

11226  
102  
2ej



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

HOSPITAL REGIONAL PUEBLA, PUEBLA

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO  
SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR  
EN LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE  
ASISTEN A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR  
2102110100 (ISSSTE) DE PUEBLA DURANTE EL  
PERIODO ENERO A MAYO DEL 2000

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

PRESENTA:

281082  
*Dra. M<sup>a</sup>. del Carmen*

*Rendón López*



ISSSTE

PUEBLA, PUEBLA, FEBRERO 1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

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

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

**PRESENTA:**

*Dra. M<sup>a</sup>. del Carmen Rendón López*

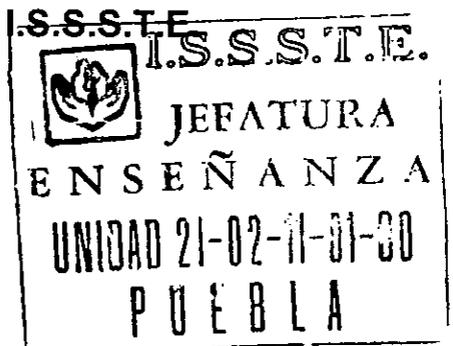
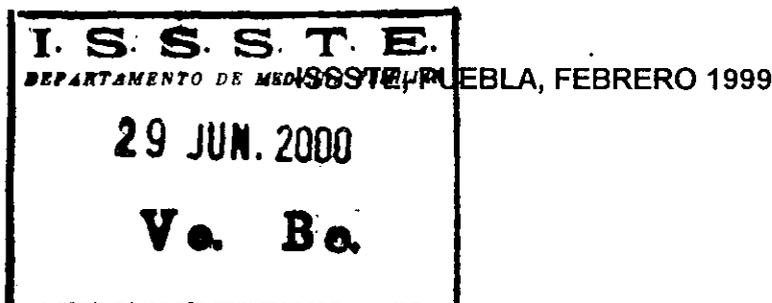
**AUTORIZACIONES:**

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

**MC MIGUEL ÁNGEL ENRÍQUEZ GUERRA**  
GENETISTA, MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
ASESOR DE TESIS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP *23/Jun/00*

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

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



**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO  
SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR EN LAS  
FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN A LA  
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 2102110100 (ISSSTE) DE  
PUEBLA DURANTE EL PERIODO ENERO A MAYO DEL 2000**

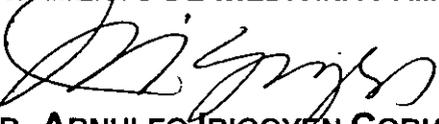
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

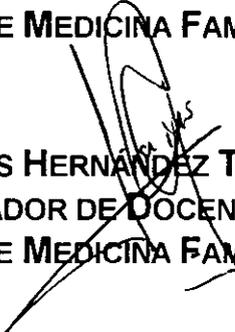
**PRESENTA:**

*Dra. M<sup>a</sup>. del Carmen Rendón López*

**AUTORIZACIONES:**

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

  
**DR. ARNULFO TRIGOYEN 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, PUEBLA. FEBRERO 1999**

## **I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**“RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO  
SISTEMÁTICO DE ATENCIÓN MÉDICO FAMILIAR EN  
LAS FAMILIAS DERECHOHABIENTES QUE ASISTEN  
A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 2102110100  
(ISSSTE) DE PUEBLA, DURANTE EL PERIODO  
ENERO A MAYO DEL 2000”**

## II. ÍNDICE GENERAL

PÁGINA

I.	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	
II.	ÍNDICE GENERAL	
III.	MARCO TEÓRICO .....	1
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
V.	JUSTIFICACIÓN.....	18
VI.	OBJETIVOS .....	20
	VI.1. GENERAL	
	VI.2. ESPECÍFICOS	
VII.	HIPÓTESIS.....	22
VIII.	METODOLOGÍA .....	23
	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.....	30
X.	DISCUSIÓN .....	78
XI.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	80
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
XIII.	ANEXOS .....	89

*U N A M I S S S S S S*  
*2 0 0 0*

### III. MARCO TEÓRICO

#### ANTECEDENTES:

Para comprender el enfoque actual de la medicina familiar es necesario puntualizar las características de sus inicios.

La historia de la medicina familiar en México se remonta a 1956 siendo el IMSS quien hace modificaciones a su contrato colectivo de trabajo tras la firma de un convenio donde se crea la contratación y categoría del médico de familia (1), siendo entre otras sus funciones: una mejor atención médica, una mayor confianza, una mejor aplicación de la medicina preventiva (1).

El papel tradicional del médico había sido curar la enfermedad. Sin embargo en los últimos años ha adquirido una importancia creciente una nueva actividad como es la prevención y la promoción de la salud (2).

Los conocimientos actuales sobre la historia natural de la enfermedad posibilitan la orientación hacia la medicina preventiva (3).

Actualmente se consideran características del médico familiar:

- Estar comprometido más con la persona que un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas

especiales.

- Interés por el paciente más allá de sus dolencias de acuerdo a su crecimiento y desarrollo.
- Considerar cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.
- Idealmente compartir el mismo hábitat (4).

En México se está presentado una situación crítica en relación a la especialidad de medicina familiar, ya que no es de interés para los estudiantes en relación a otras especialidades, siendo la medicina familiar una asignatura de reciente implantación en la licenciatura (5).

Se debe involucrar al estudiante supervisándolo con independencia propia para desarrollar una relación interpersonal de apoyo para facilitar el aprendizaje, enfatizar en la solución de problemas y la comprensión de principios generales demostrando competencia profesional con objetivos bien definidos, promoviendo la retroalimentación de sus conocimientos (6).

Para incrementar el interés por la especialidad en medicina familiar en USA existen grupos de médicos los cuales realizan actividades con el fin de dar a conocer esta disciplina a los jóvenes estudiantes de la

escuela de medicina, con resultados favorables ya que se han incrementado las plazas para esta especialidad (7).

En un estudio que se realizó en USA en diversos departamentos de medicina familiar se llegó a la conclusión de que si la especialidad estuviera bien remunerada, la demanda se incrementaría, al igual si se disminuyera la carga de trabajo tendría tiempo para la investigación (8).

Actualmente se define al médico familiar como el profesional de la medicina que debe otorgar atención médica primaria; integral y continua con la participación del paciente y su familia; administrar los recursos y las actividades inherentes a la atención médica primaria; diseñar programas educativos para la familia y para el equipo de salud e investigación con metodología científica, problemas de su práctica profesional (9).

El reto de la medicina familiar es en gran parte establecer e identificar las estrategias eficaces y rentables para la satisfacción de las necesidades asistenciales para toda la población (10).

Se hace mención que las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales, debiéndose enfocar no solo a lo curativo sino principalmente a lo preventivo (11).

Los procesos crónico-degenerativos están adquiriendo una

importancia creciente en términos de morbilidad y mortalidad. Estos procesos una vez establecidos son poco susceptibles de ser solucionados o curados con las herramientas de que disponemos y están relacionados con múltiples factores de riesgo.

Estos y otros hechos justifican y demandan la necesidad de la puesta en marcha de programas de actuación preventiva que incidan conjunta y coordinadamente sobre el grupo de riesgo de mayor relevancia en cuanto a su poder generador de patologías crónicas (12).

## **PROGRAMAS DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS:**

Dentro del desarrollo de actividades preventivas en atención primaria se ha considerado universalmente prioritario el establecimiento de programas de atención al niño, ejemplo: control del niño sano (13).

En las actividades preventivas realizadas en la población femenina y en edad de reproducción se debe destacar la actuación en planificación familiar y detección oportuna de cáncer cérvicouterino (14).

Debido al fenómeno que se está presentando de incremento progresivo del sector poblacional de la tercera edad (más de 65 años) y que en el año 2030 rondará el 20% debe estar orientado a mejorar su calidad de vida y sin desviar la atención de grupos jóvenes que formarán

parte de ese sector poblacional (15).

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados esperados en la atención médica y una faceta de la calidad y calidez (16).

La satisfacción es un concepto multidimensional del que se han medido diferentes aspectos, estudios tales como las características de los médicos, de los usuarios y de la forma de organizar la atención (17).

El Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar (MOSAMEF) es una propuesta para llevar a cabo la práctica de la medicina familiar, Irigoyen y cols. han elaborado estrategias para iniciar acciones, que definen con claridad las actividades del médico familiar y favorecer el conocimiento lógico, analítico y crítico de las familias (18).

## FAMILIA

Definición de familia según la OMS: conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

Aunque el término familia se ha definido de diferentes formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos es la unidad básica de la mayoría de las sociedades humanas, conservando la responsabilidad de promover de miembros a la sociedad, socializarlos, otorgándoles apoyo emocional y físico.

La familia tiene un valor primario dentro de la sociedad (19).

Epstein y cols. refieren que para estudiar a la familia debemos comprender su estructura y función, conocer como la familia se comunica y acepta el papel de reforzadores de la función central de la familia: proporcionar un medio para el desarrollo social, psicológico y biológico de todos sus miembros (20).

## ASPECTOS DEL ESTUDIO DE LA FAMILIA:

### CICLO VITAL DE LA FAMILIA QUE COMPRENDE 5 ETAPAS:

- **Matrimonio:** Se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, termina con la llegada del primer hijo.
- **Fase de expansión:** Es el tiempo en que se incorporan nuevos miembros a la familia, va de la llegada del primer hijo a la llegada del último.
- **Fase de dispersión:** Cuando todos los hijos van a la escuela y ninguno trabaja.
- **Fase de independenciam:** Cuando los hijos trabajan y/o forman otra familia.
- **Fase de retiro o muerte:** Se caracteriza por incertidumbre y nostalgia en contraste con la fase de matrimonio.

### CON IDENTIFICACIÓN DE 4 CIRCUNSTANCIAS DIFÍCILES EN ESTA ETAPA:

- Incapacidad para laborar
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos naturales

- Las familias de los hijos en fase de expansión sin poder proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares o recluyéndolos en asilos para ancianos.

#### **SEGÚN SU DESARROLLO LA FAMILIA SE CONSIDERA:**

- **Moderna:** Cuando ambos cónyuges trabajan fuera del hogar.
- **Tradicional:** En la que sólo uno de ellos trabaja fuera del hogar.

#### **POR SU DEMOGRAFÍA PUEDEN SER:**

- **Urbana:** Familia que habita en una comunidad de más de 5,000 habitantes y cuenta con servicios públicos.
- **Rural:** población menor y que puede o no carecer de los servicios.

#### **POR SU COMPOSICIÓN:**

- **Nuclear:** Comprende padres e hijos.
- **Extensa:** Además existen familiares con lazos sanguíneos.

- **Compuesta:** Padres e hijos, abuelos, compadres, amigos, etc.

#### EN BASE A SU INTEGRACIÓN FAMILIAR:

- **Integrada:** En la que los cónyuges viven y cumplen con sus funciones.
- **Semi-integrada:** Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, viven juntos pero no cumplen adecuadamente con sus funciones.
- **Desintegrada:** Es aquella en la que falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio o separación (19).

Diversos autores coinciden en que algunas patologías orgánicas tienen como sustrato la disfunción familiar, como es la drogadicción, homosexualidad, algunos casos de desnutrición infantil y síndrome del niño maltratado. Algunas patologías por su persistencia y trascendencia en el núcleo familiar son devastadoras como el alcoholismo, el síndrome de Down, las enfermedades terminales y neoplasias malignas (21).

## CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS SANAS.

- Compartir responsabilidad (poder).
- Organización flexible
- Procurar capacitarse y adaptarse para resolver problemas
- Activan unidos sus recursos
- Altos niveles de interacción
- Adecuada comunicación en los subsistemas
- Múltiples y variados contactos dentro y fuera del sistema familiar primario
- Fomentar el desarrollo personal
- Estimulan un alto grado de autonomía
- Capacidad para solicitar ayuda (22).

## FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA:

1. **Socialización:** Tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con plena independencia para

desarrollarse en la sociedad. Se ha colocado a la madre como el educador primario con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa del lactante y preescolar, constituyéndose al padre como un soporte a sus acciones, posteriormente la responsabilidad de socializar a los nuevos miembros de la familia es compartido por padres, profesores y la sociedad misma.

2. **Cuidado:** Significa resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud en cada uno de sus miembros.
3. **Afecto:** Proporcionar ánimo, amor, cariño, traducándose en subsistemas que la componen, conyugal, paternal y filial.
4. **Reproducción:** Cumplir con los fines para los que se instituyó el matrimonio tanto legal como sacramento de la iglesia.
5. **Estatus y nivel socioeconómico:** Consiste en conferir a cada miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias con un mismo nivel socioeconómico.

## PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO:

En casi todos los países de América Latina y el Caribe, las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud.

Entre estas últimas destacan, por su importante aumento, las enfermedades no transmisibles, que incluyen problemas cardiovasculares, cánceres, diabetes y padecimientos renales, relacionados con la hipertensión entre otros.

En 1985 por cada 10 muertes, debido a una enfermedad transmisible, se producían 15 por una no transmisible y hoy se producen 34.

Son varias las causas que explican este cambio, todas ellas interrelacionadas: se han producido una rápida urbanización e industrialización; la fecundidad ha bajado y la esperanza de vida ha subido, con el consiguiente envejecimiento de la población, ha habido cambios en los estilos de vida y finalmente el acceso a los servicios de salud y su efectividad han mejorado.

Como resultado de todo ello las ENT son ahora las principales causas de muerte, se prevé que para el año 2015, por cada 10 defunciones atribuidas a causa infecciosa habrá 70 fallecimientos por causas no

transmisibles (23).

Un estudio revela que entre los hispanos de 18–44 años de edad, 2.3% ha sido diagnosticado con diabetes este porcentaje se incrementa a 12% en el intervalo de los 45–64 años y alcanza 21.4 entre los individuos mayores de 64 años.

En México de acuerdo con la encuesta nacional de enfermedades crónicas 1992, se estima que la prevalencia de diabetes mellitus tipo II es de 8.2 en a población entre 20 y 69 años de edad, lo que representa un incremento importante en relación con encuestas anteriores, se estimaba una prevalencia menor a 6% (24).

El reto consiste en encontrar una política de salud equilibrada que resalte la importancia de las enfermedades no transmisibles sin olvidar las otras enfermedades (23).

La hipertensión arterial es un problema de salud a nivel mundial que se encuentra tanto en países subdesarrollados (como es el caso de nuestra nación) como en los desarrollados.

En la mayoría de los países con nivel socioeconómico alto es aproximadamente 15% en la República mexicana, también existen fluctuaciones en la prevalencia en diferentes estados, así encontramos por ejemplo 11.7% en la ciudad de México, 15% en Toluca, 24% en Nuevo

Laredo Tamaulipas.

En México la mortalidad por causas vasculares en toda la población general ha llegado a ocupar hasta el 4º lugar y el 1º en mayores de 60 años.

El ISSSTE ha editado un "Manual de normas y procedimientos de detección y control de la hipertensión arterial", el cual sólo describe conceptos sobre esta patología. Otra publicación del mismo instituto: "Programa de detección y control de la hipertensión arterial", sigue una guía de supervisión del programa (26).

En España se han aplicado otros protocolos de supervisión y se proponen como modelos de auditoría médica pero no están adaptados a nuestro medio (27).

En cuanto a las enfermedades infectocontagiosas las IRAS ocupan el primer lugar entre los motivos de consulta externa en atención primaria, sobresaliendo principalmente en países en vías de desarrollo.

Anualmente hay 2.2 millones de defunciones por IRAS en todo el mundo.

Epidemiológicamente presenta inclinación por la edad teniendo una mayor frecuencia en los primeros años de vida con mortalidad en menores

de 5 años de 27%, la tasa de mortalidad más elevada ocurre en menores de 1 año, disminuyendo progresivamente en los grupos de 1 a 4 y de 5 a 14 años (28).

