

11226
6



**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 ISSSTE, PUEBLA, PUE.

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL
MOSAMEF EN LA ZONA 4 DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE,
PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1999**

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

PRESENTA:

280782

Dra. Magdalena J.

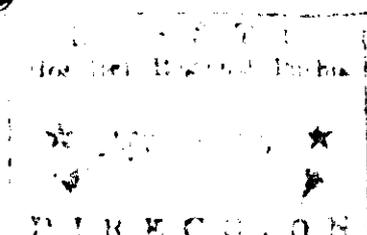
Aldama Romano

PUEBLA, PUE. NOVIEMBRE

2000



ISSSTE





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 MOSAMEF EN
LA ZONA 4 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL ISSSTE, PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1999**

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

PRESENTA:

Dra. Magdalena J. Aldama Romano

AUTORIZACIONES:

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

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

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

PUEBLA, PUE. NOVIEMBRE 2000

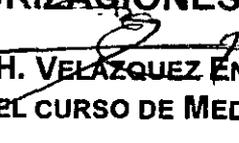
**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MOSAMEF EN
LA ZONA 4 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL ISSSTE, PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1999**

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

PRESENTA:

Dra. Magdalena J. Aldama Romano

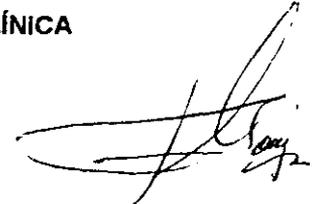
AUTORIZACIONES:


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.T.E.

FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP, NOVIEMBRE 2000

28 NOV. 2000
V. o. Bo.

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

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL
MOSAMEF EN LA ZONA 4 DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE,
PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1999**

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	66
XI.	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
XIII.	ANEXOS.....	

U N A M I S S I S T E

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 pediatras 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 pediatras 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 pediatras 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.

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 (8), introduce una influencia potencialmente profunda en la salud y bienestar del niño (9), pero sigue siendo excepcional (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 pediátrica 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 (20), 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.

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 4 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla durante el año de 1999?

V. JUSTIFICACIÓN

Debido a que no se dispone de información sociodemográfica de la población atendida en la Zona 4 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla durante el año de 1999, 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 4 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla en el año de 1999.

VI.2. ESPECÍFICOS:

- VI.2.1. Identificar las características biopsicosociales de la población atendida en la Zona 4 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 4 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Puebla durante el año de 1999.
- 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 4 de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE.

VII. HIPÓTESIS

La aplicación del Modelo 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° 4 del ISSSTE, Puebla durante el año de 1999.

VIII.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Está conformada por 300 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 4 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

De acuerdo a la Oficina de Informática y Estadística del ISSSTE, Puebla, para el año de 1999 se tenía a una población amparada de 108,036, una población registrada de 65,492 derechohabientes en la ciudad de Puebla, la población registrada de la zona 4 fue de 19,063 derechohabientes, de los cuales recibieron atención médica 18,480 de estos. Se tomó una muestra de 2,743 individuos que acudieron a la consulta de un solo consultorio médico y se obtuvieron los 10 principales motivos de consulta, así como su distribución en subsecuentes o de primera vez. En la pirámide poblacional se puede apreciar la distribución por edad y género, también se entrevistaron a 300 individuos que representan a 300 familias seleccionadas de manera no probabilística (consecutiva) y cuya información se presenta a continuación:

La edad promedio de los encuestados fue de 42.3 años, siendo 227 (76%) mujeres y 73 (24%) hombres (Cuadro y Gráfica N° 1).

El nivel de educación escolar fue: superior 78 (26%) casos; media 109 (36%), básica 70 (23%), técnica en 36 (12%) de casos y sólo 7 (3%) fueron analfabetas (Cuadro y Gráfica N° 2).

La distribución del estado civil se presenta en el Cuadro y Gráfica N°

3, en donde se aprecia que en el 68% (204) de los casos están casados, 39 (9.7%) viven en unión libre, 25 (8.3%) son solteros, 22 (7.3%) son viudos y 20 están divorciados.

El promedio de años de unión conyugal fue de 13.1.

El promedio de edad paterna fue de 44.5 años en 237 sujetos entrevistados y de 43 años en 285 mujeres (Cuadro N° 4).

El número total de hijos referido entre las 300 familias fue de 687, cuya distribución etaria por décadas se presenta en el Cuadro N° 5 y Gráfica N° 4, donde se observa que de 0 a 10 años hubieron 202 (29.4%) caso; de 11 hasta 19 años se presentaron 182 (26.5%) casos y de 20 años y más hubieron 303 (44.1%) casos.

De acuerdo al tipo de familia, tenemos que en relación a su desarrollo se encontró moderna en 209 (70%) casos, contra 91 (30%) que es de tipo tradicional (Cuadro N° 6 y Gráfica N° 5).

En cuanto a la composición de las familias de los encuestados tenemos que es de tipo nuclear el 85% (256) casos y 44 (15%) extensas. No se presentaron casos de tipo compuestas (Cuadro N° 7 y Gráfica N° 6).

En relación al aspecto demográfico se encontró que el 98% (293 casos) es de tipo urbana y en sólo 7 (2%) familias se clasificaron como

semiurbanas (Cuadro N° 8 y Gráfica N° 7).

El aspecto económico se presenta tomando como indicador el número de salarios percibidos, en donde se aprecia que en 11 familias (3.66%) se sobrevive con menos de un salario mínimo, de la 2 salarios tenemos 78 (26%) familias y de 3 ó más salarios mínimos tenemos 211 (70.33%) familias, como se presenta en el Cuadro N° 9 y Gráfica N° 8.

Cabe destacar que en relación a los dependientes económicos encontramos que las familias que cuentan con un ingreso menor a un salario mínimo tienen en promedio 2 dependientes económicos; los que perciben de la 2 salarios presentan 3 hijos o dependientes y finalmente las familias que perciben más de 3 salarios mínimos tienen 4 dependientes n promedio.

La ocupación del padre estuvo distribuida de la manera siguiente: técnicos 57 (19%), empleados 51 (17%), profesionistas 40 (13%) y otros 152 (51%) (Cuadro N° 10 y Gráfica N° 9).

En las madres la distribución fue la siguiente: 144 técnicas (48%), dedicadas al hogar 91 (30%), empleadas 24 (8%), profesionales 18 casos (6%) y otros con 23 (8%) (Cuadro N° 11 y Gráfica N° 10).

La ocupación de ambos progenitores son presentados en el Cuadro N° 12 y la Gráfica N° 11, en donde podemos apreciar que los técnicos son

los que predominan con 201 (33%) de los casos, las labores del hogar ocupan el segundo sitio con 91 (15%) casos, 74 son empleados que conformaron un 12%, profesionales 59 (10%) y otros 175 (30%).

En relación con el número de dormitorios el promedio fue de 2.4 cuartos por vivienda.

De acuerdo a la etapa del ciclo vital, nuestras familias se distribuyeron de la manera siguiente: en dispersión se ubican 154 (51.3%) familias, en expansión hay 77 (25.6%), 42 (14%) se encuentran en independencia y sólo 27 (7%) en etapa de retiro (Cuadro N° 13 y Gráfica N° 12).

Se presenta a continuación los 10 principales motivos de consulta en la Zona N° 4 de la Unidad Médica Familiar, ISSSTE, Puebla, 1999, representados por una muestra de 2,743 derechohabientes (Cuadro N° 14 y Gráfica N° 13).

Los 10 principales motivos de consulta distribuidos de acuerdo a si fueron de primera vez o subsecuentes se presentan en el Cuadro N° 15 y Gráfica N° 14).

El Cuadro N° 16 y Gráfica N° 15 indican la distribución del número de consultas por diagnóstico y género en la muestra de 2743 pacientes señalando que la infección de vías respiratorias fue el motivo de consulta

más frecuente, registrando 734 consultas (26.7%) y las de menor demanda fueron el lumbago, la infección intestinal mal definida y otras enfermedades intestinales con 120 consultas cada una.

La distribución del número de consultas por meses de la población atendida en la zona N° 4 es presentada en el Cuadro N° 17 y Gráfica N° 16. El promedio mensual de consultas fue de 1340 con una DE = 217.5 con una mínima de 1233 en el mes de septiembre y una máxima de 1947 en el mes de marzo.

Tenemos que de un total de 18,480 consultas realizadas en la Unidad Médico Familiar del ISSSTE, Puebla en la Zona N° 4, 9,996 (54.06%) fueron de primera vez y 8448 (45.90%) subsecuentes, su distribución de acuerdo al mes se presenta en el Cuadro N° 18 y Gráfica N° 17.

La vigilancia de enfermedades crónico degenerativas en prevención y control es presentada en el Cuadro N° 19 y Gráfica N° 18, en donde se aprecia que se tienen 1,025 pacientes en dos programas: el de diabetes mellitus con 518 sujetos y el de hipertensión arterial con 507 pacientes.

DATOS DE LA PIRÁMIDE POBLACIONAL

DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA ZONA N° 4 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 1999

(n = 18,480)

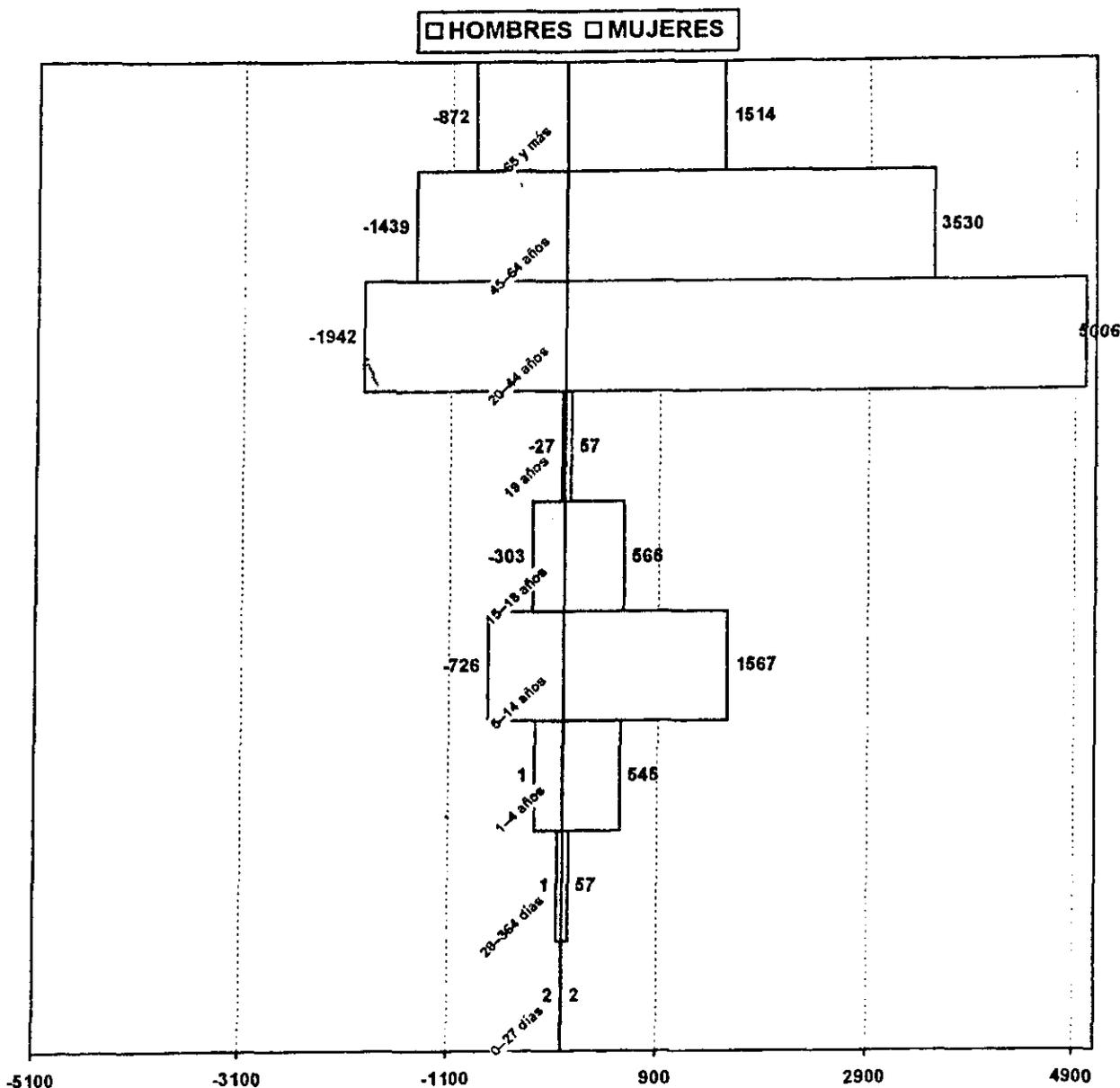
Grupos de edad	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº casos	Porcentaje	Nº casos	Porcentaje	Nº casos	Porcentaje
0-27 días	3	0.05	2	0.01	5	0.02
28-364 días	52	0.92	57	0.44	109	0.58
1-4 años	272	4.82	545	4.24	817	4.42
5-14 años	726	12.88	1567	12.20	2293	12.40
15-18 años	303	5.37	566	4.40	869	4.70
19 años	27	0.47	57	0.44	84	0.45
20-44 años	1942	34.45	5006	38.97	6948	37.59
45-64 años	1439	25.53	3530	27.48	4969	26.88
65 y más	872	15.47	1514	11.78	2386	12.91
TOTAL:	5636	100	12844	100	18480	100

