



11226
84
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21**

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN
EN LA ASISTENCIA A CONTROL PERIODICO DEL
MENOR DE 5 AÑOS**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N:
M E D I C I N A F A M I L I A R
P R E S E N T A:
DRA. ROJAS PEREZ ESTRELLA MARITZA**

**ASESORA:
DRA. LIDIA ALCANTARA SÁNCHEZ
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF No. 21**

MÉXICO, D.F.

2003

**TESTE CON
DE ORIGEN**

A



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AUTORIZACIONES

Vo. Bo.

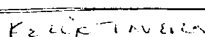

DRA. MARTHA HOUSEINE GARDENAS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

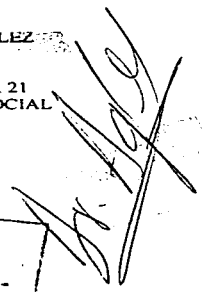
Vo. Bo.


DR. JORGE MENESES GARDUNO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Vo. Bo.


DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL




ASESOR:


DRA. LIDIA ALCÁNTARA SÁNCHEZ
Médico Familiar de la UMF No. 21

TESTE CON
FALLA DE ORIGEN

C

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

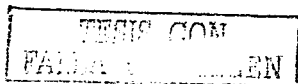
A Dios por prestarme
la vida y ser el amigo
fiel en todo momento.

A mi madre por el apoyo
y comprension que me ha
brindado en todos los
momentos dificiles durante
este logro.

A la Dra. Lidia Alcantara Sanchez
gracias por los conocimientos brindados,
por la dedicacion, paciencia, por su
tiempo y por creer en mi, ya que sin ello
no lo habria logrado.

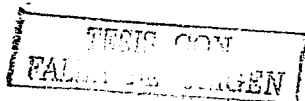
A mis amigas y companeros por
estar a mi lado en los momentos
dificiles y por la motivacion que
me dan para seguir adelante.

A TODOS ELLOS MUCHAS GRACIAS



INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. MATERIAL Y METODOS
4. DISEÑO ESTADISTICO
5. RESULTADOS
6. CONCLUSIONES
7. SUGERENCIAS
8. BIBLIOGRAFÍA
9. ANEXO



INTRODUCCION

El control del niño sano es una acción preventiva periódica y de promoción a la salud, en la cual se detectan anomalías susceptibles de ser solucionadas, actuaciones que permiten disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida del niño. La asistencia a control periódico del niño se asocia a la edad con influencia importante del comportamiento materno, ya que la madre es la encargada por tradición del cuidado y atención del niño, por lo que hay circunstancias asociadas que intervienen para que el menor sea traído o no, repercutiendo en la detección temprana de factores de riesgo.

Por lo que es importante conocer cuales son esos factores maternos que intervienen en la asistencia a control del niño menor de 5 años con la finalidad de incidir en ellos y prevenir los riesgos a los que esta sujetos la población infantil.

ANTECEDENTES

La estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de "Salud para todos en el año 2000" (Alma Ata, 1978) proponía como objetivo prioritario establecer políticas que permitieran la consolidación de un modelo social de salud, que distribuyera eficientemente los recursos y en consecuencia redujera las desigualdades geográficas y/o sociales ante la salud y la enfermedad, fomentara la importancia del papel del individuo, la familia y la comunidad en la mejora de la salud. 1.2.3

En febrero de 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoyo la implantación de la estrategia denominada "lucha integrada contra las enfermedades de la infancia" elaborada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sobre la base de los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a los niños menores de 5 años en la mayoría de los países en desarrollo; en esta estrategia se contempla el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas, la desnutrición, la tuberculosis y algunas enfermedades prevenibles por vacunación, que contribuyen a la mortalidad infantil.

El principal beneficio de la estrategia, es adecuarse a la realidad epidemiológica y a la forma en que opera el sistema de salud de cada país ya que responde no solo al control de problemas sino en brindar un esquema integrado con base en las necesidades del personal de salud del primer nivel y en respuesta a los requerimientos de la población infantil con relación favorable entre costo y efectividad, permitiendo el ahorro de recursos, mejorando la equidad, garantizando el acceso de todos los niños a una atención adecuada y frecuente poniendo principal atención en la detección y tratamiento de las enfermedades.

