



UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

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

ISSSTE, PUEBLA.

“MOSAMEF SU APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE PUEBLA EN EL AÑO 2000”

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

DRA. MARIA CECILIA CABRERA TORRES



ISSSTE

PUEBLA, PUEBLA, MEXICO A 19 DE JUNIO DE 2007

“MOSAMEF SU APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE PUEBLA EN EL AÑO

I. S. S. S. T. E. 2000”
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

2 Ponencia No. 1503
DIRECCIÓN



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 MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

ISSSTE, PUEBLA.

"MOSAMEF SU APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE PUEBLA EN EL AÑO 2000"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

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

16 JUN 2007

2 Ponencia de 503
DIRECCIÓN
MARÍA CECILIA CABRERA TORRES

PUEBLA, PUEBLA, MEXICO A 19 DE JUNIO DE 2007

"MOSAMEF SU APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE PUEBLA EN EL AÑO 2000"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA CECILIA CABRERA TORRES

AUTORIZACIONES

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

A Cecilia Pedroza

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

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

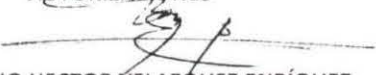
PUEBLA, PUEBLA, MEXICO A 19 DE JUNIO DE 2007

**"MOSAMEF SU APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE PUEBLA EN EL AÑO 2000"**

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

MARIA CECILIA CABRERA TORRES

AUTORIZACIONES


DR. ROGELIO HECTOR VELAZQUEZ ENRÍQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR
ISSSTE, PUEBLA.


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


DR. JOSÉ VILCHIS CASTRO
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.

PUEBLA, PUEBLA, MEXICO A 19 DE JUNIO DE 2007

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**MOOSAMEF SU APLICACIÓN EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE PUEBLA, EN EL AÑO 2000**

ÍNDICE

APLICACIÓN DEL MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE DE PUEBLA, PUE. ZONA III TURNO MATUTINO, 1999

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINA
1. MARCO TEÓRICO	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3 JUSTIFICACIÓN.....	11
4. OBJETIVOS	12
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
5. METODOLOGÍA.....	13
5.1. TIPO DE ESTUDIO	13
5.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	23
5.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	23
5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
5.6. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	26
5.7. VARIABLES A RECOLECTAR.....	26
5.8. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	26
5.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
6. RESULTADOS	30
6.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	30
6.2. CUADROS Y GRÁFICAS	35
7. ANALISIS DE RESULTADOS.....	81
8. DISCUSION	82
9. CONCLUSIONES	83
10. PROPUESTAS	84
11. BIBLIOGRAFÍA	85
11. ANEXOS.....	90

1. MARCO TEÓRICO

El modelo Sistemático de Atención Médica Familiar refiere una relación estrecha entre el buen funcionamiento, equilibrio en el estado físico, y aspectos psicológicos de los individuos para su atención integral por los médicos familiares que a su vez pueden establecer la aplicación de los programas preventivos de promoción a la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, y rehabilitación, lo que condiciona obstáculos para la identificación de problemas y una vez detectada la condicionante problemática: biomédica y psicosocial se establezcan diagnóstico y tratamiento y así se condicione una facilidad de la educación del paciente, a nivel Nacional, Estatal, Local

En 1991, el Departamento de Medicina Familiar integra un programa educacional académico.

En los documentos de las experiencias obtenidas en la aplicación de éstas estrategias son presentadas así como las actividades presentes de la Medicina Familiar.

La forma de estrategia ésta designada por la metodología específica relacionada con la atención primaria de la Medicina Familiar.

La consulta tiene una duración de 45 a 60 minutos y de 20 a

30 pacientes.

La difusión de las estrategias científicas está presente en los resultados del proyecto y de la comunidad profesional con la difusión de la información para una buena práctica clínica

ANTECEDENTES:

El reto de la Medicina Familiar es sin lugar a duda, establecer e identificar las estrategias más eficaces y rentables, para la satisfacción de las necesidades asistenciales para toda la población (1), y asimismo cumplir con las metas de la OMS, "Salud para todos en el año 2000" (2).

Los médicos familiares se conciben como médicos de atención primaria, con una formación de postgrado, que los capacita para satisfacer las necesidades de salud en su mayor parte, en los pacientes de cualquier edad y de la comunidad en la que se encuentren (3).

Con la apertura del Tratado de Libre Comercio, la UNAM y el ISSSTE establecen un Convenio, para que se otorgue la formación académica de los médicos generales del ISSSTE con una supervisión y una evaluación en conjunto y asimismo el reconocimiento universitario de la UNAM como especialista en Medicina Familiar.

Que a través de acciones continuas nos ayuden a establecer la confianza de los derecho habientes, en la atención de la salud y así como en otros países reconozcan en México, al México, al Médico Familiar, y no como un remanente de segunda clase del adiestramiento de especialistas, sino a un especialista igualmente calificado (4).

Se presenta un panorama sobre las relaciones entre pobreza, marginación, y daños a la salud a nivel familiar. El estudio del impacto de la pobreza sobre la salud de las familias es de fundamental importancia para los prestadores de servicios de salud quienes deben considerar al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo, analizando los daños a la salud de las familias, mediante un enfoque multicausal que excluye la posibilidad de centrarse únicamente en la atención de la enfermedad. El fortalecimiento de esta línea de investigación propiciará el desarrollo de nuevos instrumentos de medición, estrategias más eficaces para el cuidado de la salud familiar y la organización más

eficientes de los servicios facilitando tanto la optimización de los recursos disponibles como la planeación y ejecución de actividades preventivas correctoras y limitantes del daño desde el ámbito del primer nivel de atención (5).

El conocimiento de la información obtenida mediante el estudio de la marginación y la pobreza y sus relaciones con los daños a la salud, puede proporcionar elementos para establecer estrategias de solución a problemas que requieren de una precisa identificación de la magnitud de sus componentes, así como los recursos familiares y extra familiares que pueden servir de apoyo para enfrentarlos (6).

El nivel de salud de las familias se ve afectado en relación con su grado de marginación y pobreza, reflejándose en indicadores como la morbilidad, mortalidad, fecundidad, educación y condiciones de la vivienda e ingreso económico (7).

En la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986 (8), se concluyó que la Salud es la fuente de la riqueza de las Naciones, identificando como elementos que la sustentan: Educación, Ingreso, Vivienda, Alimentación y un Ecosistema estable en una Sociedad con equidad, justicia y paz (9).

El otorgamiento de los servicios de Salud en nuestro medio ha centrado su atención en el manejo de la problemática, desde una perspectiva predominantemente biológica. La conceptualización actual del proceso salud– enfermedad (PSE) desde el nivel molecular hasta el macroambiente, ha generado la necesidad de visualizar al PSE considerando la intervención de múltiples factores sociales. De esta manera, el estudio de los elementos sociales presentes en el dinámico desarrollo de eventos que favorecen o limitan la enfermedad o la salud (10).

La evaluación de la familia se basa en la Teoría Sistémica (11).

Con base en esta Teoría, la Familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etcétera) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos.

El efecto que produce la enfermedad sobre algunos miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar estos eventos ha llamado la atención de los investigadores.

No obstante, los métodos e instrumentos que se utilizan en forma observacional, proveen solamente una visión externa del fenómeno (12).

En general se han definido tres posibilidades para la aplicación de este método: La entrevista, las escalas de evaluación Clínica y los Esquemas de Codificación. Estos procedimientos han demostrado su utilidad en manos de expertos terapeutas (13).

La familia es la unidad básica de 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 (14).

Una de las explicaciones sobre la etimología del termino familia, es propuesta por el Marqués de Morante como proveniente de la palabra latina **famulus**, que significa sirviente o esclavo doméstico.

Aunque el término se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico.

Por otra parte la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo

desarrollo cultural.

Aún cuando la forma de la familia varia en las diversas sociedades, toda la sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

Existen hipótesis etimológicas del origen de la palabra familia para lo cual se mencionara a cada autor con su concepto etimológico:

TAPARELLI:” La palabra familia deriva del latín **fames** ya que es un a de las necesidades que resuelve ésta asociación humana”

MARQUÉS DE MORANTE: “La palabra familia deriva de **famulus**(siervo), a su vez del primitivo **famul**, originado de la voz hosca **famel** que significa esclavo”.

MENDIZÁBAL: “El origen de la familia deriva de **fames** (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre”.

RODRIGUEZ DE ZEPEDA: “Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural”.

TRENDELENBURG: “Existen en la familia tres sociedades unidas; la conyugal y la filial”.

ANÓNIMO DEL SIGLO XIII: “Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella”.

FERNÁNDEZ DE MORATIN: “Conjunto de ascendientes, descendientes ; colaterales y afines de un linaje”.

GÓNGORA: “Cuerpo de una orden ó religión ó parte

considerable de ella”.

ALARCÓN: “Gente que el señor sustenta dentro de su casa”.

DEFINICION DEL CONCEPTO DE FAMILIA de la OMS del Documento “M” Número 44 :

“EL CONJUNTO DE MIEMBROS DEL HOGAR EMPARENTADOS ENTRE SI, HASTA UN GRADO DETERMINADO POR SANGRE, ADOPCION O MATRIMONIO”

Al estudiar las transformaciones en las décadas y su repercusión en las funciones sociales de la familia, se distinguen dos periodos; en el primero, los cambios son derivados de las grandes tendencias sociales y demográficas, propias del desarrollo social del país, sobre todo durante los años sesentas y setentas. El segundo periodo se refiere a las transformaciones familiares generadas por las crisis– económica y los programas de ajuste y reestructuración de la economía, este periodo se dice que es más nocivo a la estructura familiar porque durante la transformación se pueden presentar conflictos y situaciones difíciles en la dinámica familiar, mientras que el primero da cambios graduales en la familia sin alterar de manera brusca la dinámica familiar (14).

El conocimiento de las funciones de la familia son de utilidad para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familiar (14).

Dentro de las funciones de la familia se encuentran la socialización, la cual consiste en transformar a una persona dependiente de sus padres a un individuo autónomo e independiente 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 la necesidad de dar y recibir este sentimiento y la reproducción se debe utilizar con responsabilidad (14).

La familia como grupo humano pasa por varias fases: La Fase de Matrimonio que es cuando se casan las parejas y terminan con la llegada del primer hijo; la Fase de Expansión es cuando se incorporan nuevos miembros de la familia, la fase de dispersión es cuando todos los hijos asisten a las escuelas, pero ninguno trabaja, la fase de Independencia es cuando los hijos han formado nuevas familias y la pareja debe aprender

a vivir nuevamente sola, la fase de retiro y muerte se caracteriza por la incertidumbre y nostalgia, no son económicamente activos y hay agotamiento de sus recursos (15).

A pesar de que México se puede considerar un país de estabilidad alta en las últimas décadas se ha podido observar un aumento en las probabilidades de divorcio y de separación durante los primeros 10 años de unión, principalmente en las parejas jóvenes, las causas son muchas, de las cuales podemos mencionar, la persistencia de uniones consensuales en la formación de un importante número de familias, el aumento de los niveles educativos de la población femenina y con ello una mayor participación social, la continuidad de los procesos de urbanización e industrialización del país, que lleve implícita una mayor secularización de los valores y los patrones que rigen la conducta marital de las parejas así como la mayor inestabilidad en las uniones maritales, debido a que las parejas se enfrentan a presiones de mayor estrés y desavenencia conyugal, por efecto directo o indirecto de una situación económica más difícil en una época de crisis y de reestructuración de la base económica y de los servicios sociales (15).

Para comprender mejor a las familias se debe considerar su estructura y su función. Se llama familia a una mujer y a un hombre casados con o sin hijos y con o sin padres vivos (15).

A la pareja y a los hijos se les conoce como familia nuclear si se incluyen a los padres de la pareja se le llama familia extensa (15).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aplicación de las técnicas en Medicina Familiar inician en 1970 con la introducción de los primeros cursos de especialización de ésta disciplina, en el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, la primera generación de éstos especialistas se gradúa en 1974, y la Universidad Autónoma de México otorga el reconocimiento de ésta especialidad en 1975. De las actividades del departamento de Medicina Familiar (DMF) y la primera América Latina, quien da a la organización de los programas académicos de ésta especialidad médica y que en 1980 junto con el Instituto de Servicios y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaria de Salubridad y Asistencia (SSA) supervisa los cursos de especialización en Medicina Familiar aplicadas en éstas dos instituciones. El Departamento de Medicina familiar a lo largo de los años incluye programas de éstos aspectos de la práctica clínica, que tienen relación con los problemas más frecuentes en la población de México, incorporando aspectos relacionados, con técnicas de investigación y administración de los servicios públicos, psicología, médica y psiquiatría, desde 1994, éste programa ha adquirido un carácter nacional.

3. JUSTIFICACIÓN

Se propone la ejecución de esta investigación con el propósito de identificar factores que inciden en la esfera familiar y su repercusión en el proceso salud–enfermedad, lo cual se manifestará en un mejor uso de los recursos y en una mejora sustancial de la calidad de la atención médica. La metodología del MOSAMEF aplicada en el presente estudio implementará programas adecuados que puedan ser aplicados para un diagnóstico clínicos y un manejo adecuado en las patologías crónico degenerativas.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL:

- Aplicar el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en la Zona 3 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla en el año de 2006.

4.2. ESPECÍFICOS:

- 4.2.1. Identificar las características de las razones atendidas en la zona 3 de la Unidad de Medicina Familiar del Turno Matutino como un primer paso en la planeación de los servicios de atención a la salud.
- 4.2.2. Realizar un censo poblacional en la población atendida en la Zona 3 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla durante el año de 2006.
- 4.2.3. Realizar el estudio sistemático familiar.
- 4.2.4. Analizar los motivos de consulta con otras variables psicosociales y familiares.
- 4.2.5. Mejorar la calidad de la atención médica.
- 4.2.6. Proponer estrategias preventivas que permitan la disminución de los costos de la atención médica en la Zona 3 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo y observacional:

- Censo poblacional.
- Estudio de comunidad.
- Identificación de las causas de consulta.

El siguiente estudio correspondiendo a la metodología de la investigación es descriptivo y observacional basado en los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL.

Y la 52^a. Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

Las mencionadas con anterioridad del 2004 actualmente corresponden sólo a datos históricos, la vigente es la de la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

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

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mí paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición física y mental del paciente”.

El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas y éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el conocimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben reconocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal ó jurídico disminuya ó elimine cualquier duda de protección para los seres humanos establecida en ésta Declaración.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACION MEDICA.

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

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como

en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

C.PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA..

El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico ó terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, ó ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos ó terapéuticos probados. A fin de aclarar más la posición de la AMM sobre el uso de ensayos controlados con placebo, la AMM publicó en octubre de 2001 una nota de clarificación del párrafo 29 disponible en ésta página.

Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen la relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

Cuando en la atención de un enfermo los métodos preventivos,

diagnósticos ó terapéuticos probados han resultado ineficaces o no existen, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos ó no comprobados, sí, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de ésta Declaración.

5.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Está constituido por los expedientes clínicos de las familias atendidas en la Unidad Médica Familiar zona 3 del ISSSTE, Puebla durante el año de 2000.

5.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Está conformada por 150 familias, las cuales fueron seleccionadas mediante muestreo de tipo determinístico.

5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

5.4.1. INCLUSIÓN:

- Sujetos de cualquier género.
- De cualquier edad.
- Población usuaria asignada a la Zona 3 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla.
- Por cualquier diagnóstico.
- Atendida en el periodo de estudio.
- Expedientes completos.

5.4.2. EXCLUSIÓN:

- Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio.
- Con vigencia vencida.
- Hayan cambiado de domicilio.

5.4.3. ELIMINACIÓN:

- Expedientes clínicos incompletos.
- Encuestas incompletas.

5.5. VARIABLES A RECOLECTAR: IDENTIFICACION DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS DE LA COMUNIDAD.

ESTRATEGIA: Censo poblacional

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Edad	Cuantitativa, Discreta	Intervalo	Años
Género	Cualitativa	Nominal	Masculino/Femenino

5.5. VARIABLES A RECOLECTAR:

ESTRATEGIA: Estudio de Comunidad

Nombre	Tipo	Escala	Medición
--------	------	--------	----------

Nombre de la familia	Cualitativa	Nominal	Nombre
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre
Años de unión conyugal	Cuantitativa discreta	Intervalo	Número de años

5.5. VARIABLES A RECOLECTAR:

ESTRATEGIA: Estudio de Comunidad

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria, secundaria, bachillerato, técnica, universidad, otras
Edad paterna	Cuantitativa	Intervalo	Años
Edad materna	Cuantitativa	Intervalo	Años
Número de hijos			
≤ 10 años	Cuantitativa	Intervalo	Total de hijos
11 a 19 años	Cuantitativa	Intervalo	Total de hijos
20 o más	Cuantitativa	Intervalo	Total de hijos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ocupación
Ingreso económico	Cuantitativa	Ordinal	≤ 1 salario mínimo

			1 a 2 salarios mínimos 3 ó más salarios mínimos
Tipo de familia			
Desarrollo	Cualitativa	Nominal	Moderna, tradicional
Demografía	Cualitativa	Nominal	Urbana, semiurbana
Composición	Cualitativa	Nominal	Nuclear, extensa, compuesta

5.5. VARIABLES A RECOLECTAR:

ESTRATEGIA: Estudio de Comunidad

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Etapa del ciclo vital familiar	Cualitativa	Nominal	Expansión, dispersión, independencia, retiro
Personas que duermen por habitación	Cuantitativa	Numérica discreta	Número de personas

Identificación de las causas de consulta

> 10 primeros motivos de consulta

Por grupos de edad y sexo nominal

causa de diagnóstico)

5.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

La información será recabada en la cédula de recolección de datos (Ver anexo).

