



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

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR OBSERVATORIO ISSSTE- TACUBAYA
DISTRITO FEDERAL

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y APLICACIÓN DEL
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR A
LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 1 TURNO VESPERTINO DE
LA U.M.F OBSERVATORIO DEL ISSSTE EN EL D.F.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LOGO ISSSTE



DR. ALEJANDRO PONCE ESTÉVEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

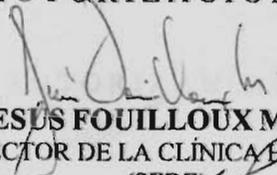
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS Y APLICACIÓN DEL
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MEDICO FAMILIAR
(MOSAMEF) A LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 1 TURNO
VESPERTINO DE LA U.M.F OBSERVATORIO ISSSTE EN EL D.F.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

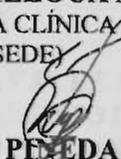
PRESENTA:

DR. ALEJANDRO PONCE ESTÉVEZ

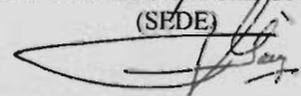
AUTORIZACIONES:



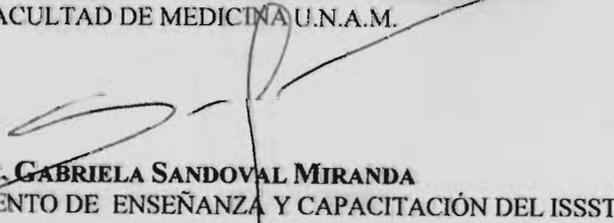
DR. JESÚS FOUILLOUX MORALES
DIRECTOR DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(SEDE)



DR. WILBERT PINEDA PINEDA
JEFE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA HOSPITAL
(SEDE)



DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
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.

**CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS Y APLICACION DEL
MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR
(MOSAMEF) A LA POBLACIÓN DEL CONSULTORIO 1 TURNO
VESPERTINO DE LA U.M.F. OBSERVATORIO DEL ISSSTE EN EL
D.F.**

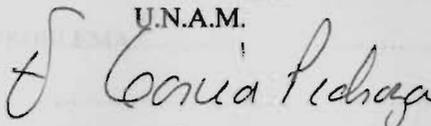
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO PONCE ESTÉVEZ

AUTORIZACIONES

DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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

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

INDICE

MARCO TEORICO.....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	2
ATENCIÓN PRIMARA A LA SALUD (A.P.S.).....	3
ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA HACIA LA COMUNIDAD (A.P.O.C.).....	4
MOSAMEFY LA MEDICINA FAMILIAR	6
LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ANALISIS.....	7
DEFINICION DE FAMILIA.....	8
ELEMENTOS TEORICOS NECESARIOS PARA EL ESTUDIO DE LA FAMILIA.....	8
CICLO DE VIDA FAMILIAR.....	9
TIPOLOGIA DE LA FAMILIA.....	11
EL MODELO SISTEMATICODE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF).....	13
RESPECTIVAS DEL MOSMEF.....	14
PERFIL PROFECIONAL DEL MEDICO DE FAMILIA.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACION.....	26
OBJETIVO GENERAL.....	26
MATERIAL Y METODOS.....	27
TIPO DE ESTUDIO.....	27
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	28
MUESTRA.....	29
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	29
METODO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	31
VARIABLES.....	33

CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
RESULTADOS.....	39
DISCUSION.....	48
CONCLUSIONES.....	49
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS.....	52

1. MARCO TEORICO

M.O.S.A.M.E.F

.

EL MOSAMEF es un modelote práctica médica familiar, diseñado por un grupo de investigadores del departamento de medicina familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Fue dado a conocer desde 1995 en la tercer edición del libro fundamentos de Medicina Familiar. (1)

La medicina de familia ha demostrado que pede dar una atención primaria excepcional a los individuos y a sus familias basándose en un compromiso con calidad, la atención personal y las relaciones interpersonales que todo paciente desea. (2)

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de producción de la salud, por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población accede de manera directa. (4)

1. Antecedentes Históricos

La conferencia de Alma-Ata define a la atención primaria a la salud como: asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología práctica científicamente fundada y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de sus etapas de desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación

La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto con el individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, en el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (1)

El modelo de atención primaria a la salud consiste en anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo, a que está sujeto una población específica mediante la identificación de dichos factores a que está expuesto cada miembro de la población tratando de cancelar, modificar o atenuar esos factores. (1)

1.1 atención primaria a la salud (A.P.S.)

(O.M.S. 1978)

La conferencia internacional sobre A.P.S. (1978) auspiciada por la O.M.S. en Alma-Ata (Kasajistán) marcó un precedente en la historia del pensamiento sanitario mundial.

- 1) Se presentó un panorama de las desigualdades y deficiencias en la salud y bienestar.
- 2) Se consideró la salud como un derecho humano que los estados deben de contribuir a garantizar.
- 3) Se estableció la urgente necesidad de superar este panorama de injusticia social.
- 4) Se estableció una meta resumida en la expresión “Salud para todos en el 2000 (S.P.T. 2000)
- 5) Se eligieron unos indicadores para valorar el grado de bienestar alcanzado:
 - a) Reducción de la mortalidad infantil
 - b) Aumento de la esperanza de vida
 - c) Provisión de agua potable
 - d) Acceso universal a la atención médica

1.2 Atención Primaria Orientada hacia la comunidad

A.P.O.C.

La A.P.O.C. se define como la práctica de la atención primaria individual y familiar unificada con la atención comunitaria. (5)

El desarrollo de la A.P.O.C. precisa la existencia de un servicio de atención primaria, con profesionales interesados en ampliar su ejercicio clínico a la práctica de la salud comunitaria, y enfocar la atención sobre toda la comunidad.

La nueva atención primaria tiene desde su inicio, entre sus elementos esenciales, la orientación a la comunidad, el objetivo de resolución de los principales problemas de salud y la participación comunitaria.

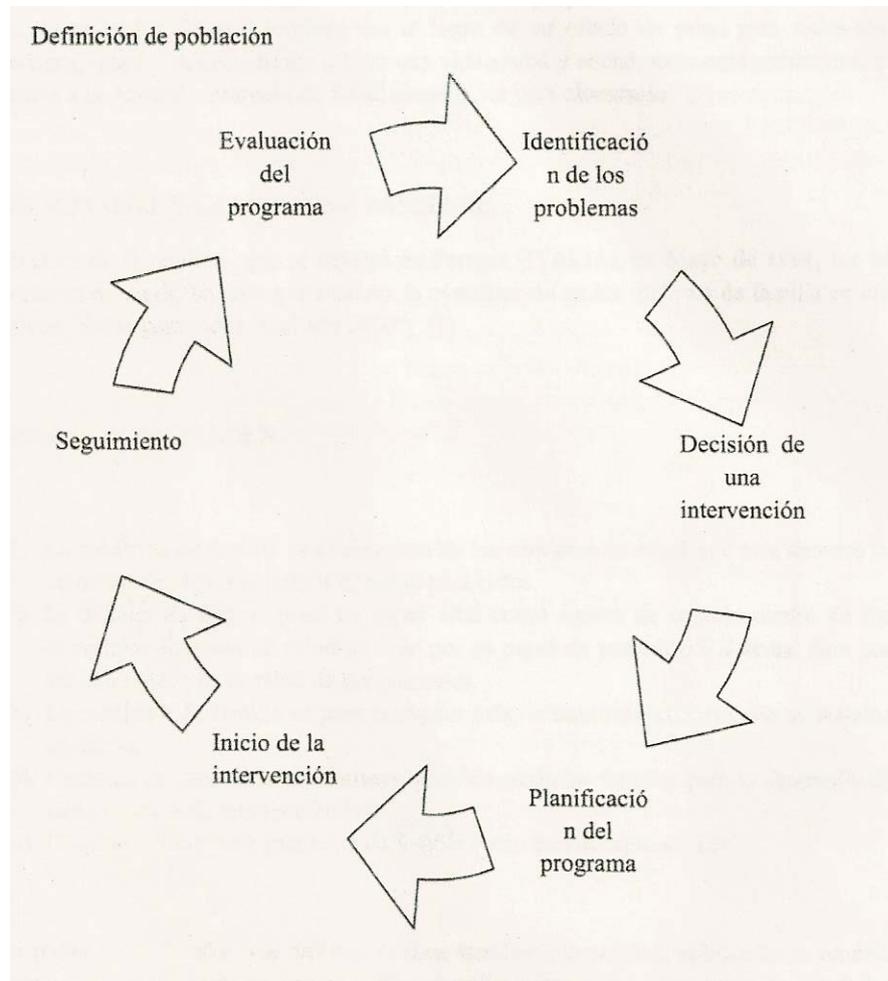
El proceso de desarrollo de la EPOC, implica una serie de etapas en un ciclo Secuencial y continuo de retroalimentación positiva.

La evaluación eficaz del ciclo de la APOC será la que marque la decisión sobre la continuidad y las modificaciones a introducir en el programa, de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos prefijados, el impacto que haya tenido sobre el estado de salud de la comunidad y el análisis comparativo con la situación de partida.