Las IRAS agrupan todas las entidades clasificados por su localización en: altas, resfriado común, otitis media, faringitis tonsilitis, sinusitis aguda. Infecciones respiratorias medias: como laringotraqueítis, epiglotitis, laringitis, traqueítis; infecciones de vías respiratorias bajas: bronquitis, bronquiolitis y neumonía (29).

La enfermedad diarreica ha sido una de las prioridades en los programas de salud en México a fin de disminuir la mortalidad en los menores de 5 años.

No obstante los avances logrados, el número de muertes por enfermedad diarreica sigue siendo injustificadamente elevado; en 1995 esta enfermedad fue la cuarta causa de mortalidad infantil con una tasa de 127 por 100,000 nacidos vivos registrados y la tercera en mortalidad preescolar, tasa de 15 por 100,000 niños en este grupo de edad.

El problema que más evidente en algunos estados del país con condiciones de pobreza extrema como Chiapas y Oaxaca (30).

Los asientos en los programas que han resultado en la disminución de la mortalidad en los últimos años son incuestionables, el impacto en la

población se refleja con una mejor información de la enfermedad diarreica, un aumento en el uso de hidratación oral en el hogar y mayor oportunidad en la solicitud de atención.

La experiencia que se ha obtenido a partir del programa nacional para el control de estos padecimientos han permitido desarrollar otras estrategias para la atención del niño, con lo que se pretende alcanzar una reducción de 85% (31).

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las 10 causas más frecuentes de morbilidad y las características sociales, culturales y económicas de las familias adscritas a la Zona I de la unidad de Medicina Familiar 2102110100 de Puebla, durante el periodo de enero a mayo del año 2000?

## V. JUSTIFICACIÓN

En la Unidad Médica Familiar 2102110100 de Puebla, no se ha realizado un análisis de nuestra población adscrita, así como la morbilidad presentada, que nos permita definir líneas de acción para aumentar el nivel de salud, mejorar las condiciones de vida de las familias derechohabientes, con la consecuente disminución de costos en la atención médica.

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

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

mantener la salud familiar en la UMF 2102110100 Zona I de Puebla.

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

Lograr fortalecer el primer nivel de atención actuando en la prevención de las patologías más frecuentes,

Debido a todo lo anterior para mi es muy importante realizar este estudio en la UMF 2102110100 Zona I, para conocer cuáles son las características de nuestra población adscrita mejorando la calidad de la atención médica.

## VI. OBJETIVOS

### VI.1. GENERAL:

- Conocer las 10 causas principales de morbilidad de la UMF 2102110100 Zona I de Puebla, Puebla, durante el periodo de enero a mayo del año 2000.
- Determinar las características sociales, familiares y económicas de los derechohabientes atendidos en la zona I de la UMF Puebla, Puebla.

### VI.2. ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociales de la población derechohabiente que acude a la UMF 2102110100 Zona I de Puebla, Puebla.
- Identificar las características económicas de la población derechohabiente que acude a la UMF 2102110100 Zona I de Puebla, Puebla.
- Identificar las características familiares de la población derechohabiente que acude a la UMF 2102110100 Zona I de

Puebla, Puebla.

- Enlistar las 10 principales causas de morbilidad de la población derechohabiente que acude a la UMF 2102110100 Zona I de Puebla, Puebla.
- Aplicar el modelo sistemático de atención médica familiar (MOSAMEF) en la población derechohabiente que acude a la UMF 2102110100 Zona I de Puebla, Puebla.

## VII. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio de tipo descriptivo no se genera hipótesis científica alguna.

## VIII. METODOLOGÍA

### VIII.1. TIPO DE ESTUDIO:

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

#### **Se fundamenta en tres estrategias:**

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

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

Está constituido por los expedientes clínicos de las familias atendidas en la Unidad Médica Familiar 2102110100 Zona N° 1 del ISSSTE, Puebla durante el periodo de enero a mayo del 2000.

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

No aleatoria de tipo secuencial, conformada por 150 familias.

Para determinar las 10 causas más frecuentes de consulta, se estudiaron todas las hojas de registro diario del médico (SM 10) durante el periodo enero–mayo del 2000.

## **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 N° 1 de la Unidad Médica Familiar 2102110100 del ISSSTE, Puebla durante el periodo de enero a mayo del 2000.
- 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**

<b>Nombre</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Medición</b>
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

### FASE I: CENSO POBLACIONAL:

El total de la población derechohabiente adscrita a la zona I de la Unidad Médica Familiar 2102110100 fue de 7,057 usuarios, de los cuales 2,334 (33.1%) fueron del género masculino y 4,723 (66.9%) del femenino. La distribución por edad y género se presenta en la pirámide poblacional (Gráfica I) y en el cuadro I.

Cabe señalar que los datos provienen del registro diario del médico y por tanto la distribución de los grupos de edad lleva otros intervalos, predominando en ambos géneros el grupo de 20 a 44 años en donde se aprecia que conforma el 41.8% (2,952) de la población total. En cuanto al número de consultas sólo se obtuvo la información hasta el mes de mayo del presente año, destacando que el mes donde se presentó mayor demanda de atención fue en enero con 1,576 (22.3%) consultas de un total de 7,057; en el Cuadro y Gráfica II se presenta la distribución por mes y de acuerdo a si fue de primera vez o subsecuente registrando ésta 4,266 consultas. La distribución por tipo de derechohabiente se presenta en el Cuadro y Gráfica III, en donde sobresale el rubro de trabajadores con 2,512 (35.59%) casos.

## FASE II: DIAGNÓSTICO FAMILIAR:

Se aplicó una encuesta de tipo descriptiva a 150 familias derechohabientes que acudieron a consulta a la Unidad Médica Familiar, encontramos que el estado civil de los encuestados fue de la mayoría 132 (88%) casados y en unión libre 18 (12%), tal 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 5 a 9 años con 30 (20%) casos y el de menor de 45 a 49 años con 2 (1.3%) casos (Cuadro y Gráfica V).

En cuanto a la edad de los padres de familia entrevistados se encontró  $\bar{X} = 41.77 \pm 12.92$  (media de 41 años con una d.e. de 12.92, mediana de 42 y moda de 40 años) Cuadro y Gráfica VI.

La edad materna mostró  $\bar{X} ) 39.18 \pm 12.05$  (media de 39 años, d.e. de 12.05, mediana de 42 y moda de 40) Cuadro y Gráfica VII.

El género de los encuestados se presenta en el Cuadro y Gráfica VIII, donde se aprecia un predominio del sexo femenino versus masculino con 109 (72.6%) y 41 (27.3%) respectivamente.

En relación con la escolaridad tal como se observa en el Cuadro y Gráfica IX, se aprecia un marcado predominio en Universidad (licenciatura) con 70 (46.6%) casos, sólo se encontró 1 (1.66%) caso que no sabe 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 35 a 39 años con el 16.66%.

El número de hijos de las familias a las que se les aplicó la encuesta fue de 427, distribuidos de hasta 10 años 116 (27%) de 11 a 19 años 208 (49%), de 20 o más años 103 (24%) Cuadro y Gráfica XI.

El Cuadro y Gráfica XII indica el tipo de familia de acuerdo a su desarrollo sobresaliendo la moderna con 93 (62%) casos; de acuerdo a su composición (Cuadro XIII) la mayor parte es del tipo nuclear 114 (76%) y siguiéndole la extensa en 36 (24%) ocasiones. En cuanto a su demografía es urbana en el 86% y semiurbana en 21 (14%) Cuadro y Gráfica XIV. En 114 (76%) casos el ingreso en número de salarios fue de 3 o más ver Cuadro y Gráfica XV.

Los profesionistas predominaron en la ocupación con 71 (48%) casos, siguiéndole la de técnico con 39 (26%), en el Cuadro y Gráfica XVI se

presenta al distribución por ocupación.

En la ocupación materna sobresalió también el de profesionista con 58 (39%) y hogar con 56 (37%) en segundo sitio. Cuadro y Gráfica XVII.

Las etapas del ciclo vital en que se encuentran las familias se presenta en el Cuadro y Gráfica XVIII, en donde se aprecia que la etapa de dispersión es la de mayor frecuencia con 78 (52%) casos y en sólo 2 (1%) familias se estableció 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 mayo del año 2000 encontrando a la gastroenteritis como la primera causa con 1,360 (34.3%) 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 distribuida por edad y género se presenta en el Cuadro XXI.

La vigilancia de enfermedades crónico-degenerativas en cuanto a su prevención y control se realizó en 910 pacientes cuya distribución de acuerdo al programa y al género se resume en el Cuadro y Gráfica XXII.

## CUADRO I

### PIRÁMIDE POBLACIONAL DE ZONA I DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 2102110100 QUE ACUDIERON A CONSULTA EN EL PERIODO DE ENERO A MAYO DEL 2000

#### DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO

(n = 7,057)

Grupos de edad en años	GÉNERO		TOTAL	
	Hombres	Mujeres	Nº casos	Porcentaje
- 1	19	45	64	0.9
1 - 4	120	281	401	5.6
5 - 14	271	590	861	12.2
15 - 18	96	226	322	4.5
19	18	39	57	0.8
20 - 44	1022	1930	2952	41.8
45 - 64	557	1123	1680	23.8
65 o más	231	489	720	10.2
<b>TOTAL:</b>	<b>2334</b>	<b>4723</b>	<b>7057</b>	<b>100</b>

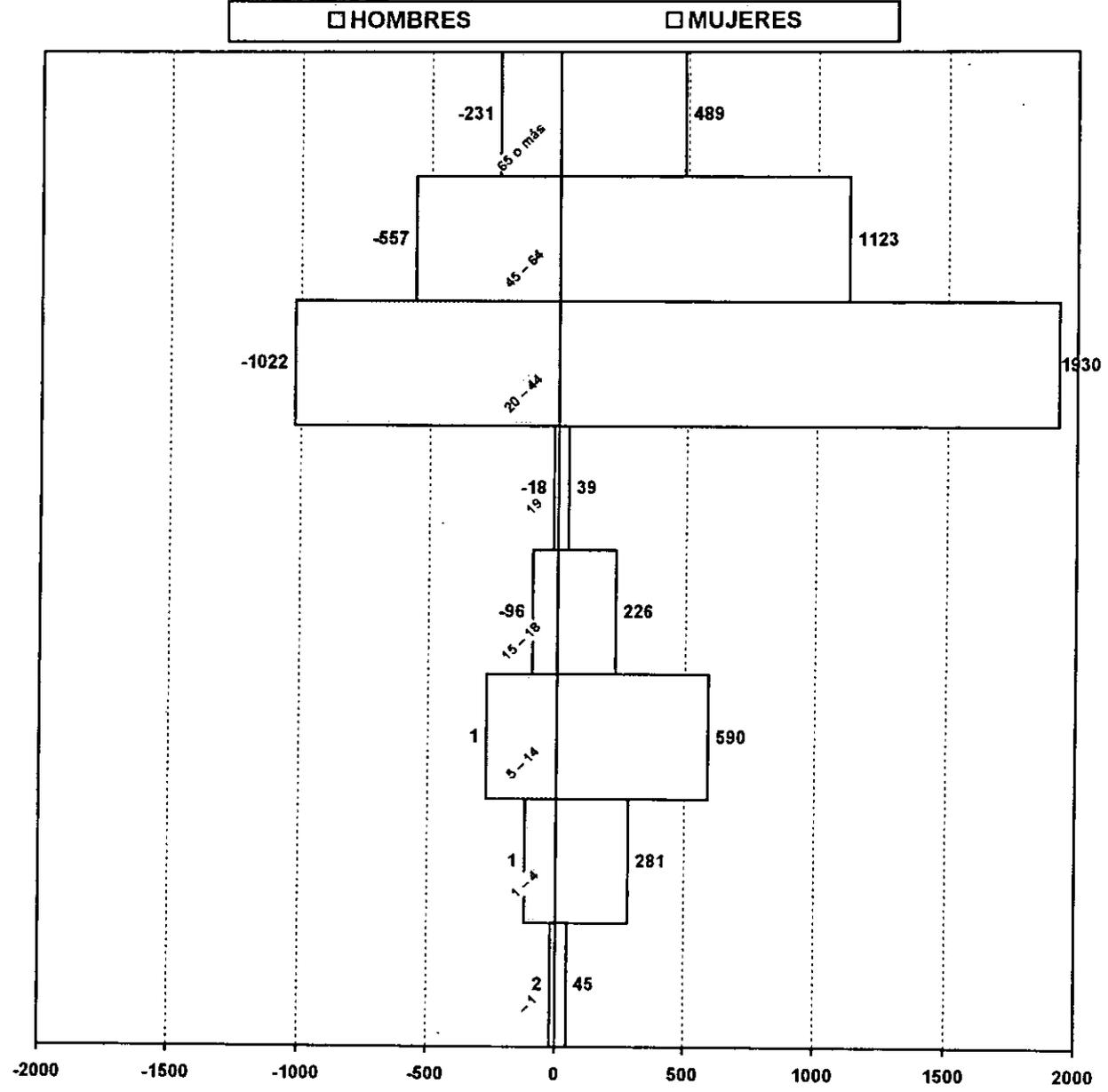
FUENTE: Hojas de informe diario de labores del médico. Enero-Mayo 2000.

# GRÁFICA I

## PIRÁMIDE POBLACIONAL DE ZONA I DE LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR 2102110100 QUE ACUDIERON A CONSULTA EN EL PERIODO DE ENERO A MAYO DEL 2000

### DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO

(n = 7,057)



FUENTE: Hojas de informe diario de labores del médico. Enero-Mayo 2000.

