

11226  
28  
24



UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL  
ESTADO

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL  
"MODELO SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN  
MÉDICA FAMILIAR" (MOSAMEF) EN LA ZONA 2  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL  
ISSSTE, PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1998

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

PRESENTA:

*Dra. Lina Eva*

*Espinosa Carrera*

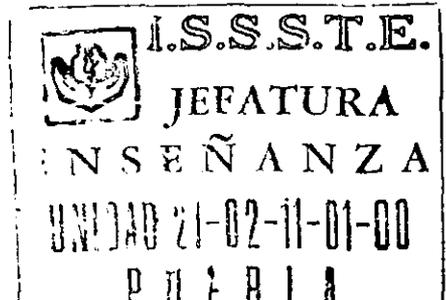


ISSSTE

PUEBLA, PUE. 1999

28/10/99

1999





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.

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL "MODELO  
SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR"  
(MOSAMEF) EN LA ZONA 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR DEL ISSSTE, PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1998**

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

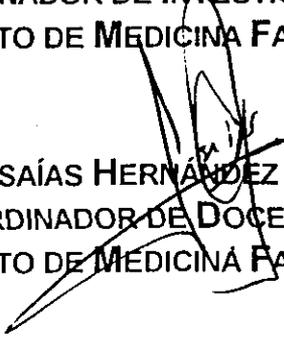
PRESENTA:

*Dra. Lina Eva Espinosa Carrera*

**AUTORIZACIONES:**

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

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

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

PUEBLA, PUE. JULIO 1999

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL "MODELO  
SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR"  
(MOSAMEF) EN LA ZONA 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR DEL ISSSTE, PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1998**

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

**PRESENTA:**

*Dra. Lina Eva Espinosa Carrera*

**AUTORIZACIONES:**

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

**DRA. CONCEPCIÓN P. BETANCOURT LEYTE**  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR

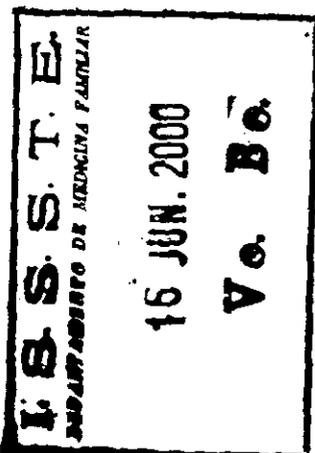
**MC MIGUEL ÁNGEL ENRÍQUEZ GUERRA**  
GENETISTA, MSP  
ASESOR DE TESIS EN LA FMBUAP

**MC JUAN JOSÉ LUNA ALCÁNTARA**  
MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS E INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
ASESOR DE TESIS EN LA FMBUAP

**DR. FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA**  
ASESOR DE TESIS POR PARTE DE LA U.N.A.M.

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

**FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP, JULIO 1999**



**I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL "MODELO  
SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICA FAMILIAR"  
(MOSAMEF) EN LA ZONA 2 DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE, PUEBLA  
DURANTE EL AÑO DE 1998**

## II. ÍNDICE GENERAL

PÁGINA

I.	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	
II.	ÍNDICE GENERAL	
III.	MARCO TEÓRICO .....	1
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V.	JUSTIFICACIÓN.....	12
VI.	OBJETIVOS .....	13
	VI.1. GENERAL	
	VI.2. ESPECÍFICOS	
VII.	HIPÓTESIS.....	15
VIII.	METODOLOGÍA .....	16
	VIII.1. TIPO DE ESTUDIO	
	VIII.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	
	VIII.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	VIII.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	
	VIII.4.1. Inclusión	
	VIII.4.2. Exclusión	
	VIII.4.3. Eliminación	
	VIII.5. VARIABLES A RECOLECTAR	
	VIII.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
	VIII.7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	
IX.	RESULTADOS.....	22
X.	DISCUSIÓN .....	64
XI.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	64
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
XIII.	ANEXOS .....	70

*U N A M I S S S S T &*

*2 0 0 0*

### III. MARCO TEÓRICO

#### ANTECEDENTES:

El mundo es un lugar imperfecto. Algunas personas describirían una familia ideal como aquella en la que un varón y una mujer maduros que se amaran tuvieran un trabajo satisfactorio, una plena confianza en sí mismos y los medios económicos adecuados para vivir confortablemente y ahorrar para necesidades futuras, amigos y familiares cercanos que les brindaran todo su apoyo y afecto, una organización del cuidado de los hijos, consistente y de elevada calidad y tiempo libre y actividades recreativas en abundancia. Por desgracia, pocos de nosotros hemos experimentado este ideal, ya sea como hijos o como padres. La realidad consiste en sacar el mayor partido posible a lo que tenemos y el oficio de padres empieza por crear un entorno familiar seguro y de apoyo, en el cual, los hijos puedan crecer y educarse. Para este fin existen numerosos medios. El estereotipo tradicional de una madre dedicada por completo al hogar con una responsabilidad básica del hogar y de sus hijos y un padre que trabaja fuera de casa y con pocas responsabilidades primordiales en el hogar, ya no nos sirve. Más de la mitad de las madres casadas con hijos de menos de 6 años y el 85% de padres/madres sin pareja trabajan fuera del hogar (1).

Actualmente sólo un 60% de los 65 millones de niños de los EE.UU. viven con ambos padres biológicos y, cada año, más de un millón de niños son testigos del divorcio de sus padres (2).

Entre los diversos patrones de estructuras familiares observados hoy día, existen familias reconstituidas y mezcladas, padres/madres sin pareja, por elección o involuntariamente, parejas de hecho sucesivas, padres homosexuales, cuidados y custodia partidos, pero separados, hijos con padres de acogida y familias sin hogar (3).

Ser padre constituye uno de los oficios más desafiantes de los que la mayor parte de los adultos desempeñan alguna vez y el que preocupa más a la mayor parte de los mismos. La mayoría se convierten en padres con muy poca educación o formación previa. Habitualmente, la formación continuada y el apoyo son escasos. Por esta razón, los padres confían en repetir o modificar tanto los patrones eficaces como los perjudiciales que aprendieron a partir de sus experiencias como niños; se estima que los médicos familiares son observadores y asesores de este proceso.

Existen pruebas de que la forma mediante la que una familia apoya el crecimiento y desarrollo de sus hijos es mucho más importante que sus características estructurales concretas (4).

Diversos aspectos del funcionamiento familiar ayudan a los niños a

adquirir una sensación de seguridad y autoestima, a aprender las habilidades sociales apropiadas, responder a las normas y limitar y controlar su cólera y agresión (5).

Estas características incluyen:

- La provisión fiable de las necesidades vitales incluyendo los alimentos, alojamiento, vestido y asistencia médica.
- Demostración de afecto, amor incondicional y establecimiento constructivo de pautas.
- Continuidad y estabilidad de los cuidados.
- Estimulación del desarrollo cognitivo y del lenguaje.
- Modelos apropiados de relaciones adultas saludables incluyendo la intimidad.
- Cooperación entre los adultos que comparten las responsabilidades como padres.
- Ausencia de enfermedades mentales o drogadicción, incluyendo la depresión o alcoholismo.
- Apoyo adecuado por parte de familiares, amigos, vecinos y la comunidad a los adultos responsables de los cuidados.

Ningún tipo específico de familia conlleva automáticamente ventajas o desventajas para un niño. Familias de estructura diversa son capaces de favorecer un desarrollo saludable de sus hijos y de satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. La constelación familiar sólo proporciona el marco a partir del cual se conoce cómo funciona una familia. El compromiso constante de los padres con sus hijos y su capacidad y voluntad de proveerles de un entorno seguro y culto para desarrollarse constituyen las características fundamentales necesarias para que un niño se desarrolle (4).

Algunas constelaciones familiares pueden asociarse con tensiones especiales, pero pocas son exclusivas de una constelación determinada. A pesar de que las madres solteras tienen más probabilidades de carecer de importantes recursos materiales, las familias tradicionales pueden experimentar dificultades similares. Los malos tratos verbales y la violencia física pueden formar parte de cualquier familia. La adquisición de una identidad sexual adulta constituye un desafío del desarrollo para todos los niños, con independencia de que sus padres vivan juntos o separados o de si son hetero u homosexuales (6).

Los cometidos del desarrollo propios de la adolescencia pueden rivalizar con un oficio de padre eficaz, pero los adultos frecuentemente también carecen de estas habilidades (7).

La determinación de los mejores intereses del niño, sea con respecto a la supervisión de la salud, custodia, acogida familiar o adopción, sólo puede establecerse evaluando los puntos débiles y los puntos fuertes de cada familia concreta.

Los padres no son la única fuente de apoyo y modelo de conducta necesarios para el desarrollo de un niño. Otros miembros de la familia, maestros, y otros adultos importantes también pueden proporcionar modelos valiosos para un desarrollo óptimo. Los médicos familiares desempeñan un importante papel en el apoyo de las familias y en ayudarlas a conseguir su máximo potencial educativo. En primer lugar, pueden comunicar interés, respeto, apoyo y aliento. Como consecuencia de su compromiso regular y prolongado con las familias, también tienen la oportunidad de valorar los patrones de funcionamiento de las familias, la adecuación del compromiso de los padres para identificar y satisfacer las necesidades de los hijos, y la participación de la familia en grupos de apoyo de la comunidad, su relación con otros profesionales y las escuelas. Además, pueden proporcionar orientación y recomendaciones específicas para intervenciones apropiadas y eficaces tanto directamente como en colaboración con colegas que pueden proporcionar referencias y consultas.

Es preciso que, en el contexto de sus rutinas de supervisión de la

salud, los médicos familiares encuentren la forma de identificar regular y precisamente:

- Las personas que viven en el hogar.
- Las personas que participan en el cuidado del niño.
- Las personas que brindan apoyo emocional a los padres.
- Dónde residen los padres biológicos si no están en el hogar y cuáles son sus responsabilidades como padres.
- El grado hasta el cuál son adecuados los recursos económicos de la familia.
- Cuáles son las dificultades que afronta esta familia con respecto a la educación de los hijos.
- El desarrollo del niño.
- Las actividades del niño con compañeros.
- Los logros académicos del niño.
- La conducta del niño que es preocupante para padres o maestros.
- Las respuestas a situaciones o problemas estresantes a los que

la familia se enfrenta.

- Los puntos fuertes y los recursos del afrontamiento del niño y la familia.
- En general como se desarrolla el proceso de crecimiento y desarrollo de manera integral de una familia determinada.

Este cribado sistemático y la discusión posterior de los problemas psicosociales familiares es posible en el contexto de las visitas regulares de supervisión de la salud pediátrica, Introduce una influencia potencialmente profunda en la salud y bienestar del niño, pero sigue siendo excepcional (8, 9, 10).

Este tipo de evaluación comunica a la familia el apoyo y disponibilidad del pediatra para ayudarla en su compromiso de educar al niño, sea cual sea la estructura que adopte la familia y sean cuales sean los desafíos a los que se enfrenta. Identificar a los niños y a las familias con transiciones o constelaciones familiares similares en una consulta pediátrica también tiene otras ventajas, tales como la provisión de una oportunidad para desarrollar grupos educativos y redes de apoyo para los padres. Por ejemplo, los padres solteros, divorciados, adoptivos o adolescentes pueden obtener un importante apoyo de esta forma. En muchas comunidades existen independientemente diversos recursos para

padres y que reciben el apoyo y las referencias de los pediatras.

Como siempre, la eficacia de la asistencia del médico familiar depende de la formación de una relación de colaboración eficaz entre el pediatra, los principales cuidadores y el niño. Los pediatras pueden ofrecer consejos y ayuda de gran valor a los padres para cumplir los universales desafíos del oficio de padre.

En los países desarrollados donde los programas de medicina familiar tienen plena vigencia, se reconoce al primer nivel de atención como el marco ideal para impulsar y desarrollar programas de actividades de promoción de la salud preventivas y terapéuticas, por tratarse del nivel dentro del sistema de salud donde la población accede de manera directa y continua, siguiendo con frecuencia las orientaciones de su médico (11, 12).

La promoción de la salud cuyos múltiples beneficios pudieran resumirse en dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: incremento de la calidad de vida de los miembros de las familias, disminución de los costos de la atención, y normar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar –incluyendo enfermería, trabajo social, dietistas, sanitaristas– pero sobre todo en un nuevo tipo de relación con el paciente, ya que la promoción de la salud, el ejercicio de medidas eficaces de prevención y la práctica satisfactoria de acciones

terapéuticas sobre patologías identificadas, sólo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar (13, 14).

Los intentos por implementar un diagnóstico por consultorios de medicina familiar, indicando el número de pacientes que fueron atendidos en un año, dentro de una población de 2,500 personas; la identificación de patología social y frecuencia de patologías poco comunes en un consultorio fueron descritos por Fry desde el inicio de los años ochentas (15).

El propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar parten desde los trabajos de McWhinney (16) y White (17) quien en 1961 describió por primera vez que un paciente de cada 250 consultas por problemas de salud era atendido en un hospital, señalando así la importancia del llamado médico de familia. Recientemente Hart (18), describió al médico familiar como un profesional de la salud con imaginación ágil, señalando como una de sus peculiaridades más importantes (en contraposición con el modelo de consultorio tradicional) el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercuten en la salud de la comunidad bajo su cuidado, es decir, incrementar actividades preventivas, de consejo y educación sanitaria (18).

