

11226



UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL
MOSAMEF EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR
DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA
DURANTE EL AÑO DE 1999

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

PRESENTA:

Dra. Edelmira

Fuentes Castillo



ISSSTE

PUEBLA, PUE. NOVIEMBRE 2009

035 22 24



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



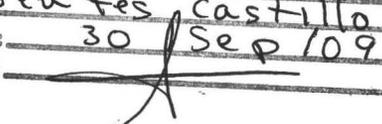
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Edelmira Fuentes Castillo
FECHA: 30 Sep 109
FIRMA: 

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MOSAMEF EN LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1999

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

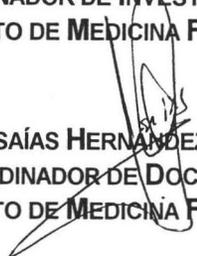
PRESENTA:

Dra. Edelmira Fuentes Castillo

AUTORIZACIONES:


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


DR. ÁRNULFO IRIGOYÉN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.


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

PUEBLA, PUE. NOVIEMBRE 2000

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MOSAMEF EN
LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR DEL ISSSTE,
HUEJOTZINGO, PUEBLA DURANTE EL AÑO DE 1999**

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

PRESENTA:

Dra. Edelmira Fuentes Castillo

AUTORIZACIONES:

[Signature]
DR. ROGELIO H. VELÁZQUEZ ENRÍQUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR

[Signature]
DRA. CONCEPCIÓN P. BETANCOURT LEYTE
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR

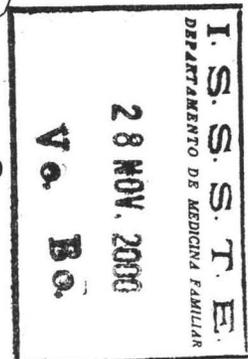
[Signature]
MC MIGUEL ÁNGEL ENRÍQUEZ GUERRA
GENETISTA, MSP
ASESOR DE TESIS EN LA FMBUAP

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

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

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

FACULTAD DE MEDICINA DE LA BUAP, NOVIEMBRE 2000



I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL
MOSAMEF EN LA UNIDAD MÉDICA
FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO,
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.....	16
V. JUSTIFICACIÓN.....	17
VI. OBJETIVOS	18
VI.1. GENERAL	
VI.2. ESPECÍFICOS	
VII. HIPÓTESIS.....	20
VIII. METODOLOGÍA	21
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.....	28
X. DISCUSIÓN	64
XI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
XIII. ANEXOS.....	

U N A M / I S S I T E
2 0 0 0

III. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES:

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 (1, 2).

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 (3, 4).

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 (5). El propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar parten desde los trabajos de McWhinney (6) y White (7) 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 (8), 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 (8). 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 (9).

Lo que distingue a la Medicina Familiar de otras especialidades y hace diferente su práctica son los fundamentos y principios que la sostienen. Por ello, su conocimiento y manejo es indispensable para el médico de familia.

Saber y saber hacer son habilidades que van de la mano, que se aprenden para ser utilizados en la práctica de la medicina. Frente a un paciente que consulta por hipertensión arterial, "saber" el tratamiento correcto de la hipertensión es solamente una parte del saber que un médico de familia aplica al tratamiento de su paciente hipertenso. En la concepción kantiana, los principios "a priori" de la acción, la razón práctica, es distinta para un abordaje especializado tradicional que para el abordaje de un médico de familia porque el de éste incluye inevitablemente los principios que le son inherentes.

Durante muchos años en foros internacionales y consultorías a organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud a la gente, y a instituciones educativas que forman médicos de familia, ha tratado de explicar las semejanzas y diferencias con la atención primaria de la salud y con la medicina especializada o altamente compleja.

La primera, toma casi siempre desde una posición simplista como atención de la salud para pobres o para el sistema público de servicios, y la segunda, considerada casi siempre como el desiderátum de la medicina

de alta calidad científica. También ha intentado trazar un paralelo con la medicina general cuyo movimiento actual tiene en algunos países más connotaciones ideológicas que fundamentos científicos. Son precisamente los principios y fundamentos de nuestra disciplina los que no distinguen de los tres tipos mencionados de aproximaciones a la atención del paciente.

Uno de los hechos notables, muchas veces olvidado, es que la Medicina Familiar no surge por generación espontánea sino que tiene una historia. Como lo expresa Owens, tiene sus precursores, pensadores de fuste, que con su análisis profundo y su razonamiento han sentado, en el terreno científico y en el social, las bases de lo que es hoy la Medicina Familiar. El pensamiento de algunos de los por-hombres, de Europa y América, como John Fry, Gayle Stephens, Michael Balint, Ian McWhinney, Lynn Carmicheal, nos conmueve y maravilla todavía por su fuerza y actualidad. Nacida de la vieja práctica general de la primera mitad de este siglo, de la experiencia recogida durante largos años por médicos, pacientes y comunidades, el movimiento de médicos generales debió agremiarse para poder sobrevivir en un mundo médico poblado cada vez más por especialistas y sub-especialistas.

Algunos médicos visionarios percibieron con claridad este reclamo social y haciéndose eco del mismo lideraron los esfuerzos de cambio.

Podemos afirmar con absoluta certeza que la Medicina Familiar surgió como respuesta a una necesidad social. como lo describió el sociólogo Naisbitt, su aparición expresa una megatendencia de la sociedad, la necesidad de más contacto humano como reacción al mundo tecnológico que la envuelve. Pero coincide también con un cambio de paradigma de la ciencia que pasa de un enfoque reduccionista a uno sistémico y, en medicina específicamente, de un enfoque biomédico a un enfoque biopsicosocial. Después de varios decenios cuando lo que existía como "sistema de servicios de salud" estaba formado por un gran número de médicos más o menos dispersos y algunos hospitales, se organizan después de la segunda postguerra lo sistemas de atención de la salud, comenzando en el Reino Unido con la creación del Servicio Nacional de Salud y el derecho para todo ciudadano de acceder a esos servicios.

En los Estados Unidos se desarrollan con gran fuerza los grandes centros médicos basados en la concentración de especialistas y sub-especialistas, dotados de una tecnología cada vez más compleja.

En los países subdesarrollados la influencia vira del patrón médico europeo al modelo americano, lo que hace que aún en los países más pobres los sistemas de servicios de salud se organicen en base a hospitales, especialistas y tecnología. Son sistemas de servicios de salud hospitalocéntricos. Sin embargo, la experiencia va dejando cada vez más

claro que más médicos y más hospitales no significa más salud y que complejidad no es igual a calidad.

En las postrimerías del siglo estamos de nuevo enfrentados a un profundo cambio en la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud que consiste en poner el acento en la organización de servicios de atención primaria de alta calidad en los cuales juega un papel preponderante un nuevo tipo de recurso humano: el médico de familia.

Es la transformación que nos llevará de la mano a la atención de la salud del siglo XXI. Medicina Familiar tiene que ver con la política.. insertar servicios de Medicina Familiar en un sistema de servicios de salud es una decisión política. Agregar un servicio de terapia intensiva o de neurocirugía es una decisión más bien técnica. Para un servicio de neurocirugía, terapia intensiva o tomografía computada hacen falta recursos financieros, de equipamiento y humanos, especialistas neurocirujanos, intensivistas o imagenólogos.

Para insertar servicios de Medicina Familiar en un sistema cualquiera se necesita antes que los recursos una definición política de los directivos del sistema y la disposición a afrontar los cambios profundos que conlleva esta decisión. Estos cambios significan la transformación del sistema centrípeto, con eje en los hospitales, en un sistema centrífugo privilegiando a las unidades de servicios descentralizadas, los centros de

salud, de atención primaria e, idealmente, los de medicina familiar.

El cambio significa no sólo la reingeniería del sistema sino también la reestructuración del recurso humano médico, cuantitativa y cualitativamente. La experiencia de los países con menores sistemas de salud indica que debe hacer una proporción equilibrada de médicos de familia, generales o de atención primaria, y especialistas del tipo tradicional.

Esto implica un reconocimiento de los grupos de especialistas dentro del sistema y también el ajuste en su perfil profesional, en especial, algunas ramas como pediatría y ginecología. Se genera como es natural una resistencia al cambio y se producen quejas de tipo corporativo en el esfuerzo por defender el status anterior y oponerse al nuevo modelo.

El fenómeno resultado de la experiencia española cuyos fundamentos teóricos expone Zurro en su libro Atención Primaria muestra las ideas ases de una estrategia de desarrollo de la Medicina Familia ligada a la reforma del sistema de servicios de salud.

El desarrollo de la Atención Primaria asentada firmemente sobre la formación y utilización de un nuevo recurso humano, el médico de familia, muestra que es hoy por hoy, el mejor modo de obtener servicios de Atención Primaria y, por lo tanto, un sistema total de la más alta calidad.

El proceso desarrollado en España, no finalizado aún, se anticipó en una década a la tendencia promovida en los '90 por las organizaciones internacionales, la reforma del sector salud.

La esencia de la medicina familiar es que se trata de atención médica centrada en la gente. Los intereses del paciente están por encima de los del médico y los del sistema. En la década de los '60 la Medicina Familiar surgió como un esfuerzo por ofrecer una atención médica humanizada e integral. En la década de los '90 la crisis mundial de los sistemas de servicios de salud obliga a pensar en calidad relacionada con costo efectividad, eficiencia del sistema y función de los distintos esquemas de utilización de los recursos médicos.

Los estudios comparativos entre sistemas demostraron que los que tenían una fuerte base de atención primaria de alta calidad, medicina familia, además de proveer mejor atención médica son más costo efectivos. Este hallazgo llevó a considerar como uno de los elementos fundamentales de la reforma la reestructuración cuali y cuantitativa del recurso humano médico. Se produce en esta década un importante fenómeno, la convergencia de los dos grandes procesos de cambio: el de la medicina familiar iniciado en los años '60 y el de la reforma de los servicios de salud iniciado a fines de los '80-

Los cambios que están en marcha son de tres órdenes:

- Cambios en la organización de los servicios.
- Cambios en la educación médica
- Cambios en la práctica profesional.

