



**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 ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 47 LEÓN, GUANAJUATO**

**TITULO: MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
CON ENFOQUE EN LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD**

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

PRESENTA:

MONICA VILLARREAL CASTELAZO

León, Guanajuato

2007



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.

**TITULO: MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MÉDICA FAMILIAR
CON ENFOQUE EN LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MONICA VILLARREAL CASTELAZO

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

DR. LUIS MIGUEL VALERIO FLORES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LEÓN, GUANAJUATO

DR. MIGUEL ÁNGEL LUNA RUIZ
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. LUIS MIGUEL VALERIO FLORES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. MIGUEL ÁNGEL LUNA RUIZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

León, Guanajuato

2007

**TITULO: MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MÉDICA FAMILIAR
CON ENFOQUE EN LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MÓNICA VILLARREAL CASTELAZO

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

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

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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**TÍTULO: MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR
CON ENFOQUE EN LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD**

INDICE GENERAL

1. TITULO	4
2. INDICE GENERAL	5
3. MARCO TEORICO	6- 11
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5. JUSTIFICACION	13
6. OBJETIVOS	
-GENERAL	14
-ESPECIFICOS	14
7. HIPÓTESIS	15
8. METODOLOGIA	16
- TIPO DE ESTUDIO	16
- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	16
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	16
- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	16
-PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	16-18
-VARIABLES A RECOLECTAR	19
- CONSIDERACIONES ETICAS	20
9. RESULTADOS	21-34
10. DISCUSIÓN	35-40
11. CONCLUSIONES	41-42
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	43-44
13. ANEXOS	45-49

MARCO TEÓRICO

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. (1,2) La formación profesional tradicional ha sido dirigida a restaurar el daño, a la resolución de estados patológicos mas que a su prevención lo cual ha condicionado mayores costos de atención y ha generado mayor porcentaje de secuelas irreversibles con deterioro de la calidad de vida del individuo y su familia.(3)

La actividad fundamental del médico y demás profesionales de la salud ha estado por años orientada a la atención clínica curativa (3,4) lo que ha impedido realizar actividades preventivas cuando el paciente se encuentra en estado de salud.

El nuevo modelo de atención primaria, que se propone desde 1991 posterior a una reunión de la OMS en Perugia, Italia, se basa en potenciar la participación comunitaria y en concretar una nueva filosofía que se fundamente en el fomento a la salud ,mejorar la calidad de vida y no sólo la asistencia en caso de enfermedad.(2)

La práctica médica familiar, que se sustenta en el modelo de atención primaria debe anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, es decir, usar un modelo anticipatorio basado en diagnosticar los riesgos a que está sujeta una población específica mediante la identificación de factores de riesgo a los que está expuesto cada miembro de la población para tratar de cancelar, modificar o atenuar esos factores de riesgo. (2)

El propósito original de la Medicina Familiar es la atención integral de la salud de la familia (3), es por ello necesario conocer a detalle las características biopsicosociales de las familias que se atienden, la pirámide poblacional que éstas conforman, así como los motivos de demanda de servicios (4,5) con lo cual el médico familiar estará en posibilidades de iniciar acciones concretas, establecer programas de

actividades de fomento a la salud y preventivas, detección temprana y tratamiento oportuno.

En 1986 en el Departamento de Medicina Familiar de la UNAM se desarrolló una metodología “ATENCIÓN PROGRAMADA” cuyo propósito era detectar factores de riesgo a que están expuestos individuo, familia y comunidad. Los elementos en que se basa el trabajo de esta metodología son principalmente el diagnóstico de salud, la elaboración de un censo del área de trabajo y un inventario de factores de riesgo a nivel individual, familiar y de comunidad. (3)

En 1992 se aplicó en España un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud con el objeto de evaluar el grado de intervención sobre cada factor de riesgo, este programa puede considerarse como antecedente directo del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF). (2,4)

En 1995 un grupo de profesores del departamento de Medicina Familiar de la UNAM (1,2) proponen un esquema de atención sistemática a las familias que propicia el llevar a cabo las actividades en que se fundamenta la Medicina Familiar las cuales incluyen el estudio de la familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria basada en un enfoque de riesgo. Esta guía metodológica desarrollada en el MOSAMEF (5,6) incluye el diagnóstico de salud familiar que se elabora mediante la Cédula Básica de Estructura Familiar con evaluación demográfica: descripción de estructura, clasificación tipológica, etapa de ciclo vital familiar, elementos económicos, sociales y el perfil de morbilidad de la población adscrita para desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción a la salud.

Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es por ello que la clasificación de las familias desde el

punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan y no solamente el ingreso económico familiar .Por su importancia y efectos sobre la salud enfermedad, la pobreza es el indicador que el médico familiar debe evaluar, para lograrlo debe tomar en cuenta los elementos que integran una visión multifactorial de este fenómeno (18). Uno de los instrumentos ya validados para evaluar pobreza familiar es el Índice Simplificado de Pobreza Familiar que considera cuatro variables: ingreso económico familiar, número de hijos dependientes, escolaridad materna y número de personas por dormitorio (16,17)

En la literatura se encuentran reportes de los resultados de la aplicación del MOSAMEF en diversos estados de la República Mexicana (2,4-8) en donde se hace referencia en forma predominante, al tipo de familia en base a su ciclo vital, su demografía, su desarrollo, su integración, su nivel socioeconómico y la ocupación del jefe de la familia. También se mencionan las causas más frecuentes en la demanda de atención de consulta, así como la distribución de número de pacientes por grupo de edad. En ninguno de los artículos revisados se hace referencia al nivel de pobreza familiar ni al desarrollo de actividades preventivas o de educación para la salud, en relación a la morbilidad reportada.