Dentro de las acciones específicas se encuentran la estimulación temprana, la lactancia materna, la vacunación, la orientación nutricional suplementada con micro nutrientes, el control periódico de la salud para detectar precozmente cualquier alteración en el crecimiento y desarrollo del niño, fomentar el cuidado adecuado en el hogar previniendo accidentes y aplicando medidas específicas de prevención en enfermedades diarreicas y respiratorias. 4.3.6

En México la Ley General de Salud de 1993, estipula en los artículos 61 a 65, la atención, prevención, protección de la salud física y mental, la organización y operación de los servicios de salud, el apoyo y fomento de las autoridades sanitarias, educativas y laborales en pro del niño, se coordina con el Programa de Atención a la Salud del Niño (PASN) de la Secretaría de Salud con el propósito de prevenir y controlar los padecimientos más frecuentes en la infancia después de la etapa neonatal, con la estrategia de brindar atención integral al menor de cinco años (AIMCA) en los servicios de salud de primer nivel y en sus hospitales de referencia.^{7,8,9}

En los países latinoamericanos se ha observado un incremento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo, sobre todo en el sector informal, demostrándose en diversos estudios que las mujeres sin ninguna escolaridad acceden al mercado laboral en busca de un ingreso económico, aún cuando la carga de trabajo domestico sea elevada por tener uno o varios hijos. Entre 1960 a 1990 el número de mujeres económicamente activas paso de 18 millones a 57 millones, con un salario que correspondía al 71% del que percibe el hombre y en las actividades tradicionales es aun menor.

En México durante los setentas se observo un incremento de mas del 50% en el ingreso al mercado laboral de las mujeres solteras, jóvenes y sin hijos, mientras que en el sexo masculino el incremento fue menor del 10%, a partir de 1976 ingresan al ámbito laboral las mujeres de 25-44 años, casadas, lo que representa un aumento aproximado del 62%. mientras que en los años de recesión económica (1982-1987), los mayores incrementos se encontraron entre mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta.¹⁰

En la actualidad, en uno de cada tres hogares mexicanos las mujeres aportan ingresos económicos a la familia, en uno de cada cinco el ingreso principal lo genera la mujer y en uno de cada diez es la única perceptora de ingresos, lo que corresponde hasta 1998 al 18% (3.4 millones de hogares), así el perfil demográfico de las mexicanas cambio de tal forma que, en la actualidad, la mayor parte de ellas viven en centros urbanos y participan activamente en el desarrollo económico del país.¹¹

De 1962 a 1999, la tasa global de fecundidad pasó de 7 a 2.2 hijos por mujer en edad fértil, esta transformación de la reproductividad es consecuencia de la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos modernos, así como del aumento en el nivel de escolaridad.¹⁰ De acuerdo al censo de 1990 el analfabetismo femenino correspondía a un 5.4% mayor que el masculino, mientras que en el nivel medio superior la mujer alcanza el 54% y el hombre el 46%, teniendo que las mujeres cursan mas frecuentemente carreras cortas (enfermería, secretariado) lo que les permite acceder mas rápidamente al mercado laboral, en tanto que el 63% de los hombres presentan instrucción superior, esto se explica por las pautas culturales que asignan a las mujeres el papel de responsable de las tareas domesticas y de la reproducción. La misma fuente indica que el 77.3% de las mujeres laboran como obreras o empleadas, el 13.3% son trabajadoras por cuenta propia y el 1.2% son trabajadoras familiares no remuneradas.¹²

En México, desde hace varias décadas, la mujer constituye un blanco específico de las políticas y programas de salud, destacándose como receptora de los programas de alimentación, planificación familiar y en la instrumentación de programas como los de vacunación universal, control del niño sano, rehidratación oral y promoción de salud

comunitaria, por lo que el trabajo de la mujer, puede tener cierta repercusión en la salud infantil, en la medida de que siga siendo la principal responsable del cuidado de la familia, pero también la marginación social influye como un factor de riesgo, que le dificulta el acceso a información y recursos para ver la salud de aquellos que tiene a su cargo.¹³

Para mejorar el nivel de salud del niño, la Secretaría de Salud, emitió en la Norma Oficial Mexicana (NOM-031-SSA2-1999) la vigilancia de los siguientes aspectos: atención integrada, vacunación universal; prevención y control de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas así como el control nutricional mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo.^{14, 15} Surgiendo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la Guía Técnica para la Atención del menor de 5 años.^{14,16}

De donde se origina la atención integrada, con base en el control del menor de 5 años, con acciones preventivas proporcionadas en la unidad de salud, independientemente del motivo de consulta, incluyendo la vacunación, la vigilancia del crecimiento y desarrollo y la atención estomatológica, con el fin de disminuir la incidencia de la enfermedad.

