

11217  
24. 107.



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General de Zona No. 8 "San Angel"



## Participación Activa de la Madre y del Médico Familiar en el Control del Niño Sano

### TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el título de:  
MEDICO ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

**Dr. Héctor Jiménez Yarce**



México, D. F., Enero de 1986.

FALLA DE CRIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **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 está 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.

- I N D I C E -

1.	Antecedentes . . . . .	1
2.	Planteamiento del Problema . . . . .	3
3.	Hipótesis. . . . .	6
4.	Objetivos. . . . .	7
5.	Programa de Trabajo. . . . .	8
6.	Tratamiento Estadístico. . . . .	11
7.	Resultados . . . . .	14
8.	Conclusión . . . . .	20
9.	A N E X O S . . . . .	22
10.	Bibliografía . . . . .	47

## ANTECEDENTES:

Durante la 30a. Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en 1977, la gran mayoría de los países resolvieron por unanimidad que la principal meta social sería "Salud para todos en el Año 2000". En este sentido, en 1978, 134 países representados en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, que se llevó a cabo en Alma-Ata (URSS), reconocieron que aquel método de atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esta meta como parte de su propio desarrollo económico... (1)

Hace 10 años que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), por medio de la Comisión Mixta de Política Sanitaria, llegaron a la conclusión de que los sistemas convencionales de salud fracasaban en el intento de satisfacer las necesidades sanitarias de la mayoría de sus pobladores...

... Y no conseguirlas la meta "Salud para Todos" ya que estos sistemas llegaban normalmente a una parte muy limitada de la población concentrada en las ciudades.

Surge entonces un procedimiento que comenzaba por movilizar a la comunidad fuera del sistema convencional de la salud, como la nutrición, el abastecimiento de agua potable, sanea

miento de la vivienda y de las comunidades. Es decir un cambio en la dirección de la dinámica del Gobierno y del Pueblo.<sup>(1)</sup>

El temprano reconocimiento de las necesidades médicas pueden entonces conseguirse con un costo relativamente bajo y a corto plazo a pesar de la recesión económica, fundamentalmente a través de los siguientes medios:

A) Terapia de Rehidratación Oral: Método sencillo y poco costoso que permite prevenir o tratar la deshidratación provocada por GEPI (causa de 5 millones de víctimas anuales).

B) Vigilancia del Desarrollo: fundamentada en la utilización de gráficas de desarrollo Infantil sencillas y baratas acompañadas de un control mensual regular del peso del pequeño y de consejos asistenciales que pueden contribuir a que los padres utilicen de forma adecuada los alimentos disponibles y prevenir cerca de la mitad de los casos de desnutrición en los países en desarrollo.

C) Promoción de la Lactancia Materna, alimentación complementaria.

D) Espaciamiento de los embarazos (Programa de Planificación Infantil).<sup>(2)</sup>

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

México en la actualidad es considerado como país de mediana tasa de mortalidad infantil, con cifras de 50/1000 (edades comprendidas entre 0-1 años); asimismo el producto nacional bruto per cápita para 1981 fue de 2,250 dólares. La población estimada hasta 1981 era de 71.2 millones de habitantes, el índice de natalidad/mortalidad era de 36/7 (tasa de natalidad/mortalidad).

Recientemente, en el terreno de la atención primaria de la salud, destacan las experiencias de países como China, Sri Lanka, las dos Coreas, Taiwan y el Estado Indio de Kerala, en los cuales las tasas de mortalidad infantil descendieron hasta 50/1000 o menos, a partir de un nivel de desarrollo económico inferior al promedio del mundo en desarrollo.

Por tanto la Atención Primaria de Salud (APS), representa la (s) nueva (s) v la (s) de avance que permitirán mantener la esperanza de obtener importantes mejoras en la salud de un mayor número de personas y que incluirá la participación activa de la comunidad, apoyada por el equipo de salud.

Con base en lo anterior, el Plan Nacional de Desarrollo para 1983-1988 decretado por el C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, se plantea lo siguiente:

### Salud:

El mejoramiento en el nivel de salud, aspecto fundamental del bienestar social, no se da como resultado automático del crecimiento económico, sino que es preciso, además, adoptar los medios que hagan gradualmente posible la prestación de este servicio a toda la población con los niveles de calidad de seados.

Dado el programa expuesto a fin de materializar la garantía constitucional de desarrollo social a la protección de la salud, se perseguirán los siguientes propósitos: tener a lo largo de una cobertura los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país; mejorar el nivel de salud de la población, particularmente en los aspectos rurales y urbanos rezagados y en especial preocuparse por los grupos más vulnerables (binomio madre/hijo) y se promoverá la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos económicos.

Con el propósito de contribuir a la mejora y bienestar de la población y poder alcanzar mejores condiciones de vida para los mexicanos: en los próximos años la seguridad social mejorará y modernizará la administración de los servicios propiciando su descentralización y desconcentración, utilizará racionalmente los recursos financieros; establecerá los esquemas de coordinación institucional que permitan el mejor aprovechamiento de

la capacidad instalada para la prestación de los servicios. (4)

Con base en esto último, el presente estudio trata de contribuir a fomentar la participación activa de la comunidad (madre o encargada del niño) para mejorar sustancialmente y en corto plazo la atención primaria de salud, en especial el crecimiento y desarrollo, detectando oportunamente los factores de "riesgo" (RF-1), tales como escolaridad de la madre, estado civil de los padres, ingreso familiar, toxocomanías, tipo de alimentación, costumbres, etc.; con lo que se detectarán dichos factores, tomándose entonces decisiones y acciones asistenciales que vengan al caso. Aunado al programa instituido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mediante el uso de la forma MF-8/82 para la población adscrita a cada consultorio de la Unidad de Medicina Familiar (Hospital General de Zona No. 8), lográndose en corto plazo disminuir sustancialmente la morbilidad infantil del grupo más afectado (0-4 años de edad).



HIPOTESIS

(H<sub>0</sub>) "El adiestramiento de la madre o encargado del niño de 0-4 años en el uso de la gráfica de vigilancia del crecimiento, la detección oportuna de factores de riesgo, aunados a pláticas asistenciales a la madre o encargada del niño, no observará diferencia en el índice de morbi/mortalidad en la población adscrita al consultorio No. 2 Turno A/C, en comparación con la utilización aislada de la Forma MF-8/82 en la población adscrita al Consultorio No. 2 en los Turnos B/D durante un periodo de 8 meses".

(H<sub>1</sub>) "El adiestramiento a la madre o encargado del niño de 0-4 años en el uso de la gráfica de vigilancia del crecimiento y la detección de factores de riesgo aunados a pláticas asistenciales, permitirá observar diferencia en el índice de morbi/mortalidad de la población adscrita al Consultorio No. 2 Turno A/C en comparación con la utilización aislada de la Forma MF-8/82 en la población adscrita a los Turnos B/D del Consultorio No. 2.