VER ESQUEMA

CICLO DE ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

Atención primaria basada en la población



El interés por la atención primaria y su reorientación se concretan en todo el mundo durante la década de 1970 a través de la O.M.S., primero con su estrategia “Salud para todos en el año 2000” (Asamblea anual de la O.M.S. 1977) y posteriormente, en la conferencia de Alma-Ata de 1978. La estrategia “Salud para todos” propone que el principal objetivo social de todos los países miembros sea el logro de un estado de salud para todos los ciudadanos, que permite llevar a cabo una vida social y económicamente productiva, e identifica a la Atención Primaria de Salud como la vía para alcanzarlos. (5)

1.3 EL MOSAMEF Y LA MEDICINA FAMILIAR

El objetivo de la reunión que se celebró en Perugia (ITALIA), en mayo de 1991, fue la elaboración de un documento que marcara la contribución de los médicos de familia en los objetivos “Salud para todos en el año 2000”. (1)

Conclusiones de la O.M.S.

- 1) La medicina de familia es el elemento de los servicios de salud que más apoyará la consecución de los objetivos de salud para todos.
- 2) El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud no solo por su papel de portero del sistema, sino por ser el abogado de la salud de sus pacientes.
- 3) La medicina de familia es para cualquier país, la base más adecuada de su sistema sanitario.
- 4) Creación de departamentos universitarios de medicina familiar para el desarrollo de una medicina de familia efectiva.
- 5) El reconocimiento de medicina de familia como una disciplina. (5)

Para poder llevar a cabo una práctica médica familiar con calidad, aplicando un modelo acorde a nuestras necesidades por un médico familiar como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, es de importancia relevante conocer la estructura de la familia su historia natural desde formación, hasta su disolución con la finalidad de prever una serie de fenómenos que afecta en una u otra forma la salud de la misma.

1.4 LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ANÁLISIS

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido. Hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista. (6)

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, del enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cubran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de las cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo. (6)

Según lo anterior, el ambiente familiar se convierte en un medio que influya en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales.

A raíz de que se preciso que la familia puede afectar la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsicosocial. (6)

1.5 DEFINICION DE FAMILIA

La palabra “familia proviene de la raíz “*famulus*” que significa sirviente o esclavo doméstico.

Familia es el nombre con que se ha designado una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. No obstante que la agrupación de los seres humanos con fines de convivencia y reproducción son tan antiguas como la especie, no es hasta 1861 cuando Bachofen inicia el estudio científico de la familia y, con ello, un intento de aclarar su historia, definirla y tipificarla a través del tiempo. (6)

Es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad. En efecto, es en la familia donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas. (6)

1.6 ELEMENTOS TEÓRICOS NECESARIOS PARA ESTUDIAR A LA FAMILIA

Los siguientes son elementos teóricos que a la vez que permiten al médico familiar cambiar de actitud, le proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensables para el estudio de la familia; estos son:

- 1) Ciclo de vida familiar
- 2) Estructura dinámica de la familia
- 3) Tipología familiar
- 4) Funciones de la familia
- 5) Principios sobre la teoría general de la comunicación
- 6) Principios sobre la teoría general de sistemas

- 7) Principios sobre la teoría general de los grupos humanos
 - 8) Relaciones entre médico y paciente y entre médico y familia
 - 9) Fenómenos de transferencia y contratransferencia
- Técnica de la entrevista (6)

1.7 CICLO DE LA VIDA FAMILIAR

El estudio del ciclo de la vida de la familia permite al médico analizar genéricamente la historia natural de una familia desde su formación hasta su disolución. Con ello el médico familiar puede estar en posibilidad de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar. (6)

En este esquema el ciclo de la vida familiar se muestra en 8 etapas, se inician cuando la pareja contrae matrimonio y se encuentra sola y sin hijos y termina cuando la pareja nuevamente queda sola, en etapa de retiro y frecuentemente abandonada por la prole. (6)

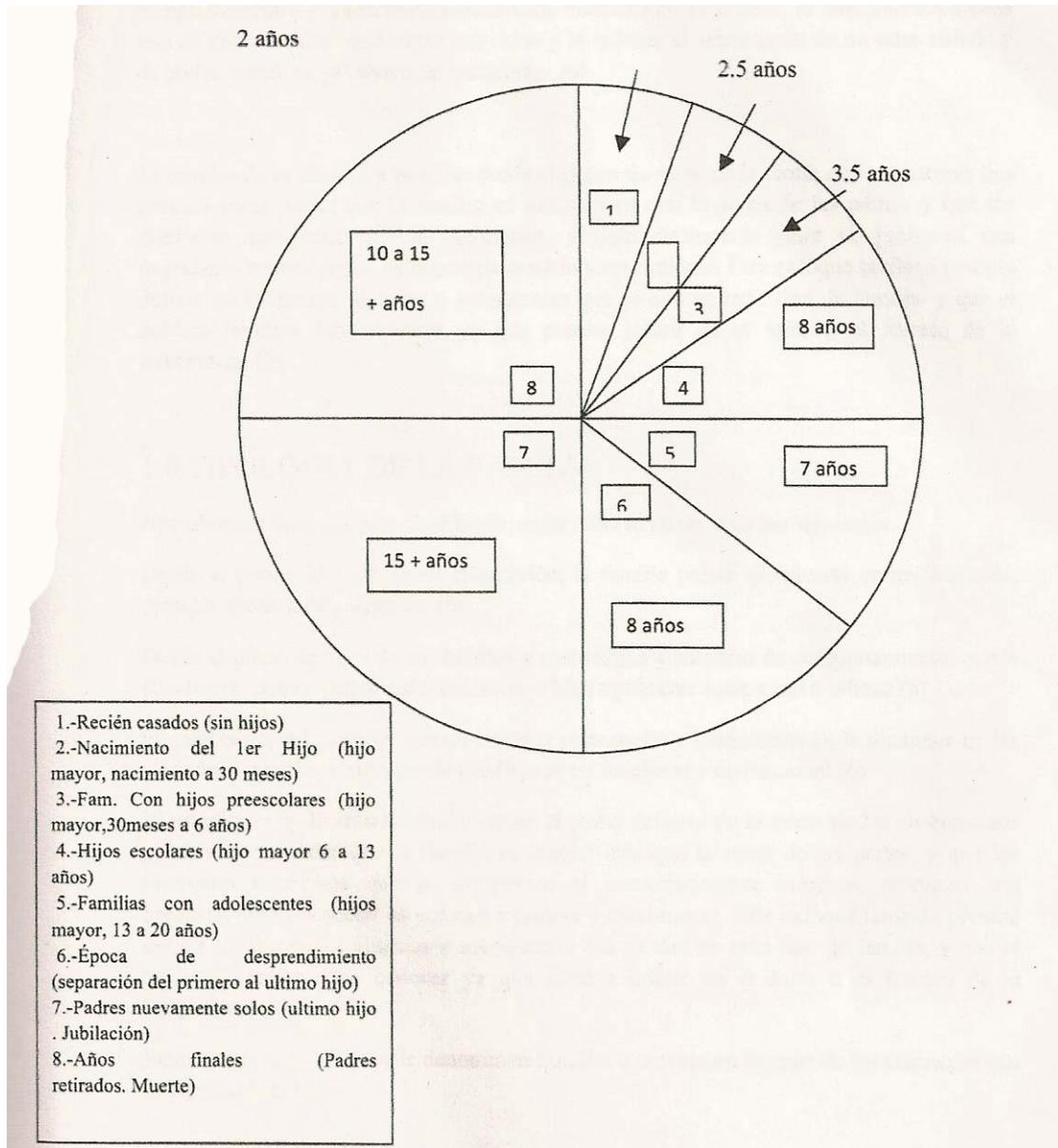
Hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psicosociales en cada una de estas etapas.

El ciclo de la vida familiar, puede ser descrito en una gran variedad de formas con un número de estudios que varía entre 4 y 24.

La forma más comúnmente usada en la propuesta por "DUVALL" en 1971. Fig1.