Estas actividades preventivas que recomienda el MOSAMEF, se desarrollan con las actividades de medicina preventiva que realiza el IMSS. En esta institución desde el año 2001, se proponen como estrategia los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), cuyo propósito general es la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva, ordenándolos por grupos de edad. Para este fin la Dirección de Prestaciones médicas estableció cinco programas integrados: (9-14)

- ▲ Salud del niño (menor de 10 años)
- ▲ Salud del adolescente (10 a 19 años)
- ▲ Salud de la mujer (20 a 59 años)
- ▲ Salud del hombre (20 a 59 años)
- ▲ Salud del adulto mayor (mayores de 59 años)

Los objetivos de los Programa Integrados de salud son:

- Otorgar a cada derechohabiente un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de su salud.
- Mejorar la satisfacción de los derechohabientes y estimular su participación corresponsable en el cuidado de su salud.
- Facilitar las tareas de los equipos de salud y mejorar la utilización de los recursos; elevar la cobertura e impacto de los programas de salud. (7)

Los componentes de los Programas Integrados de Salud son: (9-14)

- ▲ Promoción de la salud que incluye pláticas de contenido general para todos los grupos de edad como salud bucal, alimentación, actividad física, salud sexual, adicciones y violencia familiar, y las pláticas de contenidos específicos por edad como cuidados del recién nacido, crecimiento y desarrollo del niño, cuidados del niño enfermo por diarreas e infecciones respiratorias agudas, accidentes en el hogar, escuela y vía pública , en mujeres climaterio, menopausia y en hombres enfermedad prostática.
- ▲ Nutrición: que incluye vigilancia de la nutrición mediante la toma y registro de peso y talla así como la prevención de anemia mediante la administración de hierro y ácido fólico a niños y a mujeres que refiere el programa.
- ▲ Prevención y control de enfermedades: comprende las enfermedades evitables por vacunación desde el niño hasta el adulto mayor y las enfermedades prevalentes

como diarreas e infecciones respiratorias agudas en el niño, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, sífilis en embarazadas y Tuberculosis pulmonar. En este rubro se incluyen las acciones de prevención en salud bucal que son detección de placa dentobacteriana, cepillado dental y auto aplicación de flúor.

▲ Detección de enfermedades: en el niño comprende errores congénitos del metabolismo, luxación congénita de cadera, defectos visuales, auditivos y posturales los cuales también se deben detectar en el adolescente. En la mujer comprende detección de cáncer de mama, de cáncer cérvico uterino, diabetes mellitus e hipertensión arterial las cuales también se detectan en hombres y adultos mayores de 59 años.

▲ Salud reproductiva: que incluye información para prevención del embarazo, otorgamiento de métodos anticonceptivos, identificación de signos de alarma de complicaciones en el embarazo y puerperio, vigilancia prenatal y puerperal, atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia mediante el uso de terapia hormonal de reemplazo.

Dentro de las estrategias para que los derechohabientes participen en forma corresponsable en el cuidado de su salud se elaboraron Cartillas de Salud y de Citas médicas y Guías para el Cuidado de la Salud para cada grupo de edad las cuales se entregan al ser dado de alta al paciente, la asistente médica y el médico familiar deben verificar que utilicen las cartillas ,asistan a las actividades programadas para cada grupo etáreo y estén registradas las acciones de detección para hacer seguimiento de las mismas para aumentar la cobertura de los Programas Integrados de Salud. (14)

En este estudio se aplica en forma conjunta el MOSAMEF con los Programas Integrados de Salud, para que el Médico Familiar desarrolle sus actividades con los principios básicos de la especialidad en relación a atención integral, continua a la

familia y con enfoque de riesgo, a través de elaborar el diagnóstico de salud familiar y hacer un seguimiento de las actividades de prevención y de educación para la salud fomentando la participación del equipo de salud y del grupo familiar de los derechohabientes para ser co-responsables en el cuidado de su salud, de esta forma incrementar las acciones de prevención en la población derechohabiente y a largo plazo prevenir el desarrollo de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los porcentajes de cobertura de las acciones preventivas realizadas en cada grupo etáreo de la población derechohabiente del consultorio 37 matutino del HGZ con MF No 21, se encuentran por debajo del 30% en promedio.

Con el presente estudio se pretende investigar, si con la aplicación de MOSAMEF, identificando la estructura de las familias del consultorio y con la integración del programa de actividades preventivas y de promoción a la salud (PREVENIMSS), se modifica la cobertura de dichas acciones mediante la participación activa del Médico Familiar, de la familia del derechohabiente y del equipo de salud.

JUSTIFICACION

El propósito original de la Medicina Familiar es la atención integral de la salud de la familia, es por ello necesario conocer las características biopsicosociales de las familias que se atienden, la pirámide poblacional, así como los motivos de su demanda de servicios, de esta forma el médico familiar estará en posibilidades de integrar programas efectivos de promoción de la salud y desarrollar actividades que repercutan en la salud de la población bajo su cuidado.

Para llevar a cabo estas actividades de prevención se debe informar a los derechohabientes sobre los riesgos que presentan y en colaboración con el equipo de salud, educar y concientizar a los pacientes y a los miembros de la familia sobre la propia responsabilidad en el cuidado de su salud.

En este estudio, al realizar el Médico Familiar estas actividades en forma conjunta, se espera que la cobertura de las acciones preventivas se incremente en la población derechohabiente y con esto se logre contribuir a lograr ampliación de los impactos de los programas de salud, y a largo plazo, prevenir el desarrollo de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si la implementación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar con la integración del programa de actividades preventivas y de promoción a la salud del PREVENIMSS, modifica los porcentajes de cobertura preventivos en cada grupo etáreo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar la pirámide de población y su distribución por edad y sexo de la población adscrita al consultorio 37 matutino del HGZ No.21
2. Identificar en el SIMO (SIAIS) la morbilidad del período julio 2005 a julio 2006.
3. Aplicar a cada familia la Cédula Básica de Estructura familiar y la Prueba de Funcionalidad familiar de APGAR
4. Verificar que los derechohabientes de cada núcleo familiar tengan sus cartillas de salud y citas médicas
5. Revisar, realizar y registrar al inicio las acciones preventivas y de educación para la salud en cada una de las cartillas
6. Informar al derechohabiente la importancia de realizar las actividades de promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección de enfermedades y salud reproductiva.
7. Revisar y registrar en consultas subsecuentes si se realizaron las acciones preventivas y de educación para la salud.
8. Medir los resultados con respecto al número de acciones realizadas por grupo de edad.

HIPÓTESIS

La implementación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar con la integración del programa de actividades preventivas y de promoción a la salud del PREVENIMSS, mejora los porcentajes de acciones preventivas en cada grupo etáreo (por lo menos en un 40%) de la población derechohabiente del consultorio 37 matutino del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.21 de León, Guanajuato.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio cuasiexperimental, de la población adscrita al consultorio 37 matutino del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.21 en León, Guanajuato. . Las unidades muestrales fueron los integrantes de los núcleos familiares del consultorio 37 matutino, el tipo de muestreo fue por simple disponibilidad, el tamaño de la muestra se calculó en base al 40% de incremento esperado en las acciones PREVENIMSS durante los 6 meses de seguimiento.