OBJETIVOS

- I. VIGILAR EL CRECIMIENTO DEL NIÑO SANO EN EL DOMICILIO PARTICULAR, MEDIANTE LA PARTICIPACION ACTIVA DE LA MADRE;
  
- II. DETECTAR SI SE EFECTUA EL CONTROL DEL NIÑO SANO COMO ACTIVIDAD DIARIA DEL MEDICO FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8, U. M. F.;
  
- III. DETECTAR LA FRECUENCIA DE ASISTENCIA A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR "PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO SANO";
  
- IV. DETECTAR CUANTOS NIÑOS ACUDEN REGULARMENTE AL PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO SANO EN LA U. M. F. DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8.

## PROGRAMA DE TRABAJO:

- 1.1 Esta investigación será realizada en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Hospital General de Zona No. 8, en el Servicio de Medicina Familiar, Consultorio No. 2 Turnos B/D, Consultorio No.2 en los turnos A/C.
- 1.2 La madre o responsable del niño será la encargada de llevar el control de la gráfica de vigilancia del crecimiento en el domicilio particular.
- 1.3 Identificación del Grupo de Trabajo  
Se contará con la participación del equipo de salud (médico familiar, asistencia médica, trabajo social).
- 1.4 La madre o encargada del menor será participante en el ámbito familiar.
- 1.5 Financiamiento  
Se contará con las instalaciones del HGZ No. 8, "San Angel".
- 2.0 Diseño Experimental:
  - A. Selección de la muestra: se detectará durante los meses de marzo y abril a todo aquel menor susceptible de control del niño sano, adscrito al Consultorio No.2

en el turno A/C.

B. Se llevará a cabo un estudio retrospectivo mediante la aplicación de un cuestionario y revisión de expediente clínico del Programa de Atención al Niño Sano en la UMF (HGZ No. 8).

C. Se efectuará un estudio prospectivo al finalizar el estudio para valorar la eficacia o no del presente estudio.

- 2.1 Utilizando la Forma RF-1 (registro familiar) determinaremos los factores de riesgo, tales como grado de escolaridad, estado civil, rol de la esposa o compañera, edad de la mujer, toxicomanías, ingreso familiar, inmunizaciones, tipo de vivienda, etc., de los niños susceptibles a "Control del Niño Sano" asignados al Consultorio No. 2 Turno A/C durante los meses de febrero y marzo de 1985. (Anexo 1)
- 2.2 Con base en la determinación de los factores de riesgo, se elaborarán las tarjetas de los niños de "Alto Riesgo", que serán seguidos durante un periodo de ocho meses. Asimismo, se dará parte a Trabajo Social sobre los mismos.
- 2.3 A través de Trabajo Social se programarán pláticas y reuniones con las madres de los niños de "Alto Riesgo" instru-

yéndolas sobre el manejo de la gráfica de vigilancia de desarrollo y crecimiento, se darán pláticas asistenciales sobre el tipo de alimentación, inmunizaciones, hidratación oral; asimismo se les indicará acudir con el médico familiar al advertir la detención de crecimiento, falta de ganancia de peso, inmunizaciones, deshidratación, etc. (ANEXO No. 2)

- 2.4 Se comparará al final del estudio si realmente el uso de la gráfica de vigilancia del desarrollo y crecimiento y la Forma MF-8/82 han disminuido significativamente la morbi-mortalidad de los individuos asignados al servicio de medicina familiar (Consultorio No. 2, Turno A/C) en un plazo de ocho meses. En comparación al manejo aislado de la forma MF-8/82 en el Turno B/D del Programa de Atención al Niño Sano" en la que no se cuenta con la participación activa de la comunidad (madre o encargada del niño). (ANEXO No.3 )

## TRATAMIENTO ESTADISTICO

La asociación estadística, mediante  $\chi^2$  (chi cuadrada). La asociación estadística indica el grado de probabilidad de un valor observando una serie de valores o la diferencia entre los dos valores, se deben al azar. Para determinar esta asociación se utilizan pruebas de significancia apropiada, una de las más sencillas consiste en comparar los valores observados en la desviación estandar, como se hace en la diferencia de dos tasas de prevalencia.

Una prueba más compleja y de más difícil ejecución para este estudio de investigación sobre el riesgo es la llamada prueba de chi cuadrada ( $\chi^2$ ). Esta prueba permite no rechazar o rechazar la hipótesis nula de no asociación entre los factores de riesgo y los eventos que son estudiados. La prueba señala la probabilidad de que los resultados sean debido al azar; esto es con qué grado de confianza se puede rechazar o no rechazar la hipótesis de nulidad, de la falta de efecto diferencial. Debe hacerse notar que esta diferenciación no indica nada sobre causalidad, simplemente indica que un determinado evento negativo se va acompañando frecuentemente de una característica concreta (factor de riesgo) y que puede ser de utilidad si se emplea para predecir un resultado adverso. Para este propósito no se requiere del conocimiento del mecanismo por el cual este factor produce su efecto negativo, ni se asume en ninguna forma su relación causal. Por ejemplo: para una tabla de 2 x 2 hipotética se

tienen cuatro casillas marcadas con las letras a, b, c y d, las cuales contienen el número de individuos que poseen las dos características al mismo tiempo. La casilla a expresa el número de individuos con factor de riesgo y que presentaron un efecto negativo, que se está estudiando.

La casilla b expresa el número de individuos que aunque estuvieron expuestos a riesgo NO presentaron el efecto negativo (falso positivo). La casilla c expresa los individuos que no están expuestos al riesgo, si tuvieron daño (falso negativo) y la casilla d se localiza a los individuos que no estuvieron expuestos a riesgo y no tuvieron daño.

Para llegar al valor de  $\chi^2$  se emplea la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \frac{N[(ad) - (bc) - \frac{N}{2}]^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

Después de obtener el valor de la  $\chi^2$  se debe interpretar su importancia utilizando la tabla de  $\chi^2$  en donde se presentan los valores de distribución de la misma:

VALOR DE $\chi^2$	NIVELES DE SIGNIFICANCIA CORRESPONDIENTE
1.64	0.20
2.71	0.10
3.84	0.05
6.36	0.01
10.83	0.001

En otros términos, utilizando los factores de riesgo y los eventos, la tabla ofrece la distribución de los valores que se pueden esperar, si existe realmente asociación o bien si la relación es simplemente debida al azar o sea si la hipótesis es nula.

El nivel de significancia que se escoja depende de varios factores, si se analizan por ejemplo las posibles consecuencias de un esquema de tratamiento tradicional (MF\_8/82) con otro nuevo (Gráfica de Vigilancia de Desarrollo y Crecimiento). La falta de crecimiento o la detención del mismo (resultado adverso) se puede considerar el valor de 0.5% como nivel de significancia.



## R E S U L T A D O S

Durante los meses de marzo y abril de 1985, se captaron 52 familias adscritas al Consultorio No. 2 de Medicina Familiar para realizar un estudio prospectivo en relación al Programa de Atención al Niño Sano. Se contó al efecto con la participación activa de la madre o encargada del niño mediante el manejo de la Gráfica de Vigilancia del Crecimiento propuesta por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). A cada familia se le realizó la Forma RF-1 para determinar los factores de riesgo.

