



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

**CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y
PRINCIPALES MOTIVOS DE ATENCIÓN DEL CONSULTORIO No. 4 DE LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “CINCO DE FEBRERO” DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO EN EL DISTRITO FEDERAL.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DRA. NORMA PALOMARES VARGAS

México, Distrito Federal

Noviembre, 2008.



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.

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y
PRINCIPALES MOTIVOS DE ATENCION DEL CONSULTORIO No. 4 DE LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “CINCO DE FEBRERO” DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO EN EL DISTRITO FEDERAL.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NORMA PALOMARES VARGAS

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

DRA. SONIA ISABEL SANCHEZ RIOS

DIRECTORA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “CINCO DE FEBRERO”

DRA. NAYELLI VILLA ORDAZ

JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “CINCO DE FEBRERO”

DRA. MA. GUADALUPE GRIJALVA

ASESOR DE TESIS

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL
ISSSTE.

México, Distrito Federal

Noviembre 2008

**CARACTERISTICAS FAMILIARES, FACTORES DE RIESGO Y
PRINCIPALES MOTIVOS DE ATENCION DEL CONSULTORIO No. 4 DE LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR “CINCO DE FEBRERO” DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO EN EL DISTRITO FEDERAL.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. NORMA PALOMARES VARGAS

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

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. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA .U.N.A.M.

RESUMEN:

Objetivos: Se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar las características en la composición familiar, determinar las diez causas más frecuentes de consulta, así como identificar los factores de riesgo de las familias del consultorio No. 4 de la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en el Distrito Federal.

Material y métodos: La población de referencia fueron los 1945 pacientes adscritos al consultorio No. 4 de la CMF Cinco de Febrero del ISSSTE en el D.F, durante el mes de mayo del 2008. La muestra no aleatoria fue de $n=126$. Se aplicó la Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF) a las 126 familias, con la finalidad de detectar los factores de riesgo y las características de las mismas. Se realizó La pirámide poblacional de dicho consultorio y se revisaron las hojas de informe diario del médico con el fin de obtener las 10 causas más frecuentes de consulta. El estudio llevado a cabo tuvo una fase retrospectiva de abril del 2007 a marzo del 2008, y otra fase prospectiva, de mayo a septiembre del 2008.

Resultados: El grupo de población más numeroso fue el femenino (52.8 %), la mayoría de los pacientes se encuentran en el grupo etareo de 65 años y más años (21.81%); dentro de la composición familiar, el promedio de años de casados fue de 25 a 29; la mayoría tienen una familia nuclear simple (66.1%), el promedio de escolaridad es de 9.8 años y la ocupación más frecuente fue la de empleado, con un 22.1 %. Las viviendas de las familias cuentan con todos los servicios públicos y en la mayoría de ellas no hay hacinamiento. El ingreso mensual es aportado en un gran porcentaje por un integrante de la familia y éste es de más de tres salarios mínimos. En el ciclo vital de la mayoría de las familias están en fase de retiro (30.8%). Los principales factores de riesgo encontrados fueron: obesidad (57.3%), diabetes mellitus (38.0%), hipertensión arterial sistémica (37.2%), seguidos de las adicciones (alcoholismo y tabaquismo). El número de hijos en promedio con que cuentan es de 2.66. Las mujeres encontradas en edad fértil no cuentan con algún método anticonceptivo, la mayoría se realiza citología vaginal y revisión mamaria anualmente, encontrándose hasta este momento resultados negativos. La mayor parte de las familias son funcionales ya que obtuvieron un apgar familiar mayor de 13; además de contar con buenas redes de apoyo tanto Institucional como familiar.

Conclusiones: La mayoría son familias nucleares, con nivel socioeconómico medio, con escolaridad media superior y con factores de riesgo que corresponden a las de la mayoría en las etapas de desarrollo de las grandes ciudades. En un gran porcentaje son familias de la tercera edad en las que las enfermedades que se presentan son las mismas que se reportan en las estadísticas nacionales de acuerdo a este grupo.

Palabras clave: Cédula Básica de Información Familiar (CEBIF), Atención Primaria a la Salud (APS), Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), medicina familiar, médico familiar, factores de riesgo, Modelo Sistemático de Atención de Medicina Familiar (MOSAMEF).

SUMMARY:

OBJECTIVES: It was performed a research which purpose was to identify the characteristics within the familiar composition, to determine the ten most common consulting causes as well as to identify the families risk factors of the consulting room number four of the “Cinco de Febrero” Medical Clinic pertaining to the Security And Social Services Institute of the State Workers (ISSSTE¹) at the Federal District.

MATERIAL AND METHODS: The reference population was the 1945 patients assigned to the consulting room number four of the “Cinco de Febrero” Familiar Medical Clinic of the ISSSTE at the Federal District during the month of May of the year 2008. The non-random sampling was of n=126. The basic familiar information registry (CEBIF²) was applied to the 126 families in order to detect the risk factors and the characteristics of the same. The population pyramid of said consulting room was performed and the medical daily report pages were reviewed so as to obtain the ten most common causes of consulting reason. The research performed had a retrospective phase from April, 2007 to March, 2008, and another exploratory phase from May to September, 2008.

RESULTS: The largest population group was the feminine one (52.8%); the majority of the patients are in the group by age of 65 years and more years (21.81%); within the familiar compound, the married years average was from 25 to 29; within the familiar compound, the majority has a simple central family (66.1%); the schooling average is 9.8 years and the most

¹ Abbreviation by initials in Spanish language which mean in Spanish language is: Instituto de Seguridad y Sericios Sociales de los Trabajadores del Estado.

² Abbreviation by initials in Spanish language which mean in Spanish language is: Cédula Básica de Información Familiar

common occupation was employee with a 22.1%. the families homes have all the public services and in most of them there is no overcrowding. The monthly income is provided in a great percentage by a member of the family and the income is formed by more than three times the minimum wage. In the majority of the families' essential cycle, they are in the retirement period (30.8%). The main risk factors found were: obesity (57.3%), diabetes mellitus (38.0%); systemic arterial hypertension (37.2%) followed by the addictions (alcoholism and tobacco addiction). The children's number in average is 2.66. The women found in fertile age do not have a contraceptive method; the majority has a vaginal smear test and a mammary revision annually, finding negative results until this moment. Most of them are functional according to the fact that most of them obtained a family apgar higher than 13; in addition to have good supporting nets, both institutional and familiar.

CONCLUSIONS: The majority are central families, with a medium socio-economical level, with middle superior schooling, and risk factors that correspond to the ones of the majority in the development periods of the big cities. In a great percentage, they are families of the third age in which the diseases that appear are the same that are reported in the national statistics according to this group.

KEY WORDS: The Basic Familiar Information Registry (CEBIF); the Health Primary Attention (APS³); the Primary Attention directed to the community (APOC⁴); Familiar Medicine; Family Doctor; Risk Factors; Systematic Model of Familiar Medicine Attention.

³ Abbreviation by initials in Spanish language which mean in Spanish language is: Atención Primaria a la Salud.

⁴ Abbreviation by initials in Spanish language which mean in Spanish language is: Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

INDICE GENERAL

	Página
1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Planteamiento del Problema	42
4. Justificación	45
5. Objetivos	46
6. Material y Métodos	46
Tipo de estudio.....	46
Población	47
Tipo de muestra.....	47
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	48
Variables.....	48
Método de recolección de la información	52
Consideraciones éticas	55
7. Resultados	56
8. Discusión	62
9. Conclusiones	82
10. Referencias bibliográficas	84
11. Anexos	88

Introducción

La familia durante muchos años, ha sido considerada como la Unidad Social más inmediata y significativa de la ciencia demográfica. En la familia es donde se logra la salud o la enfermedad de sus integrantes, por lo que su estudio es de gran interés.

El estudio Flexner es considerado como un documento enmarca la declinación de la práctica de la medicina general y da paso a la era de la formación de especialistas, en donde los médicos en formación o los que ya lo eran, tenían que ser especialistas para poder subsistir, ya que el médico general era considerado como un “médico mediocre, de segunda”.

La medicina familiar surge como respuesta a las necesidades de atención a la salud de la población que requiere de una atención no fragmentada, integral y personalizada así como de los estados que deben otorgarle una atención de salud más económica, eficiente y de calidad.

Tiene su origen en el Reino Unido, aproximadamente en 1948 con el Sistema Nacional de Salud en donde hay un apoyo importante a los médicos generales a pesar de la pobreza de la posguerra, cuando se hace necesaria una atención médica universal a la población y se apoya incondicionalmente a la seguridad social; al profesional médico con esta formación se le llama General Practitioner.

En Canadá se inicia en 1954 con la formación del Colegio Canadiense de Médicos Familiares y en 1960 con el sistema Medicare que es una cobertura universal de salud.

En los años sesentas, en Estados Unidos coincidieron varios puntos para que surgiera la especialidad: escasos médicos graduados que resolvieran las necesidades de atención de salud, marcada tendencia a la especialización, formación deficiente del médico general que no respondía a las demandas de un sistema de salud cada vez más complejo; coincidió a su vez, con una fuerte crítica a la fragmentación de la medicina, tanto por la población como por expertos planificadores sanitarios, exigiendo la creación de un médico especializado en la atención a la salud en una forma personalizada; por lo que plantea al médico de familia como el especialista que diera respuesta a esas necesidades. Con el apoyo de la American Academy of General Practice y de los médicos generales, la medicina de familia se convirtió en la vigésima especialidad en este país.

En la reunión mundial de ministros de salud en Alma Ata, se marcaron las estrategias para lograr una meta “Salud para todos en el año 2000”, concluyéndose que el logro sería a través de la Atención Primaria a la Salud.

Esta conferencia fue un parteaguas para la mayor parte de la medicina familiar en el mundo.

En otros países como España, un Real Decreto de 1978, creó oficialmente la especialidad de medicina de familia: “El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario”; en Gran Bretaña el médico general constituye el elemento clave del National Health Service.

En Asia, en catorce países de la costa del Pacífico existe también un currículo basado en la

medicina de familia; la especialidad se inició en Corea del Sur, Malasia, Singapur, Hong Kong, Taiwan y Filipinas así también como en Nepal.

También en Australia y Nueva Zelanda la medicina de familia se encuentra establecida y reconocida como especialidad en sus escuelas de medicina; en Rusia, India y China ya han iniciado programas curriculares con contenidos de medicina de familia.

La especialidad existe también en Sudáfrica, Egipto y Nigeria; en Arabia Saudita, Omán, Kuwait y Jordania hay una Comisión Árabe que supervisa los programas docentes para la medicina de Familia; existen también programas con esta especialidad en Israel y Canadá.

En América Latina, en Argentina existe el Centro Internacional para la Medicina de Familia y en Cuba, el médico de familia es el personaje principal del plan de global de salud que atiende a la población.

En México la evolución de la medicina familiar es dada por el IMSS ya que fue la institución pionera para el desarrollo de la especialidad; en 1953 en Nuevo Laredo Tamaulipas se inició un nuevo sistema de atención llamado Sistema Médico Familiar que posteriormente se extendió a todo el país; en 1955 se consideró al médico familiar como una categoría sindical con mayor sueldo que la categoría de médico general y en 1971 se inició la Residencia de Medicina Familiar. En marzo de 1980 se inició la Residencia, en un programa escolarizado, en el ISSSTE reconocido por la UNAM y de 1992 a 1997 se fortaleció esta propuesta con el plan de especialización semipresencial para médicos generales ; en 1980 se inicia también la residencia de medicina familiar en la Secretaría de Salud y en 1986 se inicia un programa de capacitación de médicos generales con un enfoque individual, familiar y de comunidad denominado Especialidad en Atención Primaria a la Salud con Medicina Familiar con apoyo de la Fundación Kellogg.

En algunos países la medicina de familia trabajan más activamente en hospitales, como es el caso de Canadá y Nepal; en otros como Gran Bretaña y Latinoamérica la medicina de familia se ejerce en el primer nivel de atención. El grupo internacional que reúne a todos los especialistas de medicina de familia es la World Organization Of. National Colleges, Academies and Academic Associations Of. General Practitioners/Family Physicians (WONCA); la cual tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención médica.

La medicina familiar tiene como objetivo atender al individuo de una manera integral, que aún cuando el paciente sea referido a otro especialista, el médico familiar sabe lo que pasa con él y lo monitorea cada vez que acude a la consulta médica.

El médico familiar debe realizar cotidianamente no sólo actividades curativas, sino preventivas; la detección de los factores de riesgo en la comunidad a la que atiende, con la finalidad de prevenir el daño; es de suma importancia ya que se evita que el paciente llegue a la enfermedad; participa activamente en concientizarlos a cambiar su estilo de vida. Así mismo, cuando ya se encuentra la enfermedad en el paciente, utiliza los conocimientos científicos, las habilidades y las técnicas aprendidas para su solución. Interviene en lo más posible para evitar la invalidez del individuo.

El trato al paciente como un todo, como una Unidad biopsicosocial ha ganado el reconocimiento de los pacientes hacia el médico familiar, que se esfuerza cada vez más con ir a la velocidad que la ciencia avanza, se prepara cada día para ofrecer mejores estrategias de salud a sus pacientes y la calidez en su trato, que lo hace más humanitario.

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) pretende ser una pauta a seguir para todos los médicos familiares ya que brinda un estudio integral de sus familias, permite la continuidad de la atención médica y la acción anticipada en un enfoque de riesgo; por lo que resulta de gran importancia la realización de éste en las Unidades de Medicina Familiar.

1. MARCO TEORICO

1.1 ATENCION PRIMARIA

1.1.1 Antecedentes

El proceso de salud enfermedad, tanto individual como colectiva, es el resultado de la interacción permanente de factores genéticos, sociales y culturales, así como de la aportación que a la salud prestan los sistemas sanitarios y no únicamente un proceso biológico individual. (1)

Todos los profesionales sanitarios, planificadores, políticos y ciudadanos son conscientes de que la función primordial de un sistema sanitario no radica en exclusiva en garantizar el derecho del paciente a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino también en procurar que no se enferme, que se mantenga sano; priorizar su derecho a la salud, asimilando en cierta medida la enfermedad como un fracaso en el logro de este objetivo. (2)

Es preciso que los gobiernos eleven la prioridad del gasto en salud, lo que, en un contexto de recursos limitados, significa disminuir los gastos que se dedican a otros campos socialmente menos justificables. (2)

El desarrollo creciente y la subespecialización son elementos fundamentales que definen a la medicina de la segunda mitad del siglo XX, la cual, enfocada como ciencia que estudia los mecanismos por lo que se producen las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento, ha alcanzado grados elevados de sofisticación científico-técnica. (2)

En España, por ejemplo, la asistencia médica ambulatoria tuvo sus orígenes en ley del Seguro Obligatorio de enfermedad en 1942 y en la de Bases de Sanidad Nacional en 1944. El Sistema de Seguridad Social, hasta hace unos años, estaba sufragado básicamente con cargo a las aportaciones de trabajadores y empresarios, actualmente procede de los presupuestos generales del Estado. En 1984 se inició legislativamente la reforma de la asistencia médica ambulatoria en España con la promulgación de un Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud. (2)

El estudio de Kerr L. White y cols. en los EEUU en 1960, demostró que los sistemas de salud tal

como habían sido concebidos en la primera mitad del siglo XX estaban destinados a la población enferma. (3)

De cada 1000 personas encuestadas, 750 habían registrado algún tipo de síntoma en los últimos 30 días y 250 habían consultado un médico. De éstos, solo 9 habían requerido a un especialista, 5 necesitaron internamiento y solo 1 requirió ser internado en un hospital de alta complejidad. (3)

Otro estudio que aportó conocimiento de alta utilidad para los procesos de reforma que se comenzaron a desarrollar en las últimas 3 décadas es el de Denver, “Un modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud” en 1976. (3)

Podemos ver en sus resultados que la aplicación del gasto en salud de los EEUU era, en esos momentos, absolutamente inadecuada para la reducción de la mortalidad. Esta desproporción con elevados niveles de gasto en acciones poco efectivas se denomina ineficacia. (3)

Estos dos trabajos son el antecedente a la definición de Atención Primaria. (3)

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria (AP), llevada a cabo en Alma Ata el 12 de septiembre de 1978, expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo. Así mismo se define a la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” y se define a la AP como: “La asistencia sanitaria 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” (4, 5, 6, 7, 8).

Los cambios hechos para México, entre otros son: la modificación al Artículo 4º Constitucional: “El Derecho a la protección a la salud”, la organización del Sistema Nacional de Salud en los tres niveles de atención y como normatividad a la Secretaría de Salud (8).

La Organización Mundial de la Salud propuso en 1981, 13 indicadores de cobertura de atención primaria a la salud, tomando en cuenta a la población atendida con cierto tipo de actividad y el total de la población con necesidad de esa actividad. (5)

Se han planteado los siguientes 13 indicadores para México:

1. Cuidado prenatal: proporción de embarazadas que tuvieron al menos una consulta prenatal.
2. Atención del parto: proporción de nacimientos atendidos por personal preparado.
3. Puericultura: proporción de lactantes que tuvieron por lo menos un contacto con alguna Institución de Salud.
4. Vigilancia de crecimiento: proporción de preescolares que fueron pesados por lo menos dos veces hasta los cinco años de edad.

5. Vacunación con BCG: proporción de menores de un año vacunados con BCG.
6. Vacunación con DPT: proporción de menores de un año que recibieron tres dosis de DPT.
7. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas: proporción del número estimado de casos que se diagnostica y que se tratan. Para este indicador se determinó como enfermedad endémica a las enteritis y otras enfermedades diarreicas, sobre el número estimado de casos de esta enfermedad.
8. Atención de la enfermedad terminal: proporción de muertes certificadas por médicos.
9. Instalaciones: la población con acceso razonable a instalaciones médicas.
10. Consulta: se consideró que el número apropiado de consultas médicas por habitantes fuera de cuatro consultas/año/habitante = 100%.
11. Hospitalizaciones: se determinó como indicador apropiado el siguiente número de egresos hospitalarios: ocho egresos hospitalarios/año/100 habitantes= 100%.
12. Agua potable: proporción de la población con acceso adecuado al agua potable.
13. Facilidades sanitarias: la proporción de la población que dispone de facilidades sanitarias. En nuestro caso se determinó considerar sólo el acceso al drenaje. (5)

El programa de Atención Primaria de la salud, según la Carta de Ottawa de 1986 subraya la Promoción de la Salud como concepto clave, superando la realización estricta de tareas curativas o reparadoras, y utiliza la prevención y la educación como medios para la consecución de su meta, “salud para todos para el nuevo milenio” (6).

Los profundos cambios estructurales acontecido desde 1992 en el país, como la apertura de nuestra economía a los mercados externos, ha forzado al sector privado a buscar mayor productividad, el retraimiento del Estado (a través de la privatización o tercerización) han generado situaciones de alto desempleo y de desigualdad en el ingreso. A nivel local el impacto ha sido múltiple y si bien ha generado un conjunto de nuevas oportunidades en cuanto a la posibilidad de gestionar con otros sectores, se le ha responsabilizado en la solución o abordaje de nuevos problemas sociales, para los cuales no se hallaba preparado en aspectos de: capacitación, recursos, normativa y presupuestos. Entender a la Atención Primaria como estrategia significa, en términos prácticos, que un sistema de salud debe constituirse y funcionar basado en ella. Significa además, que cada componente del sistema conoce a los otros, sus funciones y las vías de comunicación y circulación de los pacientes (6, 8).

En Europa, Vuori describe que la atención primaria debe ser una atención centrada en la salud, con prevención y cuidado. Una atención con énfasis en la promoción de la salud y cuidado global y continuo; con el médico general, la familia y especialistas trabajando en equipo con otros profesionales de la salud; un Sector Salud integrado, en colaboración intersectorial, con participación comunitaria. A diferencia de las concepciones antes mencionadas se involucra a todos los niveles de complejidad y tiene impacto total y

permanente sobre la salud de la población (3,7).

Se refiere al derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, con criterios de justicia y equidad en el acceso; y la atención recibida por parte del sistema de salud (2,3, 8).

1.1.2 Objetivos de la Atención Primaria

Las acciones para alcanzar las metas en Atención Primaria, deben ser integrales, es decir, dirigidas no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo, por eso se les denomina: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación) (6).

Como objetivos pueden considerarse los siguientes:

1. Potenciar la calidad organizativa, funcional de la asistencia médica ambulatoria.
2. Intensificar el reciclaje y la formación continuada de los actuales profesionales sanitarios, introduciendo los elementos conceptuales y organizativos propios de la AP.
3. Mejorar las condiciones económicas y la consideración técnica y social de los profesionales sanitarios y no sanitarios de la AP, equiparándolos en todos los aspectos a los hospitalarios.
4. Perfeccionar los mecanismos de participación ciudadana en el sistema sanitario.
5. Desarrollar la colaboración intersectorial en el terreno de la atención de salud. (2, 4, 8, 9).

Las acciones de promoción y prevención de la enfermedad tienen por objetivo el fomento y defensa de la salud, mediante acciones que inciden sobre las personas. Se trata de incrementar los niveles de salud de los individuos y colectividades; y de prevenir las enfermedades cuya historia natural sea conocida y se disponga de instrumentos de prevención primaria o secundaria efectivos y eficientes (inmunizaciones, quimiprofilaxis y quimioprevención, educación sanitaria) (10).

1.1.3 Elementos conceptuales de la Atención Primaria

- a. La AP es integral. Considera al ser humano como un todo, como un ente biopsicosocial.
- b. La AP es integrada, continua, permanente y activa. Se basa en el trabajo en equipo, es programada y evaluable, es docente e investigadora (cuantitativa y cualitativa) (2, 3, 7, 8).

1.2 MEDICINA FAMILIAR

1.2.1 Antecedentes

En el siglo XIX la atención médica estaba dada principalmente por el médico general, tanto en Europa como en Norteamérica. Los profesionales de la medicina eran en su mayoría médicos generales y había poca diferenciación en sus funciones. En la segunda mitad de esta época, empieza a formarse la medicina moderna al incorporarse los conocimientos de las ciencias naturales y comenzarse a superar la práctica empírica basada en la observación. Hasta ese momento había sólo curadores, no médicos generales (7, 11, 12).

En el siglo XX, en 1910 se da a conocer el informe Flexner el cual es considerado como un documento enmarca la declinación de la práctica de la medicina general a favor del desarrollo de las especializaciones médicas. A mitad este siglo, comienza a darse un fenómeno global de aumento en el número de especialistas (13,14).

Después de la Segunda Guerra Mundial surge la explosión tecnológica e informática dando como resultado la superespecialización. Los médicos se adentran cada vez más en la ciencia, alejando a las personas del sentimiento de necesidad del médico general. El prestigio cada vez mayor de los especialistas y la valoración de las habilidades técnicas por encima de los cuidados personales, convirtieron a la medicina general en una carrera impopular, que pasó por una fase de casi desaparición, quedando los médicos generales “de cabecera”, relegados a profesionales de segunda clase. La atención especializada produjo la fragmentación de la atención al individuo y la despersonalización (7).