Se utilizó para el cálculo la fórmula:

$$n = \frac{(z\alpha\sqrt{p_1q_1} + z\beta\sqrt{p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

A los pacientes que acudieron al servicio durante los meses de enero a julio del 2005, se les explicó en que consistía el estudio, y se aceptaban participar, se les explicó en que consistía su participación.

A los integrantes de los núcleos familiares que aceptaron participar, se les aplicó la Cédula Básica de Estructura Familiar (anexo 1) y la prueba de Funcionalidad familiar de APGAR (anexo 2) Dichos datos se registraron en los anexos 3 y 4.

Se evaluó el medio socioeconómico, con el Índice Simplificado de Pobreza Familiar que se encuentra validado y que considera cuatro variables para su calificación: ingreso económico familiar, número de hijos dependientes, escolaridad materna y número de personas por dormitorio.

A las familias donde se detectó algún grado de disfunción se les dio orientación o se les canalizó a Psicología.

A todos los derechohabientes, la asistente médica y el médico familiar en cada consulta verificaron que cada uno de los integrantes de las familias tuvieran las cartillas

de salud y citas medicas, en éstas se identificaron las acciones ya realizadas y que estuvieran debidamente registradas, se informó a cada uno de los derechohabientes la importancia de realizar las actividades de promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, detección oportuna de enfermedades y salud reproductiva.

En cada Cartilla la asistente médica toma y registra peso y talla, en todos los grupos de edad, el médico familiar los evalúa en base a las tablas consignadas en las tarjetas y diagnóstica si el estado nutricional del paciente corresponde a: peso bajo, normal, sobrepeso u obesidad. El médico familiar realiza la exploración de la integridad visual en menores de seis meses, de la función visual y de la agudeza visual en niños y adolescentes, así como detección de problemas posturales.

Verifica la prueba de tamiz neonatal en recién nacidos, otorga suplementos nutricionales a niños y mujeres que refiere el programa, realiza y registra la vigilancia del embarazo y terminación del parto en adolescentes y mujeres en edad reproductiva en su caso, vigilancia de climaterio y menopausia en mayores de 50 años

El médico familiar coordina a los integrantes del equipo de salud y refiere a los pacientes a los servicios médicos de apoyo entre los que se incluyen:

- Trabajo Social que organiza grupos de ayuda e imparte las pláticas de educación para la salud que se mencionaron en marco teórico
- Estomatología en donde se realizan acciones de capacitación para detección de placa dentobacteriana, cepillado dental y aplicación de flúor.
- Medicina Preventiva en donde se aplican las vacunas, se practican los estudios de Papanicolau, examen clínico de mama, medición de glucosa en sangre capilar y medición de la presión arterial.
- Planificación familiar en donde se hace promoción y otorgamiento de métodos anticonceptivos.

Posteriormente se citaron cada mes para verificar las acciones efectuadas a cada uno de los miembros de la familias que se habían indicado, en caso de no haberse realizado, se le preguntó la causa y nuevamente se les mencionó la importancia de efectuarse las acciones recomendadas, además se verificó que las acciones de los que sí se las hicieron estuvieran registradas en la cartilla de salud de cada uno de ellos. (Los que sólo tenían el registro de las acciones en la cartilla nacional de vacunación de la Secretaría de Salud, o la cartilla de salud de la mujer se transcribieron los datos a la cartilla de salud del IMSS).

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Independiente:

- Aplicación del MOSAMEF:
 - Promoción de las medidas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades (PREVENIMSS).

Variable Dependiente

- Estructura familiar
- Acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en las familias, por grupos de edad:
 - Promoción de la salud
 - Nutrición
 - Prevención y control de enfermedades
 - Detección de enfermedades
 - Salud reproductiva

ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y prueba de χ^2 para identificar si existió diferencias entre la cobertura inicial y final, con un α de 0.05

ASPECTOS ÉTICOS

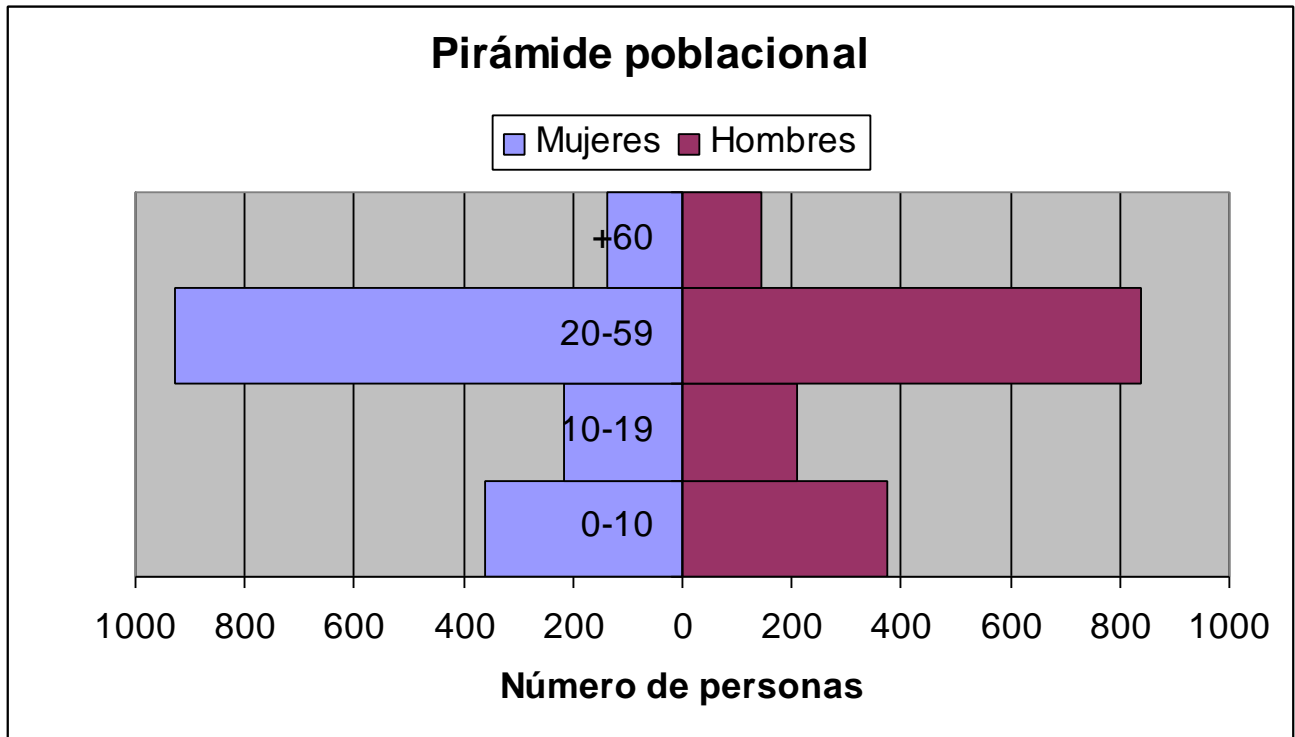
A las familias se les explicó cual era el objetivo de la aplicación de la Cédula Básica de Estructura Familiar así como de la Prueba de Funcionalidad Familiar APGAR y se les solicitó en forma verbal su aprobación para aplicarlos.