Los cambios en la organización de los servicios se darán en la estructura, en el recurso médico, en el funcionamiento y filosofía de la tarea médica.

Estructura: La principal transformación estructural es que el hospital no será más el centro del sistema; a este proceso lo denominamos des-hospitalocentrismo porque, paralelamente, ve el fortalecimiento de redes de centros de atención primaria basados en médicos de familia.

Recursos médicos: Se tiende a establecer una combinación más racional de la proporción de médicos de familia (generales) y especialistas, aceptándose que 50% de cada uno es lo adecuado.

Funcionamiento y filosofía: Los médicos se regirán cada vez más por normas administrativas que a veces podrán colisionar con los puntos de vista científicos y los intereses de sus pacientes; deberán tener en cuenta los costos y ser parte activa de su contención.

Sin embargo, se acentúa el rol del médico de familia como representante de los intereses del paciente. Las guías de práctica clínica

serán su herramienta científica y los principios éticos deberán ser su guía de conducta profesional. Los cambios en la educación médica se darán principalmente en el curriculum de grado y en las escuelas de medicina pero estarán muy ligados a los cambios estructurales de los servicios de salud.

Curriculum de grado: Deberá proporcionar experiencias educativas con enfoque generalista para equilibrar la formación actual que es preponderantemente especializada. Deberá incluir experiencias educativas con enfoque integrador, biopsicosocial, del individuo y su contexto, para equilibrar la formación actual dirigida sólo al individuo en su dimensión biológica.

Escuela de medicina: Para el desarrollo de las actividades curriculares mencionadas deberán crear dentro de la estructura académica departamentos o cátedras de Medicina Familiar cuyas funciones serán la formación de profesores, al enseñanza de estudiantes, y la investigación. En el área de servicios será instrumento indispensable la organización de un Centro Universitario de Medicina Familiar en el que los docentes cumplan tareas de asistencia para servir como modelos del rol a los estudiantes que podrán observar un tipo de atención generalista de alta calidad que pueda ser luego elegido como carrera profesional. Este y otros centros de medicina familiar afiliados a la facultad de

medicina serían los campos de práctica necesarios para facilitar el contacto temprano del estudiante con pacientes en el ámbito de la atención ambulatoria. Los cambios en el perfil de la práctica se darán en el manejo de conocimientos y destrezas, el trabajo grupal, las relaciones con la población, y la tarea preventiva.

Conocimientos y destrezas: Los médicos de familia deberán manejar un amplio espectro de conocimientos y destrezas para resolver la mayor proporción de problemas que les presenten los pacientes y sus familias. Aún en países de bajo desarrollo, el médico de familia deberá atender, cada vez más, pacientes crónicos con afecciones polisistémicas, donde le cabe el importante rol de coordinar la atención especializada y supervisar los efectos de la polimedicación contribuyendo a racionalizarla. El médico de familiar realizará cuando sea necesario, tareas de consejería sobre los riesgos o problemas cuya solución dependa en parte o en todo, de cambios de conducta o del estilo de vida del paciente.

Trabajo grupal: Los médicos de familia tenderán a trabajar más en grupo que solos habilitando a sus colegas como el primer nivel de interconsulta. Los médicos de familia manejarán las interconsultas con los especialistas y las internaciones; serán pagados por salario u horario global por su responsabilidad de atender a un grupo de población definido.

Prevención: El médico de familia proveerá servicios clínicos preventivos incluidos en la visita habitual de los pacientes cualquiera sea el motivo de la consulta y será un experto en la detección de los factores de riesgo de sus pacientes y familias. Algunos eventos recientes contribuyeron a desencadenar o acelerar el desarrollo de la Medicina Familiar ligado a la reforma de los servicios de salud.

En noviembre de 1994 se realizó en London, Ontario, Canadá, un Foro Internacional, multisectorial, convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) cuyo título hace que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia, expresa con claridad los propósitos del mismo.

El producto de dicho foro fue un documento donde se señalan los desafíos que afrontan la práctica médica, la educación médica y los servicios de salud, y se presenta un grupo de recomendaciones que constituye una verdadera guía para la acción en todo el mundo; a continuación se señalan algunas de sus conclusiones:

La población en la mayoría de los países reclama cambios profundos en los servicios de salud dirigidos a producir servicios de salud más equitativos, costo-efectivos y acordes a las necesidades de la gente. El médico de familia debe desempeñar un papel central en el logro de este

cambio.

Los recursos financieros destinados a lograr una atención primaria altamente eficiente y de calidad científica y humana deben ser incrementados. Es necesario asegurar correctos sistemas de remuneración que estimulen prácticas médicas óptimas, costo efectivas. Los grupos que obtengan mejores resultados y sean costo efectivos deben recibir incentivos económicos.

Para que los servicios de la mejor calidad y costo efectivos la mayoría de los médicos del sistema deberían ser médicos de familia bien entrenados. Lograr este objetivo hace necesario reformar las políticas de recursos humanos para salud.

El sistema de generación de los servicios deben contribuir también a lograr el equilibrio en las proporciones respectivas de generalistas y especialistas. Cada persona debería tener un médico que le provea servicios de atención primaria y este tipo de servicios debería ser accesible a toda la población. Todo paciente se debería identificar individualmente con un médico familiar. El uso de servicios especializados debe realizarse después del contacto inicial con el médico de atención primaria, médico de familia, para lo cual se deben introducir sistemas de derivación por consenso interprofesional y acuerdos contractuales.

El papel de los colegios, academias, asociaciones de médicos de familia, es asegurar al público que los médicos de familia responden a las necesidades de sus comunidades y que sus miembros mantienen altos niveles de competencia. La educación médica continua debe estar enfocada hacia el perfeccionamiento del desempeño y los niveles de competencia deben ser demostrados permanentemente a través de mecanismos evaluativos como la certificación y la recertificación.

La educación médica debe responder a las necesidades de la gente mediante la formación de médicos que contribuyan a modelar un sistema de servicios de salud socialmente responsable. El curriculum de las escuelas de medicina debe proveer los fundamentos específicos para el entrenamiento especializado posterior.

La educación médica básica es insuficientemente para preparar médicos de familia.

La disciplina Medicina Familiar debe ser enseñada en todas las escuelas de medicina para proporcionar a los estudiantes en educación generalista/especialista equilibrada.

Todos los estudiantes deben tener experiencias educativas en las que se muestre la continuidad de los cuidados de salud y enfermedad individual en un contexto comunitario.

El reconocimiento formal de la medicina familiar como una disciplina especial debe convertirse en algo universal y todos los países deben proveer entrenamiento de postgrado específico en esta disciplina (10).

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 (11), 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 Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, Puebla durante el año de 1999?

V. JUSTIFICACIÓN

Debido a que no se dispone de información sociodemográfica de la población atendida en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, 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:

- Determinar algunas de las características sociales, familiares, económicas y biológicas en los usuarios atendidos en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, Puebla en el año de 1999.

VI.2. ESPECÍFICOS:

- VI.2.1. Identificar las características biopsicosociales de la población atendida en la Unidad de Medicina Familiar, ISSSTE, Huejotzingo, Puebla 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 Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, 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 sociales

y familiares.

VI.2.5. Enlistar las 10 principales causas de morbilidad en la población atendida en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, Puebla, durante el año de 1999.

VI.2.6. Mejorar la calidad de la atención médica.

VI.2.7. Proponer estrategias preventivas que permitan la disminución de los costos de la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, Puebla.

VII. HIPÓTESIS

La aplicación del Modelos Sistemático de Atención Médica Familiar permite identificar las características biopsicosociales de las familias que están a cargo del médico familiar lo que a su vez puede repercutir en la implementación de medidas preventivas y actividades de promoción de la salud en los usuarios que reciben atención en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, Puebla.

VIII. METODOLOGÍA

VIII.1. TIPO DE ESTUDIO:

- **Observacional:** Porque no interfiere el investigador 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 del ISSSTE, en Huejotzingo, Puebla durante el periodo de enero a diciembre de 1999.

VIII.3. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

No aleatoria de tipo secuencial, conformada por 250 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 de estudio.

VIII.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

VIII.4.1. INCLUSIÓN:

- Sujetos de cualquier género.
- De cualquier edad.

- Población usuaria asignada en Huejotzingo, de la Unidad Médica Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, Puebla durante el periodo de enero a diciembre de 1999.
- Por cualquier diagnóstico.
- Atendida en el periodo de estudio.
- Expedientes completos.

VIII.4.2. EXCLUSIÓN:

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

VIII.4.3. ELIMINACIÓN:

- Expedientes clínicos incompletos.
- Encuestas incompletas.

VIII.5. VARIABLES A RECOLECTAR:

ESTRATEGIA: Censo poblacional

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

ESTRATEGIA: Estudio de Comunidad

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

ESTRATEGIA: Estudio de Comunidad

Nombre	Tipo	Escala	Medición
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria, secundaria, bachillerato, técnica, universidad, otras
Edad paterna	Cuantitativa	Intervalo	Años
Edad materna	Cuantitativa	Intervalo	Años
Número de hijos			
≤ 10 años	Cuantitativa	Intervalo	Total de hijos
11 a 19 años	Cuantitativa	Intervalo	Total de hijos
20 o más	Cuantitativa	Intervalo	Total de hijos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ocupación
Ingreso económico	Cuantitativa	Intervalo	≤ 1 salario mínimo 1 a 2 salarios mínimos 3 o más salarios mínimos
Tipo de familia			
Desarrollo	Cualitativa	Nominal	Moderna, tradicional
Demografía	Cualitativa	Nominal	Urbana, semiurbana
Composición	Cualitativa	Nominal	Nuclear, extensa, compuesta

ESTRATEGIA: Estudio de Comunidad

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

Identificación de las causas de consulta > 10 primeros motivos de consulta (Por grupos de edad y sexo nominal – causa de diagnóstico)

VIII.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

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

VIII.7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

VIII.7.1. RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN:

No se considera que represente algún riesgo para la salud.

