la información.

La información se obtuvo con la ayuda de una encuestadora que fue capacitada por la investigadora durante 3 días, en el horario de consulta de la investigadora, en la sala de espera del consultorio. Después de presentarse, informar a los pacientes el propósito de la encuesta y de dar lectura al Consentimiento Voluntario Informado, si el paciente estuvo de acuerdo se aplicó la CEBIF 4.

Para la captura y análisis de la información se utilizó el Programa Estadístico SPSS 12, se elaboraron tres bases de datos para la CEBIF 4 y una para la Pirámide Poblacional, las cuales fueron registradas por una capturista de datos, previa capacitación y asesoría del Departamento de Medicina Familiar de la UNAM.

Los recursos físicos y humanos fueron financiados totalmente por la investigadora, tales como: estipendio de la encuestadora y de la capturista, copias fotostáticas de los cuestionarios, lápices y plumas en cantidad suficiente, computadoras, programa SPSS 12, discos compactos y flexibles para computadora, carpetas y lo que fue necesario para la realización de este trabajo.

5.10. Prueba piloto.

Se realizó una prueba piloto con 30 unidades de información para determinar el tiempo promedio de la encuesta, y verificar que el lenguaje fuera accesible para los pacientes, los resultados se comentaron con el asesor para implementar las medidas adecuadas como correcciones, cambios o estrategias que sirvieron para evitar los sesgos de información y para el uso correcto del tiempo y el lenguaje²⁵.

5.11. Procedimientos estadísticos.

El propósito estadístico de esta investigación fue determinar las características de las familias en la población del consultorio 3 matutino de la UMF 51. Se realizó un estudio por familia, que incluyó la CEBIF 4 y el APGAR. Las variables fueron cualitativas y cuantitativas con escalas de medición nominal. La muestra fue no aleatoria y se obtuvo el tamaño de la muestra del total de la población de ese consultorio.

5.11.1. Plan de codificación de los datos.

La codificación se realizó al término de la recolección de los datos, obteniéndose promedios, media, mediana, moda, y desviación estándar, entre otras medidas de tendencia central y de razón.

5.11.2. Diseño y construcción de la base de datos.

Se integraron cuatro bases de datos en el programa SPSS 12, para almacenar y procesar la información obtenida.

Los recursos humanos, materiales y financieros fueron aportados por la investigadora, mientras que el área física la proporcionó el IMSS, es decir, fue dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar.

5.12. Consideraciones éticas.

Con base en la Ley General de Salud vigente considerando en el Título segundo, Capítulo 1, Artículo 17, 1ª Categoría, en materia de Investigación, el presente trabajo se clasifica como una “Investigación sin Riesgo”.

Lo anterior en virtud de que la información se obtuvo mediante las respuestas de una entrevista y la revisión de expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos ni mentales a los pacientes en proceso de investigación.

Así mismo se apega a las recomendaciones para guiar a los médicos en la Investigación Biomédica donde participen seres humanos, contenidas en la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial, enmendada por la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, en Octubre del 2000.

6. Análisis Estadístico de los Resultados.

6.1. Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF 4).

La muestra calculada para la población del consultorio 3, turno matutino de la UMF 51 fue de 244 más el 10% programado para mantener el nivel de confianza, se redondeó a 270.

Fue necesario aumentar la muestra a 300 cuestionarios para incluir a los derechohabientes que lo solicitaron. No hubo excluidos ni eliminados.

El resultado obtenido fue de 300 familias, con 1 310 personas en total.

6.1.1. Identificación de la familia.

En esta sección se incluye el número de folio, consultorio, turno, apellidos de la familia, domicilio y teléfono de la misma.

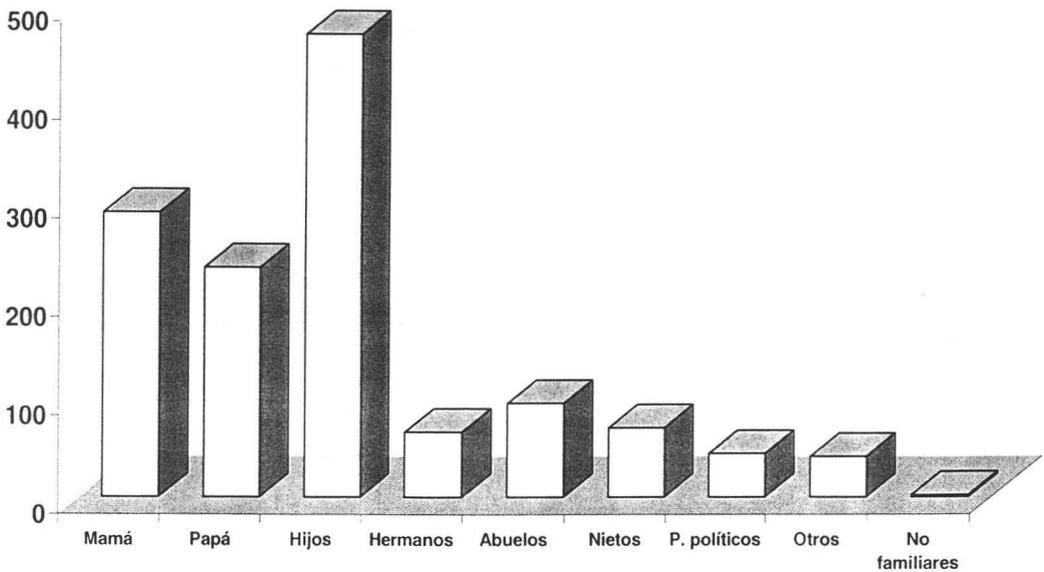
6.1.2. Factores demográficos.

► Parentesco.

Al interrogar los datos de los habitantes de la casa, resultaron 1 310 personas, clasificadas por su parentesco o relación con el paciente encuestado como se muestra en el Gráfico 1. Con mayor frecuencia se encontró a las mamás en 22.1%, papás en 17.8%, e hijos en 35.9%.

Gráfico 1

PARENTESCO DEL FAMILIAR DEL PACIENTE ENCUESTADO



Fuente: CEBIF 4.
n: 300

► Sexo.

El sexo de los integrantes de la familia del encuestado es predominantemente femenino, con una frecuencia de 712 que corresponde al 54.4% respecto al masculino de 598 con el 45.6%.

► Edad.

La edad de los integrantes de la familia del encuestado es de 34.04 años en promedio, con una desviación estándar de 20.6, en un rango de 1 a 97 años.

► Escolaridad.

El promedio de la escolaridad de los integrantes de la familia es de 8.51 años, la desviación estándar es de 4 y el rango es de 0 a 47 años. En el Cuadro 1 se detallan porcentajes y frecuencias.

Cuadro 1

ESCOLARIDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE ENCUESTADO

Años de escuela	Frecuencia	%
Sin instrucción	149	11.37
1 a 6	355	27.09
7 a 9	308	23.51
10 a 12	274	20.94
13 a 17	224	17.09
Total	1 310	100

Fuente: CEBIF 4.
n: 300

► Ocupación.

El porcentaje de la ocupación de los familiares del encuestado correspondió a 22.6% amas de casa y el de menor porcentaje fue de 1.7% comerciante establecido. Ver cuadro 2.

Cuadro 2

OCUPACIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE ENCUESTADO

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	296	22.6
Estudiante	278	21.2
Empleado	265	20.2
Jubilado o pensionado	85	6.5
Obrero	83	6.3
Menores de 4 años	74	5.6
Profesional	63	4.8
Técnico	29	2.2
Des o subempleado	52	3.9
Comerciante establecido	22	1.7
Otros	63	5.0
Total	1 310	100

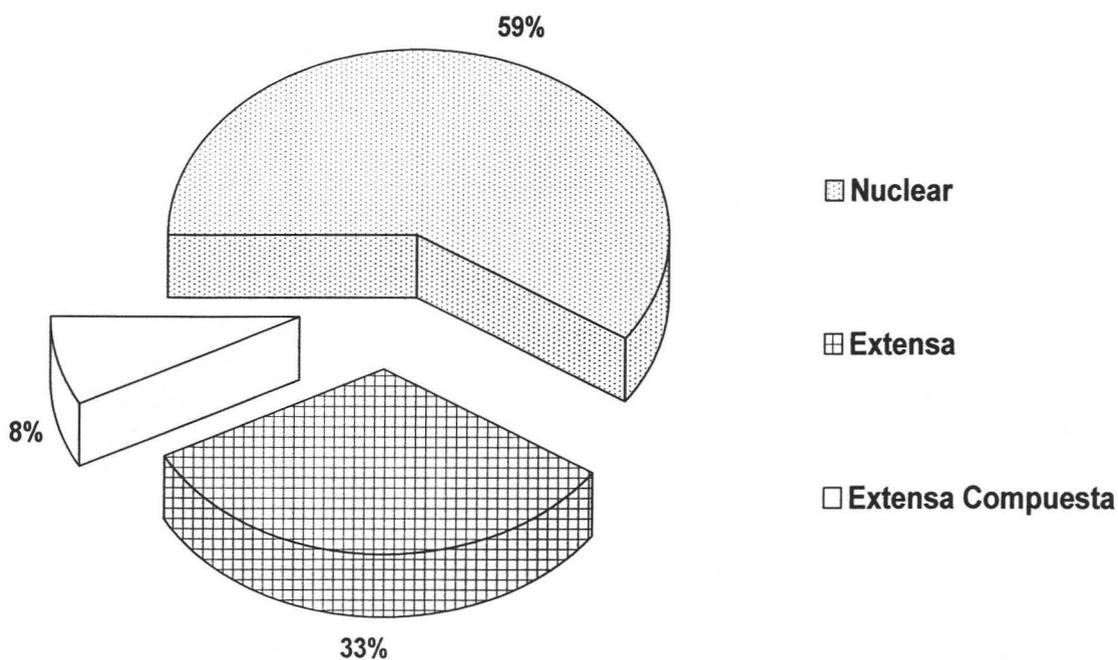
Fuente: CEBIF 4.
n: 300

► Estructura familiar.