De acuerdo a Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se puede obtener el consentimiento en forma verbal porque es un estudio de riesgo mínimo.

RESULTADOS

La población derechohabiente adscrita al consultorio son 3,208, de las cuales 1,569 son hombres y 1,639 mujeres, el grupo de edad que predominó fue de 20 a 59 años y su estructura por grupos de edad se muestra en la figura 1.

Figura 1 Pirámide poblacional del consultorio 37 matutino del IMSS del HGZ con Medicina Familiar No.21, León, Guanajuato



Fuente: Archivo clínico. Acceso a derechohabientes (AcceDer)

Se registraron un total de 6240 consultas otorgadas en el lapso de julio 2005 a julio 2006, en el cuadro 1 se observa la distribución en porcentajes de las causas más frecuentes de atención, el mayor porcentaje corresponde a Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, infecciones de vías respiratorias e infecciones del aparato digestivo.

Cuadro 1. Diez principales motivos de atención del consultorio 37 matutino.

Principales motivos de atención en consulta familiar	n	Porcentaje
Diabetes mellitus	1280	20.6
Hipertensión arterial	1160	18.5
Infección de vías respiratorias superiores	820	13.3
Diarrea y gastroenteritis	776	12.4
Infección de vías urinarias	640	10.2
Cervicovaginitis	500	8.0
Enfermedad articular degenerativa	398	6.5
Control de embarazo	284	4.6
Control niño sano	192	3.0
Síndrome doloroso lumbar	110	1.7
Dermatitis	80	1.2
Total	6240	100.00

Fuente: S.I.M.O. (Sistema de Información Médico Operativa)

Se les aplicó la Cédula Básica de Estructura Familiar a 300 familias, se consignaron los datos en la Hoja de registro de estructura familiar (anexo 4) con los siguientes resultados:

Con respecto al estado civil de las familias entrevistadas, el mayor porcentaje refirieron estar casadas como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro.2 Estado civil de las familias estudiadas

Estado civil	Número	Porcentaje
Casados	244	81.4
Unión libre	21	7.0
Viudo	18	6.0
Divorciado	17	5.6
Total	300	100.00

En años de unión conyugal, la mayor frecuencia se observó entre 10 y 20 años como se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3. Años de Unión conyugal

Años de unión conyugal	Número	Porcentaje
Menos de 10 años	110	36.7
Entre 10 y 20 años	121	40.3
Más de 20 años	69	23.0
Total	300	100.00

En el cuadro 4 se muestra que el mayor porcentaje de los padres tiene instrucción básica

Cuadro 4. Escolaridad del padre

Escolaridad del padre	Número	Porcentaje
Analfabeta	14	5.5
Primaria Incompleta	58	19.2
Primaria completa	125	41.5
Secundaria	75	25.0
Carrera técnica	16	5.1
Bachillerato	5	1.5
Profesional	7	2.2
Total	300	100.00

En el cuadro 5 se muestra que el mayor porcentaje de las madres tiene instrucción básica.

Cuadro 5. Escolaridad de la madre

Escolaridad de la madre	Número	Porcentaje
Analfabeta	15	6.0
Primaria incompleta	67	22.1
Primaria completa	127	42.2
Secundaria	65	21.5
Carrera técnica	16	5.1
Bachillerato	4	1.1
Profesional	6	2.0
Total	300	100.00

En el cuadro 6, en relación a la edad del padre, el mayor porcentaje se encuentra entre los 20 y 58 años. La suma del total no corresponde al número total de familias estudiadas ya que en 15 casos se reportaron como finados.

Cuadro 6. Edad del padre

Edad padre	Número	Porcentaje
Menos de 19 años	2	0.8
Entre 20 y 58 años	246	86.3
Más de 59 años	37	12.9
Total	285	100.00

En el cuadro 7, en relación a la edad de la madre, el mayor porcentaje se encuentra entre los 20 y 58 años. La suma total no corresponde al número total de familias estudiadas ya que en 4 casos se reportaron como finadas.

Cuadro 7. Edad de la madre

Edad madre	Número	Porcentaje
Menos de 19 años	10	3.4
Entre 20 y 58 años	254	85.8
Más de 59 años	32	10.8
Total	296	100.00

En el cuadro 8, se muestra que el mayor porcentaje tienen menos de 19 años de edad y el grupo más frecuente corresponde a menores de 10 años

Cuadro 8. Número de hijos por grupos de edad

Grupos de edad de los hijos	Número	Porcentaje
Hasta 10 años	322	43.2
De 11 a 19 años	236	31.5
De 20 o más años	189	25.3
Total	747	100.00

En el cuadro 9 se muestra la distribución en relación a ocupación del padre y se muestra que el mayor porcentaje corresponde a empleados y obreros.

Cuadro 9. Ocupación del padre

Ocupación padre	Número	Porcentaje
Campeño	11	3.9
Obrero	93	33
Empleado	96	34
Comerciante	30	10.6
Técnico	32	11.3
Profesional técnico	12	4.5
Profesional	5	1.7
Hogar	3	1.0
Total	282	100.00

En el cuadro 10, se muestra la distribución en relación a ocupación de la madre, el mayor porcentaje se dedica al hogar.

Cuadro 10. Ocupación de la madre

Ocupación madre	Número	Porcentaje
Obrero	30	10.2
Empleado	20	6.7
Comerciante	11	3.7
Técnico	8	2.6
Profesional técnico	7	2.4
Profesional	3	1.0
Hogar	218	73.4
Total	297	100.00

En los siguientes cuadros se muestran los datos en relación a la tipología de las 300 familias estudiadas:

En el cuadro 11 se muestra que en base a la composición la mayor frecuencia corresponde a familias nucleares.