La medicina de familia siempre ha sido una especialidad basada en la atención al individuo, su familia y el entorno en donde se desenvuelve. Surge a finales de la década de 1960, debido al creciente descontento suscitado por la filosofía biomédica y el sistema de asistencia sanitaria, que estaban dominados por médicos especialistas que veían a los pacientes como un conjunto de órganos (11, 12,13).

Esta situación, más otros puntos analizados, culminaron en la formación de WONCA (The World Organization of National Colleges Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Es una organización no gubernamental cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la población del mundo mediante el mantenimiento de buenos estándares de calidad de la atención médica (7).

Se inicia en Gran Bretaña, continúa posteriormente en Estados Unidos y Canadá al reflexionar sobre el fenómeno de la especialización, que además estaba comenzando a afectar el otorgamiento de los servicios de salud en general, y que resultaba en costos altísimos para la atención de los problemas de salud (13).

La medicina de familia apartó la filosofía biomédica y adoptó un modelo más ecológico y biopsicosocial. En esta disciplina era fundamental un enfoque holístico del individuo, atender al paciente en el contexto de la familia y la comunidad. Este último concepto atestigua el valor de la especialidad para mantener una perspectiva basada en la población (11, 12,13).

En 1966 la denominada Comisión Millis llama la atención sobre la fragmentación de la atención a la salud; señala que no es posible seguir manteniendo este esquema de la primera mitad del siglo XX y plantea que es el momento de cambiar el enfoque de la atención de la medicina; no de replicar lo que se ha estado haciendo de manera insuficiente; sino de plantear una verdadera revolución. El Committee on Education for Family Practice establece cómo debería formarse este nuevo especialista, al que denominó un Médico de Familia (13).

Se empieza a formar en muchas universidades los conocidos departamentos de medicina familiar y comienzan entonces a definirse de una manera mucho más sistematizada programas de formación y adiestramiento en medicina familiar (13).

Canadá, Estados Unidos, el Reino Unido y Australia comienzan a formular los procesos de formación de profesionales incorporando a la medicina de familia como una de las disciplinas fundamentales en los sistemas de salud (13).

En América latina y el Caribe da inicio la evolución de la medicina de familia (13).

En 1972 se crea oficialmente el Colegio Mundial de Médicos de Familia (WONCA), el cual cuenta en la actualidad con la afiliación de Sociedades Nacionales de Medicina Familiar de más de 80 países en el mundo (13).

En el año de 1991 WONCA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) emiten en una declaración conocida como: “el papel del médico de familia en los sistemas de atención a la salud”, el rol del médico de familia dentro de la estrategia de atención primaria (13).

Los esfuerzos que desde este contexto de la salud pública, y particularmente desde la estrategia de atención primaria, que se hicieron prácticamente en todos los países del mundo, no permitieron alcanzar esta meta de salud para todos en el año 2000, lo que ha sido evaluado a través de una serie de indicadores fundamentales de salud y desarrollo social. Los países del mundo empezaron a buscar otras estrategias para poder alcanzar esta meta y una de ellas fue tratar de cimentar el desarrollo de sus sistemas de salud en la medicina familiar, de ahí que se ha hecho un proceso exploratorio de lo que podríamos denominar el proyecto mundial de médico de familia (13).

En 1994, en Canadá, se realiza la Declaración de Ontario, la cual ha servido de base para la reorientación de muchos programas de formación de profesionales de la medicina familiar, así como documento guía para el proceso de introducción de la medicina familiar en las reformas de los sistemas de salud de muchos países (13).

En 1996 el Centro Internacional para la Medicina Familiar, se transforma en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), la cual afilia actualmente a 17 países, establece una serie de compromisos en materia de formación de médicos familiares en postgrado; de introducción a la medicina familiar de pregrado, así como en el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud (13).

En junio del 2002, los 17 países que conformaban la (CIMF), se convierten en una nueva región de WONCA (13).

1.2.2 Síntesis histórica del desarrollo de la Medicina Familiar en México

A mediados de la década de los sesentas, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendido como un profesional entrenado y orientado hacia la atención integral y continuada de las personas (12, 14).

En el año de 1975 se crea el primer Departamento de Medicina Familiar en Latinoamérica, hacia 1980 la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inician la formación de especialistas en Medicina Familiar. En el año de 1988 se crea el Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar (CMCMF), que es uno de los instrumentos de fortalecimiento más importantes. El CMCMF ocupa en este momento el segundo lugar en cuanto al número de especialistas certificados de entre todas las especialidades de nuestro país. La sociedad morelense de medicina familiar es una de las sociedades fundadoras de este colegio y ha participado activamente en diferentes etapas de su evolución. En el año 1996, el CMCMF ingresó a la Confederación Iberoamericana y finalmente después de 10 años de esfuerzos, en el año 2002, el Colegio Mexicano ingresó formalmente como un país titular al Colegio Mundial del gremio WONCA (13).

1.2.3 Definición del Médico Familiar

El médico de familia es el profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica. Es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros; enfatiza la importancia de la epidemiología clínica y la utiliza en su práctica diaria, tanto en la atención individual y familiar como en la orientada a la comunidad detectando sus problemas sanitarios, para determinar la solución de los mismos. Reconoce la importancia de las funciones de docencia, formación continuada e investigación para la mejora de su competencia profesional por un lado, y para elevar el nivel científico de la atención primaria en nuestro país, por el otro (13,14).

El médico familiar se considera el médico de confianza o médico de cabecera donde el individuo puede acudir, esté o no enfermo, para recibir una atención continua, integrada, comprensiva, altamente eficiente y capacitado en lo científico, lo social y lo humano. Es un experto en la consulta externa en el primer nivel de atención, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexo, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir al individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta sociales (medicina integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (medicina integrada, intercesor y abogado del paciente (gerente de los recursos de salud), con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, el impacto de sus acciones y de sus limitaciones, al que le interesa comprender el contexto de los problemas y buscar soluciones plausibles (medicina costo- efectiva); capaz de resolver el 95% de los problemas (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos), experto en la relación médico- paciente- familia –comunidad; comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones, esperanzas); realiza una medicina humanística, con un alto nivel

profesional, técnico, investigador y académico; permanentemente actualizado (15).

1.2.4 Objetivos del Médico Familiar

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; ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles en la comunidad para la que trabaja (14).

La medicina que practica este profesional, estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud; prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos; así como su rehabilitación. En los casos que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar inter consulta o referirlos a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, para la instalación de tratamiento o evaluación de los resultados del mismo. Desarrollará el hábito de autoenseñanza, revisará y actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua, autoevaluación y auditoría médica. Será capaz de analizar, evaluar y desarrollar actividades de investigación (13, 16).

El médico familiar maneja muchas consultas por trastornos indiferenciados, además de combinaciones complejas de trastornos somáticos, sociales y emotivos; y muchos padecimientos en forma prodrómica con una relación de continuidad que trasciende lo episódico. El 70% de los problemas que maneja el médico familiar se hallan dentro de unos 30 diagnósticos (15,16).

1.2.5 Funciones del Médico Familiar

Como médico comunitario, centrará su atención en grupos particulares de su población, o en toda la comunidad, desarrollando funciones de capacitación, de una determinada intervención, de vigilancia y control de factores de riesgo, de educación para el cambio de hábitos o para el refuerzo de dimensiones positivas para la salud, en intervenciones sobre determinados subgrupos para cambiar las condiciones sociales o ambientales que sean modificables (17).

a. En el área técnico- médica (funciones de asistencia médica). Da atención médica continua e integral al individuo (ser biopsicosocial) y a sus familias y cuando lo considera necesario los envía a las diferentes especialidades, detectando oportunamente los factores de riesgo y realizando su trabajo en conjunto con el resto del equipo de salud para otorgar una mejor solución a la problemática presentada.

b. En el área técnico administrativa. Orienta al paciente sobre la solución de sus problemas desde el punto de vista administrativo, para una mejor y más pronta resolución a sus problemas.

c. En el área de enseñanza e investigación. Desarrolla actividades de enseñanza y educación continua, dirigidas a su equipo de salud, a la población derechohabiente y al personal en formación, con la finalidad de elevar la calidad en su servicio (13).

Un médico de familia bien entrenado puede responder perfectamente hasta un 80- 90% causas de demanda de consulta. Quienes consultan en general, tienen cuadros clínicos indiferenciados hasta en un 60% de los casos, esto radica principalmente en que es el primer contacto con el sistema de salud, y por esto los problemas se ven en estadios incipientes. Realiza la referencia del paciente con otro especialista cuando su problema amerite su manejo pero se mantiene enterado de su caso, mantiene su responsabilidad sobre éste, por lo que se realiza interconsulta en vez de referencia (17).

1.2.6 Perfil Profesional del Médico de Familia

El médico familiar contará con las siguientes características: disposición docente e investigadora así como la capacidad de asumir labores de gestión. Deberá ser una persona que escuche para que su relación médico- paciente sea adecuada; tendrá un buen razonamiento clínico; respetará la bioética, gestionará para el trabajo en equipo, organización de la actividad; sistemas de información, de calidad y responsabilidad civil y médico- legal (16).

Riesgo- Vázquez, propone 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 (13).

Se establecen cinco áreas de práctica profesional del médico de familia, que son las siguientes:

A. Área atención al individuo. 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) (14).

La atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Será capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas, para lo que se le exigen cualidades humanas que lo hagan digno de confianza en la relación personal, así como un compromiso con la salud de las personas aún antes de que se encuentren enfermas. Al médico de familia le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad en el autocuidado (9, 14, 15, 17).

Será capaz de explorar de forma sistemática la presencia de factores que identifiquen y/o predispongan a una mala adaptación familiar y puedan provocar un problema en su desarrollo. Identificará, asesorará y apoyará a los cuidadores principales; así como valorará la existencia de disfunciones familiares para lo que deberá estar capacitado a reconocerlas (14,18).

B. Área de atención a la comunidad. Es de suma importancia que el equipo de atención primaria pueda darse cuenta del nivel de salud de la comunidad, de sus factores determinantes y de lo que se puede hacer para mejorar ese nivel de salud aplicando sus conocimientos de epidemiología, estadística, demografía, sociología, economía y antropología, tomando en cuenta sus propios recursos comunitarios (14).

Cobra especial importancia su preocupación por la población que acude y la que no acude a

consulta. Deberá también ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario y, en algunas situaciones, promoverá la coordinación y la priorización de la utilización de los recursos (14, 15, 18).

C. Área de docencia e investigación. El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria representa una importante novedad, ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional; le permitirá otorgar una prestación de servicios más efectiva, y disponer de estudios clínicos y de protocolos para focalizar mejor el problema de salud. Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes: autoformación, formación continua con el equipo de salud y la docencia a otros profesionales (14, 15,18).

D. Área de apoyo

Entre las ventajas de trabajar en equipo encontramos: el enfermo recibe una mejor atención, se le proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo, previene las duplicidades de esfuerzos, facilita el enfoque biopsicosocial del paciente (14, 15, 18).

El trabajo en equipo, la gestión de recursos y 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 (14,15).

Deberá responsabilizarse de los costos de su práctica profesional teniendo en cuenta que los recursos materiales que maneja están generados por la propia población (14, 15, 18).

La información es la base para la acción y para la toma de decisiones (14,15).

E. Garantía de calidad

Se hace precisa la monitorización y seguimiento de la atención que la población recibe. La calidad se traduce como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario (14,15).

1.3 ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

1.3.1 Antecedentes de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)

La asistencia médica prestada en la consulta fundamentalmente y el papel de la tecnología y de los hospitales fueron limitados. En 1910, Abraham Flexner indicó la necesidad de transformar la formación médica hacia un modelo de hospitales docentes, que es el que actualmente utilizan todas las facultades de medicina de EE.UU. En 1960 la mayoría de los médicos eran ya especialistas y aumentó la atención sanitaria del enfermo que se encontraba en el hospital (10).

Los fundamentos conceptuales de lo que hoy se domina APOC surgieron a partir de las expresiones prácticas de diversos focos de desarrollo de la Medicina Comunitaria que evolucionaron a mediados del siglo XX. APOC (Community Oriented Primary Care-COPC- en su

denominación original en inglés) se inicia como un proceso de prestación de servicios en la práctica de la atención primaria en la década de 1940 en Pholela, en el área rural de Sudáfrica, a través del trabajo pionero de Sidney Kark y Emily Kark. Este proceso se inició con la creación de un centro de salud comunitario en el que los servicios prestados combinaban la atención curativa con la preventiva a través de la atención del individuo, la familia y la comunidad (15).

A través de la integración de la práctica familiar con la salud comunitaria fue posible la creación de esa área del modelo de centro de salud comunitaria que luego, bajo los auspicios del Instituto de salud familiar y comunitaria en Durban, llegó a extenderse a una red de más de 40 centros similares en todo Sudáfrica. Los cambios políticos en Sudáfrica de fines de la década de 1940 y toda la de 1950 determinaron el cierre de estos centros (10, 15,19).

En la segunda mitad de la década de 1970 y durante la de 1980 se aumentaron el número de programas de APOC para diferentes subgrupos etareos de la comunidad y, aunque estos programas no fueron presentados como modelo a reproducir, la experiencia en los servicios de atención primaria en Israel mostró su aplicación (11, 17, 19).

El interés creciente por este tipo de orientación determinó en 1982, la organización de la conferencia sobre APOC en Washington (11, 17,19).

En las décadas de 1980 y 1990 aparecieron numerosas publicaciones referidas al significado y aplicabilidad de la APOC, a la formación y entrenamiento de los profesionales y a las aplicaciones prácticas de la metodología en diversos países (11, 17, 19).

Un hito de este creciente interés en APOC en el ámbito mundial fue la celebración en octubre de 2000 de un Work-shop internacional en Leesburg (Virginia, EE.UU). La reunión constituyó un marco actualizado en el análisis de los logros y las opciones del modelo en la situación actual así como el creciente interés y aplicación internacional (15).

En el siglo XIX las enfermedades transmisibles ocasionaban una alta mortalidad en la población. Las acciones de política sanitaria que se adoptaron frente a esta problemática fueron las medidas de tratamiento y eliminación de residuos, control alimentario, potabilidad del agua, lucha contra determinados vectores...: esto fue el motivo para crear la Higiene Pública. La medicina comunitaria aglutina en una sola especialidad a la medicina preventiva, salud pública y medicina social, añadiendo a ello un esfuerzo por analizar y racionalizar la organización de los servicios de salud. Por otra parte, mantiene una perspectiva poblacional; es decir, su objeto son poblaciones o grupos más que pacientes individuales; su objetivo es la resolución de los principales problemas de salud y la participación comunitaria (7, 11,17).

1.3.2 La Orientación Comunitaria

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad, APOC, se define como la práctica unificada de la atención primaria individual y familiar con la comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la última como un todo. “La APOC es una práctica en la que elementos idóneos de atención comunitaria, familiar e individual, se prestan conjuntamente” (Sidney Kark) (19, 20, 21).

La medicina comunitaria debe responder cinco preguntas cardinales que la identifican:

- ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad?
- ¿Cuales son los factores responsables de ese estado de salud?
- ¿Qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud?
- ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esa acción?
- ¿Qué medida se requiere para dar continuidad a la vigilancia sanitaria de la comunidad y para evaluar los cambios en su estado de salud?

Las respuestas a estas preguntas son el objetivo de la APOC (7,17).

Las áreas de la medicina comunitaria son: la estimación de variabilidad biológica (epidemiología y estadística); los factores que predisponen a la enfermedad (prevención) y la planificación de los servicios de salud (5, 7, 11).

La medicina comunitaria se basa en la salud pública y la administración sanitaria: la medicina comunitaria en el sentido de cuidado sanitario de la comunidad, centrado en grupos de población más que en individuos. La salud pública como un conjunto de actividades en favor de la salud, dirigidas al medio biológico, físico y social (a diferencia de la atención médica que están dirigidas al ser humano como ente individual) (7).

La APOC es un modelo práctico cuyo propósito es racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios existentes mediante intervenciones que reflejan los principios contenidos en la Declaración de Alma Ata. La APOC es un proceso continuo en el cual se incrementa la atención primaria en una población determinada según las necesidades de salud, mediante la integración planificada de las acciones de salud pública. Metodológicamente, es un proceso continuado semántico de identificación de las necesidades de salud de la comunidad, toma de decisiones sobre las prioridades y la necesidad de intervención; la planificación, implementación y evaluación de dicha intervención, que permita, además un reexamen de la nueva situación de salud en la comunidad (7, 15, 20, 21).

1.3.3 Experiencia con APOC

En el año 2000 se llevaron a cabo sesiones de trabajo sobre Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), en Washington, EE.UU, organizadas por George Washington University y la Universidad Hebrea de Jerusalén, que reunió a diversos profesionales, con responsabilidades diferentes en la práctica de APOC, de diferentes países para debatir la situación actual de ésta y analizar su desarrollo y su futuro (22).

En la reunión participaron profesionales de Estados Unidos, Israel, Sudáfrica, Reino Unido, Colombia, Benin y España. El encuentro estuvo planteado como un espacio de reflexión y un foro de debate sobre APOC a partir de las experiencias aprendidas durante los procesos de implantación en las prácticas de atención primaria, las actividades docentes y el diseño de los sistemas de salud (22).

Las principales conclusiones planteadas, a modo de análisis estratégico, hacen referencia a las

fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de APOC en el momento actual, así como sus líneas en el futuro (20).

En la Escuela de Salud Pública de la Universidad George Washington, en Washington, D.C, se ofrece una maestría de salud pública en APOC (20).

En 1987 Braveman y Mora afirmaron que el concepto de APOC era bien conocido para los promotores de la medicina comunitaria en América latina, analizaron los procesos de cambio en educación médica y la situación sanitaria en países de la región que, en su momento, fueron fundamentales para el desarrollo del modelo de APOC (Costa Rica, México y Nicaragua) (20).

Ventres y Hale analizaron el proceso de desarrollo de la medicina familiar en Cuba y encontraron que ese sistema, basado en los principios de la APOC, logró mejorar los índices de salud; enfatizando no sólo una serie de valores comunitarios, sino también métodos de gestión transparente (20).

En Bolivia, los cambios contribuyeron a aumentar la cobertura de la atención a los niños y a disminuir la mortalidad infantil en ese país (20).

Un reciente y extenso estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la APOC en el 2005, propone la adopción de un sistema de salud basado en atención primaria y en principios que reflejan explícitamente su marco conceptual y metodológico (20).

Al abordar la experiencia acumulada en APOC en los países hispanohablantes se debe mencionar el desarrollo que ha tenido este modelo en España. A partir de la realización de un taller sobre APOC en 1987, organizado por la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC). Como resultado, la APOC ha pasado a ser un componente del programa y la residencia en medicina familiar y comunitaria desde 1990 (20).

Entre las acciones desarrolladas por este estado se pueden mencionar: a) el Instituto de Estudios de la Salud de Barcelona quien promovió la enseñanza de la APOC en los currículos de Medicina; b) se creó la Red AUPA (Actuando Unidos para la Salud), la cual promueve la formación de personal y la aplicación de la APOC en la práctica; y c) se creó la Agencia de Salud Pública, de la Consejería de Salud de Cataluña, que apoyaban los principios del modelo y propone integrar los servicios de salud pública a nivel local con los equipos de AP de las áreas básicas de salud de cada territorio (20).

1.3.4 Elementos de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad

La participación comunitaria hace posible que el equipo de salud conozca a los miembros de la comunidad de los que es responsable. La población cubierta constituye el denominador a partir del cual se calcularán las tasas de enfermedades, de cobertura y cómo se realizará el monitoreo demográfico (7, 17, 20).

La existencia de una comunidad definida, el uso complementario de las habilidades clínicas y epidemiológicas, el trabajo de programas de salud comunitarios y la participación de la

comunidad constituyen las bases sobre las que se desarrolla el proceso metodológico de la APOC (22).

1.3.5 Áreas de la Medicina Comunitaria

La medicina preventiva es la que se ocupa de impedir en el individuo, familia o grupo de población la aparición, desarrollo y propagación de las enfermedades, manteniendo el sentido de salud; evitando y limitando la aparición de invalidez (7).

1.3.6 Ciclo de la Atención Primaria orientada a la Comunidad

La APOC sigue un ciclo de planificación basado en las necesidades de la población, que se asemeja al procedimiento diagnóstico individual, pero con una aproximación comunitaria. Los pasos metodológicos del ciclo de la APOC siguen la metodología de la planificación de programas de salud con algunas características específicas (21).

1.4 FAMILIA

1.4.1 Antecedentes de la Familia

La familia es la más antigua de las ilusiones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie (23).

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace asegurar que la familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituyen la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad y sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial. Aunque la familia es tan antigua como la especie humana, la falta de ella, en la segunda mitad del siglo XIX, se convirtió en un objeto de estudio científico. Morgan, Mc Lean y Bachofen, entre otros, la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global. En sus trabajos acerca de la familia Morgan describió en etapas el curso completo del desarrollo social humano, desde un estado original de salvajismo y de total promiscuidad sexual, hasta la civilizada familia monogámica. En las teorías de Freud se decía que el primer tipo de familia humana era totalmente patriarcal y en ella, el varón jefe tenía prioridad sobre todo las mujeres de su grupo; por eso expulsaba a los hijos a medida que crecían y se hacían adultos competidores (23).

En 1861, Johann Jacob Bachofen, en su obra “Derecho Materno”, sostenía que las sociedades primitivas vivieron en promiscuidad sexual, el parentesco se determinaba por la línea materna debido al desconocimiento de que la fecundación ocurría por medio del contacto sexual y al hecho de que al ser varios hombres que se relacionaba con la misma mujer, resultaba imposible saber quién era el padre. A consecuencia de esta situación surgió la ginecocracia, es decir, el dominio femenino absoluto sobre las nuevas generaciones (23).

A Mc Lean se deben los datos sobre la exogamia (costumbre masculina en buscar pareja en otras tribus), endogamia (unión matrimonial dentro del grupo, de miembros o individuo de una misma casta, tribu o linaje, con la prohibición de hacerlo fuera), poliandria (una sola mujer simultáneamente con varios hombres, frecuentemente hermanos) y poligenia (un solo hombre unido a varias mujeres con las que puede tener hijos. Por lo general tales mujeres hablaban con sus hijos y eran visitadas por el progenitor) (23).