La estructura familiar de los encuestados se encontró de la siguiente manera: nuclear 178 familias el 59.3%, extensa 99 el 33.0% y extensa compuesta 23 el 7.7%. Ver gráfico 2.

Gráfico 2

ESTRUCTURA FAMILIAR DEL PACIENTE ENCUESTADO



Fuente: CEBIF 4.
n: 300

6.1.3. Salud Reproductiva.

► Antecedentes Gineco-Obstétricos de la madre. Se detallan en el cuadro 3.

Cuadro 3

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS DE LA MADRE DE FAMILIA DEL PACIENTE ENCUESTADO

Antecedente	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Embarazos	3.70	2.94	0	16
Partos	2.71	2.84	0	15
Abortos	0.44	0.90	0	5
Cesáreas	0.52	0.93	0	5

Fuente: CEBIF 4.
n: 300

► Período de gestación actual en la madre de familia del paciente encuestado durante el estudio, 20 que equivalen al 6.7%.

▶ Planificación familiar de la madre.

▶ Usuarías 166. Con Oclusión Tubaria Bilateral 75 mujeres, es decir el 25.0%, Dispositivo Intrauterino 43, que corresponde al 14.3%, Histerectomía 20, el 6.7%, Hormonales en cualquiera de sus presentaciones 17, el 5.7% y Preservativo 11, el 3.7%.

▶ No usuarias 134 mujeres, es decir el 44.7%.

▶ Planificación familiar del padre.

▶ Usuarios 17. Tienen vasectomía 15 hombres, que equivalen al 5.0% y usan preservativo 2, es decir el 0.7%.

▶ No usuarios 283 hombres, que corresponden al 94.3%.

▶ Detección de Cáncer.

▶ Se realizan el Papanicolaou cada año 222 mujeres, que equivalen al 74.0%.

▶ Con diagnóstico positivo a cáncer en 3 de ellas, equivalente al 1.0%.

▶ Se realizan la detección de cáncer de mama anual 221 mujeres, que es el 73.7%.

▶ Resultando positivo a cáncer en 4 pacientes que equivalen al 1.3%.

6.1.4. Factores de riesgo detectados.

Los factores de riesgo encontrados por familia del encuestado se describen con detalle en el cuadro 4.

Cuadro 4

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA FAMILIA DEL PACIENTE ENCUESTADO

Factor	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	153	51.0
Diabetes mellitus	131	43.7
Obesidad	129	43.0
Cáncer	43	14.3
Caries dental	21	7.0
Psicosociales	19	6.3
Vacunas	14	4.7
Otras	213	71.0

Fuente: CEBIF 4.
n: 300

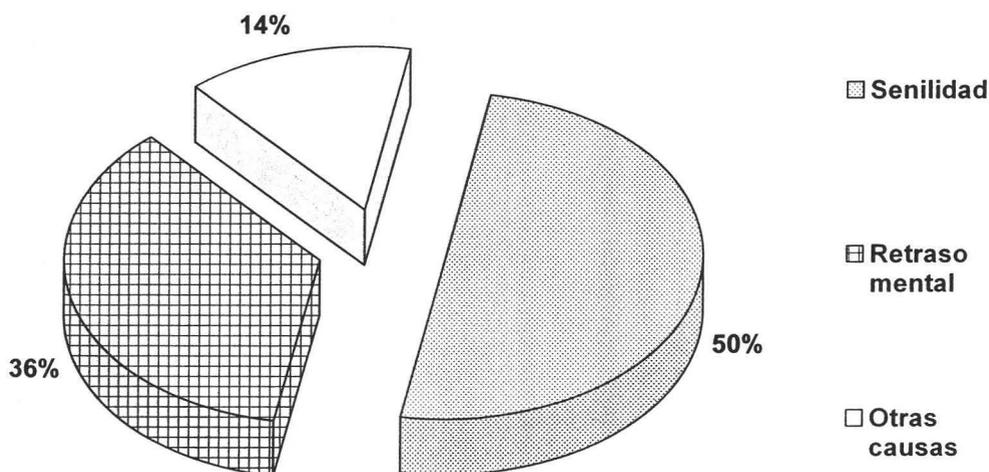
6.1.5. Redes sociales y de apoyo.

- ▶ La red social más importante es la familiar.
 - ▶ El principal apoyo de las familias encuestadas es la pareja en el 61% de los casos, seguido de los hijos y hermanos mayores en 47.3%, padres y abuelos en 31.3%.
 - ▶ Prestaciones laborales (incapacidad, guarderías) en 58.0% y los amigos y vecinos en 6.7%.
 - ▶ En los servicios públicos y privados hay un 0.3% cada uno.
- ▶ Las servicios de salud que los asisten son: el IMSS en un 100%, además Atención Médica Particular el 18%, el DIF en un 12.7% y SSA en un 5.3%.
- ▶ En cuanto a apoyo de cuidadores hay 42 familias con un paciente que requiere de cuidados continuos, es decir el 14.0% del total.
 - ▶ Los familiares más frecuentes en proporcionar este tipo de cuidado, fueron 19 mamás, que representan el 6.3%, 5 hijos con el 1.6%, 3 abuelos con el 1.0% y en 15 familias todos participan, es decir el 4.0%.
 - ▶ Las personas que requieren estos cuidados fueron los abuelos en primer lugar resultando 15, es decir el 5.0%, 12 hijos con el 4.0%, 11 papás y mamás, con un 3.7% y 4 hermanos con el 1.4%.

- ▶ Las enfermedades más frecuentes encontradas que requieren de cuidados continuos fueron la senilidad en 21, alteraciones psicomotoras en 15 y otros padecimientos 6 pacientes, tales como: cáncer, miastenia gravis, insuficiencia renal crónica e insuficiencia hepática. Ver gráfico 3.

Gráfico 3

PADECIMIENTOS QUE REQUIEREN APOYO DE CUIDADORES EN LA FAMILIA DEL ENCUESTADO



Fuente: CEBIF 4.
n: 300

6.1.6. Índice simplificado de pobreza familiar.

- Las cuatro variables que se consideran para determinarlo se detallan en el cuadro 5.

Cuadro 5

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR

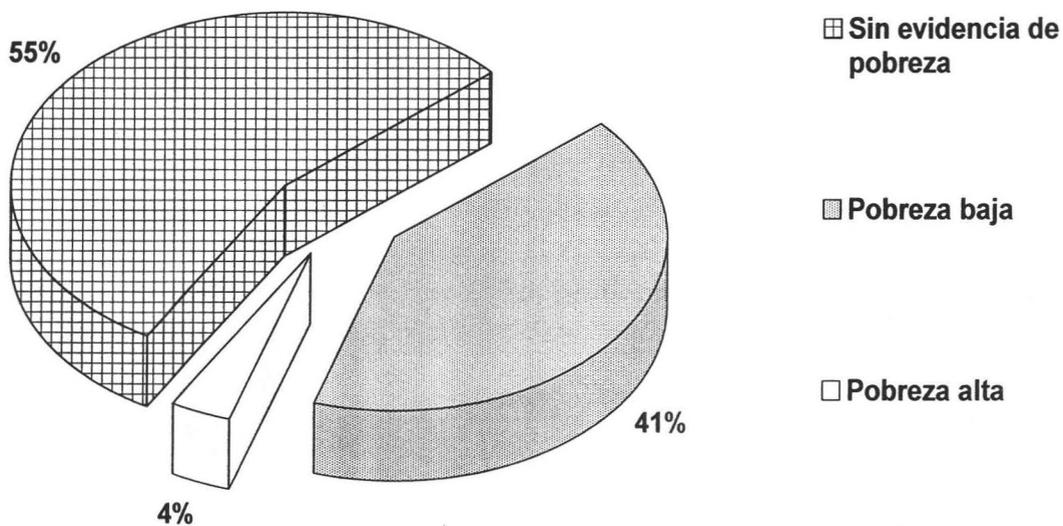
Indicadores		Frecuencia	%
Ingreso económico familiar en salarios mínimos	5 o más	68	22.7
	3-4	105	35.0
	1-2	114	38.0
	menos de 1	13	4.3
Número de hijos dependientes	0	88	29.3
	1	99	33.0
	2	79	26.3
	3 o más	34	11.3
Escolaridad Materna	post primaria	167	55.7
	primaria completa	73	24.3
	primaria incompleta	32	10.7
	sin instrucción	28	9.3
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	1 a 2	248	82.7
	3	35	11.7
	4	11	3.7
	5 o más	6	2.0
Total		300	100

Fuente: CEBIF 4.
n: 300

- ▶ Al analizar estos cuatro índices encontramos lo siguiente.
- ▶ Sin evidencia de pobreza familiar en 166 encuestados que equivalen al 55.3%.
- ▶ Evidencia de pobreza familiar baja en 123 que corresponden al 41.0%.
- ▶ Evidencia de pobreza familiar alta en 11 que son el 3.7%. Ver gráfico 4.