## CUADRO II

### DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTAS POR MES EN EL PERIODO DE ENERO A MAYO DEL 2000

(n = 7,057)

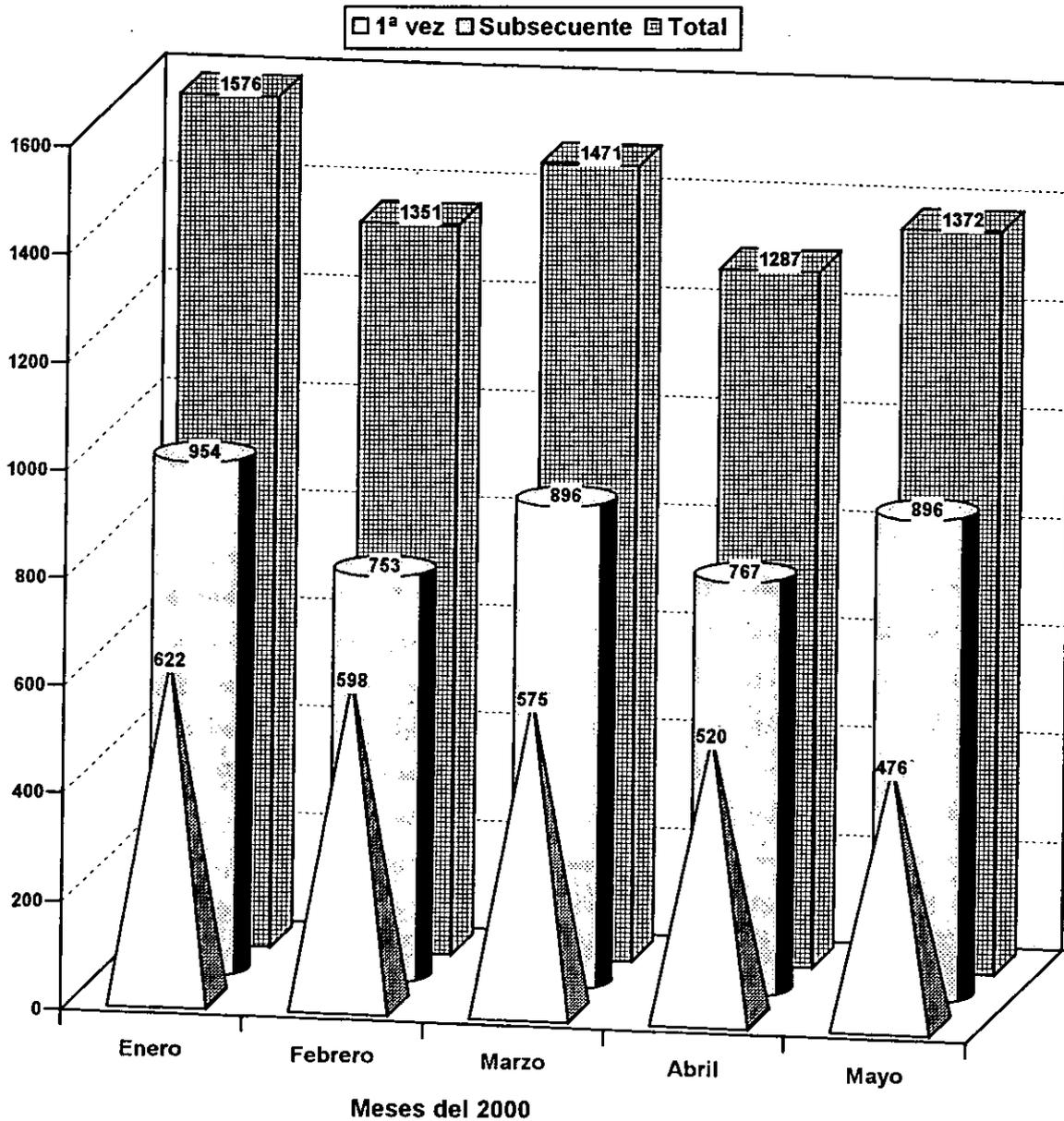
Mes	1ª vez	Subsecuente	Nº casos	Porcentaje
Enero	622	954	1576	22.3
Febrero	598	753	1351	19.1
Marzo	575	896	1471	20.8
Abril	520	767	1287	18.2
Mayo	476	896	1372	19.4
<b>TOTAL:</b>	<b>2791</b>	<b>4266</b>	<b>7057</b>	<b>100</b>

FUENTE: Hojas de informe diario de labores del médico. Enero–Mayo 2000.

## GRÁFICA II

### DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTAS POR MES EN EL PERIODO DE ENERO A MAYO DEL 2000

(n = 7,057)



FUENTE: Hojas de informe diario de labores del médico. Enero–Mayo 2000.

### CUADRO III

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

(n = 7,057)

Derechohabiente	Nº de casos	Porcentaje
Trabajador	1073	15.20
Trabajadora	2512	35.59
Esposa	830	11.76
Pensionado	32	0.45
Pensionada	70	0.99
Padre	279	3.95
Madre	626	8.87
Hijo	815	11.54
Hija	820	11.61
<b>TOTAL:</b>	<b>7057</b>	<b>100</b>

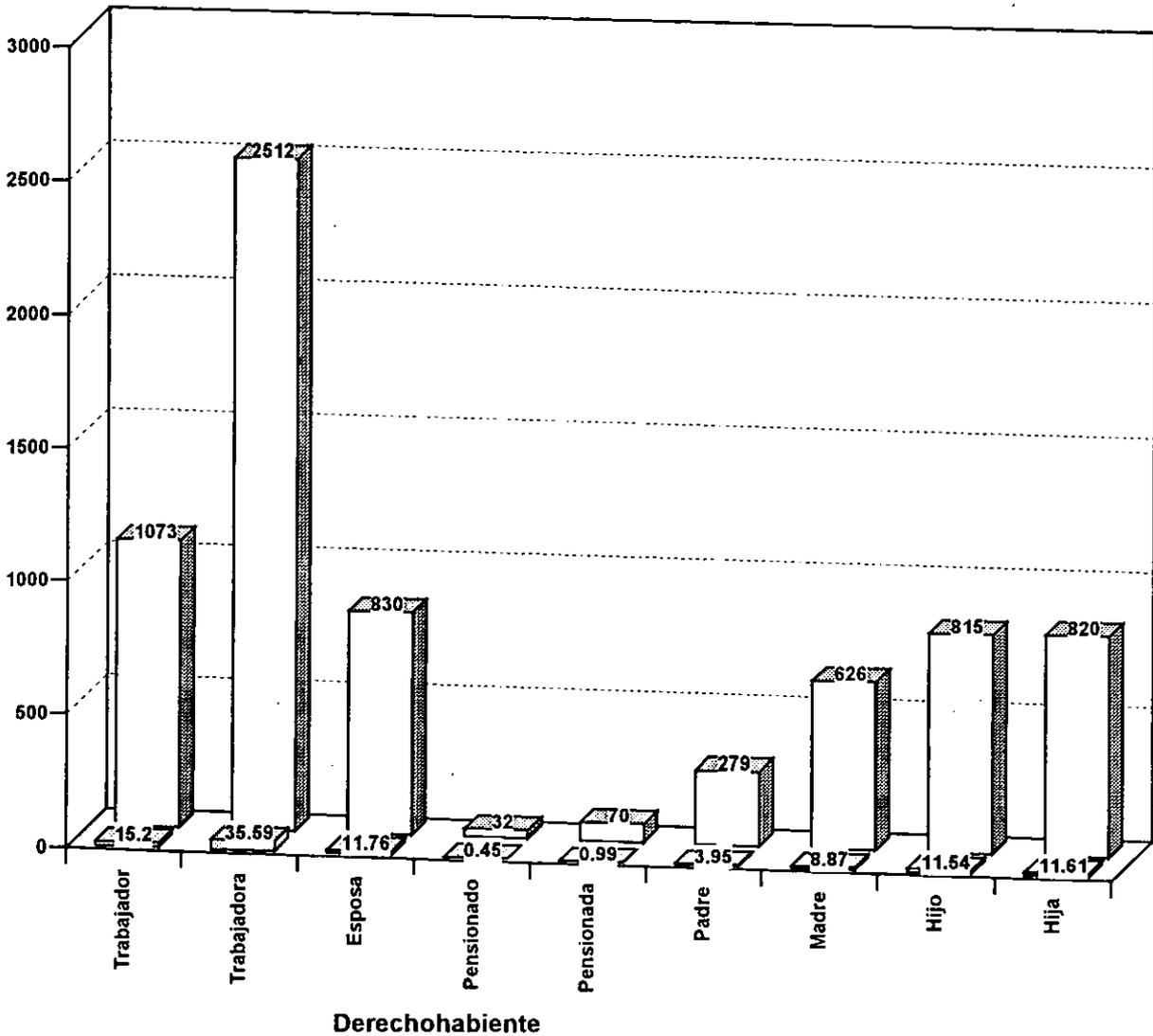
FUENTE: Forma SM 10 Informe diario Zona I, Unidad Médico Familiar 2102110100, ISSSTE, Puebla, en el periodo Enero-Mayo 2000.

### GRÁFICA III

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

(n = 7,057)

□ N° de casos □ Porcentaje



FUENTE: Forma SM 10 Informe diario Zona I, Unidad Médico Familiar 2102110100, ISSSTE, Puebla, en el periodo Enero-Mayo 2000.

### CUADRO IV

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

(n = 150)

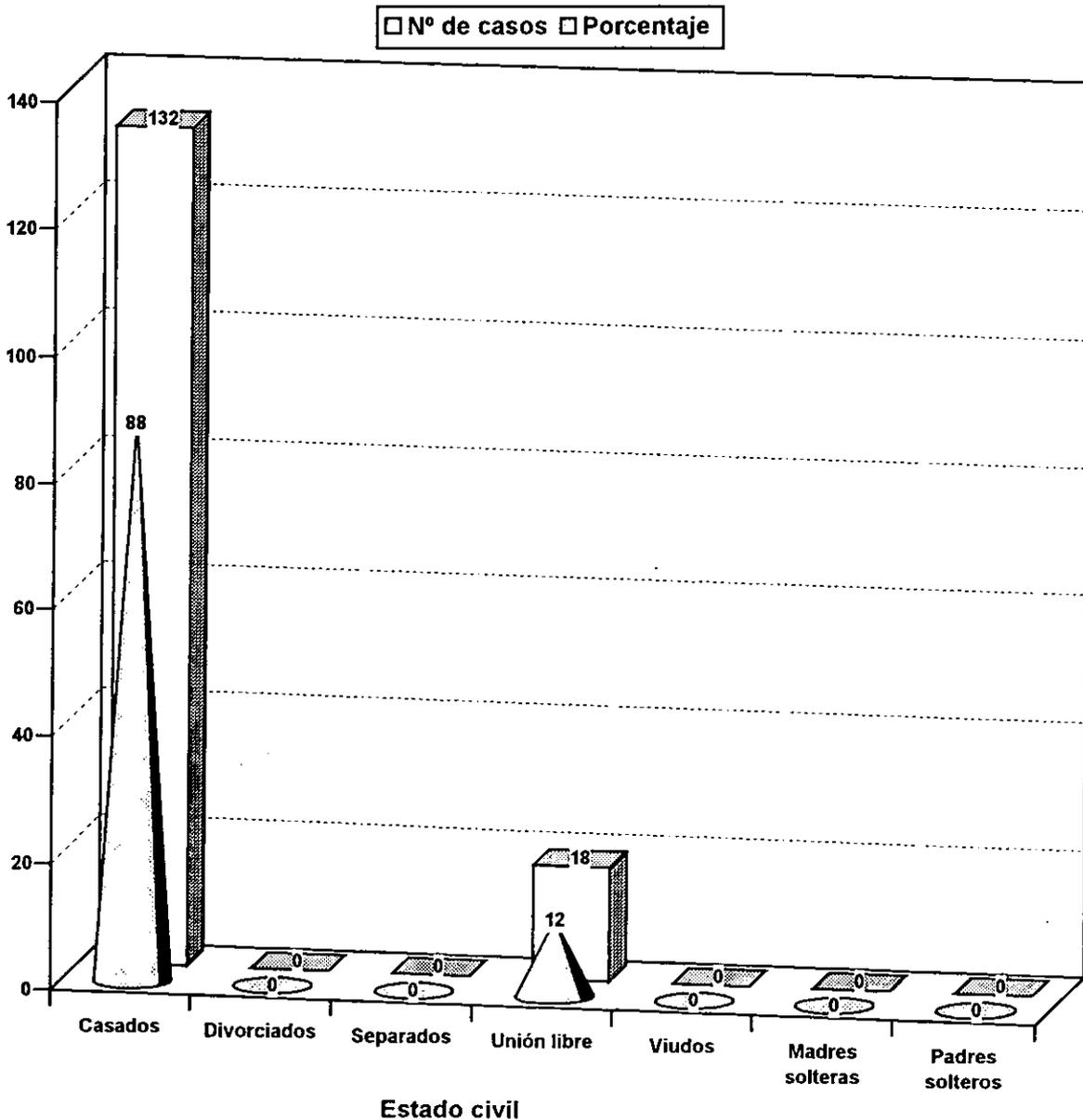
Estado civil	Nº de casos	Porcentaje
Casados	132	88
Divorciados	0	0
Separados	0	0
Unión libre	18	12
Viudos	0	0
Madres solteras	0	0
Padres solteros	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

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

### GRÁFICA IV

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

(n = 150)



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

## CUADRO V

### DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LOS AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA

(n = 150)

Tiempo de unión conyugal en años	Nº de casos	Porcentaje
0 – 4	25	16.6
5 – 9	30	20.0
10 – 14	16	10.6
15 – 19	23	15.3
20 – 24	12	8.0
25 – 29	12	8.0
30 – 34	13	8.6
35 – 39	9	6
40 – 44	4	2.6
45 – 49	2	1.3
50 y más	4	2.6
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

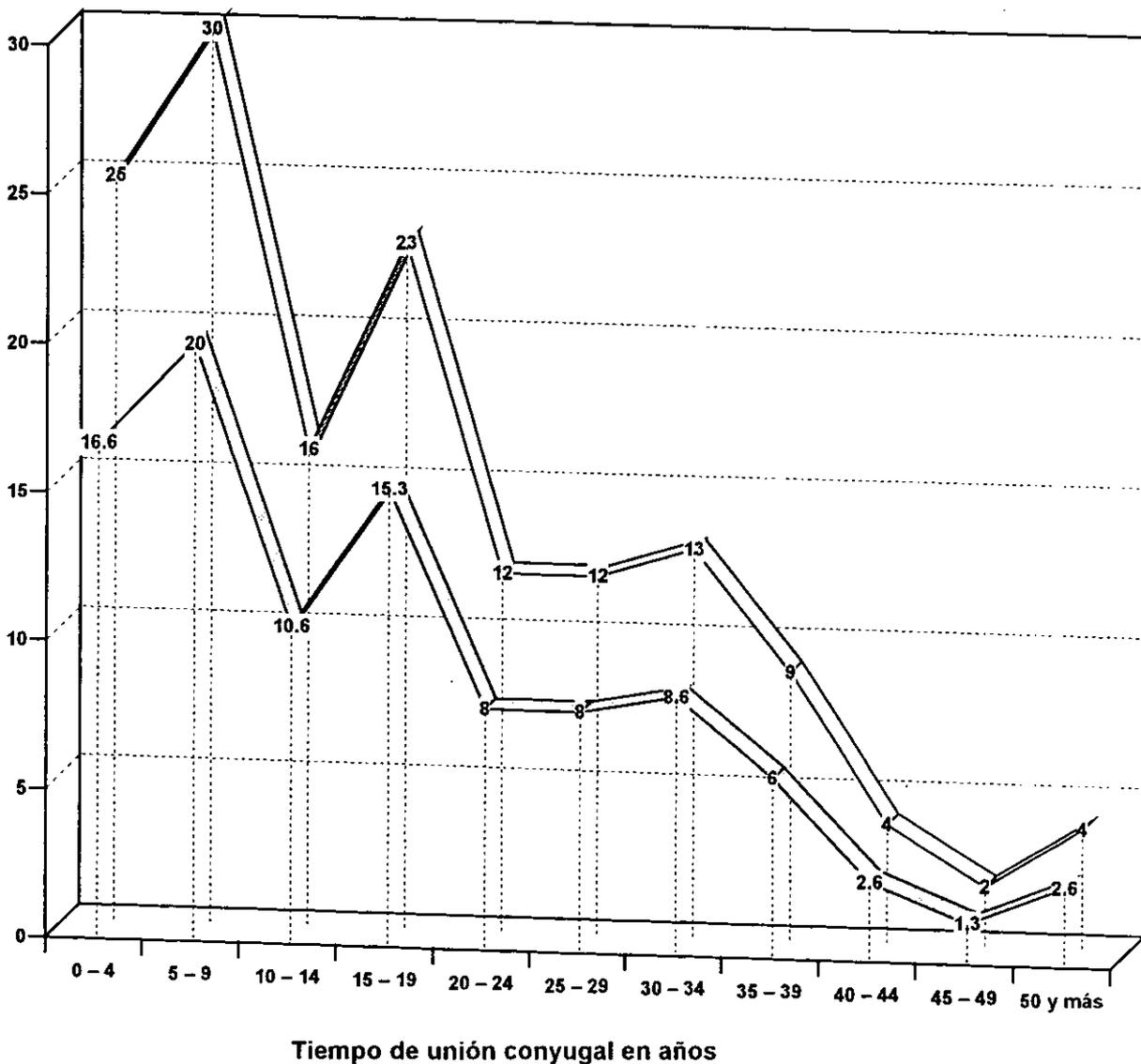
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero–Mayo 2000.