De esta manera el médico familiar debería 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 o grupo de enfermedades y, observar permanentemente a sus pacientes como una población en riesgo (19).

El modelo sistemático de la atención médica familiar (MOSAMEF) es una propuesta para llevar a cabo la práctica de la Medicina Familiar, Irigoyen y colaboradores, han elaborado una serie de estrategias para iniciar acciones que definen con claridad el trabajo del Médico Familiar y favorece el conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias, el cual redundará en un adecuado estudio de las características de la población a su cuidado, definiendo los campos de acción propios de la Medicina Familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina (20).

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Con la aplicación del Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar se pueden establecer programas preventivos de promoción a la salud, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación en los usuarios de la Zona 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla durante el año de 1998?

## V. JUSTIFICACIÓN

Debido a que no se dispone de información sociodemográfica de la población atendida en la Zona 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla durante el año de 1998, 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.

## VI. OBJETIVOS

### VI.1. GENERAL:

- *Aplicar el Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar en la Zona 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla en el año de 1998.*

### VI.2. ESPECÍFICOS:

- VI.2.1. *Identificar las características biopsicosociales de la población atendida en la Zona 2 de la Unidad de Medicina Familiar como un primer paso en la planeación de los servicios de atención a la salud.*
- VI.2.2. *Realizar un censo poblacional en la población atendida en la Zona 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla durante el año de 1998.*
- VI.2.3. *Realizar el estudio sistemático familiar.*
- VI.2.4. *Analizar los motivos de consulta con otras variables psicosociales y familiares.*

VI.2.5. Mejorar la calidad de la atención médica.

VI.2.6. Proponer estrategias preventivas que permitan la disminución de los costos de la atención médica en la Zona 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE.

## VII. HIPÓTESIS

La aplicación del Modelos Sistemático de Atención Médica Familiar permite identificar las características biopsicosociales de las familias que están a cargo del médico familiar lo que a su vez repercute la implementación de medidas preventivas y actividades de promoción de la salud.

## VIII. METODOLOGÍA

### VIII.1. TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva, la cual se fundamenta en tres estrategias:

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

### VIII.2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Está constituido por los expedientes clínicos de las familias atendidas en la Unidad Médica Familiar N° 2 del ISSSTE, Puebla durante el año de 1998.

### VIII.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Está conformada por 250 familias, las cuales fueron seleccionadas mediante muestreo de tipo determinístico.

#### **VIII.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:**

##### **VIII.4.1. INCLUSIÓN:**

- *Sujetos de cualquier género.*
- De cualquier edad.
- Población usuaria asignada a la Zona 2 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla.
- Por cualquier diagnóstico.
- Atendida en el periodo de estudio.
- Expedientes completos.

##### **VIII.4.2. EXCLUSIÓN:**

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

##### **VIII.4.3. ELIMINACIÓN:**

- Expedientes clínicos incompletos.
- Encuestas incompletas.

### VIII.5. VARIABLES A RECOLECTAR:

#### ESTRATEGIA: Censo poblacional

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Total de individuos	Cuantitativa, Discreta	Intervalo	Número total de sujetos
Edad	Cuantitativa, Discreta	Intervalo	Años
Género	Cualitativa	Nominal	Masculino/Femenino
Total de sujetos por género	Cuantitativa	Intervalo	Total masculinos Total femeninos
Total de sujetos por género y edad	Cuantitativa	Intervalo	Total de sujetos por edad y género

#### 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

**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	Intervalo	≤ 1 salario mínimo 1 a 2 salarios mínimos 3 o más salarios mínimos
Tipo de familia			
Desarrollo	Cualitativa	Nominal	Moderna, tradicional
Demografía	Cualitativa	Nominal	Urbana, semiurbana
Composición	Cualitativa	Nominal	Nuclear, extensa, compuesta

**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)

**VIII.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:**

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

**VIII.7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:**

**VIII.7.1. RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN:**

No se considera que represente algún riesgo para la salud.

**VIII.7.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

No es necesario.

## IX. RESULTADOS

El total de la población estudiada fue de 10,022 pacientes cuya distribución por edad y sexo se presenta en la pirámide poblacional.

Se seleccionó una muestra de 250 familias a las cuales se les aplicó la cédula de identificación familiar empleada, se obtuvieron los siguientes resultados:

**El estado civil:** De un total de 250 familias encuestadas, 214 (86%) son casadas, y 36 (14%) viven en unión libre (Cuadro y Gráfica N° 1).

**Años de unión conyugal:** Fueron distribuidos por intervalos de donde se observa que en el rango de 0 a 10 años se presentaron 78 (31%) casos, en el de 11 a 20 hubieron 87 (35%) casos; 59 (24%) se ubicaron en el intervalo de 21 a 30 años, en el grupo de 31 a 40 se presentaron 17 (7%), en el de 41 a 50 años se registraron 3 (1%) casos y en el intervalo de 51 a 60 hubieron 6 (2%) casos (Cuadro y Gráfica N° 2).

**Edad paterna:** Se presentan en décadas, distribuidos de la siguiente manera: de 20 a 30 años se registraron 30 (42%) casos, de 31 a 40 fueron 75 (30%) casos, en el grupo de 41 a 50 hubieron 84 (34%) casos, de 51 a

60 se encontraron 38 (15%) casos, se presentaron 11 (4%) casos en el grupo de 61 a 70 años; 7 (3%) en el intervalo de 71 a 80, y 5 (2%) en el de 81 a 90 años (Cuadro y Gráfica N° 3).

**Edad materna:** La distribución de la edad materna se presenta de la siguiente manera: Se de 20 a 30 años se fueron 39 (16%) casos, de 31 a 40 se presentaron 95 (38%) casos, en el grupo de 41 a 50 tuvimos 72 (29%) casos, de 51 a 60 se presentaron 26 (10%) casos, tuvimos 9 (4%) casos en el grupo de 61 a 70 años, y también 9 (3%) en el intervalo de 71 a 80; de 81 a 90 años no se encontraron (Cuadro y Gráfica N° 4).

**Número de hijos de las familias encuestadas:** Se encontró lo siguiente: los hijos de hasta 10 años de edad fueron 158 (26%), de 11 a 19 años hubieron 185 (31%) y de 20 y más años de edad fueron 259 (43%) (Cuadro y Gráfica N° 5).

**Tipo de familia:** En cuanto a su desarrollo se encontró en 146 (58%) casos ser moderna contra 104 (42%) que es de tipo tradicional (Cuadro y Gráfica N° 6).

**Composición de la familia:** En cuanto a su composición son en 194 (78%) casos de tipo nuclear y extensa en 56 (22%) casos, hacemos notar que no se encontraron casos en familias compuestas (Cuadro y Gráfica N° 7).

**Demografía:** Se encontró que el 98% (244 casos) es de tipo urbana y en sólo 6 (2%) familias se clasificó como semiurbana (Cuadro y Gráfica N° 8).

**Ingreso mensual:** Se aprecia que en 2 familias (0.8%) es menor a un salario mínimo, en 54 (21.6%) de 1 a 2 salarios mínimos y que en 194 (77.6%) casos fue de 3 o más salarios mínimos (Cuadro y Gráfica N° 9).

**Dependientes económicos:** 5 (0.5%) personas dependen de menos de un salario mínimo, de 1 a 2 salarios dependen 187 (19.5%) individuos y de 3 o más salarios mínimos dependen 763 (80%) personas (Cuadro y Gráfica N° 10).

**Ocupación de los padres y madres:** La ocupación de los padre fue: Profesional en 218 (44%) de los casos, siendo 127 los hombres y 91 las mujeres; los técnicos en 11 (2%) casos, siendo los puros hombres; para empleados en total fueron 130 (26%), siendo 79 hombres y 51 mujeres; los desempleados en 139 (28%), son 31 hombres y 108 mujeres (Cuadro y Gráfica N° 11).

**Etapas del ciclo vital:** Se encuentran nuestras familias encuestadas de la siguiente manera: En expansión se ubican 47 (19%) familias, en la etapa de dispersión 142 (57%), de independencia 49 (20%) y en retiro 12 (5%) (Cuadro y Gráfica N° 12).

**Personas que duermen por habitación:** Encontramos 12 (5%) persona cuentan con sólo 1 dormitorio, 103 (41%) personas cuentan con 2 dormitorios, 91 (36) personas con 3 dormitorios, 37 (15%) personas con 4 dormitorios, 3 (1%) personas con 5 dormitorios y por último 4 (2%) personas con 6 dormitorios (Cuadro y Gráfica N° 13).

El Cuadro y Gráfica N° 14, presenta los 10 principales motivos de consulta en la Zona N° 2 UMF, ISSSTE, Puebla durante 1998.

En el Cuadro y Gráfica N° 15, se presenta los 10 principales motivos de consulta en la Zona N° 2 UMF, ISSSTE, Puebla durante 1998, distribuidas de acuerdo a primera vez y subsecuentes.

En el Cuadro N° 16, se presentan el número de consultas por paciente más frecuentes en la Zona N° 2 UMF, ISSSTE, Puebla durante 1998.

El Cuadro y Gráfica N° 17, presenta las distribución de las consultas

por meses del año 1998, en la Zona N° 2 UMF, ISSSTE, Puebla.

La vigilancia de enfermedades crónicas degenerativas en prevención y control que se presentaron en la Zona N° 2 UMF, ISSSTE, Puebla durante 1998, se presenta en el Cuadro y Gráfica N° 18.

## DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL

### DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA ZONA N° 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 1998

(n = 10,022)

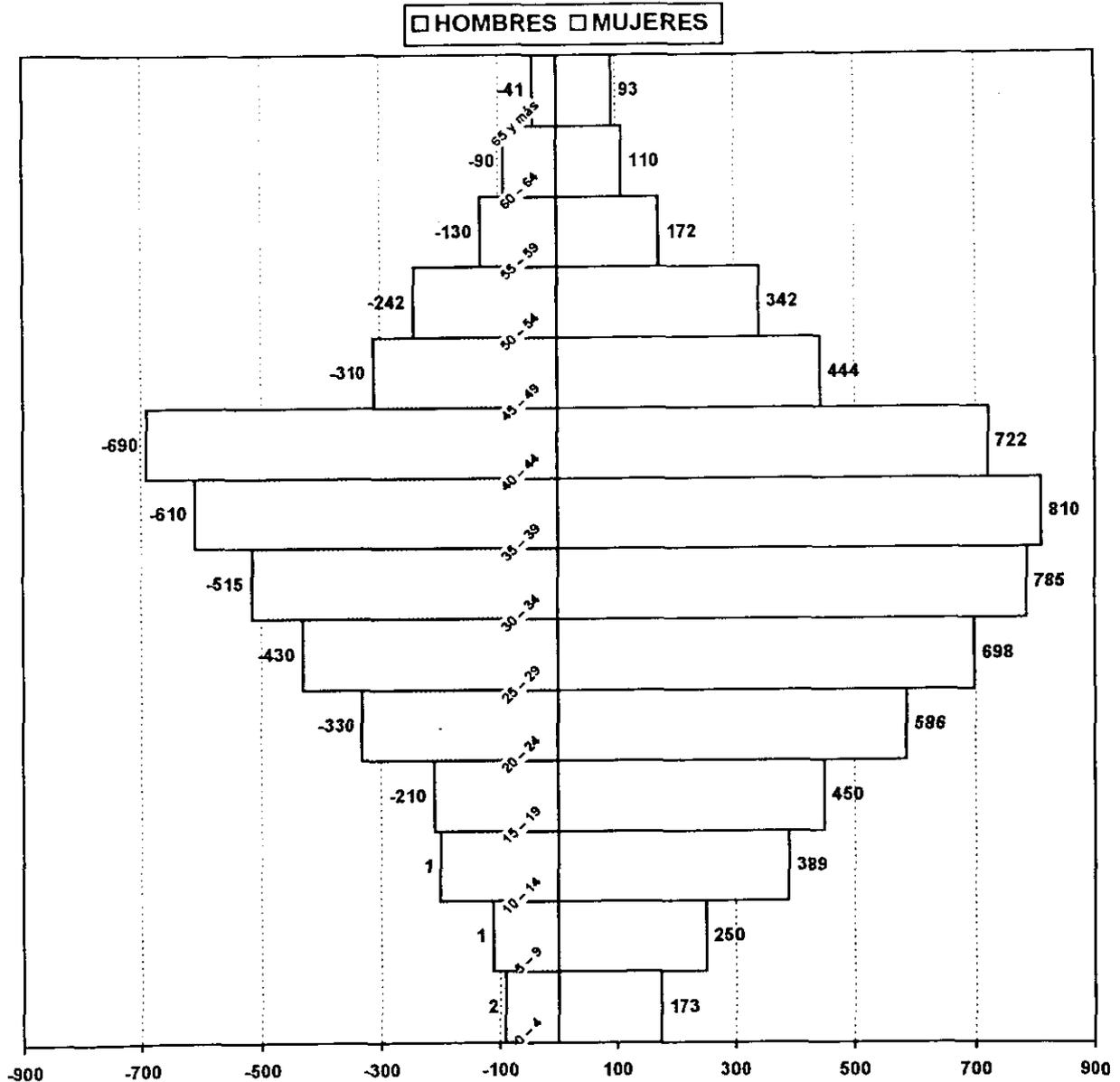
HOMBRES		Grupos de edad en años	MUJERES	
Porcentaje	N° casos		N° casos	Porcentaje
2.25	90	0 - 4	173	3.00
2.75	111	5 - 9	250	4.15
5.00	199	10 - 14	389	6.45
5.25	210	15 - 19	450	7.45
8.25	330	20 - 24	586	9.75
10.75	430	25 - 29	698	11.60
13.00	515	30 - 34	785	13.00
15.25	610	35 - 39	810	13.45
17.25	690	40 - 44	722	12.00
7.75	310	45 - 49	444	7.35
6.00	242	50 - 54	342	5.65
3.25	130	55 - 59	172	2.85
2.25	90	60 - 64	110	1.80
1.00	41	65 y más	93	1.80
<b>100</b>	<b>3998</b>	<b>TOTAL:</b>	<b>6024</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## PIRÁMIDE POBLACIONAL

DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA ZONA N° 2 DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 1998

(n = 10,022)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## CUADRO N° 1

### DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 250)

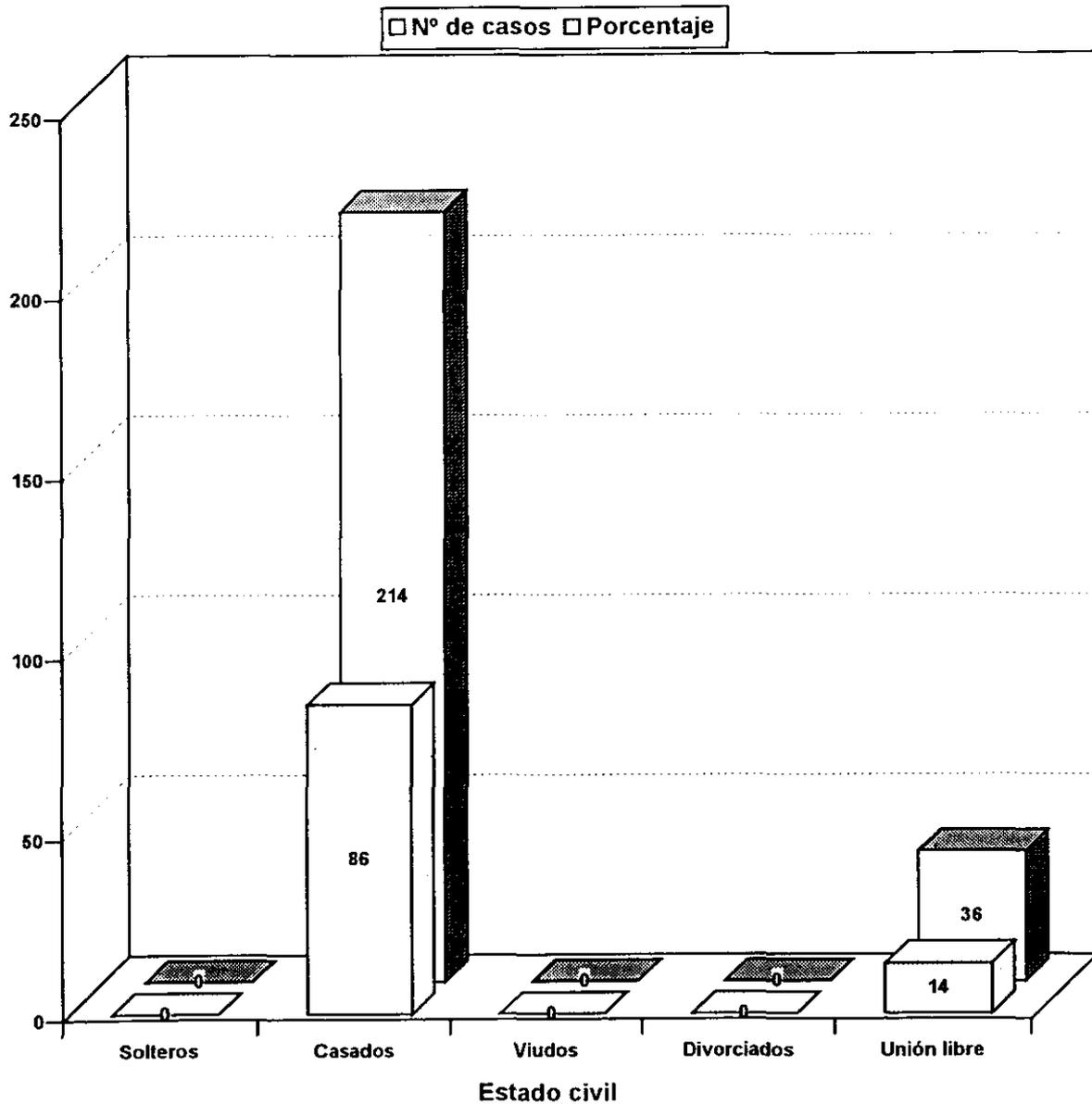
Estado civil	N° de casos	Porcentaje
Solteros	0	0
Casados	214	86
Viudos	0	0
Divorciados	0	0
Unión libre	36	14
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

# GRÁFICA N° 1

## DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## CUADRO N° 2

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

(n = 250)

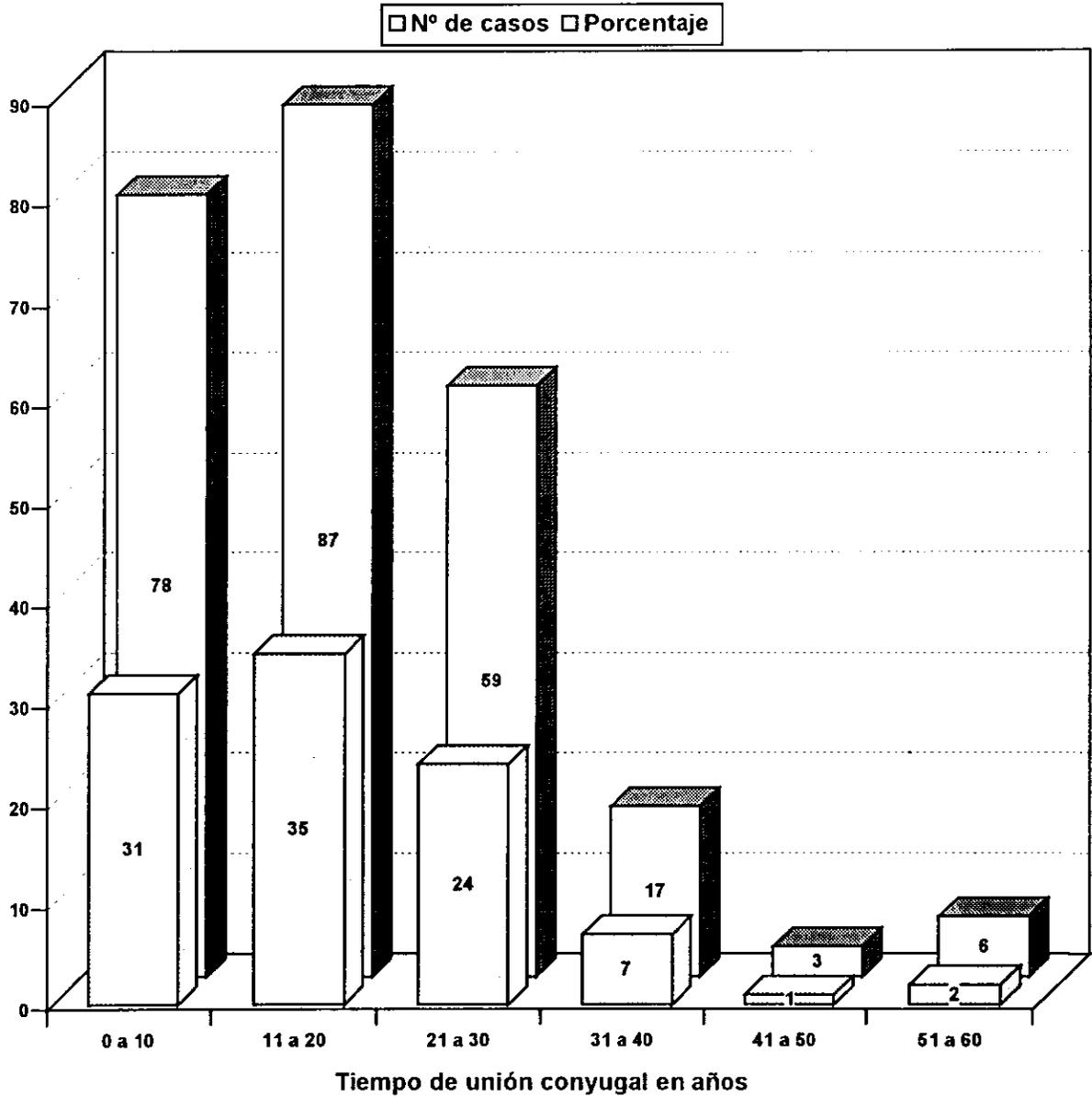
Tiempo de unión en años	N° de casos	Porcentaje
0 a 10	78	31
11 a 20	87	35
21 a 30	59	24
31 a 40	17	7
41 a 50	3	1
51 a 60	6	2
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 2

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

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### CUADRO N° 3

#### EDAD DEL PADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)

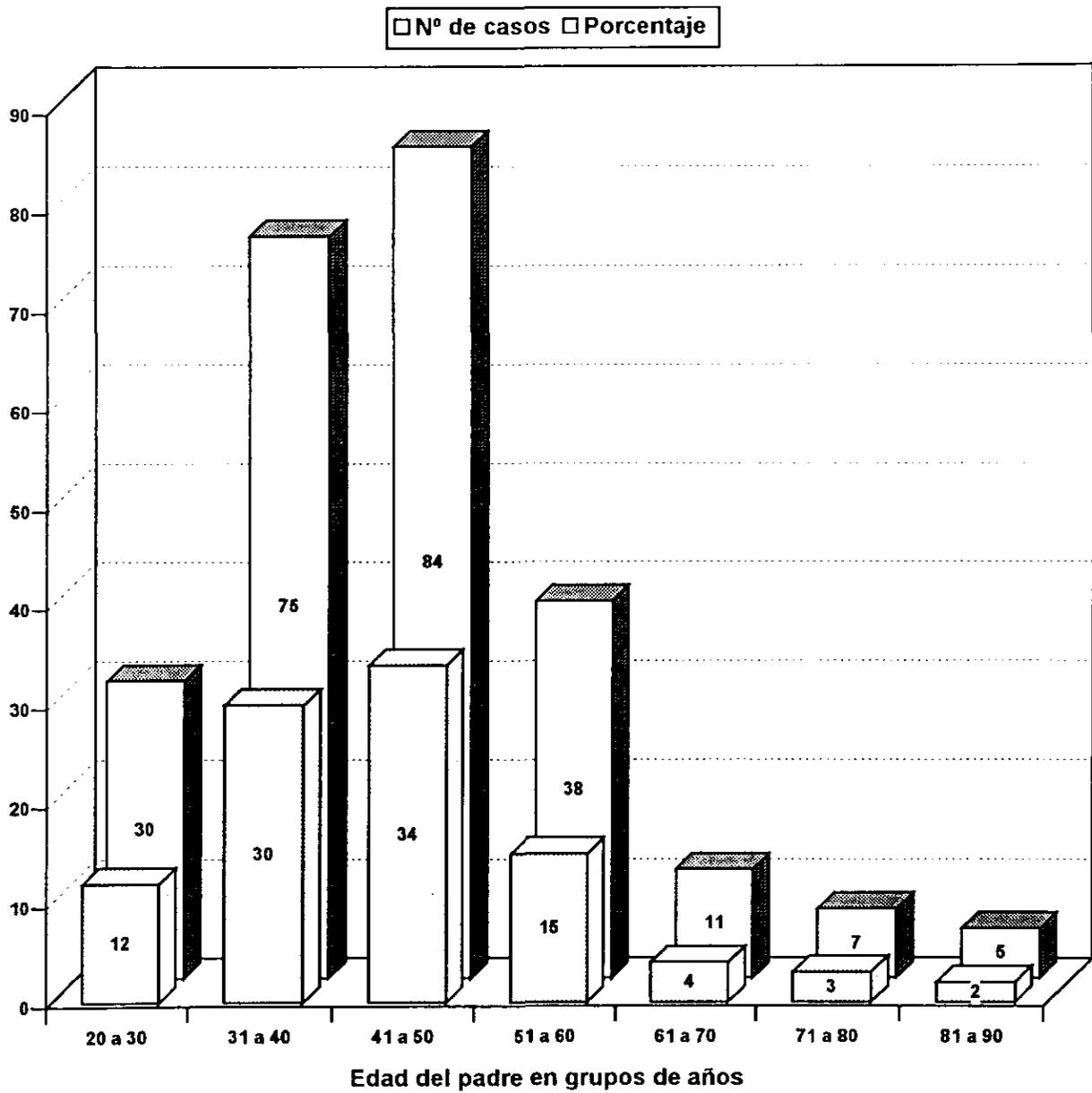
Grupos de edad en años	Vivos	Muertos	N° de casos	Porcentaje
20 a 30	30	–	30	12
31 a 40	75	–	75	30
41 a 50	84	–	84	34
51 a 60	38	–	38	15
61 a 70	11	–	11	4
71 a 80	7	–	7	3
81 a 90	5	–	5	2
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>–</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### GRÁFICA N° 3

