

11226

105



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

APLICACION DEL MODELO SISTEMATICO DE
ATENCION MEDICO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS
DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD
MEDICA FAMILIAR 210704 (ISSSTE) DE TETELA
DE OCAMPO, PUEBLA DURANTE EL
PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2000

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MARIBEL VAZQUEZ ZAMITIZ



ISSSTE

PUEBLA, PUE.

2000

281106.



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

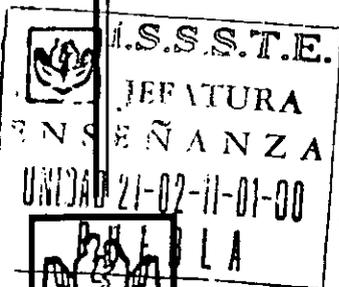
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE
ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS
DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 210704 (ISSSTE) DE
TETELA DE OCAMPO, PUEBLA DURANTE EL
PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2000**

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

PRESENTA:

*Dra. Maribel
Vázquez Lamitiz*



TETELA DE OCAMPO, PUEBLA. FEBRERO 1999

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES
QUE ASISTEN A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 210704
(ISSSTE) DE TETELA DE OCAMPO, PUEBLA DURANTE EL
PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2000**

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

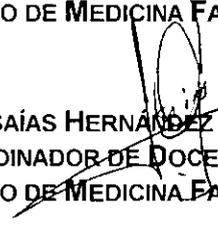
PRESENTA:

Dra. Maribel Vázquez Lamitix

AUTORIZACIONES:


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


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


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

TETELA DE OCAMPO, PUEBLA. FEBRERO 1999

**APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN
MÉDICO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES
QUE ASISTEN A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 210704
(ISSSTE) DE TETELA DE OCAMPO, PUEBLA DURANTE EL
PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2000**

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

PRESENTA:

Dra. Maribel Vázquez Lamitix

AUTORIZACIONES:


**DR. ROGELIO H. VELÁZQUEZ ENRÍQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR**

M EN C DR. ARTURO JOACHÍN CHÁVEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, HOSPITAL REGIONAL ISSSTE,
PUEBLA; ASESOR DE TESIS POR PARTE DEL ISSSTE, PUEBLA

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
U.N.A.M., ASESOR DE TESIS POR PARTE DE LA U.N.A.M.


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

ISSSTE, PUEBLA, FEBRERO 1999

I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

26 JUN. 2000

V. o. B. o.

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**“APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO
DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR EN LAS
FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE
ASISTEN A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR
210704 (ISSSTE) DE TETELA DE OCAMPO,
PUEBLA, DURANTE EL PERIODO ENERO A
JUNIO DEL 2000”**

II. ÍNDICE GENERAL

PÁGINA

I.	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	
II.	ÍNDICE GENERAL	
III.	MARCO TEÓRICO	1
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
V.	JUSTIFICACIÓN.....	20
VI.	OBJETIVOS	22
	VI.1. GENERAL	
	VI.2. ESPECÍFICOS	
VII.	HIPÓTESIS.....	24
VIII.	METODOLOGÍA	25
	VIII.1. TIPO DE ESTUDIO	
	VIII.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	
	VIII.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	VIII.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	
	VIII.4.1. Inclusión	
	VIII.4.2. Exclusión	
	VIII.4.3. Eliminación	
	VIII.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	
	VIII.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
	VIII.7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	
	VIII.8. RECURSOS	
IX.	RESULTADOS.....	32
X.	DISCUSIÓN	79
XI.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	85
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
XIII.	ANEXOS	95

U N A M / I S S I T E
2 0 0 0

III. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES:

La historia de la medicina familiar en México se remonta a 1956, siendo el IMSS quien hace modificaciones a su contrato colectivo de trabajo tras la firma de un convenio donde se crea la contratación y categoría del Médico de Familia con la finalidad de que existe una mejor atención médica, mayor confianza, mejor aplicación de la medicina preventiva entre otros (1). En el año 1959 B. Sepúlveda y L. Méndez proponen la creación de un nuevo sistema médico familiar (2). Todo lo anterior motivó al IMSS para iniciar una nueva especialidad, la de Medicina Familiar en el año de 1971 con una población estudiantil de 32 alumnos (2).

En México, la especialidad de Medicina Familiar no tiene mucha demanda por los médicos que desean realizar una especialidad, siendo de mayor interés para los residentes otras especialidades médicas (3).

Para incrementar el interés por la especialidad en Medicina Familiar en Estados Unidos (USA) existen grupos de médicos, los cuales realizan diversas actividades con el fin de dar a conocer esta disciplina a los jóvenes estudiantes que acuden a las escuelas de Medicina, siendo los

resultados favorables, ya que se han incrementado las plazas para esta especialidad (4).

El médico familiar es un gestor de recursos que tiene la responsabilidad de gestionarlos para proporcionar el máximo beneficio a sus pacientes (5), el cual con una formación de postgrado es capacitado para satisfacer las necesidades de salud en su mayor parte, en los pacientes de cualquier edad y de las comunidades en las que se encuentren.

El papel tradicional del médico ha sido curar la enfermedad, sin embargo, en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actividad como es la prevención y la promoción de la salud (6). Las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen pilares en la actuación profesional del Médico de Familia (6).

En todos los sistemas de atención médica debe existir un nivel de atención primaria o de "primer contacto". Ya sea que se llame médico general o médico familiar, debe haber un especialista en "el primer contacto", el cual es consultado en primera instancia por el paciente, cuando se siente enfermo o desea consejo médico. En las sociedades desarrolladas, la mitad de los médicos de primer contacto son médicos familiares.

Las características especiales de la medicina familiar o práctica general son:

1. El paciente tiene un acceso directo y continuo al médico.
2. El médico tiene que trabajar con un espectro no determinado de enfermedades y de situaciones familiares.
3. El médico trabaja con una población que estadísticamente no rebasa las 2,000 ó 3,000 personas.
4. El médico proporciona atención continua y prolongada.
5. Las enfermedades que encontrará son "las enfermedades que ocurren comúnmente", así como "las enfermedades raras que ocasionalmente ocurren" entre una población de 2,000 ó 3,000 personas.
6. El papel del médico consistirá en evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes, coordinar y manipular las instalaciones disponibles para atenderlos y protegerlos de los hospitales y viceversa (7).

El reto de la medicina familiar es en gran parte establecer e identificar las estrategias más eficaces y rentables, para la satisfacción de las necesidades asistenciales para toda la población (8) cumpliendo

con las metas de la asamblea de la OMS en 1977, denominada "salud para todos en el año 2000" y en los años que van desde la declaración de atención primaria de salud a las cartas de Ottawa de promoción de la salud (1978-1986), se estructuran estrategias precisando que se debe de actuar en los llamados cinco campos de acción de la carta de Ottawa: reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medio ambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria (9, 10, 11). Haciéndose mención que las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales debiéndose enfocar no sólo a lo curativo sino principalmente a lo preventivo (12). En las actividades preventivas a realizar se ha considerado prioritario universalmente el establecimiento de programas de atención al niño (13), aumentarlos en los jóvenes en quien precisamente estarían más indicados (14), en la mujer fomentar la planificación familiar y detección de cáncer de endometrio (15) y en el sector poblacional llamado de la tercera edad (más de 65 años) y que en el año 2030 rondará en el 20% a nivel mundial por el progresivo incremento de éstos, para mejorar sus condiciones de vida y de salud aumentando además, el nivel de contacto social de éstas personas (11).

La promoción de la salud cuyos beneficios se pueden resumir en cuanto al ejercicio médico: en un incremento de la calidad de vida de los

miembros de las familias, disminución de los costos de la atención y normar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar pero sobre todo en un nuevo tipo de relación con el paciente ya que la promoción, prevención y la práctica satisfactoria de acciones terapéuticas sobre patologías identificadas sólo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar (14, 16).

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) es una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, Irigoyen y cols. han elaborado estrategias para iniciar acciones que definen con claridad el trabajo del médico familiar y favorece el conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias (17).

La familia es la unidad básica en nuestra cultura conservando la responsabilidad de proveer de miembros a la sociedad, socializarlos otorgándoles apoyo emocional y físico, la familia varía en las diversas sociedades y tiene un valor primario dentro de la sociedad (18).

Entre los diversos patrones de estructuras familiares observadas hoy en día, existen familias reconstituidas y mezcladas, padres/madres sin pareja por elección o involuntariamente, parejas de hecho sucesivas, cuidado y custodia partidos, pero separados, hijos con padres de acogida y familias sin hogar (19). La funcionalidad familiar se modifica por

diversos eventos que le acontecen a las familias; como la muerte del cónyuge, el divorcio y la separación marital son las principales causas de crisis familiar (20, 21).

Diez son los aspectos primordiales que caracterizan a las familias funcionales y que el médico familiar debe explorar durante el estudio familiar integral donde se infiere la existencia de un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, así como una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia.

Características de familias sanas:

- Comparten responsabilidad (poder)
- Organización flexible
- Procuran capacitarse y adaptarse para resolver problemas
- Activan unidos sus recursos
- Altos niveles de interacción
- Adecuada comunicación en los subsistemas
- Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario
- Fomentan el desarrollo personal

- Estimulan un alto grado de autonomía
- Capacidad para solicitar ayuda (20)

El conocimiento de las funciones de la familia es de utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia (18).

Dentro de las funciones de la familia se encuentra la socialización la cual consiste en transformar a una persona dependiente para desarrollarse en la sociedad: el cuidado es lo que permite la preservación de nuestra especie y se incluye la alimentación, el vestido, la seguridad física y el apoyo emocional. El afecto es necesidad de dar y recibir este sentimiento y la reproducción se debe realizar con responsabilidad (18).

Chávez incluye otra función, el status que implica factores socioeconómicos, educacionales y ocupacionales, pero también la simple legitimidad proporcionada por el matrimonio legal de las familias (22).

Existen varios aspectos a conocer en el estudio de la familia:

FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA:

- ◆ Fase de matrimonio
- ◆ Fase de expansión
- ◆ Fase de dispersión

- ♦ Fase de independencia
- ♦ Fase de retiro y muerte

FASE DE MATRIMONIO:

En el ciclo vital de la familia señalamos como primer componente la fase de matrimonio la cual comienza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer vástago al hogar.

En esta fase es donde invariablemente la búsqueda de la pareja responde a necesidades previas: compañía, resolución de expectativas de desarrollo económico y social, así como una necesidad a veces inconsciente, de una realización humana más plena (23).

FASE DE EXPANSIÓN:

Desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último de sus hijos (24).

FASE DE DISPERSIÓN:

Una vez alcanzado el ajuste de un nuevo miembro, éste sale del núcleo familiar para formar una nueva familia.

FASE DE INDEPENDENCIA:

Resulta difícil ejemplificar cronológicamente el lapso ocurrido desde la fase de matrimonio hasta la fase de independencia, porque cada familia es particular, pero generalmente ocurren 20 ó 30 años y es ahora cuando la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, los hijos han formado nuevas familias, sin embargo, los lazos de unión entre padres e hijos no se rompen, y es de procurar que las funciones de afecto, socialización, etc. no se pierdan.

FASE DE RETIRO Y MUERTE:

El entusiasmo al inicio del ciclo vital contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo.

Pudiendo ser por invalidez, jubilación o desempleo o muerte (23).

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL CON BASE

EN SU DESARROLLO:

1. Moderna
2. Tradicional

3. Arcaica o primitiva

En México se considera: moderna el 40%, es la familia cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar; tradicional 50%, es la familia en la que un solo de los cónyuges trabaja fuera del hogar; arcaica o primitiva representa el 10%.

CON BASE A SU DEMOGRAFÍA:

1. Urbana
2. Rural

Se clasifican en urbanas a las familias que habitan en una comunidad de más de 5,000 habitantes, y que cuentan con los servicios básicos de urbanización: agua entubada (intra o extradomiciliaria), energía eléctrica, drenaje subterráneo y pavimentación.

Rurales habitan en comunidades de menos de 5,000 habitantes y carecen de algunos de los servicios básicos de urbanización.

EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

1. Integrada
2. Semi-integrada
3. Desintegrada

Integrada: cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones. Semi-integrada: en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. Desintegrada: es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por separación, divorcio o muerte.

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO:

1. Campesina
2. Obrera
3. Profesional

Esta característica está dada según la ocupación de uno o de ambos cónyuges.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ESTRUCTURAL:

1. Familia nuclear
2. Familia extensa
3. Familia compuesta

La familia nuclear o elemental es la familia constituida por madre, padre, hijos. La familia extensa, aparte de la nuclear se agregan los abuelos, los primos, tíos, cuñados, etc. La familia compuesta además de los anteriores conviven con miembros no consanguíneos.

La familia extensa tiene relaciones muy estrechas entre abuelos, padres e hijos, primos y sobrinos y son características rurales.

La familia conyugal extensa es más común en las zonas rurales. No así en las grandes ciudades que es más frecuente la familia nuclear para cumplir con sus funciones esenciales (23).

FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA:

- I. Socialización
- II. Cuidado
- III. Afecto
- IV. Reproducción
- V. Estatus y nivel socioeconómico

Es de suma importancia determinar si la familia cumple con éstas funciones, y sobre todo los mecanismos que utiliza para efectuarlos.

I. Socialización:

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa del lactante y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en éstas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartido por los profesores, los padres y la sociedad misma.

II. Cuidado:

Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud, etc., en cada uno de sus miembros.

III. Afecto:

Según los académicos de la lengua el affectus de los romanos, se refería a quien estaba destinado a ejercer funciones o prestar servicios de alguna dependencia. En cuanto a la institución familiar referido a proporcionar ánimo, amor y cariño. Al observar críticamente a la familia desde un enfoque de sistemas, se concluye que cada uno de los subsistemas que la componen como son el: conyugal, paternal y filial.

IV. Reproducción:

Históricamente el matrimonio como una institución legal, sacramento de la iglesia, etc., nace para regular dos factores finalmente dentro de la familia y por tanto de la sociedad: el ambiente sexual y la reproducción.

V. Estatus y nivel socioeconómico:

Esto lo va a conformar el trabajo conjunto de la familia y que en nuestra sociedad, la familia se ve más respetada en su entorno que una persona sin apoyo familiar (23).