Se calificaron de manera arbitraria 17 variables. Dando por ejemplo un valor máximo de 4 puntos para condiciones no deseadas y el valor de 1 para condiciones óptimas. La puntuación máxima, con base en este método será de 68 y la mínima de 17. Considerando de Alto Riesgo a todo aquel que por la adición obtuviera más de 34 puntos; asimismo de Bajo Riesgo aquellos con puntuación menor o igual a 34 puntos.

Teniendo en cuenta que el presente estudio es de tipo longitudinal, prospectivo y comparativo, se excluyeron 19 familias de las cuales algunas fueron dadas de baja de la Unidad, otras cambiaron su adscripción a alguna otra Unidad de Atención Médica, siendo obviamente imposible su seguimiento.

Al final del estudio se contó con 33 familias. Se tomó igual número de familias del Turno B/D al azar, mismas a las que se le determinaron con base en la Forma RF-1; factores de riesgo, comparándola con las primeras.

En resumen, para establecer el tratamiento estadístico de los datos obtenidos, se utilizará una tabla de contingencia hipotética de  $2 \times 2$ , en la cual  $(r-1)(c-1) = 1$  G.L. Con nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$  Índice de Confiabilidad de 0.95% y  $\chi^2$  (tab) = 2.71.

Por lo tanto:

Ho se rechaza si  $\chi^2$  (observ) es  $\geq \chi^2$  (tabul) = 2.71

Ho se acepta si  $\chi^2$  (observ) es  $\leq \chi^2$  (tabul) = 2.71

Utilizando la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{N \left[ (AD) - (BC) - \frac{N}{2} \right]^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

## ANALISIS DE RESULTADOS

1. En el presente estudio, se siguió durante 8 meses a todo aquel niño de 0-4 años susceptible de incluir en el Control del Niño Sano; observándose que, de acuerdo al tratamiento estadístico para corroboración de hipótesis de trabajo:  $\chi^2$  (Observ) = 8.3 con un nivel de significancia correspondiente a (0.5).

Por lo tanto se concluye que la participación conjunta del Médico Familiar, la madre o encargada del niño de 0-4 años y el Equipo de Salud, logran disminuir significativamente la morbi/mortalidad de la población infantil adscrita al Servicio de Medicina Familiar. (Tablas 1, 2 y 3) (ANEXOS Nos.4,5,6)

2. De manera retrospectiva, mediante un Cuestionario (A) aplicado a los médicos adscritos al Servicio de Medicina Familiar, se observó que un 100% de los médicos familiares conocen el Programa de Atención al Niño Sano, conocen los factores de riesgo y consideran de importancia dicho Programa. Sin embargo, cerca de un 12.5% al 25.0% no lleva de manera adecuada el Programa de Atención al Niño Sano y un 56.2% se limita únicamente a realizar acciones de tipo aislado, sin llevarlos de manera conjunta con todo el Equipo de Salud que marca el Programa.

(ANEXO. No. 9)

3. De igual manera se llevó a cabo la aplicación de una

encuesta a la madre o encargada del niño de 0-4 años susceptible de incluir en el Programa de Atención al Niño Sano, observándose según sus respuestas que un 66.6% de los médicos familiares orientan a la madre, fomentan pláticas acerca de desnutrición, hidratación oral, alimentación, etc., y realizan adecuadamente la exploración del pequeño en cada consulta. Por el contrario un gran porcentaje no informa de manera adecuada y oportuna a la madre ni fomenta la participación del equipo de salud de la Unidad de Medicina Familiar. (ANEXO No. 10)

4. La frecuencia observada de Consulta al Servicio de Medicina Familiar fue estimada en un 66.6% - 72.2% en una o dos ocasiones al mes y de un 33.3% en dos o más ocasiones al mes. (ANEXOS Nos. 11, 12 y 13)

5. Mediante la aplicación de la Forma de Registro Familiar (RF-1) para determinación de factores de riesgo, se observó que un 69.5% de las familias estudiadas tenían un ingreso familiar mensual igual o menor al salario mínimo. Con una media de 123,030.00. (ANEXOS Nos. 14 -15)

- Escolaridad:

51.4% tienen educación primaria completa o incompleta

36.2% secundaria completa e incompleta

3.0% educación profesional

10.4% eran analfabetas

(ANEXO No. 16 )

## - Demanda de consulta según grupo de edad y sexo:

Lactantes	66.6%	Masculino	42.4%
Preescolar	27.2%	Femenino	57.5%
Recién Nacido	6.1%		

(ANEXOS Nos. 17-18)

## - Causa de consulta médica:

55.7%	Infecciones vías respiratorias superiores
40.3%	Enfermedades diarreicas y parasitarias
3.0%	Patología musculoesquelética
0.9%	Otras patologías

(ANEXO No.19 )

## - Promedio de hijos:

37.2%	Un hijo
32.2%	Dos hijos
18.0%	Tres hijos
12.5%	Cuatro o más hijos

(ANEXO No. 20)

- Programa de Planificación Familiar:

- 78.7% Bajo control en sus distintas  
modalidades: DIU, quirúrgico,  
hormonal, etc.)
- 21.1% Autocontrol de la fertilidad:  
ritmo o sin método alguno.

(ANEXO No. 21 )

- Inmunizaciones:

- 33.3% completo
- 54.5% incompleto sin refuerzo
- 12.1% sin inmunización

(ANEXO No.22 )

## CONCLUSIONES

1. Se aprecia como significativa la participación conjunta de todo el equipo de salud y de la madre o encargada del niño de 0-4 años en el buen desarrollo de éste.

2. Las variables obtenidas mediante el registro familiar en este estudio (ingreso familiar, escolaridad, paridad, planificación familiar, etc.), son parámetros importantes para calificar el grado de riesgo a que está expuesto el menor.

Por otro lado sitúa a la familia en un contexto social dado, dentro de un marco técnico del estado socioeconómico de la población demandante de servicio médico. Infiriendo de esto que la población más afectada es el binomio madre-hijo. Siendo estos últimos en quienes deben dirigirse las acciones intensivas de todo del equipo de salud.

3. El Programa de Atención al Niño Sano de 0-4 años recientemente implantado en la Unidad de Medicina Familiar se suma a las acciones encaminadas a mejorar las condiciones materno infantiles de la población. Siendo actualmente demasiado pronto para estimar los logros obtenidos. Sin embargo, como se mostró en el estudio, cerca del 100% de los médicos están concientes

de la importancia que reviste dicho Programa para disminuir la morbi/mortalidad de su población.

En la práctica se observó que son pocos los médicos que realizan la forma de Registro Familiar y por ende carecen de parámetros para calificar a su población como de alto o bajo riesgo. Esto último explicarla el porqué 56.2% de los médicos se limitan a acciones aisladas sin participación conjunta de todo el equipo de salud en el control del niño sano. Así como el 12.5% al 25.0% no llevan adecuadamente el Programa.