FUENTE: Formato de registro diario de consulta
Departamento de estadística e informática
ISSSTE, Puebla, 1999.

PIRÁMIDE POBLACIONAL

DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA ZONA N° 4 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, PUEBLA, 1999

(n = 18,480)



FUENTE: Formato de registro diario de consulta
Departamento de estadística e informática
ISSSTE, Puebla, 1999.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE
LOS ENCUESTADOS

(n = 300)

Género	N° de casos	Porcentaje
Masculino	73	24
Femenino	227	76
TOTAL:	300	100

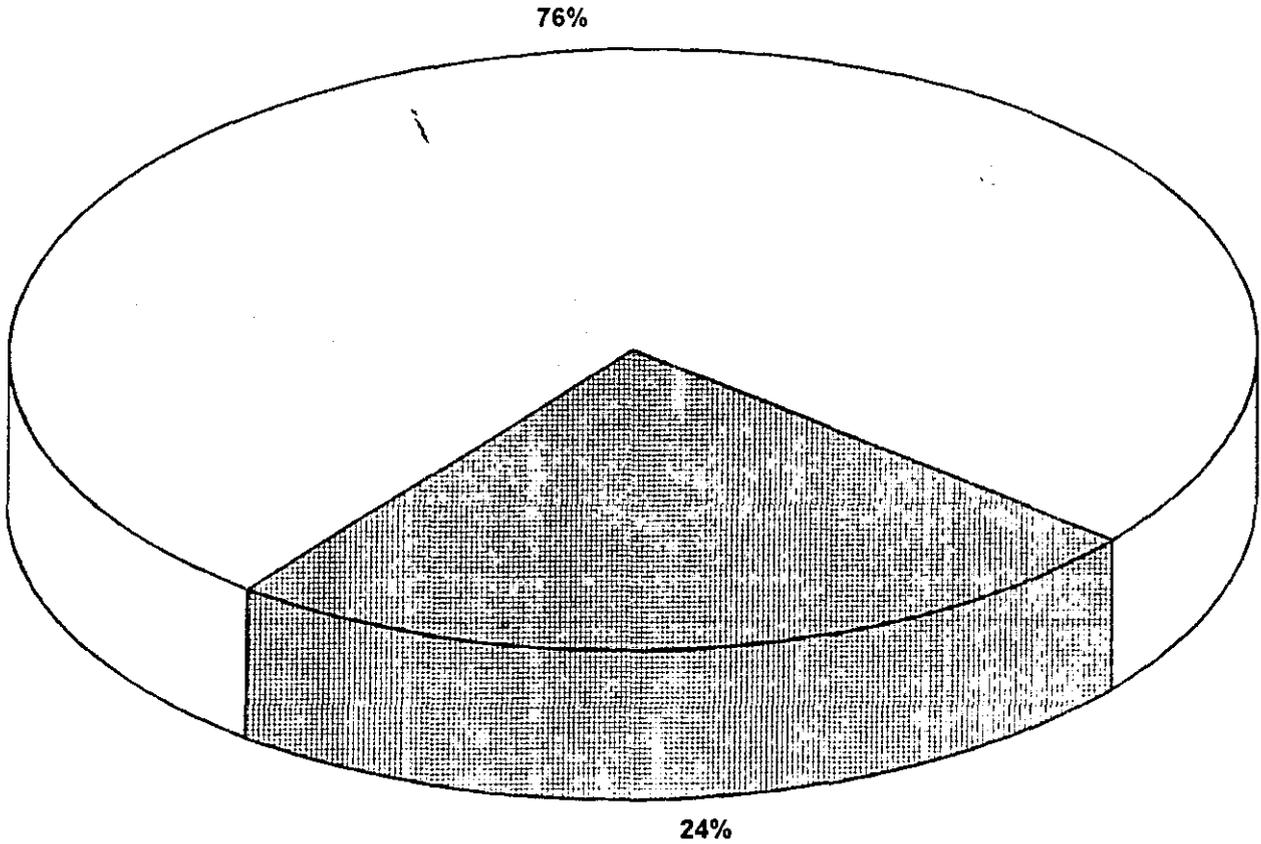
FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 1

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS

(n = 300)

■ 73 Masculinos □ 227 Femeninos



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 300)

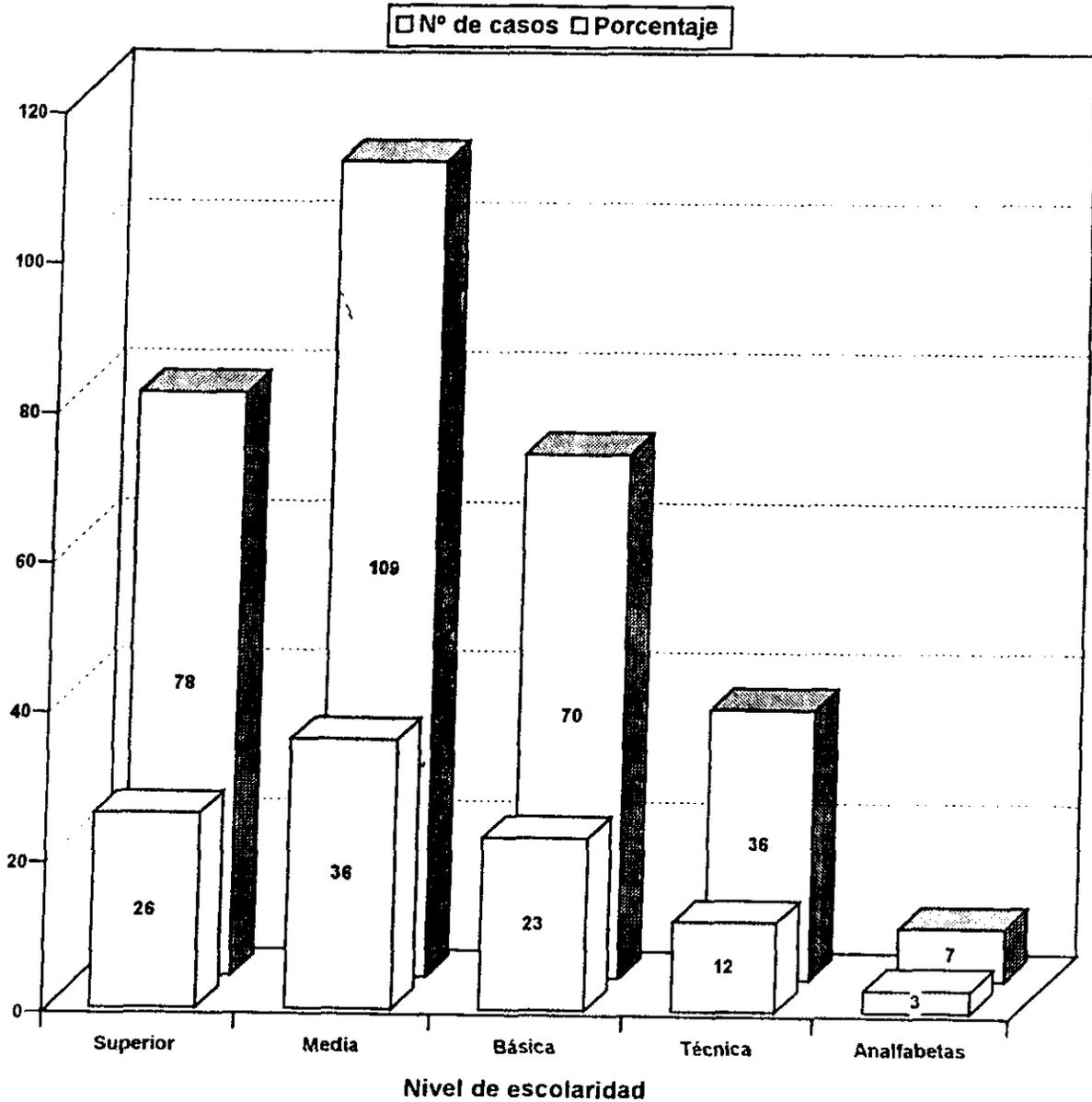
Escolaridad	N° de casos	Porcentaje
Superior	78	26
Media	109	36
Básica	70	23
Técnica	36	12
Analfabetas	7	3
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 2

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 300)

