



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA 5 DE FEBRERO. MÉXICO, D. F.

**CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO NÚMERO UNO DE LA
CLÍNICA 5 DE FEBRERO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. MÉXICO, D. F.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:



LOGO ISSSTE



MARÍA DEL REFUGIO JUÁREZ SALAZAR

MÉXICO, D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

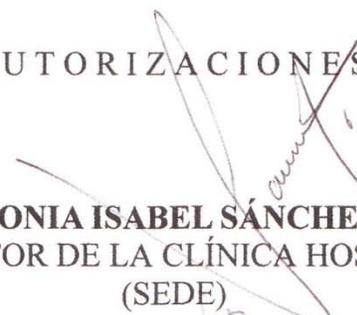
CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO NÚMERO UNO DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. MÉXICO, D. F.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

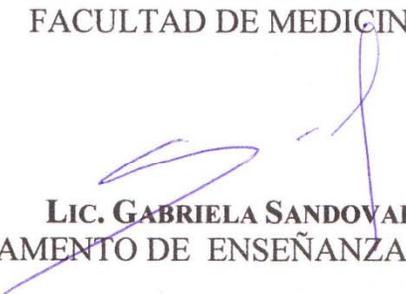
MARÍA DEL REFUGIO JUÁREZ SALAZAR

AUTORIZACIONES:


Dr(A). SONIA ISABEL SÁNCHEZ RÍOS
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(SEDE)


Dr(A). NALLELY VILLA ORDAZ
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(SEDE)


Dr(A). ARNULFO IRIGOYEN CORIA
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL ISSSTE.

MÉXICO, D. F.

2008

**CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y PRINCIPALES CAUSAS DE
CONSULTA DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO NÚMERO UNO DE LA
CLÍNICA 5 DE FEBRERO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE MÉXICO, D. F.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

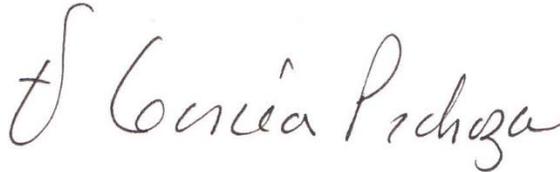
PRESENTA:

MARÍA DEL REFUGIO JUÁREZ SALAZAR

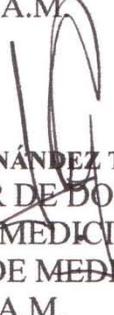
AUTORIZACIONES


DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO

JEFE INTERNO 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.

Agradecimientos

Al ISSSTE, a la UNAM por esta gran oportunidad que me brindaron, en especial a los médicos de la facultad de medicina familiar por su apoyo y orientación para la realización de mi trabajo

A los directivos y compañeros de la clínica cinco de febrero por su apoyo y gran compañerismo para realizar este trabajo

A mis y mis padres, hermanos y mi apreciable familia, por su apoyo y comprensión para realizar el curso y terminar mi trabajo

A mi esposo, a mi hija por su apoyo, su ayuda y paciencia que me brindaron para terminar el curso y no me dejaron desistir. En especial mi reconocimiento y agradecimiento a mi hija por su apoyo en computación

El matrimonio

*... estaréis juntos cuando las alas blancas de la muerte esparzan
vuestros días.*

Sí; estaréis juntos aun en la memoria silenciosa de Dios.

Pero dejad que haya espacios en vuestra cercanía.

Y dejad que los vientos del cielo dancen entre vosotros.

Amaos el uno al otro, pero no hagáis del amor una atadura....

-Khalil Gibran

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
DE LOS USUARIOS DEL CONSULTORIO UNO DE LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO
DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO DE MÉXICO, D. F.

ÍNDICE

1.- MARCO TEÓRICO	3
1.1.-ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD	4
1.1.1.- DEFINICIÓN	4
1.1.2.- ANTECEDENTES DE APS	4
1.1.3.- PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA APS	7
1.1.4.- CONTROL SEMÁNTICO DE LA APS	9
1.1.5.- METODOLOGÍA DE LA APS	11
1.1.6.- RESULTADOS DEL PROCESO DE APS	14
1.1.7.- CONCLUSIONES	15
1.2.- ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD	16
1.2.1.- ANTECEDENTE DE APOC	16
1.2.2.- BASES CONCEPTUALES DEL MODELO DEL APOC	17
1.2.3.- REQUISITOS BÁSICOS DEL APOC	17
1.2.4.- BASES METODOLÓGICAS DEL APOC	18
1.2.5.- CONCLUSIONES	18
1.2.6.- METODOLOGÍA DEL APOC	22
1.3.- MEDICINA FAMILIAR	25
1.3.1.-ANTECEDENTES DE MEDICINA FAMILIAR	25
1.3.2.- METODOLOGÍA DE MEDICINA FAMILIAR	26
1.3.3.- VALORES PROFESIONALES Y PERFIL DEL PROFESIONAL DEL MÉDICO FAMILIAR	27
1.3.4.- PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR	28

1.3.5.- ACTITUDES DEL MÉDICO FAMILIAR	29
1.3.6.- PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DEL MÉDICO FAMILIAR	29
1.3.7.- CONSIDERACIONES DE LOS MÉDICOS FAMILIARES	34
1.4.- FAMILIA	36
1.4.1.- DEFINICIÓN DE FAMILIA	36
1.4.2.- ETIMOLOGÍA	37
1.4.3.- LA INSTITUCIÓN FAMILIAR	38
1.4.4.- HISTORIA DE LA FAMILIA	38
1.4.5.- CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA (INEGI)	39
1.4.6.- CLASIFICACIÓN DE FAMILIA	40
1.4.7.- MODO DE SER FAMILIA	41
1.4.8.- FUNCIONES DE LA FAMILIA	42
1.4.9.- CICLO VITAL DE LA FAMILIA	43
1.5.- MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR: MOSAMEF	45
1.5.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE MOSAMEF	45
1.5.2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN MÉXICO DE MOSAMEF	46
1.5.3.- MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR	48
1.5.4.- MOSAMEF Y EL MÉDICO FAMILIAR	49
1.5.5.- ANTECEDENTES SOCIO-POLÍTICOS DEL MOSAMEF	50
1.5.6.- PERSPECTIVAS DEL MOSAMEF	51
1.6.- FACTORES DE RIESGO	53
1.6.1.- TIPOS DE RIESGO	53
1.6.2.- PROCESO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS A LA SALUD	55

1.7.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
1.7.1.- MORBILIDAD	58
1.7.2.- LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	60
1.8.- JUSTIFICACIÓN	62
1.9.- OBJETIVOS	63
1.9.1.- OBJETIVOS GENERALES	63
1.9.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
2.- HIPÓTESIS	64
3.- MATERIAL Y MÉTODO	64
3.1.- TIPO DE ESTUDIO	64
3.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO	64
3.3.- POBLACIÓN, LUGAR Y MUESTRA	65
3.4.- MUESTRA	66
3.4.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA	66
3.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	68
3.5.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	68
3.5.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	68
3.5.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	68
3.6.- VARIABLES	69
3.6.1.- CEBIF	69
3.6.2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES	70
3.7.- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	73
3.7.1.- PIRÁMIDE POBLACIONAL	74

3.7.2.- PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO	74
3.7.3.- PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO NÚMERO UNO	75
3.8.- MANIOBRA PARA EVITAR O CONTROLAR SESGO	76
3.9.- PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS	77
3.10.- DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS	77
3.11.- CRONOGRAMA	77
3.12.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	78
3.13.- CONSIDERACIONES ÉTICAS	79
4.- RESULTADOS	81
4.1.- CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR	81
4.1.1.- IDENTIFICACIÓN FAMILIAR	81
4.1.2.- FACTORES DEMOGRÁFICOS	84
4.1.3.- FACTORES DE RIESGOS	86
4.1.4.- DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA	86
5.- DISCUSIÓN	89
6.- CONCLUSIONES	91
7.- ANEXOS	93
8.- REFERENCIAS	96

RESUMEN

Introducción: la atención primaria a la salud (APS), se formuló hace 25 años. En 1978, la declaración de Alma-Ata definió la atención primaria como la asistencia esencial basada en métodos y tecnología al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad; la APS, se entiende como un conjunto de actividades para la prevención, control y tratamiento de enfermedades, así como el abastecimiento de medicamentos.

La atención primaria orientada a la comunidad (APOC), surgió en la década de 1940 como extensión de la medicina familiar, está dirigida a mejorar la salud de la comunidad por medio de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar la salud de la población. En 1978, se creó la especialidad de medicina familiar y comunitaria para mejorar la APS, los programas de metodología, valores profesionales y perfil profesional, y el tiempo de realizar la medicina familiar. La medicina familiar se conoce como el médico de cabecera, es decir, el médico de la familia, por lo que debe contar con destreza en procedimientos manuales o de consultorio, experto en relaciones médico-paciente-familia-comunidad. La APS y la medicina familiar están estrechamente relacionadas.

La familia es la unión de un esposo y esposa e hijos unidos por lazos legales, económicos y religiosos. La estructura de la familia se clasifica en familia nuclear, extensa, compuesta, que cumplen un ciclo vital que es matrimonio, expansión, dispersión, independencia y retiro.

Objetivos: conocer el número de familias, así como su demografía, ciclo vital y factores de riesgo que hay dentro de la familia.

Cede: en el consultorio número uno de la clínica 5 de febrero del I.S.S.S.T.E. en México, D. F.

Material y métodos: se realizó pirámide poblacional y se aplicaron 126 cédulas de CEBIF, se revisaron las hojas de informe diario de un año.

Resultados. El promedio de los encuestados fue: de la tercera edad, del sexo femenino, con familia nuclear y un nivel educativo superior. Se encontró también que la mayoría de las madres se ocupan al hogar y los padres están jubilados, los hijos aún son estudiantes.

Conclusiones: se encontró que los principales factores de riesgo se encuentran en las enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus e hipertensión arterial, de los trastornos alimenticios la obesidad, y de las adicciones el alcoholismo.

SUMMARY

Preface: The Health Primary Attention (APS¹) was formulated 25 years ago. In 1978, the declaration of Alma-Ata defined the primary attention as the essential assistance based on methods and technology which are at the reach of all the individuals and families of the community. The APS is understood as a group of activities for the prevention, control and treatment of diseases, as well as the medicines supply.

The primary attention directed to the community (APOC²), appeared in the 40's decade as extension of the familiar medicine, an it is dedicated to improve the community health by means of strategies, methods and activities directed to improve the population health. In 1978, the specialty of familiar and communitarian medicine was created so as to improve the APS, the methodology programs, professional values and profile, and the time carry out the familiar medicine. The familiar medicine is known as the family doctor, what is to say, the doctor that take care of the members of the family; therefore, the doctor must have skill in manual or in clinical procedures, to be an expert in doctor-patient-family-community relations. The APS and the familiar medicine are tightly related.

The family is the union of a group of persons joined by legal, economical, and religious ties. The family structure is classified in central, extensive, compound family which fulfills an essential cycle that is marriage, expansion, separation, independence and retirement.

Objective: To know the number of families, as well as its demography, the essential cycle and risk factors that exist within the family

Headquarter: At consulting room number one of “Clínica 5 de Febrero del ISSSTE” in México, D. F.

Material and Methods: A population pyramid was performed and 126 CEBIF registers were applied; the daily report pages of one year were reviewed

Results: The average of the inquired persons was: of the third age, female sex, with central family and a superior educational level. Also it was found that the majority of the mothers occupied themselves at home and the parents are retired; the sons are still studying.

Conclusions: It was found that the main risk factors are in the chronic-degenerative diseases as diabetes mellitus and arterial hypertension; from the food disorders is the obesity, and from the addictions is the alcoholism

MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

1.1.1. La OPS/OMS definen a la atención primaria a la salud como la estrategia principal del sector salud, para que los países alcancen el desarrollo del milenio, reducir la pobreza, eliminar la desnutrición, reducir la mortalidad materno infantil, tener acceso a los servicios básicos de salud como son agua segura, depósito de excretas, prevenir y controlar las enfermedades con la participación de la comunidad (1, 4). Los diferentes niveles de atención médica se han organizado de acuerdo a la complejidad y acciones preventivas, curativas y de habitación.

1.1.2. En Alma-Ata (URSS, 6 al 12 de Septiembre de 1978) se expresó la acción urgente de los gobiernos a los profesionales sanitarios y a los implicados en el desarrollo de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. La atención primaria de salud es la atención sanitaria basada en la práctica científica, metodológica y tecnológicamente aceptada, puesta al alcance de los individuos y sus familiares con la participación de la comunidad, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (1-3, 5, 6).