Otro aspecto importante obtenido en el estudio muestra que gran porcentaje de la demanda de atención médica es para el grupo de padecimientos Infecto Contagiosos (95%) susceptible de ser manejado por el médico familiar y solamente el 5% por el especialista en otras ramas médicas.

En el aspecto materno se apreció que cerca del 21.1% de las mujeres carecen de método de planificación familiar. Por lo que se deberá insistir para mejorar las acciones tomadas por todo el equipo de salud para llegar a la meta deseada: Salud Para Todos en el Año 2000.





REGISTRO FAMILIAR

INSTRUMENTO NOTARIAL No. 1

ANEXO No. 1

ESTADO DE GUERRERO  
 GRADO DE INSTRUCCION  
 CAPACIDAD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

FAMILIA			
CENTRO DE SALUD			
LOCALIDAD			
MUNICIPIO			
CONSULTAS DIAGNOSTICAS	CONSULTAS DIAGNOSTICAS	CONSULTAS DIAGNOSTICAS	CONSULTAS DIAGNOSTICAS

TOTALES

ESTADO DE GUERRERO

PASE ACTUAL DEL C.D. DE LA VIDA FAMILIAR

V I V I V I C E N D A

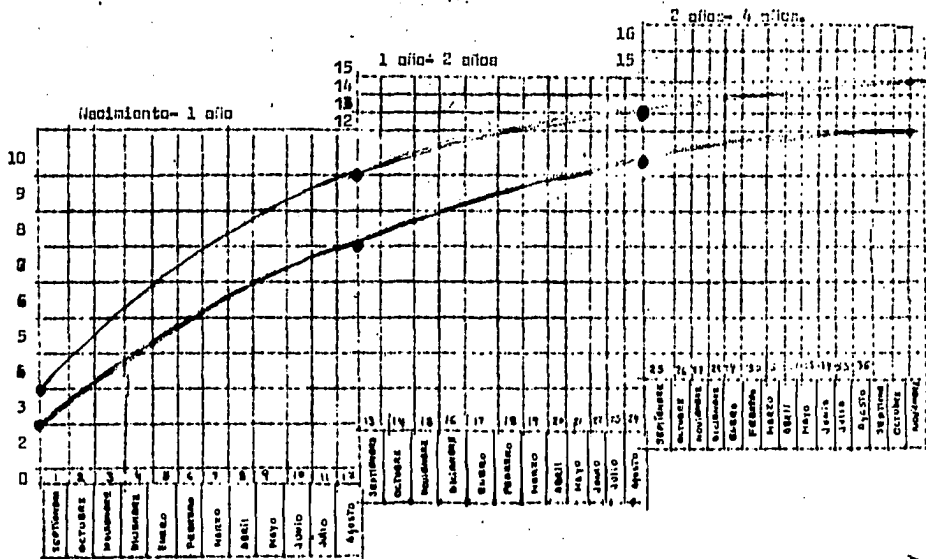
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

ESTADO DE GUERRERO  
 GRADO DE INSTRUCCION  
 CAPACIDAD



GRAFICA DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO.

GRAFICA DE VIGILANCIA DEL DESARROLLO

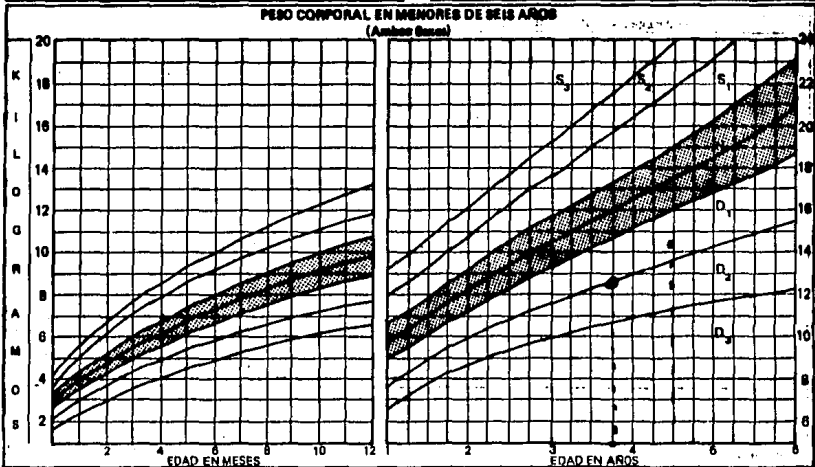


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	1	2	3	4	5	6	
	MESES											AÑOS							
SAZON	●		○	○		○													
DIY			○	○		○								○		○			
ENTRENAMIENTO																			
BSG	●																		



CONTROL DEL NIÑO SANO

ANTECEDENTES	
PESO AL NACER	
<input type="radio"/> PARTO EUTOCICO	APGAR
<input type="radio"/> PARTO DISTOCICO	1'
<input type="radio"/> CESAREA	5'



PERIMETRO CEFALICO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
	cm.	cm.	cm.	cm.	cm.	cm.

**DESARROLLO PSICOMOTOR**

SOSTUVO LA CABEZA	SONRISA SOCIAL	SE SENTO	SE PARO	CAMINO	PRIMERAS PALABRAS	C. ESPINTER VERICAL	C. ESPINTER ANAL	APROVECHAMIENTO ESCOLAR
-------------------	----------------	----------	---------	--------	-------------------	---------------------	------------------	-------------------------

VACUNAS	RN	MESES												AÑOS								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6			
D.P.T.			○		○		○		○							○		○				
SABIN	○		○		○		○									○						
SARAMPION																	○					
B.C.G.	○																				○	
ANTIFODICA																						○
TOXOIDE TETANICO																						○

**DOTACION DE LECHE**

DIA	MES	AÑO	EDAD	TIPO	CANTIDAD	MATRICULA DEL MEDICO FAMILIAR

TABLA. 1

Malas condiciones de peso  
Factor de riesgo + de de  
tricción

Buenas condiciones  
de peso  
Sin factores de riesgo

MALO: + BUENO: +

PROGRAMA: "Control del  
Niño Sano", y participa-  
ción activa de la madre

PROGRAMA: "Control del  
Niño Sano", sin participa-  
ción de la madre

5	25
a	b
c	d
17	19

$$\chi^2 = \frac{N \left[ (ad) - (bc) - \frac{N}{2} \right]^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