El niño crece y se desarrolla, lo que hace que la consulta médica tenga como particularidad que los contenidos varíen en relación a la población adulta. Sin embargo, no hay un consenso acerca de la periodicidad y de las edades a las que se deben realizar los controles de salud. La Sociedad Canadiense de Pediatría recomienda ocho controles en los primeros años de vida y la Sociedad Americana de Pediatría, nueve, la recomendación Argentina es de realizar un control de salud a los 7 días del alta hospitalaria, otro a las dos semanas y posteriormente controles mensuales durante el primer año de vida, bimensuales durante el segundo y por último anuales, hasta los 10 años de vida.^{17, 18}

En nuestro país según la NOM-031-SSA2-1999 indica que el personal de salud deberá de otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los 7 días y la segunda a los 28; al menor de 1 año una cada dos meses; al niño de 1 a 4 años, una consulta mínima cada seis meses. En el IMSS se recomienda el control del recién nacido antes de los 7 días, al menor de 1 año cada dos meses, de 1 a 2 años cada tres meses, de 2 a 3 años cada cuatro meses y de 3 a 5 años cada seis meses, el control de salud debe incluir la evaluación física, de crecimiento y desarrollo, medidas de rastreo y prácticas preventivas, pautas de alimentación, inmunizaciones y prevención de accidentes.

En la unidad de medicina familiar No.21 se reporta una población de 5,301 niños menores de 5 años en el 2001, de los que cuales fueron traídos a control 5,140, acudiendo por primera vez 2,209 niños y en forma subsecuente 2,935 menores.¹⁹

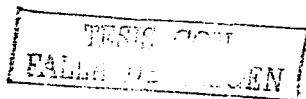
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROPÓSITO

El propósito de la investigación es la de identificar cuáles son los factores socioeconómicos maternos que repercuten en la frecuencia con que son traídos los niños menores de 5 años a control periódico, ya que la falta de asistencia a control se considera como un factor de riesgo importante para el incremento de la morbilidad, al no intervenir oportunamente en ellos, ya que al identificarse se podrán establecer estrategias de solución, orientando a las madres sobre la importancia que tiene el control periódico del niño para prevenir y detectar padecimientos que pongan en riesgo su salud e integridad, así como brindar una atención integral y lograr en el futuro reducir la morbilidad infantil contando con niños más sanos y por consecuencia una población saludable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores socioeconómicos maternos que influyen para que el menor de 5 años no sea traído a control periódico a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 21?



OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Identificar los factores socioeconómicos maternos que influyen para que el menor de 5 años de edad no sea traído a control periódico a la Unidad de medicina familiar núm.21

ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar la frecuencia de asistencia a control del menor de 5 años
- ❖ Identificar cual es la causa/ motivo por lo que es traído el menor de 5 años a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 21

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

MATERIAL Y MÉTODOS

En la presente investigación se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional donde se evaluó a las madres derechohabientes y adscritas a la Unidad de Medicina Familiar núm. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social sobre los factores de socioeconómicos maternos que influyen en la asistencia a control periódico del niño menor de 5 años.

Aplicando primeramente el cuestionario a una prueba a fin de corroborar el entendimiento de los reactivos a investigar, modificando aquellos items que causaron duda o confusión. Se solicitó la validación del instrumento a un Médico Pediatra del Hospital General de Zona Núm. 30 del IMSS, un Médico Familiar y una Enfermera especialista en Materno Infantil de la unidad de Medicina Familiar Núm. 21.

Criterios de inclusión: Madres de 15 a 44 años de edad, usuarias de la Unidad de Medicina Familiar Núm. 21, con hijos menores de 5 años y que acudieron a solicitar atención médica para el menor en los diferentes consultorios, en ambos turnos, que deseen participar.

Criterios de exclusión: cuestionarios incompletos.

La población de estudio es de 37,316 madres de 15 a 44 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 21, hasta junio del 2001, la determinación del tamaño de la muestra se realizó aplicando la fórmula de proporciones:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2(n-1) + Z^2pq}$$

Donde se obtuvo un total de 380 madres a estudiar, se consideró un margen de error del 5% y un intervalo de confianza del 95%.

