

11226
23



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA CLINICA "ERMITA" I.S.S.S.T.E.
MÉXICO D.F.**

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE
ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR A
DERECHOHABIENTES DE LA COLONIA
INFONAVIT IZTACALCO**

**TESIS CON
FALLA DE OMICEN**

TRABAJO

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

**P R E S E N T A:
DRA. BEATRIZ GARCÍA HERNÁNDEZ**



ISSSTE

MÉXICO, D.F.

Beatrix Garcia Hernandez
08/02/03
2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**



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 PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA "ERMITA" I.S.S.S.T.E.
MÉXICO, D.F.

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICO FAMILIAR A DERECHOHABIENTES DE LA COLONIA
INFONAVIT IZTACALCO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR ^{I.S.S.S.T.E.} SubDelegación Médica
Zona Sur, D. F.

PRESENTA:

MAR. 26 2003

DIRECCION
CLINICA ERMITA

DRA. BEATRIZ GARCÍA HERNÁNDEZ



ISSSTE

MÉXICO, D.F.

1996

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BEATRIZ GARCIA HERNANDEZ

AUTORIZACIONES:

DR MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

DR. ANGEL GRACIA RAMIREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

México, D.F.

1996.


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO-FAMILIAR A LOS
DERECHOHABIENTES DE LA COLONIA INFONAVIT IZTACALCO


TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. BEATRIZ GARCÍA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:


DR. LUIS VELAZCO CRUZ
PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS ERALES EN LA CLÍNICA ERMITA DEL
I.S.S.S.T.E.
MÉXICO, D.F.


DR. ENRIQUE JESÚS YÁÑEZ PUIG
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS


DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS PARA LA SALUD
COORDINACIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS Y DESARROLLO EDUCATIVO
I.S.S.S.T.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D.F.

1996



INDICE

CONTENIDO	PAG.
1.- MARCO TEORICO	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3.- JUSTIFICACION	20
4.- OBJETIVOS	20
5.- HIPOTESIS	21
6.- METODOLOGÍA	21
6.1 TIPO DE ESTUDIO	
6.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	
6.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
6.4 CRITERIOS DE INCLUSION	
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSION	
6.6 CRITERIOS DE ELIMINACION	
6.7 INFORMACION A RECOLECTAR	
6.8 METODO O PROCESAMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	
7.- CONSIDERACIONES ETICAS.	22
8.- RESULTADOS.	23
9.- DISCUSIÓN	25
10.- CONCLUSIONES	26
11.- ANEXOS. BIBLIOGRAFÍA.	28

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO-FAMILIAR A LOS DERECHOHABIENTES DE LA COL. IZTACALCO.

1.- MARCO TEÓRICO.

En los últimos años del siglo XX la Atención Primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y la promoción de la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población acude de manera directa y suele respetar los consejos del médico.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS)(1978), auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Alma-Ata (Kazajstán) marcó un hito en la historia del pensamiento sanitario mundial. En ésta declaración se define a la APS como "La asistencia esencial, basada en métodos y técnicas prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del cual constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".⁽¹⁾⁽²⁾

Posteriormente, la Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud reunida en Ottawa, Canadá en 1986, tomó como punto de partida los progresos alcanzados a raíz de la Declaración de Alma Ata y emitió la carta de Ottawa, dirigida a la consecución del objetivo "Salud para todos en el año 2000". En donde se percibe a la salud "como la fuente de riqueza que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en el trabajo, el colegio, el hogar, el patio de recreo, la calle, etc. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud." La Atención Primaria comprende la asistencia prestada por médicos generales/de familia y equipo de salud, tanto en el centro de salud como consultorios urbanos y rurales, así como en el domicilio de los pacientes.⁽³⁾

La crisis en que vivimos, producto de la aplicación de políticas económicas, y de la violencia, acentúa los problemas y limitaciones; lo que provoca aumento en la pobreza, favorece la migración a las grandes urbes, un número cada vez mayor de mujeres económicamente productivas, a la vez que hay más desocupados y subempleados y más exigencias y demandas insatisfechas. En suma, cada día disminuye la calidad de vida lo que tiene repercusiones en la salud física, mental y social, por lo que mantener la salud es cada vez más limitada; curarse resulta hoy en día muy costoso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ante esta situación las estrategias fueron fomentar la educación mediante programas sólidos, continuados, planeados con participación de la gente a la cual van destinados, reforzados y apoyados con una política pública saludable

La asistencia dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto responsabilidad y participación activa de la comunidad.

Profesionales en Atención Primaria de Salud.

El núcleo básico del equipo está formado por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y los elementos de apoyo especializado de este equipo lo conforman los odontólogos, psicólogos, salubristas, biólogos, químicos, radiólogos, técnicos no sanitarios, profesionales de la administración en salud y promotores de salud.

Atención Primaria.

La Atención Primaria asume los objetivos y actividades desde una perspectiva multidisciplinaria con un enfoque individual y comunitario, que permitan llevar a cabo contenidos relevantes y preventivos que conlleven la promoción de la salud y otros relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la población atendida.

Organización de las Actividades en Atención Primaria.

1.- La transición epidemiológica están haciendo cambiar las características de la demanda asistencial y las oportunidades para la prevención de las enfermedades a la vez que originan nuevas necesidades de educación sanitaria individual y poblacional, teniendo como ejemplo:

- El proceso de envejecimiento en las poblaciones
- La tendencia a la cronicidad de las enfermedades
- El conocimiento cada vez más profundo de los factores de riesgo

2.- Tendencia al incremento de la utilización de tecnología avanzada en los Servicios de Salud tanto hospitalarios como de atención primaria, que no siempre va de la mano con atención médica eficaz.

3.- Crecimiento del gasto sanitario por encima de los incrementos anuales de los productos brutos, principalmente el costo de la tecnología anteriormente citada necesaria en el ámbito hospitalario, lo que induce la esperanza de que el desarrollo de la atención primaria disminuya este costo.

4.- Evolución reciente de la organización de los sistemas sanitarios que coloca a la atención primaria como reguladora de la puerta de entrada.

El análisis de las necesidades y situaciones en las que ha de trabajar la atención primaria permite identificar las funciones y actividades que debe desarrollar. Estas funciones son:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Utilizando para ello la moderna tecnología médica al servicio de la atención primaria.
- Actividades de prevención y promoción de el buen uso de los niveles de atención sustentado por los equipos de salud y la utilización de la documentación clínica que permiten comprobar que más del 90% de la población debe ser atendida en el primer nivel de atención.
- Atención continuada que permite proporcionar una asistencia correcta y satisfactoria (clara diferencia con la asistencia hospitalaria).
- Atención domiciliaria que va de la mano con el punto anterior y permite el manejo de patologías, evaluación de posibilidades y delimitación del entorno familiar, cultural y económico para futuras actividades del equipo de salud.
- Educación sanitaria y acciones preventivas en la comunidad. Mediante estas se modifican factores determinados por el entorno social y cultural.
- Vigilancia epidemiológica que evalúa la situación de salud de la comunidad y determina las acciones necesarias en posibles situaciones o brotes epidemiológicos.
- Derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias sin que ello represente el abandono del paciente, el incremento de costos y la disminución de capacidad resolutive..

Atención Primaria orientada a la Comunidad como Modelo de Atención.

La APOC es el enfoque que es útil a los médicos familiares a equilibrar las actividades encaminadas a dar atención tanto al paciente como a la comunidad en que se encuentra inmerso, pues a nivel individual se ocupa de mantener al paciente con una patología determinada, en equilibrio y evitar las complicaciones propias de la evolución normal de la enfermedad, que puede ser diabetes, hipertensión, etc. Utilizando para ello tanto el medicamento indicado como la alimentación adecuada y el control por pruebas de laboratorio, y detectar así el paciente compensado del que no lo está, así como realizar estudios especiales para cada entidad, como lo puede ser el estudio de fondo de ojo, La atención primaria de orientación comunitaria (APOC), definido por KARK, centra su actuación en la comunidad y sus subgrupos.

Etapas de la APOC.

- Examen preliminar: analiza la situación de salud de la comunidad e identifica sus principales necesidades.
- Diagnóstico comunitario. Permite determinar las necesidades y los tipos de intervención adecuados.
- Planificación del programa para establecer prioridades para garantizar la viabilidad del programa.
- Vigilancia de desarrollo del programa para conocer y corregir las posibles desviaciones de los objetivos.
- Evaluaciones continuas propositivas que marquen la pauta sobre la continuidad y las modificaciones necesarias en el programa de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos iniciales⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Ventajas del equipo de trabajo en Atención Primaria.

- La actividad desarrollada por el conjunto es mayor que la suma del trabajo individual.
- Las técnicas poco habituales se utilizan mejor.
- Los miembros del equipo tienen un mayor grado de satisfacción profesional.
- Facilita y potencia el desarrollo de distintas actividades, por ejemplo, educación para la salud.
- El paciente tiene mayores probabilidades de ser mejor atendido y tratado.

Características del Equipo de Trabajo de Atención Primaria. (Modificada de Gilmore et.al, 1974)

- Objetivos comunes.
- Clara comprensión de funciones.
- Coordinación de Técnicas y conocimientos.
- Organización flexible y consensuada.
- Participación de todos los componentes en la toma de decisiones y responsabilidad final.

Factores que influyen en la Composición del Equipo de Atención Primaria.

- Situación Política, económica y de la infraestructura sanitaria de cada país ya que estas delimitan sus características globales y a partir de ellas sus elementos de salud. En los países con menor grado de desarrollo económico también se toman en cuenta las características concretas de la población en cuanto a sus necesidades de salud, forma de organización general y sanitaria, así como la distribución geográfica.
- Necesidades de Salud. Marcan la composición y funciones de los equipos de Atención Primaria por ejemplo: en los países subdesarrollados los problemas fundamentales son el suministro de agua y alimentos, mientras que en los industrializados lo serán la contaminación ambiental y los hábitos de vida nocivos.
- Disponibilidad de profesionales sanitarios titulados que suelen ser escasos en los países subdesarrollados, por lo que es necesario recurrir a profesionales de carácter intermedio y agentes comunitarios de salud con adiestramiento elemental previo y supervisión periódica, capacitándoles así para enfocar y solucionar los principales problemas de salud de la población atendida.
- Estructura poblacional: pirámide de la edad, distribución geográfica, organización comunitaria, rural o urbana (escasa o abundante población infantil; población rural dispersa o urbana con acceso a servicios sanitarios, etc.).
- Objetivos y organización general del sistema sanitario. Condicionan la composición de los equipos de salud. En muchos países el médico especialista en atención primaria (Médico Familiar, Médico de Familia y Medicina Comunitaria) atienden a la población a su cargo independientemente de la edad de sus miembros. En otros países existe la división entre médicos que atienden a los adultos y los médicos pediatras lo que puede ocasionar problemas para lograr el funcionamiento coordinado de los equipos.
- Funciones atribuidas a los profesionales del equipo de atención primaria que abarcan: asistencia directa al individuo y a la comunidad para lo que se necesita la colaboración de profesionales especializados en epidemiología, estadística, demografía, administración de salud, etc.

Historia de la Medicina Familiar en el Contexto Internacional.

Evolucionó a partir de la medicina general en los setentas, época de la guerra de Vietnam, movimiento sobre los derechos civiles y la agitación social en otras zona del mundo. En Estados Unidos hay un declive en la práctica de la medicina general consecuencia de los pocos médicos graduados y con una formación académica inadecuada para un sistema de atención sanitaria cada vez más complejo así como la tendencia a la especialización y la consecuente fragmentación de la medicina. Lo anterior provoca la creación de un médico especializado en la atención sanitaria personalizada.

En 1969 con la ayuda de la American Academy of General Practice y de los médicos generales en Estados Unidos la Medicina de Familia se convierte en la vigésima especialidad médica que tiene como características:

- Sistema de formación de médicos residentes de tres años.
- Comisión de acreditación- American Board of Family Practice.
- Reacreditación obligatoria instaurada por la American Academy of General Practice con reacreditación cada siete años.
- Formación médica continuada obligatoria que exige 300 horas aprobadas de educación médica continua cada seis años.

Posteriormente en 1978 en España se crea la especialidad de Medicina Familiar, quien constituye la figura fundamental de su sistema sanitario. Esto originó que en otros países se desarrollara esta especialidad algunos de ellos son: Buenos Aires, Cuba, Corea del Sur, Malasia, Singapur, Hongkong, Taiwan, Filipinas, Australia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Egipto, Nigeria Arabia Saudita, Omán, Kuwait, Jordania y 14 países asiáticos de la Costa del Pacífico. Rusia, India y China han comenzado a elaborar los programas de docencia.

El grupo internacional no gubernamental que reúne a todos los especialistas es la World Organization of National College, Academic and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician (WONCA).

El fundamento filosófico y pedagógico de la especialidad de medicina familiar es la atención continua e integral del paciente en el contexto de la familia y la comunidad.⁽⁶⁾

La Especialización de Medicina Familiar en México.

Las primeras acciones de medicina familiar en México se dan en 1953, en esa época, en virtud de la problemática que afrontaban los servicios asistenciales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un grupo de médicos de esa institución que laboraban en Nuevo León, Tamaulipas, establecieron un procedimiento de trabajo para los médicos de esa área. A diez años de su establecimiento el instituto se encontraba en plena etapa de crecimiento y expansión, sin embargo los sistemas asistenciales se enfrentaban a numerosas dificultades. La atención médica general, incluida la visita domiciliaria se encontraba en una etapa de pobre organización; la consulta externa era controlada por personas de archivo; los enfermos eran atendidos por los médicos adscritos por la unidad asistencial; el registro de la vigencia de derechos y los mecanismos de adscripción a la clínica correspondiente eran deficientes. Frente a este panorama el grupo de médicos referido estableció un nuevo procedimiento a través del cual el médico adscrito a una clínica se le asignaba un número fijo de derechohabientes, se le fijaban tiempos para atender la consulta externa y efectuar visitas domiciliarias previamente solicitadas previamente por los integrantes de las familias encomendadas a su atención. Este programa tuvo éxito por lo que la institución decidió establecerlo en dos clínicas de la Ciudad de México, en el año de 1955; denominándolo "Sistema Médico Familiar" y el médico contratado tenía el rubro de médico de familia, en

virtud de que sus actividades, funciones y responsabilidades se consideraban distintas a la de otros médicos.