## GRÁFICA V

### DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LOS AÑOS DE UNIÓN CONYUGAL DE LAS FAMILIAS A LAS QUE SE LES APLICÓ LA FICHA

(n = 150)

□ N° de casos □ Porcentaje



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

## CUADRO VI

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

(n = 150)

Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
15 – 19	0	0
20 – 24	4	2.6
25 – 29	15	10.0
30 – 34	24	16.0
35 – 39	18	12.0
40 – 44	27	18.0
45 – 49	19	12.6
50 – 54	13	8.6
55 – 59	6	4.0
60 – 64	13	8.6
65 – 69	6	4.0
70 – 74	3	2.0
75 – 79	1	0.6
80 y más	1	0.6
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Media: 41.728;

d.e.: 12.921857;

Mediana: 42;

Moda: 40

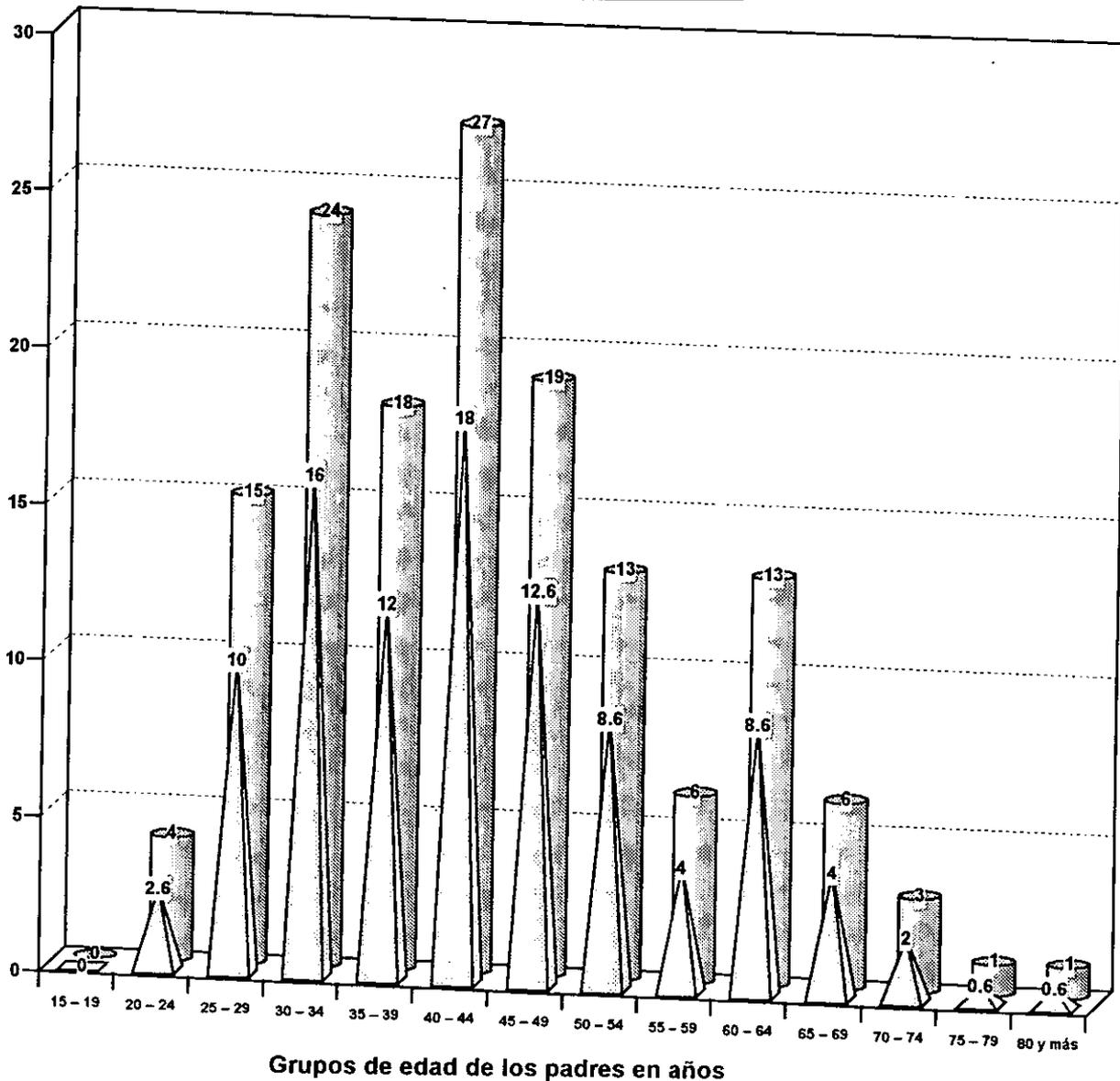
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero–Mayo 2000.

## GRÁFICA VI

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

(n = 150)

□ N° de casos □ Porcentaje



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

## CUADRO VII

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

(n = 150)

Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
15 – 19	0	0
20 – 24	5	3.3
25 – 29	21	14.0
30 – 34	25	16.6
35 – 39	31	20.6
40 – 44	18	12.0
45 – 49	16	10.6
50 – 54	13	8.6
55 – 59	8	5.3
60 – 64	8	5.3
65 – 69	2	1.3
70 – 74	2	1.3
75 – 79	1	0.6
80 y más	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Media: 39.182189;

d.e.: 12.05898;

Mediana: 42;

Moda: 40

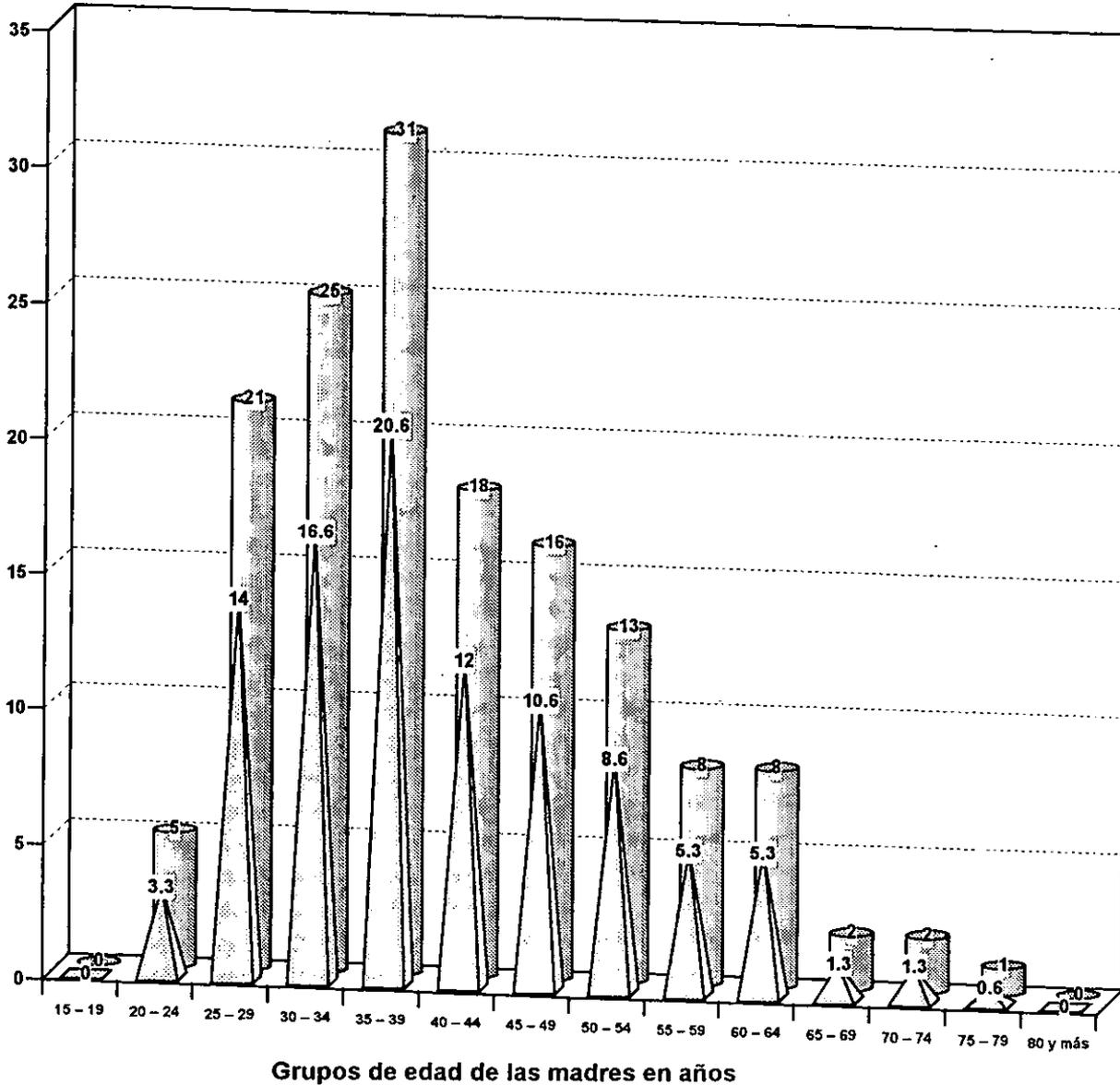
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero-Mayo 2000.

## GRÁFICA VII

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

(n = 150)

□ N° de casos □ Porcentaje



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

### CUADRO VIII

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

(n = 150)

Género	Nº de casos	Porcentaje
Femenino	109	72.6
Masculino	41	27.3
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

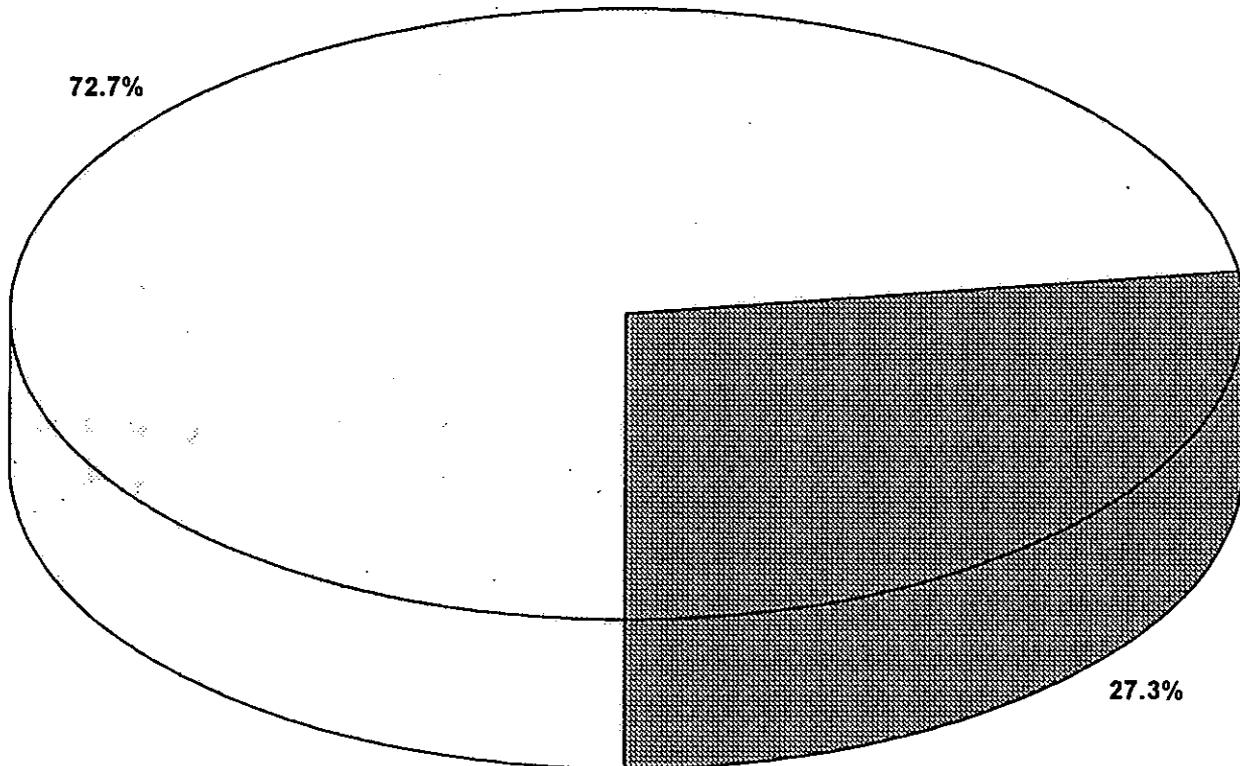
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero-Mayo 2000.

## GRÁFICA VIII

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

(n = 150)

■ 109 Femeninos ■ 41 Masculinos



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

## CUADRO IX

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

(n = 150)

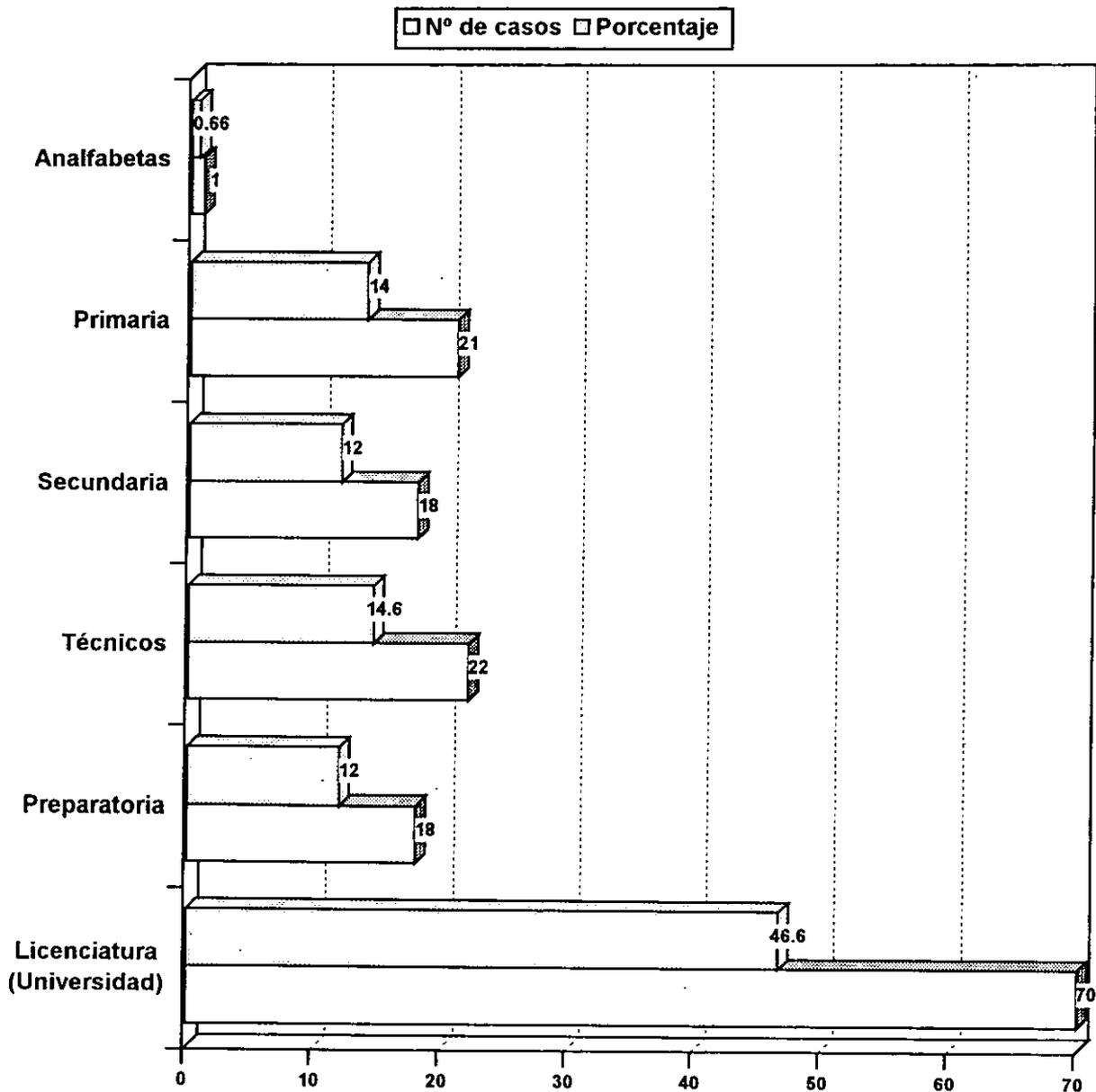
Escolaridad	Nº de personas	Porcentaje
Analfabetas	1	0.66
Primaria	21	14.0
Secundaria	18	12.0
Técnicos	22	14.6
Preparatoria	18	12.0
Licenciatura (Universidad)	70	46.6
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