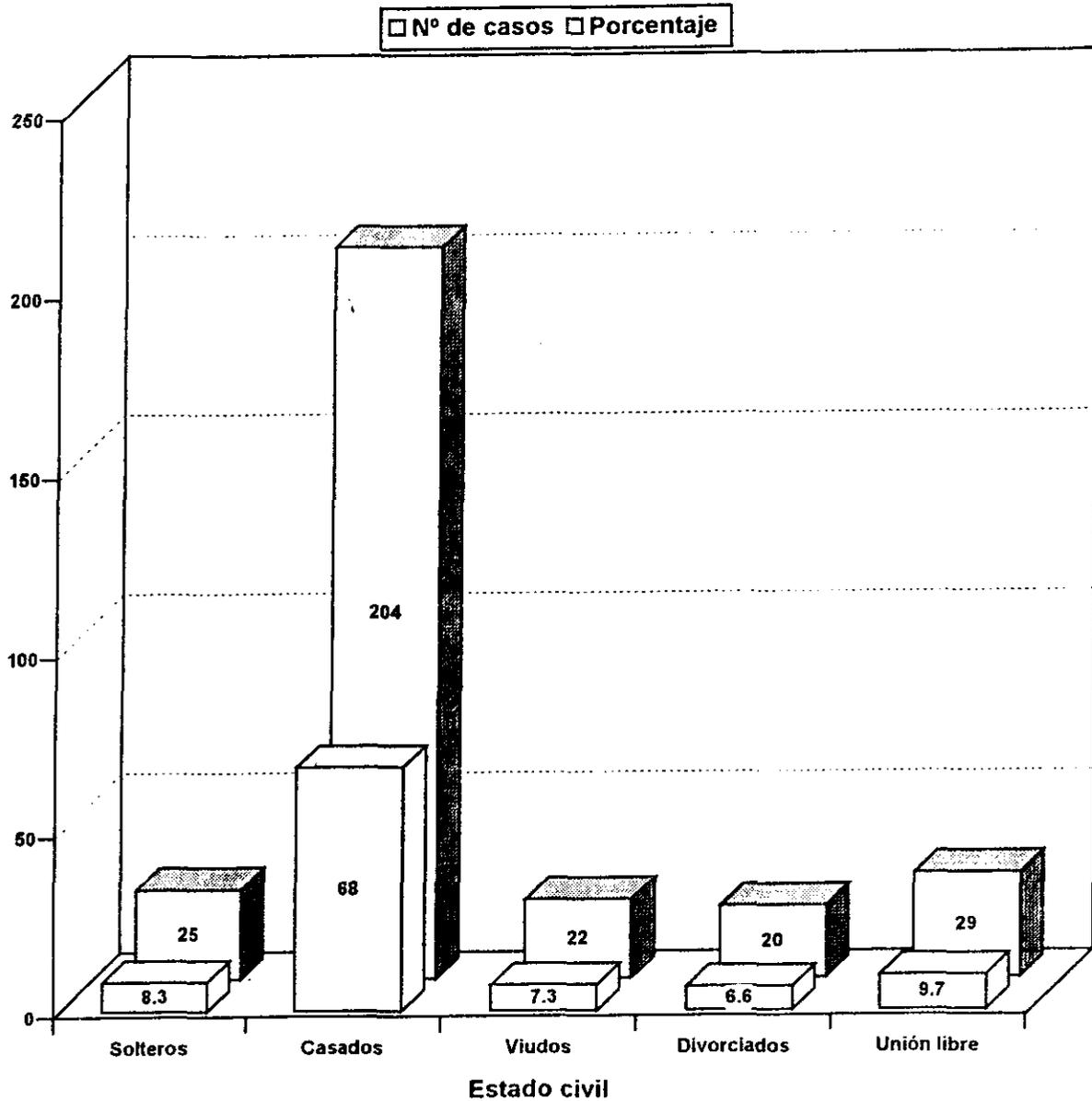
Estado civil	N° de casos	Porcentaje
Solteros	25	8.3
Casados	204	68
Viudos	22	7.3
Divorciados	20	6.6
Unión libre	29	9.7
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 3

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD PATERNAL DE LAS
PAREJAS ESTUDIADAS

Género	n =	\bar{X} (años)
Edad paterna	267	44.5
Edad materna	285	43.0

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 5

CANTIDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

(n = 687)

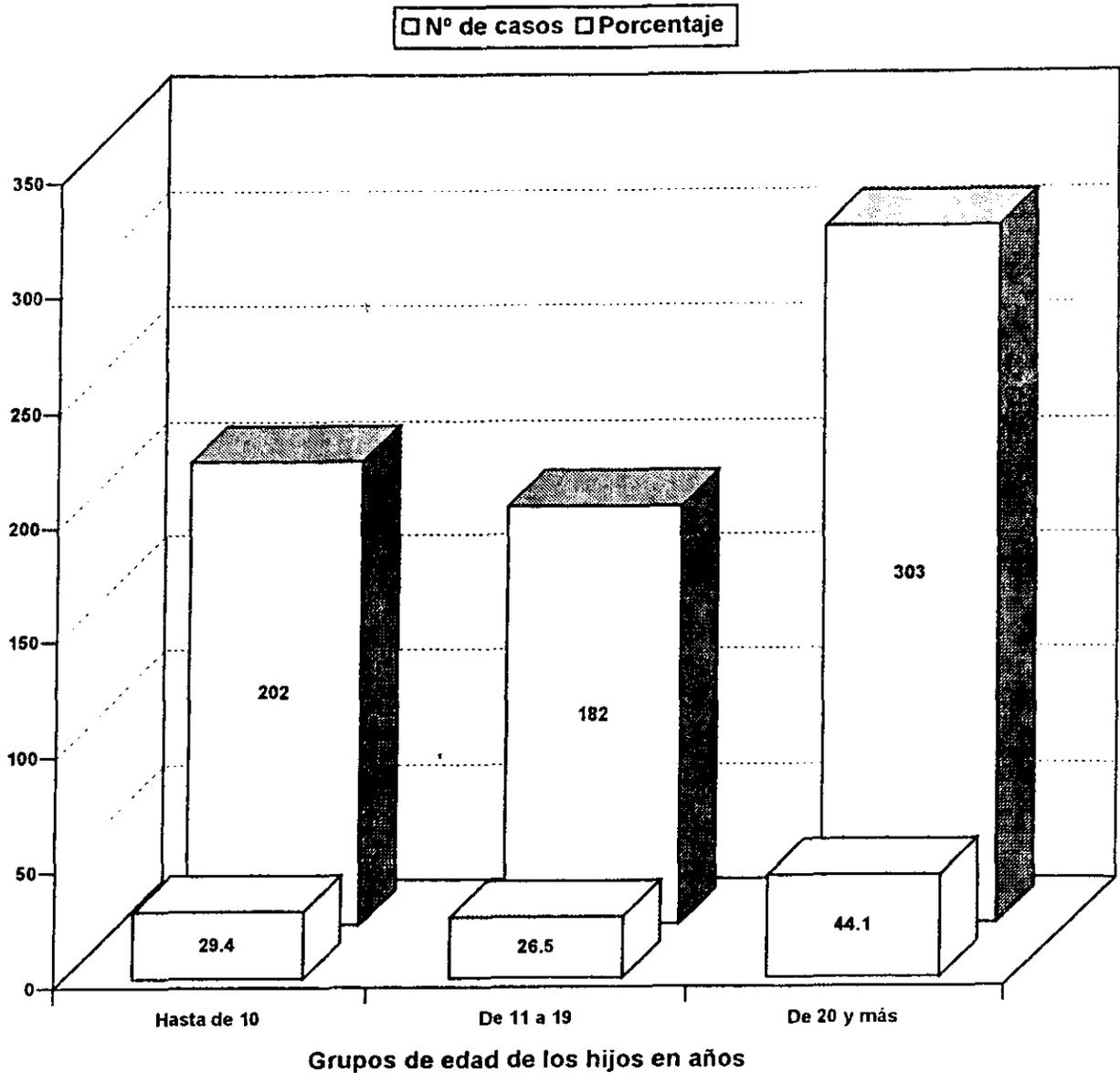
Grupos de edad en años	N° de casos	Porcentaje
Hasta de 10	202	29.4
De 11 a 19	182	26.5
De 20 y más	303	44.1
TOTAL:	687	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 4

CANTIDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

(n = 687)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 6

TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 300)

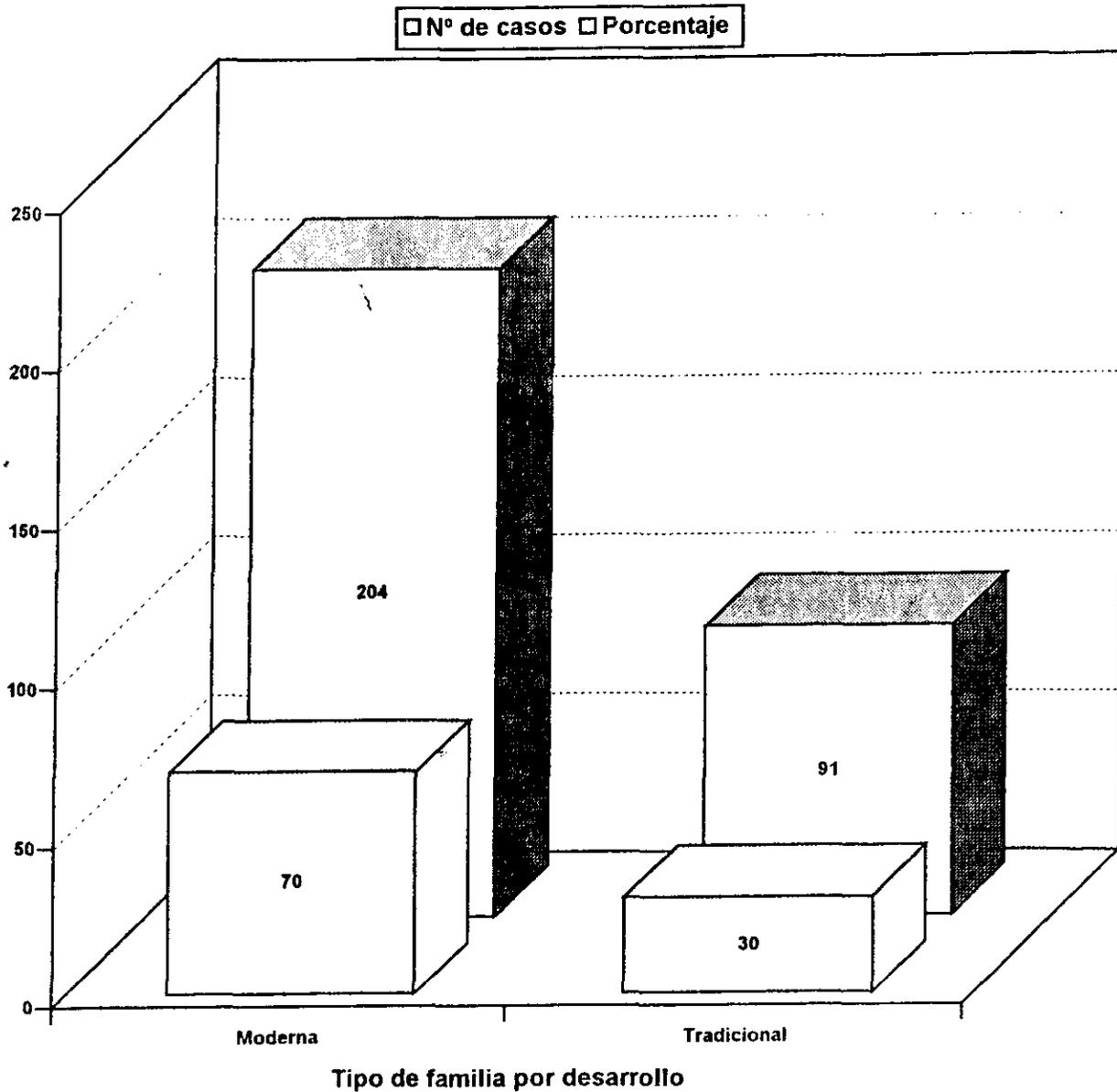
Desarrollo	N° de casos	Porcentaje
Moderna	204	70
Tradicional	91	30
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 5

TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 7

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 300)