El conseguir que los pacientes estén satisfechos con el servicio es uno de los objetivos de todas las organizaciones del sector salud, porque si los pacientes están satisfechos con sus médicos es más probable que mejoren su adherencia al tratamiento, cumplan más las citas de seguimiento y acepten recomendaciones preventivas (25, 26, 27).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO:

En nuestro país, la vigilancia epidemiológica se comprende cada día más como un sistema de inteligencia, capaz de recolectar información

sobre los diferentes eventos de interés médico epidemiológico. El análisis de dicha información proporciona un panorama sólido que permite iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control, la información respecto a daños y riesgos para la salud representa e insumo más importante de la vigilancia epidemiológica (28)-

Las diferencias culturales, sociales y económicas que en México persisten entre muy diversas regiones, tienen orígenes y manifestaciones complejas, con frecuencia ambivalentes: por un lado se puede apreciar la riqueza de la diversidad cultural existente pero, por otro, están los rezagos económicos y sociales, entre los que destacan aquellos relacionados con la salud, tanto en la prestación de servicios como en la salud misma de las poblaciones (29).

Las políticas, los programas y las acciones para corregir o atenuar estos rezagos y desigualdades han sido constantes, pero no siempre evaluados. En este sentido, la mortalidad en niños menores de 5 años es un indicador muy sensible –e internacionalmente aceptado– para medir la sobrevivencia, el bienestar y el desarrollo de la infancia, así como el impacto de los programas de salud, educación, cuidado ambiental y asistencia social (28, 29).

A partir de 1990 diversos programas de salud, educación y saneamiento recibieron en México un importante impulso debido a

diversas circunstancias siendo una de ellas; los compromisos internacionales que nuestro país adquirió para la erradicación, la eliminación o el control de diversas enfermedades, fundamentalmente de aquellas prevenibles por vacunación, de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas en la infancia.

Las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar entre los motivos de consulta externa en atención primaria, sobresaliendo principalmente en los países en vías de desarrollo. Epidemiológicamente la frecuencia es mayor en los menores de 5 años, grupo en el que anualmente se concentra el 60% de las muertes atribuibles a IRAS (30, 31).

La faringitis estreptocócica es más frecuente en niños entre 5-15 años, siendo hombres y mujeres afectados por igual, la cantidad de portadores de estreptococos del grupo "A" en la faringe varía con la localización geográfica, estación del año y grupo de edad. dentro de las complicaciones pueden ser supurativas, siendo la más frecuente la otitis media aguda (32).

Una de las causas de consulta frecuente son las parasitosis entre ellas la amibiasis. La prevención de la amibiasis debe de enfocarse hacia aspectos profilácticos en materia de higiene personal, con especial énfasis en los grupos de riesgo, como manejadores de alimentos,

asimismo es necesario establecer medidas de salud pública (potabilización de agua, adecuados sistemas de manejo, eliminación de excretas y desechos sólidos) (33).

La desnutrición en menores de 5 años en México desde hace 40 años es estudiado, en el año de 1988 la dirección general de epidemiología llevó a cabo la Encuesta Nacional de Nutrición. La relación entre le crecimiento y la nutrición, así como el desarrollo mental del individuo es completo e involucra factores tales como la presencia de infecciones, el patrimonio genético, el origen étnico y el nivel socioeconómico (34, 35).

La enfermedad diarreica ha sido una de las primordiales en los programas de salud en México, a fin de disminuir la mortalidad en los menores de 5 años. Como resultado, en el lapso de 1990 a 1996 descendió la mortalidad infantil y preescolar por este padecimiento lográndose una reducción del 69.4%. En 1995 esta enfermedad fue la cuarta causa de mortalidad infantil siendo más evidente el problema en comunidades del país con condiciones de pobreza extrema (36).

Dentro de la consulta diaria los padecimientos que se deben tener muy en cuenta son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ya que en las últimas décadas se ha observado un notable incremento en la morbimortalidad de las enfermedades crónico degenerativas en comparación a las de etiología infecciosa (37). Algunos autores las

consideran la enfermedad más común de la humanidad, ya que afectan del 15–20% de todos los adultos. Siendo ahora las principales causas de muerte. Se prevé que para el año 2015 por cada 10 defunciones atribuidas a una causa infecciosa, habrá 70 fallecimientos por causas no transmisibles (38).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para poder brindar una atención adecuada a sus pacientes, las instituciones y los médicos familiares deben conocer las características generales de la población demandante como primer paso en una planeación estratégica adecuada para poder ejercer con razonamiento científico los programas preventivos principalmente; por lo que nos hacemos el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son las características sociales, familiares y económicas de la población derechohabiente atendidos en el Unidad Médico Familiar 210704 en Tetela de Ocampo, Puebla, así como cuáles son las 10 primeras causas de morbilidad?

V. JUSTIFICACIÓN

En la Unidad Médica Familiar 210704 en Tetela de Ocampo, nunca se ha realizado un análisis de nuestra población adscrita, así como la morbilidad presentada, que nos permita definir líneas de acción para aumentar el nivel de salud, mejorar las condiciones de vida de las familias derechohabientes, con la consecuente disminución de costos en la atención médica.

Para lograr otorgar una atención médica familiar con calidad se debe conocer la estructura de las familias que asisten a nuestra Unidad Médica Familiar, las características de la pirámide poblacional, las patologías más frecuentemente tratadas y la demanda de servicios que se ejerce en el consultorio desarrollando una labor eficaz se tendrá un impacto positivo en la salud familiar, tanto a nivel institucional como del sistema de salud del país.

Al mejorar la operacionalización de los sistemas de atención médica, y tomando en cuenta el tiempo de espera, la agilización del uso de archivo clínico, las derivaciones a 2º y 3º nivel de atención y el incremento en la calidad de la atención médica, se podrá elevar el nivel de prestigio de la unidad médica familiar, además permitirá promover y

mantener la salud familiar en la UMF 210704 de Tetela de Ocampo, Puebla.

El proyecto: Modelo sistemático de atención médica pretende incidir en 5 campos de acción planteados por la carta de Ottawa, producto de la 11ª conferencia internacional de promoción a la salud; reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con el estilo de vida, crear medio ambientes saludables, elaborar políticas explicativas para la salud y reforzar la acción comunitaria en la salud.

Debido a todo lo anterior para mi es muy importante realizar este estudio en la UMF 210704 de Tetela de Ocampo, para conocer cuáles son las características de nuestra población adscrita mejorando la calidad de la atención médica.

VI. OBJETIVOS

VI.1. GENERAL:

- Determinar las características sociales, familiares y económicas de la población derechohabiente atendida en la Unidad Médica Familiar 210704 de Tetela de Ocampo, Puebla, así como enlistar las 10 primeras causas de morbilidad.

VI.2. ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociales de la población derechohabiente que acude a la UMF 210704 en Tetela de Ocampo, Puebla.
- Identificar las características económicas de la población derechohabiente que acude a la UMF 210704 en Tetela de Ocampo, Puebla.
- Identificar las características familiares de la población derechohabiente que acude a la UMF 210704 en Tetela de Ocampo, Puebla.
- Enlistar las 10 principales causas de morbilidad de la población

derechohabiente que acude a la UMF 210704 en Tetela de Ocampo, Puebla.

- Aplicar el modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en la población derechohabiente que acude a la UMF 210704 en Tetela de Ocampo, Puebla.

VII. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo no se plantea hipótesis científica.

VIII. METODOLOGÍA

VIII.1. TIPO DE ESTUDIO:

- **Observacional:** Porque no interfiere el investigado en el fenómeno a estudiar.
- **Transversal:** Porque las variables se medirán una sola vez, permitiendo conocer la situación en ese momento.
- **Descriptivo:** porque se incluye una sola población, midiendo a esta sus variables con el fin de describir.
- **Retrospectivo:** Porque las variables a estudiar fueron registradas antes de elaborar este trabajo.
- **Prospectivo:** Porque se realizó aplicación de encuestas.

Se fundamenta en tres estrategias:

- a) Censo poblacional.
- b) Identificación de las primeras causas de consulta.
- c) Estudio de comunidad.

VIII.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Los datos obtenidos serán de las familias encuestadas, que asisten a consulta médica en la Unidad de Medicina Familias de Tetela de Ocampo, Puebla, durante el periodo de enero a junio del año 2000.

VIII.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

No aleatoria y de tipo secuencial conformada por 150 familias para determinar las 10 primeras causas de morbilidad se estudiaron todas las hojas de registro diario del médico (SM 10) durante el periodo enero-junio del año 2000.

VIII.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

VIII.4.1. INCLUSIÓN:

1. Que sean derechohabientes del ISSSTE.
2. Que habiten en las localidades pertenecientes al municipio de Tetela de Ocampo.
3. Que asistan a consulta médica a la Unidad de Medicina Familiar.
4. De cualquier género.

5. Que deseen cooperar con el estudio
6. Que hayan asistido a consulta médica en el periodo enero-junio del año 2000.
7. Que las personas encuestadas sean mayores de edad.

VIII.4.2. EXCLUSIÓN:

1. Que no sean derechohabientes del ISSSTE.
2. Que no habiten en las localidades del municipio de Tetela de Ocampo.
3. Que no asistan a consulta médica a la Unidad de Medicina Familiar.
4. Que no deseen cooperar con el estudio.
5. Que no hayan asistido a consulta médica en el periodo de estudio.
6. Que las personas encuestadas no sean mayores de edad.
7. Que las personas encuestadas presenten alguna alteración psiquiátrica.

VIII.4.3. ELIMINACIÓN:

1. Expedientes incompletos.
2. Hojas de encuestas incompletas.
3. Cuestionario contestado inadecuadamente o que la letra sea

ilegible.

VIII.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

PARA EL CENSO POBLACIONAL:

- El género medido en escala nominal dicotómica.
- La edad es una variable continua, cuantitativa.

Las variables a estudiar en este caso son:

- a) Número total de individuos.
- b) Número total de individuos de sexo masculino
- c) Número total de individuos de sexo femenino
- d) Número de individuos de sexo masculino por grupos etarios*.
- e) Número de individuos de sexo femenino por grupos etarios*.

* Los grupos etarios se establecen con un rango de cinco años.

PARA EL ESTUDIO DE COMUNIDAD:

Las variables a estudiar fundamentalmente cualitativas en escala nominal y ordinal.

Las variables a estudiar son las siguientes:

- a) Nombre de la familia
- b) Estado civil

- c) Años de unión conyugal
- d) Escolaridad
- e) Edad del padre
- f) Edad de la madre
- g) Número de hijos (hasta 10 años de edad)
- h) Número de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- i) Número de hijos (de 20 o más años de edad)
- j) Ocupación de los padres de familia
- k) Ingreso económico
- l) Tipo de familia
- m) Etapa del ciclo vital familiar

PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE CONSULTA:

Las características de las variables son cualitativas en escala nominal y ordinal.

La variable a estudiar son:

- a) Serán las enfermedades más frecuentes de la población que asiste a consulta por grupos de edad y sexo.

VIII.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

LA INFORMACIÓN SE OBTENDRÁ MEDIANTE:

- a) Cédula de recolección de datos para causa de consulta de enero a junio del año 2000.
- b) Ficha de identificación familiar
- c) Expedientes clínicos.

La ficha de identificación familiar se aplicará a las familias que asisten a consulta a la Unidad de Medicina Familiar en el periodo enero-junio del 2000.

El censo poblacional se obtendrá de los expedientes clínicos.

Las primeras causas de consulta por grupos de edad y sexo se obtendrá de las hojas de informe diario de labores del Médico en el periodo enero-junio del 2000.

PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Una vez obtenida la información correspondiente a las tres estrategias propuestas, se analizará mediante procedimientos estadísticos descriptivos, los cuales comprenden relaciones porcentuales y medias. Se

presentará la información mediante cuadros y gráficas.

VIII.7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

No se considera que represente algún riesgo para la salud.

VIII.8. RECURSOS:

- a) **Humanos:** Integrantes de las familias que asisten a consulta y el Médico que les otorga la consulta.
- b) **Materiales:** Lápiz, goma de borrar, encuestas, calculadora, microcomputadora, hoja de informe diario de labores del médico, expediente clínico, hojas blancas.
- c) **Financieros:** Sustentados por el médico que elaboró esta investigación.

IX. RESULTADOS

La población total del municipio de Tetela de Ocampo, Puebla se ha estimado en 32,888 habitantes distribuida en 28 comunidades. La cabecera municipal es la ciudad de Tetela de Ocampo en la cual el ISSSTE atiende a 471 familias con un total de 1303 derechohabientes, en una muestra de 150 familias que es nuestra población de estudio.

En base a la pirámide poblacional se encontró que hay 564 (43.28%) individuos del género masculino y 739 (51.7%) del femenino; su distribución por edad y género se presenta en el Cuadro y Gráfica I.

Se aprecia que en el intervalo de 10 a 14 años fue el que predominó en los dos géneros con un 36.20% en los varones y un 14%. En el Cuadro Gráfica II se indica la distribución por edad de los asegurados, así como también sus familiares derechohabientes.

De las familias que acuden a la consulta, se seleccionaron a 150, a las que se les aplicó la ficha de identificación familias, las cuales arrojan los siguientes resultados:

En relación al estado civil de las 150 familias tenemos que 300 (70.6%) son casadas, 30 (20%) viven en unión libre, 4 (2.6%) están

divorciados, 5 (3.3%) son viudos, en 2 (1.3%) casos están separados y hay 3 (2%) madres solteras (Cuadro y Gráfica III).

En cuanto a los años de unión conyugal sólo fue posible identificar esta variable en 136 familias, encontrando que entre 10 y 14 años se ubica el 20.5%, siguiéndole en frecuencia el intervalo entre 5 y 9 años con 26 casos (19.1%) (Cuadro y Gráfica IV).

El Cuadro y Gráfica V, resume las parejas desintegradas y su relación con los años de unión conyugal.

En cuanto a la edad de los padres a los que se les aplicó la ficha de identificación familiar encontramos una media $\bar{X} = 42.2$ años con una d.e. 11.7, en el Cuadro y Gráfica VI se presentan las edades paternas agrupadas por intervalos, observándose un predominio entre los 35 a 39 años con 39 (26%) casos.

En cuanto a la edad materna se encontró una media de $\bar{X} = 38.6$ años con una d.e. 11.4, encontrando predominio en el intervalo de 35 a 39 años con 36 (24%) casos, igual que en el de los padres (Cuadro y Gráfica N° VII).

El Cuadro y Gráfica VIII indica ala edad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar, predominando nuevamente el intervalo de 35 a 39 años con 40 (26.6%) casos.