El estudio de la "dinámica" es otro elemento técnico indispensable para el médico familiar. Según "JACKSON" la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. (6)

FIGURA 1. Ciclo de vida de la familia según duración de las ocho etapas que lo componen (Tomada de Rakel, R.E.:Principles of Family Medicine. E.B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto)



Chagoya agrega que la dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual lo permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le funde al sentimiento de no estar aislado y poder contar con el apoyo de los demás. (6)

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí, producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica

1.8 TIPOLOGIA DE LA FAMILIA

Ha diversos criterios para clasificarla; entre ellos se puede citar los siguientes:

Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi integrada o desintegrada. (6)

Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural o urbana (6)

Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional (6)

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de las partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí, producen una relación psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica. (6)

Finalmente, la familia puede denominarse uniliar o extensa en función de los elementos que la constituyen. (6)

La familia nuclear agrupa tan solo a los padres y a los hijos, a los padres sin hijos, o bien a uno de los padres con hijos cuando el otro ha muerto, se ha retirado o divorciado o divorciado

En cambio, la familia extendida es la formada de los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (6)

En cuanto a las funciones familiares, se puede señalar desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. (6)

Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. (6)

En cambio la función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo. (6)

Otra forma de enfocar las funciones de la familia son la seguridad psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización de la prole, la contribución a la economía y la conservación y transmisión de la costumbres. (6)

La exploración de la familia no es una tarea fácil y tampoco se logra, como señala Saucedo y Foncerada con el registro mecánico de una lista larga de preguntas. (6)

Es necesario que el médico se percate que, tanto en la entrevista con el paciente como con la familia, ocurren una serie de expectativas de uno y otro lado que pueden entorpecer o facilitar la propia entrevista. Estos fenómenos han sido denominados en general transferenciales y conrtransferenciales, y el médico puede prepararse para percibirlos y manipularlos y, con ello, facilitar la entrevista clínica. (6)

1.9 EL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR (MOSAMEF)

El MOSAMEF es una herramienta utilizada por el médico familiar capacitado en beneficio de las familias a través de la aplicación de sus conocimientos.

En la medida que el médico familiar conozca con detalle las características biopsicosociales de las familias que atiende por el medio de la pirámide poblacional los motivos de su demanda de servicios, iniciará acciones concretas realizará programas de actividades de fomento a la salud, detección temprana y tratamiento oportuno, así como un seguimiento y una coordinación de los recursos co que cuenta la comunidad para el cuidado de la salud.

El Dr. Francisco Javier Gómez Clavelina y colaboradores proponen por primera vez el modelo sistemático de la atención médica familiar (MOSAMEF) como una estrategia para llevar a cabo la práctica de la medicina de primer contacto, optimizar la prestación de servicios médicos, satisfacer las demandas de los usuarios y disminuir los costos de la atención médica. (8)

Este modelo ha sido el producto del análisis de un grupo de profesores de la especialidad de la Facultad de Medicina de la UNAM que con renovado interés han elaborado una posible estrategia para iniciar acciones que definan el trabajo Médico Familiar y que favorezca un conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual reanudará en un adecuado estudio de las características de la población a su ciudadano, definiendo los campos de acción propios de la Medicina Familiar y primordialmente al desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina. (11)

El MOSAMEF se origina a partir de 3 preguntas

- ¿Cómo llevar a la práctica los principios esenciales de la Medicina Familiar?
- ¿Cómo identificar las necesidades de atención, a la salud en las Familias?
- ¿Cómo verificar que la atención médica familiar produce un impacto favorable en la salud de las familias? (8)

Perspectivas del MOSAMEF

Partiendo de que la continuidad en la atención médica es la piedra angular de la Medicina Familiar, la aplicación del MOSAMEF, deberá incluir en proceso de:

Actualización periódica

Evaluación operativa

Establecimiento de estrategias para la solución de problemas de salud y anticipación al daño (8)

Entre otras palabras deberá responder a los programas propios de calidad total que incluyen casi siempre cuatro fases, caracterizadas por las siguientes acciones:

- Identificación de características de la comunidad a estudiar.
- Señalamiento puntual de los problemas de salud de la población.
- Modificación a los problemas detectados, principalmente o desviaciones de la práctica asistencial.
- Seguimiento del impacto de la intervención. (8)

El análisis de la patología que con mayor frecuencia se presente en las familias, constituye el perfil de morbimortalidad que aunado a la evaluación demográfica de las familias,

facilita al Médico Familiar y a su equipo de trabajo en el diseño y ejecución de estrategias específicamente dirigidas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. (8)

es esquema actual de atención Médica Familiar ha causado insatisfacción tanto que el médico como en los pacientes, ya que no se ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud, debido al conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias, así como de los recursos que puedan ser implacitados para mejorar el nivel de salud de las familias. (8)

El MOSAMEF puede ser aplicado de dos diferentes maneras:

En el consultorio (Microescenario) y en la clínica o Centro de Salud (Macroescenario).

El MICROESCENARIO pretende conocer las necesidades o los problemas de la comunidad estudiando a la familia, su clasificación, funcionalidad y la etapa del ciclo vital en que se encuentra, los factores demográficos económicos y de riesgo, así como las redes sociales de apoyo, entre otros puntos de igual importancia; siendo captados todos estos datos por medio de la Cédula Básica de Identificación Familiar (CEBIF 4). (9)

El MACROESCENARIO tiene varias etapas, la primera es el diagnóstico, donde se valora la infraestructura (servicios, mobiliario, equipamiento, área física), también valora los elementos demográficos y económicos, permite conocer la capacitación técnica del personal la morbimortalidad más frecuente de la unidad y la intervención. Identificar problemas de atención médica, administrativos, operacionales, de capacitación, propone líneas de investigación, etc... (9)

Se puede concluir que el Médico Familiar tiene la obligación de conocer a las familias que conforman su consulta, comprender el ciclo vital familiar por el que atraviesan, detectar las crisis y los factores de riesgo asociados y actuar en consecuencia, con medidas y consejos anticipados, para favorecer un desarrollo integral de las familias. (10)

La necesidad de preparar médicos familiares para una atención profesional de manera integral, tanto individual como familiar y comunitaria, es de carácter urgente debido a la fragmentación de la medicina actual a través de las especialidades que limitan a una atención en función de la edad, sexo y diagnóstico de los pacientes y a los costos tan elevados de sus servicios que imposibilitan el acceso a gran sector de la población.

1.10 PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA

A mediados de la década de los sesenta, se comenzó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendido como profesional entrenado y orientado hacia aquello que, precisamente, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir la atención integral y confirmada de las personas.

Desde entonces y hasta la actualidad, se han compuesto varias definiciones de este nuevo médico general o médico de la familia, de las cuales creemos más relevante lo siguiente:

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

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

El médico general/médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte, sin tener en cuenta la raza, religión, cultura o clase social.

Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica.
Definición de Wonega (7)

Para el perfil profesional del médico de familia consideramos cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia, que son las siguientes:

- 1) Área de atención al individuo
- 2) Área de atención a la familia
- 3) Área de atención a la comunidad
- 4) Área de docencia e investigación
- 5) Área de apoyo, en la que incluimos varias subáreas de la práctica del médico de familia que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales, como son el trabajo en equipo, los síntomas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y, por último, la garantía de calidad.

Las hemos considerado con esta denominación, área de apoyo, por tratarse de aspectos que van a resultar imprescindibles para el desempeño de las 4 áreas anteriores.

La necesidad de preparar médicos familiares para una atención profesional de manera integral, tanto individual como familiar y comunitaria, es de carácter urgente debido a la fragmentación de la medicina actual a través de las especialidades que limitan a una atención en función de la edad, sexo y diagnóstico de los pacientes y a los costos tan elevados de sus servicios que imposibilitan el acceso a gran sector de la población.

Área de atención al individuo.- Justificación la primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente.

Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que la capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

La atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital y, al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La atención del individuo como ser biopsicosocial tiene en el médico de familia un experto capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas.

La sociedad demanda la figura de un médico de familia que posea una adecuada y actualizada formación científico técnica. Pero también se le exigen cualidades humanas que lo hagan digno de confianza en la relación personal, ya sea, para solicitarle consejo en los cuidados de salud, como para recibir apoyo en el sufrimiento de la enfermedad.

Por todo ello, la relación médico paciente representa un lugar privilegiado dentro de la actividad profesional del médico de familia.

Actitudes.- Una de las señas de identidad del médico de familia de nuestro tiempo es su compromiso con la salud de las personas, ya antes de que se encuentren enfermas. Este elemento conceptual incorpora la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad al conjunto de responsabilidades tradicionales del médico de familia.

Al médico familiar le corresponde una función educadora del paciente que deposita en él su confianza, con especial énfasis en promover la responsabilidad en el autocuidado.

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

1.11 Área de atención a la familia

La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también, en su aspecto negativo, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductos de salud erróneos.

La familia, en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De cómo resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamientos futuros.

Actitudes.- El médico de familia está en una posición privilegiada para detectar e intervenir ante problemas familiares aunados o no por la enfermedad. Para ello debe ser un elemento neutro para todos los miembros de la familia, evitando la toma de partido por unos o por otros y haciendo resaltar esta postura, pues de ello va a depender de su propia capacidad como terapeuta. Asimismo, debe tener una continua actitud de observación recogiendo a lo largo de sus múltiples entrevistas, con los diversos miembros de la familia información acerca del grupo familiar, valorando la importancia que el mismo tiene como recurso inmediato en el proceso de salud, enfermedad del individuo y estando capacitado para

Favorecerá que la atención a todos los elementos de una familia sea prestada por el mismo equipo de médico y enfermera, así como estimulará en las familias la autonomía y el autocuidado fomentando su papel como preservadora de la salud de sus miembros.

Área de atención a la comunidad.- La O.M.S. había afirmado que la atención primaria forma parte tanto del sistema de atención a la salud, del que constituye su función central, y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Promocionar la salud prevenir l enfermedad y desarrollar la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.