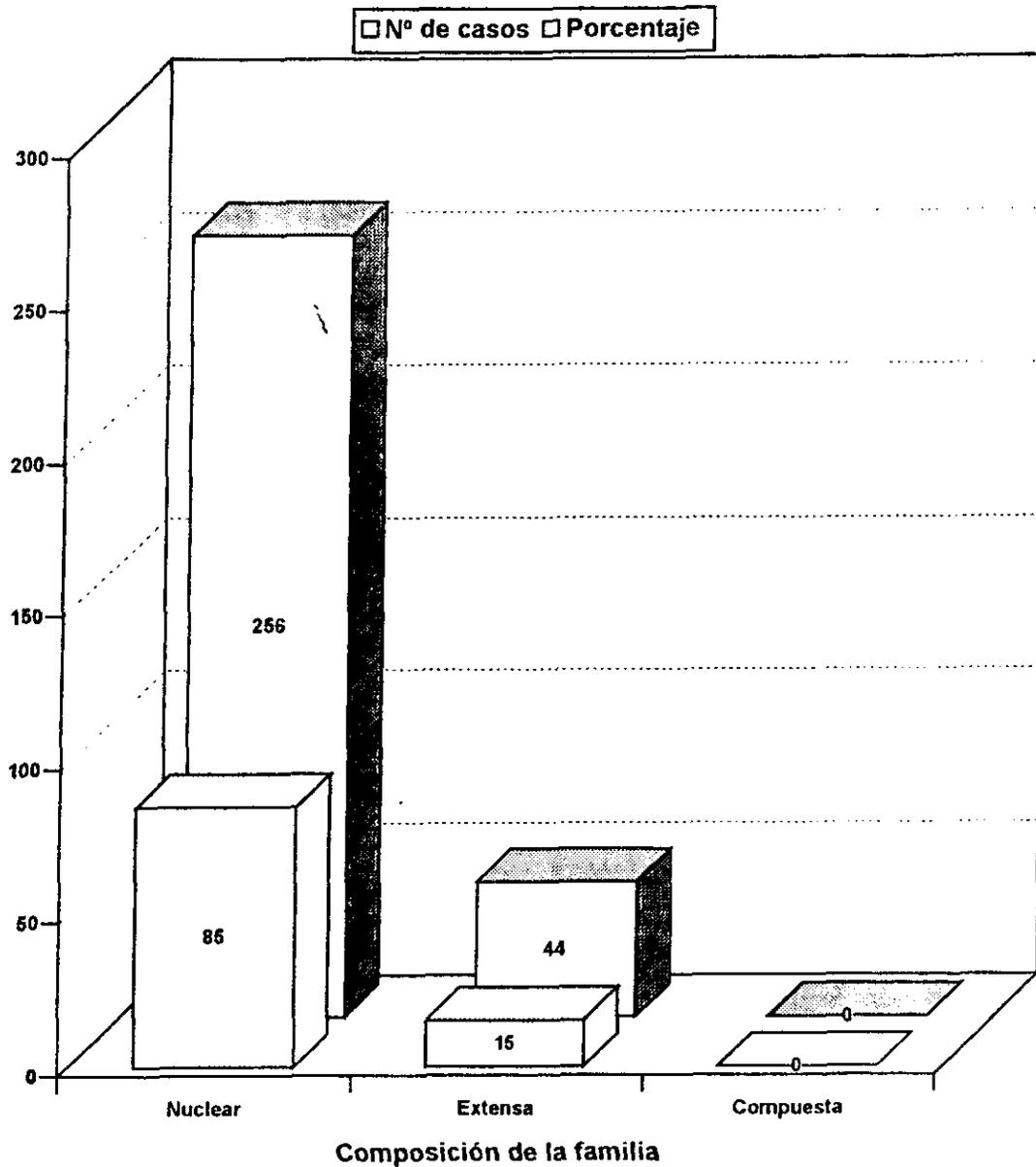
Composición	N° de casos	Porcentaje
Nuclear	256	85
Extensa	44	15
Compuesta	0	0
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 6

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 8

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA

(n = 300)

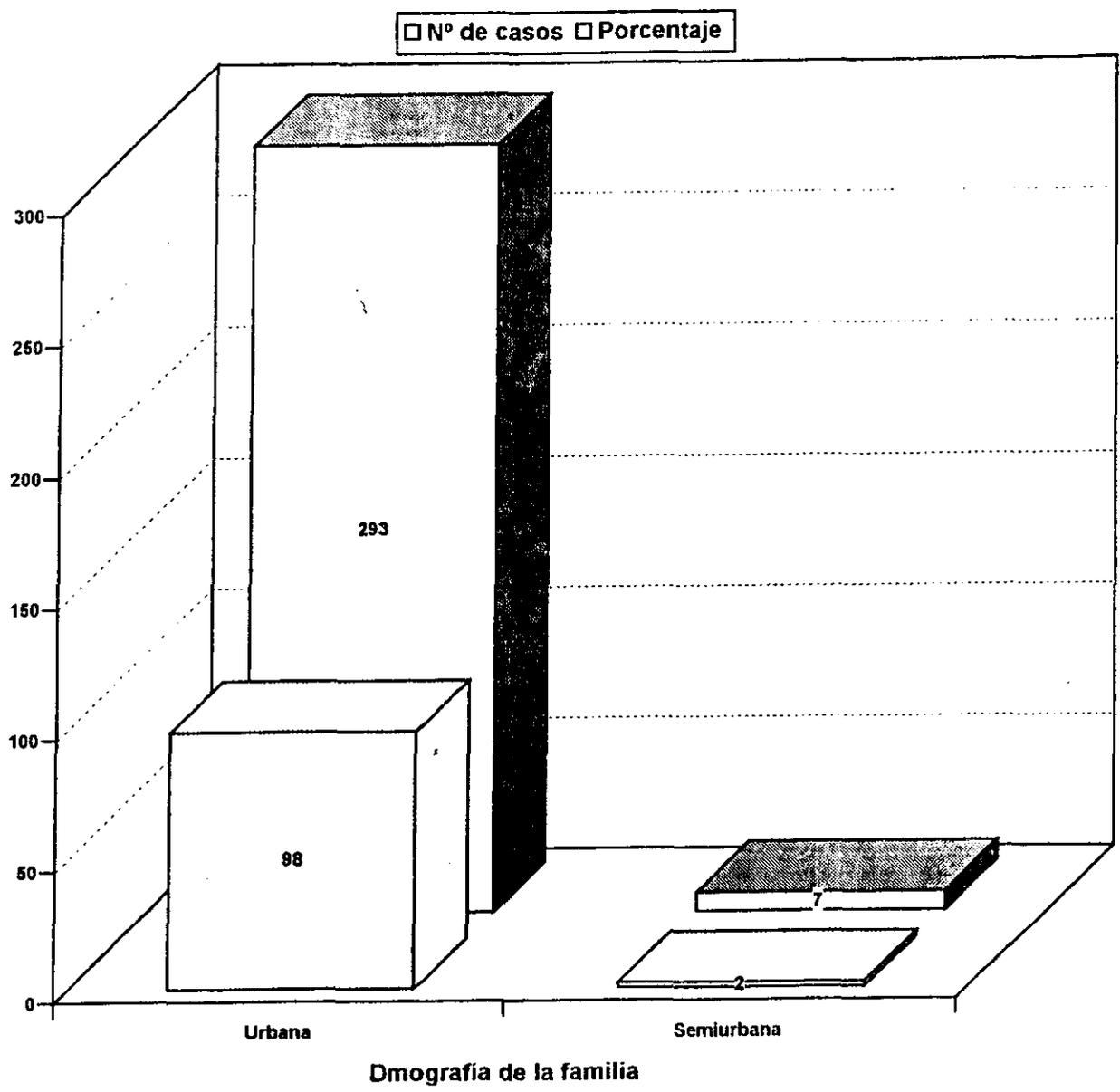
Demografía	N° de casos	Porcentaje
Urbana	293	98
Semiurbana	7	2
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 7

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 9

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 300)

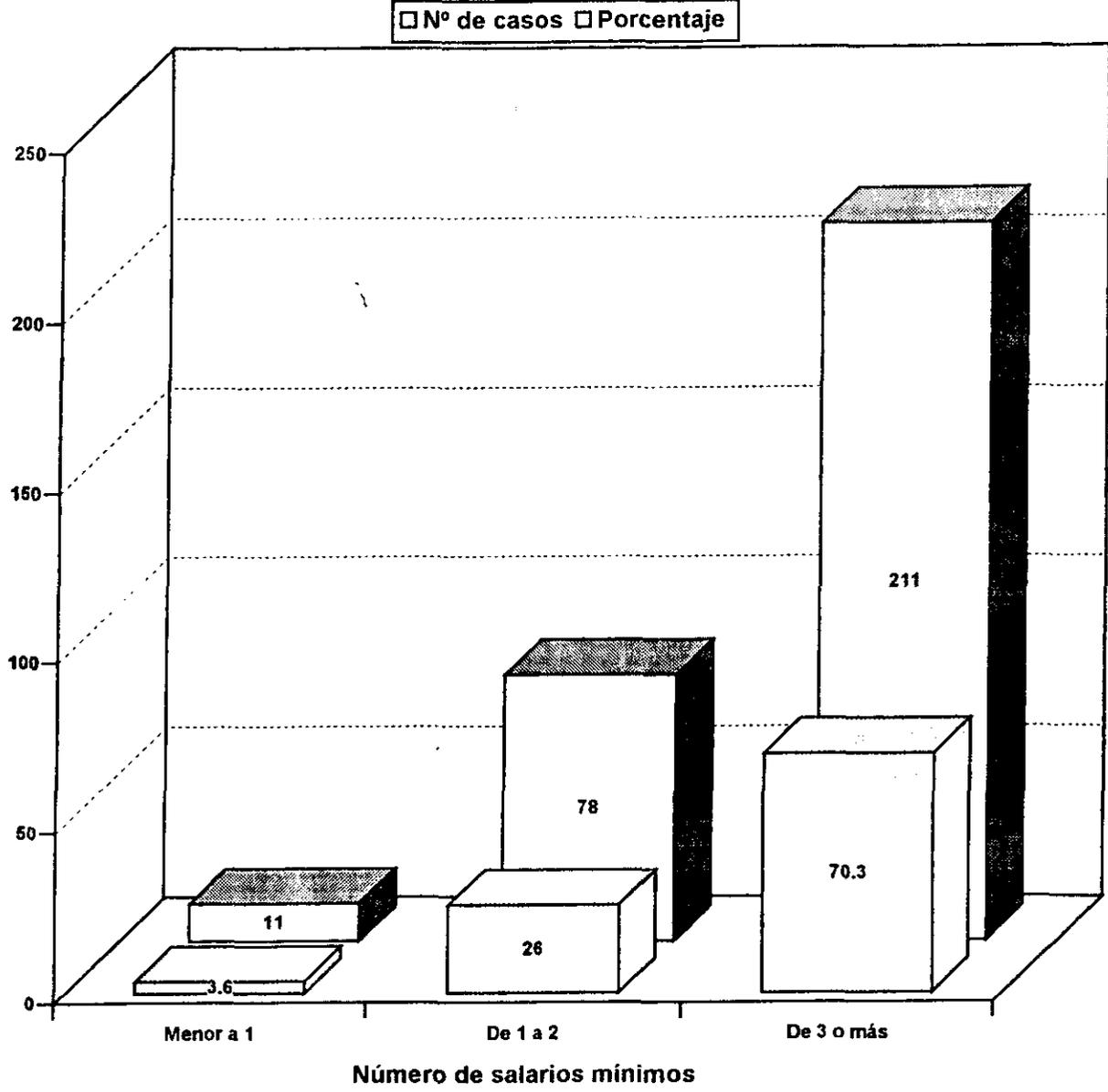
Número de salarios mínimos	N° de casos	Porcentaje
Menor a 1	11	3.6
De 1 a 2	78	26
De 3 o más	211	70.3
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 8

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 10
OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LAS
FAMILIAS ESTUDIADAS

(n = 300)