En la actualidad se encuentra plenamente reconocida la influencia que produjo sobre el pensamiento humano la publicación del libro de Darwin sobre El Origen de las Especies por medio de la selección natural o la preservación de raza favorecida en la lucha por la supervivencia, publicada en 1859. Lewis Henry Morgan, en 1877 y seguramente influenciado por Darwin, presenta su obra fundamental “La Sociedad Antigua”. Engels trata de explicar a través de la teoría de la evolución de las especies el paso del estado inferior del salvajismo al estado medio (13).

Al iniciar el estudio sobre el origen de la familia llama la atención la insistencia que hacen los investigadores, en cuanto al matriarcado como elemento útil en de los orígenes de la familia moderna (13).

El matriarcado sería un estadio necesario en la evolución de las poblaciones predominantemente nómadas, dedicadas especialmente a la caza y cría de animales, carentes de las técnicas adecuadas para el cultivo de la tierra, los hombres partían de caza o para llevar el ganado a los pastizales; en tanto las mujeres se constituían en un elemento de estabilidad social, permaneciendo en los campamentos con los hijos, desarrollándose así, ineludiblemente la influencia materna sobre los hijos (13).

La revisión original de la bibliografía sobre familia y salud por Campbell fue la primera revisión crítica y vía de investigación sanitaria. Hasta ese momento había pocos estudios que probaran de una manera adecuada la hipótesis de que las familias pueden influir de forma negativa o positiva en el resultado de un problema sanitario. La primera investigación de medicina de familia sobre la discordancia entre la familia y la salud fue realizada por Medalie, que encontró una fuerte correlación estadística entre el infarto del miocardio los conflictos maritales (24).

Para la sociología y otras ciencias afines, la familia no es una institución que se desarrolla al margen de la sociedad, sino que es parte de la estructura social. Los cambios que se operan constantemente en la vida social y política han afectado y afectan de modo permanente a la familia, generando así, una gran diversidad de estilos y modos de convivencia familiar (13).

Quizá uno de los cambios más importantes que se ha producido en el ámbito familiar ha sido la incorporación de la mujer al mundo del empleo, hecho que transforma a la familia en la actual (13).

1.4.2 Definición de Familia

La palabra familia deriva de la raíz latina familus que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul que se origina de la voz osca 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 la actualidad, en el lenguaje cotidiano 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” (23).

Rodríguez de Zepeda la considera un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinado a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural (13).

El consenso canadiense define a la familia como esposo y esposa con o sin hijos o padre y madre sólo con uno o más hijos y vivan bajo el mismo techo (23, 25, 26).

En la actualidad las teorías del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran además, un sistema de interacción o mejor aún de transacción; que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia. 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 de la sociedad” (23).

La institución familiar es considerada el espacio social de interacción individual y colectiva; escenario de aprendizaje y socialización en diversos planos de la vida cotidiana; lugar idóneo para la transmisión y transformación de prácticas culturales, valores, hábitos y normas; espacio privilegiado para la organización y gestación de respuestas alternativas a situaciones adversas impuestas desde el exterior. Por ello, la familia, como núcleo primario, ha sido considerada como la unidad social más inmediata y significativa de la ciencia demográfica (12).

1.4.3 Dinámica Familiar en relación con la salud del individuo

Las familias funcionan como sistemas interactivos y en gran parte autoregulables, al igual que los sistemas orgánicos del cuerpo humano. Como grupo, cada familia tiene en común características como riesgos genéticos, rituales y antecedentes de experiencias vitales, tanto en la generación actual como en las precedentes. Aunque la mayoría de las familias comparten las mismas creencias respecto a salud y enfermedad, las complejas relaciones entre los diferentes miembros de una familia no son fáciles de entender si realmente no se ve a la familia como una Unidad (24).

Los rituales comunican valores y prioridades; deciden los dirigentes emocionales de la familia; influyen en el modo de exponer al paciente a la amenaza percibida para su salud. Los rituales familiares ejercen una influencia extraordinaria sobre lo que se entiende por “normal” en cuestiones relacionadas con la salud, como cuando se trata de declarar enfermo a alguien, utilizar cinturón de seguridad, fumar, dieta, ejercicio y respuesta a tensiones externas e internas, como pérdida de trabajo, promociones o traslados geográficos (24).

La buena adaptación de la familia puede resultar más eficaz si se le permite expresar con sinceridad sentimientos negativos para aceptarlos y adaptarse a los cambios negativos en la

salud de sus miembros (23,24).

1.4.4 Papeles Familiares

Un papel familiar puede definirse como la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica en la que están involucrados otros miembros de la familia. Éste debe ser aceptado, flexible y complementario a los demás, para que pueda ser considerado como funcional (23,25).

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

-subsistema conyugal

-subsistema paterno-filial

-subsistema fraterno (23,25).

Es posible entonces, definir a la familia como un grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organizaciones y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza; que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva (23,25).

Psicológicamente, los miembros de la familia están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de las necesidades afectivas respectivas y ligadas económicamente para la provisión de sus necesidades materiales. La manera en que la familia asigna dentro de ella los diferentes papeles, está estrechamente relacionada con su estilo de vida (23,25).

El papel tradicional de la esposa y madre fue considerado hasta hace poco como principalmente expresivo o afectivo; incluía la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual y el representar conductas “femeninas” ante los hijos. El papel del esposo y padre fue tradicionalmente más instrumental. El papel de los hijos es considerado con frecuencia como el de tipo pasivo, pero se está transformando cada vez más en activo. El hijo recibe la atención general de padres y hermanos, aprende y practica muchos nuevos conocimientos, y es una fuente importante de educación para los padres en virtud de transmitirle cosas aprendidas en la escuela (25).

Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables por lo tanto las fuentes de tensión y desintegración familiar se han multiplicado. En particular, las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para

reasignar funciones o modificar los roles (13).

Es notorio el incremento de la participación económica en los diversos miembros del hogar, a tal grado que el esquema del jefe (a) como proveedor único, ha disminuido, cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades económicas desarrolladas por la esposa y los hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera significativa en la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar (13).

La familia tiene una figura central que es el jefe de la misma (fenómeno que ocurre prácticamente en todo el mundo) en otras palabras: la cabeza de la familia es quien tiene la autoridad y la mayor jerarquía del grupo y sobre la cual se articulan tanto la relación de parentesco al interior del grupo doméstico, como la organización económica, social y cultural de la familia (13).

Es importante aclarar que según el INEGI y algunos grupos de investigadores en sociología, la estructura de la familia se establece a partir de la identificación del jefe, ya que las relaciones de parentesco se definen como el vínculo que tienen cada una de las personas en relación con él, es decir, el papel que a cada miembro se le asigna depende de a quien se le ha reconocido como tal. Éste reconocimiento lleva implícita una costumbre o convencionalismo social y cultural que apunta a conceder la jefatura, en la mayoría, a los varones adultos (13).

1.4.5 Funciones de la Familia

La sociedad espera que la familia tenga un sentido de responsabilidad hacia sus miembros (25).

La familia es en esencia un sistema vivo, el cual se encuentra ligado a otros sistemas como el biológico, psicológico, social y el ecológico. Además la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir. También se encuentra la sexual, reproductiva, educacional y económica (27).

La familia nace no sólo cuando se contrae matrimonio o cuando las personas siguen juntas sino, cuando se comparten intereses en común, y pretenden alcanzarlos. La familia pretende formar a los individuos que conforman a la sociedad, aquí es donde entra la función educativa ya que deben de inculcar valores tanto morales como cívicos, siendo la primera escuela y también la responsable de enseñar su rol social y encauzarlo hacia su identidad sexual. Al realizar esto, la familia irá creciendo, no en tamaño sino en criterio, en madurez, lo cual le dará a los hijos, el paso para reproducirse, y formar una nueva familia (27).

Las funciones de la familia son las siguientes:

- a. Socialización. La tarea primordial de la familia es transformarse en un tiempo determinado.
- b. Cuidado. Resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud y apoyo emocional en cada uno de sus miembros.
- c. Afecto. Proporcionar: ánimo, amor y cariño, como recompensa básica de la vida familiar.

d. Reproducción. El matrimonio nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por lo tanto de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción; con la finalidad de proveer nuevos miembros a la sociedad.

e. Estatus y nivel socioeconómico. Conferir a los miembros de la familia el nivel socioeconómico equivale a transferirles derechos y tradiciones (26).

El conocimiento de estas funciones es de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico familiar (13).

1.4.6 Niveles de Implicación en la Familia

Dorothy y Baird trabajaron cinco niveles de implicación familiar, que son los siguientes:

Nivel uno: mínimo énfasis en la familia. El médico en este nivel, trata con la familia sólo en casos en que la conversación con los familiares del enfermo lo solicita. Este nivel resulta a veces lo único que cabe esperar, dadas las presiones de tiempo o las circunstancias especiales de cada consulta. Este nivel implica que un médico no llegue a alcanzar la experiencia rica y plena que tienen a su alcance los médicos de familia. El nivel uno es la práctica sin “medicina de familia” (28,29).

Nivel dos: proporcionar información frecuente y consejos médicos. Este nivel requiere que el médico comprenda la importancia de la familia en la asistencia sanitaria y que se comuniquen de manera efectiva con ella, con el fin de obtener y compartir información (28,29).

Nivel tres: sentimiento y apoyo. Este nivel implica un conocimiento del desarrollo normal del funcionamiento de una familia, así como de su forma de reaccionar ante una situación de tensión, de estrés (28,29).

Nivel cuatro: evaluación sistemática e intervención planificada. Este nivel requiere un conocimiento profundo de la teoría de los sistemas familiares y de los modelos de discusión familiar, el médico puede planificar y llevar a cabo intervenciones a nivel familiar (28,29).

Nivel cinco: terapia familiar. En este nivel, un médico es capaz de evaluar una disfunción familiar grave y planea reorganizar un acercamiento hacia el paciente y su familia (28,29).

1.4.7 Sistemas en Medicina Familiar

Desde la década de los años 50, los terapeutas e investigadores han desarrollado una serie de teorías diseñadas para describir y predecir la manera en la que actúa la familia. En 1983 apareció una revista, Family Systems Medicine, dirigida por Donald A. Boch describiendo los sistemas y la orientación familiar. En la actualidad, las teorías de sistemas de familia y de sistemas generales son elementos que forman parte de la base de conocimientos profesionales en medicina, salud mental y trabajo social (28).

Muchos médicos, entre los que se encuentran los de familia, suelen visitar sólo a un individuo cada vez. Es arriesgado extraer conclusiones referentes al funcionamiento de la familia sin ver directamente a más de uno de sus componentes. Es de gran importancia observar cómo

reaccionan los demás miembros a nivel individual y colectivo ante una enfermedad. Para conocer a una familia hay que verla. La familia posee patrones de interacción repetitivos que regulan y modifican la conducta de sus miembros. Todas las familias desarrollan reglas implícitas, y algunas explícitas, de cómo plantearse la vida (28).

La característica distintiva de una familia sana es su capacidad de adaptarse al cambio (28).

Un sistema es definido como “el conjunto de elementos relacionados entre sí de una manera determinada”. Un médico de familia en la práctica debe tener una visión del problema del paciente desde múltiples ámbitos si se quiere dar una asistencia eficaz y a tiempo. Aquí reside el núcleo central de los sistemas de medicina familiar. Cada sistema contribuye a una mejor comprensión del paciente y por lo tanto a una mejor asistencia (29).

La familia es el contexto social primario para el tratamiento de la enfermedad y la promoción de la salud. La familia transmite a la siguiente generación tanto la mayor probabilidad hereditaria de enfermedad, como la conducta (28, 30, 31).

1.5 EXPEDIENTE CLINICO FAMILIAR

1.5.1 Justificación

La enfermedad que sufre un individuo puede afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, del mismo modo que el grupo familiar influye en la salud o enfermedad de sus integrantes (30).

La medicina familiar tiene como objeto de estudio la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud- enfermedad; en el diagnóstico y tratamiento que se aplica a la familia como un todo. Así, cualquier situación que afecte a algún miembro del grupo, se afecta todo el sistema familiar. El objetivo del expediente clínico es el de identificar factores de riesgo comunes para toda la familia, los cuales pueden ser la causa de enfermedad individual o colectiva y/o de disfunción en la familia como un todo; incluyendo actividades de prevención primaria, secundaria o de rehabilitación (30,31).

1.5.2 Historia Clínica a cada miembro de la Familia

A cada uno de los miembros de la familia debe efectuarse la historia clínica de acuerdo con los procedimientos propedéuticos tradicionales y anexarse al expediente (13,30).

1.5.3 Estudio de Salud Familiar

1.5.3.1 Ficha de Identificación

a. Fecha de inicio del estudio

b. Apellidos de la familia

c. Domicilio

d. Integrante del grupo doméstico: nombre, parentesco con el jefe de familia, edad, estado civil, lugar y fecha de nacimiento, escolaridad, ocupación, religión (30).

1.5.3.2 Antecedentes heredo- familiares

a. Heredo familiares de morbimortalidad.

b. Desarrollo familiar. Señalar los eventos familiares relevantes que han ocurrido al grupo familiar en cada una de las etapas del ciclo vital desde su inicio.

c. Crisis familiares. Identificar los eventos críticos del desarrollo y accidentales que la familia ha afrontado desde su formación, así como las soluciones y consecuencias a conflictos no resueltos (30).

1.5.3.3 Aspectos socio- económicos familiares

a. Ingreso familiar y distribución.

b. Características de la vivienda.

c. Hábitos alimentarios, higiénicos, adicciones.

d. Participación comunitaria. Involucramiento de la familia en grupos sociales de la comunidad (religiosos, deportivos, asociaciones, clubes, etc).

e. Utilización de servicios de salud.

f. Recreación

g. Aspectos laborales. Investigar los antecedentes laborales y quienes aportan dinero al hogar; mencionar tipos de empleo (30).

1.5.3.4 Situación Actual de la Vida Familiar

1.5.3.4.1 Instrumentos de Atención Familiar

Los instrumentos de atención a la familia nos permiten identificar en qué medida ésta está cumpliendo con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud -enfermedad; ofrecen una visión gráfica de la familia, facilitan la comprensión de sus relaciones y ayudan al profesional de la salud y a la familia a ver un “cuadro mayor”, tanto desde el punto de vista histórico como del actual permitiendo al médico encontrar el mejor modo de ayudarla (32).

Los instrumentos más importantes en la familia: el familiograma y el Apgar familiar (32).

a)Familiograma

Introducido como instrumento de investigación familiar en México por Datz en 1978 (33).

El familiograma es una representación esquemática de la familia, provee información sobre sus integrantes en cuanto a su estructura y sus relaciones; así como su funcionamiento, generalmente en tres generaciones. El familiograma es utilizado por varias disciplinas (32).

Además, el familiograma permite conocer en qué etapa y ciclo de vida se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de enfermedad más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros (29, 30, 31, 32, 33).

b) APGAR Familiar

Este un instrumento de origen reciente, fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como médico de familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de atención primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Este test fue denominado “APGAR familiar” por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación del recién nacido propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación (29, 31, 32, 34, 35).

El Apgar familiar es un cuestionario que consta de cinco preguntas aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones; constituye un instrumento de decidida utilidad para determinar si la familia representa un recurso benéfico para el paciente o si al contrario, contribuye a su enfermedad. El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias (30,33).

En Chile, este instrumento mostró ser una herramienta válida y confiable para medir la disfunción en el núcleo familiar de adolescentes. Además de la brevedad, el APGAR familiar es fácil de diligenciar, independientemente del nivel cultural del entrevistado; se ha empleado con éxito en estratos socio-económicos bajos y en edades tan tempranas como los 10 años. Sin embargo, se desconocen las propiedades psicométricas (34).

En diversos estudios de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, se ha utilizado en el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de las familias (35).

El clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas (35).

La función familiar se debe evaluar con mayor énfasis en personas en quienes no resulta evidente una causa biomédica su molestia, sobre todo el consultadores crónicos, en individuos con múltiples síntomas inespecíficos, en sujetos con infecciones de repetición sin una causa identificable, y en enfermos con somatización (32, 34, 35).

En otro estudio llevado a cabo también en Cali, Colombia en 1995 se establecieron los riesgos biopsicosociales que influían en la salud de esa comunidad, e igualmente evaluaron la posibilidad de orientar el enfoque de atención integral en salud a la familia, en las unidades de atención primaria (36).

Aplicando el Apgar y la escala de Hamilton para medir la ansiedad de las familias, teniendo en cuenta el riesgo relativo para enfermar cuando las familias son disfuncionales y el hecho que todas las familias están expuestas a las mismas condiciones socio demográficas y económicas, el Apgar resultó ser un instrumento útil (36).

El acróstico APGAR deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar:

- Adaptabilidad (**adaptability**), que se define como la utilización de los recursos intra y extra familiares para resolver los problemas cuando se ve amenazada por un factor de estrés durante los períodos de crisis.
- Cooperación (**partnertship**), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia.
- Desarrollo (**growth**), como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo.
- Afectividad (**affection**), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia.
- Capacidad resolutive (**resolve**), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia (29, 30, 31, 33, 34, 35).

Preguntas para la prueba de APGAR familiar:

- ¿está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?
- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?
- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?
- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
- ¿Siente que su familia lo quiere?

Casi nunca (0); a veces (1); casi siempre (2) (30, 31, 32, 33).

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia (32).

00-06 disfunción grave

07-12 disfunción moderada

13-20 familia funcional (30).

1.5.3.4.2 Clasificación de la familia (tipología)

1) En base a su desarrollo: moderna/tradicional

Un dato fundamental para ubicar a la familia desde su desarrollo; es si la madre de familia trabaja o no, por sí solo este elemento facilita ubicar a la familia en moderna o tradicional, debido a que se sobreentiende que para que la madre trabaje, requirió haber realizado una negociación con su esposo o que se encuentra divorciada, o está separada (13,31).

2) En base a su demografía: urbana/rural

Dato de importancia por reportar con una sola palabra el acceso y la disponibilidad a servicios públicos de la comunidad (13, 28, 31, 33).

3) En base a su integración:

-integrada: en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones

-semi- integrada: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones

-desintegrada: es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono (13, 26, 30, 31, 33).

4) En base a la ocupación del jefe (s): campesina, obrera, técnica, profesional. La información que reporta la ocupación del jefe de familia es muy útil, pueden sustituir el preguntar el número de salarios mínimos ingresan a la familia. Ubica indirectamente el nivel socioeconómico de la familia y las posibilidades de desarrollo, al menos desde el punto de vista económico (13, 26, 30, 31, 33).

1.5.3.4.3 Estructura Familiar

Estructura Familiar según De la Revilla, modificada por Márquez

a. Familia nuclear formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos conviven 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, etc)

-Familia binuclear: familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar e hijos de distintos progenitores

b. Familia extensa: es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones; suele estar formado por hermanos, cónyuges sus hijos y /o padres e hijos casados.

c. Familia monoparental: está constituida por un solo cónyuge y sus hijos

d. Sin familia: en esta familia se contemplan no sólo al adulto soltero, sino también al divorciado o al viudo sin hijos

e. Equivalentes familiares: se trata de individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como pareja de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc. (13).

1.5.3.4.4 Etapa Actual del Ciclo Vital

Los problemas que ocurren al interior de la familia, desde un análisis fundado en el ciclo vital de la familia, nos muestra qué puede ocurrir en las transiciones entre las etapas del ciclo vital familiar. Las necesidades de los miembros de la familia, especialmente en las etapas de transición, producen notorios cambios en la relación entre ellos (31).

Mc Winney, lo señala de una manera contundente: la comprensión integral del ciclo vital de la familia, junto a la comprensión del desarrollo individual, de cada miembro de la familia, puede ayudar al médico familiar a formular hipótesis acertadas con relación a los problemas que presentan los pacientes (31).

Ciclo vital familiar (Geyman)

-Fase de matrimonio: se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

-Fase de expansión: es el momento en que con mayor velocidad incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.

-Fase de independencia: etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

-Fase de retiro y muerte: etapa en la que se deben enfrentar diversos retos, situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono (13, 24, 30, 31, 33).

1.5.3.4.5 Detección de Problemas Emocionales

Según Maslow, el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades, que son:

-fisiológicas: aire, agua, alimentos, sexualidad

-de seguridad: orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas

-sociales: amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano- humano

-de estima: respeto en uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás

-de realización personal: satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio, etc). (23).

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

-comunicación: en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

- individualidad: la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

- toma de decisiones: la búsqueda de la solución más adecuada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa “quien va a salirse con la suya” y consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

-reacción a los eventos críticos: una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así como lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas (23).

Eventos críticos familiares: el médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma (23).

1.5.3.4.6 Evaluación en la Funcionalidad Familiar

Una crisis en cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración que requiere una respuesta adaptativa a la misma (23).

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y comunicarse adecuadamente para una resolución. Se requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus miembros (23).

En 1976 en el Journal of Psychosomatic Research, Thomas Holmes presentó un test donde daba un determinado valor a eventos en la vida del hombre y que son causa de estrés y cuya gravedad, en orden decreciente, es directamente proporcional al valor dado en escala de eventos críticos, debe realizarse en función de los eventos que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas (30,31).

Escala de Holmes:

Evento	Valor
Muerte del cónyuge	100
Divorcio	73
Separación matrimonial	63
Causas penales	63
Muerte de un familiar cercano	63
Lesión o enfermedad personal	53
Matrimonio	50
Pérdida de empleo	47
Reconciliación matrimonial	45
Jubilación	45
Cambios en la salud de un familiar	44
Embarazo	40
Problemas sexuales	39
Nacimiento de un hijo	39
Reajuste en los negocios	39
Cambios en el estado financiero	38
Muerte de un amigo muy querido	37
Cambio a una línea diferente de trabajo	36
Cambio del número de discusiones con la pareja	35
Hipoteca mayor	31
Juicio por una hipoteca o préstamo	30
Cambio de responsabilidad en el trabajo	29

Uno de los hijos abandona el hogar	29
Dificultades con los parientes políticos	29
Logro personal notable	28
La esposa comienza o deja de trabajar	26
Inicia o termina el ciclo escolar	26
Cambio en las condiciones de vida	25
Revisión de hábitos personales	24
Problemas con el jefe	23
Cambio en el horario o condiciones del trabajo	20
Cambio de residencia	20
Cambio de escuela	20
Cambio de recreación	19
Cambio en las actividades religiosas	19
También las actividades sociales	18
Hipoteca o préstamo menor	17
Cambio en los hábitos de sueño	16
Cambio en el número de reuniones familiares	15
Cambio en los hábitos alimentarios	15
Vacaciones	13
Navidad	12
Violaciones menores a la ley	11

Puntaje de la escala de Holmes

0-149 no existen problemas importantes

150- 199 crisis leve

200-299 crisis moderada

Más de 300 crisis grave (30,31).