5.7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

5.7.1. RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN:

No se considera que represente algún riesgo para la salud.

5.7.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

No es necesario.

PIRÁMIDE POBLACIONAL UMF
ISSSTE, PUEBLA, 2000
(n = 68,623)

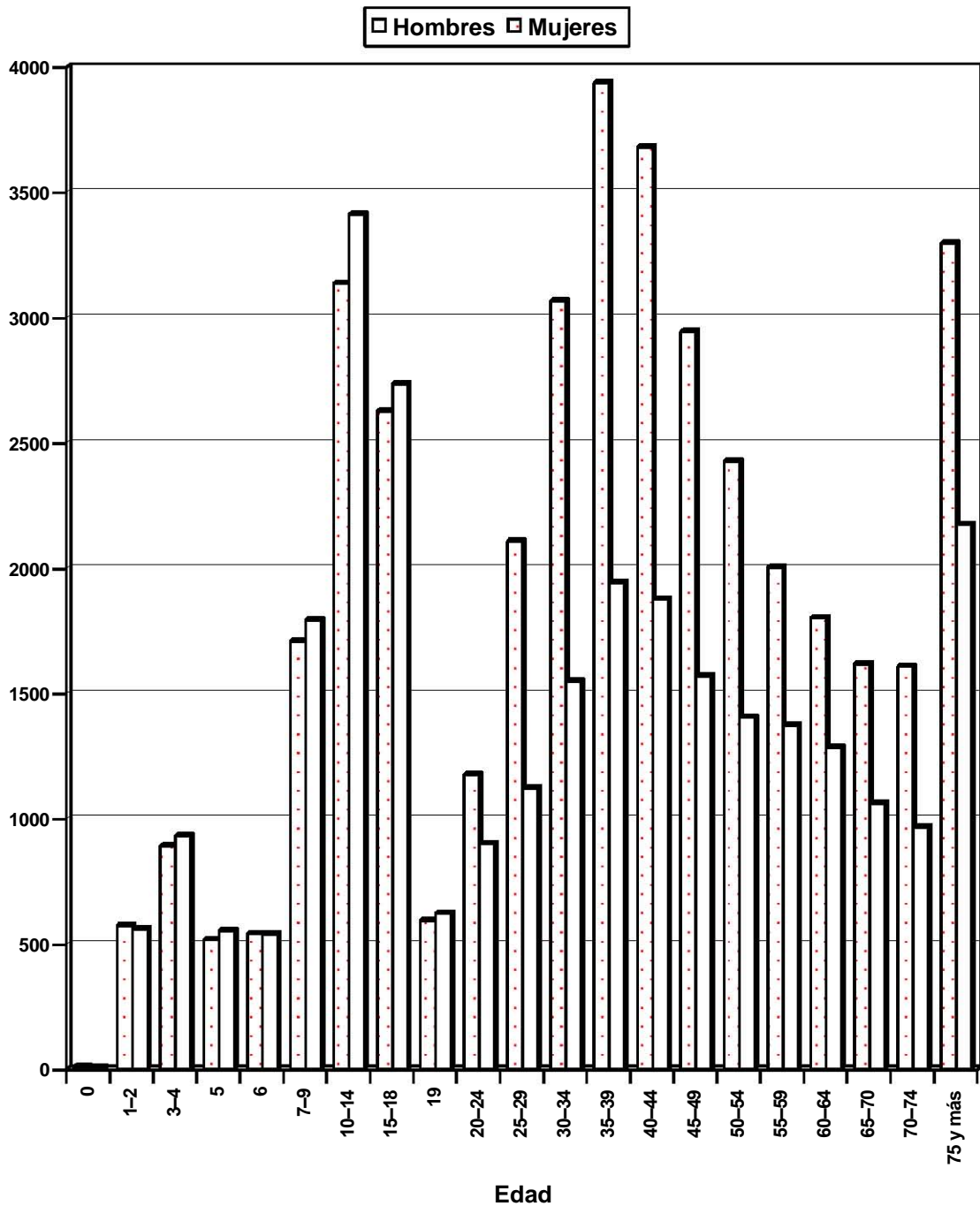
Grupos de Edad	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos
0	8	0.03	10	0.03	18
1-2	560	1.97	573	1.44	1133
3-4	932	3.28	891	2.24	1823
5	554	1.95	516	1.30	1070
6	540	1.90	541	1.36	1081
7-9	1794	6.32	1707	4.30	3501
10-14	3412	12.02	3136	7.90	6548
15-18	2736	9.64	2626	6.61	5362
19	622	2.19	594	1.50	1216
20-24	900	3.17	1174	2.96	2074
25-29	1122	3.95	2107	5.31	3229
30-34	1548	5.46	3065	7.73	4613
35-39	1942	6.84	3937	9.92	5879
40-44	1876	6.61	3680	9.27	5556
45-49	1567	5.52	2943	7.41	4510
50-54	1404	4.95	2425	6.11	3829
55-59	1372	4.84	2002	5.04	3374
60-64	1284	4.52	1801	5.54	3085
65-70	1062	7.71	1617	4.07	2679
70-74	967	3.41	1607	5.05	2574
75 y más	2174	7.66	3295	8.03	5469
TOTAL:	28376	100	40247	101	68623

FUENTE: Ficha de identificación familia

PIRÁMIDE POBLACIONAL UMF

ISSSTE, PUEBLA, 2000

(n = 68,623)



FUENTE: Ficha de identificación familia.

6. RESULTADOS

FASE I: CENSO POBLACIONAL:

De acuerdo a los reportes obtenidos en la Oficina de Informática y Estadística del ISSSTE, Puebla, de la población derechohabiente adscrita a la Zona 3 de la Unidad Médica Familiar 2102110100 de la cual se registraron 8695 consultas de los meses de enero a junio del 2000 de usuarios, de los cuales 2926 (33.6%) fueron del género masculino y 5769 (66.3%) del femenino.

La distribución por edad y género se presenta en la pirámide poblacional (Cuadro I y en la Gráfica I).

En el Cuadro y Gráfica II se presenta la distribución del número de consultas por meses del año.

Se hace mención que los datos provienen del registro diario del médico del formato SM10, por lo tanto la distribución de los grupos de edad lleva otros intervalos, predominando en ambos géneros el grupo de 20 a 44 años en donde existe el 3173 (38.18%) de la población total.

En cuanto al número de consultas que destaca el mes donde se presentó mayor demanda de atención fue en marzo con 1721 (19.7%) consultas de un total de 8695 se presenta la distribución por mes y de acuerdo así fue de primera vez o subsecuente registrando 8695 consultas.

Por el tipo de derechohabiente se presenta en el Cuadro III y la Gráfica III donde sobresalen en el rubro de los trabajadores con 5437 (62.5%) casos.

FASE II: DIAGNÓSTICO FAMILIAR:

Se aplicó una encuesta de tipo descriptivo a 150 familias derechohabientes que acudieron a consulta de la Unidad Médica Familiar, encontramos que el estado civil de los encuestados fue de la mayoría 140 (93.3%) casados y en unión libre 10 (6.6%) como se muestra en el Cuadro y Gráfica IV.

De acuerdo a los años de vida conyugal encontramos el porcentaje más alto en el grupo de 10 a 14 años con 25 (16.3%) y el de menos de un año con 2 casos (1.3%) y de 55 a 59 años con 2 casos (1.3%) en el Cuadro y Gráfica V.

En cuanto a la edad de los padres de familia entrevistados se encontró una $X = 12.519$ ó 0.08346% y la distribución por edad se presenta en el Cuadro y Gráfica VI.

La edad materna mostró una $X = 12.444$ ó 0.08296% y la distribución por edad se presenta en el Cuadro y Gráfica VII.

El género de los encuestados se presenta en el Cuadro y Gráfica VIII, donde se aprecia un predominio del sexo masculino versus femenino con 98 casos (65.3%) y 52 casos (34.6%) respectivamente.

En relación con la escolaridad tal como se observa en el Cuadro y Gráfica IX, se aprecia un marcado predominio en Licenciatura (Universidad) con 67 (44.66%) casos, y se encontró 2 casos (1.33%) que no saben leer ni escribir.

La distribución por grupos etarios se observa en el Cuadro y Gráfica X, donde se indica que el intervalo más socorrido fue el de 50 a más años con 38.6%.

El número de hijos de las familias a las que se les aplicó la encuesta fue de 425, distribuidos de hasta 10 años con 84 casos (17.76%); de 11 a 19 años con 93 (21.88%), de 20 años o más con 248

(58.35%) esto se puede ver en el Cuadro y Gráfica XI.

El Cuadro y Gráfica XII indica el tipo de familia de acuerdo a su desarrollo, sobresaliendo la moderna con 79 (52.6%) casos.

De acuerdo a su composición Cuadro XIII la mayor parte es de tipo nuclear con 113 (75.3%) posteriormente la extensa con 32 casos (21.3%).

En cuanto a su demografía es urbana con 135 (90%) y semiurbana con 15 (10%) casos, se muestra en el Cuadro y Gráfica XIV.

En 88 (58.6%) casos el ingreso en número de salarios fue de 3 o más y se reporta en el Cuadro y Gráfica XV.

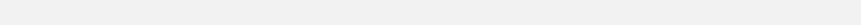
Los profesionistas predominaron en la ocupación con 57 (38%) casos, siguiendo la de pensionado con 40 (26.6%) casos, en el Cuadro y Gráfica XVI se presenta la distribución.

En la ocupación materna sobresalió también el de profesionista con 47 (31.3%) y en el hogar con 68 (45.3%) con el segundo lugar, en el Cuadro y Gráfica XVII se muestra su distribución.

Las etapas del ciclo vital en el que se encuentran las familias se presenta en el Cuadro y Gráfica XVII, donde se aprecia que la etapa de dispersión es la de mayor frecuencia con 60 (40%) casos y con 30 (20%) casos la etapa de retiro.

FASE III: IDENTIFICACIÓN DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA:

En cuanto a la morbilidad se acudió al Departamento de Informática donde se solicitó las hojas de consulta diaria del médico de enero a junio del año 2000 encontrando a las infecciones respiratorias agudas como la primera causa con 3629 (43.6%) consultas. En el Cuadro y Gráfica XIX



se resumen las 10 principales causas y su frecuencia.

El Cuadro y Gráfica XX indica la distribución de las 10 principales causas de consulta y si son de primera vez o subsecuentes.

La distribución de morbilidad más frecuente se encuentra distribuida por edad y género y se presenta en el Cuadro y Gráfica XXI.

La vigilancia de enfermedades crónico–degenerativas en cuanto a su preocupación y control se realizó en 1686 pacientes (100%) cuya distribución de acuerdo al programa y al género se resumen en el Cuadro y Gráfica XXII.

CUADRO I
DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL
DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA ZONA 3 DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 2000
(n = 8,695)

Grupos de edad	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
0–27 días	1	0.012	0	0	1	0.012
28–364 días	18	0.216	12	0.14	30	0.36
1–4 años	236	2.83	78	0.93	314	3.77
5–14 años	355	4.27	526	6.32	881	10.60
15–18 años	256	3.08	129	1.55	385	4.63
19 años	46	0.55	9	0.10	55	0.66
20–44 años	2726	32.80	447	5.37	3173	83.28
45–64 años	670	8.06	1722	20.72	2392	28.79
65 y más	256	3.08	823	9.90	1079	12.98
TOTAL:	4564	54.92	3746	45.07	8310	100

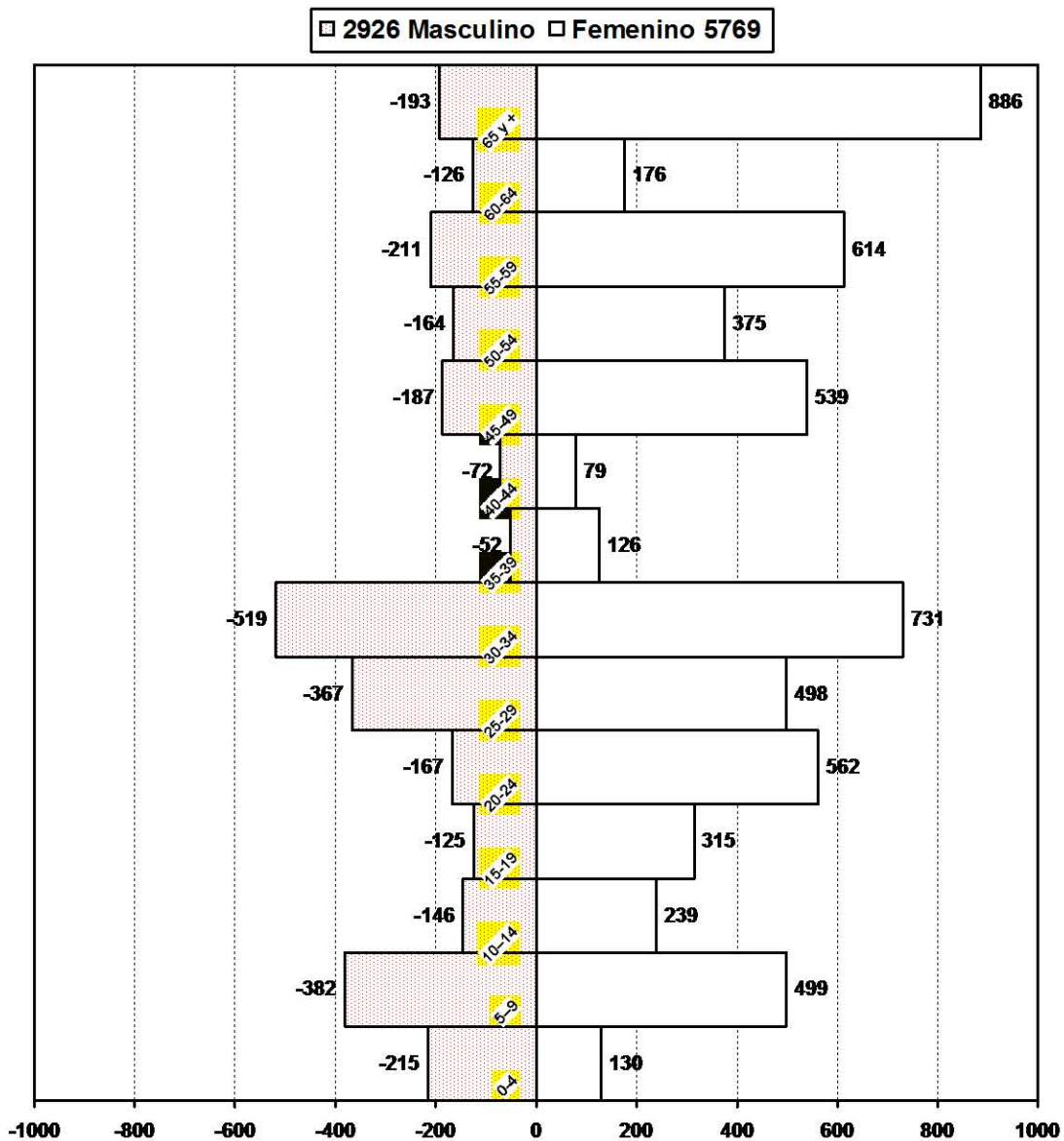
FUENTE: Formato de registro diario de consulta
Departamento de estadística e informática
ISSSTE, Puebla, 2000.

GRÁFICA I

PIRÁMIDE POBLACIONAL

DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA ZONA 3 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 2000

(n = 8,695)



FUENTE: Formato de registro diario de consulta
 Departamento de estadística e informática
 ISSSTE, Puebla, 2000.