#### EDAD DEL PADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## CUADRO N° 4

## EDAD DE LA MADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)

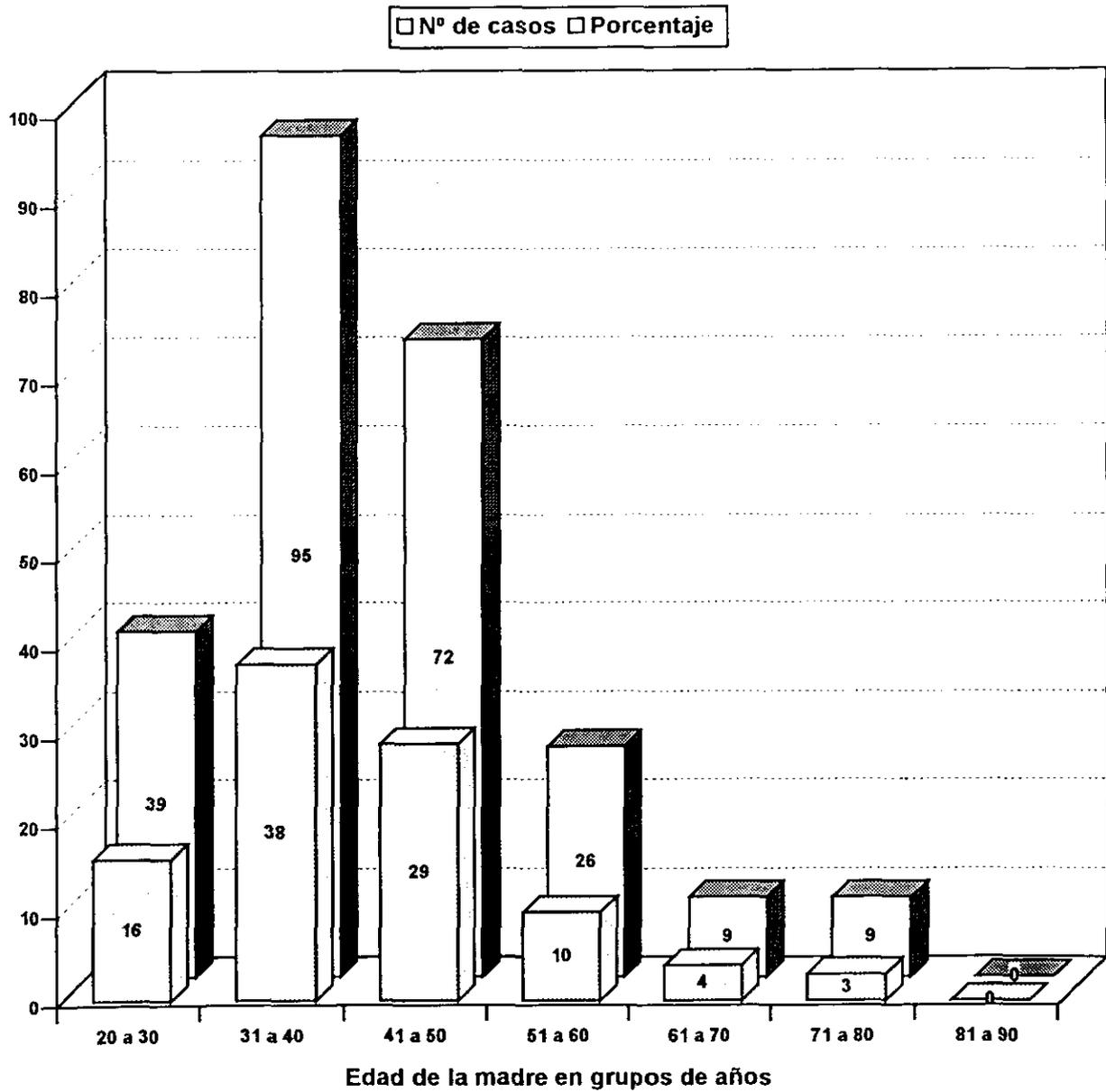
Grupos de edad en años	Vivas	Muertas	N° de casos	Porcentaje
20 a 30	39	-	39	16
31 a 40	95	-	95	38
41 a 50	72	-	72	29
51 a 60	26	-	26	10
61 a 70	9	-	9	4
71 a 80	9	-	9	3
81 a 90	-	-	-	-
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>-</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 4

### EDAD DE LA MADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### CUADRO N° 5

#### CANTIDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

(n = 602)

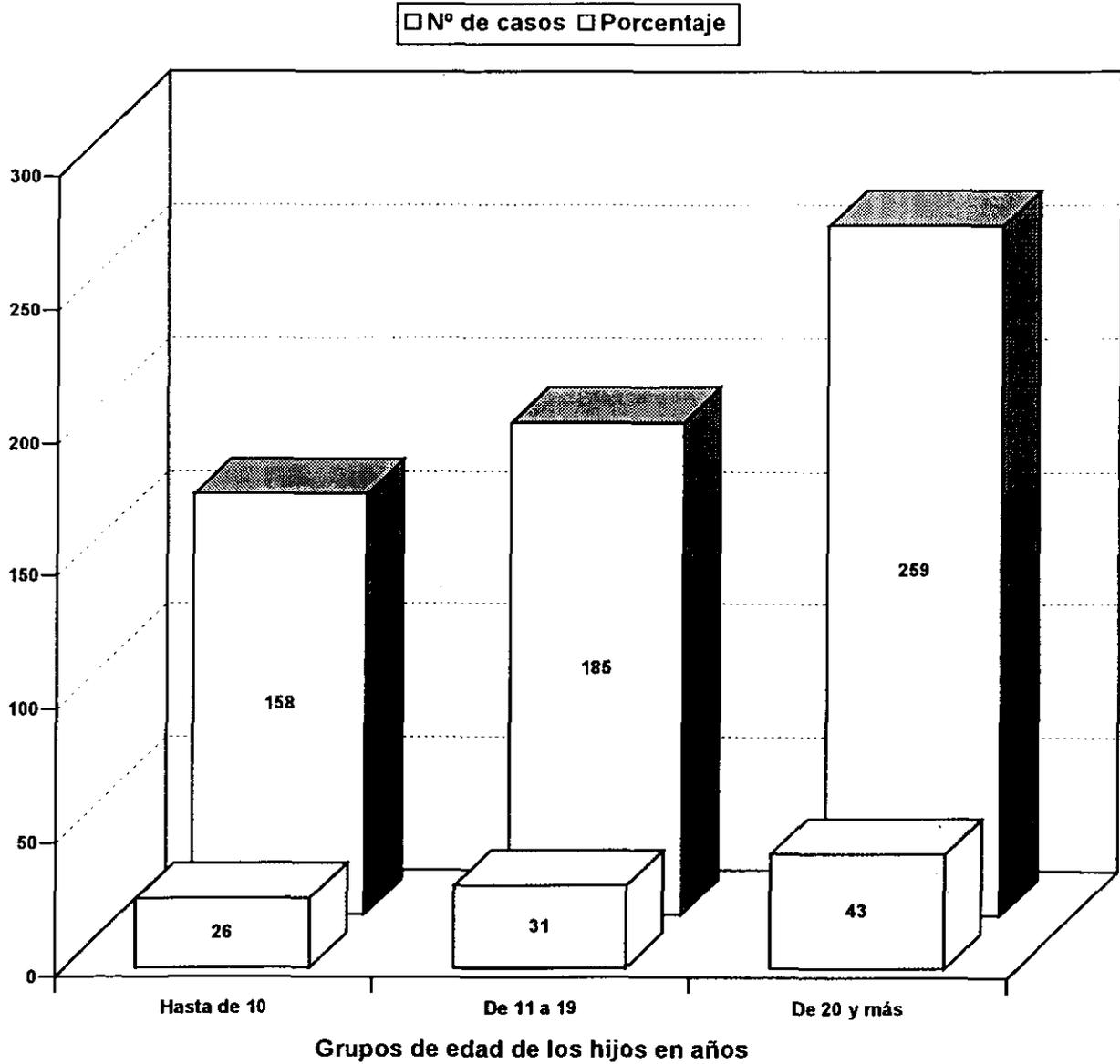
Grupos de edad en años	N° de casos	Porcentaje
Hasta de 10	158	26
De 11 a 19	185	31
De 20 y más	259	43
<b>TOTAL:</b>	<b>602</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 5

### CANTIDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

(n = 602)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### CUADRO N° 6

#### TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 250)

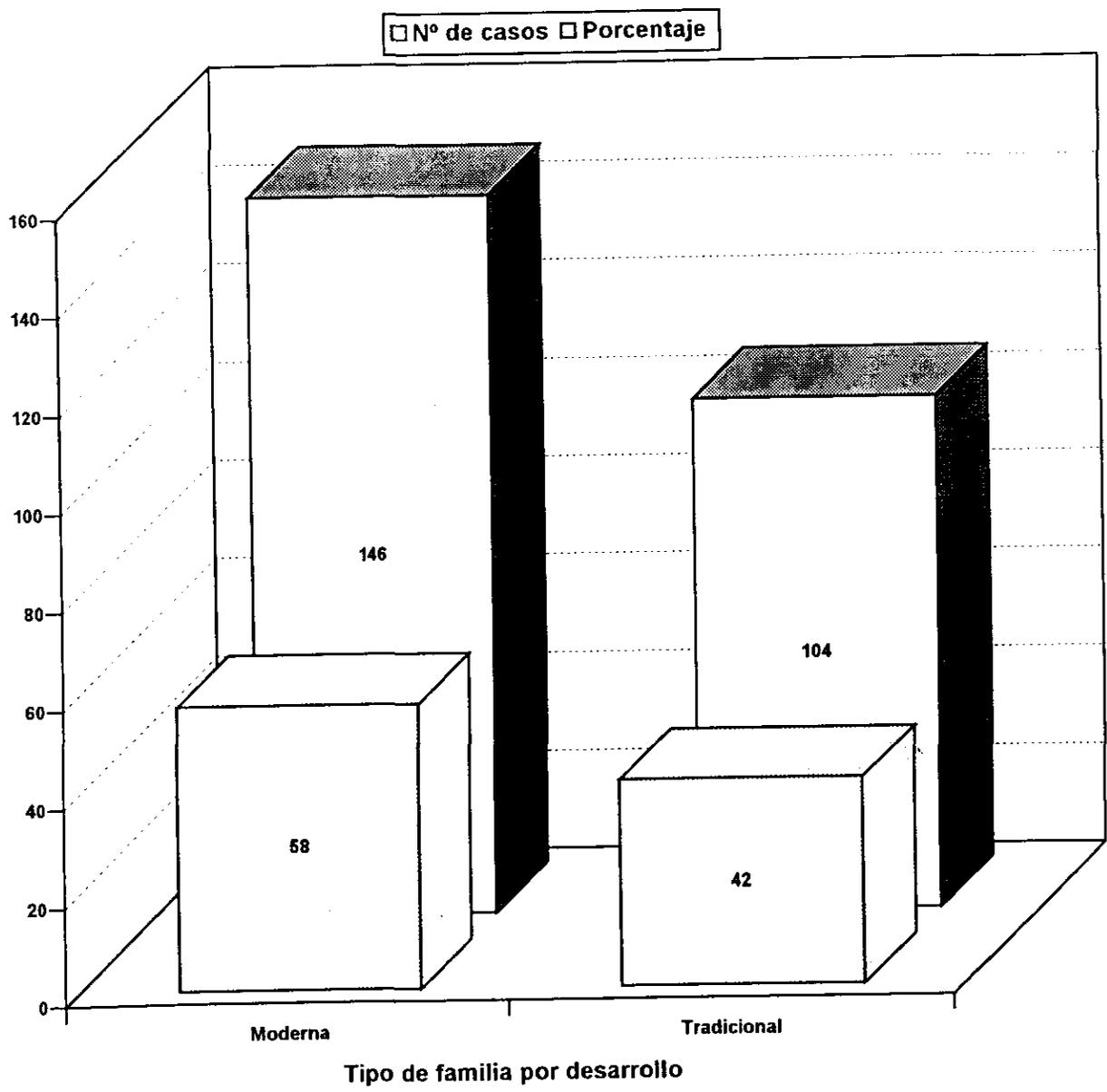
Desarrollo	N° de casos	Porcentaje
Moderna	146	58
Tradicional	104	42
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### GRÁFICA N° 6

### TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

**CUADRO N° 7**  
**TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU**  
**COMPOSICIÓN**

(n = 250)