Gráfico 4

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR DE LOS ENCUESTADOS



Fuente: CEBIF 4.
n: 300

6.1.7. Factores económicos.

- ▶ Desarrollo personal.
 - ▶ Número de personas que contribuyen al ingreso familiar.
 - ▶ Una 106 con 35.3%; Dos 104 con 34.7%; Tres 51 con 17.0%; Cuatro 20 con 6.7%; Cinco 16 con 5.3%; Seis 2 con 0.7 % y Once 1 con 0.3 %.
- ▶ Casa.
 - ▶ Propia 203 con 67.7%, financiamiento 5 con 1.7%, rentada 49 con 16.3% y prestada 43 con 14.3% respectivamente.
- ▶ Agua entubada intradomiciliaria el 99.3%.
- ▶ Automóviles.
 - ▶ No tiene el 53%, Uno el 35.7%, Dos el 8.7 % y Tres el 2.7%.
- ▶ Teléfono el 86%.
- ▶ Computadora el 39.3%.
- ▶ Número de hijos en escuela pública.
 - ▶ Ninguno el 57%, Uno el 20%, Dos el 15.7%, Tres el 5%, Cuatro el 1.7% y Seis el .7%.

- ▶ Número de hijos en escuela privada.
 - ▶ Ninguno el 84.7%, Uno el 11.3%, Dos el 3.7% y Tres el .3%.

- ▶ Número de hijos con beca.
 - ▶ Ninguno el 93%, Uno el 6%, Dos el 0.7% y Tres el 0.3%.

- ▶ Desarrollo comunitario.
 - ▶ Servicio de agua potable el 99.3%.
 - ▶ Drenaje subterráneo el 99.7%.
 - ▶ Energía eléctrica el 99.3%.
 - ▶ Servicio telefónico el 94.3%.
 - ▶ Alumbrado público el 99.7%.
 - ▶ Pavimentación el 99.3%.
 - ▶ Banquetas el 99.7%.
 - ▶ Transporte público el 98.3%.
 - ▶ Vigilancia el 70%.

6.1.8. APGAR familiar.

- ▶ Se aplicó a un integrante por familia. Los resultados obtenidos en cada pregunta se describen a continuación.

- ▶ ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
 - ▶ Casi nunca 4.0%, a veces 16.0% y casi siempre 80.0%.

- ▶ ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
 - ▶ Casi nunca 5.3%, a veces 18.3% y casi siempre 76.3%.

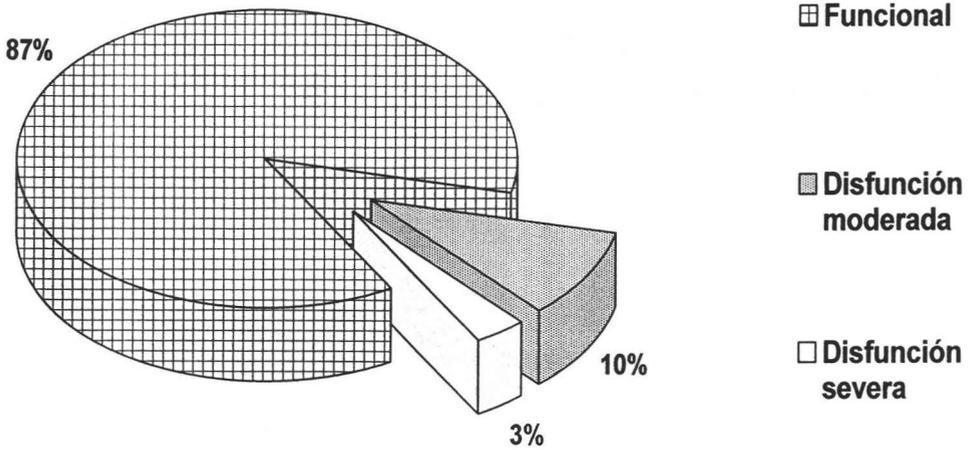
- ▶ ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
 - ▶ Casi nunca 8.7%, a veces 15.3% y casi siempre 76.0%.

- ▶ ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
 - ▶ Casi nunca 6.7%, a veces 23.0% y casi siempre 70.3%.

- ▶ ¿Siente que su familia lo quiere?
 - ▶ Casi nunca 3.3%, a veces 7.3% y casi siempre 89.3%.

► Respecto al APGAR total se encontró lo siguiente: Disfunción severa en 3.3%, disfunción moderada en 9.7% y Funcionalidad en 87.0%. Ver gráfico 5.

Gráfico 5
APGAR TOTAL DEL ENCUESTADO



Fuente: CEBIF 4.
n: 300

6.2. Población.

6.2.1. Población adscrita.

Fue proporcionada por el Servicio de Control de Prestaciones de la UMF 51. Los resultados se detallan en el cuadro 6.

Cuadro 6

**POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL CONSULTORIO 3 MATUTINO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 51**

Población	Total
Asegurados	1 195
Beneficiarios	1 256
Población adscrita total	2 451

Fuente: Control de Prestaciones de la UMF 51. Diciembre del 2003.

6.2.2. Pirámide Poblacional.

Se obtuvo por la autora al contar los expedientes clínicos del guarda visible en el consultorio. La información se detalla en el cuadro 7 y la pirámide se observa en el gráfico 6.

Cuadro 7

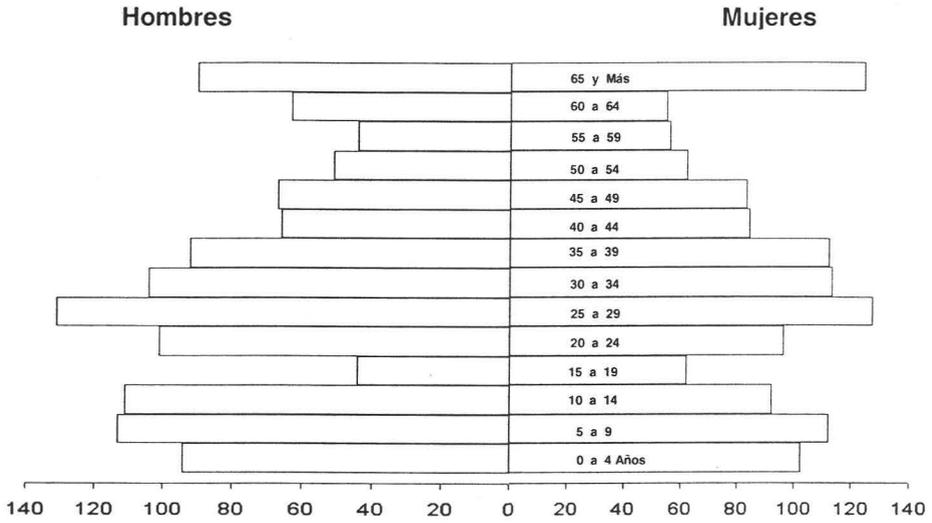
POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS DEL CONSULTORIO 3 MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 51

Grupo etario	Masculino	Femenino	Subtotal
0 – 4	94	102	196
5 – 9	113	112	225
10 – 14	111	92	203
15 – 19	44	62	106
20 – 24	101	96	197
25 – 29	131	127	258
30 – 34	104	113	217
35 – 39	92	112	204
40 – 44	66	84	150
45 – 49	67	83	150
50 – 54	51	62	113
55 – 59	44	56	100
60 – 64	63	55	118
65 y Más	90	124	214
Total	1 171	1 280	2 451

Fuente: Censo del mes de diciembre del 2003.

Gráfico 6

PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO 3 MATUTINO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 51



Fuente: Censo del mes de diciembre del 2003.