El problema esencial de la formación adecuada del médico de familia en medicina comunitaria no radica, no obstante, en sus conocimientos sobre estas disciplinas sino en su capacidad de uso de las mismas en el contexto en que él trabaja, el marco de una pequeña comunidad y conjuntamente con el desarrollo de sus habilidades clínicas. Su trabajo es una comunidad pequeña condiciona el tipo de métodos epidemiológicos que le serán útiles para describirla, identificar sus problemas y evaluar la actividad de sus acciones.

En primer lugar su mantenimiento de responsabilidad sobre la salud de la comunidad en su conjunto y, por tanto, su sentido de anticipación a los problemas, su reconocimiento de los factores determinantes del estado de la salud y de su responsabilidad de tratar de modificarlos, y su papel activo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la comunidad en su conjunto pasa a ser también un paciente del médico.

Debe tener en cuenta que la salud no es una responsabilidad exclusiva de su práctica profesional ni del sistema sanitario. En este sentido el médico de familia deberá considerar el derecho de la comunidad a participar en el proceso de atención a la salud y en la definición de problemas comunitarios, su priorización y las intervenciones sobre las mismas y promover esta participación cuando no exista o esté limitada.

Deberá también ser capaz de coordinarse con los recursos de otros sectores distintos del sanitario y, en algunas situaciones, promover esta coordinación.

Diseñar programas comunitarios, con una metodología rigurosa de planificación que permita la sistematización de las actividades, la racionalidad en la asignación de recursos y la evaluación de la efectividad, la eficiencia y la equidad.

Desarrollar las actividades de los programas.

Llevar a cabo acciones de educación para la salud y promoción de la participación comunitaria.

Creemos que el médico de familia debe conocer la existencia de todos los recursos comunitarios que puedan ser utilizados en el proceso terapéutico y colaborar y en la asesoría que le sea solicitada, pero con una actitud de respeto a la autonomía de la dinámica comunitaria huyendo de una actitud de monopolio de todas las actividades relacionadas con la salud. (7)

1.12 Área de docencia e investigación

Justificación.- Es indudable que los médicos de familia deben hacer todo lo posible para realizar actividades como la docencia e investigación, ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional.

Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes:

- 1) Autoformación, de acuerdo a sus necesidades individuales.
- 2) Formación continuada dentro del equipo de atención primaria, en la cual el papel del médico de familia debe ser fundamental para mantener y mejorar el trabajo de todos los profesionales del mismo, mediante la puesta en marcha de actividades formativas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas expresadas por los integrantes del equipo de salud.
- 3) Docencia a otros profesionales, ya que obliga al docente a revisar sus propios métodos de práctica médica. Esta docencia tiene dos grandes modalidades:

Docencia de pregrado.- En la docencia de pregrado, la participación del médico de familia permite incorporar al currículo médico aquellos aspectos específicos del a atención primaria a los que el estudiante de medicina es ajeno durante la licenciatura.

Docencia de posgrado fundamentalmente referida a la formación de los futuros médicos especialistas en medicina familiar comunitaria.

A diferencia de las dos primeras facetas (autoformación y formación confirmada dentro del equipo), es evidente que la realización de esta docencia a pre y posgraduados no siempre va a estar al alcance de todos los médicos de familia, influyendo en ello diversos factores, como que trabaje o no en centro de salud, que éste sea universitario y/o docente, que esté o no acreditado como tutor etc...

Investigación.-Antes de entrar de lleno en la justificación de su inclusión en esta área de práctica, es preciso matizar que se puede entender por investigación. En sentido amplio, podemos entenderla como una curiosidad estructurada que permite al médico de familia hacerse preguntas, poner en duda lo que está haciendo e indagar, a partir de observaciones sobre hechos sin una explicación suficientemente justificada, utilizando siempre para ello la metodología apropiada. La necesidad de dar respuesta a numerosas preguntas no aclaradas que surgen en su ejercicio profesional diario y de cubrir lagunas en el cuerpo de conocimientos propio de esta especialidad. (7)

Los médicos de familia en su conjunto, deben esforzarse en desarrollar actividades investigadoras que no sean fruto de la improvisación o de necesidades personales, sino que se diseñan de acuerdo con los objetivos y metodología propios de su nivel de atención, que sean capaces de dar respuestas válidas a los problemas reales de su trabajo diario, que repercutan favorablemente sobre la comunidad que atienden (cumple una función social) y que aporte elementos útiles para el progreso de la atención primaria.

Investigar puede y debe hacerlo todo profesional que esté motivado para ello y en el que la motivación sea lo suficientemente fuerte como para superar las dificultades que siempre se presentan: la falta de tiempo, las carencias formativas en metodología de investigación y la ausencia de recursos son las más frecuentes.

La investigación por el médico de familia, contribuye a elevar el nivel científico profesional

Del mismo y por tanto, la atención primaria en nuestro país.

Actitudes.-En cuanto a la docencia o formación confirmada serán necesarias actitudes tales como la disposición continua para el estudio, la curiosidad hacia los avances científico-técnicos, así como para discutir los conocimientos propios con los de otros profesionales, la sensibilidad para reconocer las diferencias formativas, la predisposición a las actividades de formación confirmada dentro del equipo de salud, etc... (7)

En cuanto a la investigación, es imprescindible el esfuerzo personal sumando a una motivación para realizar estas actividades, la disposición a colaborar en proyectos de investigación, así como la predisposición a adquirir los conocimientos necesarios en metodología de investigación y sus disciplinas básicas. El médico de familia debe ser consciente de que la actitud investigadora con lleva importantes beneficios, a veces intangibles, tales como mantener la motivación profesional, superar el aislamiento, etc... (7)

Área de apoyo.- En esta quinta y última área de práctica del médico de familia han quedado incluidas 4 sub áreas que, sin tener individualmente la relevancia e importancia de las 4 anteriores si deben estar presentes en el perfil de práctica de este profesional y, de hecho así viene ocurriendo ya que aspectos como el trabajo en equipo, la gestión de recursos y administración sanitaria, el sistema de registro y la garantía de calidad están permanentemente relacionados en mayor o menor grado, con la actividad del médico de familia.

Trabajo en equipo.- Justificación el amplio espectro de tareas y funciones a desarrollar en los equipos de atención primaria, según determina el vigente marco legal, favorece indirectamente la necesidad de que el desarrollo de las mismas se lleva a cabo entre profesionales de diferentes niveles de formación y de responsabilidad.

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios, señalándose, entre otras cosas las siguientes:

- a) El enfermo recibe una mejor atención
- b) Proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo
- c) Previene las duplicidades de esfuerzos
- d) Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria, etc...

El médico de la familia debe ser consciente y conocedor, por tanto, de la dinámica del trabajo en equipo en orden a optimizar la atención prestada a la población para conseguir la atención integral e integrada que se pretende.

Actividades.- Algunas de las actividades a incorporar a su práctica profesional en relación con el trabajo en equipo pueden ser las siguientes:

- a) participar en la confección de las normas y procedimientos que regulan el funcionamiento interno del equipo de atención primaria.
- b) Contribuir a la elaboración de los objetivos de trabajo del equipo, con los diferentes niveles de responsabilidad que proceda y promoviendo el que cada uno conozca sus responsabilidades en los mismos.
- c) Asistir e intervenir activamente en las reuniones de médicos y/o del equipo de atención primaria que tengan lugar en el centro.
- d) Proporcionar la participación de las diferentes profesionales en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades. (7)

Gestión de recursos y administración sanitaria.- El marco laboral más habitual del médico de familia es actualmente el sistema sanitario público que en nuestro país es el Sistema Nacional de Salud (SNC).

La concepción del S.N.S. como empresa ha acercado la toma de decisiones en el uso de los recursos a los proveedores de la atención que en nuestro ámbito son los equipos de atención primaria y, por tanto, también a los médicos de familia.

Actitudes.- Actitudes positivas en cuanto a tener presente que los recursos son siempre limitados y que el uso inadecuado de los recursos que el médico de familia tiene a su alcance impide poder utilizarlos para otro fin (costo de oportunidad) asumir la necesidad de la priorización en la asignación y utilización de los recursos, responsabilizarse de los costos de nuestra práctica profesional teniendo en cuenta que los recursos materiales que manejamos están generados por la propia población y, por último garantizar la equidad entre los pacientes para el uso de los recursos disponibles.

Sistema de registro e información sanitaria.- En nuestra área profesional, como en cualquier otro, la información es la base para la acción y para la toma de decisiones.

El establecimiento de protocolos diagnóstico-terapéuticos, el diseño de programas de salud comunitarios o para determinados grupos de riesgo, la elección de las actividades docentes y/o de investigación sólo se harán correctamente si se dispone previamente de la suficiente y adecuada información.

Garantía de calidad.- Justificación

Monitorización y seguimiento de la atención que la población recibe intentando en definitiva, garantizar la calidad de la asistencia.