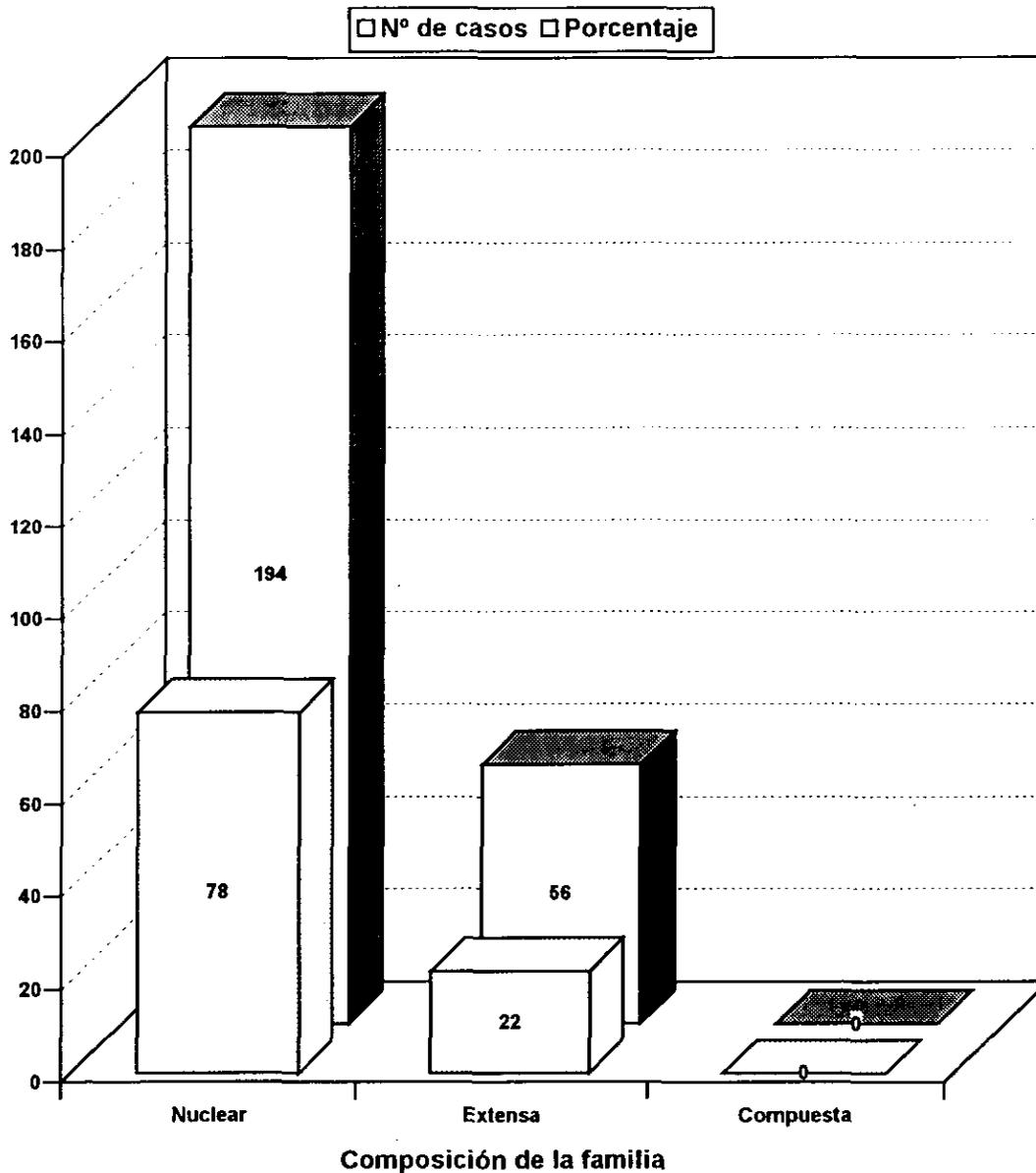
<b>Composición</b>	<b>N° de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Nuclear	194	78
Extensa	56	22
Compuesta	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 7

### TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

**CUADRO N° 8**  
**TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA SEGÚN SU**  
**DEMOGRAFÍA**

(n = 250)

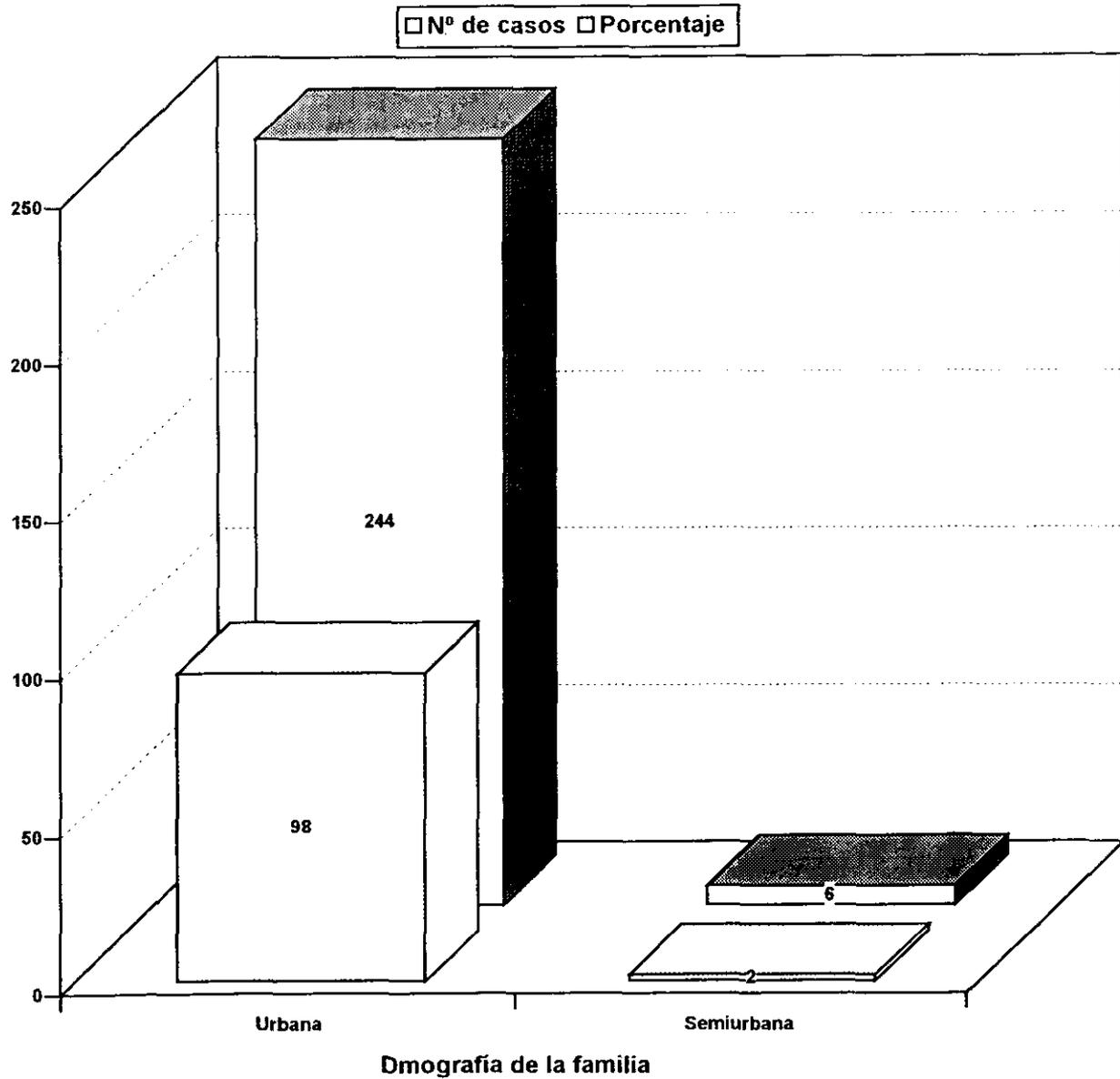
Demografía	N° de casos	Porcentaje
Urbana	244	98
Semiurbana	6	2
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 8

### TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### CUADRO N° 9

#### INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 250)

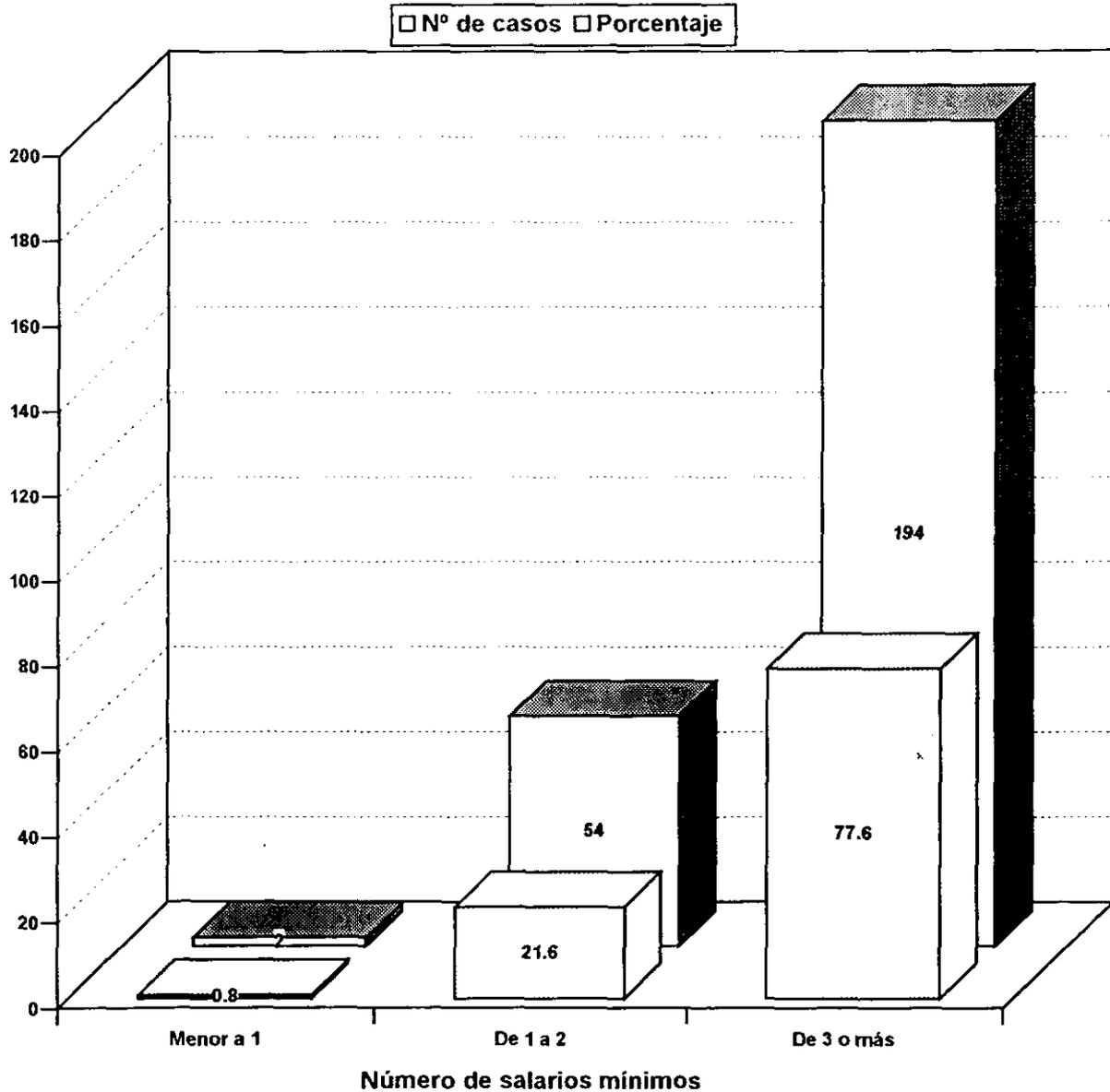
Número de salarios mínimos	N° de casos	Porcentaje
Menor a 1	2	0.8
De 1 a 2	54	21.6
De 3 o más	194	77.6
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 9

### INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### CUADRO N° 10

#### DEPENDENCIA ECONÓMICA DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ÉL

(n = 955)

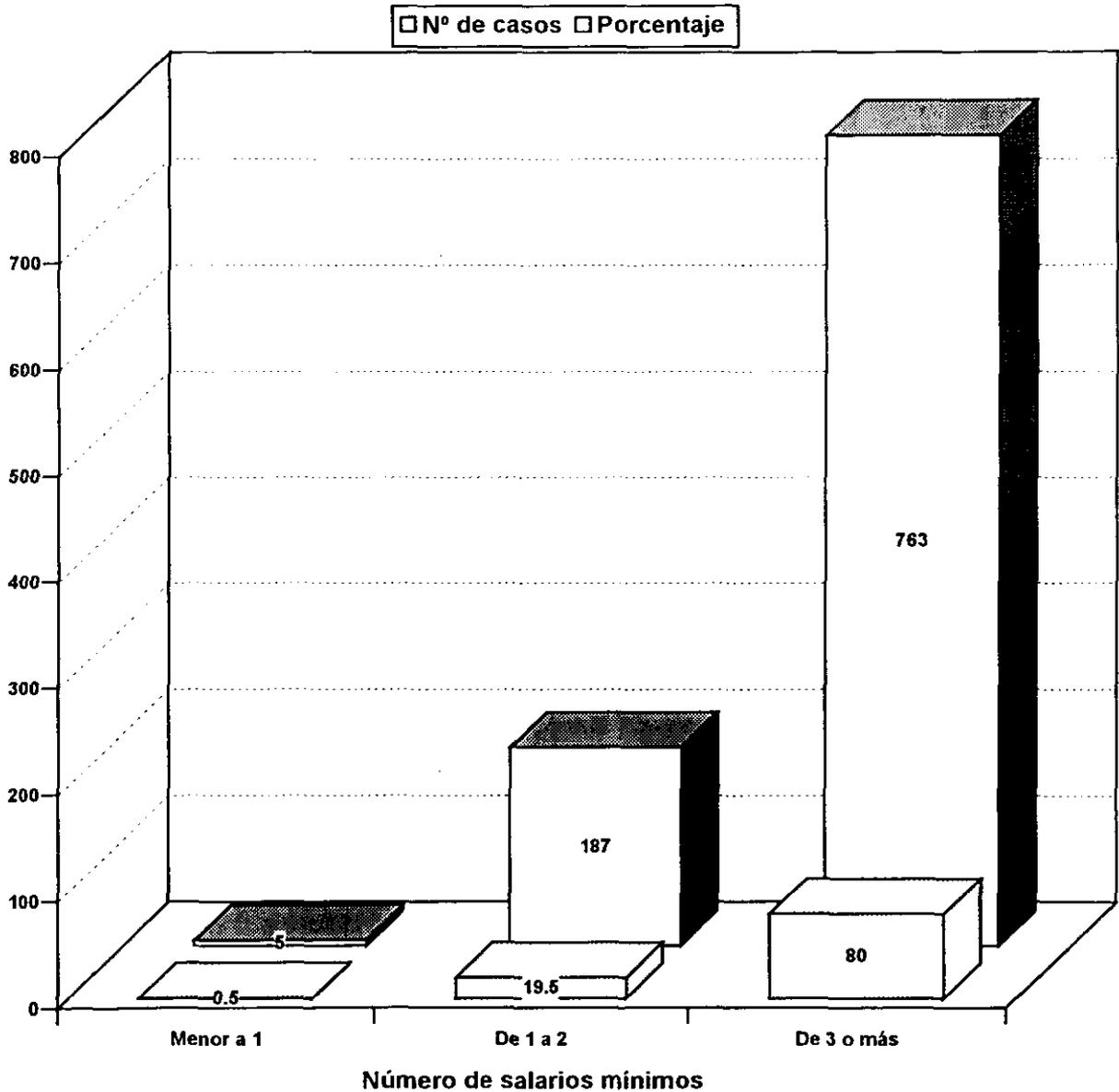
Número de salarios mínimos	N° de dependientes	Porcentaje
Menor a 1	5	0.5
De 1 a 2	187	19.5
De 3 o más	763	80.0
<b>TOTAL:</b>	<b>955</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 10