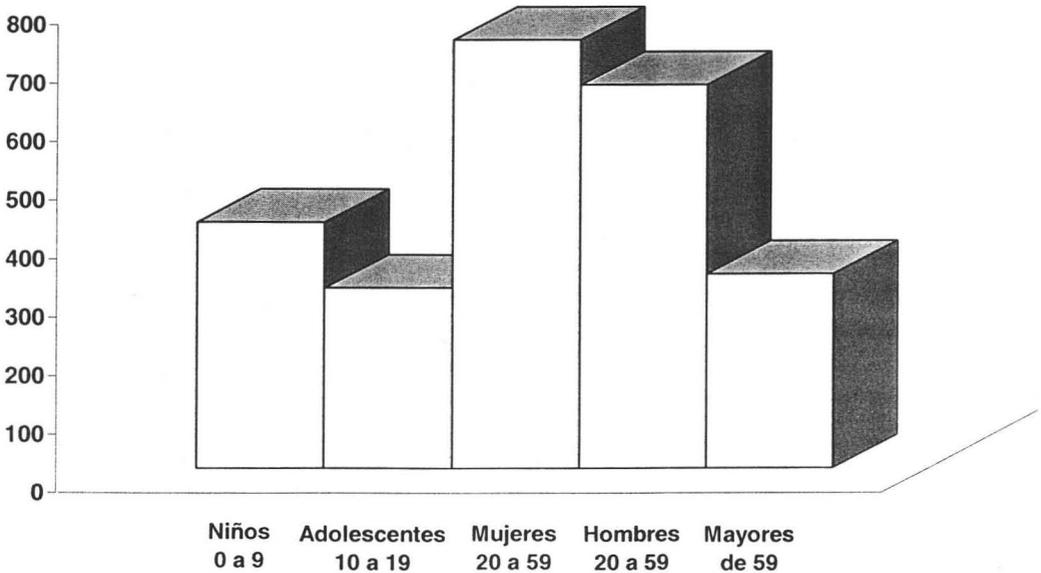
6.2.3. Población por grupo etario.

Al integrar los grupos etarios de acuerdo al PREVENIMS resulta lo siguiente.

Niños de 0 a 9 años 421 que equivalen al 17%, adolescentes de 10 a 19 años 309 que son el 13%, mujeres de 20 a 59 años 733 que son el 29%, hombres de 20 a 59 años 656 que son el 27% y mayores de 59 años 332 es decir el 14%. Ver gráfico 7.

Gráfico 7

POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 3 MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 51 POR GRUPOS ETARIOS DEL PREVENIMSS



Fuente: Censo del mes de diciembre del 2003.

6.3. Primeras causas de consulta médica.

Se enlistan en los siguientes cuadros las principales causas de demanda de atención médica en el IMSS. A nivel nacional se obtuvieron por Internet, y del consultorio 3 turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar 51 de los formatos 4-30-6 "Control e informe de Consulta Externa", durante el mes de mayo del 2004. Ver cuadros 8 - 9.

Cuadro 8

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE SOLICITUD DE CONSULTA A NIVEL NACIONAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

	Código	Padecimiento	Total
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	7 232 809
2	J02X	Faringitis aguda	4 384 374
3	J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3 523 153
4	E11X	Diabetes mellitus no insulino dependiente	3 164 117
5	E14X	Diabetes mellitus no especificada	2 878 100
6	Z34X	Supervisión de embarazo normal	2 678 848
7	J06X	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	2 211 392
8	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2 024 333
9	N39X	Otros trastornos del sistema urinario	1 705 223
10	Z00X	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1 564 791

Fuente: www.imss.gob.mx³².

Cuadro 9

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE SOLICITUD DE CONSULTA DEL
CONSULTORIO 3 MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 51**

	Código	Padecimiento	Total
1	J069	Infección en vías respiratorias altas	166
2	I10X	Hipertensión arterial sistémica	158
3	E669	Obesidad	150
4	M199	Enfermedades articulares degenerativas	101
5	E149	Diabetes mellitus	88
6	N390	Infección de vías urinarias	80
7	N76X	Enfermedades ginecológicas	79
8	AO9X	Gastroenteritis	72
9	I259	Enfermedades cardiovasculares	65
10	B359	Onicomycosis	58

Fuente: Formato 4-30-6 Control e Informe de Consulta Externa.

6.4. Programas Integrados de Salud PREVENIMSS.

NIÑO: 0-9 AÑOS	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Capacitación de la madre - Estimulación temprana - Lactancia materna - Prevención de muerte súbita - Prevención de raquitismo - Alimentación complementaria - Integración del niño a la dieta familiar al año de edad - Prevención de accidentes y violencias ▶ Promoción de la atención integrada ▶ Incorporación de la madre a grupos de ayuda - Desnutrición - Violencia familiar 	<p>Al nacimiento y en cada consulta</p> <p>Permanente</p> <p>Cuando se identifique cualquiera de las condiciones señaladas</p>
NUTRICIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Registro de peso y talla - 0 a 12 meses de edad - 1 a 9 años de edad ▶ Administración de vitamina "A" - Niños de 6 meses a 4 años en áreas de riesgo ▶ Administración de hierro - Con bajo peso al nacimiento - Con peso normal al nacimiento ▶ Desparasitación intestinal - Niños de 2 a 9 años en áreas de riesgo 	<p>Cada 2 meses</p> <p>Cada año</p> <p>2 veces al año, en semanas Nacionales de salud</p> <p>A partir de los 2 meses de edad</p> <p>A partir de los 4 meses</p> <p>2 veces al año, en semanas Nacionales de salud</p>

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evitables por vacunación - BCG dosis única - SABIN dosis preliminar 1ª 2ª 3ª dosis Adicionales menores de 5 años - PENTAVALENTE (DPT + HB + Hib) 1ª 2ª 3ª dosis - DPT (refuerzos) - TRIPLE VIRAL (SRP) 1ª dosis 2ª dosis - SR (adicionales) ▶ Enfermedades prevalentes - Enfermedades diarreicas - Promoción de la terapia de hidratación oral - Capacitación de la madre en la identificación de signos de alarma - Infecciones respiratorias agudas - Capacitación de la madre en la identificación de signos de alarma 	<p>Al nacimiento</p> <p>Al nacimiento y a los 2, 4 y 6 meses de edad</p> <p>En semanas Nacionales de salud</p> <p>A los 2, 4 y 6 meses de edad</p> <p>A los 2 y 4 años de edad</p> <p>A los 12, meses de edad</p> <p>A los 6, años de edad</p> <p>En semanas Nacionales de salud</p> <p>En cada episodio diarreico</p> <p>En cada episodio de infección respiratoria agudas</p>
--	---

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hipotiroidismo congénito ▶ Luxación congénita de cadera ▶ Defectos auditivos y posturales ▶ Defectos visuales, auditivos y posturales 	<p>Al nacimiento y en cada consulta de manera permanente</p> <p>Cuando se identifique cualquiera de las condiciones señaladas</p>
--	--

ESTOMATOLOGIA PREVENTIVA

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Capacitación en la técnica del cepillado dental ▶ Detección y remoción de placa dentobacteriana ▶ Aplicación tópica de flúor ▶ Defectos visuales, auditivos y posturales 	<p>Cada año a partir de los 3 años</p>
---	--

ADOLESCENTE: 10-19 AÑOS	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	
COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación para el cuidado de la salud - Actividad física - Accidentes y violencias - Salud bucal - Adicciones - Salud sexual con enfoque de genero ▶ Promoción de la atención integrada ▶ Incorporación a grupos de ayuda - Sobre peso / Obesidad - Violencia familiar - Trastornos depresivos (autoestima) - Adicciones 	<p>En cada contacto con los servicios de salud programar la asistencia a sesiones</p> <p>Permanente</p> <p>Cuando se identifique cualquiera de las condiciones señaladas</p>
NUTRICIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Registro de peso y talla - Detección de sobrepeso y obesidad ▶ Desparasitación intestinal - De 10 a 14 años en áreas de riesgo Nacionales de salud ▶ Administración de ácido fólico - Periodo preconcepcional - Durante el primer trimestre de la gestación 	<p>Por lo menos una vez al año</p> <p>2 veces al año, en semanas Nacionales de salud</p> <p>Mínimo durante tres meses en cada embarazo</p>
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evitables por vacunación - SR, adicionales - Toxoide tetánico refuerzo - En municipios en fase de ataque, refuerzo - Hepatitis B Primera dosis Segunda dosis 	<p>En semanas Nacionales de Salud</p> <p>A los 12 años</p> <p>En semanas Nacionales de Salud</p> <p>Cada 5 años</p> <p>A los 12 años de edad</p> <p>Al mes de la primera dosis</p>

<p>▶ Enfermedades prevalentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual - Dotación de condones 	<p>A demanda, previa educación en sexo protegido</p>
<p>DETECCIÓN DE ENFERMEDADES</p>	
<p>▶ Defectos visuales, auditivos y posturales</p> <p>▶ Trastornos depresivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 12 a 15 años 	<p>Al ingreso a la secundaria y al nivel medio superior</p> <p>Anual</p>
<p>SALUD REPRODUCTIVA</p>	
<p>▶ Incorporación a grupos de apoyo para fortalecer el desarrollo humano</p> <p>▶ Promoción del uso de redes de apoyo</p> <p>▶ Valoración del riesgo reproductivo</p> <p>▶ Promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos</p> <p>▶ Valoración del riesgo obstétrico</p>	<p>Anual en escuelas secundarias</p> <p>En cada contacto con los servicios de salud</p> <p>Cada año</p> <p>Permanente</p> <p>En cada embarazo</p>

