



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE TUXPAN, VERACRUZ**

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE  
TUXPAN, VERACRUZ”**

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



**PRESENTA:**

**DR. JUAN CARLOS MIGUEL BONILLA**

**TUXPAN, VERACRUZ**

**2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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


**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA  
FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL  
ISSSTE TUXPAN, VERACRUZ**

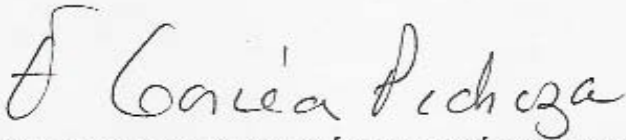
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

**DR. JUAN CARLOS MIGUEL BONILLA**

AUTORIZACIONES

  
**DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO**  
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO 3 DE LA CLÍNICA HOSPITAL DEL ISSSTE TUXPAN, VERACRUZ”**

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


**PRESENTA**

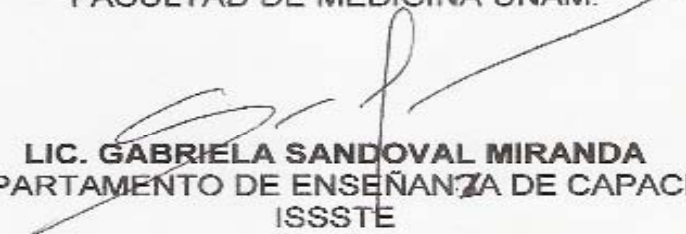
**DR. JUAN CARLOS MIGUEL BONILLA**

**AUTORIZACIONES**

  
**DRA. MARÍA DOLORES SALAS BARRIENTOS**  
DIRECTORA DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE TUXPAN, VERACRUZ

  
**LIC. EN PSICOLOGÍA IVONNE BECERRA DOMINGUEZ**  
JEFA DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE TUXPAN, VERACRUZ

  
**DR. ARNULFO E. IRIGOYEN CORIA**  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

  
**LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE CAPACITACION DEL  
ISSSTE

TUXPAN VERACRUZ

2008

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Por darme la oportunidad de continuar en esta profesión y la fortaleza para terminar este postgrado.

### **AL ISSSTE:**

Por permitirme continuar reforzando mi aprendizaje y actualización, así como de terminar esta especialización.

### **A LA UNAM:**

Por darme la oportunidad que siempre tuve de ingresar a sus aulas, y ahora termino una especialidad en esta magna casa de estudios.

### **AL DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA:**

Por compartir sus experiencias y conocimientos para concluir este proyecto.

### **A LESLIE :**

Por el apoyo para la elaboración de este trabajo.

### **A MI SOBRINO KEPLER:**

Por su apoyo y tiempo en la elaboración técnica de este proyecto.

## **DEDICATORIA**

### **A MIS PADRES:**

Por que siempre me apoyaron para realizar mi carrera de médico y me siguieron apoyando moralmente para esta especialidad.

### **A MI ESPOSA:**

Por que siempre me ha apoyado en todos mis proyectos.

### **A MIS HIJOS :**

CARLOS, JOSUE Y ANA KAREN

Por su apoyo incondicional, tanto del punto de vista moral y técnico para la realización de esta tesis

## INDICE

	<b>Página</b>
1.-	<b>Marco teórico</b> ..... 1
1.1	<b>Atención primaria de salud</b> ..... 1
1.2	<b>Medicina familiar en el contexto de la atención primaria</b> ..... 3
1.3	<b>Reseña histórica del desarrollo de la medicina familiar en México</b> ..... 5
1.4	<b>Perfil del médico familiar de wonca</b> ..... 6
1.4.1	<b>Áreas de la práctica profesional del médico familiar</b> ..... 7
1.5	<b>Atención primaria orientada a la comunidad (apoc)</b> ..... 9
1.6	<b>La familia</b> ..... 12
1.6.1	<b>Funciones de la familia</b> ..... 13
1.6.2	<b>Ciclo vital de la familia</b> ..... 13
1.6.3	<b>Clasificación de las familias</b> ..... 14
1.7	<b>El modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF)</b> ..... 17
2.-	<b>Planteamiento del problema</b> ..... 20
3.-	<b>Justificación</b> ..... 20
4.-	<b>Objetivos</b> ..... 21
4.1	<b>Objetivo general</b> ..... 21
4.2	<b>Objetivos específicos</b> ..... 21
5.-	<b>Material y metodos</b> ..... 22
5.1	<b>Tipo de estudios</b> ..... 22
5.2	<b>Diseño de investigación del estudio</b> ..... 22
5.3	<b>Población, lugar y tiempo</b> ..... 23
5.4	<b>Muestra</b> ..... 23
5.5	<b>Criterios de selección</b> ..... 23
5.5.1	<b>Criterios de inclusión</b> ..... 23
5.5.2	<b>Criterios de exclusión</b> ..... 24
5.6	<b>Variables</b> ..... 24
5.7	<b>Método para la recolección de la información</b> ..... 25
5.8	<b>Recolección de la información</b> ..... 25
5.9	<b>Maniobras para evitar o controlar sesgos</b> ..... 25
5.10	<b>Procedimientos estadísticos</b> ..... 26
5.11	<b>Consideraciones éticas</b> ..... 26
5.12	<b>Cronograma</b> ..... 26
5.13	<b>Recursos humanos, materiales y financieros</b> ..... 26
6.-	<b>Resultados</b> ..... 27
6.1	<b>Morbilidad</b> ..... 27
6.2	<b>Pirámide poblacional</b> ..... 28
6.3	<b>Sexo</b> ..... 29
6.4	<b>Edad</b> ..... 29
6.5	<b>Escolaridad</b> ..... 29
6.6	<b>Parentesco</b> ..... 30
6.7	<b>Factores de riesgo</b> ..... 31

6.8	<b>Estado civil</b> .....	32
6.9	<b>Estructura familiar</b> .....	32
6.10	<b>Etapas del ciclo vital de la familia</b> .....	33
6.11	<b>Ocupación</b> .....	33
6.12	<b>Edad de los padres</b> .....	34
7.-	<b>Discusión</b> .....	34
8.-	<b>Conclusiones</b> .....	36
9.-	<b>Bibliografía</b> .....	38
10.-	<b>Anexos</b> .....	39
10.1	<b>CEBIF 4</b> .....	40



## MARCO TEÓRICO

### 1. ANTECEDENTES

#### ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina tradicionalmente tienen como objetivo, la enfermedad, y dirigen sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos, para el tratamiento de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud.(1)

Desde los años setentas, todos los profesionales sanitarios, planificadores, políticos y ciudadanos, han estado conscientes de que la función primordial de un sistema sanitario, no radica exclusivamente en garantizar el derecho del paciente a ser correctamente diagnosticado y tratado, si no también en procurar que no enferme, que se mantenga sano y priorizar su derecho a la salud.(2)

El movimiento de Atención Primaria de Salud (APS) tuvo sus antecedentes en una serie de decisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre cuestiones de política sanitaria que comenzaron en 1974, cuando la OMS a la luz de las disparidades en los servicios sanitarios y en salud entre los estados miembros, pidió al director general que explorase nuevas vías para actuar con más eficiencia. En 1975, la Asamblea Mundial y el consejo ejecutivo tomaron la decisión de fomentar la APS, así como pedir la celebración de una conferencia mundial sobre este tema. Y fue en la conferencia internacional sobre atención primaria de salud auspiciada por la OMS-UNICEF, celebrada en Alma Ata (Kazajstán) en 1978, la que marcó un hito en la historia del pensamiento sanitario mundial, en la que se afirmó que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la salud para todos. (2)

También en esta conferencia; se presentó el panorama de las desigualdades y deficiencias en la salud y el bienestar.(4)

- Se considera la salud como un derecho humano, que los estados deben de contribuir a garantizar.
- Se estableció la urgente necesidad de superar este panorama de injusticia social.
- Se estableció una meta, resumida en la expresión “salud para todos en el 2000” (SPT 2000).
- Se eligieron unos indicadores para valorar el grado de bienestar alcanzado:
  - Reducción de la mortalidad infantil
  - Aumento de la esperanza de vida
  - Provisión de agua potable
  - Acceso universal a la atención médica
- Se decidió una estrategia (el camino); a la APS.

La conferencia internacional de Alma Ata de 1978 declaró la siguiente definición de APS: “La APS es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, 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 autorresponsabilidad y auto determinación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (3)

La Atención Primaria de Salud consta de cuatro facetas que son:

- 1.-Es un conjunto de actividades: educación sanitaria, nutrición adecuada, agua potable y saneamiento, atención materno-infantil, inmunización, prevención y control de enfermedades endémicas, tratamiento básico de los problemas de salud, provisión de medicamentos esenciales.
- 2.- Es un nivel de atención: de primer contacto de la población con los cuidados sanitarios profesionales.
- 3.- Es una estrategia: debe ser accesible, atenta a las necesidades de la población integrada funcionalmente, basada en la participación comunitaria, coste-eficaz y caracterizada por la colaboración de sectores sociales.
- 4.-Es una filosofía: justicia social, igualdad, solidaridad internacional, autoresponsabilidad y aceptación de un sentido amplio del concepto de salud. (3)

Durante los ochenta la atención de cobertura mediante la estrategia de atención primaria de salud, se convirtió en uno de los temas centrales de discusión dentro de la salud pública en países en vías de desarrollo. Debido a la diversidad de situaciones políticas de los diferentes países donde se inscribe la APS, ha sido necesario establecer sus componentes, al contenido de estos y fundamentalmente, el papel de la participación popular.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los componentes estratégicos de la APS son:

- 1) extensión de cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
- 2) organización y participación de la comunidad.
- 3) desarrollo de la articulación intersectorial.
- 4) desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas.
- 5) disponibilidad e insumos y equipos críticos.
- 6) formación y utilización de recursos humanos.
- 7) financiamiento del sector.
- 8) cooperación internacional. (3)

El análisis de las necesidades y situaciones con las que ha de enfrentarse actualmente la atención primaria, nos permite identificar las funciones básicas que deben desarrollarse y que serían las siguientes:

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

Los profesionales de la Atención Primaria, como parte de sus responsabilidades, se enfrentan a las necesidades de una comunidad, y menos frecuentemente a sus demandas, han de analizar su situación de salud e identificar sus necesidades. El análisis de la situación de salud es una parte imprescindible de cualquier proceso de planificación y programación sanitaria, sea cual fuera el ámbito organizativo desde el que se plantee, cuyo desarrollo ha de permitir mejorar el estado de salud de la población mediante acciones programadas dirigidas a solucionar los problemas detectados. (5)

Los objetivos del análisis de la situación de salud pueden resumirse en cuatro:

1. reconocer el ámbito sociodemográfico y de salud de un territorio definido
2. identificar los principales problemas de salud existentes en un territorio
3. fundamentar la priorización de los problemas de salud
4. facilitar la toma de decisiones sobre el desarrollo de uno o varios programas de salud comunitaria.

