

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 22,
MÉXICO D.F.

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS
BIOPSIOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE
ADSCRITA AL CONSULTORIO 11 DE UMF 22 IMSS A TRAVÉS
DEL MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA
FAMILIAR (MOSAMEF).**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA TERESA AGUILAR BUCIO

MÉXICO, D.F.

2005

2003-721-0015

m344088



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.

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS
BIOPSIICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE
ADSCRITA AL CONSULTORIO 11 DE UMF 22 IMSS A TRAVÉS DEL
MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
(MOSAMEF).**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA TERESA AGUILAR BUCIO

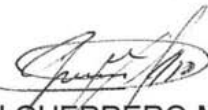
AUTORIZACIONES:



DRA. MARÍA TERESA ÁVALOS CARRANZA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
U.M.F. No. 140 (LA TEJA) IMSS



DR. MARCO ANTONIO JUÁREZ OROPEZA
ASESOR DE TESIS
INVESTIGADOR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GERMÁN GUERRERO MILLÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA DEL IMSS

**IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS
BIOPSIICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE
ADSCRITA AL CONSULTORIO 11 DE UMF 22 IMSS A TRAVÉS DEL
MODELO SISTEMÁTICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
(MOSAMEF).**


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

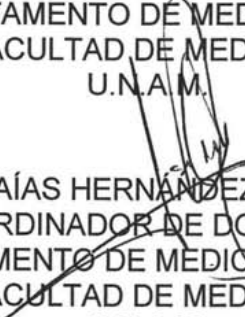
PRESENTA:

DRA. MARÍA TERESA AGUILAR BUCIO

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**


**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
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.**

DEDICATORIA

A la memoria de mi hermano Arturo.

A mis hijos y esposo,
quienes compartieron cada etapa de mi tesis
y han sido un estímulo para seguir adelante.

A mis padres, hermanos y sobrinos,
que siempre han creído en mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

A todos los que colaboraron para que se abrieran las puertas del conocimiento de la Medicina Familiar; tanto a las autoridades del IMSS, como a las de la UNAM.

A la Dra. Teresa Ávalos, ejemplo a seguir en su profesionalismo e interés por la enseñanza de la Medicina Familiar.

Al Dr. Germán Guerrero, quien desde el primer momento me dio su amistad y apoyo académico, mi eterna gratitud.

A las autoridades y amigos de la UMF 22, por la confianza que me brindaron.

A todos los profesores y doctores que, de alguna u otra manera, contribuyeron para la realización del trabajo de esta tesis. A todos ellos, mi cariño sincero.

IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE ADSCRITA AL CONSULTORIO 11 DE LA UMF 22 A TRAVÉS DEL MOSAMEF

OBJETIVO

Aplicar el modelo sistemático de la atención médica familiar en el consultorio 11, turno matutino de la UMF 22 del IMSS, para conocer las necesidades de atención médica en las familias.

DISEÑO

Descriptivo, Transversal, Observacional y Retrospectivo.

POBLACIÓN

Todos los pacientes del consultorio 11, turno matutino de la UMF22 del IMSS.

MUESTRA

Muestra no probabilística por conveniencia, un total de 250 familias.

RESULTADOS

La pirámide poblacional tuvo una población de 2608, de los cuales 1233 son hombres y 1375 son mujeres. De los niños de 0 – 9 años fueron 210 hombres y 222 mujeres. Los grupos de entre 20 – 34 años fueron los que predominaron con un total de 27.3%. En etapa reproductiva 23.5% de mujeres y 20% hombres.

Las 3 primeras causas de consulta fueron: infección respiratoria aguda, hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Se aplicaron 250 Cédulas Básica de Identificación Familiar (CEBIF – 4) y se encontró que las familias son nucleares en fase de independencia, con escolaridad primaria, la ocupación que predominó fue la de ama de casa seguida del empleado, el método de planificación familiar más utilizado fue el OTB, en cuanto a detecciones de cáncer se encontró que el 37% no tiene detección.

En lo referente a los factores de riesgo predominó en el padre el tabaquismo y en la madre la hipertensión arterial y en los niños las caries. En cuanto a las redes sociales los servicios públicos estuvieron en primer lugar, seguidos de la pareja y en relación al apoyo a cuidadores la madre es quien proporciona los cuidados a los abuelos. El índice simplificado de pobreza se encontró con un promedio de 3.7 con ingresos entre 3 y 4 salarios mínimos, y el ingreso familiar está entre 1 y 2 personas. Los resultados del APGAR familiar muestran que 184 personas están satisfechas con su sistema familiar, 40 personas moderadamente y 26 personas no están satisfechas. El resultado del síndrome depresivo mostró que el 68.8% están normales, 18% con depresión leve, 10.8% con depresión moderada y el 2.4% con depresión severa, con predominio en el sexo femenino. El síndrome depresivo se correlacionó inversamente y de manera significativa con el APGAR familiar total.

CONCLUSIONES

Al tener información de su población adscrita el médico familiar está capacitado para realizar estrategias de salud, organizar su consulta con un enfoque preventivo y educación a la salud, así como un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, tener acciones de educación permanente para evitar accidentes que lleven a la incapacidad e invalidez para dar una atención integral y continua.

PALABRAS CLAVE: MOSAMEF, CEBIF – 4, APGAR familiar, síndrome depresivo

IDENTIFICATION OF THE BIOPSIOSOCIAL CHARACTERISTICS OF THE POPULATION ASCRIBED TO THE CONSULTING ROOM 11 OF THE FMU 22 THROUGHOUT THE USE OF SMFP

OBJECTIVE

To apply the Systematic Model of Family Practice (SMFP) in the consulting room 11, morning shift at the Family Medicine Unit (FMU) 22 of Mexican Institute of Social Security (MISS), to know the necessities of medical attention in the families.

DESIGN

Descriptive, Cross-sectional, Observational and Retrospective study.

POPULATION

All the patients of the consulting room 11, morning shift of the FMU 22, MISS.

SAMPLE

Non probabilistic convenient sample, a total of 250 families.

RESULTS

The population pyramid had a population of 2608, 1233 were men and 1375 were women. Children from 0 to 9 years were 210 men and 222 women. People group among 20 - 34 years prevailed with a total of 27.3%. In reproductive stage 23.5% of women and 20% men.

The 3 most frequent consultation causes were: acute respiratory infections, high blood pressure and type 2 diabetes mellitus. Two hundred fifty Basic Certificate of Family Identification were applied (BCFI-4) and it was found that the families were nuclear in independence stage, with primary school studies, the occupation that prevailed was of housewife followed by the employee, the most family planning method used was the tubary obstruction (TBO), as for cancer detections it was found that 37% doesn't have detection.

In regarding of the risk factors, tabaquism prevailed in the father, in the mother the high blood pressure and in the children the cavity. As for the social support networks the public services were in the first place followed by the partner and in relation to the support to caretakers the mother is who provides the care to the grandparents. The simplified index of poverty had an average of 3.7 with incomes among 3 and 4 minimum wages, the family income was provided by 1 or 2 people. The results of the family APGAR showed that 184 people were satisfied with their family system, 40 people moderately and 26 people were not satisfied. The results of the depressive syndrome showed that 68.8% were normal, 18% had light depression, 10.8% had moderate depression and 2.4% had severe depression, with prevalence in female sex. The depressive syndrome was correlated inversely and in significant way with the total score of family APGAR.

CONCLUSIONS

Having their attributed population's information the family doctor is qualified to carry out strategies of health, to organize their consultation with a preventive focus and education to the health, as well as the early diagnostic and opportune treatment, to have actions of permanent education to avoid accidents causing inability and/or disability, to give an integral and continuous attention.

KEY WORDS: SMFP, BCFI-4, family APGAR, depressive syndrome

ÍNDICE

	página
1. TÍTULO	i
2. ÍNDICE GENERAL	1
3. MARCO TEÓRICO	2
3.1 Antecedentes	2
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5. JUSTIFICACIÓN	12
6. OBJETIVOS	14
6.1 Objetivo general	14
6.2 Objetivos específicos	14
7. METODOLOGÍA	15
7.1 Tipo de estudio	15
7.2 Diseño general del estudio	15
7.2.1 Población, lugar y tiempo	16
7.2.2 Tipo y tamaño de la muestra	17
7.2.3 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	17
7.2.4 Variables (tipo y escala de medición)	18
7.3 Métodos de recolección de datos	20
7.4 Consideraciones éticas	21
7.5 Análisis estadístico	22
8. RESULTADOS	23
8.1 Pirámide poblacional	23
8.2 10 primeros motivos de consulta	24
8.3 CEBIF – 4	25
8.4 Cuestionario del síndrome depresivo	41
9. DISCUSIÓN	42
10. CONCLUSIONES	53
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
12. ANEXOS	62

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

3.1.1 Atención Primaria de Salud

La declaración de Alma-Ata en 1978, fue piedra angular para la historia de la salud, en ella se definieron los principios de la atención primaria, la cual representa la clave para alcanzar la salud de todos los seres humanos del mundo. Puesto que la mayoría de los países en desarrollo siguen luchando con la carga que representan las enfermedades tropicales y otras condiciones ligadas a la pobreza y antes de que podamos ganar la batalla contra las enfermedades contagiosas que nos han ocupado desde nuestros días, muchos países deben ahora, adicionalmente, trabajar con una población de edad avanzada con enfermedades crónico-degenerativas y muchas personas en el mundo carecen aún de beneficios de agua potable y de servicios sanitarios, aunado el desastre ecológico causado por la contaminación que amenaza la supervivencia humana (1).

México comparte rasgos similares con el resto de los países latinoamericanos, predominando la marginación en la población rural y suburbana, así como en algunas mujeres, niños e indígenas. En América Latina se consideró que al iniciar el año 2000, una cifra cercana a los 100 millones de niños llegaría a la edad laboral, escasamente dotados en términos de salud, educación y formación

profesional, con muy pocas posibilidades de tener un empleo remunerado que pueda contribuir al bienestar de las familias. Entre 1982 y 1991, las familias mexicanas que habitaban en zonas urbanas mostraron rasgos de deterioro económico, con la crisis de 1994 se estima que la población marginada de la Ciudad de México es de aproximadamente el 30%, la cual subsiste a través de 2 fenómenos sociales: la creciente economía informal y la utilización del trabajo no remunerado de padres y parientes, fortaleciendo en el ámbito familiar la formación de redes y ayuda mutua a fin de sobrevivir a los frecuentes periodos de inactividad económica. Las sucesivas crisis económicas han producido un marcado debilitamiento en las diversas formas de vida y organización familiar, principalmente en los sectores con menores recursos económicos donde las funciones como el desarrollo de valores, madurez efectiva, identificación de roles, ayudan al proceso educativo escolar, y sentido de permanencia a un determinado grupo. Estos sectores se han visto fuertemente afectados, generando un alto costo sanitario y social, evidenciado por los casos de desnutrición, mortalidad materna e infantil, depresión, alcoholismo, fármaco dependencia, violencia intrafamiliar y maltrato infantil, que se manifiestan socialmente con los elevados índices de criminalidad e inseguridad pública (2).