El género de los encuestados fue masculino en 90 (60%) y femenino en 60 (40%) (Cuadro y Gráfica IX).

En relación a la escolaridad de los encuestados encontramos que el 60 (90 casos) de los entrevistados tienen licenciatura (Cuadro y Gráfica X).

En cuanto a la localidad donde radican los encuestados la distribución fue la siguiente: Tetela de Ocampo con 85 (56%), Zoyatitla con 45 (30%), Cuautempan con 15 (10%) y San Pedro con 5 (3%) (Cuadro y Gráfica XI).

En relación al número de hijos de las familias encuestadas se encontró lo siguiente: hijos de hasta 10 años con 146 (33.4%), de 11 a 19 años (25.2%) con 110, y mayores de 20 años encontramos 180 (41.2%) de un total de 436 (Cuadro y Gráfica XII).

En el Cuadro y Gráfica XIII se presenta el tipo de familia de acuerdo a su desarrollo, encontrando que 81 (54%) fueron tradicionales y 69 (46%) modernas.

En cuanto a su composición, el tipo de familia predominante fue el nuclear con 97 (64.6%) y extensa en 53 (35.3%), no se registraron casos de familias compuestas (Cuadro y Gráfica XIV).

En el Cuadro y Gráfica XV se observa el tipo de familia según su demografía, encontrando que en todos los casos (100%) fue de tipo semiurbana.

El ingreso mensual de las familias fue en el 78.0% (117) de los casos de uno a dos salarios mínimos; 20 (13.3%) con menos de un salario y 13 (8.7%) con tres o más salarios mínimos (Cuadro y Gráfica XVI).

En cuanto a la ocupación de los padres de familia tal y como se señala en el Cuadro y Gráfica XVII, se distribuyeron de la siguiente manera: profesionales 90 (60%), tienen oficios 28 (18.6%), jubilados se registraron a 5 (3.3%), 4 (2.6%) desempleados, 20 (13.3%) comerciantes y 3 (2.0%) técnicos.

La ocupación de las madres se presenta en el Cuadro y Gráfica XVIII, donde se aprecia que 78 (52%) se dedican al hogar, 55 (36.6%) son profesionales, 7 (4.6%) técnicos, 4 (2.6%) se dedican a algún oficio y 3 (2.0%) al comercio.

La etapa del ciclo vital en que se encuentran las familias de los entrevistados se distribuyó de la manera siguiente: 81 (54%) están en etapa de dispersión, 26 (17.3%) en retiro, 24 (16%) en etapa de independencia y 19 (12.6%) en expansión (Cuadro y Gráfica XIX).

El total de causas de consulta médica en el periodo de estudio se

presenta en el Cuadro y Gráfica XX.

Finalmente se presenta en el Cuadro y Gráfica XXI las 10 principales causas de motivo de consulta, así como el número de casos por diagnóstico.

CUADRO I

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DE TETELA DE OCAMPO, DE ENERO A JUNIO DEL 2000

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO

(n = 1,303)

Grupos de edad en años	GÉNERO		TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Nº casos	Porcentaje
- 1	0	1	1	0.7
1 - 4	24	32	56	4.2
5 - 9	79	85	164	12.5
10 - 14	92	104	196	15.0
15 - 19	69	76	145	11.1
20 - 24	4	25	29	2.2
25 - 29	20	45	65	4.9
30 - 34	34	47	81	6.2
35 - 39	51	88	139	10.6
40 - 44	46	59	105	8.0
45 - 49	28	28	56	4.2
50 - 54	16	20	36	2.7
55 - 59	15	29	44	3.3
60 - 64	25	34	59	4.5
65 - 69	18	24	42	3.2
70 - 74	19	15	34	2.6
75 y más	24	27	51	3.9
TOTAL:	564	739	1303	100

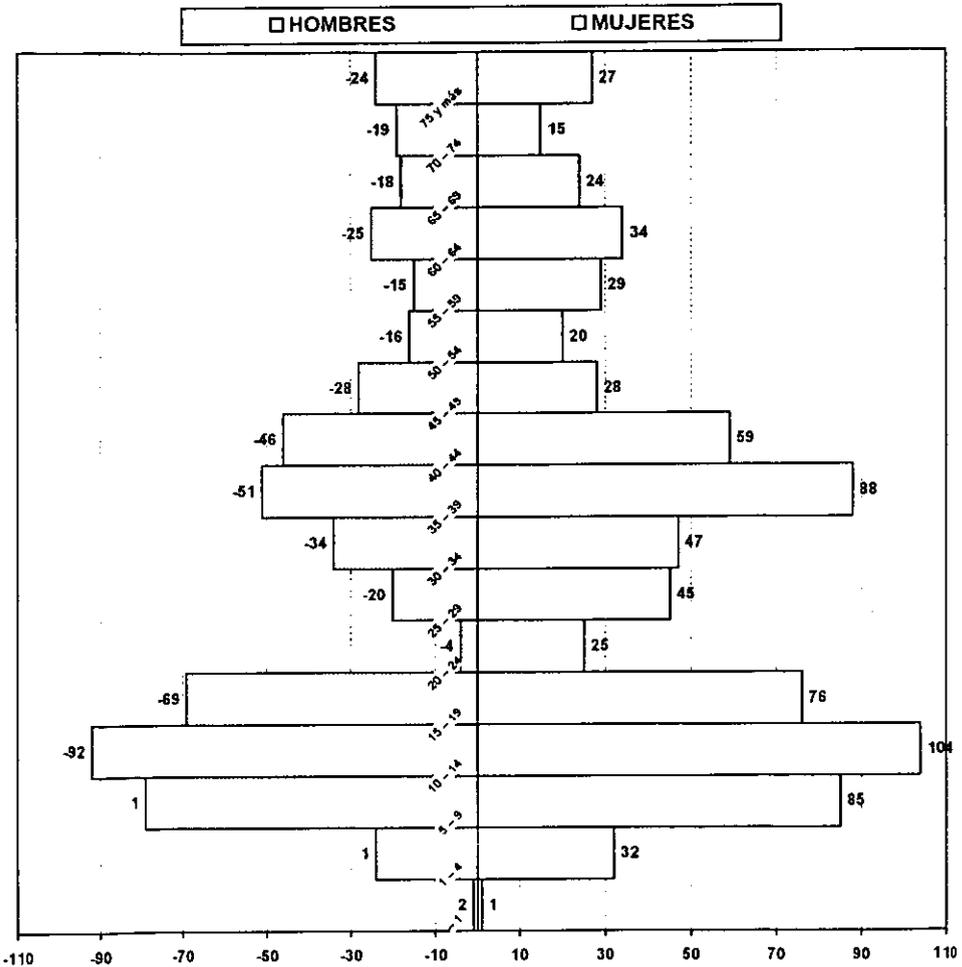
FUENTE: Departamento de Informática Estatal ISSSTE, 2000, Puebla, Pue.

GRÁFICA I

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DE TETELA DE OCAMPO, DE ENERO A JUNIO DEL 2000

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO

(n = 1,303)



FUENTE: Departamento de Informática Estatal ISSSTE, 2000, Puebla, Pue.

CUADRO II

POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LA UMF 210704 DEL ISSSTE EN
TETELA DE OCAMPO, PUEBLA, ENERO-JUNIO 2000

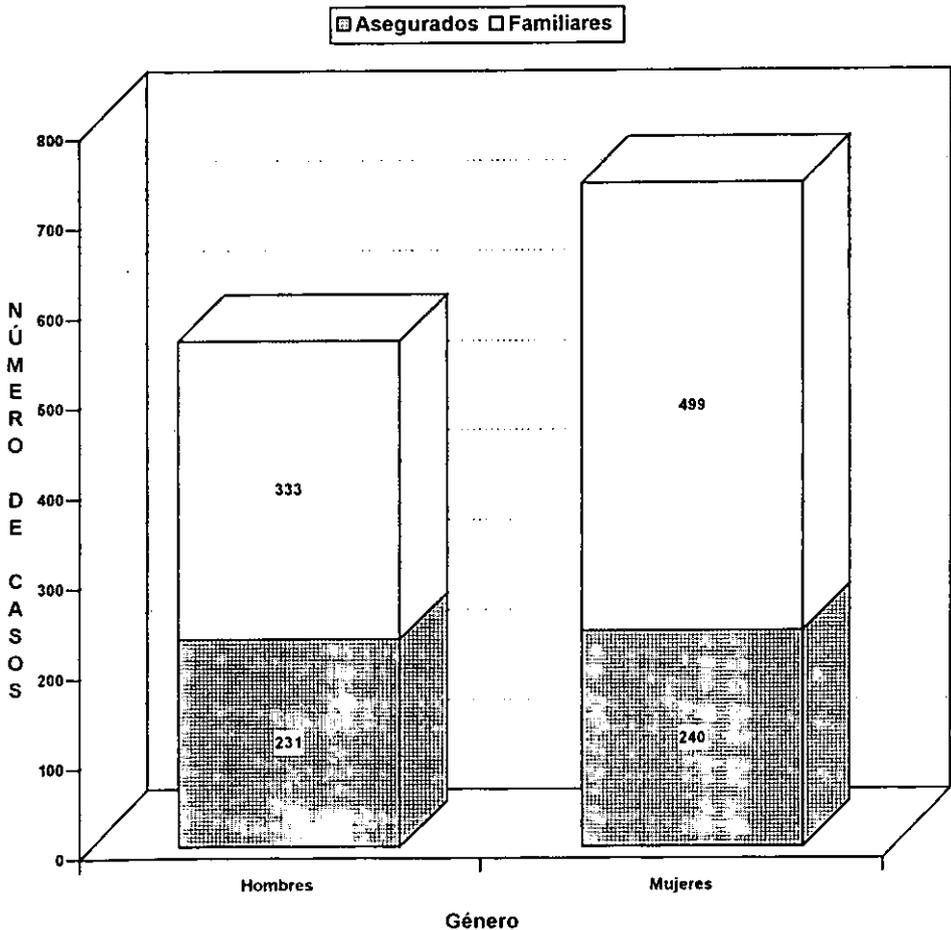
EDAD Y GÉNERO DE LOS ASEGURADOS Y FAMILIARES

(n = 1,303)

Grupos de edad en años	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Asegurados	Familiares	Asegurados	Familiares	Nº casos	Porcentaje
- 1	0	0	0	1	1	0.7
1 - 4	0	24	0	32	56	4.2
5 - 9	0	79	0	85	164	12.5
10 - 14	0	92	0	104	196	15.0
15 - 19	1	68	1	75	145	11.1
20 - 24	3	1	16	9	29	2.2
25 - 29	20	0	27	18	65	4.9
30 - 34	34	0	33	14	81	6.2
35 - 39	51	0	65	23	139	10.6
40 - 44	46	0	45	14	105	8.0
45 - 49	27	1	17	11	56	4.2
50 - 54	16	0	10	10	36	2.7
55 - 59	9	6	7	22	44	3.3
60 - 64	9	16	3	31	59	4.5
65 - 69	4	14	3	21	42	3.2
70 - 74	6	13	2	13	34	2.6
75 y más	2	19	11	16	51	3.9
TOTAL:	231	333	240	499	1303	100

FUENTE: Departamento de Informática Estatal ISSSTE, 2000, Puebla, Pue.

GRÁFICA II
POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE LA UMF 210704 DEL ISSSTE EN
TETELA DE OCAMPO, PUEBLA, ENERO-JUNIO 2000
GÉNERO DE LOS ASEGURADOS Y FAMILIARES
(n = 1,303)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO III

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN

(n = 150)

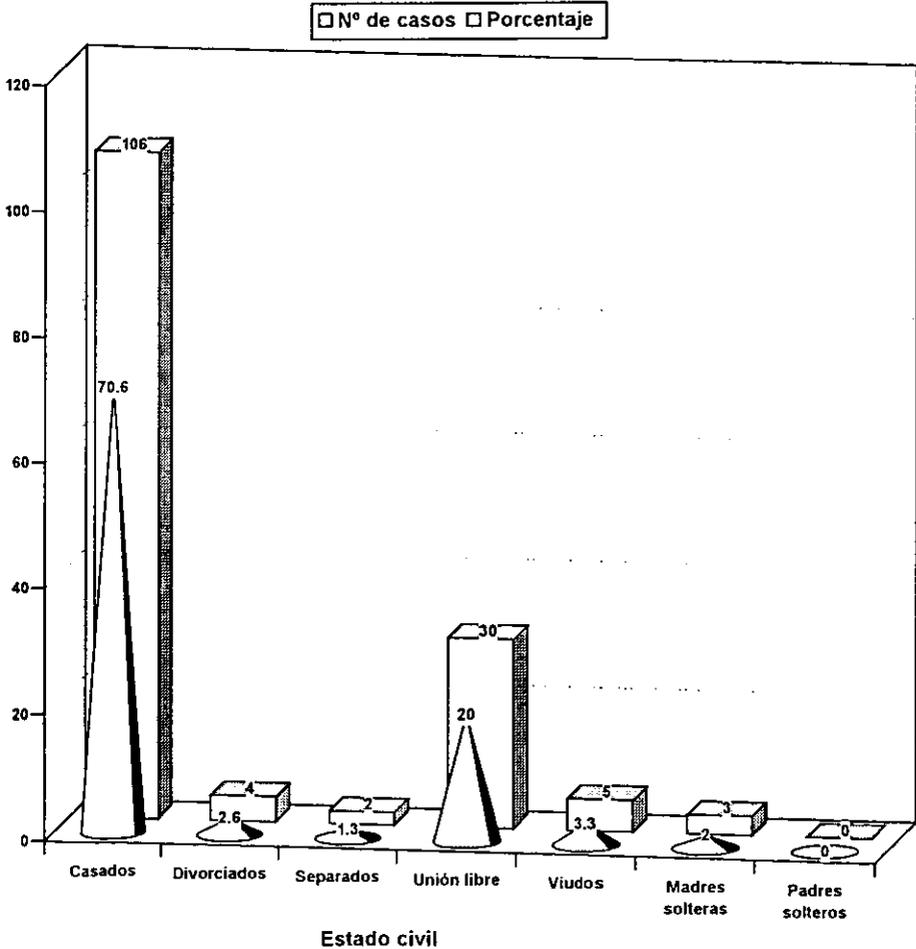
Estado civil	Nº de casos	Porcentaje
Casados	106	70.6
Divorciados	4	2.6
Separados	2	1.3
Unión libre	30	20.0
Viudos	5	3.3
Madres solteras	3	2.0
Padres solteros	0	0
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA III