## **1.2 LA MEDICINA FAMILIAR EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Habría que partir del concepto que en nuestro caso ha prevalecido en torno a la medicina familiar. Se acepta ampliamente que aquella es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. (6)

A partir de esta definición y con el propósito de identificar lo que operacionalmente caracteriza al médico familiar, se refieren los elementos sobresalientes del perfil profesional de este trabajador de la salud: (6,7)

- Actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención de salud. Presta sus servicios a todos los miembros de la familia, y lo hace con independencia a la edad, sexo o el problema de salud que se plantee.
- El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención primaria, así como la atención que presta a de ser continua e integral.
- La atención que puede prestar el médico familiar se desarrolla tanto en el consultorio, en el hogar del paciente o en los servicios hospitalarios. Y reconoce

la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas. Por lo anterior coordina los recursos disponibles de la comunidad para los problemas de salud.

- El médico familiar a de ser, por excelencia un clínico interesado en la salud de sus pacientes. Cada contacto con ellos debe dar acciones preventivas y de educación para la salud, pero también debe diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos.
- El médico familiar busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, y le da importancia a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él.
- A diferencia de otras especialidades, el médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar. Este especialista enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural.
- El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, si no que en términos de una población en riesgo.

La tendencia a la especialización no es, de manera alguna, producto exclusivo de nuestros tiempos, ni fenómeno único en el caso de la medicina, como consecuencia de la rápida expansión del conocimiento, a partir de la tercera década de este siglo se generó una tendencia al desarrollo de las especialidades y subespecialidades médicas. Esta situación, si bien tuvo su fase positiva, también ocasionó inconvenientes para la prestación de los servicios de salud. (6)

Existen elementos que se pueden proponer para explicar el por qué del resurgimiento de la medicina familiar en diversas latitudes, incluyendo nuestro país. Entre otros pueden citarse: (7)

- La existencia de cambios en el patrón de la morbilidad, con el aumento de la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, lo que hace necesarios tratamiento que demandan continuidad en la atención.
- La necesidad de establecer equilibrio entre la especialización y el “generalísimo”, o si se quiere, entre las especialidades verticales o de profundidad y las horizontales o de cobertura.
- Las transformaciones y desarrollos en los esquemas asistenciales que demandan tipos específicos de personal.

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

Durante las últimas tres décadas, periodo en el que mayormente se han dado los desarrollos en materia de medicina familiar, se pueden encontrar en la literatura médica referencias que cuestionan severamente la existencia de una disciplina como la medicina familiar, que ponen en tela de juicio que la disciplina exista como una especialidad o que niegan que pueda ser considerada disciplina académica.

Finalmente habría que agregar que el entrenamiento de los recursos humanos que se requieren se hace de forma intelectual, científica y rigurosa y que se cuenta con una filosofía que da sustento y punto de reflexión en la medicina familiar. (7)

### **1.3 RESEÑA HISTÓRICA DEL DESARROLLO DE LA MEDICINA FAMILIAR EN MÉXICO.**

Hacia el año de 1953 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tenía una problemática que afrontaban los servicios asistenciales, los cuales tenían muchas dificultades. Por ejemplo la atención de medicina general, incluida la visita domiciliaría estaban desorganizada, la consulta externa era controlada por personal de archivo, los enfermos eran atendidos indistintamente por los médicos adscritos a la unidad, el registro de la vigencia de derecho y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondientes eran deficientes. Como resultado de esta situación, el trabajo de los médicos se entorpecía. Lo esporádico y eventual del contacto médico-paciente, previamente determinado, hacía que los conocimientos de los problemas del paciente por parte del médico fuera muy reducido. Frente a este panorama un grupo de médicos que laboraban en Nuevo León y Tamaulipas, establecieron un procedimiento nuevo a través del cual, el médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, se fijaban plazos para atender la consulta externa y efectuar las visitas domiciliarias solicitadas por los integrantes de las familias encomendadas a su atención. (8)

Este sistema dio frutos y se aprobó su extensión a dos clínicas de la ciudad de México, estableciéndose de esta manera en 1955 el “sistema médico familiar” e incluso contratación y categoría del médico de familia, en virtud de que sus actividades, funciones y responsabilidades se consideraban distintas. En 1959 el sistema se

encontraba en plena etapa de consolidación a nivel nacional, y es en esta época donde se introduce un cambio, la clasificación del médico familiar en dos ramas, de adultos y de menores, se dividió la población adscrita y se regularizaron las horas contratadas para la prestación del servicio.

En 1971 el IMSS determinó que era necesario planear y aplicar un programa para formar en el postgrado a este profesional. En marzo del mismo año se inician las actividades de especialización para los primeros 32 residentes de la disciplina. El programa original se llevó a efecto en una sola sede y tenía una duración académica de dos años. El programa de postgrado consistió en el reconocimiento por la división de estudios de postgrado de la facultad de medicina de la UNAM, y de otras universidades que después dieron el curso de medicina familiar. Este reconocimiento se efectuó en 1974 y alentó considerablemente las expectativas de los estudiantes. Es de importancia mencionar que en 1975 la Facultad de Medicina de la UNAM estableció el primer departamento de medicina familiar en Latinoamérica.

En 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inició con una nueva modalidad un programa universitario de dos años de duración con una carga asistencial importante. A partir de marzo de 1980, tanto la SSA como el ISSSTE desarrollan un programa avalado por la UNAM. El plan único de especialidades médicas, es un programa de modificación completa a los cursos de especialización reconocidos por la Facultad de Medicina de la UNAM, que a partir del año lectivo 1994-95 ha venido sustituyendo a los planes de estudio que se desarrollan en los escenarios clínicos de la SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX y de más de dependencias públicas y privadas que participan en este nivel de estudios de postgrado. (8)

#### **1.4 EL PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR DE WONCA**

Desde el reconocimiento de la medicina familiar como tal hasta la actualidad, se han propuesto varias definiciones de este nuevo médico de familia, de los cuales la que define la organización mundial de médicos de familia (WONCA) en 1997, es la más completa y vigente (9)

El médico familiar es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y pueda implicar para ello a otros profesionales de la salud, que presten sus servicios cuando sea necesario.

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

El médico 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 competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesite el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar atención integral y continuada a sus pacientes.

El médico familiar ejerce el rol de su profesión proporcionando atención directa a través de servicios de otros profesionales de la salud, en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en la que trabajan.

La actividad del médico de familia debe hacer énfasis en aspectos, como el trabajo en equipo la docencia e investigación, o la garantía de calidad, que suelen estar siempre relacionados en mayor o menor grado, con la práctica del médico de familia. En este mismo marco, es necesario recalcar que las actividades como la atención comunitaria, y la docencia perderán o ganarán vigencia, y validez del modelo del perfil profesional y del médico de familia dependiendo, de los cambios o no que se produzcan, en el actual modelo sanitario.

Se debe resaltar que el médico familiar está asumiéndole protagonismo de un gran cambio en nuestra sociedad, según lo que se ha dado en llamar el modelo emergente caracterizado por aspectos tan familiares, para este profesional, como la concepción biopsicosocial del paciente, el equipo como protagonista del medio del trabajo, la orientación comunitaria, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, la eficiencia. Evidentemente para asumir este papel, en el nuevo modelo sanitario es necesario, que el perfil del médico familiar realice funciones que complementen aquellas que varían realizando los médicos generales, en el modelo sanitario precedente (9)

#### **1.4.1 ÁREAS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR.**

El médico de familia es el profesional responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud cuando sea necesario. Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a la edad, sexo y diagnóstico de los pacientes. (10)

Al médico familiar se le han establecido cinco grandes áreas de práctica profesional que a continuación se mencionan: (13)

- A-Área de atención del individuo.
- B-Área de atención a la familia.
- C-Área de atención a la comunidad.
- D-Área de docencia e investigación.
- E-Área de apoyo

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

La atención del médico familiar al individuo, se realiza en todas las etapas del ciclo vital, y al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad,

podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación, mediante la elaboración de la historia clínica, se incluye también la práctica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgo en individuos sintomáticos.

Los pacientes que acuden al médico familiar no presentan habitualmente problemas físicos, psicológicos puros, sino que generalmente muestran una compleja mezcla de factores físicos, psicológicos y sociales, por lo que en medicina de familia tener en cuenta esta influencia, puede llegar a ser clave para detectar y manejar correctamente una mayoría de pacientes.

El médico familiar, como todo profesional sanitario, busca beneficiar a su paciente y nunca perjudicarlo, respetando su autonomía, de acuerdo con la teoría del consentimiento informado, con igual medida por el principio de equidad en la toma de decisiones y en la distribución de recursos.