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

## GRÁFICA IX

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

(n = 150)



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

## CUADRO X

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

(n = 150)

Grupos de edad en años	Nº de casos	Porcentaje
10 – 14	2	1.3
15 – 19	7	4.6
20 – 24	8	5.3
25 – 29	24	16.0
30 – 34	20	13.3
35 – 39	25	16.6
40 – 44	16	10.6
45 – 49	15	10.0
50 – 54	10	6.6
55 – 59	7	4.6
60 – 64	10	6.6
65 – 69	2	1.3
70 – 74	2	1.3
75 – 79	1	0.6
80 y más	1	0.6
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

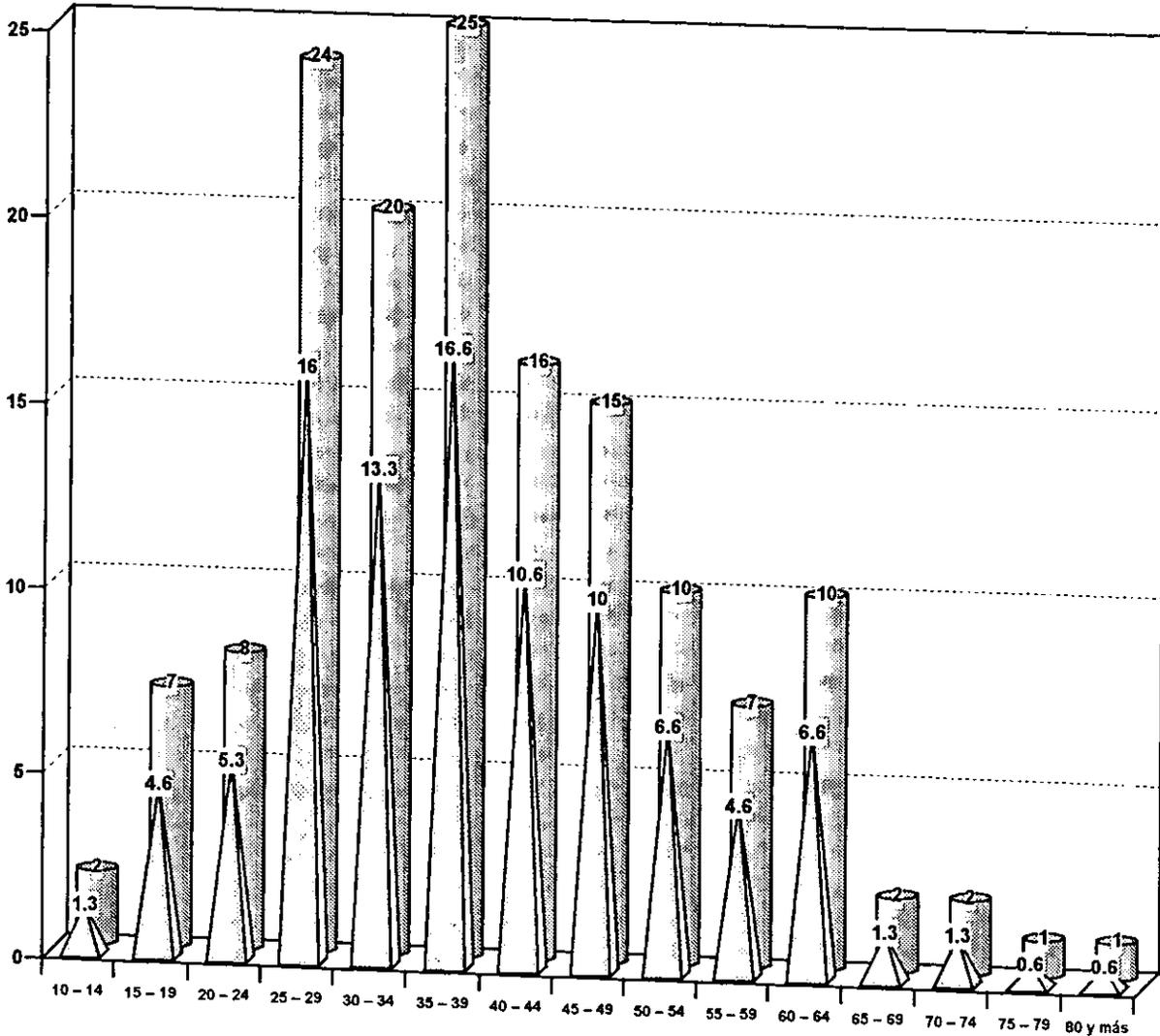
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero–Mayo 2000.

## GRÁFICA X

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

(n = 150)

□ N° de casos □ Porcentaje



Grupos de edad de las personas que respondieron en años

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

## CUADRO XI

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

(n = 427)

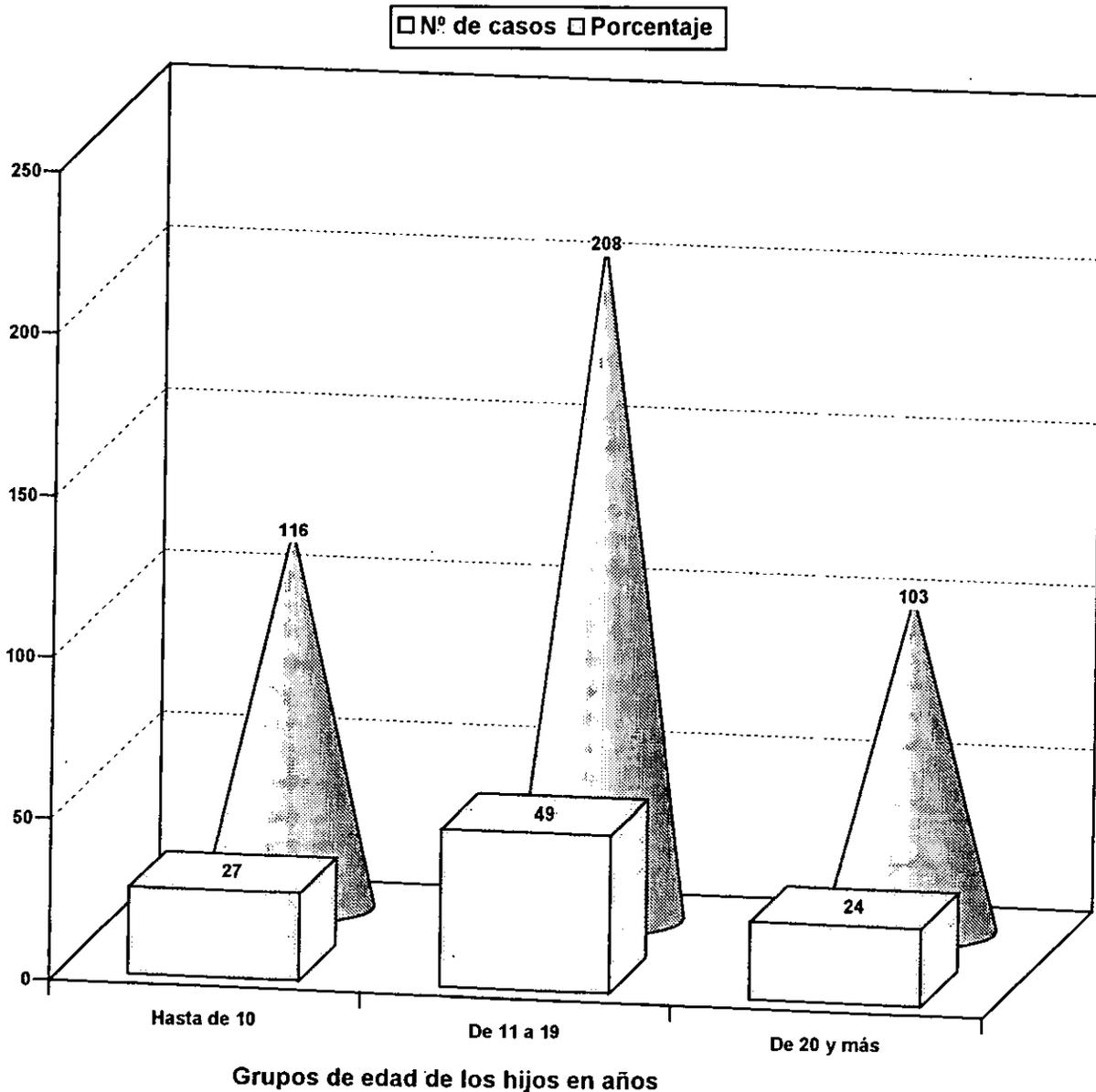
Grupos de edad de los hijos en años	Nº de casos	Porcentaje
Hasta de 10	116	27
De 11 a 19	208	49
De 20 y más	103	24
<b>TOTAL:</b>	<b>427</b>	<b>100</b>

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

## GRÁFICA XI

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

(n = 427)



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

## CUADRO XII

### TIPO DE FAMILIA: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 150)

Desarrollo	Nº de casos	Porcentaje
Moderna	93	62
Tradicional	57	38
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

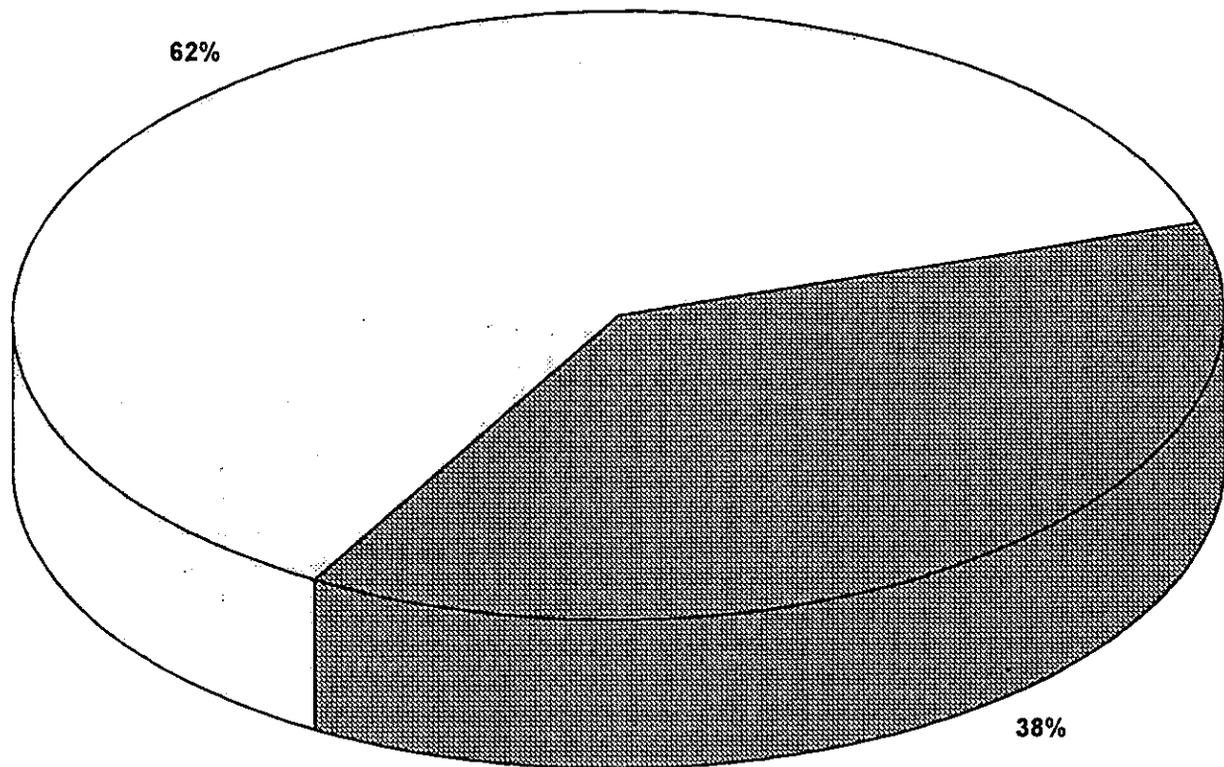
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero-Mayo 2000.

## GRÁFICA XII

### TIPO DE FAMILIA: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 150)

□ 93 Modernas ■ 57 Tradicionales



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

### CUADRO XIII

#### TIPO DE FAMILIA: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 150)

Composición	Nº de casos	Porcentaje
Nuclear	114	76
Extensa	36	24
Compuesta	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

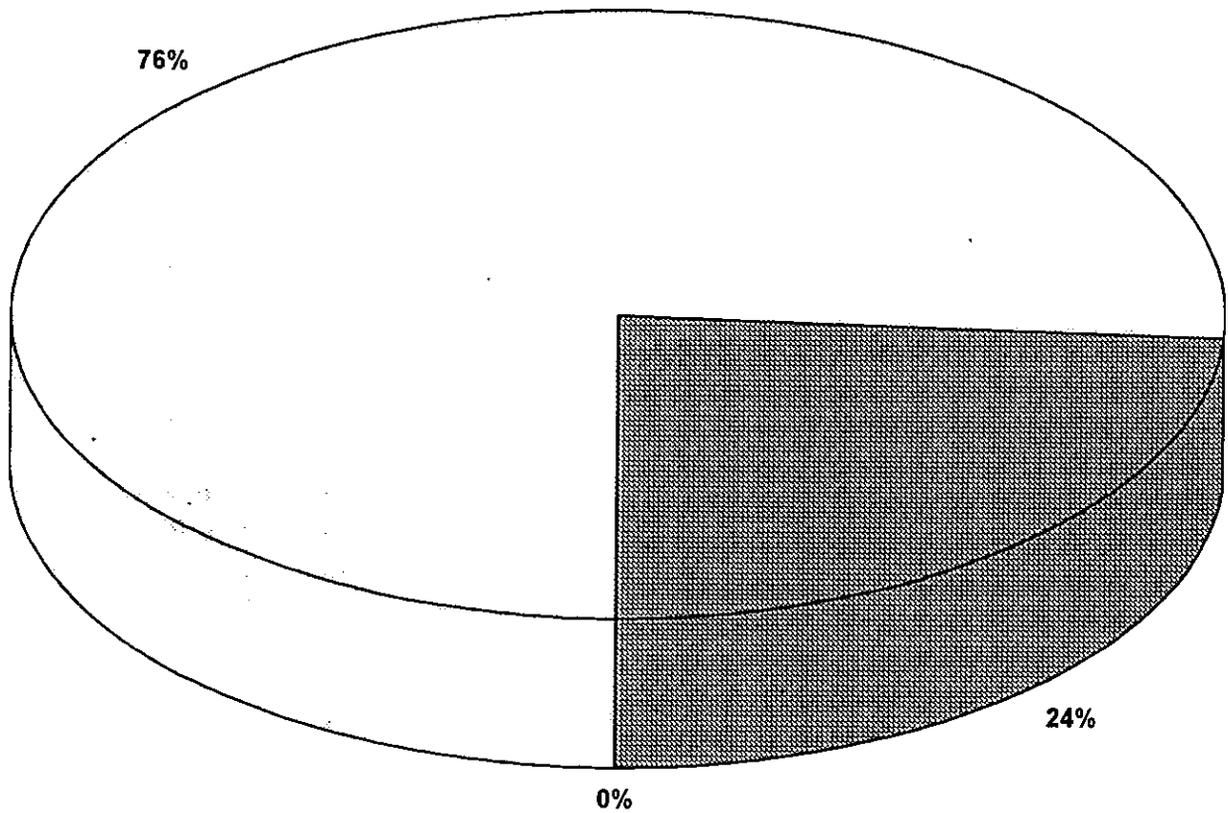
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero–Mayo 2000.