En marzo de 1971, el IMSS planeo y aplicó un programa para la formación en el posgrado de Medicina Familiar, con 32 egresados. Un factor muy importante en el desarrollo de programa de posgrado consistió en el reconocimiento que inicialmente la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otras universidades dieron el curso de especialización en Medicina Familiar. Este reconocimiento se efectuó en 1974 y alentó las expectativas de los estudiantes. En 1974 la Facultad de Medicina de la UNAM, estableció el Primer Departamento de Medicina Familiar en Latino América.

En 1977 la Universidad Autónoma de Nuevo León inició con una nueva modalidad un programa universitario de dos años de duración, con una carga asistencial importante y a partir de marzo de 1980 tanto la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), desarrollaron un programa avalado por la UNAM.

El Plan Único de Especialidades Médicas es un programa de modificación completa a los cursos de especialización reconocidos por la Facultad de Medicina de la UNAM. En 1993, la UNAM a través del Departamento de Medicina Familiar y el ISSSTE firman un convenio para formar a sus médicos generales como especialistas en Medicina Familiar con un nuevo programa que facilitaba al médico continuar con sus labores asistenciales a la vez que permitía su formación académica como medico de familia. Este programa de capacitación y formación continua tuvo una buena respuesta por parte de los médicos generales cambiando su perfil y las instituciones consideraron extender el programa en varias fases, concluyendo este formación continua en el año 2000⁽⁷⁾.

Concepto de Medicina Familiar.

La medicina de familia se puede describir como un cuerpo de conocimientos que adquieren los médicos durante su formación profesional y que son capaces de aplicar para resolver los problemas de la población en su ejercicio, así como las habilidades técnicas adecuadas para aplicar sus conocimientos en beneficio de la población.

La medicina de familia tiene 3 ejes sustanciales:

- *Continuidad en la atención:* Es la que realiza el médico con su paciente y la familia que lo conforma
- *Acción anticipatoria.* El médico se apoya en el equipo de salud para llevar a cabo medidas preventivas y así mejorar la calidad de vida del individuo y su familia.
- *Estudio de la familia.* Este especialista se diferencia de otros médicos especialista porque tiene la habilidad, destreza, capacidad y conocimientos para atender al individuo sin importar raza, religión, edad, género y patología.⁽⁸⁾

Perfil del médico familiar.

“El médico generalista o medico de familia es el profesional que, ante todo, es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestaran sus servicios cuando sea necesario.

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

El médico familiar atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la forma parte, sin tener en cuenta raza, religión, cultura o clase social. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socio-económica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes.

El médico familia ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles de la comunidad en que trabaja⁽⁹⁾.

Se han definido cinco grandes áreas de práctica profesional del medico de familia las cuales son:

1. Área de atención al individuo.
2. Área de atención a la familia.
3. Área de atención a la comunidad.
4. Área de docencia e investigación.
5. Área de apoyo, que incluye trabajo en equipo, sistemas de registro e información, gestión de recursos, administración sanitaria y por último garantía de calidad.

Para ellos el médico familiar debe tener una sólida formación clínica que le permita prestar atención al individuo efectiva y eficiente, pues es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre como influye en la generación de enfermedades de sus miembros así como el de recuperar y mantener la salud de éstos. El médico de familia reconoce su responsabilidad sobre la salud del individuo y de la comunidad en su conjunto, así como la importancia de la participación de ésta en sus problemas sanitarios para la mejora del nivel de salud.

La práctica del medico de familia se fundamenta en el respeto a la vida y dignidad de la persona, con actitud de servicio y sin espacio para la discriminación por razón de sexo, raza, religión, cultura o cualquier otra circunstancia personal o social

Concepto de Familia.

La ONU en 1970, por intermedio del documento "M", número 4, la define como "el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre si, hasta un grado determinado, por sangre, adopción o matrimonio".

El consenso norteamericano la define como: *"la familia es un grupo de dos o mas personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción"*.

En Canadá se ha definido como: *"el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos o un padre o madre con uno o mas hijos, que viven bajo el mismo techo"*.

Otros autores denominan a la familia de la siguiente manera:
Concepto etimológico

Taparelli: La palabra familia deriva del latín *fajes* ya que es una de las necesidades que resuelve esta asociación humana.

Marqués de Morante: La palabra familia deriva de *famulus* (siervo), a su vez del primitivo *famul*, originado de la voz osca *famel* que significa esclavo.

Mendizábal: El origen de la familia deriva de *fajes* (hambre), por lo que tenemos en castellano: hambriento de hambre.

Rodríguez de Zepeda: Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

Trendelenburg: Existen en la familia tres sociedades unidas, la conyugal y la filial.

Anónimo del siglo XIII: Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.

Fernández de Moratín: Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

Góngora: Cuerpo de una orden o religión o parte considerable de ella.

Alarcón: Gente que el señor sustenta dentro de su casa. ⁽¹⁰⁾

Clasificación de familia.

Márquez define a la estructura familiar como la identificación de los miembros de la familia desde una perspectiva demográfica. Para el equipo de salud, el estudio de la estructura familiar forma parte de los aspectos fundamentales a evaluar, en las familias que debe incluir otros factores de importancia como la ubicación física del grupo familiar acontecimientos vitales estresantes, nivel educativo y recursos económicos y de seguridad social.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares de 1994, en México, se identificaron 19.4 millones de familias de las cuales 18.2 millones correspondieron a grupos familiares y 1.2 millones a hogares unipersonales y de corresidentes.

En un reporte del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) se afirma que la estructura familiar se fundamenta en el tipo de relación ya sea consanguínea, legal, de afinidad o de costumbre entre el jefe y los distintos miembros de la familia, identificándose en cuatro tipos:

Nuclear: la cual se conforma por el jefe y su cónyuge con o sin hijos

Ampliada: conformada por el jefe de familia con o sin cónyuge y otros parientes directos (tíos, primos, hermanos, suegros, etc.)

Compuesta: que incluye a los integrantes de una familia nuclear o ampliada y a otras personas aún sin lazos de consanguinidad ni parentesco (sirvientes, mayordomos, amistades, etc.)

Extensa: familia formada por grupos familiares ampliados y compuestos.

La atención médica familiar, requiere del estudio de la estructura y funcionamiento de la familia. El análisis estructural implica, entre otros elementos, la identificación de las características de sus miembros, roles, relaciones afectivas, alianzas, enfermedades y etapa del ciclo de vida familiar. Este análisis puede lograrse mediante el uso de varios instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar que más adelante mencionaremos ⁽¹¹⁾.

Clasificación demográfica de la familia basada en la familia nuclear.

Familia extensa. Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en un mismo hogar más de dos generaciones.

Familia nuclear. Formada por dos individuos de distinto sexo, que ejercen el papel de padres, y sus hijos.

Familia nuclear con parientes próximos. Familia que tiene en la misma localidad a otros miembros familiares.

Familia nuclear sin parientes próximos. Familia que no tiene otros miembros en la misma localidad.

Familia nuclear numerosa. Es la que está formada por los padres y más de cuatro hijos.

Familia nuclear ampliada. Recibe esta denominación cuando en el hogar conviven otras

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

personas: parientes (abuelo, tío, etc.).

Familia binuclear. Cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en un mismo hogar hijos de distinto progenitor.

Familia monoparental. Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

Personas sin familia. Se incluyen en este epígrafe no sólo al adulto sin pareja, sino también al separado o al viudo sin hijos, y los jóvenes que por necesidades de trabajo viven de ese modo, sin implicar rechazo hacia el modo de vida familiar.

Equivalentes familiares. Se trata de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que conviven en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, etc.

Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva, según clasificación propuesta por De la Revilla et al modificada:

Familia nuclear. Es aquella familia estable, formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos conviviendo en el mismo domicilio.

- 1) *Familia nuclear simple.* Formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.
- 2) *Familia nuclear numerosa.* En la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.
- 3) *Familia nuclear ampliada.* Es la integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos, etc.) o agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico, etc.).
- 4) *Familia binuclear.* Son las familias en que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.

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

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

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

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

A su vez se subclasifican todas las familias según tuvieran o no otros parientes próximos en la misma localidad⁽¹²⁾.

Desde el punto de vista social se clasifica a la familia en base a su :

1.- Desarrollo:

- moderna
- tradicional
- arcaica o primitiva

2.- Demografía:

- urbana
- rural

3.- Integración:

- integrada (los cónyuges viven y cumplen sus funciones)
- semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones)
- desintegrada (falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono)

4. Desde el punto de vista *tipológico* (está dada por la ocupación de uno o ambos cónyuges):

- campesina
- obrera
- profesional

Como podemos darnos cuenta existen varias clasificaciones de la familia, sin embargo es conveniente hacer un buen uso de cada una de estas para podernos dar cuenta en verdad de la problemática de la familia que estamos estudiando y también no olvidar la cultura o ambiente social que abordamos en ese momento.

Ciclo Vital de la Familia.

Esquema propuesto por Geyman en 1980:

Fase de matrimonio: se inicia a la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.

Fase de expansión: es el momento en que a mayor velocidad de incorporan nuevos miembros de la familia.

Fase de dispersión: ésta fase se identifica por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno se encuentra trabajando.

En ésta etapa de la vida familiar, separa el camino para la próxima independencia de los hijos mayores ya que se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.

Fase de independencia: es difícil de precisar el número de años transcurridos. Al inicio de ésta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia", sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer ante el riesgo de un progresivo debilitamiento sin olvidar el clima de profundo respeto que debe privar, hacia las nuevas familias que recientemente se están formando. Esta fase suele tener una duración aproximada entre 20 y 30 años.

Fase de retiro: en ésta etapa suele haber incertidumbre y nostalgia. En ésta etapa se han identificado cuatro circunstancias, que menoscaban la calidad de vida como , incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas).

2.- Desempleo.

3.- Agotamiento de los recursos económicos.

4.- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen, o reclusivos en asilos para ancianos. Muy importante en nuestro medio es el hecho de que con frecuencia los abuelos participan abiertamente en el seno familiar; ésta situación que conlleva el riesgo de provocar "ingerencias peligrosas" en la toma de decisiones, también permite perpetuar la protección de los ancianos, aprovechando su experiencia y sabiduría, costumbre que asumida con responsabilidad y cautela no debe perderse, porque es signo viviente de nuestra tradición cultural.

Clasificación modificada de la OMS del ciclo vital de la familia

- I. *Etapa de Formación*: desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- IIa. *Etapa de Extensión*: desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo tiene 11 años.
- IIb. *Etapa de Extensión*: desde que el primer hijo tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo.
- III. *Etapa Final de la Extensión*: desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.
- IV. *Etapa de Contracción*: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar.
- Etapa final de la Contracción*: desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge.
- VI. *Etapa de disolución*: desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente (extinción). ^{(13),(14)}

Funciones de la familia.

- 1.- *Socialización*: la tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primordial con la responsabilidad de socializar a sus hijos, principalmente en los seis primeros años de vida, ya que a partir de éste momento, habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como es el caso de la escuela primaria.
- 2.- *Cuidado*: ésta función clave en la vida familiar, es la que propiamente permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinantes en ella:
 - alimentación
 - vestido
 - seguridad física
 - apoyo emocional
- 3.- *Afecto*: esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, se determinan en gran medida nuestras relaciones familiares.
- 4.- *Reproducción*: llanamente se ha definido a la familia como la institución encargada de "proveer de nuevos miembros a la sociedad", aún cuando debemos aclarar, que esta función va mas allá del tal propósito ya que lleva el compromiso de efectuar ésta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente : " salud reproductiva".
- 5.- *Estatus y nivel socioeconómico*: aceptando el concepto de la familia como institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente, cómo el conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico; es una medida de perpetuar los privilegios y logros familiares.

Se han clasificado los recursos familiares utilizando la regla nemotécnica FAMLIES:

Financial support (soporte financiero).
 Advocacy (defensa)
 Medical management (tratamiento médico)
 Love and a emotional support (amor y soporte emocional)
 Information (información)
 Education (educación)
 Structual support (soporte estructural).

El sistema familiar puede describirse en forma de estructura, relaciones, límites y funciones.

Elementos del sistema familiar.:

Elemento	Ejemplo
<i>Estructura</i>	
Persona	Padre, madre, hijos
Relaciones	Pareja, familiares, padres-hijos
<i>Lazos de unión</i>	
Proximidad	Física, intimidad, amor
Seguridad	Confianza, protección.
Identidad	Autoafirmación, status
Apoyo	Sustento, auto valía
Compartir	Historia, actividades, futuro
<i>Limitaciones</i>	
Genética	Herencia
Legales	Matrimonio, sucesión
Alianza	Lealtad, objetivos
<i>Función.</i>	
Biológica	Sexualidad, protección
Económica	Ganancias, reparto y uso de recursos
Psicológica	Aprobación, aceptación, "crianza"
Sociológica	Cooperación, grupo.

El conocimiento de éstas funciones de la familia, son de gran utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia.

A su vez para evaluar el funcionamiento familiar se analizan las seis características básicas que acometen todas las familias:

Comunicación. Es una función primordial, ya que gracias a ella todas las demás pueden cumplirse.

Afectividad. Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia.

Apoyo. La familia proporciona apoyo a los miembros que lo necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva, emocional, informativa.

Adaptabilidad. La familia se expone a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permita responder adecuadamente a una gama variada de estímulos.

Autonomía. Todos los componentes de la familia necesitan cierto grado de independencia que les facilite su crecimiento y maduración.

Reglas y normas. Las familias establecen reglas y normas de comportamiento, que

permiten mantener con armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar.

Instrumentos de evaluación de la dinámica familiar.

El estudio clínico y sistemático de la familia, ha permitido la identificación de sus funciones básicas y el desarrollo de múltiples modelos que han dado origen a instrumentos cuya finalidad ha sido la evaluación de la familia como un todo. Algunos de estos instrumentos han sido diseñados para la evaluación diagnóstica, otros para identificar el efecto de la intervención terapéutica, o para tratar de dar validez a alguna teoría en especial. El uso de instrumentos para la evaluación de las familias requiere de un minucioso análisis que permita la identificación de sus características, ventajas y limitaciones, con el propósito de valorar sus posibilidades de uso en la práctica médica familiar. Por lo que el médico familiar requiere del conocimiento de estos instrumentos o herramientas que le permitirán estudiar al individuo, la familia y su funcionalidad.

Es importante reconocer que no existe un instrumento que evalúe en su totalidad a la función familiar y que catalogue en forma completa las disfunciones familiares.

Por lo anterior y solo para el apoyo del estudio se mencionarán solo algunos:

Clasificación Triaxial de la Familia.