B) El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico, constituye la base de la medicina familiar. La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando uno de ellos enferma.

El médico familiar está en una posición privilegiada, para detectar e intervenir ante problemas familiares ocasionados o no por la enfermedad. Así mismo debe tener una continua actitud de observación, recogiendo a lo largo de sus múltiples entrevistas con los diversos miembros de la familia, información acerca del grupo familiar, valorando la importancia que él mismo tiene como recurso inmediato en el proceso de salud-enfermedad del individuo, y estando capacitado para realizar intervenciones mínimas ante crisis familiares que detecte.

Favorecerá que la atención a todos los miembros de una familia, sea prestada por el mismo equipo médico y enfermera, así como estimulara en las familias la autonomía y autocuidado, fomentando su papel como preservadora de la salud de sus miembros.

C) La atención sanitaria hoy día refuerza su necesidad, por el hecho de que los factores determinantes de enfermedad más relevantes, los estilos de vida y los factores sociales y medioambientales, difícilmente pueden ser modificados por una acción exclusivamente dirigida al individuo y requieren acciones comunitarias, habitualmente sobre una base de coordinación intersectorial.

Para el desarrollo de la atención orientada a la comunidad, los conocimientos necesarios serán obviamente, los de las disciplinas básicas de la medicina comunitaria, destacando a la epidemiología como disciplina central, pero debiendo considerar también en diversos grados de necesidad, la estadística, la demografía, la sociología, la economía y la antropología.



Y como disciplinas aplicadas que utilizan los conocimientos de todas ellas, las diversas metodologías de planificación sanitaria; análisis de necesidades y de

recursos, métodos de priorización, planificación de programas y metodologías de evaluación tanto sanitaria como económica.

D) El reconocimiento de las funciones docentes y de investigación en los equipos de atención primaria, representó en su momento una importante novedad, cuyo desarrollo práctico ha supuesto una notable mejora cualitativa y cuantitativa de la investigación.

En cuanto a la docencia o formación continuada, serán necesarias actitudes como la disposición continua para el estudio, la curiosidad hacia los avances científico-técnicos, así como para discutir los conocimientos propios con los otros profesionales, la sensibilidad para reconocer las deficiencias formativas, la predisposición a las actitudes de formación continuada dentro del equipo de salud.

En cuanto a la investigación es imprescindible el esfuerzo personal, sumado a una motivación para realizar estas actividades, la disposición a colaborar en proyectos de investigación, así como la predisposición de adquirir los conocimientos necesarios en metodología de investigación y sus disciplinas básicas.

E) En esta área de la práctica del médico familiar están incluidas cuatro subáreas que deberán estar presentes en el perfil de la práctica de este profesional, ya que aspectos como el trabajo en equipo, la gestión de recursos, la administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad, están permanentemente relacionados, en mayor o menor grado con la actividad del médico de familia.

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios, señalándose entre otras actividades: (10)

- o El enfermo recibe una mejor atención.
- o Proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo.
- o Previene las duplicidades de esfuerzo.
- o Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria.

## 1.5 ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), se define como la práctica unificada de la atención primaria individual y familiar con la atención comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. Las bases conceptuales del modelo APOC, es una nueva concepción de la atención primaria surgida en la segunda mitad del siglo XX, junto con la evolución y el uso de la

epidemiología y el desarrollo de la salud comunitaria, constituyen los fundamentos de la APOC.  
(11)

Los requisitos básicos para el desarrollo de la APOC se sintetizan en:

- a) La existencia de un servicio de atención primaria con las características de accesibilidad, globalidad, continuidad de la atención, coordinación con otros servicios y responsabilidad.
- b) Que los profesionales se interesen en ampliar la práctica clínica a la atención de la comunidad.
- c) Focalización de la atención sobre la comunidad en su conjunto, identificando las necesidades de la población, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.<sup>(12)</sup>

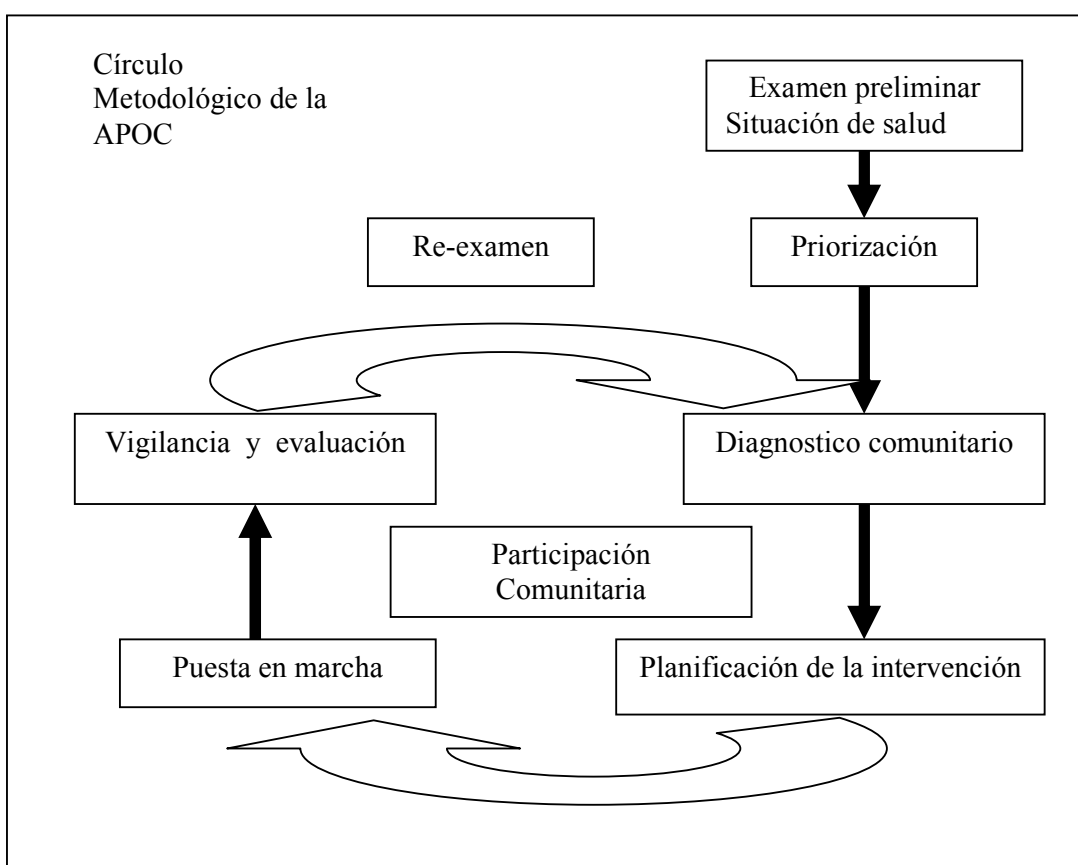
Las bases metodológicas de la APOC son; una comunidad definida, el uso de las habilidades clínicas y epidemiológicas, el trabajo por programas de salud comunitarios, y la participación de la comunidad, constituyen las bases sobre las que se desarrolla el proceso metodológico de la APOC.

La definición y caracterización de la comunidad es esencial para la práctica de la APOC, dado que delimita a la población de la que el equipo asume la responsabilidad sobre su estado de salud. La delimitación es importante para conocer a la población que ira dirigida nuestra intervención, así como para evaluar la efectividad de dicha intervención.

Programas de salud comunitarios que permiten abordar de forma sistemática los problemas de salud identificados como prioritarios. Participación de la comunidad en todas las etapas del proceso. La forma y el grado de implicación de la comunidad en el proceso de APOC, dependerán de las características culturales y sociales de la población, así como de las características organizativas y motivacionales del equipo de salud.

La APOC propone una metodología práctica y experimentada que permite superar el problema de integrar el método clínico (atención primaria dirigida a los individuos y familias), con la estrategia

poblacional (atención primaria dirigida a la comunidad). Es un proceso cíclico de planificación que se basa en las necesidades de la población.



Las fases del ciclo APOC siguen la metodología de la planificación por programas de salud, con algunas características específicas y que consiste básicamente en: (12)

- 1) Examen preliminar de la comunidad, que consiste en describir y caracterizar a la comunidad atendida, para elaborar un listado en las principales necesidades y problemas de salud.
- 2) Priorizar uno o varios de los problemas identificados como mas importantes en la población.

- 3) Diagnóstico comunitario; es el estudio detallado de la distribución y determinantes de los problemas priorizados en la comunidad, que permite hacer comparaciones y evaluar los cambios producidos por nuestra intervención, el diagnóstico comunitario tiene como características específicas, su carácter selectivo ( sobre el problema priorizado), activo ( implicar la identificación de individuos ) y exhaustivo ( ya que estudia en profundidad los determinantes del problema en estudio )
- 4) Planificación del programa de intervención para tratar el problema de salud priorizado, el cual estará basado en los resultados del diagnóstico previo realizado.
- 5) Ejecución de dicho programa.
- 6) Seguimiento y evaluación del programa para decidir la introducción de modificaciones.
- 7) Re-examen de la nueva situación de salud en la comunidad y de esta manera re-iniciar el proceso cíclico.

## 1.6 LA FAMILIA

La familia, es la mas antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie, (13)

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul que se origina de la voz Oscar famel, esclavo doméstico. En la era del nomadismo con el término de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro; en tanto que en la Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía al patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos. En la actualidad, la palabra “familia” suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir en “familia”

La OMS, comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el diccionario de la Lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines de un linaje”. El censo canadiense define a la familia como “esposo y esposa con hijo o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven en el mismo techo”. (14)

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano y según Le Play-Proudhon” es la célula básica de la sociedad”.

La familia es un grupo primario y sus características son las propias de un sistema natural abierto en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en él mismo, por eso, no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones.