CUADRO II

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS POR MESES DEL AÑO 2000 EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE, PUEBLA

(n = 8,695)

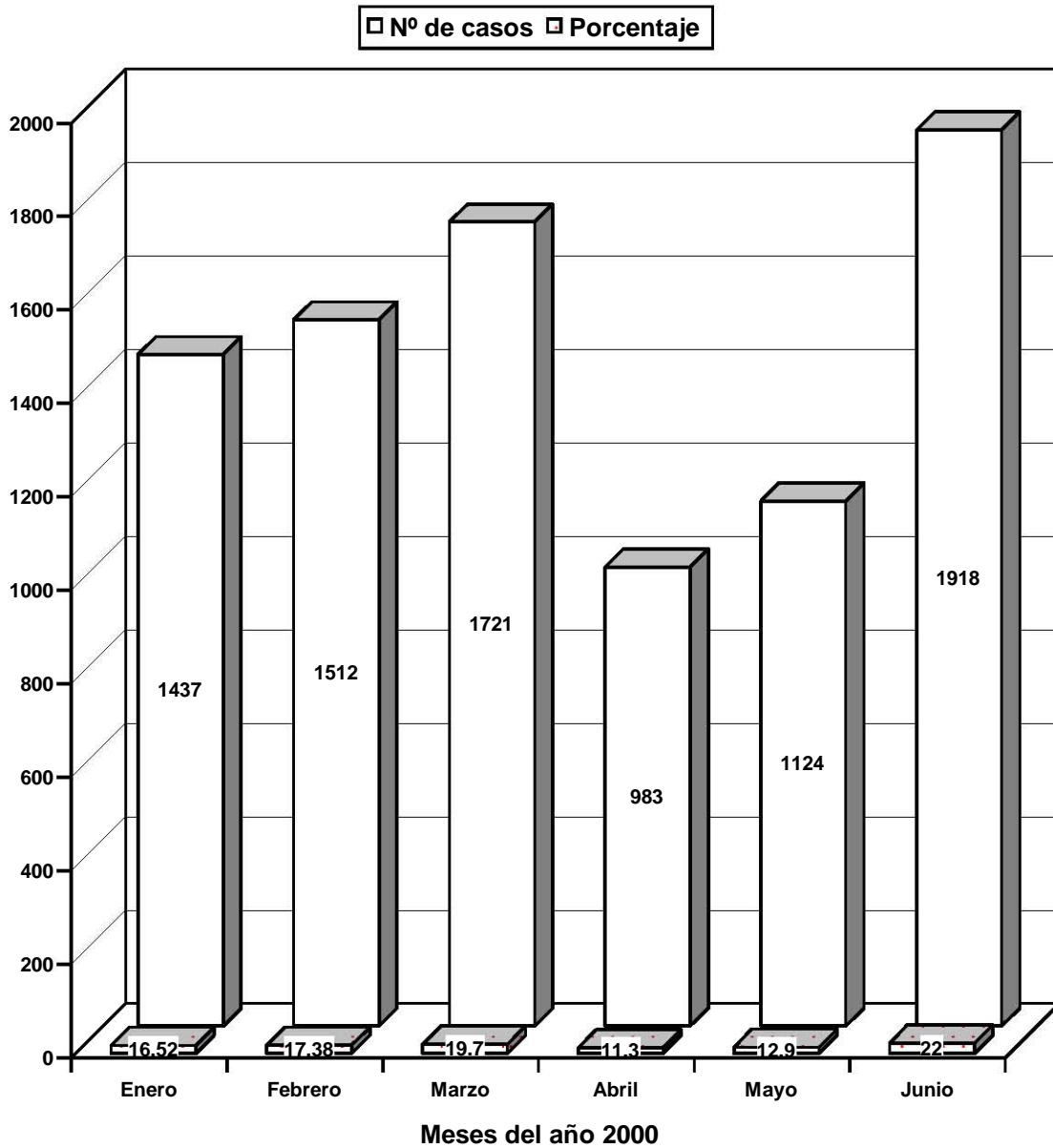
Mes del año	Nº casos	Porcentaje
Enero	1437	16.52
Febrero	1512	17.38
Marzo	1721	19.7
Abril	983	11.3
Mayo	1124	12.9
Junio	1918	22
TOTAL:	8695	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA II

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS POR MESES DEL AÑO 2000 EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE. PUEBLA

(n = 8,695)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO II'

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EN RELACIÓN AL MES Y SI ES DE PRIMERA VEZ EL PACIENTE O SUBSECUENTE EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE. PUEBLA, 2000

(n = 8,695)

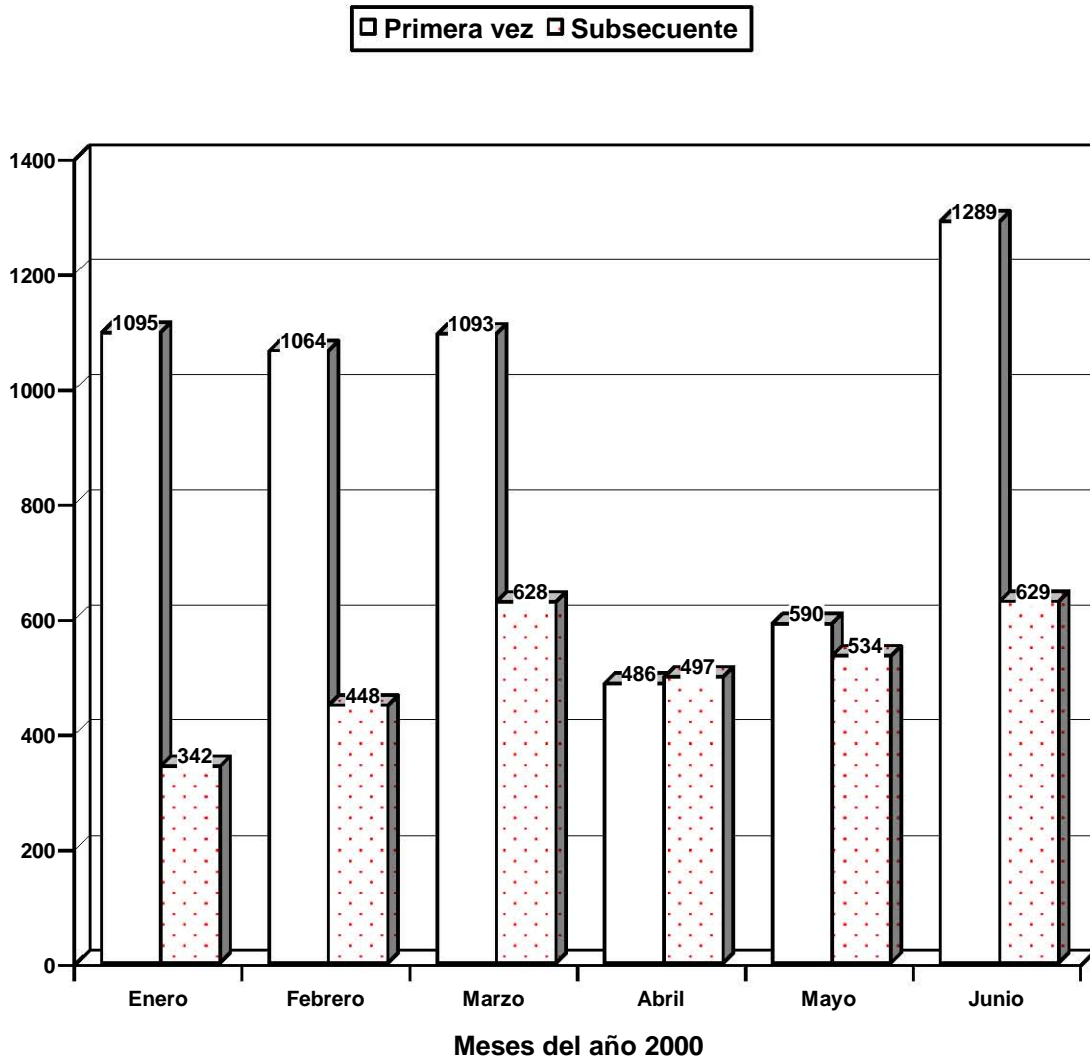
Mes del año	Primera vez		Subsecuente		Total	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Enero	1095	12.5	342	3.9	1437	16.5
Febrero	1064	12.2	448	5.1	1512	17.3
Marzo	1093	12.5	628	7.2	1721	19.7
Abril	486	5.5	497	5.7	983	11.3
Mayo	590	6.7	534	6.1	1124	12.9
Junio	1289	14.8	629	7.2	1918	22
TOTAL:	5617	64.6	3078	35.3	8695	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.
Formato SM10 de la UMF Zona 3, ISSSTE, Puebla
Enero–Junio 2000

GRÁFICA II'

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EN RELACIÓN AL MES Y SI ES DE PRIMERA VEZ EL PACIENTE O SUBSECUENTE EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE. PUEBLA, 2000

(n = 8,695)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.
Formato SM10 de la UMF Zona 3, ISSSTE, Puebla
Enero–Junio 2000

CUADRO III

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 2102110100, ZONA 3, ISSSTE, PUEBLA

(n = 8695)

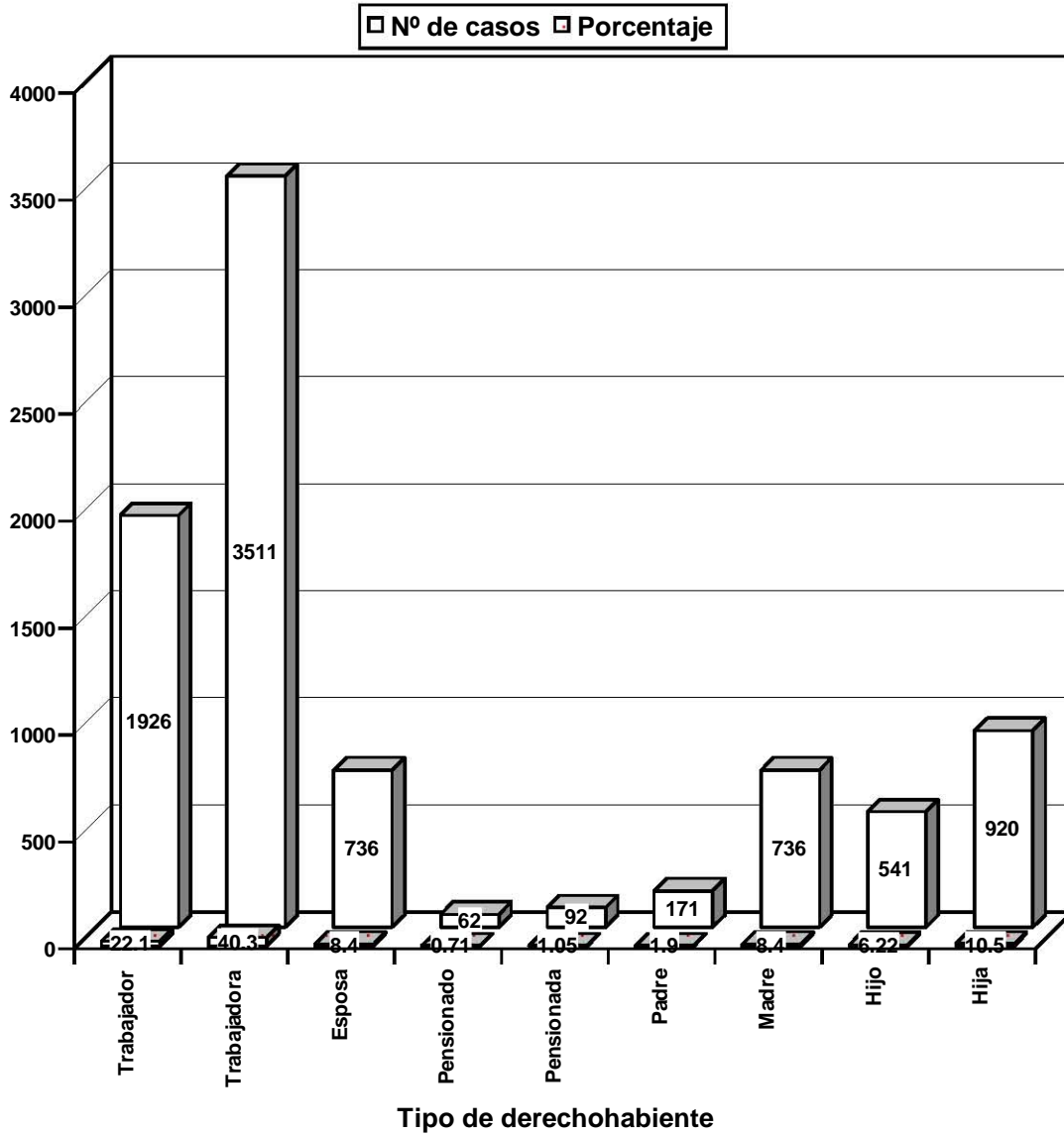
Derechohabiente	Nº de casos	Porcentaje
Trabajador	1926	22.1
Trabajadora	3511	40.3
Esposa	736	8.4
Pensionado	62	0.71
Pensionada	92	1.05
Padre	171	1.9
Madre	736	8.4
Hijo	541	6.22
Hija	920	10.5
TOTAL:	8695	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.
Formato SM10 de la UMF Zona 3, ISSSTE, Puebla
Enero–Junio 2000

GRÁFICA III

DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE DERECHOHABIENTES EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 2102110100, ZONA 3, ISSSTE, PUEBLA

(n = 8695)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.
 Formato SM10 de la UMF Zona 3, ISSSTE, Puebla
 Enero–Junio 2000

CUADRO IV

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

(n = 150)

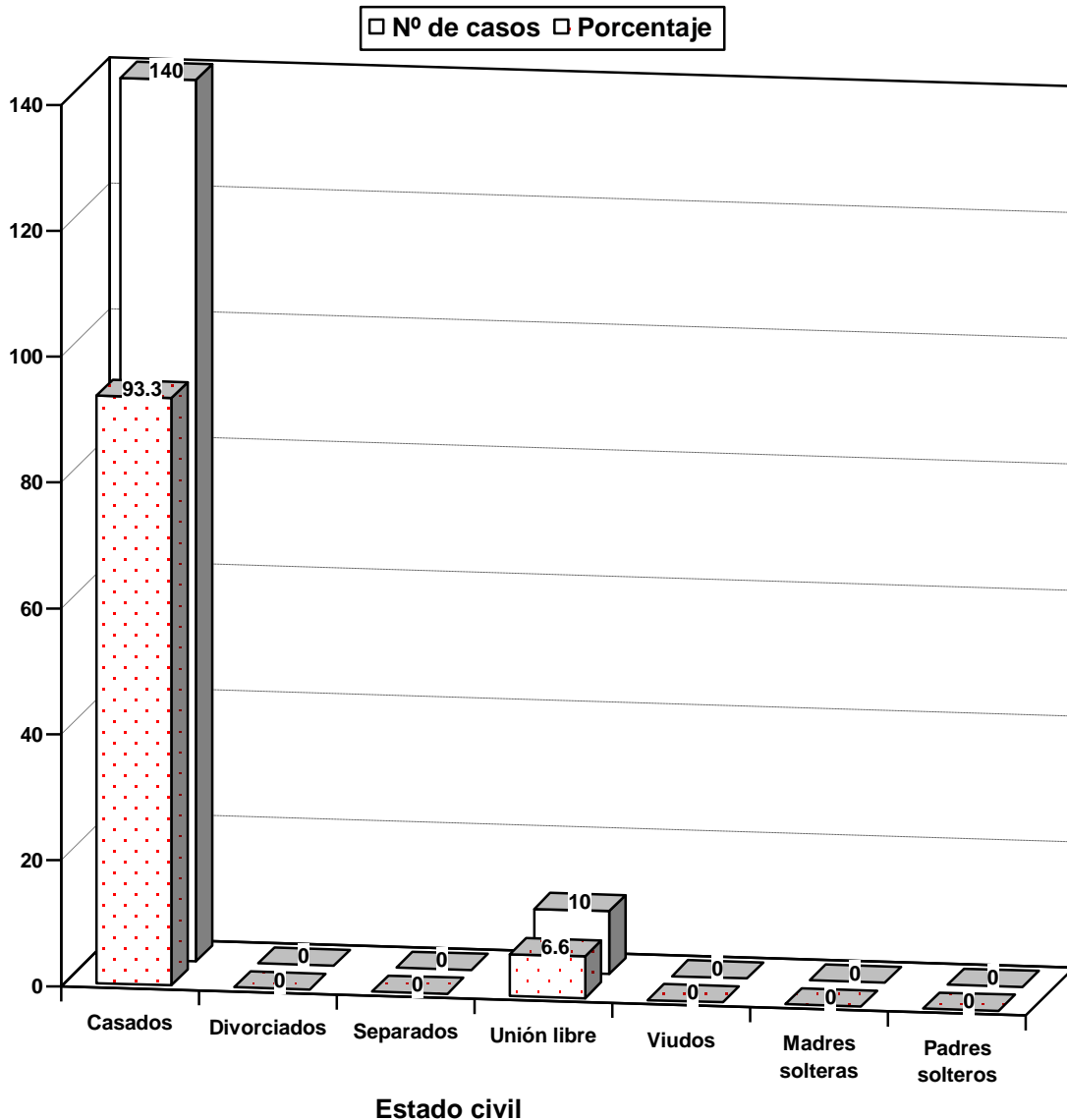
Estado civil	Nº de casos	Porcentaje
Casados	140	93.3
Divorciados	0	0
Separados	0	0
Unión libre	10	6.6
Viudos	0	0
Madres solteras	0	0
Padres solteros	0	0
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acudió a los consultorios de la Zona 3, de la UMF 2102110100, en el periodo de Enero–Junio 2000.

GRÁFICA IV

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

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acudió a los consultorios de la Zona 3, de la UMF 2102110100, en el periodo de Enero–Junio 2000.