VIII.7.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

No es necesario.

IX. RESULTADOS

El total de la población estudiada fue de 2,077 pacientes cuya distribución por edad y sexo se presenta en la pirámide poblacional.

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

El estado civil: De un total de 250 familias encuestadas, 203 (81%) son casadas, y 24 (10%) viven en unión libre, 10 son solteras (4%), 10 (4%) son viudas y 3 (1%) divorciadas (Cuadro y Gráfica N° 1).

Años de unión conyugal: Fueron distribuidos por intervalos de donde se observa que en el rango de 0 a 10 años se presentaron 90 (36%) casos, en el de 11 a 20 hubieron 88 (35.2%) casos; 51 (20.4%) se ubicaron en el intervalo de 21 a 30 años, en el grupo de 31 a 40 se presentaron 15 (6%), en el de 41 a 50 años se registraron 5 (2%) casos y en el intervalo de 51 a 60 hubieron 1 (0.4%) casos. El promedio fue de 15.4 años con una DE de 9.77, con una mínima de 1 año y una máxima de 55 años (Cuadro y Gráfica N° 2).

Edad parental: El promedio de la edad paterna fue de 39.7 años, con

una DE de 10.7 (Cuadro y Gráfica N° 3).

Edad materna: La edad materna fue de 39.2 años con una DE de 10.04 años (Cuadro y Gráfica N° 4).

Número de hijos de las familias encuestadas: Se encontró lo siguiente: los hijos de hasta 10 años de edad fueron 263 (40%), de 11 a 19 años hubieron 225 (34%) y de 20 y más años de edad fueron 174 (26%) (Cuadro y Gráfica N° 5).

Tipo de familia: En cuanto a su desarrollo se encontró en 122 (49%) casos ser moderna contra 128 (51%) que es de tipo tradicional (Cuadro y Gráfica N° 6).

Composición de la familia: En cuanto a su composición son en 165 (66%) casos de tipo nuclear y extensa en 85 (34%) casos, hacemos notar que no se encontraron casos en familias compuestas (Cuadro y Gráfica N° 7).

Demografía: Se encontró que el 100% (250) de las familiar son de tipo rural.

Ingreso mensual: Se aprecia que en 94 (38%) familias se perciben de 1 a 2 salarios mínimos y que en 156 (62%) casos fue de 3 o más salarios mínimos (Cuadro y Gráfica N° 8).

Ocupación de los progenitores: Se encontró que el 70% (175 casos) son profesionales, siguiéndole en frecuencia el ama de hogar con 95 (38%) casos y en otros se aglomeraron 166 (66%) individuos (Cuadro y Gráfica N° 9). Cabe señalar que no se identificaron ni técnicos, ni empleados.

Etapas del ciclo vital: La distribución de las familias encuestadas de acuerdo a las etapas del ciclo vital familiar se presenta de la siguiente manera: En expansión se ubican 40 (16%) familias, en la etapa de dispersión 159 (64%), de independencia 51 (16%) y en retiro 0 (Cuadro y Gráfica N° 10).

El número de cuartos que tiene cada casa de las familias encuestadas se distribuyó de la siguiente manera: Encontramos que 34 (13.6%) familias cuentan con sólo 1 dormitorio, 116 (46.4%) familias cuentan con 2 dormitorios, 85 (34%) familias con 3 dormitorios, 15 (6%) familias con 4 dormitorios (Cuadro y Gráfica N° 11).

El Cuadro y Gráfica N° 12, presenta los 10 principales motivos de consulta en la Unidad Médico Familiar del ISSSTE, Huejotzingo, Puebla durante el años de 1999.

En el Cuadro y Gráfica N° 13, se presenta los 10 principales motivos de consulta en la Unidad Médico Familiar, ISSSTE, Huejotzingo, Puebla

durante 1999, distribuidas de acuerdo a primera vez y subsecuentes.

En el Cuadro N° 14, se presentan el número de consultas por paciente más frecuentes en la UMF, ISSSTE, Huejotzingo, Puebla durante 1999, distribuidas por edad y género.

El Cuadro y Gráfica N° 15, presenta las distribución de las consultas por meses del año 1999, en la UMF, ISSSTE, Huejotzingo, Puebla.

La vigilancia de enfermedades crónicodegenerativas en prevención y control que se presentaron en la UMF, ISSSTE, Huejotzingo, Puebla durante 1999, se presenta en el Cuadro y Gráfica N° 16.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 250)

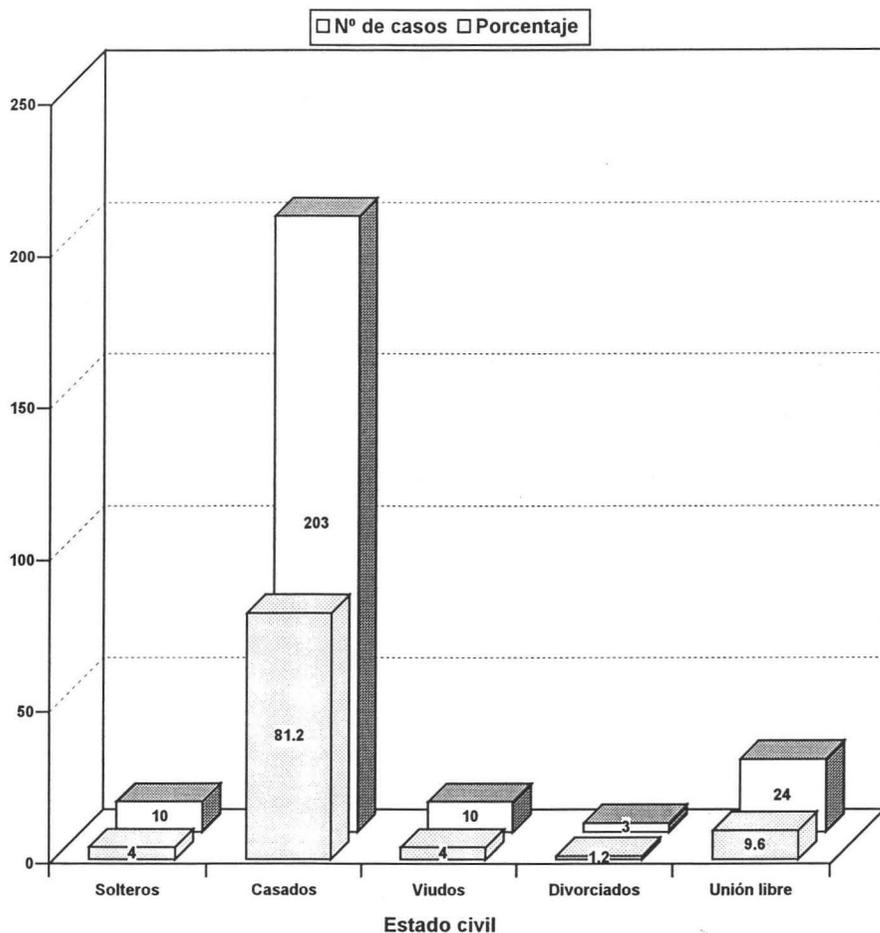
Estado civil	N° de casos	Porcentaje
Solteros	10	4
Casados	203	81.2
Viudos	10	4
Divorciados	3	1.2
Unión libre	24	9.6
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 1

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 2

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

(n = 250)

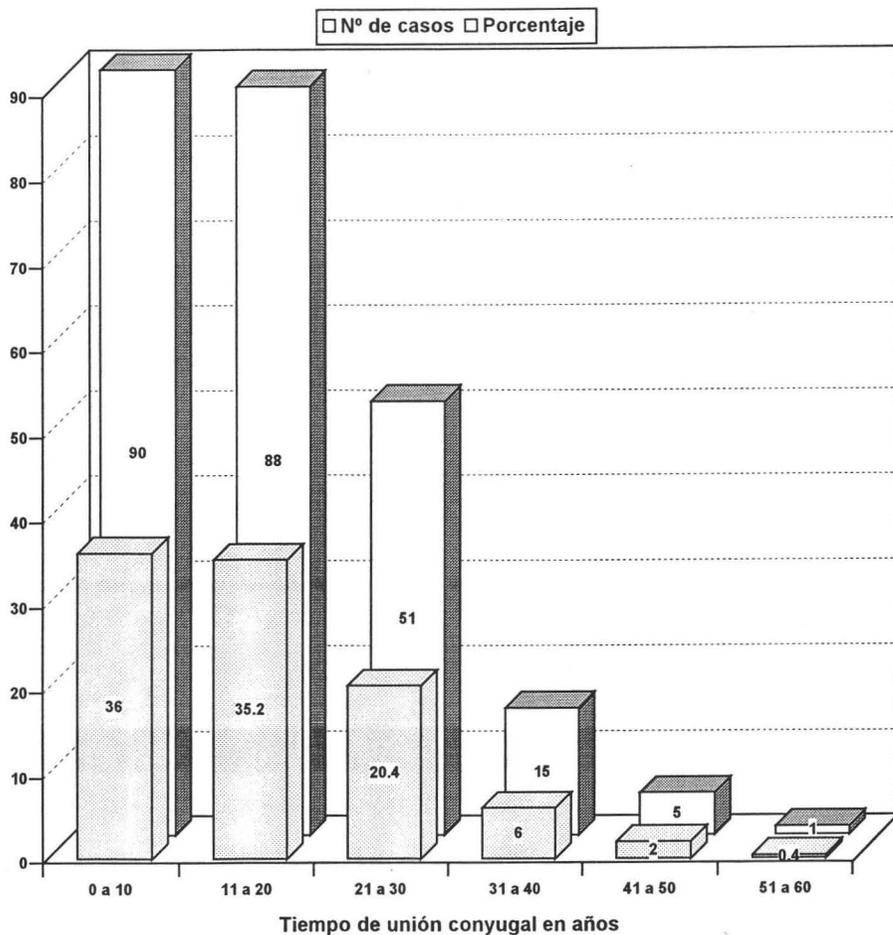
Tiempo de unión en años	N° de casos	Porcentaje
0 a 10	90	36
11 a 20	88	35.2
21 a 30	51	20.4
31 a 40	15	6
41 a 50	5	2
51 a 60	1	0.4
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 2