Cuadro 11. Clasificación en base a la composición

Clasificación en base a la composición	Número	Porcentaje
Nuclear	157	52.4
Extensa	138	46.0
Extensa-compuesta	5	1.6
Total	300	100.00

En el cuadro 12 se muestra que en base a su desarrollo el mayor porcentaje corresponde a familias tradicionales.

Cuadro 12. Clasificación en base a su desarrollo

Clasificación en base a la composición	Número	Porcentaje
Tradicional	216	72.0
Moderna	84	28.0
Total	300	100.00

En el cuadro 13 se muestra que en base a la demografía el mayor porcentaje corresponde a familias urbanas

Cuadro 13. Clasificación con base en su demografía

Clasificación con base en su demografía	Número	Porcentaje
Urbana	268	89.4
Rural	32	10.6
Total	300	100.00

En el cuadro 14 se muestra que en relación al ciclo vital la mayor frecuencia de las familias se encuentra en etapa de expansión

Cuadro 14. Etapa del ciclo vital

Etapa del ciclo vital	Número	Porcentaje
Matrimonio	15	5.1
Expansión	167	55.6
Dispersión	56	18.6
Independencia	33	11.1
Retiro	29	9.6
Total	300	100.00

En el cuadro 15 se muestra que el mayor porcentaje de las familias se califica con moderada disfunción familiar.

Cuadro 15. Funcionalidad familiar

Calificación del APGAR familiar	Número	Porcentaje
Familia altamente disfuncional	55	18.4
Moderada disfunción familiar	133	44.3
Familia funcional	112	37.3
Total	300	100.00

En el cuadro 16, se muestra que el mayor porcentaje de las familias se encuentra en el rango de pobreza familiar baja.

Cuadro 16. Índice simplificado de pobreza familiar

Índice simplificado de pobreza familiar	Número de familias	Porcentaje
Sin evidencia de pobreza familiar	73	24.33
Pobreza familiar baja	170	56.67
Pobreza familiar media	52	17.33
Pobreza familiar alta	5	1.67
Total	300	100.00

El comportamiento de las acciones realizadas del PREVENIMSS, antes y después de la actividad de promoción realizada por el médico familiar del consultorio, se muestra en los siguientes cuadros por grupos de edad

En el cuadro 17, se muestra que el mayor porcentaje de avance fue en las acciones de educación para la salud.

Cuadro 17. Acciones realizadas en 322 niños menores de 10 años

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Educación para la salud	52 (16.1)	280 (86.9)	70.8	0.0001
Vigilancia de la nutrición	182 (56.5)	273 (84.7)	28.2	0.0001
Acciones de nutrición	79 (24.5)	220 (68.3)	43.8	0.0001
Acciones de salud bucal	37 (11.4)	165 (51.4)	40.0	0.0001
Acciones de identificación oportuna de enfermedades	41 (12.7)	263 (81.6)	68.9	0.0001

En el cuadro 18, se muestra la distribución de acuerdo al estado nutricional en niños menores de 10 años, la mayor frecuencia corresponde a peso normal.

Cuadro 18. Evaluación del estado nutricional en 322 niños menores de 10 años

Evaluación del estado nutricional	Número de pacientes	(%)
Peso bajo	80	24.9
Normal	129	40.0
Sobrepeso obesidad	113	35.1
Total	322	100.00

En el cuadro 19 se muestra que el mayor porcentaje de avance corresponde al registro de las vacunas BCG, SABIN y Pentavalente

Cuadro 19. Acciones de vacunación registradas en 322 niños menores de 10 años

Vacuna	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
BCG	68 (21.1)	283 (87.8)	66.7	0.0001
SABIN	68 (21.1)	288 (89.4)	68.3	0.0001
PENTAVALENTE	87 (27.0)	288 (89.4)	62.4	0.0001
DPT	61 (18.9)	165 (51.2)	32.3	0.0001
TRIPLE VIRAL SRP	60 (18.6)	186 (57.7)	39.1	0.0001
SR O SRP	24 (7.4)	120 (3.2)	29.8	0.0001

En el cuadro 20, se muestra que el mayor porcentaje de avance se observó en acciones de vacunación.

Cuadro 20. Acciones realizadas en 236 adolescentes de 10 a 19 años

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Educación para la salud	23 (9.7)	78 (33.0)	23.3	0.0001
Vigilancia de la nutrición	171 (72.4)	214 (90.6)	18.2	0.0001
Acciones de salud bucal	14 (5.9)	67 (28.3)	22.4	0.0001
Acciones de vacunación	32 (13.5)	123 (52.1)	38.6	0.0001
Acciones de identificación oportuna de enfermedades	23 (9.7)	83 (35.1)	25.4	0.0001
Acciones de salud reproductiva	11 (4.6)	47 (19.2)	14.6	0.0001
Vigilancia del embarazo	13 (5.5)	38 (16.1)	10.6	0.0001

En el cuadro 21, se muestra la distribución de acuerdo al estado nutricional en adolescentes, el mayor porcentaje corresponde a sobrepeso obesidad.

Cuadro 21. Evaluación del estado nutricional en 236 adolescentes de 10 a 19 años

Evaluación del estado nutricional	Número de pacientes	Porcentaje
Peso bajo	60	25.5
Normal	80	33.9
Sobrepeso obesidad	96	40.6
Total	236	100.00

En el cuadro 22 se muestra que el mayor porcentaje de avance fue en acciones de vacunación.

Cuadro 22. Acciones realizadas en 248 hombres de 20 a 59 años

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Educación para la salud	21 (8.5)	83 (33.5)	25.0	0.0001
Vigilancia de la nutrición	218 (87.9)	233 (94.0)	6.1	0.029
Acciones de salud bucal	28 (11.3)	87 (35.1)	23.8	0.0001
Acciones de vacunación	27 (10.9)	128 (51.6)	41.3	0.0001
Acciones de salud reproductiva	17 (6.8)	62 (25.0)	18.2	0.0001

En el cuadro 23 se muestra que el mayor porcentaje de pacientes se encuentra distribuido en sobrepeso obesidad.

Cuadro 23. Evaluación del estado nutricional en 248 hombres de 20 a 59 años

Evaluación del estado nutricional	Número de pacientes	Porcentaje
Peso bajo	36	14.6
Normal	86	34.6
Sobrepeso obesidad	126	50.8
Total	248	100

En el cuadro 24, se muestra que el mayor porcentaje fue en las acciones de medición de glucosa en sangre.