Sus directrices fueron:

I.-Reafirmar que la salud no es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de la enfermedad, sino un derecho humano fundamental.

II.- La desigualdad en el estado de salud de las personas de países desarrollados y los países en vías de desarrollo, es inaceptable política, social y económicamente.

III.- El desarrollo económico y social, basado en el nuevo orden económico es importante para la completa salud para todos y reducir la diferencia en el estado de salud entre los países desarrollados y en los de vías de desarrollo

IV.- Las personas tienen derecho a participar individual y colectivamente en la atención sanitaria

VI.- La atención primaria a la salud es atención primaria esencial, basada en la práctica y evidencia científica en la metodología y tecnología socialmente aceptables, en un espíritu de auto dependencia y autodeterminación

VII.- Atención Primaria Sanitaria

1.- Las condiciones económicas y socioculturales se basan en la aplicación de resultados de la investigación social, biomédica y servicios sanitarios, la experiencia es en Salud Pública

2.- Se dirige a los principales problemas sanitarios y de la comunidad, promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitación

3.- Requiere educación para prevenir y control de enfermedades endémicas locales, promoción sobre el suministro de alimentos-correcta nutrición, atención materno-infantil, incluye planificación familiar e inmunización.

4.- Implica diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario

5.- Promociona un autodesarrollo comunitario e individual en planificación, organización, el desarrollo y control de la atención primaria sanitaria

6.- Mantiene un sistema de interconsulta integrando funciones y apoyo, con vistas a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados

7.- Desarrollan niveles locales y de apoyo con los profesionales sanitarios incluyendo médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales.

La conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud realiza una llamada urgente para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la Atención Primaria Sanitaria en todo el mundo. Urge por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF, y otras organizaciones internacionales, multilaterales o bilaterales y no

gubernamentales, agencias de financiamiento y profesionales sanitarios de la comunidad mundial hacia la atención primaria sanitaria y dar un soporte técnico y financiero a los países en vías de desarrollo. La conferencia hace un llamado a todos los foros para desarrollar y mantener la Atención Primaria Sanitaria de acuerdo al espíritu y contenido de esta declaración.

1.1.3. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA APS:

a) Accesibilidad y cobertura universal en función de la necesidad en salud; b) Compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario; c) Acción intersectorial para la salud; d) Costo, eficacia y tecnología apropiada a la función de los recursos disponibles.

La estructura de la función de la APS está formada por:

I) AGENTE SANITARIO.- es un trabajador de la salud que orienta, promociona y realiza acciones de atención primaria a la salud

a) Misión: efectúa estrategias de APS, trabaja con la comunidad, realiza promoción y recuperación de la salud con visitas a domicilio

b) Función: realiza control nutricional, vigilancia epidemiológica e identifica factores de riesgo en la familia, realiza educación sanitaria, promueve la aplicación de medidas de saneamiento ambiental, notifica enfermedades transmisibles, realiza vacunación, prevención de accidentes, control de los tratamientos (5, 6)

c) Actividades: realiza censos de población, familiar, vivienda, detección y captación de embarazadas, promueve el parto hospitalario, planificación familiar, programas de detección de cáncer de mama, cervicouterino y de próstata, apoyo alimentario con leche en polvo, detección de ira, diarrea, potabilización del agua, control de roedores e insectos, conservación de alimentos, control de familia en riesgo.

II) SUPERVISOR INTERMEDIO.-

a) Función: coordinar el trabajo de los agentes sanitarios y evaluar sus actividades, trabajar junto con los agentes sanitarios en la solución de los problemas personales, familiares y comunitarios, prevé y gestiona material de consumo y medicamentos de acuerdo a las normas establecidas, verifica el uso y mantenimiento del equipo de APS. Colabora en los estudios de y cursos de capacitación permanente a los agentes sanitarios, supervisa y asesora a los agentes sanitarios en operaciones y procedimientos de enfermería

III) MÉDICO SUPERVISOR.- tiene a su cargo al agente supervisor intermedio y agente sanitario.

a) Funciones: la atención del paciente, recibe información del supervisor intermedio sobre la prevención, promoción, curación, rehabilitación de la comunidad colabora en cursos de capacitación para agentes sanitarios y supervisores, supervisa las acciones del agente sanitario y del supervisor intermedio.

IV)JEFE DE ÁREA.- es el responsable de la ejecución del programa de APS en el área programada.

a) Función: supervisa y evalúa las actividades del APS, siendo responsable del cumplimiento de las funciones del médico supervisor, supervisor intermedio y agente sanitario, organiza sistemas de salud de acuerdo a su área común, de acuerdo con el director de APS, cumple y hace cumplir las normas y legislaciones vigentes.

1.1.4. CONTROL SEMÁTICO APS.

a) Calidad de la atención o asistencial: actividad encaminada a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; b) Dimensión de calidad: como eficiencia, efectividad, calidad científico-técnica, accesibilidad y satisfacción del usuario; c) Criterios de calidad: permite la conceptualización y la buena práctica; pueden ser implícitos (reflejan una situación determinada) o explícitos (condiciones a seguir en una determinada situación); d) Indicadores de calidad: puede identificar problemas o variaciones en la práctica profesional; e) Estándar de calidad: margen tolerable de desviación de la norma de un

criterio; f) Problemas de salud trazador: problema específico que sirve como patrón para evaluar la atención que brinda el servicio de salud; g) Actualidad trazadora: actividad que ejerce en la salud con posibilidad de modificarse de acuerdo a la calidad del servicio (3)

La APS atiende de cuatro maneras distintas:

I)Atendida como conjunto de actividades: se define para la comunidad o sociedad llamadas en desarrollo

II)Atendida en un nivel de asistencia: es la puerta de entrada al sistema de salud, tareas y actividades clínicas.

III)APS como estrategia: cada componente del sistema conoce a otros, sus funciones y vías de comunicación y circulación de los pacientes

IV)Atendida con filosofía: se refiere al derecho a la salud en el marco del derecho de las personas en criterio de justicia y equidad en atención del sistema de salud.

Los elementos conceptuales de APS son nueve, los cuales permiten acceder al concepto de APS:

a) APS integral: permite velar por la atención del individuo integro aún cuando la atención que necesite sea especializada; b) APS desintegrada: busca la integridad efectiva a todos los elementos del sistema de salud, está integrada a los otros sectores; c) APS

continua y permanente: la atención de salud debe ser a lo largo de su vida y en los distintos ámbitos que desempeña; d) APS activa: no se puede actuar en forma pasiva esperando la demanda de atención; e) APS basada en el tratamiento de equipo: el equipo de salud constituye el dispositivo tecnológico principal del primer nivel de atención, el trabajo de equipo se caracteriza por ser coordinado, programado y tener altas participaciones en actividades de planificación y ejecución, evolución de las actividades y contar con actividades que ayuden y capaciten las relaciones armónicas entre los componentes; e) APS programada y evaluable: la APS puede ser atendida en respuesta a las necesidades de salud de la comunidad; f) APS docente e investigadora: debe desarrollar programas de enseñanza que ayuden a los profesionistas dentro del sistema como objetivo de atención activa de la salud y no solo a la detención y tratamiento de la enfermedad (5)

1.1.5. METODOLOGÍA

I. ETAPA: preparación del proceso evolutivo

1. Selección de actividades y problemas de salud “trazadores” de la calidad de la atención:

a) Revisión documental de:

Análisis de situación de salud; actas de análisis del programa, consejos de dirección, comités científicos; resultados de inspección realizadas en institución; registrar el planteamiento de la población

b) Entrevistas a:

Personal relacionado a la conducción de la institución, servicio o programa; usuarios de servicios; proveedor directo del servicio.

2. Definición de las dimensiones de la calidad a evaluar. Esta definición dependerá de:

Tipo de institución, servicio o programa a evaluar; actividades a los problemas de salud a evaluar; tiempo disponible para la evaluación; composición y experiencia en la evaluación

Estas diferentes dimensiones de evaluar permiten mejorar la calidad en el programa y se diseñe lo que lo hace más alcanzable

3. Selección de categorías ocupacionales y personal en general para la evaluación

La calidad de la atención a la salud no solo involucra al personal técnico y profesional, sino a todos aquellos de la institución, servicio o programa, tiene incidencia directa o indirecta a los resultados.

Esta selección debe ir precedida de un análisis de:

Actividad y problema de salud en el proceso; dimensiones de la calidad de evaluar

4. Determinación de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación

En esta determinación se tiene en cuenta:

Los criterios de estructura, procesos y resultados; que en su selección, participen representantes del personal que cumplan el requisito de tener experiencia en el desempeño de las actividades o la atención a los problemas que se evaluarán; que los estándares correspondan con cifras alcanzables en condiciones de una calidad aceptable de la atención

5. Selección de métodos evaluativos a utilizar y confección de instrumentos evaluativos

Con los criterios seleccionados, se podrá seleccionar el o los métodos evaluativos a utilizar, incluyendo:

Observación, auditoría médica a observaciones clínicas individuales, familiares o epidemiológicas, encuestas, entrevistas

6. Entrenamiento del personal que participa en el proceso:

II.ETAPA: ejecución del proceso evaluativo

Aplicación de los instrumentos para evaluar los criterios seleccionados; determinar las desviaciones en relación a los estándares preestablecidos; clasificación de las desviaciones en: a) problemas de competencia y desempeño para la capacitación y b) problemas de organización: uso de recursos disponibles, establecimiento y ejecución de mecanismos de apoyo, funcionabilidad de la estructura organizativa, comunicación entre dirigentes, trabajadores y comunidad, sistemas de conocimiento y estimulación problemas de liderazgo y autoridad. Determinación de medidas correctoras a mejorar la calidad: a) elaborar el programa de mejora de la calidad con el criterio del propio personal involucrado en su ejecución; b) determinación de los plazos para monitorizar la mejora de la calidad

III.ETAPA: seguimiento del proceso.

Para el seguimiento se utilizarán los mismos instrumentos diseñados para la evaluación inicial, y se realizar las actividades de monitoreo y evaluación según lo planificado y de acuerdo con las necesidades.

1.1.6. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL PROCESO

Esta metodología se aplicó en la etapa de evaluación de una institución de atención primaria a la salud, y permitió evaluar la calidad científico-técnica de la atención que se

ofrece a pacientes afectados por hipertensión arterial esencial. Se determinó el desempeño del personal médico y de enfermería para la atención del problema de salud, y se clasificaron las áreas más afectadas.

Este procedimiento se aplicó también en un trabajo de determinación de maestría en la salud pública y se realizó a través de la metodología.

1.1.7. CONCLUSIONES

La metodología propuesta permite de forma paulatina, evaluando la calidad de la atención de diferentes problemas de salud, garantizando una adhesión adecuada de usuarios y proveedores del programa de mejora de la calidad, mantienen una participación activa desde el propio diseño de la evaluación que se realiza.

En Cuba en 1996, el ministro de Salud Pública se pronunció a tener bajo custodia a los equipos de salud, en atención primaria a la salud, por lo que no se cuenta con un modelo oficial de transferencia del paciente a través del sistema de salud (7)

1.2. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

1.2.1. ANTECEDENTES APOC

En 1978 se creó la especialidad de medicina familiar y comunitaria contribuyendo a la formación de médico familiar y mejorar la atención primaria (10)

La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es la práctica que identifica la atención primaria individual y familiar con atención comunitaria dirigida a mejorar la salud de la comunidad; hay razones para pensar que la salud comunitaria se encuentra en circunstancias que pueden imaginar en futuros menos pesimistas (8-9). La orientación comunitaria de la atención primaria está basada en los principios de la medicina comunitaria.

En la conferencia de ALMA-ATA de la Organización Mundial en 1978 sobre la atención primaria de la salud (APS) se hizo referencia a la Medicina Comunitaria, exactamente en sus implicaciones interdisciplinarias a la salud. La APS, por la orientación de la especialidad médica que atiende, se asemeja a la medicina interna en la comunidad por el enorme incremento en su capacidad resolutive y en algunos casos con altos grados de calidad y de atención prestada.