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

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 3

EDAD DEL PADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)

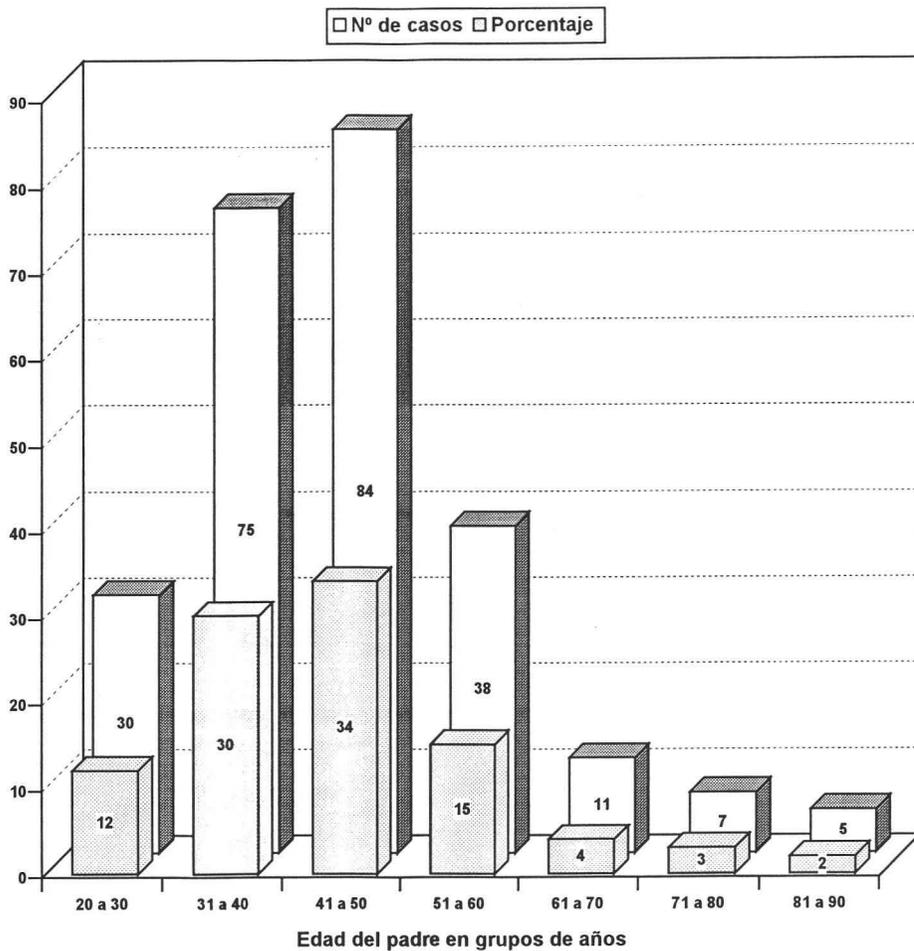
Grupos de edad en años	N° de casos	Porcentaje
20 a 30	30	12
31 a 40	75	30
41 a 50	84	34
51 a 60	38	15
61 a 70	11	4
71 a 80	7	3
81 a 90	5	2
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 3

EDAD DEL PADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 4

EDAD DE LA MADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)

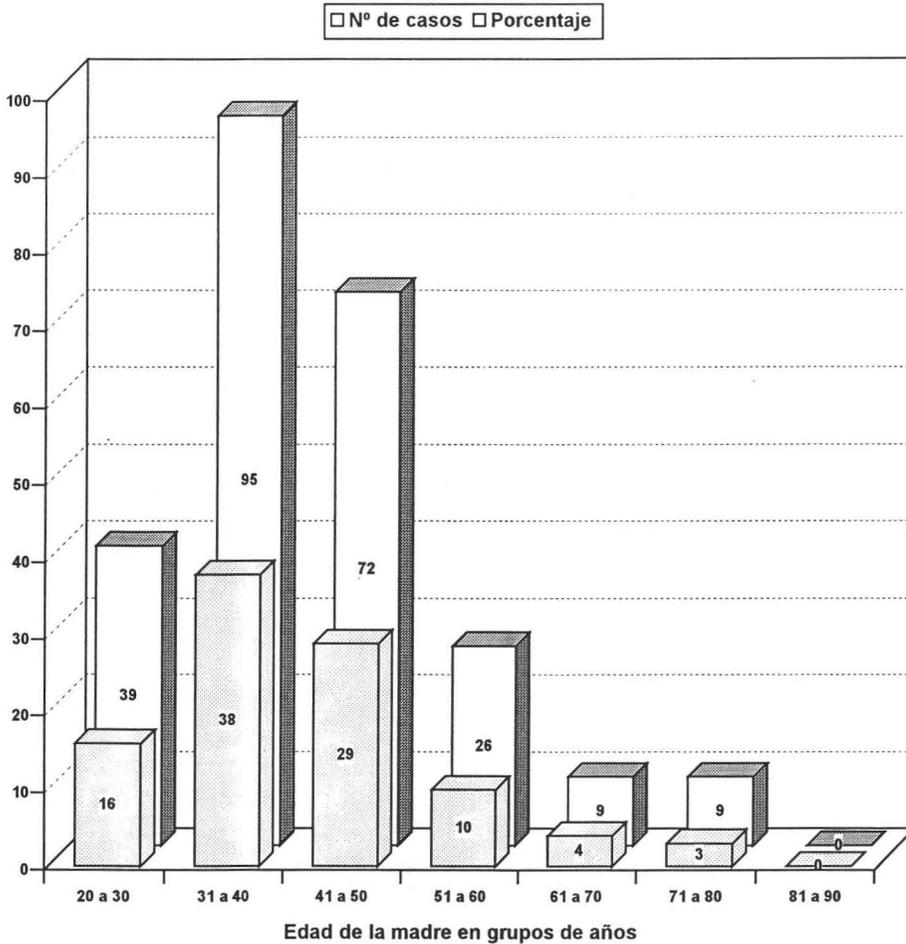
Grupos de edad en años	N° de casos	Porcentaje
20 a 30	39	16
31 a 40	95	38
41 a 50	72	29
51 a 60	26	10
61 a 70	9	4
71 a 80	9	3
81 a 90	-	-
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 4

EDAD DE LA MADRE DISTRIBUIDA POR GRUPOS DE EDAD

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 5

CANTIDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

(n = 662)

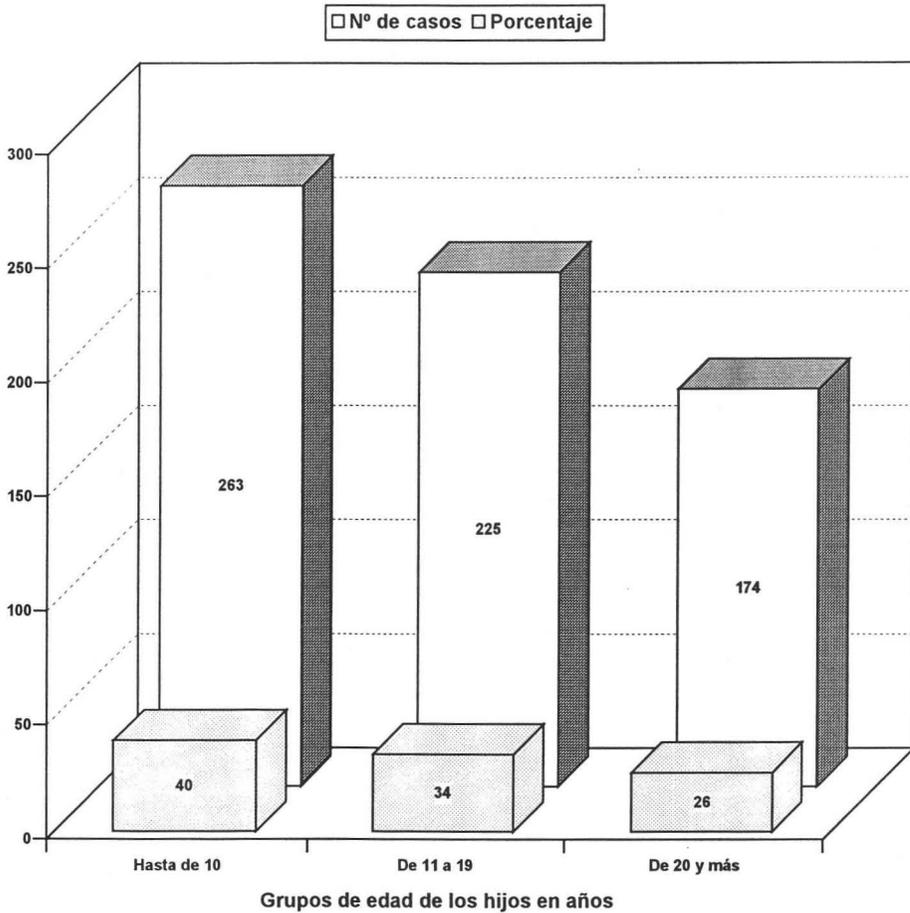
Grupos de edad en años	N° de casos	Porcentaje
Hasta de 10	263	40
De 11 a 19	225	34
De 20 y más	174	26
TOTAL:	662	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 5