Los principales subsistemas en la estructura de una familia nuclear son:

Subsistema conyugal  
Subsistema paterno-filial  
Subsistema fraterno.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

La definición interaccional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar.

### **1.6.1 FUNCIONES DE LA FAMILIA**

Las funciones de la familia son las tareas que les corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones : (13)

**Socialización:** Promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

**Afecto:** Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

**Cuidado:** Protección y asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

**Estatus:** Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

**Reproducción:** Provisión de nuevos miembros a la sociedad.

### **1.6.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

#### **I.- Etapa constitutiva**

1. Fase preliminar (noviazgo)
2. Fase de recién casados (sin hijos)

#### **II.- Etapa procreativa**

3. fase de expansión (crianza inicial de los hijos).
  - a) Nacimiento del primer hijo (hijo mayor: del nacimiento a los 30 meses)
  - b) Familia con hijos preescolares (hijo mayor: de 2.5 a seis años)

4. Fase de consolidación y apertura

- a) familia con hijos escolares (hijo mayor de seis a 13 años)
- b) familia con hijos adolescentes (hijo mayor de 13 a 20 años)

**III.- Etapa de dispersión**

5. Fase de desprendimiento (separación del primero al último de los hijos)

**IV.- Etapa final**

- 6. Fase de independencia (cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro)
- 7. Fase de disolución
  - a) Familia anciana (hasta la muerte de uno de los cónyuges)
  - b) Viudez (hasta la muerte del miembro restante) <sup>(13)</sup>

**1.6.3 CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS**

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias se indicaron cinco ejes fundamentales:  
<sup>(15)</sup>

Parentesco

Presencia física en el hogar o convivencia

Medios de subsistencia

Nivel económico

Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales.

**Clasificación de las familias con base en el parentesco**

Parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad analógica a ésta. La trascendencia de ésta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los

integrantes de las familias, que fluyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias del parentesco. (15)

Tabla 1

Tabla 1. Clasificación de las familias con base en el parentesco.

<b>Parentesco</b>	<b>Características</b>
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas compuesta con y sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas Con y sin parentesco
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ejemplo: tíos, sobrinos, abuelos y nietos, primos, hermanos, etc.)
<b>Sin parentesco</b>	<b>Características</b>
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
Grupos similares	Personas sin vínculo con hijos, mas

	otras que realizan funciones o roles familiares. (amigos, religiosas, estudiantes, etc.)
--	--

### **Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia**

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y trasmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de la familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias. (Tabla 2)

Tabla 2. Clasificación de las familias con base en la presencia física y convivencia.

<b>Presencia física en el hogar</b>	<b>Características</b>
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los Padres en el hogar.
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etc.)

### **Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia**

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios



## **Clasificación de las familias con base a su nivel económico**

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con perspectiva económica, ya que se reúnen diversos indicadores tanto del bienestar como de la pobreza que interactúan, depende e influye sobre otros factores.

### **1.7.- EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF)**

El perfil del médico familiar tiene estrecha relación con lo establecido en la APS, derivando ciertas características, las cuales son analizadas y planificadas por la APOC. Todo lo anterior no se consolida en un sistema de atención médica, por lo cual surge la necesidad de crear un modelo de atención que cumpla con las características antes descritas y de manera fácil y rápida de consultar con lo cual surge el MOSAMEF. (16)

Definición de MOSAMEF:

Es el Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar que consta de un conjunto de procedimientos (administrativos, clínicos y operativos) que fundamentan el desarrollo de las actividades del médico familiar.(16)

En 1928 fue descubierta por Champollion la famosa piedra de Roseta, la cual constituyó una pieza clave para descifrar los jeroglíficos egipcios. Este suceso puede tomarse como ejemplo de lo que pudiera significar para a medicina familiar, la aplicación del MOSAMEF. Este modelo es diseñado por un equipo de profesores del Departamento de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. (17)

El concepto de MOSAMEF se origina 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? (17)

El MOSAMEF propicia una práctica médica con propósitos definidos que justifica la toma de decisiones operacionales aplicadas a necesidades reales, las cuales son obligadamente diferentes para cada comunidad de usuarios de los servicios médicos.

El propósito de MOSAMEF es describir el escenario en que el médico familiar desempeña sus actividades, infraestructura, perfil demográfico de las familias, perfil epidemiológico, etc. El MOSAMEF, al igual que la APOC tiene propósitos semejantes:

- Analizar los problemas, priorizar las necesidades, planear y organizar (infraestructura, recursos, tiempo) estrategias.
- Desarrollar actividades fundamentada en los principios esenciales de medicina familiar. (Atención integral del individuo y su familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo).
- Evaluar los resultados de las estrategias.

El MOSAMEF maneja los elementos mínimos indispensables para su adecuada interpretación y análisis los cuales son:

Primero, datos básicos de las familias que pertenecen al consultorio (micro escenario)

Segundo, la construcción de la pirámide de la población real del consultorio.

Tercero, la aplicación de programas prioritarios que se llevan a cabo en la unidad.

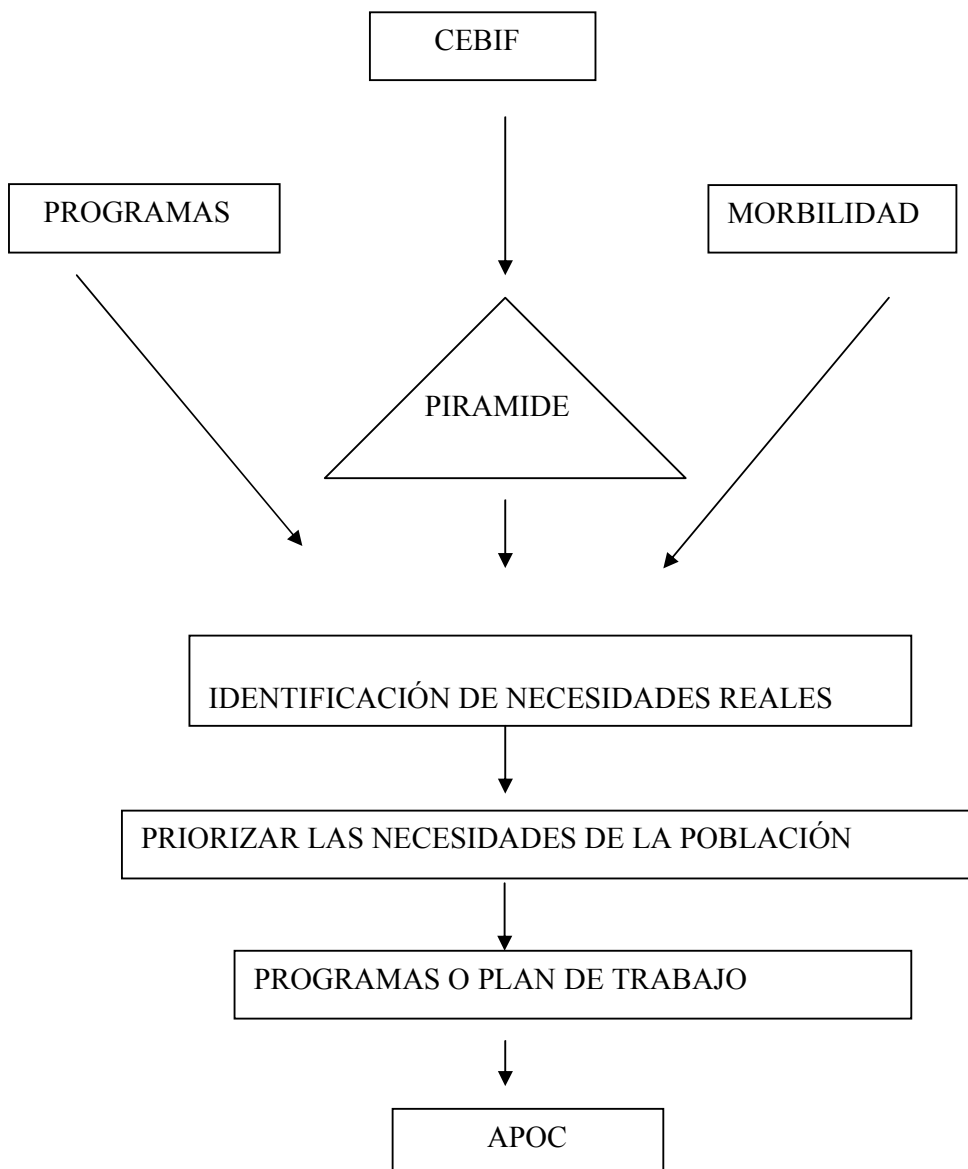
Cuarto, el análisis de las causas de la morbilidad del consultorio relacionadas con la pirámide de población.

El problema es complejo una de sus posibles soluciones puede consistir en sensibilizar a los médicos desde el pregrado en el uso práctico de modelos de atención como el MOSAMEF, que facilitan tanto el diagnóstico de factores de riesgo dentro de los grupos familiares, como un conocimiento más objetivo de las familias mismas. De esta manera estamos convencidos que la aplicación del MOSAMEF en la práctica de la medicina familiar facilitará una atención más resolutiva pero fundamentalmente más científica y humana.

El MOSAMEF es la piedra angular de una estrategia operativa de trabajo que permitirá incluir el conocimiento de los datos básicos de las familias derechohabientes a través de una cedula de identificación familiar (CEBIF), con el fin de integrar los datos clave que permitirán al médico familiar, aplicar un modelo previamente probado y a través del cual se puedan complementar las estrategias preventivas y de planeación o tratamientos necesarios para cada comunidad. (18)

## PLAN DE TRABAJO

MOSAMEF EN EL MICROESCENARIO (CONSULTORIO)



## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Actualmente no se cuenta con una información concreta y adecuada que permita conocer, cual es la situación de salud de las familias y poder proporcionar la atención que verdaderamente requiere la población

Con la problemática ya evidenciada, el médico familiar se encuentra ante una disyuntiva de su práctica profesional, al no poder aplicar en forma adecuada los programas de salud, que le de resultados reales de las necesidades de su población (consultorio), para poder planear o proponer las actividades preventivas, diagnosticas, de tratamiento y rehabilitación oportunas para las familias derechohabientes.