La atención primaria de salud es, en este momento, la estrategia más viable para lograr la mayor cobertura a la población mexicana, su importancia obliga a que las instituciones de salud y educativas consideren prioritario desarrollar programas de formación de recursos humanos capaces de implementar esta estrategia, la atención primaria constituye la función central del desarrollo social y económico de

la comunidad, representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad.

Los componentes estratégicos de la atención primaria son de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS): extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente, organización y participación de la comunidad, desarrollo de la articulación intersectorial, desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas, disponibilidad de insumos y de equipos críticos, formación y utilización de recursos humanos. En los contenidos de la atención primaria están las prioridades de salud establecidas por la OMS: salud materno-infantil, inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas, control de enfermedades agudas, control de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, salud dental, prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y de cáncer, prevención de accidentes y control de enfermedades ocupacionales, alimentación y nutrición, salud ambiental, erradicación de la malaria, control de otras enfermedades parasitarias (3).

La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Las actividades de la atención primaria de salud son: educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados materno infantiles, inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de fármacos.

Los elementos conceptuales de la atención primaria de salud se caracterizan por ser integral, integrada, activa, continuada, permanente y accesible a toda la población (4).

Las consultas de atención primaria constituyen el ámbito principal donde ha de producirse la integración real de las actividades de promoción, prevención, asistenciales y de rehabilitación y la inserción social que se desarrolla en el centro de salud. Para efectuar estas actividades se llevan a cabo: cita previa, visita urgente, visita programada. La cita previa permite a la población que demanda espontáneamente (por propia iniciativa) y acude a la consulta con su médico de familia con fecha y hora previamente concertadas y con ello reducir el tiempo de espera del paciente, en estas visitas las actividades suelen ser asistenciales.

Las visitas urgentes acuden al centro sin haber solicitado cita. Las visitas programadas están destinadas al control de pacientes crónicos o a las realización de actividades preventivas o de promoción a la salud.

Muy relacionado con la atención continuada está también la asistencia domiciliaria la cual, además de su función de atención de patologías, debe permitir evaluar las

posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico, ya que es preciso tener presente que las posibilidades de prevención de muchas de las enfermedades más importantes radica en la modificación de factores por el entorno social y cultural, lo que hace necesario desarrollar actividades preventivas y educativas en el ámbito comunitario (5).

3.1.2 Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)

La atención primaria orientada a la comunidad es una estrategia sistemática para abordar la asistencia sanitaria de la comunidad y de los individuos de una forma integrada. El proceso de la APOC aporta una metodología para identificar y abordar los principales problemas de salud de una población, requiere de cuatro elementos: definición de la población, identificación de los problemas de salud y de asistencia sanitaria, intervención, y seguimiento del impacto de la intervención. Es importante que los médicos de familia adopten un planteamiento amplio respecto a cual es su población y tengan en cuenta también a los individuos que no acudan de manera regular a la consulta, lo ideal es que los médicos puedan tener conocimiento de la totalidad de individuos que forman su población y describan sus características sociodemográficas, sus creencias culturales y sus conductas relacionadas con la salud. La medicina familiar es una especialidad basada en la población, ésta nació a finales de la década de los 60 por el creciente descontento que existía frente a la filosofía biomédica y el sistema de asistencia sanitaria que están dominados por los médicos especialistas que ven a

los pacientes como un conjunto de órganos. Se necesitaba que la medicina de familia tuviera un enfoque holístico del individuo y que adoptara un modelo biopsicosocial con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el cuidado del paciente en el contexto de la familia y de la comunidad.

Como disciplina académica, la medicina de familia ha proporcionado una ampliación del concepto de salud y un avance del conocimiento médico en diversas áreas, además ha reconocido la importancia de la relación entre el paciente y el médico y sus efectos en la evolución y la satisfacción del paciente, la medicina de familia ha ampliado los conocimientos de dinámica familiar y la manera de tratar a los individuos en el contexto de su familia. La medicina de familia ha sido líder en el avance de los conceptos y la aplicación de la APOC (6).

3.1.3 Perfil profesional del médico familiar

El médico general o médico de familia es el profesional que ante todo es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica. El médico general/médico de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales que limitan la accesibilidad de sus servicios. El médico general/médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta

raza, religión, cultura o clase social. El perfil de un médico de familia tiene sólida formación clínica que le permite prestar atención al individuo, efectiva y eficiente, y la relación médico-paciente ocupa un lugar privilegiado en su vida diaria (7).

El perfil profesional del médico familiar del IMSS es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficacia, funciones técnico-médicas, funciones técnico-administrativas, funciones de enseñanza-investigación, y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica contribuye al logro de los objetivos institucionales (8).

El médico familiar es el profesional de la salud capacitado para prestar atención primaria, continua, integral, del individuo y de su familia, en forma total y permanente, constituyéndose así en la puerta de entrada al sistema de atención médica conocido por su continuidad como la quinta esencia de la medicina familiar (9).

3.1.4 Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF)

Irigoyen y Gómez Clavelina propusieron el MOSAMEF, como una estrategia para llevar a cabo la práctica de la medicina de primer contacto, como requisito indispensable para planificar los servicios de atención a la salud, optimizar la prestación de servicios médicos, satisfacer las demandas de los usuarios y disminuir los costos de la atención médica (10). El MOSAMEF se originó 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 las familias? y ¿cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias? (11).

La medicina familiar, como disciplina académica y especialidad médica, comprende una serie de actividades fundamentales en sus 3 ejes; el estudio de la familia que permite el entendimiento del entorno biopsicosocial en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo, la continuidad de la atención que favorece el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos sin importar edad, sexo y/o naturaleza de la enfermedad y la acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo que brinda la oportunidad de planear estrategias de acción y medidas preventivas en la población expuesta (10).

Con base en éstas premisas, las actividades que el médico familiar debe realizar requiere de una guía metodológica que propicie el diagnóstico del estado de salud de las familias que requieren sus servicios. La evaluación demográfica de las familias mediante la descripción de su estructura, clasificación tipológica, etapa de ciclo vital familiar y elementos económicos y sociales constituyen algunos de los componentes del denominado diagnóstico de salud familiar. El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presenta en las familias constituye el perfil de morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias, facilita al médico de familia y a su equipo de trabajo el diseño y ejecución de estrategias dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno (12).

Partiendo que la continuidad de la medicina familiar es la quinta esencia, la aplicación del MOSAMEF deberá incluir un proceso de:

- actualización periódica.
- evaluación operativa.
- establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación del daño (11).

El MOSAMEF puede ser aplicado de 2 diferentes maneras:

- microescenario (consultorio)
- macroescenario (clínica o centro de salud)

El microescenario estudia a la familia desde su ciclo vital, funcionalidad familiar, factores demográficos, económicos, de riesgo y redes sociales de apoyo, siendo captados todos estos datos por medio de la célula básica de identificación familiar (CEBIF-4).

El macroescenario tiene varias etapas, la primera es el diagnóstico, donde se valora la infraestructura (servicios, mobiliario, equipamiento, área física), también valora los elementos demográficos y económicos, permite conocer la capacitación técnica del personal, la morbimortalidad más frecuente de la unidad (13).

En la medida que el médico familiar logra conocer con detalle las características biopsicosociales de las familias que atiende, la pirámide poblacional que éstas

conforman, así como los motivos de su demanda de servicios, estará en posibilidades de iniciar acciones concretas, establecer programas de actividades de fomento a la salud y preventivas, detección temprana y tratamientos oportunos, realizar un seguimiento efectivo y coordinar los recursos con que cuenta la comunidad para el cuidado de la salud.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El modelo actual de atención médica en medicina familiar no es satisfactorio, ya que se obtiene información parcial para hacer un diagnóstico integral de salud en el consultorio; por lo tanto, el médico familiar necesita un modelo de atención que incluya las características básicas de la familia, motivos de consulta y factores de riesgo en la población adscrita. Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Es útil la identificación de las características biopsicosociales de la población derechohabiente adscrita al consultorio 11, turno matutino de la UMF 22 IMSS, a través del Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar (MOSAMEF) para conocer sus necesidades de atención médica y así poder aplicar estrategias para mejorar las condiciones de salud?

5. JUSTIFICACIÓN

Debido a que se desconocen las características biopsicosociales, factores económicos, redes sociales, satisfacción con su sistema familiar de la población usuaria, se propone realizar esta investigación con el propósito de identificar factores que incidan en la esfera familiar y su repercusión en el proceso salud-enfermedad; además, aplicar los principios básicos de la medicina familiar (estudio de familia, continuidad de la atención y enfoque de riesgo). Al estudiar el consultorio 11 basándose en la pirámide poblacional y las 10 primeras causas de atención médica y el estudio sistemático familiar se podrán establecer estrategias de las necesidades reales de esta población y así mejorar la atención de las

familias y optimización de los recursos, ya que hasta ahora no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud. Para lograr estos propósitos el médico familiar deberá conocer con detalle las características de las familias que están bajo su cuidado, su patología más frecuente, así como la demanda de servicios que se ejerce en su consultorio, para desarrollar una labor eficaz, la que a través del tiempo tenga un impacto positivo en la salud familiar del consultorio y del sistema de salud del país.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el modelo sistemático de la atención médica familiar en el consultorio 11, turno matutino, de la UMF 22, IMSS, para conocer las necesidades de atención médica en las familias.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 6.2.1 Identificar el perfil demográfico a través de la pirámide poblacional.
- 6.2.2 Identificar las 10 primeras causas de atención médica.
- 6.2.3 Identificar las características básicas de las familias a través de la aplicación de la célula básica de identificación familiar (CEBIF-4).
- 6.2.4 Determinar la fase del ciclo vital de cada familia.
- 6.2.5 Identificar el grado de satisfacción del paciente con su sistema familiar.
- 6.2.6 Identificar el riesgo de depresión en la población estudiada.
- 6.2.7 Establecer los elementos y estrategias de trabajo de un consultorio de medicina familiar.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo.
- Transversal.
- Observacional.
- Retrospectivo

7.2 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Para la aplicación de MOSAMEF se desarrollaron 3 líneas de trabajo de un total de 2608 derechohabientes del consultorio 11 turno matutino de la UMF22 IMSS, se realizó una pirámide poblacional por grupos etáreos, se tomó una muestra de 250 personas para conocer las características biopsicosociales de la población.

Además, se identificaron las 10 primeras causas de atención médica en el consultorio.

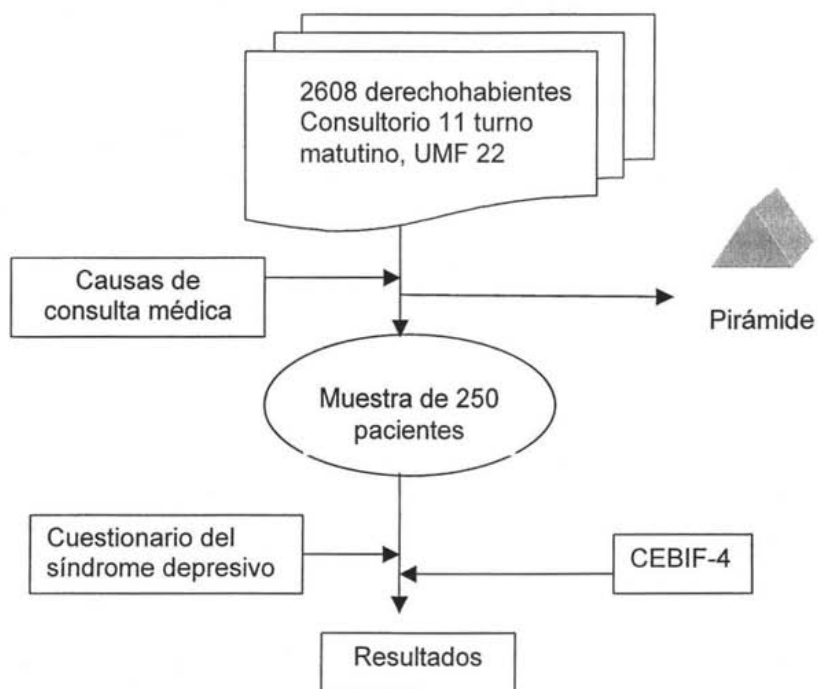


Figura 1. Diseño General Del Estudio.