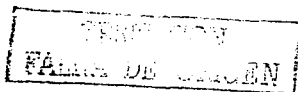
La selección de la muestra se realizó de manera aleatoria y homogeneizada, durante el periodo de octubre a noviembre del 2002, se informó previamente a las madres participantes sobre los objetivos y la metodología a seguir, solicitándose la autorización de manera verbal para participar en el estudio, los cuestionarios se aplicaron en la sala de espera de los diferentes consultorios de la unidad.

VARIABLES EN ESTUDIO

Variable Independiente: factores socioeconómicos

Variable dependiente: control periódico.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad de la madre	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a fecha de estudio	Edad materna referida en años.	Cuantitativa Continua	15-19años 20-24años 25-29años 30-34años 35-39años
Edad del menor	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a fecha de estudio.	Edad del menor referida en años.	Cuantitativa Continua	Menor 1 año 1 año 2 años 3 años 4 años
Número de hijos	Numero de hijos concebidos	Referencia de número de hijos concebidos.	Cuantitativa Continua.	Uno Dos Tres o mas.
Estado Civil	Situación legal y/o social de un individuo ante la sociedad.	Se solicitó a la madre que mencionara su estado civil	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Divorciada Viuda Separada Unión libre
Escolaridad	Años cursados en institución educativa	Señalamiento del grado de estudio.	Cualitativa Nominal	Sabe leer y escribir Primaria Secundaria Técnico Preparatoria Licenciatura
Ocupación	Trabajo, oficio o profesión desempeñada por la persona	Empleo desempeñado por la madre.	Cuantitativa nominal	Hogar Obrero Empleado Profesional Otra
Jornada de trabajo	Tiempo que se labora, regido por una hora de entrada y salida.	Señalamiento de horas laboradas.	Cuantitativa continua	6 hrs. 8 hrs. 12 hrs. o mas.
Ingreso Familiar	Percepción económica para gastos del hogar	Ingreso familiar mensual.	Cuantitativa nominal	1 salario mínimo 2-3 salario mínimo 4 o mas salarios mínimos.
Control periódico	Asistencia a consulta anual de acuerdo a la guía técnica del IMSS. Menor del año, seis, 1-2 años, cuatro, 2-3 años, tres, 3-5 años, dos	Consultas realizadas en un año en un niño sano de acuerdo a edad.	Cuantitativa nominal	Control periódico. Sin control periódico.
Motivo de asistencia a consulta	Razón por la que se solicita servicio médico a la unidad	Causa por la que se solicito servicio para el menor de 5 años.	Cualitativa nominal	Control niño sano Enfermedad Inmunización Estomatología



Tiempo de espera	Lapso de tiempo que ocurre desde el registro a la atención médica.	Tiempo esperado para ser atendido.	Cuantitativa continua	15 min. 30 min. 45 min. 60 min. y más
Turno	Horario de atención	Horario en que recibe la atención	Cualitativa nominal	Matutino Vespertino
Accesibilidad al servicio	Medios y tiempo con los que se cuenta para llegar del hogar a la unidad	Medios y tiempo realizado del hogar a la unidad.	Cualitativa continua	15 minutos 30 minutos 60 y más minutos Metro Microbús Particular Otros
Información sobre lactancia materna.	Orientación recibida por personal médico o trabajo social sobre lactancia materna.	Referencia sobre la información recibida.	Cualitativa nominal	Si No
Lactancia materna exclusiva	Alimentación de los niños con leche, como único alimento en los primeros 4 meses.	Se menciona el tiempo que se se dio seno materno exclusivo	Cuantitativa continua	<1 mes 1 mes 2 meses 3 meses 4 meses o mas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

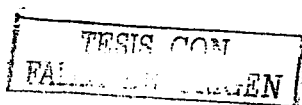
DISEÑO ESTADÍSTICO

Se aplicaron 380 cuestionarios de los cuales se excluyeron los que fueron contestados en forma incompleta, por no cubrir los objetivos del estudio, la captura de la información se realizó utilizando el programa SPSS 10.

Para las variables cuantitativas se realizó el cálculo de las medidas de tendencia central, en las variables nominales y ordinales se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se realizó de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación vigente en nuestro país, el trabajo tiene conforme el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17 categoría "I" que dice " Investigación sin riesgo ya que los individuos que participan en el estudio únicamente aportan datos a través de la aplicación de un cuestionario, lo cual no provoca daños físicos ni mentales. Así mismo la investigación no viola las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación donde participan seres humanos, contenido en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, ratificada en Tokio y enmendada en la 52ª. Asamblea Mundial de Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. 21,22



RESULTADOS

ANÁLISIS DE FRECUENCIAS BIVARIADO

En la investigación realizada en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, para determinar los factores socioeconómicos que influyen en la asistencia a control periódico del menor de 5 años, se aplicaron 380 encuestas, a madres derechohabientes. La variable dependiente a estudiar fue el control periódico del menor de 5 años, por lo que se comparó con la variable independiente (factores socioeconómicos), encontrándose los siguientes resultados.