$$\chi^2 = 8.3$$

NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE : 0.5

N = 66

T A B L A 2

No. Observ.	(Kgs)	Esperado (Kgs)	Desnutrición	Calificación de riesgo					Casilla
				Alto	Bajo	Mejoró	Se mantuvo	Empeoró	
1.	3.1	8.1	Do-Do	40	-	-	si	-	B
2.	12.5	14.2	D2-D2	-	30	-	-	si	C
3.	3.1	7.0	Do-Do	38	-	-	si	-	B
4.	10.0	10.9	Do-Do	-	34	-	si	-	D
5.	12.0	13.0	Do-Do	36	-	-	si	-	B
6.	7.8	10.9	Do-Do	-	32	-	si	-	D
7.	7.4	12.0	Do-Do	-	32	-	si	-	D
8.	9.0	10.6	Do-Do	46	-	-	si	-	B
9.	3.5	6.7	Do-Do	-	31	-	si	-	D
10.	2.3	6.6	Do-Do	-	31	-	si	-	C
11.	9.5	11.9	D1-D1	36	-	-	-	si	A
12.	10.6	11.0	D0-D0	-	32	-	si	-	D
13.	3.7	6.8	D1-D1	-	34	-	-	si	C
14.	9.2	10.5	D0-D0	-	28	-	si	-	D
15.	10.0	11.2	D0-D0	-	27	-	si	-	D
16.	11.4	13.0	D1-D1	-	28	-	-	si	C
17.	12.0	12.8	D0-D0	-	30	-	si	-	D
18.	3.3	7.6	D1-D1	42	-	-	-	si	A
19.	12.0	13.2	D1-D1	-	33	-	-	si	C
20.	14.0	15.0	D0-D0	-	34	-	si	-	D
21.	9.7	10.0	D0-D0	36	-	-	si	-	B
22.	5.4	8.2	D1-D0	36	-	si	-	-	B
23.	8.0	13.0	D0-D0	36	-	-	si	-	B
24.	13.5	15.0	D0-D0	38	-	-	si	-	B
25.	5.7	7.8	D2-D1	-	33	si	-	-	C
26.	8.6	12.0	D0-D1	-	30	-	-	si	C
27.	4.3	7.5	D1-D1	-	29	-	si	-	C
28.	11.0	12.8	D0-D0	38	-	-	si	-	B
29.	7.0	10.0	D2-D2	39	-	-	-	si	A
30.	12.0	17.5	D2-D1	-	34	si	-	-	C
31.	4.7	7.4	D0-D0	-	31	-	si	-	D
32.	13.0	13.0	D0-D0	-	31	-	si	-	D
33.	5.0	8.5	D0-D0	36	-	-	si	-	B

Consultorio No. 2 Turno A/C, Participación Activa de la Madre

H.G.Z. No. 8, Serv. Med. Fam.

ANEXO 5

T A B L A 3

No. Observ. (Kgs)	Esperado (Kgs)	Desnutrición	Calif. de riesgo		Mejoró	Se mantuvo	No mejoró (empeoró)	Casilla	
			Alto	Bajo					
1.	14.0	15.0	D0-D0	-	32	-	si	-	D
2.	14.0	16.8	D0-D0	-	33	-	si	-	D
3.	2.7	7.8	D0-D0	-	31	-	si	-	D
4.	8.5	9.5	D1-D1	-	30	-	-	si	C
5.	7.6	9.0	D0-D0	-	33	-	si	-	D
6.	6.0	8.8	D1-D1	-	28	-	-	si	C
7.	11.0	12.8	D0-D0	39	-	-	si	-	B
8.	9.5	11.0	D0-D0	35	-	-	si	-	B
9.	9.0	9.8	D0-D1	-	25	-	-	si	C
10.	6.3	7.7	D0-D1	-	29	-	-	si	C
11.	5.0	9.0	D0-D0	-	29	-	si	-	D
12.	5.2	8.2	D0-D0	-	33	-	si	-	C
13.	12.0	12.2	D0-D1	-	33	-	-	si	C
14.	3.5	7.8	D0-D0	38	-	-	si	-	B
15.	8.5	10.5	D0-D0	35	-	-	si	-	B
16.	6.5	8.2	D1-D1	35	-	-	si	si	A
17.	5.2	9.1	D0-D0	36	-	-	si	-	B
18.	6.5	8.4	D0-D0	36	-	-	si	-	B
19.	3.5	7.2	D0-D0	37	-	-	si	-	B
20.	5.5	10.0	D0-D0	35	-	-	si	-	B
21.	5.6	8.0	D0-D0	-	31	-	si	-	D
22.	7.3	10.8	D0-D0	-	32	-	si	-	D
23.	6.0	9.0	D1-D1	35	-	-	-	-	A
24.	6.4	9.0	D0-D0	-	34	-	si	-	D
25.	14.0	15.2	D0-D0	36	-	-	si	-	B
26.	3.5	6.8	D0-D0	38	-	-	si	-	B
27.	7.5	13.0	D0-D0	36	-	-	si	-	B
28.	3.9	9.5	D0-D0	43	-	-	si	-	B
29.	4.8	7.0	D0-D0	43	-	-	si	-	B
30.	8.0	10.5	D1-D0	42	-	si	-	-	B
31.	4.5	7.5	D0-D0	36	-	-	si	-	B
32.	6.2	9.0	D0-D1	-	34	-	-	-	C
33.	6.0	9.0	D1-D1	-	30	-	-	si	C

Consultorio No. 2 Turno B/D H. G. Z. No. 8. Serv. Med. Fam. "Programa de Atención al Niño Sano"

RESULTADO DE LA ENCUESTA SOBRE EL "PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO  
SANO" APLICADA A MEDICOS: 16 EN TOTAL

---

1. ¿Conoce el Programa de Atención al Niño Sano?

SI.....100%

2. ¿Utiliza adecuadamente la Forma MF-8/82?

SI.....87.5%

NO.....12.5%

3. ¿Lleva adecuadamente el Programa de Atención al Niño Sano?

SI.....75.0%

NO.....25.0%

4. ¿Conoce los factores de riesgo?

SI.....100%

5. ¿Detecta oportunamente los factores de riesgo?

SI.....87.5%

NO.....12.5%

6. ¿Trabaja conjuntamente con Trabajo Social para la Atención  
al Niño Sano?

SI.....75.0%

NO.....25.0%



7. *¿Promueve las pláticas conjuntamente con Trabajo Social para las madres?*

SI.....75.0%

NO.....25.0%

8. *¿Tiene Importancia el Programa de Atención al Niño Sano para que se incluya en sus actividades diarias?*

SI.....100%

9. *¿Disminuirá la demanda de consulta por el Programa de Atención al Niño Sano?*

SI.....100%

10. *¿Qué acción toma usted con los niños de Alto Riesgo?*

Lo cita al mes : 56.25%

Lo envía a Trabajo Social: 43.75%

**CUESTIONARIO A**  
**ENCUESTA SOBRE EL "PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO SANO"**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 "SN. ANGEL",  
SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

Sr. Doctor:                      Consultorio No.                      Fecha:

1. ¿Conoce el Programa de Atención al Niño Sano?

(SI)

(NO)

2. ¿Conoce el manejo de la forma MF-8/82 "Control del Niño Sano"?

(SI)

(NO)

3. ¿Lleva de manera adecuada el Programa de Atención al Niño Sano?

(SI)

(NO)

4. ¿Conoce los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo y crecimiento del niño de 0 a 4 años?

(SI)

(NO)

5. ¿Detecta oportunamente a los niños sometidos a riesgo (detección o falta de crecimiento)?