Esta escala sólo será aplicada por el médico familiar, se subrayarán únicamente los positivos. Es oportuno elaborar la escala de Holmes cada dos años en caso de alguna eventualidad importante en la familia (33).

Entre los factores que obstaculizan a la familia se encuentran los siguientes: la falta de educación familiar, en la que la persona queda como “niño consentido” incapaz de superar dificultades; o bien sufrió un trauma por la irresponsabilidad de los padres; falta de madurez personal; mala educación y prejuicios; conducta irresponsable (27).

1.5.3.4.7 Recursos Familiares

Por **atención** se entiende al hecho de responder a las necesidades de salud manifestadas por el paciente, mientras que **cuidado** implica responder tanto a las necesidades expresadas como a las no expresadas, detectada por el equipo de salud. **Apoyo** se deben utilizar todos los recursos existentes al alcance de la familia para atenuar o resolver los problemas psicosociales detectados en cada grupo familiar (30).

Uno de los aspectos los cuales deben de reforzarse es la comunicación (27).

Poner límites y no sobrepasarlos es esencial para el respeto en la familia. La cooperación entre los miembros de la familia, dentro de las diversas actividades del hogar, para crear una relación más amigable, sin tensiones. Sobre todo mucho amor y comprensión entre los miembros de la familia, para que puedan alcanzar todas sus metas planeadas desde que nació la familia y así lograr una calidad de vida elevada (27).

1.5.3.5 Actividades Médico- Preventivas Familiares

Se refiere a las siguientes: participación en el programa de planificación familiar; detección de padecimientos crónico- degenerativos; acciones contra padecimientos transmisibles vulnerables por vacunación; detección y acciones contra padecimientos transmisibles; participación en programas y actividades de: odontología preventiva, control de embarazo y puerperio, detección de embarazo de alto riesgo, etc (30).

1.5.4 Diagnóstico Familiar

Con el diagnóstico integral de la familia se tiene el conocimiento del tipo y estructura familiar, fase del ciclo vital en que se encuentra, complicaciones del desarrollo, funciones, eventos críticos, recursos familiares, y grado de funcionalidad familiar, entre otros. De la investigación

de estos hechos es posible conocer los factores de riesgo de la familia, alrededor de los cuales girará el trabajo del equipo de salud (30).

1.5.5 Detección de Factores de Riesgo

El enfoque de riesgo es el método para estimar la necesidad de atención a la salud y atender con prioridad a grupos vulnerables. Un **daño** es la consecuencia de la interacción multifactorial de varios factores de riesgo (30, 37).

Riesgo es la probabilidad matemática de que ocurra un evento o daño a la salud.

Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociados a una probabilidad mayor de experimentar un daño a la salud. Los factores de riesgo se dividen en:

-Modificables:

Estilos de vida (alimentación, actividad física, recreación, ingestión de alcohol, hábito tabáquico, hábitos higiénicos, conducta sexual, integración y dinámica familiar, educación para la salud;

Económicos (fuentes de trabajo, ocupación, ingresos, vivienda, prestaciones);

Ambientales (calidad de agua para consumo humano, disposición de excretas, disposición de basura, contaminación del aire, fauna nociva, forestación, vías de comunicación, seguridad pública, ruido, etc);

Los relacionados con los servicios de salud (aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad de los servicios médicos);

Socioculturales (educación, religión, organización social, tradiciones y mixtos) (37).

-No modificables: sexo, herencia, clima, grupo étnico.

El médico familiar debe identificar tempranamente los factores de riesgo en el núcleo familiar, que le permitan prevenir o controlar las enfermedades que causan pérdida de años productivos (37).

1.5.5.1 Identificación

Mediante entrevistas, aprovechando la presencia en el consultorio de cualquier miembro de la familia, se puede establecer el grado de asociación entre el daño presente a la salud con los factores que lo condicionan (30).

Actualmente existe la metodología para hacer la detección de los factores de riesgo, tanto a nivel individual, familiar y de comunidad en el mismo consultorio, clasificarlos y planear acciones que logren evitar daños y redunden en una mayor calidad de vida, con lo que se cumplirían los puntos de la Atención Primaria (37).

Lista de factores de riesgo (213) para los principales problemas de salud en el primer nivel de atención; algunos de estos factores de riesgo son:

001	Sexo masculino	002	Edad mayor de 45 años
003	Sobrepeso mayor del 10%	004	Ocupación: medio laboral estresante
005	Dieta con alto contenido en sodio	006	Antecedentes familiares de la misma patología
007	Uso de anticonceptivos	011	Antecedentes personales de hipercolesterolemia, hiperuricemia, hiperglucemia
012	Personalidad tipo A	013	Antecedentes familiares de hipercolesterolemia, hiperuricemia, hiperglucemia
014	Sedentarismo	015	Ingesta excesiva de carbohidratos y grasas
016	Antecedentes familiares de enfermedad vascular arterioesclerótica	017	Sexo femenino

(37)

Los factores de riesgo se agrupan de acuerdo al problema que se detecte, por ejemplo, para Diabetes Mellitus tenemos algunos de los siguientes:

003	Sobrepeso mayor del 10%	017	Sexo femenino
004	Ocupación: medio laboral estresante	019	Antecedentes familiares de obesidad
006	Antecedentes familiares de la misma patología	021	Antecedentes familiares endocrinopatías
011	Antecedentes personales de hipercolesterolemia, hiperuricemia, hiperglucemia	030	Ingesta de medicamentos inmunosupresores, esteroides
015	Ingesta excesiva de carbohidratos y grasas	178	Embarazo

(37)

A continuación se abordan los niveles de detección:

Niveles de detección		
Cómo detectarlo	P	Por una pregunta que detecte el factor de riesgo
	O	Por observación directa del factor de riesgo, ejemplo: sexo
	C	Por un cuestionario , una serie de preguntas y observaciones
	E	Por un equipo necesario para detectar un factor de riesgo
Quién lo detecta	P	Promotor de salud, técnico en salud, trabajador social o
	E	Enfermera, auxiliar de enfermería o equivalente
	Mg	Médico general
	Mf	Médico familiar
	S	Psicólogo
	O	Odontólogo
En quién se detecta	I	Individuo
	F	Familia
	D	Domicilio
	C	Comunidad

(37)

Ejemplo de Diabetes Mellitus:

Factor de riesgo	Cómo detectarlo	Quien lo detecta	En quien lo detecta	Dónde se detecta
003	E	E	I	CS D
004	C	S Mf P	I	CS
006	P	Mg	I	CS
011	P	Mg	I	CS
015	C	E	I F	D CS

(37)

Se **jerarquizan** de acuerdo a los siguientes criterios:

DE MAGNITUD		Calificación
a)	El factor de riesgo es determinante para la aparición del problema	3
b)	Condiciona la aparición del problema	2
c)	Se asocia a la aparición del problema o necesita combinarse con otros factores para condicionar el daño	1
d)	No tiene relación con el problema	0
DE TRASCENDENCIA		
a)	El factor de riesgo repercute en el resto de la vida	3
b)	Repercute en forma prolongada	2
c)	Repercute transitoriamente	1
d)	No repercute	0

(37)

Se **programan** las acciones del equipo de salud a decisión operativa en función de los criterios de:

Vulnerabilidad: se refiere a la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar el factor de riesgo.

Factibilidad: se refiere a la capacidad que se tiene para impactar sobre el factor de riesgo con los recursos disponibles.

	VULNERABILIDAD	Calificación
a)	Existen instrumentos técnicos y procedimientos específicos para abordar el factor de riesgo	3
b)	Existen procedimientos específicos que indirectamente inciden en el factor de riesgo	2
c)	Existen solamente procedimientos inespecíficos	1
d)	No existen procedimientos	0
	FACTIBILIDAD	
a)	Se puede cancelar el factor de riesgo	3
b)	Se puede modificar el factor de riesgo	2
c)	Los efectos del factor de riesgo se pueden atenuar	1
d)	No existe capacidad para incidir	0

(37)

Se seleccionan primero los de mayor **vulnerabilidad y factibilidad** y se establece quien, como, cuando y donde se abordará el factor de riesgo de acuerdo a la siguiente tabla:

Niveles de abordaje

Forma de abordarlo (para darle solución)	I	A través de información, educación y/o de grupos capacitación
	F	Por formación de grupos (diabéticos, obesos, etc.)
	A	Por una actividad concreta
Quien lo aborda	P	Promotor de salud, técnico en salud, etc.
	Mg	Médico general
	Mf	Médico familiar
	O	Otro miembro del equipo de salud o profesionalista diferente (sociólogo, odontólogo, trabajador social, etc.)
Resultado esperado	C	Cancelar el factor de riesgo como tal
	M	Modificar el factor de riesgo

(37)

Este es un ejemplo de Diabetes Mellitus:

(37)

Factor de riesgo	Niveles de detección				Jerarquización			Programación de acciones			Niveles de abordaje		
	C	Q	EQ	D	M	T	T	V	F	T	FA	QA	RE
003	E	E	I	CS D	3	2	5	3	3	6	I F A	E P O	C
004	C	S Mf P	I	CS	3	2	5	3	3	6	I A	Mf	A
006	P	Mg	I	CS	2	3	5	0	0	0	I	Mg	A
011	P	Mg	I	CS	2	2	4	2	2	4	I	Mg	A
015	C	E	I F	D CS	2	1	3	3	3	6	I F A	E Mg O	C

1.5.5.2 Objetivos

Una vez llevado a cabo el proceso anterior, se establecen objetivos a las actividades que se puedan realizar con base en los recursos disponibles en la familia (30).

1.5.5.3 Programa de Actividades

De acuerdo con los objetivos trazados y con base en los factores de riesgo detectados, el equipo de salud, conjuntamente con la familia, diseña un programa específico de atención, con las actividades tanto preventivas como asistenciales que habrán de realizarse (30).

a. Una vez investigados los factores de riesgo en el período prepatogénico, deben aplicarse las medidas de prevención primaria para evitar que el estímulo de la enfermedad se produzca. Consta de dos niveles:

-Promoción a la salud. Consiste en orientar al individuo sobre sus funciones en la familia, en el trabajo y la sociedad; sobre las medidas dietéticas adecuadas y sobre la importancia del ejercicio y la higiene personal. A la familia, en la participación de actividades sociales tanto recreativas, deportivas y culturales; acerca de los ajustes que debe efectuar al pasar de una etapa a otra de su ciclo vital, sobre la importancia de las actividades en la fase de retiro y del apoyo a los padres en la fase familiar final. Promover en la pareja la planificación familiar y educación sexual; crecimiento y desarrollo de los hijos así como el saneamiento en lo referente a la potabilización del agua, la disposición correcta de excretas, eliminación de basura, además de una distribución racional del ingreso familiar. Capacitar a la familia en la vigilancia de la nutrición; la conservación, preparación y manejo higiénico de los alimentos; el sano crecimiento y desarrollo de los hijos; la correcta utilización de sus recursos; la aceptación de la dispersión de sus miembros y la muerte de cualquiera de ellos (30).

-Protección específica. Exámenes médicos periódicos, capacitación a la familia en la prevención de desnutrición, problemas bucodentales, el manejo higiénico de los alimentos y la vestimenta; sobre el embarazo, parto y puerperio y la exposición a agentes carcinogénicos y alergénicos; acerca de su participación en la prevención del tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías. Orientar al individuo sobre los riesgos de trabajo y a la familia acerca de las medidas de protección contra accidentes en el hogar y de tránsito (30).

b. El período patogénico comprende la fase de evolución de la enfermedad después de la interacción entre el estímulo y el huésped, en quien se producen cambios orgánicos y funcionales. Consta de dos etapas: la subclínica en que los síntomas, si se presentan, son mínimos e inespecíficos y la etapa clínica, en la que se reconoce una variada gama de síntomas y puede haber secuelas. En este período la prevención secundaria se lleva a cabo mediante el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Esto puede lograrse a través de detectar oportunamente malformaciones congénitas, desnutrición, padecimientos transmisibles y alérgicos, malos hábitos de higiene bucal y situaciones disfuncionales familiares, entre otros múltiples aspectos (30).

Capacitar a la familia en la correcta utilización de los recursos institucionales y comunitarios de salud, sobre su participación en la detección de signos y síntomas específicos, así como tratar inmediatamente los casos descubiertos desde los primeros estadios de la enfermedad. Se debe evitar que la enfermedad continúe deteriorando al organismo, prevenir y retardar las secuelas de los padecimientos clínicamente avanzados (30).

c. No obstante que si la enfermedad ya ha evolucionado hasta los últimos estadios del periodo patogénico, con secuelas y/o incapacidad parcial o total, aun es posible efectuar medidas a través de la prevención terciaria, que se refiere a la rehabilitación física, psicológica y social del paciente, y en la medida de lo posible a su familia, de manera que aquel pueda adaptarse a sus condiciones de vida (30).

En nuestro país la vigilancia de salud se define como el seguimiento, la recolección sistemática, el análisis y la interpretación de datos sobre sucesos o las condiciones relacionadas con la planificación, la implementación y la evaluación de programas. Incluye como elementos básicos la diseminación de dicha información a los que necesitan conocerla para lograr una acción de prevención y control más efectivo y dinámico en los diferentes niveles del sistema (38).

En su labor de vigilancia, el médico de la familia debe reportar los datos necesarios, principalmente mediante tres procedimientos:

-Reporte de actividades de la consulta externa. Es vía fundamental por la cual llega más del 80% del volumen de datos necesarios en la vigilancia. La información debe cumplir tres requisitos importantes: ser confiable, precisa y completa

-Reportes especiales. Envío de reportes de casos de enfermedades de carácter especial; reportarlas y enviarlas de la manera más rápida (teléfono, fax, correo electrónico, etc.)

-Análisis de la situación de salud (diagnóstico de salud). Debe ser un análisis dinámico,

sistemático del estado de salud de la comunidad, donde el médico vaya reflejando los cambios que se producen, así como de las acciones que se deben realizar para lograr mejores resultados (38).

1.5.5.4 Evolución y Evaluación Periódica

Se evalúa mensualmente al equipo de salud en forma individual y conjunta en cuanto al cumplimiento de sus funciones y actividades asignadas, tomando en cuenta el resultado de supervisión y estableciendo criterios de eficiencia, eficacia y efectividad:

Eficiencia: Será la relación existente entre el cumplimiento, apego a la técnica y habilidades establecidas para realizar la actividad planeada y el resultado obtenido.

Eficacia: Será la relación entre la atención prestada y el efecto sobre los factores de riesgo (si se cancelaron, se modificaron o se atenuaron sus efectos)

Efectividad: Será el porcentaje de familias en las que se logró eficiencia y eficacia (38).

1.5.6 Comentarios

Consiste en la exposición de los puntos de vista relacionados con la familia estudiada, tanto si se trata de la primera vez, como de subsecuentes entrevistas. Se señalarán aspectos relevantes sobre su evolución y pronóstico. Uno de los principales problemas en la medicina familiar es la falta de criterios uniformes para registrar los riesgos a la salud familiar, ya que en la mayoría de los servicios existentes sólo se tiene el expediente individual y difícilmente se integran los datos de la familia, sobre todo los relacionados a los riesgos para la salud (30).

1.6 MODELO SISTEMATICO DE ATENCION FAMILIAR (MOSAMEF)

1.6.1 Antecedentes del MOSAMEF

La conferencia de Alma -Ata define a la atención primaria a la salud como: *asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de TODOS los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con el individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (13).*

El antecedente más cercano del deseo de desarrollar una atención médica de alta calidad, integral, accesible y que cumpla con el ideal de su verdadera equidad, se identifica un suceso ocurrido en 1948, bajo los efectos filosóficos y políticos de la revolución francesa “Todo hombre debe recibir asistencia médica por el hecho de serlo y ésta debe ser digna y adecuada”. Digna y adecuada son principios que rigen la práctica del MOSAMEF (13).

1.6.2 Antecedentes históricos en México del MOSAMEF

Período de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud: 1917- 1958. El proceso de creación de las instituciones de salud tuvo su momento más importante en 1943, con el surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (13).

Período de la medicina científica 1959- 1967: en este período se comienza a consolidar el modelo médico familiar en el IMSS. Se ensaya un modelo que posteriormente es abandonado, el del médico familiar de menores y médico familiar de adultos (13).

1968- 1979: período de crisis. Se orienta la formación de los médicos hacia la atención primaria a la salud. Se experimentan nuevas opciones a nivel de posgrado como los cursos de especialización en medicina familiar (13).

Los actuales conocimientos sobre la historia natural de las enfermedades posibilitan la orientación hacia la medicina preventiva. El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) es un instrumento técnico profesional para la realización de una serie de actividades preventivas. Este programa puede considerarse como un antecedente directo del MOSAMEF (13).

1.6.3 Definición del MOSAMEF

El MOSAMEF es un modelo de práctica médica familiar, diseñado por un grupo de profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fue dado a conocer desde 1995 en la tercera edición del libro Fundamentos de Medicina Familiar (13).

La motivación inicial para desarrollar este modelo fue presentar en forma de protocolo un esquema de atención sistemática a las familias, dirigido a los alumnos del curso semipresencial de especialización en medicina familiar en diplomado de posgrado efectuado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la UNAM: hasta el año 2000 lo habían aplicado más de 100 especialistas en familia del país. Este ensayo sobre las bases conceptuales del MOSAMEF no pretende agotar el tema, sino servir de introducción a los principios que sustentan a la especialidad en medicina familiar (13).

1.6.4 Objetivos del MOSAMEF

El MOSAMEF se origina a partir de tres preguntas fundamentales: ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar? ¿Cómo identificar las necesidades de atención a la salud de la familia? ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produzca un impacto favorable en la salud de la familia? (13).

La práctica de la medicina familiar se fundamenta en tres elementos esenciales: el estudio de la familia, la continuidad de la atención y la acción anticipada basada en un enfoque de riesgo (13).

El análisis de las patologías que con mayor frecuencia presentan las familias, constituye el perfil

de morbilidad, que aunado a la evaluación demográfica de la familia, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo, el diseño y la ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno (13).

El médico familiar debe esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o un grupo de enfermedades y, observar permanentemente a sus pacientes como población en riesgo (13).

Para lograr estos propósitos el médico familiar debe conocer con detalle la estructura de las familias que están bajo su cuidado, las características de la pirámide poblacional que conforman, las patologías más frecuentemente tratadas así como la demanda de servicios que ejerce en su consultorio para desarrollar una labor eficaz, lo que a través del tiempo tendrá un impacto positivo en la salud familiar (13).

1.6.5 Actividades del Médico Familiar en el MOSAMEF

El MOSAMEF pretende incidir en la mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción planteados por la Carta de Ottawa producto de la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud:

- reorientar los servicios de salud
- mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida
- crear un “medio ambiente” saludable
- elaborar políticas explícitas para la salud
- reforzar la acción comunitaria en salud

La función primaria del médico familiar es ayudar a las familias a que manejen las enfermedades comunes y mostrarles cómo prevenir, o por lo menos reducir, la posibilidad de que se presenten (13).

Es indiscutible que contar con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, atender indistintamente a todos los integrantes de la familia, contar con la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y estimar probabilidades de ocurrencia de eventos, ofrece grandes ventajas al médico familiar (13).

El médico familiar debe cubrir un perfil profesional adecuado para poder dar una mejor solución a cada uno de los problemas de salud que se presentan en el quehacer cotidiano, cubriendo las cinco áreas de atención (13).

1.6.6 Perspectivas del MOSAMEF

La aplicación del MOSAMEF, deberá incluir el proceso de:

-actualización periódica

-evaluación operativa

-establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño (13).

Deberá responder a los programas de calidad total que incluyen casi siempre cuatro fases:

-identificación de características de la comunidad a estudiar

-señalamiento puntual de los problemas de salud de la población

-modificación a los problemas detectados.

-seguimiento del impacto de la intervención (13).

1.7 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México durante el II Censo de Población y Vivienda 2005, realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, la población actual fue de 103 263 388 habitantes (39).

Del año 2000 al 2005 la población en México se incrementó en 5.8 millones de habitantes, lo que representa un aumento anual de una persona por cada 100 (1%). En 2008 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) informó que en ese año existían 26.7 millones de hogares con 105.9 millones de personas, mientras que los restantes 503 mil habitantes lo hacen en viviendas colectivas como orfanatos, asilos y prisiones. Preciso que del total de hogares 24.3 millones son familiares, es decir, que al menos dos de sus miembros tienen parentesco por consanguinidad o afinidad. Los otros 2.5 millones se forman de personas sin parentesco, o bien de individuos que viven solos (40).

En el desglose, el CONAPO informa que entre los arreglos familiares, 18.2 millones son nucleares y 6.1 millones de ellas, son extensas (40).

México está entre los 11 países más poblados del mundo, después de: China, India, Estados Unidos de América, Indonesia, Brasil, Pakistán, Rusia, Bangladesh, Nigeria y Japón (40).

El Distrito Federal ocupa el segundo lugar de las entidades federativas más poblado, con 8,720,916 según el INEGI, precedido por el Estado de México (39).

En un estudio de Mercado de Vivienda en el Distrito Federal, llevado a cabo por un grupo financiero de la Hipotecaria Nacional, menciona que en el 2005, en la Delegación Cuauhtémoc habían 512,211 habitantes; este dato lo obtuvieron del Censo de Población 2005 del INEGI (41).

En este mismo estudio manifiestan el Proyecto de Población 2000-2010 CONAPO en el que

mencionan que el Distrito Federal para el año 2020 contará con 2, 680, 796 habitantes más (41).

En el Distrito Federal el salario mínimo se calcula a partir del 1 de enero del 2006 en 48.67 pesos diarios para el área geográfica A (grupo al que pertenece esta entidad) según la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CNSM).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es un componente fundamental para incrementar y mejorar las condiciones de salud en los derechohabientes y en sus familias. Esta Institución fue formada el 1º de Octubre de 1959. Cuenta con 288 Unidades Médicas y brinda atención a 10.5 millones de afiliados.

La CMF Cinco de febrero del ISSSTE cuenta con 4 consultorios de Medicina Familiar, en el turno matutino, ya que otros consultorios se encuentran ocupados por médicos que desempeñan actividades de gerontología, nutrición y planificación familiar. Cada uno atiende en promedio a 24 derechohabientes por jornada de 6 horas. Los pacientes y sus familias acuden por diversos problemas de salud para los cuales el médico debe estar preparado para dar solución adecuada a cada uno de ellos, en conjunto con equipo de salud: enfermería, trabajo social, psicología, etc. Cuenta con autoridades accesibles para que el personal pueda realizar sus actividades en la medida que se requiera y otorgar un servicio de calidad. Esto permite que las condiciones sean óptimas para que el médico familiar pueda realizar trabajos de investigación en sus familias que serán de beneficio para los integrantes de las mismas en la mejoría de su salud y/o en la identificación de factores de riesgo con la finalidad de evitar en lo posible que las enfermedades se presenten y con esto mejorar su calidad de vida.

La Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal, cuenta con 8,159 derechohabientes distribuidos de la siguiente forma, según la Subdirección de Afiliación y Vigencia en mayo del 2008:

-trabajadores: 2762

-pensionistas: 868

-familiares: 4529

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MEXICO, 2006

Número	Padecimiento	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	23 176 199
2	Infecciones int. Por otro organismo y las mal definidas	4 716 011
3	Infección de vías urinarias	3 076 468
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	1 491 309
5	Otitis media aguda	708 556
6	Amebiasis Intestinal	662 197
7	Hipertensión Arterial	521 486
8	Gingivitis y Enfermedad Periodontal	507 395
9	Diabetes Mellitus no insulino dependiente (tipo II)	394 360
10	Otras helmintiasis	351 095

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología.
(42).

En la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero, las diez principales causas de solicitud de consulta durante el año 2007 fueron las siguientes:

Número	Padecimiento	Total
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	4801
2	Hipertensión arterial sistémica	2825
3	Enfermedades diarreicas agudas	924
4	Infección de vías urinarias	511
5	Obesidad	511
6	Úlceras, gastritis, duodenitis	435
7	Conjuntivitis aguda	305
8	Otitis media aguda	298
9	Gingivitis	227
10	Diabetes mellitus no insulino dependiente reciente inicio	181

Fuente: SM1-10 Hoja de informe diario de las actividades del médico

En la CMF no se cuenta con una pirámide poblacional por consultorio, se desconoce cuántos derechohabientes corresponden a cada consultorio y cuantas familias se atienden; las características de las mismas, con qué factores de riesgo cuentan o de que se enferman más frecuentemente los pacientes que acuden a esta Unidad, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué características, factores de riesgo y cuáles son las principales causas de consulta en las familias del consultorio 4 de la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal?

1.8 JUSTIFICACION

Las cifras del CONAPO en el nuevo milenio destacan que la esperanza de vida del los y las mexicanas es de 75 años, la cual aumentará de dos a tres años por década, por lo que para el año 2010 la longevidad de los ciudadanos será de 78.1 años; en el 2030 se tiene prevista hasta en 81.8 años, tenderá a aumentar y para el año 2050 la esperanza de vida se espera que llegue a los 83. 7 años en promedio (43, 44).

Alcanzar las cifras planeadas dependerá de diversos factores, pero sobre todo de las opciones y oportunidades con que cuenten los mexicanos; del control que tengan sobre las decisiones claves en sus vidas; así como de las políticas adecuadas de población y desarrollo (44).

El CONAPO, define y defiende el concepto de familia como "una institución de gran trascendencia para el desarrollo y la calidad de vida de las personas. Las funciones básicas de las familias ligadas con la reproducción, el cuidado y la crianza de los niños así como el apoyo emocional, gravitan enormemente en el desarrollo de las personas, sus efectos son profundos y persistentes a lo largo del curso de sus vidas " (40).

Mencionan: "los cambios en la estructura y dinámica de las familias y de los hogares han sido tan profundos como los acaecidos con la población en general. Los hogares en la actualidad son de menor tamaño, el tiempo dedicado a la crianza y cuidado de la descendencia se ha reducido, el tiempo promedio que los individuos desempeñan sus roles familiares se ha extendido y el número de generaciones que conviven en el espacio de las relaciones familiares es hoy mayor que en el pasado" (40).

Dado el cambio tan grande que va sufriendo la población, el médico debe concientizarse que su papel en el mantenimiento de la salud es cada vez mayor.

La Clínica de Medicina Familiar 5 de Febrero, del ISSSTE en el D.F no cuenta con estudios familiares que le permitan al médico familiar ofrecer una atención médica integral y adecuada a los pacientes ya que hay un desconocimiento de: características y fase del ciclo vital en que se encuentran las familias a las que atiende; identificación, jerarquización, abordaje de factores de riesgo; una pirámide poblacional por consultorio; así como las

principales causas de consulta en su práctica diaria. Por lo anterior, se hace necesaria la realización de un trabajo de investigación que permita al médico familiar contar con los instrumentos y las técnicas adecuadas para incidir en la mejora de la salud de sus pacientes. Los resultados que se obtengan servirán para ofrecer la intervención en los factores de riesgo detectados, y programar adecuadamente acciones, junto con el equipo de salud a fin de evitar en lo posible la presencia de la enfermedad; así como proporcionar atención médica de alta calidad y continuada que permita al médico familiar ofrecer diagnósticos más precisos; tratamientos adecuados y rehabilitación a los pacientes adscritos al consultorio No. 4 de la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal.

En la Unidad se cuenta con médicos familiares capacitados y adiestrados en las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento, así como la posibilidad de la referencia de pacientes a las diferentes especialidades con las que cuenta el Instituto.

1.9 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características familiares, factores de riesgo y las principales causas de consulta en los usuarios del consultorio No. 4 de la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal.

1.10 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la pirámide poblacional del consultorio No. 4
- Determinar la ocupación, escolaridad, salud reproductiva, factores demográficos, clasificación estructural de la familia, etapa del ciclo vital, apgar familiar, factores económicos, índice simplificado de marginación familiar, redes sociales y de apoyo, factores de riesgo, patología familiar, detección de cáncer, datos demográficos de las familias de los pacientes asignados al consultorio No. 4
- Aplicar la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF) a las familias usuarias del consultorio No. 4
- Determinar las diez principales causas de consulta en los derechohabientes adscritos al consultorio No. 4

2. MATERIAL Y METODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal, con una fase retrospectiva y otra prospectiva, (ambispectivo) clínico.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO

La población serán los derechohabientes usuarios del consultorio No. 4 de la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Distrito Federal, que se presenten a la consulta externa durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2008. Para identificar las características de la familia se aplicará a cada una de ellas la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF).

Las primeras causas de consulta se obtendrán de la hoja de informe diario del médico (SM1-10) del consultorio 4, turno matutino y del período comprendido de abril del 2007 a marzo del 2008.

La pirámide de población y el número de familias se obtendrán de los expedientes clínicos del consultorio cuatro que se encuentran resguardados en el archivo clínico de la Unidad.

2.3 POBLACIÓN

La población de referencia serán las serán los 1945 derechohabientes asignados al consultorio 4 de la CMF Cinco de Febrero del ISSSTE en el Distrito Federal.

2.4 MUESTRA

Tipo de muestra: no aleatoria, por cuota.

Tamaño de la muestra: 126 familias de acuerdo con la fórmula:

Donde:

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{e^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{z^2 q}{e^2 p} - 1 \right]}$$

z= confianza= 90%= 1. 645

q= 0.3

p y q= variabilidad

p= 0.7

e= error= 10%= 0.10

N= 1945

Por lo que n= 126

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero.
- Pacientes usuarios del consultorio No. 4 que se presenten a la consulta durante los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2008.
- Pacientes que acepten participar.
- Mayores de edad.
- Ambos sexos.
- Todos los expedientes clínicos del consultorio No. 4.
- Hoja de informe diario de labores del médico del consultorio cuatro. Turno matutino, de abril del 2007 a marzo del 2008 y que sean legibles.

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes no derechohabientes, fuera de zona o foráneos.
- Pacientes cuyo motivo de consulta sea una urgencia médica.
- Pacientes que no quieran participar.
- Pacientes menores de edad.

c) Criterios de eliminación:

- Cédulas incompletas.
- Cédulas ilegibles.

2.6 VARIABLES

Variables	Definición	Valores de la variable	Tipo	Escala
-----------	------------	------------------------	------	--------

Edad	Años de vida de un ser humano		Cuantitativa	Discreta
Ocupación	Función a la que se dedica un ser humano	01= ama de casa	Cualitativa	Nominal
		02=jubilado/pensionado	Cualitativa	Nominal
		03=Desempleado	Cualitativa	Nominal
		04=Subempleado	Cualitativa	Nominal
		05=Menor de edad	Cualitativa	Nominal
		06=Estudiante	Cualitativa	Nominal
		07=Estudia y trabaja	Cualitativa	Nominal
		08=Campesino	Cualitativa	Nominal
		09=Artesano	Cualitativa	Nominal
		10=Obrero	Cualitativa	Nominal
		11=Chofer	Cualitativa	Nominal
		12=Técnico	Cualitativa	Nominal
		13=Empleado	Cualitativa	Nominal
		14=Profesional	Cualitativa	Nominal
		15=Artista	Cualitativa	Nominal
		16=Comerciantes establecidos	Cualitativa	Nominal
		17=Empresario	Cualitativa	Nominal
		18=Directivo	Cualitativa	Nominal
		19=Servicios diversos	Cualitativa	Nominal
		20=Otras ocupaciones no especificadas	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Instrucción escolar	Nivel de estudios	Cuantitativa	Discreta
PF padre y madre	Control de la natalidad	Control de la natalidad	Cualitativa	Categórica
Método de P.F	Forma de control de natalidad	Control de la natalidad	Cualitativa	Categórica
Edo. Civil de cónyuges	Forma en que se encuentran los cónyuges en una familia	Casados unión libre Divorciados Viudos Solteros	Cualitativa	Categórica
Años de unión conyugal	Tiempo en que los cónyuges han vivido juntos	Tiempo de vivir juntos	Cuantitativa	Discreta
Número de hijos RN a un año	Recién nacido a un año	Niños de 0 a 365 días	Cuantitativa	Continúa
Número de hijos 1-4 años	Niño que ha vivido de 1 a 4 años cumplidos	Niño de 1 a 4 años	Cuantitativa	Discreta
Número de hijos de 5-10 años	Niño que ha vivido de 5 a 10 años cumplidos	Niño de 5-10 años	Cuantitativa	Discreta
Número de hijos de 11-19 años	Niño o adolescente de 11 a 19 años cumplidos	Niño y/o adolescente de 11-19 años	Cuantitativa	Discreta
Número de hijos de 20 años ó más	Adulto joven con más de 20 años cumplidos	Adulto joven	Cuantitativa	Discreta
Con parentesco	Consanguíneo	Familiar de uno de los	Cualitativa	Nominal

		cónyuges		
Sin parentesco	No consanguíneo	Amigo, compadre, etc.	Cualitativa	Nominal
C.E Familia Nuclear	Papás con hijos <4 Papás con hijos > 4 Con otros parientes Cónyuges divorciados Nuevas nupcias	Simple Numerosa Ampliada Binuclear Reconstruida	Cualitativa	Nominal
C.E Familia Extensa	Abuelos, bisabuelos Nietos, bisnietos	Ascendente Descendente	Cualitativa	Nominal
C.E Monoparental	1 solo cónyuge < 4 hijos 1 solo cónyuge y parientes	Simple Ampliada	Cualitativa	Nominal
C.E Persona que vive sola	Soltera	Soltera	Cualitativa	Nominal
Etapas del Ciclo vital	Recién casados Llegada del 1er. Hijo Escolares y adolescentes Mayoría de edad Desempleo, jubilación, viudez y/o abandono	Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro	Cualitativa	Nominal
Apgar familiar(tamiz)	Medición de funcionalidad familiar	0-6 Disfunción grave 7-12 Disfunción moderada 13-20 Familia Funcional	Cuantitativa	Discreta
F.E Vivienda. No. personas que contribuyen al ingreso familiar	Número de personas que ingresan dinero en cada familia	No. personas	Cuantitativa	Discreta
F.E Vivienda. Casa	Condiciones en que fue adquirida la vivienda	Propia Financiamiento Rentada Prestada	Cualitativa	Nominal
F.E Vivienda. Agua entubada intradomiciliaria	Suministro de agua dentro de la vivienda	Suministro de agua	Cualitativa	Nominal
F.E Vivienda. Automóviles	Número de autos por familia	0,1,2,3,ó más	Cuantitativa	Discreta
F.E Vivienda. Teléfono	Instalación de telefonía doméstica	Uso de línea telefónica	Cualitativa	Nominal
F.E Vivienda. Computadora	Instalación de computadora doméstica	Uso de red computacional	Cualitativa	Nominal
F.E Vivienda. No. Hijos en escuela pública	Hijos que acuden a escuela pública	No. hijos que acuden a escuela de Gobierno	Cuantitativa	Discreta
F.E Vivienda. No. Hijos en escuela privada	Hijos que acuden a escuela privada	No. hijos que acuden a escuela privada	Cuantitativa	Discreta
F.E Vivienda. No. Hijos con beca	Hijos que cuentan con beca escolar	No. hijos que cuentan con beca escolar	Cuantitativa	Discreta
D.C Servicio de agua potable	Con instalación hidráulica adecuada	Suministro de agua	Cualitativa	Nominal
D.C Drenaje Subterráneo	Red de drenaje subterráneo	Recolección de aguas residuales	Cualitativa	Nominal
D.C Energía Eléctrica	Instalación de cableado eléctrico	Suministro de energía eléctrica	Cualitativa	Nominal

D.C Servicio telefónico	Instalación de telefonía doméstica	Servicio telefónico	Cualitativa	Nominal
D.C Alumbrado Público	Postes e instalación de lámparas	Suministro de luz en la vía pública	Cualitativa	Nominal
D.C Pavimentación	Pavimentación de calles y avenidas	Calles pavimentadas	Cualitativa	Nominal
D.C Banquetas	Construcción de áreas peatonales	Provisión de banquetas	Cualitativa	Nominal
D.C Serv. De Transp. Público	Red de transporte público	Metro, camiones, microbús, etc.	Cualitativa	Nominal
D.C Vigilancia	Seguridad Pública	Policías	Cualitativa	Nominal
Ingreso económico familiar	Salario mínimo de \$48.67 m.n para el área A (Distrito Federal)	< 1 salario mínimo 1-2 salarios mínimos 3-4 salarios mínimos 5-6 salarios mínimos >7 salarios mínimos	Cuantitativa	Continua
Número de hijos dependientes económicos	Si es económicamente dependiente delos padres	Ningún hijo 1 hijo 2 hijos 3 o más hijos	Cuantitativa	Nominal
Escolaridad materna	Instrucción escolar materna	Post-primaria Primaria completa Primaria incompleta Sin instrucción	Cuantitativa	Nominal
Hacinamiento	Número de personas por dormitorio	1-2 personas 3 ó más personas	Cuantitativa	Discreta
Redes sociales y de apoyo	Personas dispuestas a apoyar a las familias en cuestión de la salud	Padres y abuelos Pareja Amigos y vecinos Hijos mayores Prestaciones laborales Servicios Públicos Servicios privados Otros No requiere	Cualitativa	Nominal
Servicio Institucional	Institución médica a la que acude	IMSS SSA SEDENA Privado ISSSTE DIF PEMEX Secretaría de Marina Otros	Cualitativa	Nominal
Diabetes Mellitus	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Ordinal
Hipertensión arterial	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Enfermedad del corazón	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Cáncer cérvico uterino	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Cáncer de mama	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal

Cáncer de próstata	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Otro cáncer	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Insuficiencia Renal	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Enfermedad cerebrovascular	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Asma	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Sida VIH	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Otro ETS	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Hepatitis B y C	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Tuberculosis Pulmonar	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Desnutrición	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Obesidad	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Anorexia Bulimia	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Tabaquismo	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Alcoholismo	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Otras farmacodependencias	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Violencia Intrafamiliar	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Enfermedades Psiquiátricas	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Riesgo ocupacional	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Discapacidad	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Detección de cáncer cérvico uterino	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Detección de cáncer de mama	Antecedentes en la familia	Positivo o negativo	Cualitativa	Nominal
Parentesco	Consanguíneo	Familiar de los cónyuges	Cualitativa	Nominal
Sexo	Género	Masculino o femenino	Cualitativa	Nominal

2.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

- Con anuencia de las autoridades de la CMF Cinco de Febrero del ISSSTE en el Distrito Federal se procedió a la realización de la pirámide poblacional al revisar cada uno de los expedientes clínicos que se resguardan en el archivo clínico de la Unidad.

- Se revisaron las hojas de informe diario del médico del consultorio 4, turno matutino, del

período de abril del 2007 a marzo del 2008, obteniéndose de ahí las causas de la consulta externa.

-Se aplicaron las Cédulas Básicas de Información Familiar (CEBIF) a los pacientes que voluntariamente accedieron a contestar en forma personalizada, durante la consulta otorgada en el consultorio médico y en la jornada de trabajo.

- Se aplicó la encuesta de la CEBIF en los rubros:

Datos de identificación.

Fecha de aplicación.

Folio personalizado.

Edad.

Ocupación.

Escolaridad.

Salud reproductiva.

Estado civil de los cónyuges.

Parentesco familiar.

Factores demográficos.

Clasificación estructural de la familia.

Etapas del ciclo vital de la familia.

Apgar familiar (tamiz).

Factores económicos.

Desarrollo comunitario.

Índice simplificado de marginación familiar.

Redes sociales y apoyo.

Factores de riesgo. Patología familiar.

Detección de cáncer.

Datos demográficos de la familia.

-Se capturó la información en el programa Excel.

- Se obtuvieron tablas, gráficas y cuadros.
- Se obtuvo la pirámide poblacional.
- Se analizaron los resultados.
- Se obtuvo como resultado las características de la familia.
- Se obtuvieron las diez principales causas de consulta médica.

2.8 MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS.

Debido al tipo de muestreo por cuota se realizó una muestra no aleatoria, por lo tanto, existe una gran probabilidad de sesgo en la información.

2.9 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

El análisis de la información se hizo mediante estadística descriptiva, medidas de tendencia central, resumen y de dispersión.

2.10 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS.

Se efectuó la recolección de datos de la CEBIF en el programa Excel.

2.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE EL AÑO DE 2008

Actividades	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Marco teórico	X	X	X		
Material y métodos	X	X	X	X	X
Recolección de datos	X	X	X	X	
Almacenamiento de la información	X	X	X	X	
Análisis de resultados				X	X
Integración del reporte final				X	X

Entrega del trabajo					X
---------------------	--	--	--	--	---

2.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

- 1) Recursos humanos: investigador, tutor, pacientes.
- 2) Recursos materiales: papelería (hoja, pluma, lápices), servicio de fotocopidora, consultorio médico, computadoras (personal e Institucional), calculadora, etc.
- 3) Recursos financieros: los otorgados por la Institución (ISSSTE).

2.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La ley General de Salud en México, en su artículo 17, fracción I, que a la letra dice:

Investigación sin riesgo: estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllas en las que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se identifiquen y se traten aspectos sensitivos de sus conductas (45).

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptados por la 18ª. Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendados por la 29ª. Asamblea Mundial de Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª. Asamblea Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41ª. Asamblea Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989 (46).

El análisis de la 5ª. Reforma, aprobada por la Asamblea General de la asociación Medical Mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo, menciona que esta Asamblea ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigación médica en los seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables (47).

3. RESULTADOS

Se contabilizaron 604 familias correspondientes a este consultorio. La pirámide poblacional obtenida en este consultorio fue la siguiente:

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO NO. 4 DE LA CMF CINCO DE FEBRERO DEL ISSSTE EN EL D.F

GRUPO ETAREO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCENTAJE
65 Y más años	113	213	326	21.81%
60-64 años	32	64	96	6.42%
55-59 años	34	73	107	7.15%
50-54 años	28	71	99	6.62%
45-49 años	49	92	141	9.43%
40-44 años	38	68	106	7.10%
35-39 años	37	57	94	6.29%
30-34 años	39	42	81	5.41%
25-29 años	15	23	38	2.54%
20-24 años	27	24	51	3.42%
15-19 años	68	56	124	8.30%
10-14 años	53	60	113	7.56%
5-9 años	33	39	72	4.81%
0-4 años	29	18	47	3.14%
TOTAL	595	900	1495	100%

Fuente: Expedientes del Archivo Clínico del año 2008

En relación a las 126 familias encuestadas en el consultorio No. 4 de la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal, se obtuvieron los siguientes resultados de sus familias y personas que viven con ellas, en total 384 personas (n= 126).

Predomina el sexo femenino con 203 (52.8%) mujeres y 181 hombres (47.2%); el grupo etareo

con mayor número de pacientes fue el de 65 años y más, según la pirámide poblacional de dicho consultorio descrita arriba; con un promedio de escolaridad de 9.8 años; encontrando que las ocupaciones más frecuentes fueron: empleado, estudiante y jubilado (ver tabla 1). En lo que se refiere a la salud reproductiva se encontraron 388 gestas; 256 paras; 80 abortos; 2 cesáreas y 3 pacientes que actualmente se encuentran embarazadas. 43 personas utilizan métodos anticonceptivos (2 personas, DIU; 7 personas, preservativo; 3 personas, ritmo; 29 personas, Obstrucción Tubaria Bilateral; y 2 personas, vasectomía) y 77 personas no utilizan ningún método anticonceptivo.

En cuanto al estado civil de las familias, se encuentran 55 casadas; 10 en unión libre; 21 divorciadas; 26 viudas y 14 personas solteras.

El promedio de años de unión conyugal fue de 25.29. El parentesco que más respondió esta cédula fue la madre (94 personas); el resto fue padre, hijos y hermanos maternos.

El número promedio de hijos encontrado en las 126 familias entrevistadas fue de 2.66. Se encontró que las familias viven con nietos, tíos, hermanos, abuelos, sobrinos, nueras y cuñadas, en orden de frecuencia; también se encontró que estas familias viven con 1 consuegra, 1 ahijada y 1 nana.

Tabla No. 1 Ocupaciones de los integrantes de las familias del consultorio No. 4 de la CMF Cinco de Febrero del ISSSTE en el D.F

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
01= Ama (o) de casa (hogar)	42	10.9%
02=Jubilado/Pensionado	50	13.0%
03=Desempleado	19	5%
04= Subempleado	9	2.3%
05= Menor de edad	16	4.2%
06=Estudiante	71	18.5%
07= Estudia y trabaja	5	1.3%
08= Campesino	0	0%
09= Artesano	2	0.5%
10= Obrero	0	0%
11= Conductor de auto, camioneta, etc.	2	0.5%
12= Técnico	8	2.1%
13= Empleado	85	22.1%
14= Profesional	38	9.9%
15= Artista	4	1.0%
16= Comerciantes establecidos	5	1.3%
17= Empresario	0	0%
18= Directivo	0	0%
19= Servicios Diversos	14	3.7%
20= Otras ocupaciones no especificadas	14	3.7%
TOTAL	384	100%

Fuente CEBIF

En lo que se refiere a la clasificación estructural de la familia se encontró que predomina la familia nuclear simple (ver tabla 2).