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO IV

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL NÚMERO DE AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS

(n = 136)

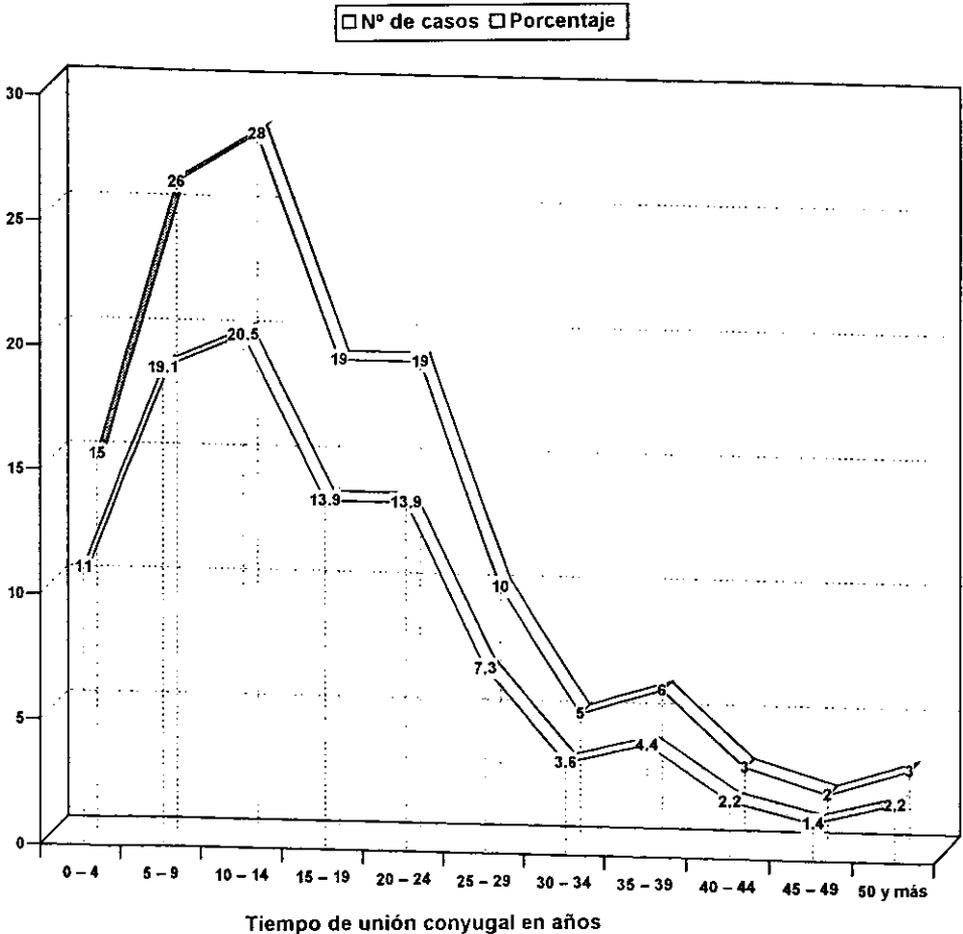
Tiempo de unión conyugal en años	Nº de casos	Porcentaje
0 – 4	15	11.0
5 – 9	26	19.1
10 – 14	28	20.5
15 – 19	19	13.9
20 – 24	19	13.9
25 – 29	10	7.3
30 – 34	5	3.6
35 – 39	6	4.4
40 – 44	3	2.2
45 – 49	2	1.4
50 y más	3	2.2
TOTAL:	136	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

GRÁFICA IV

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL NÚMERO DE AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS

(n = 136)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO V

DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS PAREJAS DESINTEGRADAS

(n = 14)

Tiempo de unión conyugal en años	Nº de casos	Porcentaje
0 – 4	2	14.2
5 – 9	5	35.7
10 – 14	2	14.2
15 – 19	0	0
20 – 24	1	7.1
25 – 29	1	7.1
30 – 34	1	7.1
35 – 39	1	7.1
40 – 44	0	0
45 – 49	1	7.1
50 y más	0	0
TOTAL:	14	100

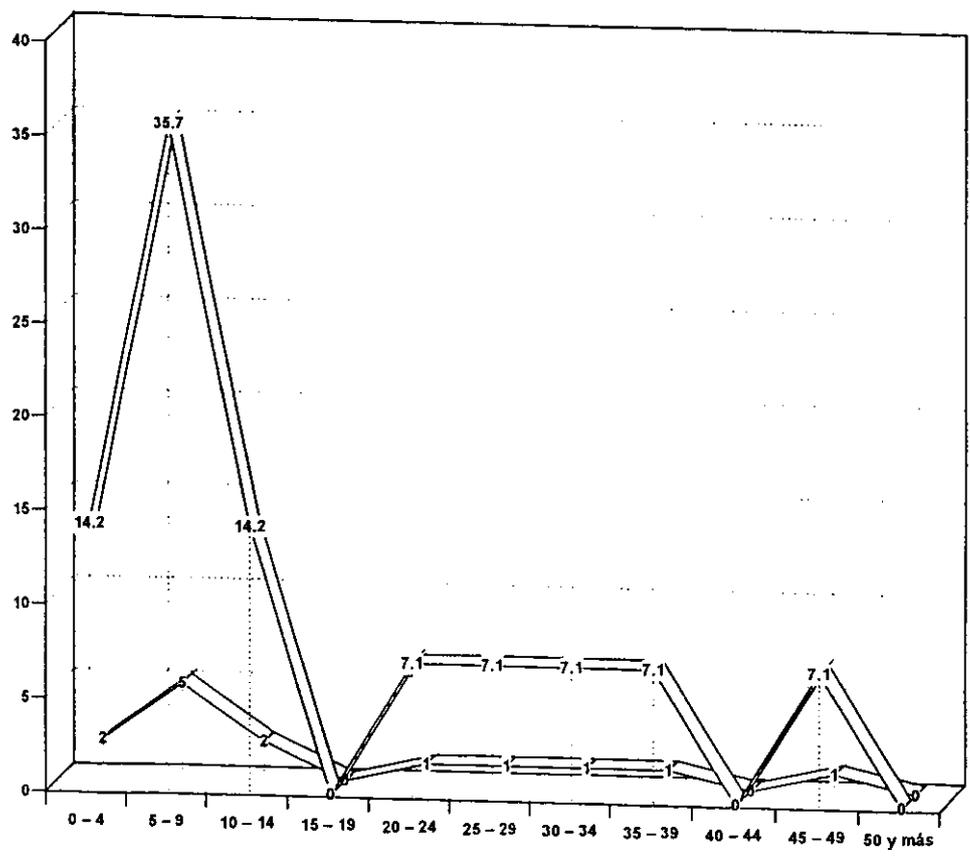
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

GRÁFICA V

DISTRIBUCIÓN DE LOS AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS PAREJAS DESINTEGRADAS

(n = 14)

□ Nº de casos □ Porcentaje



Tiempo de unión conyugal en años de las parejas desintegradas

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO VI

GRUPOS DE EDAD DE LOS PADRE DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

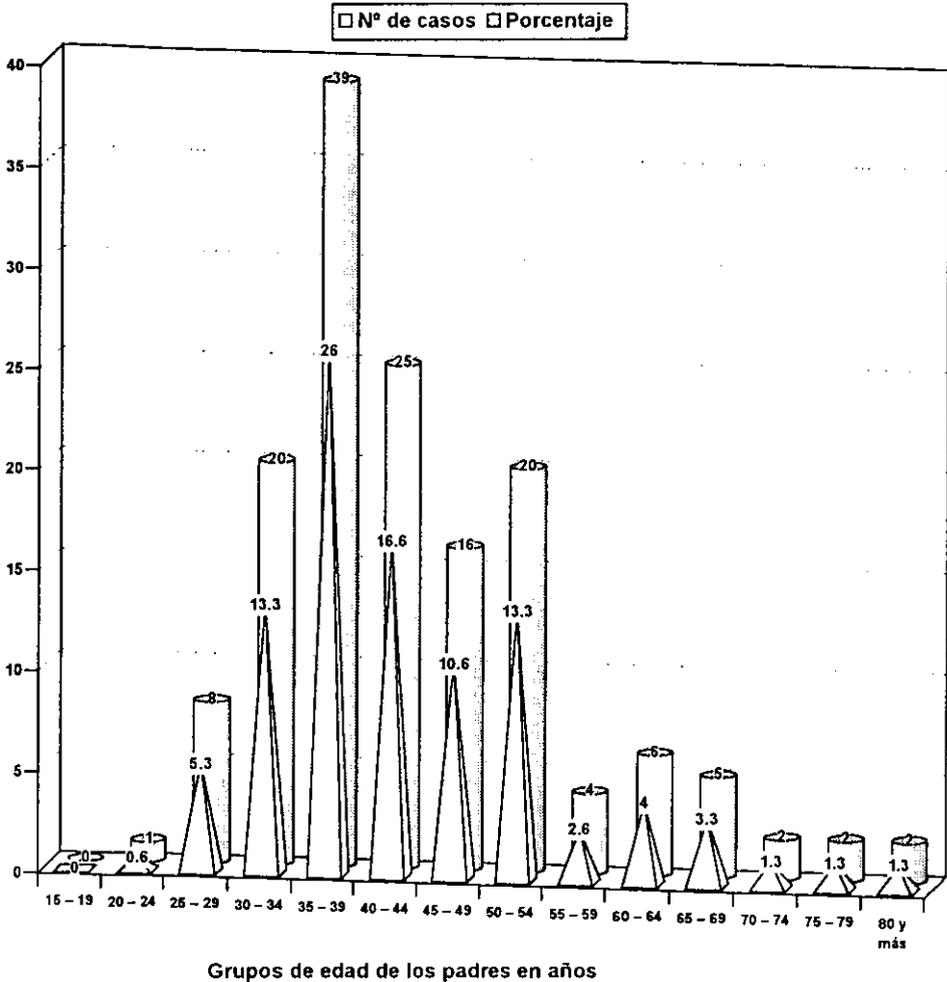
Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
15 – 19	0	0
20 – 24	1	0.6
25 – 29	8	5.3
30 – 34	20	13.3
35 – 39	39	26.0
40 – 44	25	16.6
45 – 49	16	10.6
50 – 54	20	13.3
55 – 59	4	2.6
60 – 64	6	4.0
65 – 69	5	3.3
70 – 74	2	1.3
75 – 79	2	1.3
80 y más	2	1.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

GRÁFICA VI

GRUPOS DE EDAD DE LOS PADRE DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO VII

GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRE DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

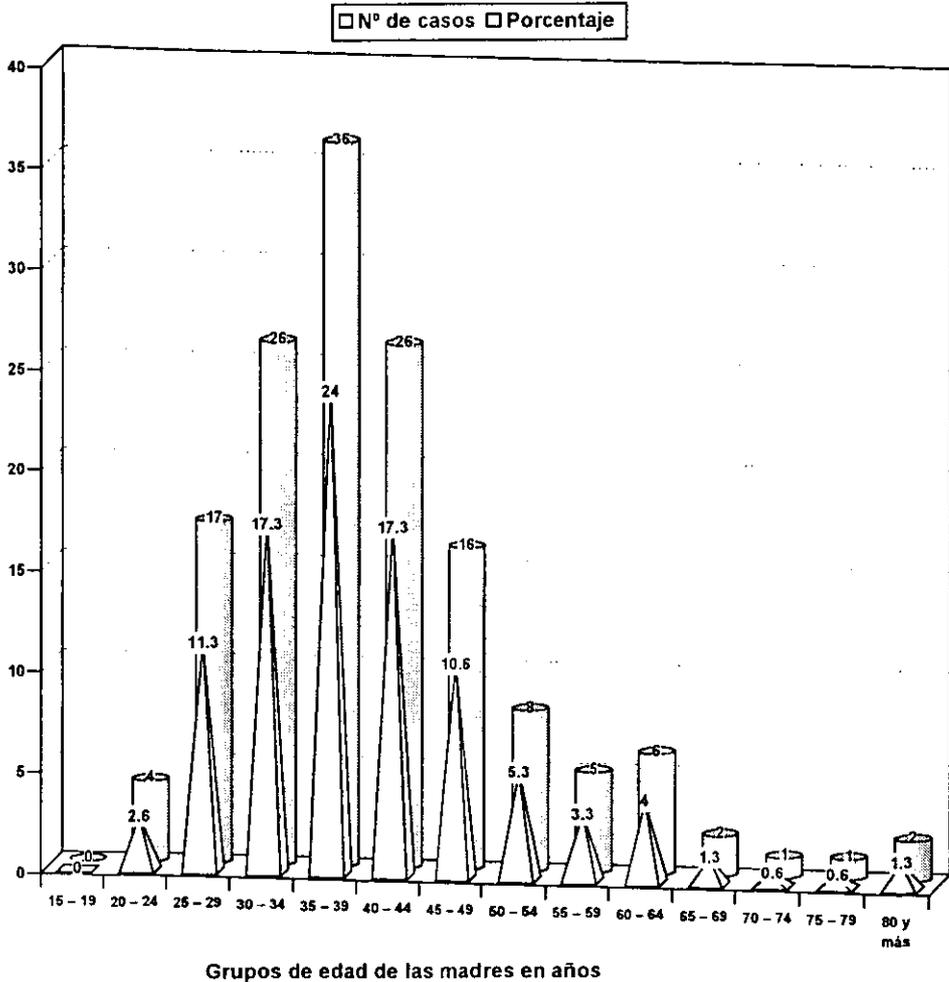
Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
15 – 19	0	0
20 – 24	4	2.6
25 – 29	17	11.3
30 – 34	26	17.3
35 – 39	36	24.0
40 – 44	26	17.3
45 – 49	16	10.6
50 – 54	8	5.3
55 – 59	5	3.3
60 – 64	6	4.0
65 – 69	2	1.3
70 – 74	1	0.6
75 – 79	1	0.6
80 y más	2	1.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

GRÁFICA VII

GRUPOS DE EDAD DE LAS MADRE DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO VIII