El modelo APOC surgió en 1940 como extensión del médico familiar gracias a los médicos familiares S. L Kark y E. Kark en una zona rural de Sudáfrica. La APOC es

atención primaria en una población determinada según sus necesidades de salud y es responsable por la salud de los miembros de la comunidad (12)

1.2.2 BASES CONCEPTUALES DEL MODELO APOC

La nueva concepción de atención primaria junto con la epidemiológica y el desarrollo de la salud comunitaria, constituyen los fundamentos de APOC. La práctica de la salud comunitaria se encuentra en la medicina de cabecera tradicional en el médico rural (8-9).

1.2.3. REQUISITOS BÁSICOS PARA DESARROLLAR LA PRÁCTICA DE APOC

1. La existencia de un servicio de atención primaria con las características de accesibilidad, continuidad de la atención, coordinación con otros servicios y responsabilidad de la salud en los individuos y la comunidad

2. Intereses en los profesionales para ampliar la práctica clínica a la atención a la comunidad

3. Focalización de la atención sobre la comunidad identificando las necesidades de la población, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.

1.2.4. BASES METODOLÓGICAS DE APOC

La definición y características de la comunidad es esencial para la práctica de la APOC; el equipo asume la responsabilidad sobre su estado de salud.

La epidemiología en la APOC se interesa por la información generada a nivel de la comunidad, analiza el servicio de atención primaria y aplica en forma directa a la comunidad a través de acciones realizadas por el propio equipo.

Los programas de salud comunitarios permiten abordar de forma sistemática los problemas de salud identificados como prioritarios. La participación de la comunidad en la etapa del proceso APOC dependerá de las características culturales y sociales de la población, así como su organización y motivación de salud. (9)

1.2.5. CONCLUSIONES

Las conclusiones planteadas, a modo de análisis, se refieren a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de APOC en el momento actual así como en sus líneas de futuro.

1. Fortalezas.

- I) Necesidad de salud comunitaria como motor de la APOC
- II) Metodología sistemática, lógica científica y práctica para el trabajador de salud
- III) Organización que permite y promueve la democracia y el trabajo multidisciplinario
- IV) Mercadotecnia para evaluar los logros en la comunidad
- V) Recursos disponibles comunitarios tanto humanos como materiales
- VI) Formación y educación en el proceso de trabajo en equipo y desarrollo que exige la APOC

2. Debilidades.

- I) No conseguir a los profesionistas
- II) La metodología exige mucho tiempo y requiere de asesoría y de epidemiología
- III) La organización requiere cambios de actitud del médico para participar en la comunidad
- IV) Mercadotecnia para observar los resultados en los equipos de salud

V)Recursos que requieran apoyo y más trabajo

3. Oportunidades

I)Ofrece la oportunidad de ensanchar los límites de APS a la comunidad

II)Unificar conceptos sobre el desarrollo de la salud en la comunidad desde la atención primaria

III)Ofrece financiamiento e incentivos de acuerdo a los logros

IV)Elementos para articular las estrategias y acciones de salud pública en la APS

V)Contribuye al desarrollo comunitario

VI)Las instituciones de la comunidad se integran en pos de objetivos comunes

VII)Mejora el uso de recursos

VIII)Extiende actividades a todos los niveles

IX)Mejora la atención primaria en la calidad de atención continua y el acceso

4. Amenazas.

I) Déficit de conocimientos, herramientas y financiamiento, habilidad, investigación, y modelos de atención

II) Predomina el modelo curativo de atención primaria

III) Ausencia tecnológica

IV) Confusión de estrategias y metodología

V) Dificultad en el trabajo de grupo y equipo

VI) El uso político que se pueda dar

VII) Dificultad para orientar el modelo a la comunidad

VIII) Visión como práctica relevante en los sectores de salud

Este análisis externo e interno, se ha resumido en:

La necesidad de que APOC sea un paradigma para la provisión de la atención primaria a la salud; manteniendo los elementos esenciales con herramientas útiles,

prácticas, factibles y flexibles para el desarrollo de la APOC; establecer una red de comunicaciones con la experiencia de APOC en el mundo; el liderazgo creciente de la comunidad en este proceso; la necesidad de establecer un referente para la formación de atención primaria de salud; garantía de apoyo y soporte a las actividades orientadas a la APOC (11)

1.2.6. METODOLOGÍA DE LA APOC

La APOC propone una metodología práctica y experimentada con estrategia población. Metodológicamente la APOC consiste en un proceso clínico de planificación que se basa en las necesidades de la población, y su ciclo sigue la metodología de planificar en programas de salud con carácter básico en:

1) Examen preliminar de la comunidad: la etapa inicial del ciclo de la APOC describe las características de la comunidad atendida para enlistar las necesidades y problemas de salud

2) Priorizar los problemas más importantes de la población

3) Diagnóstico comunitario: se basa en la distribución del problema priorizado en la comunidad, el diagnóstico permite evaluar los cambios en nuestra intervención. El

diagnóstico de APOC tiene características selectivas, de modo activo y exhaustivo, permitiendo tomar la decisión de intervenir en forma adecuada sobre el individuo.

- 4) Planificar el programa para los problemas de salud
- 5) Ejecución de dichos programas
- 6) Vigilancia y evolución de los programas con modificaciones a seguir o suspender
- 7) Reexamen de la situación de salud comunitaria. (9-12)

Hay que comentar que en los últimos años ha renacido la necesidad de establecer un discurso entre la práctica médica y la salud pública (8). Se concluye así, que las principales necesidades para el desarrollo de la APOC son:

El uso de herramientas fáciles para el desarrollo de APOC; extensión de los conocimientos y actividades, logros y dificultad de los modelos de la APOC; crear un marco para la inclusión de la salud pública en el proceso de trabajo de la APOC; fondos para la investigación, educación, práctica del modelo APOC; crear un plan estratégico que incluya financiación, mercadotecnia, educación e investigación; disponibilidad y entrenamiento de formadores, estudiantes y profesores de la atención primaria

Se pone de manifiesto la necesidad de orientar o afirmar estrategias y métodos de la APOC. Su desarrollo está íntimamente relacionado con los modelos del sistema de salud así como formación de los equipos de salud en el nivel primario y de la comunidad.

1.3. MEDICINA FAMILIAR

1.3.1. ANTECEDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

El médico familiar es el médico de contacto primario que otorga atención integral y continua (18); se le conoce también como médico de cabecera, es decir, como médico de la familia (16). La medicina familiar es sinónimo de atención primaria o práctica familiar (17).

En 1975 se inician las labores del departamento de medicina general y familiar comunitaria de la UNAM en la facultad de medicina, y surge como consecuencia inmediata el establecimiento de la residencia de medicina familiar iniciada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en marzo de 1971 y al reconocimiento del curso de especialización en medicina familiar del IMSS, por parte de la división de estudios de posgrado de la UNAM en 1974. (13)

En 1978 se creó la especialidad de medicina familiar y comunitaria y ha tenido cambios para mejorar la formación de médicos familiares y la atención primaria (10, 14). La investigación en el primer nivel de atención puede definirse como el proceso para mejorar la práctica médica al ser parte del ejercicio científico de medicina familiar (15).

Las principales aportaciones del programa son: metodología, valores profesionales, perfil profesional y tiempo.

1.3.2. METODOLOGÍA

Alcanzar la validez del programa para convertirse en un referente en metodología formativa de posgrado.

Existen tres elementos en el programa:

1. Definición en los niveles de prioridad:

Prioridad uno: las competencias son indispensables para todos los residentes

Prioridad dos: las competencias son importantes y adquiridas por la mayoría de los residentes

Prioridad tres: la adquisición de las competencias con un criterio de excelencia

2. La definición de los niveles de responsabilidad.

Nivel primario: el médico familiar debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar los problemas sin necesidad de otro nivel

Nivel secundario: consulta a otro nivel que es requerida en la evolución o tratamiento de este tipo de problema

Nivel terciario: diagnóstico y tratamiento de este problema es competencia de otros especialistas, el médico familiar es capaz de informar, apoyar al paciente y su familia y coordinar la continuidad de la atención

3. Métodos informativos propuestos. Se considera la flexibilidad como cualidad intrínseca del programa y lo importante son las competencias que van adquiriendo. Los básicos son el auto-aprendizaje dirigido al aprendizaje de campo, y que se puede complementar con los cursos, talleres y trabajos en grupo para adquirir conocimientos nuevos, aprender habilidades o mejorar actitudes.

1.3.3 VALORES PROFESIONALES

Los valores profesionales del médico familiar, se vinculan al compromiso con las personas; su compromiso social y ético; su compromiso con la mejora continua y con la propia especialidad. El médico familiar se capacita para dar atención médica continua e integral al individuo y su familia, comprendiendo una perspectiva de aspecto biológico y psicológico que permite el seguimiento del proceso de salud y enfermedad de los individuos de la comunidad (10-17)

La cercanía de la medicina familiar a la realidad social y su importancia en el sistema sanitario hace que se profundicen las áreas de la medicina familiar como atención a la

familia, a la comunidad y la atención al individuo en sus necesidades y problemas de salud, como abordaje de grupos poblaciones y grupos de alto riesgo.

No solo se forman médicos que trabajen en la atención primaria, sino que adquieren un perfil profesional adecuado al médico familiar. El nuevo programa no solo tiene interés para los tutores y residentes, sino para todos los médicos en la competencia de medicina familiar y comunitaria (10)

1.3.4. PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

Es la entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud, integra las ciencias biológicas, sociales y psicológicas. El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria siendo integral y continua, es coordinador de los recursos disponibles en la comunidad para la atención de los problemas de salud. Efectúa acciones preventivas y de educación para la salud sin que ello limite su capacidad para diagnosticar y tratar padecimientos agudos y crónicos en la población.

El médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona del núcleo familiar, enfrenta los problemas de salud de sus pacientes y maneja el concepto epidemiológico de riesgo que se aplica en lo individual y colectivo (14, 19)

1.3.5. ACTIVIDADES DEL MÉDICO FAMILIAR

Consejería y/o terapia individual, familiar, grupal, prematrimonial y matrimonial; asesoramiento genérico y cuidados prenatales; medicina preventiva; terapia clínica ambulatoria; abordaje integral de los problemas de salud; atención continua en la consulta externa y cuidados; visitas comunitarias domiciliarias; participación y organización de actividades comunitarias; participación y organización en actividades docentes para el personal del salud y la comunidad; medicina comunitaria y diagnóstico de salud comunitario; medicina costo efectiva (16)

1.3.6. PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DEL MÉDICO FAMILIAR

El programa actual está conllevando más de tres años, si contabilizamos el tiempo de guardias y los tiempos de formación teórico-práctico, y se efectúan fuera del horario laboral. La especialidad tiene dos metas principales: la calidad de la atención y las normas del programa de entrenamiento (7, 10)

El médico familiar debe ser buen clínico, científico, docente, consejero de sus pacientes, educador, compañero accesible y competente.

Se establecen cinco grandes áreas de práctica profesional del médico familiar:

I. Área de atención individual

a) Justificación: la responsabilidad del médico familiar es prestar una atención clínica electiva y eficiente durante el proceso de diagnóstico y tratamiento. La responsabilidad se extiende a la asistencia de enfermedades crónicas, la atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital al estar implicado en todas las etapas de la enfermedad. Los pacientes que van al médico familiar tienen una mezcla de factores físicos, psicológicos y sociales. La sociedad demanda un médico familiar con adecuada actualización y formación científico-técnica; por ello la relación médico-paciente tiene un lugar privilegiado

b) Actitudes: su compromiso con la salud de las personas, así como ser su responsabilidad en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. La práctica del médico familiar se fundamenta en el respeto a la vida y a la persona

c) Actividades: entrevista, determina los problemas de salud, completa la historia clínica, utiliza la tecnología para la atención primaria, atención clínica-terapeuta, atención de los pacientes con enfermedades y problemas, la atención primaria, atención del niño y del adolescente, atención a la mujer, atención al paciente en situación terminal, atención integral al anciano y contexto familiar, actitudes preventivas

II. Área de atención a la familia:

- a) Justificación: la base de la medicina familiar es individuo, familia y médico

- b) Actitudes: el médico familiar debe ser un elemento neutro en cada miembro de la familia

- c) Actividades: realiza información sobre la estructura y composición familiar

III. Área de atención a la comunidad

a) Justificación: la atención primaria forma parte del sistema de atención a la salud en nuestro país, en 1978 se llamó médico familiar y comunitario y su cometido era promover la salud, prevenir la enfermedad y desarrollar educación sanitaria a nivel mundial, familiar, y comunitario

b) Actitudes: la disciplina básica de la medicina comunitaria, destacando la epidemiología como disciplina central. El problema esencial es la formación del médico familiar en medicina comunitaria, por ello se requiere sentido de responsabilidad sobre la salud comunitaria, tener en cuenta que la salud no es solo una responsabilidad del profesionalista sino que se ven involucradas las limitaciones de los recursos

c) Actividad: recopilar datos de la comunidad para delimitarla y caracterizarla, identificar los problemas y necesidades de la salud en la comunidad, determinar los problemas de salud prioritarios en su comunidad, diseñar programas comunitarios, con

metodología y planificación, realizar acciones para la educación en la salud y promoción de la participación comunitaria, crear comunicaciones de voluntariado y grupos de autoayuda

IV. Área de docencia e investigación

a) Justificación: una vez realizada la formación del médico familiar necesita desarrollar sus actividades de docencia: formación continúa dentro del equipo de atención primaria donde el papel del médico familiar es fundamental. Docencia a otros profesionales siendo una actividad de aprendizaje valiosa

b) Actividades: disposición para el estudio continuo, curiosidad para los avances científicos-teóricos así como discutir los conocimientos con otros profesionales

c) Actitudes: desarrollar hábitos de lectura, asistir a actividades de formación y de docencia.