MUJER: 20-59 AÑOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación para el cuidado de la salud - Actividad física - Salud bucal - Sexualidad - Adicciones - Accidentes y violencias ▶ Promoción de la atención integrada ▶ Incorporación a grupos de ayuda - Sobrepeso / Obesidad - Violencia familiar - Diabetes Mellitus e hipertensión arterial 	<p>En cada contacto con los servicios de salud programar la asistencia a capacitación</p> <p>Permanente</p> <p>Cuando se identifique cualquiera de las condiciones señaladas</p>

NUTRICIÓN

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Detección y control de sobrepeso y obesidad ▶ Detección de anemia ▶ Administración de sulfato ferroso - Mujeres de 20 a 44 años, con anemia - A partir del diagnóstico de embarazo ▶ Administración de ácido fólico - Periodo preconcepcional - Durante el primer trimestre de la gestación 	<p>Anual</p> <p>Cada 3 años</p> <p>Durante 3 meses</p> <p>Mínimo durante 3 meses en cada embarazo</p>
--	---

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evitables por vacunación - SR, adicionales - Toxoide tetánico dos dosis - Refuerzos - Mujeres embarazadas ▶ Enfermedades prevalentes - VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual - Detección de seropositivos en caso de sospecha y embarazadas con factores de riesgo 	<p>En campañas</p> <p>Con intervalo de 4 a 8 semanas</p> <p>Cada 5 a 10 años</p> <p>Una dosis en cada embarazo hasta completar 5 dosis</p> <p>Cuando se requiera</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Dotación de condones - Tuberculosis - Detección en sospechosos con síntomas respiratorios con más de 15 días - Tratamiento estrictamente supervisado 	<p>A demanda previa educación</p> <p>Cuando se requiere</p>
DETECCIÓN DE ENFERMEDADES	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cáncer de mama <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación en autoexploración - Exploración clínica a partir de los 25 - Mastografía a partir de los 50 ▶ Cáncer cérvico uterino <ul style="list-style-type: none"> - A partir de los 25 ▶ Diabetes Mellitus <ul style="list-style-type: none"> - De 30 a 45 años sin sobrepeso o hipertensión - De 30 a 45 años con sobrepeso u obesidad - En mayores de 45 años ▶ Hipertensión arterial <ul style="list-style-type: none"> - De 30 años en adelante ▶ Trastornos depresivos 	<p>Indique se efectúe cada mes</p> <p>Cada año</p> <p>Cada 2 años</p> <p>Cada 3 años, después de 2 años consecutivos con resultado normal</p> <p>Cada 3 años</p> <p>Cada año</p> <p>Cada año</p> <p>Cada año</p> <p>Anual</p>
SALUD REPRODUCTIVA	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Valoración de riesgo reproductivo ▶ Promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos ▶ Valoración del riesgo obstétrico y vigilancia prenatal ▶ Educación a la pareja <ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo a factores de riesgo reproductivo - De acuerdo con factores de riesgo obstétrico ▶ Atención del climaterio 	<p>Cada año</p> <p>Permanente</p> <p>En cada consulta</p> <p>Cuando se identifiquen factores de riesgo</p> <p>Cuando se inicie el síndrome climatérico para evitar complicaciones</p>

HOMBRES: 20-59

PROMOCIÓN DE LA SALUD

COMPONENTES	FRECUENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación para el cuidado de la salud - Actividad física - Salud bucal - Sexualidad - Adicciones - Accidentes y violencias ▶ Promoción de la atención integrada ▶ Incorporación a grupos de ayuda - Sobrepeso / Obesidad - Adicciones - Violencia familiar - Diabetes Mellitus - Hipertensión arterial 	<p>En cada contacto con los servicios de salud programar la asistencia a capacitación Cada año</p> <p>Permanente</p> <p>Cuando se identifique cualquiera de las condiciones señaladas</p>

NUTRICIÓN

▶ Detección de sobrepeso y obesidad	Anual
--	-------

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Evitables por vacunación - SR, adicionales - Toxoide tetánico como profilaxis en caso de heridas ▶ Enfermedades prevalentes - VIH / SIDA e infecciones de transmisión sexual - Detección de seropositivos en caso de sospecha o con factores de riesgo - Dotación de condones ▶ Tuberculosis - Detección en sospechosos con síntomas respiratorios con más de 15 días - Tratamiento estrictamente supervisado 	<p>En campañas Dos dosis, con intervalo de 4 a 8 semanas</p> <p>Cuando se requiera</p> <p>A demanda previa educación</p> <p>Cuando se requiera</p> <p>Cuando se diagnostique</p>
---	--

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

<ul style="list-style-type: none">▶ Diabetes Mellitus- De los 30 a 45 años sin sobrepeso, obesidad o hipertensión- De los 30 a 45 años con sobrepeso u obesidad- En mayores de 45 años▶ Hipertensión arterial- A partir de los 30 años	<p>Cada 3 años</p> <p>Cada año</p> <p>Cada año</p> <p>Cada año</p>
---	--

SALUD REPRODUCTIVA

<ul style="list-style-type: none">▶ Promoción, participación y otorgamiento de métodos anticonceptivos▶ Educación a la pareja- De acuerdo con factores de riesgo reproductivo- De acuerdo con factores de riesgo obstétrico	<p>Permanente</p> <p>Cuando se identifiquen factores de riesgo</p>
--	--

ADULTO MAYOR: 59 AÑOS**PROMOCIÓN DE LA SALUD****COMPONENTES****FRECUENCIA****► Educación para el cuidado de la salud**

- Actividad física
- Salud bucal
- Accidentes y violencias
- Sexualidad

En cada contacto con los servicios de salud programar la asistencia a capacitación

► Promoción de la atención integrada

Permanente

► Incorporación a grupos de ayuda

- Sobrepeso / Obesidad
- Violencia familiar
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Trastornos depresivos

Cuando se identifique cualquiera de las condiciones señaladas

NUTRICIÓN**► Detección de sobrepeso y obesidad**

Anual

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES**► Evitables por vacunación**

- Antineumocócica
- Antigripal
- Toxoide tetánico como profilaxis

A partir de los 60 años

Cada 5 años

Una dosis cada año

Dos dosis, con intervalo de 4 a 8 semanas

► Enfermedades prevalentes**Tuberculosis**

- Detección en sospechosos con síntomas respiratorios con más de 15 días
- Tratamiento estrictamente supervisado

Cuando se requiera

► Atención de la postmenopausia con educación para la adherencia al tratamiento

En cada consulta

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES

<ul style="list-style-type: none">▶ Cáncer de mama<ul style="list-style-type: none">- Capacitación en la autoexploración- Exploración clínica- Mastografía a partir de los 50 años ▶ Cáncer cérvico uterino<ul style="list-style-type: none">- Hasta los 65 años - En mayores de 65 años sin antecedentes de Papanicolaou▶ Diabetes Mellitus▶ Hipertensión arterial▶ Trastornos depresivos	<p>Indique periodicidad mensual</p> <p>Cada año hasta los 69</p> <p>Cada 2 años hasta los 69</p> <p>Cada 3 años, después de 2 años consecutivos con resultado normal</p> <p>Anual por 2 años</p> <p>Cada año</p> <p>Cada año</p> <p>Cada año</p>
--	--

6.4.1. Mujeres en edad fértil.

- ▶ Las mujeres en edad fértil del consultorio 3 turno matutino de la UMF 51 durante el mes de diciembre del 2003 son 606, de las cuales no acude el 75.08%, es decir 445.
- ▶ De las 161 que si acuden, el 62.73% usan algún método de planificación familiar.
- ▶ No usan método el 37.26%. Ver detalles en el cuadro 10.
- ▶ Los motivos para no utilizar métodos se describen en el gráfico 8.