Tabla No. 2 Clasificación de las familias nucleares encontradas en el consultorio 4 de la CMF Cinco de Febrero del ISSSTE en el D.F

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Simple	41	66.1%
Numerosa	17	27.5%
Ampliada	2	3.2%
Binuclear	2	3.2%
Reconstruida	0	0%
TOTAL	62	100%

Fuente: CEBIF

Se encontraron también a 5 familias con otra variante familiar; 13 familias monoparentales simples y 8 monoparentales ampliadas; 19 personas viven solas. De las 19 familias extensas, 6 de ellas fueron 6 ascendentes y 13 descendentes. La etapa del ciclo vital de las familias se describe en la tabla No. 3.

Tabla No. 3 Etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias del consultorio No. 4 de la CMF Cinco de Febrero del ISSSTE

ETAPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Matrimonio o unión conyugal	4	3.8%
Expansión	13	12.1%
Dispersión	28	26.2%
Independencia	29	27.1%
Retiro	33	30.8%
TOTAL	107	100%

Fuente: CEBIF

El apgar familiar (Tamiz) se presenta en la siguiente tabla:

Tabla No. 4 Apgar Familiar (Tamiz) encontrado en las familias del consultorio 4 de la CMF Cinco de Febrero del ISSSTE en el D.F

APGAR FAMILIAR (TAMIZ)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	2	1.9%
1	3	2.9%
2	1	0.9%
3	2	1.8%
4	1	0.9%
5	7	6.5%
6	3	2.8%
7	4	3.8%
8	10	9.4%
9	6	5.6%
10	68	63.5%
TOTAL	107	100%

Fuente: CEBIF.

El número de personas que contribuyen al ingreso familiar es el siguiente: 1 persona, en 43 familias; 2 personas, en 64 familias; 3 personas en 13 familias; 4 personas, en 2 familias; 5 personas que contribuyen al ingreso, en 3 familias; y 10 personas, en una sola familia.

De las 126 familias, 88 de ellas cuentan con casa propia; ninguna con casa financiada; 33 familias rentan una casa; y a 5 se las prestan otras personas para habitarlas.

Todas las familias cuentan con agua entubada intradomiciliaria, así como de todos los servicios públicos, aunque 6 de ellas no cuentan con teléfono en casa. La mayoría (78) no cuentan con un auto y el resto con uno, 2 ó 3 de ellos (38, 8 y 2, respectivamente).

62 familias cuentan con computadora en casa y 64 no cuentan con ella. Los hijos de las familias que acuden a escuelas públicas fueron 117, sólo 9 acuden a escuelas privadas y sólo 14 de ellos se encuentran becados.

El promedio de ingreso económico familiar mensual se encuentra por encima de los 3 salarios mínimos: 116 (92%). El promedio de hijos que económicamente dependen aun de sus padres fluctúan entre 1 y 2 por familia, aunque la mayoría (85 familias) no cuentan con ellos.

La escolaridad de las madres (87) fue post-primaria, solamente 7 no tienen instrucción; con primaria incompleta 10 de ellas y 23 con la primaria completa.

112 familias viven sin hacinamiento, y 8 de éstas viven en él.

Las redes sociales y apoyo a las familias se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 5 Redes sociales y apoyo a las familias del consultorio No. 4 de la CMF Cinco de Febrero

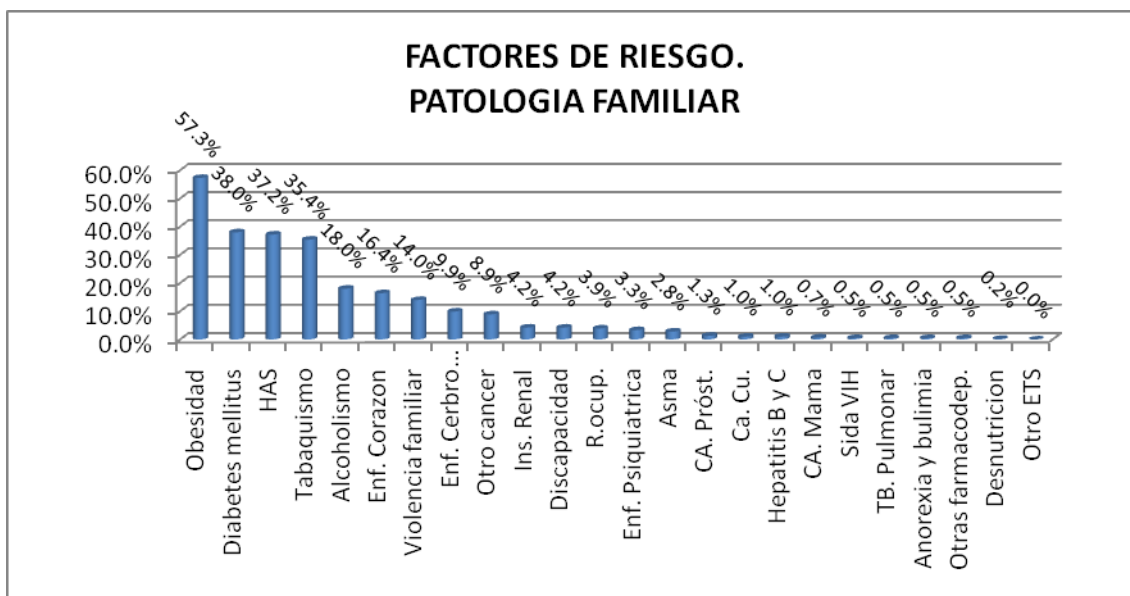
RED SOCIAL Y APOYO	NUMERO
Padres y abuelos	29
Pareja	56
Amigos, vecinos	54
Hijos mayores	60
Prestaciones laborales	38
Servicios Públicos	126
Servicios Privados	33
Otros	37
No requiere	0

Fuente: CEBIF

Obviamente las 126 familias cuentan con el servicio del ISSSTE; 6 familias acuden también a la Secretaría de Salud; 36 a servicio privado y solamente una a la Secretaría de Marina.

83 pacientes se realizan la citología cervical exfoliativa cada año y 19 no se lo realizan con esta frecuencia. Así mismo, 84 se realizan el examen mamario cada año y 18 no se lo realizan en este tiempo. No se encontraron pacientes con cáncer cérvico uterino o mamario. Tres pacientes no se han realizado nunca estas pruebas.

Los factores de riesgo encontrados en las familias entrevistadas se presentan en la siguiente gráfica:



Fuente: CEBIF

Las diez primeras causas de consulta que se encontraron en el consultorio No 4 se muestran en la siguiente tabla:

Tabla No.6 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DEL CONSULTORIO NO. 4 DE LA CMF CINCO DE FEBRERO DEL ISSSTE EN EL D.F. DURANTE EL PERIODO DE ABRIL DEL 2007 A MARZO DEL 2008.

1ª. Causa	Faringitis aguda, no especificada
2ª. Causa	Lumbago no especificada
3ª. Causa	Hipertensión arterial sistémica esencial (primaria)
4ª. Causa	Diabetes Mellitus no insulino dependiente
5ª. Causa	Gastritis no especificada
6ª. Causa	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
7ª. Causa	Hiperlipidemia no especificada
8ª. Causa	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
9ª. Causa	Episodio depresivo leve
10. Causa	Conjuntivitis, no especificada

Fuente: Hojas de informe diario del médico (SM1-10) del mes de marzo del 2007 a abril del 2008.

El formato SM1-10 hoja de informe diario de las actividades del médico se muestra en el anexo I.

El formato de la cédula básica de identificación familiar (CEBIF) se muestra en el anexo II.

4. DISCUSION

En el estudio realizado a las 126 familias del consultorio 4 de la Clínica de Medicina Familiar Cinco de Febrero predomina el sexo femenino sobre el masculino de la misma forma que lo menciona el INEGI en el II conteo del 2005 (39).

El grupo etareo que predomina en la población de este consultorio es el de 65 y más años, no así en las estadísticas nacionales en las que predominan los grupos entre 15 y 45 años.

El promedio de escolaridad encontrado en las familias fue a nivel de preparatoria no terminada, por lo que refleja un índice bajo de profesionistas; la ocupación más común encontrada fue la de empleado.

Dado que el grupo etareo que predominó fue el de más de 65 años se encontraron factores de riesgo relacionados con enfermedades crónico degenerativas como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica; las cuales se encuentran ocupando el 5º, 10º y 2º motivo de consulta, respectivamente, en toda la Unidad; y a nivel nacional la diabetes mellitus ocupa el 9º lugar, la hipertensión arterial sistémica el 7º y la obesidad no aparece, lo cual no guarda ninguna relación con lo reportado en este estudio. En este grupo de edad específicamente, el equipo de salud deberá aumentar la frecuencia en la toma de glicemia, hemoglobina glucosilada, toma de presión arterial, perfil de lípidos y medición frecuente del perímetro abdominal. La impartición de pláticas en sala por trabajadoras sociales y personal de enfermería cobra especial interés; así como la realización de entrevistas a estos pacientes, por el personal de enfermería y de médicos en el consultorio. Se deberá hacer énfasis en la conservación del peso ideal de los pacientes con la finalidad de evitarles estos padecimientos o alargar su aparición el mayor tiempo posible. Estas estadísticas son el reflejo de las encontradas a nivel nacional que también las reportan como primeras causas de consulta (42). La pirámide poblacional en el consultorio No. 4 también se está invirtiendo, al igual que lo viene haciendo desde hace años la nacional. En la Unidad mencionada se carece de nutriólogos por lo que corresponde a las autoridades solicitar este personal con la finalidad de incidir de manera real en las enfermedades de estos pacientes.

Debido a que la mayoría de las familias se encuentran en el grupo etareo de 65 años y más, la fase de retiro en ellas fue la más frecuente por lo que también habrá que brindarles apoyo psicológico para la preparación en la pérdida del trabajo, la disminución en el ingreso económico, la limitación en sus funciones físicas o la muerte de alguno de los cónyuges; así como el reforzamiento de su redes de apoyo tanto institucionales como familiares.

La mujer es la que acude con mayor frecuencia a la consulta médica, por lo que contestó el mayor número de estas cédulas; esto pudiera deberse a que muchas de ellas son amas de casa o por su edad ya se encuentran jubiladas y que esto les permite acudir en cualquier momento que necesitan del servicio. La tercera parte de las mujeres se encuentra en edad fértil y de ellas, muy pocas se encuentran utilizando métodos anticonceptivos por lo que se deberán incrementar las campañas de planificación familiar.

Un alto porcentaje de las mujeres estudiadas se realizan su papanicolaou y revisión mamaria cada año, lo que refleja el enorme esfuerzo que se realiza en las campañas de detección de cáncer cérvico uterino y cáncer mamario.

En cuanto a la funcionalidad de la familia los resultados obtenidos no son considerados fidedignos, ya que algunas de las pacientes durante el llenado de la cédula mencionaron sentirse bien en sus familias pero en entrevistas previas, durante su consulta médica, habían mencionado sentirse tristes, desesperadas o deprimidas por no contar con una buena relación familiar; motivo por lo que el Apgar familiar fue más alto de lo esperado y la respuesta a la presencia de violencia familiar en ellas fue muy baja.

Era de esperarse que las 126 familias estudiadas contaran con el servicio del ISSSTE ya que todas las personas entrevistadas fueron derechohabientes del mismo, aunque no todos los familiares que viven con ellas cuentan con dicho servicio. Las familias que acuden a otras instituciones o con médicos privados lo hacen debido a que no se ha dado una respuesta favorable de tipo administrativo ó médico a sus problemas y acuden a otras instancias buscando una solución a los mismos, el retardo en los tiempos de espera para que sean atendidas por un médico especialista o al desabasto frecuente de medicamentos del cuadro básico; además de que algunos pacientes trabajan en la Secretaría de Salud o en la Secretaría de Marina.

Llama la atención que uno de los motivos frecuentes de consulta sean las depresiones por lo que habrá que hacer mayor hincapié en el interrogatorio sobre este padecimiento y canalizarlas en un momento oportuno al servicio de psicología de la Unidad Médica.

En este consultorio médico se deben reforzar actividades preventivas no sólo de los factores de riesgo o motivos de consulta encontrados con mayor frecuencia, sino también en el consumo de drogas, enfermedades psiquiátricas, detección de cáncer de próstata, prevención de insuficiencia renal en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión, pacientes con sospecha de Sida VIH; esto en conjunto con todo el equipo de salud, jefes de servicio y autoridades de la Unidad.

Para tener un panorama más amplio de cada una de las enfermedades encontradas en este consultorio, se realiza la descripción a grandes rasgos de cada una de ellas:

Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años de edad, según la Norma Oficial Mexicana para el manejo éstas. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden

a padecimientos respiratorios agudos (48).

El 99% de los casos que se notifican afectan vías respiratorias superiores y solamente el 1% a vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía. Se ubican asimismo, entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años, siendo la neumonía la causa más frecuente (48).

La sintomatología que regularmente refieren los pacientes es odinofagia, estornudos, rinorrea, tos, en ocasiones la presencia de fiebre (48).

El diagnóstico se realizará mediante la exploración física en la que se encuentra, generalmente faringe hiperémica e hipertrófica, secreción retrofaríngea, mucosa nasal eritematosa, en ocasiones adenomegalia cervical, hiperemia de conducto auditivo externo (48).

El tratamiento inicial recomendado es a través del reposo y de la toma de abundantes líquidos, así como de algún sintomático en caso de así requerirlo; en caso de no mejorar en 3 días o que la sintomatología se incremente o que empiece a presentarse sintomatología de dificultad respiratoria (tiros intercostales, aleteo nasal, polipnea, etc), se procederá a la instalación de antimicrobianos que se muestran a continuación:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS I.R.A

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	DOSIS	VIA ADMON	REACCIONES ADVERSAS
ACETAMINOFEN	Fco. Sol. 100 mg/1 ml Fco. Jarabe 160 mg/5ml	Recién nacidos: 30 mg./kg/día, dividido c/4 o 6 hrs., sin pasar de 5 dosis al día Niños mayores de un mes 40-60 mg/kg/día, dividido c/4, o 6 hrs., sin pasar de 5 dosis al día. En caso de fiebre o dolor	ORAL	Contraindicado en pacientes con deficiencia de G6PDd conocida. Hipersensibilidad ocasional. Hepatotoxicidad en sobre dosis.
	Susp. 125 mg/5 ml.	100 mg/kg/día < 7 días de vida,	ORAL	Varían desde dermatitis hasta el

AMPICILINA a	Susp. 250 g/5ml.	dividido c/12 hrs. 2 a 4 semanas de vida, dividido c/8 hrs. > 4 semanas de vida, dividido c/6 hrs. Por 7 días.		choque anafiláctico.
PENICILINA BENZATINICA COMBINADA b	Fco. Amp. 3ml con Penicilina Benzatínica 600,000 U Penicilina G. Potásica 300,000 U. <i>Penicilina Procaínica</i> 300,000 U	< 6 años o 25 kg 1 frasco ampula Dosis única	IM	Varían desde dermatitis hasta el choque anafiláctico.
TRIMETOPRIM CON SULFAMETOXAZOL c	Fco. Susp. 40mg TMP 200mg SMZ/5ml.	8 mg. de TMP /kg/día, dividido C/12 hrs Por 7 días	ORAL	Erupción cutánea que varía de leve a grave (S.Stevens Johnson)
AMOXICILINA	Susp. 125 mg\5ml Susp. 250 mg\5ml.	40 mg\kg\ día Por 7 días.	ORAL	Varían desde dermatitis hasta el choque anafiláctico.

a. Se utilizará para menores de dos meses

b. Se utilizará para niños de 2 años en adelante, con angina estreptocócica.

c. No se administrará en menores de dos meses.

La Lumbalgia Aguda es considerada como el dolor en la región lumbar de duración menor de 2 semanas. Es extremadamente común y se estima que afecta al 65% – 80% de la población en alguna etapa de su vida (49).

El dolor puede ser causado por espasmo muscular (postural, tensional) o por trastorno propiamente espinal, sea de origen radicular (hernia discal) o localizado en la columna (espondiloartrosis, fractura vertebral por osteoporosis, infección, neoplasia). Ciertas condiciones abdominales o pélvicas pueden causar dolor referido a la región lumbar; en estos casos el dolor no se incrementa por movimientos de la columna (49).

Se debe enfatizar que una adecuada anamnesis y un buen examen físico son importantes para evitar exámenes auxiliares innecesarios. El paciente puede referir:

1. Dolor en la región lumbar menor de dos semanas: Puede o no estar referido a los glúteos o miembros inferiores.
2. Dolor radicular: Referido a la cara anterior o posterior del miembro inferior, con o sin parestesias asociadas, pudiendo ser este cuadro recurrente.
3. Puede haber limitación marcada de la motilidad espinal y la deambulación.
4. La lumbalgia puede ser mecánica (cede con el reposo y se incrementa con el movimiento) como en casos de contractura muscular o inflamatoria (no cede con el reposo) como en casos de colapso vertebral o espondilitis (49).

A la exploración física se puede encontrar:

1. Dolor y limitación funcional al flexionar la columna lumbar.
2. Contractura muscular regional de grado variable.
3. Signo de Lasegue.
4. Hipoestesia o compromiso motor (en caso de compromiso radicular).
5. Disminución de fuerza muscular en miembros inferiores.
6. Evaluar el volumen de masa muscular comparativamente.
7. Alteración de los reflejos osteotendinosos. (49)

Exámenes Auxiliares:

1. Radiografía de columna lumbo–sacra, frontal y lateral: Indicada en pacientes cuando se sospecha lesión ósea, como espondiloartrosis, infección, neoplasia o colapso vertebral (especialmente si el paciente es geriátrico).
2. Los siguientes exámenes se solicitarán previa evaluación y decisión del especialista respectivo:
 - a. Electromiografía: si el paciente presenta parestesias en miembros inferiores, para confirmar una radiculopatía.
 - b. Tomografía computada: Si se sospecha infección o neoplasia, para evaluar mejor la lesión ósea.
 - c. Resonancia magnética: En casos de sospecha de hernia discal para evaluar mejor el compromiso ante la posibilidad de cirugía.
3. Los exámenes bioquímicos (hematológicos o urinarios) usualmente no son de ayuda, sobre todo si el problema es muscular. (49)

Tratamiento:

El objetivo principal es aliviar el dolor, adecuando el tratamiento según la impresión diagnóstica. Generalmente se recomienda reposo posición antiálgica. Si el cuadro es secundario a espasmo muscular, agentes térmicos y fisioterapia pueden ser útiles. Farmacológico:

1. Analgésicos no narcóticos: se usan para controlar el dolor si no se puede usar un anti-inflamatorio no esteroideo (AINES, como en pacientes con broncoespasmo o con úlcera péptica).
2. AINES: su actividad analgésica y anti-inflamatoria permite controlar efectivamente el dolor por lo que es medicación de primera línea (ver tabla); se recomienda iniciar idealmente con aquellos AINES de vida media corta debido a su mayor rapidez de inicio de acción; debe evitarse en lo posible las combinaciones de AINES.
3. Relajantes musculares: Usados para controlar el espasmo muscular lumbar; se utilizan concomitantemente con analgésicos y/o AINES para obtener mayor efecto (49).

Tabla. Ejemplos de AINES usados en el tratamiento del dolor lumbar agudo

Nombre	Presentación	Dosis
Piroxicam	10 y 20mg 20 y 40mg (IM)	10 – 20mg/día, QD
Tenoxicam	20mg 20mg (IM)	20mg/día, QD
Diclofenaco	25, 50 y 75mg 75mg (IM)	75 – 150mg/día, BID o TID
Naproxeno	250 y 500mg	500 – 1000mg/día, BID
Naproxeno sódico	275 y 550mg	550 – 1100mg/día, BID o TID
Indometacina	25 mg	75 – 150mg/día, TID o QID
Ibuprofeno	400 y 600mg	1600 – 2400mg/día, TID o QID
Sulindac	200mg	400mg/día, BID
Ketorolaco	10mg 30 y 60mg (IM)	30mg /día, TID
Nimesulida	100mg	200mg/día, BID
Ketoprofeno	100 y 200mg 100mg (IM)	200mg/día, QD o BID

La Norma Oficial Mexicana para el manejo de la **Hipertensión Arterial**, considera que es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Se define a la Hipertensión arterial como la elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica o causa desconocida: ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg (diastólica). El 90% de las hipertensiones son de origen desconocido, el resto puede presentarse por padecimientos como: feocromocitoma, hipertiroidismo, Sx.Cushing, etc.(50).

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usa la siguiente clasificación clínica:

Presión arterial óptima: $<120/80$ mm de Hg

Presión arterial normal: $120-129/80 - 84$ mm de Hg

Presión arterial normal alta: $130-139/ 85-89$ mm de Hg

Hipertensión arterial:

Etapas 1: $140-159/ 90-99$ mm de Hg

Etapas 2: $160-179/ 100-109$ mm de Hg

Etapas 3: $\geq 180/ \geq 110$ mm de Hg (50)

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mm de Hg y una presión diastólica <90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda (50).

Los pacientes refieren cefalea leve, moderada o severa, náuseas, fosfenos, acúfenos, vértigo, vómito, dependiendo de la etapa en que se encuentren (50).

Se recomienda la toma frecuente de la presión arterial para el diagnóstico y establecimiento del tratamiento (50).

En la hipertensión arterial etapas 1 y 2, el manejo inicial del paciente será de carácter no farmacológico, durante los primeros doce y seis meses respectivamente (50).

El manejo no farmacológico, así como los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: mantener el control de peso, realizar actividad física de manera suficiente, restringir el consumo de sal y de alcohol, llevar a cabo una ingestión suficiente de potasio, así como una alimentación idónea (50).

En condiciones óptimas, una sola dosis diaria de un fármaco debe mantener su acción durante 24 horas, conservando por lo menos el 50% de su efectividad al término de esas 24 horas (50).

Se recomienda la combinación de dos fármacos de diferentes clases a dosis bajas cuando no se logran las metas con un solo fármaco, ya que pueden lograr mayor eficacia que un solo fármaco, reduciendo así el riesgo de efectos adversos (50).

Los grupos de medicamentos recomendables, son diuréticos tiazídicos, betabloqueadores,

vasodilatadores directos, antagonistas alfa centrales, calcio-antagonistas, inhibidores de la ECA, y antagonistas de receptores de angiotensina II. A menos que existan contraindicaciones o el médico no lo juzgue apropiado, se recomienda iniciar el tratamiento del paciente de reciente diagnóstico con un diurético o un beta-bloqueador a dosis bajas, haciendo ajustes en la dosis de acuerdo con la evolución clínica del paciente (50).

En caso de un paciente diabético deberá iniciarse el tratamiento farmacológico, es recomendable la utilización de diuréticos (excepto cuando los pacientes presenten microalbuminuria), los inhibidores de la ECA, betabloqueadores y antagonistas del calcio, suprimen la respuesta adrenérgica enmascarando hipoglucemias, por lo que se debe de tener cuidado en su manejo. Aunque los betabloqueadores pueden provocar ciertos efectos adversos, su empleo no está contraindicado, incluida su combinación con los diuréticos tiazídicos a dosis bajas, principalmente cuando exista cardiopatía isquémica asociada (50).