GRUPOS DE EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

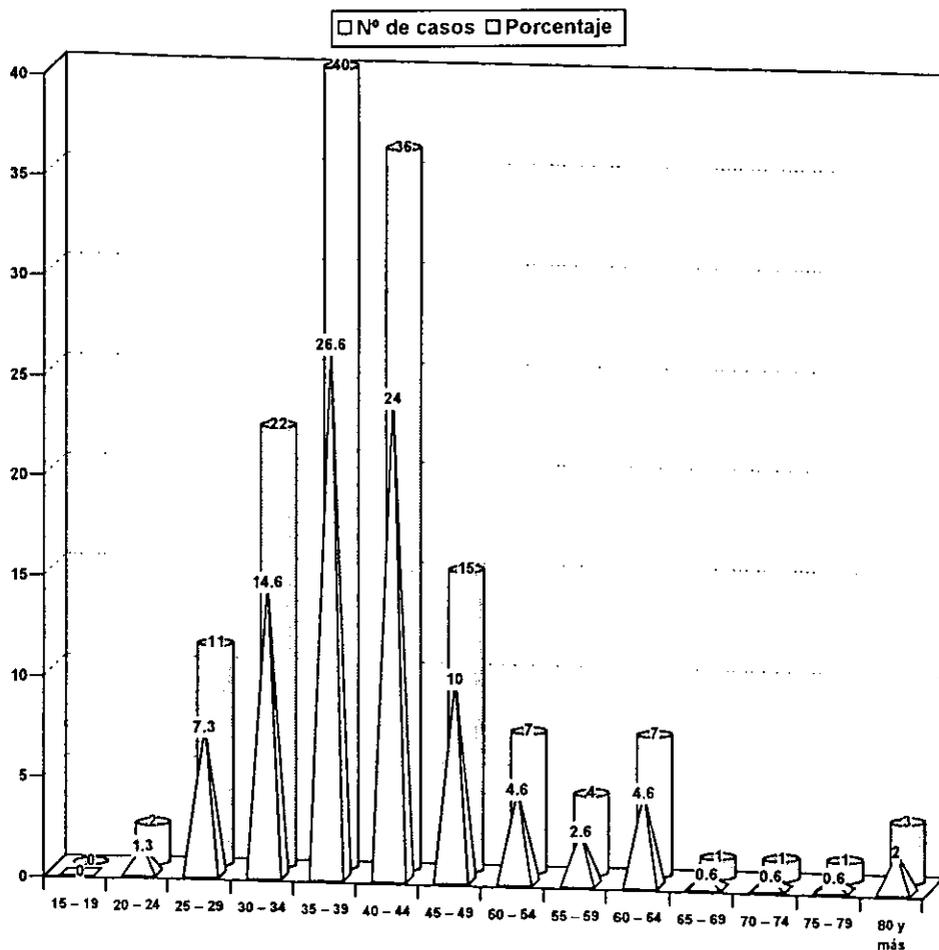
Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
15 – 19	0	0
20 – 24	2	1.3
25 – 29	11	7.3
30 – 34	22	14.6
35 – 39	40	26.6
40 – 44	36	24.0
45 – 49	15	10.0
50 – 54	7	4.6
55 – 59	4	2.6
60 – 64	7	4.6
65 – 69	1	0.6
70 – 74	1	0.6
75 – 79	1	0.6
80 y más	3	2.0
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

GRÁFICA VIII

GRUPOS DE EDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)



Grupos de edad de las personas que respondieron en años

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO IX

GÉNERO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

Género	Nº de casos	Porcentaje
Masculino	90	60
Femenino	60	40
TOTAL:	150	100

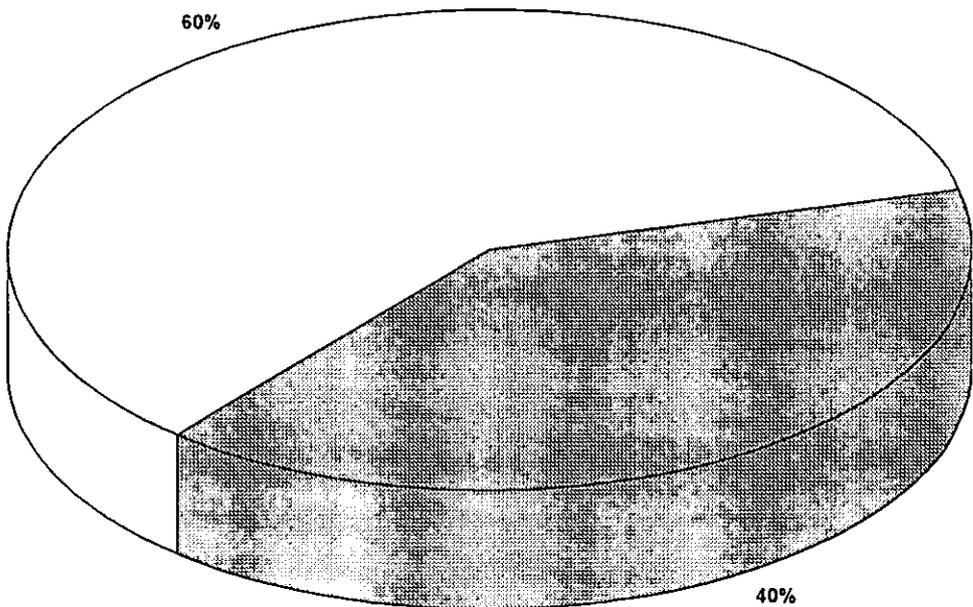
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA IX

GÉNERO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

□ 90 Masculinos □ 60 Femeninos



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

CUADRO X

ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

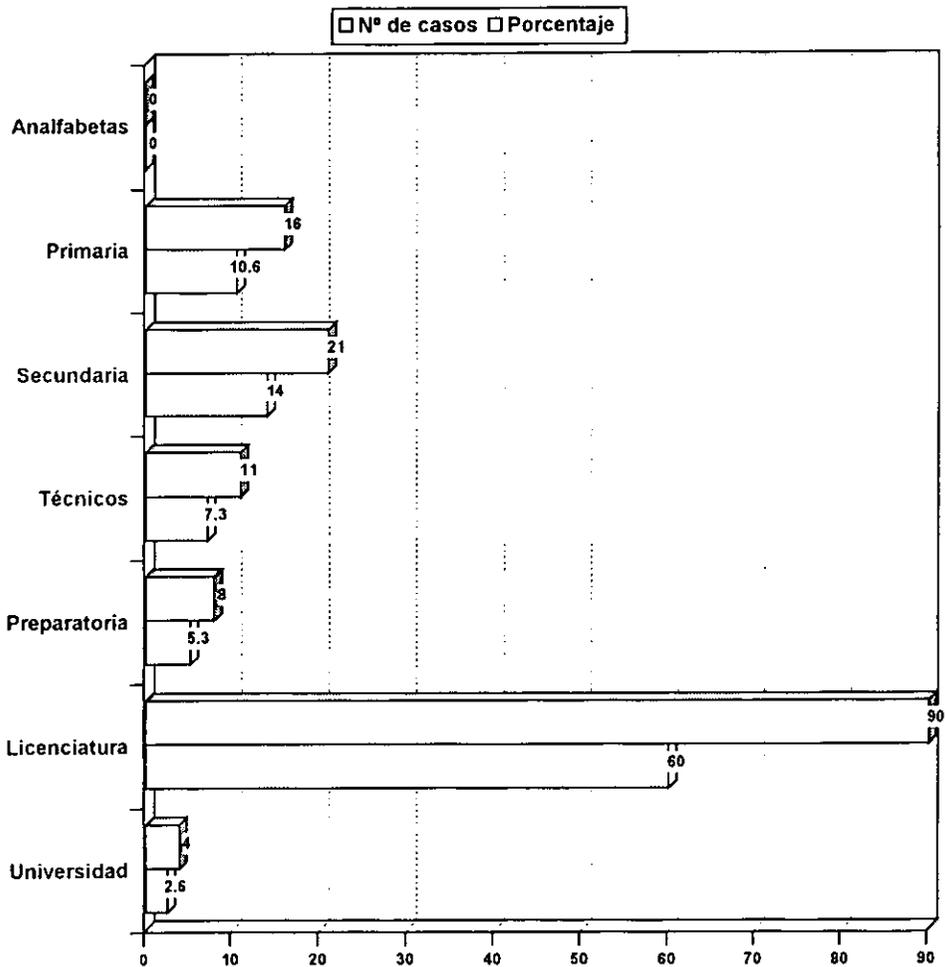
Escolaridad	Nº de personas	Porcentaje
Analfabetas	0	0
Primaria	16	10.6
Secundaria	21	14
Técnicos	11	7.3
Preparatoria	8	5.3
Licenciatura	90	60
Universidad	4	2.6
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA X

ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

CUADRO XI

LOCALIDADES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

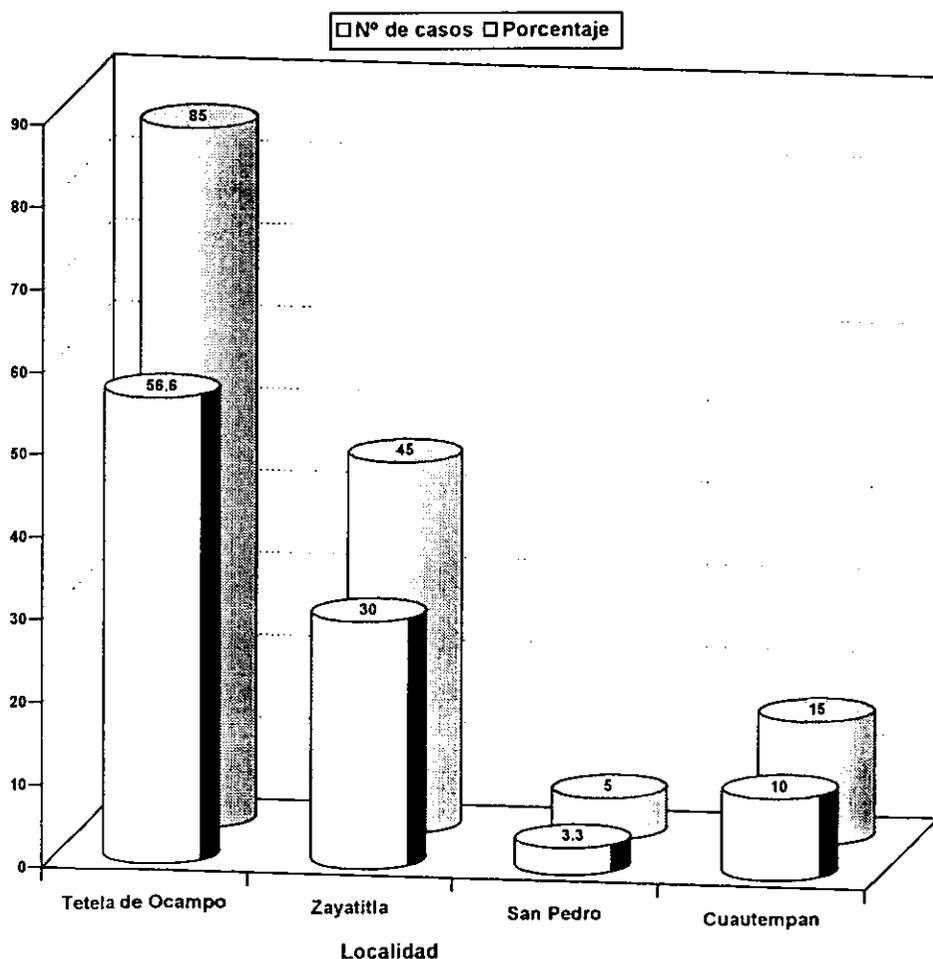
Localidad	Nº de casos	Porcentaje
Tetela de Ocampo	85	56.6
Zayatilla	45	30.0
San Pedro	5	3.3
Cuautempan	15	10.0
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XI

LOCALIDADES DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO XII

NÚMERO DE HIJOS POR GRUPOS DE EDAD DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 602)

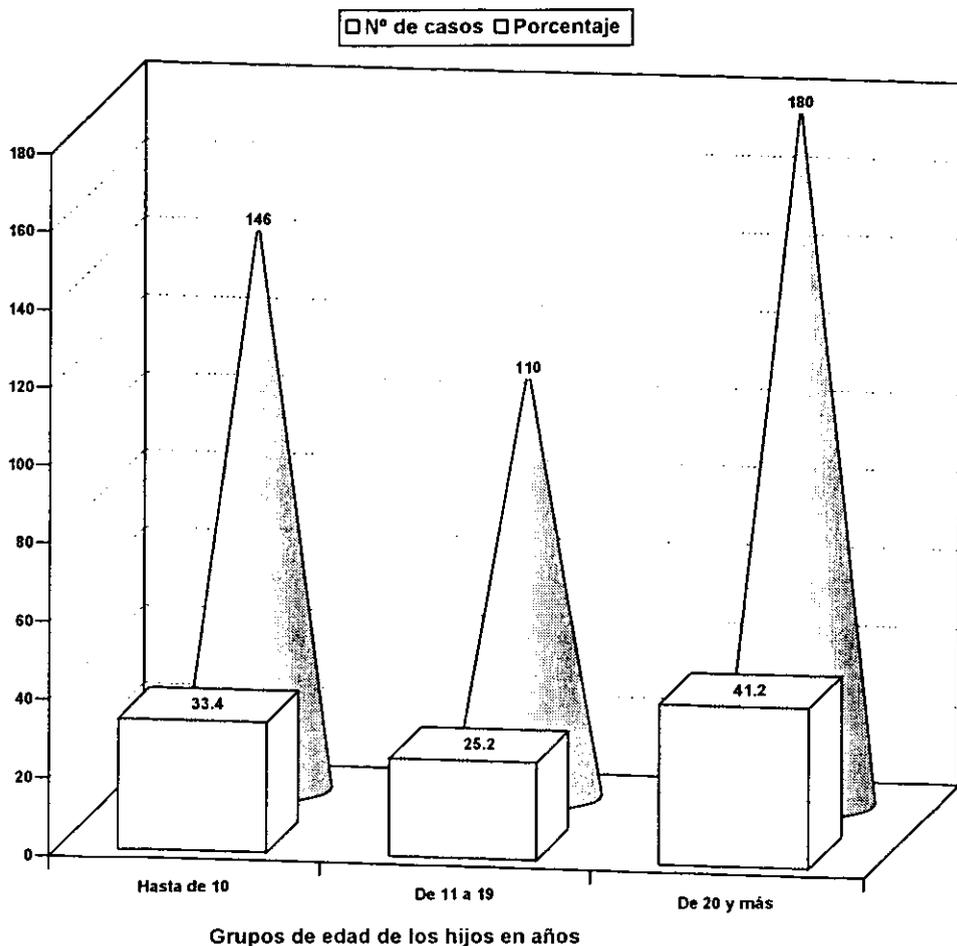
Grupos de edad de los hijos en años	Nº de casos	Porcentaje
Hasta de 10	146	33.4
De 11 a 19	110	25.2
De 20 y más	180	41.2
TOTAL:	436	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XII