Para esta investigación se propone al MOSAMEF (Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar), como una estrategia piloto que de acuerdo al esquema APOC, tenga congruencia en cuanto a la atención primaria de salud, llevando a cabo la identificación de los problemas, decisión de la intervención, seguimiento, evaluación del programa con relación a la población específica de un consultorio, de una clínica o centro de salud.

## **3.- JUSTIFICACIÓN:**

La aplicación del MOSAMEF es de suma importancia para la práctica del médico familiar, ya que a través del modelo identificará inicialmente los datos básicos de las familias a su cargo, mediante la aplicación de la cedula básica de identificación familiar (CEBIF), con el fin de integrar de una manera sistemática la información general de las familias, y con estos resultados poder planear estrategias de trabajo acordes a las necesidades reales de la población; y obtener elementos valiosos para la optimización de los recursos de esta institución, y tratar de mejorar la atención a los derechohabientes y sus familias.

Por primera vez este programa se aplicará en el consultorio numero 3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan Veracruz, los datos que de aquí se obtengan beneficiarán al médico familiar, el cual mejoraría la atención médica, ya que tendría el conocimiento de las patologías más frecuentes de la población, lo que lo orientaría a priorizar su capacitación en dichas patologías y con ello lograr una atención integral y continua para cumplir con los objetivos de la practica del médico familiar.

La información obtenida por el MOSAMEF en el micro escenario, también tiene un valor de carácter administrativo para la dirección de la clínica, ya que orienta de forma precisa sobre las necesidades prioritarias de los recursos materiales, y poder dirigir mejor las políticas en la planeacion de metas en este consultorio.

#### **4- OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el MOSAMEF en su etapa diagnóstica en el consultorio No. 3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan,Ver.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Aplicar la Cédula Básica de información para conocer las características de la familia
- Elaborar la pirámide poblacional del consultorio No 3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver.

Identificar la estructura y el ciclo de vida de las familias usuarias a través de la CEBIF

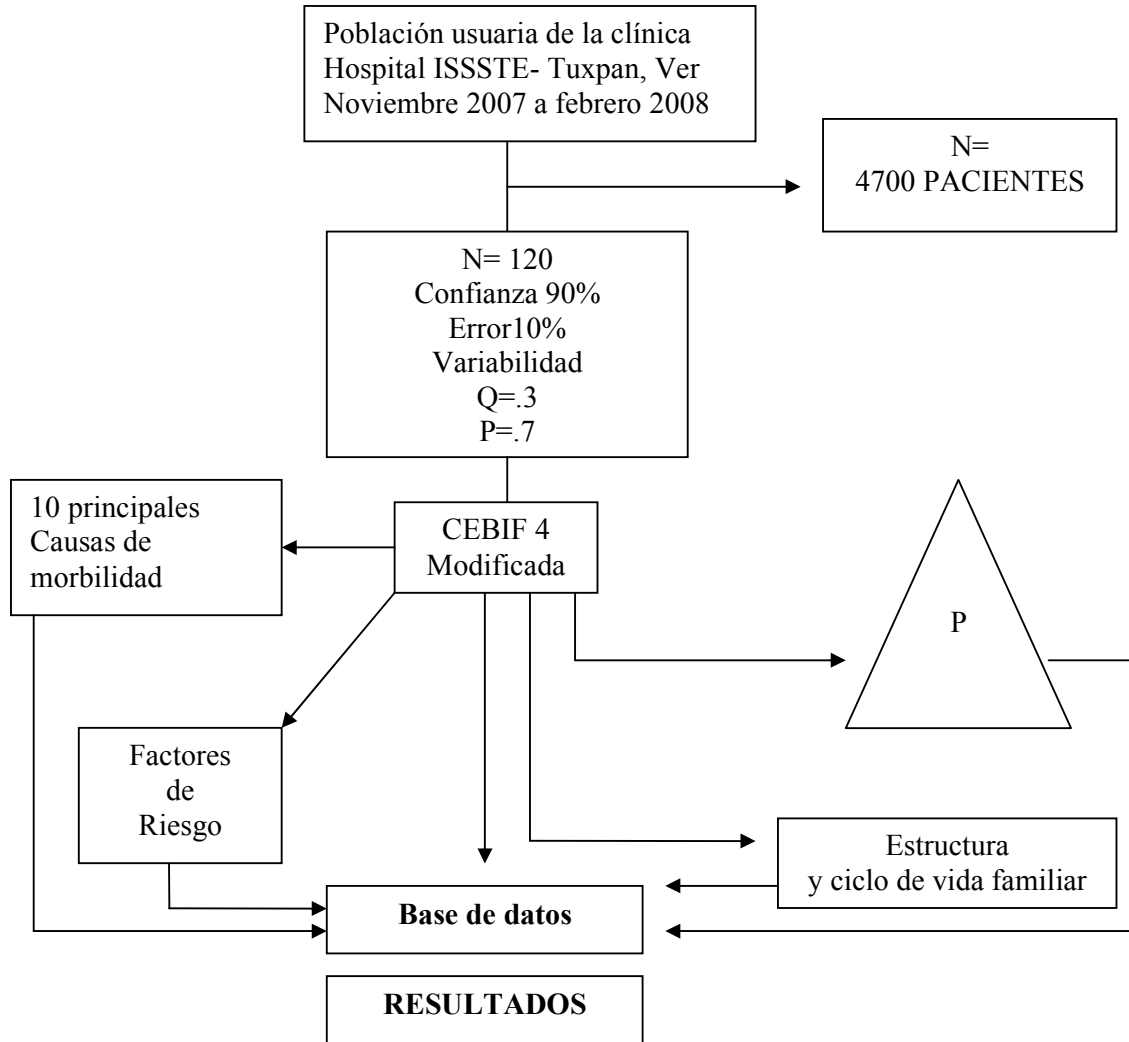
- Identificar las 10 principales causas de morbilidad del consultorio.
- Identificar los factores de riesgo de las familias usuarias.

## **5.- MATERIAL Y METODOS**

### **5.1 Tipo de estudio:**

Observacional, transversal, descriptivo, cuantitativo

### **5.2 Diseño de investigación del estudio**



**N= Familias derechohabientes del c-3 de la CL HOSP. ISSSTE Tuxpan, Ver 4700. Aplicada a un miembro, con un total de 120**  
**P= Pirámide de población**  
**N= Muestra no aleatoria de la familia**

### 5.3 Población, lugar y tiempo:

Familias usuarias del consultorio 3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver., realizado en el periodo de noviembre 2007 a febrero 2008.

### 5.4 Muestra

Se calculó una muestra de trabajo no aleatorio, obteniéndose una población muestra de 120 familias.

El tamaño de la muestra se calculó con la siguiente formula:

Z= Confianza 90%

E=Error del 10%

p= 0.7

q= .3

N= 4700

$$n = \frac{Z^2 q}{E^2 p} \left[ 1 + \frac{1}{N} \left( \frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right) \right]$$

Se estima que este tamaño muestral es suficiente para un adecuado acercamiento al objetivo general de este estudio.

**5.5.- Criterios de selección**

**5.5.1.-Criterios de inclusión**

- A. Todas las personas usuarias del consultorio 3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver., a individuos mayores de 18 años, que aceptaron y contestaron completamente la encuesta.
- B. Todos los derechohabientes que se encontraron vigentes en la clínica, en el periodo comprendido de noviembre 2007 a febrero 2008.
- C. Sólo a un integrante por familia.

**5.5.2.- Criterios de exclusión**

- A. Familias no afiliadas.
- B. Familias derechohabientes sin vigencia en el momento de aplicar la encuesta.
- C. Encuestas que no fueron contestadas porque las familias no aceptaron participar.



D. Pacientes que no quisieron contestar el cuestionario en forma completa.

### 5.6.- Variables

En este estudio se obtuvo información de la Cédula Básica de Identificación Familiar CEBIF-4 de la cual se tomaron en cuenta 15 variables.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
EDAD	Periodo de tiempo desde el nacimiento hasta el momento de expirar	Cuantitativa	Ordinal
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Cualitativos	Ordinal
SEXO	Condición orgánica que distingue el varón de la hembra	Cualitativa	Nominal
ESCOLARIDAD	Grado máximo	Cualitativa	ordinal
AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL	Tiempo de unión conyugal, expresada en años	Cuantitativa	Discontinua
EDAD DEL PADRE	Actividad laboral que desempeña el padre	Cuantitativa	Discontinua
EDAD DE LAMADRE	Edad de la madre expresada en años	Cuantitativa	Discontinua
OCUPACIÓN DE LA FAMILIA	Actividad que desempeña cada miembro de la familia	Cualitativa	Nominal
ESCOLARIDAD DE LOSPADRES	Grado máximo de estudios de los padres.	Cualitativa	Ordinal
NÚMERO DE HIJOS	Número de descendientes de los padres	Cuantitativa	Discontinua
EDAD DE LOS HIJOS	Edad de los hijos expresada en años	Cuantitativa	Discontinua
CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN EL PARENTESCO	De acuerdo al vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Cualitativa	Nominal
CLASIFICACIÓN DE FAMILIA SIN PARENTESCO	De acuerdo al vínculo por consanguinidad más otras personas sin parentesco o grupos sociales	Cualitativa	Nominal
CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA CON BASE EN LA PRESENCIA FISICA Y CONVIVENCIAL	Es la clasificación vinculada con la identificación del jefe de la familia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia	Cualitativa	Nominal
CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA EN BASE A LA ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	De acuerdo a la evolución en cuanto a las tareas familiares , en los recursos, el número de miembros, en las ganancias y pérdidas potenciales en el sentido de la realización y de la autoestima	Cualitativa	Nominal

### 5.7.- MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Se recabaron las hojas de informe diario (forma SM-10-1) en el servicio de estadística, correspondiente al año 2007 y por el método de paloteo se detectan las principales causas de enfermedad.
2. Se aplicaron las encuestas al paciente, mediante la selección por conveniencia, se elige el ingreso voluntario del paciente para aplicar la CEBIF, en el periodo comprendido de noviembre 2007 a febrero 2008.