V. Área de apoyo

Se subdivide en:

1. Trabajo de equipo:

- a) Justificar tareas y funciones que desarrollan del equipo de atención primaria; el médico de familiar debe ser consciente y conocer la dinámica de trabajo en equipo
- b) Las actitudes con respecto hacia los otros profesionales del equipo
- c) Las actividades consisten en participar en la confección de las normas y procedimientos que regulan el funcionamiento del equipo

2. Gestión de recursos en la administración sanitaria

- a) Justificación: el marco laboral del médico familiar en el sistema sanitario público en nuestro país es el sistema nacional de salud (SNS)
- b) Actitudes: tiene presente que los recursos son limitados
- c) Actividades: organiza funciones a desarrollar, y evitar varias consultas de un solo paciente

3. Sistemas de registro e información sanitaria

- a) Justificación: intervenir en diversos procesos de salud-enfermedad (promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad)

b) Actitudes: requiere de información para la toma de decisiones

c) Actividades: colaborar en los registros de población, actualizar el registro de morbilidad, tener un sistema de calificación de enfermedad y problemas de salud

4. Garantías de calidad

a) Justificación: no ser solo un prestador de asistencia sanitaria a la comunidad, si no un asistente sanitario a calidad

b) Actitudes: reconocer nuestros trabajos, actividades de garantía de calidad

c) Actividades: tener en cuenta la disminución de calidad, conocer los rendimientos teóricos y prácticos

El médico familiar no es terapeuta familiar sino un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros (19)

1.3.7. CONSIDERACIONES DE LOS MÉDICOS FAMILIARES

La falta de actualización, falta de desarrollo de trabajo e investigación en el ejercicio de la medicina familiar e investigación en el ejercicio de medicina familiar; ausencia de la

práctica de la investigación en el primer nivel de atención; es necesario completar las prácticas médicas con actividades médicas de investigación, para mejorar la calidad de atención médica que el instituto ofrece; el médico familiar debe clarificar sus objetivos y establecer sus prioridades; desarrollo de proyectos de investigación y recurrir a la asesoría de expertos; los médicos familiares deben conocer las necesidades de utilizar teorías y técnicas creativas e innovadoras como resultado de la investigación práctica; identificar la oportunidad para modificar la práctica profesional con sustento teórico científico; la responsabilidad institucional al desarrollo de la capacidad teórico-científica para desarrollar sus propios recursos.

En la práctica sistemática en el ejercicio profesional del médico familiar se identifican alternativas:

1. Establecer a nivel institucional diversos estímulos de desarrollo profesional; desarrollar núcleos de investigación en medicina familiar en cada región geográfica, política o administrativa; resolver la ausencia de un organismo descentralizado que se encargue de fomentar la práctica sistemática de la investigación en el ejercicio de la medicina familiar.

1.4. FAMILIA

1.4.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA

La familia es una institución con funciones sociales; es el espacio para la procreación de la especie (21). Es un grupo formado por marido, mujer e hijos siguiendo la unidad básica de la cultura oriental con la responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad dando apoyo emocional y físico, así como proporcionar a sus integrantes protección, compañía, alimento y cuidado a la salud.

La familia constituye el núcleo de la sociedad en donde se encuentran unidos los aspectos de sociedad: económico, jurídico y cultural. La familia es la estructura social básica donde los padres e hijos se relacionan, cuya relación se basa en fuertes lazos afectivos entre todos sus miembros sin perder la propia identidad.

La familia es la base de la sociedad y tiene como responsabilidad básica la organización social, atención, afecto, reproducción y otorgamiento de un estado. Proporciona la salud y el bienestar básico del individuo, sigue siendo la unidad principal de salud (24)

La familia encuentra su origen en el matrimonio, consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión y sus miembros se mantienen unidos por lazos legales, económicos y

religiosos. Es el lugar donde las personas aprenden a cuidar y ser cuidadas, a confiar y a que confíen en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas.

La sociología, considera a la familia como un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco, siendo los principales los vínculos de la afinidad derivados del establecimiento de un vínculo conocido socialmente como matrimonio.

La familia compuesta es solo madre, o padre y los hijos, si son adoptados o si tienen vínculo consanguíneo con alguno de los padres.

1.4.2. ETIMOLOGÍA

El origen etimológico de la palabra familia, es muy incierto. Unos sostienen que proviene de la voz latina *fames* (“hambre”); otros afirman que vienen de la raíz latina *famulus* (“sirviente o esclavo doméstico”). En la estructura original romana, la familia era regida por el pater familias, quien detentaba todos los poderes, incluido el de la vida y la muerte, no solo sobre sus esclavos, sino también sobre sus hijos huérfanos.

1.4.3. LA INSTITUCIÓN FAMILIAR

La razón de la existencia de la familia no puede abordarse únicamente como la respuesta a la necesidad de reproducción biológica de las sociedades. Si se considera que la familia debe reproducirse biológicamente, esta función se traslada a los mecanismos socialmente aceptables como la adopción; por otra parte, la reproducción social no es la única potestad de las familias. La primera socialización de los nuevos individuos de una sociedad, por medio de lo que se llama educación, que se realiza de acuerdo al código cultural de cada sociedad.

Por otra parte, la mera consanguinidad no garantiza el establecimiento automático de los lazos solidarios con los que se suele caracterizar a las familias. Los lazos familiares, por tanto, son resultado de un proceso de interacción entre una persona y su familia.

1.4.4. HISTORIA DE LA FAMILIA

Antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. En las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban junto parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era normal el

infanticidio (muerte dada violentamente a un niño de corta edad) y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar.

Después de la reforma protestante en el siglo XVI, el carácter religioso de los lazos familiares fue sustituido en parte por el carácter civil. Los países occidentales actuales reconocen la relación de familia fundamentalmente en el ámbito del derecho civil, y no es sino hasta el siglo XVIII que incorporan el concepto de infancia actual (20).

1.4.5. CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA (INEGI)

A) Con base a su desarrollo: moderna; tradicional

B) Con base a su demografía: urbana; rural

C) Con base a su integración: integrada; semi-integrada; desintegrada

D) Con base a la ocupación del jefe (s): campesino; obrero; profesional; técnico

E) Con base a su estructura

a) Nuclear.- formada por jefe, cónyuge con o sin hijos; jefes e hijos

- b) Ampliada.- formada por jefe, con o sin cónyuge, con o sin hijos y con otros parientes (consanguíneos)
- c) Compuesta.- formada por jefes, con o sin cónyuges, con o sin hijos, con otros parientes y no parientes, es decir, hogar nuclear o ampliado
- d) Extensa.- conjunto de hogares formada por los ampliados y los compuestos. (25)

1.4.6. CLASIFICACIÓN DE FAMILIA

1. Familia nuclear o elemental.- compuesta de esposo (padre), esposa (madre), e hijos
2. Familia extensa consanguínea.- la unidad nuclear se extiende a dos generaciones con uniones consanguíneas, incluyendo padres, hijos, tíos, abuelos
3. Familia extensa compuesta.- incluye la familia extensa más miembros sin nexo consanguíneo (amigos, compadres) (25)
4. Familia mono parietal.- constituida por un padre y sus hijos
5. Familia de madre soltera.- la madre al inicio asume la crianza de sus hijos

6. Familia de padres separados.- la familia en la que los padres se encuentran separados. No viven juntos; no son pareja; pero cumplen con el rol de padres ante los hijos (23)

1.4.7. MODO DE SER FAMILIA

A) Familia rígida.- los hijos son sometidos por la rigidez de los padres siendo autoritarios

B) Familia sobre protectora.- sobre protegen a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y la autonomía de sus hijos.

C) Familia centrada en los hijos.- los padres no enfrentan sus propios conflictos y centran su atención en sus hijos; “viven para y por sus hijos”

D) Familia permisiva.- los padres son incapaces de disciplinar a los hijos, con la excusa de no ser autoritarios les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran.

E) Familia inestable.- la familia no alcanza a ser unida, los hijos crecen inseguros, desconfiados, temerosos, con gran dificultad de dar y recibir afecto.

F) Familia estable.- la familia se muestra unida, los hijos crecen estables, seguros, confiados, le resulta fácil dar y recibir afecto; cuando adultos son activos y autónomos, se sienten felices y con alto grado de madurez e independencia.

1.4.8. FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia tiene la responsabilidad básica de:

- 1) Adaptación social o socialización.- tiene la responsabilidad de crear un individuo social capaz de participar en la sociedad; la madre es el educador primario de la familia con la responsabilidad de socializar a sus hijos.
- 2) Cuidado o atención.- la familia resuelve las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a la atención de los sistemas de salud.
- 3) Afecto.- la familia debe llenar las necesidades afectivas de cada uno de sus miembros proporcionando afecto, cariño, amor en los subsistemas que la componen: conyugal; filial; paternal

El padre desempeña el papel de instrumento en la familia, la madre responde más a las necesidades emocionales de la familia. Abraham H. Maslow distingue cinco tipos de necesidades:

1. Necesidades fisiológicas: hambre, sexo, actividades físicas;
 2. Necesidad de seguridad: necesidad y protección;
 3. Necesidad de pertenencia y amor: amor, afecto;
 4. Necesidad de respeto: que la familia tenga un concepto propio, estable y positivo y el respeto de los demás;
 5. Necesidad de auto actualización: culminación de otras necesidades
- 4) Reproducción.- el matrimonio como institución legal; la función de la familia es proveer a nuevos miembros a la sociedad
- 5) Estatus y nivel socioeconómico.- está relacionado a la tradición familiar y sus derechos. (22, 24, 25)

1.4.9. CICLO VITAL DE LA FAMILIA

- A) Fase de matrimonio.- se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial a la llegada del primer hijo

B) Fase de expansión.- cuando se incorporan nuevos miembros a la familia unidos por un lazo consanguíneo

C) Fase de dispersión.- cuando los hijos van a la escuela, los mayores están en la adolescencia y ninguno trabaja

D) Fase de independencia.- sus hijos han formado nuevas familias, pueden tener la responsabilidad de cuidar a los padres

E) Fase de retiro y muerte.- inicia cuando todos los hijos han abandonado el núcleo familiar o cuando el padre se jubila. Se han identificado cuatro circunstancias difíciles:

a. Incapacidad laboral

b. Desempleo

c. Agotamiento de recursos económicos

d. Familia de los hijos casados en fase de expansión

1.5. MODELO DE SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO-FAMILIAR: MOSAMEF

Modelo para la práctica médica familiar, diseñado por profesores del departamento de medicina familiar de la Universidad Autónoma de México (UNAM) dándose a conocer en 1995 y se creó en forma de protocolo para la atención sistemática a la familia.

1.5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la conferencia de ALMA-ATA, que define la atención primaria a la salud como asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología científicamente fundada y socialmente aceptada para todos. La atención primaria forma parte integral del sistema nacional de salud, cuya función principal es el desarrollo social y económico de la comunidad.

La declaración se inspira en la revolución francesa, pero no se ve plasmada en ningún texto legal. En 1883, el Parlamento de Prusia aprueba la ley de seguro obligatorio de enfermedad que a futuro se conoce como los seguros sociales.