Definición de calidad: “Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta. Los recursos disponibles y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario”. (7)

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema se identifica con la carencia de información que permita el desarrollo de las 3 actividades que caracterizan a la práctica de la Medicina Familiar, como son el estudio de la familia, continuidad en la atención y enfoque de riesgo.

3 JUSTIFICACIÓN

Por desgracia, la medicina actual es individual, esporádica y curativa, nos niega la oportunidad de poder detectar a tiempo los factores de riesgo, prevenir el desarrollo de enfermedades y poder llevar a cabo un manejo integral de la familiar, para la identificación de las características de la población atendida, su perfil epidemiológico y los posibles riesgos a la salud que el médico familiar debe atender y la unificación de esos 3 principios básicos de la medicina familiar ya mencionados.

4 Objetivo General

Obtener información de las características sociales y demográficas de las familias del consultorio 1 de la UMF Observatorio turno vespertino del ISSSTE e identificar sus factores de riesgo.

4.1 Específicos

Revisar los expedientes clínicos de la población de los servicios médicos del turno vespertino en el consultorio 1 de la clínica observatorio del ISSSTE para la elaboración de la pirámide poblacional.

Identificar las 10 principales causas de consulta, mediante la revisión de las formas SM10 de un año previo a este estudio.

Aplicar la cédula básica de información familiar (CEBIFIV) a 120 familias usuarias de los servicios médicos del turno vespertino en el consultorio 1 de la Clínica Observatorio del ISSSTE para la elaboración de la pirámide poblacional.

4.2 Material y Métodos

Tipo de estudio Cuantitativo Descriptivo, transversal y observacional con una fase retrospectiva y otra prospectiva.

4.3 Diseño de investigación del estudio (Etapas generales)

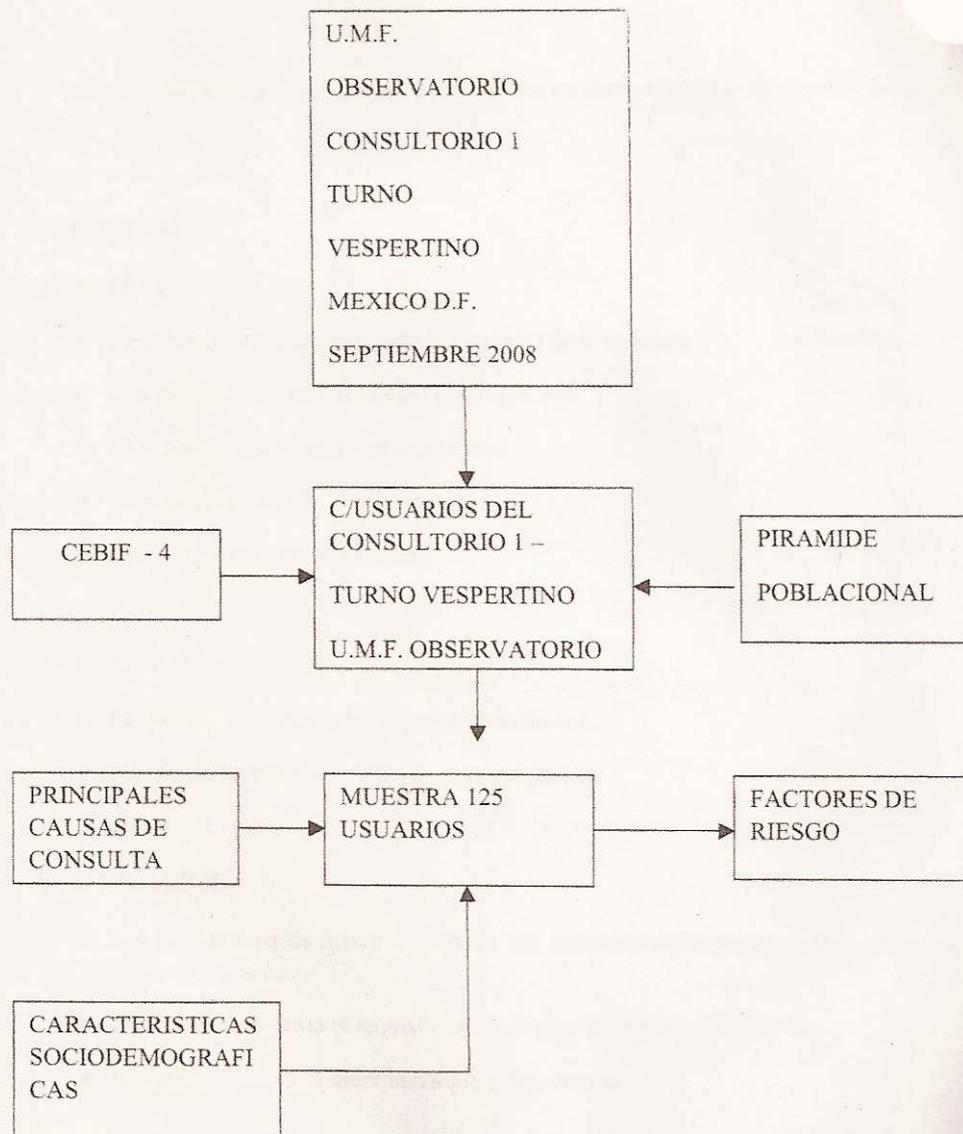
La población total del consultorio número 1 turno vespertino de la UMF Observatorio del ISSSTE ubicada en el D.F. está constituida por 2130 derechohabientes adscritos, dato obtenido mediante el conteo de los expedientes clínicos.

Diseño del estudio

Esquema de las etapas de planeación del proyecto

Muestra

DISEÑO DE INVESTIGACION



MUESTRA

Se calculó una muestra de trabajo con 125 familias, siendo la muestra final de 110 que representan el 51% del total de dichas familias del consultorio 1.

Se propuso aplicar de 3-5 cédulas diariamente con un tiempo de 20 a 30 minutos por cada una.

CRITERIOS

INCLUSIÓN

- Derechohabientes con vigencia al momento de la encuesta.
- Con expediente y que acudieron al consultorio.
- Que desearon colaborar con la encuesta.
- Que sean mayores de 18 años de edad.
- Solo a un integrante por familia.

EXCLUSIÓN

- Elementos contrarios a los criterios de inclusión.
- Más de una participante en la encuesta por familia.

ELIMINACIÓN

- Los que dejaron de acudir a consulta por hospitalización porque fueron dados de baja por muerte.
- Los que no cubrieron el requisito deseado para el operativo de familia.
- Los que regalan de manera incompleta la encuesta.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (TIPO Y MODA)

CEBIF 4

La cédula básica de Identificación Familiar está integrada por 82 variables dentro de 10 áreas relacionadas con el estudio básico de la familia, de las cuales se describirán o como instrumento de medición:

Identificación (5 variables)

- Número de folio para cada cuestionario, número de consultorio y turno, apellidos de la familia, domicilio y teléfono, fecha de aplicación del cuestionario.

Factores Demográficos

Número de hijos, personas con parentesco y sin parentesco que vivan en el hogar con la familia.

Clasificación estructural de la familia, nuclear extensa monoparental, equivalentes familiares personas que viven solas.

Etapa del ciclo vital de la familia, matrimonio o unión conyugal, expansión, dispersión, independencia y retiro.

METODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Con la anuencia de las autoridades de la Clínica Observatorio Turno Vespertino del ISSSTE se efectuó la aplicación de la (CEBIF) en los usuarios del consultorio turno vespertino, informándoles a dicha población la finalidad de la encuesta y lo valioso de su participación siendo esta forma voluntaria accediendo o contestar en forma personalizada.

Los rubros incluidos fueron:

Datos de identificación }

Fecha de aplicación

Folio personalizado

Salud reproductiva

Factores demográficos

Clasificación estructural de la familia

Factores de riesgo

Datos demográficos de la familia

- Se capturo la información en el programa
- Se obtuvieron gráficas y tablas
- Se obtuvo la pirámide poblacional
- Se analizaron los resultados
- Dando como resultado el diagnóstico situacional del encuestador

Maniobras para evitar o controlar sesgos.

Se reconoce que hay sesgos de información debido a que las personas encuestadas son las que aportan la información, considerando que se debe confiar en ellas.

Sesgo de selección: debido a la naturaleza no abatoría de los individuos seleccionados.

Procedimientos estadísticos.

El análisis de la información se hizo mediante estadística descriptiva.

Diseño y construcción de base de datos se efectuó la recolección de datos de la CEBIEF en el programa.

Recursos Humanos, Materiales y Financieros.

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

En cuanto a material humano solamente mi tutor, mi hijo y yo.