CANTIDAD DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS DISTRIBUIDOS POR GRUPOS ETARIOS

(n = 662)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 6

TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 250)

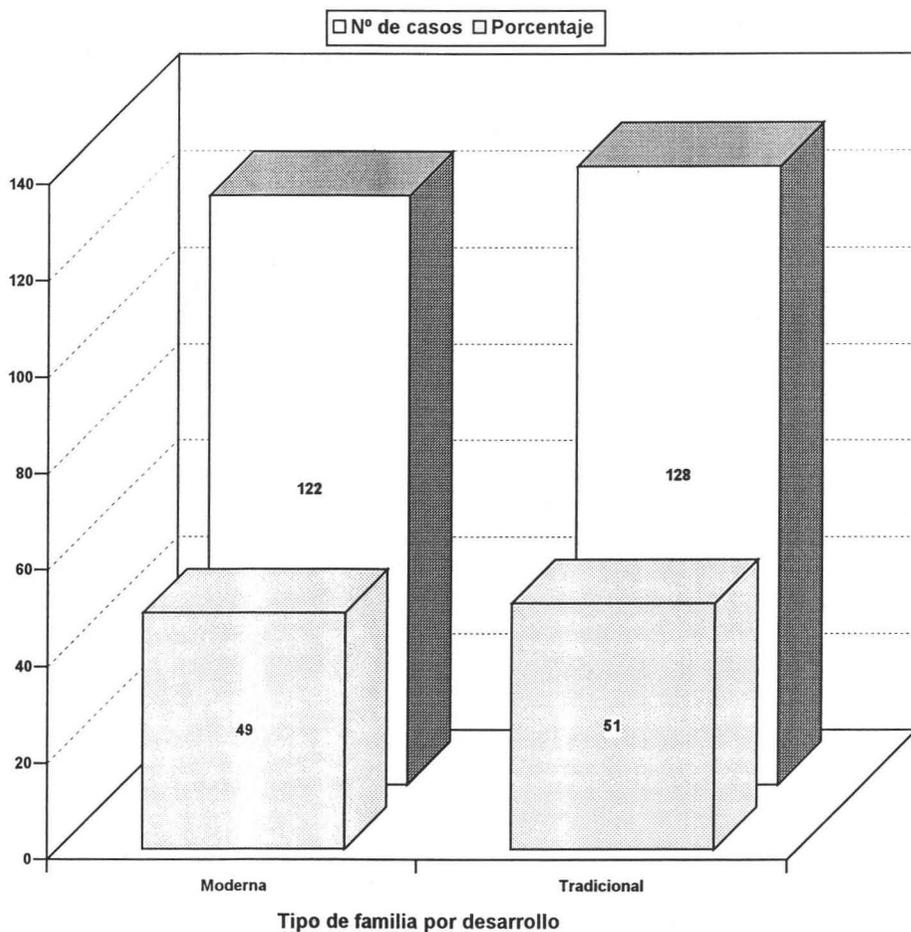
Desarrollo	N° de casos	Porcentaje
Moderna	122	49
Tradicional	128	51
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 6

TIPO DE FAMILIA, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A SU DESARROLLO

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 7

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 250)

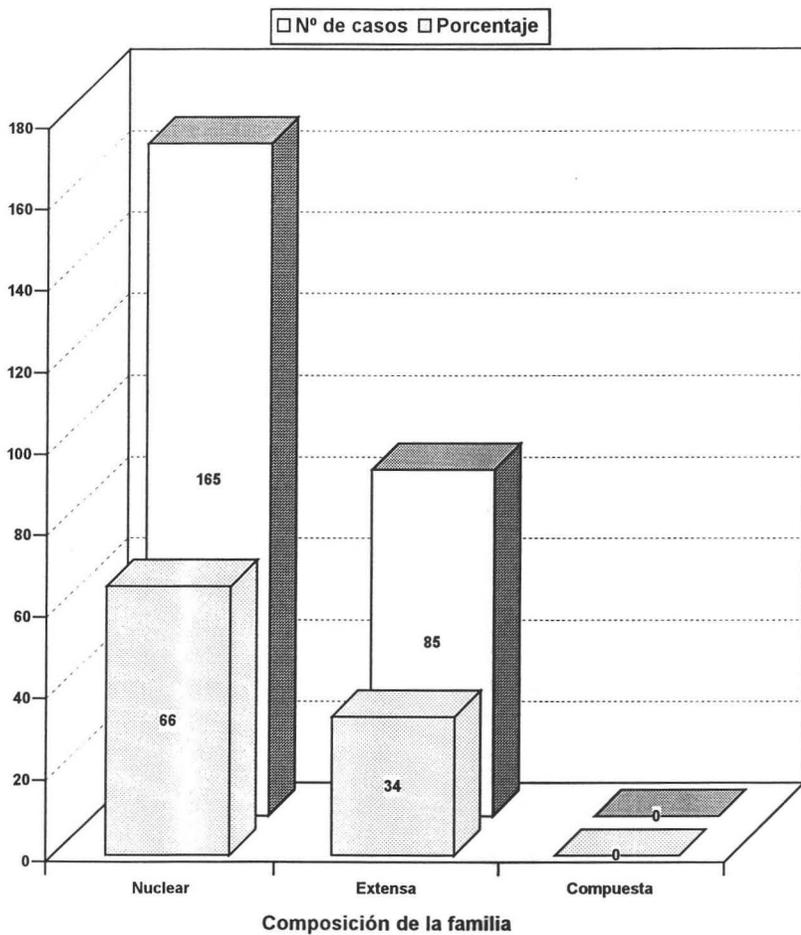
Composición	N° de casos	Porcentaje
Nuclear	165	66
Extensa	85	34
Compuesta	0	0
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 7

TIPO DE FAMILIA DISTRIBUIDA DE ACUERDO A SU COMPOSICIÓN

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 8

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 250)

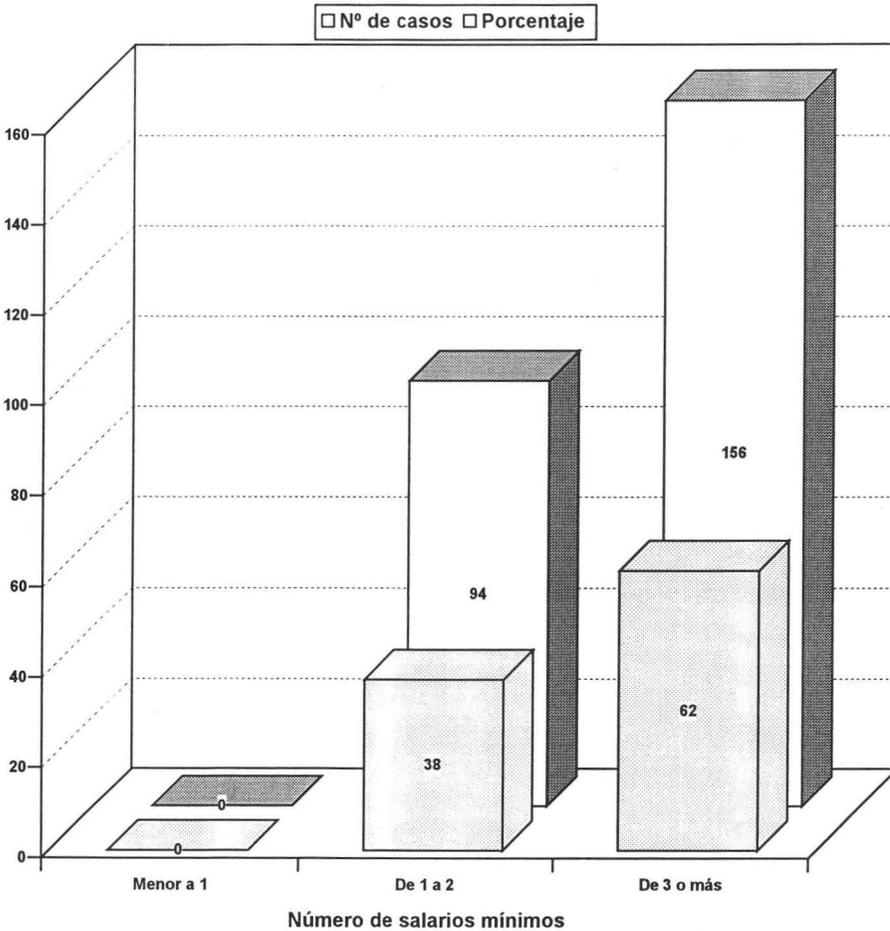
Número de salarios mínimos	N° de casos	Porcentaje
Menor a 1	0	0
De 1 a 2	94	38
De 3 o más	156	62
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 8

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO AL SALARIO

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 9
OCUPACIÓN DE LOS PROGENITORES
DE FAMILIA

(n = 500)