TURNO DE ASISTENCIA

En lo que respecta al turno, 192 correspondieron al turno matutino y 188 al vespertino. El que tiene un mayor control a los niños correspondió al turno vespertino en un 42% a diferencia de un 38 % en el matutino. Tabla 1.

TABLA 1			
TURNO	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
MATUTINO	73 38%	119 62%	192
VESPERTINO	79 42%	109 58%	188
TOTAL	152 40%	228 60%	380

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N° 380

EDAD MATERNA

En cuanto a la edad materna, las madres de 30 a 44 años tienen un mayor porcentaje de niños en control periódico con su médico familiar en comparación con las madres más jóvenes.

TABLA 2			
EDAD MADRE	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
15-29 años	89 38%	143 62%	232
30-44 años	63 43%	85 57%	148

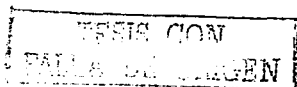
FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N° 380

EDAD DEL MENOR

Al revisar la edad del menor, se encontró que los niños menores de un año no llevan un control periódico adecuado (64%), en comparación con los niños de 1 a 4 años (38%). Tabla 3.

TABLA 3			
EDAD MENOR	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
0-1 año	16 64%	9 36%	25
1-4 años	136 38%	219 62%	355

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N° 380



SEXO DEL MENOR

En cuanto al sexo del menor, no hubo diferencia en el control del niño sano. Tabla 4.

TABLA 4

SEXO	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
MASCULINO	74 40%	112 60%	186 100%
FEMENINO	78 40%	116 60%	194 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N° 380

ESTADO CIVIL DE LA MADRE

En relación al estado civil hubo mayor proporción de madres solteras (65%) que no llevan a los niños a su control periódico, en comparación con las casadas encontrándose un porcentaje menor de inasistencia (59%). Tabla 5.

TABLA 5

ESTADO CIVIL	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
CON PAREJA	126 41%	180 59%	306 100%
SIN PAREJA	26 35%	48 65%	74 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N° 380

ESCOLARIDAD MATERNA

En las madres con menor escolaridad se encontró que acuden a control con sus niños con mayor frecuencia de asistencia con un 45%(80) en comparación con las madres con mayor preparación escolar, el cuál fue del 36%. Tabla 6.

TABLA 6

ESCOLARIDAD	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
HASTA SECUNDARIA	80 45%	99 55%	179 100%
MAJOR DE SECUNDARIA	72 36%	129 64%	201 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N° 380

TRABAJO MATERNO

Se observó que las madres que trabajan fuera de casa tienen un menor porcentaje de niños en control periódico (67%) que las que se dedican al hogar (55%). Tabla 7.

TABLA 7

OCUPACIÓN	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
HOGAR	99 45%	121 55%	220 100%
TRABAJO FUERA DEL HOGAR	53 33%	107 67%	160 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380

HORAS DE TRABAJO

Las madres que trabajan 12 horas o más, tienen un mayor porcentaje de control (48%) que las que laboran de 6-8 horas (31%). Tabla 8.

TABLA 8

JORNADA	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
6-8 HORAS	43 31%	96 69%	139 100%
12 O MAS HRS	10 48%	11 52%	21 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 160

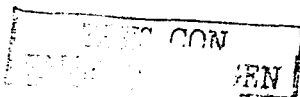
INGRESO MENSUAL

En cuanto al ingreso mensual familiar, se observó una mayor asistencia a control periódico (41%) en quienes perciben de 1-3 salarios mínimos, en comparación con las derechohabientes que tienen un ingreso mensual familiar de 4 o más salarios mínimos (35%). Tabla 9.

TABLA 9

INGRESO MENSUAL	CON TROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
1-3 SUELDOS	139 41%	204 59%	343 100%
4 O MAS SUELDOS	13 35%	24 65%	37 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380



TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

En lo que respecta al tiempo que espera la madre al solicitar atención médica para el menor, se encuentra un mayor porcentaje(51%) de menores que lleva un control periódico si la espera es menos de 30 minutos, observándose un menor porcentaje en quienes esperan mas de 45 minutos (38%). Tabla 10.