CUADRO V

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS DE LAS FAMILIAR ESTUDIADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 2000

(n = 150)

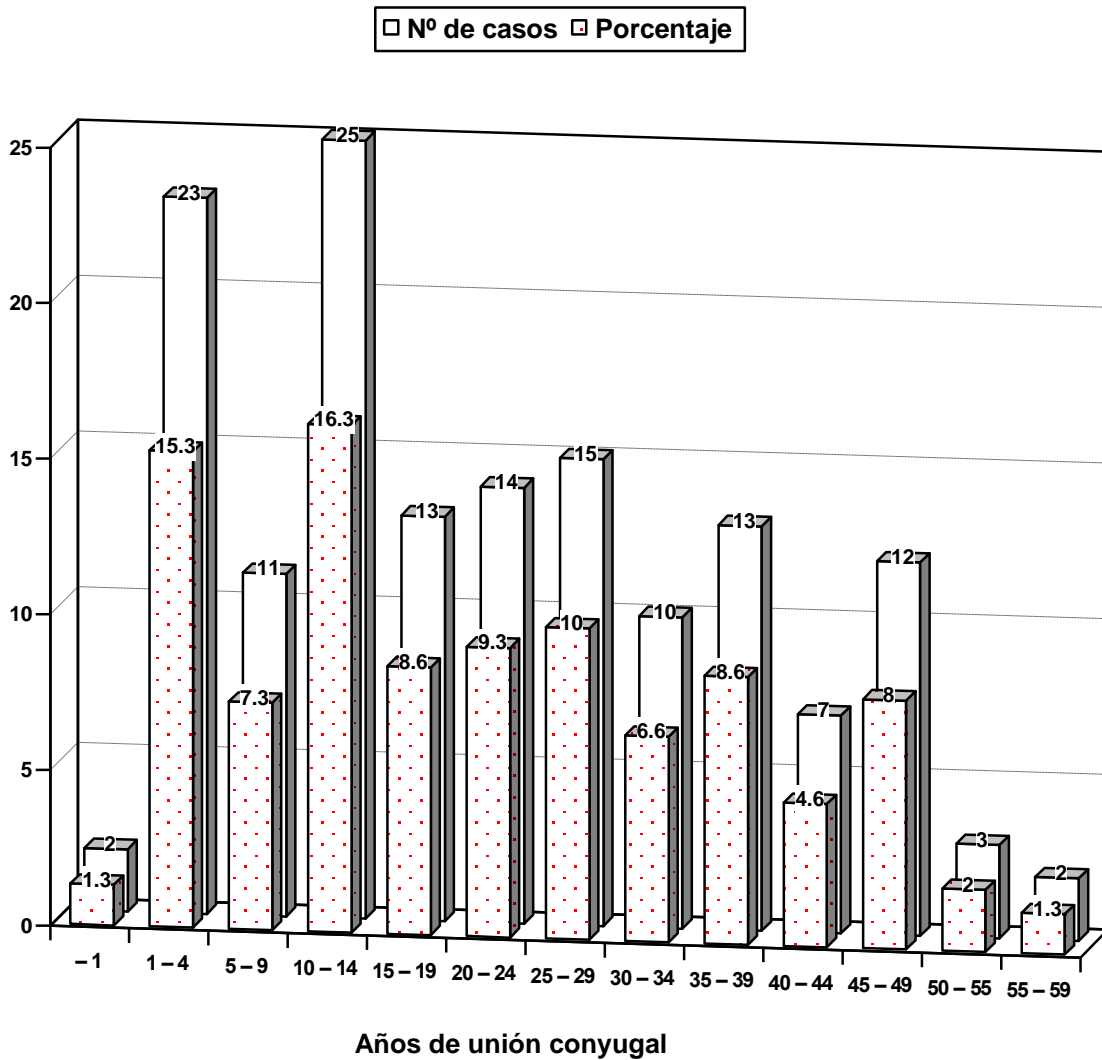
Años de unión conyugal	Nº de casos	Porcentaje
- 1	2	1.3
1 - 4	23	15.3
5 - 9	11	7.3
10 - 14	25	16.3
15 - 19	13	8.6
20 - 24	14	9.3
25 - 29	15	10
30 - 34	10	6.6
35 - 39	13	8.6
40 - 44	7	4.6
45 - 49	12	8
50 - 55	3	2
55 - 59	2	1.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acudió a los consultorios de la Zona 3, de la UMF 2102110100, en el periodo de Enero-Junio 2000.

GRÁFICA V

AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS DE LAS FAMILIAR ESTUDIADAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 2000

(n = 150)



FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acudió a los consultorios de la Zona 3, de la UMF 2102110100, en el periodo de Enero-Junio 2000.

CUADRO VI

EDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR, ISSSTE. PUEBLA, 2000

(n = 150)

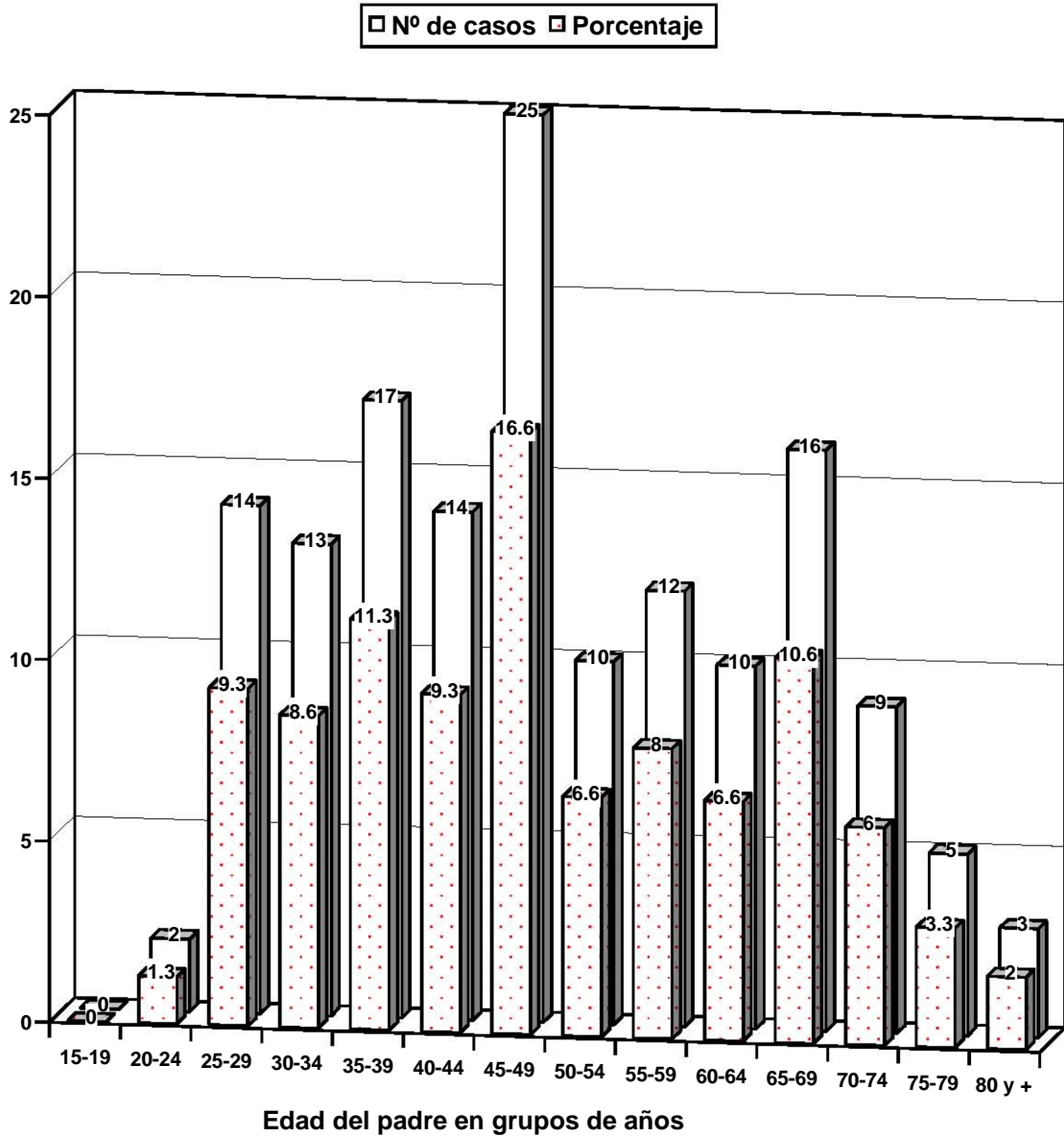
Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
15 a 19	0	0
20 a 24	2	1.3
25 a 29	14	9.3
30 a 34	13	8.6
35 a 39	17	11.3
40 a 44	14	9.3
45 a 49	25	16.6
50 a 54	10	6.6
55 a 59	12	8
60 a 64	10	6.6
65 a 69	16	10.6
70 a 74	9	6
75 a 79	5	3.3
80 y +	3	2
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA VI

EDAD DEL PADRE DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR, ISSSTE. PUEBLA, 2000

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO VII

EDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR, ISSSTE. PUEBLA, 2000

(n = 150)

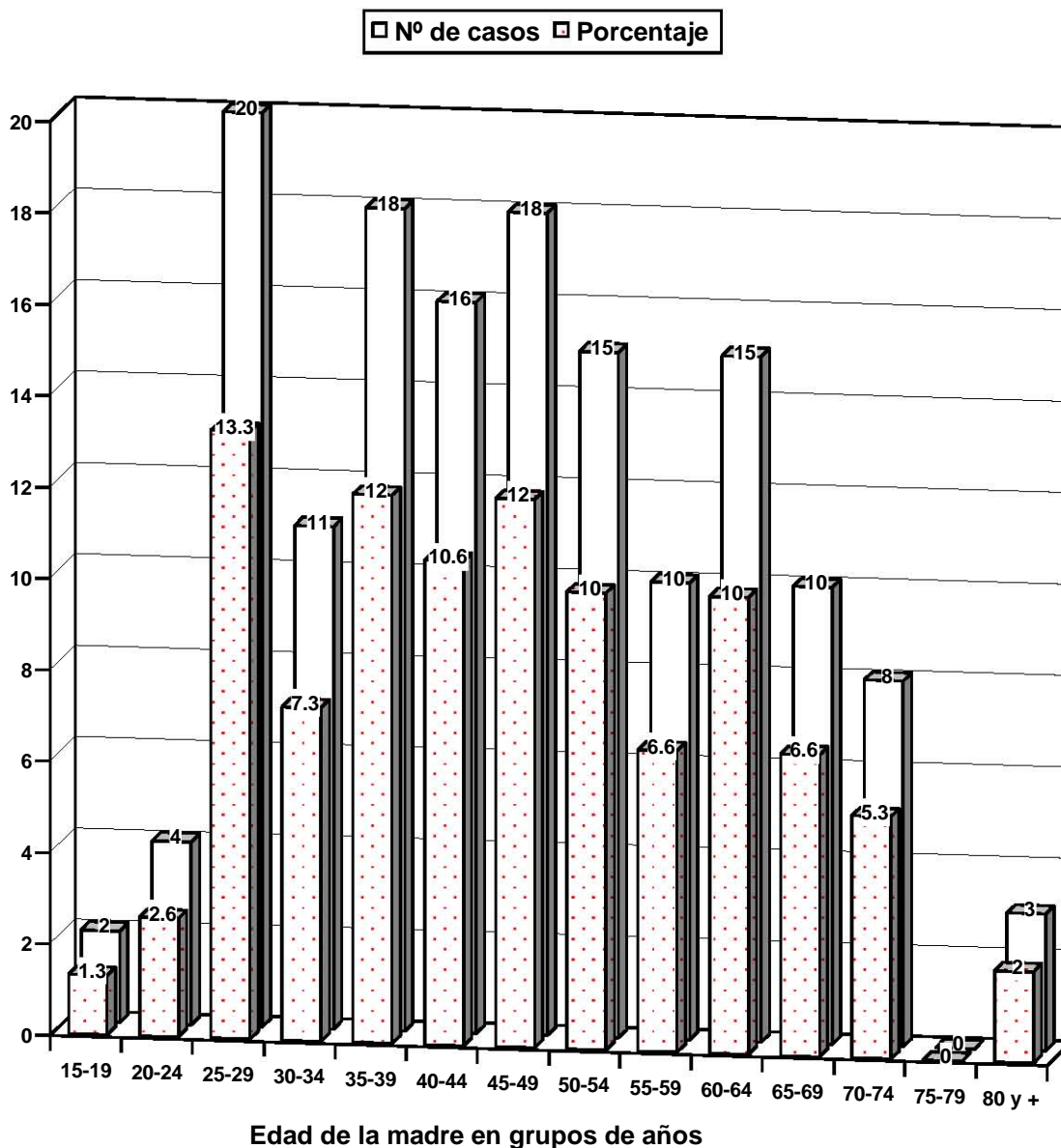
Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
15 a 19	2	1.3
20 a 24	4	2.6
25 a 29	20	13.3
30 a 34	11	7.3
35 a 39	18	12
40 a 44	16	10.6
45 a 49	18	12
50 a 54	15	10
55 a 59	10	6.6
60 a 64	15	10
65 a 69	10	6.6
70 a 74	8	5.3
75 a 79	0	0
80 y +	3	2
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA VII

EDAD DE LA MADRE DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR, ISSSTE. PUEBLA, 2000

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO VIII

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS

(n = 150)

Género	Nº de casos	Porcentaje
Masculino	98	65.3
Femenino	52	34.7
TOTAL:	150	100

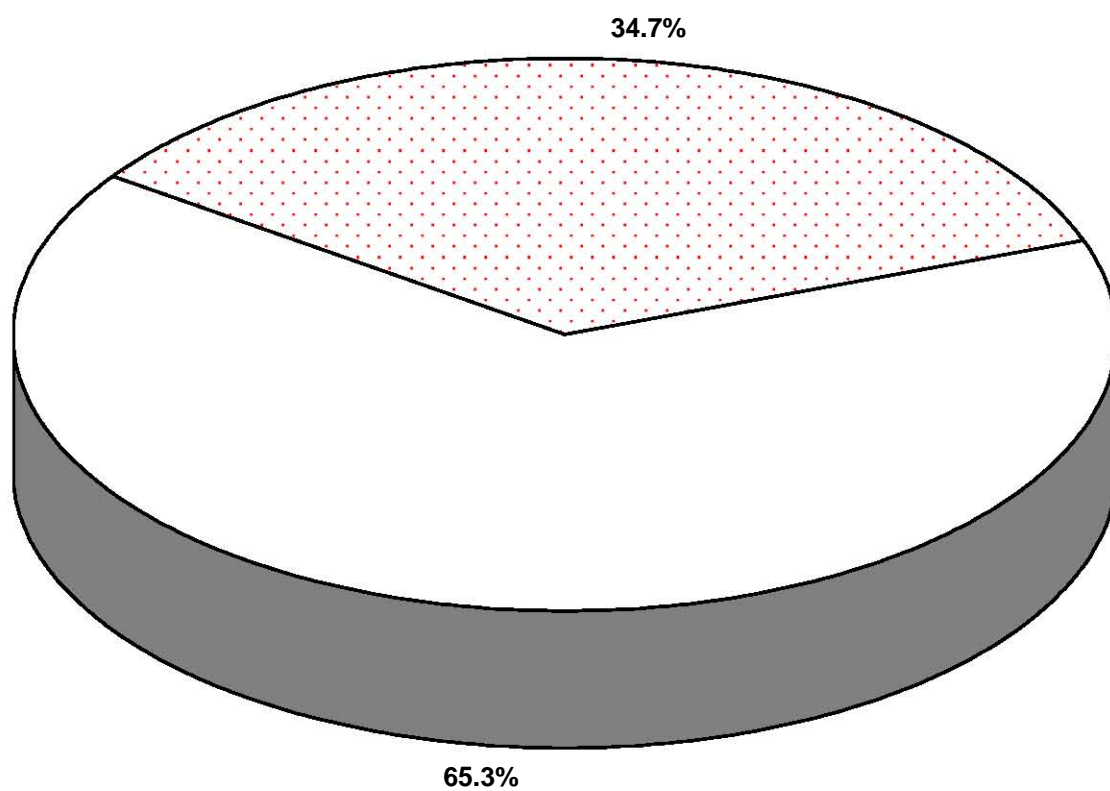
FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA VIII

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS

(n = 150)

□ 98 Masculino □ 52 Femenino



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO IX

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 150)