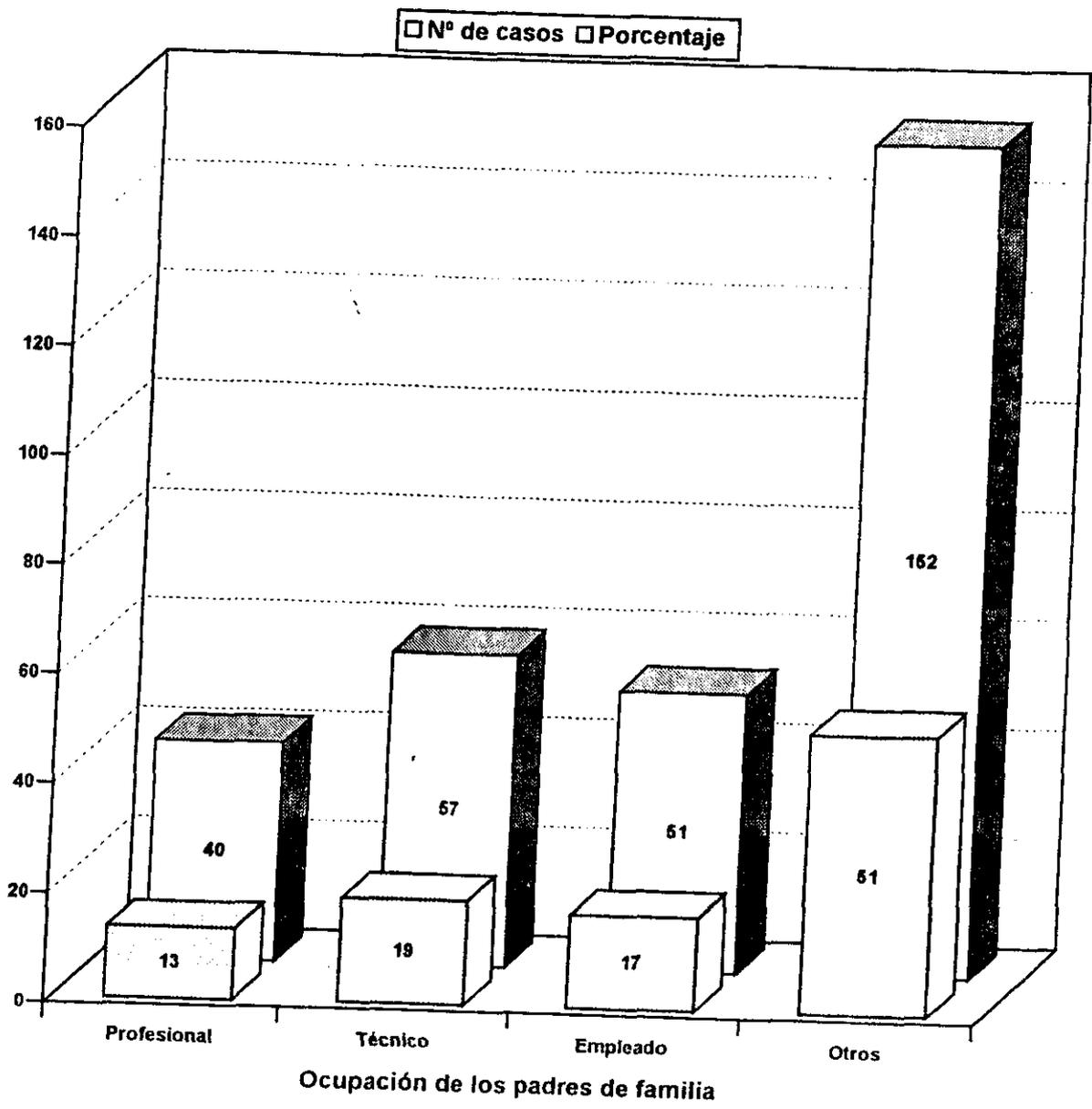
Ocupación	N° de casos	Porcentaje
Profesional	40	13
Técnico	57	19
Empleado	51	17
Otros	152	51
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 9

OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 11

OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

(n = 300)

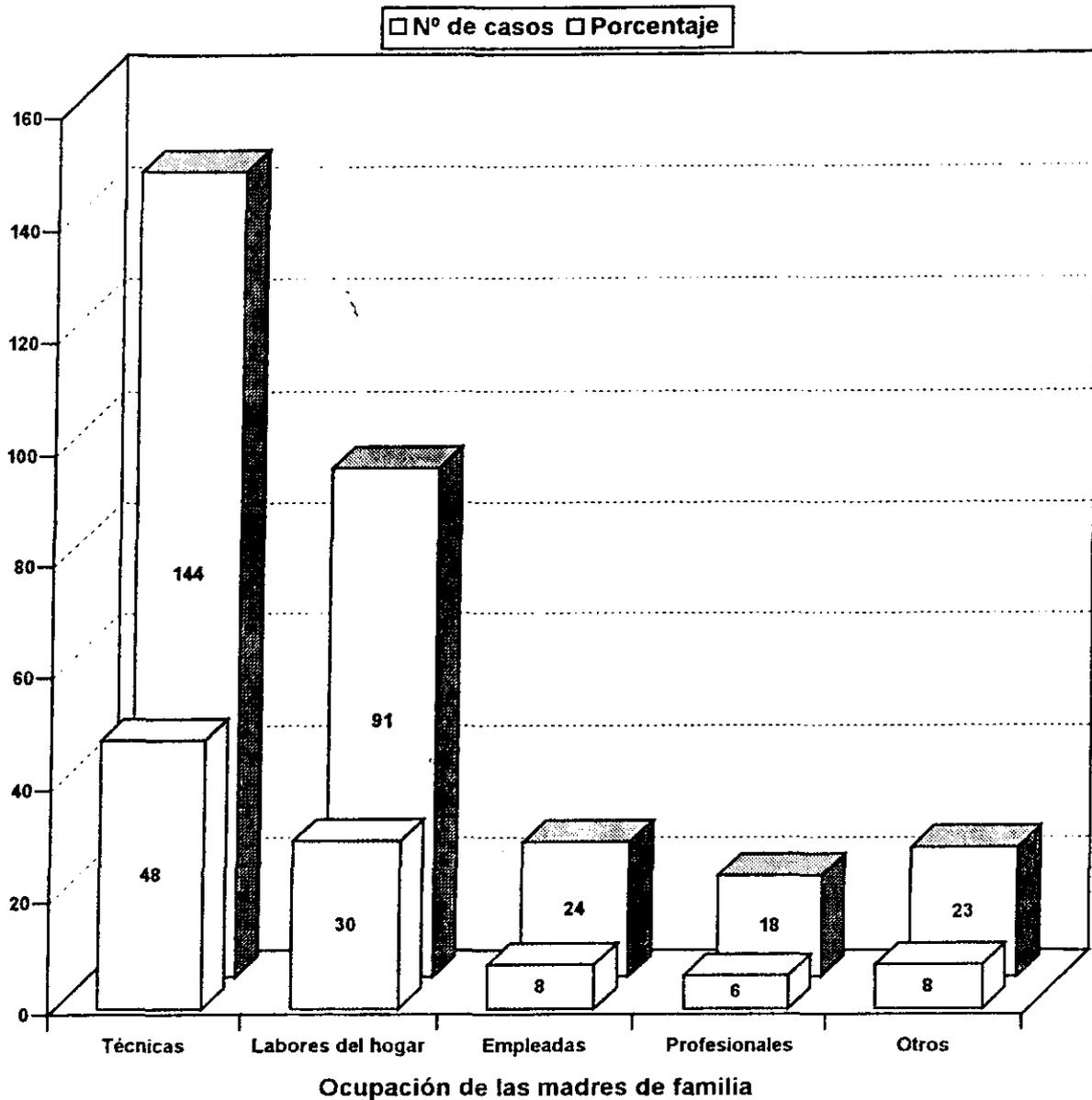
Ocupación	N° de casos	Porcentaje
Técnicas	144	48
Labores del hogar	91	30
Empleadas	24	8
Profesionales	18	6
Otros	23	8
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 10

OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 12

OCUPACIÓN DE AMBOS PROGENITORES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

(n = 600)

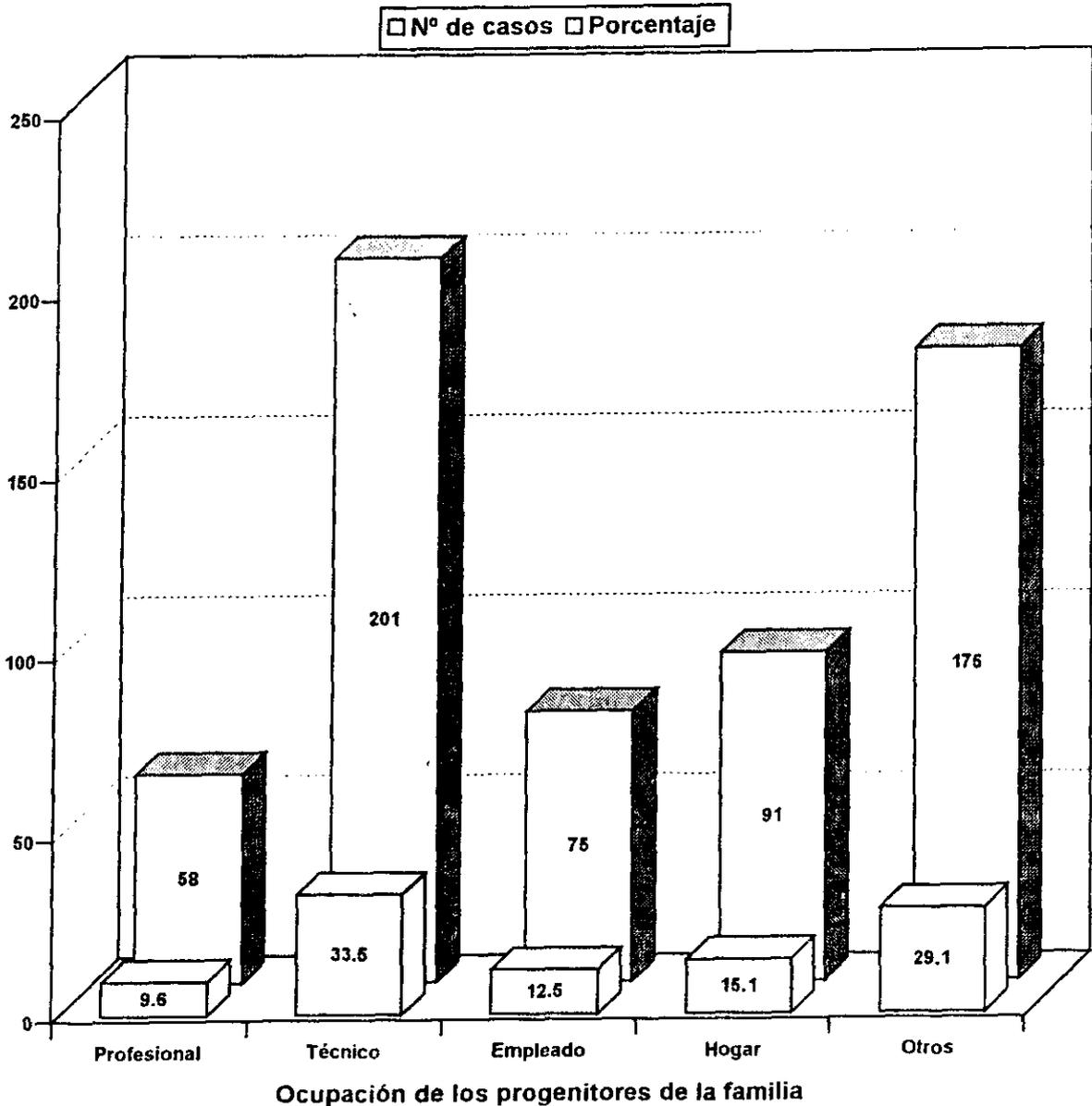
Ocupación	Padres	Madres	N° de casos	Porcentaje
Profesional	40	18	58	9.6
Técnico	47	144	201	33.5
Empleado	51	24	75	12.5
Hogar	-	91	91	15.1
Otros	152	23	175	29.1
TOTAL:	300	300	600	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 11