### DEPENDENCIA ECONÓMICA DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ÉL

(n = 955)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

**CUADRO N° 11**  
**OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA DISTRIBUIDOS**  
**POR GÉNERO**

(n = 500)

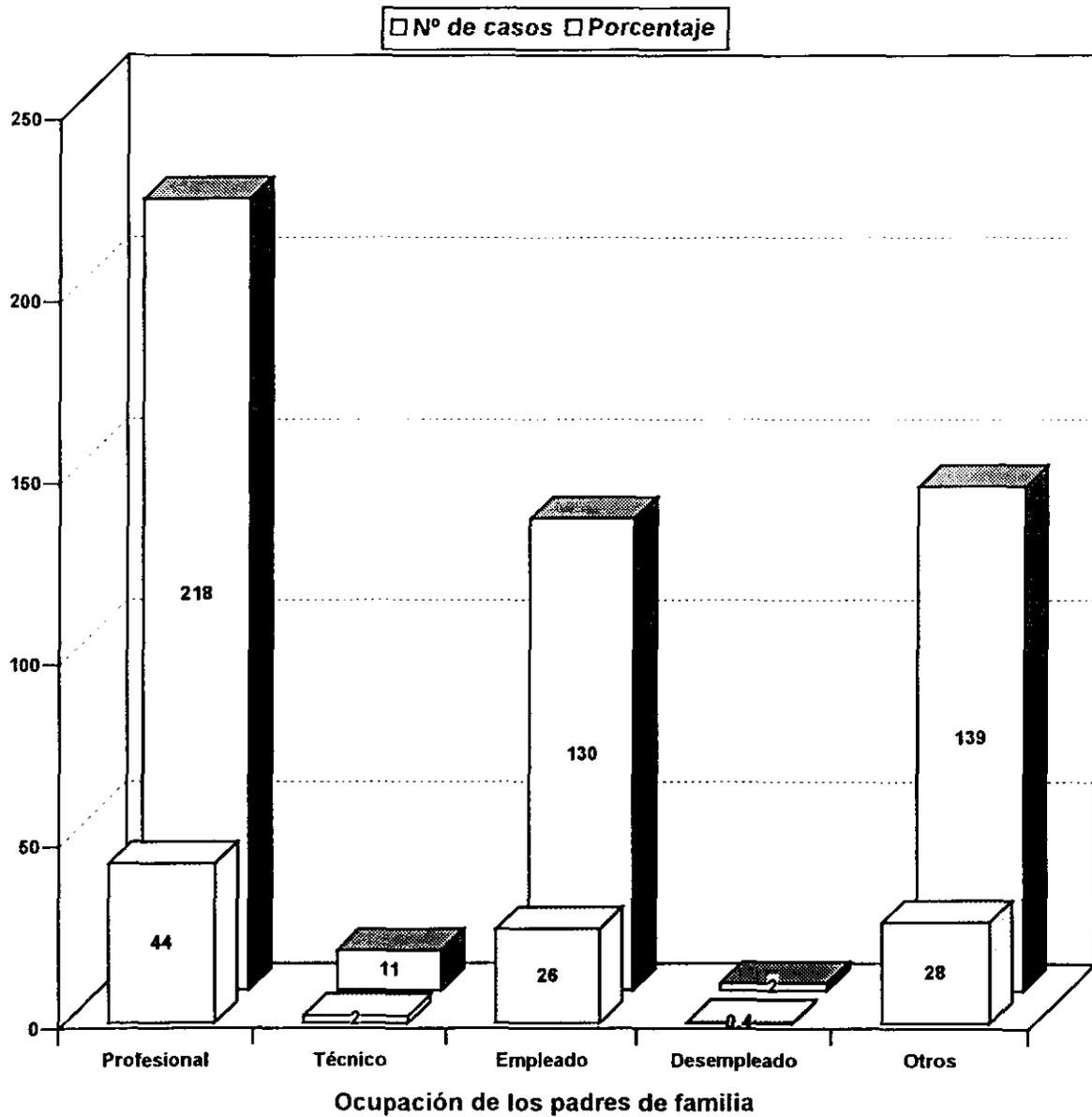
Ocupación	Hombres	Mujeres	N° de casos	Porcentaje
Profesional	127	91	218	44
Técnico	11	0	11	2
Empleado	79	51	130	26
Desempleado	2	0	2	0.4
Otros	31	108	139	28
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>250</b>	<b>500</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 11

### OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA DISTRIBUIDOS POR GÉNERO

(n = 500)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

**CUADRO N° 12**  
**CICLO VITAL DE LA FAMILIA**  
**DISTRIBUIDA POR ETAPAS**

(n = 250)

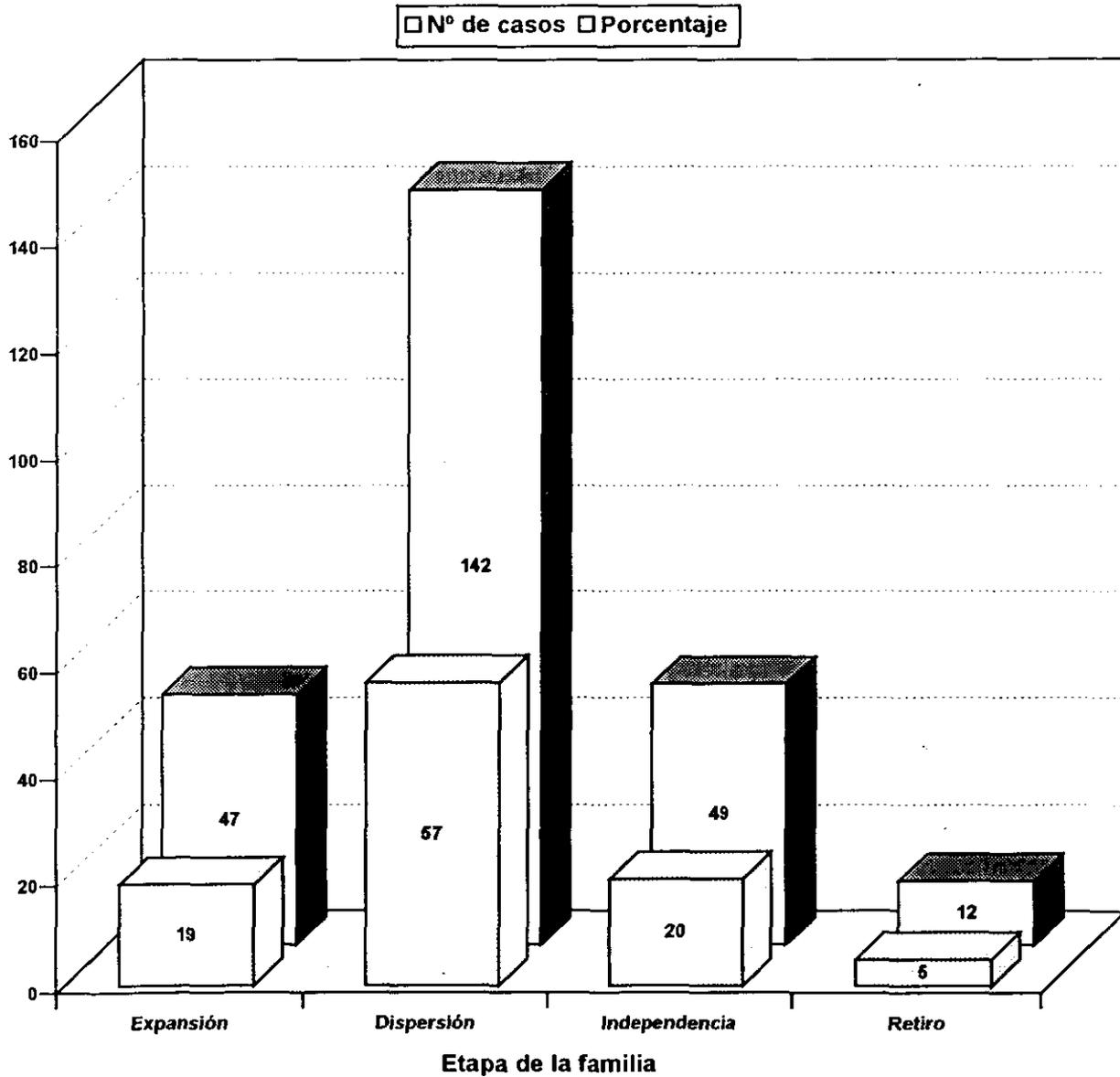
<b>Etapa</b>	<b>N° de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Expansión	47	19
Dispersión	142	57
Independencia	49	20
Retiro	12	5
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## GRÁFICA N° 12

### CICLO VITAL DE LA FAMILIA DISTRIBUIDA POR ETAPAS

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### CUADRO N° 13

#### NÚMERO DE DORMITORIOS POR FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE DUERMEN POR HABITACIÓN

(n = 250)

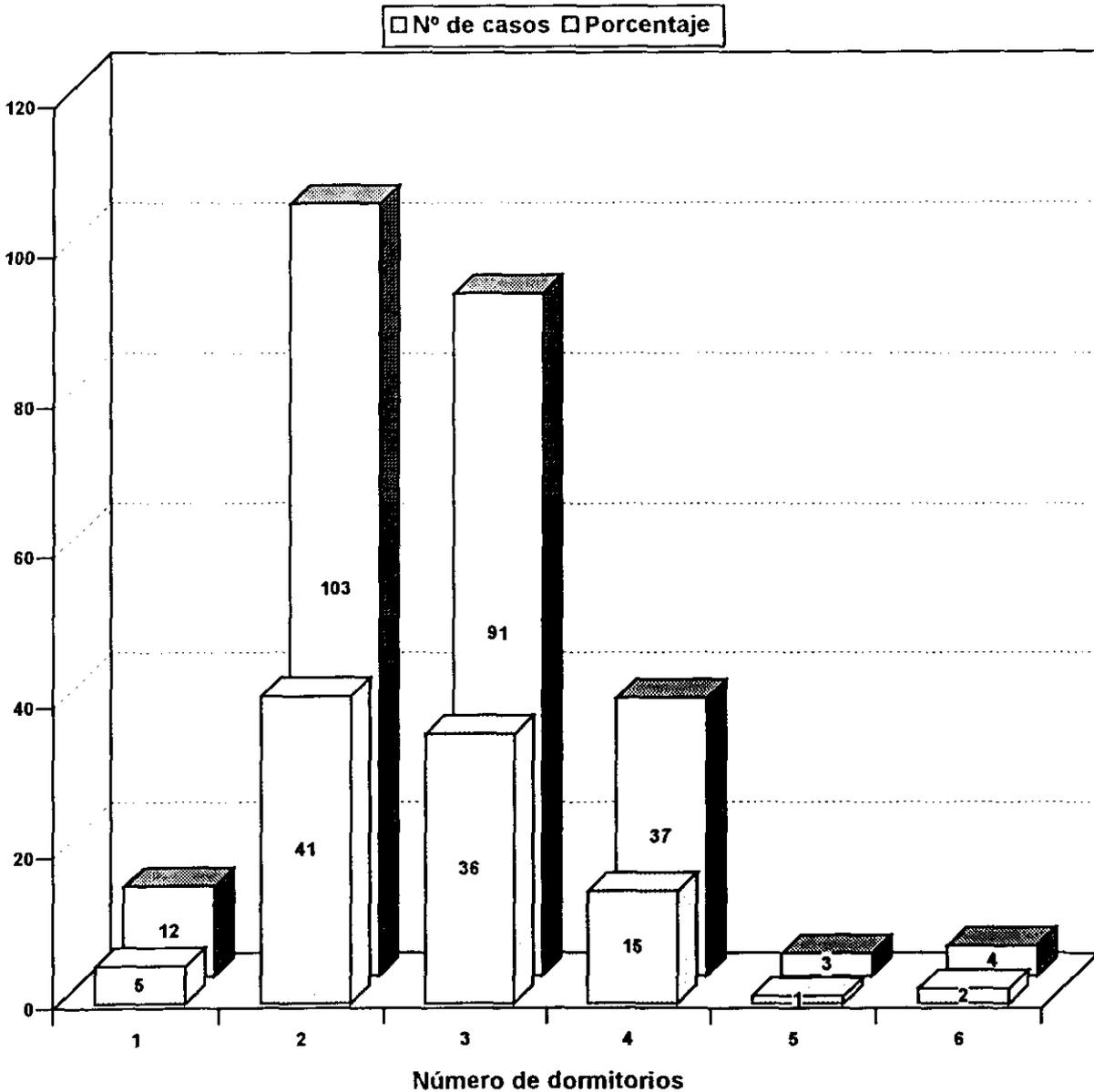
Número de dormitorios	N° de personas	Porcentaje
1	12	5
2	103	41
3	91	36
4	37	15
5	3	1
6	4	2
<b>TOTAL:</b>	<b>250</b>	<b>100</b>