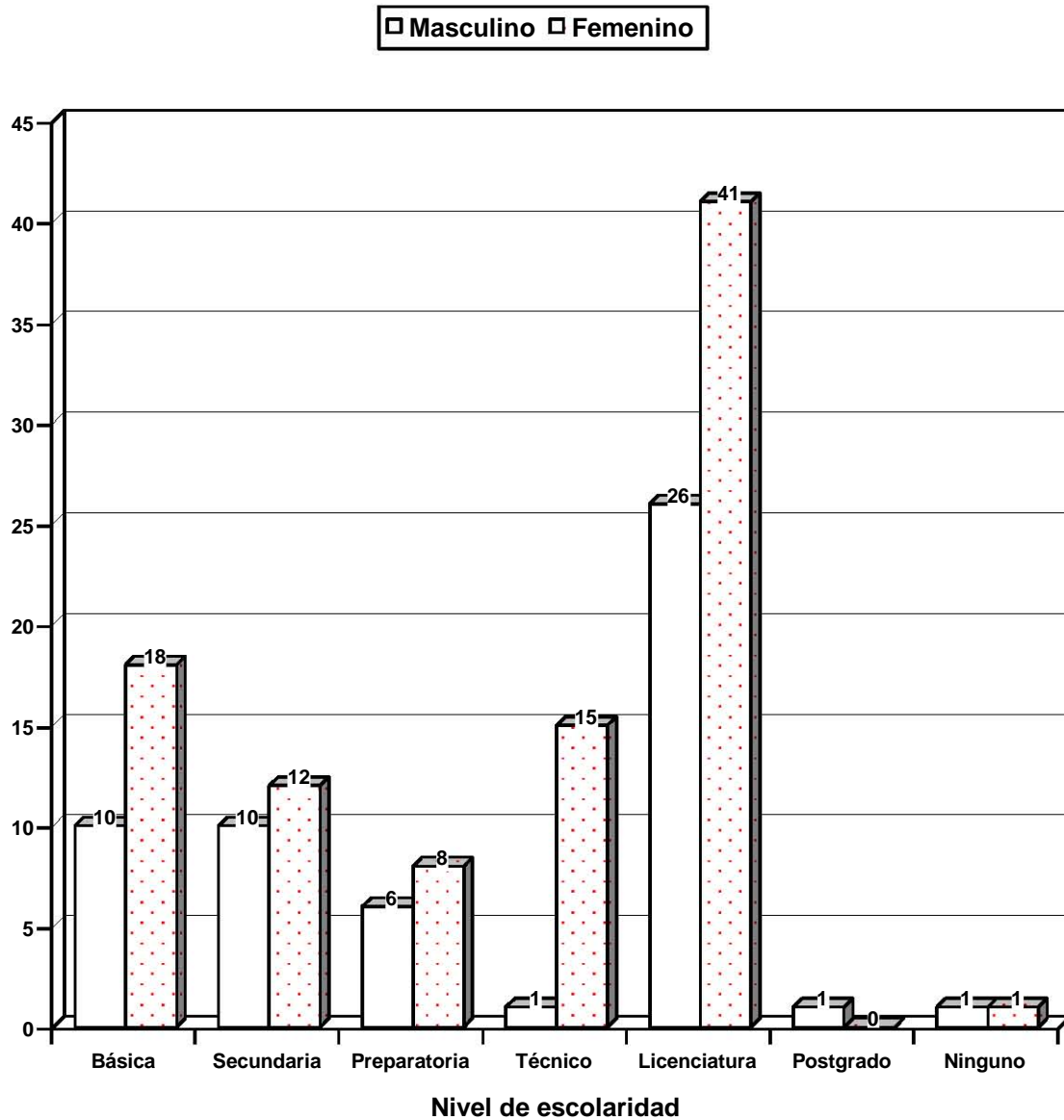
Escolaridad	Género		Total	
	Masculino	Femenino	Nº de casos	Porcentaje
Básica	10	18	28	18.66
Secundaria	10	12	22	14.66
Preparatoria	6	8	14	9.33
Técnico	1	15	16	10.66
Licenciatura	26	41	67	44.66
Postgrado	1	0	1	0.66
Ninguno	1	1	2	1.33
TOTAL:	55	95	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA IX

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO X

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

(n = 150)

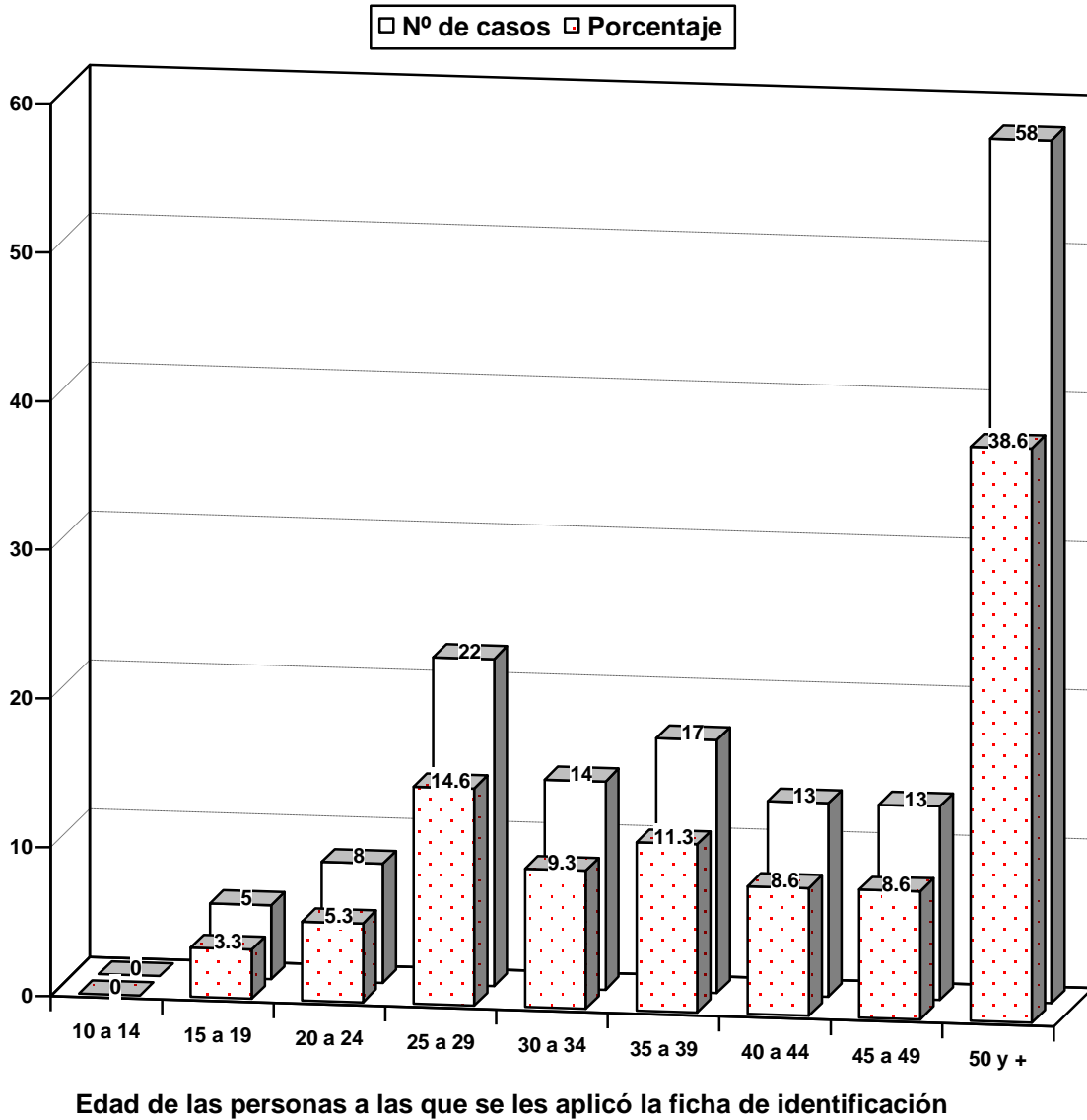
Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
10 a 14	0	0
15 a 19	5	3.3
20 a 24	8	5.3
25 a 29	22	14.6
30 a 34	14	9.3
35 a 39	17	11.3
40 a 44	13	8.6
45 a 49	13	8.6
50 y +	58	38.6
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona 3, de la Unidad Médico Familiar 2102110100, en el periodo de enero a junio del 2000.

GRÁFICA X

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

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona 3, de la Unidad Médico Familiar 2102110100, en el periodo de enero a junio del 2000.

CUADRO XI

NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS DE EDAD

(n = 425)

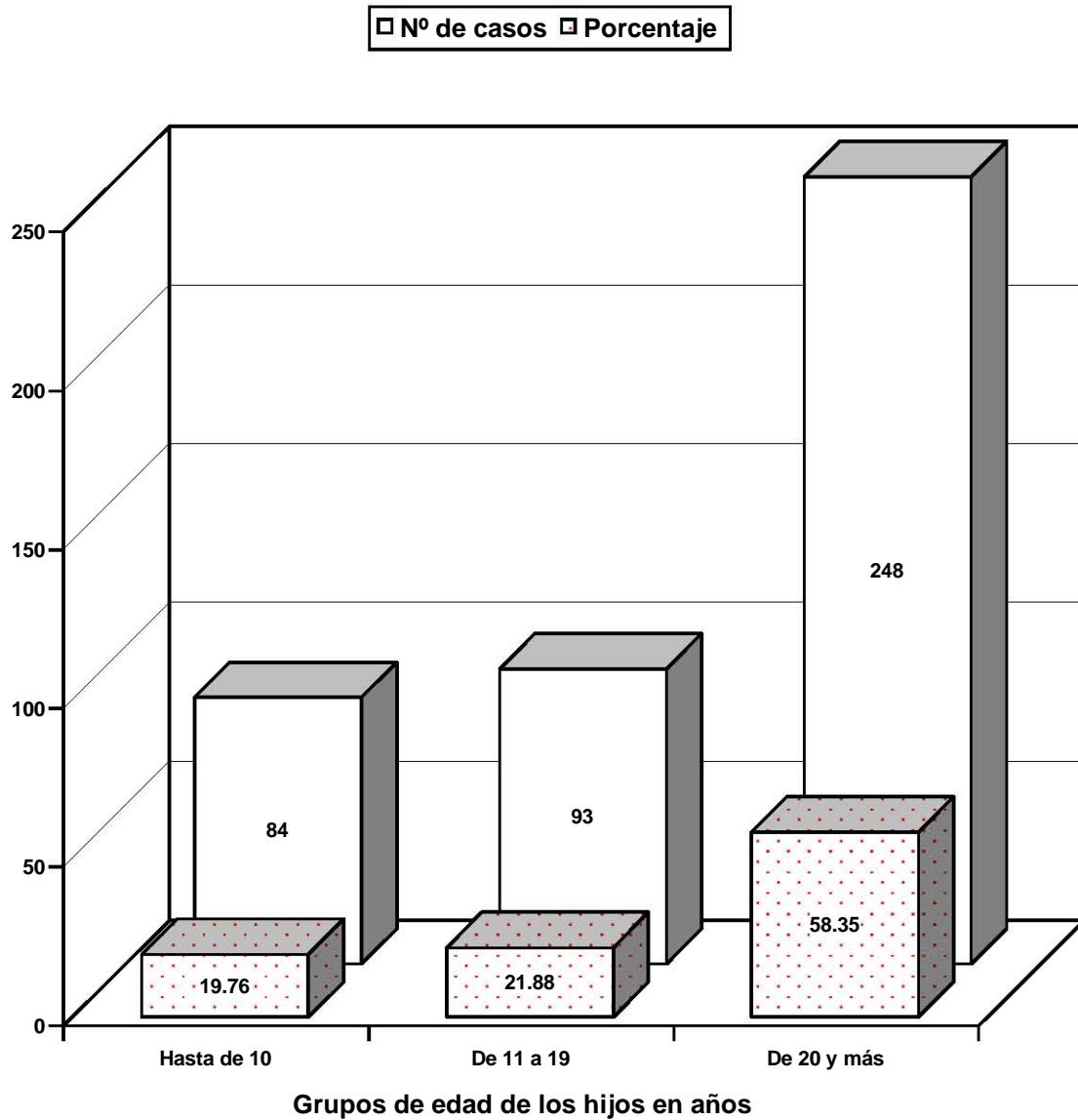
Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
Hasta de 10	84	19.76
De 11 a 19	93	21.88
De 20 y más	248	58.35
TOTAL:	425	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA XI

NÚMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS DE EDAD

(n = 425)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO XII

TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 150)

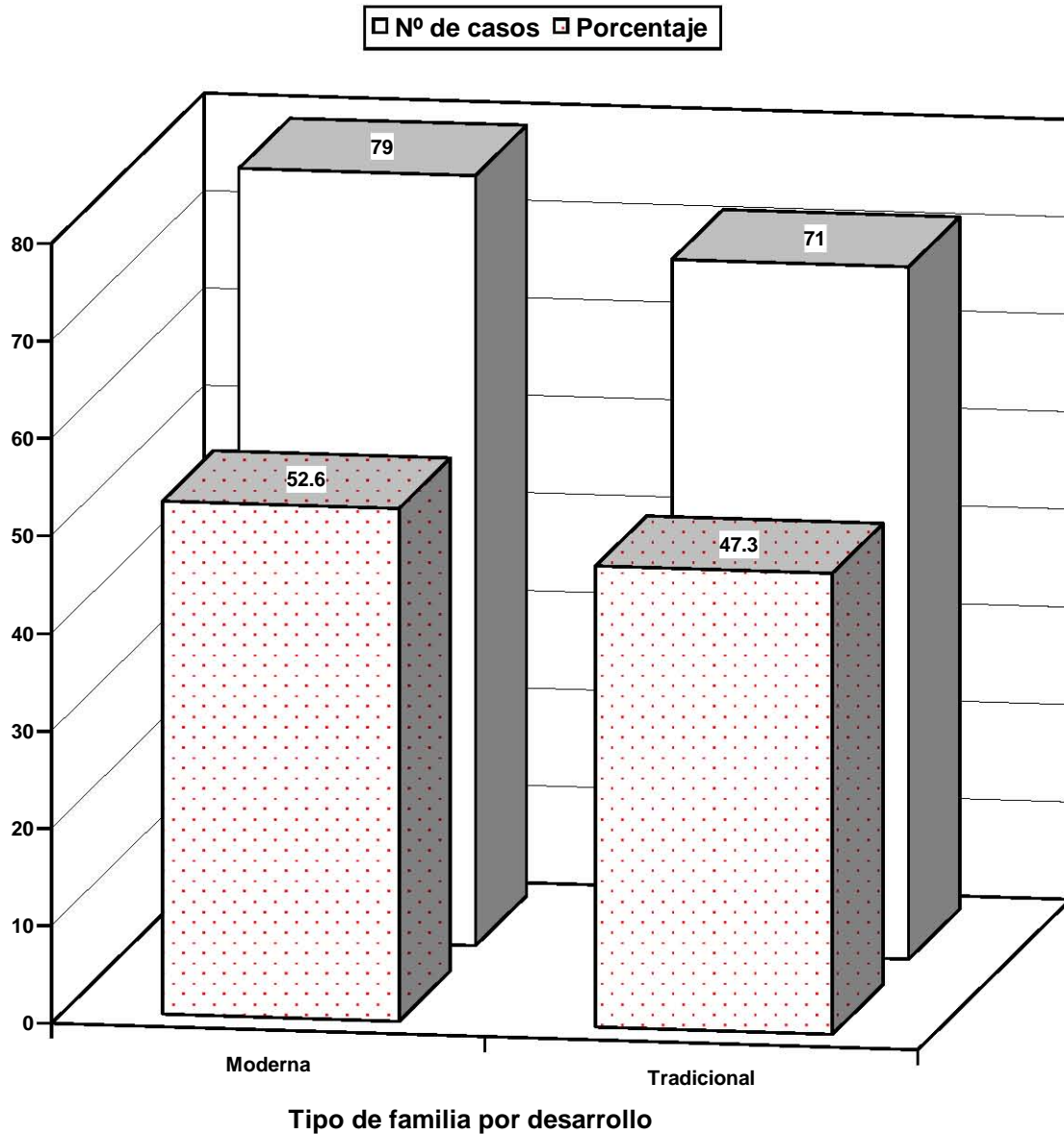
Tipo de familia	Nº de casos	Porcentaje
Moderna	79	52.6
Tradicional	71	47.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA XII

TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO XIII

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 150)

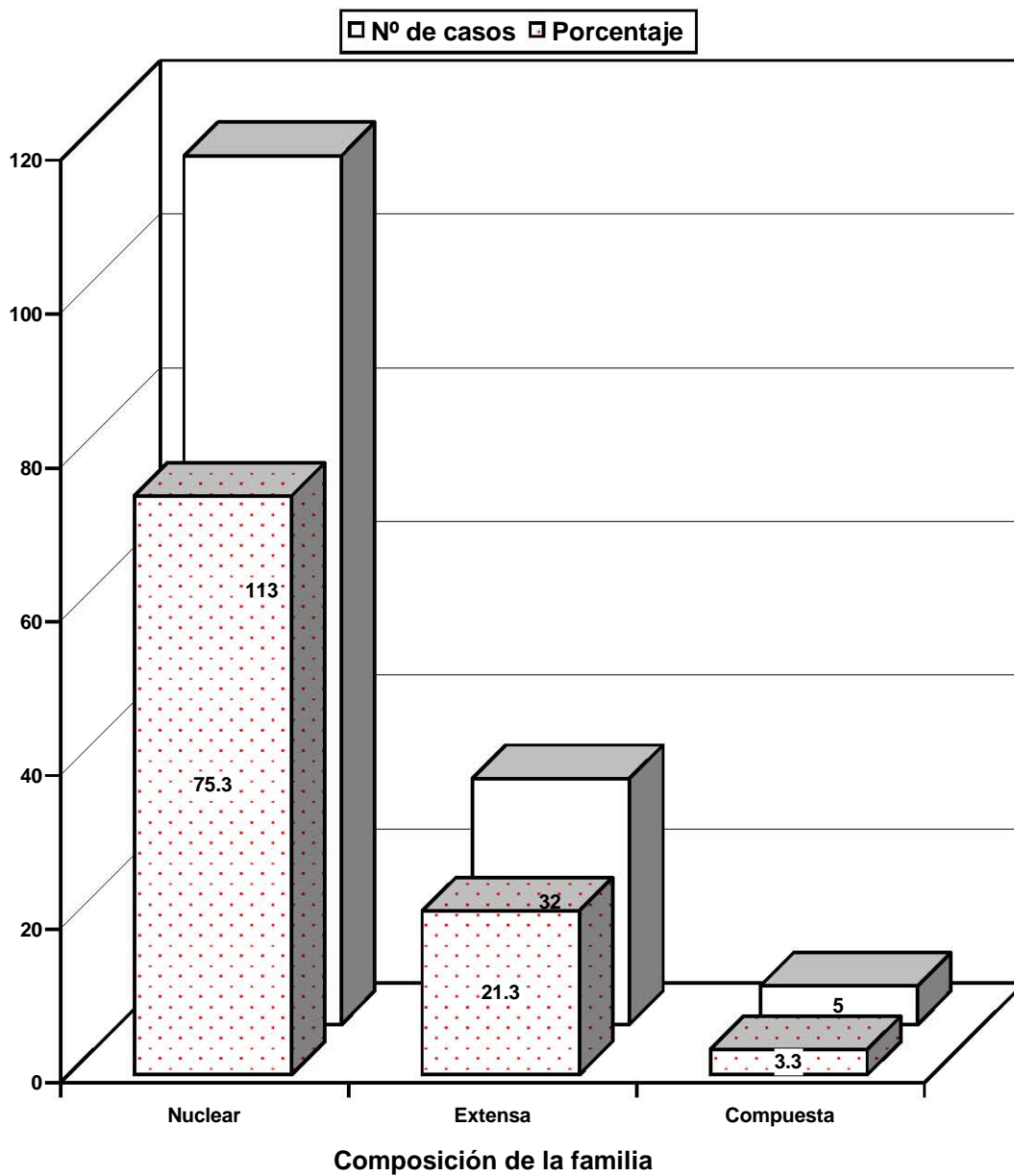
Composición	Nº de casos	Porcentaje
Nuclear	113	75.3
Extensa	32	21.3
Compuesta	5	3.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA XIII