VARIABLES

En este estudio se obtuvieron con la aplicación de la CEBIF 4 las siguientes evaluaciones

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Clave de identificación
Parentesco	Grado de afinidad familiar	Cualitativa	Nominal	1.-Mamá 2.-Papá 3.-Hijos 4.-Hermanos 5.-Abuelos 6.-Nietos 7.-Yernos 8.- Nueras 9.-Cuñados 10.-Sobrinos 11.-Bisnietos 12.-Amigos
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa	nominal	1.-Femenino 2.-Masculino
Edad	Tiempo que transcurre desde el nacimiento	Cuantitativa	Continua	Años cumplidos
Ocupación	Actividades realizadas en el	Cualitativa	Nominal	1.-Ama de casa 2.-Jubilado o

	momento del estudio			pensionado 3.-Desempleado 4.-Subempleado 5.-Menor de 4 años 6.-Estudiante 7.-Estudia o trabaja 8.-Campesino 9.- Artesano 10.- Obrero 11.-Chofer 12.-Técnico 13.-Empleado 14.-Profesional 15.-Artista 16.-Empresario 17.-Otros
Escolaridad	Nivel educativo logrado	Cuantitativa	Continua	Continua
Embarazos	Antecedentes Gineco Obstetricos de la Mamá	Cuantitativa	Continua	Número de embarazos

Partos	Obtención del producto de la concepción	Cuantitativa	Continua	Número de Partos
Abortos	Interrupción del embarazo por diversas causas	Cuantitativa	Continua	Número de abortos
Cesáreas	Atención del parto por vía pélvica	Cuantitativa	Continua	Número de cesáreas
Embarazo actual	Situación Gestacional actual de la mamá	Cualitativa	Nominal	1.-Si 2.-No
Planificación Familiar	Cuidado que se tiene para espaciar los embarazos	Cualitativa	Nominal	1.-O.T.B. 2.-Preservativo 3.-D.I.U. 4.-Hormonales 5.Histerectomía 6.-No acepta
Estado Civil	Compromiso que se adquiere con el sexo opuesto	Cualitativa	Nominal	1.-Casado 2-Unión Libre 3.-Divorciado 4.-Viudos 5.-Solteros
Número de hijos	Número de hijos	Cuantitativa	Continua	Número de hijos

Tipo de familia	Estructura	Cualitativa	Nominal	1.-Nuclear
-----------------	------------	-------------	---------	------------

	familiar			2.-Extensa 3.-Extensa Comp.
--	----------	--	--	-----------------------------------

Ciclo vital de la familia	Conformación de la familia	Cualitativa	Nominal	1.-Unión Conyugal 2.-Expansión 3.-Dispersión 4.Independencia 5.-Retiro
Factores de riesgo detectados	Enfermedades detectadas en la familia	Cualitativa	Nominal	1.-Diabetes 2.-Hipertension arterial 3.-Cancer 4.-Obesidad 5.-Vacunas 6.-Caries 7.-Psicosociales
Datos demográficos de la familia	Antecedentes personales de cada miembro que conforma la familia en el momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	1.-Nombre 2.-Parentesco 3.-Edad 4.-Sexo 5.-Escolaridad 6.-Ocupación

CONSIDERACIONES ÉTICAS: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Tokio, Japón, 2004.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, México.

En base a la Ley General de Salud en su artículo 17, fracción I, que a la letra dice:

1. investigación si riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada por la 18ª asamblea médica mundial en junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón, en octubre de 1975, en la 35ª Asamblea Médica Mundial en Venecia Italia en octubre de 1983, en la 41ª A.M.M. Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea General de Sudáfrica, octubre de 1996, la 52ª Asamblea General, en Edimburgo, octubre del 2000, y en Washington en 2002, la declaración de Helsinki establece los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas; los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente.

El médico debe actuar solamente en el interés del paciente.

El progreso de la medicina tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

La investigación médica debe ser por el bienestar de los seres humanos.

El propósito principal es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y comprender la etiología y patogenis de las enfermedades.

La investigación médica debe estar sujeta a normas éticas par promover el respeto a todos los seres humanos y proteger la salud así como sus derechos individuales.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos.

Principios básicos para toda investigación médica.

Es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados.

Debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.

Prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar al medio ambiente.

Debe formularse claramente un protocolo experimental.

Debe fundamentarse en las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación.

La investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.

La investigación médica debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.

Todo proyecto debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo.

Los médicos deben abstenerse de efectuar proyectos de investigación a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados.

La investigación solo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo.

La investigación solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que se realiza podrá beneficiarse de los resultados.

Los individuos deben ser voluntarios e informados.

Debe respetarse el derecho de los participantes a proteger su integridad resguardando la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información y reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental así como su personalidad.

El individuo debe recibir información adecuada acerca de los objetivos y métodos de la investigación.

RESULTADOS

En relación con las 110 familias encuestadas en el consultorio 1 turno vespertino de la Clínica Observatorio del ISSSTE se obtuvieron los siguientes resultados:

Se aplicó a la población de usuarios del consultorio 1 de la UMF Observatorio la Cédula Básica de identificación con la intención de conocer las siguientes características:

El parentesco del informante encuestado observándose que la madre fue la que ocupa el lugar predominante con un 73.1% ver tabla No.1

El estado civil de la población encuestada del consultorio 1 turno vespertino fue de 73% de casadas ocupando el porcentaje más alto ver tabla No.2

En cuanto a la estructura familiar se observó que la de mayor porcentaje fue la nuclear con un 49% ver tabla No.3

La escolaridad que prevalece en los familiares del paciente encuestado es la de Primaria con un porcentaje de 24.8% ver tabla No.4

La ocupación de los integrantes de las familias encuestadas es la de Estudiante con un porcentaje de 24.6% siguiéndole con un 20% la de empleado y un 15.3% Ama de casa ver tabla No.5

Los factores de riesgo detectados en las familias del encuestado son el alcoholismo con un 30.6 % siguiéndole en frecuencia el tabaquismo con un 17.5% ver tabla No.6

4.5 Pirámide de población

Se llevó a cabo la revisión de cada uno de los expedientes clínicos del consultorio 1 turno vespertino, que se encuentran en el archivo de la clínica Observatorio del ISSSTE con la finalidad de obtener la edad, sexo y número total de derechohabientes usuarios durante el mes de julio del 2008; ver tabla.

4.6 Diez primeras causas de solicitud de consulta

Se revisan las hojas del concentrado de consultas diarias otorgadas del mes de junio del 2007 a mayo del 2008 del consultorio 1 turno vespertino de la clínica Observatorio del el horario de 8 pm a 11 pm diariamente durante 8 días, obtenidos del almacén de dicha clínica.

TABLA No. 1

Parentesco del informante en el momento de la encuesta de la CEBIF

INFORMANTE	FRECUENCIA	%
PADRE	16	19.5
MADRE	60	73.1
HIJO	6	7.4
TOTAL	82	100

Usuarios del consultorio 1 de la UMF Observatorio ISSSTE Turno Vespertino

TABLA No. 2

Estado Civil de la población encuestada del consultorio 1 Turno Vespertino

CASADOS	61	73%
U. LIBRE	18	16.8%
DIVORCIADOS	3	3.4%
VIUDOS	0	0%
SOLTEROS	5	7%
TOTAL	87	100%

Datos proporcionados por el informante.

Estructura Familiar de la población usuaria del consultorio No. 1 Turno Vespertino

TABLA No. 3

TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR	FRECUENCIA	%
NUCLEAR	42	49%
EXTENSA	27	31%
EXTENSA COMPUESTA	6	6.8%
NUCLEAR NUMEROSA	4	4.2%
SIN FAMILIA	3	3.4%
MONOPARENTAL	5	5.6%
TOTAL	87	100%

ESCOLARIDAD DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE ENCUESTADO

TABLA No. 4

PRIMARIA	79	24.8%
SECUNDARIA	72	22.1%
PREPARATORIA	71	22%
TECNICA	39	13.2%
PROFESIONAL	57	17.9%
TOTAL	318	100%

Población encuestada del consultorio 1 Turno Vespertino

OCUPACION DE LOS INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

TABLA No. 5

AMA DE CASA	53	15.3%
JUBILADO	20	5.7%
ESTUDIANTE	85	24.6%
MENOR DE 4 AÑOS	18	5.2%
PROFESIONAL	37	10.5%
SERVICIOS DIVERSOS	13	4.7%
EMPLEADO	70	20.2%
CONDUCTOR DE AUTO	12	3.4%
TECNICO	12	3.4%
OBRERO	10	2.8%
DESEMPLEADO	6	1.7%

COMERCIANTE	5	1.5%
SUBEMPLEADO	2	.5%
ARTISTA	2	.5%
TOTAL	345	100%

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA FAMILIA DEL ENCUESTADO

TABLA No. 6

FACTOR	FRECUENCIA	%
H.A.S.	87	12.2%
DIABETES M.	102	14.3%
OBESIDAD	134	16.8%
ALCOHOLISMO	159	30.6%
TABAQUISMO	141	17.5%
CANCER	9	2.4%
PSICOSOCIALES	7	.7%
OTRAS	70	5.5%
TOTAL	709	100%

PIRAMIDE POBLACIONAL

La pirámide poblacional del consultorio 1 de la U.M.F. Observatorio turno vespertino es de 2224 de los cuales 53% son mujeres y el 46.8% son hombres, observándose que en los 2 grupos la edad que prevalece es de 65 años en adelante.