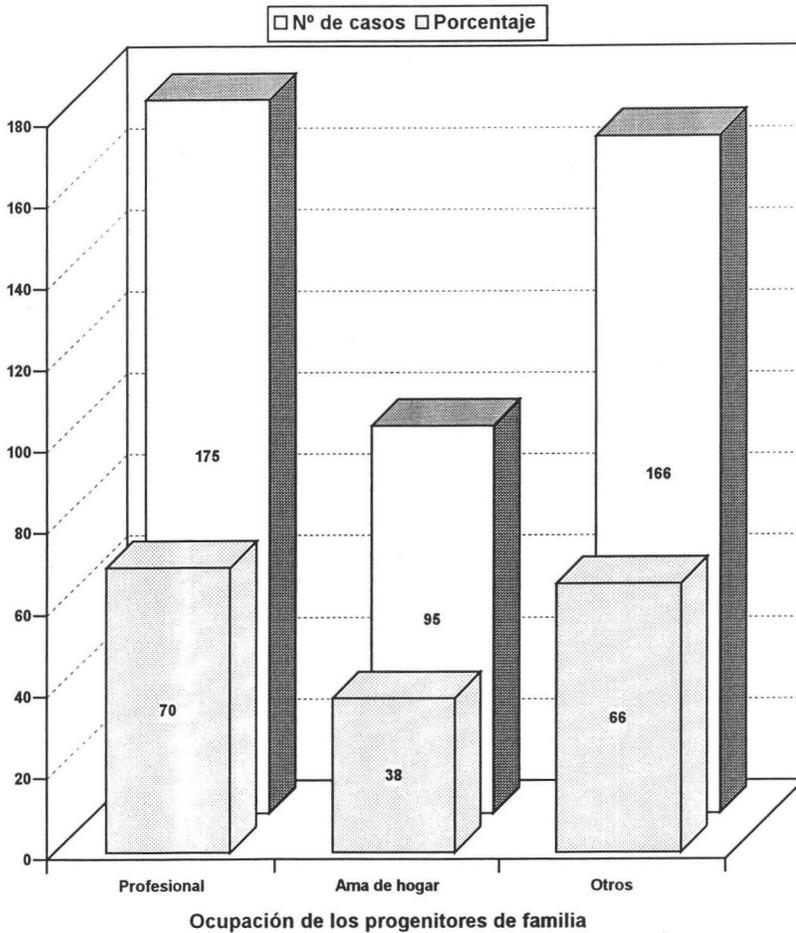
Ocupación	N° de casos	Porcentaje
Profesional	175	70
Ama de hogar	95	38
Otros	166	66

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 9

OCUPACIÓN DE LOS PROGENITORES DE FAMILIA

(n = 500)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 10
CICLO VITAL DE LA FAMILIA
DISTRIBUIDA POR ETAPAS

(n = 250)

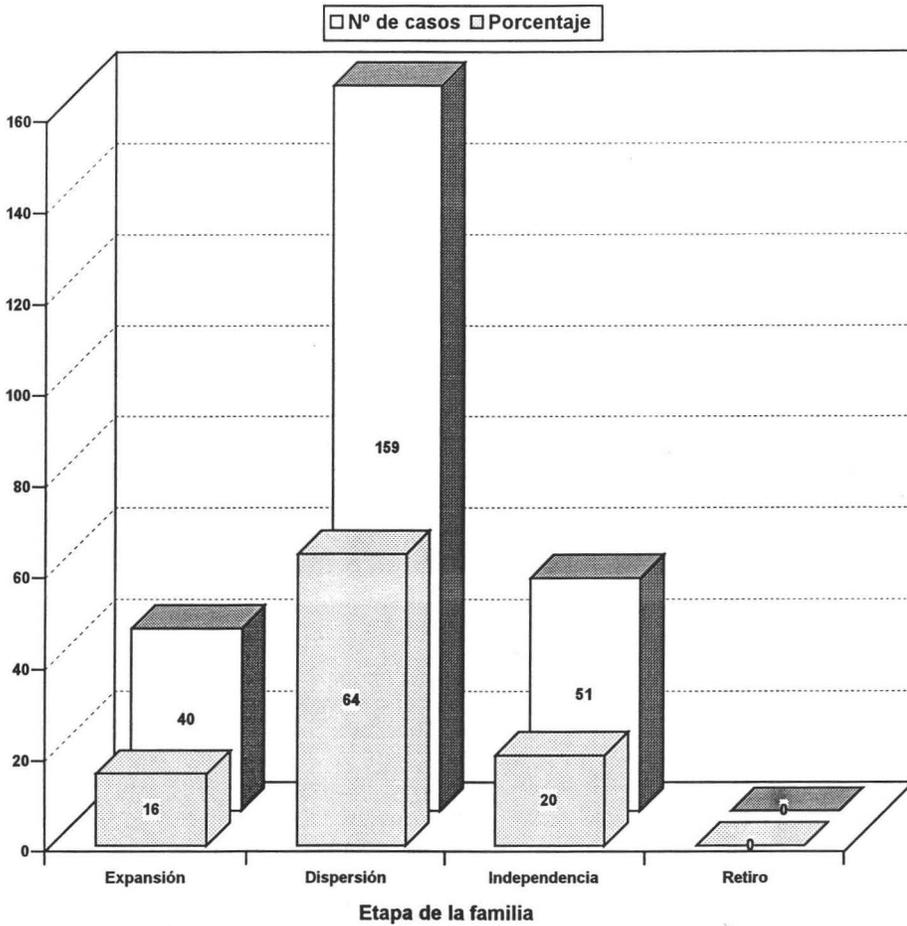
Etapa	N° de casos	Porcentaje
Expansión	40	16
Dispersión	159	64
Independencia	51	20
Retiro	0	0
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 10

CICLO VITAL DE LA FAMILIA DISTRIBUIDA POR ETAPAS

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 11

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

(n = 250)

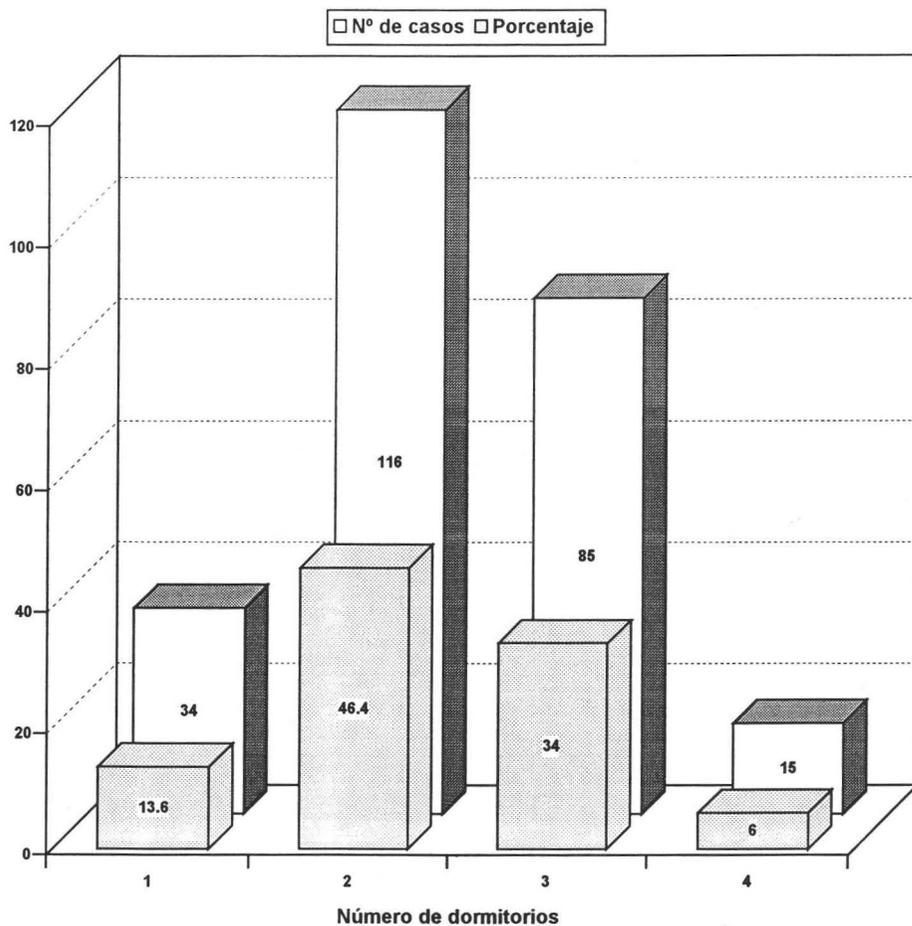
Número de dormitorios	N° de personas	Porcentaje
1	34	13.6
2	116	46.4
3	85	34
4	15	6
TOTAL:	250	100

FUENTE: Cédula de identificación familiar.

GRÁFICA N° 11

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

(n = 250)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 12

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA, 1999

(n = 2077)

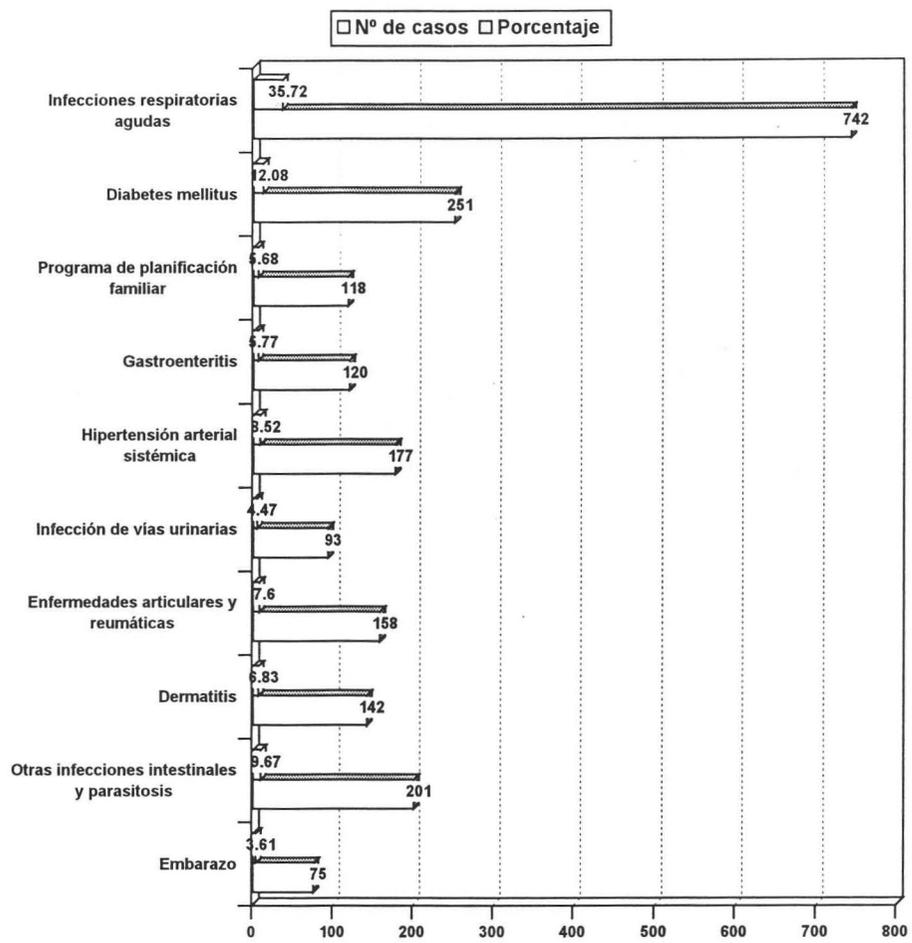
N°	Diagnóstico	N° consultas	Porcentaje
1	Infecciones respiratorias agudas	742	35.72
2	Diabetes mellitus	251	12.08
3	Programa de planificación familiar	118	5.68
4	Gastroenteritis	120	5.77
5	Hipertensión arterial sistémica	177	8.52
6	Infección de vías urinarias	93	4.47
7	Enfermedades articulares y reumáticas	158	7.60
8	Dermatitis	142	6.83
9	Otras infecciones intestinales y parasitosis	201	9.67
10	Embarazo	75	3.61
TOTAL:		2077	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 12