Cuadro 10

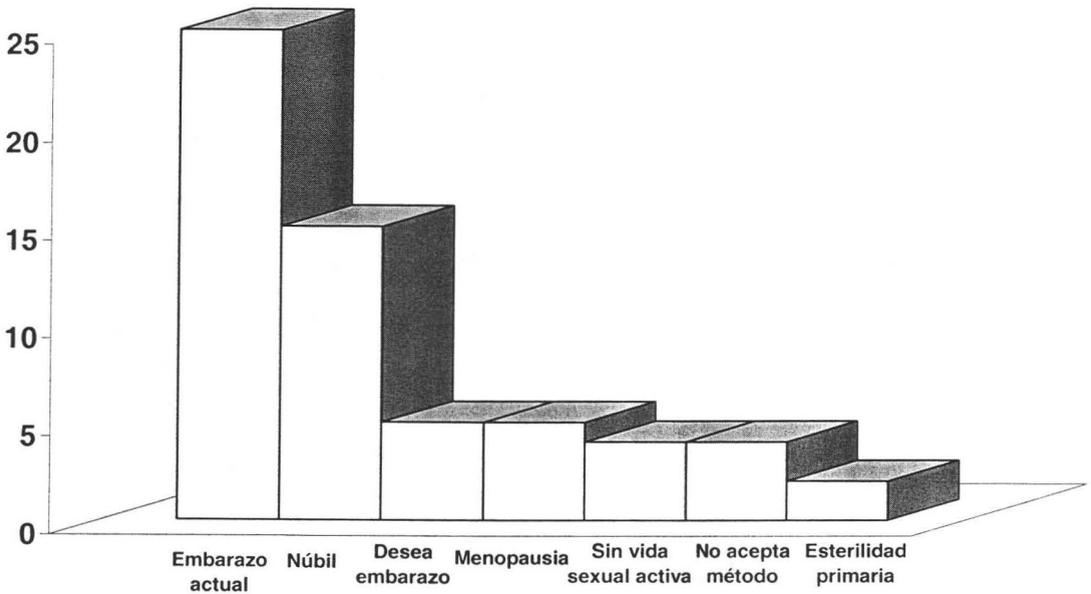
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CONSULTORIO 3 MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 51

Con método	
Oclusión Tubaria Bilateral	38
Preservativo	25
Dispositivo intrauterino	22
Hormonales	10
Vasectomía	6
Subtotal	101
Sin método	
Embarazo	25
Núbil	15
Desea embarazo	5
Menopausia	5
Sin vida sexual activa	4
No acepta método	4
Esterilidad primaria	2
Subtotal	60
Total	161

Fuente: Censo del mes de diciembre del 2003.

Gráfico 8

MUJERES EN EDAD FÉRTIL SIN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL CONSULTORIO 3 TURNO MATUTINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 51



Fuente: Censo del mes de diciembre del 2003.

7. Discusión.

Al aplicar la CEBIF 4, fue necesario contar con el apoyo de una encuestadora, para aplicarlos durante el trabajo de la autora. Otros pacientes de la sala de espera pidieron ser incluidos, por lo que fue necesario realizar más cuestionarios. Las 300 entrevistas fueron contestadas en su totalidad, con agrado y curiosidad por parte de los derechohabientes, sobre todo por la población de mayor escolaridad, demostrando interés principalmente en el resultado del APGAR aplicado.

Se identificaron aspectos importantes para conocer el perfil demográfico de las familias como tipo de familia, parentesco, escolaridad, edad, sexo, ocupación y algunos aspectos del área donde viven tales tipo de casa, servicios con que cuentan, y factores de riesgo y económicos de los mismos.

Al revisar los datos se aprecia predominio de los familiares madre, padre e hijos, acorde con el tipo de familia que prevalece.

En cuanto al sexo mantiene predominio el femenino en relación con el masculino, lo que esta acorde con lo obtenido en la Pirámide Poblacional y a Nivel Nacional.

Respecto a la edad los extremos están muy alejados de 1 a 97 años, con un promedio de 34.04 años, es decir la etapa reproductiva y económicamente activa.

En la escolaridad se aprecia un rango de 0 a 17 años, con una media de 8.5, lo que indica un nivel de escolaridad bajo con promedio en secundaria, esto representa menos oportunidad de desarrollo.

Dentro de la ocupación resalta un gran porcentaje 53.43% de personas que no son económicamente productivas, amas de casa, estudiantes, menores de 4 años y desempleados, lo que influye en el nivel de vida de las familias como se verá más adelante.

La estructura familiar predominante es la nuclear con el 59.3%, pero llama la atención el elevado porcentaje en extensa y extensa compuesta del 40.7% cada una, que puede implicar la necesidad de permanecer en el núcleo familiar primario para mantener el costo de vida.

En relación a la salud reproductiva, dentro del rubro de antecedentes gineco-obstétricos de la madre de familia resalta el hecho de tener cifras muy altas de embarazos y partos hasta de 16 y 15 respectivamente, lo cual se debe al hecho de que se incluyó a todas las edades, no se limitó a las mujeres en edad reproductiva, y que muchas de ellas no tuvieron métodos de planificación familiar. Los abortos y cesáreas se encontraron con mayor frecuencia en el primero o segundo embarazo, por lo que se necesita de una vigilancia más estrecha en la atención prenatal.

El promedio de embarazos es de 3.7, de partos de 2.71, reflejo una mayor atención en la planificación familiar, la cual es responsabilidad casi exclusiva de las mujeres.

Las mujeres que se realizan la detección de cáncer cérvico uterino son 74, y de cáncer de mama el 73%. con diagnóstico positivo a cáncer de 1 y 1.3% respectivamente, lo cual es una alerta por los servicios de salud con el fin de promover la detección oportuna, es importante mencionar que en la CEBIF 4, solo se pregunta la positividad a cáncer, quedando fuera de la investigación las alteraciones previas a la malignidad.

Dentro de los factores de riesgo que se investiga la CEBIF 4 destaca que los ya diagnosticados están en programa de tratamiento, siendo los más frecuentes la Hipertensión Arterial en un 51%, seguido por Diabetes Mellitus con 43.7% y Obesidad con 43.0%.

Al interrogar acerca del esquema de vacunación la mayoría de los encuestados afirmó estar al corriente, sin embargo en el transcurso de la consulta médica al revisar la Cartilla de Salud se observó que los pacientes no están informados de las vacunas que necesitan a pesar de tenerlas bien señaladas en su Cartilla de Salud del PREVENIMSS.

El apoyo principal de las familias es la pareja en un 61%, seguido por los hijos o hermanos con el 47.3%, que indica un fuerte lazo familiar, dejando muy por debajo el apoyo en servicios laborales o de amigos o vecinos con un 0.3% cada uno.

Lo anterior se reafirma en las familias donde existen cuidadores de familiares que requieren de atención continua y especial, se observó que la madre es la principal cuidadora y los abuelos y los hijos los que reciben dichos cuidados, lo que se explica mejor por los padecimientos que lo provocan, tales como la senilidad y el retraso psicomotor en un 50% y 36% respectivamente. Esta situación propicia el desarrollo de familias extensas o extensas compuestas. Es necesario detectar a estas familias y brindarles el apoyo médico y moral a los cuidadores, con el fin de que cuenten con mayores recursos para tal fin.

Por aplicarse el cuestionario dentro de las instalaciones y con pacientes vigentes del IMSS, se explica que el 100% de los encuestados reciban atención en el mismo, pero también se apoyan en servicios particulares y en el DIF en 18 y 12.7% respectivamente.

Dentro del rubro del Índice Simplificado de Pobreza Familiar los resultados son acordes con la situación nacional, ya que se observa un 39% con 2 o menos salarios mínimos, y más del 70% tiene hijos dependientes, la escolaridad materna es baja en el 44.3%, con una evidencia de algún grado de pobreza familiar en casi la mitad de la población 44.7%, lo que aumenta los factores de riesgo para la salud.

En el aspecto de desarrollo personal se aprecia que el número de personas que contribuyen al ingreso económico familiar es de una a dos en su mayoría, debido a que la mujer se ha incorporado a la fuerza laboral en los últimos años y a la necesidad de un ingreso extra para soportar el gasto familiar.

El tipo de tenencia de la casa es en su mayoría propia, pero un porcentaje importante vive en casa prestada el 43%, es decir no tienen los medios de adquirir su propia vivienda. De igual manera más de la mitad el 53% no tiene automóvil, el 86% tiene teléfono y el 39% computadora.

La educación predominante es en escuelas públicas en un 43.1%, sobre las privadas en 15.3%, y de éstos reciben beca el 6%, y representa un gasto muy importante para la familia si recordamos que la mayoría tiene hijos dependientes.

En cuanto al desarrollo comunitario más del 99 % cuenta con los servicios de agua potable, drenaje subterráneo, energía eléctrica, teléfono, alumbrado público, pavimentación, banquetas y transporte público, pero sólo el 70% cuenta con servicio de vigilancia.

Respecto al APGAR aunque no se aplicó a la totalidad de la familia sólo a un miembro de ésta, nos da una aproximación muy cercana de lo que ocurre en las familias. Se encontró funcionalidad familiar en la mayoría de ellas con un 87%, disfuncionalidad moderada en 9.7 y severa en 3.3% respectivamente.

Respecto a las principales causas de demanda de atención médica se observa un alto índice en las infecciones de vías respiratorias altas sin especificar el grupo etario, seguidas de los padecimientos crónicos degenerativos que requieren de consultas subsecuentes periódicas y con mayor riesgo de provocar secuelas, tales como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades osteoarticulares degenerativas.