### **5.8.- Recolección de la información**

La información será obtenida por el autor del trabajo de especialidad de Medicina Familiar con sede en la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver. Los datos se almacenaron en los programas de Excel y SPSS versión 15.

### **5.9.- Maniobras para evitar o controlar sesgos**

Existe sesgo de información debido a que los datos son reportados por los pacientes y se confía en la veracidad de ellos. También se reconoce que existe sesgo de selección debido a la naturaleza no aleatoria de los individuos seleccionados y por el tipo de muestra no probabilística.

### **5.10.- Procedimientos estadísticos**

Base de datos SPSS versión 15.

Análisis estadístico, descriptivo, utilizando medidas de tendencia central, de resumen y de dispersión.

### 5.11.- Consideraciones éticas:

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Artículo 17 del Reglamento), es una investigación que no representa riesgos para los pacientes que van a ser entrevistados, y no altera ninguno de los conceptos de la declaración de Helsinki adoptada en la 18 a. asamblea.(20 )

### 5.12.- Cronograma

<b>Etapa y actividad</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dic.</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>
<b>Etapa de planeación y proyecto</b>	♣				
<b>Marco teórico</b>		♣	♣		
<b>Material y método</b>			♣		
<b>Etapa de ejecución</b>			♣	♣	♣
<b>Recolección de los datos</b>	♣	♣	♣	♣	♣
<b>Almacenamiento de los datos</b>			♣	♣	♣
<b>Análisis de los datos</b>					♣
<b>Descripción de los datos</b>					♣
<b>Discusión de los resultados</b>					♣
<b>Conclusión del estudio</b>					♣
<b>Integración y revisión final</b>					♣
<b>Reporte final</b>					♣
<b>Autorizar</b>					♣
<b>Impresión del trabajo final</b>					♣

### 5.12.- Recursos humanos, materiales y financieros

Recursos humanos:

Este proyecto fue realizado por el investigador responsable del mismo.

Recursos materiales:

1 computadora  
Hojas blancas = 800  
Lápiz plomo = 1  
Calculadora = 1  
Goma de borrar = 1  
Memoria usb = 1

Recursos financieros:

Los recursos financieros para la elaboración de este proyecto corren a cargo del investigador responsable.

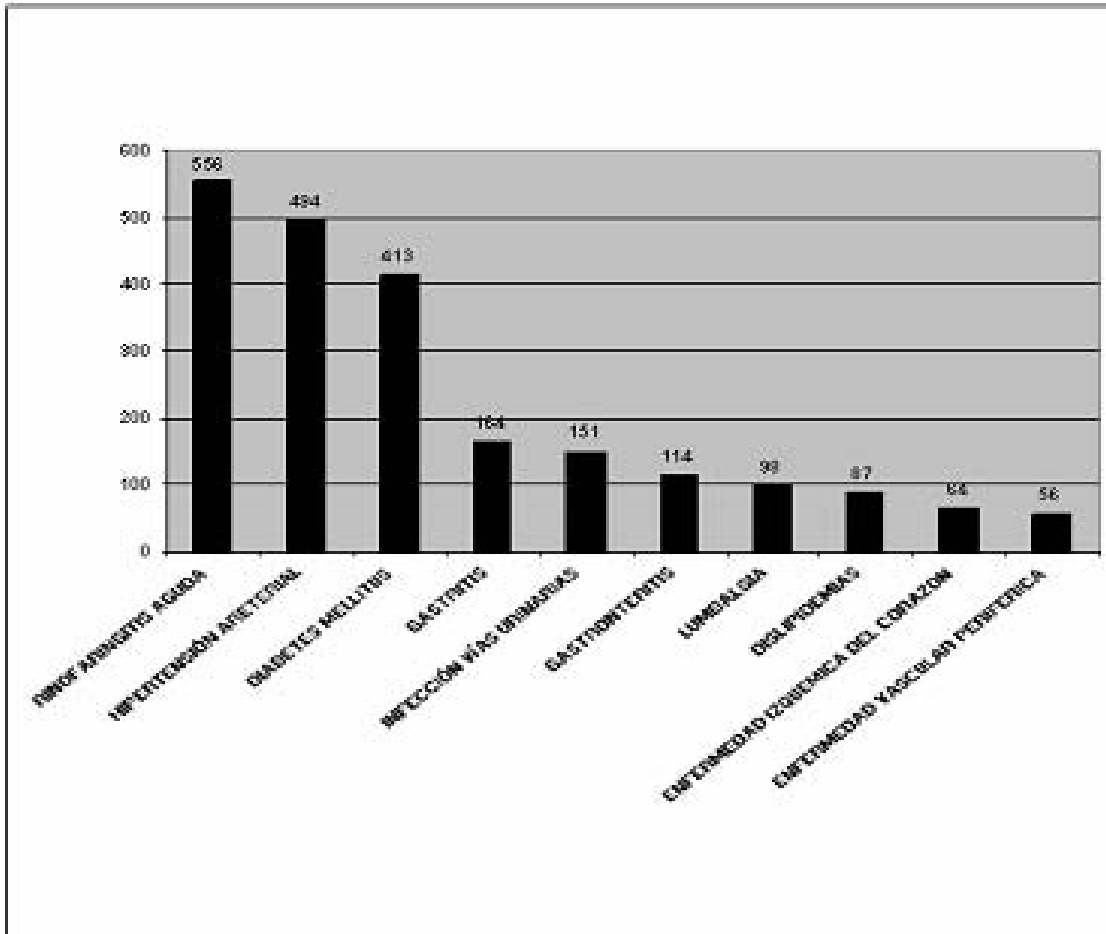
## **6.- RESULTADOS**

El total de Cédulas de identificación familiar aplicadas en el consultorio 3 de la clínica hospital ISSSTE de Tuxpan, Veracruz, fueron 120.

### **6.1.- Morbilidad**

El total de las consultas reportadas en el año 2007 en el consultorio No 3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver, en cuanto a las 10 principales patologías fueron de 2197 y el numero de pacientes que las padecen. Encontrándose en un 25.30% la rinofaringitis como primera patología con 556 casos, le sigue la hipertensión arterial con un 22.48% equivalente a 494 casos, la diabetes mellitus con un 18.79% que corresponde a 413 casos, la gastritis con un 7.46% en 164 casos, la infección de vías urinarias con 6.8% en 151 casos, la gastroenteritis con un 5.18% en 114 casos, la lumbalgia con 4.46% en 98 casos, las dislipidemias con un 3.45% en 87 casos, la enfermedad izquemica de corazón en un 2.91% en 64 casos y la enfermedad vascular periférica en 2.54% con 56 casos. Grafica 1.

**GRAFICA No. 1 CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO No.3 DE LA CLINICA HOPITAL DEL ISSSTE. TUXPAN, VER DURANTE EL AÑO 2007**

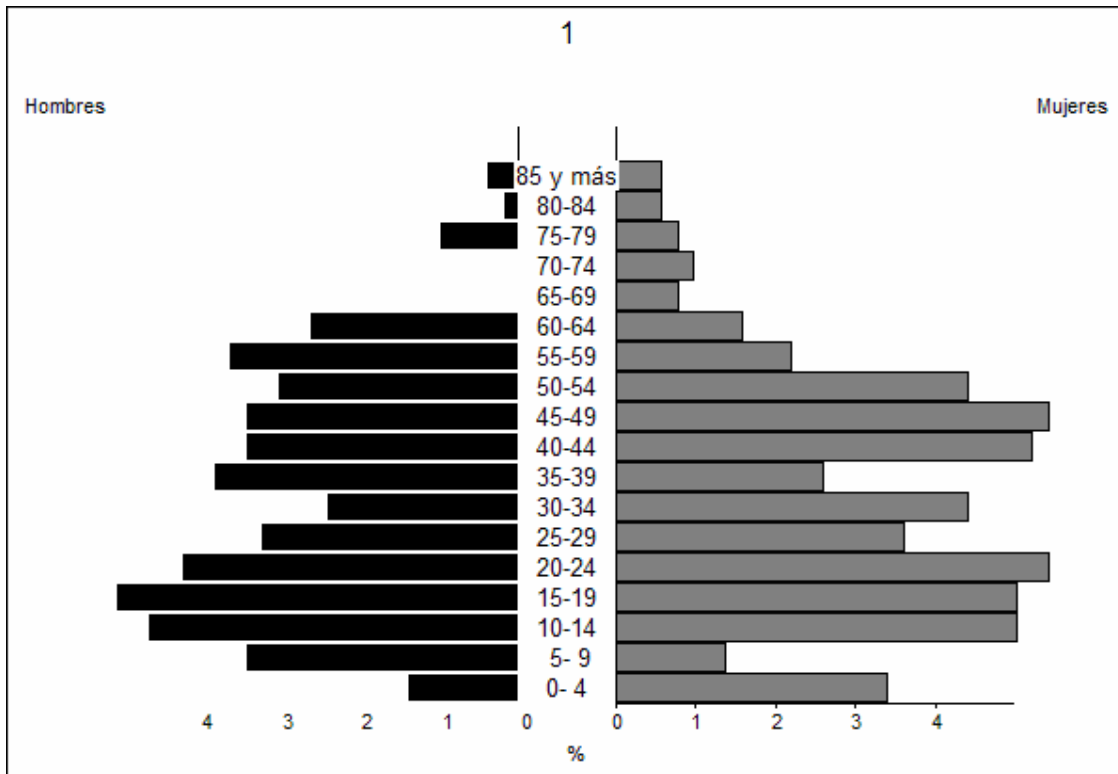


## 6.2 Pirámide poblacional

La pirámide poblacional del consultorio No 3 de Clínica Hospital ISSSTE, de Tuxpan, Ver, asciende a 495 derechohabientes, representa a una población predominantemente joven, con baja natalidad y mortalidad, con una población económicamente activa de 301 (60.8%), con una población adulta mayor de 18 años de 360 (74.74%), la población de menores de 5 años corresponde a 30 (6.06%) y la población mayor de 60 años es de 48 (9.7%).