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

### GRÁFICA N° 13

## NÚMERO DE DORMITORIOS POR FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE DUERMEN POR HABITACIÓN

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

## CUADRO N° 14

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 2, UMF,  
ISSSTE, PUEBLA, 1998

(n = 7043)

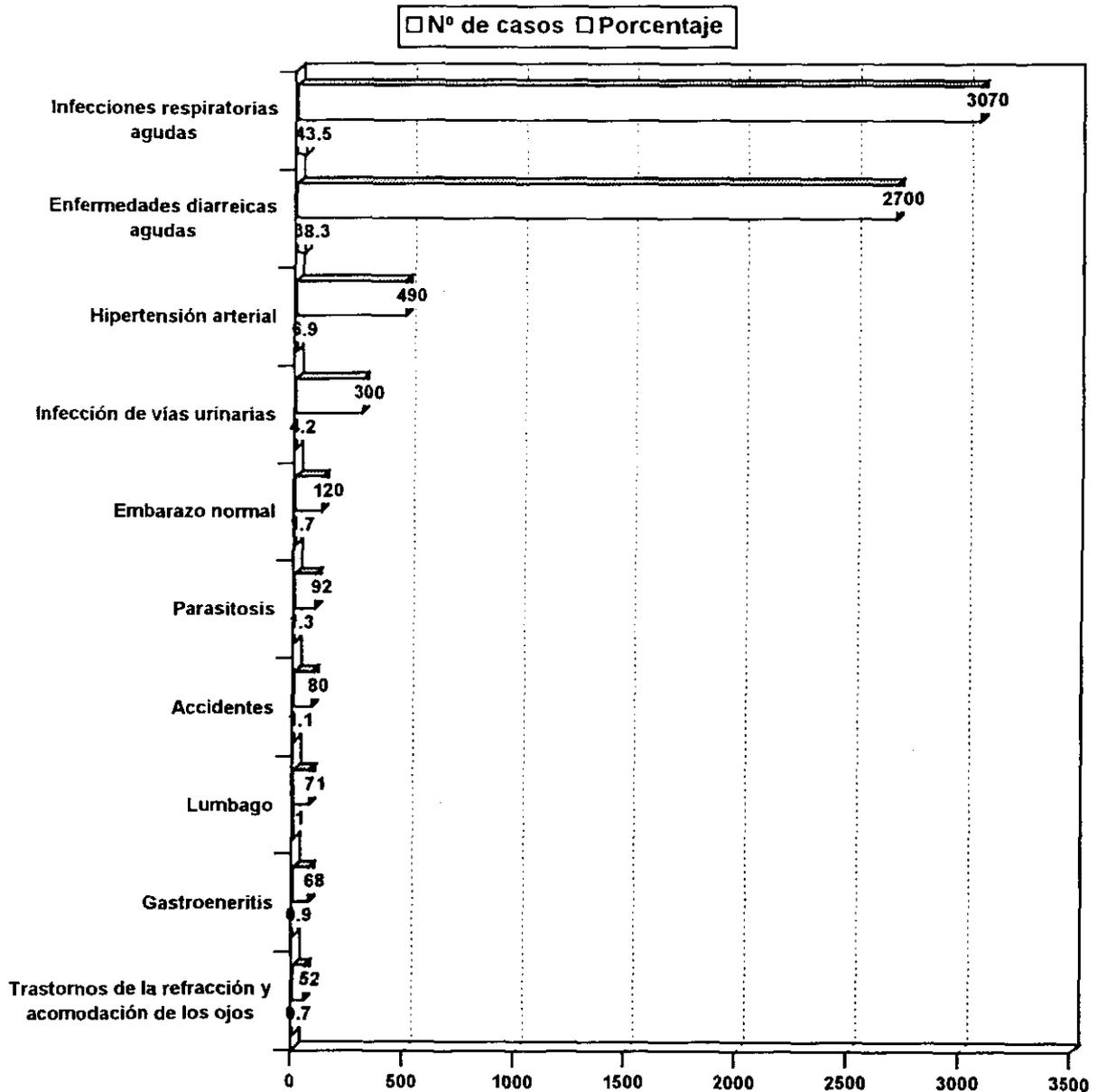
N°	Diagnóstico	N° consultas	Porcentaje
1	Infecciones respiratorias agudas	3070	43.5
2	Enfermedades diarreicas agudas	2700	38.3
3	Hipertensión arterial	490	6.9
4	Infección de vías urinarias	300	4.2
5	Embarazo normal	120	1.7
6	Parasitosis	92	1.3
7	Accidentes	80	1.1
8	Lumbago	71	1.0
9	Gastroenteritis	68	0.9
10	Trastornos de la refracción y acomodación de los ojos	52	0.7
<b>TOTAL:</b>		<b>7043</b>	<b>100</b>

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## GRÁFICA N° 14

### 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 2, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 1998

(n = 7043)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## CUADRO N° 15

## 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 2, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 1998, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 7043)

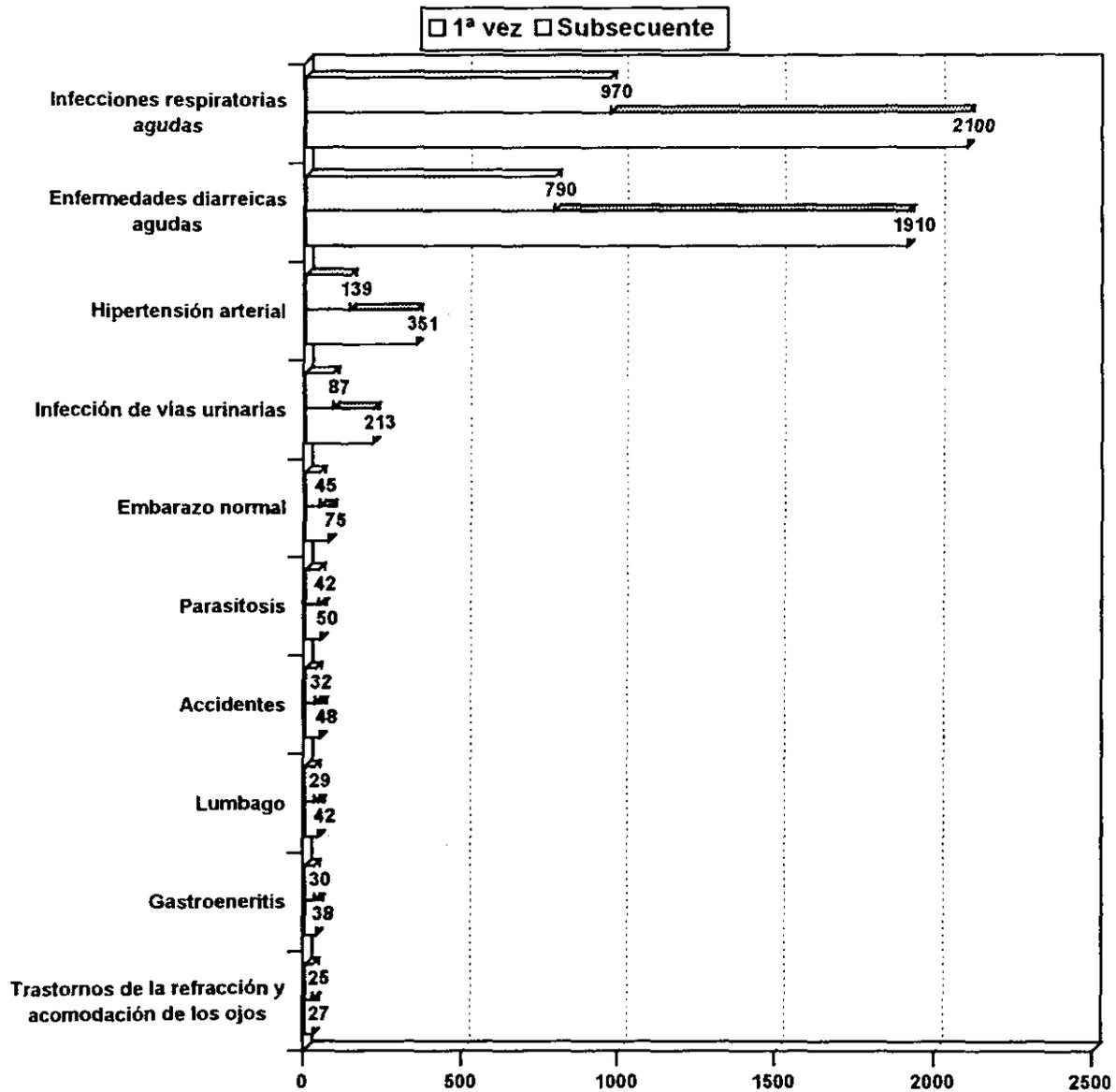
N°	Diagnóstico	1ª vez		Subsecuente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Infecciones respiratorias agudas	2100	29.8	970	13.7	3070	43.5
2	Enfermedades diarreicas agudas	1910	27.1	790	11.2	2700	38.3
3	Hipertensión arterial	351	5.0	139	1.9	490	6.9
4	Infección de vías urinarias	213	3.0	87	1.2	300	4.2
5	Embarazo normal	75	1.1	45	0.6	120	1.7
6	Parasitosis	50	0.7	42	0.6	92	1.3
7	Accidentes	48	0.7	32	0.4	80	1.1
8	Lumbago	42	0.6	29	0.4	71	1.0
9	Gastroenteritis	38	0.5	30	0.4	68	0.9
10	Trastornos de la refracción y acomodación de los ojos	27	0.4	25	0.3	52	0.7
	<b>TOTAL:</b>	<b>4854</b>	<b>68.9</b>	<b>2189</b>	<b>31.1</b>	<b>7043</b>	<b>100</b>

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

### GRÁFICA N° 15

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 2, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 1998, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 7043)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

**CUADRO N° 16**  
**10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR EDAD Y SEXO EN LA ZONA N° 2, UMF, ISSSTE,**  
**PUEBLA, 1998**  
 (n = 7043)

Número de diagnóstico	GRUPOS DE EDAD EN AÑOS Y SEXO																				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 y más			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
1	31	20	188	166	291	282	209	180	180	166	190	166	90	98	60	36	56	81	46	70	55	35	47	47	39	64	92	64	119	99	108	101	3070
2	20	18	183	198	291	214	133	175	175	90	160	160	74	57	62	70	45	66	38	61	33	67	36	49	61	62	62	71	60	97	80	99	2700
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5	8	10	11	10	9	20	18	12	20	20	38	30	66	48	80	60	490	
4	0	0	0	1	0	3	0	3	0	2	5	11	11	19	11	19	8	37	12	21	18	21	9	11	12	20	12	19	11	9	5	300	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	8	0	50	0	34	0	20	0	0	20	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	120	
6	0	0	0	1	1	4	4	3	5	4	6	4	3	6	3	3	4	3	3	4	3	1	4	3	3	2	1	2	6	4	5	6	92
7	0	0	0	0	2	1	4	1	9	5	8	3	7	6	6	3	2	1	4	1	4	1	2	1	3	2	2	1	1	1	3	1	80
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4	3	5	4	7	3	5	3	5	2	3	4	5	6	7	71
9	0	0	2	3	3	2	6	4	3	5	3	3	3	3	2	3	2	1	3	3	2	2	1	1	2	2	3	1	1	2	3	68	
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	4	5	4	2	2	2	1	2	3	4	8	52	
<b>TOTAL:</b>	<b>51</b>	<b>38</b>	<b>373</b>	<b>363</b>	<b>588</b>	<b>506</b>	<b>256</b>	<b>356</b>	<b>297</b>	<b>295</b>	<b>178</b>	<b>196</b>	<b>152</b>	<b>196</b>	<b>141</b>	<b>243</b>	<b>120</b>	<b>195</b>	<b>143</b>	<b>161</b>	<b>132</b>	<b>131</b>	<b>128</b>	<b>144</b>	<b>220</b>	<b>188</b>	<b>270</b>	<b>301</b>	<b>292</b>	<b>7043</b>			

NOTA: El número de diagnóstico es igual el del Cuadro N° 15.