Comparando las principales causas de demanda de consulta en el consultorio se observó que las infecciones de vías respiratorias altas están en primer lugar, pero a nivel nacional existen 3 rubros separados al respecto, faringitis aguda, rinofaringitis aguda e infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, que al sumarlas también ocupan el primer lugar, seguidas de Hipertensión arterial sistémica o esencial, la Diabetes Mellitus también se reporta en 2 lugares que al sumarlos coinciden con los reportados en el consultorio.

La obesidad no está contemplada a nivel nacional dentro de las causas más frecuentes de demanda, debido a que se diagnostican como trastornos metabólicos o no se reporta el diagnóstico. Del resto de enfermedades se observa equivalencia en ambas listas.

Los resultados del programa PREVENIMSS no pueden ser individualizados por consultorio, su reporte será por Unidad de Medicina Familiar, debido a que los programas prioritarios están incluidos en diferentes grupos etéreos y principalmente por la acción de un equipo multidisciplinario integrado por médicos, estomatólogos, enfermeras, trabajo social y nutriólogos que participan directamente con el paciente y sus familias en un enfoque y atención integral.

8. Conclusiones.

Se cumplieron los objetivos planteados al utilizar el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar como una estrategia de trabajo para obtener los datos básicos de las familias derechohabientes encuestadas con la aplicación de la Cédula Básica de Identificación Familiar CEBIF 4, la elaboración de la Pirámide Poblacional, la identificación de las diez primeras causas de demanda de consulta y de los programas prioritarios contenidos en los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, que favorecen cubrir los tres aspectos básicos del Médico Familiar que son enfoque del riesgo, estudio de familia y continuidad de la atención, para brindar una atención integral a las familias y proponer o instaurar acciones específicas en respuesta a los problemas detectados.

El Médico Familiar al estudiar las características de la población a su cargo por medio de la aplicación de un instrumento de evaluación como la Cédula Básica de Identificación Familiar, tendrá un marco de referencia para detectar los probables factores de riesgo a nivel familiar y no de manera individual.

El estudio de la familia es el elemento clave, partiendo desde la identificación de la misma, sus integrantes, su tipología y su funcionalidad.

La continuidad de la atención es indispensable para dar seguimiento a los problemas detectados, y a las acciones específicas orientadas a la atención integral del individuo y su familia, ya que no sólo es el encargado de otorgar el primer nivel de atención médica, sino el coordinador de un equipo multidisciplinario para atención a la familia.

Por ejemplo en la pirámide poblacional y las encuestas aplicadas se observó un número elevado de mujeres en edad fértil, en promedio de 31 a 34 años, con un rango muy alto de embarazos y partos de 0 a 16, lo que hace suponer una falta en planificación familiar y por lo tanto una gran oportunidad de aplicación de la misma. Sin embargo al analizar en detalle todas las mujeres en edad fértil del consultorio 3 turno matutino, resulta que sólo acude el 25%, con método de planificación familiar más de la mitad. Del 9.9% restante, al descontar a las mujeres núbiles, embarazadas y con esterilidad primaria o secundaria, solo quedaron 4 pacientes que no tienen ni quieren método, es decir el 0.66% susceptible de aceptar algún método de planificación familiar.

Por lo tanto la planificación familiar en este consultorio no es un problema, por lo que se dará prioridad a la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de mama, para que la totalidad de las mujeres se realicen su Papanicolaou y estén orientadas en la autoexploración de mama de manera habitual.

Al aplicar la CEBIF 4 no se dio una definición de familia ni más información que el Consentimiento Participativo Informado, para evitar sesgos de información o manipulación de la opinión de los mismos.

Sin embargo, considero conveniente dar una definición de familia para obtener datos más fidedignos y con mayor facilidad, ya que se observó confusión para enumerar a las personas que viven juntas, por ejemplo, una señora comentó "vivo sola" y al interrogar intencionadamente resultó que en su cuarto efectivamente estaba sola, pero en el resto de la casa vivían varios núcleos familiares en diferentes habitaciones, pero compartiendo el resto de la casa, la comida y los servicios. Otra más mencionó que en su casa vivían sus hijos con sus respectivas familias y al final se estableció que su esposo y ella no tienen casa y periódicamente viven con alguno de sus hijos.

Debido a que la edad que predomina está en un promedio de 31 a 34 años, es necesario interrogar acerca de la salud reproductiva y las enfermedades o problemas más frecuentes en ese grupo etario, proporcionando en cada consulta orientación en prevención y control de adicciones, nutrición, promoción de la actividad física, y esquema de vacunación, con el apoyo en el programa PREVENIMSS.

La escolaridad promedio es de 8 años, con predominio en los que estudiaron secundaria o menos, con respecto a los demás. Ninguno tiene estudios de postgrado. Sólo el 46% de los familiares son económicamente productivos, la ocupación principal es ama de casa, con un índice simplificado de pobreza familiar alto, del 44.7%.

La mitad no tiene casa propia, ni automóvil. Con hijos dependientes el 70%, la mayoría envía a sus hijos a las escuelas de gobierno. Probablemente la escolaridad no es muy alta por falta de recursos y oportunidades para seguir estudiando.

Sería conveniente estudiar más a fondo la razón de la baja escolaridad, ya que las respuestas ayudarían a encontrar soluciones. Con un mayor nivel educativo el individuo tiene mejores expectativas de vida y de trabajo.

La funcionalidad familiar encontrada fue del 87%, relativamente alta, si tomamos en cuenta los resultados obtenidos que afectan negativamente el estilo de vida y aumentan los factores de riesgo familiar.

Será necesario estudiar detalladamente a las familias con disfuncionalidad, con instrumentos de evaluación más sensibles para detectar y o disminuir los factores de riesgo, y poder brindar opciones terapéuticas en caso necesario, con apoyo en un equipo multidisciplinario que incluya grupos de apoyo por parte de Trabajo Social y Psicología en caso necesario.

Otra investigación interesante sería correlacionar el ingreso familiar con el índice de satisfacción familiar, algunos autores proponen que existe una relación inversamente proporcional de uno con el otro, en donde la satisfacción familiar afecta directamente el control metabólico de los pacientes, que no se observó en la población estudiada en este trabajo.

La estructura de la familia es nuclear en un 59%, y llama la atención la elevada frecuencia en extensa y extensa compuesta. Una posible respuesta será la necesidad de cuidar a los abuelos de edad avanzada o con patologías incapacitantes o la falta de recursos económicos para independizarse.

El apoyo de los cuidadores merece una atención especial porque se ha visto que su calidad de vida en general no es óptima, y en muchos de los casos tienen enfermedades que no se atienden por falta de tiempo o de apoyo a ellos lo que repercute de manera desfavorable en los familiares que cuidan y por lo tanto en toda la familia, de donde surge la necesidad de investigar la situación real de estos y buscar la forma de mejorar su desempeño y su nivel de vida.

Debe promocionarse en cada contacto con los pacientes la asistencia a grupos de apoyo en la Unidad de Medicina Familiar para problemas como la obesidad, desnutrición, depresión, violencia intrafamiliar y manejo de adicciones, ya que de esta manera el paciente siente que no está solo, y se propicia la integración de la familia al problema, con lo que se espera mejore el manejo del mismo y las relaciones familiares.

Considero que la estructura familiar que se manejó para este trabajo es la más adecuada, clara, precisa y cumple los requerimientos necesarios para la clasificación de las familias en la sociedad mexicana.

Al investigar los factores de riesgo se encontró que algunos encuestados desconocen la patología de sus familiares. De los pacientes diagnósticos todos están en programas de tratamiento o en grupos de ayuda.

Sin embargo, en el caso concreto del esquema de vacunación en adolescentes y adultos la mayoría expreso estar al corriente, pero se constató en la Cartilla de Salud y Citas Médicas que estaba incompleto, lo que podría explicarse por ignorancia o negligencia del paciente. Es importante que el equipo de salud multidisciplinario esté al tanto de lo anterior, para dar orientación y promover la vacunación en cada contacto con la familia.

Las diez primeras causas de solicitud de consulta en el IMSS, tanto a nivel nacional como en el consultorio 3 matutino de la UMF 51 son similares.

Propongo que el Servicio de Dietología tenga más elementos humanos y técnicos para atender a la población derivada por el Médico Familiar, ya que la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial Sistémica, la Obesidad, la Dislipidemia, las Alteraciones Metabólicas y de la Nutrición deben ser manejadas de manera conjunta por ambos servicios y con apoyo en la formación de grupos de apoyo de Trabajo Social, para disminuir la incidencia de secuelas en dichas patologías.

Con lo anterior el gasto por concepto de medicinas, exceso de consulta, hospitalización, cirugías, exámenes de laboratorio y gabinete se podrá reducir, se brindará al paciente y a su familia la oportunidad de modificar los factores de riesgo familiar que dependen del tipo de alimentación y estilo de vida.

Al reducir la demanda de consulta se contribuye a disminuir los tiempos de espera y aumenta el grado de satisfacción del paciente.