1.5.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN MÉXICO

Periodo de creación y crecimiento lento de las instituciones de salud (1917-1958): el proceso de creación de las instituciones de salud tuvieron un momento importante en 1943, cuando surge el Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaria de Seguridad y Asistencia.

MOSAMEF

Se origina a partir de las preguntas fundamentales: ¿cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la medicina familiar?, ¿cómo identificar las necesidades de atención a la salud familiar?, ¿cómo verificar que la atención familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias.

La atención primaria es el marco ideal para desarrollar un programa de actividades preventivas y promoción de la salud.

Para lograr sus propósitos, el médico familiar debería conocer la estructura familiar que estén a sus cuidados, características de la pirámide poblacional, patologías más frecuentes, demanda de servicios en su consultorio y tener un impacto positivo en la salud familiar

El MOSAMEF pretende incidir en los cinco campos de acción presentados en la carta de Ottawa, en la segunda conferencia internacional de promoción de la salud:

1. Reorientar los servicios de salud
2. Mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida
3. Crear un “medio ambiente” saludable
4. Elaborar políticas explícitas para la salud
5. Reforzar la acción comunitaria para la salud

Una vez identificadas las características biosociales de las familias bajo su cuidado, el médico familiar puede implantar medidas de prevención familiar y promoción de la salud en el consultorio de medicina familiar; para realizar diagnósticos de diversas patologías así como cuidados en la salud de los familiares.

1.5.3. MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR

En de 1991, en Perugia, Italia, se realizó una reunión con 17 médicos familiares de diferentes países, para elaborar un documento con los objetivos de “salud para todos en el año 2000”.

La OMS elaboró conclusiones explícitas:

- 1) La medicina familiar es lo que más apoya el objetivo de “salud para todos”
- 2) El médico familiar tiene un papel vital en el cambio, no solo como “ portero del sistema” sino como abogado de la salud de sus pacientes
- 3) La medicina familiar es la base del sistema sanitario en cualquier país
- 4) La creación del departamento universitario de medicina o atención primaria a la salud es vital para la medicina de familia afectiva
- 5) El reconocimiento del médico de familia como disciplina de identidad propia, es requisito para una investigación, formación y educación.

Desde hace 25 años los documentos fundamentales de de Varela Rueda señala la realización del curso de medicina familiar en el IMSS. Da más importancia a cuestiones

epidemiológicas que al estudio longitudinal de la familia que es característica de la especialidad de medicina familiar; y que sean capaces de aplicar el modelo biosicosocial para proporcionar una asistencia integral de calidad, casi como medicina preventiva y promoción a la salud.

1.5.4. MOSAMEF Y EL MÉDICO FAMILIAR

La función del médico familiar es ayudar a la familia en su manejo de las enfermedades comunes y como reducir o prevenir las futuras enfermedades.

El modelo de atención primaria a la salud actúa sobre los factores de riesgo, mediante el diagnóstico de identificar los factores de riesgo en los miembros de la población, y actúa para cancelar, modificar o atender los factores de riesgo.

El médico familiar debe ser buen clínico, consejero, científico, asesor, educador, empatía, trabajos receptivos accesibles, sistemático, respetuoso, comunitario, preocupado por el paciente; deberá trabajar en equipo.

Un médico de familia debe realizar actividades en:

Área de atención al individuo; área de atención a la familia; área de atención a la comunidad; área de formación, docencia e investigación; área de apoyo: con trabajo en equipo, sistema de registro e información y garantizar calidad

El médico familiar es un clínico que asume la importancia de la familia sobre como enfrentar la enfermedad de sus miembros.

1.5.5. ANTECEDENTES SOCIO-POLÍTICOS DEL MOSAMEF

Hay tres elementos principales:

Costos de atención en salud; problemas de la acceso a la atención médica; percepción de los usuarios en la calidad de atención que no es optima.

El MOSAMEF, visto de forma integral, es una equivalente a:

Comunidad orientada a la atención primaria; población en la práctica familiar; práctica de la comunidad orientada a la atención primaria; la ecología de la asistencia médica

El MOSAMEF tiene los mismos principios del modelo ecológico de asistencia médica propuestos por White entre los que destacan:

Microambiente y macro ambiente (físico y social); acceso a los servicios de salud (nivel de atención preventiva, curativa y de rehabilitación); factor hereditario; estilo de vida (manejo de enfermedades crónico degenerativas)

La filosofía del modelo ecológico de salud señala a la medicina como institución de la sociedad con la tarea primordial de recuperar la salud a la población por medio de curación o prevención

1.5.6. PERSPECTIVAS DEL MOSAMEF

Deberá incluir el proceso de:

Actualización periódica; evaluación operativa; establecimiento de estrategias para los problemas de salud y anticipación del daño

Los programas de calidad incluyen cuatro frases:

1. Identificar las características de la comunidad
2. Señalar los problemas de salud de la población
3. Modificar los problemas detectados en la práctica asistencial

4. Seguimiento del impacto de la prevención

(26)

1.6. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son cualquier cosa, circunstancia, situación y atributos presentes en una persona o grupo asociado a aumentar las posibilidades de desarrollar o tener una enfermedad.

Hay que diferenciar los factores de riesgo con los factores de pronóstico, que son los que predicen el curso de la enfermedad presente. Los factores de riesgo no son necesariamente la causa, solo pueden estar asociados a los eventos, pueden tener un valor predictivo en la prevención individual y en la comunidad (27, 28)

1.6.1. TIPOS DE RIESGO

Es el grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad y se cuantifica como:

1. Riesgo individual: posibilidad de un individuo o comunidad para hacer afectados por la enfermedad

2. Riesgo relativo: es la relación de la frecuencia de la enfermedad con los sujetos expuestos al factor causal y frecuencia de lo expuesto

3. Riesgo atribuible: parte del riesgo del individuo que se relaciona con el factor estudiado

4. Fracción etiológica del riesgo: es el riesgo total de un grupo que se relaciona con el factor estudiado (28)

Los factores de riesgo pueden ser de diferentes tipos, pero su principal característica es la ligada a la posibilidad de modificarlas.

1) No modificables.- edad, sexo, antecedentes heredofamiliares, coropatía prematura, patología familiar, clima, grupo étnico, defunciones

2) Modificables.-

a) Estilo de vida: alimentación (obesidad, desnutrición), actividad física (sedentarismo), ingesta de alcohol, hábito del tabaquismo, hábitos higiénicos, conducta sexual, integración y dinámica familiar, educación, problemas de salud, adicciones.

b) Económicos: fuente de trabajo, ocupación, ingresos, vivienda, prestaciones.

- c) Ambientales: calidad del agua, disposición de excretas, disposición de la basura, contaminación del aire, fauna nociva, forestación vías de comunicación, seguridad pública, ruido.
- d) Relación con los servicios de salud: aceptabilidad, disponibilidad y accesibilidad a los servicios públicos.
- e) Socio-culturales: educación religiosa, organización social (comunidad, instituciones religiosas), tradiciones y mitos (27, 29)

1.6.2. PROCESO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS A LA SALUD

Elaborar un expediente clínico familiar que incluya factores de riesgo para evaluar a cada miembro, así como sus riesgos de salud en la actualidad y a futuro, identificar los recursos familiares para resolver los riesgos, tener programas preventivos para evaluar y reducir los riesgos, realizar un programa para el seguimiento del cumplimiento y progreso de las modificaciones, realizar diagnóstico, y prevención para el tratamiento definitivo, con farmacología y modificar el estado de vida (28)

1.7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se tiene el informe que durante el Segundo Censo de Población y Vivienda 2005, se contaron 103 263 388 habitantes en México; en el D. F. hay 8 720 916 población total (8.44% de la población).

Por el número de habitantes que tiene una población se determina si es rural o urbana. Según la INEGI, es rural cuando se tiene menos de 2 500 habitantes, y es urbana donde viven más de 2 500 personas.

Urbana: en 1950, poco menos de 43% de la población en México vivían en localidades urbanas, para el 2005 la cifra aumentó a casi 76%

Rural: los habitantes de las comunidades ha disminuido en 1950, era poco más del 57% del total de la población del país. En el 2005, la cifra disminuyó hasta el 24%.

En el D. F., en el año 2005 se contaba con 4 177 683 hombres y 3 549 233 mujeres. La SSA reportó en el 2007 1 971 374 nacimientos, en el 2008 1 955 284 y para el 2014 se esperan 1 880 026. Respecto a las defunciones en el 2007 se registraron 509 230, en el 2008 517 852 y para el 2014 se estiman 580 728 defunciones.

TASA BRUTA DE NATALIDAD (POR MIL)	2005.- 19.3
	2008.- 18.3

2014.- 16.9

TASA BRUTA DE MORTALIDAD (POR CIEN)

2005.- 4.8

2008.- 4.9

2014.- 5.2

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR CIEN)

2005.- 16.8

2008.-15.2

2014.- 12.3

ESPERANZA DE VIDA (POR CIEN)

Hombres:

2005.- 72.2

2008.- 72.2

2014.- 73.7

Mujeres:

2005.- 77.0

2008.- 77.5

2014.- 78.3

La consulta externa en el 2006 en las 17 delegaciones fue:

Número de consulta a primer nivel: 3 680 714

Consulta general: 3 166 802

De especialidades: 75 650

Odontología: 438 262

Urgencias: 30 400

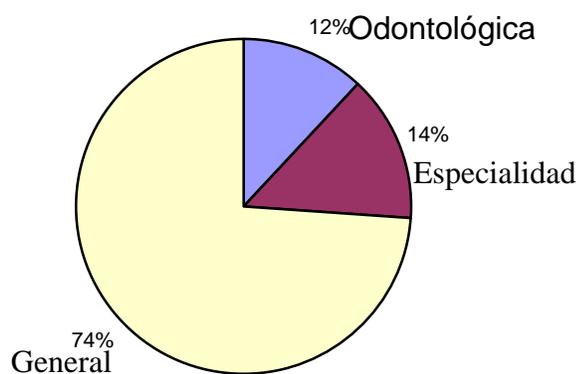
Número de consulta a segundo nivel: 852 470

Consulta general: 78 367

De especialidades: 548 273

Odontología: 125 830

Urgencias: 701 799



1.7.1. MORBILIDAD

Las diez principales causas de morbilidad hospitalaria del 2006 fueron:

a) Parto único espontáneo: 26.5%

b) Causas obstétricas directas: 15.0%

- c) Traumatismo, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas:
11.9%
- d) Aborto: 6.3%
- e) Afecciones de origen perinatales: 4.9%
- f) Enfermedades de apéndice: 3.1%
- g) Diabetes mellitus: 2.2%
- h) Hernia abdominal: 2.1%
- i) Colelitiasis y colecistitis: 1.9%
- j) Enfermedades infecciosas intestinales: 1.8%

1.7.2. LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL		
DISTRITO FEDERAL 2006		
PADECIMIENTO	No. DE CASOS	TASAS [%]
ENFERMEDADES DEL corazón ^{b/}	9,917	112.5
Enfermedades isquémicas del corazón	7,041	79.9
Diabetes mellitus	8,435	95.7
Tumores malignos	6,867	77.9
Enfermedades cerebro vasculares	2,783	31.6
Enfermedades del hígado	2,506	28.4
Enfermedad alcohólica del hígado	1,025	11.6
Accidentes	2,026	23.0
De tráfico de vehículos de motor	1,131	12.8
Influenza y neumonía	1,630	18.50
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,509	17.1

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ^{c/}	1,235	14.0
Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	650	6.9
Insuficiencia renal	908	10.3

1.8. JUSTIFICACIÓN

Magnitud.- ¿Cuántas familias hay en la Clínica 5 de Febrero?

Factibilidad.- en mi unidad se cuenta con un archivo clínico, departamento de estadística, pacientes, consultorios, vigencia de derecho, cédula básica de identificación familiar (CEBIF)

Utilidad del trabajo.- los resultados servirán para conocer las características de la familia, sus principales causas de consulta, por incidencia y prevalencia, el diagnóstico, tratamiento y resultados de los pacientes adscritos al consultorio número 1 de la Clínica 5 de Febrero del ISSSTE en México, D. F.

1.9. OBJETIVOS

1.9.1. Objetivos Generales

Aplicar el método sistemático de atención médica familiar MOSAMEF y determinar las diez principales causas de consulta en el consultorio número uno de la clínica 5 de Febrero del ISSSTE.