Cuadro 24. Acciones de identificación oportuna de enfermedades realizadas en 248 hombres de 20 a 59 años

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Medición de glucosa en sangre	69 (27.8)	122 (49.1)	21.3	0.0001
Medición de la presión arterial	69 (27.8)	118(47.7)	19.9	0.0001
Baciloscopia	10 (4.0)	69(27.8)	23.8	0.0001

En el cuadro 25 se muestra que el mayor porcentaje se observa en acciones de vacunación.

Cuadro 25. Acciones realizadas en 254 mujeres de 20 a 59 años

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Educación para la salud	35 (13.7)	198 (77.9)	64.2	0.0001
Vigilancia de la nutrición	212 (83.4)	239 (94.0)	10.6	0.0001
Suplementos nutricionales	22 (8.6)	146 (57.4)	48.8	0.0001
Acciones de salud bucal	19 (7.4)	117 (46)	38.6	0.0001
Acciones de vacunación	26 (10.2)	210 (82.6)	72.4	0.0001
Acciones de salud reproductiva	16 (6.3)	113 (44.4)	38.1	0.0001
Vigilancia del embarazo	14 (5.5)	80 (31.5)	26.0	0.0001
Vigilancia del climaterio y menopausia	21 (8.2)	55 (21.6)	13.4	0.0001

En el cuadro 26, se muestra que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de sobrepeso-obesidad.

Cuadro 26. Evaluación del estado nutricional en 254 mujeres de 20 a 59 años

Evaluación del estado nutricional	Número de pacientes	Porcentaje
Peso bajo	27	10.7
Normal	53	20.8
Sobrepeso obesidad	174	68.5
Total	254	100

En el cuadro 27, se muestra que los mayores porcentajes se observaron en las acciones de medición de glucosa en sangre y de medición de la presión arterial.

Cuadro 27. Acciones de identificación oportuna de enfermedades realizadas en 254 mujeres de 20 a 59 años.

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Examen clínico de mama	69 (27.1)	213 (83.8)	56.7	0.0001
Mastografía	9 (3.5)	62 (24.4)	20.9	0.0001
Papanicolaou	65 (25.5)	179 (70.4)	44.9	0.0001
Medición de glucosa en sangre	31 (12.2)	179 (70.4)	58.2	0.0001
Medición de la presión arterial	31 (12.2)	179 (70.4)	58.2	0.0001
Baciloscopia	14 (5.5)	58 (22.8)	17.3	0.0001

En el cuadro 28, se muestra que el mayor porcentaje de avance fue en las acciones de educación para la salud.

Cuadro 28. Acciones realizadas en 71 adultos mayores de 59 años

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Educación para la salud	5 (7.0)	45 (63.3)	58.3	0.0001
Vigilancia de la nutrición	56 (78.8)	66 (92.9)	14	0.03
Acciones de salud bucal	4 (5.6)	22 (30.9)	25.3	0.0001
Acciones de vacunación	9 (12.6)	47 (66.2)	53.6	0.0001

En el cuadro 29, se muestra que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de sobrepeso-obesidad.

Cuadro 29. Evaluación del estado nutricional en 71 adultos mayores de 59 años

Evaluación del estado nutricional	Número de pacientes	Porcentaje
Peso bajo	7	9.8
Normal	19	26.8
Sobrepeso obesidad	45	63.4
Total	71	100.00

En el cuadro 30 se muestra que el mayor porcentaje corresponde a las acciones de medición de la presión arterial.

Cuadro 30. Acciones de identificación oportuna de enfermedades realizadas en 71 adultos mayores de 59 años.

	Número de acciones iniciales (%)	Número de acciones finales (%)	Diferencia (%)	P (²)
Examen clínico de mama	11 (15.4)	50 (70.4)	55.0	0.0001
Mastografía	3 (4.2)	20 (28.1)	23.9	0.0001
Papanicolaou	19 (26.7)	43 (60.5)	33.8	
Medición de glucosa en sangre	14 (19.7)	55 (77.4)	57.7	0.0001
Medición de la presión arterial	14 (19.7)	56 (78.8)	59.1	0.0001
Baciloscopia	5 (7.0)	24 (33.8)	26.8	0.0001

DISCUSION

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y de la comunidad de la que forma parte. Debe proporcionar al individuo una adecuada atención clínica, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica (2) Debe prestar una atención integral y continua a sus pacientes, con enfoque en las actividades preventivas.

Para poder lograr estos objetivos debe realizar el diagnóstico de salud de las familias en base a su estructura, su clasificación tipológica, la etapa en el ciclo vital familiar en que se encuentran, las características económicas y sociales en que se desenvuelven, así como identificar el perfil de morbilidad de la población y con estos elementos relacionados incrementar actividades preventivas y de educación para lograr una repercusión en la salud de la comunidad que se encuentra bajo el cuidado del médico familiar.

Los resultados del presente estudio en relación a la pirámide poblacional nos indican que el mayor porcentaje de la población se ubica entre los 20 y 59 años, con predominio en el sexo femenino, en este rango de edad deben detectarse en forma oportuna factores de riesgo para evitar la presencia de enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, obesidad o hipertensión. El segundo grupo de edad corresponde a niños de 0 a 10 años en los cuales también deben incrementarse las acciones preventivas ya que es una población de riesgo elevado. En otros estudios (5,6) se encuentra el mayor porcentaje de la población distribuido entre los 15 a los 45 años, que es similar a lo encontrado en esta pirámide poblacional.

En relación a la morbilidad se encuentra que los padecimientos que ocupan las 10 primeras causas de atención en el curso de un año son enfermedades crónicas degenerativas en 39.1% representadas por diabetes mellitus e hipertensión arterial,

enfermedades infecciosas de diversa índole, (principalmente de infecciones respiratorias agudas) Estos porcentajes son similares a otros reportes en la literatura (5,6) Al identificar estas causas de atención es posible visualizar las acciones preventivas que se deben enfatizar y se puede observar que estas causas están en relación con la distribución por edades en la pirámide poblacional así como con las actividades preventivas que se realizan en PREVENIMSS y que fueron mencionadas en la introducción.