Ver figura

Dicha pirámide se llevó a cabo con la revisión de cada uno de los expedientes clínicos del consultorio 1 turno vespertino, que se encuentran en el archivo de la clínica observatorio del ISSSTE con la finalidad de obtener la edad, sexo y un número de derechohabientes usuarios durante el mes de julio del 2008.

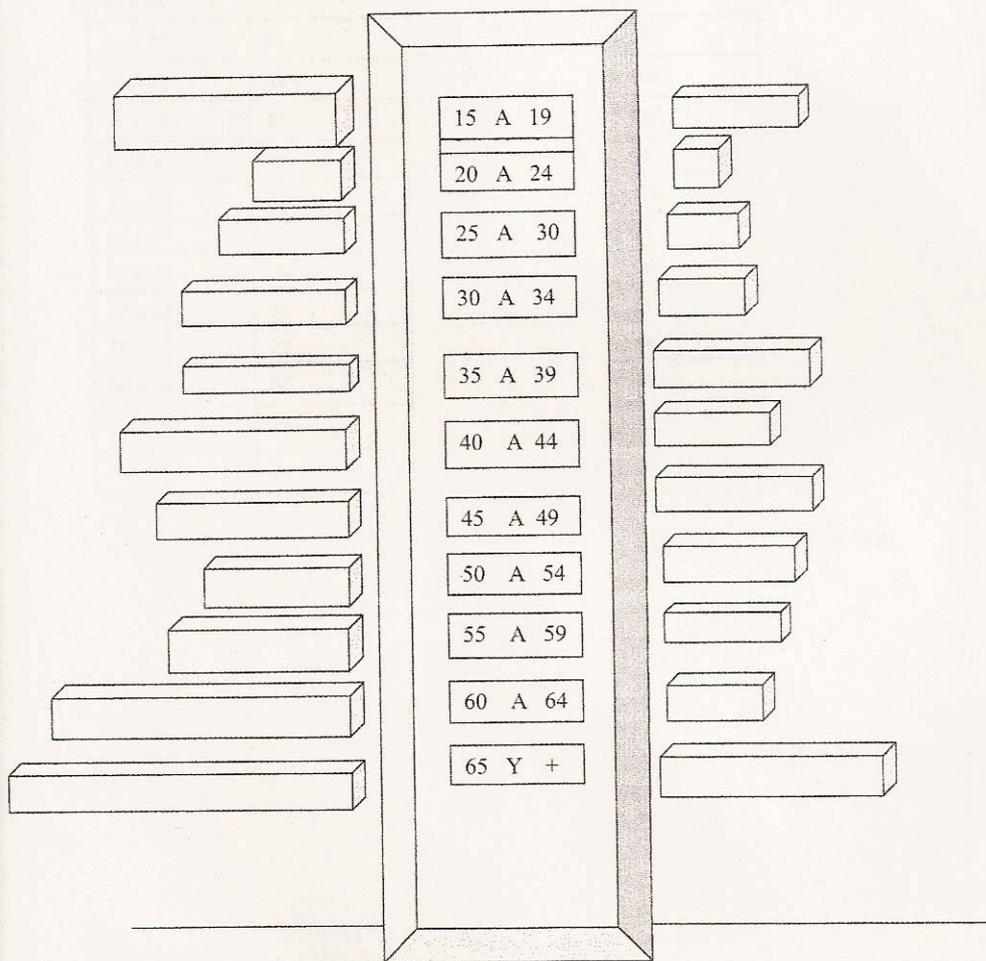
Diez primeras causas de solicitud de consulta

Se revisan las hojas del concentrado de consultas diarias otorgadas del mes de junio del 2007 a Mayo del 2008 del consultorio 1 turno vespertino de la Clínica Observatorio en el horario de 8 pm a 11 pm diariamente durante 8 días, obtenidos del almacén de dicha clínica, se observa que las enfermedades del tracto respiratorio son las de mayor prevalencia con un 31% seguidos de la Hipertensión Arterial con un 14% y 10.6% la Diabetes Mellitus.

Ver figura.

MASCULINO

FEMENINO



	MASCULINO
65 Y MAS	157
60 A 64	53
55 A 59	46
50 A 54	63
45 A 49	81
40 A 44	48
35 A 39	51
30 A 34	37
25 A 29	24
20 A 24	23
15 A 19	77
10 A 14	80
5 A 9	66
0 A 4	26

832

FEMENINO
271
95
97
103
121
93
124
61
44
25
84
78
52
50

1298

TOTAL 2130

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE SOLICITUD DE CONSULTA DEL CONSULTORIO 1 DE LA U.M.F. OBSERVATORIO ISSSTE DELMES DE JUNIO DEL 2007 AL MES DE MAYO 2008-09-17

1	RINOFARINGITIS	499	31.2%
2	HIPERTENSION ARTERIAL	237	14%
3	DIABETES MELLITUS	171	10.6%
4	ENTERO COLITIS	148	9%
5	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	105	6.5%
6	CONTROL EMBARAZO	104	6.5%
7	DISLIPIDEMIAS	103	6.4%
8	GASTRITIS	76	4.7%
9	LUMBALGIAS	76	4.7%
10	POLINEUROPATIAS	76	4.7%

1595

100%

DISCUSIÓN

El presente estudio efectuado en la U.M.F. Observatorio del ISSSTE, con la población usuaria del consultorio, turno vespertino, grupo que por naturaleza es heterogéneo y con las características de que todos cuentan con los beneficios de la Seguridad Social.

Encuentro en dicha encuesta, una población en donde prevalece el sexo femenino con una edad mayor de 65 años tanto en mujeres como hombres, con una Estructura Familiar Nuclear Simple en donde los matrimonios en su mayoría no tuvieron más de 4 hijos siendo su estado civil el de casados con un porcentaje mayor. El informante en el momento de la encuesta lo ocupa la Madre, siendo su presencia en la consulta predominante, ya sea como se observa la influencia de la mujer dentro del núcleo familiar. La escolaridad con mayor porcentaje la ocupa la Primaria lo que nos permite pensar en una población más susceptible, y por otro lado que requiere de mayor apego y supervisión.

La ocupación mayor es la de estudiante seguramente porque se incluyó a los nietos que viven con los abuelos y se encuentran estudiando siguiendo en importancia el de empleado y ama de casa.

Los factores de riesgo de mayor importancia lo ocupa el Alcoholismo y el tabaquismo, factores que a pesar de influir de manera directa en la salud de la población disminuyendo sus defensas y haciéndolos más susceptibles de adquirir otras enfermedades, no observamos dentro de las 10 primeras causas de solicitud de consulta problemas de cirrosis ni enfermedades pulmonares crónicas (EPOC).

CONCLUSIONES

Se cumplieron los objetivos planteados al utilizar el Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar, como una estrategia de trabajo para obtener los datos básicos de los familiares derechohabientes encuestados, con la aplicación de la Cédula Básica de Identificación Familiar CEBIF 4, la elaboración de la Pirámide Poblacional y, la identificación de las diez primeras causas de consulta, para poder brindar una atención integral a dichas familias, conocer a la población usuaria, sus integrantes, su tipología y funcionalidad, así como los factores de riesgo que incidan sobre el bienestar de la comunidad.

En la Pirámide poblacional se observa que la edad que prevalece es de 65 años en adelante sobre todo en el sexo femenino, siendo este dato importante para pensar que estamos ante una población longeva, en donde las enfermedades crónico degenerativas son las de mayor importancia de tal manera que sería prioritario pensar en llevar a cabo programas de atención al adulto mayor, pero sobre todo programas de tipo preventivo con el objeto de concientizar a la población de la importancia que tiene una buena calidad de vida con todo lo que implica, para retardar o atenuar los procesos degenerativos propios de la edad, rescatar los valores y aplicarlos como el respeto a los espacios y a la dignidad de los ancianos, así como la formación de Geriatras.

Con respecto a los factores de riesgo, los de mayor relevancia fueron el alcoholismo y el tabaquismo siendo este dato de suma importancia para analizar la dinámica familiar, los roles de cada miembro de la familia y la influencia de estos sobre la funcionalidad de la misma. La obesidad, diabetes e hipertensión arterial, les siguen en importancia.

La coincidencia entre la edad de la población encuestada, los factores de riesgo y las diez principales causas de solicitud de consulta me habla de procesos crónicos degenerativos en donde intervienen múltiples factores (culturales, socio-económicos, etc...) de tal manera, que la atención a dicha población tiene que ser en equipo multidisciplinario.

¿Qué voy a hacer con mi población?

1. Seleccionar grupos de 24 pacientes con problemas de hipertensión, diabetes y obesidad una vez por mes.
2. Hacer la programación de los mismos con archivos extendiendo constancias de tiempo a las que lo requieran.
3. La hoja de actividades diarias se llevaría con dichos pacientes a sí no afectaría a la productividad de ese día.
4. Invitar de manera calendarizada a médicos de diferentes especialidades para la sensibilización de la población.
5. Solicitar de las autoridades de la clínica un espacio para dicha actividad.
6. Apoyo con trabajo social para seguimiento.
7. Apoyo de 2 y 3 niveles si se requiere.
8. Detectar a la población con problemas de alcoholismo, concientizarlo de que se trata de una enfermedad en donde toda la familia está inmersa, y la importancia que tienen los Grupos de Autoayuda y el trabajar con la codependencia para iniciar una rehabilitación y fomentar la prevención.