1.9.2. Objetivos Específicos

Identificar los tipos de familia según su estructura y etapa de ciclo vital con la aplicación de la cédula básica de información familiar (CEBIF)

Identificar los principales factores de riesgo en la familia que acuden al consultorio número uno de la clínica 5 de Febrero

Identificar los aspectos de edad, sexo, escolaridad y ocupación de cada miembro de la familia

2. HIPÓTESIS

Debido a que este estudio es descriptivo, no requiere la elaboración de una hipótesis

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y retrospectivo

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

La población total del consultorio número uno del turno matutino, de la clínica 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, está constituido por 395 familias en 1,543 derechohabientes adscritos; dato obtenido mediante el conteo de los expedientes clínicos

2. HIPÓTESIS

Debido a que este estudio es descriptivo, no requiere la elaboración de una hipótesis

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo y retrospectivo

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

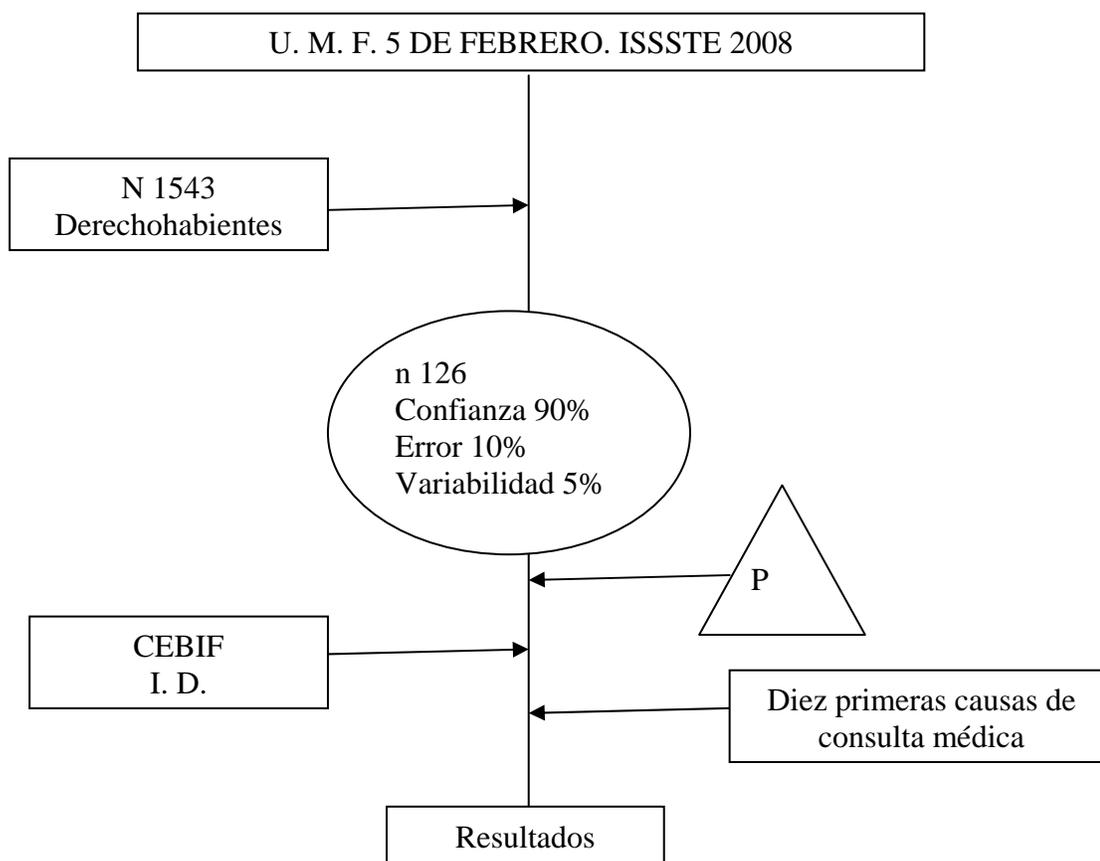
La población total del consultorio número uno del turno matutino, de la clínica 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, está constituido por 395 familias en 1,543 derechohabientes adscritos; dato obtenido mediante el conteo de los expedientes clínicos

3.3. POBLACIÓN LUGAR Y MUESTRA

Familias adscritas al consultorio número uno de la clínica 5 de Febrero del Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que se encuentra en la calle 5 de febrero #111 col. Centro

La etapa retrospectiva fue de Mayo del 2007 a Abril del 2008, mientras que la etapa prospectiva fue de Mayo a Septiembre de 2008.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



N: derechohabientes del consultorio uno, turno matutino de la clínica de medicina familiar 5 de Febrero ISSSTE.

P: pirámide poblacional. 1543 derechohabientes

n: muestra no aleatoria (voluntaria, no representativa, aplicada a un miembro de la familia con un total de 126)

3.4. MUESTRA

No aleatorio por cuotas

3.4.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n_0 = \frac{z^2 q}{e^2 p} \left[1 + \frac{z^2 q}{N e^2 p} \right]$$

n_0 = tamaño de la muestra

z = valor de probabilidad para el nivel de confianza seleccionado (90%)

p y q = variabilidad de éxito o fracaso ($p=.70\%$; $q=.70\%$)

e = error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad (10%)

El resultado obtenido de la muestra debe ser de un mínimo de 126 personas a la que se aplicará la cédula CEBIF

$$n_0 = \frac{\frac{(1.645)^2(.30)}{(.10)^2(.70)}}{1 + \frac{1.645.30}{1543(.10)^2(.70)}} = 115$$

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todo paciente usuario del consultorio número 1 del turno matutino; pacientes de ambos sexos; pacientes que acudieron a consulta de Mayo del 2007 a Abril del 2008; que las hojas de informe diario sean legibles

3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que los pacientes sean menores de edad; que no sean usuarios del consultorio número 1; que no deseen contestar la cédula

3.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Que las cédulas estén incompletas; que las hojas de informe diario no sean legibles

3.6. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN, TIPO Y ESCALA

3.6.1. CEBIF

La cédula básica de identificación familiar, la cual está integrada por 82 variables, dentro de diez áreas de información relacionadas principalmente en el estudio básico de la familia, de las cuales utilizamos:

1. Identificación (9 variables)

Número de folio para cada cuestionario, número de consultorio y turno, apellidos de la familia con su número de afiliación, domicilio y teléfono. Fecha de aplicación del cuestionario, edad y escolaridad de los cónyuges, estado civil, años de unión conyugal, nombre de quien responde la cédula y parentesco familiar

2. Datos demográficos de la familia (4 variables)

Número de hijos, si viven otras personas en el hogar (cuántas y cuáles), clasificación de la estructura familiar, etapa del ciclo vital de la familia

3. Factores de riesgo. Patología familiar (4 variables)

Crónico degenerativas, infecciosas, trastornos de la nutrición, otros

4. Detección de cáncer (2 variables)

Doc cacu, doc mama

5. Datos demográficos de la familia (6 variables)

Nombre, parentesco, edad, sexo, escolaridad y ocupación

3.6.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NÚMERO DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
EDAD: tiempo que un ser ha vivido	Cuantitativa Discreta	1 a m
SEXO: condición orgánica que distingue al macho de la hembra de los seres humanos	Cuantitativa Nominal Dicotómica	a) Femenino b) Masculino
ESTADO CIVIL: estado de vida dentro de la sociedad en el régimen familiar	Cualitativa Nominal Policotómica	a) Casado b) Soltero c) Viudo d) Divorciado e) Separado

		f) Unión Libre
NÚMERO DE HIJOS: personas respecto a su padre o madre	Cuantitativa Discreta	Número Entero
PARENTESCO: condición de cada individuo en relación a los demás	Cualitativa Nominal Policotómica	a) Mamá b) Papá c) Hijo d) Hermanos e) Abuelos f) Nietos g) Yernos h) Nueras i) Cuñados j) Sobrinos
ESCOLARIDAD: nivel educativo logrado	Cualitativa Nominal Policotómica	Número de años cursados
DESARROLLO DE LA FAMILIA: si ambos padres trabajan o solo el padre	Cualitativa Nominal Dicotómica	a) Moderna b) Tradicional
DEMOGRAFÍA DE LA FAMILIA: por su ubicación geográfica	Cualitativa Nominal Dicotómica	a) Urbana b) Rural

<p>COMPOSICIÓN FAMILIAR: padre, madre e hijos, si hay miembros consanguíneos o no consanguíneos; un solo padre</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotómica</p>	<p>a) Nuclear b) Extensa c) Compuesta d) Mono parietal</p>
<p>CICLO VITAL FAMILIAR: ciclo de la familia que se cumple ante la sociedad</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotómica</p>	<p>a) Expansión b) Dispersión c) Independencia d) Retiro</p>
<p>FACTORES DE RIESGO: probabilidad que los miembros de la familia tengan una enfermedad</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotómica</p>	<p>a) Enfermedades Crónico-Degenerativas b) Enfermedades Infecciosas c) Factores de Nutrición d) Otros</p>
<p>OCUPACIÓN: actividades laborales o académicas</p>	<p>Cualitativa Nominal Policotómica</p>	<p>a) Ama de casa b) Jubilado o Pensionado c) Desempleado d) Subdesempleado</p>

		e) Menor de cuatro años f) Estudiante g) Estudia y trabaja h) Campesino i) Artesano j) Obrero k) Chofer l) Técnico m) Empleado n) Profesionista o) Artista p) Empresario q) otros
--	--	---

3.7. MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la Clínica 5 de Febrero del ISSSTE con previa autorización de las autoridades de la clínica y con el consentimiento de los usuarios del consultorio número uno se aplicó 125 cédulas CEBIF, que es una herramienta del MOSAMEF para clasificar las familias.

3.7.1. PIRÁMIDE POBLACIONAL

Se realizó la pirámide poblacional revisando cada uno de los expedientes que se encuentran en el área de archivo clínico, obteniendo datos de edad y sexo de los derechohabientes adscritos al consultorio número uno

3.7.2. PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN LA CLÍNICA 5 DE FEBRERO

En la clínica 5 de Febrero del ISSSTE, en el periodo del mes de mayo del 2007 a abril del 2008, se reportaron las diez principales causas de consulta incluyendo las de primera vez.

PADECIMIENTO	CLAVE CIE-10	No. DE CASOS	TASAS [%]
IRAS	J029	6994	288
EDAS	A09X	924	55.4
IVU	N390	511	30.6
CONJUNTIVITIS	H109	305	18.3
OTITIS	H659	298	17.9
GINGIVITIS	K050	227	13.6
ÚLCERA, GASTRITIS,	K297	435	26.1

DUODENITIS			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	I10X	2825	16.9
DIABETES MELLITUS	E119	181	10.8
OBESIDAD	E669	511	30.6

3.7.3. PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN EL CONSULTORIO NÚMERO UNO

En el consultorio número uno de la clínica cinco de febrero del ISSSTE las 10 principales causas de consulta en el periodo de mayo del 2007 a abril 2008 fueron:

PADECIMIENTO	CLAVE CIE-10	No. DE CASOS	TASAS [%]
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	I10X	6994	288
DIABETES MELLITUS	E119	1500	18.7
GASTRITIS, DUODENITIS, ÚLCERA	K297	1150	14.3

IRAS	J029	850	10.6
OBESIDAD	E669	750	9.3
IVU	N390	650	8.1
DISLIPIDEMIA		400	5
GONARTROSIS		400	5
IVP		350	4.3
CERVICOVAGINITIS		300	3.7

3.8. MANIOBRA PARA EVITAR O CONTROLAR SESGO

Se reconoce que hay sesgo de información, debido a que las personas encuestadas son las que aportan la información considerando que se confíe en ellos.

Sesgo de selección. Debido a la naturaleza no aleatoria de los individuos encuestados.

3.9. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS

El propósito estadístico de esta investigación fue determinar las características de la familia del consultorio número uno, turno matutino, de la clínica 5 de Febrero, las variables fueron cualitativas y cuantitativas con escala de medición nominal.

La muestra fue aleatoria

3.10.- DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE BASE DE DATOS

Se integra la base de datos para almacenarla y procesar la información obtenida.

Los recursos humanos, materiales y financieros fueron aportados por el médico que realizó la investigación, mientras que el área física la proporcionó el ISSSTE, es decir, fue dentro de las instalaciones de la unidad de medicina familiar

3.11.- CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
MARCO TEÓRICO		X	X		

MATERIAL Y MÉTODOS	X	X	X		
RECOLECCIÓN DE DATOS		X	X	X	X
ALMACENAMIENTO DE LA INFORMACIÓN			X	X	X
ANÁLISIS FINAL				X	X

3.12.- RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

El material que se utilizó fue papelería (hojas, lápices, plumas), servicio de fotocopiado, muebles de oficina, computadora.