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA, 1999

(n = 2077)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 13

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA, 1999, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 2077)

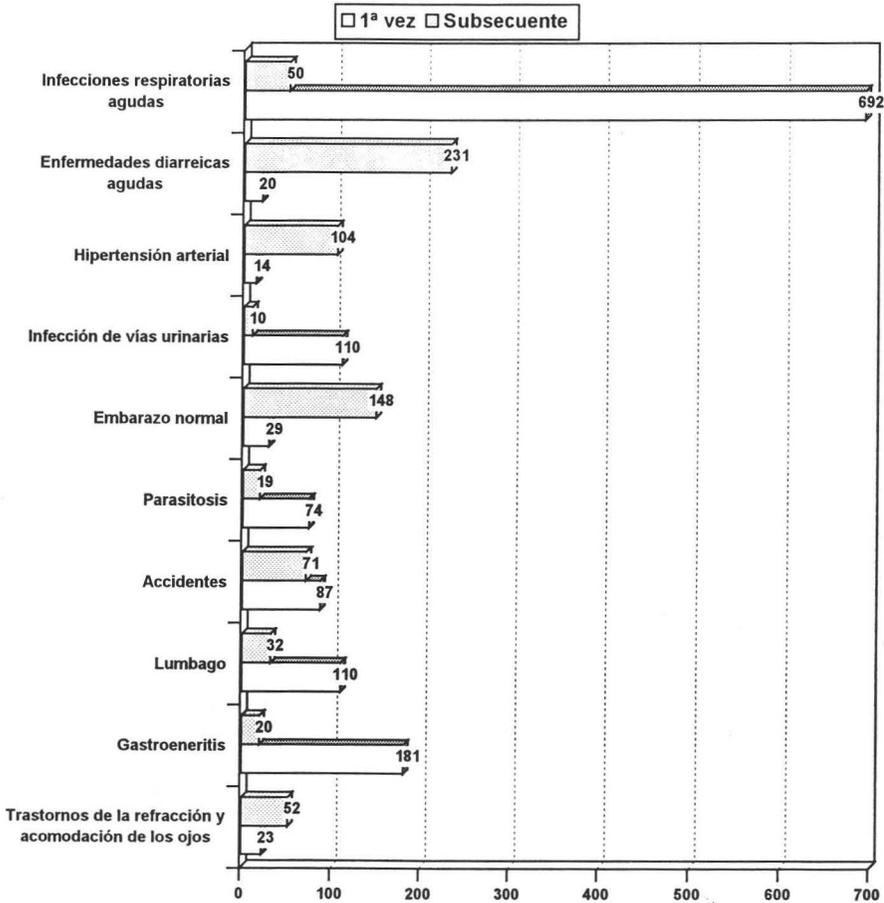
N°	Diagnóstico	1ª vez		Subsecuente		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
1	Infecciones respiratorias agudas	692	33.3	50	2.40	742	35.72
2	Diabetes mellitus	20	0.96	231	11.12	251	12.08
3	Programa de planificación familiar	14	0.67	104	5.00	118	5.68
4	Gastroenteritis	110	5.29	10	0.48	120	5.77
5	Hipertensión arterial sistémica	29	1.39	148	7.12	177	8.52
6	Infección de vías urinarias	74	3.56	19	0.91	93	4.47
7	Enfermedades articulares y reumáticas	87	4.18	71	3.4	158	7.60
8	Dermatitis	110	5.29	32	1.54	142	6.83
9	Otras infecciones intestinales y parasitosis	181	8.71	20	0.96	201	9.67
10	Embarazo	23	1.10	52	2.50	75	3.61
	TOTAL:	1340	64.45	737	35.43	2077	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 13

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA, 1999, DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES

(n = 2077)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 14

POBLACIÓN DISTRIBUIDA POR DIAGNÓSTICO, EDAD Y SEXO EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA, 1999

(n = 2077)

N° de Dx	Sexo		GRUPOS DE EDAD EN AÑOS																													
			0-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65-69		70 o más	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
1	317	425	36	35	68	73	52	28	27	30	1	16	5	26	19	40	31	61	11	41	20	30	7	18	13	7	3	14	8	4	8	11
2	129	122	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	25	6	15	2	2	34	25	23	20	29	31	7	3	19
3	0	118	0	0	0	0	0	0	0	10	0	23	0	36	0	39	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	51	69	10	6	6	0	8	5	3	2	1	4	3	4	3	5	5	5	6	8	0	7	7	5	3	6	1	4	1	0	1	1
5	85	92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	14	14	20	8	3	12	7	7	16	15	11	2	15	30
6	26	67	0	0	1	2	0	2	1	2	0	3	0	3	3	13	5	5	3	6	0	7	4	6	6	6	1	6	1	1	1	5
7	69	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	0	7	6	4	12	10	17	6	2	7	18	5	6	2	4	1	3	25	13
8	69	73	5	11	21	13	15	3	3	6	1	3	1	6	1	6	6	7	0	12	1	4	2	2	6	1	0	2	1	1	1	0
9	87	114	0	7	14	22	16	16	5	6	1	3	4	8	2	14	7	12	6	14	5	7	1	9	2	2	6	7	0	0	4	2
10	0	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	20	0	21	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total:	833	1244	51	59	110	110	91	54	39	56	4	60	22	103	35	145	67	141	75	118	67	67	33	104	67	58	49	81	54	18	58	81

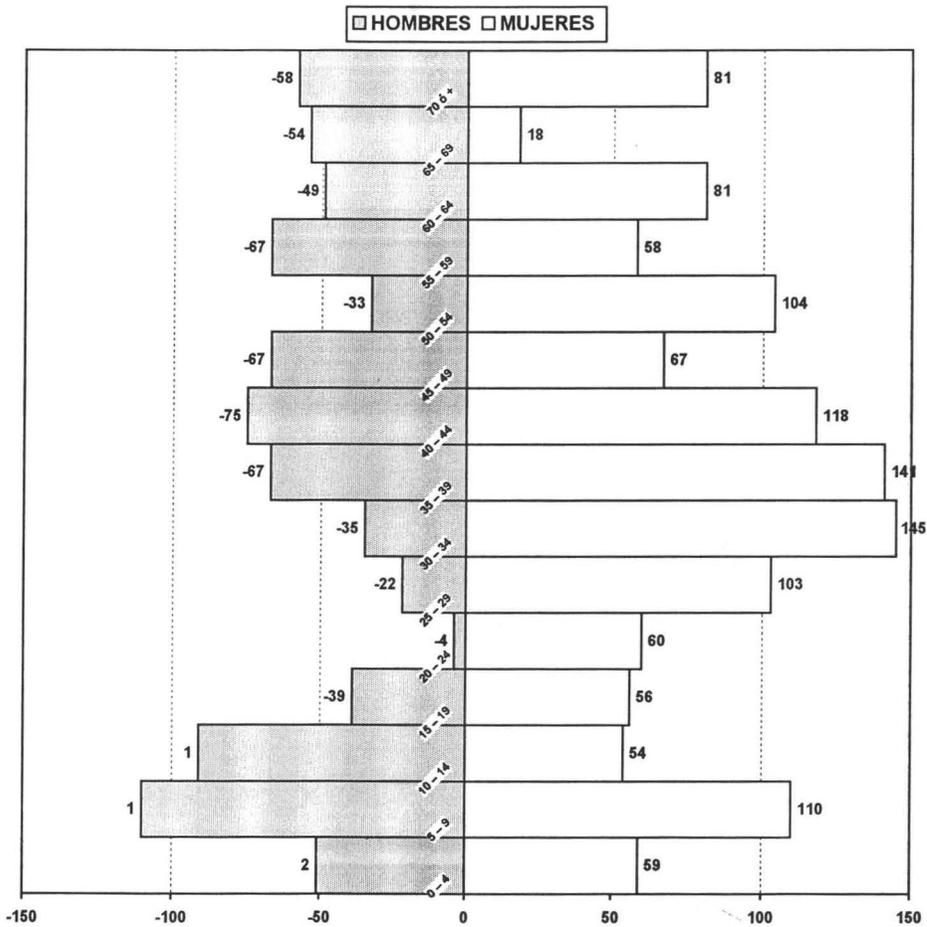
NOTA: El número de diagnóstico es igual el del Cuadro N° 13.