### GRÁFICA XIII

#### TOPO DE FAMILIA: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 150)

114 Nuclear 36 Extensa 0 Compuesta



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

## CUADRO XIV

### TIPO DE FAMILIA: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DEMOGRAFÍA

(n = 150)

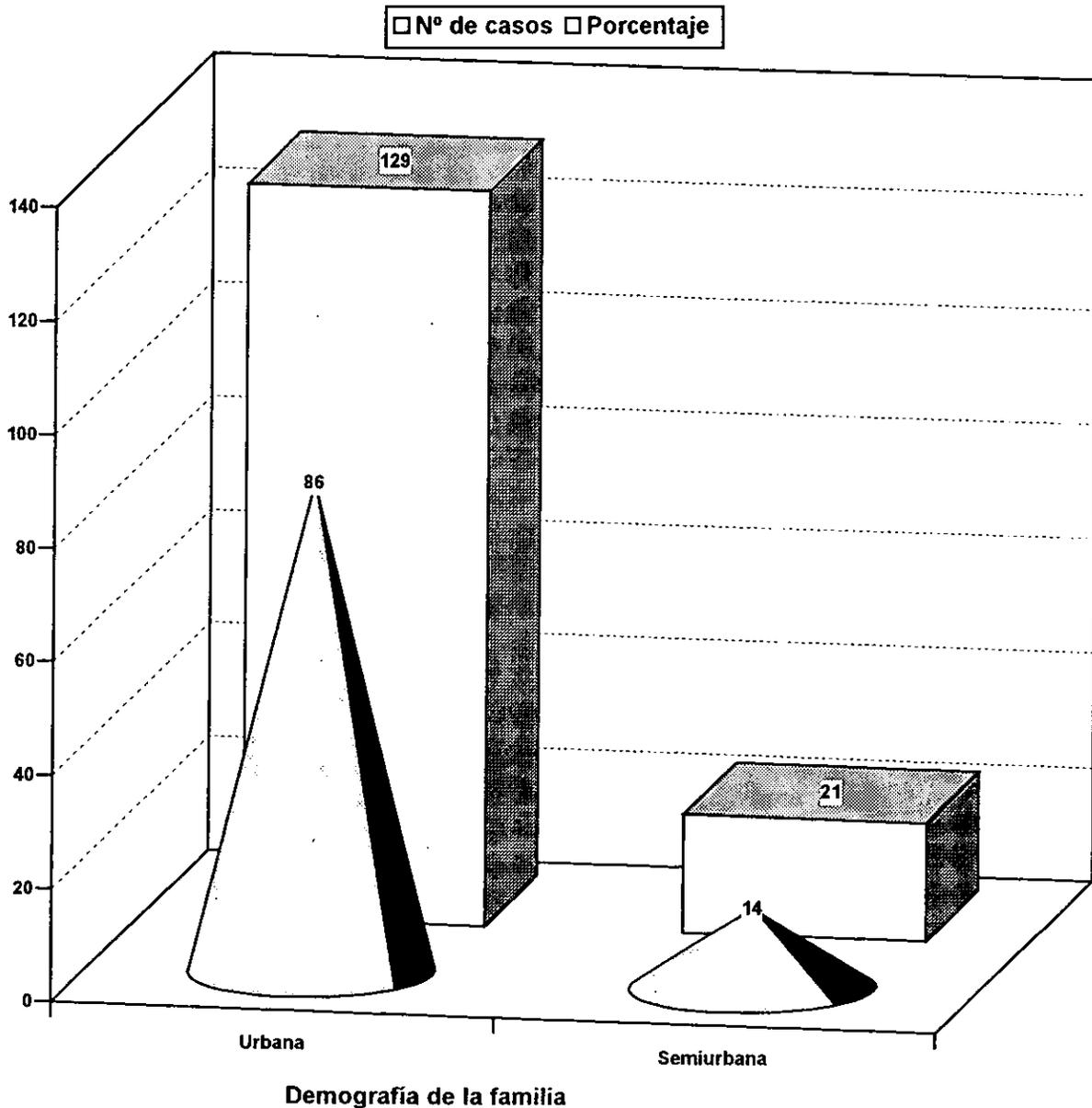
Demografía	Nº de casos	Porcentaje
Urbana	129	86
Semiurbana	21	14
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

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

## GRÁFICA XIV

### DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DE ACUERDO A SU DEMOGRAFÍA

(n = 150)



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

## CUADRO XV

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

(n = 150)

Número de salarios mínimos	Nº de casos	Porcentaje
Menor a 1	3	2
De 1 a 2	33	22
De 3 o más	114	76
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

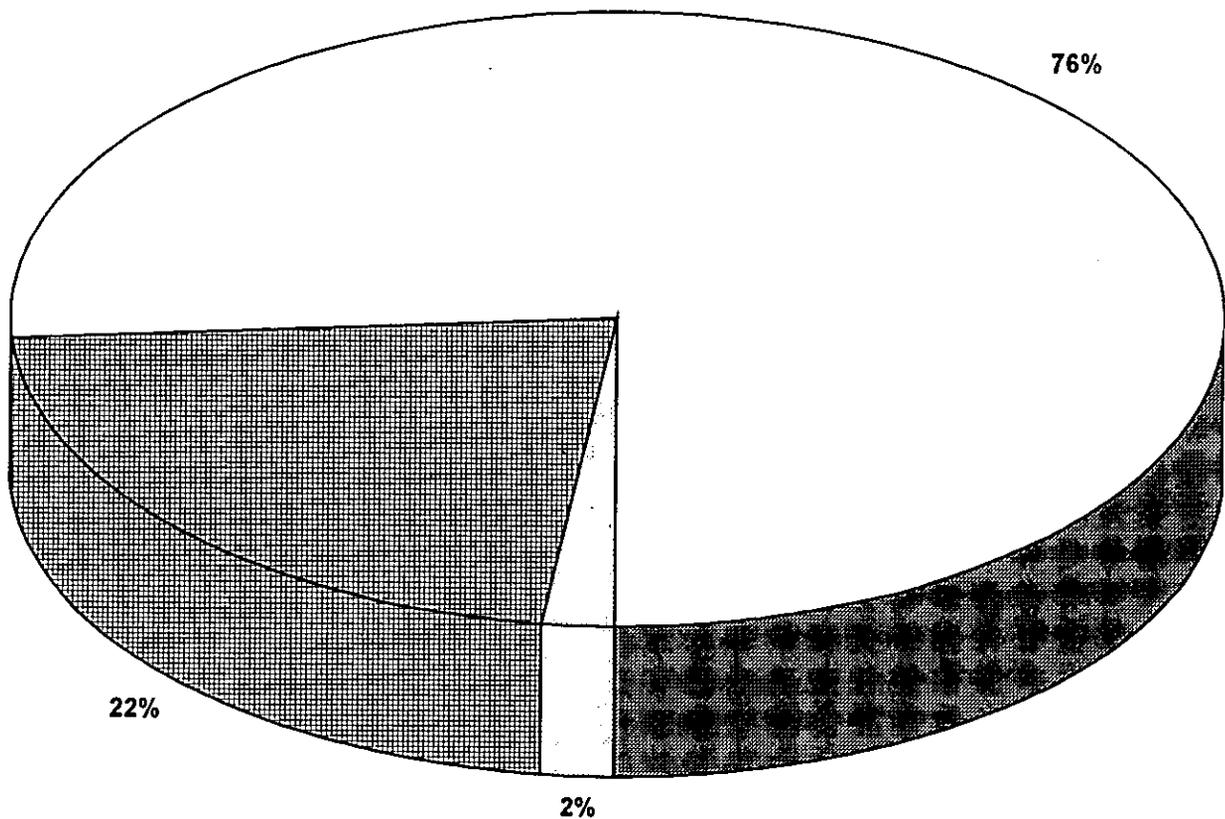
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero-Mayo 2000.

## GRÁFICA XV

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

(n = 150)

■ 3 menor a 1 ■ 33 de 1 a 2 □ 114 de 3 o más



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

## CUADRO XVI

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

(n = 150)

Ocupación	Nº de casos	Porcentaje
Oficio	13	9
Técnico	39	26
Profesionales	71	48
Comerciante	11	7
Pensionado	14	9
Desempleado	2	1
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

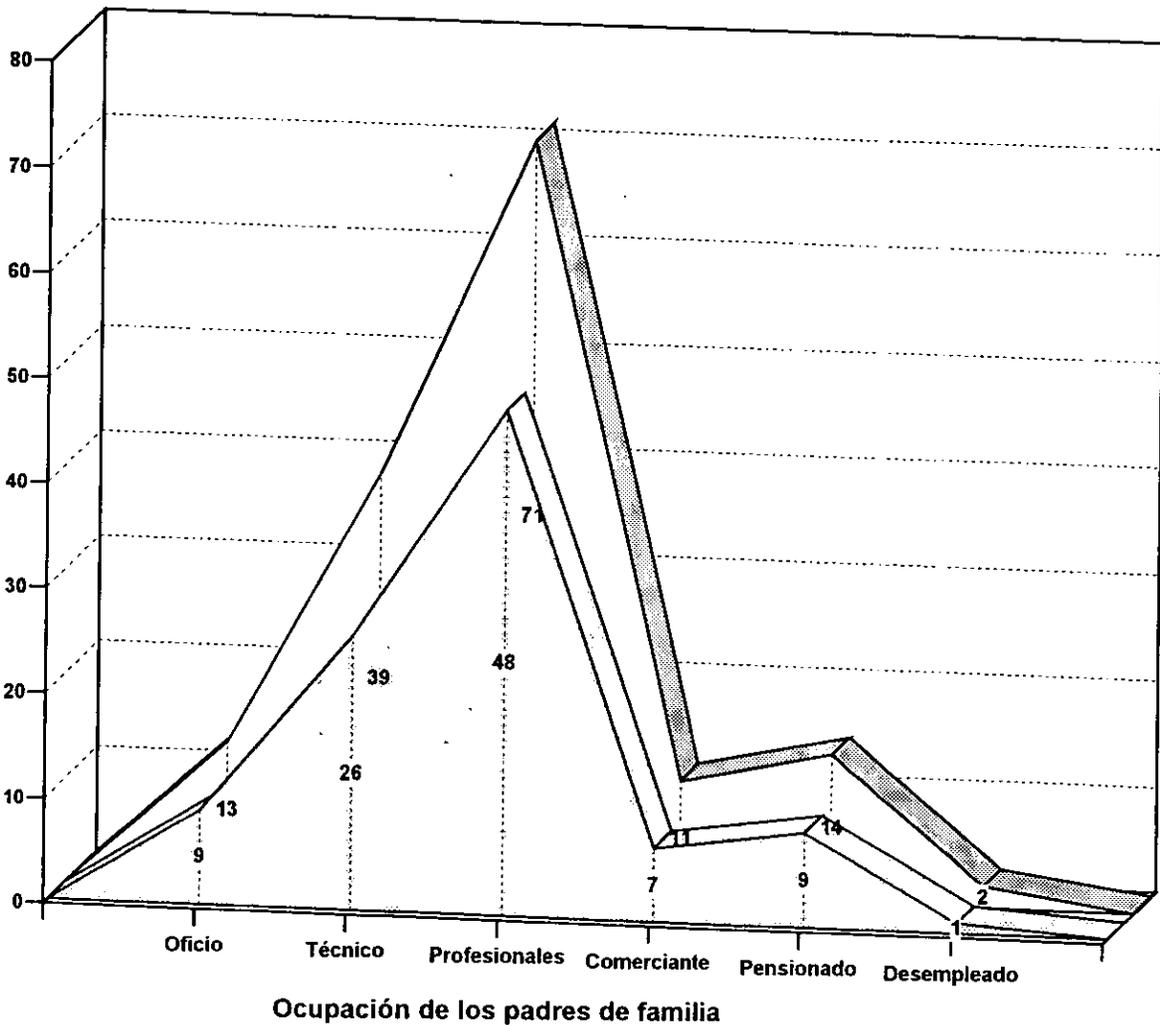
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero-Mayo 2000.

## GRÁFICA XVI

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

(n = 150)

□ N° de casos □ Porcentaje



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

## CUADRO XVII

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

(n = 150)

Ocupación	Nº de casos	Porcentaje
Oficio	0	0
Técnico	29	19
Profesionales	58	39
Comerciante	7	5
Pensionada	0	0
Hogar	56	37
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

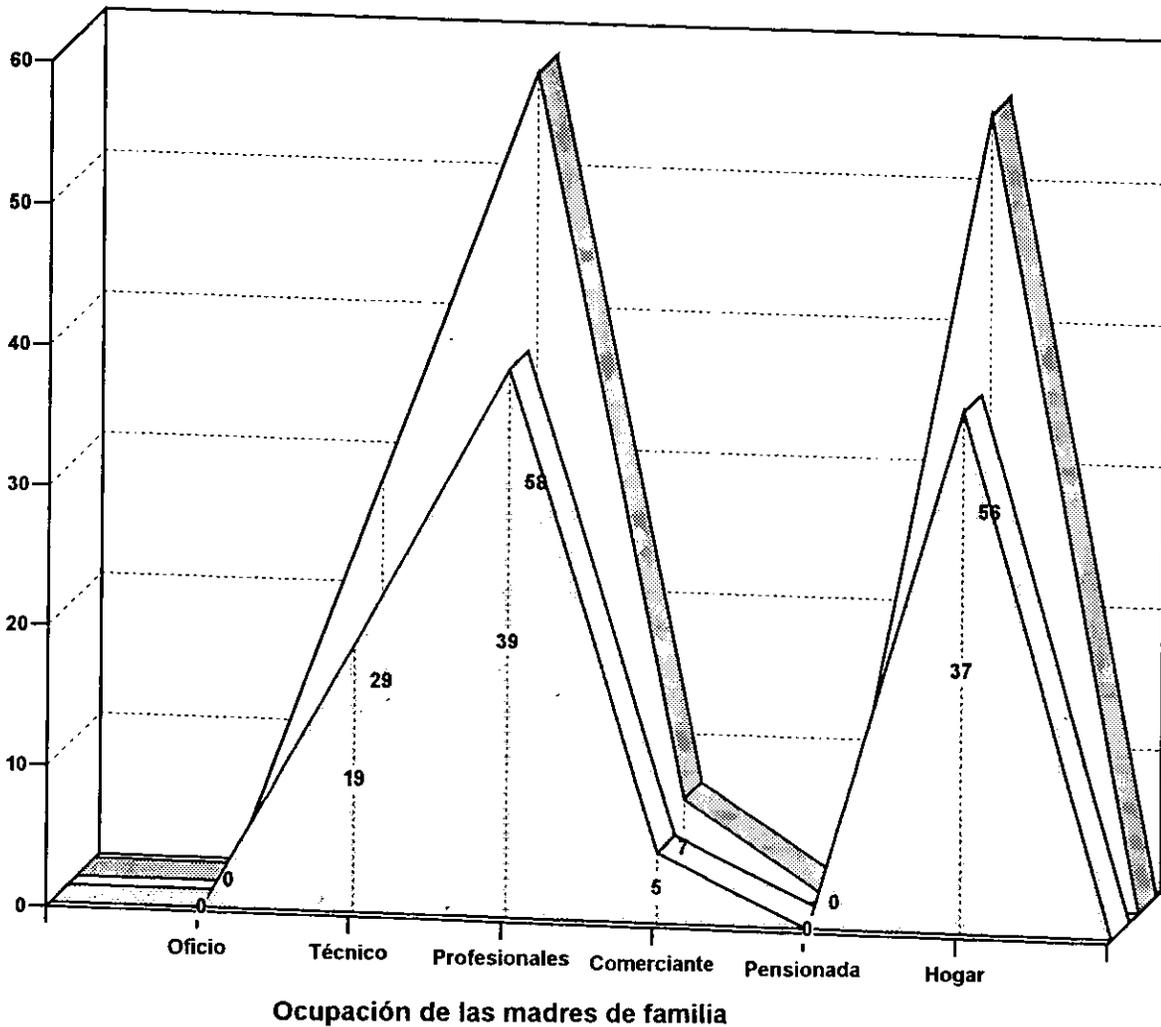
FUENTE: Ficha de identificación familiar aplicada a los pacientes que acuden a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110100, en el periodo Enero-Mayo 2000.