7.2.1 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

El universo de estudio fue la población derechohabiente adscrita al consultorio 11, turno matutino de la UMF 22, que en total es de 2,608 personas. El período de estudio fue de mayo de 2003 a abril de 2004.

7.2.2 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

De la población adscrita al consultorio 11 turno matutino de la UMF 22 IMSS, se tomó una muestra no probabilística por conveniencia, hasta un total de 250 familias que asistieron al consultorio.

7.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

7.2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Derechohabiente del IMSS.
2. Población usuaria asignada al consultorio 11.
3. Derechohabientes mayores de 18 años.
4. Pacientes que acepten colaborar con el estudio.

7.2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. No derechohabiente del IMSS.
2. Derechohabiente que no se encontraba vigente para el servicio médico del consultorio 11.
3. Derechohabiente menor de 18 años.
4. Pacientes que no aceptaron contestar el cuestionario.
5. Sin expediente clínico.

7.2.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Encuestas incompletas.
2. Cambio de adscripción.
3. Expedientes clínicos incompletos.

7.2.4 VARIABLES (TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN)

7.2.4.1 PIRÁMIDE POBLACIONAL

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Total de individuos	Cuantitativa,	Intervalo	Número total de sujetos
Edad	Cuantitativa,	Intervalo	Años
Género	Cualitativa	Nominal	Masculino / Femenino
Total de sujetos por género	Cuantitativa	Intervalo	Total masculinos Total femeninos
Total de sujetos por género y edad	Cuantitativa	Intervalo	Total de sujetos por edad y género

7.2.4.2 PARA EL ESTUDIO PSICOSOCIAL DE LA FAMILIA

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Nombre de la familia	Cualitativa	Nominal	Nombre
Años de unión conyugal	Cuantitativa	Intervalo	Número de años
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria, secundaria, bachillerato, técnica, universidad, otra.
Edad paterna y materna	Cuantitativa	Intervalo	Años
Número de hijos	Cuantitativa	Intervalo	Total de hijos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ocupación
Ingreso económico	Cuantitativa	Intervalo	Salario mínimo
Estructura familiar	Cualitativa	Nominal	Nuclear, extensa, extensa compuesta.
Etapa del ciclo vital familiar	Cualitativa	Nominal	Expansión, dispersión, independencia, retiro.

7.2.4.3 Para el estudio de morbilidad, se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden:

- Las diez principales causas de consulta.

7.2.4.4 VARIABLE DEPENDIENTE (1) E INDEPENDIENTE (2)

1. El modelo Sistemático de Atención Médico Familiar como instrumento aplicable para conocer las características biopsicosociales de los derechohabientes.

2. La aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar nos permitirá aplicar estrategias para mejorar las condiciones de salud de los derechohabientes.

7.3 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar se desarrollaron 3 estrategias:

- ETAPA 1: Se realizó un censo para conocer la pirámide de población por medio de paloteo simple: Se tomó como fuente de datos el SIMO de la UMF 22, del consultorio 11, se clasificaron por edad, sexo y grupos étnicos.

- ETAPA 2: Se identificaron las 10 primeras causas de atención médica codificada según la clasificación de CIE X, se tomaron de las formas 4-30-6 del reporte diario de las consultas del 2003 al 2004 por medio del paloteo simple se efectuó la contabilidad.

- ETAPA 3: Se aplicó la cédula básica de identificación familiar (CEBIF-4, ver anexo 1), que consta de las siguientes variables:

- Identificación.
- Datos demográficos de la familia.

- Salud reproductiva familiar.
 - Detección del cáncer.
 - Factores de riesgo: patología familiar.
 - Redes sociales.
 - Apoyo de cuidadores.
 - Índice simplificado de pobreza familiar.
 - Factores económicos de la familia.
 - Apgar familiar.
-
- ETAPA 4. Se aplicó junto con el CEBIF-4 el cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo (ver anexo 2).

7.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO. NO ES NECESARIO

7.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo tiene conforme al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, investigación sin riesgo, debido a que los personas que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista y se revisaron expedientes clínicos (14).

7.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas (frecuencia, porcentaje, moda). Se analizó la distribución de las variables cuantitativas, tanto las que tuvieron distribución normal como las que mostraron distribución no normal se muestran con promedio, desviación estándar, moda, mediana, valor mínimo y valor máximo. Las asociaciones entre las variables (Pearson o Spearman) y las diferencias entre los grupos se analizaron (ANOVA o K-S) utilizando el paquete estadístico SPSS v 10. Se consideró una diferencia significativa cuando el valor de p fue menor de 0.05.

8. RESULTADOS

8.1 PIRÁMIDE POBLACIONAL

La pirámide de población del consultorio 11, de la UMF 22 IMSS, tiene una población total de 2608, de los cuales 1233 (47.3%) son hombres y 1375 (52.7%) son mujeres. Los niños entre 0 – 9 años fueron 210 hombres (8.1%) y 222 mujeres (8.5%). Los grupos de edad entre 20 y 34 años fueron los que predominaron, 11.9% para hombres y 15.4% mujeres, con un total de 27.3%. En etapa reproductiva 23.5% mujeres y 20% hombres. De los adultos en plenitud de 65 a más 13.2% para hombres y mujeres.

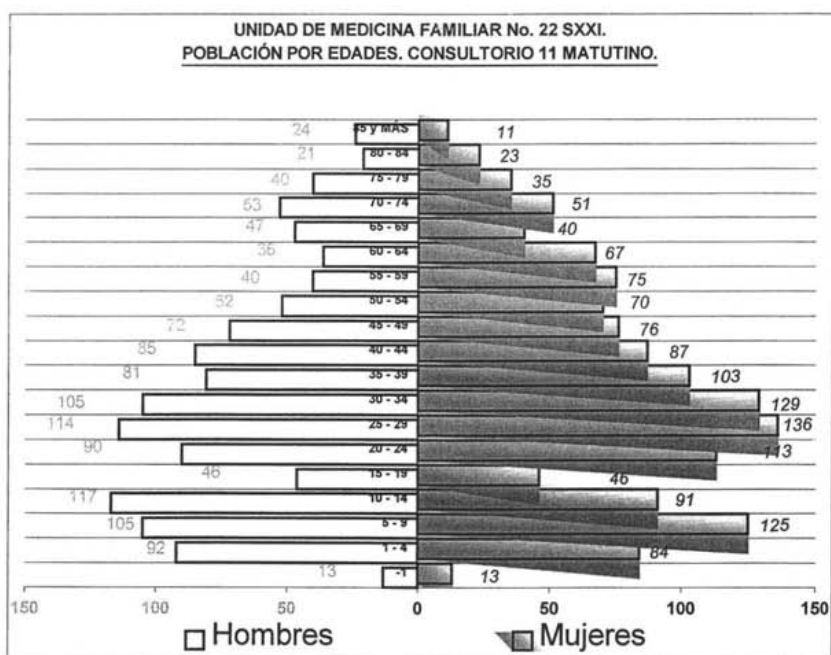


Figura 2.

Fuente: SIMO de la UMF 22

8.2 LOS DIEZ PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO 11, TM UMF 22 IMSS

El total de consultas de mayo de 2003 a abril de 2004 fue de 4509; de éstas, las 10 primeras causas fueron atendidas en 2410 consultas (53.44%), solicitadas por 828 hombres, 1582 mujeres ($p < 0.001$). Los 3 motivos de consulta más frecuentes en la población general fueron:

- 1) Infecciones respiratorias agudas, 826 consultas.
- 2) Hipertensión arterial, 478 consultas.
- 3) Diabetes mellitus, 355 consultas.

Debe resaltarse que, analizados por género, la diabetes ocupó el segundo lugar en los hombres.

Analizados por grupos etáreos, se observó que el grupo de 0-4 años fue el más afectado por las infecciones respiratorias agudas, siguiéndole el de 5-9 y el de 25-29. El grupo etáreo en el que predominó la hipertensión fue el 65-74 años, y en diabéticos entre los 45-49 y 70-74.

Por otro lado, el control de embarazo (cuarto motivo de consulta) predomina en el grupo etáreo de 20-29 años, mientras que el control de niño sano (quinto motivo de consulta) es atendido en el grupo etáreo de 0-4 años.

10 primeros motivos de consulta en el Consultorio 11 de UMF 22. De Mayo 03 a Abril 04

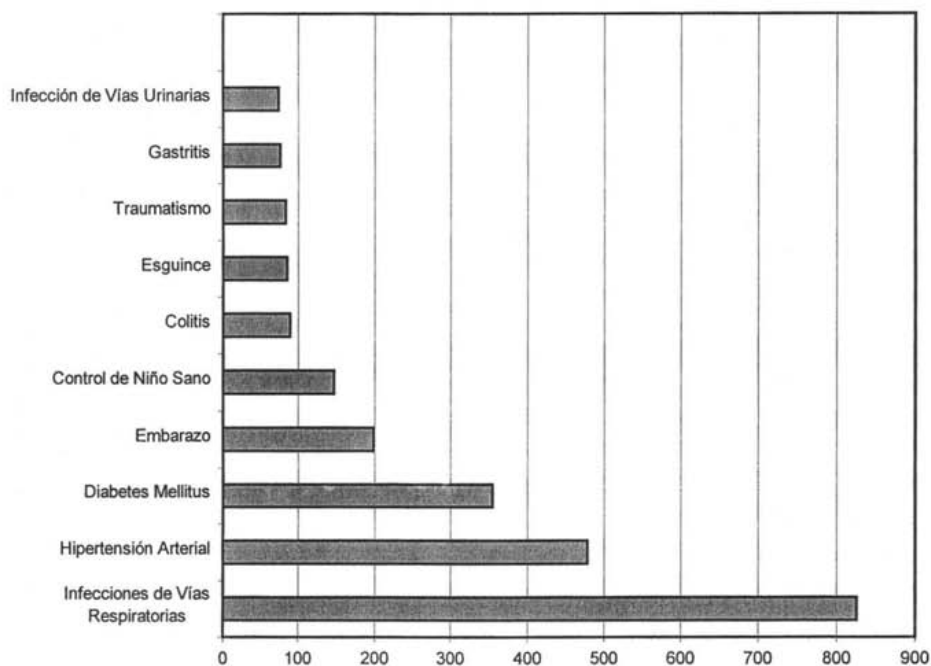


Figura 3.

Fuente: de la 4-30-6.