El estudio de la familia desde una perspectiva médica, requiere la consideración de dos elementos fundamentales: su estructura y su funcionalidad (8) Para ello se aplicó la Cédula Básica de Estructura Familiar y la prueba de Funcionalidad Familiar de Apgar a 300 familias con las siguientes conclusiones:

El mayor porcentaje de las parejas están casadas, en promedio tiene 17.6 años de unión conyugal, el nivel de escolaridad es bajo ya que tanto el padre como la madre sólo terminaron la primaria completa y un bajo porcentaje tuvo estudios superiores (4.2%), estos datos son consistentes con otros reportes y con el nivel de escolaridad general en la República Mexicana. (2,5-7)

El bajo nivel educativo puede influir en que las personas no participen en el auto cuidado de su salud también debe tomarse en cuenta para programar los contenidos de las pláticas de educación para la salud y para la manera en que el médico familiar debe explicar al paciente la importancia de realizarse las acciones de prevención

El número promedio de hijos por familia es de dos que es similar a otros reportes (5,6) el mayor porcentaje de los hijos es menor de 10 años, esto nos permite visualizar como área de oportunidad el trabajo con los padres para reforzar las acciones de prevención en este grupo etáreo.

En la tipología familiar, en base a la ocupación del jefe se incluyeron las categorías de empleado y comerciante ya que estas actividades no se pueden incluir en ninguna de las categorías de la clasificación tradicional que se mencionan en el libro del Dr. Irigoyen, llama la atención que en algunos casos el padre es el que realiza labores de hogar y esto puede estar relacionado con la modernización de las familias a donde la mujer trabaja y se ajustan los roles a ésta situación. En base a su composición el mayor porcentaje como se reporta en otros estudios (5-7) corresponde a familias nucleares, sin embargo en este estudio el porcentaje de familias extensas fue de consideración ya que conviven con alguna de las familias de origen por la dificultad de contar con una vivienda propia. En base a su desarrollo la mayoría son tradicionales, lo cual se correlaciona con el resultado de ocupación en la madre donde el 73.4% se dedica a labores de hogar. En base a su demografía el mayor porcentaje son urbanas.

En relación a las etapas del ciclo vital el mayor porcentaje de las familias se encuentran en fase de expansión, lo que implica la agregación de nuevos miembros al núcleo familiar y que corresponde a los datos en la pirámide poblacional de que es una población joven.

Al aplicar la prueba de funcionalidad familiar de APGAR como instrumento de tamizaje (8) se encontró que el 44.3% de las familias se clasifican con disfunción moderada y sólo el 37.3% fueron funcionales. Estos resultados deben considerarse para realizar una investigación mas profunda ya que la disfunción familiar repercute en la salud familiar y debe considerarse como factor de riesgo.

Para evaluar el nivel socioeconómico, se utilizó el “Índice Simplificado de Pobreza Familiar” (16,17) que toma en cuenta tres dimensiones: economía, educación y vivienda ya que se considero que todos estos aspectos pueden influir en la salud y no solo se calificó en base al número de salarios como en otros estudios (4, 6,7)

encontrándose que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de pobreza familiar baja, estos datos son similares a los obtenidos al reporte de Ponce Rosas y col. (16)

Al analizar las acciones preventivas realizadas por grupo etáreo encontramos que en general en el grupo de adolescentes de 10 a 19 años y en el de hombres de 20 a 59 años los avances fueron menores que en otros grupos ya que asisten con menos frecuencia a los servicios, los grupos con avances más significativos fueron los niños de 0 a 10 años y las mujeres de 20 a 59 años. En los adultos mayores de 59 años se logró mejorar en cerca de 40%.

En los niños de 0 a 10 años (cuadro 14) ,los acciones que más se incrementaron fueron la asistencia a pláticas de educación para la salud entre las que están consideradas cuidados del recién nacido, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, alimentación complementaria, salud bucal, accidentes y violencia familiar, cuidados del niño enfermo por diarreas e infecciones respiratorias agudas, con lo cual se orienta a los padres en todos estos aspectos que se encuentran muy relacionados con los padecimientos detectados en la consulta por lo que se espera disminuir la prevalencia de estas enfermedades

Otra de las acciones que se incrementaron fueron las de identificación oportuna de enfermedades que en esta edad incluye revisar si se le practicó tamiz neonatal y la exploración de defectos visuales que debe realizar el médico familiar durante la consulta.

Durante la evaluación del estado nutricio (cuadro 18), se debe considerar que a pesar de que la mayoría de los niños se encuentran en rango normal existe un porcentaje importante de bajo peso y de obesidad sobre los que deberán implementarse acciones dirigidas a disminuir estos rangos de riesgo para la salud.

En relación a las acciones de vacunación (cuadro 15) es importante mencionar que la cobertura de vacunación fue de 90% sin embargo se utiliza para este registro la Cartilla Nacional de Vacunación, posterior a explicarles a los padres del paciente, que se debía también anotar en las Cartillas PREVENIMSS, se les solicitó este documento y en consultas subsecuentes se iba revisando que todas las fechas de aplicación de las vacunas quedaran anotadas en las cartillas ,con lo cual se logró un avance en su registro adecuado

En el grupo de adolescentes (cuadro 16), deben implementarse estrategias para lograr mayor participación y asistencia a los servicios por lo que se realizará mayor coordinación con trabajo social para lograr un acercamiento con este grupo de edad. En la evaluación del estado nutricional (Cuadro 21) el mayor porcentaje correspondió a sobrepeso obesidad por lo que desde esta edad debe enfatizarse la prevención para lograr un peso adecuado a través de la dieta y el ejercicio .con inclusión a grupos de ayuda.

En el grupo de hombres de 20 a 59 años (cuadro 22 y 24), los pacientes refieren que les es difícil acudir a todas las sesiones de pláticas de educación para la salud por que se los impide su horario laboral. En relación a las acciones de salud bucal se observó que sólo acuden a este servicio para tratamiento y no en forma preventiva .Todos estos resultados nos permiten identificar áreas de oportunidad para modificar la prestación de los servicios o bien implementar adecuaciones para que los derechohabientes acudan con mayor facilidad.

El grupo de mujeres de 20 a 59 años (cuadro 25 y 27), es el que acude en forma mas frecuente a la consulta lo que permite lograr mayores avances en el registro o realización de acciones ya que la mujer en general está más pendiente de acudir a los servicios de apoyo. Se puede observar que posterior a las campañas en los medios

masivos de comunicación en relación a la prevención de cáncer cérvicouterino y de mama se incrementó la asistencia a la consulta para derivación posterior a Medicina Preventiva.