## GRÁFICA XVII

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

(n = 150)

□ N° de casos □ Porcentaje



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

### CUADRO XVIII

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

(n = 150)

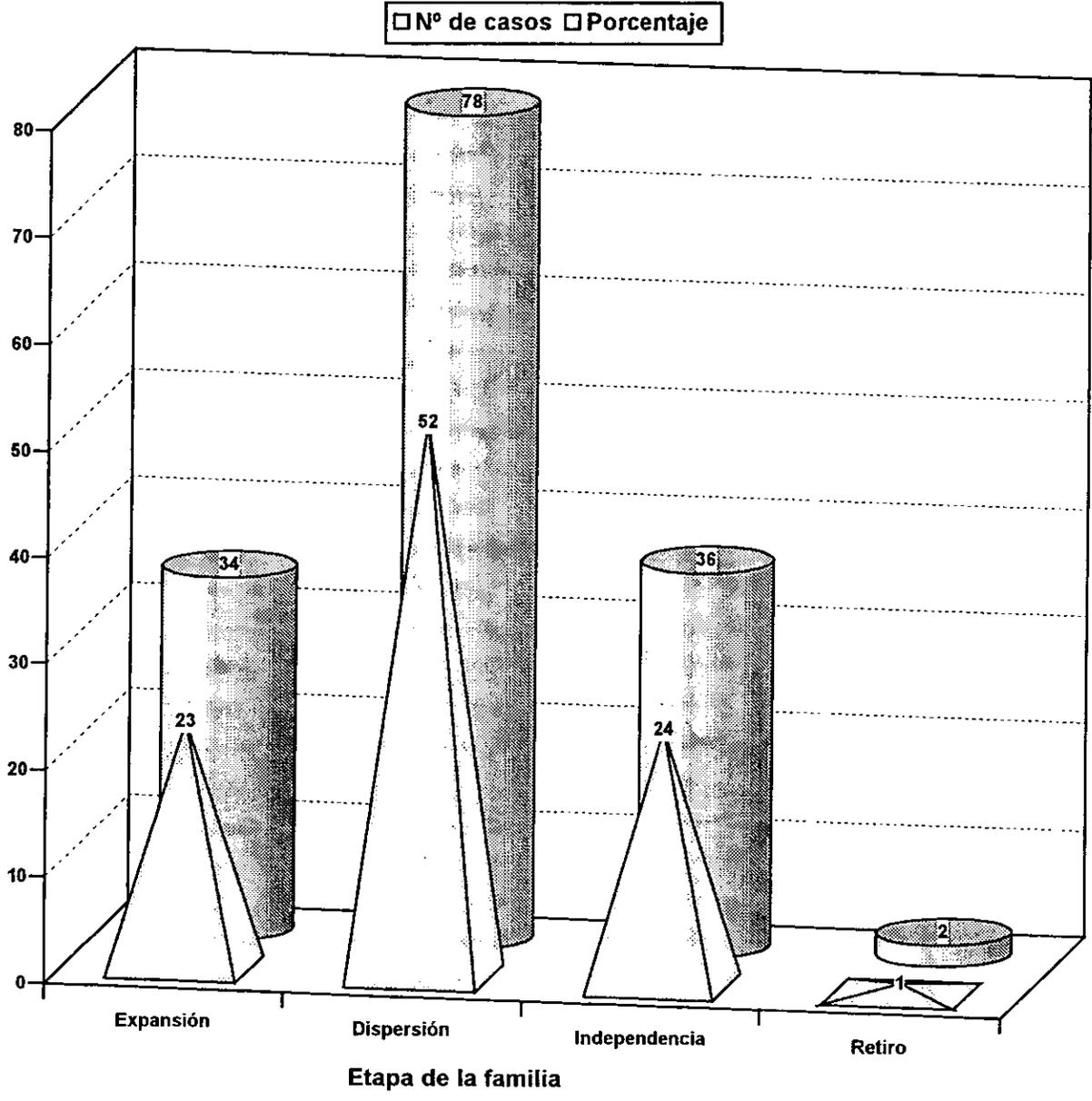
Etapa	Nº de casos	Porcentaje
Expansión	34	23
Dispersión	78	52
Independencia	36	24
Retiro	2	1
<b>TOTAL:</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

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

### GRÁFICA XVIII

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

(n = 150)



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

## CUADRO XIX

### 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN LOS CONSULTORIOS DE LA ZONA I, UMF 2102110100, ENERO-MAYO 2000

(n = 3,963)

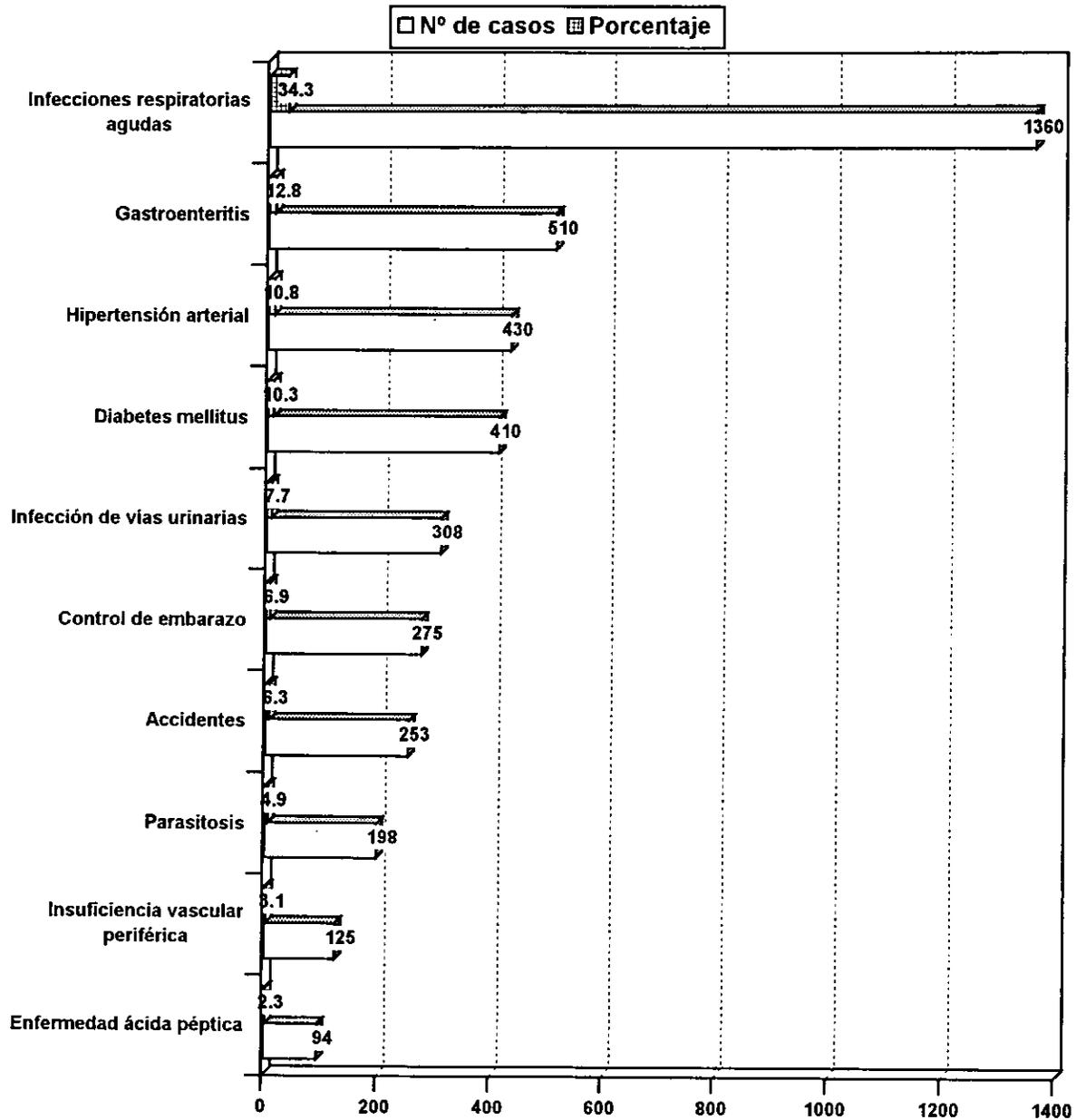
Nº	Diagnóstico	Nº consultas	Porcentaje
1	Infecciones respiratorias agudas	1360	34.3
2	Gastroenteritis	510	12.8
3	Hipertensión arterial	430	10.8
4	Diabetes mellitus	410	10.3
5	Infección de vías urinarias	308	7.7
6	Control de embarazo	275	6.9
7	Accidentes	253	6.3
8	Parasitosis	198	4.9
9	Insuficiencia vascular periférica	125	3.1
10	Enfermedad ácida péptica	94	2.3
<b>TOTAL:</b>		<b>3963</b>	<b>100</b>

FUENTE: Hoja de reporte del médico.

## GRÁFICA XIX

### 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA MÉDICA EN LOS CONSULTORIOS DE LA ZONA I, UMF 2102110100, ENERO-MAYO 2000

(n = 3,963)



FUENTE: Hoja de reporte del médico.

## CUADRO XX

### 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 3,963)

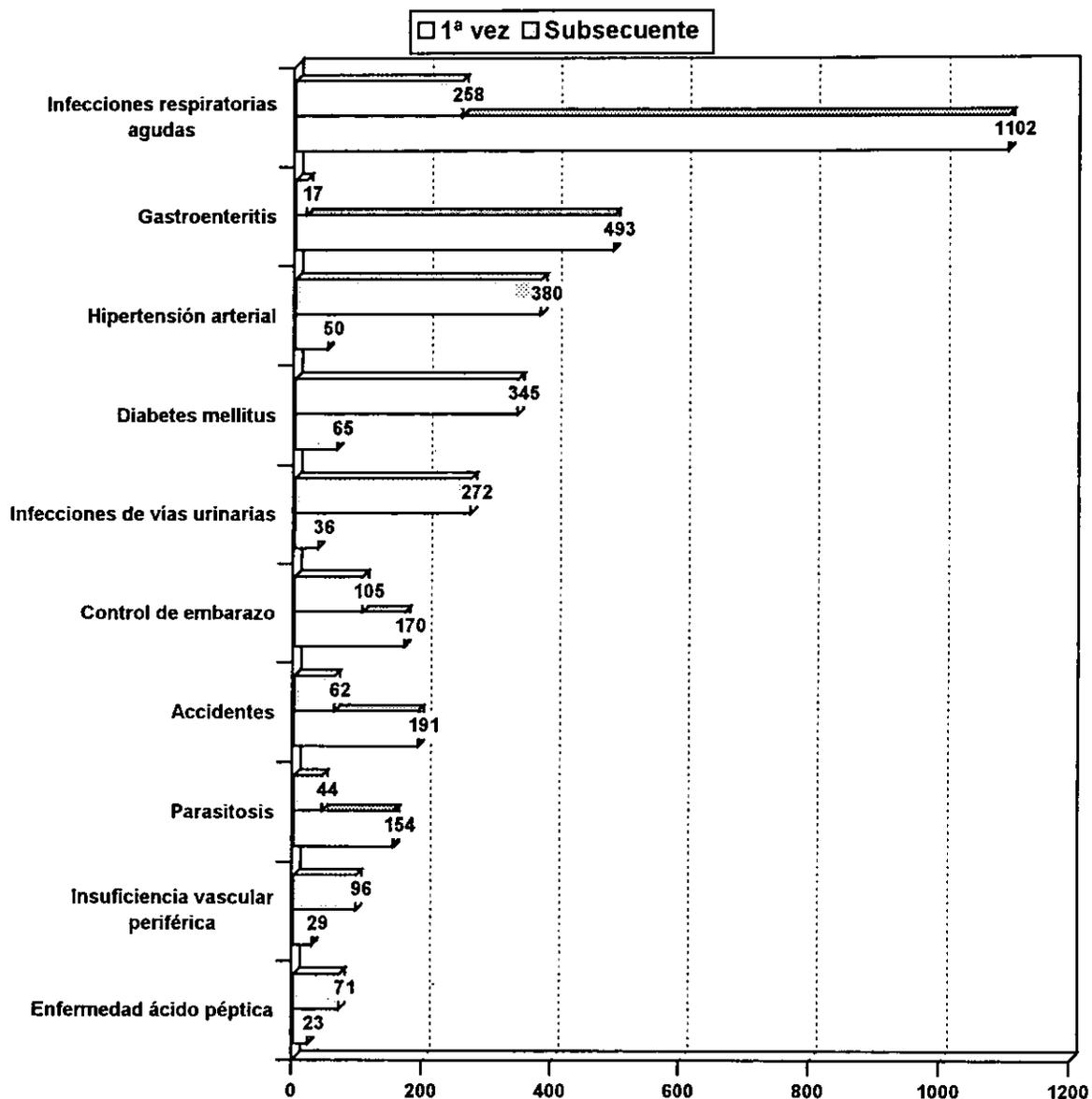
N°	Diagnóstico	1ª vez		Subsecuente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Infecciones respiratorias agudas	1102	27.8	258	6.5	1360	34.3
2	Gastroenteritis	493	12.4	17	0.4	510	12.8
3	Hipertensión arterial	50	1.3	380	9.6	430	10.87
4	Diabetes mellitus	65	1.6	345	8.7	410	10.3
5	Infecciones de vías urinarias	36	0.9	272	6.8	308	7.7
6	Control de embarazo	170	4.3	105	2.6	2758	6.9
7	Accidentes	191	4.8	62	1.6	253	6.3
8	Parasitosis	154	3.9	44	1.1	198	4.9
9	Insuficiencia vascular periférica	29	0.7	96	2.4	125	3.1
10	Enfermedad ácido péptica	23	0.6	71	1.8	94	2.3
	<b>TOTAL:</b>	<b>2313</b>	<b>58.3</b>	<b>1650</b>	<b>41.5</b>	<b>3963</b>	<b>100</b>

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## GRÁFICA XX

### 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 3,963)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## CUADRO XXI

### 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA POR PADECIMIENTO MÁS FRECUENTES POR EDAD Y GÉNERO EN LA ZONA I, UMF 2102110100, ISSSTE, PUEBLA, ENERO-MAYO 2000 (n = 3,963)