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

**CUADRO N° 17****DISTRIBUCIÓN MENSUAL DEL AÑO 1998 DE LAS CONSULTAS EN LA ZONA N° 2, UMF, ISSSTE. PUEBLA**

(n = 15730)

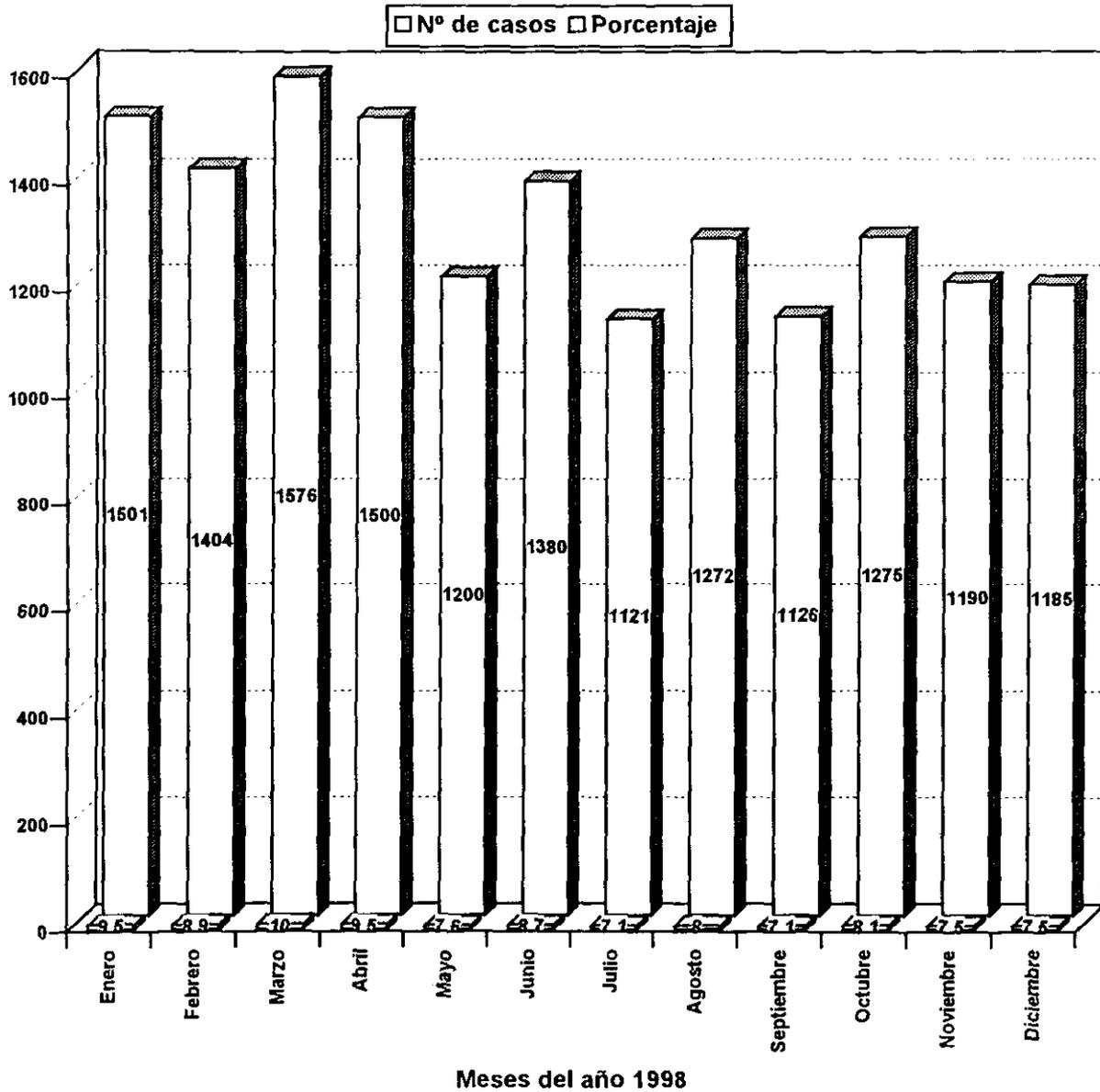
<b>Mes</b>	<b>1ª vez</b>	<b>Subsecuente</b>	<b>Nº casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Enero	1069	432	1501	9.5
Febrero	926	478	1404	8.9
Marzo	949	628	1576	10.0
Abril	804	696	1500	9.5
Mayo	627	573	1200	7.6
Junio	889	491	1380	8.7
Julio	976	245	1121	7.1
Agosto	912	460	1272	8.0
Septiembre	733	393	1126	7.1
Octubre	944	331	1275	8.1
Noviembre	723	467	1190	7.5
Diciembre	971	514	1185	7.5
<b>TOTAL:</b>	<b>10022</b>	<b>5708</b>	<b>15730</b>	<b>100</b>

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## GRÁFICA N° 17

### DISTRIBUCIÓN MENSUAL DEL AÑO 1998 DE LAS CONSULTAS EN LA ZONA N° 2, UMF, ISSSTE. PUEBLA

(n = 15730)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## CUADRO N° 18

### VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 570)

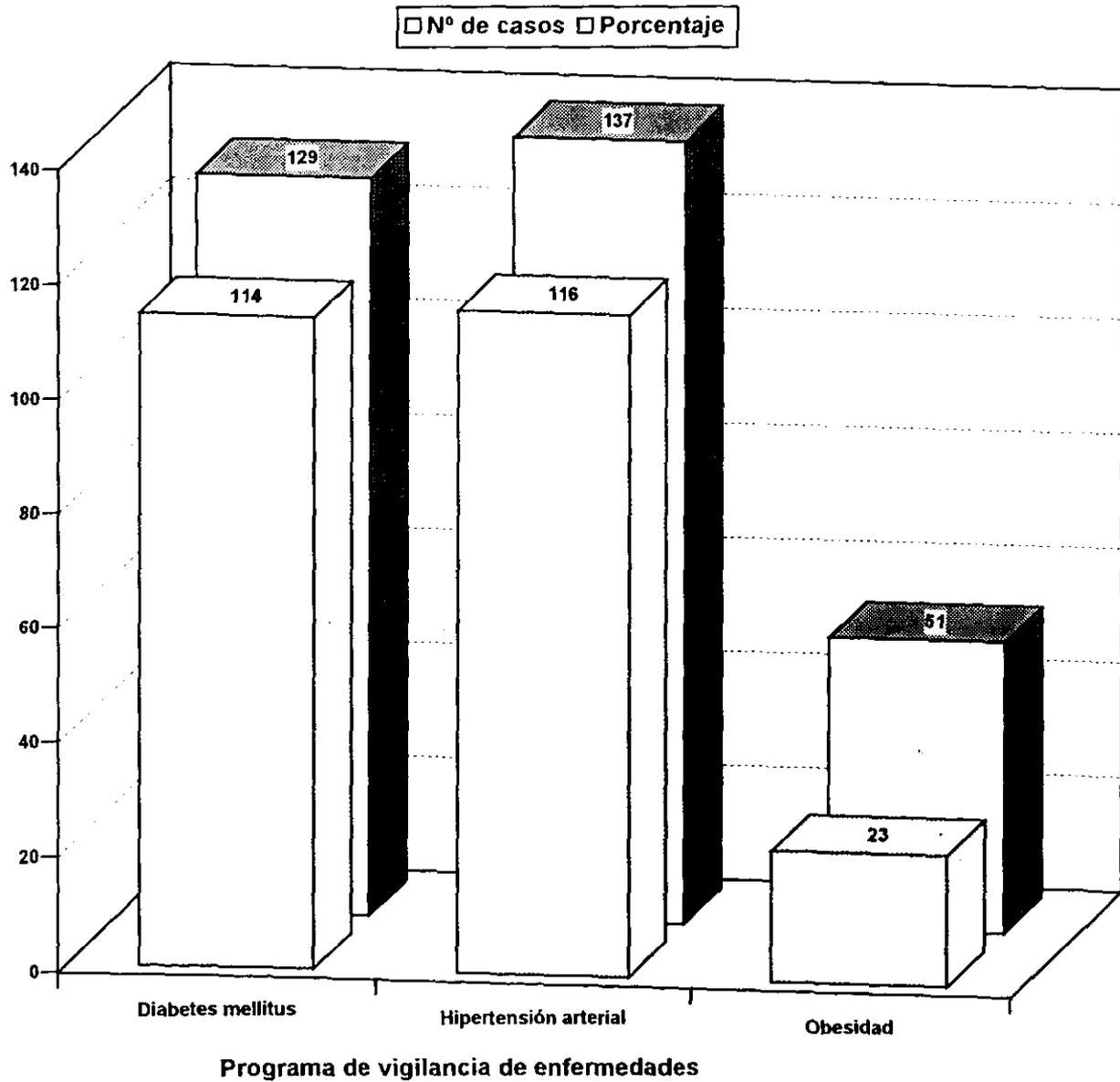
Programa	Mujeres	Hombres	Total
Diagnóstico: Diabetes mellitus	129	114	243
Diagnóstico: Hipertensión arterial	137	116	253
Obesidad	51	23	74
<b>TOTAL:</b>	<b>317</b>	<b>253</b>	<b>570</b>

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## GRÁFICA N° 18

### VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 570)



FUENTE: Cédula de recolección de datos.

## XI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### CONCLUSIONES:

- Las infecciones respiratorias agudas se diagnosticaron con mayor frecuencia en el sexo masculino, siendo los mejores de 5 años los más afectados, así como los mayores de 50 años.
- Las infecciones diarreicas agudas se presentaron también con mayor frecuencia en el grupo etáreo de menores de 5 años.
- La hipertensión arterial en los mayores de 40 años.
- El embarazo normal en la edad reproductiva de la mujer.
- Se observa una mayor frecuencia en la asistencia al servicio de las mujeres.

### PROPUESTAS:

- Los programas prioritarios se aplicaron a la consulta de Medicina Familiar identificando los grupos de riesgo.
- Que se realice un seguimiento adecuado de los pacientes, ya identificado el padecimiento para evitar el curso natural de la

enfermedad.

- Intensificar las acciones de promoción, difusión y educación para la salud de los usuarios del servicio.
- Capacitación a los marcos, mediante la actualización en los padecimientos más frecuentes, para abatir los diagnósticos más realizados y los tratamientos inadecuados.
- Formar grupos de apoyo a los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Se concluye que la aplicación del MOSAMEF en la Unidad de Medicina Familiar en nuestro instituto redundaría en el mejoramiento sustancial en la calidad de la atención dándole a conocer a las autoridades competentes para que sea implementado a la brevedad posible.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. US House of Representatives, Report of the Select Committee on Children, Youth and Families, U.S. Children and Their Families; Current Conditions and Recent Trends 1989; Washington, DC; Government Printing Office, 1989.
2. Emery RE, Marriage, Divorce, and Children's Adjustment, Newbury Park, CA; Sage Publications, 1988.
3. Dubowitz H, Newberger CM, Melnicoe LH, Newberger EH. The changing American family. *Pediatr Clin North Am* 1988; 35; 1,291-1,311.
4. Sargent J, Family variations, En: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, editores, *Developmental - Behavioral Pediatrics* (2ª ed.), Filadelfia; WB Saunders, Co., 1992; 109-116.
5. Werner EE, Smith RS, *Vulnerable but invincible; a longitudinal study of resilient children and youth*, Nueva York; Mc Graw - Hill, 1982.
6. Gold M, Perrin E, Futterman D, Friedman S, Children with

- gay or lesbian parents, *Pediatr Rev* 1994; 354-358.
7. Ludwig S, Rostain A, Family function and dysfunction, En: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, editores, *Developmental – Behavioral Pediatrics* (2ª ed.), Filadelfia; WB Saunders Co., 1992; 147-159.
  8. Kemper KJ, Kelleher KJ, Family psychosial screening; instruments and techniques. *Ambulatory Child Health* 1996; 1; 325-339.
  9. Kemper KJ, Kelleher KJ, Rationale for family psychosocial screening. *Ambulatory Child Health* 1996; 1; 311-324.
  10. Cheng TL, Perrin EC, DeWitt TG, O'Connor KG, Use of checklists in pediatric practice. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150; 768.
  11. Estebanell-Arnal J A, et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. *Atención primaria* 1992; 10: 539 – 542.
  12. Martín A, Brotons C, Ciurana R, et al. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de

- atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez J F, editorial Manual de atención primaria, 2ª edición, Barcelona, Doyma, 1989: 661 – 675.
13. Jiménez – Mena C, et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria 1993; 12: 269 – 272.
  14. Rodríguez – Morúa P, et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria 1994; 13: 39 – 41.
  15. Fry J. La contribución de la investigación al mejoramiento de la Práctica Familiar. En: Medalie J H. Medicina Familiar, Principios y Prácticas. México, Editorial LIMUSA, 1987.
  16. McWhinnwy I. A introduction Family Medicine. Oxford University Press 1980.
  17. Whithe K L, Williams T L, Greenberg B G. Tje ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 265: 885 – 892.
  18. Gil V F, et al. Medicina en atención primaria (asignatura

optativa de pregrado en la Universidad de Alicante): dos años de experiencia. Atención Primaria 1993; 12: 48 – 50.

19. Ceitlin J. ¿Qué es la medicina familiar? FEPAFEM/KELLOGG, 1982.
20. Irigoyen C A, Gómez C F J, Jaime A H. Fundamentos de Medicina Familiar. 4ª edición, Editorial medicina Familiar Mexicana, 1996; 153 – 173.

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

### XIII. 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: \_\_\_\_\_