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO XIV

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA SEGÚN SU DEMARCACIÓN

(n = 150)

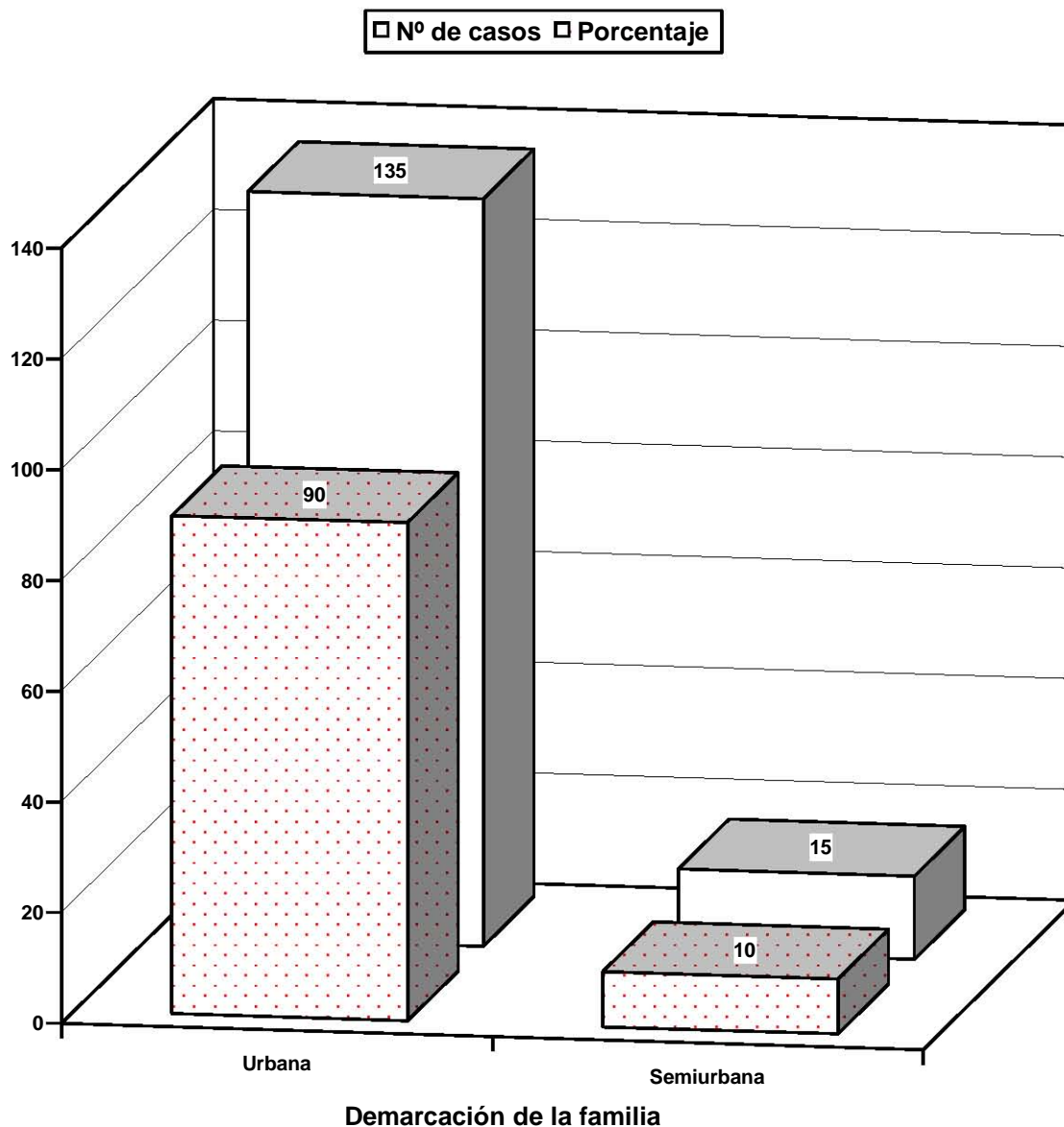
Demarcación	Nº de casos	Porcentaje
Urbana	135	90
Semiurbana	15	10
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA XIV

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA SEGÚN SU DEMARCACIÓN

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO XV

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 150)

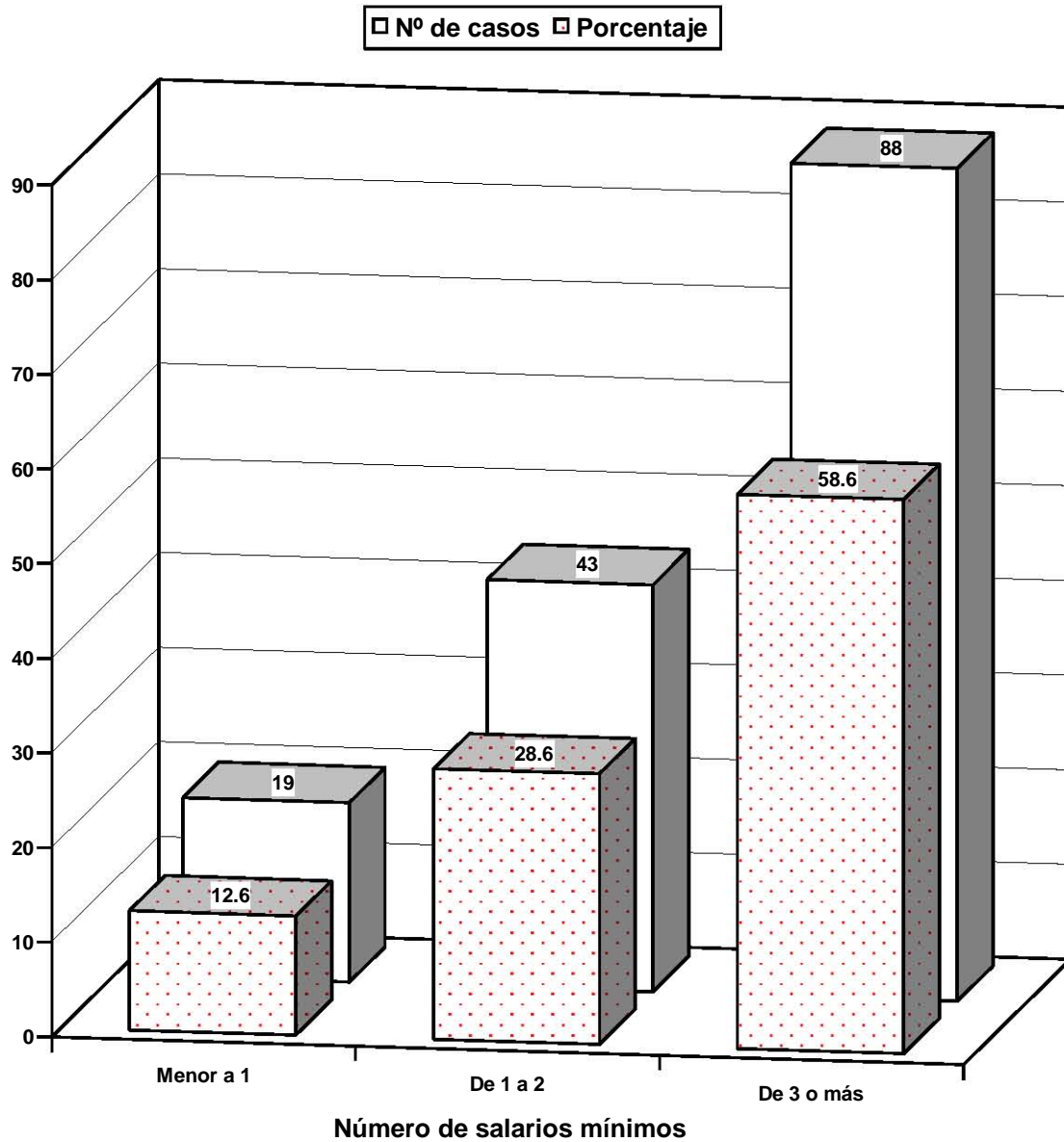
Número de salarios mínimos	Nº de casos	Porcentaje
Menor a 1	19	12.6
De 1 a 2	43	28.6
De 3 o más	88	58.6
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA XV

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO XVI

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

(n = 150)

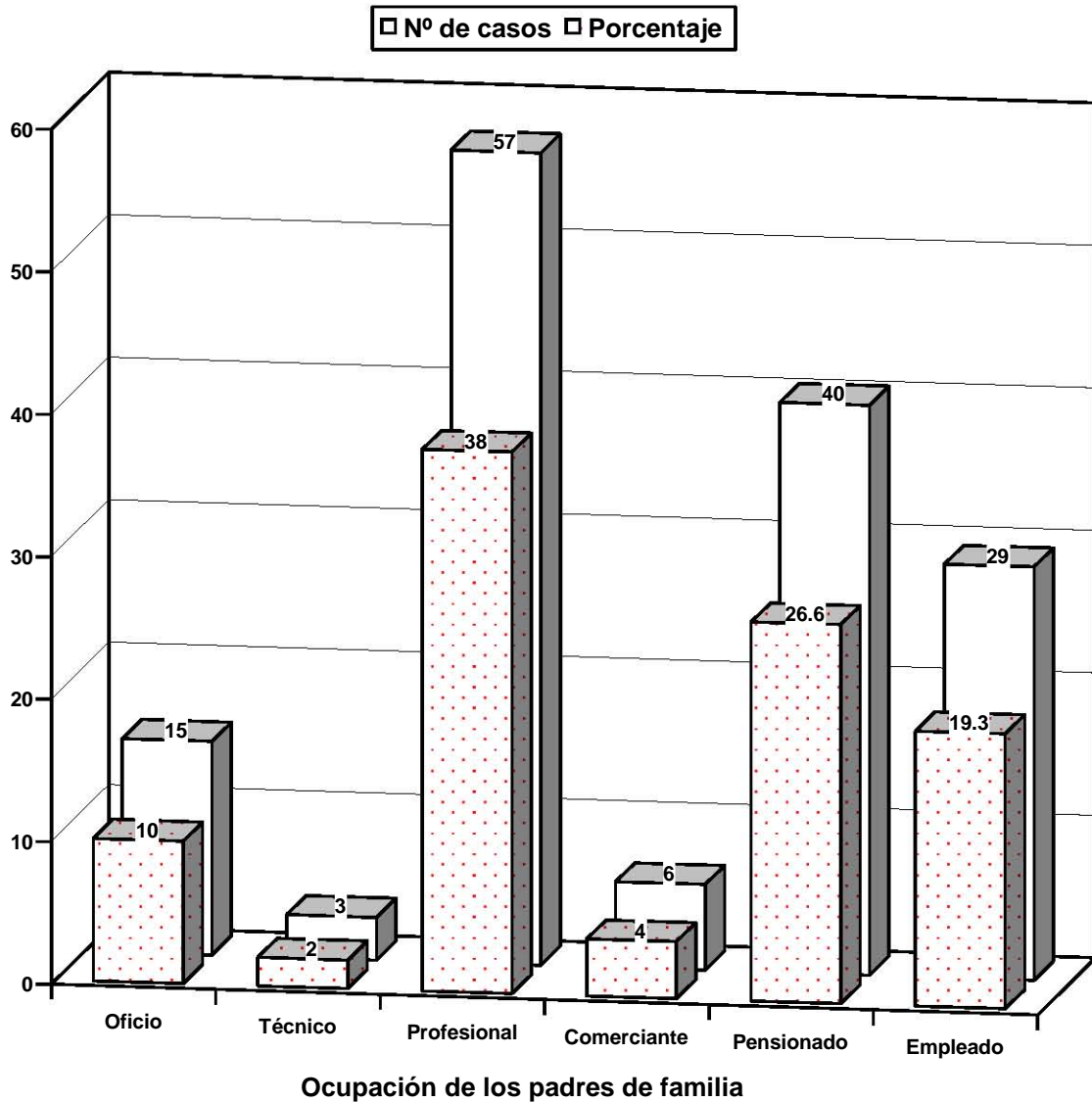
Ocupación	Nº de casos	Porcentaje
Oficio	15	10
Técnico	3	2
Profesional	57	38
Comerciante	6	4
Pensionado	40	26.6
Empleado	29	19.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acudieron a los consultorios de la zona 3 de la Unidad Médico Familiar 2102110100 de enero a junio del 2000.

GRÁFICA XVI

OCUPACIÓN DE LOS PADRES 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 acudieron a los consultorios de la zona 3 de la Unidad Médico Familiar 2102110100 de enero a junio del 2000.

CUADRO XVI

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

(n = 150)

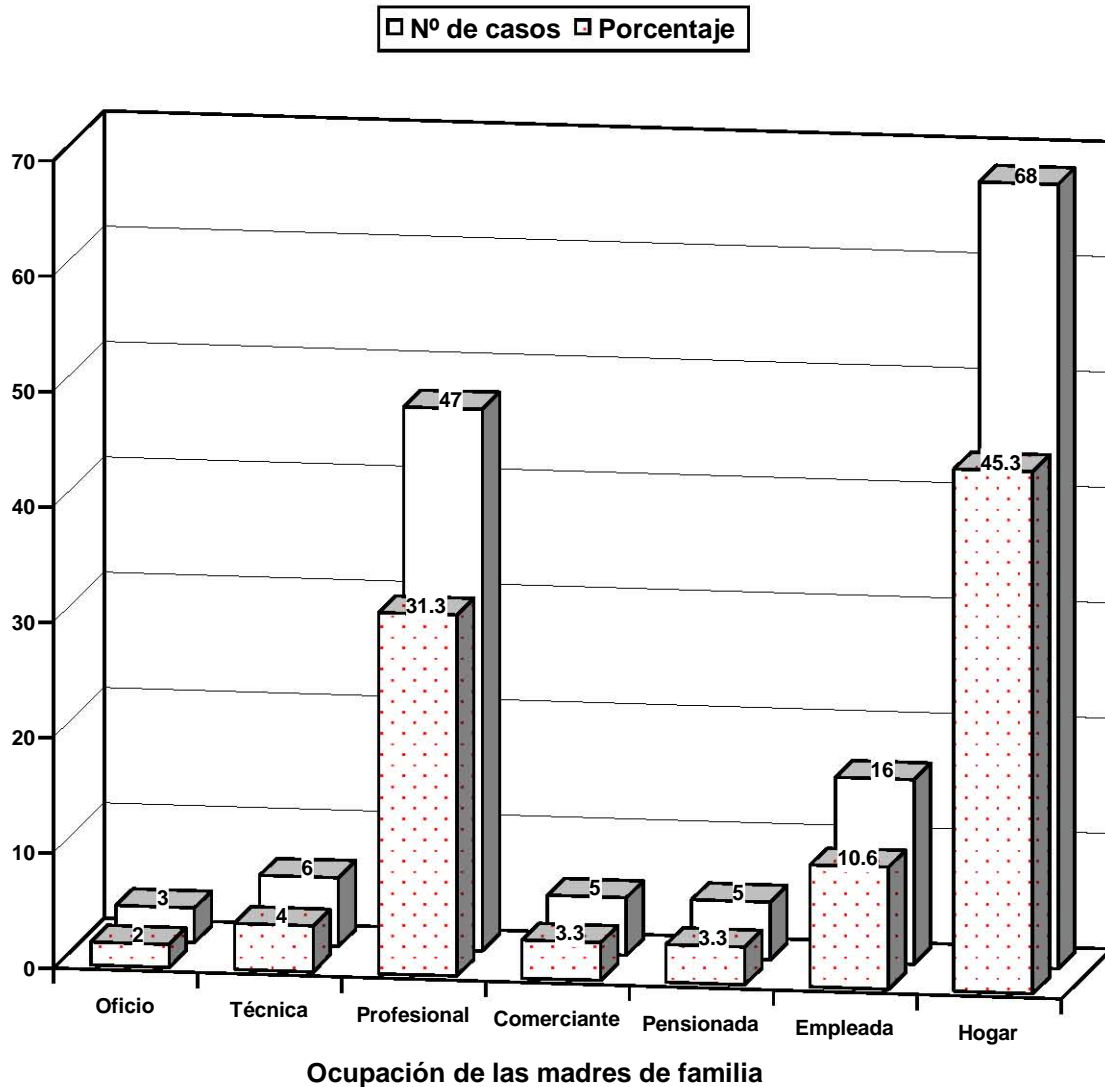
Ocupación	Nº de casos	Porcentaje
Oficio	3	2
Técnica	6	4
Profesional	47	31.3
Comerciante	5	3.3
Pensionada	5	3.3
Empleada	16	10.6
Hogar	68	45.3
TOTAL:	150	100

FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acudieron a los consultorios de la zona 3 de la Unidad Médico Familiar 2102110100 de enero a junio del 2000.