La población económicamente activa de sexo masculino fue de 166 que corresponde al 33.53%, y del sexo femenino de 135 y corresponde un 27.27%, de la población adulta mayor de 18 años corresponde al sexo masculino de 203 con un 41.01% y del sexo femenino de 167 con un 37.73%, de la población menor de 5 años comprende al sexo masculino 18 con un 3.64% y para el sexo femenino de 12 en un 2.42%, de la población mayor de 60 años son del sexo masculino 27 y corresponde al 5.45% y del sexo femenino 21 que corresponde al 4.24% .Gráfica 2.

**Gráfica 2 pirámide de población del consultorio No. 3 de la Clínica Hospital del ISSSTE Tuxpan, Ver**



### 6.3 Sexo

Se obtuvo información de 120 familias que corresponden a 495 familiares, de los cuales 228 son del sexo masculino con el 46.0%, y 267 del sexo femenino que corresponde al 53.9%.

### 6.4 Edad

La edad promedio fue de 34 años, el individuo con mayor edad fue de 94 años y el menor de un año.

### 6.5 Escolaridad

En lo que se refiere a la escolaridad, de los 495 pacientes, se observa escolaridad promedio de 11.6 años siendo la profesional la mas elevada con un 27.68%.Tabla 3.

**Tabla 3 Escolaridad**

AÑOS DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
---------------------	------------	------------	-------------

0	32	6.47	
1	3	0.6	
2	9	1.81	
3	4	0.8	
4	6	1.21	
5	6	1.21	
6	16	3.23	15.33
7	22	4.44	
8	30	6.06	
9	46	9.29	
10	16	3.23	
11	22	4.44	
12	74	14.5	41.96
13	38	7.68	
14	10	2.02	
15	8	1.61	
16	9	1.81	
17	7	1.41	
18	137	27.68	42.21
<b>TOTAL</b>	<b>495</b>	<b>99.5</b>	<b>99.5</b>

## 6.6 Parentesco

En cuanto al parentesco los resultados que se encontraron de los 495 pacientes, fue que el mayor porcentaje con 48% corresponde a los hijos, el 24.2% a la madre y el 20% al padre. Tabla 4.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	120	24.24
PADRE	99	20
HIJO	235	47.47
NUERA	5	1.01
YERNO	3	0.6
NIETO	16	3.23
HERMANO MATERNO	3	0.6
HERMANO PATERNO	1	0.2
SOBRINO MATERNO	2	0.4
PRIMO MATERNO	1	0.2
ABUELO MATERNO	3	0.6
ABUELO PATERNO	1	0.2
OTROS	6	1.21
<b>Total</b>	<b>495</b>	<b>99.96</b>

## 6.7.- Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo detectados fueron la diabetes mellitus con una frecuencia de 68 que corresponde al 13.73%, la hipertensión arterial con una frecuencia de 58 que corresponde al 11.71%, y en tercer lugar alcoholismo con una frecuencia de 52 que corresponde al 10.50%, el resto de los factores se observa en la Tabla 5.

**Tabla No. 5 Factores de riesgo**

<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes Mellitus	68	13.73
Hipertensión Arterial	58	11.71
Alcoholismo	52	10.50
Obesidad	49	9.89
Tabaquismo	42	8.48
Enf. Del Corazón	32	6.46
ASMA	29	5.85
Enf. Del Cerebro	9	1.81
Otro Cáncer	8	1.61
Violencia Intrafamiliar	8	1.61
Discapacidad	8	1.61
cacu	6	1.21
Ca-mama	6	1.21
Ca-Próstata	6	1.21
Enf. Psiquiátricas	6	1.21
Riesgo Ocupacional	5	1.01
Insuf. Renal	4	0.80
Anorexia-Bulimia	3	0.60
Otras Fármacodep.	2	0.40
Otra ETS	1	0.20

### **6.8.- Estado civil**

De las 120 familias entrevistadas, el 75.8% son casados, el 3.3% viven en unión libre, el 5.8% son divorciados y el resto son viudos o solteros, Tabla 6.



**Tabla No. 6 Estado civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
CASADOS	91	75.83
UNIÓN LIBRE	4	3.33
DIVOCIADOS	7	5.83
VIUDOS	13	10.83
SOLTEROS	5	4.17
T O T A L	120	100.00

### **6.9 Estructura familiar**

Dentro del tipo de familia por su composición se encuentra en un 71.6% la familia nuclear, que corresponde a 86 familias, el resto de la clasificación esta representado en la tabla 7.

**Tabla No. 7 Estructura familiar**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
NUCLEAR	86.00	71.67
EXTENSA	10.00	8.33
MONPARENTAL	23.00	19.17
EQUIVALENTES FAMILIARES	0.00	0.00
PERSONA QUE VIVE SOLA	1.00	0.83
TOTAL	120.00	100.00

### **6.10.- Etapas del ciclo vital de la familia**

El mayor número de familias se encuentran en etapa de expansión, que corresponde a 55, con un 45.3%, el resto de la clasificación se presenta en la tabla 8

**Tabla No.8 Ciclo vital de la familia**

ETAPAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATRIMONIO	4.00	3.33
EXPANSIÓN	55.00	45.83
DISPERSIÓN	34.00	28.33
INDEPENDENCIA	19.00	15.83
RETIRO	8.00	6.67
TOTAL	120.00	100.00

### 6.11 Ocupación

La ocupación de la familia marcó que el 28.2% son estudiantes de preescolar a postgrado, en segundo lugar con el 22.8% son profesionistas, el 12.9% son amas de casa, el resto de las ocupaciones se encuentran en la tabla 9.

**Tabla No.9 Ocupación de la familia**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estudiante (Pre-escolar hasta Postgrado)	140	28.28
Profesional	113	22.83
Ama (o) de casa (hogar)	64	12.93
Empleado	55	11.11
Menor de edad (menores de 4 años)	26	5.25
Servicios diversos	23	4.65
Jubilado/ Pensionado	14	2.83
Comerciante	13	2.63
Técnico	12	2.42
Desempleado	7	1.41
Campesino	6	1.21
Directivo	6	1.21
Obrero	4	0.81
Conductor de auto (chofer)	4	0.81
Empresario	3	0.61
Estudia y Trabaja	2	0.4
Otras Ocupaciones	2	0.4
Artesano	1	0.2
Artista	0	0
TOTAL	495	100

### 6.12 Edad de los padres

La edad de los padres que proporciono la CEBIF-4 a través de las 120 cédulas aplicadas, reporta que la mínima de la madre es de 22 años con un 0.84% y del padre de 23 años con un 1.02%, la edad máxima es de 94 años con un 0.84% y 85 con un 1.02% respectivamente.

## **7.- DISCUSIÓN**

La aplicación de las cédulas de identificación familiar fue satisfactoria, para cubrir una muestra no aleatoria y no representativa de la población del consultorio No. 3, se identificaron datos importantes para conocer el perfil de la población, la pirámide refleja una proporción en mujeres de edad reproductiva y productiva, el grupo menor de 5 años corresponde al 6.06 % con un total de población de 30, existe un incremento en la población de 5 a 19 años con un 24.64% que corresponde a una población de 122, por lo que es importante establecer programas de orientación y educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual, esquema de vacunación en adolescentes, prevención de adicciones, y orientar sobre el desarrollo individual por los cambios que se presentan de la adolescencia hacia la adultes, en el grupo de 20 a 44 años tenemos una población de 85 del sexo femenino que corresponde al 17.17 %, y del sexo masculino 106 que corresponden al 21.4 %, lo que nos orienta a enfatizar los programas de salud reproductiva (planificación familiar, control de embarazo, riesgo reproductivo, control prenatal, detección oportuna de cáncer Cervicouterino y mama), prevención o detección de enfermedades crónico degenerativas, promoción de actividad física, higiene dental y salud mental.

El grupo donde se encuentran los pacientes de 45 años y más es de 158, en este grupo es importante la prevención y control de las enfermedades crónico degenerativas, informar a ésta población los cambios físicos y orgánicos que se presentan en la edad adulta, contar con redes sociales y trabajar en conjunto con el equipo de salud.

Del reporte diario de la consulta del médico familiar se obtiene un total de consultas en el año 2007 de 2197 con respecto a las 10 principales causas de morbilidad de las cuales el primer lugar lo ocupan las infecciones de vías respiratorias altas, seguida de las enfermedades crónico degenerativas, como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

El grado escolar donde existe mayor número de alumnos es de 12 años continuos, que comprende al nivel de preparatoria, tomando como inicio a partir del primer año de primaria.

Conociendo los factores de riesgo de las familias, podemos dar prioridad a las medidas preventivas y retardar la aparición de estas enfermedades, dentro de los principales factores de riesgo tenemos en primer lugar a la hipertensión arterial, en segundo lugar a la diabetes mellitus, en tercer lugar enfermedades cardiovasculares y en cuarto lugar la obesidad, es importante investigar la cobertura de atención que se hace a estos padecimientos para mejorar estos factores de riesgo, en beneficio de las familias estudiadas. Enfermedades crónico degenerativas como el tabaquismo y alcoholismo

son un importante factor de riesgo ocupando el quinto y séptimo lugar en frecuencia, el asma en esta población ocupa el sexto lugar por lo que debemos poner más énfasis en su control.