* Número de diagnóstico	GRUPOS DE EDAD EN AÑOS Y GÉNERO																				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	28	22	63	49	65	57	55	58	38	40	61	76	42	49	54	56	36	44	42	47	38	50	46	51	35	47	32	38	18	23	1360
2	0	0	0	0	28	20	29	23	18	25	21	24	21	25	22	26	18	27	24	31	25	22	17	18	12	19	5	4	4	2	510
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	30	38	27	32	49	47	23	26	38	32	46	35	430
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5	22	18	38	43	42	44	44	40	28	29	34	15	410
5	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	3	25	15	20	8	17	9	26	6	20	18	22	24	18	16	12	12	9	22	12	308
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0	56	0	104	0	85	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	275
7	0	0	0	0	10	14	13	18	23	17	20	15	16	12	25	13	5	3	8	13	10	8	4	2	1	1	1	1	0	0	253
8	0	0	8	6	25	18	19	16	16	12	7	9	8	6	4	3	3	4	7	10	5	7	1	1	2	3	1	1	0	0	198
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	7	6	2	6	3	7	12	12	17	8	11	8	6	7	8	125
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	8	7	6	11	12	9	6	5	6	8	5	2	3	1	2	2	0	0	94
<b>TOTAL:</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>71</b>	<b>55</b>	<b>128</b>	<b>111</b>	<b>116</b>	<b>116</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	<b>113</b>	<b>181</b>	<b>110</b>	<b>175</b>	<b>124</b>	<b>237</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>151</b>	<b>185</b>	<b>174</b>	<b>204</b>	<b>200</b>	<b>200</b>	<b>144</b>	<b>160</b>	<b>127</b>	<b>122</b>	<b>131</b>	<b>95</b>	<b>3963</b>

NOTA: \* El número de diagnóstico es igual el del Cuadro XX

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## CUADRO XXII

### VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL EN LA ZONA I UMF 2102110100

(n = 910)

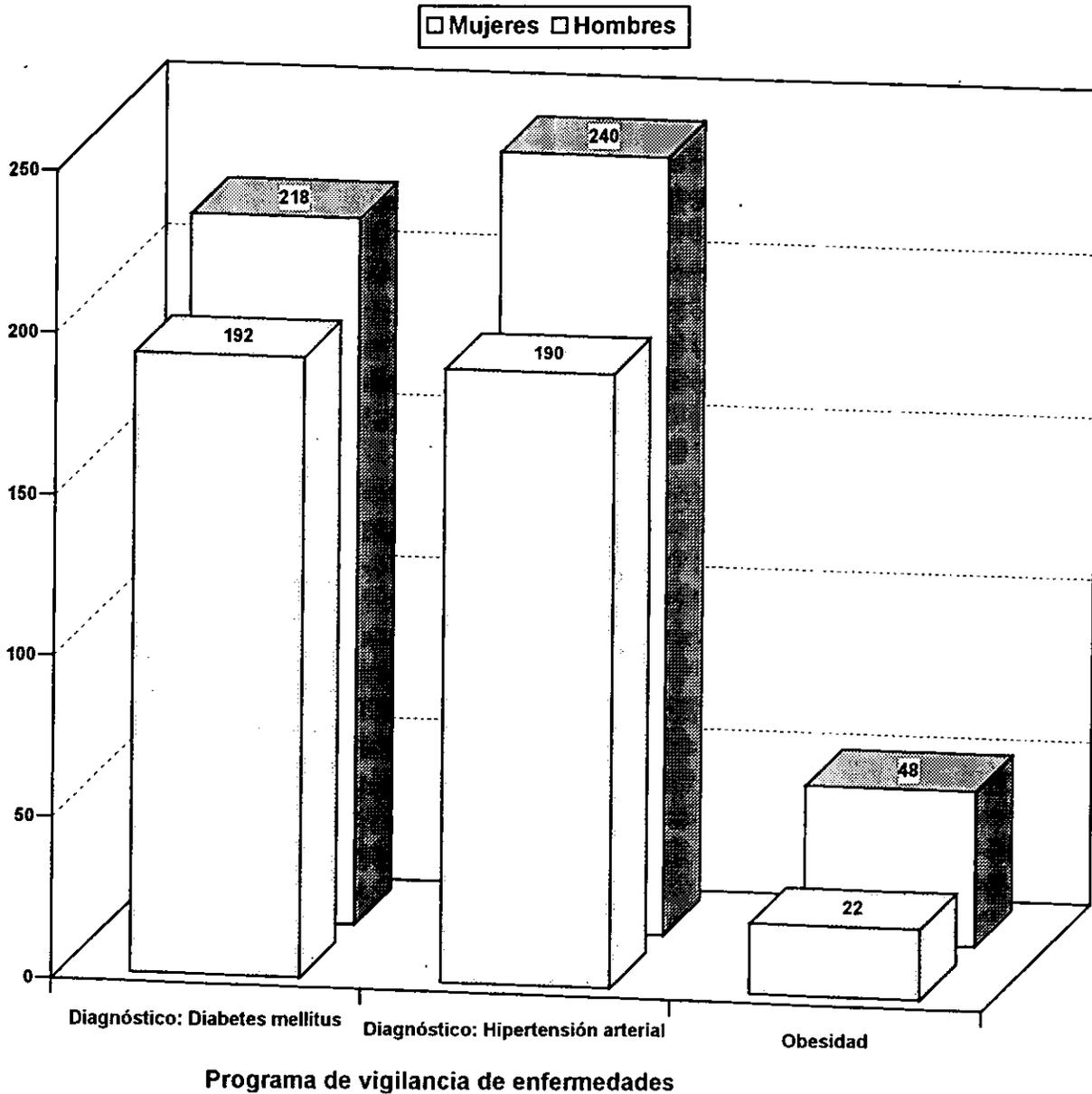
Programa	Mujeres	Hombres	Total
Diagnóstico: Diabetes mellitus	218	192	410
Diagnóstico: Hipertensión arterial	240	190	430
Obesidad	48	22	70
<b>TOTAL:</b>	<b>506</b>	<b>404</b>	<b>910</b>

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

## GRÁFICA XXII

### VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL EN LA ZONA I UMF 2102110100

(n = 910)



FUENTE: Cédula de recolección de datos.

## X. DISCUSIÓN

Después de revisar el panorama epidemiológico de nuestro país en el que encontramos una importante transición epidemiología, ocupando los primeros lugares en las tablas de morbilidad las enfermedades crónico degenerativas dejando en lugar secundario a las enfermedades infectocontagiosas que fueron causa de altas tasas de morbimortalidad anteriormente previéndose un aumento en los años de esperanza de vida.

Al comparar los resultados obtenidos en la investigación de las 10 principales causas de consulta encontradas en los derechohabientes que acudieron a consulta en el periodo de enero a mayo del 2000, en la zona I de la Unidad de Medicina Familiar 2102110100, Puebla, encontramos ocupando el 1<sup>er</sup> lugar infección de vías respiratorias, 2<sup>o</sup> lugar infecciones gastrointestinales, 3<sup>er</sup> lugar hipertensión arterial, 4<sup>o</sup> lugar diabetes mellitus, no correspondiendo a lo esperado, aunque es digno de tomar en consideración el lapso de tiempo en que se realizó el estudio que corresponde al invierno, lo que sirve para darnos cuenta la gran influencia que pueden tener las condiciones climatológicas de cada zona del país para modificar las causas de morbilidad.

En cuanto a los grupos de edad que predominaron para el año 2030

por el aumento de la esperanza de vida y el predominio de las enfermedades crónico degenerativas debemos tomar en cuenta que nuestro grupo de derechohabientes mayoritario irá a formar ese sector poblacional, por tanto se debe tratar de influir en los factores de riesgo y de prevención para lograr en ellos no sólo aumento de la esperanza, sino en la calidad de vida (AVISA).

Por la tipología familiar encontrada en nuestro estudio de familia, podemos observar que siendo familias formadas por parejas de padres jóvenes, profesionistas en su mayoría, en las que ambos trabajos fuera del hogar, los ingresos aumentan y se mejora el nivel socioeconómico, con lo que se resuelven algunos problemas, dando lugar a otros pues se pierde muchas veces la convivencia con los hijos, tan importante en el tiempo de su formación, originándose otro tipo de problemática como embarazos en adolescentes y drogadicción entre otros. Por lo que es importante orientar sobre estas condiciones para prevenirlos.

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

## XI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

### CONCLUSIONES:

A través del censo de población se identificó la población adscrita a los consultorios de la Zona I de la UMF 2102110110 encontrando el mayor porcentaje entre los 20 y 44 años y en segundo lugar entre 45 y 64 años de edad, siendo importante para determinar posteriormente los padecimientos más frecuentes en estos grupos de edad.

En la población que acudió a consulta en el periodo de enero a mayo del 2000, con un total de 7057, clasificados por tipo de derechohabiente, con predominio de género femenino.

**Propuesta:** Conocer los diagnósticos más frecuentes en los grupos más numerosos.

Se aplicó ficha de identificación familiar a 150 familias de los informantes la mayoría entre 20 y 39 años con una escolaridad predominante de licenciatura, y género femenino.

La unión conyugal englobada en su mayoría entre 5 y 19 años.

En cuanto a la edad de los padres de familia el mayor porcentaje entre 30 y 44 años de edad y de las madres de familia entre 25 y 39 años.

Con estos resultados podemos concluir que la población que asiste a reciben atención médica a la zona I de la UMF 2102110100 es joven, predominando la población femenina.

**TIPO DE FAMILIAS:**

**Por su desarrollo:** Mayor porcentaje moderna.

**Por su demografía:** Mayor porcentaje urbana.

**Por su composición:** Mayor porcentaje nuclear.

**Etapas del ciclo vital:** En un porcentaje mayor dispersión.

En cuanto al número de hijos se encuentra un porcentaje mayor en el grupo de 11 a 19 años.

Correspondiendo al ingreso mensual de la pareja, el mayor porcentaje a 3 o más salarios mínimos.

Se identificó la ocupación de los padres correspondiendo la mayoría a profesionistas, con igual condición de las madres de familia, en una proporción dedicadas al hogar, así como la escolaridad de ambos a nivel licenciatura.

Los motivos de la consulta más frecuentes son las enfermedades agudas como infecciones de vías respiratorias y gastrointestinales, siguiendo en frecuencia las enfermedades crónicas degenerativas.

### **PROPUESTAS:**

1. Se propone reforzamiento del primer nivel de atención siguiendo programas y normas establecidas, siendo importante la prevención, con un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, con disminución lógica de pase a segundo y tercer niveles de atención.
2. Capacitación del personal médico y paramédico para promoción de la salud.
3. Formación de grupos de apoyo para orientación de enfermedades crónicas degenerativas, conocimiento de normas establecidas para detección oportuna, manejo y control adecuados.
4. Conocer y cumplir con el programa de control del niño sano.
5. Conocer y cumplir con el programa de control del embarazo.

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

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas de la Peña E. Implantación de la medicina familiar en el IMSS 1954-55. En: Cárdenas de la Peña E. Medicina Familiar en México. Historia. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1974: 81-124.
2. U.S. Preventive services task force guide to clinical preventive services an assessment of the effectiveness or interventions Baltimore Williams and Wilkins, 1989.
3. Brunton Suther Land. J. Prevención de la enfermedad y protección de la salud. En Taylor R B, ed. Medicina de Familia, principios y práctica. Barcelona, Doyma, 1991; 85-89.
4. Mc Whinney I R. Medicina de Familia. Barcelona, España: Edide, 1995; 3-383.
5. Irigoyen Coria A, Gómez Clavelina F J, Can Family Medicine Survive in Mexico. Fam. Pract. 1994; Jun, 11; 2.
6. Guertzen J Stewart M Wenston W. Efective teaching

- behaviours of rural family medicine preceptor. *Can Med Assoc J* 1995; Jul. 13; 153 (2): 161-8.
7. Baraka S M, Ebell M H. Family medicine interest groups AT US Medical School *Fam-Med* 1995 Jul-Aug; 27 (7): 473-9.
  8. Holloway R L, Morbella A M, Townsen J M. Defining the need four faculty in family medicine results a national survey. *Fam-Med* 1995, Feb 27 (2); 98-102.
  9. Gómez M I. Desarrollo profesional del médico familiar. *Rev. Med. IMSS (Mex)*, 1994.
  10. Arlene S, Ash PH, D. Análisis de resultados y prácticas médicas. *Hospital Practice*. Ed. Mexicana 1996. Vol. 3; N° 10; 347-438.
  11. Fajardo Ortíz G. El precio de la salud. *Gaceta Médica de Mex.* 1992: 483-493.
  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. G. Bustos Lozano. El pediatra de atención primaria y las actividades preventivas. En: Atención primaria. Vol. 12, N° 4, Sept. 1993: 183.
14. J. Rodríguez Morva, et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. En: Atención primaria. Vol. 13, N° 1; 1994: 39–41.
15. Delgado A, López Fernández L. A. La participación comunitaria: una revisión necesaria. Atención Primaria. 1992; 9 (8): 457–459.
16. Donabedian A. Explorations in quality assement an monitoring. Vol. 1. Michigan Healt administration press.
17. Delgado Sánchez A. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. Atención primaria de los usuarios. Atención primaria. O. 16, N° 6, Octubre, 1995.
18. Irigoyen C A, Gómez C F J, Jaime A H. Fundamentos de Medicina Familiar. 4ª edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana, 1996; 153 – 173.

19. Irigoyen Coria, Gómez Clavelina, et al. Fundamentos de Medicina Familiar. 3ª edición, 1995; 1-189.
20. Campbell T L. A family systems approach to patients care. The Journal of Family practice 1993; 37; N° 4; 382-384.
21. Rubén Velázco Orellana y Cols. La disfunción familiar. Rev Med IMSS (Méx) 1994; N° 32: 271-75.
22. Guillermo Edmond. El médico general y la familia (crisis, funciones familiares, comunicación), México, 1991; 19-29.
23. Revista de Salud Pública de México. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Vol. 42, N° 1, enero-febrero de 2000.
24. Revista de Salud Pública de México. La diabetes mellitus entre la población hispana. Vol. 41, N° 4, julio-agosto, 1999.
25. Harrison, et al. Principios de Medicina Interna, 13ª edición, Vol. 1, Editorial interamericana, 1996, pág. 1160-1175.
26. Manual de normas y procedimientos de detección y control

de la hipertensión arterial. Subdirección General Médica, ISSSTE, 1991.

27. Vilaplana V R. Tobías F J. Implementación del protocolo de hipertensión en un área básica de salud, como base para una auditoria médica. Atención primaria 1994, N° 6; 70-72.
28. Manual de normas para tratamiento de infecciones respiratorias agudas en los niños. Secretaría de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva, Méx, 1991.
29. Games Eternod J, Palaios T J. Introducción a la pediatría, Capítulo 33, Editorial Méndez, 5ª edición, México, 1993, 357-63.
30. Reyes H, Tomé P y cols. La mortalidad por enfermedad diarreica en México. Salud Pública Mex, 1998; 40: 316-323.
31. Consejo Nacional de vacunación. Programa de atención a la salud del niño. México, D.F., Secretaría de Salud, 1997.

### XIII. ANEXOS

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Identificación Familiar

Familia: \_\_\_\_\_ Años de unión conyugal: \_\_\_\_\_

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

Edad: \_\_\_\_\_ Género: Masculino ( ) Femenino ( )

Escolaridad de la madre: \_\_\_\_\_ Edad del Padre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Edad del padre: \_\_\_\_\_ Edad de la madre: \_\_\_\_\_

Número de hijos (hasta de 10 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 11 a 19 años de edad): \_\_\_\_\_

Número de hijos (de 20 ó más años de edad): \_\_\_\_\_

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

Tipo de Familia: Marque con una equis (X)

Desarrollo: Moderna ( ) Tradicional ( )

Demografía: Urbana ( ) Semiurbana ( )

Composición: Nuclear ( ) Extensa ( ) Compuesta ( )

Ingresos mensuales aproximados:

≤ de 1 salario mínimo ( )

de 1 a 2 salarios mínimos ( )

de 3 ó más salarios mínimos ( )

Personas que dependen de este salario: \_\_\_\_\_

Ocupación: Del padre: \_\_\_\_\_ De la madre: \_\_\_\_\_

Etapa del ciclo vital familiar:

Expansión ( ) Dispersión ( ) Independencia ( ) Retiro ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_