Es importante que el médico familiar este actualizado respecto a los instrumentos de evaluación familiar, porque le permiten identificar los factores de riesgo que de otra manera pasarían desapercibidos, invitando a participar a Trabajo Social y Enfermera Materno Infantil, aprovechando de ésta manera todos los contactos del paciente con los servicios de salud para brindar a la familia una atención multidisciplinaria e integral.

Esta investigación pretende brindar un panorama general en el microescenario del consultorio en que se aplicó, de las características de la población que se atiende en una Unidad de Medicina Familiar, para identificar los problemas de salud que se presentan, establecer prioridades y evaluar la instauración o modificación de los programas existentes, así como sembrar la inquietud para que se realicen otras investigaciones al respecto y se optimice el manejo del expediente clínico con la utilización de instrumentos de evaluación familiar, para así obtener un modelo adecuado para el estudio de las familias mexicanas y suficientemente apto para su aplicación en la práctica diaria del Médico Familiar.

Es recomendable la utilización de esta metodología, adaptándola a las necesidades particulares de cada Médico Familiar para obtener información que le permita planear con bases las acciones que puedan realizarse dentro de su perfil profesional.

9. Bibliografía.

1. Cano VF. México a 10 años de Alma Ata. Rev Fac Med UNAM. 1998; 31 (5):121-125.
2. Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz I GG, Granados MI y cols. Perfil Profesional del Médico Familiar. Atención Primaria 1999; 23(4):236-248.
3. Medina-Carillo L, Lomelí-Guerrero LE, Irigoyen-Coria A. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit, México. Arch Med Fam 2000;2(2):41-46.
4. Lozwe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. Salud Pública de México 1988; 30(5): 55-64.
5. Martín Zurro, Huguet M. García CF. La Organización de las Actividades en Atención Primaria. En: Principios de la Atención Primaria de Salud. Cap.3, pp. 34-47; 1994.
6. Goldberg Bruce W. Asistencia Sanitaria Basada en la Población, Cáp. 6, pp 35-39 en: Taylor Robert B. Medicina de Familia Principios y Práctica 5ta. Edición, ed Springer-Verlag, Barcelona España 1999.
7. 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.
8. Programas integrados de salud. Guía de implementación – 2002. IMSS.

9. 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.
10. Irigoyen CA, Gómez CFJ, La medicina familiar y la investigación: Una perspectiva integradora. En: Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Quinta edición, ed M.F.M: 1996:p143-149.
11. Narro José. XI Medicina Familiar. Documento Mimeografiado presentado en el V. Ciclo de Diez Simposios sobre la Administración de la Atención Médica. 1995; 239 – 252.
12. Irigoyen Coria Arnulfo. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar pp113-114. Ed Med Fam Mex 1ª. Ed 2002.
13. Gallo VFJ, Altisent TR, Díez EJ, Fernández SC, Foz 1 GG, Granados MI y cols. Perfil Profesional del Médico Familiar. Atención Primaria. 1999 23 (4): 236-248.
14. Reorganización de la consulta externa de medicina familiar a través de la cita previa. UMF 51 Delegación Poniente IMSS.
15. De la Revilla L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria de Salud. En: Principios de la Atención Primaria de Salud. Cap.6, pp76-78; 1994.
16. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999;1(2):45-57.

17. Irigoyen Coria Arnulfo. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar pp 33-34. Ed Med Fam Mex 1^a. Ed 2002.
18. De la Revilla L, Aragón A. Muñoz M, Pascual J. Cubillo J. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en Atención Primaria. Aten Primaria 1991;8:104-111.
19. Márquez CE, Gascón VJ, Domínguez BG, Gutiérrez MM, Garrido BC. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva. Aten Primaria 1995;15(1):48-50.
20. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Glosario. En: INEGI. Las Familias Mexicanas. México; INEGI 1998 p. 133.
21. Medalie JH, Cole-Kelly K. The Clinical Importance of Defining Family. Am Fam Phys. 2002; 65(7):1277-1279.
22. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CJ, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Ed Med Fac; México 2000.
23. Reyes RE, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en el Micro escenario 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.
24. Santiago IH, Lomeli GLE. Diagnóstico de salud y estructura familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch Med Fam. 2000; 2(1): 11 – 16.

25. Gómez CFJ, Irigoyen CA, Ponce RER, Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. Primera edición. Medicina Familiar Mexicana 1999.
26. Montalbán SJ. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. Atención Primaria. 1998; 21(1):29-34.
27. Ponce RER, Irigoyen CA, Gómez CFJ, Terán TM, Madrigal LLHG, Palomino GL. Confiabilidad del Índice Simplificado de Marginación Familiar. Arch Med Fam. 1999; 1(4):99-104.
28. Bellón SJA, Delgado SA, Luna del Castillo JJD, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención Primaria. 1996; 18(6):289-296.
29. Gardner W, Nutting PA. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning? The Journal of Family Practice. 2001; 56 (1): 19 – 25.
30. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Terán TM, Ponce RER. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. Arch Med Fam. 1999; 1(1): 27 – 34.
31. 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.

10. Anexos.

10.1. Consentimiento participativo voluntario.

10.2. CEBIF 4.

Consentimiento participativo voluntario.

Consentimiento para participar en la encuesta de Diagnóstico Situacional en el consultorio 3 matutino de la UMF 51.

El presente Cuestionario tiene como propósito conocer las características básicas de la familia, así como identificar los riesgos específicos en la misma. Tiene 74 preguntas y se contesta en 20 minutos aproximadamente.

Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta unidad médica, la información que Usted proporcione será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que una o más de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s), respetando su pensamiento y decisión. También si Usted se siente en algún momento herido(a) lastimado(a) o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación con el propósito de mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus repuestas sean honestas y sinceras.

Acepta Usted contestarlo Si _____ No _____

Muchas gracias por su participación.

CEDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF-4)
Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Terán Trillo M, Irigoyen-Coria A.



IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____

Folio: _____

Familia: _____, N° de Exp.: _____, Consul./Turno: _____/_____,
Domicilio: _____ y Teléfono: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS

	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

Escriba en el margen izquierdo un asterisco (*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario

SALUD REPRODUCTIVA

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS

	A.G.O.					PF		Método	Factor	Nombre	Inclusión a programa	
	G	P	A	C	Embarazo	Si	No				Si (fecha)	No
Madre					Si No	Si	No		DM			
Padre						Si	No		HTA			
									Cáncer			
									Obesidad			
DOC CaCu					Si No	Si	No		Caries dental			
									Vacunas			
DOC Mama					Si No	Si	No		Psicosociales			
									Otros			

REDES SOCIALES Y APOYO

Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique)

- | | | | |
|---|-----|----------------------|-----|
| ▪ Padres y abuelos | () | ▪ Servicios públicos | () |
| ▪ Pareja | () | ▪ Servicios Privados | () |
| ▪ Amigos, vecinos | () | ▪ Otros | () |
| ▪ Hijos mayores | () | ▪ No requiere | () |
| ▪ Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) | () | | |

Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique)

IMSS () DIF () SSA () PEMEX () SEDENA () SECRETARIA DE MARINA ()
PRIVADO () Otros () Especifique: _____

APOYO DE CUIDADORES

¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No _____ Si _____
 ¿Quién proporciona los cuidados? _____
 ¿A quién le proporciona los cuidados? _____
 ¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR		
Indicadores	Categorías	Punt.
Ingreso económico familiar	< 1 salarios mínimos	3
	1-2 salarios mínimos	2
	3-4 salarios mínimos	1
	5 ó más salarios mínimos	0
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		

FACTORES ECONÓMICOS					
Vivienda				Si	No
▶ Número de personas que contribuyen al ingreso familiar: _____			▶ Teléfono	()	()
			▶ Computadora	()	()
▶ Casa:			▶ Número de hijos en escuela pública _____	()	()
	Propia	()	▶ Número de hijos en escuela privada _____	()	()
Financiamiento	()	▶ Número de hijos con becas _____			
Rentada	()				
Prestada	()				
▶ Agua entubada intradomiciliaria	()				
• Automóviles: 0, 1, 2, 3 ó más					
Desarrollo Comunitario					
	Si	No		Si	No
▶ Agua potable	()	()	▶ Alumbrado público	()	()
▶ Drenaje subterráneo	()	()	▶ Pavimentación	()	()
▶ Energía eléctrica	()	()	▶ Banquetas	()	()
▶ Servicio telefónico	()	()	▶ Transporte público	()	()
			▶ Vigilancia	()	()

APGAR FAMILIAR

- ¿ESTÁ SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU FAMILIA CUANDO TIENE UN PROBLEMA? _____
 - ¿CONVERSAN ENTRE USTEDES LOS PROBLEMAS QUE TIENEN EN CASA? _____
 - ¿LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO EN LA CASA? _____
 - ¿ESTÁ SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE SU FAMILIA Y USTED PASAN JUNTOS? _____
 - ¿SIENTE QUE SU FAMILIA LO QUIERE? _____
- TOTAL** _____

0
CASI NUNCA

1
A VECES

2
CASI SIEMPRE