(SI)

(NO)

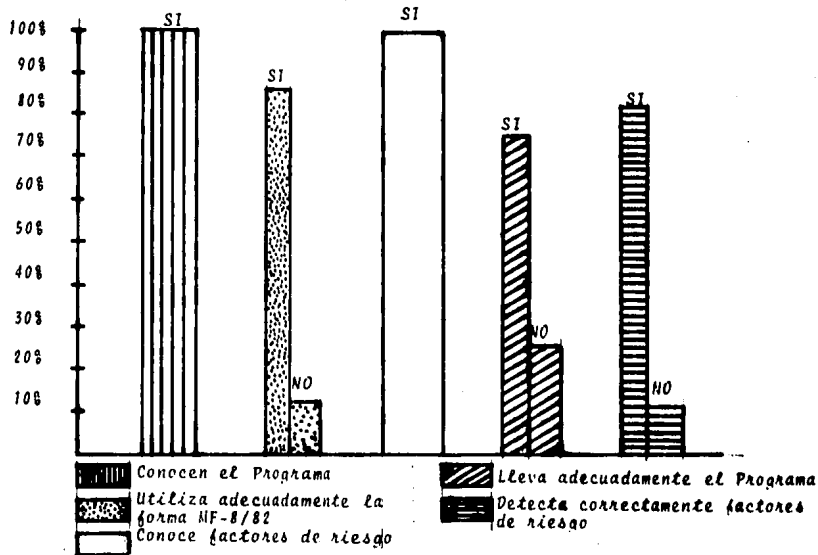
6. ¿Trabaja conjuntamente con Trabajo Social para que se impartan pláticas a las madres o encargadas de niños de "Alto Riesgo"?

(SI)

(NO)

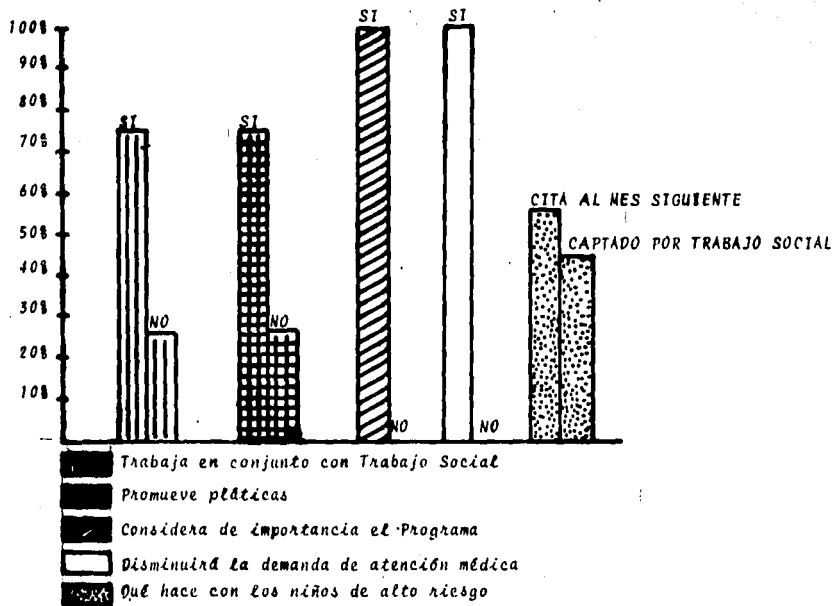
7. Qué acciones tomaría usted al detectar niños considerados de alto riesgo
- a) Lo cita al mes siguiente ( )
  - b) Informa a trabajo social para su seguimiento ( )
8. ¿Promueve las prácticas sobre nutrición, inmunizaciones, hidratación oral, lactancia materna y planificación familiar?
- (SI) (NO)
9. ¿Piensa que la participación activa de la madre disminuirá la demanda de sus servicios?
- (SI) (NO)
10. ¿Tiene importancia el Programa de Atención al Niño Sano para que sea incluido dentro de sus actividades?
- (SI) (NO)

ENCUESTA AL MEDICO FAMILIAR EN EL  
CONTROL DEL NIÑO SANO DE 0-4 AÑOS



FUENTE: Hospital General de Zona No. 8  
Servicio de Medicina Familiar 1985

ENCUESTA AL MEDICO FAMILIAR EN EL CONTROL  
DEL NIÑO SANO DE 0 - 4 AÑOS



FUENTE: Hospital General de Zona No. 8  
Serv. Medicina Familiar 1985

## ENCUESTA B

## ENCUESTA SOBRE EL "PROGRAMA DE ATENCION AL NIÑO SANO"

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 8 "SAN ANGEL". SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR

SEÑORA: (madre o encargada del menor)

1. ¿Su médico familiar le orienta sobre el "Programa de Atención al Niño Sano"?  
 (sí)  (no)
2. ¿Cuándo acude a consulta con su médico familiar su(s) hijo(s) son pesados y medidos?  
 (sí)  (no)
3. ¿Se le han impartido plásticas sobre alimentación, planificación familiar, hidratación oral, inmunizaciones?  
 (sí)  (no)
4. ¿Qué tan frecuentemente acude con su hijo a consulta de medicina familiar?  
 ( ) nunca  ( ) ocasionalmente  ( ) frecuentemente
5. ¿Le ha comentado o usted ha preguntado si su hijo está desnutrido?  
 ( ) nunca  ( ) ocasionalmente  ( ) frecuentemente
6. ¿Qué tan frecuentemente se enferman sus hijos?  
 ( ) ocasionalmente  (frecuentemente)
7. ¿Su médico familiar (explora) revisa a su hijo cuando usted acude a consulta?  
 ( ) nunca  ( ) frecuentemente  ( ) ocasionalmente
8. ¿A cuanto asciende su ingreso mensual?  
 a) - 0 a 10 000    b) - 10 000 - 20 000    c) - más de 30 000
9. ¿Cuánto destina usted para el consumo de alimentos semanalmente?  
 ( ) 20-30%     ( ) 30-60%     ( ) más del 60%
10. ¿Conoce qué tipo de alimentación necesita su hijo para un mejor desarrollo?  
 (sí)  (no)

RESULTADO DE LA ENCUESTA APLICADA A LA MADRE O ENCARGADA DEL  
NINO DE 0-4 AÑOS

---

1. ¿Le orienta su médico acerca de su hijo?

SI.....66.6%

NO.....33.3%

2. ¿Son pesados y medidos sus hijos en cada consulta?

SI.....66.6%

NO.....33.3%

3. ¿Le han impartido pláticas sobre alimentación, hidratación  
oral, planificación familiar, vacunación, etc.

SI.....44.4%

NO.....55.5%

4. ¿Acude a consulta médica?:

Ocasionalmente: 66.6%

Frecuentemente: 33.3%

5. ¿Le han comentado si su hijo está desnutrido?

SI.....27.8%

NO.....72.2%

6. ¿Revisa el médico a su hijo en cada consulta?

SI.....61.1%

NO.....38.8%

7. ¿Con qué frecuencia se enferma su hijo?

1-2 veces al mes: 72.2%

2 o más veces al mes: 27.7%

8. ¿Cuál es su ingreso mensual?

0 - 10,000.00 22.2%

10 - 20,000.00 44.4%

30 - MAS 33.3%

NOTA: 2 omitieron el dato.