OCUPACIÓN DE AMBOS PROGENITORES DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

(n = 600)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 13
CICLO VITAL DE LA FAMILIA
DISTRIBUIDA POR ETAPAS

(n = 300)

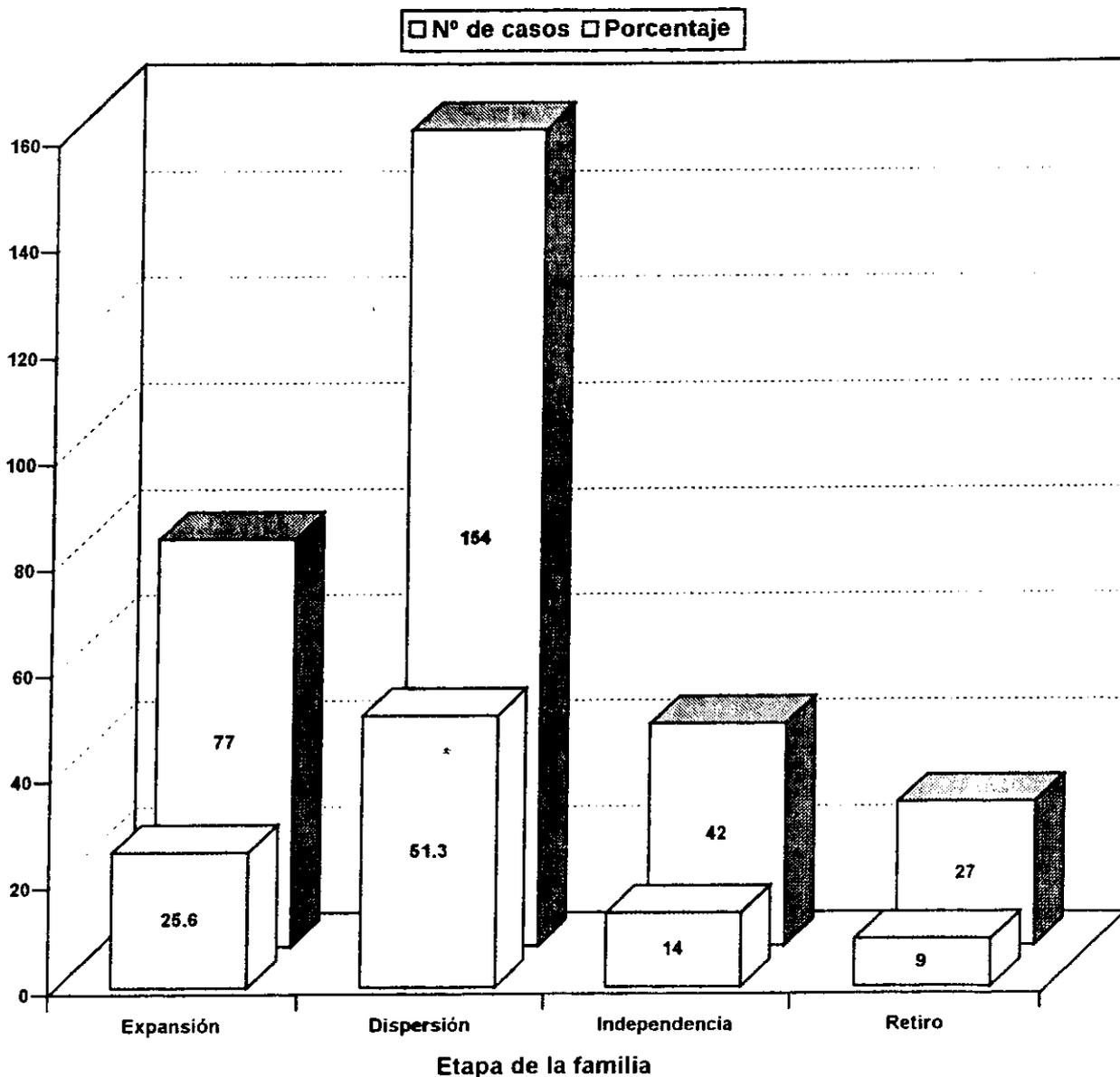
Etapa	N° de casos	Porcentaje
Expansión	77	25.6
Dispersión	154	51.3
Independencia	42	14
Retiro	27	9
TOTAL:	300	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 12

CICLO VITAL DE LA FAMILIA DISTRIBUIDA POR ETAPAS

(n = 300)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 14

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 4, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 1999

(n = 2743)

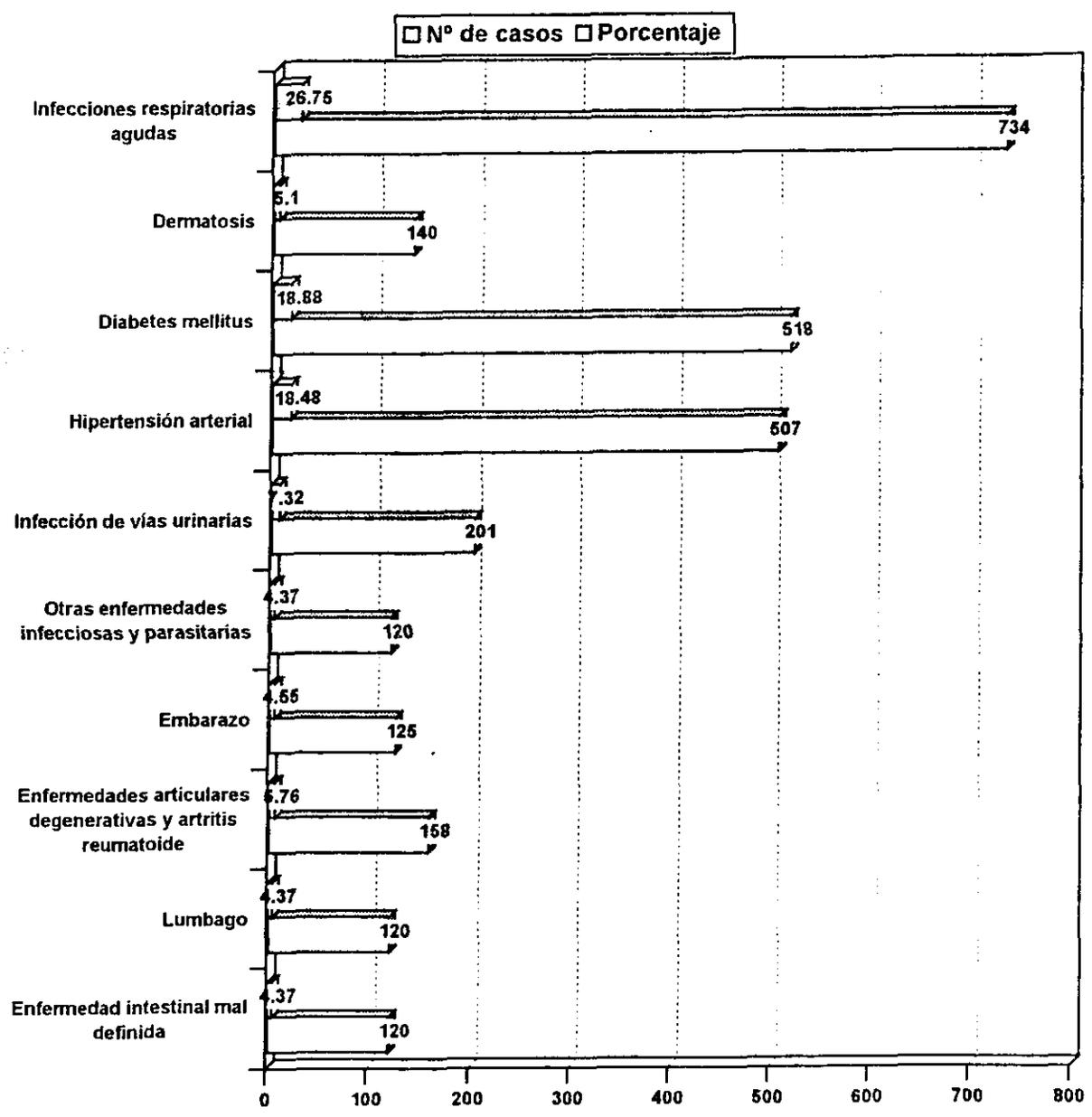
N°	Diagnóstico	N° consultas	Porcentaje
1	Infecciones respiratorias agudas	734	26.75
2	Dermatosis	140	5.10
3	Diabetes mellitus	518	18.88
4	Hipertensión arterial	507	18.48
5	Infección de vías urinarias	201	7.32
6	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	120	4.37
7	Embarazo	125	4.55
8	Enfermedades articulares degenerativas y artritis reumatoide	158	5.76
9	Lumbago	120	4.37
10	Enfermedad intestinal mal definida	120	4.37
TOTAL:		2743	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 14

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 4, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 1999

(n = 2743)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 15
10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 4, UMF,
ISSSTE, PUEBLA, 1999, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA
VEZ O SUBSECUENTES

(n = 2743)

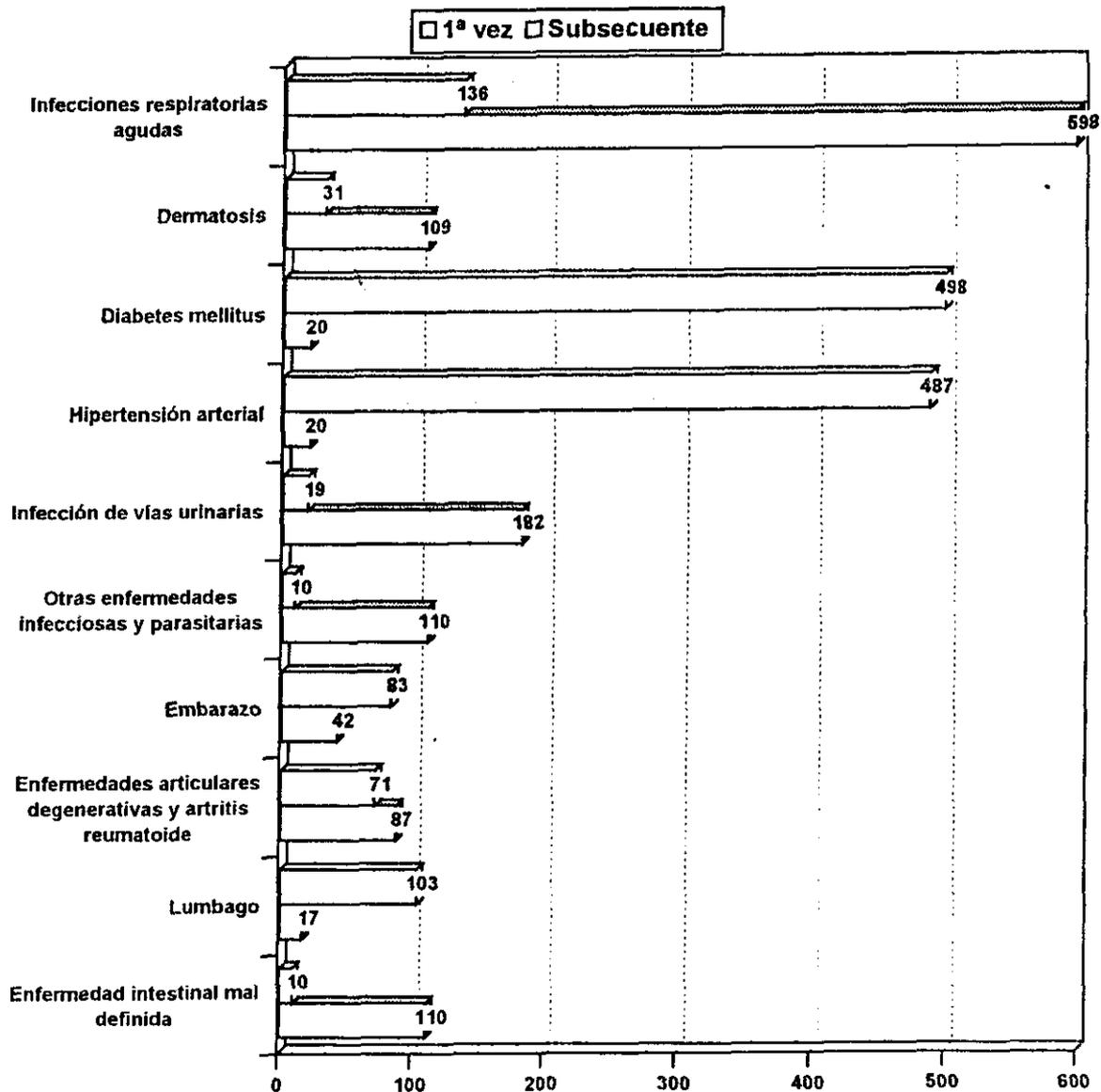
N°	Diagnóstico	1ª vez		Subsecuente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Infecciones respiratorias agudas	598	46.17	136	9.39	734	26.75
2	Dermatosis	109	8.41	31	2.14	140	5.10
3	Diabetes mellitus	20	1.54	498	34.39	518	18.88
4	Hipertensión arterial	20	1.54	487	33.63	507	18.48
5	Infección de vías urinarias	182	14.05	19	1.31	201	7.32
6	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	110	8.49	10	0.69	120	4.37
7	Embarazo	42	3.24	83	5.73	125	4.55
8	Enfermedades articulares degenerativas y artritis reumatoide	87	6.71	71	4.90	158	5.76
9	Lumbago	17	1.31	103	7.11	120	4.37
10	Enfermedad intestinal mal definida	110	8.49	10	0.69	120	4.37
	TOTAL:	1295	100	1448	100	2743	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 14