Algunos terapeutas familiares de la Universidad de Hawaii, propusieron un sistema de clasificación familiar basado en 3 ejes o dimensiones que engloba de forma bastante aceptable, la naturaleza compleja de los problemas familiares.

En el primer eje o dimensión histórico-longitudinal, se registran aquellas disfunciones que ocurren como resultado de la dificultad o incapacidad de la familia para manejar adecuadamente situaciones difíciles relacionadas con la etapa del desarrollo por la que atraviesa la familia. Por ejemplo, se habla de una disfunción familiar primaria, cuando la pareja de esposos no ha asimilado el compromiso de la vida en común, y no se ponen de acuerdo respecto a las funciones que a cada uno corresponden y esperan uno del otro, satisfacciones que no van a obtener.

En el segundo eje o dimensión horizontal-seccional, se registran las relaciones disfuncionales entre los o más miembros de la familia. Un ejemplo comunes la disfunción en la relación madre-hijo, que se establece cuando la madre insiste en sobreproteger al hijo y en mantener con él, un contacto excesivo y una vigilancia que causan el detrimento de la relación con su marido, quien por determinadas razones acepta pasivamente la situación.

En el tercer eje o dimensión global, quedan comprendidas aquellas disfunciones que conciernen a toda la familia como grupo o sistema y que se refieren a los aspectos de su estructura así como: la comunicación; división de roles; los límites entre los individuos y entre los subsistemas; la organización; integración; desempeño de las tareas cotidianas y atmósfera emocional. Tenemos por ejemplo el caso de la familia de bajo rendimiento, donde las personalidades inmaduras de los padres se manifiestan en un organización pobre de la vida familiar, con trastornos en la comunicación y dificultades para tomar decisiones apropiadas. Es pertinente agregar que existen sistemas familiares alternos relacionados con la cultura predominante, los cuales pueden ser considerados normales o funcionales si no producen patología individual o grupal y, si se conservan los parámetros mencionados al añadir una dinámica funcional normal. En todo caso, el criterio clínico debe tener prioridad por encima de las consideraciones personales y del deseo de imponer una idea demasiado limitada o rígida de lo que es aceptable.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Eje I Aspecto del desarrollo de la familia.
- A) Disfunciones del desarrollo
 - 1.- Disfunción familiar primaria.
 - 2.- Disfunción relacionada con la crianza de infantes.
 - 3.- Disfunción relacionada con la educación de los hijos.
 - 4.- Disfunción de la familia madura.
 - B) Complicaciones y variaciones del desarrollo
 - 1.- Familia interrumpida.
 - 2.- Familia de un solo padre.
 - 3.- Familia reconstruida.
 - 4.- Familia crónicamente inestable.
- Eje II Disfunciones en subsistemas familiares.
- A) Disfunciones en el subsistema conyugal.
 - 1.- Disfunción marital complementaria.
 - 2.- Disfunción marital conflictiva.
 - 3.- Disfunción marital dependiente.
 - 4.- Disfunción por falta de vinculación.
 - 5.- Disfunción por incompatibilidad.
 - B) Disfunción en el subsistema padre-hijo.
 - 1.- Reacción ante uno de los pares.
 - 2.- Reacción ante uno de los hijos.
 - 3.- Disfunción en la relación padre-hijo.
 - 4.- Disfunciones triangulares.
 - C) Disfunciones en el subsistema de los hermanos.
 - 1.- Rivalidad destructiva.
 - 2.- Sobreidentificación o falta de diferenciación.
 - 3.- Coaliciones contra los padres.
- Eje III Disfunciones de la familia como sistema.
- A) Disfunciones estructurales y funcionales.
 - 1.- Familia de bajo rendimiento.
 - 2.- Familia excesivamente estructurada.
 - 3.- Familia patológicamente integrada.
 - 4.- Familia desvinculada.
 - 5.- Familia desorganizada.
 - B) Disfunciones sociales.
 - 1.- Familia socialmente aislada.
 - 2.- Familia socialmente desviada.
 - 3.- Familia con tema especial (mito, secreto, creencias).

Además de la evaluación psicológica de las familias, es necesario determinar cuál es la naturaleza del contexto sociocultural en que se desenvuelve el grupo familiar. Puede decirse que los parámetros principales son los siguientes: *clase social, derivación ética, afiliación religiosa, etapa ocupacional de sus miembros y antecedentes educativos*. En nuestro medio, Leñero ha desarrollado una tipología de gran utilidad para la clasificación de las familias desde el punto de vista sociocultural. El considera varios factores

estructurales fundamentales que dan origen a diversos tipos de familia: la cultura a que pertenecen; su nivel socioeconómico y su ubicación geosocial. También toma en cuenta algunas categorías sociodemográficas (edad, y escolaridad de sus miembros, equipamiento del hogar) y la composición nuclear.

APGAR Familiar

Para analizar la dinámica familiar, se han establecido instrumentos de evaluación, el APGAR analiza la dinámica familiar en la población, estableciendo una relación entre la percepción de disyunción familiar y distintas variables. El diseño del estudio fue descriptivo y transversal, según modelo de encuesta con preguntas cerradas, se concluyó que el APGAR puede ser un instrumento interesante y útil como medida de percepción de disyunción familiar pudiendo incluirse en las historias clínicas. Es imprescindible la motivación del personal sanitario para considerar al paciente en su contexto sociofamiliar (15).

FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales).

FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation). El desarrollo de investigaciones en el campo de la medicina familiar exige la identificación de la influencia que ejercen los elementos psicológicos, sociales y económicos sobre el proceso salud-enfermedad en la familia. Esta identificación implica describir, interpretar e incluso predecir las interrelaciones existentes en el complejo sistema familiar considerando su estructura y funcionalidad. Es un instrumento diseñados por autores estadounidenses que les permitió evaluar la funcionabilidad de sus familias en su entorno (Olson, 1993). A principios de 1994 en México se llevó a cabo la traducción y adaptación transcultural de este instrumento para evaluar la función familiar en dos de sus dimensiones cohesión y adaptabilidad, por médicos familiares del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México quienes realizaron un estudio piloto en el área de influencia del "Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana" (CSJCV) en Tlalpan, Distrito Federal, aplicando este instrumento.

Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF).

En 1991 se organizó una reunión de expertos, con el propósito de precisar y señalar las actividades que desarrollan y las que deberían incorporar los médicos familiares. La reunión se celebró en Perugia, Italia en mayo de 1991, con la participación de 17 médicos de familia de diferentes países. El objetivo del encuentro fue la elaboración de un documento que marcara la contribución de los médicos de familia en la consecución de los objetivos "Salud para todos en el año 2000".

El grupo de trabajo de la OMS debatió la situación en los distintos países y elaboró las siguientes conclusiones:

- 1.- La Medicina de Familia es el elemento de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de "Salud Para Todos".
- 2.- El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no solo por su papel de "portero del sistema", sino también por el de abogado de la salud de sus pacientes.
- 3.- La medicina de familia es, para cualquier país, la base más adecuada de su sistema sanitario.
- 4.- La creación de departamentos universitarios de medicina de familia o de atención

primaria de salud o el refuerzo de los existentes, es vital para el desarrollo de una familia efectiva.

5.- El reconocimiento de la medicina de familia como una disciplina específica, con una identidad propia de un claro perfil, es un requisito previo para realizar una investigación, formación y educación efectivas.

Debe fomentarse la concepción científica de la práctica médica con la idea fundamental de la salud de la familia y el bienestar de la comunidad, así como la colaboración internacional y la continua formación e investigación por la gran responsabilidad que deben sumir las organizaciones académicas de los médicos familiares.

El MOSAMEF pretende incidir en mayo 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⁽¹⁶⁾.

El MOSAMEF y la Medicina Familiar.

Las demandas sociales de asistencia médico-sanitaria y en particular los cuidados de salud que la comunidad considere importantes moldean el perfil del profesional de salud así como los integrantes del éste equipo. Para cubrir demandas de salud de la población, es necesario que los integrantes de los equipos de salud, tanto si trabajan en el medio hospitalario como en atención primaria se actualicen continuamente y así los médicos familiares son capaces de aplicar un modelo biopsicosocial capaz de proporcionar una asistencia integral y de calidad en diversos marcos asistenciales a una población diversa en sus características propias como de sus patologías. así como sumar a sus actividades las de realizar medicina preventiva y promoción de la salud., por lo que el nuevo modelo se basa en potenciar la participación comunitaria y en concretar una nueva filosofía que fundamente la atención sanitaria en el fomento y en la mejora de la calidad de vida, no solo en asistir al usuario cuando se encuentre enfermo.

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

La información obtenida mediante estas actividades ofrece la oportunidad de elaborar proyectos de investigación multidisciplinaria y permiten un uso mas eficiente de los recursos para la solución de problemas de salud y el diseño de estrategias de atención específicas para un consultorio comunidad. El estudio longitudinal del núcleo familiar tiene que ser central en la actuación del especialista en medicina familiar⁽¹⁷⁾.

El MOSAMEF y el médico de familia.

La función prioritaria del médico familiar es proporcionar ayuda al paciente y su familia en el manejo de su enfermedad, fomentando las acciones preventivas para prevenir o reducir la presencia de otras patologías. La función del médico familiar se realiza dentro de un sistema social cada día mas complejo, así como los cambios tanto de la enfermedad en si como las expectativas de salud.

Para lograr lo anterior es necesario que el médico de familia cuente con una población cautiva, atender todo tipo de episodios de salud y de enfermedad, atender a todos los miembros de la familia sin importar la edad, tener la posibilidad de desarrollar indicadores de riesgo y vislumbrar las probabilidades de que ocurran.

El MOSAMEF brinda:

- Promoción del trabajo en equipo
- Mayor satisfacción de los usuarios
- Mayor importancia de las acciones preventivas
- Atención continua
- Permite la planeación de estrategias de los servicios de salud
- Propicia la investigación biomédica
- Favorece la actividad académica del equipo de salud
- Mayor satisfacción de los prestadores de servicios

Los elementos del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar son:

- Fase 1: censo poblacional
- Fase 2: estudio sistemático familiar
- Fase 3: análisis de las causas de consulta.

Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF-1).

En este estudio se utilizó un instrumento denominado Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF-1), el diseño de la cédula, se llevó a cabo en el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM por sus investigadores quienes han reportado, los primeros resultados de la utilización, aplicación y análisis de la facilidad con que se puede aprovechar dicho instrumento.

Los objetivos de esta comunicación son: describir el proceso de construcción de la Cédula Básica para la Identificación Familiar (CEBIF-1), señalar los elementos constitutivos que integran este instrumento y elaborar el perfil sociodemográfico básico de las familias.

La CEBIF-1 se construyó en base en tres dimensiones: demográfica, tipo de familia y del ciclo vital de la familia encuestada.

Se incorporó en cada dimensión el número mínimo de ítems que se consideraron útiles para coleccionar datos relacionados con cada una de ellas. Se formuló un glosario de términos que definieron cada uno de los elementos de la cédula.

Los datos que aporta la aplicación de la CEBIF-1 y el análisis de la estructura familiar, ofrece un valioso potencial de información clínica, demográfica y social para la formulación de inferencias epidemiológicas orientadas a la implantación de estrategias que incrementen la eficacia y eficiencia de la atención integral del paciente y de la familia, ya que el estudio de la estructura familiar ha probado en múltiples ocasiones ser útil para un mejor manejo de patologías crónicas y degenerativas, modificación de patrones alimentarios y de malos hábitos, como lo es el tabaquismo, el sedentarismo, etc., y el número de veces que utilizan los servicios de salud.

El MOSAMEF puede ser aplicado de dos diferentes maneras:

1.- En el micro escenario (consultorio). En éste escenario se busca conocer las necesidades de la comunidad estudiando a la familia desde sus diferentes clasificaciones (ciclo vital, funcionalidad familiar, factores demográficos, factores económicos, factores de riesgo, redes sociales de apoyo, etc.). Estos datos se obtienen mediante la CEBIF. EL MOSAMEF en el micro escenario está conformado por: CEBIF, Pirámide de población, morbilidad del consultorio.

2.- En el macro escenario (clínica o centro de salud) tiene varias etapas, la primera es la de diagnóstico, donde se valora la infraestructura (servicios, mobiliario, equipamiento, áreas físicas). Valora también los elementos demográficos y económicos, permite conocer la capacitación técnica del personal, la morbimortalidad más frecuente de la unidad. Identificar los problemas de la atención médica, administrativos, operacionales, de capacitación, propone líneas de investigación, etc.

CENSO POBLACIONAL (1)

- Identificar el número de expedientes de los derechohabientes que asisten al consultorio 3 de la Clínica Ermita que le han sido asignados
- Localizar todos los expedientes correspondientes al consultorio 3 de la Clínica Ermita y clasificarlos por edad y sexo conforme a los grupos etáreos (por quinquenios)
- Clasificar todos los expedientes clínicos por núcleos familiares

CENSO POBLACIONAL (2)

- En el ISSSTE, la clasificación de expedientes esta basada en el registro federal de causantes de los derechohabientes, al cual se le anexa una clave numérica para diferenciarlos, mismos que van del 1 al 9 (trabajador, trabajador (1), trabajadora (2), esposa (3), jubilado (4), padre del titular (5), madre del titular (6), hijo (7), hija (8), voluntario (9).

CENSO POBLACIONAL (3)

- Se clasifica la población por grupos etareos y núcleos familiares llenando la hoja tabular (MOSAMEF A-1) utilizando la técnica de paloteo y elaborando los gráficos de barras que constituirán la pirámide poblacional

ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR (1)

- Se reproducen las cédulas de identificación familiar (MOSAMEF B-1) necesarias, de tal manera que coincidan con el número de grupos familiares asignados, integrando una cédula (MOSAMEF B-1) a cada expediente familiar.

ESTUDIO SISTEMATICO FAMILIAR (2)

Llenar las cédulas de identificación familiar (MOSAMEF B-1) utilizando como referencia el glosario de términos (MOSAMEF B-2). Se utiliza la hoja tabular (MOSAMEF B-3) con el propósito de clasificar la totalidad de sus grupos familiares (de acuerdo con cada rubro contenido en la cédula MOSAMEF B-1).

Se elaboran los cuadros gráficos correspondientes a cada rubro utilizando números absolutos, porcentajes, promedios y desviaciones estándares.

La información que integra la cédula de identificación familiar (MOSAMEF B-1) es de capital importancia para el diseño de estrategias de prevención y control en las familias a su cargo.