TABLA 10

TIEMPO QUE ESPERA	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
15-30 MIN	35 51%	34 49%	69 100%
45-60 MIN	117 38%	194 62%	311 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380

MOTIVO DE CONSULTA

Se encontró un mayor porcentaje en control en los menores que estan sanos (65%), que los traídos por enfermedad (27%). Tabla 11.

TABLA 11

MOTIVO DE CONSULTA	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
CONTROL	80	47	133
NIÑO SANO	65%	35%	100%
ENFERMEDAD	66	181	247
	27%	73%	100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380

ACCESIBILIDAD

Se observaron altos porcentajes de inasistencia (76%) en las madres entrevistadas, si realizan de su domicilio a la unidad mas de 60 minutos. En cuanto a l medio de t transporte e l porcentaje de asistencia a control fue mayor (40%) en los que se trasladaron en transporte particular de su domicilio a la unidad en comparación de los que se trasladaron en transporte público(36%). Tabla 12 y 13.

TABLA 12

TIEMPO EN LLEGAR	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
15-30 MIN	143 42%	200 58%	343 100%
60 MIN O MAS	9 24%	28 76%	37 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380

TABLA 13

MEDIO TRANSPORTE:	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
PARTICULAR	9 36%	16 64%	25 100%
PUBLICO	143 40%	212 60%	355 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380



LACTANCIA MATERNA

De las madres que recibieron información de la lactancia materna llevan mejor control periódico del menor (44%), en comparación con las madres que no la recibieron (13%). Tabla 14.

TABLA 14

INFORMACIÓN LM	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
SI	146 44%	188 66%	334 100%
NO	6 13%	40 87%	46 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380

TIEMPO QUE SE DIO LACTANCIA MATERNA

En las madres que amamantan más de un mes al menor, se encontró un mayor porcentaje (43%) de control periódico al control del niño sano en comparación con los que dieron menos de un mes lactancia materna. Tabla 15.

TABLA 15

CUÁNTO LM	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
1-4 MESES	148 43%	197 57%	345 100%
<1 MES	4 11%	31 89%	35 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380

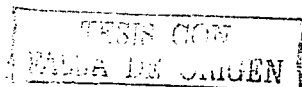
NÚMERO DE HIJOS

Se observó que las madres con un hijo tienen un menor porcentaje (38%) de asistencia periódica en comparación con las que mencionaron tener dos o más hijos(42%). Tabla 16.

TABLA 16

NUM. HIJOS	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO	TOTAL
UN HIJO	58 38%	96 62%	154 100%
2 O MAS HIJOS	94 42%	132 58%	226 100%

FUENTE: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN N: 380



RESULTADOS

ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN

CONTROL PERIÓDICO VS EDAD MENOR

Con la finalidad de valorar el riesgo de los factores socioeconómicos en la asistencia a control periódico, se corroboró que los menores de un año tienen 2.86 mas veces de riesgo, de que no sean traídos a control del niño sano, en relación a los mayores de un año.

	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO
0-1año	16	9
1-4 años	136	219

152 228
 OR = 2.86
 IC 95% = 1.15-7.24
 P=0.01

CONTROL PERIÓDICO VS OCUPACIÓN MATERNA

Las madres que trabajan tienen 65% mas factor de riesgo, para no llevar a control del niño sano al menor con el medico familiar en comparación con las que se dedican al hogar.

	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO
HOGAR	99	121
TRABAJO	53	107

152 228
 OR = 1.65
 IC 95% = 1.06-2.58
 P=0.01

CONTROL PERIÓDICO VS TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Hay 71% mas riesgo de que no un control periódico en los niños por tiempos prolongados de espera para recibir la atención médica.

	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO
30 MINUTOS	35	34
MAS 30 MINUTOS	117	194

152 228
 OR = 1.71
 IC 95% = 0.98-2.98
 P=0.04

TESIS CON
 A DE ORIGEN

CONTROL PERIÓDICO VS MOTIVO DE CONSULTA

Los niños que están enfermos tienen 5 veces mas riesgo para que no sean traídos a control del niño sano.

	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO
CNS ENFERMEDAD	86	47
	66	181
	152	228
	OR= 5.02	
	IC 95%-3.11-8.11	
	P= 0.00	

CONTROL PERIÓDICO VS ACCESIBILIDAD

Hay 2.2 veces más riesgo de que no asistan a control del niño sano, cuando viven a más de 30 minutos de la UMF No. 21.