9. ¿Cuánto destina a alimentación?

20 - 30% ..... 22.2%

30 - 60% ..... 44.4%

Más del 60%..... 16.6%

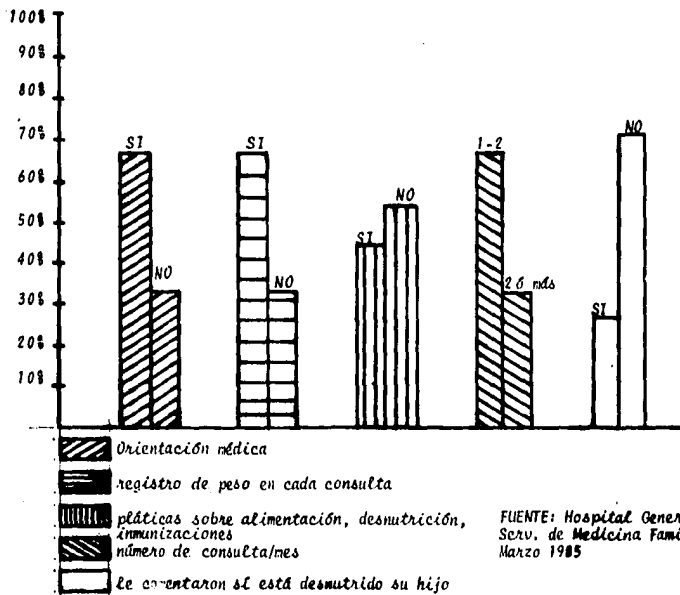
10. ¿Conoce el tipo de alimentación que necesita su hijo para su mejor desarrollo?

SI.....77.7%

NO.....22.2%

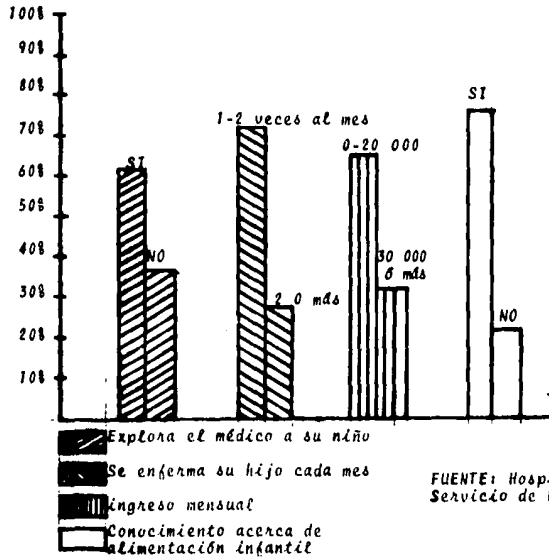


ENCUESTA A LA MADRE O ENCARGADA  
DEL NIÑO DE 0-4 AÑOS



FUENTE: Hospital General de Zona No. 8  
Serv. de Medicina Familiar  
Marzo 1985

ENCUESTA A LA MADRE O ENCARGADA DEL  
NIÑO DE 0 - 4 AÑOS



FUENTE: Hospital General de Zona No. 8  
Servicio de Medicina Familiar 1985

SALARIO	f	fx
17 000	1	17 000
30 000	1	30 000
50 000	1	50 000
56 000	1	56 000
58 000	1	58 000
60 000	1	60 000
80 000	1	80 000
96 000	1	96 000
100 000	1	100 000
120 000	2	120 000
125 000	1	125 000
128 000	1	128 000
130 000	10	130 000
140 000	5	140 000
160 000	2	160 000
200 000	1	200 000
250 000	2	250 000

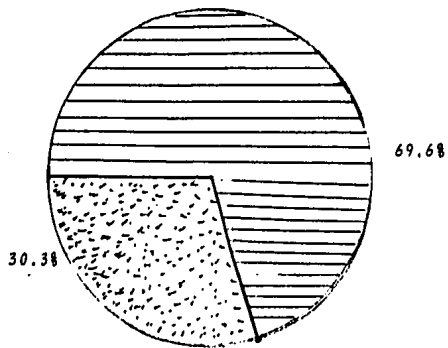
N=33    fx 4060 000

Ingreso per capita

$$X = \frac{fx}{N} = \frac{4060\ 000}{33} = 123\ 030.00$$

FUENTE: Registro Familiar  
 Servicio de Medicina Familiar  
 Hospital General de Zona No. 8  
 1985

INGRESO PER CÁPITA MENSUAL



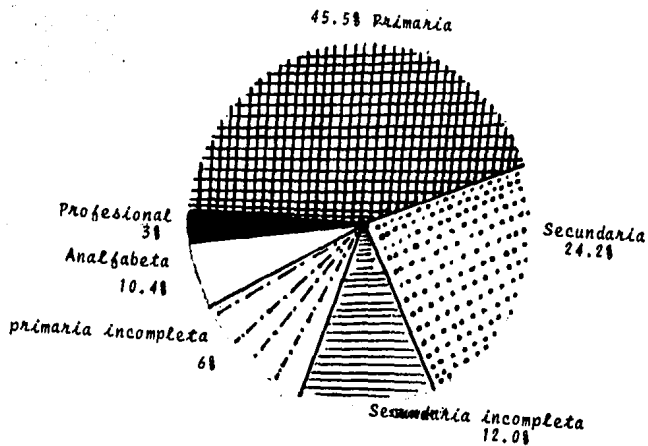
Porcentaje de salario superior al mínimo



Porcentaje de salario igual o menor al mínimo

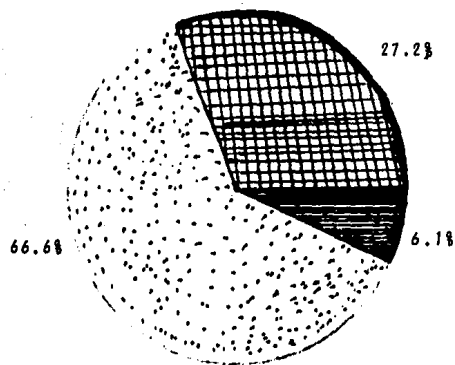
FUENTES: Tarjeta de Reg. Familiar  
Serv. de Medicina Familiar  
Hospital General de Zona No. 8  
1985




GRADO DE ESCOLARIDAD



FUENTE: Registro Familiar  
Servicio de Medicina Familiar  
Hospital General de Zona No. 8  
1985

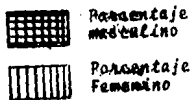
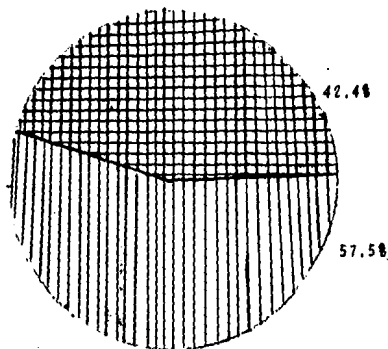
GRUPOS EDARIOS EN CONTROL DEL NIÑO SALVO