8.3 CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF-4)

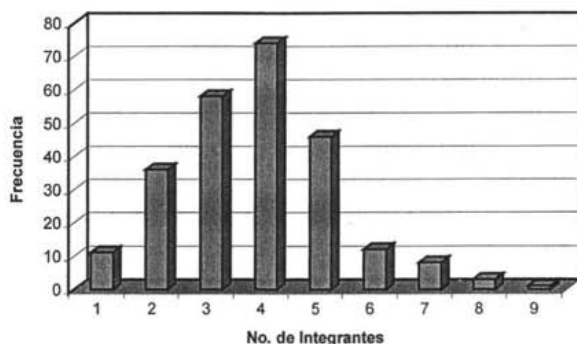
Se aplicaron 250 cédulas en el consultorio 11, turno matutino, de la UMF # 22 IMSS.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Integrantes de la familia: Las familias estudiadas estuvieron conformadas, en promedio por 3.82 individuos, con una desviación estándar de 1.53, una

mediana de 4 y una moda de 4 (29.6%), con un mínimo de 1 y un máximo de 11 (figura 4).

NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 4. Fuente: CEBIF 4

Clasificación de la familia: Predominó la familia nuclear (cuadro 1).

Cuadro 1. CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS

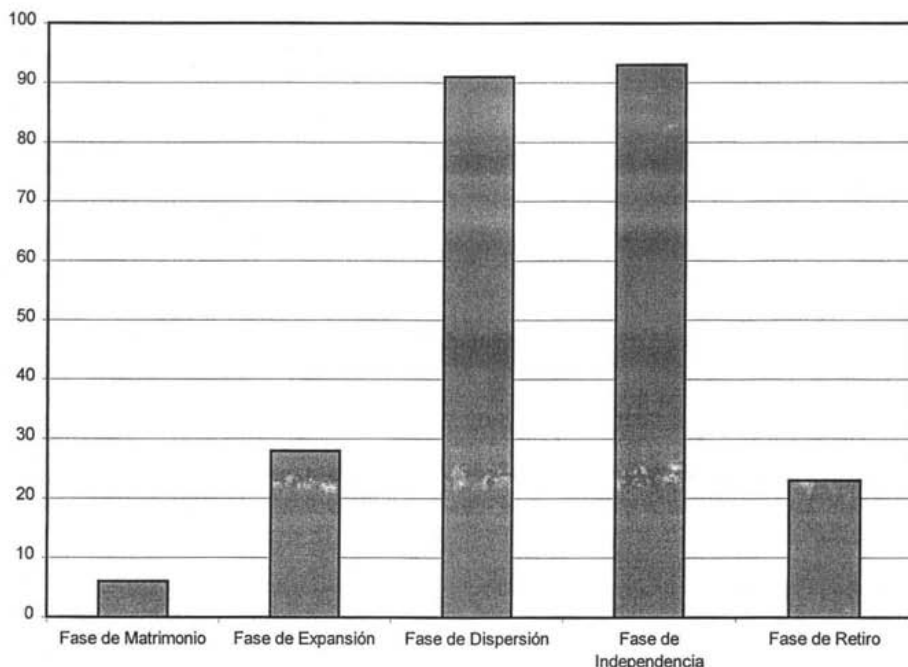
	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	196	78.4
Extensa	38	15.2
Extensa Compuesta	16	6.4
Total	250	100

n = 250

Fuente: CEBIF 4

Ciclo de vida familiar: Predominó la etapa de independencia (frecuencia de 93 familias, 37%), seguida de la etapa de dispersión (frecuencia de 91 familias, 36.4%) además se encontraron 9 personas que viven solas. (figura 5).

CICLO DE VIDA FAMILIAR, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 5. Fuente: CEBIF 4

Años de unión familiar: Se encontró con un promedio de 16.6 y una desviación estándar de 16, moda de menos de un año y una mediana de 12 años, con un mínimo de 0 años y un máximo de 55 años.

Parentesco: La persona quién proporcionó la información sobre su familia (paciente en estudio) fue generalmente la madre (62.4%) o el padre (17.2%), pero también los abuelos o los hijos mayores pudieron haberla proporcionado (cuadro 2).

Cuadro 2. PARENTESCO DEL PACIENTE EN ESTUDIO, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	156	62.4
Padre	43	17.2
Hijo(a)	15	6
Abuela paterna	7	2.8
Abuelo materno	1	0.4
Abuela materna	17	6.8
Esposa ^a	3	1.2
Hermano(a)	3	1.2
Esposo ^a	3	1.2
Nuera	1	0.4
Nieto	1	0.4
Total	250	100

^a Indica sin hijos.

n = 250

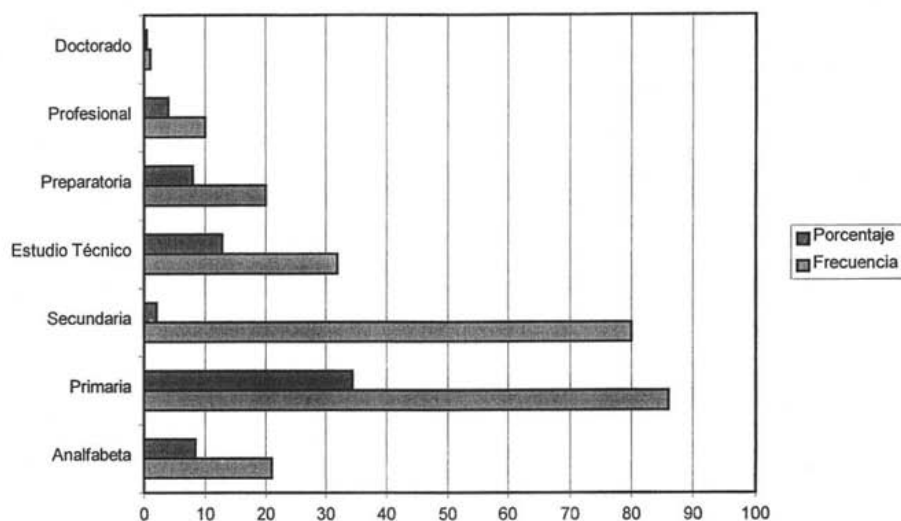
Fuente: CEBIF 4

Edad: La edad promedio del paciente en estudio fue de 45 años, desviación estándar de 16.55, con una mediana de 43, una moda de 24, un mínimo de 18 y un máximo de 95 años.

Sexo: El paciente en estudio fue principalmente femenino (frecuencia de 198, 79.2%), y del género masculino (frecuencia de 52, 20.8%).

Escolaridad: Predominó la escolaridad básica (primaria) en el paciente en estudio, con una frecuencia de 86 (34.4%), seguida de secundaria, y en un caso con estudios de doctorado (0.4%) (figura 6).

ESCOLARIDAD DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 6. Fuente: CEBIF 4

Ocupación: Predominó la ocupación de ama de casa, con una frecuencia de 111 (44.4%), seguida por la de empleado (35.6%) (cuadro 3).

Cuadro 3. OCUPACIÓN DEL PACIENTE EN ESTUDIO, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS

	Frecuencia	Porcentajes
Ama de Casa	111	44.4
Obrero	14	5.6
Empleado	89	35.6
Comerciante	12	4.8
Artesano	2	.8
Técnico	3	1.2
Profesionista	3	1.2
Pensionado o Jubilado	14	5.6
Estudiante	2	.8
Total	250	100

n = 250

Fuente: CEBIF 4

SALUD REPRODUCTIVA

Antecedentes gineco-obstétricos (cuadro 4): Se observó que el número de gestas predominante fue de 2 y 3 (frecuencia de 58, 23.2%, cada uno). Durante el periodo de la encuesta se encontró a 15 embarazadas, representando un 6% de la población encuestada.

Cuadro 4. ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICOS DE LAS MUJERES ENCUESTADAS DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS

Antecedentes	Promedio	Mediana	Moda	Desviación Std.	Min.	Max.
Gestas	3.73	3	2	2.94	0	15
Partos	2.74	2	0	2.88	0	13
Abortos	0.45	0	0	0.99	1	8
Cesáreas	0.49	0	0	0.86	0	3

n = 250

Fuente: CEBIF 4

Método de planificación familiar: Se observó que un 45% de la población no utilizó algún método de planificación familiar; no obstante, en el resto de la población el método de planificación familiar que predominó fue la OTB (cuadro 5).

Cuadro 5. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS

Método	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	113	45.2
OTB	89	35.6
DIU	16	6.4
Hormonal	4	1.6
Preservativo	18	7.2
Vasectomía	9	3.6
Natural	1	4

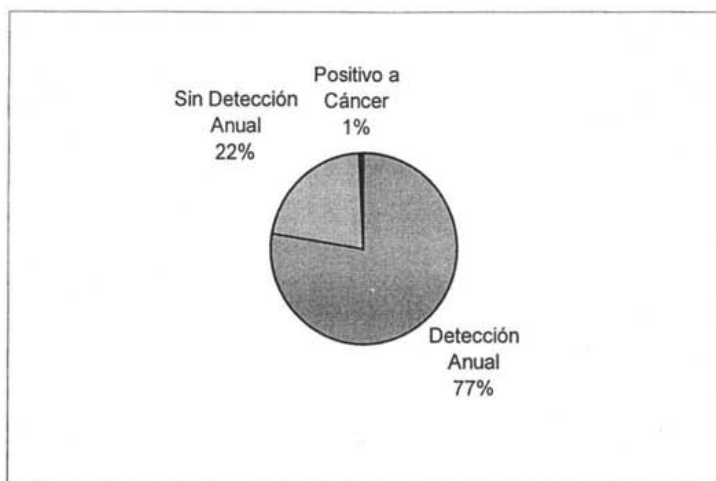
n = 250

Fuente: CEBIF 4

DETECCIÓN DE CÁNCER

DOC mama: Se encontró que 195 pacientes (78%) se hicieron la detección oportuna de cáncer de mama, mientras que 55 pacientes (22%) no se la hicieron. Dos pacientes (1%) resultaron positivas al DOC de mama (Figura 7).

DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS

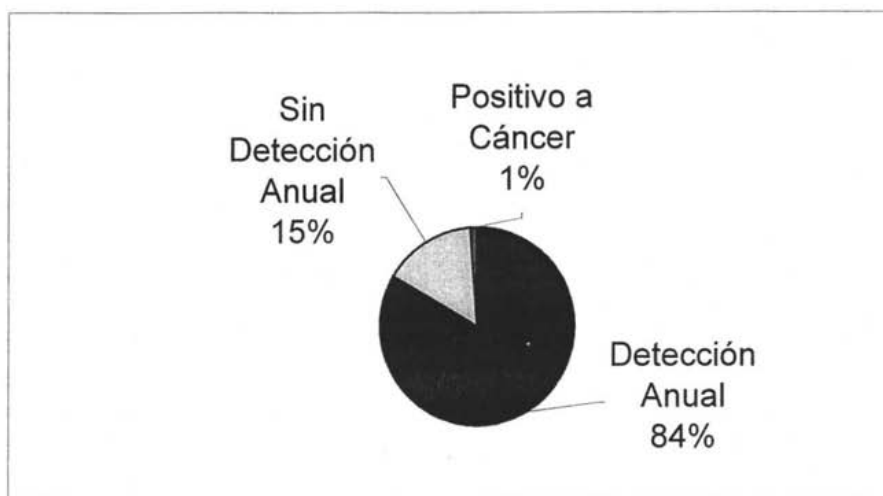


n = 250

Figura 7. Fuente: CEBIF 4

DOC CaCu: Se hicieron la detección 211 (84.4%) pacientes, mientras que 39 pacientes no se la hicieron (15.6%). Tres pacientes (1.2%) fueron positivas a CaCu (figura 8).

DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO, DEL CONSULTORIO 11
TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



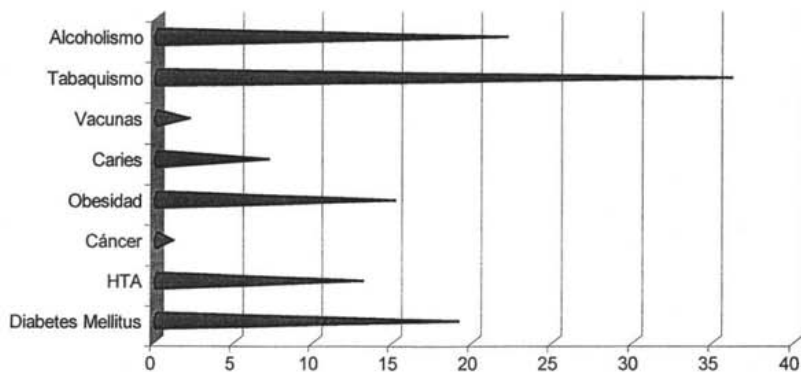
n = 250

Figura 8. Fuente: CEBIF 4

FACTORES DE RIESGO

A continuación se describen los resultados sobre factores de riesgo y patología familiar de acuerdo con el siguiente orden: padre, madre, hijos, abuelos (figuras 8-11).

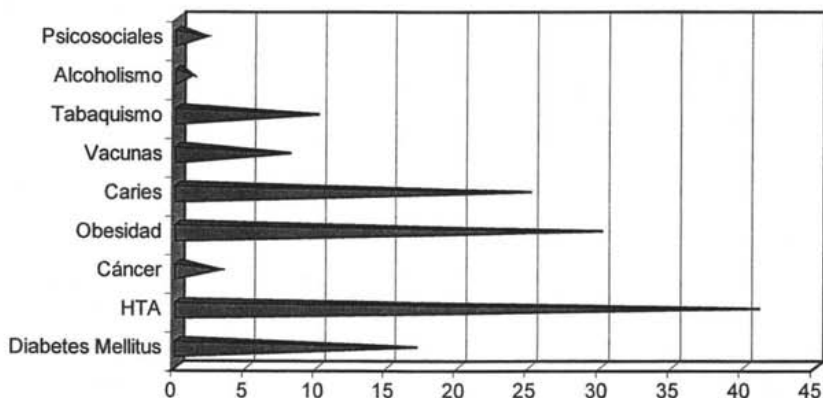
FACTORES DE RIESGO PATERNOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO
MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 9. Fuente: CEBIF 4

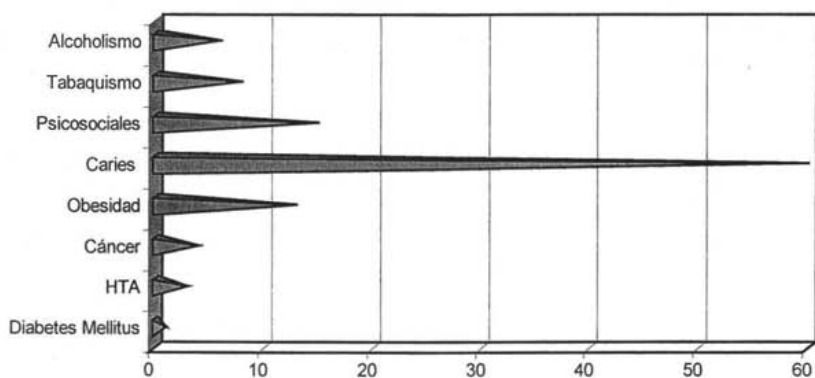
FACTORES DE RIESGO MATERNOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO
MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 10. Fuente: CEBIF 4

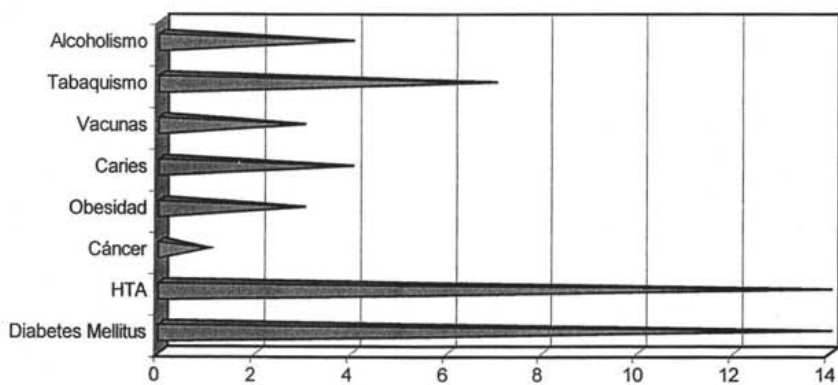
FACTORES DE RIESGO EN HIJOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO
UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 11. Fuente: CEBIF 4

FACTORES DE RIESGO EN ABUELOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO
MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 12. Fuente: CEBIF 4

REDES SOCIALES

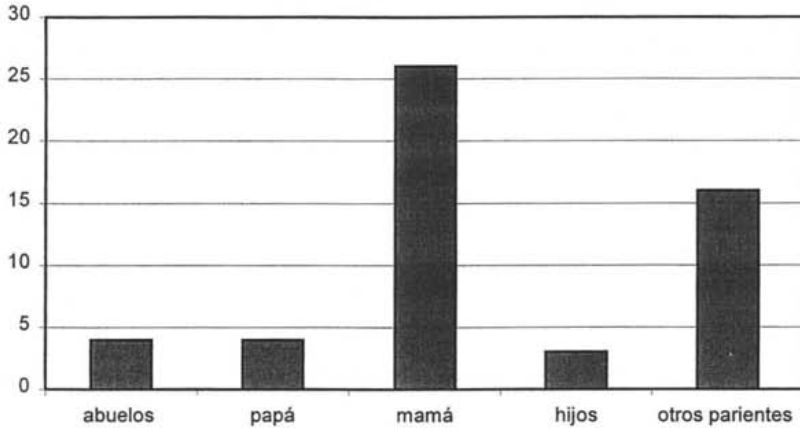
Se encontró que la principal red de apoyo fue los servicios públicos (frecuencia 216, 86.4%) seguida por la pareja (frecuencia de 178, 71.2%), los hijos mayores (frecuencia 99, 39.6%), amigos y vecinos (frecuencia 59, 23.6%), padres y abuelos (frecuencia 48, 19.2%).

La Institución a la que más acudieron los entrevistados fue el IMSS, con una frecuencia de 249 (99.6%), seguida de servicios privados, con una frecuencia de 91 (36.4%) y salubridad con una frecuencia de 38 (15.2%).

APOYO A CUIDADORES

Cincuenta y tres familias (21.2%) requirieron el apoyo de cuidadores. En estas familias, el 49.1% (frecuencia 26) fue la madre quien proporcionó el cuidado, seguido por otros parientes (14 casos, 26.4%) (Figura 13). En 24 familias (45.2%) se proporcionó cuidado a los abuelos, seguido de cuidado a otros parientes, padre, madre o hijos (Figura 14). El motivo de cuidado fue complicaciones de diabetes, con 21 casos (39.6%), seguido de senilidad y enfermedad mental (15.1% cada uno) (Figura 15).

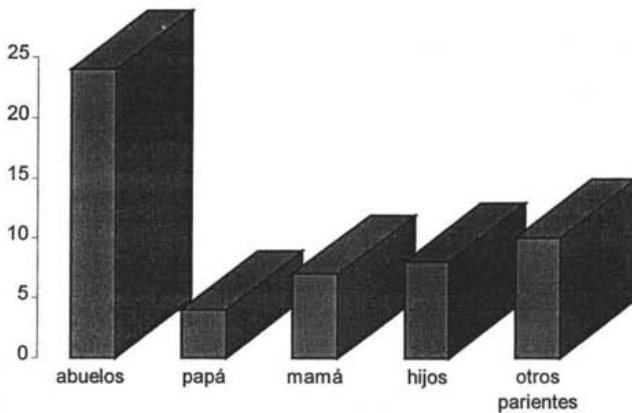
QUIEN PROPORCIONA EL CUIDADO, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 13. Fuente: CEBIF 4

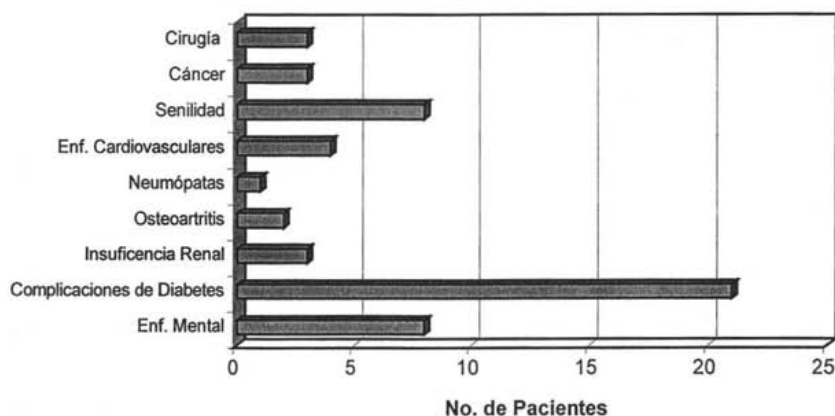
A QUIEN SE LE PROPORCIONA EL CUIDADO, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 14. Fuente: CEBIF 4

MOTIVO POR EL QUE SE NECESITAN LOS CUIDADOS, DEL CONSULTORIO
11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 15. Fuente: CEBIF 4

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA

Se observó que estas familias ganan de 3 a 4 salarios mínimos (52.4%), seguido de 1 a 2 salarios mínimos (41.6%). Predominaron las familias sin hijos dependientes (89 casos, 35.6%). La escolaridad materna mostró predominio por las post-primaria (124 casos, 49.6%). El hacinamiento mostró predominio de 1 a 2 personas por dormitorio (190 casos, 76%) (Cuadro 6). El índice simplificado de pobreza se encontró con un promedio de 3.69, una desviación estándar de 1.76, una mediana de 4 y una moda de 3, un mínimo de 0 y máximo de 10.

Cuadro 6. ÍNDICE SIMPLIFICADO DE MARGINACIÓN FAMILIAR, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS

	Frecuencia	Porcentaje
Ingreso Económico Familiar		
5 o más salarios mínimos	15	6
3-4 salarios mínimos	131	52.4
1-2 salarios mínimos	104	41.6
<1 salario mínimo	0	0
Número de Hijos Dependientes		
Ningún hijo	89	35.6
1 hijo	67	26.8
2 hijos	60	24
3 o más hijos	34	13.6
Hacinamiento		
Sin Instrucción	22	8.8
Primaria Incompleta	36	14.4
Primaria Completa	68	27.2
Post-Primaria	124	49.6
Hacinamiento		
1-2 personas	190	76
3 personas	39	15.6
4 personas	14	5.6
5 o más personas	7	2.8

n= 250

Fuente: CEBIF 4

FACTORES ECONÓMICOS

El número de personas que contribuyen al ingreso familiar fue de promedio 1.6, con una desviación estándar de 0.62, mediana 2, moda 1, mínimo 1 y máximo 4.