	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO
MAS 30 MIN. MENOS 30 MIN.	143	200
	9	28
	152	228
	OR =2.2	
	IC 95%- 0.97-5.25	
	P 0.04	

CONTROL PERIÓDICO VS INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA

Es un factor de protección la información de la lactancia materna para que asistan a control del niño sano.

	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO
INF.SI INF.NO	146	188
	6	40
	152	228
	OR =0.19	
	IC 95%- 0.07-0.49	
	P=0.00	

CONTROL PERIÓDICO VS LACTANCIA MATERNA

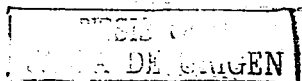
El que se dé lactancia materna es protector, para llevar un control adecuado del niño sano.

	CONTROL PERIÓDICO	SIN CONTROL PERIÓDICO
1-4 MESES <1 MES	148	197
	4	31
	152	228
	OR =0.17	
	IC 95%- 0.05-0.52	
	P=0.00	

TESIS CON
DE ORIGEN

CONCLUSIONES

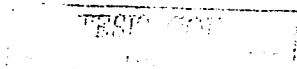
- ✓ En las madres con hijos menores de un año, se observó que tienen más riesgo de que no sean traídos de acuerdo a lo establecido en la norma comparándose con los mayores de un año de edad.
- ✓ Las madres que trabajan fuera de casa, están en más probabilidad de no traer al menor a control del niño sano con su médico familiar.
- ✓ La espera de más de 30 minutos para recibir atención médica para el menor, es un factor de riesgo para un control periódico irregular.
- ✓ Cuando el menor está enfermo hay más riesgo de que no lo traigan a control periódico, en comparación con los niños sanos.
- ✓ En cuanto al tiempo que realizan de su domicilio a la unidad de medicina familiar No. 21, se observó una mayor probabilidad de inasistencia si viven a más de 30 minutos de la unidad.
- ✓ Un factor positivo, fue la información sobre lactancia materna, ya que se vio una mayor asistencia al control del niño, al igual que si se dio seno materno al menor.



SUGERENCIAS

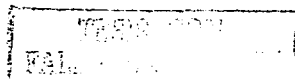
- Organizar y realizar pláticas a las embarazadas y sobre todo aquellas que trabajan fuera de casa, sobre el control del niño menor de cinco años con su médico familiar y con trabajo social, en la UMF No. 21. Además de que se debe de reconquistar a aquellas madres que dejan de asistir periódicamente a través de trabajo social.
- Poner más atención a las embarazadas para dar cita a control del niño sano desde el primer día de vida extrauterina del recién nacido en el hospital y dar seguimiento por trabajo social a los menores que no sean llevados periódicamente.
- Atención en las madres que trabajan desde que están embarazadas, poniendo énfasis en la asistencia a control del niño sano.
- Procurar que se cumpla el indicador de 30 minutos o menos para coadyuvar a que por esta causa de largos tiempos de espera, no se lleve al menor a un control periódico.
- Aprovechar cuándo traen a consulta al menor por enfermedad a la unidad, para dar cita para control del niño sano.
- Promover más en las madres de los menores de 5 años que viven a más de 30 minutos de la unidad, para concientizarlas de traer al menor periódicamente.
- Seguir promoviendo la lactancia materna ya que está se asocia a una asistencia periódica al control del niño sano.
- Es conveniente realizar un estudio, más amplio en el que se analicen las causas por las que no son traídos de manera regular a control del niño sano y sus repercusiones en el estado de salud del menor. Además otro factor que no se analizó en este estudio fue si el padre influye de alguna manera en la asistencia del menor al control.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