Cuando el paciente curse además con dislipidemia, los diuréticos del tipo de las tiazidas a dosis bajas (6.25 a 12.5 mg), no se asocian a alteraciones metabólicas (efectos adversos sobre los niveles de lipoproteínas), que se observan con los diuréticos de asa. Aunque los betabloqueadores pueden tener efectos transitorios sobre las lipoproteínas, también se utilizan debido a su efectividad (50).

Los inhibidores de la ECA, los bloqueadores del receptor de la angiotensina II, los antagonistas del calcio y los agonistas centrales adrenérgicos no alteran los niveles de lípidos y en algunos casos muestran efectos benéficos sobre ellos (50).

A criterio del médico, también podrán utilizarse fármacos (estatinas en caso de hipercolesterolemia y fibratos en caso de hipertrigliceridemia), junto con los cambios en los estilos de vida para lograr una reducción de los lípidos (50).

Principales fármacos antihipertensivos.

Medicamento	Dosis habitual* mg/día (frecuencia/día)	Principales efectos secundarios
Diuréticos (lista parcial)		Acción de corta duración, aumento de los niveles de colesterol y glucosa, alteraciones bioquímicas.
Clortalidona	12.5- 50 (1)	
Hidroclorotiacida	12.5- 25 (1)	
Agentes ahorradores de potasio		Hipercalemia

Clorhidrato de espironolactona	25-100 (1)	Ginecomastia
Alfa-agonistas centrales		Sedación, boca seca, bradicardia, rebote de hipertensión por supresión.
Clorhidrato de clonidina	0.2-1.2 (2-3)	Mayor rebote por supresión
Metildopa	250-500 (3)	
Alfa- bloqueadores		Hipotensión postural
Mesilato de doxazocin	1-16 (1)	
Clorhidrato de prazosina	2-30 (2-3)	
Terazosina	1-20 (1)	
Beta-Bloqueadores		
Atenolol Tartrato de metoprolol Nadolol Pindolol Maleato de timolol	25-100 (1-2) 50-300 (2) 40-320 (1) 10-60 (2) 20-60 (2)	Broncoespasmo, bradicardia, insuficiencia cardiaca, puede enmascarar a la hipoglicemia inducida por insulina, alteraciones de la circulación periférica, insomnio, fatiga, disminución de la tolerancia al ejercicio físico, hipertrigliceridemia excepto en los agentes con actividad simpaticomimética intrínseca.
Alfa y Beta Bloqueadores combinados		Hipotensión postural, broncoespasmo.
Carvedilol	12.5-50 (1-	

	2)	
Vasodilatadores directos		Dolores de cabeza, retención de líquidos, taquicardia.
Clorhidrato de hidralacina	50-300 (2)	Síndrome de Lupus
Antagonistas del calcio		
Nohidropiridínicos		Alteraciones de la conducción, disfunción sistólica, hiperplasia gingival
Clorhidrato de verapamil	90-480 (2)	Constipación
Dihidropiridínicos		Edema de la rodilla, cefalea, hipertrofia gingival.
Besilato de amlodipina	2.5-10 (1)	
Felodipina	2.5-20 (1)	
Isradipina	5-20 (2)	
Nicardipina	60-90 (2)	
Nifedipina	30-120 (1)	
Nisoldipino	20-60 (1)	
Inhibidores ECA		Tos común; rara vez angioedema hipercalemia, rash, pérdida del sabor, leucopenia.
Clorhidrato de benazepril	5-40 (1-2)	
Captopril	25-150 (2-3)	
Maleato de enalapril	5-40 (1-2)	
Lisinopril		

Clorhidrato de quinapril	5-40 (1)	
Ramipril	5-80 (1-2)	
Trandolapril	1.25- 20 (1- 2)	
	1-4 (1)	
Bloqueador del receptor de Angiotensina II		Angioedema Infrecuente, hipercalemia.
Losartán potásico	25- 100	
Valsartán	(1-2)	
Irbesartán	80- 320	
Candesartan cilexetil	(1)	
	150- 300	
	(1)	
	8-12 mg(1)	

* Estas dosis pueden variar y deben ser actualizadas por el médico. (50)

La Norma Oficial Mexicana para el control de la **Diabetes mellitus** considera que alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años la padece y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. La define como la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (51).

La clasifica en: **a)** Diabetes Tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina. **b)** Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia (51).

Se consideran como síntomas clásicos de la diabetes, a la poliuria, la polidipsia, la polifagia y la pérdida de peso (51).

Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad, son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable (51).

El valor calórico total diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal/kg/día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal/kg/día para la persona físicamente activa o que realiza ejercicio de manera regular (51).

Para la realización del diagnóstico en primer lugar, se incluyen los individuos identificados como diabéticos en las pruebas de detección, ya sea mediante una escala de factores de riesgo y/o glucemia capilar casual o en ayuno. Esta misma situación se aplica a quienes hayan mostrado, en un examen de rutina, niveles anormales de glucosa (51).

También se considera dentro de este grupo a aquellos individuos con uno o varios de los siguientes factores de riesgo: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, ≥ 65 años de edad, y las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes de diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, cardiopatía isquémica (51).

La participación de otros miembros del equipo de salud, como profesionales de la nutrición, enfermería, trabajo social, educadores en diabetes, odontología, psicología y deporte, son de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo (51).

Cuando no se confirma el diagnóstico de diabetes, el individuo será apoyado por los servicios de salud para efectuar los cambios correspondientes en su estilo de vida. Aquellos con glucosa anormal en ayuno, o con intolerancia a la glucosa, deben recibir tratamiento no farmacológico; en algunos casos, según lo determine el médico tratante, se podrá establecer de manera auxiliar un tratamiento farmacológico (51).

Si se utiliza la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno, se deben seguir los siguientes criterios:

Si la glucemia es <110 mg/dl y no hay presencia de factores de riesgo, se aplicará esta misma prueba a los tres años, o antes en aquellos casos que el médico determine.

Si la glucemia es ≥ 110 mg/dl, se procederá a la confirmación diagnóstica. (51)

Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día (51).

Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es ≥ 110 mg/dl (6,1 mmol/l) y <126 mg/dl (6,9 mmol/l) (51).

Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es ≥ 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y <200 mg/dl (11,1 mmol/l) (51).

El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.

El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática (51).

En el paciente obeso las biguanidas son los fármacos de primera línea para el tratamiento del paciente obeso. Son de moderada potencia, disminuyen la producción hepática de glucosa y aumentan la acción de la insulina en el músculo estriado (51).

Se utilizan preferentemente la metformina; se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis de 500 a 850 mg al día, ajustando la dosis de acuerdo con la respuesta sin exceder de 3 g al día (51).

Las biguanidas están contraindicadas en aquellas condiciones que favorezcan la acidosis láctica como son insuficiencia renal, infecciones graves, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, alcoholismo, durante la cirugía mayor, infarto al miocardio, politraumatizado, coma diabético y en estados de hipoxia (51).

Cuando no se alcanzan las metas del tratamiento con la metformina después de llegar a aplicar dosis máximas, se puede combinar con sulfonilureas, o bien sulfonilureas más inhibidores de la alfa-glucosidasa (51).

La dosis recomendada para la acarbosa es de 50 a 100 mg masticada con el primer bocado de cada alimento, y la dosis máxima es de 300 mg. Durante su administración deberán vigilarse los efectos secundarios a nivel del tubo digestivo (51).

Manejo del paciente no obeso: las sulfonilureas son los fármacos de primera línea, cuando no se logran las metas del tratamiento con manejo no farmacológico. Las sulfonilureas estimulan la secreción de insulina. La sulfonilurea con la que se cuenta en el primer nivel de atención es la Glibenclamida (tabletas de 5 mg). Se maneja inicialmente 2.5 a 5.0 mg, ajustándose de acuerdo con la respuesta, sin exceder de 20 mg al día (51).

Las sulfonilureas están contraindicadas en la diabetes tipo 1, en el embarazo y durante la lactancia, en complicaciones metabólicas agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar) y en pacientes alérgicos a las sulfas. Las sulfonilureas pueden provocar hipoglucemias graves, dermatosis, discracias sanguíneas, colestasis, hiponatremia y fenómeno disulfirám. No se deberá usar en pacientes diabéticos obesos de reciente diagnóstico, ya que éstos presentan hiperinsulinemia (51).

Cuando exista falla al tratamiento con sulfonilureas, éstas pueden usarse en combinación con metformina para potencializar los efectos, por lo que es pertinente disminuir la dosis al principio, y posteriormente hacer los ajustes necesarios. A largo plazo, un gran número de pacientes puede también desarrollar falla a esta forma de tratamiento (51).

Utilización de insulina. Cuando persiste hiperglucemia en ayunas, se pueden utilizar de manera combinada hipoglucemiantes orales de administración diurna con insulina nocturna (51).

Ante la falla de los hipoglucemiantes orales a dosis máximas, se utilizará la insulina (51).

La insulina humana debe considerarse como el medicamento de primera línea en sujetos delgados sintomáticos, con diagnóstico incierto del tipo de diabetes y en la diabetes gestacional (51).

La utilización de la insulina de acción rápida no está indicada en el primer nivel de atención.

Las dosis de insulina humana de acción intermedia deben particularizarse para cada paciente (51).

La dosis inicial no debe ser mayor de 0,5 UI/kg de peso. En algunos casos, es posible administrar una sola dosis de acción intermedia aplicada por la mañana (51).

Cuando se requieran más de 25 a 30 unidades de insulina intermedia, se fraccionará la dosis: 2/3 en la mañana y 1/3 en la noche. Para el tratamiento combinado con hipoglucemiantes orales, la dosis de insulina intermedia es de 0,1- 0,2 UI/kg de peso, aplicada preferentemente a la hora de acostarse (51).

En cada visita se debe evaluar el control metabólico, el plan de alimentación y la actividad física, y se investiga de manera intencionada la presencia de complicaciones. Se registra el peso, la presión arterial y el resultado de la exploración de los pies; se reforzará la educación del paciente y se le estimulará a participar en un grupo de ayuda mutua (51).

Se debe realizar la medición, al menos una vez al año, de colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL, HbA1c y examen general de orina, si este último resulta negativo para albuminuria se debe buscar microalbuminuria (51).

En casos de diabetes tipo 2, al momento de establecer el diagnóstico y posteriormente de manera anual, se efectuará el examen de agudeza visual y de la retina (51).

Las complicaciones más frecuentes de la diabetes son: insuficiencia renal, retinopatía diabética, mono o polineuropatía diabética (51).

La gastritis se define como la inflamación crónica de la mucosa gástrica y no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades que tienen en común la inducción de alteraciones inflamatorias en la mucosa gástrica, pero que difieren en cuanto a sus características clínicas, histológicas y sus mecanismos de producción. La úlcera péptica es una lesión de la mucosa del estómago o duodeno en cuya patogenia desempeñan un importante papel el ácido y la pepsina. Las principales formas de úlcera péptica son la úlcera duodenal y la úlcera gástrica; ambas son enfermedades crónicas frecuentemente causadas por la bacteria *Helicobacter pylori*, la cual se considera un factor de riesgo de cáncer gástrico. Otras causas como el consumo frecuente de alcohol, cigarrillos, medicamentos como los AINES, fibratos, etc. En pacientes con enfermedades como insuficiencia renal crónica, cirrosis alcohólica, hiperparatiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Sigue siendo objeto de controversia la importancia de los factores psicológicos en la patogenia de estas enfermedades (52).

El dolor en epigastrio es el síntoma más frecuente. Suele describirse como agudo, quemante o corrosivo, puede percibirse como una opresión abdominal o sensación de plenitud o hambre. Aparece de forma característica de 90 minutos a 3 horas después de las comidas y a menudo despierta al enfermo por la noche. Este dolor puede persistir por días, semanas o meses. Presentan además halitosis, náuseas, vómitos generalmente de origen gástrico, regurgitaciones. En situaciones graves puede presentar vómitos en pozos de café o melena (52).

A la exploración física el paciente puede presentar facies dolorosas, posición antiálgica, lengua negruzca, halitosis, dolor a la palpación media y profunda en epigastrio y en ocasiones en hipocondrio izquierdo (52).

La serie esófago-gastro-duodenal sigue siendo de gran utilidad. Generalmente el diagnóstico se lleva a cabo con la realización de la endoscopia con toma de cultivo para identificación de *H. pylori* y con la realización de una biopsia durante la misma, para diagnosticar a las gastritis (52).

Al reconocerse el papel central de *H. pylori* en la patogenia de las gastritis y úlceras pépticas o duodenales, el objetivo actual de tratamiento es erradicarlo y curar la enfermedad. Se han evaluado numerosos fármacos para el tratamiento de la infección por *H. pylori*, como los compuestos de bismuto, amoxicilina, tetraciclina, claritromicina, metronidazol, omeprazol y antagonistas de los receptores H2. En la actualidad, el tratamiento de mayor éxito contra esta enfermedad es la denominada triple terapia, que consiste en un compuesto de bismuto, metronidazol y amoxicilina, o bien tetraciclina. La pauta más eficaz y más utilizada es un tratamiento de dos semanas con bismuto en dosis de dos comprimidos, 4 veces al día, metronidazol (250, 400 ó 500 mg 3 ó 4 veces al día); esta pauta logra erradicarlo aproximadamente en el 90% de los casos (52).

La triple terapia durante dos semanas combinada con la administración de un antagonista del receptor de H2 durante 6 semanas mejora ligeramente la tasa de curación de úlcera cuando se compara con la acción del antagonista solo (52).

Con tratamientos alternativos como la amoxicilina (500 mg 4 veces al día) y omeprazol (20 mg 2 veces al día) durante dos semanas. Con esta terapia se consigue sólo del 36 al 60% de erradicación. La claritromicina, un macrólido antimicrobiano, puede emplearse en lugar de metronidazol en dosis de 250 mg 4 veces al día, y cuando forma parte de la triple terapia, ha logrado tasa de erradicación del 90% (52).

Los antiácidos se emplean para lograr el alivio sintomático de los pacientes con úlcera. Las tasas de curación con los antagonistas de receptores H2 son similares a las que se obtienen con el tratamiento con el antiácido, pero el cumplimiento terapéutico parece ser mejor. La ranitidina a dosis de 150mg puede utilizarse cada 12 hrs o bien dos tabletas al acostarse el paciente (52).

Las infecciones de vías urinarias se pueden dividir en dos grandes categorías anatómicas:

1. Infección de vías urinarias inferiores: cistitis, uretritis y prostatitis.
2. Infección de vías urinarias superiores: pielonefritis aguda y absceso renal y perinéfrico. (53)

Este tipo de infecciones es más común encontrarlas en mujeres, debido a su anatomía, se presentan con mayor frecuencia al iniciarse la actividad sexual (53).

Muchos microorganismos distintos pueden afectar las vías urinarias, pero los agentes más habituales, son los bacilos gramnegativos. *Escherichia coli* origina el 80% aproximadamente de las infecciones agudas en pacientes sin catéteres, cálculos ni anomalías urológicas (53).

Los pacientes con infección de vías urinarias presentan disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, orina "maloliente", turbia, nicturia, urgencia urinaria y en casos más severos fiebre de más de 38º grados, dolor de moderado a severo en fosas renales y en abdomen. Edema palpebral matutino (53).

A la exploración física se puede encontrar al paciente con facies sépticas, asténico, adinámico, con edema palpebral, con dolor a la palpación media y profunda en puntos ureterales superiores, medios e inferiores, así como en hipogastrio. El signo Giordano puede ser positivo (53).

El laboratorio reporta leucocitosis y neutrofilia en la biometría hemática. El Examen General de orina: leucituria, orina de aspecto turbio, elevación del pH. El urocultivo es el mejor método de diagnóstico en esta enfermedad, generalmente reporta las bacterias arriba mencionadas (53).

El tratamiento consiste en la identificación de la causa que origina la infección. Para las infecciones bacterianas generalmente se utiliza a la ampicilina a dosis de 1 g cada 6 hrs de 7 a 10 días; trimetoprima 80 mg con sulfametoxazol 400 mg, 2 tabletas cada 12 hrs por 10 días; ciprofloxacino 250 mg, 2 tabletas cada 12 hrs por 10 días; nitrofurantoína 100 mg, 1 tableta cada 8 horas por 10 días (53).

Dislipidemias: Durante las últimas décadas, la mortalidad por enfermedades del corazón ha mostrado un incremento constante, hasta llegar a constituirse en la primera causa de muerte en México. Una situación similar ha ocurrido con la enfermedad cerebrovascular, que ocupa el sexto lugar dentro de la mortalidad general (54).

Entre las principales causas para el desarrollo de estas enfermedades se encuentra la aterosclerosis. Alteración estrechamente asociada a las dislipidemias, cuyas presentaciones clínicas pueden ser: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipoalfalipoproteinemia e hiperlipidemia mixta (54).

Las dislipidemias pueden obedecer a causas genéticas o primarias, o a causas secundarias (54).

En el caso particular de la hipercolesterolemia secundaria, se consideran como causas: la diabetes, la obesidad, el hipotiroidismo y el síndrome nefrótico; así como el tabaquismo, el ejercicio anaeróbico y el uso de progestágenos y/o andrógenos (54).

La Norma Oficial Mexicana para el manejo de las Dislipidemias la define como la alteración de la concentración normal de los lípidos en la sangre (54).

Clasificación diagnóstica de las dislipidemias:

- Hipercolesterolemia: CT mayor de 200 mg/dl, TG menor a 200 mg/dl y C-LDL igual o mayor a 130 mg/dl.
- Hipercolesterolemia leve: CT 200-239 mg/dl.
- Hipercolesterolemia moderada: CT 240-300 mg/dl.
- Hipercolesterolemia severa: CT mayor de 300 mg/dl.
- Hipertrigliceridemia: TG mayor de 200 mg/dl, CT menor de 200 mg/dl y C-LDL menor de 130 mg/dl.
- Dislipidemia mixta o combinada: CT mayor de 200 mg/dl, TG mayor de 200 mg/dl y C-LDL igual o mayor a 130 mg/dl.

- Hipoalfalipoproteinemia: C-HDL menor de 35 mg/dl. (54)

Las dislipidemias deberán prevenirse mediante la recomendación de una alimentación idónea y actividad física adecuada. A excepción de las de origen genético o primarias (54).

La evaluación diagnóstica de un paciente con dislipidemia deberá incluir una historia clínica completa, búsqueda intencionada de factores de riesgo cardiovascular, evaluación de la dieta, evaluación de la actividad física, exploración física completa, estudio de la familia, medición de lípidos sanguíneos y exámenes de laboratorio auxiliares (54).

Se considerarán como factores personales de riesgo para desarrollar dislipidemias, a los siguientes: obesidad, tabaquismo, sedentarismo, diabetes, hipertensión arterial, C-HDL <35 mg/dl, hombres de 45 años de edad o más, mujeres de 55 años de edad y más, menopausia prematura sin terapia sustitutiva de estrógenos, antecedentes familiares de enfermedad prematura del corazón (infarto del miocardio o muerte súbita del padre u otro familiar del sexo masculino de primer grado, antes de los 55 años; muerte de la madre o un familiar del sexo femenino de primer grado, antes de los 65 años de edad por estas mismas causas), antecedentes familiares de pancreatitis y/o diabetes (54).

La exploración física debe incluir la búsqueda intencionada de: xantomas, soplos carotídeos, anormalidades en el examen de fondo de ojo, distribución de grasa corporal, hipertensión arterial, índice de masa corporal (IMC) y disminución en la intensidad de los pulsos poplíteos, pedios y tibiales posteriores.

Los criterios para iniciar la terapia farmacológica y las metas del tratamiento, son los siguientes:

	Nivel de C-LDL	Meta del tratamiento
Sin evidencia de enfermedad coronaria		
a) 1 factor de riesgo	≥ 190 mg/dl	< 160 mg/dl
b) 2 o más factores de riesgo	≥ 160 mg/dl	< 130 mg/dl
Con evidencia de enfermedad coronaria	≥ 130 mg/dl	≤ 100 mg/dl

La dieta deberá tener un contenido en fibra, superior a los 30 g por día. Se le indicará la realización de ejercicio físico (54).

Dentro de los fármacos reductores de los lípidos séricos, se podrán recomendar los siguientes: los secuestradores de ácidos biliares, el ácido nicotínico, los inhibidores de la reductasa de la HMG-CoA, los derivados del ácido fibrótico y el probucol. La terapia de reemplazo estrogénico, en mujeres postmenopáusicas, se califica como una terapia complementaria en aquellas con niveles elevados de C-LDL (54).

Los inhibidores de reductasa de la HMG-CoA (estatinas), debido a su efectividad para reducir el C-LDL se deberán recomendar para todas las formas de hipercolesterolemia, incluso las graves, y para lograr una reducción máxima de C-LDL, aun en pacientes con daño cardíaco. Sus efectos adversos son la elevación de las transaminasas y la miopatía. Se encuentran contraindicados en personas con enfermedad hepática aguda o crónica, durante el embarazo y en casos de insuficiencia renal (54).

Los derivados del ácido fíbrico o fibratos son muy efectivos para disminuir los triglicéridos, pero muestran escasa eficacia para reducir los niveles de C-LDL. Se emplean para casos de disbetalipoproteinemia y para hipertrigliceridemia asociada a diabetes. Sus efectos adversos incluyen alteraciones gastrointestinales, favorecen la aparición de cálculos biliares y potencian el efecto de los anticoagulantes. Su uso debe evitarse en personas con insuficiencia hepática y renal, cirrosis biliar primaria y colelitiasis previa. El inhibidor de la Reductasa de HMG-Co A que se utiliza en la Unidad es la pravastatina, se iniciará con una dosis de 20 mg y su rango de dosis es de 20-80 mg. De los fibratos, el utilizado es el bezafibrato el cual se iniciará con una dosis de 200 mg y su rango de dosis es de 400 a 600 mg (54).

Según la Norma oficial Mexicana para el control del niño, **la diarrea** es una enfermedad generalmente infecciosa caracterizada por más de tres evacuaciones blandas o líquidas en 24 hrs y con duración menor a dos semanas (55).

El saneamiento ambiental y la educación para la salud de la población, en particular de las madres, han comprobado ser las más importantes medidas de prevención. Según lo demuestran diferentes estudios, sobresale la lactancia materna como factor importante para la reducción de la incidencia por diarreas así como en la mortalidad en los niños menores de seis meses y, en general, el uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas, el lavado de manos y el manejo correcto de las heces, en niños con diarrea. El uso de agua potable, la eliminación adecuada de excretas y la vacuna contra el sarampión, reducen la mortalidad por diarrea hasta en un 22% (55).