GRÁFICA XVII

OCUPACIÓN DE LAS MADRES 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 acudieron a los consultorios de la zona 3 de la Unidad Médico Familiar 2102110100 de enero a junio del 2000.

CUADRO XVIII

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR DISTRIBUIDA POR ETAPAS

(n = 150)

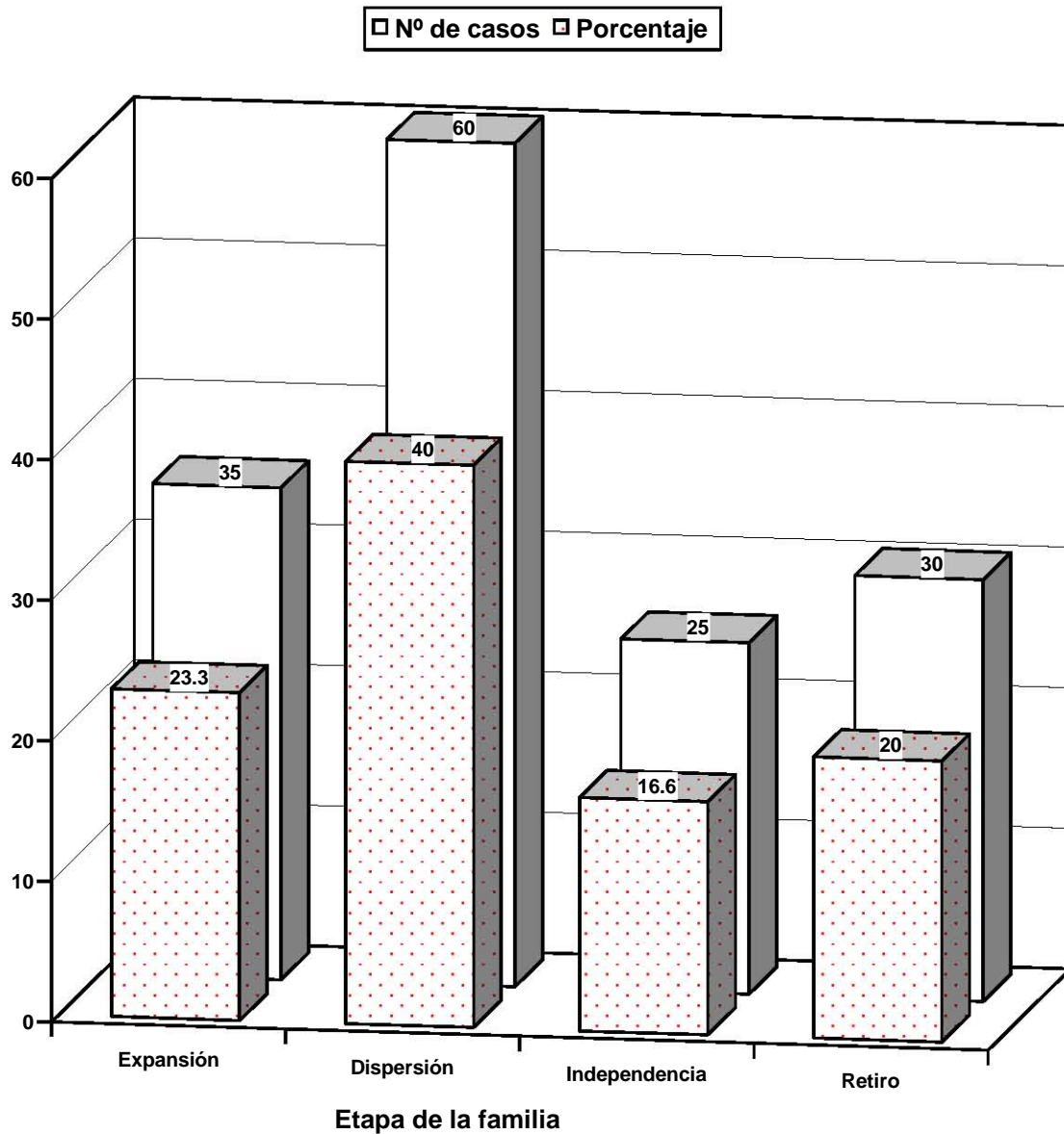
Etapa	Nº de casos	Porcentaje
Expansión	35	23.3
Dispersión	60	40
Independencia	25	16.6
Retiro	30	20
TOTAL:	150	100

FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

GRÁFICA XVIII

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR DISTRIBUIDA POR ETAPAS

(n = 150)



FUENTE: Cédula de recolección de datos de identificación familiar.

CUADRO XIX

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 2000

(n = 8,310)

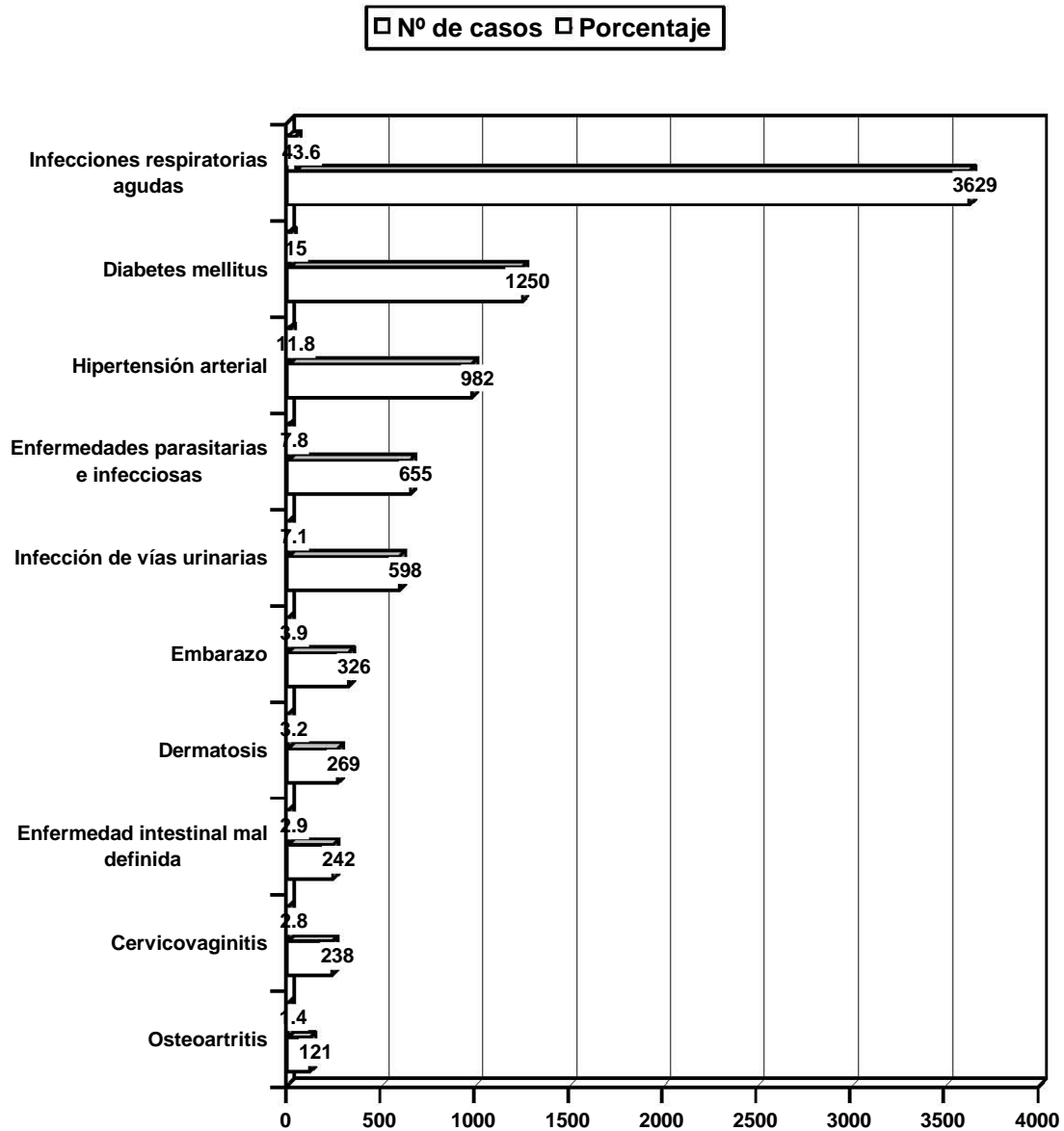
Nº	Diagnóstico	Nº consultas	Porcentaje
1	Infecciones respiratorias agudas	3629	43.6
2	Diabetes mellitus	1250	15
3	Hipertensión arterial	982	11.8
4	Enfermedades parasitarias e infecciosas	655	7.8
5	Infección de vías urinarias	598	7.1
6	Embarazo	326	3.9
7	Dermatosis	269	3.2
8	Enfermedad intestinal mal definida	242	2.9
9	Cervicovaginitis	238	2.8
10	Osteoartritis	121	1.4
TOTAL:		8310	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA XIX

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 2000

(n = 8,310)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO XX
10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE,
PUEBLA, 2000, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O
SUBSECUENTES
(n = 8,310)

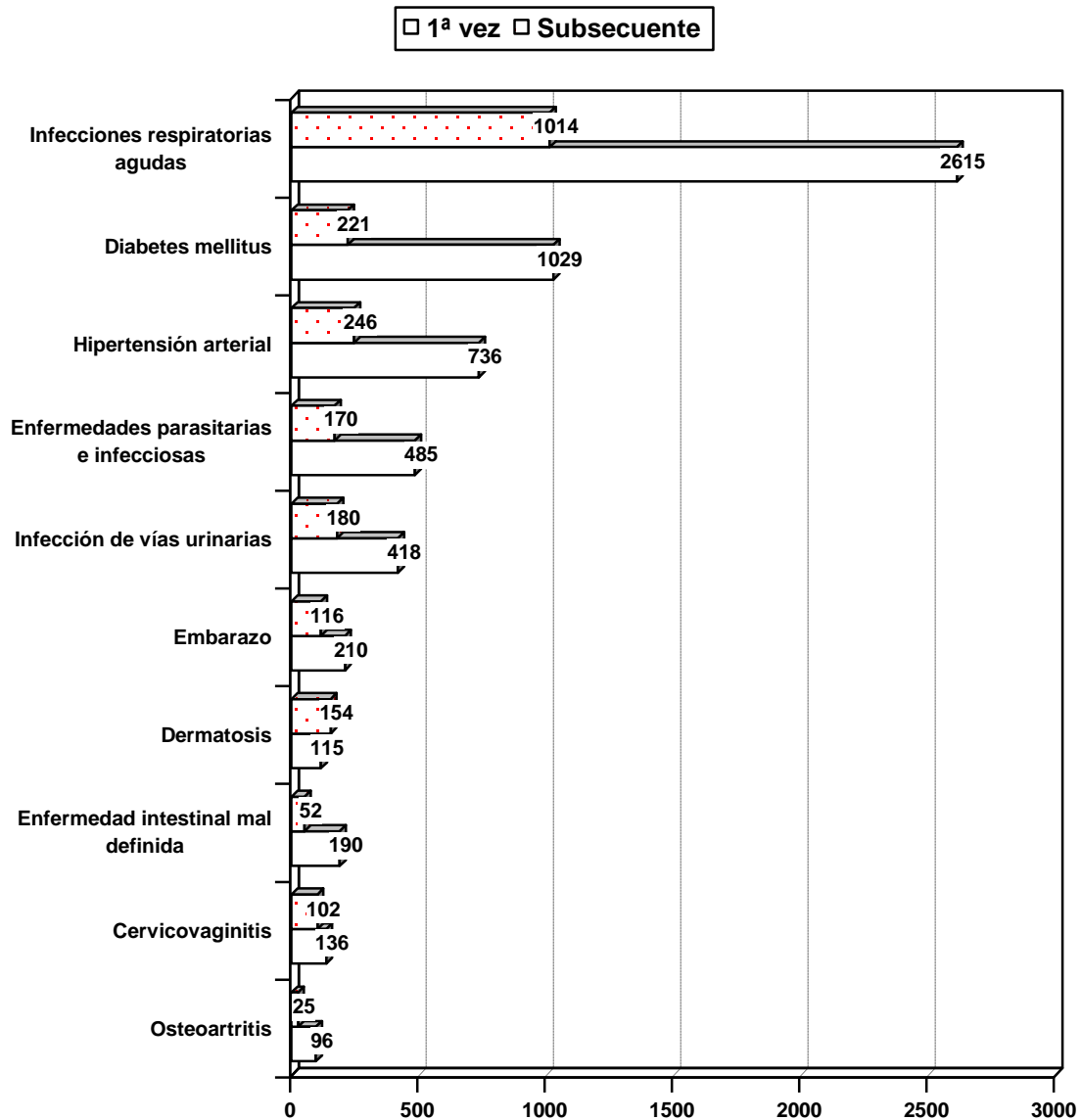
Nº	Diagnóstico	1ª vez		Subsecuente		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Infecciones respiratorias agudas	2615	31.4	1014	12.2	3629	43.6
2	Diabetes mellitus	1029	12.3	221	2.6	1250	15
3	Hipertensión arterial	736	8.8	246	2.9	982	11.8
4	Enfermedades parasitarias e infecciosas	485	5.8	170	2	655	7.8
5	Infección de vías urinarias	418	5	180	2.1	598	7.1
6	Embarazo	210	2.5	116	1.3	326	3.9
7	Dermatosis	115	1.3	154	1.8	269	3.2
8	Enfermedad intestinal mal definida	190	2.2	52	0.6	242	2.9
9	Cervicovaginitis	136	1.6	102	1.2	238	2.8
10	Osteoartritis	96	1.1	25	0.3	121	1.4
	TOTAL:	6030	72.5	2280	27.4	8310	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA XX

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 2000, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 8,310)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO XX'
10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE,
PUEBLA, 2000,
DISTRIBUIDOS DE ACUERDO AL GÉNERO
(n = 8,310)

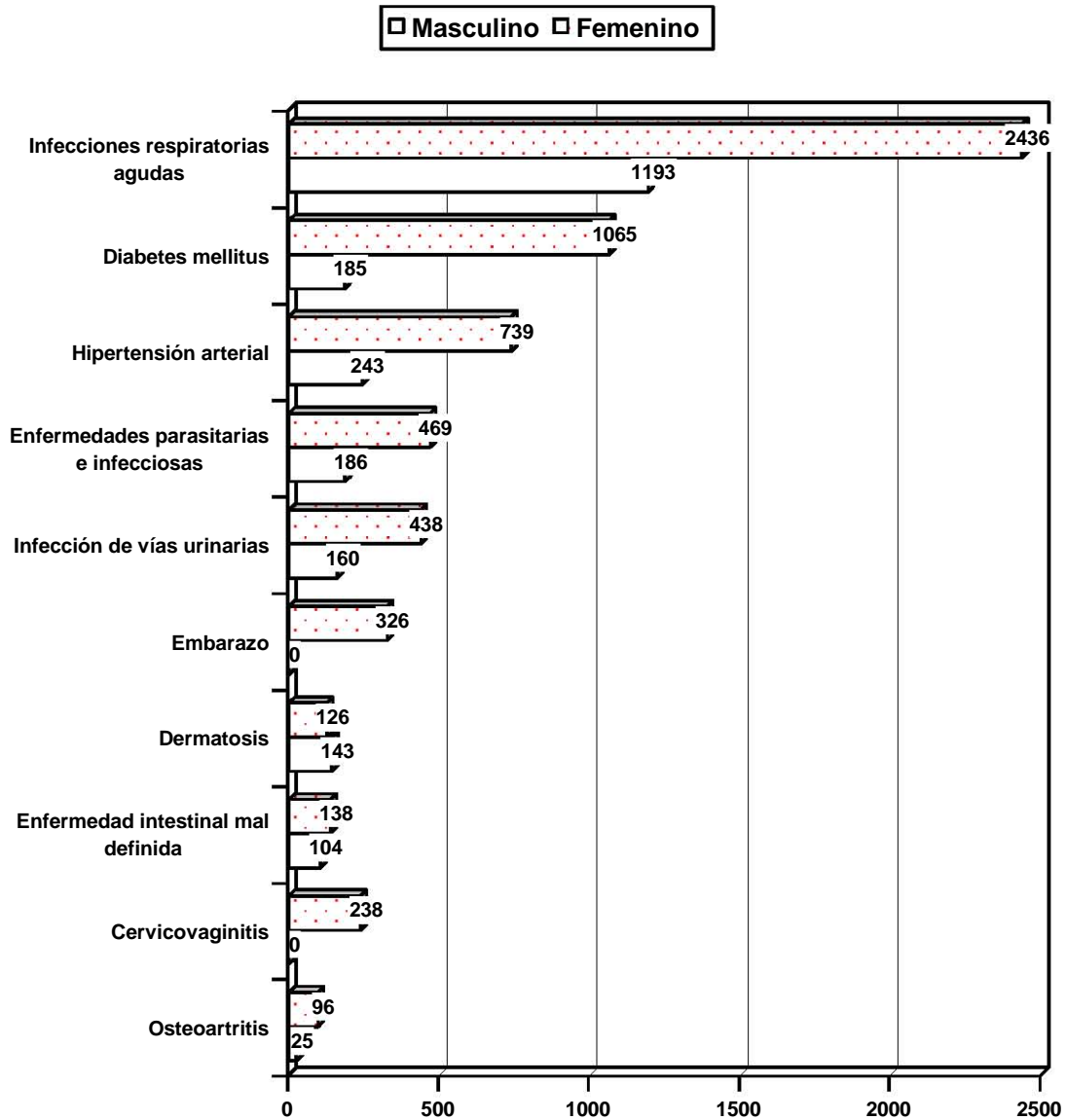
Nº	Diagnóstico	Masculino		Femenino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	Infecciones respiratorias agudas	1193	14.3	2436	29.3	3629	43.6
2	Diabetes mellitus	185	2.2	1065	12.8	1250	15
3	Hipertensión arterial	243	2.9	739	8.8	982	11.8
4	Enfermedades parasitarias e infecciosas	186	2.2	469	5.6	655	7.8
5	Infección de vías urinarias	160	1.9	438	5.2	598	7.1
6	Embarazo	0	0	326	3.9	326	3.9
7	Dermatosis	143	1.7	126	1.5	269	3.2
8	Enfermedad intestinal mal definida	104	1.2	138	1.6	242	2.9
9	Cervicovaginitis	0	0	238	2.8	238	2.8
10	Osteoartritis	25	0.3	96	1.1	121	1.4
	TOTAL:	2239	26.9	6071	73.0	8310	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA XX'