El material humano fueron los encuestados y el médico, mientras que los recursos financieros fueron cubiertos por el médico.

3.13. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La declaración de Helsinki, adoptada en la capital finlandesa por la asamblea general en 1964 de la asociación médica mundial (AMM) es el documento más importante para la regulación de la investigación en seres humanos desde el código de Nüremberg, 1947.

La AMM ha promulgado a la declaración de Helsinki, como propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos incluyendo la investigación del “material humano o de información identificable”.

El deber del médico es velar por la salud de las personas: la declaración de Ginebra de la AMM formula “velar por la salud de mi paciente”. El código internacional de ética médica afirma “el médico debe actuar por el interés del paciente al proporcionar atención médica con efecto a debilitar la condición mental y física del paciente”.

El proceso de la medicina en base a la investigación debe tener preocupación por el bienestar de los seres humanos sobre el interés de la ciencia y la sociedad.

La investigación médica en los seres humanos es para mejorar las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

En la práctica médica y de investigación médica hay procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos que indican riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas para promover el respeto a los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

En investigación médica, es deber del médico proteger la vida, salud, la integridad y la dignidad del ser humano.

Este tipo de estudio no pone en peligro la vida del ser humano, ya que consta de cuestionarios que se dio conocer al sujeto que está en estudio. Es confidencial y está en libertad de contestarlo o no.

4.- RESULTADOS

Se aplicaron 126 cédulas a derechohabientes, no se excluyó a ninguno sin importar el estado civil, sexo, con o sin hijos. Se encontró que todos los encuestados tienen una familia actual con escolaridad promedio, medio superior, y el nivel escolar de los hijos fue de profesionistas, el ciclo vital familiar fue de independencia.

Los resultados encontrados fueron:

4.1.- CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

La muestra calculada para el consultorio número uno del turno matutino de la clínica médico familiar número 5 de febrero fueron 126 familias con 433 personas

4.1.1.- IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

Se identificó el nombre de la familia, turno, número de folio, domicilio, teléfono. En cuanto a la edad del padre, madre, escolaridad y ocupación:

TABLA DE EDAD DEL PADRE Y LA MADRE DE LAS FAMILIAS DEL
CONSULTORIO UNO 2008

EDAD	PADRE	MADRE
20 a 30	3%	.9%
31 a 40	14%	8.1%
41 a 50	13%	19%
51 a 60	30%	26%
+61 años	40%	46%
TOTAL	100%	100%

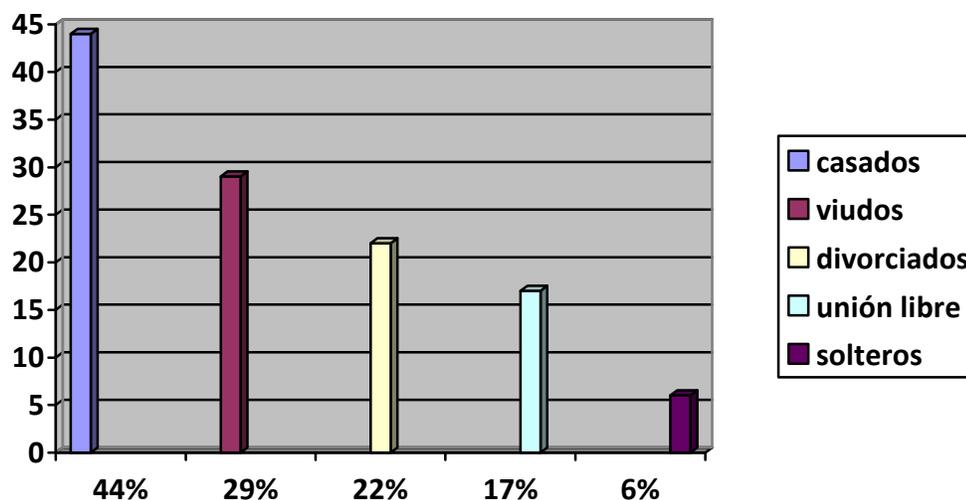
TABLA DE ESCOLARIDAD DEL PADRE Y LA MADRE DE LAS FAMILIAS
DEL CONSULTORIO UNO 2008

ESCOLARIDAD	PADRE	MADRE
Sin institución	3%	3%
1 – 6	20%	21%
7 – 9	20%	23%
10 – 12	28%	31%
+ 13	29%	22%
TOTAL	100%	100%

TABLA OCUPACIÓN DEL PADRE Y LA MADRE DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO UNO 2008

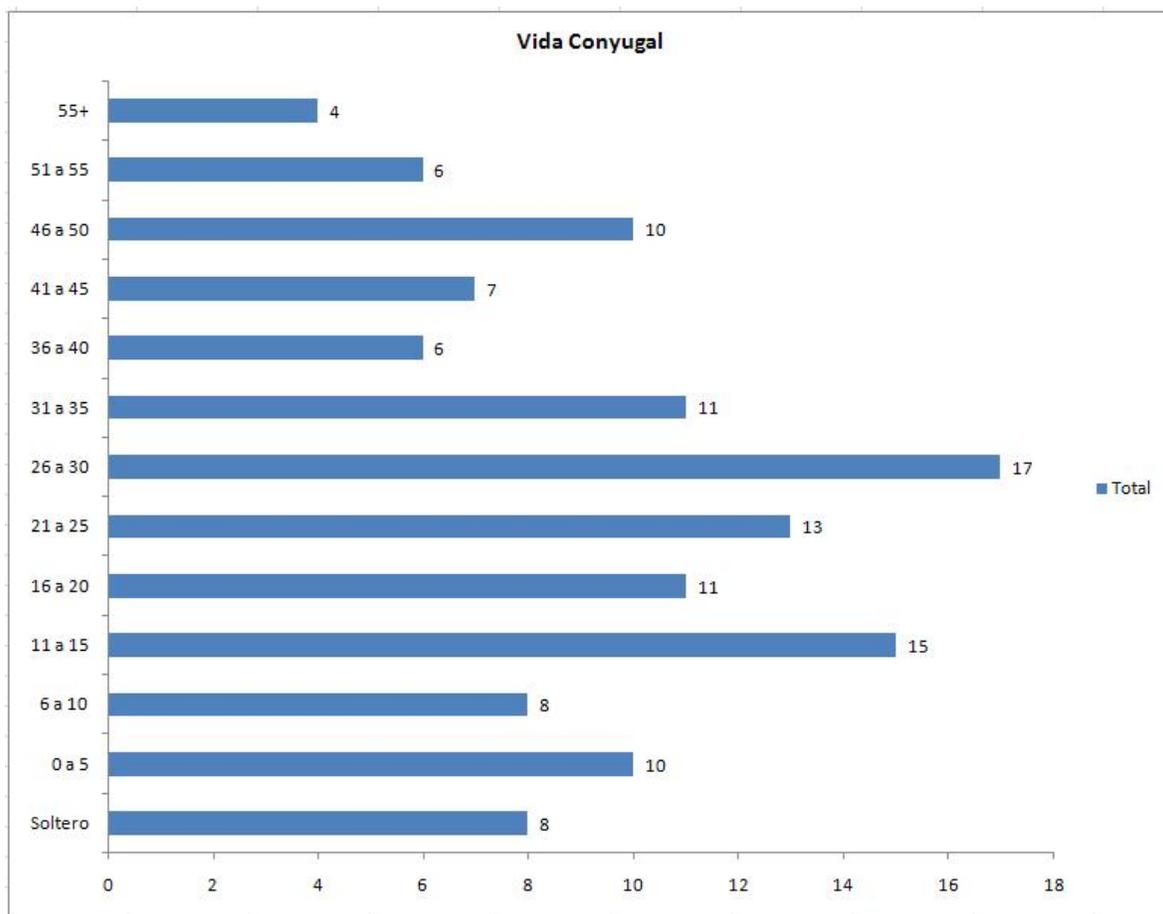
OCUPACIÓN	PADRE	MADRE
PROFESIONISTA	8%	9%
EMPLEADO	28%	22%
AMA DE CASA	3%	57%
JUBILADO	37%	8%
OTROS	24%	4%
TOTAL	100%	100%

GRÁFICA DEL ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO UNO 2008



GRÁFICA DE LOS AÑOS DE VIDA CONYUGAL DE LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO UNO

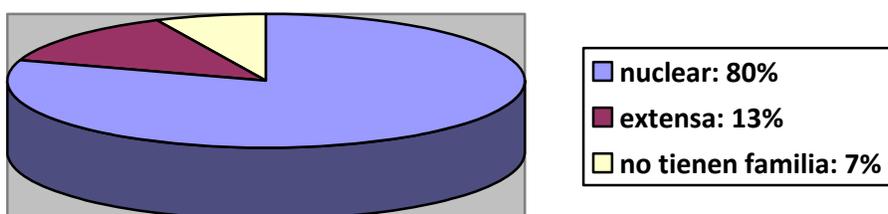
2008



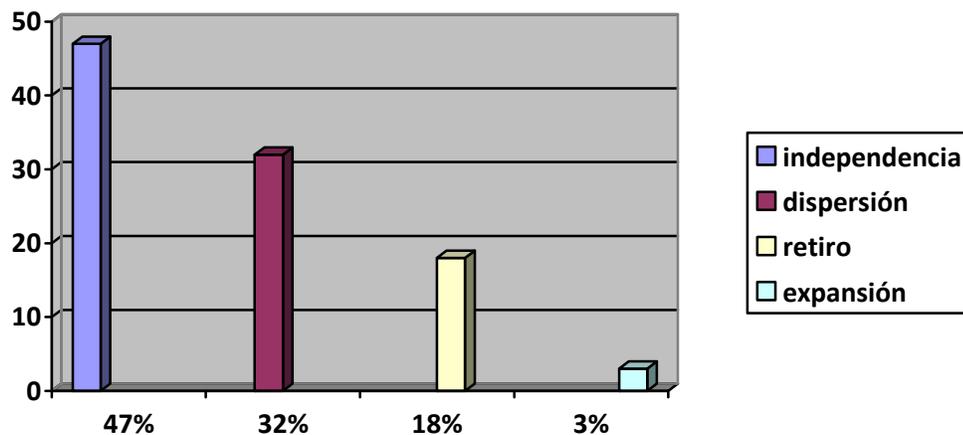
4.1.2.- FACTORES DEMOGRÁFICOS

Se encontró que la mayoría de las familias tienen tres hijos; en relación al paciente encuestado fue: 433 personas formando un total de 126 familias.

La estructura familiar se encontró de la siguiente manera en el 2008: familia nuclear simple 47%, numerosa 12%, ampliada 12%, reconstruida 9%. Extensa: descendente 10%, ascendente 1%, monoparental 2%, no tienen familia 7% y el 3% no cuenta con redes de apoyo



Ciclo vital: las familias encuestadas se encuentran en ciclo de independencia 47%, dispersión 32%, retiro 18% y expansión 3% del 2008



4.1.3.- FACTORES DE RIESGOS

Se encontró en primer lugar diabetes mellitus, segundo hipertensión en las enfermedades crónico-degenerativas, y en los trastornos de nutrición la obesidad

TABLA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS FAMILIAS DEL CONSULTORIO UNO 2008

Enfermedades	Número de Casos
Diabetes mellitus	246
Hipertensión arterial	169
Enfermedades del Corazón	118
Obesidad	113
Alcoholismo	59
Tabaquismo	56
Enfermedades cerebro vasculares	45
Otro cáncer	40
Insuficiencia renal	18
Asma	15

4.1.4.- DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA DEL CONSULTORIO UNO 2008

PARENTESCO	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
01	+61 - 46%	1	10-12 – 31%	1 – 57%
02	+61 - 40%	2	10-12 – 28%	2 – 37%
03	16-25 - 28%	2	+14 – 48%	6 – 41%
	26-35 – 24%	1	+14 – 48%	14 – 31%
04	20-35 – 100%	1	7-9 – 100%	16 – 50%
05	40-50 – 67%	2	12-14 – 67%	14 – 50%
06	6-25 – 70%	2	+14 – 39%	6 – 52%
	6-15 – 35%	1	1-6 – 40%	6 – 50%
07	+61 - 36%	1	7-9 – 45%	1 – 55%
	+61 - 50%	2	+14 – 33%	19 – 33%
08	41-50 – 100%	1	7-9 – 100%	13 – 100%
09	15-25 – 67%	2	+14 – 67%	13 – 67%
	6-15 – 50%	1	6-9 – 50%	13 – 50%
13	+61 - 82%	1	6-9 – 36%	1 – 55%
	+61 - 33%	2	10-12 – 67%	1 – 67%
14	+61 - 100%	1	1-6 – 100%	1 – 50%
01 – Madre 02 – Padre 03 – Hijos		1 – Mujer 2 – Hombre		

04 – Nuera				
05 – Yerno				
06 – Nietos				
07 – Hermanos maternos				
08 - Hermanos Pateros				
09 – Sobrinos Maternos				
13 – Abuelos Maternos				
14 – Abuelos Pateros				

5.- DISCUSIÓN

Para aplicar las cédulas de identificación familiar fue necesario contar con el apoyo de los pacientes a los que se les aplicaron las cédulas. Las 126 entrevistas fueron contestadas en su totalidad por parte de los derechohabientes, sobre todo en la población de mayor escolaridad; se identificaron aspectos importantes para conocer el perfil demográfico de las familias, tipo de familia, parentesco, escolaridad, edad y sexo, ocupación y factores de riesgos.