La casa en la que habitan las familias principalmente es propia (153 casos, 61.2%), seguida de prestada (61 casos, 24.4%) y rentada (35 casos, 14%). Con relación a los hijos en escuela pública se encontró un promedio de 0.8, y una

desviación estándar de 0.99, con un mínimo de 0 y máximo de 5. Los hijos en escuela privada fueron en promedio 0.09, con una desviación estándar de 0.34, mediana y moda de 0, un mínimo de 0 y un máximo de 5. Cuarenta y seis familias contaron con automóvil, de los cuales se encontró un promedio de 0.24, con desviación estándar de 0.55, mediana y moda de 0, mínimo de 0 y máximo 3. Los otros factores económicos son mostrados en el cuadro 7.

Cuadro 7. FACTORES ECONÓMICOS DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS

	Frecuencia	Porcentaje
No.de personas que contribuyen al ingreso familiar		
1	118	47.2
2	116	46.4
3	15	6
Casa		
Propia	153	61.2
Rentada	35	14
Prestada	61	24.4
Teléfono		
Si	213	85.2
No	37	14.8
Computadora		
Si	76	30.4
No	174	69.6
Escuela		
Pública	124	49.6
Privada	20	8
Automóvil		
Si	46	18.4
No	204	81.6

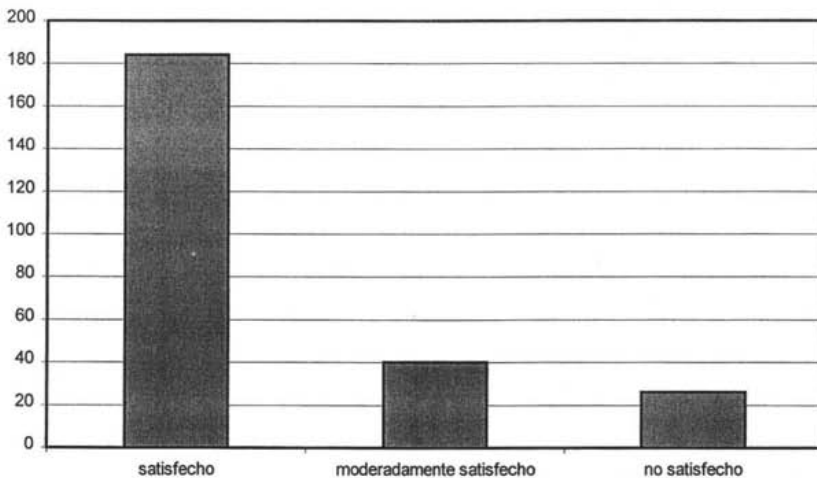
n = 250

Fuente: CEBIF 4

En desarrollo comunitario se encontró que el 1.6% (4 casos) no tenían servicios de agua potable, 2% (5 casos) no tenían drenaje, 0.4% (1 caso) no tenía energía eléctrica, el 2.4% (6 casos) no contaban con servicio telefónico, el 100% de las familias contaban con alumbrado público, 4.8% (12 casos) no tienen calles pavimentadas, el 6.4% (16 casos) no cuentan con banquetas, el 2.8% (7 casos) no cuentan con transporte público, el 29.2% (73 casos) no cuentan con vigilancia.

Apgar familiar: Se encontró con un promedio de 7.89 y una desviación estándar de 2.88, mediana y moda de 10, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 (figura 16).

APGAR FAMILIAR, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS.



n = 250

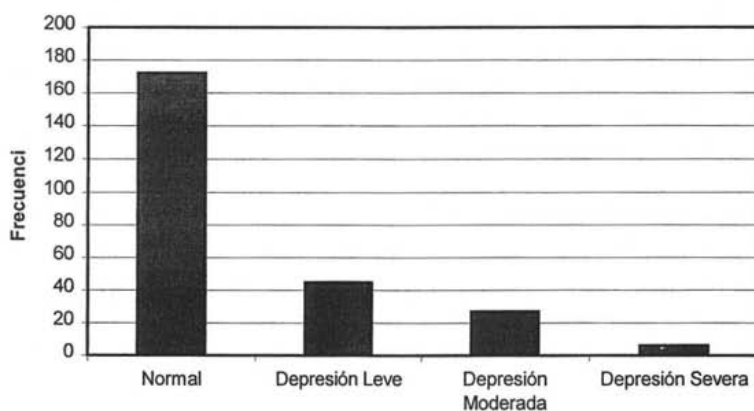
Figura 16. Fuente: CEBIF 4

8.4 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO

Se utilizó el cuestionario clínico para la detección del síndrome depresivo, elaborada por el Dr. Guillermo Calderón Narváez, fue aplicado a las mismas 250 familias encuestadas.

Se encontró depresión leve en un porcentaje de 18%, moderada 10.8% y severa 2.4%, y normal 68.8% (Figura 17).

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO, DEL CONSULTORIO 11 TURNO MATUTINO UMF 22 IMSS



n = 250

Figura 17. Fuente: CCDS

9. DISCUSIÓN

Como se observa en la pirámide poblacional, existe un predominio de las mujeres entre los 20 y 34 años, correspondiendo igualmente a los grupos etáreos con mayor población en la pirámide. Es importante hacer énfasis en los grupos que son más numerosos para realizar las estrategias adecuadas de acuerdo a su edad. Pero también, no hay que descuidar a los demás grupos etáreos.

De acuerdo con los programas integrados de salud, en el grupo de 0 – 9 años se debe hacer promoción a la salud, capacitando a la madre para trabajar con el desarrollo psicomotor, estimulación temprana y prevención de violencia y accidentes. En cuanto a la nutrición, dar capacitación a la madre para lactancia, alimentación complementaria, integración del niño a la dieta familiar, vigilancia del crecimiento, desarrollo y condición nutricia. Incorporar a la madre en grupos de ayuda en caso de desnutrición y obesidad. Hacer prevención y control de enfermedades, detección oportuna de ellas, vigilancia de vacunación y salud bucal.

En las edades de 10 – 19 años, hacer promoción de los programas integrados, promover la educación para la salud con actividades físicas, salud bucal, evitar adicciones y salud sexual con enfoque de género, incorporación a grupos de ayuda (en caso de violencia familiar y adicciones), educación para la alimentación, detección y control de sobrepeso y obesidad, detección, prevención y control de

enfermedades, hacer énfasis en salud reproductiva para planificación de embarazo, en caso de embarazo vigilancia prenatal y puerperal, otorgamiento de métodos anticonceptivos.

Otro gran grupo etáreo, entre 20 y 59 años, requiere incorporar tanto al hombre como a la mujer a los programas integrados de salud, promoción y educación para el cuidado de la salud con actividad física, sexualidad, salud bucal, prevención de adicciones, evitar accidentes y violencia. En cuanto a nutrición: educación para la alimentación, detección y control de sobrepeso y obesidad, incorporación a grupos de ayuda en casos necesarios, detección de anemia, prevención y control de enfermedades, detección oportuna de cáncer de mama y cérvico uterino, diabetes mellitus e hipertensión, hacer énfasis en la nutrición y detección oportuna de enfermedades, insistir en la salud reproductiva en cuanto a prevención del embarazo, embarazo y puerperio, atención del climaterio, enfermedades de la próstata.

En las edades entre 60 y más años se recomienda la promoción a la salud con actividades físicas, salud bucal, incorporación a grupos de ayuda, educación para la alimentación, evitar enfermedades mediante la vacunación oportuna, detección de enfermedades crónico – degenerativas, así como detección oportuna de cáncer (15).

Para el médico de primer nivel de atención, es importante estar informado sobre la morbilidad de su población para hacer los programas adecuados y realizar

promoción a la salud, detección oportuna y tratamiento temprano de las enfermedades, así como la anticipación del riesgo.

Dentro de los 3 primeros motivos de consulta se encuentra, en primer lugar, las enfermedades de las vías respiratorias altas, en segundo y tercer lugar hipertensión y diabetes. Estos resultados concuerdan con lo observado en otros estudios (13, 16). A nivel nacional, coincide como primer motivo de consulta las vías respiratorias altas tanto en el IMSS, SSA, ISSSTE y en otras instituciones. Además, a nivel nacional el grupo etáreo de 0 – 4 años fue el más afectado por las enfermedades de las vías respiratorias altas, el mismo grupo de edad fue observado en este estudio. El grupo etáreo de 65 y más años fue el de los hipertensos y en diabéticos el grupo etáreo fue el de 50 – 59 (17), lo anterior está de acuerdo con lo observado en el presente trabajo.

Tanto la hipertensión como la diabetes, que ocuparon el segundo y tercer lugar de motivos de consulta, están afectando fundamentalmente a los grupos etáreos entre los 50 y 74 años de edad, lo que representa aproximadamente el 25% del total de la población. Este grupo es el que acude con más frecuencia a la consulta externa de medicina familiar, dando un total de 84.93% de las consultas para hipertensos y de 73.23% para los diabéticos. Analizando la población global derechohabiente del IMSS, otros investigadores han reportado datos similares para este grupo de edad (18).

Por lo anterior, se debe hacer énfasis en la prevención primaria con una estrategia dirigida a la población general y a individuos con alto riesgo de desarrollar la enfermedad, poniendo especial atención en el control de peso, práctica de actividades físicas y alimentación adecuada; además, hacer promoción a la salud, mejorar la comunicación y participación social, así como trabajar en la educación para la salud dirigida principalmente a los niños, jóvenes y a los individuos de alto riesgo para desarrollar ambas enfermedades (19, 20).

El que dentro del cuarto y quinto lugar aparezca el control del embarazo y el control de niño sano, nos hace pensar que estamos trabajando bien, ya que de acuerdo a la política del sector salud, con la integración de los programas prioritarios se debe favorecer una maternidad sin riesgo, con énfasis en los grupos más vulnerables de la población en embarazos de alto riesgo y prevención de enfermedades de transmisión sexual; además, la atención prenatal deberá otorgarse mediante un mínimo de 5 consultas durante el embarazo, que incluirá orientación adecuada a las mujeres sobre los cuidados y signos de riesgo. Todo lo anterior con el fin de disminuir la morbilidad materno – fetal (21).

El control del niño menor de 4 años, como lo señala el programa integrado de salud, está para vigilar el crecimiento y desarrollo, estado nutricional y control de vacunas (15). El hecho de que ocupe el quinto lugar de motivo de consulta es un indicador de que el programa está funcionando.