Es importante capacitar a la madre para reconocer los signos de deshidratación y otros de alarma por enfermedades diarreicas: (sed intensa, poca ingesta de líquidos y alimentos, numerosas heces líquidas, fiebre, vómito y sangre en las evacuaciones), con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna (55).

Cuando el niño no se encuentra deshidratado la madre podrá tratarlo en su hogar aumentando la ingesta de los líquidos de uso regular, así como Vida Suero Oral: de este último, en los niños menores de un año de edad, ofrecer media taza (75 ml) y en los mayores de un año, una taza (150 ml) y administrarlo a cucharadas o mediante sorbos pequeños, después de cada evacuación (55).

En pacientes con diarrea y deshidratación se brindará atención en la unidad de salud: administrando Vida Suero Oral 100 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas; Si el paciente presenta vómito, esperar 10 minutos e intentar otra vez la hidratación oral, más lentamente. Si los vómitos persisten, existe rechazo al Vida Suero Oral, o gasto fecal elevado (más de 10 g/kg/hora o más de tres evacuaciones por hora) se hidratará con sonda nasogástrica, a razón de 20 a 30 ml de Vida Suero Oral por kilogramo de peso, por hora (55).

Los antimicrobianos no son útiles en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en el 90% de los casos ya que éstas se autolimitan. Por otra parte, su uso puede propiciar que la enfermedad se prolongue y ocasionar resistencia bacteriana (55).

Los antimicrobianos sólo están indicados en casos de diarrea por: *Shigella sp*, *Vibrio cholerae*,

presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* o *Giardia lamblia*, de acuerdo con el cuadro siguiente:

USO DE ANTIMICROBIANOS EN LAS ENFERMEDADES DIARREICAS		
DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO DE ELECCION	ALTERNATIVA
Disentería por Shigella	Trimetoprim, 10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Ampicilina 100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias, durante cinco días, vía oral.
Amibiasis intestinal	Metronidazol, 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante 10 días, vía oral.	Tinidazol, 50 mg/kg/día una vez al día por 3 días, vía oral.
Giardiasis intestinal	Metronidazol 15 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Albendazol 400 mgs por día, durante cinco días, vía oral.
Cólera	Eritromicina 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante tres días, vía oral.	Trimetoprim, 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40-50 mg/Kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante 3 días, vía oral.

(55)

La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo. Ésta es más frecuente en familiares con trastorno bipolar, pero no al revés, lo que sugiere que la depresión es etiológicamente heterogénea. Aparece en el contexto de una enfermedad orgánica que es difícil de valorar. La sintomatología depresiva puede reflejar el estrés psicológico de afrontar la enfermedad, puede ser debida al propio proceso de la enfermedad o a la medicación administrada o puede, sencillamente coexistir en el tiempo, con el diagnóstico clínico (56).

Prácticamente todos los tipos de medicación comprenden algún agente capaz de producir depresión. El uso frecuente de agentes antihipertensivos, anticolésterolémicos y los antiarrítmicos, con su uso frecuente pueden inducirlos; así como betaadrenérgicos y los antagonistas del calcio. Es preciso valorar la posibilidad de depresión iatrogénica en pacientes que toman corticosteroides, antimicrobianos, analgésicos sistémicos, antiparkinsonianos y anticonvulsivos. Es frecuente encontrarla en pacientes con enfermedad cardíaca, cáncer, enfermedades neurológicas, diabetes mellitus e hipotiroidismo (56).

Se caracteriza por tristeza, indiferencia o apatía, o por irritabilidad, y suele asociarse a cambios de distintas funciones neurovegetativas, incluyendo los patrones del sueño, apetito y peso corporal, agitación o retraso motores, fatiga, pérdida de la concentración y de decisión, sensación de culpa o vergüenza y pensamientos de muerte o suicidio. Los pacientes presentan una pérdida profunda del placer en todas las actividades, se despiertan muy pronto por las mañanas, sienten que su estado de ánimo disfórico es cuantitativamente

distinto de la tristeza y con frecuencia encuentran variaciones diurnas de su estado de ánimo (peor por las mañanas) (56).

Aproximadamente el 15% de la población presenta un episodio de depresión. La incidencia de depresión aumenta con la edad; este trastorno es dos veces más prevalente en la población femenina (56).

Desde luego, los acontecimientos negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, pero la propia depresión puede ser, a su vez, el origen de las experiencias negativas (56).

La tomografía cerebral computarizada revela disminución en el metabolismo cerebral de la glucosa, del núcleo caudado y de los núcleos frontales, con valores que vuelven a la normalidad con la recuperación. La resonancia magnética muestra una mayor frecuencia de lesiones de la sustancia blanca subcortical. La exploración postmortem de los pacientes suicidas sugiere una alteración de la actividad noradrenérgica, con aumento de la recepción en los receptores alfa 1, alfa 2 y betadrenérgicos de la corteza cerebral, y un descenso del número total y densidad de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus (56).

Los agentes antidepresivos bloquean la captación de neurotransmisores en un plazo de horas, sus efectos terapéuticos aparecen, característicamente, al cabo de varias semanas, lo que indica que su posible mecanismo de acción radica en los cambios en los sistemas de segundos mensajeros, como la proteína G (56).

La intervención más efectiva para lograr la remisión y prevenir la recaída es el tratamiento combinado, que incorpora la medicación y la psicoterapia para ayudar al paciente a afrontar su pérdida de autoestima y su desmoralización, mejora significativamente los resultados (56).

Entre el 50% a 70% de los pacientes responden al fármaco elegido, cualquiera que sea, si se administra en dosis suficiente de 6 a 8 semanas. El antidepresivo ideal no existe, ninguno de los compuestos actuales combinan un comienzo rápido de la acción. Entre los más usados está la imipramina y amitriptilina hasta 150 mg al día, sertralina de 50 y hasta 200 mg al día (56).

La conjuntivitis es la inflamación de la conjuntiva, a la enfermedad más común del globo ocular. Varía en intensidad desde una leve hiperemia con lagrimeo hasta una copiosa secreción purulenta. La fuente por lo general es exógena, algunas veces endógena (57).

Los patógenos habituales que pueden producir conjuntivitis incluyen *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, la mayoría de las cepas de adenovirus humano, virus de herpes simple tipo I y tipo 2. Otros microorganismos como la clamidia, rickettsias, hongos y parásitos (estas causas son muy raras). De origen inmunológico o alérgico, químicas o irritativas o de etiología desconocida como la foliculosis, rosácea ocular, psoriasis, etc. Relacionada con enfermedades sistémicas como la conjuntivitis gotosa, conjuntivitis en la enfermedad tiroidea, sífilis, etc. De tipo secundario especialmente a tumores de la conjuntiva (57).

Los síntomas más importantes en la conjuntivitis son: sensación de cuerpo extraño, prurito o molestia urente, sensación de plenitud alrededor de los ojos, y fotofobia. Los signos de la conjuntivitis son hiperemia, lagrimeo, exudado, hipertrofia papilar, pseudoptosis (57).

Existen dos tipos de conjuntivitis bacteriana: a) aguda: puede ser de curación espontánea, su

evolución puede durar hasta dos semanas si no se administra tratamiento adecuado. b) crónica, más de dos semanas de duración (57).

En caso de conjuntivitis bacteriana se pueden realizar raspados teñidos con tinción de Gram o Giemsa, los cuales revelan numerosos leucocitos polimorfonucleares. Se pueden realizar también cultivos de la secreción (57).

El tratamiento depende del agente causal. La más común que es la bacteriana, por lo que se utilizan antibióticos como el cloranfenicol, neomicina, polimixina y gramicidina a dosis de 2 gotas cada 3 o 4 hrs y por las noches el uso de estos mismos antibióticos, pero en ungüento (57).

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a investigación realizada, las 10 principales causas de consulta encontradas en el período comprendido de abril del 2007 a marzo del 2008, en orden decreciente son las siguientes: faringitis aguda, no especificada; lumbago no especificada; hipertensión arterial sistémica (esencial); diabetes mellitus no insulino dependiente; gastritis no especificada, infección de vías urinarias, sitio no especificado; hiperlipidemia no especificada; diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; episodio depresivo leve ; y conjuntivitis no especificada.

Las características de las familias fueron las siguientes: predomina el sexo femenino sobre el masculino; el grupo etareo con mayor número de pacientes fue el de 65 años y más; el promedio de escolaridad en ellas fue de 9.8 años. Las ocupaciones más frecuentes fueron: empleado, estudiante jubilado. La mayoría de las pacientes en edad reproductiva no cuentan con un método de planificación familiar. En cuanto al estado civil de las parejas la mayor parte de ellas son casadas y el promedio de años de unión conyugal es alto; la mayor parte de las cédulas fue contestada por las madres de familia. El número de hijos promedio encontrado en las familias fue el esperado. Se encontró que las familias viven con nietos, y tíos, hermanos, abuelos, sobrinos, nueras, cuñadas y en muy pocos casos con la consuegra, ahijada o nana.

La mayoría son familias nucleares simples y se encuentran en la etapa de retiro. Las familias son calificadas como funcionales en mayor porcentaje. La mayor parte de ellas son sostenidas únicamente por una persona; sus casas son propias, cuentan con todos los servicios públicos; no hay hacinamiento. La mayoría de los hijos de éstas acuden a escuelas públicas y no cuentan con becas escolares.

El ingreso económico familiar está por arriba de los tres salarios mínimos y en la mayoría de los casos, los cónyuges ya no cuentan con hijos que dependan económicamente de ellos. La escolaridad materna promedio encontrada es de postprimaria. Todas las familias encuestadas cuentan con el apoyo del Instituto, además del apoyo de sus hijos mayores, aún de sus parejas o de otros familiares como hermanos primos, tíos, vecinos, amigos, etc.

Los factores de riesgo de que predominan en las familias son: obesidad, diabetes mellitus e hipertensión, seguidos de las adicciones.

El conocer las características de las familias, las causas de consulta por las que acuden los pacientes; así como sus factores de riesgo a que están expuestas, permitirá al médico familiar enfocar su esfuerzo en la detección oportuna de los mismos, brindar una mejor atención integral junto con el equipo de salud en los pacientes que ya padecen las enfermedades y evitar en lo más posible la invalidez por estos padecimientos; acudir con las autoridades correspondientes para llevar a cabo las acciones necesarias para incidir sobre el cambio de estilo de vida de las familias y así lograr un estado completo de bienestar biopsicosocial de los derechohabientes.

Este estudio servirá como plataforma para la realización de otros más ya que este es solo el

inicio en el amplio conocimiento de las familias. La intervención oportuna del médico familiar en los factores de riesgo, la educación para la salud y los cambios en los estilos de vida en las familias mexicanas, el estudio de las disfunciones familiares, mejoras en la economía familiar, el compromiso del médico en los niveles de implicación familiar, pueden ser sólo algunos de los campos de estudio para investigaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Argimon JM, De Peray JL. Análisis de la situación de salud. Atención Primaria. España: El Sevier; 2003. p. 327-344.
2. Martín ZA, Cano PJF. Atención Primaria de Salud. Atención Primaria. España: El Sevier; 2003. p. 3-15.
3. Torres R, Siede JA. Atención Primaria de la Salud. Nuevas dimensiones. ISALUD. 2001. p. 1-12. [citada en internet]
<http://www.cedss.com.ar/trabajos/aps/AtenciónPrimariadelaSalud>.
4. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, U.R.S.S. Septiembre de 1978. P. 1-3.
5. Valencia GJ, Marco V, Serrano OV. Indicadores compuestos para Atención Primaria a la Salud. El caso de México. Salud pública de México. 1990; 32 (5): 552-565.
6. Vaudino V, Bonanno A, et al. Programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud. Municipalidad de General Puyrredón. Argentina, Buenos Aires. [Citada en internet] www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p14.3htm-38K
7. Turabián JL. ¿Qué la Atención Primaria? Cuadernos de Medicina Familiar y Comunitaria. España. Díaz de Santos, S.A. 1995. p. 1-36.
8. Álvarez Manilla J. Atención Primaria a la Salud. Salud pública. México. 1988. 30: 676-682.
9. Yepes Delgado CE. La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social; IATREIA 8 (2) junio, 2005.
10. Salleras L; La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Med Clin (Barc) 1994; 102 (1): 5-12.
11. Taylor RB; Atención Primaria basada en la Población. Medicina de familia, principios y práctica. El Servier. España; 2003. p. 44-50.
12. Chávez JV. Introducción a la medicina familiar. Medicina Familiar. Editorial Universitaria Potosina. México 1992. p. 17-20
13. Irigoyen Coria AE. Nuevo fundamentos de Medicina Familiar. 3ª. Ed. Medicina Familiar Mexicana: México; 2006.
14. Gallo Vallejo FJ, Altisint Trota J, Díez Espino C, Fernández Sánchez, G. Foz i Gil, Granados Méndez MI, y Lago Deibe F. Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención primaria. 1999; 23 (4): 236-248.
15. Medicina Familiar. De Wikipedia, la enciclopedia libre [serial de Internet]. [Citada 14-

06-08] mhtml: file ; // F.

16. Fuertes C, Casado V; La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el 2004 con la aplicación del nuevo programa de formación. [Serial de Internet]. [Citada 14-06-2008] mhtml: fili: // F:
17. Foz Gil G, Gofin J, Montaner Gomis I; Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Atención primaria. El Servier, España; 2003; p. 345-364.
18. ¿Qué es la Medicina Familiar? Perfil del Médico Familiar; [serial de Internet] [citada el 14-06-08] mhtml: file: //F: Departamento de Medicina Familiar.
19. De Peray Baiges JL. La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. Susser M. Pioneering community-oriented primary care. Bull World Health Organ 1999; 77: 436-438.
20. Gofin Jaime, Gofin Rosa. Atención Primaria Orientada a la Comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública; 21 (2-3), Washington. Feb/Mar 2007.
21. APOC- Grupo de trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Web realizada por Medi Tecnología [serial Internet] [citada el 14-06-2008] mhtml:file://F: APOC- Atención Primaria Orientada a la Comunidad. mht
22. De Peray JL, Foz G. APOC en encrucijada. Grupo de trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria [serial Internet] [citada 16 06-2008]mhtml:fili.//F: Atención Primaria Orientada a la Comunidad. mht
23. PAC. MF-1 Colegio Mexicano de Medicina Familiar A. C. Inter Sistemas Editores, México 1999. p. 44-69.
24. Baird MA, Grant William D. Familias y Salud. Medicina Familiar: principios y prácticas. Ed. Limusa. 1ª. Edición. México, 1987. P. 85-90
25. Hennen BK, MD. Estructura y función de la familia. Atención primaria la salud. Costa Rica, 1999. Pag. 16-22.
26. Wall C, Hidalgo RE, Gómez ME, Irigoyen A. La familia. Fundamentos de medicina familiar. Ed. Méndez Cervantes. México, 1984. Pag. 10-19.
27. La familia. Ciencias sociales. Clasificación familiar. Funciones. Relaciones. Obstáculos. Mejoramiento. [citada en internet] Apuntes.rincondelvago.com/la familia_1html.22K
28. Baird Mascaran A, Grant William D. familia y salud. Curso especial de posgrado en Atención Integral para médicos generales. Módulo Uno. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado (SEP). Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública Institucional por CENDEISS. 1ª. Edición, Costa Rica, 2003. p.14- 18

29. Saultz John w. La atención de salud centrada en la familia. Medicina Familia: principios y práctica. Ed. Limusa. 1ª. Edición. México, 1987. p. 31-37
30. El Expediente Clínico Familiar. PAC MF-1 Colegio Mexicano de Medicina Familiar. A. C. Intersistemas editores, México D.F, 1999.p. 44-69.
31. Irigoyen Coria A, Morales de Irigoyen H. Nuevo Diagnóstico Familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 2005.
32. Alegre Palomino Y, Suárez Bustamante M. Instrumentos de Atención a la familia: el familiograma y el Apgar familiar. RAMPA, 2006. 1(1): 48-57.
33. Irigoyen Coria A. Gómez Clavellina FJ, Hernández Ramírez C, Farfán Salazar G. diagnóstico familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 4ª. edición, México 1994.
34. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria .Revista Colombiana de Psiquiatría, 2006. 35 (1).
35. Árias CL, M.D, Herrera JA, MD. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. Colombia médica. 1994; 25: 26-8.
36. De Francisco VC, Cerón Y, T:S,M.Sc. Herrera JA. Salud Familiar como una alternativa de atención integral en las unidades de atención primaria. Colombia médica .1995: 26: 51-4.
37. Álvarez Manilla J, Saavedra L, et al. Atención programada. Metodología para programación de la atención a través del enfoque de riesgo. ANAPS, SSA. México, 1988.
38. Batista Moliner R. El médico de la familia en la vigilancia de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 13(1) la Habana, ene-feb. 1997.
39. Número de habitantes. Cuéntame México. Mhtml:file//C
40. En México a 26. 7 millones de hogares. CONAPO. El universal. Com.mx. México. Ramos Pérez. 01- marzo del 2008.
41. Estudio de mercado de vivienda del D.F. Hipotecaria Nacional. Mayo 2007.
42. Veinte principales causas de enfermedad nacional, por fuente de notificación 2006. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología.
43. INEGI/SSA. Estimaciones de la Población en México 2000-2003, CONAPO. Mhtml:file://30-06-08
mh!http://www.salud.df.gob.mx/media/agenda/morta/2/206.htm [citada 08-07-

2008].

44. Fortalecer política de población, reto demográfico de México: CONAPO. Chavarría/CIMAC, 11 de julio del 2000. [<http://cimac.org.mx/noticias/00julio/00071108.html>].
45. Ley General de Salud en materia de investigación para la salud; México; 1987.
46. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. <http://www.uchile.cl/bioética/doc/helsink.htm>
47. Manzani JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Hospital Penrivado de Comunidad. Programa de Bioética de la Universidad Nacional Mar del Plata (Argentina). Acta Bioethica 2000; 1(2): 321-334.
48. Norma Oficial Mexicana NOM 024-SSA2-1994, Para la Atención y Control de las Enfermedades Respiratorias agudas en la Atención Primaria a la Salud.
49. Lumbalgia aguda [serial de internet] [<http://www.seps.gob.pe/publicaciones/enfermedad.asp?>]
50. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la Prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
51. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
52. Friedman LS, Peterson WL. Úlcera Péptica y Trastornos relacionados. Principios de Medicina Interna. Harrison. Mc.Graw-Hill.Interamericana.Vol. II. 14ª. Edición, Madrid, 1998. Pag. 1812-1831.
53. Stamm WE. Infecciones de las vías urinarias y pielonefritis. Principios de Medicina Interna. Harrison. Mc.Graw-Hill.Interamericana.Vol. I. 14ª. Edición, Madrid, 1998. Pag. 933-939.
54. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
55. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
56. Reus VI. Trastornos Mentales. Principios de Medicina Interna. Harrison. Mc.Graw-Hill.Interamericana.Vol. II. 14ª. Edición, Madrid, 1998. Pag. 2837-2843.
57. Schwab IR, MD y Chandler R, Dawson MD. Conjuntiva. Oftalmología General. El Manual Moderno S.A. de C.V. México, 1994. Pag.107-120.

INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	MEDICINA GENERAL	Especialidad	Horario en consulta	CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR & DE FÉBRERO	Unidad	México D.F.	Localidad y Entidad
----------------------------	-------	-------	------------------	--------------	---------------------	---	--------	-------------	---------------------

Nombre del Médico Sustituto

Firma

Clave

Causa

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHOS:

No. de consulta	Nombre del paciente	Expediente	Vigencia de derechos		Tipo DH	Sexo y Edad		SOLICITUD A:					Motivo de la Licencia			Número de serie de licencia médica	días de licencia LM	No. de Medicamentos	Código	Motivo de la consulta		
			SI	No		M	F	Foraneo	Laboratorio	Rayos X	Interconsulta	Subrogado	Pase a otra U.M.	Licencia								
														PRT	RT					NP	1a. vez	Subsecuente
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						

ANEXO II



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

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

15-Oct-2007

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

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

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

FACTORES ECONÓMICOS			
Vivienda		SI	No
▪ Número de personas que contribuyen al Ingreso familiar: _____ ▪ Casa: - Propia () - Financiamiento () - Rentada () - Prestada () ▪ Agua entubada intradomiciliaria () ▪ Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más _____	▪ Teléfono () () ▪ Computadora () () ▪ Num. de hijos en escuela pública. _____ () () ▪ Num. de hijos en escuela privada. _____ () () ▪ Num. de hijos con becas _____ () ()		
Desarrollo Comunitario			
	SI	No	
▪ Serv. de agua potable () () ▪ Drenaje subterráneo () () ▪ Energía eléctrica () () ▪ Servicio telefónico () ()			▪ Alumbrado público () () ▪ Pavimentación () () ▪ Banquetas () () ▪ Serv. de transp. público () () ▪ Vigilancia () ()

Índice Simplificado de Marginación Familiar		
Indicadores	Categorías	Punt.
Ingreso económico familiar	< 1 salario mínimo	4
	1-2 salarios mínimos	3
	3-4 salarios mínimos	2
	5-6 salarios mínimos	1
	> 7 salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes económicos	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningún hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (número de personas por dormitorio)	3 o más personas	1
	1 a 2 personas	0
Total		

REDES SOCIALES Y APOYO	
Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
- Padres y abuelos - Pareja - Amigos, vecinos - Hijos mayores - Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) - Servicios públicos - Servicios privados - Otros - No requiere	() () () () () () () ()
Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique)	
IMSS () SSA () SEDENA () Privado () ISSSTE ()	DIF () PEMEX () Secretaría de Marina () Otros () Especifique: _____

FACTORES DE RIESGO. PATOLOGIA FAMILIAR																								
	Crónico Degenerativas							Infecciosas				Trastornos de la Nutrición		Otros										
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Art.	Enf. Corazón	CaCu	Ca Mama	Ca Próstata	Otro cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovas.	Asma	Sida/VIH	Otro ETS	Hepatitis B y C	TB. Pulmonar	Desnutrición	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otras farmacod.	Violencia Intraf.	Enf. Psiquiátricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad
Padre																								
Madre																								
Hijos																								
Abuelos																								
Tíos																								
Total																								

c= en control sc=sin control

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

APOYO DE CUIDADORES		DETECCION DE CÁNCER			
¿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? _____					
		Cada año		Positivo a Cáncer	
		Doc cacu	Si No	Si	No
		Doc mama	Si No	Si	No

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 0 = 0.000 1 = 0.083 2 = 0.166 3 = 0.250 4 = 0.333 5 = 0.416 6 = 0.500 7 = 0.583 8 = 0.666 9 = 0.750 10 = 0.833 11 = 0.916 12 = 1.000
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	
04 = Nuera	04 = Subempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta posgrado)	
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camioneta o camión (chofer)	
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	
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	