Al revisar los datos se encontró predominio de las familias formadas por padre, madre, hijo, acorde con el tipo de familia, hogares nucleares, que prevalece en el consultorio número uno de la clínica 5 de febrero.

El sexo predominante fue el femenino en relación al masculino; de acuerdo a la pirámide poblacional del número uno, la edad con que predominó fue mayor de 60 años. El nivel escolar fue el medio superior.

Dentro de la ocupación resaltó el gran porcentaje de amas de casa con un 48%, contando que algunas fueron jubiladas en un 20%, en cuanto a los hijos la mayoría ya tienen trabajo constituyendo el 42% y el 6 % trabaja y estudia.

La estructura familiar predominante fue la nuclear con 46% sobre la extensa que es del 11% ya que al divorciarse la familia actual regresa a la familia de origen.

Dentro de los factores de riesgos ya diagnosticados se encuentra la diabetes, la hipertensión, enfermedades cerebrales y la obesidad; la adicción se encontró en mayor porcentaje en padres y tíos en un total de tabaquismo y alcoholismo. En los hijos sólo se encontró alcoholismo como único factor de riesgo.

Las principales causas de demanda en la consulta fueron las enfermedades crónico degenerativas, en segundo lugar las infecciones de vías respiratorias.

Cabe hacer la observación, en cuanto al llenado de las cédulas, que sus resultados no son muy confiables, ya que al contestar el estado civil dudaron así como al contestar los nombres de los hijos porque eran familias reconstruidas; en relación a su ocupación también había dudas, por lo que creo que no se me contestó con toda honestidad.

Para disminuir las complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas y la obesidad, hay que brindarles una educación, para conocer su padecimiento y se realicen cambios en el régimen alimenticio, así como tener una actividad física, sobre todo en los niños, el evitar los alimentos llamados “chatarra” y el sedentarismo motivado por los videojuegos.

6.- CONCLUSIONES

Se cumplieron los objetivos planteados al utilizar el modelo sistemático de atención médica familiar. El estudio se realizó para conocer las familias en su demografía, ciclo vital y los factores de riesgo por medio de la CEBIF y realizar la pirámide poblacional, así como identificar las diez principales causas de la consulta.

Fue un trabajo que se realizó con fines de detectar los factores de riesgo en las familias.

El trabajo realizado, aunque por el poco tiempo que se dispuso, sólo se pudo conocer unas cuantas familias; y que debe realizarse en personas más jóvenes ya que la mayoría de los encuestados son de la tercera edad.

El trabajo se realizó con la aprobación de los encuestados, fue interesante conocer a las familias que tenemos en el consultorio número uno, cómo están integradas y su ciclo vital.

Se encontró que en las familias los principales factores de riesgo son las enfermedades crónico-degenerativas que están en ambos padres, así como tener un nivel de estudios medio superior, no así en los hijos donde el nivel escolar es profesional.

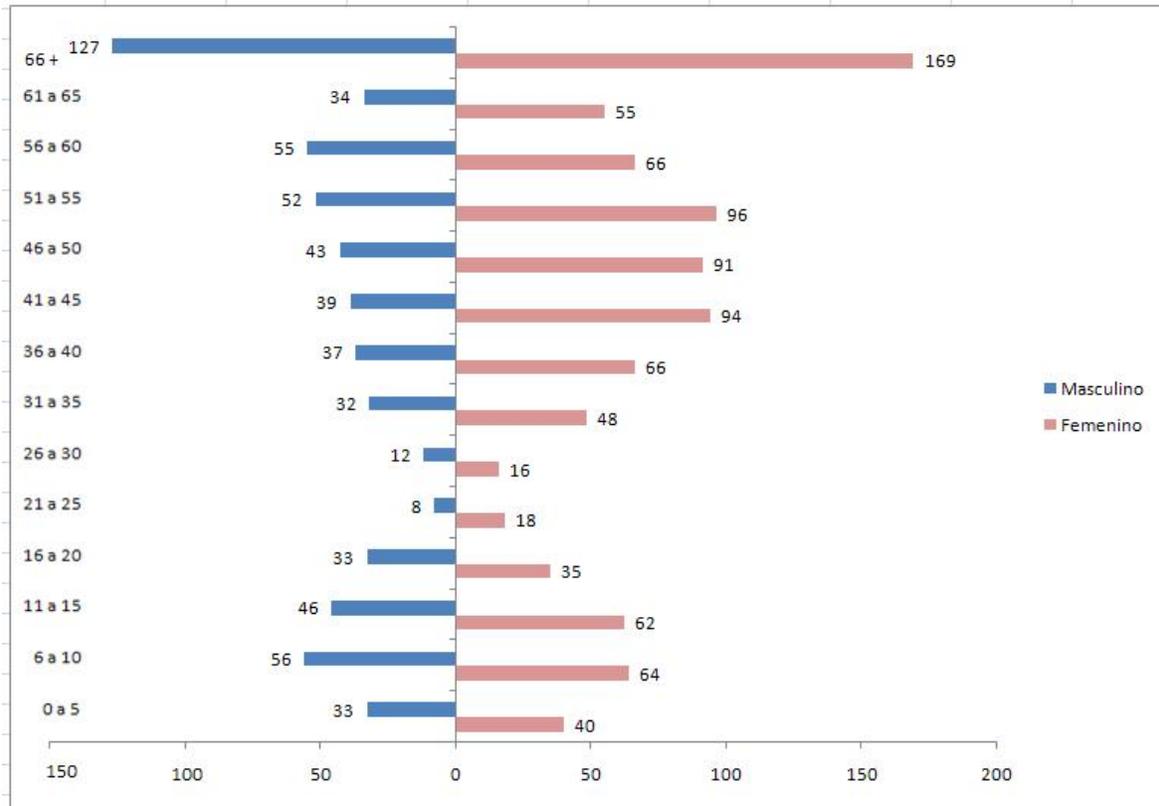
Sin embargo, considero conveniente ofrecer a la población una definición de familia para obtener datos más fidedignos y con mayor facilidad de entendimiento, ya que se encontró confusión para enumerar a las personas que viven juntos, siendo que están solos y reciben la visita de sus hijos, así como encontrar a la madre y al padre, o alguno de ellos, que no tienen casa y viven por temporadas con alguno de sus hijos.

Al investigar los factores de riesgo, se encontró que algunos de los encuestados desconocen la patología de sus familiares o la de su pareja.

Esta investigación pretende brindar un panorama general del micro escenario del consultorio donde se aplicaron las cédulas, así como las características de la población que se atienden en el consultorio uno, identificar los problemas de salud para establecer prioridades y modificar los programas existentes.

7.- ANEXOS

PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO NÚMERO UNO



Fuente: de los expedientes que se encuentran en el archivo clínico de la clínica correspondiente al consultorio uno.

8. REFERENCIAS

1) Organización Panamericana de Salud. Atención Primaria a la Salud. Consultado el día 14 de Junio del 2008 desde:

<http://www.organizacionpanamericanadelasalud.org/>

2) Md. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde:

http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

3) Jiménez, G. L. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral versión on-line. Vol. 22. No. 1

4) Yepes, D. C. La Atención Primaria en Salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. IATREIA, Vol. 18 No. 2.

5) Torres, R. J. Atención Primaria a la Salud. Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde: [http://www.cedss.com.ar/trabajos/aps/Atención Primaria de la Salud.pdf](http://www.cedss.com.ar/trabajos/aps/Atención_Primary_de_la_Salud.pdf)

6) Ministerio de Salud. Antecedentes y Desarrollo de la Estrategia de la Atención Primaria en Catamarca. Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde:

<http://www.apso.org/atencionprimariaalasalud/>

7) Sansó, S. F. Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano. Revista Cubana de Medicina General Integral versión on-line. Vol. 15. No. 6. Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21251999000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8) De Peray, B. J. La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. Consultado el día 14 de Junio de 2008 desde: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/documentos_medicina.pdf

9) MediTecnología. APOC-Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Consultado el día 14 de Junio del 2008 desde: <http://www.COPC.org/>

10) FUERTES, C., V. Casado. La especialidad de medicina familiar y comunitaria en 2004 con la aplicación de nuevo programa de formación. Consultado el día 14 de Junio del 2008 desde: <http://www.cfnavarra.es/>

11) De Peray, J. L. APOC en la encrucijada. Grupo de trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. desde: www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/noticias_recursos_jornadas.pdf

12) Md. Atención Primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 21 no. 2-3.

Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1020-49892007000200012&lng=en&nrm=iso

13) Irigoyen, C. A. [et al]. La investigación y la docencia en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM. Consultado el día 6 de

Junio del 2008 desde: <http://www.unam.mx/>

14) Md. ¿Qué es la Medicina Familiar?. Perfil del médico familiar. Consultado el día 14 de Junio del 2008 desde: <http://www.unam.mx/>

15) Lascano-Ponce E., López-C. A. La práctica de la investigación por médico familiares ¿realidad o utopía?. Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde:

<http://www.bus.insp.mx/articulos/2/10/art/26302.pdf>

16) Md. Medicina Familiar. Consultado el día 14 de Junio del 2008 desde:

<http://www.wikipedia.org/>

17) Hennen, B. K. Atención Primaria a la Familia. Continuidad de la atención. Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar A. C.-Talleres de

Actualización en Medicina familiar, 2001, páginas 39, 42

18) Md. Introducción a la Medicina Familiar. Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar A. C.-Talleres de Actualización en Medicina familiar, 2001, páginas 1-7

19) Md. El papel del médico general/Médico de familia en los sistemas sanitarios. Perfil Profesional del Médico de Familia. Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar A. C.-Talleres de Actualización en Medicina familiar, 2001, páginas 45, 46

20) Md. Familia. Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde: <http://es.wikipedia.org/wiki/familia>

21) Md. Funciones de la familia. Consultado el día 14 de Junio del 2008 desde: <http://www.conapo.mx/>

22) Wall, M. C., [et al]. Fundamentos de Medicina Familiar

23) Saavedra, O. J. Familia: Tipos y modos. Consultado el día 6 de Junio del 2008 desde: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/.shtm>

24) Williams, I. J., Thomas L. L. La unidad familiar. Estructura y Función de la familia. Asociación Médica de Medicina General y Familiar A. C.-Talleres de Actualización en Medicina familiar, 2001, páginas 133, 146

25) Irigoyen, C. A., Herlinda M. de I. Nuevo Diagnóstico de Familia. editorial medicina familiar mexicana, México, 2005. 112 páginas. De las páginas 31-49

26) Irigoyen, C. A. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª edición, editorial medicina familiar mexicana, México, 2007. 215 páginas. De las páginas 154-167

27) González, O. M., Georgina F. S. Expediente Familiar. Instrumentos para valorar riesgos y daños a la salud. PAC. MF-1. Programa de actualización continua en medicina familiar. Vol. 2, editorial Intersistemas. Páginas 31-46

28) Md. Factor de Riesgo. Consultado el día 4 de Agosto del 2008 desde: http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

29) Md. Tratamiento Vascular en Geriatria-Factores de riesgo modificables y no modificables. PAC. MF-1. Programa de actualización continua en medicina familiar. Vol. 3, editorial Intersistemas. Páginas 59, 62