La aplicación de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF - 4) fue satisfactoria, cubriéndose al 100%. Las familias estuvieron conformadas en promedio por 4 personas, cuyas edades promedio son: padre 46 años, madre 44 años. Predominó la familia nuclear (8). Se encontraron matrimonios con un promedio de 16 años de unión familiar, predominaron las fases de independencia seguida por la de dispersión, lo que nos indica que están en fase de formar nuevas familias (8). El grado escolar de la población es de nivel de primaria, seguido de la secundaria. La ocupación que sobresalió fue el de ama de casa, pero también encontramos 79 mujeres (31.6%) que trabajan, la mujer se incorpora cada vez más a la vida cultural y económica como se ha observado en años recientes (22). La participación femenina en la economía familiar ha venido elevándose durante las últimas décadas y se estima que actualmente más de una tercera parte de mujeres realizan trabajos formales, el trabajo regular de la mujer está asociado con una disminución de la fecundidad y tiene un efecto directo en la organización de la unidad doméstica (23).

En este estudio el número de embarazos fue de 2 a 3 por familia, lo que coincide con otros trabajos que sugieren que es alto para la población que se estudia, por su situación económica (13). El método de planificación familiar más usado fue el OTB (35.6%), le siguió el preservativo (7.2%), y en tercer lugar el DIU (6.4%). Llama la atención que 113 personas no tienen método de planificación familiar, pero quizá se deba a que varios encuestados tenían más de 60 años. Por lo anterior, se reforzarán los programas de salud reproductiva, sobre todo en los grupos de riesgo de embarazo, ya que de acuerdo a la norma oficial de

planificación familiar en edad fértil deberá aumentar a 70% el uso de métodos anticonceptivos y disminuir la tasa global de fecundidad a 2.4 hijos (24).

En cuanto a detección de cáncer de mama se halló sin detección el 22%, con 2 pacientes positivos y en el cáncer cérvico uterino se encontró sin detección el 15% y un caso positivo. Por lo que las acciones preventivas estarán orientadas a tener el 100% de detecciones en ambos casos y a tener un control de autocuidado en el grupo de riesgo, que estará encaminado hacia la realización del papanicolau cada año y la autoexploración de mamas cada mes (25, 26).

En lo referente a factores de riesgo detectados, en el padre predominó el tabaquismo, seguido del alcoholismo y diabetes mellitus. Los factores de riesgo de la madre fueron: hipertensión, obesidad y caries. En los abuelos, la hipertensión y la diabetes, y en los niños el factor de riesgo más común fue la caries. Todos los riesgos encontrados son problemas de salud pública, por lo tanto, en los programas de promoción y educación a la salud se hará énfasis sobre todo en los adolescentes, ya que éste es el grupo donde se inicia el hábito del tabaco. Asimismo, se trabajará en conjunto con trabajo social y grupos de autoayuda (27, 28).

El alcoholismo también afecta la economía familiar y social y está implicado en más de la mitad de accidentes de tráfico, así como el estrés no normativo que afecta a la familia.

En cuanto a la obesidad, por sí misma es una enfermedad crónica que está asociada con un aumento de la morbilidad y mortalidad, o prevalencia de múltiples enfermedades. Los programas de educación a la salud estarán enfocados a todos los grupos etáreos ya que la prevalencia (3%) se inicia desde la infancia (29).

La caries es un factor de riesgo que en muchas ocasiones no se detecta a tiempo y que afecta desde la niñez hasta la edad adulta, ya que en México se ha encontrado que el 95% de la población tiene caries (30, 31), por lo que se realizarán programas de promoción y educación de salud bucal en los diferentes grupos etáreos, con énfasis en grupos preescolares y escolares y en la etapa de lactancia, haciendo hincapié en la prevención y disminución de enfermedades bucales. Dentro de las acciones programables, serán la aplicación de flúor, cepillado adecuado de dientes y tratamiento oportuno (32).

En las redes sociales, los servicios públicos fueron el primer lugar, seguidos de la pareja e hijos mayores con la participación de amigos y vecinos, lo cual resulta interesante ya que las redes sociales formales están en primer lugar, seguidas por las redes sociales informales y, como se ha señalado, puede existir una transición de las redes informales hacia las formales o viceversa (33).

Los pacientes encuestados contestaron que la institución a la que asisten más es el IMSS, seguido del privado. Lo anterior puede indicar que los derechohabientes se sienten satisfechos con los servicios que se les ofrece en el IMSS.

Con relación al apoyo de cuidadores, la madre es el principal pilar para cuidar a los enfermos de su familia, que en este caso fueron los abuelos, principalmente por complicaciones de diabetes mellitus, seguida de enfermedad mental o senilidad. Es importante para el médico familiar tener contacto con el cuidador primario, ya que él asume la total o mayor responsabilidad de los cuidados del enfermo y éste es una persona en riesgo, si no está bien orientado o apoyado, de padecer el síndrome del cuidador o bien llegar a la crisis del cuidador. Se debe promover la valoración y seguimiento de los cuidadores, con apoyo educativo, técnico y emocional, programas de formación de cuidadores con apoyo de redes formales e informales (34, 35).

El índice simplificado de pobreza se encontró con un promedio de 3.69, predominaron los ingresos entre 3 y 4 salarios mínimos por familia, con no dependencia económica de los hijos, lo que refiere la temprana incorporación de ellos al trabajo, debido al papel de proveedores que han tenido que asumir los menores de edad, sobre todo en épocas de crisis económicas; lo mismo sucede con las mujeres, que contribuyen al ingreso económico del hogar (36-38). En la escolaridad materna predominó la post-primaria (49.6%), esto es importante ya que se ha observado que las mujeres con alta escolaridad tienen su primer hijo después de los 20 años, contrastando con las mujeres que carecen de instrucción y tienen hijos antes de los 20 años de edad. El indicador más contundente de la asociación entre escolaridad y salud es la mortalidad infantil, ya que es más alta en madres sin escolaridad (36-38). Se encontró de 1 a 2 personas por dormitorio, con lo cual se descartó que hubiera hacinamiento en estas familias.

En los factores económicos, el ingreso familiar está entre 1 y 2 personas, esto nos habla de que la economía familiar actualmente es difícil y necesita de 2 ingresos para sobrevivir; además, la mayoría de las familias tienen casa propia, seguida de prestada, la mayoría tiene teléfono, muchos no tienen computadora y sus hijos acuden a escuelas públicas y el 81% de los encuestados no tiene automóvil. El que tengan vivienda propia concuerda con el tipo de población asegurada que maneja el IMSS, ya que cuenta con programas de vivienda en las que los trabajadores reciben créditos para la adquisición de vivienda, además de que algunos derechohabientes han recibido como herencia el terreno en el que construyeron su hogar.

En términos generales, las familias tienen todos los servicios de desarrollo comunitario, pero se quejan del mal servicio de vigilancia, por lo que es necesario orientar a la población en acudir a sus delegaciones para solicitarla y fortalecerla en sus colonias.

Los resultados del APGAR Familiar muestran que 184 personas están satisfechas con la función de su sistema familiar, 40 personas lo están moderadamente y 26 personas no están satisfechas con su sistema familiar. Este instrumento de medición, como se sabe, no es una medida objetiva de la función familiar, pero sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar (39, 40). Debido a que más del 20% de los pacientes reflejaron no estar a gusto con su sistema familiar, es necesario utilizar otros instrumentos para

corroborar estos datos y determinar de manera más específica los motivos de su insatisfacción, así como sus repercusiones en la salud familiar. De manera general, debe resaltarse que el APGAR total mostró una correlación inversa con la escolaridad materna y con el índice simplificado de pobreza ($r = -0.139$, $p = 0.028$ para ambas variables por la prueba de Spearman). Lo anterior significa que a mayor calificación de índice simplificado de pobreza o de escolaridad materna, menor calificación de APGAR. Por otra parte, cuando se analiza la calificación del APGAR total con las calificaciones de sus cinco componentes, todos mostraron una correlación positiva y altamente significativa; no obstante, el componente que mostró menor correlación fue el que se refiere a si se siente querido por su familia ($r = 0.762$, $p < 0.001$).

Referente al síndrome depresivo, los resultados mostraron que el 68.8% de los encuestados están normales, con depresión leve el 18%, moderada en 10.8% y severa el 2.4%, con predominio en el sexo femenino. El síndrome depresivo no se correlacionó con las siguientes variables: edad del paciente, ciclo de vida familiar, años de casados, tipo de familia, número de integrantes de la familia, escolaridad materna, número de hijos dependientes, hacinamiento, índice simplificado de pobreza, número de personas que contribuyen al ingreso familiar. Sin embargo, la depresión sí se correlacionó inversamente con el APGAR total ($r = -0.399$, $p < 0.001$). Llama la atención que de los cinco componentes del APGAR, el que mostró una mayor correlación fue el referente al de la comunicación ($r = -0.412$, $p < 0.001$). Aunque otros estudios han asociado la depresión con la edad, el género y la pobreza, en el presente estudio no se observó correlación significativa con

estas variables. No obstante, la observación de que el APGAR esté asociado con la escala de depresión de una manera altamente significativa nos sugiere que ante cualquier calificación baja de APGAR deberá investigarse el síndrome depresivo. Es relevante que el médico familiar tenga presente este síndrome, ya que por sí mismo puede dar discapacidad social y funcional. Tan importante es la detección temprana de la depresión, como la detección oportuna de diabetes y otras enfermedades crónico-degenerativas. Teniéndolo siempre como un factor de riesgo, por su importancia psicosocial y consecuencias físicas y económicas así como dar oportunamente el tratamiento adecuado (41 - 43).

10. CONCLUSIONES

Teniendo información objetiva de la población adscrita, a través de la pirámide poblacional, la morbilidad del consultorio y la aplicación del CEBIF-4, los tres pilares del MOSAMEF, el médico familiar está capacitado para planear y realizar estrategias de salud, organizar su consulta dando un enfoque preventivo a sus acciones, cuyos objetivos son promover y conservar la salud, tener presente el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, así como tomar acciones y educación permanente para evitar accidentes que lleven a la incapacidad e invalidez.

El médico familiar debe tener también una actitud de médico de familia, que atienda al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad, ya que él es el responsable de proporcionar atención integral y continuidad de ésta. El conocimiento de las redes sociales de apoyo, preferentes en los sistemas familiares y comunitarios, permitirá lograr cabalmente y en forma expedita los programas de salud que sean necesarios.

Con base en lo precedente, aunque el grupo etéreo que predominó fue el de 20 a 34 años de edad, en realidad la pirámide mostró una distribución habitual, con la base de la pirámide en las edades menores y predominio del género femenino. En consecuencia, se deberán realizar los programas integrados para todos los grupos etéreos así como los programas de planificación familiar y detección oportuna de cáncer.

Debido a que los tres primeros motivos de consulta fueron: enfermedades de vías respiratorias altas, hipertensión arterial y diabetes mellitus, el programa de trabajo tendrá presente incluir actividades durante todo el año con relación a la prevención, tratamiento y rehabilitación de estos padecimientos.

El perfil biopsicosocial familiar, explorado mediante el CEBIF-4, nos mostró que el tipo de familia que predominó fue el nuclear, con un promedio de 16 años de unión y con 2 a 3 hijos por familia, en fase de independencia. Los factores de riesgo detectados en esta población fueron tabaquismo, alcoholismo, obesidad, hipertensión, diabetes y caries. El grado de escolaridad concluida de ambos padres fue la primaria, con un nivel socioeconómico bajo. La percepción de satisfacción familiar predominó en la población estudiada (74%). No obstante, es importante estudiar los motivos de la insatisfacción familiar en la población restante. El plan de trabajo del médico familiar deberá considerar el nivel socioeconómico y cultural de las familias para tener éxito en los programas de educación para la salud. Además, debido a que la pareja del paciente es la principal red de apoyo referida, se tendrá que reforzar el enfoque familiar en la promoción para la salud.