La escolaridad predominante en mi población encuestada fue de “PRIMARIA” lo que me indica que la preparación de dicha población es precaria haciéndola más vulnerable y con mayores necesidades de orientación y supervisión de mi parte.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Irigoyen C Morales L MOSAMEF Bases Conceptuales-Editorial Medicina Familiar Mexicana México. 2000 pp 116-119-164
- 2 Bruce W. Golaberg Atención Primaria basada en la población Bibliografía pags. 44
- 3 Wonca (the World Organization of National Colleges Academics and Academia Associations of General Practitioners Family Physicians Que es la atención primaria. Bibliografía pag.3
- 4 Irigoyen CA Morales LHModelo Sistemático de Atención Médica Familiar MOSAMEF capítulo 11 En Bibliografía pag. 158
- 5 G Foz Gil-S Gofin I. Montaner Gomis Atención Primaria Orientada a la comunidad. Pags. 345-346-348
- 6 S Santacruz V. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS, (Mex) 1983; 21:348 pags 348-349 351-352
- 7 F.J. Gallo-Altisent Trota, Diez Espino C. Fernández Perfil profesional FYC-Aten Primaria 1999 23(4)::236-248
- 8 Irigoyen CA, Gómez CFJ, Noriega GR Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CJ, Modelo Sistemático de Atención Médico Familiar. Ed Med Fac;México 2000
- 9 Reyes RE; Modelo Sistemático de Atención Familiar en el Microescenario consultorio 1 de la Clínica de Medicina Familiar Observatorio ISSSTE trabajo para obtener el diploma de especialista de Medicina Familiar México D.F. 2001
- 10 Santiago IH, Lomeli GLE Diagnóstico de salud y estructura familiar a través del modelo sistemático de atención Médico Familiar Arch. Med. Fam 2000;2 (1):11-16
- 11 Irigoyen CA, Gómez CFS, Noriega GR, Hernández TI, Arteaga AG, Granel GE, Castro CS, Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar, Cap. 11, pp 151-174 en; Irigoyen Coria A, Fundamentos de Medicina Familiar, Séptima edición 2000.



CÉDULA BÁSICA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (CEBIF)

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

15-Oct-2007

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

FACTORES DEMOGRÁFICOS	
Número de Hijos:	Si viven otras personas en el hogar: ¿Cuántas y cuáles?
<ul style="list-style-type: none"> • RN a un año _____ • 1 a 4 años _____ • 5 a 10 años _____ • 11 a 18 años _____ • 20 o más años _____ • Total _____ 	<p>Con parentesco familiar: (abuelos, tíos, nietos, sobrinos, nueras, yernos)</p> <p>Num. _____, Especifique: _____</p> <p>Sin parentesco familiar: (compadres, amigos, servicio doméstico, huéspedes)</p> <p>Num. _____, Especifique: _____</p>

Clasificación Estructural de la Familia			
<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear Simple () Numerosa () Ampliada () Binuclear () Reconstruida () 	<ul style="list-style-type: none"> • Monoparental Simple () Ampliada () 	<ul style="list-style-type: none"> • Equivalentes familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Vive en casa de la familia de origen • La familia de origen vive en casa de la familia monoparental
<ul style="list-style-type: none"> • Extensas Ascendentes () Descendentes () 	<ul style="list-style-type: none"> • Persona que vive sola 		

Etapa del Ciclo Vital de la Familia	
<ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio o unión conyugal () • Expansión () • Dispersión () 	<ul style="list-style-type: none"> • Independencia () • Retiro ()

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

FACTORES ECONÓMICOS			
Vivienda			Si No
<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas que contribuyen al ingreso familiar: _____ • Casa Propia () • Financiamiento Rentada () Prestada () • Agua entubada intradomiciliaria () • Automóviles: 0, 1, 2, 3 o más () 	<ul style="list-style-type: none"> • Teléfono () • Computadora () • Num. de hijos en escuela pública () • Num. de hijos en escuela privada () • Num. de hijos con becas () 		
Desarrollo Comunitario			
<ul style="list-style-type: none"> • Serv. de agua potable () • Drenaje subterráneo () • Energía eléctrica () • Servicio telefónico () 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbrado público () • Pavimentación () • Banquetas () • Serv. de transp. público () • Vigilancia () 		

Índice Simplificado de Marginación Familiar

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

REDES SOCIALES Y APOYO

Cuando Usted y/o su familia necesitan de servicios de atención a la salud (consulta, detecciones, cuidados, pláticas, orientaciones, terapias, exámenes de laboratorio, etc.) se apoyan en: (Marque todas las opciones que el paciente indique)

- Padres y abuelos ()
- Pareja ()
- Amigos, vecinos ()
- Hijos mayores ()
- Prestaciones laborales (incapacidad, cuidados maternos, etc.) ()
- Servicios públicos ()
- Servicios privados ()
- Otros ()
- No requiere ()

Hace uso de los servicios que otorgan las siguientes instituciones: (Marque todas las opciones que el paciente indique)

- | | |
|-------------|--------------------------|
| IMSS () | DIF () |
| SSA () | PEMEX () |
| SEDENA () | Secretaría de Marina () |
| Privado () | Otros () |
| ISSSTE () | Especifique: _____ |

FACTORES DE RIESGO PATOLOGIA FAMILIAR

	Crónico Degenerativas										Infecciosas			Trastornos de la Nutrición	Otros									
	Diabetes Mellitus	Hipertensión Art.	Enf. Corazón	CaCir	Ca Mama	Ca Prostata	Otro cáncer	Ins. Renal	Enf. Cerebrovasc.	Asma	Sabañón	Otro ETS	Hepatitis B y C	TB Pulmonar	Desnutrición	Obesidad	Anorexia Bulimia	Tabaquismo	Alcoholismo	Otros farmacod.	Violencia Intraf.	Enf. Psiquiátricas	Riesgo ocupacional	Discapacidad
Padre																								
Madre																								
Hijos																								
Abuelos																								
Tíos																								
Total																								

c= en control sc=sin control

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO

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

APOYO DE CUIDADORES

¿Algun miembro de su familia proporciona cuidados continuos a alguna persona enferma? No ___ Si ___
 ¿Quien proporciona los cuidados? _____
 ¿A quien le proporciona los cuidados? _____
 ¿Cual es el motivo o la enfermedad por el que necesita cuidados? _____

DETECCION DE CÁNCER

Cada año		Positivo a Cáncer	
Doc cacu	Si No	Si	No
Doc mama	Si No	Si	No

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA

#	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo 1= mujer 2= hombre	Escolaridad en años	Ocupación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Escriba en el margen izquierdo un asterisco () junto al nombre de la persona que responde el cuestionario.
Si el grupo familiar tiene más de 10 integrantes, anexe sus datos en una hoja adicional.*

Códigos para los datos demográficos de la familia

Parentesco	Grupos de Ocupaciones	Edad en años
01 = Madre	01 = Ama(o) de casa (hogar)	Meses = años
02 = Padre	02 = Jubilado / pensionado	
03 = Hijo	03 = Desempleado (sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)	1 = 1,000
04 = Nuera	04 = Superempleado (vendedor informal, ambulante, etc.)	2 = 0,083
05 = Yerno	05 = Menor de edad (menores de 4 años)	3 = 0,166
06 = Nieto	06 = Estudiante (pre-escolar hasta postgrado)	4 = 0,250
07 = Hermanos maternos	07 = Estudia y trabaja	5 = 0,333
08 = Hermanos paternos	08 = Campesino	6 = 0,416
09 = Sobrinos maternos	09 = Artesano	7 = 0,500
10 = Sobrinos paternos	10 = Obrero	8 = 0,583
11 = Primos maternos	11 = Conductor de auto, camióneta o camión (chofar)	9 = 0,666
12 = Primos paternos	12 = Técnico (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)	10 = 0,750
13 = Abuelos maternos	13 = Empleado (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)	11 = 0,833
14 = Abuelos paternos	14 = Profesional (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicólogos, etc.)	12 = 0,916
15 = Bisabuelos maternos	15 = Artista (músico, escultor, autor de arte, escritor, poeta, etc.)	13 = 1,000
16 = Bisabuelos paternos	16 = Comerciantes establecidos (tiendas o negocios formales) con 1 a 3 trabajadores o familiares a sueldo	
17 = Otros: amigos, compadres, familiares lejanos, etc.	17 = Empresario (dueño de oficinas, organizaciones, industrias o servicios establecidos legalmente)	
	18 = Directivo (ejecutivos, gerentes, directores, etc.)	
	19 = Servicios diversos (gestión, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, trabajadora doméstica, etc.)	
	20 = Otras ocupaciones no especificadas	