Con respecto al estado civil, predomina el matrimonio en un 75.8%, unión libre en 3.3% divorciados 5.8%, viudos 10.8% y solteros 4.16%, por lo que se observa que son pocas las familias donde falta la pareja, pero aun así se deben tomar en cuenta para la formación de grupos de apoyo a estas familias.

La encuesta fue contestada en la mayoría de los casos por mujeres ya que de la familia es la que acude con mayor frecuencia a la consulta, ya sea por enfermedad o por acompañar a otro miembro de la familia.

En lo referente a la estructura familiar la mayoría de las familias son nucleares en un 71.6%, la familia monoparental en un 19.1%, la familia extensa en un 8.3% y personas que viven solas un 0.83%.

En el ciclo vital de las familias predominan las que están en etapa de expansión con un 45.8%, le sigue la familia en etapa de dispersión en un 28.3%, etapa de independencia 15.8%, en etapa de retiro 6.6% y en etapa de matrimonio 3.33%. La etapa de expansión es fundamental en la formación de los hijos, en esta fase es importante orientar a los padres con la finalidad de dar valores que puedan transmitir a sus hijos. La etapa de dispersión es importante, ya que en ésta los hijos están asistiendo a la escuela o ya están laborando en vías de formar nuevos hogares, en la etapa de retiro y muerte se debe preparar a la familia para los eventos naturales que puedan presentarse.

En el grupo de ocupación predomina el de estudiante (de preescolar a postgrado) en un 28.2%, en segundo lugar el de profesional con 22.8%, y en tercer lugar el de ama de casa con un 12.9%.

## **8.- CONCLUSIONES**

Una vez concluido el estudio se ha logrado conocer las características sociodemográficas de las familias atendidas en el consultorio 3 de la Clínica Hospital ISSSTE de Tuxpan, Ver. Es ideal que el médico familiar aplique los tres principios básicos de la medicina familiar (continuidad de la atención, enfoque de riesgo y estudio de familia), ya que con el conocimiento que actualmente se tiene mediante los resultados obtenidos a través de la CEBIF-4 se debe encauzar a realizar acciones de educación para la salud, específicas de acuerdo a la problemática real del consultorio. Con la pirámide de población se identificó que la gran mayoría de los derechohabientes se encuentran entre los 20 y 64 años de edad, por lo que se deben implantar programas prioritarios encaminados a la detección y prevención de enfermedades crónicas degenerativas, salud reproductiva, prevención y control de adicciones, promoción de actividad física, salud dental y mental.

Predominan los derechohabientes del sexo femenino por lo que se debe hacer énfasis en la realización de papanicolau y exploración de mamas. Se observa también que es una población en edad reproductiva por lo que se debe dar orientación sobre las enfermedades de transmisión sexual, SIDA, métodos de anticoncepción, riesgo reproductivo y cuidados durante el embarazo y embarazo en adolescentes.

Una vez conocidas las 10 principales causas de morbilidad de los núcleos familiares atendidos en el consultorio 3 de la Clínica Hospital ISSSTE. de Tuxpan, Ver; se está en condiciones de implantar acciones que permitan orientar a nuestros pacientes sobre hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, obesidad, tabaquismo, asma y alcoholismo, mismas que están afectando a la comunidad en estudio. Debemos llevar a cabo medidas preventivas aplicando el nivel de prevención de Leavell y Clark.

1er. Nivel: Educación para la salud, Promoción para la salud, Fomento sanitario y Protección específica.

2do. Nivel: Diagnóstico precoz y Tratamiento oportuno

3er. Nivel: Limitación del daño y Rehabilitación

Se deben incrementar programas de educación y fomento a la salud, mediante la formación del club del hipertenso, diabético, obeso, dislipidémico, climaterio. Dentro de estos clubes tener grupos de apoyo para hacer detecciones de hipertensión arterial con monitoreo de toma de presión arterial, realizar toma de glucómetro, detectar cifras altas de lípidos, detección de sobrepeso mediante la aplicación del índice de masa corporal, mediante pláticas dar a conocer las enfermedades de transmisión sexual y como prevenirlas, insistir en cambios en el estilo de vida.

El médico familiar debe estar siempre actualizado en las patologías que puedan presentarse en el ciclo vital de la familia, capacitarse en temas que necesite la población estudiada con el fin de otorgar una atención integral y continua a las familias y además que se apliquen las diferentes normas de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cervicouterino, detección de cáncer de mama, de promoción y vigilancia epidemiológica.

Esta investigación pretende brindar una contribución a la sociedad y al médico mismo, para identificar los problemas que se presentan como más importantes de atender, y en los cuales se deben basar las estrategias y programas que se realizan para la atención integral de nuestra población.

Con esta investigación espero llamar la atención de mis compañeros médicos generales para que también apliquen el MOSAMEF en su micro escenario y puedan conocer las necesidades y prioridades de sus derechohabientes.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Zurro MA. Atención primaria: Conceptos Organización y Practica Clínica. 2ª ed. Mosby, Madrid, 1989.
- 2.- Zurro MA. Cano Pérez J.F. Atención Primaria, Conceptos, Organización y Practica Clínica (5ª edición) Ed. Elsevier 2003 Madrid, 2004 pag, 3-13.
- 3.- Turabian J.L. Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria de Salud (APS) Ed. Díaz de Santos. 1994 Madrid, 1995 pag. 15 a 29.
- 4.- Lozwe Atención Primaria a la Salud Revisión conceptual salud pública de México 1988;30 (5): 55-64.
- 5.- Zurro M.A. Huguet M. García C.F. La Organización de las Actividades en Atención Primaria: Principios de la Atención Primaria de Salud 1994: Cap. 3 pp: 7-34
- 6.- Suárez RV. Aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en el microescenario. Tesis. Curso de Especialización en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM. México,2007, p. 1-7.
- 7.-Narro Robles J. Medicina Familiar en “La Salud en Mexico, testimonioa 1998”. Las Especialidades Médicas en Mexico, pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Vol. 2 Tomo

IV México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989: pag. 239-252 Disponible en URL: Programa Académico <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/>

8.- División de estudios de posgrado e investigación, Plan Único de Especialidades Médicas en Medicina Familiar: UNAM. 1999. 3ª Edición 2003 pp: 1-18.

9.- Organización Mundial de Médicos Familiares: WONCA. 1977, disponible en URL: <http://www.cimfweb.org/>. 10 de Febrero 2008.

10.- Gallo Vallejo F.J. Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria Vol. 23 Marzo 1999. pp: 124-144.

11.- Sidney LK. APOC- Grupo de Trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad. 2005, p. 1-3. Disponible en URL: <http://www.apoc-copc.org/historia.htm>, 3 pantallas 7 de febrero 2008.

12.- Foz GG, Gofin J, Montaner G. Atención primaria orientada a la comunidad. Ed. Elsevier, Madrid, España, 2003, p. 347-362.

13.- Fernández OM, Gomez CF, Irigoyen CA, Membrillo LA, Ponce RE, Quiroz PJ. I.- Elementos esenciales de la medicina familiar, Vol. 7 sup. 1: 2005 p.13-14

II.- Conceptos Básicos para el estudio de las Familia Vol. 7 supl.1: 2005 p.: 15-19.

III.- Código de bioética en medicina familiar, Vol. 7 supl.1:2005:p. 21-23

14.- Crisis Familiares Idarmis Gonzáles Benítez. Edificio SP 20. Apto. 36 Micro X Alamar. Habana del este, Ciudad de la Habana, Cuba. Rev. Cubana Med. Gen. Integral 2000; 16(3): 270-276.

15.- Irigoyen C.A.- Morales de Irigoyen H. Nuevo Diagnóstico Familiar 1ª Edición Editorial Medicina Familiar Mexicana 2005 pp: 36-37.

16.- Medina CL. Lomeli GLE Irigoyen CA Modelo Sistemático de Atención Medica Familiar Estrategias para la Formación de Recursos Humanos para la Salud de Nayarit Arch. Med. Fam. 2000;(2): p. 41-46.

17.- Irigoyen Coria A. Gómez Clavelina F.J. Modelo Sistemático de Atención Medica

Familiar: ¿ Piedra de Roseta para la Medicina Familiar? Arch. Med. Fam. 2000;2(1)5-6.

18.- Irigoyen Coria A. Morales López H. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar: MOSAMEF Med.Fam.Mex. 1ª ed.2002 pp:158-167.

19.- Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Secretaria de Salud México 1987.

20.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 52 asamblea medica mundial. Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.





**DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA**

	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo 1= mujer 2= hombre	Escolaridad en años	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

\*Escriba en el margen izquierdo un asterisco (\*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario  
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional

**Códigos para los datos demográficos de la familia**

Parentesco	Grupos de Ocupaciones	Edad en años
01 = Madre	01 = Ama(o) de casa (hogar)	Meses = años
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	0 = 0.000
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	1 = 0.083
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	2 = 0.167
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	3 = 0.250
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	4 = 0.333
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	5 = 0.416
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	6 = 0.500
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	7 = 0.583
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	8 = 0.666
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	9 = 0.750
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, platero, herrero, mecánico, etc.)	10 = 0.833
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	11 = 0.916
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	12 = 1.000
15 = Bisabuelos maternos	15 = Artista (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)	
16 = Bisabuelos paternos	16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales con 1 a 5 trabajadores o familiares a sueldo)	
17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	17 = Empresario (dueño de comercios, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)	
	18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)	
	19 = Servicios diversos (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	