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 4, UMF, ISSSTE, PUEBLA, 1999, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 2743)



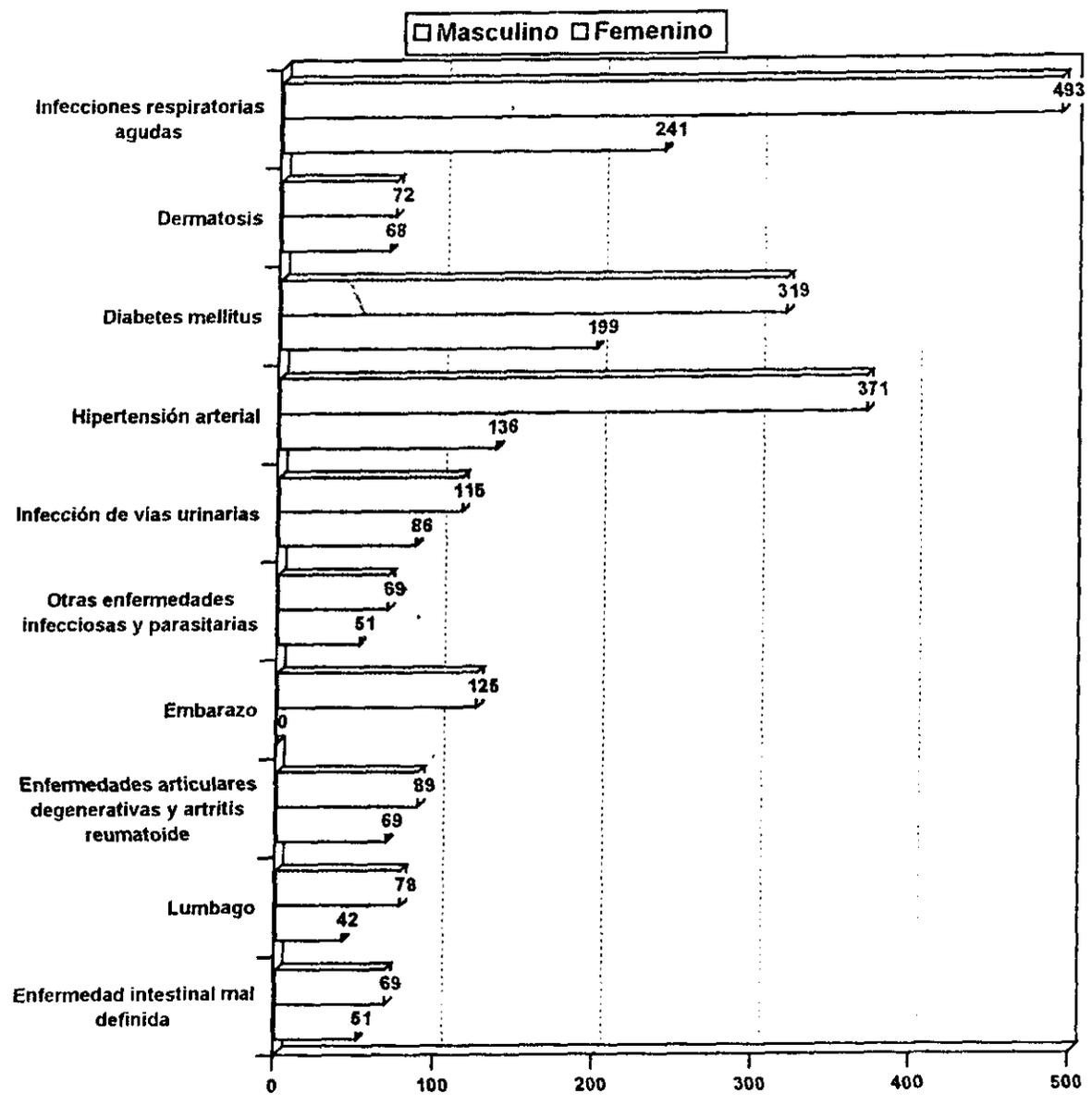
FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 16
10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 4, UMF,
ISSSTE, PUEBLA, 1999,
DISTRIBUIDOS DE ACUERDO AL GÉNERO
 (n = 2743)

N°	Diagnóstico	Masculino		Femenino		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Infecciones respiratorias agudas	241	25.5	493	27.3	734	26.75
2	Dermatosis	68	7.2	72	4.0	140	5.10
3	Diabetes mellitus	199	21.1	319	17.7	518	18.88
4	Hipertensión arterial	136	14.4	371	20.6	507	18.48
5	Infección de vías urinarias	86	9.1	115	6.3	201	7.32
6	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	51	5.4	69	3.8	120	4.37
7	Embarazo	0	0	125	6.9	125	4.55
8	Enfermedades articulares degenerativas y artritis reumatoide	69	7.3	89	4.9	158	5.76
9	Lumbago	42	4.4	78	4.3	120	4.37
10	Enfermedad intestinal mal definida	51	5.4	69	3.8	120	4.37
	TOTAL:	943	100	1800	100	2743	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 15
10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA ZONA N° 4, UMF,
ISSSTE, PUEBLA, 1999,
DISTRIBUIDOS DE ACUERDO AL GÉNERO
 (n = 2743)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 17

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS POR MESES DEL AÑO 1999 EN LA ZONA N° 4, UMF, ISSSTE. PUEBLA

(n = 18,480)

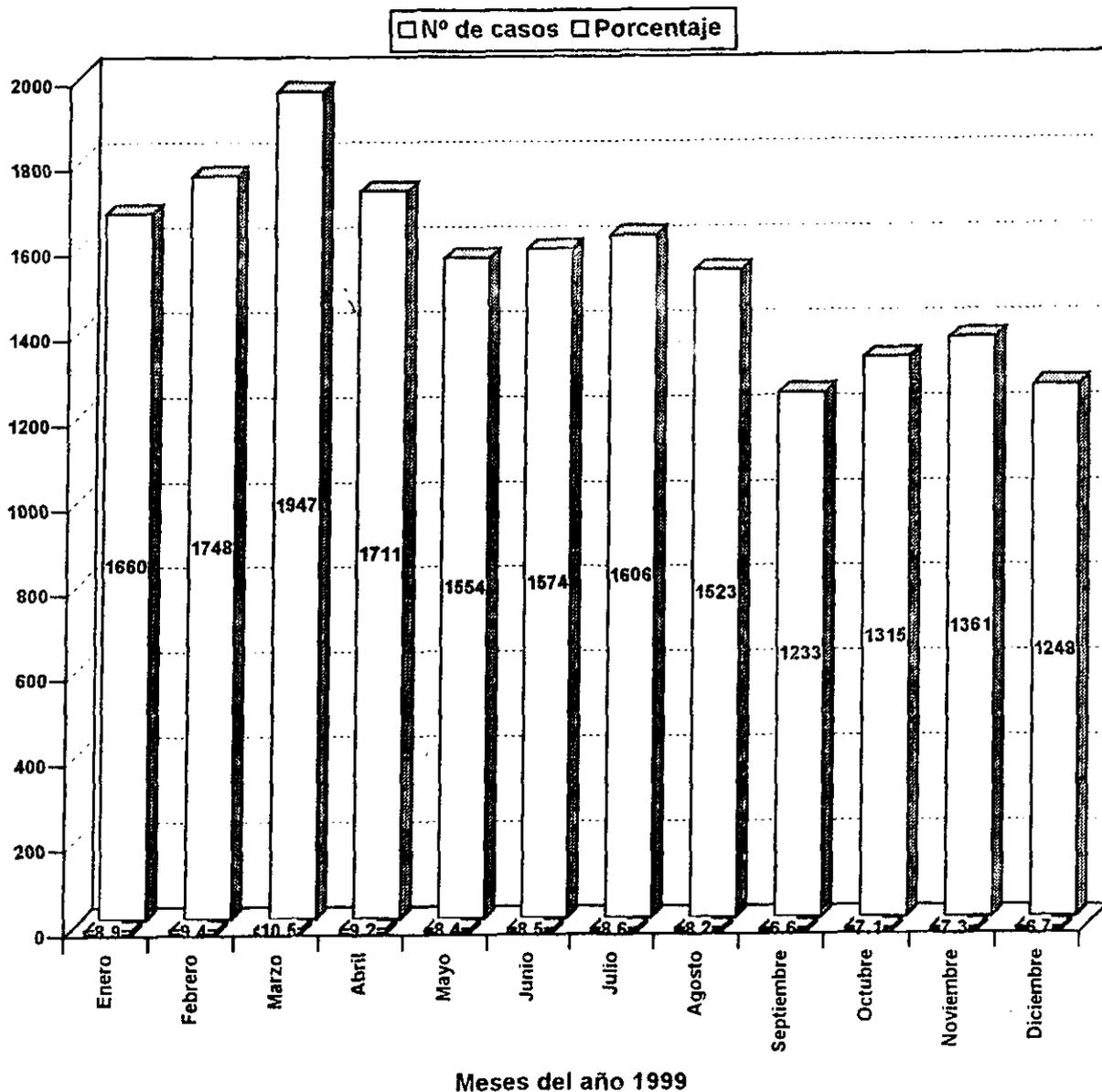
Mes	N° casos	Porcentaje
Enero	1660	8.9
Febrero	1748	9.4
Marzo	1947	10.5
Abril	1711	9.2
Mayo	1554	8.4
Junio	1574	8.5
Julio	1606	8.6
Agosto	1523	8.2
Septiembre	1233	6.6
Octubre	1315	7.1
Noviembre	1361	7.3
Diciembre	1248	6.7
TOTAL:	18480	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 16