-  Porcentaje de preescolares captados
-  Porcentaje de lactantes captados
-  Porcentaje de recién nacidos captados

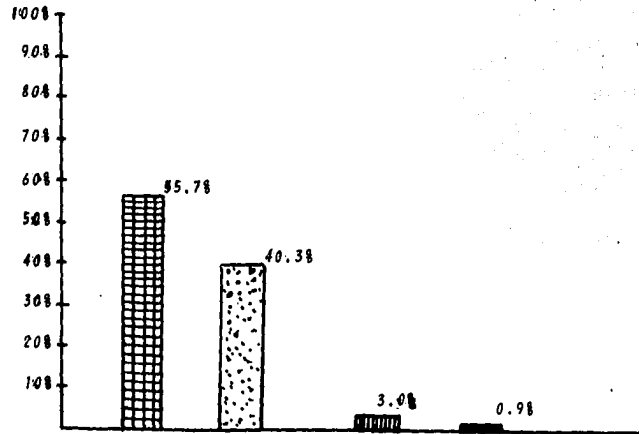
FUENTE: Registro Familiar,  
Servicio de Medicina Familiar C-2  
Hospital General de Zona No. 8  
1985

DEMANDA DE CONSULTA SEGUN SEXO



FUENTE: Registro familiar  
Servicio de Medicina Familiar C-2.  
Hospital General de Zona No. 8  
1985

CAUSA DE CONSULTA



■ Enfermedades diarreicas y parasitarias

■ Infecciones respiratorias superiores

■ Patología musculo esquelética

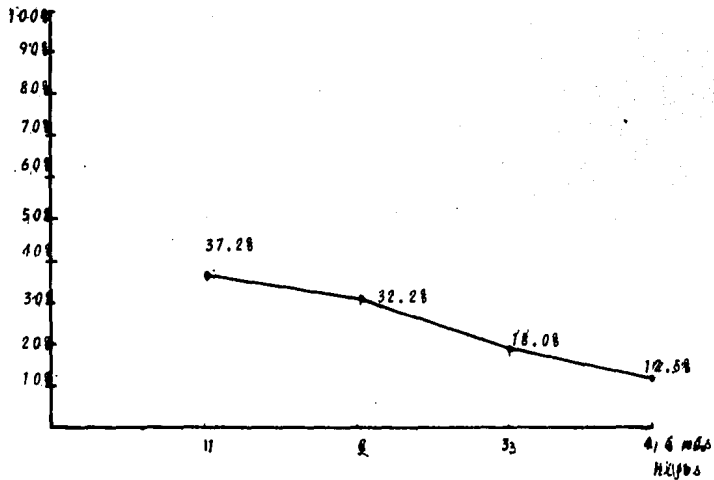
■ Otras afecciones

N: 566

ESTA  
SALIR DE LA  
TESIS NO DEBE  
DEBERE  
BIBLIOTECA  
NO. 19

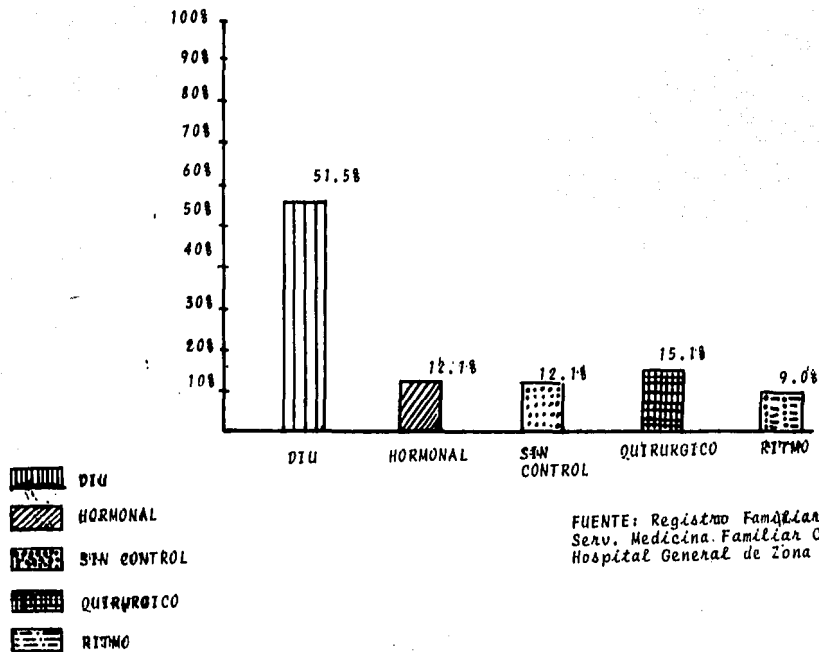


# PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR



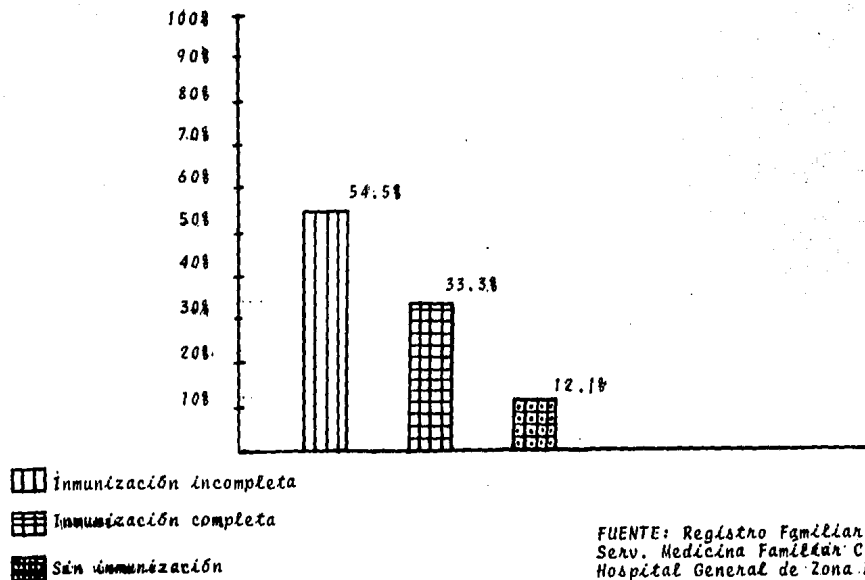
FUENTE: Registro familias  
Serv. Medicina Familiar 6 - 2  
Hospital General de Zona No. 8  
1985

# PLANIFICACION FAMILIAR



FUENTE: Registro Familiar  
Serv. Medicina Familiar C-2  
Hospital General de Zona No. 8  
1985

# INMUNIZACIONES.



FUENTE: Registro Familiar  
Serv. Medicina Familiar C - 2  
Hospital General de Zona No. 8  
1985

B I B L I O G R A F I A

1. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. La Experiencia China. Ginebra, 1984.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 1984.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual para la Elaboración y Aprobación de Proyectos de Investigación Científica.
4. Resumen Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.
5. ESTADISTICAS SHAWNS.