Otro grupo que requiere mayor atención es el de adultos mayores de 59 años (cuadro 28 y 29), a quienes se les dificulta acudir a todos los servicios y no le dan relevancia a las actividades de prevención sino que solo se ocupan de la atención de sus padecimientos por lo que el médico familiar debe utilizar estrategias que le permitan incrementar la participación de la familia con las personas de este grupo de edad

En relación a la evaluación del estado nutricional (cuadro 23, 26 y 29) es interesante resaltar que el porcentaje de sobrepeso y obesidad se va incrementando con la edad y que se observa más frecuente en la mujer estos datos nos obligan a implementar acciones desde edades tempranas para disminuir el porcentaje de obesidad que se encuentra muy relacionado con enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

CONCLUSIONES:

1. En el diagnóstico de salud familiar que incluye la estructura y composición familiar se encontró que la mayoría corresponden a familias nucleares, urbanas, en fase de expansión, con desarrollo tradicional, con actividades predominantes de tipo obreras, y como empleados, con baja escolaridad, en rango de pobreza familiar baja
2. Un porcentaje importante con algún grado de disfunción familiar, por lo que es necesario abrir un espacio de orientación familiar apoyados con Trabajo Social y Psicología
3. En relación a la identificación de la morbilidad se hace énfasis en las actividades preventivas que permitan ir disminuyendo la prevalencia de los padecimientos que se atienden con mayor frecuencia
4. En las acciones de prevención en que no se logró el avance de 40% se continuará motivando a los derechohabientes para que acudan a los servicios en la medida en que identifiquen la importancia de realizar dichas acciones.
5. A partir de los datos obtenidos en las Cartillas de Salud, se puede realizar un diagnóstico en relación al estado nutricional de cada grupo etáreo, con lo cual se implementarán acciones en forma conjunta con el área de Nutrición para disminuir el alto porcentaje de sobrepeso y obesidad
6. El Médico Familiar a través de esta experiencia debe modificar su actividad para tener un papel activo, coordinar al equipo de salud en forma conjunta con el derechohabiente; con la oportunidad de poder identificar como se pueden incrementar estas acciones preventivas haciendo énfasis en la importancia que éstas tienen a corto y a largo plazo para prevenir enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas.

7. La aplicación conjunta del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) y de los Programas Integrados de Salud le permiten al Médico Familiar identificar las características de la población a su cargo mediante la elaboración de un diagnóstico de salud familiar y de realizar un seguimiento de las acciones preventivas por grupo étnico con mayor participación y compromiso de los derechohabientes. en el auto cuidado de su salud.
8. Con este estudio se puede demostrar que el médico familiar puede coordinar al equipo de salud y convertirse en su líder para que se lleven a cabo las actividades de prevención y con esto mejorar las condiciones de salud a mediano y largo plazo de la población derechohabiente

BIBLIOGRAFÍA

1. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina FJ, Noriega Garibay R, Hernández Torres I, Arteaga Aceves G, Granel Guerrero E, Castro Cante J, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. 5ª edición. Ed. Medicina Familiar Mexicana. 1998:151 - 174.
2. Irigoyen Coria A, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: MOSAMEF. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 2ª edición. Ed. Medicina Familiar Mexicana 2004:151 – 167
3. Grijalva MG. Detección de factores de riesgo en el primer nivel de Atención: una experiencia educativa. Arch Med Fam 2001; 3 (2): 31 – 32.
4. 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(1):5-6
5. Medina Carrillo L, Lomelí Guerrero L, Irigoyen Coria A. Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar: Estrategia para la formación de recursos humanos para la salud en Nayarit. México. Arch Med Fam 2000; 2 (2): 41 – 46.
6. Santiago Iglesias H, Lomelí Guerrero L. Diagnóstico de Salud y Estructura familiar a través del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar. Arch. Med. Fam 2000; 2 (1): 11 – 16.
7. Gil Alfaro I, Pérez Hernández C. Perfil de la familia del diabético: características sociodemográficas y clínicas Arch Med Fam 2002; 4 (3):95-98
8. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (2): 45 – 57.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas Integrados de Salud. Síntesis Ejecutiva. México: IMSS 2001
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica Programas Integrados de Salud. Niños menores de 10 años. México: IMSS 2002.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica Programas Integrados de Salud. Adolescentes 10 a 19 años. México: IMSS 2002.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica Programas Integrados de Salud. Mujeres de 20 a 59 años. México: IMSS 2002
13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica Programas Integrados de Salud. Hombres de 20 a 59 años. México: IMSS 2002.
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica Programas Integrados de Salud. Adultos mayores de 59 años. México: IMSS 2002.

15. García Peña C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F. Programas Integrados de Salud. La Medicina Familiar en los albores del siglo XXI. 1ª edición. México: IMSS 2006:203-223
- 16 Huerta González JL.El estudio de la salud familiar. Medicina Familiar: La familia en el proceso Salud Enfermedad. 1ª edición. Editorial Alfil.2005:57-117
- 17.Ponce Rosas R, 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(1):6-12.
- 18.Conceptos Básicos para el estudio de las familias, Arch Med Fam 2005;7(1):15-19
19. Number cruncher statistical system (NCSS 2001) and pass test power analysis simple size. HIntze J. NCSS and Pass. Kaysville, Utah. <http://www.ncss.com>

Anexos:

- **Anexo 1 Cédula básica de estructura familiar.**

- **Anexo 2 Instrumento de funcionalidad familiar APGAR.**

- **Anexo 3 Hoja de registro de acciones preventivas por grupo etáreo.**

- **Anexo 4 Hoja de registro de estructura familiar.**

Anexo 1

CÉDULA BÁSICA DE ESTRUCTURA FAMILIAR

Familia _____

Estado civil: casados () Unión libre ()

Años de unión conyugal _____

Nombre de la persona que responde el test _____

Edad _____ Sexo: M () F () Escolaridad _____

Domicilio _____

Edad del padre _____ Edad de la madre _____

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

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

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

TOTAL : _____

Tipo de familia: marque con una (X):

Desarrollo: moderna () Tradicional ()

Demografía: urbana () Rural ()

Composición: nuclear() Extensa () Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: menos de 1 salario mínimo ()

De 1 a 2 salarios mínimos ()

3 o más salarios mínimos ()

Ocupación del padre de familia: _____

Ocupación de la madre de familia: _____

Escolaridad de la madre: _____

Número de personas por dormitorio: _____

Etapas del ciclo vital familiar:

Matrimonio ()

Expansión ()

Dispersión ()

Independencia ()

Retiro ()

Observaciones:

Anexo 2

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por una situación crítica?			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Anexo 3

Hoja de registro de acciones preventivas por grupo etáreo

Paciente No.	Acciones de educación para la salud		Vigilancia de nutrición		Salud bucal		Vacunación		Identificación oportuna de enfermedades	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final