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA 3, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 2000, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO AL GÉNERO

(n = 8,310)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO XXI

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR EDAD Y SEXO DE ENERO A JUNIO DE 2000 DE FAMILIAS ADSCRITAS A LA ZONA 3 DE LA UMF 2102110100, ISSSTE PUEBLA, ENERO-JUNIO 2000

(n = 8310)

Nº	G R U P O S D E E D A D E N A Ñ O S Y S E X O																												Total		
	0 - 1		1 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 44		45 - 49		50 - 54		55 - 59		60 - 64			65 - +	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		H	M
1	56	75	92	79	235	129	215	136	114	109	128	142	92	125	126	149	150	128	97	158	108	140	137	141	116	121	115	113	67	36	3629
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	146	221	150	121	79	48	95	76	69	56	61	98	19	11	1250
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	25	136	220	156	112	98	37	62	79	13	22	3	0	982
4	0	0	10	16	42	18	96	87	39	17	23	22	24	18	14	13	25	14	16	18	13	10	9	11	46	4	21	19	4	6	655
5	0	0	0	0	0	10	12	47	21	38	14	36	19	41	14	28	24	49	13	25	20	71	7	15	12	24	20	18	8	12	598
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	106	0	96	0	105	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	326
7	0	0	0	0	0	0	0	12	16	12	15	21	17	23	19	12	17	16	3	6	12	9	5	7	8	11	9	4	8	7	269
8	0	0	0	8	6	17	4	16	12	15	8	10	6	13	4	9	14	11	13	9	10	18	4	8	2	7	4	5	9	0	242
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	32	0	66	0	56	0	46	0	12	0	9	0	8	0	3	0	2	0	0	238
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	9	5	7	6	11	9	5	5	12	12	12	2	5	4	1	2	0	121
Total:	56	75	102	103	283	174	327	298	202	195	188	290	164	401	182	370	401	626	437	574	403	429	367	315	317	310	247	282	120	72	8310

NOTA: El número de diagnóstico es igual al del Cuadro XX.

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico de la UMF Zona 3, 2102110100, ISSSTE, Puebla, Enero-Junio 2000..

CUADRO XXII

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 1686)

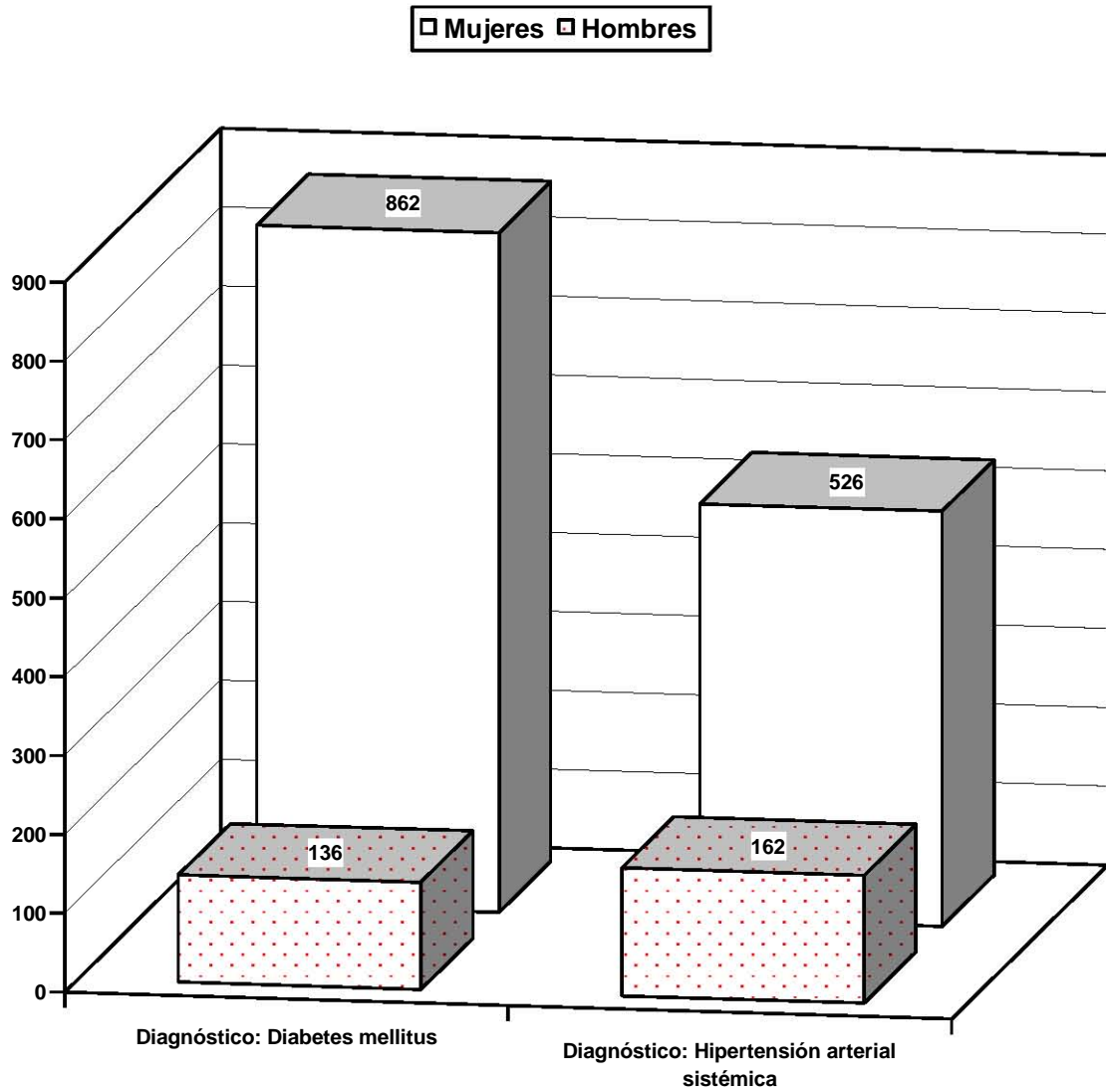
Programas	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
Diagnóstico: Diabetes mellitus	862	136	998	59.1
Diagnóstico: Hipertensión arterial sistémica	526	162	688	40.8
TOTAL:	1388	298	1686	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA XXII

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 1686)



Programa de vigilancia de enfermedades

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

7. ANALISIS DE RESULTADOS.

Con los resultados obtenidos en la investigación se compara que en las 10 principales causas de consulta encontrada en los derechohabientes que acudieron a la Atención Médica en el periodo de enero a junio del 2000, en la zona 3 de la Unidad de Medicina Familiar 2102110100, Puebla, encontramos ocupando el primer lugar a las infecciones de vías respiratorias, en segundo lugar a la diabetes mellitus, en tercer lugar a la Hipertensión Arterial Sistémica, en cuarto lugar a las Enfermedades Parasitarias e Infecciosas, en quinto lugar a las Infecciones de Vías Urinarias.

En relación a los grupos de edad en la esperanza de vida y con el predominio de las enfermedades crónicas degenerativas, se debe tomar en cuenta que el grupo de derechohabientes se encontraron formando parte del sector poblacional, por lo tanto se debe de tratar de influir en los factores de riesgo y de prevención para que se logre un aumento de esperanza de vida y calidad de vida.

Por la tipología familiar encontrada en el estudio de familia podemos observar que siendo familias formadas por parejas de padres profesionales (67/45%), los ingresos aumentan (88/59%) y se mejora el nivel socioeconómico, con lo que se resuelven algunos problemas, dando lugar a otros pues se pierde en la mayoría de las veces la convivencia con los hijos, originando otros tipos de problemáticas como embarazos en adolescentes y drogadicción.

8.DISCUSION.

Estudios reportados del Estado de Colima, Hidalgo y de América Latina siguen programas aplicativos para un diagnóstico clínico de enfermedades crónico degenerativas las cuales toman en cuenta la necesidad de una forma de estrategia designada con la metodología específicamente relacionada a la investigación y obtención de resultados favorables y que el presente estudio se caracterizara por una dinámica de procesos longitudinales en los cuales se aplica la experiencia de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos basada en la DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL, basada en cuestionarios de los cuales parte los instrumentos de medición del Apgar familiar, indicando así proyectos para la atención primaria considerando los diagnósticos, los cuales facilitarían las estrategias de los programas para la identificación del problema. En el escenario de la clínica de MOSAMEF tiene como OBJETIVO: la identificación de las características sociales y demográficas de los usuarios y sus familiares, el perfil epidemiológico y los recursos con que cuenta el médico para atender algunos problemas.

Formando así estrategias de difusión científica, los cuales proyectan resultados para la comunidad profesional, así distribuyendo la información, con éstas ideas en 1999 los académicos del departamento de Medicina Familiar presentan la Jornada Científica de los “ARCHIVOS EN MEDICINA FAMILIAR” considerada como una directiva editorial de la comunidad científica. Estas jornadas están distribuidas en cuatro países de América Latina y están registrados en cuatro bases de datos de especialización.

Por 1993 el Departamento de Medicina Familiar publica un boletín con unos objetivos favoreciendo la comunicación de los diversos grupos académicos de Médicos Familiares, ésta publicación es distribuida en 16

Países de América Latina, incluida en LATINDEX.

9. CONCLUSIONES

- Se observa una mayor frecuencia en la asistencia al servicio de las mujeres en forma predominante.
- Las infecciones respiratorias agudas se diagnostican con mayor frecuencia, también en las mujeres, siendo las menores de 5 años las más afectadas, así como los mayores de 50 años.
- La Diabetes Mellitus se observa más frecuente en las mujeres (12.8%), así como la Hipertensión Arterial (8.8%) con la frecuencia en los mayores de 40 años.
- El embarazo normal en la edad reproductiva de la mujer.

10. PROPUESTAS

1. Los programas prioritarios se aplicaron a la consulta de Medicina Familiar identificando los grupos de riesgo.
2. Que se realice un seguimiento adecuado de los pacientes, ya identificado el padecimiento para evitar el curso natural de la enfermedad.
3. Intensificar las acciones de promoción, difusión y educación para la salud de los usuarios del servicio.
4. Formar grupos de apoyo de los pacientes con enfermedades crónicodegenerativas, intensificar programas.
5. Capacitación a los médicos mediante la actualización en los padecimientos más frecuentes, para abatir los diagnósticos más realizados y los tratamientos inadecuados.

La identificación de la patología más frecuente es con el propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar, de este modo el médico familiar debe esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos y, observar permanentemente sus pacientes como una población en riesgo.

Finalmente que el médico ejecute actividades que nos permitan distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar. Que el usuario como el médico se sientan satisfechos

del ejercicio clínico sin limitantes y con la capacidad resolutive y de seguimiento.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Alatorre–Rico J. Langer.A Lozano R.Mujer y salud. En: grupo interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza. Las mujeres con la pobreza, México. El Colegio de México 1997; 217–241.
2. Arellanos S, Silvia R, Diabetes mellitus en la práctica diaria. “El respaldo de los profesionales de la salud”. Instituto LAKESIDE. MM–114–94:1–7.
3. Arlene S, Ash PHD. Análisis de resultados y prácticas médicas. Hospital Practive, E. Mexicana 1999. VI. 3; N° 10; 347–438.
4. Canlson C I. Family assessment measures. In: Stewart M, Tudiver F, Bass M J, Dunn E V, norton P G (Eds) Tools for primary care research. New bury Park C A: SAGE publications; 1998; p. 137–150.
5. Castells M. La Cuestión Urbana. España: Siglo XXI; 1974.
6. Chávez A V. Instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar. Revista Mexicana de Medicina Familiar 1989. pp. 17–22.
7. Delgado A, López F L. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atención primaria 8; 457– 459.

8. División de estudios de postgrado e investigación. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Plan único de especializaciones médicas. Medicina Familiar, 1994–1996. México, 1994.
9. Estevanell A, et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Atención primaria. 10; 539–542; 15 Junio 1992.
10. Franks P, Clancy C M, Nutting P A. Sounding board gate keeping revisited protectin patients from over--treat/ing. Engl J Med 6: 424–427; 1992.
11. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Sounding board gate keeping, rivisited, protctin patients form over–teat/ing. Eng J Med 6:424–427; 1999.
12. FRY J. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica médica familiar en Mendalie. J H. Medicina Familiar. Principios y prácticas. México. Ed. Limussa 1987.
13. Gómez–Clavelina F J, Irigoyen–Coria A. Two types of family assessment. Fam Proc. 1995; 34; 363–364.
14. Haq C, Ventres W, Hunt V, et al. Salud y sociedad donde no hay médico de familia: en el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Vol. Oficina Panamericana 120 (1); 1999; 44–57.
15. Holloway R L, marbella A M, Towsen J M. Defining the need four

- faculty in family medicine Results a National Survey. *Fam–Med* 1995; Feb; 27 (3); 98–102.
16. Irigoyen Coria A, Gómez–Clavelina F J. Archivos de Medicina Familiar Vol I, N° 1, Enero–Marzo 1999; pag. 27.
 17. Irigoyen–Coria A, Gómez–Clavelina F J, Fernández–Ortega M A, Mazzón–Ramírez JJ. Orientación familiar o terapia de familias. Disyuntiva del Médico Familiar. *Bol Med Fam* 1998; 5 (3–4): 20–2.
 18. Irigoyen–Coria A, Gómez–Clavelina F J, Noriega–Garibay R, Hernández–Torres I, et al. Modelo sistemático de atención médica familiar. En Irigoyen–Coria A, Gómez–Clavelina FV, eds. *Fundamentos de Medicina Familiar Mexicana*. 1998; 151 – 174.
 19. Irigoyen–Coria A, Gómez–Clavelina F J. Can Family Medicina Survive in México. *Fam–Pract* 1994;Jun 11 (2): 162–3.
 20. Irigoyen–Coria, Gómez–Clavelina, et al. *Fundamentos de medicina familiar*, 3ª edición, 1995; pp. 1–189.
 21. Kumate J, Cañedo L, Pedrotta O. *La salud de los mexicanos y la medicina en México*. Ed. Colegio Nacional. 1997.
 22. *Manuales ISSSTE. Unidades de autoenseñanza*. Subdirección General Médica, 1986.
 23. Martínez C F, *Modelos y heterodoxias*. *Médico Moderno*, 29; 2: 1990.

24. Organización Panamericana de la Salud. La Carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: la promoción de la salud. Bol. Of Sanit Panam 1978; 103 (1): 76–81.

25. Pañella H, Foz G. Montaner I, et al, Aproximación al conocimiento de una comunidad, en organización de un equipo de atención primaria. Madrid. INSALUD. Servicios de documentación y poblaciones 1990.

26. Primary Health Care Report of the International Conference on Primary Health Care, September 6–12, 1978. Alma Ata. URSS, Génva, Swizenland: World Health Organization; 1978.

27. Sotelo S, Rocabado F. Salud desde el municipio: Una estrategia para el desarrollo. Salud Pública. México 1994; 36: 439–446.

28. Steinglass P. A systems review of family interaction and psychopathology. In: Jacob T. (ed). Family interaction and psychopathology. NY, Plenum; 1987; p. 25–26.

29. Arnulfo Irigoyen Coria. Fundamentos de Medicina Familiar 4ª. Edición Internacional. Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1996; p 3 ,4, 7.

30. Francisco Javier Gómez –Clavelina. Efrén Raúl Ponce-Rosas, Arnulfo E. Irigiyen-Coria “Strategies for Developing Research Potencial in the Department of Family Medicine of the National

Autonomous University of México; Medicine Today Vol. 3 No. 2 Apr-Jun 2005.

31. C/Baldiri Reixac, 4-6 Torre D, 4^o -08028 Barcelona – Tel./Fax (+34) 93 403 45 46 – E-mail:obd@pcb.ub.es
www.bioceticayderecho.ub.es – www.bioeticaidret.cat

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

12. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS identificación familiar

Familia: _____ Años de unión conyugal: _____

Estado Civil: Casados () Unión libre ()

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 ()

Personas que duermen por habitación: _____

Observaciones: _____