El muestreo del riesgo de depresión en la población estudiada indicó que el 30% de ella requiere atención psicoterapéutica, por lo que el médico familiar deberá hacer detección oportuna de ella para evitar complicaciones.

Para finalizar, y dado que la población es dinámica, se deberá actualizar anualmente la información de las tres fases del modelo sistemático de la atención médica familiar.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cano-Valle F. México a 10 años de Alma Ata. Rev Fac Med UNAM. 1998; 31: 121-125.
2. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. Arch Med Fam. 1999; 1: 27-34.
3. Lozwe R. Atención Primaria a la Salud: Revisión Conceptual. Salud Pública de México. 1998; 30: 666-674.
4. Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF. Influencias Socioculturales en los Cuidados de Salud. Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud. En: ATENCIÓN PRIMARIA. CONCEPTO, ORGANIZACIÓN Y PRÁCTICA CLÍNICA. Tercera Edición MOSBY/DOYMA Libros; Madrid, España. 1995. Cap. 1, pp. 3-12.
5. Martín-Zurro A, Huguet M, García CF. La Organización de las Actividades en Atención Primaria. En: PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Cap. 3, pp. 34-47; 1994.
6. Goldberg-Bruce W. Asistencia Sanitaria Basada en la Población. En: Taylor Robert B. MEDICINA DE FAMILIA PRINCIPIOS Y PRÁCTICA. Quinta edición; Barcelona, España: 1999. Cap. 6, pp. 35-39.
7. Gallo VFJ, Altisent TR, Diez EJ, Fernández SC, Foz IGG, Granados MI y cols. Perfil Profesional del Médico de Familia. Atención Primaria. 1999. 23: 236-248.
8. Irigoyen-Coria A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana. México, 2002. pp. 114-115.
9. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol53-4/ibmf53-2.htm>

10. Medina-Carrillo L, Lomeli-Guerrero LE, Irigoyen-Coria A. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit. Arch Med Fam. 2000; 2: 41-46.
11. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CJ. Modelo Sistemático de la Atención Médica Familiar. En: Irigoyen-Coria A. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR. Séptima edición, ed Medicina Familiar Mexicana. México, 2000. Cap. 11, pp. 153-174.
12. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. El modelo sistemático de atención médica familiar: ¿piedra de Rosetta para la medicina familiar? Arch Med Fam. 2000; 2: 5-6.
13. García-Hernández OF. Importancia del Diagnóstico de Salud de un Consultorio de Medicina Familiar, ISSSTE, Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar. México, D.F., 2003.
14. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Enmendada en la 41°. Asamblea médica mundial. Hong Kong 1989.
15. Programas Integrados de Salud: Niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores. IMSS, guía práctica 2002.
16. Santiago-Iglesias H, Lomeli-Guerrero LE. Diagnóstico de salud y estructura familiar a través del modelo sistemático de atención médica familiar. Arch Med Fam. 2000; 2: 11-16.
17. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2003.

18. Aguirre-Gas H, Báez-Gallegos B, Soto-Arreola M, Valdivieso-Calderón R, Galindo-Aparicio R, Wachter-Rodarte NH. Demanda de atención médica en el IMSS por derechohabientes de 65 años y mayores. Análisis epidemiológico. Rev Med IMSS. 2000; 38:39-52.
19. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Rev Med IMSS. 2001;39:67-87.
20. Proyecto de modificación a la Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Rev Med IMSS. 2000; 38: 477-495.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-0007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
22. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A., Terán-Trillo M, Fernández-Ortega MA. Perfil de la estructura familiar en una zona urbana de Tlalpan, México. Arch Med Fam. 1999; 1: 67-72.
23. Domínguez del Olmo J. Salud reproductiva. En: PAC MEDICINA FAMILIAR-1. Editores Intersistemas, México, 1999.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA-1994. Prevención, tratamiento y control de cáncer cervico-uterino y mama.
26. Norma Oficial Mexicana NOM-0-SSA2-1996. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervico-uterino.

27. Fernández-Gárate IH, Escobedo-de la Peña J, Hernández-Tamayo D, Tudón-Garcés H, Ramírez-Galindo JD, Benítez-Martínez MG, Zárate-Aguilar A, Madrazo-Navarro M. Consumo de tabaco en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* 1997;39: 121-132.
28. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Espinosa-Martínez M, Sandoval RA. Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud Pública de México* 2002; 44: S116-S123.
29. Moguel-Rodríguez W. Obesidad, enfermedad del siglo XXI. *Para la Salud* 2003; 7(70): 9-14.
30. Irigoyen-Camacho ME. Caries dental en escolares del Distrito Federal. *Salud Pública de México* 1997; 39:133-136.
31. Barbosa-Aguilar A, Martínez-Torres J. Frecuencia de caries y estado nutricional en preescolares. *Rev Med IMSS* 2001; 39: 429-433.
32. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
33. Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Fernández-Ortega MA, Gómez-Clavelina FJ. Redes sociales en la atención médica familiar. *Arch Med Fam.* 1999; 1: 35-44.
34. González-Ortiz MA, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER, Sánchez-Escobar LE. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Arch Med Fam.* 2003; 5: 47-52.
35. Mateo-Rodríguez I, Millán-Carrasco A, García-Calvente MM, Gutiérrez-Cuadra P, Gonzalo-Jiménez E, López-Fernández LA. Cuidadores familiares

- de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria* 2000; 26: 139-144.
36. Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Terán-Trillo M, Fernández-Ortega MA. Fundamentos teóricos del índice simplificado de marginación familiar. *Arch Med Fam.* 1999; 1: 89-95.
 37. Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Madrigal-de León HG, Palomino-Garibay L. Confiabilidad del índice simplificado de marginación familiar. *Arch Med Fam.* 1999; 1: 99-104.
 38. Ponce-Rosas ER, Irigoyen-Coria A, Terán-Trillo M, Gómez-Clavelina FJ, Landgrave-Ibáñez S, Mosqueda-Pérez G. Validez de constructo del índice simplificado de pobreza familiar (ISPF). *Arch Med Fam.* 2002; 4: 6-12.
 39. Rodríguez-Fernández E, Gea-Serrano A, Gómez-Morada A, García-González JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Atención Primaria* 1996; 17: 338-341.
 40. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, Hartsell M, Orzano AJ. Does the family APGAR effectively measure family functioning? *J Family Practice* 2001; 50: 19-25.
 41. Cuevas-Guajardo L, Casco-Munive R, González-Ortiz RM, Hernández-Mendoza E. *Para la Salud* 2003; 8(71): 39-44.
 42. Santillana-Hernández SP, Alvarado-Moctezuma LE. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. *Rev Med IMSS.* 1999; 37:111-115.
 43. Juárez-Rojop IE, Blé-Castillo JL, Villar-Soto M, Ramón-Frias T, Juárez-Oropeza MA, Díaz-Zagoya JC. Serum cholesterol and serotonergic function in

young people who have attempted suicide. Reseach Trends: Current topics in steroid research. 2004, in press.

12. ANEXOS

- Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF-4)
- Cuestionario clínico del síndrome depresivo.

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

IDENTIFICACIÓN		Fecha: _____		Folio: _____		
Familia: _____		No. Exp: _____		Consul/Turno: ____ / ____		
Domicilio: _____		Teléfono: _____				
DATOS DEMOGRÁFICOS						
	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
<i>Escriba en el margen izquierdo un asterisco (*) junto al nombre de la persona que responde el cuestionario</i>						
SALUD REPRODUCTIVA				FACTORES DE RIESGO DETECTADOS		
				Factor	Nombre	Inclusión a programa
		A.G.O.		PF	Método	
	G	P	A	C	Embarazo	
					SI NO	SI NO
Madre					SI NO	SI NO
Padre					SI NO	SI NO
DETECCIÓN DE CÁNCER						
		cada año		positivo a cáncer		
	SI	NO	SI	NO		
DOC CaCu						
DOC mama	SI	NO	SI	NO		
				DM		
				HTA		
				Cáncer		
				Obesidad		
				Caries Dental		
				Vacunas		
				Psicosociales		
				Otros		
REDES SOCIALES 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)						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Padres y abuelos () ▪ Pareja () ▪ Amigos, vecinos () ▪ Hijos mayores () ▪ Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc) () 				<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ()	DIF ()	SSA ()	PEMEX ()	SEDENA ()	Secretaría de Marina ()	
PRIVADO ()	Otros ()	Especifique: _____				
APOYO DE CUIDADORES						
¿Algún miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No SI						
¿Quién proporciona los cuidados? _____						
¿A quién le proporciona los cuidados? _____						
¿Cuál es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____						

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR		
Indicadores	Categorías	Punt.
Ingreso económico familiar	1 salarios mínimos	3
	1-2 salarios mínimos	2
	3-4 salarios mínimos	1
	5 o más salarios mínimos	0
Número de hijos dependientes	3 o más hijos	3
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	ningún hijo	0
Escolaridad materna	Sin instrucción	3
	Primaria Incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
Hacinamiento (No. de personas por dormitorio)	5 o más personas	3
	4 personas	2
	3 personas	1
	1 a 2 personas	0
Total		

FACTORES ECONÓMICOS					
Vivienda		SI	NO		
Número de personas que contribuyen al ingreso familiar	Teléfono	()	()		
	Computadora				
Casa:	Núm. de hijos en escuela pública	()	()		
	Núm. de hijos en escuela privada	()	()		
Propia ()	Núm. de hijos con becas	()	()		
	Financiamiento ()				
Rentada ()					
Prestada ()					
Agua entubada					
Intradomiciliaria ()					
Automóviles: 0, 1, 2, 3, o más					
Desarrollo Comunitario					
	SI	NO			
SI			SI		
NO			NO		
Serv. de agua potable	()	()	Alumbrado público	()	()
Drenaje subterráneo	()	()	Pavimentación	()	()
Energía eléctrica	()	()	Banquetas	()	()
Servicio telefónico	()	()	Serv. de trans. púb.	()	()
			Vigilancia	()	()

APGAR FAMILIAR			
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

Cuestionario Clínico Para El
Diagnóstico del Síndrome Depresivo
Dr. Guillermo Calderón Narváez

Nombre:
Estado Civil:
Institución:

Edad:
Ocupación:
Fecha:

Sexo: M F

	NO	SI		
		poco	regular	mucho
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10. ¿Siente presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12. ¿Se siente cansado o decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a ir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Siente deseos de morir?				
20. ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

CALIFICACIÓN	
Preguntas contestadas en la primera columna (NO) X1=	
Preguntas contestadas en la 2a. columna (POCO) X2=	
Preguntas contestadas en la 3a. columna (REGULAR) X3=	
Preguntas contestadas en la 4a. Columna (MUCHO) X4=	
TOTAL	

20 a 35: NORMAL
46 a 65: DEPRESIÓN MEDIA

PUNTAJE EQUIVALENTE A:
36 a 45: REACCIÓN DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN INCIPIENTE
66 a 80: DEPRESIÓN SEVERA

Elaboró el Estudio: _____