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 14

PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA, 1999

(n = 2,077)



FUENTE: Cédula de identificación familiar.

CUADRO N° 15

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DEL AÑO 1999 DE LAS CONSULTAS EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA

(n = 2492)

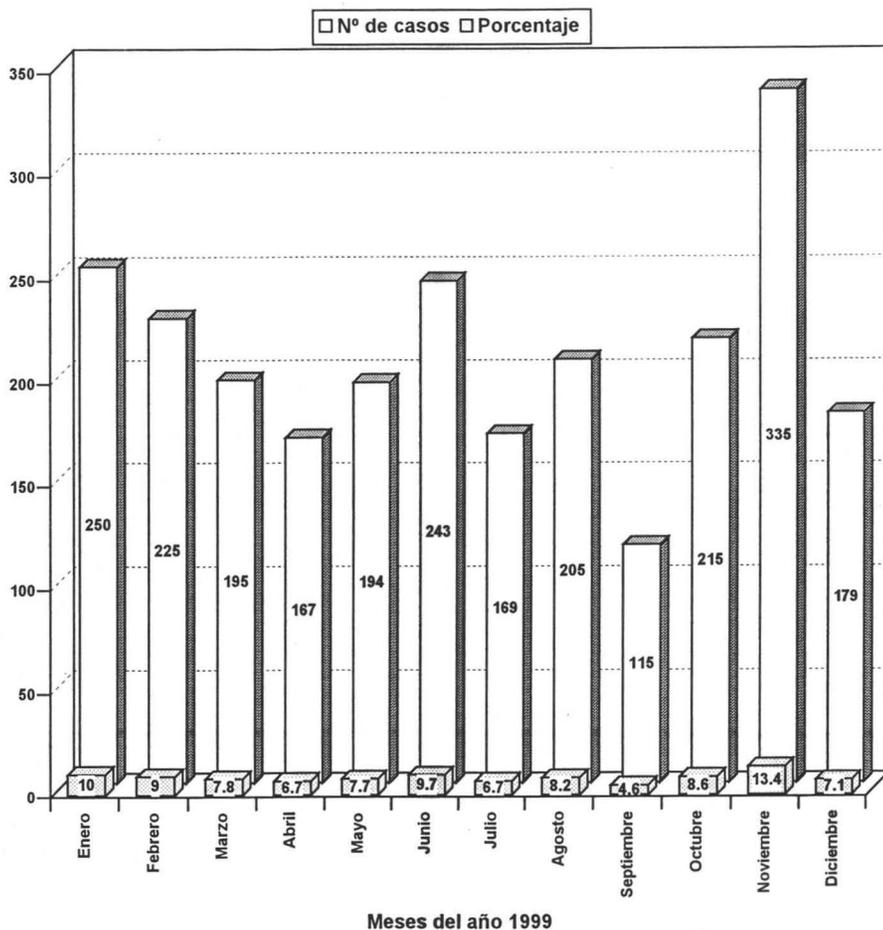
Mes	Nº casos	Porcentaje
Enero	250	10
Febrero	225	9
Marzo	195	7.8
Abril	167	6.7
Mayo	194	7.7
Junio	243	9.7
Julio	169	6.7
Agosto	205	8.2
Septiembre	115	4.6
Octubre	215	8.6
Noviembre	335	13.4
Diciembre	179	7.1
TOTAL:	2492	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 15

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DEL AÑO 1999 DE LAS CONSULTAS EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR DEL ISSSTE, HUEJOTZINGO, PUEBLA

(n = 2492)



FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

CUADRO N° 16

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 428)

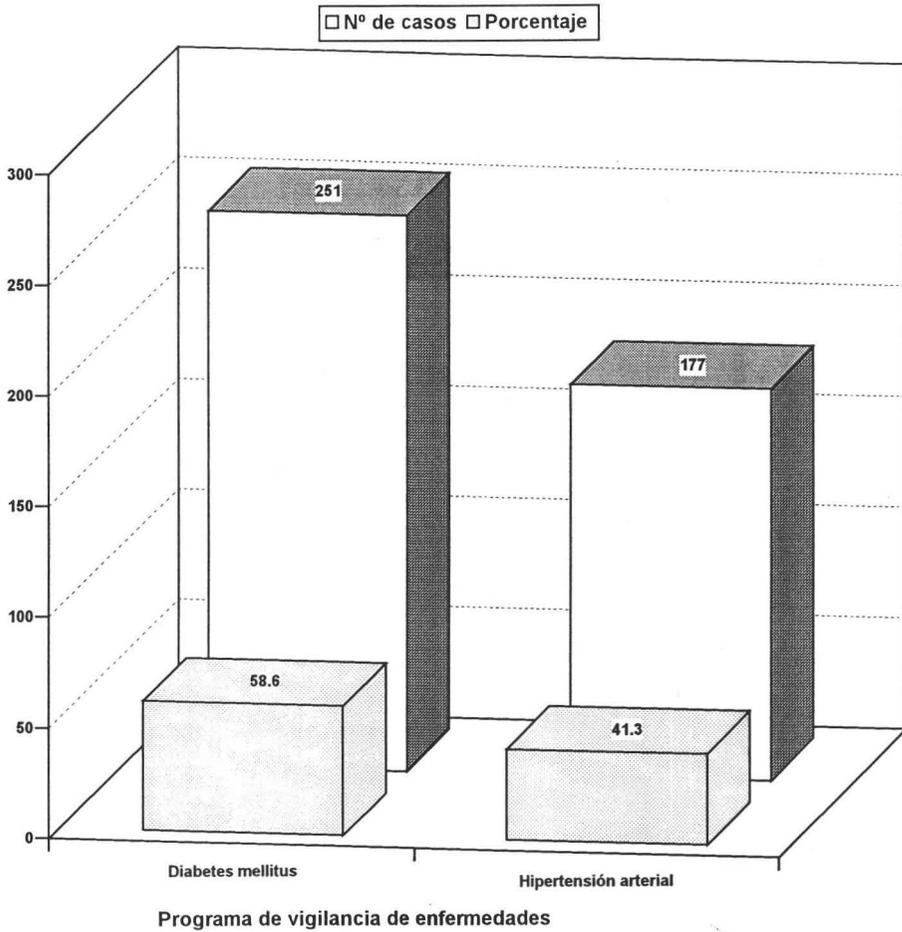
Programa	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje
Diagnóstico: Diabetes mellitus	122	129	251	58.6
Diagnóstico: Hipertensión arterial	92	85	177	41.3
TOTAL:	214	214	428	100

FUENTE: Hojas de reporte diario del médico.

GRÁFICA N° 16

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL

(n = 428)



FUENTE: Cédula de recolección de datos.

X. DISCUSION

Analizando los resultados obtenidos de la investigación de las 10 principales causas de consulta en los derechohabientes que acudieron a consulta en el período de Enero a Diciembre del año de 1999 en la unidad de Medicina Familiar en Huejotzingo se obtienen los siguientes resultados. Como primer lugar las infecciones de vías respiratorias, en segundo lugar la Diabetes Mellitus, en tercer lugar otras infecciones intestinales y parasitosis y en cuarto lugar a la hipertensión arterial,

Cabe mencionar que el sexo femenino predomina en cada una de las diferentes enfermedades excepto en la Diabetes Mellitus en la que predomina el sexo masculino.

El promedio de edad paterna fue de 39.7 años y la materna de 39.2 años.

En cuanto a la demografía se puede especificar que es una zona de tipo rural.

En el tipo de familia predomina en cuanto a su desarrollo la familia tradicional en 51% y moderna en un 49%; llama la atención que siendo una zona rural, tanto el padre como la madre trabajan.

De acuerdo a su composición el 66% es nuclear y el 85% es extensa.

XI. CONCLUSIONES

- ▶ En primer lugar de morbilidad se encuentran las infecciones de vías respiratorias, lo que concuerda con los estudios realizados por Jack H. Medalie, concluye que los problemas respiratorios son los mas frecuentes y son la principal causa que utilizan los servicios de salud en todo el mundo.
- ▶ Haciendo notar que en los consultados las infecciones respiratorias predominan en el sexo femenino siendo los menores de 5 años los mas afectados.
- ▶ La Diabetes Mellitus predomina en le sexo masculino con un intervalo de edad entre 40 y 70 años. El nivel socioeconómico de un individuo esta relacionado con la exposición a factores de riesgo.
- ▶ Otras infecciones intestinales y parasitosis se desarrollan principalmente a nivel escolar.
- ▶ La hipertensión arterial en los mayores de 40 años.
- ▶ Las mujeres y niños consultan mas frecuentemente al médico

PROPUESTAS

- ▶ Capacitar a las madres de familia para reconocer tempranamente los signos de alarma en infecciones respiratorias.
- ▶ Que se realicen un seguimiento adecuado de los pacientes ya identificado el padecimiento para evitar el curso natural de la enfermedad.
- ▶ Formar grupos de apoyo para los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, así como prevenir el desarrollo de la enfermedad en individuos susceptibles.
- ▶ Es esencial que los programas encaminados a la prevención primaria se dirijan a lograr cambios en el estilo de vida.
- ▶ Estos programas serán de aplicación a la comunidad en general debiendo poner énfasis especial en individuos con alto riesgo.
- ▶ Los factores principales que deben evitarse incluyen sedentarismo, consumo de alcohol, estrés severo y prolongado, uso injustificado de medicamentos y otros.
- ▶ Finalmente se concluye que la aplicación del modelo sistemático de atención médica familiar redundaría en el mejoramiento sustancial y en la calidad de la atención.

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*

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*

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. Whitte 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

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

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.

***117
Trabajos por computadora:
37 poniente N° 911; Tel. 237-46-12

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- 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: _____

Etapa del ciclo vital familiar:

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

Personas que duermen por habitación: _____

Observaciones: _____