NÚMERO DE HIJOS POR GRUPOS DE EDAD DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 602)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

CUADRO XIII

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 150)

Desarrollo	Nº de casos	Porcentaje
Moderna	69	46
Tradicional	81	54
TOTAL:	150	100

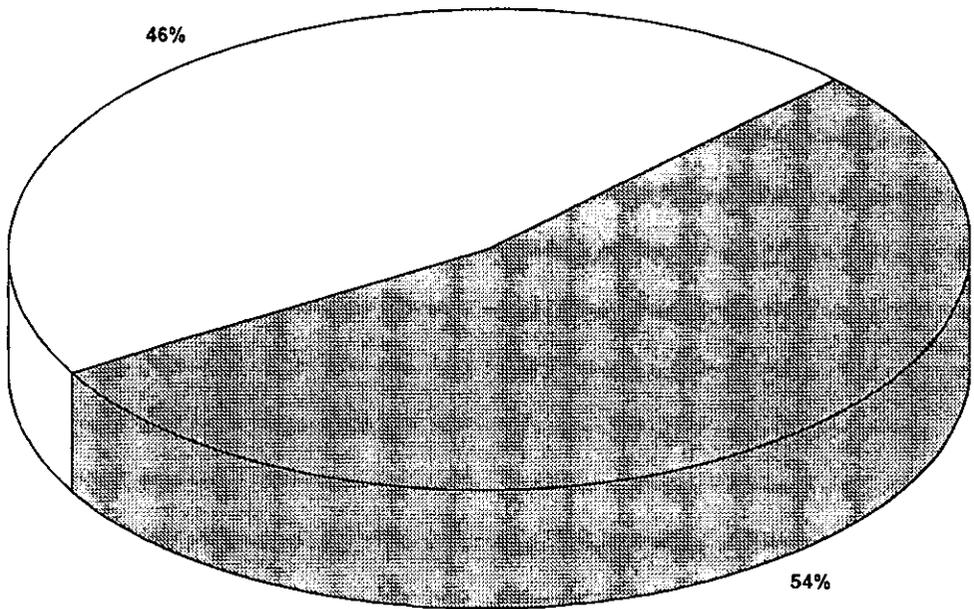
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XIII

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 150)

□ 69 Modernas ■ 81 Tradicionales



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO XIV

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 150)

Composición	Nº de casos	Porcentaje
Nuclear	97	64.6
Extensa	53	35.3
Compuesta	0	0
TOTAL:	150	100

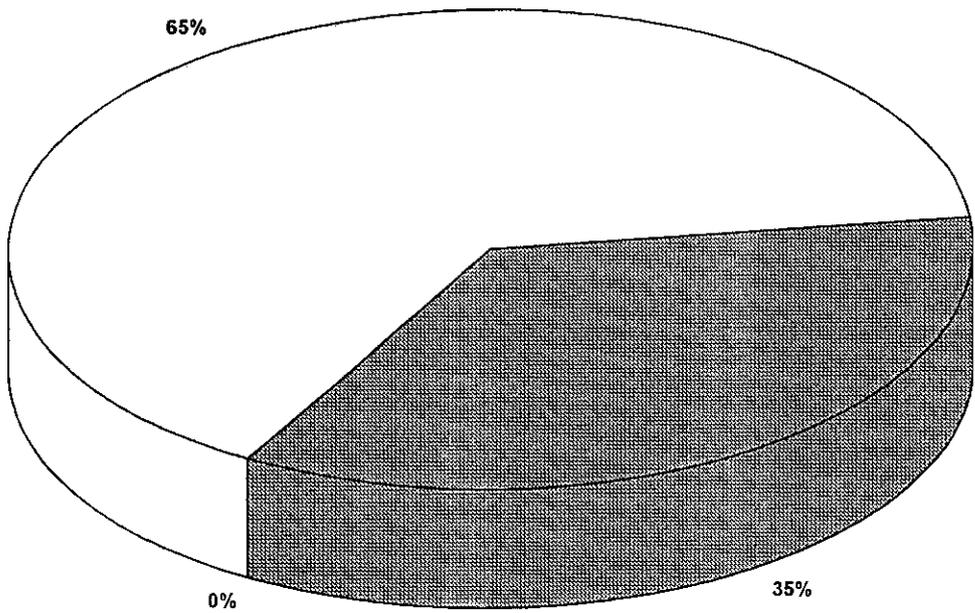
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XIV

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 150)

□ 97 Nuclear ▨ 53 Extensa ■ 0 Compuesta



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO XV

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DEMOGRAFÍA

(n = 150)

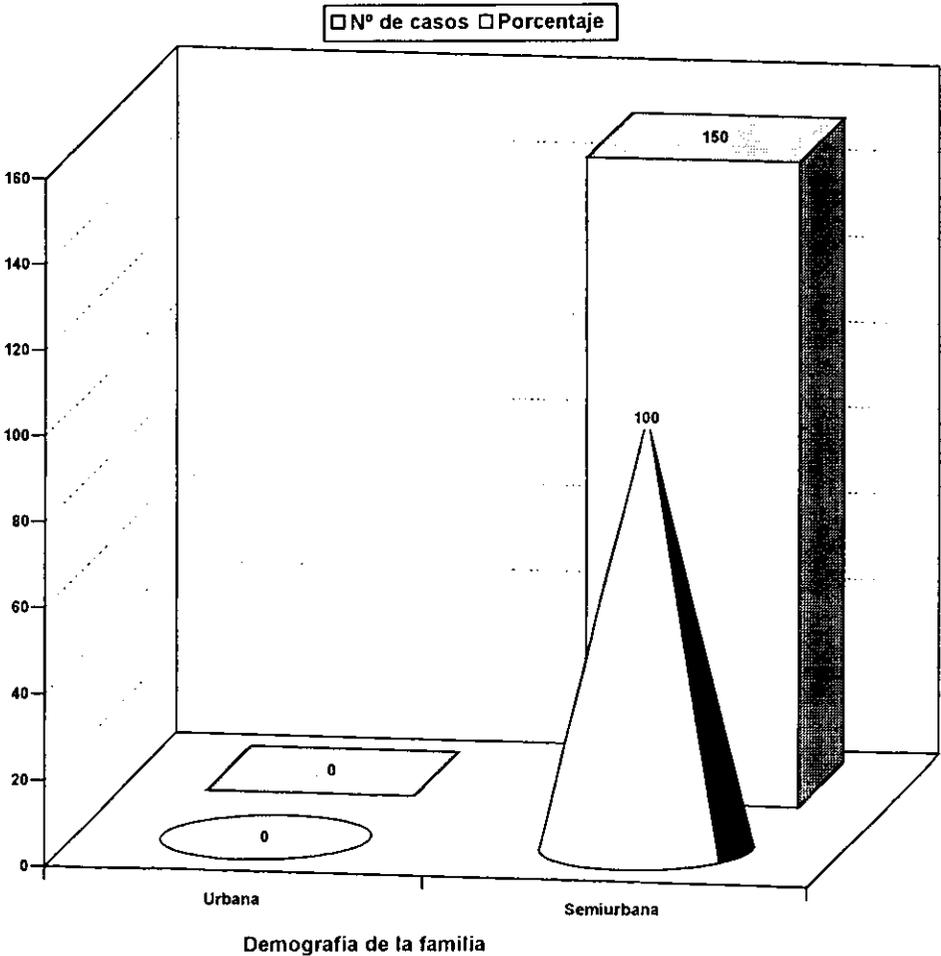
Demografía	Nº de casos	Porcentaje
Urbana	0	0
Semiurbana	150	100
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XV

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DEMOGRAFÍA

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO XVI

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE LAS FAMILIAS DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 150)

Número de salarios mínimos	Nº de casos	Porcentaje
Menor a 1	20	13.3
De 1 a 2	117	78.0
De 3 o más	13	8.7
TOTAL:	150	100

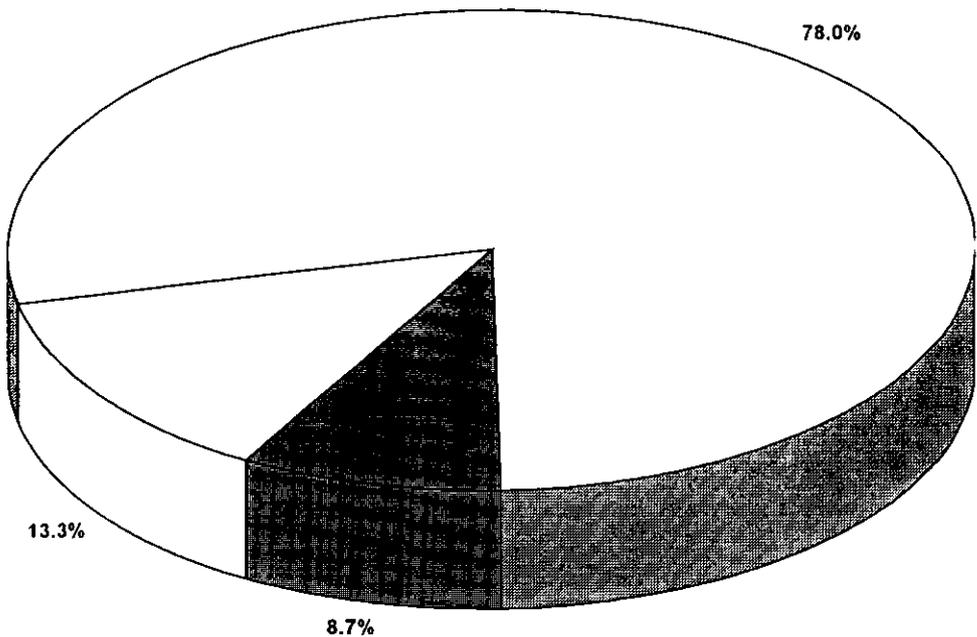
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XVI

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DE LAS FAMILIAS DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 150)

□ 20 menor a 1 □ 117 de 1 a 2 ■ 13 de 3 o más



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO XVII

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

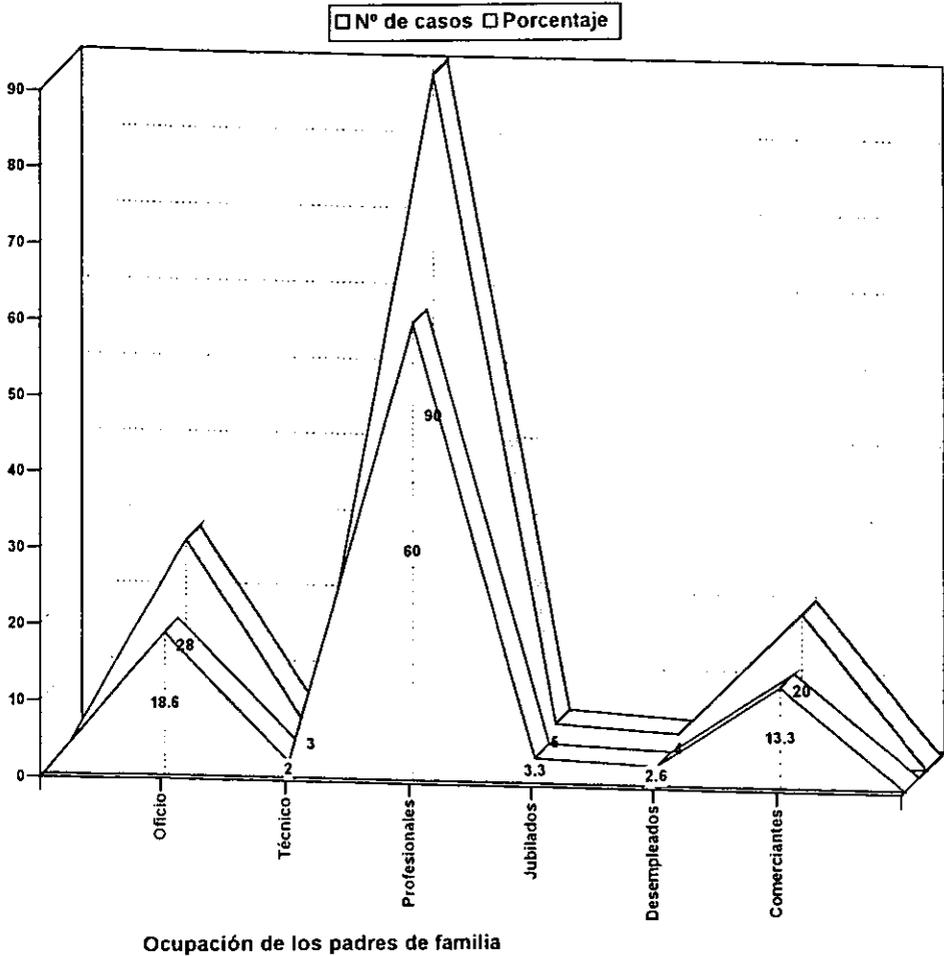
Ocupación	Nº de casos	Porcentaje
Oficio	28	18.6
Técnico	3	2.0
Profesionales	90	60
Jubilados	5	3.3
Desempleados	4	2.6
Comerciantes	20	13.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XVII

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero–Junio 2000.

CUADRO XVIII

OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE FAMILIA A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

Ocupación	Nº de casos	Porcentaje
Oficio	4	2.6
Técnico	7	4.6
Profesionales	55	36.6
Jubiladas	3	2.0
Comerciantes	3	2.0
Hogar	78	52
TOTAL:	150	100

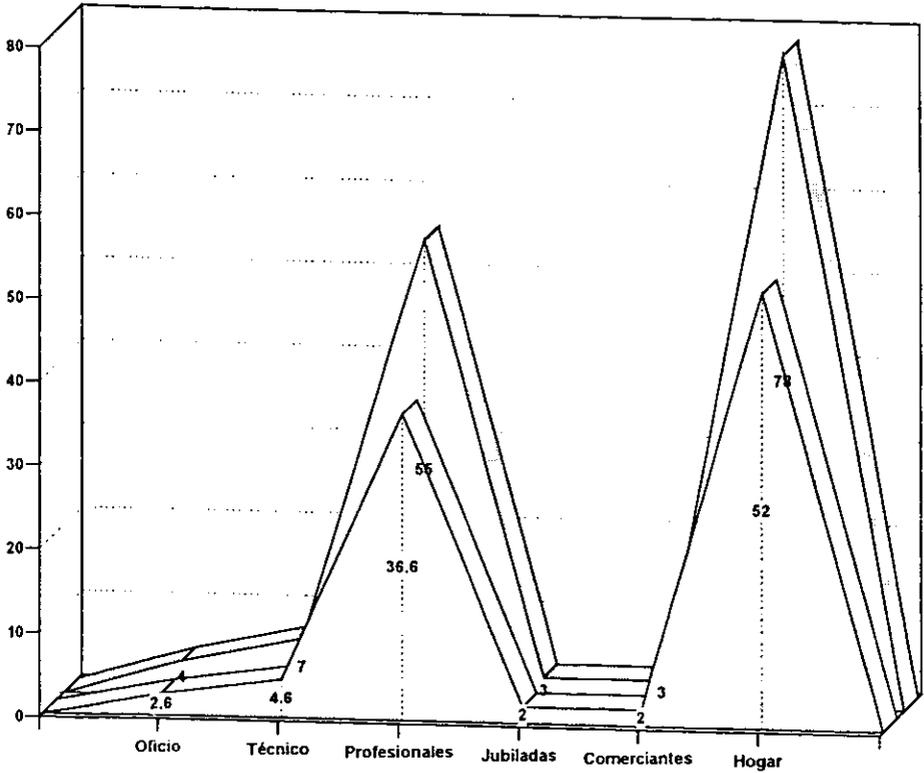
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XVIII

OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE FAMILIA A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

□ N° de casos □ Porcentaje



Ocupación de las madres de familia

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO XIX

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)

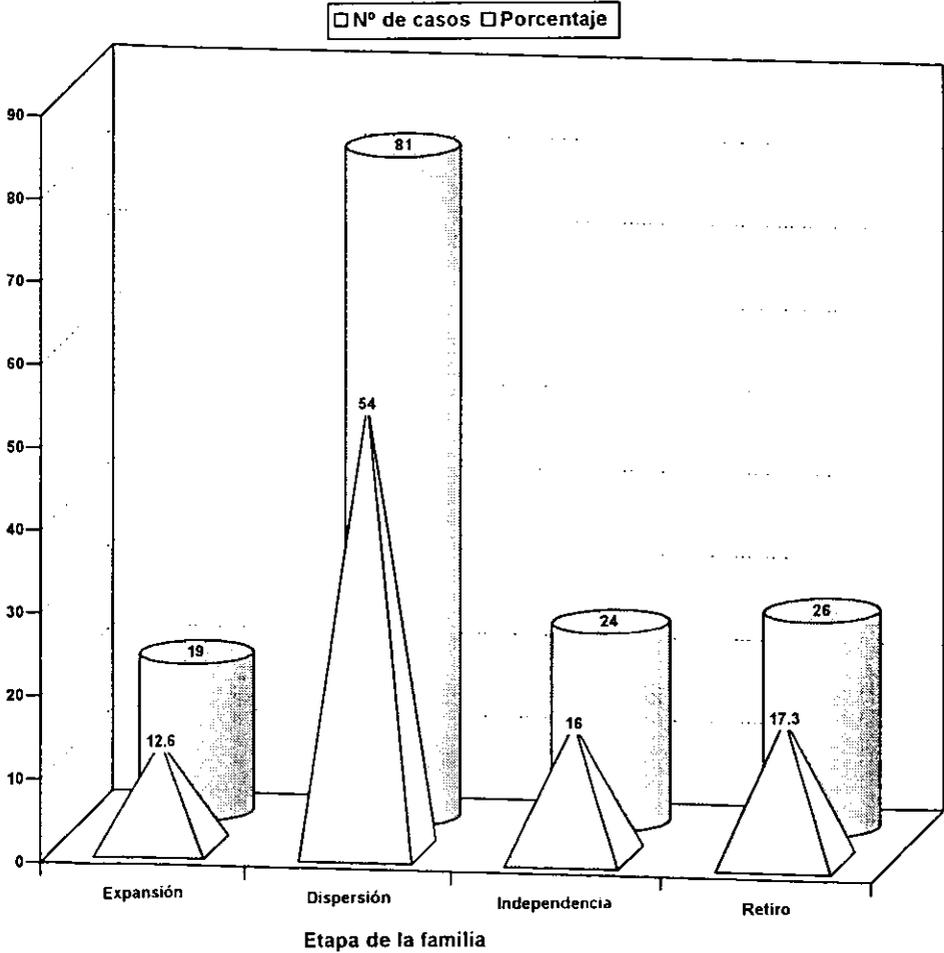
Etapa	Nº de casos	Porcentaje
Expansión	19	12.6
Dispersión	81	54.0
Independencia	24	16.0
Retiro	26	17.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

GRÁFICA XIX

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden al consultorio de la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, en el periodo Enero-Junio 2000.

CUADRO XX

TOTAL DE CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA EN LA UMF DE TETELA
DE OCAMPO, ENERO-JUNIO 2000

(n = 405)

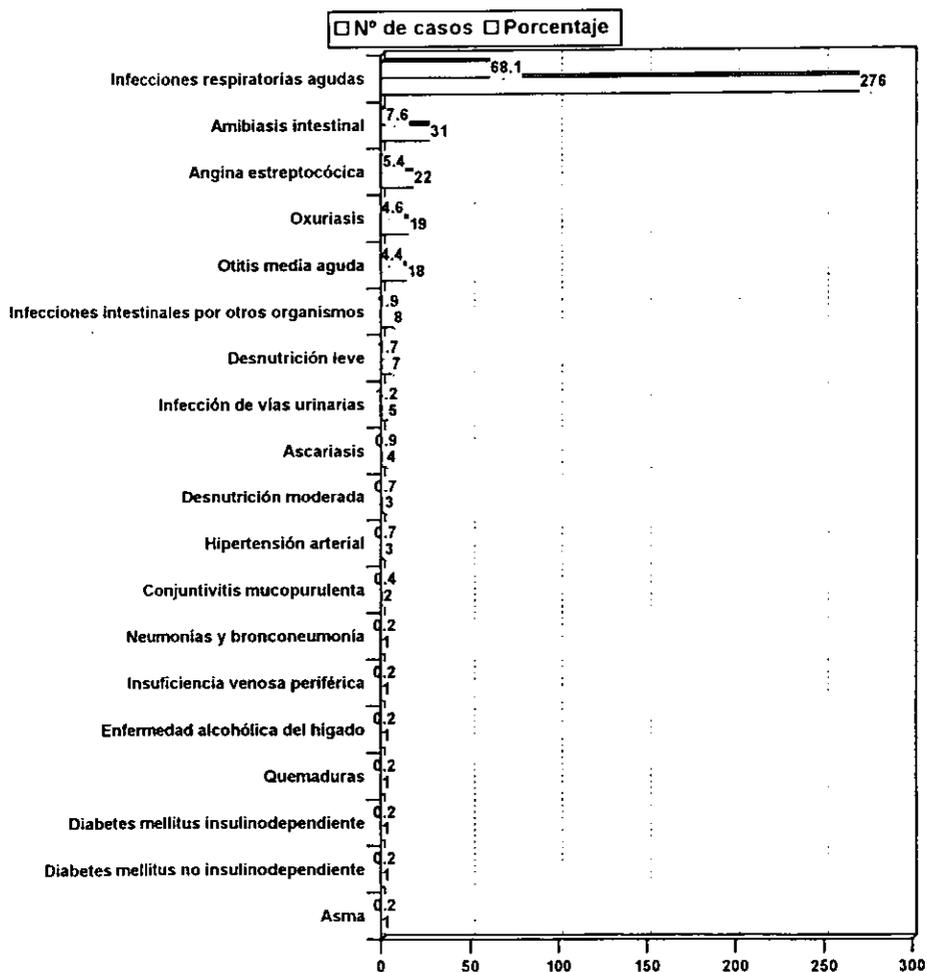
Diagnóstico	Nº pacientes	Porcentaje
Infecciones respiratorias agudas	276	68.1
Amibiasis intestinal	31	7.6
Angina estreptocócica	22	5.4
Oxuriasis	19	4.6
Otitis media aguda	18	4.4
Infecciones intestinales por otros organismos	8	1.9
Desnutrición leve	7	1.7
Infección de vías urinarias	5	1.2
Ascariasis	4	0.9
Desnutrición moderada	3	0.7
Hipertensión arterial	3	0.7
Conjuntivitis mucopurulenta	2	0.4
Neumonías y bronconeumonía	1	0.2
Insuficiencia venosa periférica	1	0.2
Enfermedad alcohólica del hígado	1	0.2
Quemaduras	1	0.2
Diabetes mellitus insulino dependiente	1	0.2
Diabetes mellitus no insulino dependiente	1	0.2
Asma	1	0.2
TOTAL:	405	100

FUENTE: Departamento Estatal de Estadística Sudelegación de Estadística.

GRÁFICA XX

TOTAL DE CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA EN LA UMF DE TETELA DE OCAMPO, ENERO-JUNIO 2000

(n = 405)



FUENTE: Departamento Estatal de Estadística Sudelegación de Estadística.

CUADRO XXI

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN LA UMF DE TETELA DE OCAMPO, ENERO-JUNIO 2000

(n = 393)

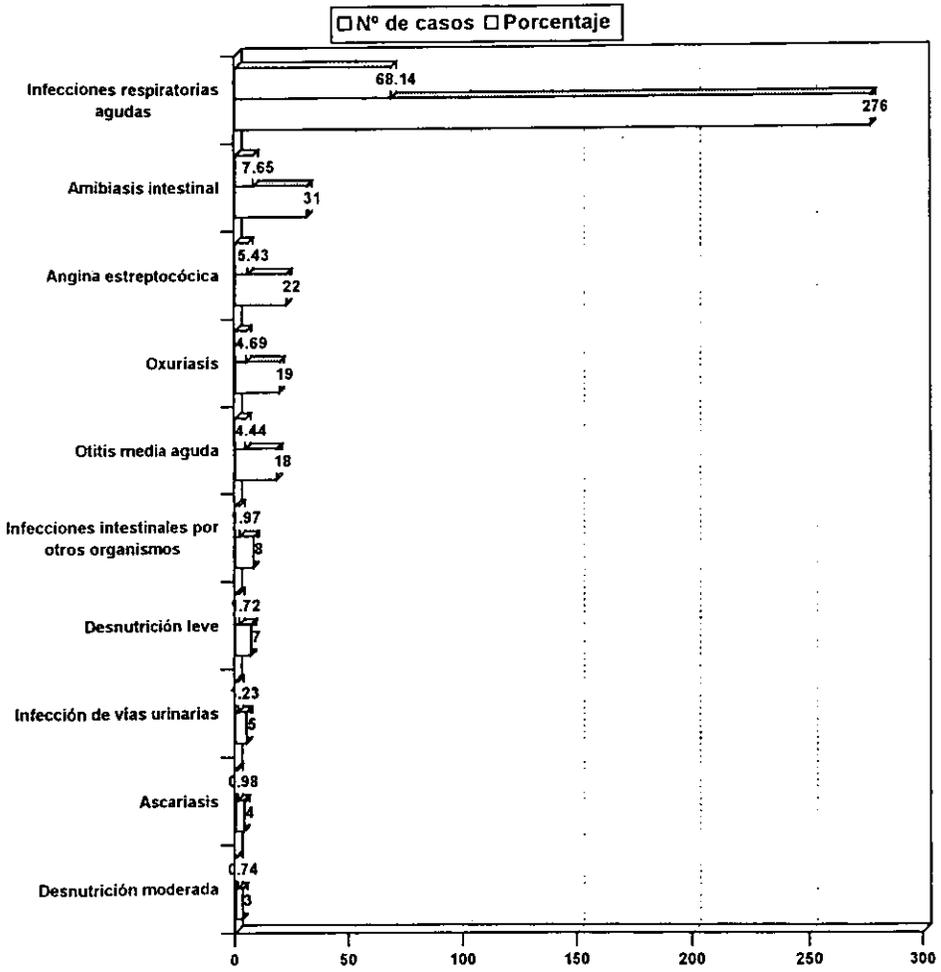
Nº	Diagnóstico	Nº consultas	Porcentaje
1	Infecciones respiratorias agudas	276	68.14
2	Amibiasis intestinal	31	7.65
3	Angina estreptocócica	22	5.43
4	Oxuriasis	19	4.69
5	Otitis media aguda	18	4.44
6	Infecciones intestinales por otros organismos	8	1.97
7	Desnutrición leve	7	1.72
8	Infección de vías urinarias	5	1.23
9	Ascariasis	4	0.98
10	Desnutrición moderada	3	0.74
TOTAL:		393	100

FUENTE: Departamento Estatal de Estadística Sudelegación de Estadística.

GRÁFICA XXI

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN LA UMF DE TETELA DE OCAMPO, ENERO-JUNIO 2000

(n = 393)



FUENTE: Departamento Estatal de Estadística Sudelegación de Estadística.

X. DISCUSIÓN

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

De acuerdo a los resultados anteriormente encontrados acerca de las características de la pirámide poblacional, la identificación de la estructura familiar y las patologías que más frecuentemente motivaron la asistencia a la consulta de la UMF 210704 (ISSSTE) en Tetela de Ocampo, Puebla mencionaremos que: La UMF 210704 cuenta con una población total de 1303 derechohabientes del cual corresponde un 43.28% al género masculino y 51.7% del género femenino. el trabajo realizado no se enfoca a una etapa específica, sino a un conocimiento general de las familias que maneja el médico en su población derechohabiente, por lo tanto mencionaremos algunos resultados obtenidos aquí:

La población infantil es la que ocupa el primer lugar en cuanto a porcentaje de asistencia a la atención médica, siendo una de las etapas en las que se debe dirigir la mayor parte de programas con un enfoque preventivo a futuro, pues como lo comenta Rodríguez Morva J., se deben desarrollar programas de formación continua con el fin de modificar las actividades de los profesionales sanitarios respecto a actividades preventivas.

La población adulta ocupa el 2º lugar, siendo como dice Jiménez

Mena C., es la que más cuidados preventivos recibe en detrimento de las personas jóvenes y sanas, por lo que es importante tener como pilares la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Un menor porcentaje es ocupado por las personas mayores de 65 años de edad que en su mayoría corresponden a gente pensionada 11 padres a los cuales como lo dice en su estudio Estebanel M. P., se les debe ayudar a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar.

En cuanto a las 10 patologías que con más frecuencia se encontraron en la UMF 210704 de Tetela de Ocampo, Puebla, podemos mencionar los siguiente: En primer lugar de morbilidad se encuentran las infecciones de vías respiratorias altas, lo cual concuerda con los estudios realizados por Jack H. Medalie, en lo que se encontró que los problemas respiratorios son los más frecuentes y son la principal causa de utilización de los servicios de salud en todos los países, siendo los grupos más vulnerables los menores de 5 años.

La angina estreptocócica se encuentra incluida dentro de las 10 causas de morbilidad, así como la otitis media aguda, la cual puede ser una complicación supurativa de la faringitis estreptocócica, esto coincide con algunos estudios que mencionan que la cantidad de portadores, niños en edad escolar y adultos varía con la localización geográfica (latitudes altas), estación del año (meses de frío) y el grupo de edades (niños entre

5-15 años). La parasitosis diagnosticadas y que fueron motivo de consulta son amibiasis intestinal, oxuriasis, ascariasis, siendo estas frecuentes en zonas rurales, donde como labor especial del médico es que deben realizar actividades preventivas y de promoción de la salud, lo cual se ha mencionado desde la declaración de atención primaria de salud a las cartas de Ottawa de promoción de la salud (1978-1986).

Un punto importante a mencionar es la desnutrición leve y moderada dentro de los 10 principales motivos de consulta, sigue siendo un problema de salud pública que afecta sobre todo en el área rural.

La prevención de desnutrición leve puede atribuirse en particular a malas condiciones higiénicas y dietéticas que predominan en el hogar, mismas que Pelletier ha señalado en sus estudios como potenciadores de la desnutrición en los países en vías de desarrollo, afirmando que la desnutrición leve y moderada es la responsable de más de 80% de las defunciones infantiles.

Las infecciones intestinales por otros organismos y la infección de vías urinarias que se encuentran incluidos como causas de consulta en la UMF de Tetela de Ocampo, Puebla, se presentaron en adultos jóvenes (15-59 años de edad) y en adultos mayores (60 y más). Escobar M.C. y cols., afirman que en las últimas décadas estas enfermedades infecciosas han disminuido y debido a las transformaciones sociales, económicas,

demográficas, epidemiológicas están aumentando de manera importante en este grupo de edad, las enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus compartiendo el "privilegio" de morir y enfermar más de estas patologías que de otras causas. Es muy importante darle la importancia que merecen estas patologías en nuestra UMF de Tetela de Ocampo, ya que nuestra población derechohabiente de 35-39 años representa el 10.6% de la población que acude a consulta, y con un nivel socioeconómico medio/bajo, ya que como lo mencionan algunos autores; el estilo de vida cambia junto con la edad y lo que es más importante el tiempo de exposición a los componentes de dicho estilo de vida es mayor. El nivel socioeconómico de un individuo estas ampliamente relacionado con la exposición a factores de riesgo, ya que el estilo de vida que se adquiere en cada estrato socioeconómico, conlleva a la adquisición de ciertos hábitos y costumbres que pueden llegar a ser factores de riesgo para el desarrollo de ciertas patologías como la HTA y DM tipo II.

Como último punto mencionaremos a la familia, la cual se define como la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas unidas por un vínculo de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable. Irigoyen Coria.

De las familias encuestadas derechohabientes de la UMF de Tetela

de Ocampo, Puebla, se obtuvo un alto porcentaje de matrimonios (70.6%) detectando que sigue siendo la base de la familia para su desarrollo, ya que la mayoría tiene 10-14 años de unión conyugal.

En lo que respecta a la edad de los padres a los que se aplica la ficha de identificación familiar es de 35-39 años (26%) y la edad de las madres encuestadas es igualmente de 35-39 años, de lo que concluimos que la mayor parte de estas parejas son jóvenes. Siendo el género masculino (60%) el predominante, aunque como lo menciona Stoller las mujeres consultan más frecuentemente a los médicos que los hombres.

La escolaridad orienta al médico sobre el nivel académico y cultural de la población que atiende. Stoller menciona que la escolaridad es el factor predictor más importante para explicar el contacto con el médico. En la encuesta realizada predominan las personas con licenciatura (60%), con diferencia por género, ya que los hombres tienen un mayor número de años de estudio que las mujeres, donde estas adoptan el rol de esposa-madre tradicional: con una serie de derechos y privilegios reconocidos unánimemente, dependencia del marido, demanda de fidelidad al marido, constitución del hogar, prestación de servicios domésticos. predominan los empleados de gobierno (profesores) con un ingreso familiar de 1-2 salarios mínimos y probablemente por los recursos económicos con los que cuentan solamente tienen de 2 a 4 hijos en su mayoría predominando

los de 20 o más años, teniéndose una población activa del 60%, en una zona semiurbana (rural) como lo es Tetela de Ocampo, Puebla. Algunos autores mencionan que el mayor número de inactivos se encuentran en las zonas urbanas, debido a que la mayoría de los habitantes de zonas rurales no tienen una edad "obligada" para retirarse; el tipo de trabajo que desempeñan en el campo o porque no están en posibilidades de dejar de trabajar por razones económicas. Los ancianos inactivos son jubilados a diferencia de las mujeres cuya mayoría se mantienen activa en las labores del hogar, siendo este porcentaje de jubilados mínimos (2).

De acuerdo a la demografía, Tetela de Ocampo, Puebla, está contemplada como zona semiurbana, donde las familias en su mayoría son familias nucleares (64.6%), en fase de dispersión (54%), debido a que como ya se mencionó los hijos cuentan con más de 20 años de edad.

XI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

CONCLUSIONES:

Se concluye que la población estudiada:

1. A través de el análisis de la pirámide poblacional se identifica que en el grupo de edad de 1 – 14 años de edad existe una relación con el listado de las 10 principales causas de consultas, tales como infecciones respiratorias agudas, amibiasis y desnutrición.
2. Predominó en las parejas de las familias estudiadas el estado civil casados.
3. La unión conyugal de las parejas de las familias estudiadas predomina 10–14 años.
4. La edad de los padres de familia que predomina es de 35 a 39 años de edad.
5. La edad de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar es de 35 a 39 años de edad.
6. El género predominante de las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar fue masculino.

- 7 La escolaridad predominante en las personas a las que se les aplicó la ficha de identificación familiar es la Licenciatura (60%).
- 8 Las personas encuestadas fueron en su mayoría habitantes de la cabecera municipal.
9. El número de hijos de las familias encuestadas que predominó fueron de 20 o más años.
10. La mayoría de las familias estudiadas son tradicionales, nuclear y semiurbanas, persistiendo el salario de 1 a 2 salarios mínimos, siendo su actividad primordial la profesional en ambos progenitores.
11. Se concluye que nuestra población derechohabiente es de parejas jóvenes.
12. También se obtuvieron datos de desintegración familiar tomando en consideración las parejas que se encuentran divorciadas, separadas, viudos (as), madres solteras, siendo 14 en total, predominando la desintegración familiar de 5 a 9 años de unión conyugal.

Finalmente se concluye que la aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar tiene demasiadas bondades y que debería promoverse su establecimiento en todo el sector salud.

PROPUESTAS:

1. Se debe incrementar la vigilancia y seguimiento de los programas y normas establecidas por la institución.
2. Dar a conocer a la población derechohabiente sobre el paquete básico de salud (programas prioritarios), haciendo énfasis en este grupo de riesgo.
3. Capacitar a las madres de familia para reconocer tempranamente los signos de alarma en infecciones respiratorias agudas.
4. Incrementar el control del niño sano en menores de 5 años.

Finalmente se concluye que la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar tiene demasiadas bondades y que debería promoverse su establecimiento en todo el sector salud.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas de la Peña E. Implantación de la medicina familiar en el IMSS 1954-55. En: Cárdenas de la Peña E. Medicina Familiar en México. Historia. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1974: 81-124.
2. Simposium Nacional de Medicina Familiar del ISSSTE. Discurso de inauguración. 14 de noviembre de 1994. Volteen Médico Familiar UNAM, año 3º, 15-16, enero-abril 1995.
3. Irigoyen C A, Gómez C F J, Jaime A H. Fundamentos de Medicina Familiar. 4ª edición, Editorial medicina Familiar Mexicana, 1996; 153 - 173.
4. Baraka S M, Ebell M H. Family medicine interest groups AT US Medical School FAM-MED 1995 Jul-Aug; 27 (7): 473-9.
5. Mc Whinney I R Medicina de Familia. Barcelona, España: Edide, 1995 3-383.
6. C Jiménez Mena, et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud

según grupos de edad. Atención Primaria Vol. 12, N° 5, Sept 1993: 269 – 272.

7. Jaick N, Dalie. Contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar. Medicina Familiar. Principios y Prácticas 1987; 327.
8. Arlene S, Ash P H, D. Análisis de resultados y prácticas médicas. Hospital Practice. Ed. Mexicana 1996. Vol. 3; N° 10; 347-438.
9. Ferr L W, Frank J, Ordoñez C, Paganini J M, Starfield B. Aspectos programáticos de la atención primaria de la salud a nivel nacional e internacional. En: Marco Conceptual de la atención primaria. Investigación sobre servicios de salud: una autología. Ed. Organización Panamericana de la Salud. 1992; 5-7.
10. Fajardo Ortiz G. El precio de la salud. gaceta Médica de Mex. 1992: 483-493.
11. Delgado A, López Fernández L. A. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria. 1992. 9 (8): 457-459.

12. Auntley R R. Epidemiología de la medicina de la familia. En: Ferr L E, Fren K J, Ordoñez C, Paganini J M, Stafield B. Investigación sobre servicios de salud: Una autología. Ed. Organización Panamericana de la Salud 1992: 295-301.
13. G. Bustos Lozano. El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas. En: Atención primaria. Vol. 12, N° 4, Sept. 1993: 183.
14. I. Rodríguez Morúa, et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. En: Atención primaria. Vol. 13, N° 1; 1994: 39-41.
15. M. P. Estebanell, et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. En Atención primaria. Vol. 10, N° 1; 1992: 539-542.
16. Jiménez Mena C, et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención primaria 1993; 12: 269-272
17. Irigoyen C A, Gómez C F J, Jaime A H. Fundamentos de medicina familiar. 4ª edición, editorial Medicina Familiar Mexicana, 1996; 153-173.

- 18 Irigoyen Coria, Gómez Clavelina, et al. Fundamentos de medicina familiar. 3ª edición, 1995; 1-189.
19. Dubowitz H, Newberger C M, Melnicoe L H, Newberger E H. The changing American family. *Pediatr Clin North Am* 1988; 35; 1,291-1,311.
20. Ruben Velázco Orellana y Cols. Disgunción familiar. *Rev Med IMSS (Méx)* 1994; 32: 272-275.
- 21 Chávez A V. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. *Revista Mexicana de Medicina Familiar* 1989: 17-22.
22. Jiménez Mena C, et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. *atención primaria* 1993; 12: 269-272.
23. Irigoyen A, Alarid H J. Fundamentos de Medicina Familiar. 2ª edición, México: Francisco Méndez Cervantes, 1986: 3-209.
- 24 Irigoyen A. Guía bíblica para la familia de hoy. México: Progreso. 1989: 13-57.

25. Fundación para la mejoría de las condiciones de vida y trabajo, servicios públicos, trabajos para el consumidor. Dublin; Ed. Fundación, 1992.
26. Barlet E G, Grayson M, Barker R. The effects og physicans communications skill on patient satisfaction recall and adherence. J Cheron Dec 1984; 37: 755-764.
27. Falvo D, Tippy R. Communication, information to patients, patient satisfaction an adherence as associated with residente skill. J Fam Pract 1988; 26; 643-647.
28. Fernández Quintanilla C. Características del sistema de información para la vigilancia epidemiológica. Epidemiología 1996; 13.
29. Salud Pública de México. Impacto de los servicios de salud en la mortalidad de menores de cinco año. Vo. 41, N° 5, Sept-Oct. 1999, 368-375.
30. Bailón E, Prados M. A., Vázquez, R., Melguizo M. Criterios diagnósticos y terapéuticos de la infección respiratoria aguda. Atención Primaria 9 (18); 15 mayo 1992; 452-455.

31. Yahuda B M C Magnitud y control de las infecciones respiratorias agudas en los niños. Salud Pública de México, 1988, 30: 362-369.
32. Miguel Martínez I, Ramos Macías A; Muñoz Bellido J L. Therapeutic possibilities in recurrent infantile tonsillitis. Acta Otorrinolaringol Esp (Spain) Vol 45 (6); Nov-Dic 1994; 433-436.
33. Barrios Gallegos C. Amibiasis. Epidemiología 1996; 13.
34. Flores y cols. Evaluación antropométrica del estado de nutrición de los niños, procedimientos, estandarización y significado. Bol Med Hosp Inf Mex 1990; 47 (10): 732-733
35. Salud Pública de México. Prevalencia de desnutrición en menores de cinco años de Tabasco. Vol 40, N° 5, Sept-Oct 1998; 408-413.
36. Salud Pública de México. La mortalidad por enfermedad diarreica en México: ¿Problemas de acceso o de calidad de atención?. Vol. 40, N° 4, Julio-Agosto 1998; 316-319.
37. Sánchez T. G. Estudio clínico y diagnóstico de la

hipertensión arterial sistémica Principio cardiológico.

Época II, Vol 3, N° 1, Pag 4-9, México, 1987.

38. Salud Pública de México, Vol 42, N° 1, enero-febrero del 2000.

XIII. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Identificación Familiar

Familia: _____ Años de unión conyugal: _____

Estado Civil: Casados () Unión libre () Solteros () Separados ()

Edad: _____ Género. Masculino () Femenino ()

Escolaridad de la madre: _____ Edad del Padre: _____

Domicilio: _____

Edad del padre: _____ Edad de la madre: _____

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

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

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

TOTAL: _____

Tipo de Familia: Marque con una equis (X)

Desarrollo:	Moderna ()	Tradicional ()	
Demografía:	Urbana ()	Semiurbana ()	
Composición:	Nuclear ()	Extensa ()	Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados:

≤ de 1 salario mínimo ()

de 1 a 2 salarios mínimos ()

de 3 ó más salarios mínimos ()

Personas que dependen de este salario: _____

Ocupación: Del padre: _____ De la madre: _____

Etapa del ciclo vital familiar:

Expansión () Dispersión () Independencia Retiro ()

Observaciones: _____