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS POR MESES DEL AÑO 1999 EN LA ZONA N° 4, UMF, ISSSTE. PUEBLA

(n = 18,480)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 18
DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EN RELACIÓN AL MES
Y SI ES DE PRIMERA VEZ EL PACIENTE O SUBSECUENTE EN LA
ZONA N° 4, UMF, ISSSTE. PUEBLA, 1999

(n = 18,480)

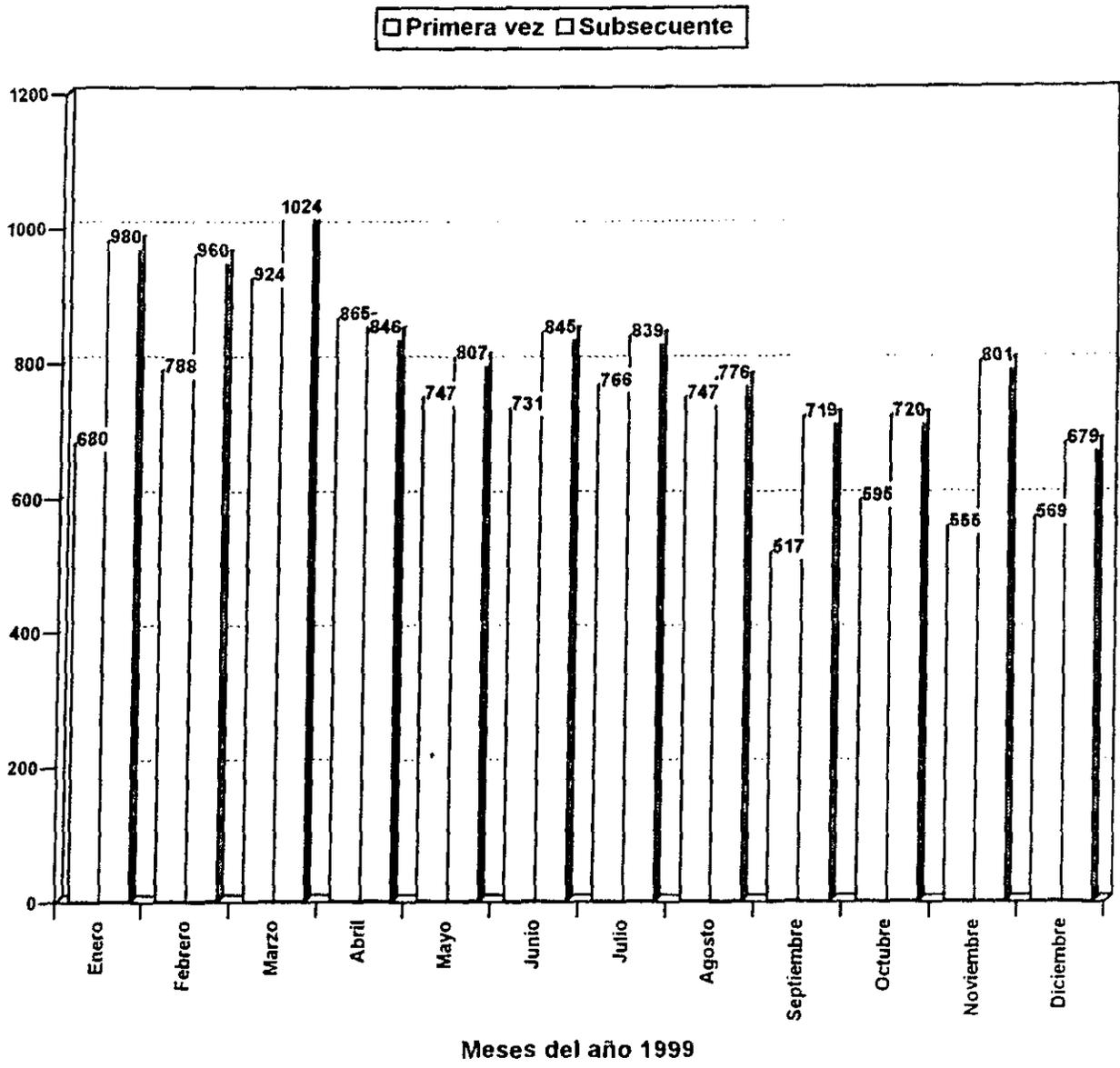
	Primera vez		Subsecuente		Total	
	N° casos	Porcentaje	N° casos	Porcentaje	N° casos	Porcentaje
Enero	980	0.05	680	3.6	1660	8.9
Febrero	960	5.19	788	4.2	1748	9.4
Marzo	1024	5.5	924	4.9	1947	10.5
Abril	846	4.5	865	4.6	1711	9.2
Mayo	807	4.3	747	4.0	1554	8.4
Junio	845	4.5	731	3.9	1574	8.5
Julio	839	4.5	766	4.1	1606	8.6
Agosto	776	4.1	747	4.0	1523	8.2
Septiembre	719	3.8	517	2.7	1233	6.6
Octubre	720	3.8	595	3.2	1315	7.1
Noviembre	801	4.3	555	3.0	1361	7.3
Diciembre	679	3.6	569	3.0	1248	6.7
TOTAL:	9996	48.14	8484	45.2	18480	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 17

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CONSULTAS EN RELACIÓN AL MES Y SI ES DE PRIMERA VEZ EL PACIENTE O SUBSECUENTE EN LA ZONA N° 4, UMF, ISSSTE. PUEBLA, 1999

(n = 18,480)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 19

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 1025)

Programa	Mujeres	Hombres	Total
Diagnóstico: Diabetes mellitus	319	199	518
Diagnóstico: Hipertensión arterial	371	136	507
TOTAL:	690	335	1025

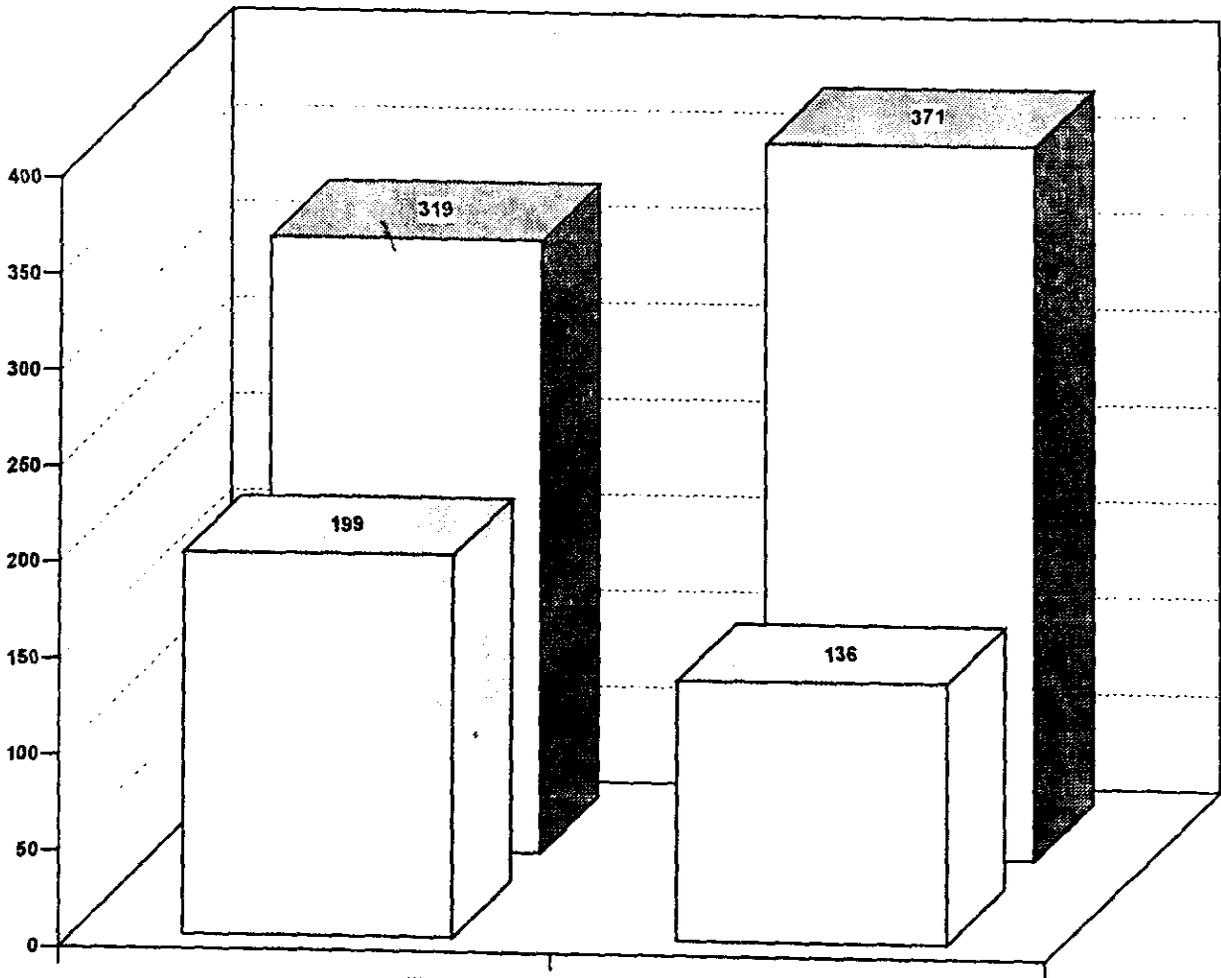
FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 18

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 1025)

□ Mujeres □ Hombres



Diagnóstico: Diabetes mellitus

Diagnóstico: Hipertensión arterial

Programa de vigilancia de enfermedades

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

X. DISCUSIÓN

Al comparar los resultados obtenidos en la investigación de las 10 principales causas de consulta encontradas en los derechohabientes que acudieron a la consulta en el período de Enero a Diciembre de 1999, en la zona 4 de la Unidad Médica Familiar 2102110100, Puebla, encontramos ocupando el primer lugar a las infecciones de vías respiratorias, en segundo lugar a la hipertensión arterial, en tercer lugar a la Diabetes Mellitus. 4o. lugar lo forman la enfermedad intestinal mal definida y otras enfermedades intestinales y parasitarias.

En relación a los grupos de edad que predominarán 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, en relación a lo anteriormente señalado se debe de tratar de influir en los factores de riesgo y de prevención para lograr no solo aumento en la esperanza sino en la calidad de vida.

Por la tipología familiar encontrada en el estudio de familia podemos observar que siendo familias formadas por parejas de padres

profesionales en su mayoría, en los que ambos trabajan fuera del hogar, los ingresos aumentan y se mejora el nivel socio-económico; con lo que se resuelven algunos problemas, dando lugar a otros pues se pierde muchas veces la convivencia con los hijos, originando otro tipo de problemática, como embarazos en adolescentes y drogadicción.

XI. CONCLUSIONES

- ▶ Se observa una mayor frecuencia en la asistencia al servicio de las mujeres en forma predominante.
- ▶ Las infecciones respiratorias agudas se diagnostican con mayor frecuencia, también en las mujeres, siendo las menores de 5 años las mas afectadas, así como los mayores de 50 años.
- ▶ La hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus en los mayores de 40 años.
- ▶ El embarazo normal en la edad reproductiva de la mujer.

PROPUESTAS

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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

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

Finalmente que el médico familiar ejecute actividades que nos permitan distinguir con claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar. Que el usuario como el médico se sientan satisfechos del ejercicio clínico sin limitantes y con la capacidad resolutive y de seguimiento.

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.

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: _____

Etapas del ciclo vital familiar:

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

Personas que duermen por habitación: _____

Observaciones: _____