La utilidad del MOSAMEF es la de aplicar en el microescenario los tres principios básicos de la Medicina Familiar, que son:

Estudio de la Familia.

Continuación en la atención.

Enfoque de riesgo.

ANALISIS DE LAS CAUSAS DE CONSULTA (1)

Acudir al archivo de la unidad y solicitar las formas SM-10-1 (informe diario de labores del médico), correspondientes a los 12 meses de año anterior a la fecha actual.

Se llena la hoja de motivos de consulta (MOSAMEF C-1) identificando los diagnósticos de primera vez o subsecuentes, clasificándolos por grupos de edad (se sugiere la técnica de paloteo). Se elaboran las gráficas correspondientes a cada motivo de consulta separándolas por primera vez o subsecuentes, refiriéndolas con números absolutos o porcentajes.

Estrategias Preventivas

El médico familiar está en posibilidad de identificar las mujeres en edad fértil; identificar el método de planificación familiar que utilizan; definir estrategias de promoción y aplicación de los métodos de planificación familiar, así como a cuántas pacientes en edad reproductiva o en climaterio se les ha practicado DOC; clasificar el resultado de los estudios de laboratorio y gabinete aplicados al programa de DOC. El médico familiar también puede identificar cuántos pacientes en edad pediátrica han completado su esquema nacional de vacunación; control de peso y talla; desarrollo psicomotriz y los motivos de consulta.

Factores de riesgo, al identificarlos puede realizar actividades tendientes a reducir a su población (mientras espera el paciente se dan pláticas ya sea por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, se pueden pasar películas informativas respecto a enfermedades tales como la HAS, DM, obesidad, exploración de mama, DOC, etc).

Escuela para padres

Atención integral al adolescente

Atención al adulto mayor.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Siendo el sistema médico familiar el encargado de la atención primaria, resulta indispensable que más que ningún otro conozca las características inherentes a su población, así como el aprovechamiento de los medios que tiene a su alcance para brindar atención médica, la cual una vez analizada, le sirva de instrumento en el desarrollo de su ejercicio real y habitual y le permita ofrecer, dentro de sus posibilidades, medidas específicas y prácticas para preservar o devolver la salud a la población bajo su cuidado, permitiendo incrementar la calidad de la atención que proporciona, así como obtener satisfacción de su trabajo a través de una organización racional de sus actividades. Los progresos de la medicina preventiva los nuevos servicios médicos de Seguridad Social, han traído como consecuencia, un enfoque colectivo dirigido a atender conglomerados de personas en todas las etapas de salud, enfermedad o invalidez, con alta prioridad de las medidas preventivas, para evita que las personas sanas enfermen.

Resulta deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aún

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

para los médicos que realizan práctica privada y también son responsables de una población.

3.- JUSTIFICACION

En la actualidad existe una marcada tendencia para proporcionar atención médica integral al núcleo familiar, por lo que surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las principales características biosociales de las familias usuarias del consultorio 3 de la C.M.F. Ermita del ISSSTE, así como sus principales causas de demanda de consulta.

Conocer las características biosociales y económicas de nuestra población, las causas de consulta y las patologías mas frecuentes, es el propósito de éste trabajo. Si el medico conoce las características de su población, se tiene la posibilidad de ofrecer un mejor servicio a la comunidad, y relacionarse de manera mas adecuada con sus pacientes, en ésta relación, la confianza del paciente hacia su médico es un elemento clave para el bienestar por parte del paciente y en muchas ocasiones cuando es llevada a cabo adecuadamente se traduce en recuperación de la salud. Al conocer las características de nuestra población el médico familiar el medico familiar se convierte en un analizador consciente que aprovecha de manera apropiada los recursos de la institución para llegar o tratar de llegar a un diagnóstico certero e instituir la terapéutica adecuada. Con una visión epidemiológica de las características de nuestra población es mas fácil administrar los recursos con los que contamos como médico familiar (rayos X, laboratorio, etc.). Si conocemos las enfermedades que atañen a nuestra comunidad podemos crear programas de prevención adecuados a las necesidades y a las condiciones de vida en la comunidad.

Resulta deseable que se logre constituir en un modelo eficaz para los médicos familiares que laboran en instituciones de salud, pero no solo para ese sector de médicos, sino aún para los médicos que realizan práctica privada.

Hoy en día debido a las condiciones económicas del País las instituciones de seguridad social tienen la necesidad de disminuir sus recursos humanos y materiales por lo que enfrentan una crisis en su atención asistencial que repercute en la salud de sus derechohabientes ya que se ven forzados al diferimiento de los estudios de apoyo al diagnóstico, no siendo la excepción la clínica "Ermita" del ISSSTE, sin embargo si logramos como médicos obtener una capacidad resolutive por medio de la clínica y de prevención al riesgo , efectuando además estrategias por medio de modelos de atención preventiva con un análisis epidemiológico de nuestra población adscrita y usuaria, teniendo grandes ventajas para estos y la misma institución, disminuyendo de manera importante los costos y aumentando los beneficios a la población.

4.- OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

Identificar las principales características biosociales, de salud y económicas de la población en estudio.

4.2 Objetivos específicos:

- 1.- Determinar el número de derechohabientes por edad y sexo.
- 2.- Conocer la pirámide poblacional que nos permita el entendimiento de las consideraciones demográficas actuales y futuras de la población en estudio.
- 3.- Determinar las 10 causas mas frecuentes de consulta .

- 5.- Conocer el grado de escolaridad.
- 6.- Identificar el tipo de derechohabiente que acude al consultorio.
- 7.- Conocer el estado civil de los derechohabientes.
- 8.- Saber el número y edad de los hijos.
- 9.- Identificar la etapa del ciclo de vida familiar .
- 10.- Conocer las características de las familias de la población usuaria

5.- HIPÓTESIS.

Dado que el presente trabajo es descriptivo, no requiere de hipótesis.

6.- METODOLOGÍA.

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

Este estudio es descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional..

6.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Derechohabientes de la U.M.F. Ermita del ISSSTE, inscrito al consultorio 3 , que viven en la Col. Picos de Iztacalco, ubicada en la Delegación Política Iztacalco, D.F (1441 pacientes) y además los que acudieron del primero de mayo al 30 de septiembre de 1996 (266).

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fue no aleatorio, por cuotas hasta un total de 266 familias. La muestra se obtuvo utilizando la hoja de consulta diaria del primero de mayo al 30 de septiembre de 1996, así como los expedientes de los pacientes que estuvieran activos en el momento del estudio, para determinar la causa de consulta, la edad y el sexo, así como para elaborar la pirámide poblacional.

6.4 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.-Todo paciente que viva en la colonia Picos de Iztacalco, con expediente activo en la U.M.F. del ISSSTE, clínica Ermita. Consultorio 3.
- 2.-Todo paciente que haya asistido a consulta en el año 1996, inscrito al Consultorio 3.
- 3.-Paciente que haya asistido a consulta del primero de mayo al 30 de septiembre de 1996.
- 4.-Todas las edades.
- 5.-Mayores de 18 años para aplicación de la encuesta.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.-Paciente con expediente en pasivo.
- 2.-Paciente no inscrito en la Clínica.
- 3.-Paciente que no haya asistido a consulta en el año de 1995
- 4.-Paciente que haya asistido a otro consultorio en el año de 1995, aún perteneciendo al consultorio 3

6.7 CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.-Diagnósticos no legibles.
- 2.-Diagnósticos probables.
- 3.-Diagnósticos en estudio.
- 4.-Cédulas de encuesta incompletas o ilegibles.
- 5.-Familias con cambio de consultorio o adscripción

6.8 INFORMACION A RECOLECTAR

Variables:

Cualitativas

Cuantitativas

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo
- 3.- Estado civil
- 4.- Escolaridad
- 5.- Ocupación
- 6.- Tipo de familia
 - desarrollo
 - composición
 - demografía
- 7.- Etapa del ciclo vital
- 8.- Ingresos
- 9.- Motivo de la consulta

6.9 METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Fueron tres las fuentes de información:

- 1.- Censo poblacional. Se acudió al archivo clínico de la unidad, localizando los expedientes de los derechohabientes que pertenecen al consultorio tres de la Clínica Ermita del ISSSTE, clasificándolos por edad, sexo y lazo familiar. Hecho el conteo mediante la técnica de paloteo, se procedió a la cuantificación y elaboración de la pirámide poblacional.
- 2.- Estudio sistemático familiar. Se utilizan cédulas de identificación (CEBIF 1) para cada grupo familiar estudiado, aplicándolas durante la consulta externa directamente por el investigador, elaborando a partir de la información recabada la gráfica correspondiente, (anexo 1).
- 3.- Causas de consulta. La fuente de información es la hoja diaria del médico (forma SM 10-1), (anexo 2), dichas hojas fueron obtenidas del archivo de la clínica Ermita y correspondieron a los 12 meses del año anterior a la fecha del estudio. La información que nos brinda esta hoja es la siguiente: Diagnostico, así como sexo y grupos de edad, posteriormente mediante la técnica de paloteo se cuantifica y clasifica para subsecuentemente elaborar las tablas y gráficas.

La sociedad actual se caracteriza por sus avances tecnológicos, por el cambio acelerado y la deshumanización, es por ello que la atención de la salud debe de estar a cargo de profesionales, con una formación integral, sobre todo en el aspecto humanístico, es por ello que el médico ha de enfrentarse con responsabilidad, delicadeza, habilidad y bondad, de tal modo que su trabajo dignifique a las personas que tienen acceso a él, es una necesidad en el quehacer cotidiano en la atención de los pacientes, en momentos de crisis y de angustia y también cuando sobreviene la muerte.

Ya que la medicina es una empresa moral que debe de perseguir el cumplimiento de los deberes éticos, obliga a penetrar en las normas que rigen la conducta para respetar la vida, fomentar la salud y exaltación de la dignidad y los derechos humanos, por lo que este estudio no afecta la integridad de los pacientes de acuerdo con la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Artículo 17 del Reglamento), derivada de los acuerdos de Helsinski, 1964 y Tokio 1975 y publicado a través del Diario Oficial del 26 de enero de 1982 ⁽¹⁸⁾.

8.- RESULTADOS

Pirámide Poblacional (gráfica 1).

En la gráfica 1, dividida en dos segmentos, se aprecia la pirámide poblacional de la Clínica Ermita, con un total de 1440 pacientes, son mujeres 876, lo que representa el 61%; 564 son hombres, lo que representa el 39%.

De las mujeres, de 0 a 1 año de edad con 36 pacientes es el 2%; de 1 a 4 años son 45 con el 3%; de 5 a 10 años son 47 con el 3%; de 11 a 14 años son 44 con el 3%; de 15 a 20 años son 50 con el 3%; de 21 a 24 años son 66 con el 4%; de 25 a 30 años son 107 con el 6%; de 31 a 34 años con 101 y el 6%; de 35 a 40 años con 89 y el 5%; de 41 a 44 años son 63 y el 4%; de 45 a 50 años son 48 con el 3%; de 51 a 54 años son 57 con el 3%; de 55 a 60 años son 30 con el 2%; de los 61 a 64 años son 26 con el 1%; de los 65 a los 70 años son 38 con el 2%; de 71 a 74 años son 13 con el 1%; de 75 años en adelante con 16 pacientes el 1%. La mayoría, es decir, el 6% oscilan entre los 25 y 30 años; mientras que sólo el 1% oscila entre 71 y 74 años.

De los hombres, de 0 a 1 año de edad son 15 individuos con el 1%; de 1 a 4 años con 57 es el 5%; de 5 a 10 años con 57 es el 5%; de 11 a 14 años con 51 es el 5%; de los 15 a los 20 años son 43 con el 4%; de los 21 a los 24 años son 25 con el 2%; de los 25 a los 30 años son 49 con el 4%; de los 31 a los 34 años son 40 con el 4%; de los 35 a los 40 años con 32 es el 3%; de los 41 a los 44 años con 27 individuos es el 2%; de los 45 a los 50 años con 36 es el 3%; de los 51 a los 54 años con 35 es el 3%; de los 55 a los 60 años con 28 pacientes es el 2%; de los 61 a los 64 años con 18 es el 2%; de los 65 a los 70 años con 21 es el 2%; de los 71 a los 74 años con 8 es el 1% y de 75 años en adelante con 20 individuos es el 2%. Los que oscilan entre 1 y 10 años son los que conforman el porcentaje mas algo, mientras que los que tienen entre 71 y 74 años, representan la menor cantidad.

Patologías mas frecuentes (gráfica 2).

En la gráfica 2 se expresan las patologías más frecuentes y el número de pacientes que las padecen de un total de 1392 pacientes, la mayoría que equivale al 18% con 240 pacientes padece hipertensión arterial sistémica. Le sigue el 16% con 225 pacientes que corresponde a los pacientes que padecen infecciones del tracto respiratorio. Enseguida, el 14% con 193 pacientes padecen problemas de osteoartritis; el 10% con 138 pacientes padece obesidad; el 9% con 125 pacientes, infecciones de vias urinarias; el 8% con 111

pacientes, Diabetes Mellitus, el 7% con 101 pacientes, patologías del tracto digestivo no infecciosas; el 7% con 99 pacientes, cervicovaginitis; el 6% con 86 pacientes, insuficiencia venosa periférica y finalmente, el 5% con 74 pacientes padece infecciones y parasitosis del tracto digestivo.

Estado Civil de las Parejas (gráfica 3).

De una muestra de 266 parejas se extrajo que el 44 % con un número de 118 familias del total viven en unión libre; el 39% con 103 parejas viven en matrimonio; el 7% con 18 pacientes de las familias son viudos, mientras que los 13 divorciados y los 14 solteros constituyen el 5% respectivamente cada uno.

Edad de los cónyuges ambos sexos (gráfica 4).

La tabla y gráfica 4, dividida en dos segmentos, muestra la edad de los cónyuges por sexo, tomada de un total de 266 parejas. El 62% con 164 corresponde a mujeres, mientras que el 38% con 102 sujetos corresponde a hombres.

Edad de las cónyuges (gráfica 5)

Menores de 20 años con 11 y un total de 3%; de 21 a 30 años con 26 es el 8%; de 31 a 40 años con 26 y el 8%; de 51 a 60 años con 22 y el 7%; de 61 a 70 años con 26 el 8% y mujeres mayores de 71 años con 22 y el 7%. La mayoría de las mujeres, es decir un 9% con 31 oscila entre 41 y 50 años, mientras que el menor porcentaje equivalente al 3% lo constituyen las que tienen menos de 20 años.

Edad de los cónyuges (gráfica 6).

En el caso de los hombres de 21 a 30 años con 17 y el 8%, de 31 a 40 años con 15 corresponde al 7%; de 41 a 50 años con 21 es el 10%; de 51 a 60 años con 19 es el 9%; de 61 a 70 años son 18 con el 6% y finalmente mayores de 71 años con 12 individuos es el 6%. Predominan también los que tienen entre 41 y 50 años.

Escolaridad (gráfica 7).

En la gráfica 5 se observa la escolaridad de los 266 parejas. Los analfabetas son 33 con el 8%; educación primaria con 92 es el 22%; educación secundaria con 55 es el 13%; educación técnica con 53 corresponde al 12% y profesionistas con 194 individuos es el 45%. La mayoría, que constituye un 45% cuentan con la educación superior. El 22% cuentan con educación primaria; el 13% con educación secundaria, técnicos con el 12%. Un dato preocupante es que el 8 % son analfabetas.

Edad de los hijos (gráfica 8).

En la gráfica que se observa la edad de los hijos: de 0 a 10 años de edad son 30 y es el 11%; de 11 a 19 años son 49 y es el 18% y de 20 años en adelante son 187 que corresponde al 71%, que es la mayoría.

Tipo de Familia por su Desarrollo (gráfica 9).

La gráfica 7 muestra que existe poca diferencia entre una familia tradicional y una moderna. La familia tradicional con 143 constituye un 54%, mientras que la moderna con 123 constituye un 46%.

Tipo de Familia por su Composición (gráfica 10).

Predomina la familia nuclear con 126 es el 47% del total. En segundo lugar, está la familia extensa con 74 es el 28% y, por último, está la familia compuesta con 66 es el 25%.

Ingresos por Familia (gráfica 11).

TESIS CON FALLA DE GRUPO

La mayoría de las familias, representando el 44%, percibe dos salarios mínimos. Le siguen las familias que perciben tres o más salarios mínimos, que constituyen el 29% y, finalmente, el 27% de las familias perciben sólo un salario mínimo.

Las familias con un salario mínimo son 72 y son el 27%; aquellas que perciben 2 salarios mínimos son 117 y es el 44% y las que perciben tres o más salarios mínimos son 77 y es el 29%.

Ocupación de ambos Padres (gráfica 12).

Pensionados 60, es el 14 %; administrativos son 185 con el 42 % y profesionistas con 194 es el 44 %.

Ocupación de las Madres (gráfica 13).

Pensionadas 24 con el 10%, 78 administrativas con el 33% y 132 profesionistas con el 57%.

Ocupación de los Padres (gráfica 14).

Pensionados 36, es el 18 %; administrativos son 107, es el 52 %; profesionistas son 62 con el 30 %.

Etapas de ciclo vital (gráfica 15).

Las familias que están en expansión 74 y dispersión son 71 y constituyen el 27% cada grupo; mientras que las familias que se encuentran en situación de independencia son 60 y retiro son 61 y conforman el 23% respectivamente.

9.- DISCUSIÓN

La pirámide población refleja una proporción de mujeres en edad reproductiva y productiva. En el grupo de 0-4 años existen 153 niños de los cuales es importante detectar si cuentan con la cartilla básica de inmunizaciones, insistir en el programa del control del niño sano, identificar problemas psicomotrices, hacer hincapié en la prevención de enfermedades infectocontagiosas y no olvidar la importancia de las funciones básicas de la familia tales como cuidado, afecto y protección para el adecuado desarrollo físico y emocional para este grupo de edad.

En las edades de 5 a 14 años con un total de 199 es importante la orientación y educación sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual esquema de vacunación en adolescentes prevenir adicciones, caries dental y orientar el desarrollo individual por los cambios que se presentan de la adolescencia hacia la adultez.

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

En los grupos de edad de más de 45 años es importante analizar el control de enfermedades crónico degenerativas. Otorgar orientación sobre el ciclo vital de la familia en el que se encuentran y las etapas posteriores.

La aplicación del CEBIF 1 fue satisfactoria, se identificaron datos importantes de la población asignada al consultorio 3, para conocer el perfil de la población como son: tipo de familia, ingresos económicos, ciclo de la familia, etc.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En el rubro de ocupación las mujeres son 234 y la mitad son profesionistas; en contraste con la de los hombres que son 62..

La escolaridad de los cónyuges se obtuvo que la mayoría se encontraba en el grupo de primaria completa. Con 92 individuos, secundaria con 55, técnicos 53, analfabetas y profesionistas con 33 respectivamente.

Con respecto al estado civil predominan la unión libre con 118 familias, matrimonio con 102 familias, viudos 18, solteros 14, divorciados 13, aunque hay pocas familias en donde falta o no hay la pareja se debe en cuenta la formación de grupos de apoyo a estas familias.

El miembro de familia que contesto la encuesta fue la mujer, probablemente porque es quien demanda la consulta con mas frecuencia, ya sea por enfermedad o que lleve a sus hijos a consulta, por las campañas de vacunación, etc.

En lo referente a factores demográficos se observa que la conformación de las familias la mayoría son nucleares con 126, la familia extensa 74 y la compuesta 66, la tendencia social de las familias mexicanas es aceptar miembros que no forman parte del vinculo nuclear de la familia, en la misma casa.

En el ciclo vital de las familias se encuentra un predominio en etapa de expansión que son 74 familias, le sigue la familia en etapa de dispersión con 71 familias, etapas de retiro con 61 y en etapa de independencia 60 familias. En la etapa de retiro y muerte se deberá preparar a la familia para los eventos naturales que puedan presentarse. Considerando que la fase de independencia es fundamental en la formación de los hijos, es adecuado orientar en esta fase a los padres con la finalidad de dar valores que puedan transmitir a sus hijos (sociales, psicológicos y morales).

Con respecto al ingreso familiar 189 familias perciben de uno a dos salarios mínimos, 77 familias con tres o mas salarios mínimos, lo que indica que las familias en estudio se encuentran con una economía frágil.

las familias que viven en esta zona cuentan con los servicios de urbanización.

Conocer el tipo y características de las primeras diez causas de atención médica del consultorio 3 es muy importante, así con este enfoque se da prioridad a las estrategias de acuerdo a los lineamientos de los programas nacionales de salud y los grupos de edad más afectados. Dentro de las diez primeras causas de consulta médica en primer lugar se encuentra la Hipertensión arterial sistémica con 240 pacientes, en segundo lugar las infecciones del tracto respiratorio con 225 pacientes, en tercer lugar las osteoarticulares degenerativas con 193 pacientes, en cuarto lugar obesidad, en quinto lugar infecciones de vías urinarias con 125 pacientes, en sexto lugar diabetes mellitus con 111 pacientes, en séptimo lugar patologías del tracto digestivo no infecciosas con 101 pacientes en octavo lugar las cervicovaginitis con 99 pacientes, en noveno lugar insuficiencia venosa periférica con 86 pacientes y décimo lugar infecciones y parasitosis del tracto digestivo con 74 pacientes.

10.- CONCLUSIONES.

Lo ideal sería que el médico familiar aplique los tres principios básicos de la Medicina Familiar (continuidad de la atención, enfoque de riesgo y estudio de la familia).

Es importante conocer las diez primeras causas de consulta y las características de los derechohabientes que acuden a atención médica, así como el compromiso que representa para el médico de familia y el equipo de salud, revisar los programas prioritarios de la institución, además tener siempre una conducta enfocada hacia las acciones preventivas y educación para la salud, ya que deberá estar actualizado en este tipo de acciones y estrategias.

El análisis de los datos obtenidos a partir de la pirámide de población, la CEBIF 1, las causas de consulta permitió conocer las características básicas de las familias del consultorio permitiendo identificar la problemática real de las mismas. En la pirámide de

población de identificó que la gran mayoría de derechohabientes se encuentran entre los 20 a 50 años, por lo tanto se deben implementar los programas prioritarios encaminados a la detección y prevención de enfermedades crónico-degenerativas, salud reproductiva, prevención y control de adicciones, promoción de actividad física salud dental y mental.

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

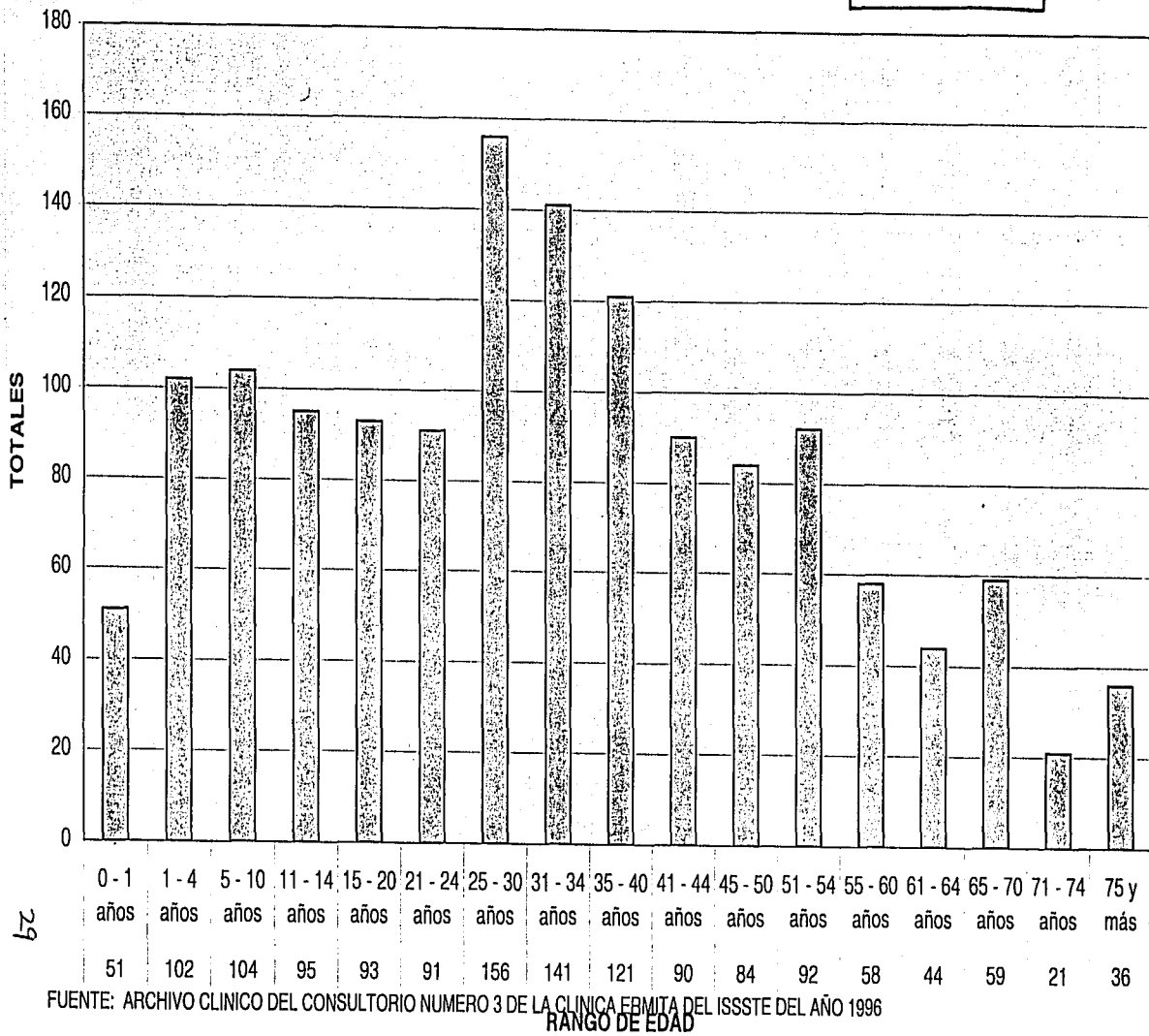
Finalmente lo importante en la realización del diagnóstico de salud en un consultorio orienta a conocer la población, y sus características económicas, sociales y de salud, permitiendo identificar las necesidades y problemas reales de la población adscrita al consultorio y en consecuencia aplicar los programas prioritarios adecuados a las necesidades observadas; así identificar probables líneas de investigación para ampliar y mejorar el modelo de atención médica y el estudio de las familias en el consultorio. Se podrán elaborar estrategias de acción médico familiar en el consultorio número 3 de índole preventiva, de diagnóstico y tratamiento, así como de rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA

1. Zurro MA. Atención Primaria: Conceptos Organización y Práctica Clínica. Ed. Mosby, España, 1989, 2da. Ed.
2. Zurro MA, Huguet M, García CF. cap 3, Aten.Prim, Conceptos, Organización y práctica Clínica. Ed. Mosby, España, 1994, 3ra. ed.
3. Zurro MA: Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de Actuación en la Consulta, Cap 1. Editorial Doyma, Barcelona España, 1999 4da. ed.
4. Goldberg Bruce W. Asistencia Sanitaria Basada en la Población, cap 6, pp 35-39. Taylor RB; Medicina de Familia Principios y Práctica Ed. Springer-Verlag, Barcelona, Esp, 1991, 3ra. ed.
5. Turabian JL. Cuadernos de Medicina de Familia y Comunitaria. Ed. Diaz de Santos, España, 1995.
6. Taylor RB. Medicina de Familia Principios y Práctica. Editores Asociados. Cap, 1. pp 3-6; Barcelona, 1999, 5ta. ed.
7. La educación médica continua en el ISSSTE. Gac Med Mex, 1994; 130(Spl. 3): 21-22.
8. McWhinney I. Medicina de Familia. Ed. Mosby, España, 1995.
9. Shires DB, Hennen BK. Medicina Familiar Guía Práctica. cap. 5 El ciclo vital de la familia y la orientación aticipada. pp, 28-34. McGraw-Hill de México, S.A. de C.V. 1983.
10. Gallo FJ. El perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria 1999; 23(4): 236-248.
11. Plan Unico de Especializaciones Médicas en Medicina Familiar. Facultad de Medicina UNAM. División de Estudios de Posgrado e Investigación de Subdivisión de Especialidades Médicas. México, D.F. 2000.
12. Irigoyen CA, Jaime AH. Fundamentos de Medicina Familiar. Ediciones M.E.M; México 1982, 1ª. ed.
13. Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana. México, 1999.
14. Marquez E., Gascón J., Domínguez B., Gutierrez MC., Garrido C. Clasificación demográfica de la familia en la Zona Básica de Salud La Orden de Huelva. Aten Primaria 1995; 15(1): 30-32.
15. Zurro MA. Influencias socioculturales en los cuidados. En Zurro MA. Atención Primaria: Conceptos Organización y Práctica Clínica. Ed. Mosby, España; 1995, 3ª.ed.
16. Irigoyen CA Morales LH. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Med Fac; 1ª. México, 2002.
17. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CJ, Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar, cap. 11, pp 151-174 en: Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Séptima edición, ed. M.F.M. 2000.
- 18.- Declaración de Helsinsky de la Asociación Médica Mundial, 52ª. Asamblea General. Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.

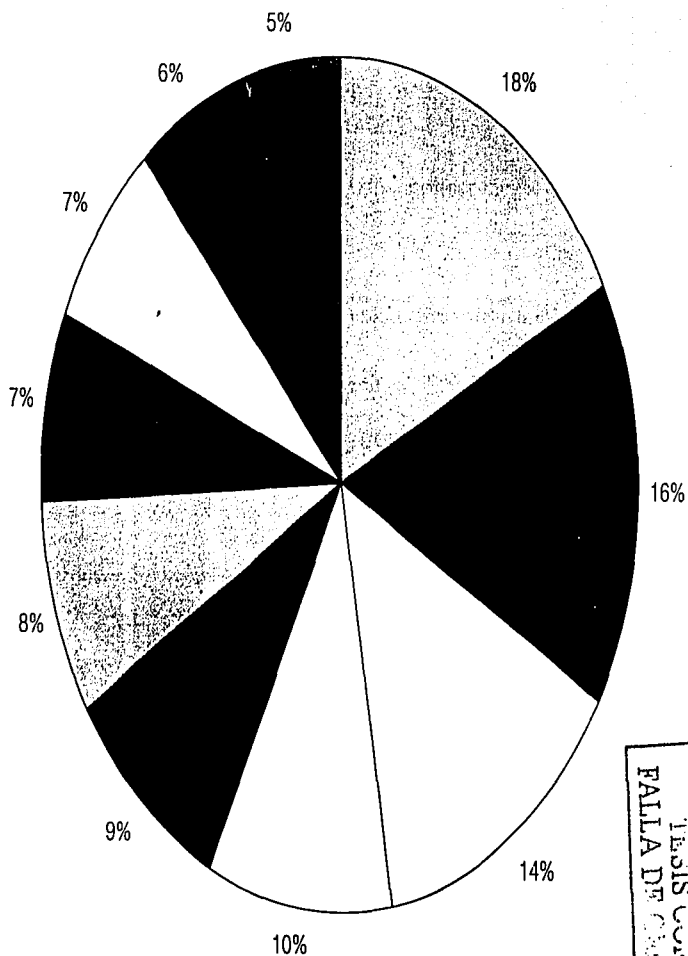
GRAFICA 1
 PIRAMIDE POBLACIONAL AMBOS SEXOS

FALLA DE CALIDAD



FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL CONSULTORIO NUMERO 3 DE LA CLINICA FEBMTA DEL ISSSTE DEL AÑO 1996

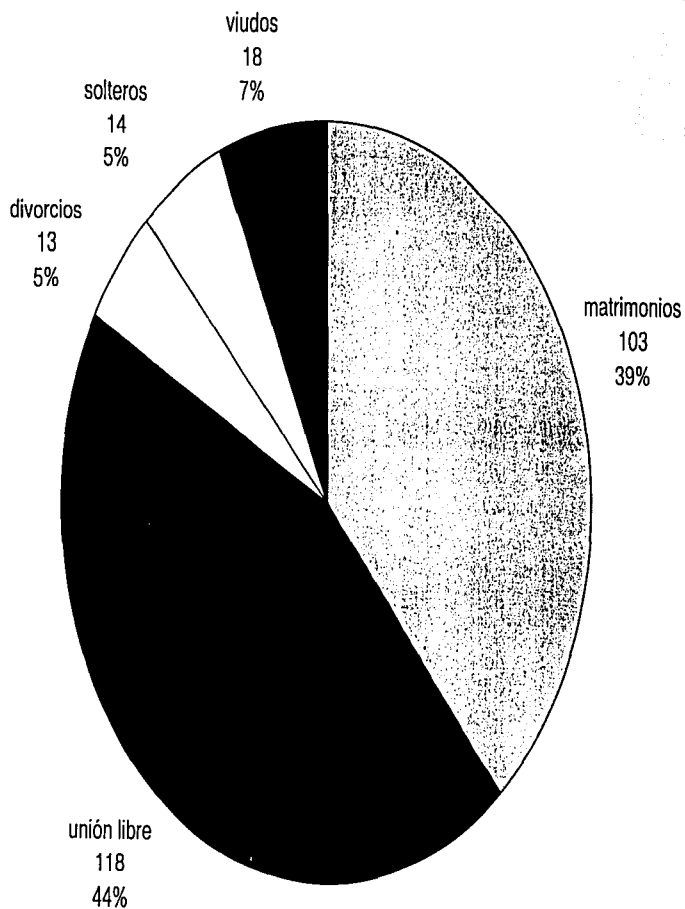
GRAFICA 2
 PATOLOGIAS MAS FRECUENTES



- 17.2% Hipertension arterial sistemica
- 16.2% Infecciones del tracto respiratorio
- 13.9% Osteoarticulares degenerativas
- 9.9% Obesidad
- 9.0% Infecciones de vias urinarias
- 8.0% Diabetes Mellitus
- 7.3% Patologias del tracto digestivo no infecciosas
- 7.1% Cervico vaginitis
- 6.2% Insuficiencia venosa periferica
- 5.3% Infecciones y parasitosis del tracto digestivo

TESIS COM
 FALLA DE CODIGEN

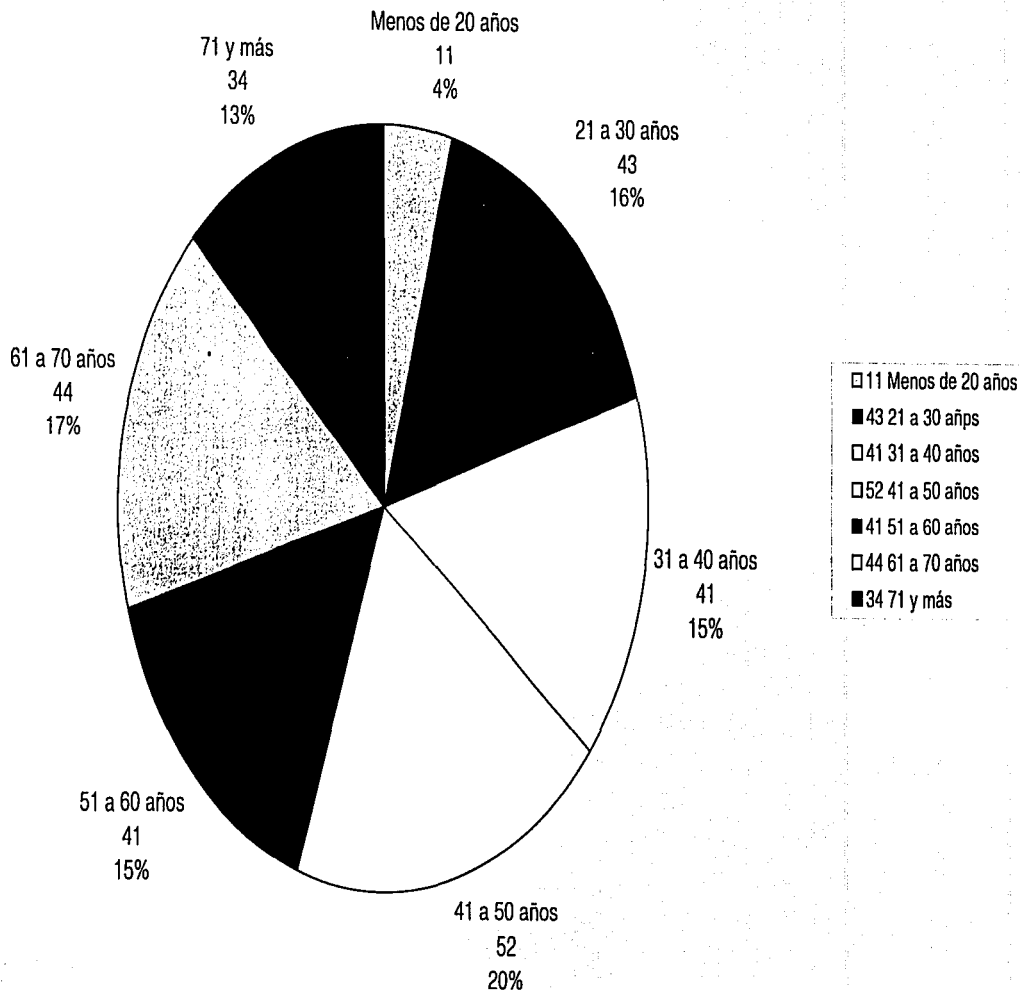
GRAFICA 3
ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS



- 103 matrimonios
- 118 unión libre
- 13 divorcios
- 14 solteros
- 18 viudos

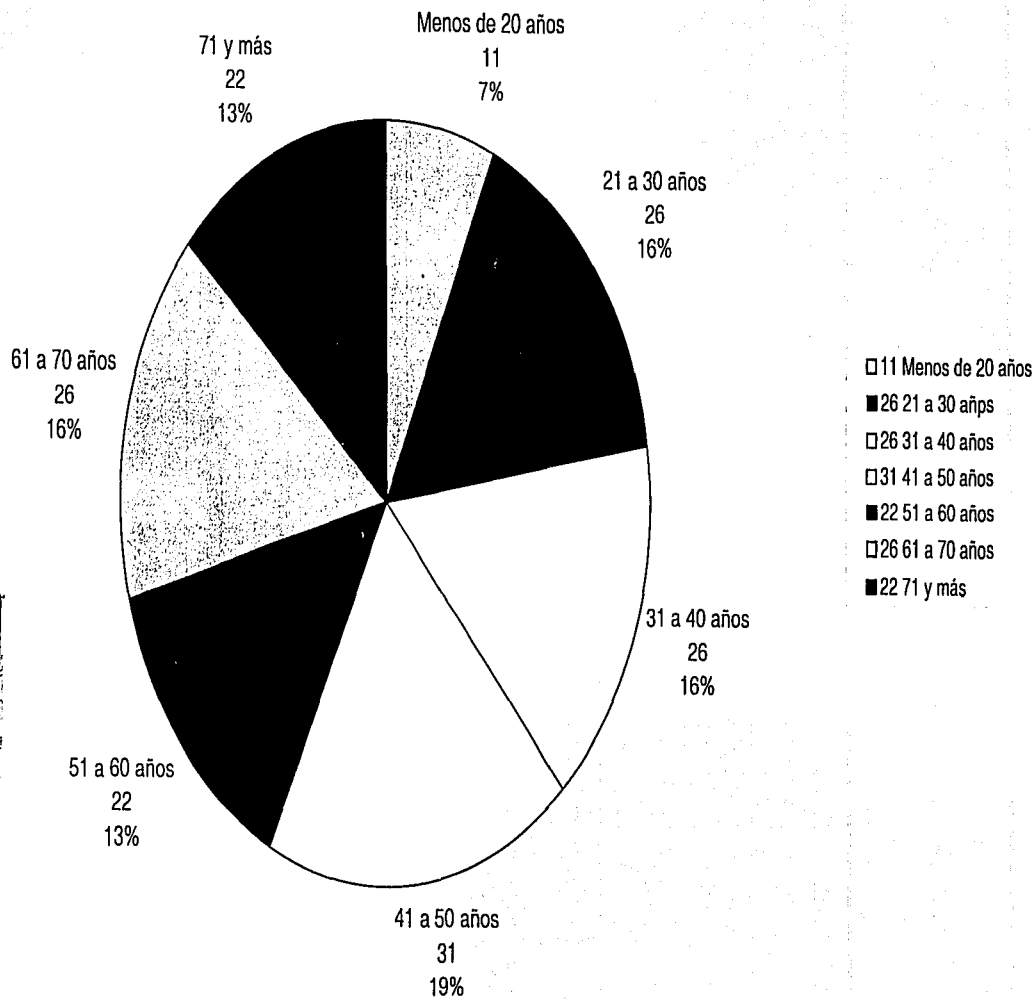
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4
 EDAD DE LOS CONYUGES AMBOS SEXOS



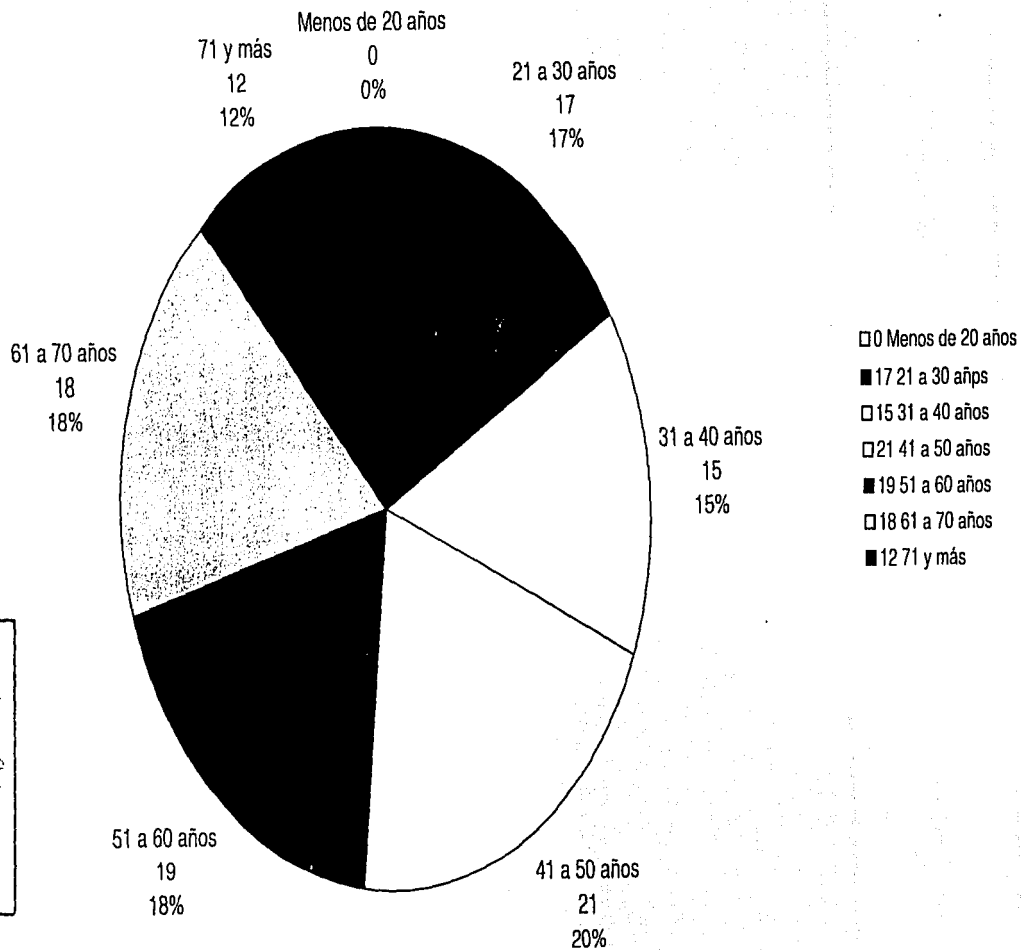
LEJIS CON
 FALTA D
 EN

GRAFICA 5
 EDAD DE LAS CONYUGES



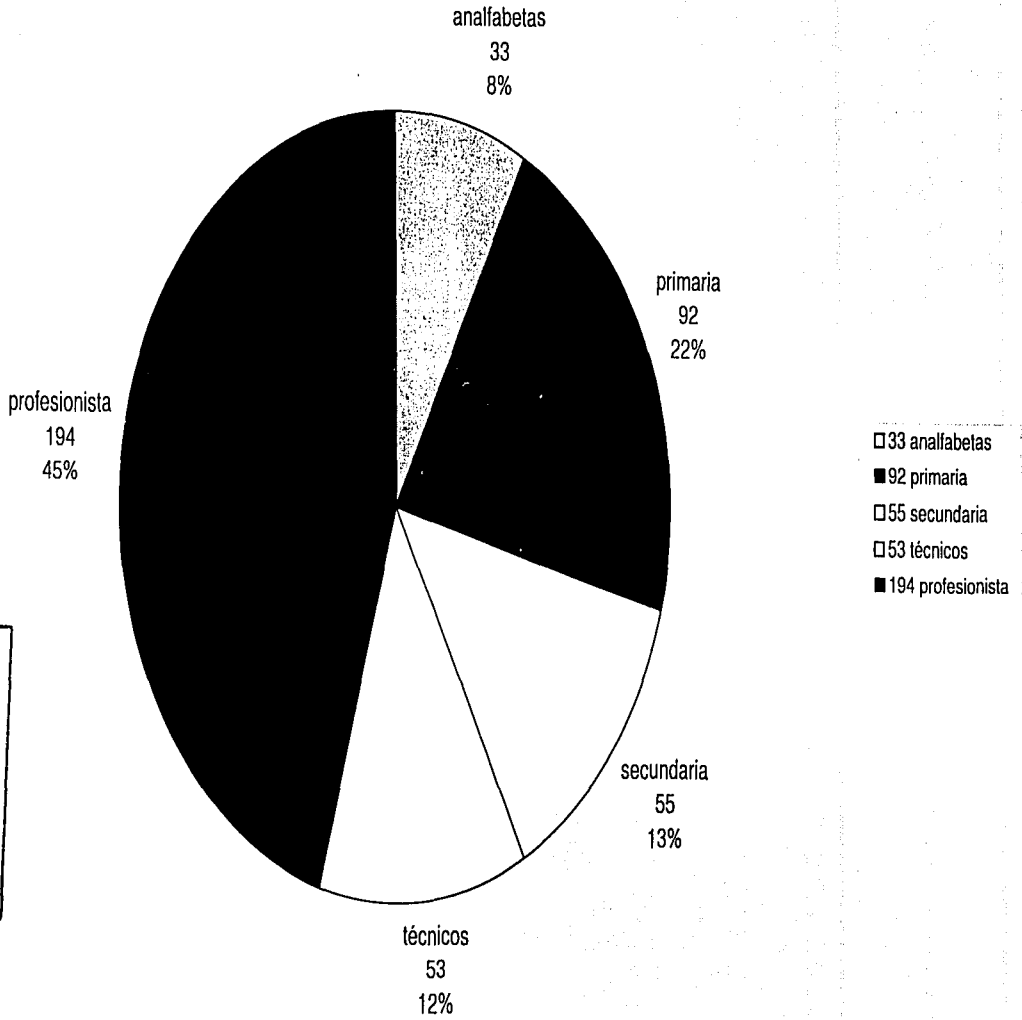
INSTITUTO
 NACIONAL DE
 ESTADÍSTICA

GRAFICA 6
 EDAD DE LOS CONYUGES



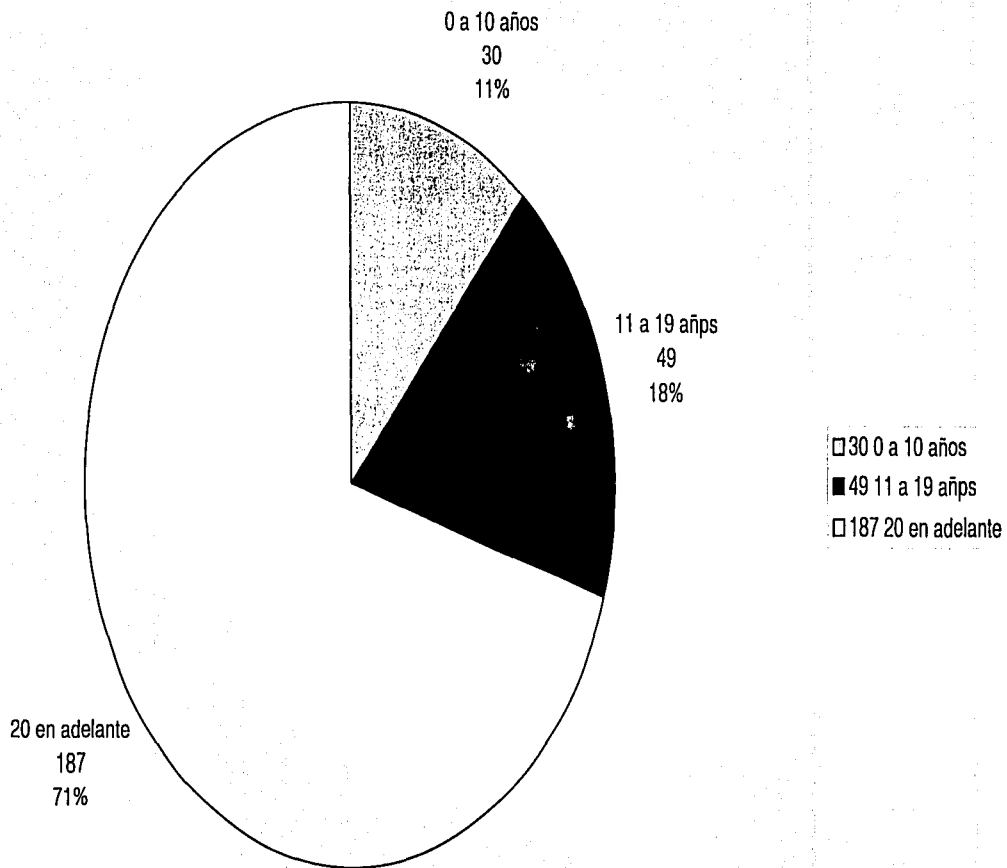
TESIS CON
 FALLA DE CUCUEN

GRAFICA 7 ESCOLARIDAD



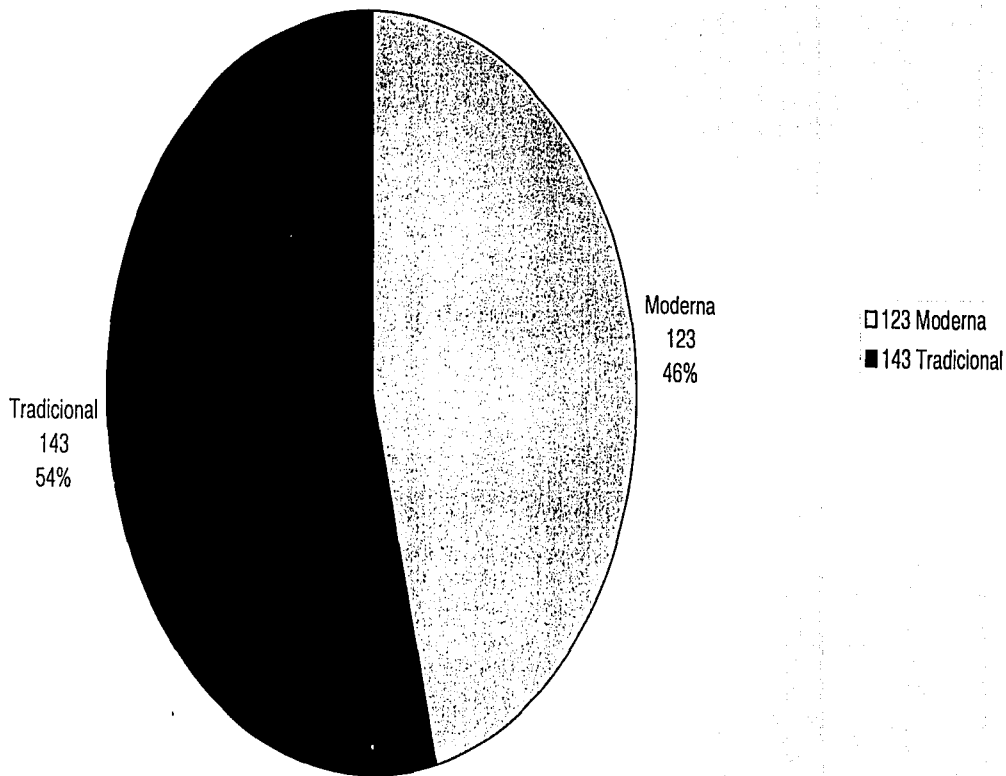
TESIS CON
FALLA DE
CEN

GRAFICA 8
EDAD DE LOS HIJOS



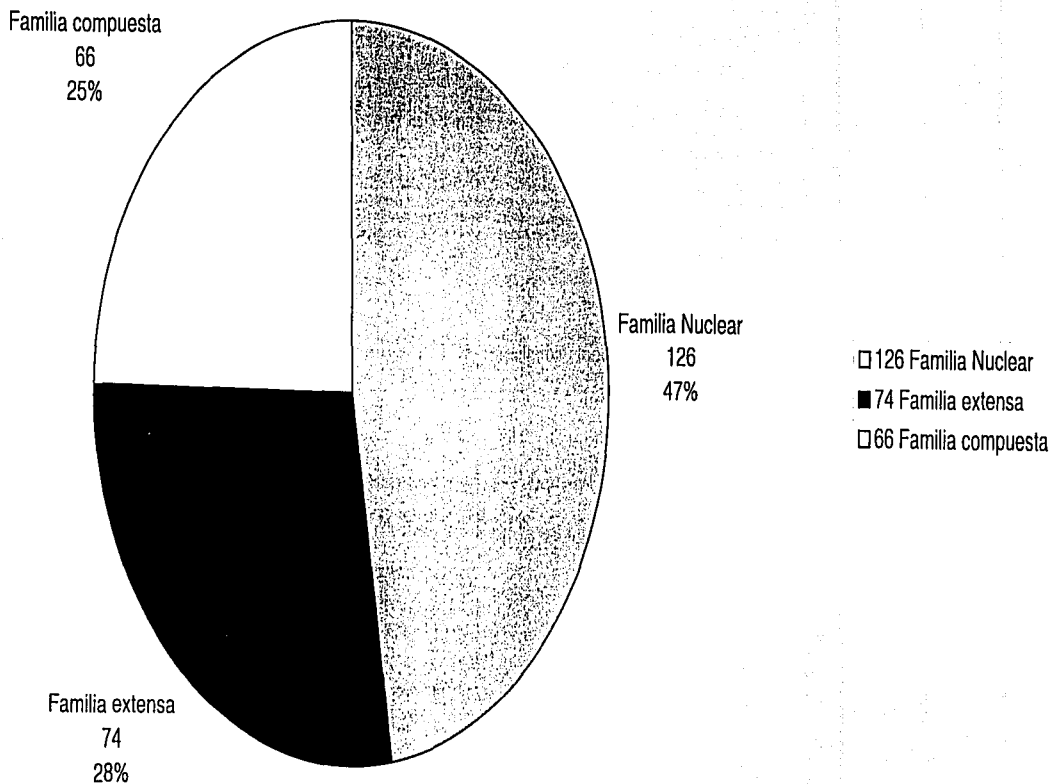
TESIS CON
FALLA DE
CUBIERTEN

GRAFICA 9
TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO



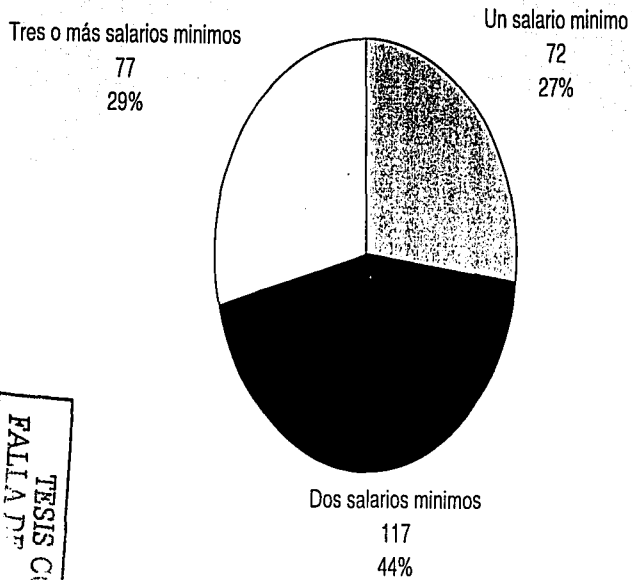
TESIS CON
FALLA DE COPIADO

GRAFICA 10
TIPO DE FAMILIA POR SU COMPOSICION



LEISIS
FALLA DE
EN

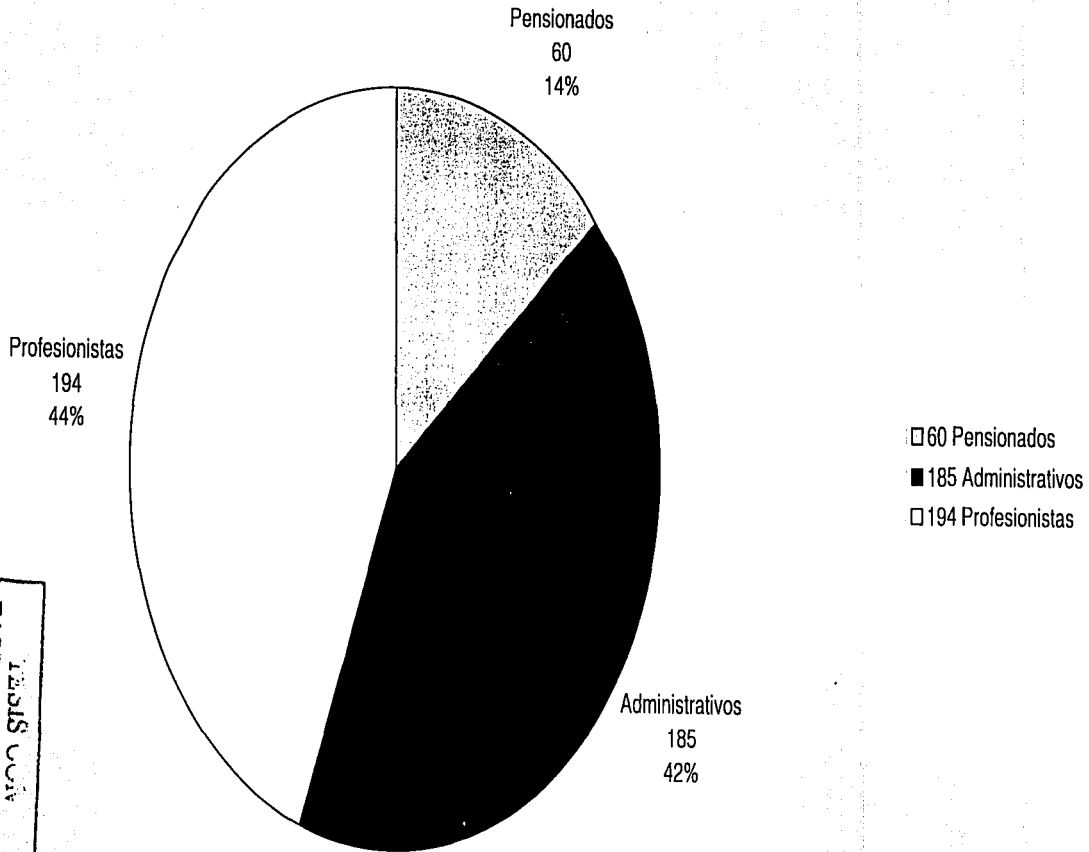
GRAFICA 11
INGRESOS POR FAMILIA



- 72 Un salario mínimo
- 117 Dos salarios mínimos
- 77 Tres o más salarios mínimos

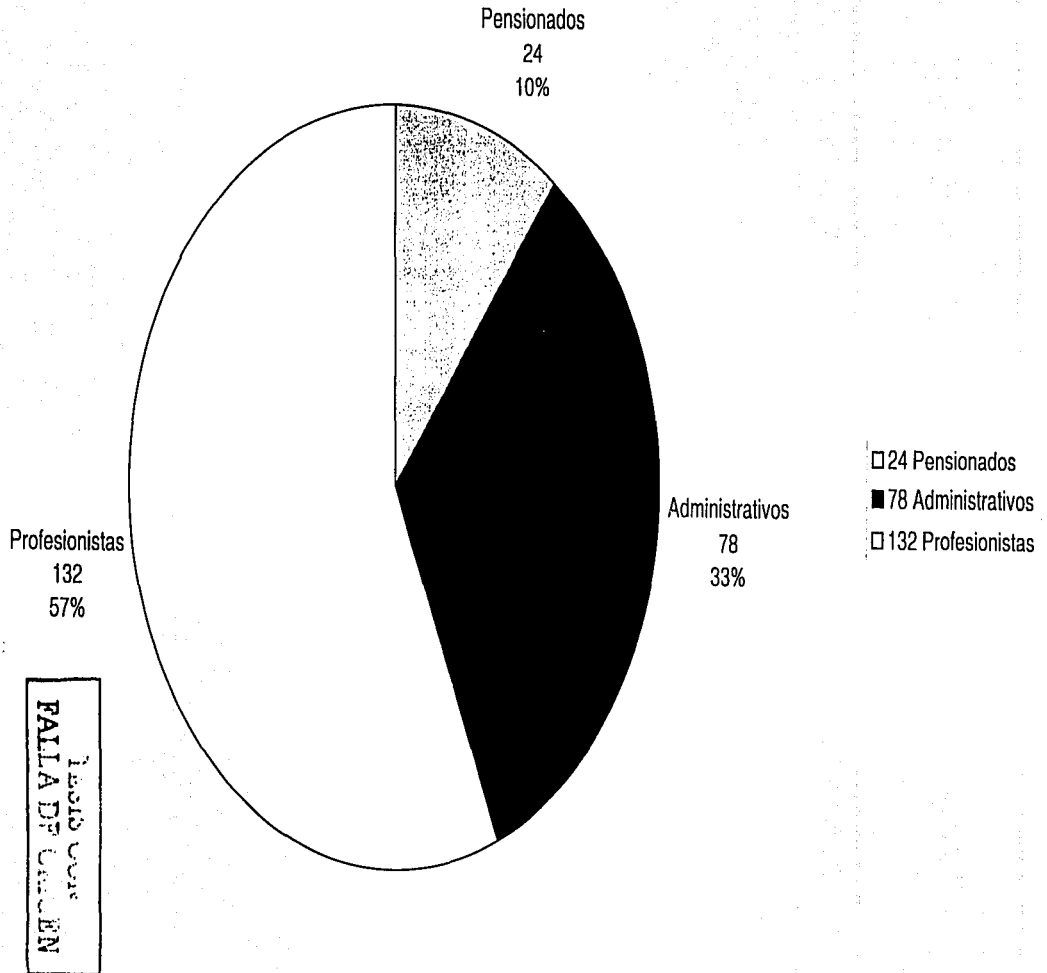
TESIS CON
FALLA DE
JEN

GRAFICA 12
OCUPACION DE AMBOS PADRES

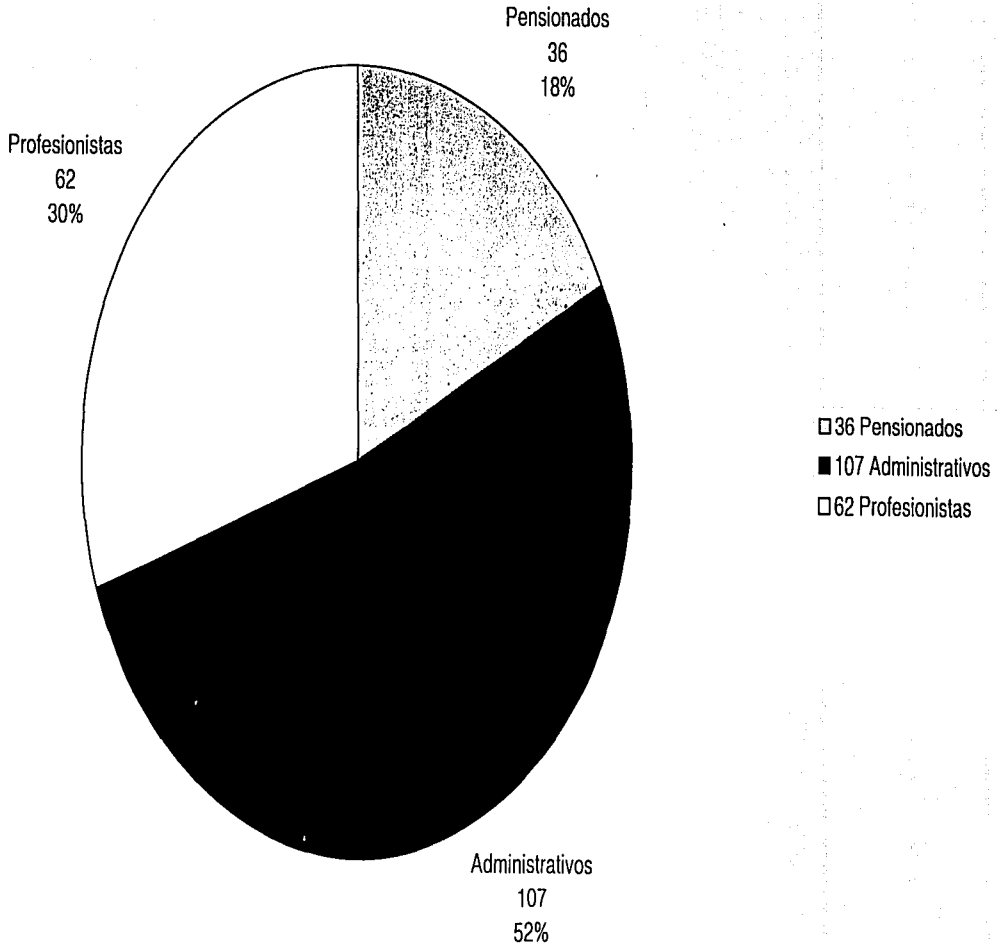


TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

GRAFICA 13
OCUPACION DE LAS MADRES

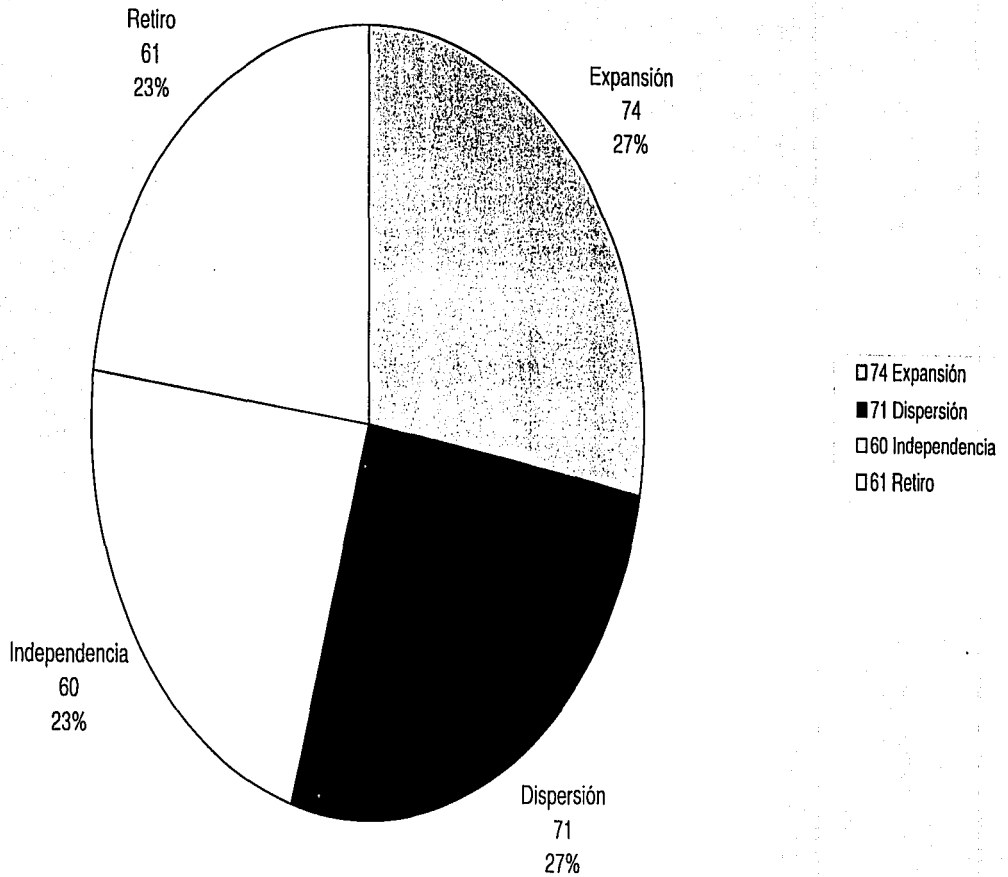


GRAFICA 14
OCUPACION DE LOS PADRES



42

GRAFICA 15
ETAPAS DEL CICLO VITAL



TESIS CON
FALLA DE
CEN

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia: _____ Edo. civil: Casados ()
 U. libre ()

Años de unión conyugal: _____

Edad: _____ Sexo: M F Escolaridad: _____

Domicilio: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): _____

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): _____

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): _____

TOTAL: _____

Tipo de Familia: Marque con una equis (x)

Desarrollo:	Moderna ()	Demografía:	Urbana ()
	Tradicional ()		Semiurbana ()

Composición: Nuclear ()
 Extensa ()
 Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: < de 1 salario mínimo ()
 de 1 a 2 salarios mínimos ()
 3 o más salarios mínimos ()

Ocupación de los padres de la familia: _____

Etapa del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
 Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____

TESIS CON
 FALLA DE CALIFICACION

ANEXO 2

Glosario de términos para el llenado de la hoja de identificación familiar

Familia:	Se anotarán los apellidos que identifiquen a la familia.
Años de unión conyugal:	Anotar en años cumplidos el tiempo que llevan de vivir en pareja.
Escolaridad:	Se anotará el grado máximo de estudios que haya alcanzado el entrevistado.
Domicilio:	Se anotarán: Calle, Número, (interior si lo hubiese), Colonia y Código Postal
Familia moderna:	Se considera así cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
Familia tradicional:	Es la familia en que sólo uno de los cónyuges trabaja fuera del hogar.
Familia urbana:	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes, y que cuenta con los servicios básicos de urbanización: agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.
Familia suburbana:	Es la familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y que carece de alguno de los servicios básicos de urbanización.
Familia nuclear:	Es la familia constituida por padre, madre e hijos.
Familia extensa:	Es la familia en la cual, además del padre, lamadre e hijos y familiares con lazos cosanguíneos, amigos, etc.)
Ocupación de los padres de familia:	Se anotarán las ocupaciones de ambos padres. Ejemplo: Padre albañil, madre hogar.
Etapas de expansión:	Comprende desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último.
Etapas de dispersión:	Comprende el periodo en que todos los hijos acuden a la escuela, pero ninguno de ellos trabaja.
Etapas de independencia:	Se inicia cuando se ha dado lugar a la formación de nuevas familias (cuando alguno de los hijos ya se ha casado).
Etapas de retiro:	Se inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar, o cuando los padres se han jubilado.

Para identificar con claridad la etapa en la que se encuentra la familia se deberán tomar en cuenta los acontecimientos familiares en relación con el primogénito.