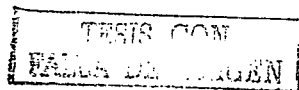


BIBLIOGRAFÍA

1. Durá TT, Gúrpide AN. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. Atención Primaria 2001; marzo;27(4): 244 - 49.
2. Escobar PE, Espinosa HE, Moreira RM. El niño sano. Estrategias y contenidos de la atención primaria de la salud. Manual Moderno 2001: 673-74.
3. Seguí DM. Revisión del niño sano por el médico general / de familia; Semergen 2000; abril; 26(4): 196-218.
4. Lucha integrada contra enfermedades de la infancia: nueva estrategia para mejorar la salud infantil. Revista Panamericana Salud Publica 1998; 4(3):203-07.
5. La Salud en las Américas. La salud del niño. Directivo médico 2002; IX(1): 6-13.
6. Costello A, White H. Reducing global inequalities in child health. Arch dis child 2001; 84: 98-102.
7. Mitch B. The need for and the role of a coordinator in child health surveillance/promotion. Arch dis child 2001; 84: 1-5
8. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. 1993.
9. Gutiérrez G, y col. Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de atención integrada que se otorga en los centros de capacitación. Gaceta Médica de México 2001; 137(1): 21-9.
10. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas 1998; I: 91.
11. Secretaría de Salud. Trabajo femenino, patrones reproductivos y salud en la infancia en tres regiones de México 1993; octubre: 9, 81.
12. Sistema interagencial de las Naciones Unidas. INEGI. Perfil estadístico de la población mexicana: una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género 1995: 101-5, 108-10.
13. Gómez-Dantes, M.C. Editorial. Salud Pública de México 1999; 41(4): 261-62.
14. Domínguez AB y Alonso L J. Acompañantes de los niños a la consulta de pediatría: ¿algo está cambiando? Atención Primaria 1998; 22(7): 445-49.
15. Norma Oficial Mexicana para la atención a la Salud del Niño. Secretaría de Salud. 1999.
16. Ibarra-Montéalegre MT, Gómez-Clavelina F J, Sánchez-Escobar LE. Uso de la Norma Oficial Mexicana para el control médico del niño sano en una clínica del ISSTE, México. Arch Med Fam 2000; 2(2): 47-51.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Técnica de la atención el menor de cinco años, 1998.
18. Martín ZA, Cano PJF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Actividades de prevención y promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. Harcourt 1998; 1: 440.
19. Rubinstein A, Terraza S. Medicina Familiar y Practica Ambulatoria. Control de salud del niño sano. Panamericana. 2001: 311-12.
20. Pirámide poblacional de la UMF No. 21, del 2001.
21. Ley General de Salud, SSA. Título segundo, capítulo 1, Artículo 17. Diario Oficial de la Federación de 1984.
22. Declaración e Helsinki e la Asociación Médica mundial enmendada en la 52ª. Asamblea General en Edimburgo, Escocia, octubre 2000.



ANEXO



**CÉDULA DE INVESTIGACIÓN
FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA A
CONTROL PERIÓDICO DEL MENOR DE 5 AÑOS**

Turno: Matutino ☐ Vespertino ☐

FOLIO.....

Edad de la madre:

Edad del menor:

Sexo: Más. ☐ Fem. ☐

No. Hijos:

1. Mencione su estado civil

☐ Soltera ☐ Casada ☐ Viuda ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Unión libre

2. ¿Su escolaridad es de ?

☐ Sabe leer y escribir ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐
☐ Técnico ☐ Preparatoria ☐ Licenciatura ☐

3. ¿Su ocupación es ?

☐ Hogar ☐ Obrera ☐ Técnica ☐ Profesional
☐ Empleada

4. Si trabaja fuera de casa ¿Cuántas horas labora al día?

☐ 6 hrs. ☐ 8 hrs. ☐ 12 hrs. o más.

5. ¿Su ingreso mensual familiar corresponde aproximadamente a?

☐ 1 salario mínimo \$1,321.10 ☐ 2-3 salarios mínimos \$2,642.20 - \$3,963.30 ☐ mas de 4 salarios mínimos \$5,284.40

6. Cuando acude a la unidad a solicitar atención médica ¿cuanto tiempo espera usted para recibir la atención?

☐ 15 min. ☐ 30 min. ☐ 45 min. ☐ 60 min. y más

7. Usted trae mas frecuentemente a su niño a la unidad de medicina familiar por?

Control de niño sano () Enfermedad () Inmunizaciones () Estomatología ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

8. ¿Cada cuando acudió usted con su hijo a control del niño sano en el último año?

☐ Nunca ☐ 1 vez al año ☐ 2 veces al año ☐ 3 veces al año
4 veces o mas ☐

9. ¿Cuál es el medio de transporte que utiliza para trasladarse de su hogar a la UMF?

Metre () Microbús () Particular () Otros ()

10. ¿Cuánto tiempo hace usted de su domicilio a la unidad de medicina Familiar?

15 minutos () 30 minutos () 60 minutos y más ()

11. ¿Sé le informa a usted a cerca de la lactancia materna?

NO () SI ()

12. ¿Cuanto tiempo dio seno materno exclusivo a su hijo?

<1 mes () 1 mes () 2 meses () 3 meses () 4 meses o más ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN