

01982  
22/1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"MODELOS DE VARIABLES PSICOSOCIALES EN INVESTIGACION EVALUATIVA  
PARA UN PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITARIA"

T E S I S

que para obtener el grado de:  
DOCTOR EN PSICOLOGIA SOCIAL

P R E S E N T A:

RAUL SOSA ARRUFAT

MEXICO, D.F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1980

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I.	INTRODUCCION . . . . .	1
	1.1. Antecedentes . . . . .	10
	1.2. Aproximación de un Modelo de Variables Psicosociales y sus - limitaciones . . . . .	24
	1.3. Definición de variables . . . . .	32
	1.4. Hipótesis . . . . .	34
2.	MARCO TEORICO . . . . .	35
3.	DISEÑO DE INVESTIGACION . . . . .	66
	3.1. Población . . . . .	66
	3.2. Selección de la población . . . . .	66
	3.3. Muestra . . . . .	68
	3.4. Selección de hogares . . . . .	70
	3.5. Instrumento . . . . .	71
	3.6. Administración de encuestas . . . . .	72
	3.7. Procesamiento de datos . . . . .	73
	3.8. Estadística para el modelo . . . . .	74
4.	RESULTADOS . . . . .	75
	4.1. Encuestas de los estudiantes . . . . .	75
	4.2. Encuesta de la población . . . . .	158
5.	DISCUSION . . . . .	235
6.	CONCLUSIONES . . . . .	242
7.	BIBLIOGRAFIA . . . . .	245
8.	APENDICE . . . . .	251

## I N T R O D U C C I O N

Esta investigación estuvo dirigida a realizar una evaluación de un programa de medicina comunitaria por medio de un modelo de variables psicosociales en la Facultad de Medicina de H. Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

El presente trabajo estuvo motivado por la necesidad que señala la medicina social de obtener información sobre el "saber médico" (Timio, 1979), en especial sobre el cuerpo de conocimientos o ideas sociales de la salud-enfermedad que se puedan generar en las instituciones de enseñanza médica. Fue la intención del autor en esta investigación, evaluar un programa de medicina comunitaria (PMC) el cual presenta como objetivo general el cambio del estudiante hacia una práctica social de la medicina. Es por ésto que se consideró que esta investigación evaluativa puede proporcionar información a la medicina social sobre el saber y quehacer médico; y que de esta forma las ciencias sociales hicieran una aportación al proceso de salud de la nación mexicana.

Para ubicar teórica y metodológicamente el problema de investigación, se revisaron los aportes de la sociología médica y de la investigación evaluativa. En cuanto a los aportes de la sociología médica, señala que los análisis sociológicos de la medicina comunitaria han estado en función de su origen. Podemos ver dos posiciones de diferentes autores sobre los orígenes de la medicina comunitaria, Vidal, C., Garibay, L., Velasco, N. y Navarro, A. (1975), proponen el origen de la medicina comunitaria en los programas de las escuelas y facul-

tades de medicina como el inicio de lo que se ha llamado integración docente - asistencial, la cual se creó para los años sesenta bajo los programas promovidos por la Organización Mundial de Salud. La segunda posición es la que señala el origen de la medicina comunitaria como un nuevo enfoque en la medicina social que ha surgido como práctica médica (Brehil, J., 1976).

Encontramos que la sociología médica nos proporciona un análisis teórico de la medicina comunitaria, especialmente del enfoque de ésta como programa. Aunque es este punto de vista el que más se adecúa al problema de investigación, no nos proporciona una metodología para realizar la investigación evaluativa. Es frente a esta consideración que analizamos los aportes de la investigación evaluativa. Hallamos que dicha metodología ha evolucionado paralelamente con el surgimiento de los servicios públicos en Estados Unidos y Europa, con el fin de saber cuáles habfan sido los alcances del servicio y sus finalidades deseadas. El desarrollo de la evaluación, como un sistema de investigación, se definió a partir de la metodología para realizarla; es de esta forma que la evaluación se convierte en investigación evaluativa. La evaluación busca en que medida se han cumplido los valores u objetivos que tienen los programas y han sido los científicos sociales los que han desarrollado la metodología para enfocar las investigaciones evaluativas de diferentes formas.

Al revisar los métodos utilizados en las investigaciones evaluativas, se encuentra que la metodología sugerida por los investigadores de evaluación - - - (Suchman, E., 1974 y Rodney, M.C., Max, P., 1978) se basa en el análisis lógico de variables que desarrolla Rosenberg, M. (1968). En síntesis, Rosenberg es

tablece que a partir de una relación original entre dos variables (variable independiente - variable dependiente), una tercera variable (antecedente, interviniente, opresora, extraña y otra) puede asociarse para explicar la relación original. Encontramos que Suchman, E. (1974), siguiendo este análisis de Rosenberg, indica que en la investigación evaluativa de un programa, la variable independiente pasaría a ser las actividades del programa y los resultados medibles de éstas la variable dependiente; otros factores que podían estar asociados a éstas serían las variables antecedentes, intervinientes, opresoras, - - - extrañas u otras.

Para establecer si la metodología utilizada por los investigadores de evaluación podía emplearse en el presente estudio, se analizó el PMC. Primero se realizaron una serie de preguntas para conocer el programa. Estas preguntas fueron: ¿Cuál es la meta del programa?, ¿Qué interesa el programa en cambiar?, -- ¿Quién va a obtener los beneficios del programa?, ¿En cuánto tiempo se desean alcanzar los objetivos del programa?, ¿Existen otros objetivos además de las metas generales establecidos?, ¿Cómo se organiza el programa? y ¿Cómo se evalúa el programa?. Frente a estas preguntas que se utilizaron para analizar el PMC, se encontraron una serie de limitaciones y críticas de las cuales se puede señalar, en forma general:

- a) La poca claridad en la presentación de las metas, objetivos y actividades, - donde además no se observó correspondencia entre éstas.
- b) La falta de especificación de tiempo para la realización de los objetivos - y actividades.
- c) Falta de claridad en el funcionamiento del sistema de organización como del

sistema evaluativo establecido por el programa.

En segundo lugar, se encontró que el PMC ya había comenzado cuando se le pidió al investigador que lo evaluara. Esto no permitió que se pudieran manejar las actividades ni medir sus resultados o cambios. Tampoco existían mediciones de las poblaciones antes de ser introducido el PMC; por último, no hubo accesibilidad a grupos controles.

Frente a estas limitaciones se desarrolló una aproximación de un modelo de variables psicosociales para realizar la investigación evaluativa del PMC. En primer lugar, se analizaron y determinaron las actividades y metas del PMC con más claridad, basándonos en el análisis de la sociología médica sobre la "práctica médica" (Laurell, 1976) y en sus programas desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y la Organización Panamericana de Salud (O.P.S.). En segundo lugar, se adoptó la estructura, aunque no el análisis -- que presenta Rosenberg, M. (1968) sobre las variables independientes, dependiente, antecedente e interviniente. Luego de este análisis, se estableció la aproximación al modelo, el cual consistió de cuatro grupos de variables como una estructura descriptiva. El modelo tenía como propósito evaluar el proceso del PMC.

La variable independiente fue el programa de medicina comunitaria, por el cual los estudiantes de V año de la Facultad de Medicina de Matamoros habían pasado y con el cual los miembros de las comunidades habían tenido contacto.

Las variables dependientes fueron las respuestas de las dos poblaciones que estuvieron en contacto con el PMC que indicarían los logros del programa. Entre los diferentes tipos de respuestas que podían identificar logros se encuentra, primero, un grupo de tres conocimientos: 1.- Las causas sociales de la salud-enfermedad (S-E). 2.- Las soluciones sociales de la S-E. 3.- Los aspectos clínicos en la relación médico-paciente. Segundo, un grupo de tres clases diferentes de actividades. Estas fueron: 1.- Actividad de investigación en la comunidad. 2.- Actividades de planeación, discusión y educación a la comunidad. 3.- Actividades dirigidas al establecimiento de la relación médico-paciente.

Las variables antecedentes fueron la serie de características sociales y estructurales que se identificaran en las dos poblaciones. Las variables intervinientes fueron la serie de respuestas y juicios emitidos por las dos poblaciones sobre diferentes aspectos, figuras y situaciones médicas del programa y la comunidad.

Para medir todas las variables se construyó una encuesta la cual se administró a dos poblaciones: la de estudiantes de V año de la Facultad de Medicina que hubiesen pasado por el PMC y a la muestra de hogares de los jefes de familia que podían asistir a los cuatro de cinco centro comunitarios del PMC. Es importante señalar que el instrumento de medición posee una serie de deficiencias ya que no se pudieron construir preguntas y categorías que midieran más adecuadamente los logros del PMC. Esto se produjo debido a una serie de limitaciones de tiempo y costo. Weiss (1972) señala que estas limitaciones ocurren en el proceso de las investigaciones evaluativas y que aunque se pueden prever, en muchas ocasiones son inevitables.

La información de las encuestas fue codificada y analizada a través del - - S.P.S.S. (Statistical Package Social Sciences). Este nos dió a conocer las - frecuencias y porcentos por reactivos. En base al grado de discriminación - de cada reactivo, se pasaba al análisis de contingencias que nos daba los coe- ficientes de asociación, así como tablas de comparación en porcentos. Ambas encuestas se analizaron separadamente por reactivo entre y dentro de las va-- riabes. Los resultados se presentaron por reactivo dentro de cada variable en cada una de las encuestas por separado.

Los resultados más relevantes encontrados en la encuesta en cuanto a las va- riabes antecedentes fueron: A) El 55% de los estudiantes identifican una se- rie de carencias académicas como los problemas más grandes del estudiante.- B) El 87.5% de los alumnos señalan que la Facultad de Medicina debería ser más competente, estricto y tener más práctica. C) La mayoría de los cursos que -- fueron identificados por los estudiantes como de mayor al PMC fueron de índole clínica. D) El 80% de los estudiantes señala que el enfoque de la facultad es general.

En cuanto a la variable interviniente de los estudiantes, se encuentra en los resultados de las encuestas que: A) Alrededor de la mitad de los estudiantes - utilizan adjetivos de acertado, bueno y humanitario para identificar la clase de médico que le gustaría ser, el médico que conoce, el médico especialista y el médico comunitario. B) El 50% de los estudiantes señalan que para ser acep- tado en la comunidad, debe conocer la misma. C) El 67.5% de los estudiantes - señala que un médico que diga qué hacer y cómo hacerlo será querido, aceptado y

La información de las encuestas fue codificada y analizada a través del - - S.P.S.S. (Statistical Package Social Sciences). Este nos dió a conocer las - frecuencias y porcentos por reactivos. En base al grado de discriminación - de cada reactivo, se pasaba al análisis de contingencias que nos daba los coeficientes de asociación, así como tablas de comparación en porcentos. Ambas encuestas se analizaron separadamente por reactivo entre y dentro de las variables. Los resultados se presentaron por reactivo dentro de cada variable en cada una de las encuestas por separado.

Los resultados más relevantes encontrados en la encuesta en cuanto a las variables antecedentes fueron: A) El 55% de los estudiantes identifican una serie de carencias académicas como los problemas más grandes del estudiante.- B) El 87.5% de los alumnos señalan que la Facultad de Medicina debería ser más competente, estricto y tener más práctica. C) La mayoría de los cursos que -- fueron identificados por los estudiantes como de mayor al PMC fueron de índole clínica. D) El 80% de los estudiantes señala que el enfoque de la facultad es general.

En cuanto a la variable interviniente de los estudiantes, se encuentra en los resultados de las encuestas que: A) Alrededor de la mitad de los estudiantes - utilizan adjetivos de acertado, bueno y humanitario para identificar la clase de médico que le gustaría ser, el médico que conoce, el médico especialista y el médico comunitario. B) El 50% de los estudiantes señalan que para ser aceptado en la comunidad, debe conocer la misma. C) El 67.5% de los estudiantes - señala que un médico que diga qué hacer y cómo hacerlo será querido, aceptado y

le tendrán más confianza. D) Los estudiantes identificaron las comunidades - como: educadas (47.5%), pasivas (47.5%), amables (75%), agradecidas (77%), y otros adjetivos positivos; al igual identificó al PMC como adecuado (55%), motivante (65%).

En la variable dependiente de los estudiantes se encuentra que: A) Estos identifican conocimientos de causas sociales de S-E de naturaleza ecológica-económica, ya que alrededor de un 60% de los estudiantes apuntan que las condiciones ecológicas y económicas son las que afectan a los obreros y campesinos en sus condiciones de trabajo, al igual que a los pobres y personas en Matamoros. b) Los estudiantes señalan conocimientos de soluciones de S-E de índole educativo-asistencial ya que alrededor de un poco más de la mitad de los estudiantes identifican que las soluciones de salud de los pobres de la comunidad y nación son educativo preventivo asistencial. C) El 97.5% de los estudiantes - identifican que han recibido beneficios; donde el 57.5% de éstos señala que el beneficio ha sido mejorar la relación médico-paciente. D) En cuanto a las actividades, alrededor de un 20% de los estudiantes identificaron actividades de investigación y haber hecho encuestas en la comunidad, el 40% identificó actividades de educación de la comunidad, aunque el 90% señaló no haber realizado actividades de integración a la comunidad. E) El 70% de los estudiantes señalaron actividades de discusión con los supervisores y alrededor de un 90% de los alumnos realizaron actividades relacionadas con el establecimiento de la - relación médico-paciente.

En los resultados de la encuesta a la población, se encuentra que la variable

antecedentes proporciona información socioeconómica de cuatrocientos hogares en cuatro comunidades diferentes donde establecidos los centros comunitarios del PMC. Las comunidades eran mayormente de campesinos y obreros, vivían en condiciones de escasos recursos económicos los cuales se observaron en el ambiente.

La variable interviniente de las comunidades señalan que: A) Alrededor del 60% de las personas de las comunidades utilizaron adjetivos de bien, bueno y amable para describir lo que debe de hacer un buen médico, el médico del dispensario y el médico para ser aceptado. B) La mayoría de la población señala que el médico que diga la verdad y que dé instrucciones de qué hacer y cómo hacerlo será querido y le tendrán más confianza. C) Alrededor de la mitad de la población identifica que los problemas de la comunidad son debido a la falta de recursos, aunque alrededor de un 40% señala que podrían ser resultados por las autoridades municipales.

En cuanto a la variable dependiente de la población de comunidades, se encontró: A) El 70% de la población indica causas de enfermedad de tipo ecológico-higiénico. B) Alrededor de un 70% de la población, en promedio, presenta hábitos de higiene personal y alimenticio adecuados. C) En cuanto a las actividades, el 11.4% de la población identifica reuniones en el dispensario, alrededor de un 25% identifica haber estado en la relación médico-paciente y haber obtenido mucha ayuda del dispensario.

En forma general, se puede concluir que las variables antecedentes e intervinientes tanto de la población atendida como la de los estudiantes, nos permiti-

te hacer una descripción de las poblaciones en cuanto a las condiciones permanentes y estructurales donde éstas podían permitir generar una serie de suposiciones de cómo pueden afectar el desempeño o logro del PMC. También se puede concluir que los estudiantes del programa de medicina comunitaria de la Facultad de Medicina de H. Matamoros, identificaron más las actividades dirigidas al establecimiento de la relación médico-paciente y en menor grado las actividades dirigidas a la planeación, discusión, educación e investigación en la comunidad. Por otro lado, se encuentra que los estudiantes identifican que el mayor beneficio del PMC fue el establecimiento de la relación médico-paciente donde se practican los conocimientos clínicos adquiridos. En base a las actividades y logros identificados, éstos tienden a sugerir que el PMC no promueve los cambios hacia una práctica social de la medicina como establece de meta.

### 1.1. Antecedentes.

Es menester señalar que el marco teórico presentado anteriormente sobre investigación evaluativa responde muy poco a Latinoamérica. Con ésto me refiero a que la práctica de la investigación evaluativa no ha sido apoyada en su totalidad como la política oficial de los programas de beneficio social en Latinoamérica.

En el caso específico de México, se encuentra que la investigación médica, según una serie de estudios realizados por el Consejo Nacional de -- Ciencia y Tecnología, advierte que cerca de un 60% de los proyectos de -- investigación se realizan en el campo clínico, 30% son biomédicos básic-- cos y 10% pertenecen al terreno de la salud pública. Esta última área de investigación es la que debería dirigirse a la investigación de servi-- cios de salud aunque se ha dirigido a estudios de índole epidemiológico mayormente; a menudo triviales y no siempre orientados a los problemas -- de salud más urgentes del medio (Laguna, José, 1977).

Se encuentra en el simposio presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina celebrado en octubre de 1977, que José Rodríguez D. y Daniel López Acuña en su presentación señalan que una de las -- modalidades de investigación sociomédica que menos atención ha recibido es la investigación de las formas de organización social destinadas a -- promover la salud, a enfrentar los daños producidos por un proceso nega-

tivo de salud-enfermedad, es decir, la investigación de servicios de salud (ISS). Estos autores presentan el desarrollo histórico, metodología, elementos y necesidad de la investigación de servicios de salud con el propósito de promover ésta.

Encontramos que para mayo de 1973, en un documento de trabajo del grupo No. 3 para la Academia Nacional de Medicina, Programa de Integración Docente-Asistencial y Medicina en la Hacienda de Cocoyoc, Morelos, se vuelve a trabajar sobre la investigación de servicios de salud. En esta ocasión se presenta un documento que además de desarrollar un análisis sobre la investigación de servicios de salud, sugiere una serie de recomendaciones para llevar a cabo ésta. Así se puede apreciar que se ha ido desarrollando una promoción para esta clase de investigación. Este grupo de trabajo señala que en México, la ISS ha sido muy escasa y apenas empieza a recibir el impulso sobre la base de una interpretación crítica que busca la adecuación a las necesidades y características específicas del país.

La investigación de servicios de salud es, para conceptualizarla en forma más amplia, el estudio de las instituciones sociales que tienen como fin enfrentar las consecuencias del proceso de salud-enfermedad. Sus objetos de estudio comprenden a grandes rasgos: los determinantes económicos y sociales de los servicios de salud, de su utilización y de su distribución, el funcionamiento, organización, operación de los servicios -

de salud, la existencia de necesidades y demandas de la población en materia de salud y el grado en que son satisfechas y la articulación que los servicios de salud guardan o pueden guardar con las instituciones -- formadoras de recursos humanos.

Como se ha señalado anteriormente por los autores, la investigación de servicios de salud apenas comienza a promoverse en México. Encontramos en una revista dedicada a la investigación de salud, las más recientes investigaciones aplicadas en servicios de salud en México. Dentro de éstas se halla la de Héctor Ayala Velázquez (1979), la cual trata sobre el desarrollo de instrumentos inexistentes en la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En este trabajo se comienza a percibir la práctica de la investigación evaluativa en servicios de salud, donde se desarrolla a través de una metodología de las ciencias sociales, instrumentos para medir la calidad de los servicios de salud para la SSA. Lo que intenta señalar es que la investigación de servicios de salud, aunque no es algo nuevo ya que se ha considerado bajo otros nombres (investigaciones socio médicas, socioeconómicas, epidemiológicas en salud pública, etc.), en -- cambio, si es reciente al impulso y el reconocimiento que ha recibido. (José Rodríguez Domínguez y Daniel López Acuña, 1977).

Es frente a la anterior exposición sobre el desarrollo de la investigación de servicios de salud y las pocas investigaciones de índole evaluativas de los programas de medicina comunitaria, que la presente investi-

gación se enmarca. Como se ha indicado, los trabajos sobre medicina comunitaria son de orden sociológico; que aunque nos permite visualizar los aspectos económico-políticos, no nos facilitan generalmente información objetiva y sistemática recaudada. Por otro lado, se observa que la práctica médica no está dirigida a la mayoría de la población (ver Diagrama No. 1, apéndice) ya que para el 1974 se calculó que unos 15 a 20 millones de mexicanos se encontraban al margen de los sistemas médicos, a los que el programa de medicina comunitaria podía atender en parte.

Es de acuerdo a estos razonamientos motivantes que se hace un intento de sistematizar una investigación evaluativa de un programa de medicina comunitaria en la Facultad de H. Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Lo primero que se realizó y respondiendo al marco teórico de evaluación, fue contestar una serie de preguntas para ubicar en qué consistía el programa de medicina comunitaria. En base a las respuestas recibidas fue que se intentó construir un modelo de variables psicosociales.

La primera pregunta estuvo dirigida a buscar cuál era la naturaleza del contenido de los objetivos. O sea, ¿qué se interesa el programa en cambiar?. Para responder a esta pregunta se entrevistaron a los responsables del programa y se examinaron copias del anteproyecto del programa de medicina comunitaria de la Facultad de Medicina de H. Matamoros, así como el instructivo que se daba a los estudiantes (Programa de Medicina

Comuniatría) luego de haber sido aprobado como asignatura por el Consejo Técnico en el ciclo 1977-1978. (Aparecen en el apéndice). Se encuentra - que el programa tiene como meta o valor tres objetivos generales. El primero es cambiar la mentalidad del estudiante hacia una práctica de medicina social inminentemente preventivo y humanístico. El segundo es iniciar al alumno en un proceso de aprendizaje de salud pública para posibilitar la práctica de la teoría en investigación epidemiológica. El tercero fue proveer servicios a la comunidad a fin de lograr la integración docente asistencial adecuada con miras a que en un futuro se convierta - en un recurso primordial. En síntesis, los cambios deseados están dirigidos a los estudiantes para que adquieran un comportamiento y capacidad - de hallar soluciones a las causas de salud-enfermedad con un enfoque social de la medicina a través de la investigación y servicios a comunidades que pueden ser el futuro campo de asistencia.

A los objetivos o metas antes presentados, se pueden hacer una serie de críticas. En primer lugar, habría que indicar que el segundo y tercer objetivo están en función del primero. O sea, el cambio de mentalidad en el estudiante hacia un enfoque social de la medicina, se va a realizar a través del aprendizaje de salud pública, realizando investigaciones y facilitando servicio a la comunidad. Esta falta de claridad en los objetivos tal y como se presentan, no permite indicar claramente cuál es la meta o valor último que se desea, a menos que se señalen los objetivos segundo y tercero como los medios (investigación y servicio) para obtener

un cambio en el estudiante hacia una práctica social de la medicina.

En segundo lugar, el enfoque o meta del programa es contradictorio al enfoque que ha desarrollado la Facultad de Medicina. Se encuentra que el enfoque educativo de la facultad es general dirigido a preparar un médico para la práctica clínica y el PMC tiene un enfoque social y de práctica comunitaria.

La segunda pregunta estaba dirigida a saber a quiénes se enfoca el programa. O sea, ¿quién va a obtener los beneficios del programa?. Encontramos que el programa de medicina comunitaria, en primera instancia, está dirigido al estudiante de cuarto año de la Facultad de Medicina de H. Matamoros. En segundo plano, se dirige a los miembros de cinco comunidades que responden a tres colonias urbanas (Treviño Zapata, Uniones y 20 de Noviembre) y dos ejidos (Santa Adelaida y Las Blancas).

Encontramos que la introducción de los estudiantes en cuarto año de la carrera de medicina es tardío en términos del cambio que se desea. O sea, para lograr un cambio de comportamiento en el estudiante hacia una práctica social de la medicina, habría que fundamentar y reforzar durante los tres años de enseñanza anteriores, un enfoque social. Vemos, a través de las entrevistas con los directores de la facultad, que la filosofía de enseñanza ha sido clínica tradicional con un enfoque biólogoista y no es hasta cuarto año que se imparten las materias de Medicina Comuni

taria y Epidemiología para enfocar los aspectos sociales de la medicina; por lo que se cuestiona el éxito del PMC.

La tercera pregunta está enfocada a buscar en qué tiempo se desean alcanzar las metas. Al revisar los documentos encontramos que no es muy explícito en el planteamiento de tiempo a corto plazo. Pero se encuentra que todos los objetivos deben ser logrados por los estudiantes dentro del tiempo de nueve semanas dentro de un horario de 8:00 de la mañana a 1:30 de la tarde ya que es el horario en que se encuentran abiertos los centros.

Se juzga que el tiempo es muy poco para el logro de los objetivos deseados. Se limitan las funciones de servicio e investigación en las comunidades, lo cual hace cuestionable el que el estudiante pueda llevar a cabo todos estos objetivos. El que no exista claridad en la especificación del tiempo para lograr los objetivos, no nos permite establecer si los cambios deseados son a corto o a largo plazo. Por el tiempo expuesto (9 semanas), éste se reduce a un curso o materia de medicina y no a un programa.

La cuarta pregunta estaba dirigida a conocer si los objetivos eran múltiples. Como se observa en la primera pregunta, los objetivos se plantean con varias finalidades donde, en primer lugar, se desea un cambio del estudiante en su comportamiento y concepción hacia la medicina. En segundo

lugar, se desea la adquisición de un aprendizaje de salud pública a través de la investigación. En tercer lugar, dar servicios médicos a la comunidad. Como se señaló en un principio, los objetivos están en función del cambio del estudiante como valor o logro último del programa, aunque tenemos que indicar que las comunidades también recibirán servicios médicos y se realizarán investigaciones en éstas.

El programa presenta una serie de objetivos específicos que se presentan a continuación, aunque éstos no señalan en ningún momento cómo se relacionan o responden a los objetivos generales.

1. Inculcar en el estudiante de medicina el sentido de servicio social - de la profesión médica.
2. Aprender a prevenir y diagnosticar las enfermedades más frecuentes en la comunidad.
3. Aprender a evaluar y corregir los patrones de conducta en relación a la salud del individuo y de la comunidad.
4. Desarrollar habilidades y destrezas (tales como la elaboración de historiales clínicos, la toma de productos, la aplicación de inyecciones, la práctica de curaciones, etc.) mediante la práctica planeada, dirigida y supervisada por sus instructores y el coordinador de los proce

dimientos en cuestión.

5. Aprender a manejar técnicas de entrevista, en consultorio y en la comunidad, iniciarse en el manejo de encuestas para poder evaluar el -- proceso salud-enfermedad en una comunidad.
6. Consolidar los conocimientos aplicables de la práctica médica provenientes de las ciencias básicas y de las ciencias clínicas, en forma integrada, relacionando unos con otros.
7. Desarrollar el proceso mental que los lleve a correlacionar continuamente las observaciones clínicas con los conocimientos teóricos adquiridos.

Se puede observar que los objetivos específicos, además de relacionarse poco con los objetivos generales, la mayoría de éstos (1, 4, 6, 7 y parte del 3 y 5) están dirigidos al aprendizaje de medicina clínica a través de la relación entre el médico y el paciente en la comunidad. Solamente el objetivo 2 y parte del 3 y 5 se dirigen a la comunidad como grupo. La poca claridad y relación de los objetivos generales con los específicos, no nos permite visualizar claramente cómo se va a lograr un cambio de mentalidad del estudiante hacia un enfoque social de la medicina cuando los objetivos específicos están dirigidos, en su mayoría, a la -- mantención de comportamientos clínicos a través de la relación médico-pa

ciente. También se cuestiona cómo se van a lograr los objetivos dirigidos a la relación médico-comunidad, que es en primera instancia la que puede promover un cambio de enfoque hacia la práctica social de la medicina, en el estudiante.

La quinta pregunta estuvo dirigida a conocer cómo se obtendrán los cambios que intenta el programa. La respuesta a ésta, según el programa, debe de estar en función del mismo. O sea, las actividades del programa deben ser las formas de ejecutar o llevar a cabo el cómo se van a obtener las metas u objetivos generales y específicos. Las actividades del PMC aparecen a continuación:

1. Asistencia a un centro de medicina comunitaria en donde:
  - a) Participará en la asistencia médica de las personas que soliciten consulta, estableciendo la relación médico-paciente.
  - b) Elaborará un mínimo de cuatro historias clínicas completas las cuales entregará oportunamente a su instructor.
  - c) Promoverá el mejoramiento en todos sus aspectos de su centro de medicina comunitaria.
  - d) Participará en la discusión de casos clínicos.
  - e) Participará en las discusiones y mesas redondas que, sobre temas específicos, se realicen organizados por su instructor o por iniciativa del alumno.

2. Participación en actividades comunitarias, en el área de influencia - de su centro de medicina comunitaria:

a) Colaborará en la planeación de actividades específicas:

- Encuesta demográfica por manzana
- Encuesta inmunitaria y vacunación.
- Investigaciones Epidemiológicas
- Vigilancia Epidemiológica
- Integración de grupos de la comunidad
- Educación para la salud
- Ejecución de programas específicos (tensión arterial, tuberculosis, detención oportuna de cáncer, etc.)

b) Participará en las actividades planeadas bajo supervisión de su -- instructor y del coordinador del programa.

Se encuentra que al igual que en los objetivos, no se especifica la relación de correspondencia entre las actividades y objetivos generales y específicos. O sea, no se pueden señalar cuáles actividades se van a realizar para cubrir los diferentes objetivos; tampoco las actividades son lo suficientemente explícitas impidiendo señalar claramente cómo se van a realizar y aún menos, cómo se pueden obtener las metas a través de estas actividades, donde el tiempo para ser realizadas no se presenta.

En términos del contenido de las actividades que se presentan, se puede observar que están dirigidas a dos objetivos generales. Las actividades

bajo el número uno, que se puede deducir que responden a dar servicios a la comunidad a nivel individual a través de la relación médico-paciente, elaborando historias clínicas y la discusión de casos y temas específicos. El segundo rubro de actividades está dirigido al objetivo de participación, planeación, investigación y educación de la comunidad. En ninguno de los dos casos se presenta una estructura adecuada para ser realizadas, como tampoco una metodología para llevar a cabo estas actividades. En ellas se cuestiona si las dirigidas a la comunidad van a tener algún resultado sobre ésta, pues no se presenta una metodología para participación comunitaria en el proceso investigación y educación a las comunidades.

En la exposición del PMC se encontró una estructura organizativa, donde la organización del PMC era responsabilidad de un maestro a tiempo completo de la Facultad, designado por la Dirección y ratificado por el Consejo Técnico como coordinador del mismo. Cada uno de estos centros está a cargo de un médico en servicio social egresado de esta Facultad, quien es auxiliado por una o dos enfermeras en servicio social, según el caso. A cada módulo de nueve semanas se asignarán de dos a tres alumnos para ir a los centros comunitarios, los cuales serán trasladados de ida y vuelta en dos vehículos con sus respectivos choferes.

Este sistema organizativo que arriba se presenta, hace poco claro las funciones de cada uno de sus miembros; de cómo va a intervenir el estu--

diante. Es importante señalar que el médico en el centro comunitario está todavía en un proceso de aprendizaje y al ser estudiante de la misma Facultad tiene un enfoque clínico y no social como pretende el programa. El que no exista un grupo interdisciplinario en estos centros, hace cuestionable el posible alcance y ejecución de las actividades dirigidas a la investigación y educación de la comunidad.

El programa presenta un sistema de evaluación hacia el alumno el cual se realiza en base al trabajo desarrollado por los alumnos, directamente -- supervisado por el instructor y de acuerdo a lo observado por el coordinador durante las visitas de supervisión, siguiendo los criterios abajo señalados.

1. Asistencia (la calificación de este rubro se dá a razón del porcentaje de asistencia).
2. Presentación de cuando menos 4 historias clínicas completas.
3. Participación en actividades comunitarias.
4. Participación en la presentación y discusión de temas teóricos.
5. Contribución a la mejoría del centro comunitario.
6. Elaborar un informe numérico y narrativo con comentarios sobre la utilidad y sugerencias para mejorar el Programa.

Se considera que el sistema evaluativo se dirige solamente a medir la -- participación del estudiante en una serie de actividades olvidando eva--

luar los cambios que puedan resultar del programa. De esta forma, el sistema evaluativo no proporciona la medición de los logros o metas del - - PMC.

## 1.2. Aproximación de un Modelo de Variables Psicosociales y sus Limitaciones.

En base al análisis realizado por el PMC y la metodología ofrecida por evaluadores de programas, fué que se intentó construir un modelo de variables psicosociales para la investigación evaluativa del PMC de la Facultad de Medicina de H. Matamoros.

Pasamos a revisar la metodología recomendada por los investigadores de evaluación y cómo ésta se podía adecuar a la realidad del programa de medicina comunitaria a evaluar. Así encontramos que el análisis que presenta Rosenberg, Morris (1968) es utilizado por varios investigadores sociales como Suchman, E. (1974) y Rodney, M.C., Max, P. (1978). Rosenberg, M. en su análisis lógico de variables presenta como a partir de una relación de asociación entre dos variables -independiente y dependiente (relación original), una tercera variable -antecedente, interviniente, extraña, opresora u otra- puede asociarse para explicar la relación original. El autor señala que la tercera variable será denominada antecedente, interviniente, opresora, extraña u otra dependiendo de la asociación que tenga con la relación original. Así, Rosenberg denomina las variables antecedentes como aquellas que anteceden la relación original y que al ser analizadas a través de una correlación, aumentan el coeficiente de asociación siendo indicativo de tener una relación con las variables independientes y dependientes. Las variables intervinientes las define como aquellas que se encuentran entre las variables independientes y depen-

dientes y que al ser incluidas en el análisis de correlación, tienden a disminuir el coeficiente de asociación de la relación original. Las variables restantes, aunque no se analizarán aquí, responden a un análisis de asociaciones a través de correlaciones.

Suchman, E. (1974), siguiendo el análisis de Rosenberg, M. señala que en la investigación evaluativa la variable dependiente o el factor que se puede controlar o manipular, son las diferentes actividades de un programa y la variable dependiente o respuestas que se pueden medir frente a las actividades, son los logros obtenidos. Suchman, E. al igual que Rosenberg, M. y otros investigadores indican que los logros de un programa no solamente pueden deberse a las variables independientes o actividades, sino a una serie de otros factores del programa que pueden anteceder a la ejecución del programa o intervenir entre éstas y los logros.

Encontramos que el análisis de Rosenberg, M. (1968) como lo implementa metodológicamente Suchman, E. (1974), no se adapta en su totalidad al PMC de la Facultad de Medicina de H. Matamoros. Esto se debe a que en la metodología de la investigación evaluativa generada por Suchman, E., el investigador tiene control del programa y en específico de las actividades. Esta condición no se posee en la presente investigación, ya que cuando se solicitó la evaluación del programa, éste ya había comenzado. Este hecho no solamente limita el que el investigador no tenga el manejo de las diferentes actividades de forma que se puedan medir los cambios que éstas pue

dan provocar, sino que tampoco se pueda establecer con toda certeza si se obtuvo algún cambio; y de haberse obtenido a qué se debió. Esta limitación se agudizó al no tener tampoco accesibilidad a grupos controles que hubiesen permitido realizar comparaciones para conocer la existencia de cambios como resultado del programa.

Frente a las limitaciones metodológicas y a las críticas de la exposición del PMC presentadas anteriormente, se consideró el que las poblaciones que estuvieron en contacto con el PMC identificaran dentro del contexto del programa una serie de situaciones, actividades y conocimientos; o sea, variables relacionadas al mismo.

Se tomará la estructura de las variables, aunque no el análisis que presenta Rosenberg (1968), en donde se utilizarán los cuatro grupos de variables -independiente, dependiente, interviniente y antecedente- como una estructura descriptiva para evaluar el PMC en dos poblaciones separadamente. En síntesis, el modelo consistirá de cuatro grupos de variables; la variable independiente que fue el PMC con el cual estuvieron en contacto estudiantes y comunidades. La variable dependiente que fue las respuestas de las poblaciones que indican los logros del PMC, y las variables antecedentes e intervinientes que son una serie de características sociales estructurales y de juicio de los estudiantes y comunidades.

Para establecer con mayor claridad las variables a ser estudiadas hubo --

que analizar el PMC a través de lo expuesto por la O.M.S. y la sociología médica, así como por la información proporcionada por los coordinadores del PMC de la Facultad de Medicina de H. Matamoros. Encontramos que el programa que se está llevando a cabo en la facultad en estudio se desprende de los programas de desarrollo comunitario para la salud recomendados por la O.P.S. y la O.M.S. como soluciones de salud, a través de lo que se ha llamado integración docente asistencial. Este programa que aquí se investiga responde a los objetivos pretendidos por la O.P.S., de los que se puede resumir el valor principal como: el cambiar el enfoque del estudiante hacia una medicina social a través de la investigación y asistencia a las comunidades de escasos recursos. Al igual que en el programa estudiado, la O.P.S. en su presentación de los objetivos y actividades, tampoco plantea éstas en términos conductuales, no facilitando la claridad de lo que se desea obtener o cambiar y cómo se va a realizar. Partiendo de este hecho y según Weiss, (1972) señala, cuando en la exposición de un programa no existe claridad o no se puede identificar la meta que se desea alcanzar, el investigador tiene que determinar el "valor" último que pretende el programa.

Para establecer la meta se analizó a través de la sociología médica, el objetivo que presenta el PMC. Este señala que el programa desea un cambio del estudiante hacia una práctica social de la medicina a través de la investigación y asistencia a comunidades. Se encuentra que Laurell, (1976) indica que la práctica social de la medicina está determinada por el "sa-

ber médico" y por la formación social. El saber médico constituye el -- cuerpo de conocimientos, ideas y creencias que se tienen en un momento -- histórico dado, respecto a la salud-enfermedad y son tanto elementos cien-- tíficos como ideológicos los que se ocupan de entender las causas y de re-- solver o presentar soluciones al problema de salud-enfermedad. De acuerdo con esta exposición, los estudiantes para cambiar hacia una práctica so-- cial de la medicina, deben poseer un saber médico social. O sea, un cuer-- po de conocimientos, ideas o creencias sociales respecto a la salud-enfer-- medad que se ocupa de entender las causas así como las soluciones socia-- les de salud-enfermedad (S-E).

Encontramos que otro determinante de la práctica médica es la formación - social la cual posee una explicación sociológica compleja. Aquí solo nos limitaremos a señalar qué son una serie de estructuras económicas, ideoló-- gicas y jurídico-políticas determinadas históricamente; o sea, una serie de características socio-económicas-políticas que afectan la práctica mé-- dica.

Frente al análisis realizado se puede determinar que la meta, logro o va-- lor último del PMC está dirigido a un cambio del estudiante en su cuerpo de conocimientos, creencias o ideas sociales respecto a la S-E ocupándose por entender las causas como soluciones sociales de S-E para ser manifes-- tados en la práctica médica. Este cambio, según el programa, se va a obte-- ner a través de una serie de actividades de investigación y servicio a co

comunidades de escasos recursos, donde no se consideró en el programa la serie de características que componen la formación social.

Una vez la meta o logro se establece, entonces se puede plantear la variable dependiente la cual en esta investigación son las respuestas de ambas poblaciones que estuvieron en contacto con el PMC que indican los logros del programa.

Dentro de las respuestas de las poblaciones se podían identificar logros. Entre éstos se encuentra un grupo de tres formas de conocimientos. Estos son:

1. Los que están dirigidos a conocer las causas sociales de S-E.
2. Los que se ocupan de entender las soluciones sociales de la S-E.
3. Los que comprenden los aspectos clínicos en la relación médico-paciente.

Este último aspecto se incluyó tomando en cuenta que de no identificarse los primeros aspectos, debe ofrecerse una tercera alternativa. Además, en la forma en que se enfoque el programa, se observa un énfasis en la relación médico-paciente, por lo que se consideró incluirlo. También, entre los logros del PMC, que las poblaciones pueden identificarse encuentran las actividades que se realizaron durante el PMC. Con el propósito de establecer mayor claridad en las actividades del programa, se realizó una comparación con los programas que presenta la O.P.S. en su informe de 1974, donde encontramos las actividades de investigación a través de en-

cuestas de diferente naturaleza, las actividades de planeación, discusión y educación de la comunidad y los de asistencia médica individual. Se puede observar que las actividades señaladas por la O.P.S. y las del PMC son parecidas.

Frente a lo anteriormente expuesto, podemos resumir que entre los logros del PMC que las poblaciones podían identificar se encuentran, además de las tres formas de conocimientos, creencias o ideas, tres grupos de actividades que se pudieron realizar. Las actividades son:

1. Las dirigidas a la comunidad para obtener información de la misma. Estas actividades son de investigación en las cuales se hacen encuestas de diferente naturaleza para conocer las causas de la S-E.
2. Las dirigidas a la comunidad para ofrecer información. Estas actividades son de planeación, discusión y educación en donde se genera la participación comunitaria para ofrecer soluciones a los problemas de salud-enfermedad.
3. Las actividades dirigidas al establecimiento de la relación médico-paciente en donde se realizan inmunizaciones y consultas médicas para llevar a cabo los conocimientos clínicos y también dar asistencia.

Con la intención de obtener información sobre las poblaciones que estuvieron en contacto con el PMC, se consideraron los aspectos aportados por la sociología médica sobre los determinantes estructurales que influyen -

la práctica médica. De esta forma, se establecieron las variables antecedentes. Estas fueron una serie de características sociales y estructurales a identificarse dentro de las dos poblaciones que estuvieron en contacto con el PMC.

Además de esta serie de características estructurales y sociales, se consideraron aspectos de índole perceptual. O sea, se intentó identificar -- dentro de ambas poblaciones, cómo visualizaban diferentes condiciones, figuras y situaciones médicas. A estos factores de percepción sobre aspectos médicos, se les denominó variables intervinientes. El establecimiento de las variables antecedentes e intervinientes está dirigido a aportar información descriptiva de las poblaciones de estudiantes y personas atendidas por el PMC.

En resumen, la aproximación del modelo de variables psicosociales para -- evaluar el PMC consistió de una estructura descriptiva de cuatro variables -independiente, dependiente, interviniente y antecedente-. Las variables dependiente, interviniente y antecedente serán medidas y analizadas individualmente con el propósito de describir el proceso por el que pudieron pasar los estudiantes y comunidades que estuvieron en contacto con el programa de medicina comunitaria. Es importante tener en cuenta que la evaluación del proceso del PMC se encuentra limitado por una serie de condiciones señaladas anteriormente.

### 1.3. Definición de Variables.

La variable independiente fue el programa de medicina comunitaria el cual los estudiantes de quinto año de la Facultad de Medicina de H. Matamoros cursaron durante un período de nueve semanas, y con el cual los miembros de las comunidades tuvieron contacto.

La variable dependiente se definió como las respuestas de las dos poblaciones, estudiantes y comunidades que estuvieron en contacto con el PMC, que podían señalar los logros del programa. Entre las respuestas se podía señalar un primer grupo de logros del PMC que consistía en tres tipos de conocimientos, creencias o ideas que se ocupan de entender:

1. Las causas sociales de la S-E.
2. Las soluciones sociales de la S-E.
3. Aspectos clínicos en la relación médico-paciente.

También se encuentra un segundo grupo de logros que consistía en tres tipos de actividades realizadas con el PMC. Estas fueron:

1. Actividades de investigación en la comunidad.
2. Actividades de planeación, discusión y educación en la comunidad.
3. Actividades dirigidas al establecimiento de la relación médico-paciente.

La variable antecedente se definió como la serie de características estruc

turales y sociales que se identificaron por las dos poblaciones que respondían al PMC. Para los estudiantes, se identificaron las variables - -- sexo, edad, estado civil, preferencia del centro comunitario, motivos y - problemas relacionados con la Facultad de Medicina. Para la población de personas atendidas por el PMC, las variables fueron: procedencia, edad, - escolaridad, ocupación, número de hijos, enfermedades frecuentes, ingreso, condiciones de vivienda y trabajo y organización de la comunidad. Estas - características tienen como propósito describir las poblaciones a las cua - les el PMC se dirige.

La variable interviniente se definió como una serie de respuestas y jui-- cios identificados por estudiantes y población sobre diferentes aspectos, figuras y situaciones médicas del programa y comunidades, con el propósi- to de identificar cómo ambos grupos visualizaban las condiciones antes -- mencionadas sobre los médicos.

Las variables dependientes, antecedentes e intervinientes fueron medidas a través de encuestas administradas a las dos poblaciones: estudiantes y comunidades. El análisis de las encuestas se realizó por separado y las - variables se relacionaron en la medida que se consideró ( a través de fre - cuencias y porcentos) que podían tener alguna asociación o corresponden- cia entre sí.

#### 1.4. Hipótesis.

Como ha sido señalado por varios autores que han manejado las investigaciones evaluativas (Hovland, C., Lumsdaine, A., y Sheffield, F., 1949, - Suchman, E., 1974), el rasgo que las identifica no es la comprobación, - sino la medición de los logros de los programas; en este caso, los que - puedan identificar las poblaciones que son el foco principal del problema. Además indican que existe un fuerte lazo entre la investigación evaluativa y básica, ya que la primera genera una fuente de hipótesis para la investigación básica.

### MARCO TEORICO

Antes de hacer la presentación del modelo de variables -- psicosociales utilizado en la presente investigación evaluativa del programa de medicina comunitaria es menester presentar dos marcos de referencia. El primero será sobre la medicina comunitaria y el segundo de investigación evaluativa, en ambos se tratará de presentar su desarrollo histórico y conceptual - hasta el momento.

La Medicina Comunitaria surgió a mediados de la década de los sesenta en Estados Unidos, Europa, Canadá y Latinoamérica. Esta ha sido calificada como controversial por diversidad de interpretaciones. Se han presentado diferentes orígenes de la medicina comunitaria, aunque realmente los enfoques dependen de las diferentes funciones a la que se ha dirigido ésta. La medicina comunitaria ha sido vista como programas de las escuelas y facultades de medicina, como integración docente asistencial (Vidal C. 1975, Luis Garibay G., Nestor Velasco R. y Antonio Navarro 1975). Otros autores han percibido la medicina comunitaria como el surgimiento de una medicina social o preventiva (Claudet P. T. 1975). Para Brehil J. (1976). y - - - - -

Gaete J. (1974), la medicina comunitaria constituye un nuevo modelo de práctica médica que permite el control de las comunidades.

Es importante, para poder tener una visión amplia de la medicina comunitaria, presentar una breve historia del desarrollo de la medicina social, así como varios conceptos que nos familiarizan con ésta. Para desarrollar el marco histórico que presentaremos a continuación se utilizó la información presentada por Coe M. R. y Pepper Max (1978) Brehil J. (1976) y Gaete J. (1974).

El análisis puede comenzar con el sistema mercantilista, al surgir la interferencia del gobierno en la vida social y económica de la población en Europa. Este sistema se hace sentir más durante el siglo 18 y principios del 19, en el comercio, negocios, educación y medicina; en forma de una fuerte centralización de controles y vigorosa participación de los cuerpos gubernamentales. Es para esta época que surge el tratado de John Peter Frank sobre la "policía médica" en Europa. Donde el término "policía médica", es utilizado por G. Rosen (1972) al referirse a la organización interna o regulación del estado de as

pectos que puedan afectar a la seguridad, bienestar, moral y - salud del público". Se encuentra entonces que el gobierno por vez primera interfiere en materias de salud y es también en este momento que queda constituido lo que es la "práctica médica" como concepto y componente de análisis.

Se entiende que la "práctica médica" es la forma social en la cual se organiza la respuesta a la enfermedad, suscitando -- una acción tendiente a eliminarla y que está determinada por la estructura social. (Laurel A. C. 1976). Hallamos que la difusión de la práctica médica determinada por Peter Frank se desarrolló en toda Europa y Estados Unidos, aunque estos países interpretaron el tratado de diferentes formas, dependiendo el desarrollo de la lucha de clases y el estado industrial en que se encontraban (Rodney, M.C. y Max, P., 1978).

El advenimiento de la revolución industrial que produce -- las diferentes interpretaciones de la práctica médica de Peter-Frank, no fué otra cosa que el impacto que tuvo dicha revolución en la "salud-enfermedad" de la población. Entendiendo por "salud-enfermedad" la unidad dialéctica o dos momentos del mismo fenómeno colectivo, con una manifestación concreta en el or\_

ganismo individual; el cual tiene un carácter parcialmente ideológico, dado que su base material, a el proceso biológico, siempre está sujeto a una valoración socialmente determinada (Conti-L 1971). La salud-enfermedad como fenómeno colectivo es resultante de la manera como se organiza la sociedad y se establecen las relaciones de producción y de cambio de los trabajadores. (Crevena P. 1978).

Es a través de esta conceptualización que se puede explicar que los diferentes países europeos y norteamericanos interpretaron la doctrina de Peter Frank de formas diferentes.

La revolución industrial provoca a través de su modo de producción una serie de cambios en las relaciones de trabajo, condiciones de trabajo y de vida del hombre con su naturaleza, provocando a su vez que las ciudades se aconglomeraran, la nutrición disminuyera, la sanidad bajara y los problemas de explotación de los niños, prostitución y alcoholismo aumentarían.

Fue debido a esta cadena de determinantes, padecimientos y problemas que los obreros comienzan a luchar por lo que la burguesía comienza a reconocer el carácter social o de clase del obrero y le ofreciera servicios médicos.

Poco a poco el aparato médico va tomando fuerza frente a la ayuda recibida de los empresarios y ya para el último cuarto del siglo XIX se desarrolla un enfoque científicista, bajo la tutela del capitalismo. La explicación de salud-enfermedad como un fenómeno social colectivo producto de determinantes socio-económicos se cambia para esta época para pasar a explicarse como un fenómeno biológico-individual. El desarrollo opulento del sistema capitalista se dirigió a la protección del obrero como fuerza de trabajo para la optimización de la producción y eficacia. Esta es la clave para que los monopolios comenzaran a invertir capital en la investigación científica. Este "movile" tiene como producto el "Reporte Flexner" financiado por la Fundación Carnegie, el cual sentó las bases para un plan de medicina científicista. Este enfoque produce que las Universidades desarrollaran un "saber-médico" diferente.

Por "saber médico" se comprende una forma del pensamiento-social que se ocupa de entender y resolver el problema que representa la enfermedad. Este constituye el cuerpo de conocimientos, ideas o creencias que se tienen en un momento histórico dado, respecto a la salud-enfermedad, que son tanto elementos - -

científicos como ideológicos, resultado de un proceso determinado por el proceso histórico (Laurell A.C. 1975). El saber-médico que se desarrollará durante el siglo 19 será uno de explicaciones biológicas e ideológicamente comprometidos con el sistema capitalista, a su vez provocaran cambios en la práctica médica creando para ese entonces la práctica privada y asociaciones médicas de investigación científica promovida por la clase dominante.

Hay que entender que los cambios del saber-médico y la práctica médica no solamente son producto de su interacción sino también de los mismos determinantes que afectan la salud-enfermedad, o sea el modo de producción, las estructuras de poder y la lucha de clase (Mario Timio 1979). Así se crea un modelo médico que procura el mantenimiento de un buen estado físico y mental de las fuerzas de trabajo al servicio de la clase que poseen los medios de producción (Franco Basaglia, Elio Giovani, Silvano Miniali, Luigi Pintor y otros 1978).

Comienza a parecer para este siglo una infraestructura de servicios médicos de alto costo, debido a lo tecnificado del proceso. Así los hospitales, Centros Médicos e Institutos de-

Investigación de carácter tecnológico comienza a crear el mantenimiento de la mano de obra, provocando la existencia de una población enorme de fuerza de trabajo desocupada o subempleada. De esta forma el sistema capitalista comienza a mantener a un grupo de personas en un estado de salud óptimo que según estos son improductivos, ya que no entran al sistema dinámico del capital. El capitalismo gesta su propia contradicción. Es este punto el que utiliza Brehil J. (1976) para señalar históricamente la declinación del sistema científicista. Se provoca una crisis en las utilidades y operatividad de la medicina científica, ya que no pueden extender la cobertura de servicios de alto costo. Esto se debe a las limitaciones de financiamiento por parte del sistema, ya que la población a ser atendida por estos servicios no aporta al sistema de producción.

Como prueba de lo anterior son los informes que comienzan a aparecer de los centros comunitarios canadienses y europeos como una alternativa para disminuir la tasa de aumentos de gastos y aumentar los beneficios de quienes invierten. Es así, como se señaló anteriormente, para los años 60 surge la medicina comunitaria que, según Brehil J. (1976) y Gaete (1974) es-

la estrategia de atender los niveles mínimos de las demandas sociales y condiciones básicas para la productividad de ciertos sectores; sin alterar las relaciones de producción, ni disminuir en forma significativa el capital a invertir en la producción y mantenimiento del sistema. De esta forma el sistema no se encuentra obligado a extender la cobertura de servicios médicos.

Los exponentes de la medicina comunitaria como un nuevo enfoque de práctica médica indican que debido a como se ha desarrollado la historia de la medicina, la alternativa de medicina comunitaria tiene dos funciones. La primera función es ser un instrumento de estímulo, racionalización y redistribución, donde es un estímulo al consumo de bienes terapéuticos y de infraestructura, ampliando el mercado de los productores del mismo, a través de los regalos de medicamentos a los sectores sin recursos. Es racionalizador de un proceso de miseria a través de expendios de artículos baratos como anticonceptivos y substitutos de bajo costo de dietas normales; además de ahorrarse el gasto de la atención médica a través de estudiantes de medicina y personas no calificadas de las comunidades, per-

la estrategia de atender los niveles mínimos de las demandas sociales y condiciones básicas para la productividad de ciertos sectores; sin alterar las relaciones de producción, ni disminuir en forma significativa el capital a invertir en la producción y mantenimiento del sistema. De esta forma el sistema no se encuentra obligado a extender la cobertura de servicios médicos.

Los exponentes de la medicina comunitaria como un nuevo enfoque de práctica médica indican que debido a como se ha desarrollado la historia de la medicina, la alternativa de medicina comunitaria tiene dos funciones. La primera función es ser un instrumento de estímulo, racionalización y redistribución, donde es un estímulo al consumo de bienes terapéuticos y de infraestructura, ampliando el mercado de los productores del mismo, a través de los regalos de medicamentos a los sectores sin recursos. Es racionalizador de un proceso de miseria a través de expendios de artículos baratos como anticonceptivos y substitutos de bajo costo de dietas normales; además de ahorrarse el gasto de la atención médica a través de estudiantes de medicina y personas no calificadas de las comunidades, per-

mitiendo el ahorro para la inversión en el sistema capitalista. La segunda función de la medicina comunitaria ha sido -- mantener un método coercitivo de legitimación del aparato político, logrando niveles mínimos de servicio a cambio de una imagen humanitaria del estado, donde lo más que ofrece son -- servicios baratos y limitados. Estos programas ocultan las bases estructurales determinantes de la salud-enfermedad, dando a cambio satisfacción a las presiones sociales e inculcando valores burgueses a través de la planificación familiar y educación de la salud (Brehil 1976).

Contrario al enfoque de la medicina comunitaria como un nuevo modelo de práctica médica, es el presentado por Vidal C. (1975) Luis Garibay, Nestor Velasco y Arturo Navarro T. (1975) que visualizan el origen de la medicina comunitaria en los -- programas de las escuelas y facultades de medicina, como el inicio de lo que se ha llamado integración docente asistencial. Encontramos que efectivamente la medicina comunitaria fue recomendada por la O.P.S. y O.M.S. (Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud) a Latinoamérica y Europa como soluciones de salud a los sectores no productivos.

Al revisar los diferentes informes de la O.P.S. sobre medicina comunitaria encontramos que las funciones, objetivos y acciones están dirigidas a la adquisición de conocimientos a través de investigación, la transmisión de conocimientos como misión de la docencia y la aplicación del conocimiento a través del servicio público. Se puede adquirir que estas funciones en realidad son las de cualquier Universidad. Los objetivos y actividades que se compararon fueron los del programa de medicina comunitaria promovidos por la Fundación Rockefeller en la Universidad de las Indias Occidentales de Kinston, Jamaica y el de la Universidad del Valle Cali, Colombia (Reunión del Consejo Directivo de la O.P.S. 1973). Los objetivos generales comunes a ambos programas fueron: 1) Preparación del estudiante en la zona rural con el propósito que se familiarice con los aspectos de medicina comunitaria y enfermedades del lugar. 2) Desarrollar programas permanentes de preparación en servicios para personal auxiliar para que conjuntamente den atención médica y sanitaria a la comunidad. 3) El Centro creado sirva de "laboratorio de población" para planear estudios a nivel rural. 4) Facilitar el estudio y eva-

luación de programas generales y específicos de atención médica.

En cuanto a las actividades comunes de los programas de medicina comunitaria encontramos: 1) La gestación de un dispensario con condiciones mínimas. 2) Orientación a la comunidad sobre vacunación, nutrición, salud, quimioterapia de la tuberculosis pulmonar y planificación familiar. 3) Encuestas sobre salud, saneamiento básico y abastecimiento de agua. 4) Aplicación de inmunización. 5) Planeamiento y evaluación del programa con la comunidad. 6) Visita domiciliaria para consulta y estudio epidemiológico 7) Planeación, ejecución y evaluación de actividades educativas tales como charlas a madres y otros grupos organizados de la comunidad (Informe O.P.S., 1974).

Los exponentes del origen de la medicina comunitaria como programas en las facultades o escuelas de medicina señalan que estas surgen frente a la necesidad de una mejor interrelación entre las instituciones tradicionalmente docentes y de servicio. El programa de medicina comunitaria la "regionalización docente asistencial" como un mecanismo para la formación adecuada de los profesionales de salud.

Así, Vidal (1975), Garibay, Velasco y Navarro (1975), como el informe de la O.P.S. de 1974 indican que los PMC permiten con jugar en la forma más efectiva posible las cuatro funciones que reconocen como propias las escuelas de medicina, la docencia, la investigación, la atención médica y el servicio a la comunidad.

Por último, la presentación de la medicina comunitaria como una nueva versión de la medicina social sustentada por Claudet - P.T. (1975) y mejor descrita por Rodney M. Coe (1978). Señala - que la medicina comunitaria es la promoción de salud en el contex to comunitario para la prevención de enfermedad. De esta forma - la medicina comunitaria es el resultado del adelanto tecnológico en relación a la revolución industrial y que puede ser considera do como el reflejo de la medicina moderna. Los autores anterio res apuntan que a través del conocimiento médico, las herramien tas de investigación y métodos de la medicina comunitaria desa rrollados llevan a las comunidades la información y servicio para procurar la prevención de enfermedades; además del estudio de la naturaleza de las relaciones de las enfermedades el hombre en so ciedad y al comportamiento relacionado con la salud. Este nuevo enfoque vuelve a basarse en las estadísticas e información social para llevar salud a las comunidades.

En síntesis, para estos autores la medicina comunitaria es otra faceta de la medicina dirigida a la salud de las comunidades.

Frente a los diferentes enfoques presentados se debe tomar en consideración, que la medicina comunitaria en este momento histórico no es solamente una "práctica médica" o sea una expresión de organización social frente a la salud-enfermedad (un nuevo enfoque o modelo ) sino que también es considerado como parte del "saber médico". O sea, se desea apuntar que el programa de medicina comunitaria además de ser un nuevo enfoque y modelo queda servicios médicos en una comunidad, que pueden ser positivos como negativos, también es un programa de enseñanza a los estudiantes de medicina en las Universidades Latinoamericanas, Europeas y Estadounidense.

Para poder analizar lo que es medicina comunitaria, sugiero que se visualise como "práctica médica" y como parte del poder "saber médico" no dejando fuera las críticas que se han realizado sobre éstas. Así, la manera más viable y adecuada de analizar la medicina comunitaria sería a través de la investigación evaluativa como un programa que ofrece servicios a la comunidad y al estudiante. Tomando en cuenta lo que Catalina Eikenschütz (1978) apunta "no creo que la ciencia ni su práctica social sean independientes absolutamente de la estructura económica ni es la solución para -- problemas de la salud de la mayoría". Es por consiguiente que a continua

ción se presenta el marco teórico para la investigación evaluativa, con el propósito de indicar como se va a analizar la medicina comunitaria.

La Investigación Evaluativa de los servicios públicos se ha desarrollado y evolucionado paralelamente con la historia del movimiento de los servicios públicos. Esta historia refleja la combinación de cuatro factores: 1) La naturaleza de los problemas sociales dominantes de la época. 2) La forma corriente de la organización administrativa para el servicio público. 3) La estructura y funcionamiento de la sociedad, incluyendo los valores sociales prevalecientes. 4) El estado de conocimientos concernientes al problema de técnicas y facilidades para la prevención y servicios públicos. La investigación evaluativa se puede ubicar dentro del período revolucionario del siglo XVIII cuando los servicios públicos entran en una era de investigación y experimentación frente al desarrollo de programas. Es para el año de 1874 luego de un desarrollo paulatino de la administración pública, que la Asociación Americana de Salud señala un comité. El cual se dedicará a la programación de la recolección de información de higiene pública, en -

las ciudades más importantes de los Estados Unidos de América. Luego de esta época y no es hasta el año de 1927, que Hauer - Emerson (1927) informa que alrededor de seiscientas comunidades han sido encuestadas (Suchman E. 1967). Se encuentra que la información estadística recopilada no es suficiente para describir las condiciones, el número y clase de actividades realizadas; ni cuan bien están trabajando las agencias públicas. Para el año de 1914 Charles V. Chaplin, desarrolló una serie de hojas para recoger cuales fueron los puntos fuertes y débiles de los programas. Este señala que debido a la preocupación del período histórico, o sea, dar servicio al público no se realiza la investigación evaluativa.

No fué hasta luego de la primera guerra mundial que aparece una crítica al sistema de evaluación. Así, con el auge y expansión de los servicios públicos comienza un caos, que demanda uniformidad y el establecimiento de normas en los programas, si es que iba a progresar el campo profesional de investigación evaluativa. Se crearon formas para la evaluación -- las que en cierta manera comenzaron a informar a los directores, de las normas además de proveer modelos para la manten-

ción de libros. Mientras pasaba el tiempo y los programas se desarrollaron, las formas de evaluación sirvieron para crear conciencia de la necesidad, del establecimiento de normas para juzgar las actividades realizadas y las dificultades en la evaluación.

Al examinar el término evaluación encontramos que la literatura nos revela una mezcla de definiciones conceptuales y operacionales. Donde las definiciones conceptuales no presentan una formalidad lógica sino una lista de características - descriptivas de la evaluación, como un proceso cognoscitivo y afectivo. Por otro lado, las definiciones operacionales se dirigen a presentar el propósito de la evaluación y los procedimientos. Suchman (1974), señala que el que existan dos clases de definiciones es indicativo, de que el área de evaluación carece de formalización en su teoría y método.

La definición que la Asociación Americana de salud ofrece, es tanto operacional como conceptual. Define evaluación como la medición del éxito, en la obtención de un objetivo predeterminado, incluyendo por lo menos los siguientes pasos: formulación de los objetivos, identificación del criterio adecuado -

para medir éxito, y la recomendación de actividades futuras - para la continuación del programa (Glosary of Administrative Terms in Public Health, 1960).

Riecken (1952) en otra definición de evaluación también utiliza las palabras claves de la definición anterior, o sea, "el valor o cantidad de éxito" y "el objetivo predeterminado" añade que el objetivo de estudio en una evaluación es cualquier actividad que pueda tener tanto consecuencias positivas como negativas. En este sentido para Riecken un estudio de evaluación presupone la existencia de alguna actividad, - donde cualquier acción social puede ser evaluada. Este enfoque conlleva que la actividad evaluada deliberadamente cause un cambio social, o sea, que la actividad inflencie el ambiente. Al igual que Riecken, en el 1966 Borgatta apoya esta posición, al considerar que los problemas de evaluación - recurren a las circunstancias que los programas atacan o sea la investigación se dirige a los esfuerzos realizados por un programa para mejorar o prevenir las condiciones existentes.

Hyman (1962), a diferencia de los autores anteriores, - enfatiza que la evaluación es un proceso de encontrar infor-

mación sobre los resultados de una acción social planificada; donde no se busca obtener nuevos conocimientos básicos, sino el estudio de la efectividad de la aplicación de tales conocimientos. También Donabedian (1966) nos dice que evaluación es la forma de obtener retroalimentación sobre eficacia y utilidad de un servicio determinado. Al igual Greenbeirg y Mattinson (1955) consideran que la palabra clave es efectividad. Para estos la evaluación se debe restringir al seguimiento de los resultados donde se ocupen de realizar los objetivos del programa. Anderson (1955) va más allá al proponer que se deben definir las metas a través del examen de los valores de éstas por sí mismo, así como de limitar la validez de las metas.

Se ha podido observar que las definiciones mayormente se han basado en definiciones operacionales, da dirigirse a la intención de la evaluación o por su procedimiento. Klineberg (1955) al definir evaluación apunta su uso; escribiéndolo como un proceso que le permite al Administrador indicar, los efectos de su programa y por lo mismo hacerle ajustes progre-

sivos, para alcanzar las metas efectivamente. Bigman (1961) expande este propósito de la evaluación al señalar 6 usos del mismo. En los que indica: 1) Describir como los objetivos se están cubriendo. 2) Determinar las razones específicas del logro o fracaso del programa. 3) Sacar a la superficie los principios de un programa exitoso. 4) Dirigir el curso de los experimentos con técnicas para aumentar la efectividad. 5) Crear las bases para las investigaciones futuras con técnicas alternas. 6) Redefinir los medios para obtener las metas, y las submetas, a la luz de los descubrimientos. Estos propósitos sugieren la realización intrínseca entre la evaluación y la planeación del desarrollo del programa; dependiendo del alcance del estudio evaluativo, puede tomar diferentes formas, reconociendo que la función primaria de éste es, ayudar en la planeación desarrollo y operación de un programa.

Suchman E. (1976) hace una distinción entre evaluación, como el proceso general de juzgar lo valioso de cualquier actividad, sin tomar en cuenta el método utilizado y la investigación evaluativa; que utiliza el método científico con el --

propósito de realizar una evaluación. Esta distinción entre evaluación como una meta de la investigación evaluativa, con un medio particular de obtener la evaluación, nos permite clasificar los estudios. En síntesis, se puede definir una investigación evaluativa como la búsqueda de la determinación (si se basa en opiniones, expedientes, datos objetivos o subjetivos) de los resultados (si son deseados o no deseados, pasajeros o permanentes a corto o largo plazo) obtenidos por alguna actividad (un programa, droga o terapia) diseñada para lograr un objetivo o meta valorada (inmediata, intermedia o última a corto plazo) a través del método científico.

Antes de describir el proceso para llevar a cabo una investigación evaluativa habría que aclarar el concepto "valor". Este es una precondition para el estudio de evaluación y una base para hacer la distinción entre una investigación evaluativa y una investigación dirigida a la prueba de hipótesis. Los valores pueden ser definidos como los aspectos de una situación evento u objetivo que se invierten o se dirigen con un interés preferencial para ser bueno, malo deseable o inde-

seable. King (1962) define valor como un principio por el --  
cual establecemos prioridades y jerarquías de importancia, --  
sobre las necesidades, demandas y metas.

Es claro que la orientación del valor es altamente rele-  
vante, a los servicios públicos y actividades humanas, donde  
ambos, profesionales como el público determinan los objetivos  
y clase de operaciones que el programa pueda establecer, así  
como el grado de éxito alcanzado por el programa. Por lo tan-  
to, los valores son modas de organizar la actividad humana en  
forma significativa determinando las metas y la acción social  
de los programas. Los valores pueden estar inherentes en el  
objeto o actividad o pueden ser concebidos presentes cuando -  
realmente no están. Estos pueden ser operativos y determinan-  
tes de la conducta o pueden tener poca influencia sobre el --  
comportamiento. Señala Morris C. (1956) que entre los valo--  
res inherentes concebidos y operativos varía grandemente de -  
área, además es materia de investigación empírica.

Una vez presentadas las definiciones anteriores podremos  
visuali ar mejor (si lo hacemos en forma circular) el proceso

a seguir para realizar una investigación evaluativa. El proceso comienza o sea se inicia con algún valor implícito o explícito que nos lleva a formular metas. Luego de estar las metas formuladas se miden éstas al ser obtenidas. El próximo paso es identificar alguna clase de actividad dirigida a la obtención de la meta y seguido ponerla en operación. Una vez que el programa está en operación, se evalúa el grado en que éste ha alcanzado los objetivos. Finalmente, en base al estudio, se juzga si la actividad dirigida al cumplimiento de la norma fue adecuada y si nos lleva nuevamente al valor original. Esta descripción del proceso de evaluación se puede ejecutar cuando el evaluador participa en la implementación y planeación dentro del programa (Suchman, E. 1974).

La descripción anterior señala la relación cercana entre evaluación, planeación y operación del programa. Esta relación se establece cuando la evaluación es utilizada para decidir si el programa prosigue o se debe implementar otro tipo de actividades. Cuando se establecen estas relaciones entre la evaluación y planeación es que, señala Weiss (1972), surgen situaciones conflictivas en valores entre el administrador del programa y el evaluador. Aunque este marco teórico no se va a desarrollar cómo se desencadenan y resuelven los conflictos entre el director del programa y el investigador, Weiss indica que estos conflictos pueden ser determinantes en una evaluación.

Hovland, Lumsdaine y Sheffield (1949) señalan que el rasgo que identifica a la investigación evaluativa no es la comprobación de hipótesis, sino la medida de los logros del programa de servicios públicos que son el foco principal del problema.

E. Suchman (1974) hace una presentación de una serie de preguntas para formular los objetivos. Las preguntas son las siguientes: ¿Cuál es la naturaleza del contenido del objetivo? ¿Quién es el blanco o finalidad del programa?. ¿Cuándo es deseado el cambio?. ¿Está dirigido a un cambio o a varios?. ¿Cuál es la magnitud del cambio deseado? y ¿Cómo se obtienen los cambios?. Estas seis consideraciones apunta Suchman E. pueden ser cruciales para seleccionar los objetivos a evaluar, como el diseño de investigación y otros problemas metodológicos.

El enfoque sobre la metodología utilizada en la investigación evaluativa ha sido tratado por varios autores desde el punto de vista de modelos, Scholberg (1969) expone el modelo de obtención de metas, que como el nombre lo indica, envuelve la medición del grado en que un objetivo predeterminado ha sido alcanzado. Para llevar a cabo una evaluación de este tipo, primero se formula y se llega al acuerdo de la meta u objetivo de la actividad. Segundo se determina el criterio de éxito a obtener. Tercero, se desarrolla la metodología para medir el grado de alcance u obtención.

En este último paso el grado de obtención tiene que ser visto, no solamente en términos del criterio alcanzado, sino también en términos de esfuerzo, adecuación y eficiencia. Scholberg (1969), define esfuerzo como la medición de la mano de obra, tiempo y otros recursos puestos en el programa, con relación a lo que es normal en otros locales, regiones o naciones para programas similares. La adecuación es juzgada con respecto al enfoque del programa, como parte de la solución al total del problema. La eficiencia explora si los mismos resultados no pudieron ser alcanzados a través de acercamientos alternos de menos recursos.

Se encuentra que uno de los primeros propulsores en el campo del servicio médico que responde al enfoque metodológico del modelo antes presentado es Sheps, C. Mindel (1969). Este señala que los propósitos u objetivos que persigue la evaluación en hospitales se pueden resumir en tres puntos: 1) Regulación de las funciones hospitalarias determinando los objetivos específicos que establezcan su aceptabilidad. 2) Mejoramiento de la calidad del servicio por medio de un instrumento llamado "Auditoría Médica" en el que se revisan los registros del hospital, los cuales incluyen: los criterios de ayuda presentada, examen de errores en

el diagnóstico, tasas de mortalidad, tasas de cesáreas, y en fin, "la estimación del servicio profesional". 3) La evaluación del programa que consiste en el estudio de los efectos de programas específicos de procedimientos sobre la naturaleza o calidad de la ayuda brindada.

Otro modelo, es el de costo beneficio, también en éste la obtención de objetivos es la consideración primordial; aunque aquí se realiza una selección racional de los medios alternos que llevan a una finalidad, y estos son analizados a través del costo-beneficio. Rossi P. (1972) indica que este modelo es una comparación entre los beneficios anticipados de alguna acción, con los costos estimados de esa acción; en el que ambos beneficios y costos pueden ser medidos a través de mano de obra, dinero, tiempo y otros recursos. Cada una de las alternativas dirigidas a una meta deseada puede ser representada en una razón de beneficio a costo, proveyendo las bases para un juicio. Algunos programas se prestan más para análisis de costo beneficio. La tarea en este modelo se dificulta en la medida que los objetivos y medios a éstos no pueden reducirse fácilmente a medidas objetivas.

Etzioni A. (1969) sugiere el modelo de sistemas, el cual puede ayudar a evaluar programas donde existan interrelaciones de factores más complejos, en la obtención de metas. Este modelo de evaluación tiene varias premisas, al establecer un programa como una unidad organizativa. Estas premisas son que toda organización tiene objetivos múltiples (que no siempre son compatibles), que existe interacción entre las subunidades que configuran la organización (que pueden estimular tanto conflicto como cooperación), y que la organización a su vez es una subunidad de un sistema mayor. El enfoque de sistema a la evaluación sugiere también el uso del análisis costo-beneficio, ya que el factor clave en la operación de cualquier sistema es el balance interno en la distribución de los recursos. Este modelo considera ambos ambientes en la evaluación interno y externo donde tanto el público como el programa son investigados. Suchman (1973) señala que lo importante de este modelo de sistema es el énfasis que hace en el proceso. El cual se interesa no solamente en el resultado sino que también en el "como" los resultados son obtenidos. En parte, el enfoque del proceso surge de la premisa teórica, que las parte interrelacionadas de un sistema están siem-

pre en un estado de flujo; siempre respondientes o adaptándose a los cambios en ambos ambientes interno y externo.

Klineberg O. (1961), a diferencia de los autores expuestos anteriormente apunta que la investigación evaluativa no posee ninguna metodología propia. Como "investigación", se dirige a la lógica básica y reglas del método científico. Así, sus cánones de prueba y sus leyes de inferencia se sujetan a aquellas de un proyecto de investigación. Debe utilizar todas las técnicas posibles para la colección y análisis de datos, así como los diseños. O sea, la investigación evaluativa sigue siendo investigación, donde la diferencia de la investigación no evaluativa estriba en el propósito u objetivo, que en el diseño o ejecución.

Por otro lado Hovland y otros (1949) señalan que existe un fuerte lazo entre investigación evaluativa y básica, ya que la primera genera una fuente de hipótesis para la investigación básica.

Hemos podido observar que la investigación evaluativa ha tenido un desarrollo histórico basado en los servicios públicos; que la definición de investigación evaluativa enfatiza su

diferencia de la evaluación, en el método utilizado. El desarrollo actual de la investigación evaluativa se ha dirigido a un estudio más científico de los programas. Así el futuro desarrollo científico de la investigación evaluativa de servicios públicos dependerán grandemente de los deseos de retar las premisas que conllevan implícito los objetivos de un programa.

La evaluación después de todo es primordialmente un punto de vista crítico, donde muchas de las innovaciones en los estudios de evaluación, han dependido de los conocimientos metodológicos en el campo de las ciencias sociales.

Es de importancia señalar, que es en la metodología que ofrece las ciencias sociales, la que crea una conyuntura entre la investigación evaluativa y la medicina comunitaria. Han sido los psicólogos, sociólogos, economistas y politólogos que han ofrecido conjuntamente, como ciencias del comportamiento, la metodología utilizada en las investigaciones evaluativas de medicina comunitaria. Estas investigaciones en su mayoría se han realizado por científicos sociales en los Estados Unidos y Europa. Lester B. (1973) expresa que los investigadores que han tratado con los estudios de medicina comunitaria apuntan -

que las evaluaciones todavía se encuentran en vías de desarrollo. Apoyan que los estudios sean más sistemáticos en la evaluación de las comunidades debido a la existencia de una gran variabilidad, complejidad y valor humanístico en estas. Al mismo tiempo, estas mismas características tienden a reducir las opciones, para un desarrollo adecuado de los diseños de investigación. Es de esta forma que la investigación evaluativa de medicina comunitaria utiliza diseños de estudio de campo o "quasi experimentales" donde el investigador no puede controlar todas las variables.

Las investigaciones evaluativas en medicina comunitaria se han centrado en varios tópicos que se pueden resumir en dos rubros. El primero que las investigaciones se han dirigido a evaluar el impacto de la medicina comunitaria en diferentes aspectos de la comunidad (organización, necesidades, líderes en salud). El segundo ha sido la búsqueda de técnicas de evaluación de los programas de medicina comunitaria. En cuanto a las formas para buscar información se han tratado in finidad de recursos, uno de los mejores expositores de los mé todos de obtener información en el campo de los servicios mé-

ha sido Donabedian Aredis (1966). Este presenta cuatro métodos de obtención de información que se presentarán a continuación:

1) Observación directa la cual consiste en el registro de las actividades hospitalarias y de la interacción médico-paciente, haciendo un inventario de las deficiencias existentes, las cuales obstaculizan la posibilidad de dar un servicio óptimo a los pacientes, donde se realiza un inventario de la instrumentación. 2) Reporte clínico del médico, del cual se pueden obtener datos valiosos en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento que se le está proporcionando al paciente; para complementar estos datos, se deben obtener los reportes del personal de enfermería. 3) Criterio de jueces el cual consiste principalmente en recaudar información de expertos en la materia, elaborando una codificación de las enfermedades existentes más frecuentes, así como del diagnóstico y tratamiento óptimo para cada enfermedad. Dichos juicios se compararán con el diagnóstico y tratamiento que el médico le está proporcionando al paciente. 4) Cuestionario de satisfacción es utilizado para obtener información de los procedimientos y del trato que da el personal médico y paramédico, al igual que de las personas que

reciben la atención; siendo administrado al personal como a las personas servidas.

Además de estos métodos, Rodney, M.C. y Max. P. (1978), señalan que en la evaluación de los programas de medicina comunitaria se utilizan las encuestas a ambas poblaciones: Weiss, C. (1972), señala como métodos las entrevistas, cuestionarios, exámenes psicométricos y otros.

Para concluir este tema es importante señalar que se debe utilizar la metodología desarrollada por las ciencias sociales para recoger datos en forma sistemática. De manera que se pueda realizar juicios sobre lo que rige un programa o sea sobre el "valor" de éste. Así como ofrecer un modelo alternativo de investigación evaluativa.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

### 3.1. Población.

La investigación evaluativa del programa de medicina comunitaria se llevó a cabo en el Municipio de Matamoros, Estado de Tamaulipas, México. Este se encuentra en la parte norte del Estado, frontera con Estados Unidos. En la presente investigación se consideraron dos poblaciones a ser estudiadas. La primera consistió de los estudiantes de quinto año de la Facultad de Medicina de Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas que habían cursado el programa de medicina comunitaria en el año anterior. La segunda población considerada fue una muestra de personas por hogares en las diferentes comunidades que podían estar cubiertas por el alcance de los centros de medicina comunitaria.

### 3.2. Selección de la Población.

Los estudiantes fueron seleccionados tomándose en cuenta que hubieran cursado el módulo de medicina comunitaria. Estos fueron de quinto año de la Facultad de Medicina de Matamoros.

Para la selección de las personas por hogares hubo primero que seleccionar los centros de medicina comunitaria que iban a ser investigados. La selección se realizó al azar, donde cuatro de cinco centros de medicina comunitaria fueron seleccionados. Estos fueron:

1. Uniones
2. Santa Adelaida

3. Treviño Zapata

4. Las Blancas

(el centro comunitario no seleccionado fué de 20 de noviembre).

El segundo paso para seleccionar las personas por hogares fué determinar el área de influencia o alcance de cada centro de medicina comunitaria. Esta fué determinada por el coordinador del módulo de medicina comunitaria, a través de su conocimiento, de la procedencia de las personas que han asistido al centro de medicina comunitaria, así como del área de alcance por el cual el centro fué construído en ese lugar. De esta forma se señalaron los límites del área que cubría cada dispensario comunitario y las cuales se presentan a continuación:

1. El centro comunitario Treviño Zapata cubre el área de las colonias Popular y Treviño Zapata. Estas se encontraban localizadas en el centro de la zona urbana con una población aproximadamente de 1,290 hogares, según el censo de 1975.
2. El dispensario comunitario Uniones comprendió las colonias que se encontraban localizadas en la periferia de la ciudad de Matamoros; con alrededor de 1,260 hogares de población.
3. El centro Santa Adelaida comprendió el ejido Santa Adelaida. Este centro queda aproximadamente a 15 Km. de distancia de la zona urbana y cuenta con una población de 600 hogares, según el comisionado general

de los ejidatarios.

4. Por último se encuentra el dispensario comunitario Las Blancas, éste también comprendió un ejido, Las Blancas. Este está localizado a 23 - Km. del centro comercial de Matamoros con un total de 340 habitantes. En este ejido no se pudo estimar el número de hogares y con el propósito de minimizar el error se tomaron el número de habitantes por hogares, al estratificar la muestra.

### 3.3. Muestra.

Para el caso de los estudiantes se tomaron todos los estudiantes de quinto año de la Facultad de Medicina que hubieran cursado durante el cuarto año el módulo de medicina comunitaria, el número de estudiantes fué de cuarenta, de los cuales 13 eran de sexo femenino y 27 masculino.

La muestra para la encuesta de la población se estimó primero a través del método de muestreo exhaustivo para poblaciones grandes y luego se hizo el muestreo estratificado para conocer el número de hogares a encuestar por centro comunitario.

El procedimiento para estimar el tamaño de la muestra consistió en indicar primeramente el total de la población que era 3,500 hogares con el 95% de confianza y 5% de error.

Fórmula: con N + 3,500      95% confianza

$$N = \frac{1}{(e^2)} = \frac{1}{(.05^2)} = \frac{1}{.0025} = 400 \quad 3\% \text{ error}$$

El tamaño de la muestra fué de 400 hogares con un 95% de confianza y un 5% de error.

Luego de haber estimado el tamaño de la muestra (400 hogares) se paso al diseño de la muestra, en éste se utilizó un plan de muestreo estratificado proporcional, donde se obtuvo un número de unidades o por ciento para cada estrato que paso a ser proporcional al tamaño de éste. En el caso de esta investigación existieron cuatro estratos, que fueron los diferentes centros que tenían una población de hogares. Cada una de estas poblaciones fueron divididas entre el total de la población de hogares para obtener las unidades o por ciento para cada estrato. Estas unidades fueron multiplicadas por el tamaño de la muestra estimada para obtener la población proporcional por estrato.

A continuación se presentaron la muestra estratificada de hogares que se investigaron por centro de medicina comunitaria.

CENTRO DE MEDICINA COMUNITARIO	No. DE HOGARES	PORCIENTOS ESTIMADOS POR CC. X MUESTRA	MUESTRA DE ESTRATIFICADA DE HOGARES POR C.C.
Santa Adelaida	605	.17 (400)	69
Las Blancas	340	.10 (400)	40
Uniones	1,295	.37 (400)	143
Treviño Zapata	1,260	.36 (400)	143
T O T A L	3,500	100%	400

### 3.4. Selección de Hogares.

Los hogares en cada colonia fueron seleccionados al azar; para lograr la selección de hogares se paso a través de cuatro niveles. El primer nivel fué buscar los mapas donde aparecieron los cuadros y casas. Se obtuvieron los mapas de las colonias comprendidas en los centros comunitarios - Treviño Zapata y Uniones. Los mapas de Santa Adelaida y Las Blancas hubo que construirlos ya que no existen.

En el segundo nivel en los mapas se numeraron de derecha a izquierda y - en forma espiral cada una de las cuadras de forma que no se estableciera un patrón. En el tercer nivel se tomó una lista de números al azar y se seleccionaron en los mapas las cuadras a ser estudiadas o encuestadas. En el cuarto y último nivel se seleccionaron las casas u hogares al azar dentro de la cuadra seleccionada anteriormente. Para ésto, el encuestador llevaba una lista de números al azar que no excedían del número cinco; al encuestador llegar a la cuadra seleccionada, por el lado que llegase, comenzaba a contar casas de izquierda a derecha hasta llegar al número que apareciese en la lista de números al azar y encuestaba a los miembros de la familia. Así continuaría consecuentemente hasta cubrir el número de encuestas asignadas por cuadra.

El número de casas u hogares seleccionados por cuadras; como el número - de cuadras seleccionadas dependió del número de hogares indicado en la muestra de cada centro de medicina comunitaria.

### 3.5. Instrumento.

Se construyeron dos encuestas, una para los estudiantes y otra para las personas en las comunidades, hogares donde estaban localizados los centros comunitarios de medicina. Para construir éstas, se analizó el PMC - en sus objetivos y actividades con el propósito de clasificarlos. Además, se consultaron los cuestionarios contruidos por Friedson, E. (1961) sobre percepción del paciente acerca de los servicios médicos y el diferencial semántico de Díaz y Salas (1975).

La encuesta, tanto de los estudiantes como de los hogares, consistió de tres clases de preguntas. La primera forma consistió de preguntas cerradas donde la persona podía responder sí o no, o escogía una de varias opciones. La segunda clase de preguntas fueron abiertas en donde se presentaban oraciones incompletas y se le pedía a la persona que terminara la oración, o se le pedía que respondiera ¿por qué?. El tercer tipo de preguntas fué un diferencial semántico en donde se le presentaba un concepto a la persona y se le pedía que indicara entre dos adjetivos, cual describía mejor el concepto.

Las encuestas se administraron en una prueba piloto a 40 hogares en la población servida por el PMC y a 10 estudiantes de cuarto año de la Facultad de Medicina de Matamoros, los cuales habían participado en el PMC. La encuesta piloto de la población permitió adecuar el vocabulario y - - ella a eliminar un diferencial semántico debido a su poca discriminación. En la encuesta a los estudiantes, no hubo mayor cambio luego de su prue-

ba piloto. En general, ambas encuestas tendieron a recoger los datos necesarios para la investigación; aunque no se logró construir preguntas y categorías que identificaran más adecuadamente la variable dependiente. Esto se debió a una serie de limitaciones de tiempo y costo. Weiss (1972) indica que durante el proceso de las investigaciones evaluativas ocurren estos problemas y que aunque se pueden anticipar, en muchas ocasiones -- son inevitables.

Para medir las cuatro variables (independiente-dependiente-antecedente-interviniente) se construyeron y se asignaron un grupo de preguntas a cada una de las variables. Estos grupos de preguntas por variables se establecieron para cada población; estudiantes y comunidades separadamente. Los grupos de preguntas se colocaron en el apéndice.

### 3.6. Administración de Encuestas.

Las encuestas a los estudiantes fueron administradas en grupo, se reunieron a los cuarenta estudiantes y se les administró la misma. Se les pidió la cooperación al contestar e individualmente se les respondió a preguntas sobre las cuales tuvieron dudas.

Las encuestas a la población se realizaron por estudiantes que funcionaron como encuestadores. Se seleccionaron cuarenta estudiantes de primer semestre de la carrera de técnicos en Salud Pública. Estos fueron adiestrados para realizar las encuestas. El adiestramiento consistió de tres pasos. En el primero, se familiarizó al estudiante con el sentido cientí

fico del proceso y pasos para realizar una investigación. En el segundo paso, se le presentó la encuesta y se leyó la misma. En el tercer y último paso, se contestaron preguntas y dudas; también se jugó el papel de encuestador con el propósito de anticipar dudas y dificultades.

Luego del adiestramiento de los encuestadores, se formaron veinte parejas de encuestadores y se comenzó a ir a las colonias hasta que se encuestara la cuota establecida para cada centro. Los centros comunitarios se cubrieron en el orden siguiente: Centro Comunitario Uniones, Treviño Zapata, Santa Adelaida y Las Blancas. La tarea de encuestar se realizaba de cuatro y media pasado meridiano (o sea, en la tarde con el propósito de hallar a los dos jefes de la familia) hasta que se realizaran dos encuestas por pareja al día; se calculó que a las seis y media se estaba de vuelta. Los encuestadores eran transportados a las Colonias y eran traídos en dos camionetas de la Facultad de Medicina de Matamoros.

### 3.7. Procesamiento de Datos.

Para procesar la información que aparecía en las encuestas tanto de los estudiantes como de la población, hubo que crear tablas de codificación. Para esto se tomó una muestra de encuestas dentro de las ya realizadas y se tomaron las respuestas que aparecían en cada una de las preguntas de la encuesta. De las respuestas recogidas se contruyeron categorías. Estas se colocaron en dos listados que aparecen en el apéndice como Tabla de Codificaciones para la población y otra para los estudiantes. Estas tablas se utilizaron para codificar todas las encuestas de ambos grupos.

Luego de codificadas las encuestas se pasó la información a tarjetas - - IBM. Esta información en tarjetas se analizó utilizando el S.P.S.S. - -- (Statistical Package Social Sciences). De este paquete se utilizaron los programas de frecuencias y contingencias (Cross Tabs). Estos análisis se realizaron en las computadoras del Centro de Cálculos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

### 3.8. Estadística para el Modelo.

Para analizar el modelo de variables psicosociales, como anteriormente - se indica, se utilizó el S.P.S.S., el cual para este caso presentó un -- listado de frecuencias y porcentos para cada uno de los reactivos en ca da encuesta por separado. En base a estos resultados se determinó si se realizaban "Cross Tabs" o análisis de contingencias de reactivos entre y dentro de las variables. El análisis de contingencias nos arrojó informa ción de diferentes coeficientes de asociación y chi cuadradas, además de presentarnos una tabla de cómo los reactivos analizados corresponden en tre sí en términos de porcentos.

En forma general, las encuestas fueron analizadas aisladamente en sus -- frecuencias y porcentos por reactivos y en la manera en que éstos dis-- criminaban, se comparaban con otros a través de análisis de contingencias. Por último, en base a los coeficientes de asociación, se hacían otras -- comparaciones de reactivos entre y dentro de las variables. Es importan te adelantar que estos análisis son de naturaleza descriptiva y no expli cativa.

## RESULTADOS

La información obtenida de las dos encuestas realizadas (estudiante y comunidades), fue codificada y estadísticamente trabajada en computadora, a través del programa S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences). Para cada una de las preguntas, en ambas encuestas, se obtuvo frecuencias y porcentajes; además aquellos reactivos que se consideraron relevantes se compararon con otros con el propósito de observar su correspondencia.

Con el propósito de análisis, se presentará en primer lugar, la encuesta hecha a los estudiantes de la Facultad de Medicina en Matamoros y luego, la realizada a la población para así tener más comprensión de las variables y de su análisis, se presentarán los grupos de preguntas que constituyen la información de la variable.

### 4.1 Encuesta de los Estudiantes

Las variables antecedentes fijas sirven para describir la población de estudiantes de 5to. año de la Facultad de Medicina. En primer lugar, la edad del 62.5% de éstos fluctúa entre 21 y 23 años, el 12.5% entre 24 y 27 años y por último, un 12.5% tiene de 28 a 36 años de edad.

En segundo plano, se puede observar que de los 40 estudiantes, el 77.5% de éstos son solteros, 17.5% casados y 2.5% divorciados.

El tercer plano es el sexo, donde se observa que el 67.5% de la población estudiantil pertenece al sexo masculino, y el 32.5% restante pertenece al sexo femenino.

Le pedimos a los estudiantes que señalaran el centro comunitario de preferencia, la cual fue la otra variable antecedente fija. Estos aparecen en la tabla I.

TABLA I

Frecuencia y Porcientos del Centro de Preferencia donde hicieron la práctica los estudiantes de Medicina

Frecuencia	Porciento	C o l o n i a
12	30.0	Ejido Santa Adelaida
7	17.5	Ejido Las Blancas
7	17.5	Colonia Uniones
6	15.0	Colonia 20 de Noviembre
5	12.0	Colonia Treviño Zapata
3	7.5	- No contestaron -

Se puede observar que ambos ejidos y la colonia Uniones fueron señalados de preferencia como centros comunitarios. Las otras variables antecedentes tomadas de los estudiantes fueron motivos, satisfacción, problemas y cursos del programa de estudio de la Facultad de Medicina de Matamoros. Esto se midió a través de seis preguntas.

Pregunta 5: Se le pedía al estudiante que señalara los tres motivos más importantes que le indujeron a estudiar la carrera de medicina, en orden de prioridad. Se analizaron las respuestas por separado con respecto al orden.

Se encontró que una tercera parte de los estudiantes escogieron la carrera - por razones personales de gusto y satisfacción. Otra tercera parte por razones humanitarias de ayuda al prójimo, y una cuarta parte por razones educativas; aprendizaje de las ciencias naturales. Estos resultados se observaron en la tabla 2.

TABLA 2

Frecuencia y Porcientos de respuestas al primer motivo para estudiar la carrera de medicina

Frecuencia	Por ciento	M o t i v o
14	35.0	Personal (de gusto o satisfacción)
12	30.0	Humanitaria (de ayuda al prójimo)
9	22.5	Educativa (de aprendizaje)
3	7.5	Sociales (dirigidas a la salud de la colectividad)
1	2.5	Razones económicas
1.	2.5	No tenía alternativas de <u>es</u> coger otra carrera

Los estudiantes señalaron como segundo motivo una serie de alternativas que -- aparecen en la tabla 3. Se observa en esta tabla como segundo motivo, primero, una razón educativa.

TABLA 3

Frecuencia y Porcentaje de las respuestas al segundo motivo para estudiar la carrera de medicina.

Frecuencia	Porcentaje	M o t i v o
12	30.0	Educativa (de aprendizaje)
8	20.0	Humanitaria (de ayuda al prójimo)
7	17.5	Personal (gusto y satisfacción - propia)
7	17.5	Social (Salud de la colectividad)
2	5.0	Económica (ayuda a la familia, a su casa)
2	5.0	Sin alternativa
2	5.0	- No respondió -

(Deseo de aprendizaje); segundo, una razón humanitaria; tercero y cuarto respectivamente se encuentra lo personal y social.

Se hizo el mismo análisis para el tercer motivo. Se puede observar en la tabla 4 que una cuarta parte de los

TABLA 4

Frecuencia y Porcentajes de respuestas al tercer motivo para estudiar la carrera de medicina.

Frecuencia	Porcentaje	M o t i v o
10	25.0	Educativo
7	17.5	Económico
6	15.0	Personales
6	15.0	Sociales
5	12.5	Humanitarias
2	5.0	No tenía alternativas
4	10.0	No respondieron

Estudiantes señalaron motivos educativos, luego razones económicas y después - motivos personales y sociales.

(Se observa que el motivo educativo se mantuvo a través del orden de prioridad para estudiar medicina como el más consistente. El motivo o razón humanitaria se mantuvo dentro del orden de prioridad como el segundo más señalado. Igual-- ocurre con el motivo personal, aunque éste es señalado con mayor frecuencia co- mo primer motivo). Como se observa los motivos o razones para estudiar medici- na de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Matamoros, son de índole - personal, educativo y humanitario, donde las razones económicas y sociales son relegadas a un segundo orden; aunque el motivo económico se encuentra en segun- do orden de ocurrencia como tercer motivo para el estudio de la carrera de me- dicina.

Con el propósito de saber si existía alguna asociación entre el estado civil y los motivos señalados en cada orden, se realizó una comparación estadística, - utilizando chi cuadrada, pero no se observó ninguna relación. Esto se debe a - la poca existencia de personas casadas. Esta variable es de poco valor de aná- lisis.

Pregunta 6: Esta fue dirigida a conocer la motivación del estudiante de medici- na hacia el estudio de la medicina. La pregunta fue: Si no estuviera estudian- do medicina, estudiaría ...

Las respuestas se agruparon dentro de las categorías que aparecen en la tabla 5. En ésta se puede observar que el 42.5% de los estudiantes proseguirían el - estudio de alguna profesión relacionada con las ciencias sociales.

#### TABLA 5

Frecuencia y porciento de las respuestas a la pregunta: ¿Qué estudiaría si no estudiara medicina?

Frecuencia	Por ciento	Categorías de las Respuestas
17	42.5	Algo relacionado con las ciencias sociales
12	30.0	Otra profesión, otros campos
4	10.0	Combinación de medicina con otra profesión
2	5.0	Nada
5	12.5	No respondieron

Pregunta 7: El estudio de la medicina en esta Facultad debería ser... Esta fue dirigida a saber lo motivado o lo satisfecho que el estudiante está con su enseñanza. En los resultados que aparecen en la tabla 6 se puede notar que el - - 87.5% de los estudiantes no están satisfechos con lo que debería ser el estudio en la Facultad de Medicina ya que las respuestas son de índole de exigencia y petición de mayor trabajo por parte de los estudiantes. En estos términos se - puede decir que el estudiante está motivado a trabajar más para obtener su meta.

TABLA 6.

Frecuencia y porcentajes de las respuestas a la pregunta: ¿El estudio de la medicina en esta Facultad debería ser....

Frecuencia	Por ciento	R e s p u e s t a
12	30.0	Tener más práctica
11	27.7	Más exigida, más estricta, más competente
7	17.5	Más completa en materiales
5	12.5	Más dinámica
3	7.5	Esta bien como se encuentra la carrera actualmente
2	5.0	No respondieron

Pregunta 8: Está dirigida a los problemas de los estudiantes como variable antecedente, preguntaba directamente: ¿Los problemas más grandes del estudiante de medicina son...Las respuestas a esta pregunta se pueden observar en la tabla 7.

Es notable que alrededor de un 55% de los problemas fueron de índole académico, o sea, el

TABLA 7

Frecuencia y Porcentajes de las respuestas a la pregunta ¿Los problemas más grandes del estudiante de medicina son...

Frecuencia	Por ciento	R e s p u e s t a s
12	30.0	Falta de información de libros, fragmentación de conceptos.
10	25.0	No saber estudiar, falta de comprensión de los profesores, falta de hábitos de estudio.
3	17.5	De tipo económico: costo y falta de dinero.
5	12.5	Falta de experiencia y práctica médica de hospital.
5	12.5	No respondieron
1	2.5	Falta de vocación.

estudiante señaló carencias como lo fueron falta de fragmentación de la información, acompañado de problemas en el aprendizaje.

Pregunta 9: En su opinión, el enfoque dado en la Facultad de Medicina de Matamoros es predominante en...

Estuvo dirigida a obtener información de como era considerado el enfoque. Se observa en la tabla 8 que el 80% de

TABLA 8

Frecuencias y Porcientos de como es considerado el enfoque de la Facultad de Medicina de Matamoros

Frecuencia	Por ciento	E n f o q u e
32	80.0	Medicina General
4	10.0	Medicina Social
4	10.0	Medicina Comunitaria

Los estudiantes están de acuerdo que el enfoque en la Facultad de Medicina es general, aunque se observa que un 20% considera que es otro el enfoque.

Pregunta 10: Se pedía al estudiante que ordenara los cursos o asignaturas tomados durante la carrera de medicina, que fueran considerados de mayor ayuda en su práctica de medicina comunitaria. Se hicieron tres tablas donde cada una de ellas presentó el orden asignado de los cursos por los estudiantes.

Los cursos seleccionados como primera prioridad por los estudiantes aparecen en la tabla 9. Se observa que el

TABLA 9

Frecuencias y Porcientos de los cursos que se consideraron de primera utilidad para la práctica de medicina comunitaria

Frecuencia	Porcientos	C u r s o
21	52.5	Propedéutica
5	12.5	Pediatría
4	10.0	Gastroenterología
3	7.5	Farmacología
6	15.0	Otros menos de 5%

curso de propedéutica fue seleccionado como el primero, de más ayuda o utilidad para la práctica del PMC, luego pediatría y Gastroenterología.

Se hizo una segunda tabla (Tabla 10) para tener conocimiento de la segunda asignatura priorizada en términos de utilidad para medicina comunitaria. Se observa que en este segundo orden se encuentran los cursos de farmacología y propedéutica quedan a la par.

**TABLA 10**

Frecuencia y Porcientos de los cursos considerados como segunda prioridad utilitaria para la práctica en medicina comunitaria.

Frecuencia	Porcientos	C u r s o
8	20.0	Farmacología
8	20.0	Propedéutica
7	17.5	Pediatría
6	15.0	Gastroenterología
5	12.5	Fisiología
3	7.5	Gineco-obstetricia
3	7.5	Cursos menos de 2.5 %

En segundo plano, los cursos de Pediatría y Gastroenterología.

Para observar la tercera prioridad de cursos de utilidad para medicina comunitaria, se hizo la tabla 11. En esta tabla se observa que la asignatura de Farmacología

**TABLA 11**

Frecuencias y Porcientos de los cursos considerados como tercera prioridad utilitaria en medicina comunitaria.

Frecuencia	Porcientos	C u r s o
11	27.5	Farmacología
9	22.5	Gineco-obstetricia
5	12.5	Gastroenterología
5	12.5	Psicología
7	17.5	Curso menos del 5 %

vuelve a tomar el primer lugar como curso priorisado dentro de la utilidad para medicina comunitaria; luego le sigue gineco-obstetricia, gastroenterología, y psicología.

Con el propósito de poder resumir la información de los cursos de términos de su orden de prioridad y de su ocurrencia, se sumaron sus porcentos y se jerarquizaron. Los resultados de estas sumas fueron: en primer orden de utilidad, se encontró el curso de propedéutica (72.5%), en segundo orden fue farmacología (55.0), tercero, gastroenterología y luego los cursos de gineco-obstetricia, pediatría, fisiología y psicología.

Luego de las variables antecedentes, se pasó a analizar la variable dependiente dentro de la cual los estudiantes podían identificar las actividades relacionadas con el PMC. Esta consistió de 17 preguntas que se presentan a continuación.

Pregunta 1: Esta buscó si el estudiante conoce los objetivos del programa de medicina comunitaria. Las respuestas a esta pregunta se observan en la tabla 12.

TABLA 12

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta sobre conocimientos de objetivos de PMC.

Frecuencias	Porcientos	Respuestas
23	57.5	si
13	32.5	no
4	10.0	no respondieron

Esta enseñó que solamente un poco menos del 60% de los estudiantes conoce los objetivos, o sea, un 40% no tiene conocimiento de cuales son las metas del -- PMC.

Pregunta 2: Si contestaba positivamente a la pregunta anterior se le indicaba que mencionara tres objetivos. Se hicieron tres tablas para cada uno de los objetivos mencionados para analizar en que porcentos habían aparecido. Para el grupo de objetivos que se presentaron primero se hizo la tabla 13. Se observa que un 45% de los estudiantes

TABLA 13

Frecuencia y Porcientos del primer objetivo mencionado del módulo de medicina comunitaria.

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a
18	45.0	No respondieron
6	15.0	Ayudar a la comunidad y personas de escasos recursos
5	12.5	Contacto médico-paciente. Establecer esa relación
5	12.5	Proporcionar medicamentos y atención gratis
2	5.0	Practicar conocimientos adquiridos
2	5.0	Contribuir a la formación médica del estudiante
1	2.5	Elevar o mantener el nivel de -- salud
1	2.5	Descubrir problemas de tipo social. Tomar conciencia de los - problemas de la comunidad

tienen desconocimiento de los objetivos del PMC. Los objetivos principales -- mencionados fueron: ayuda a la comunidad, establecer relación médico-paciente y proporcionar medicamentos gratis.

El segundo objetivo del módulo comunitario se encuentra en la tabla 14. Se observa que aumentó el porciento.

TABLA 14

Frecuencia y Porcientos del segundo objetivo mencionado del módulo de medicina comunitaria.

Frecuencia	Porciento	O b j e t i v o
19	47.5	No respondieron
5	12.5	Practicar conocimientos adquiridos o aprendidos
4	10.0	Contacto médico-paciente
4	10.0	Elevar la prevención de enfermedades o programas de vacunación
3	7.5	Ayudar a la comunidad y personas de escasos recursos
2	5.0	Proporcionar medicamentos y atención gratis
2	5.0	Formación clínica del estudiante
1	2.5	Descubrir problemas de tipo social

de estudiantes que desconocen los objetivos del módulo de medicina comunitaria. También se observa que es señalado como objetivo, el de practicar conocimientos adquiridos, contacto médico-paciente y elevar la prevención de enfermedades.

Por último, se puede observar la tabla 15 que contiene el tercer objetivo mencionado.

Se puede notar que

TABLA 15

Frecuencias y Porcientos del tercer objetivo mencionado del módulo de medicina comunitaria.

Frecuencia	Por ciento	O b j e t i v o
21	52.5	No respondieron
5	12.5	Descubrir problemas de tipo social
4	10.0	Elevar la prevención de enfermedades
3	7.5	Proporcionar medicamentos y atención gratis
2	5.0	Contacto médico-paciente
2	5.0	Ayuda a la comunidad y personas de escasos recursos
1	2.5	Practicar conocimientos adquiridos
1	2.5	Elevar y mantener nivel salud
1	2.5	Formación clínica del estudiante

aumenta aún más las personas que desconocen los objetivos del programa, o que no puede mencionar tres objetivos del módulo de medicina comunitaria. Entre los objetivos mencionados de más frecuencia, aparecen descubrir problemas de tipo social para tomar conciencia de los problemas de la comunidad, elevar la prevención de enfermedades y proporcionar medicamentos y atención gratis.

Con el propósito de saber cuales fueron los objetivos más mencionados, o sea los de mayor conocimiento, se sumaron los porcientos en que fueron señalados. Se encontró que en primer lugar, estuvieron dos objetivos; uno que es la relación o contacto médico-paciente y el otro, que es la ayuda a las comunidades y personas de escasos recursos. En segundo lugar, se mencionó el objetivo de proporcionar medicamentos y atención gratis. En tercer lugar, elevar la pre-

vención de enfermedades y programas de vacunación. Cuarto fué el objetivo de descubrir problemas sociales. Quinto y sexto lugar, respectivamente, contribuir a la formación clínica del estudiante, elevar y mantener el nivel de salud.

Pregunta 3: Esta fue: ¿Participa en la planificación y organización de actividades a llevar a cabo en el programa de medicina comunitaria durante sus dos meses de práctica? Las respuestas a esta pregunta se observan en la tabla 16 la cual indicó que alrededor de un 60% de

TABLA 16

Frecuencias y Porcientos sobre la participación en planificación y organización de actividades en el programa de medicina comunitaria.

Frecuencia	Porciento	Respuesta
23	57.5	Si
16	40.0	No
1	2.5	No respondieron

los estudiantes participaron en la planificación y organización del PMC.

Pregunta 4: La continuación de la pregunta anterior ofrece información a la anterior al buscar en que medida existió la participación. Las respuestas a esta pregunta se pueden ver en la tabla 17.

TABLA 17.

Frecuencias y porcentos de respuestas a la pregunta: ¿En qué medida participan y organizan actividades a llevar a cabo en el PMC?.

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a s
22	55.0	No respondieron
9	22.5	Pláticas y charlas sobre higiene.
3	7.5	Remodelar centros y conseguir medicamentos.
2	5.0	Llevar a cabo investigación sobre parasitosis.
2	5.0	Dar consulta
2	5.0	Regular

Se observa a primera instancia que el porciento de las personas que contestaron en qué medida participaban (45%) es menor que las que dijeron que si habían participado (57.5%). Es también notable, que las respuestas fueron actividades ejecutadas, donde se encuentran las pláticas y charlas de higiene, remodelar centros y conseguir medicamentos fueron las actividades más mencionadas.

Pregunta 5: ¿Qué actividades se han planificado y se han llevado a cabo?. Las respuestas aparecen en la tabla 18.

TABLA 18.

Frecuencias y porcentos de las actividades planificadas y ejecutadas.

Frecuencias	Porcientos	A c t i v i d a d e s
12	30.0	No respondieron.
8	20.0	Pláticas y charlas sobre higiene.
7	17.5	Ninguna actividad
4	10.0	Remodelar centro, obtener medicamentos.
3	7.5	Reorganizar programa de vacunación.
3	7.5	Llevar a cabo investigación - sobre parasitosis y enfermedades infecciosas.
3	7.5	Dar consultas

Se puede ver que entre los estudiantes que no respondieron a la pregunta y -- los que no hicieron ninguna actividad, se encuentra el 47.5% de los estudiantes. Las actividades mencionadas son similares a las que contestaron en la -- pregunta 4. Las actividades mencionadas con mayor frecuencia fueron pláticas y charlas sobre higiene y remodelar y obtener medicamentos.

Pregunta 6: Se les preguntó a los estudiantes si habían dado atención médica a todas las personas que lo habían solicitado. La respuesta tuvo un 100% de -- contestaciones positivas, o sea, los 40 estudiantes dieron atención médica a las personas que solicitaron su ayuda.

Pregunta 7: Esta pregunta buscaba saber si los estudiantes habían hecho histo -- rias clínicas y cuántas. Las respuestas a estas preguntas son de: 97.5% de --

los estudiantes elaboraron historias clínicas y el 2.5% no las realizó. Aunque solamente el 80% de los estudiantes informó haber realizado de una a cuatro -- historias clínicas o más. El 20% no respondió a la pregunta de cuántas histo-- rias clínicas había realizado.

Para saber qué otras actividades se habían realizado en el programa de medicina comunitaria y así determinar la acción médica, se realizaron dos preguntas (preguntas 8 y 9) para analizarlas conjuntamente. ¿Qué entiende usted por "promover el mejoramiento de los aspectos de medicina comunitaria?", y la otra pregunta era: ¿Qué actividades ha realizado para promover el objetivo de la medicina comunitaria antes mencionado?. Las respuestas a la pregunta del entendi-- miento, de lo que es promover el mejoramiento, se presentan en la tabla 19.

TABLA 19.

Frecuencias y porcentos de las respuestas de lo que se entiende por "promover el mejoramiento de los aspectos de medicina comunitaria".

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a
18	45.0	Llevar a cabo más objetivos - del programa para ayudarlo.
7	17.5	Adaptar y complementar los -- centros de medicina comunitaria.
6	15.0	Elaborar programas de educa-- ción para la comunidad.
6	15.0	No respondieron
3	7.5	Abrir más centros de medicina comunitaria.

Se puede ver que la respuesta más frecuente fué la de llevar a cabo más objeti

vos del programa para ayudarlo, luego adaptar y complementar los centros y elaborar programas de educación para la comunidad.

Las respuestas a la segunda pregunta asociada a la pregunta anterior aparece en la tabla 20. Se puede ver que las respuestas más frecuentes fueron de educación a nivel individual sobre prevención, dar pláticas y orientación sobre higiene y remodelar los centros. Una cuarta parte de los estudiantes no respondieron.

TABLA 20.

Frecuencias y porcentos de las actividades realizadas para promover el objetivo de mejoramiento del programa de medicina comunitaria.

Frecuencias	Porcientos	A c t i v i d a d e s
11	27.5	Pláticas a nivel individual sobre prevención.
10	25.0	No respondieron
5	12.5	Dar pláticas sobre orientación higiénica y vacunación.
4	10.0	Pintar centros, sacar instrumentos (remodelar centros)
3	7.5	Acondicionamiento y organización de expedientes.
2	5.0	Ayuda a otros dispensarios

Se realizó una chi cuadrada entre las respuestas a la pregunta: ¿Qué se entiende por promover el mejoramiento de los aspectos de medicina comunitaria? y la pregunta: ¿Qué actividades ha realizado para promover el mejoramiento de medicina comunitaria?. Se encontró una chi de 20.025 con 24 grados de libertad no significativa, o sea, no existe ninguna relación entre las respuestas sugeridas.

das para promover el mejoramiento y las actividades ejecutadas para el mejoramiento de medicina comunitaria.

Pregunta 10: Una serie de tres preguntas se realizaron con respecto a las discusiones entre estudiantes y supervisores que nos dan información con respecto a la acción médica. La primera de las tres fué: ¿Ha participado con sus compañeros y supervisor en la discusión de casos?, 62.5% de los estudiantes contestaron que sí, el 30% contestó que no y un 7.5% no contestó.

Pregunta 11: ¿Con qué frecuencia se realizan estas discusiones?. Las respuestas se encuentran en la tabla 21.

TABLA 21.

Frecuencias y porcentos de cada cuanto se realizan las discusiones entre estudiantes y supervisores.

Frecuencia	Porcientos	R e s p u e s t a
15	37.5	No respondieron.
11	27.5	Todos los días.
10	25.0	Cuando se presenta el caso
3	7.5	Cada semana, en ocasión.
1	2.5	No se realizan

Se puede observar que las respuestas sobre la frecuencia de ocurrencia de las discusiones varía en un 50% de los que señalan que hay discusiones con el supervisor, o sea, del 60% que dice que hay discusiones con el supervisor, aproximadamente la mitad contesta que a diario. Los restantes respondieron que - - cuando se presenta la ocasión.

Pregunta 12: ¿Qué opinión merecen estas discusiones?. Esta se encuentra relacionada con las dos preguntas anteriores. La tabla 22 contiene las opiniones respecto a las discusiones, las cuales tienden a ser de ayuda al estudiante en la corrección de errores, las restantes opiniones van dirigidas a señalar que las discusiones son de beneficio a la comunidad.

TABLA 22.

Frecuencia y porcentaje de las opiniones que merecen las discusiones entre supervisores y estudiantes.

Frecuencia	Porcentaje	Opiniones
17	42.5	No respondieron
17	42.5	Buenas para corregir errores, salir de dudas para aprender en beneficio al estudiante.
4	10.0	De beneficio al paciente y a la comunidad.

Pregunta 13: Esta pregunta buscó información sobre la acción médica. Indagó si el estudiante había participado en la integración de la comunidad. A esta pregunta el 90% de los estudiantes contestaron que no, un 5% que si y un 5% no respondió. O sea, no hubo participación de estudiantes para reunir la comunidad.

Pregunta 14: ¿Ha promovido actividades educativas sobre salud en la comunidad? ¿Qué tema cubrió?. El 52.5% de los estudiantes contestó que no, el 42.5% contestó que si, y el 5% no respondió. Se observa que fué mayor el número de estudiantes que no participaron en las actividades educativas en la comunidad. Las respuestas a la segunda parte de la pregunta aparecen en la tabla 23. Se puede ver que aunque el 42.5% indicó que había realizado educación a la comunidad, -

sólo el 37.5% dijo cuáles eran los temas tratados. De los temas educativos a la comunidad de mayor frecuencia, parece ser el de información sobre higiene y parasitosis, más planificación familiar.

TABLA 23.

Frecuencia y porcentos de los temas de educación a la comunidad.

Frecuencia	Porciento	T e m a
25	62.5	No respondieron.
10	25.0	Medidas higiénicas y parasitosis.
4	10.0	Planificación Familiar.
1	2.5	Pláticas sobre tránsito.

Pregunta 15: ¿Discute usted los problemas de la comunidad con sus supervisores? A esta pregunta el 70% de los estudiantes contestaron que si, el 27.5% que no y 2.5% no respondió a la pregunta. Es de notar que dos terceras partes de los estudiantes discutían el problema de la comunidad con los supervisores.

Pregunta 16: ¿Participa la comunidad en la discusión o planificación de los programas de salud comunitaria?. ¿En qué manera?. Las respuestas señalan que el 67.5% de los estudiantes contestaron que no, el 20% que si, y un 12.5% no respondió. El 20% de los estudiantes que contestaron que si, tenían que indicar de que manera. De éstos, el 10% contestó que pidiendo opinión de éstos en junta con ellos; el 5% de los estudiantes contestaron que a nivel individual cuando iban como paciente y el 5% restante señalo que a las personas en la comunidad no les interesa.

Pregunta 17: ¿En qué encuesta sobre la comunidad ha trabajado en el centro de

salud? ¿En qué medida?

Se encontró que el 42.5% de los estudiantes no respondieron, el 37.5% señaló que en ninguna encuesta y el 20% o sea, 8 estudiantes, hicieron una encuesta sobre detención oportuna del cáncer y sobre planificación familiar. Con esta pregunta se termina la información a recopilar sobre la acción médica realizada por los estudiantes de la Facultad de Medicina de Matamoros.

La próxima variable para la cuál se presentarán los resultados obtenidos es: la percepción del estudiante como profesional, del médico, de la comunidad relación médico-paciente y del PMC. Para esta variable se realizaron once preguntas para obtener la información necesaria. Estas preguntas se presentan a continuación con sus respectivas respuestas.

Pregunta 1: Yo quisiera ser un médico... Las respuestas categorizadas a esta oración incompleta se encuentran en la tabla 24. En ella se puede observar que

TABLA 24

Frecuencia y Porcientos de las respuestas del médico que quisiera ser

Frecuencia	Porciento	Respuestas
13	32.5	Sobresaliente, imminente, acertado, grande
11	27.5	Humanitario, comprensivo, equitativo
7	17.5	Especialista (ginecólogo, cardiólogo, etc.)
5	12.5	Responsable, honesto
4	10.0	No respondieron

una tercera parte de los estudiantes, quisieran ser médicos de cualidades distintas como iminentes, grandes. Otra tercera parte se percibe queriendo ser más humano y comprensivo. La parte restante respondió con la especialidad -- que pueden tener y con cualidades de honestidad y responsabilidad.

Con esta información se hizo una comparación entre las respuestas a esta pregunta y el sexo de los estudiantes. Esta información aparece en la tabla 25. Se puede

TABLA 25

Comparación de respuestas a la pregunta: ¿Quisiera ser un médico... y el sexo de los estudiantes.

Frecuencia % de línea	No res- pondie- ron	Especia- lidad	Adj. de inminen- te gran- de	Adj. de humano compren- sivo	Respon- sable	T o t a l L í n e a
masculino (sexo)	3 11.1	4 14.3	9 33.3	8 29.6	3 11.1	27 67.5
femenino (sexo)	1 7.7	3 23.1	4 30.8	3 23.1	2 15.4	13 32.5
total columna	4 10.0	7 17.5	13 32.5	11 27.5	5 12.5	40 100

observar que entre el sexo se mantuvo un porcentaje proporcional entre las respuestas a la oración incompleta. Se obtuvo una chi cuadrada de .7278 con 4 - grados de libertad que no es significativa al .05 de significancia.

Pregunta 2: Los médicos que yo conozco son... (oración incompleta). Las -- respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 26.

TABLA 26

Frecuencia y Porcentaje de las respuestas a la oración incompleta: ¿Los médicos que yo conozco son...

Frecuencia	Porcentaje	Respuestas
18	45.0	Buenos médicos, eficientes, buenas personas
12	30.0	No respondieron
4	10.0	Malos
3	7.5	Médicos generales o especialistas
3	7.5	Materialistas

Se puede ver en esta tabla que el adjetivo más utilizado fue bueno, el 30% de los estudiantes se abstuvo de responder sólo 17.5% utilizó adjetivos como malos o materialistas para describir los médicos que conocían.

Este reactivo se cruzó o se comparó con sexo y con edad, ambas variables fijas. La respuesta más frecuente se mantiene consecuente tanto en ambos sexos como en las diferentes edades.

Pregunta 3: Los médicos especialistas son... (oración incompleta) En la tabla 27 se encuentran las respuestas.

Se puede observar que en este reactivo, igual que

TABLA 27

Frecuencia y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿Los médicos especialistas son...

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a
21	52.5	Buenos médicos por su especialidad
3	20.0	No respondieron
7	17.5	Médicos poco alejados de la medicina general
2	5.0	Malos, ineficientes
2	5.0	Regulares

el anterior, tiende a ser respondido en forma similar, o sea, utilizado el adjetivo de bueno y eficiente como la respuesta más frecuente, aunque bajo el porcentaje de las personas que se abstuvieron. Es observable que el 17.5% señala que son médicos especialistas están alejados de la medicina general.

Esta pregunta también se cruzó con sexo y edad observándose que se mantiene la respuesta más frecuente, consistentemente a través de ambos, femenino y masculino y las diferentes edades.

Pregunta 4: Los médicos que se dedican a la medicina comunitaria deberían ser... Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 28. Se puede ver que una tercera parte de los estudiantes, vuelven a utilizar el adjetivo, buenos médicos, aunque en este reactivo otra tercera parte de los estudiantes señalaron que los médicos comunitarios deberían ser más concientes de lo importante y necesario de su carrera, y concientes de prevenir

TABLA 28

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: Los médicos que se dedican a la medicina comunitaria deberían ser...

Frecuencia	Porcentaje	R e s p u e s t a s
14	35.0	Buenos médicos
12	30.0	Conciente de lo importante y necesario que son -- los médicos en la comunidad
8	20.0	Médicos generales
5	12.5	No respondieron
1	2.5	Saben enseñar mejor

Las respuestas restantes señalan que son médicos generales y que saben enseñar. En esta pregunta hubieron menos abstenciones.

Este reactivo se cruzó o se comparó con las colonias donde prefirieron los estudiantes haber hecho las prácticas. Los resultados de esta comparación se encuentran en la tabla 29.

Podemos ver que dependiendo de donde realizaron la práctica surge un mayor porcentaje de apoyo a la respuesta: así el 57.1% que practicaron en el Centro Comunitario Uniones, responde, en mayoría, conciente de la carrera de medicina comunitario. El 66.7% que practicaron en el Centro Santa Adelaida, respondió "buenos médicos". El 60% de los que practicaron en el Centro Treviño Zapata y el 42.9% de los que hicieron su práctica en el Centro Las Blancas, respondieron "médicos generales".

**TABLA 29**

Comparación de los estudiantes que respondieron a la oración incompleta: "Los médicos de medicina comunitaria deberían ser..." y las colonias o centros - donde hicieron la práctica.

Frecuencia % de línea	No respondieron	Médicos Grales.	Buenos médicos	Concientes de la carrera	Enseñar mejor	Total
No respondieron	1 33.3	1 33.3	0 0	1 33.3	0 0	3 7.5
Centros Uniones	1 14.3	0 0	1 14.3	4 57.1	1 14.3	7 17.5
Santa Adelaida	0 0	1 8.3	8 66.7	3 25.0	0 0	12 30.0
Treviño Zapata	0 0	3 60.0	2 40.0	0 0	0 0	5 12.5
Las Blancas	0 0	3 42.9	2 28.6	2 28.6	0 0	7 17.5
20 de Noviembre	3 50.0	0 0	1 16.7	2 33.3	0 0	6 15.0

También se hizo una comparación de la pregunta anterior con la variable sexo. Los resultados obtenidos señalaban que las respuestas más frecuentes se mantuvieron proporcionalmente constantes en ambos sexos.

Pregunta 5: Los mejores médicos son aquellos...

Esta fue otra oración incompleta que busca información sobre la percepción del estudiante. Las respuestas a este reactivo se encuentran en la tabla 30.

TABLA 30

Frecuencias y Porcentajes de las respuestas a la oración incompleta: "Los mejores médicos son aquellos..."

Frecuencia	Porcentaje	R e s p u e s t a
12	30.0	Ayudan al paciente, le dan comprensión, son más humanos
11	27.5	Fundamentan el diagnóstico, observan al paciente como un todo físico biológico
7	17.5	Tienen amor a su profesión
3	7.5	Se dedican a la comunidad, a estudiarla; dan ayuda
3	7.5	Curan la enfermedad
4	10.0	No respondieron

Una tercera parte de los estudiantes considera a un buen médico aquel que dá en forma humanitaria, otra tercera parte adopta posiciones más objetivos al señalar que el servicio médico debe estar fundamentado por un diagnóstico integrado. El restante de la población estudiantil considera un buen médico aquel -- que tiene amor a su profesión o se dedica a la comunidad y curan la enfermedad.

Pregunta 6: Un médico que desea ser aceptado en una comunidad debería...

Esta oración incompleta busca información sobre que clase de médico se necesita en la comunidad. Las respuestas a esta oración aparecen en la tabla 31. Veamos en la tabla 31 que la mitad de los estudiantes respondieron que para ser aceptado en la comunidad, debe de conocer y entender la misma; además debe ser amable y conciente del papel que ha de desempeñar en la comunidad.

TABLA 31

Frecuencias y Porcientos de las respuestas al reactivo que busca que debería hacer un médico que desea ser aceptado en la comunidad.

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a s
20	50.0	Entender a la comunidad, compenetrarse en los problemas de la comunidad, conocerlas
8	20.0	Ser amable, ser agradable, bueno, ser sencillo
5	12.5	Conciente del papel que desempeña
3	7.5	No respondieron
2	5.0	Ser activo y entusiasta
2	5.0	Solicitarlo exclusivamente

Para buscar si existía alguna relación entre sexo, edad del estudiante, colonia y las respuestas al reactivo sobre aceptación en la comunidad, se realizaron una serie de cruces estadísticas.

En éstos se observa que las respuestas al reactivo sobre aceptación, se mantienen constantes a través de todas las colonias donde los estudiantes hicieron su práctica, así como a través de todas las edades de los mismos.

Se observa que donde las respuestas más frecuentes cambian, es en la variable sexo. Las respuestas al cruce entre sexo y las respuestas a la pregunta sobre aceptación a la comunidad aparecen en la tabla 32. Se puede observar en esta tabla que el sexo femenino responde en mayor porciento con la contestación de comprensión y entendimiento de la comunidad para ser aceptada, que el sexo masculino.

TABLA 32

Cruce estadístico entre sexo de los estudiantes y las respuestas al reactivo sobre que debería hacer un médico para ser aceptado en la comunidad

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	Conciente del papel que desem- peña	Entender y comprender la comuni- dad	Portarse - amable	Ser acti- vo	Pedirlo ex- clusivamen- te	T o t a l
Masculino (Sexo)	2 7.4	4 14.8	12 44.4	6 22.2	1 3.7	2 7.4	27 67.5
Femenino (Sexo)	1 7.7	1 7.7	8 61.5	2 15.4	1 7.7	0 0	13 32.5
Total de la columna	3 7.3	5 12.5	20 50.0	8 20.0	2 5.0	2 5.0	40 100

Pregunta 7: El médico que dice que cosa hacer y como hacerlo, hará que la gente... Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 33.

TABLA 33

Frecuencias y Porcientos de la respuesta al reactivo: "El médico que dice que cosa hacer y como hacerlo, hará que la gente..."

Frecuencia	Porcentaje	R e s p u e s t a
12	30.0	Lo acepten, lo quieran, lo aprecien y le sigan las instrucciones
10	25.0	Le tengan más confianza
5	12.5	Lo acepten y le tengan más confianza
4	10.0	Cambie y sea mejor
3	7.5	No respondieron
2	5.0	No le tengan confianza
2	5.0	Mejore la salud
2	5.0	Reaccione en diferentes maneras dependiendo de la situación

En esta tabla, el 67.5 de los estudiantes respondieron que el médico será - - aceptado, querido, le seguirán las instrucciones y le tendrán más confianza. El restante de las contestaciones señalaron que en casos se logrará un cambio, mejore su salud, reaccione diferente dependiendo de la situación o no le tengan confianza.

Se hicieron varias comparaciones entre sexo, edad y colonias donde practicaban los estudiantes, y el reactivo sobre el médico que dice que cosa hacer y como hacerlo.

TABLA 34

Comparación entre la variable sexo y las respuestas al reactivo "El médico que dice que cosa - hacer y como hacerlo hará que la gente..."

Frecuencia % de línea	No respondieron	Lo acepten y quieran	Le tengan más confianza	Lo quieran y tengan más confianza	No le tengan confianza	Mejore la salud	Cambie y sea mejor	Reacción depende de la situación	Total línea
Sexo	2	10	9	4	1	1	0	0	27
Masculino	7.4	37.0	33.3	14.8	3.7	3.7	0	0	67.5
Femenino	1	2	1	1	1	1	4	2	13
	7.7	15.4	7.7	7.7	7.7	7.7	30.8	15.4	32.5
Total	3	12	10	5	2	2	4	2	40
Columna	7.5	30.0	25.0	12.5	5.0	5.0	10.0	5.0	100

Para observar estos resultados se construyó la tabla 34. Vemos en esta tabla que aunque el sexo femenino es una tercer parte de la población, solamente al rededor del 30% respondió al reactivo más en forma de cambio para mejor o que reaccione diferente frente a lo que el médico dice dependiendo de la situación.

Pregunta 8: "De haber una emergencia, las personas de una comunidad necesitarían un médico... Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 35.

TABLA 35

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: "De haber una emergencia, las personas de una comunidad necesitarían un médico..."

Frecuencia	Por ciento	R e s p u e s t a
11	27.5	Médico competente, con valor, <u>pre</u> parado y capaz
9	22.5	Médico general internista
9	22.5	No respondieron o no entendieron la pregunta
6	15.0	Dispuesto a ayudar sin paga
2	5.0	Personas de enfermería, equipo y colaboración de la comunidad
2	5.0	Médico de tiempo completo

En esta tabla se puede ver que una tercera parte de los estudiantes respondieron que se necesitaría un médico rápido y competente. Una cuarta parte de ellos respondió que debería ser un médico general, aunque se observa que el 22.5% no respondió o no entendió la pregunta. Las respuestas restantes señalaban que debería ser un médico dispuesto a ayudar.

Para observar estos resultados se construyó la tabla 34. Vemos en esta tabla que aunque el sexo femenino es una tercer parte de la población, solamente al rededor del 30% respondió al reactivo más en forma de cambio para mejor o que reaccione diferente frente a lo que el médico dice dependiendo de la situación.

Pregunta 8: "De haber una emergencia, las personas de una comunidad necesitarán un médico... Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 35.

TABLA 35

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: "De haber una emergencia, las personas de una comunidad necesitarían un médico..."

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a
11	27.5	Médico competente, con valor, preparado y capaz
9	22.5	Médico general internista
9	22.5	No respondieron o no entendieron la pregunta
6	15.0	Dispuesto a ayudar sin paga
2	5.0	Personas de enfermería, equipo y colaboración de la comunidad
2	5.0	Médico de tiempo completo

En esta tabla se puede ver que una tercera parte de los estudiantes respondieron que se necesitaría un médico rápido y competente. Una cuarta parte de ellos respondió que debería ser un médico general, aunque se observa que el 22.5% no respondió o no entendió la pregunta. Las respuestas restantes señalaban que debería ser un médico dispuesto a ayudar.

Para saber como el estudiante percibía la comunidad que atendió, se administró un diferencial semántico donde se colocan dos adjetivos; uno positivo y uno negativo para que el estudiante seleccionara uno de ellos o intermedio. Los resultados a la pregunta 9A, se irían presentando en términos de como se percibió la comunidad. El diferencial semántico constaba de 15 pares de adjetivos que se numeran con letras a continuación.

Pregunta 9A: La comunidad que atiende es perezosa o trabajadora. Las respuestas están en la tabla 36.

TABLA 36

Frecuencias y Porcientos de como clasificó la comunidad; perezosa o trabajadora.

Frecuencia	Porcentaje	Respuestas
15	37.5	Trabajadora
11	27.5	Intermedio
8	20.0	No respondió
6	15.0	Perezosa

En ésta se observa que una tercera parte de los estudiantes percibió la comunidad que atendió trabajadora. Luego, fue percibida entre perezosa y trabajadora y solamente 15% respondió perezosa. Una cuarta parte de los estudiantes no respondieron

Se compararon las respuestas arriba presentadas con los centros comunitarios donde habían hecho la práctica los estudiantes. Estos resultados aparecen en la tabla 37.

TABLA 37

Comparación de las respuestas de como clasificó la comunidad perezosa y trabajadora, y la variable centro comunitario que atendió.

Frecuencia % de línea	No respondieron	Perezosa	Trabajadora	Intermedia	T o t a l
No respondieron	1 33.3	1 33.3	1 33.3	0 0	3 7.5
Centro Uniones	2 28.6	2 28.6	1 14.3	2 28.6	12 17.5
Santa Adelaida	2 16.7	2 16.7	6 50.0	2 16.7	12 30.0
Treviño Zapata	1 20.0	0 0	2 40.0	2 40.0	5 12.5
Las Blancas	0 0	0 0	4 57.1	3 42.9	7 17.5
Total Columna	8 20.0	6 15.0	15 37.5	11 27.5	40 100.0

En ella vemos que la única comunidad que fue percibida más perezosa que trabajadora fue la del Centro Uniones. La que fue percibida intermedia, o sea, ni trabajadora ni perezosa, fue la del Centro 20 de Noviembre.

Pregunta 9B: ¿La comunidad que atiende es educada o grosera? Se recopilaron las respuestas a este reactivo en la tabla 38.

TABLA 38

Frecuencias y Porcientos de como clasificó la comunidad; educada-grosera.

Frecuencia	Por ciento	Respuestas
19	47.5	Educada
12	30.0	No respondieron
7	17.5	Intermedio
2	5.0	Grosera

Se puede notar que alrededor de la mitad de los estudiantes perciben a las comunidades educadas y muy pocas las perciben groseras; aunque alrededor de una tercera parte de los estudiantes se abstuvieron de responder al reactivo.

Se compararon las respuestas arriba presentadas y los centros comunitarios a los cuales los estudiantes habían atendido. Se observó que se mantiene la -- percepción de una comunidad educada a través de todos los centros comunitarios atendidos

Pregunta 9C: ¿La comunidad que atiendo es amable o descortés? Las respuestas a esta pregunta se encuentran en la tabla 39.

TABLA 39

Frecuencias y Porcientos a la respuesta del reactivo, la comunidad que atiendo es amable o descortés.

Frecuencia	Por ciento	Respuestas
30	75.0	Amable
6	15.0	No respondieron
3	7.5	Intermedia
1	2.5	Descortés

En esta tabla se puede ver que 3/4 partes de los estudiantes respondieron que la comunidad atendida fue amable, solamente el 2.5% señaló que la comunidad -- era descortés y 7.5% intermedia.

Se hizo una comparación entre las respuestas anteriormente presentadas y los centros comunitarios asistidos por los estudiantes. En la comparación se mantiene la respuesta de amable a través de todos los centros en colonias, o sea, todos los centros comunitarios en las colonias fueron recibidos con amabilidad.

Pregunta 9D: ¿La comunidad que atiendo es activa o pasiva. Las contestaciones se colocaron en la tabla 40.

TABLA 40

Frecuencia y Porcentaje de las respuestas al reactivo, la comunidad que atiendo es pasiva o activa.

Frecuencia	Porcentaje	Respuesta
19	47.5	Pasiva
13	32.5	Activa
4	10.0	Intermedio
4	10.0	No respondieron

En ella se puede observar que alrededor de la mitad de los estudiantes indicaron que las colonias eran pasivas y una tercera parte señalaron que eran activas. Un grupo muy pequeño no contestó o respondió intermedia, o sea, ni activo ni pasivo.

Se hizo una comparación entre las respuestas antes mencionadas y los centros comunitarios asistidos por los estudiantes. Estas respuestas fueron colocadas en la tabla 41.

TABLA 41

Compatación entre las respuestas a la pregunta: ¿La comunidad que atiende es pasiva o activa? y las colonias, a las cuales atendieron los estudiantes.

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	Activa	Pasiva	Interme- dia	T o t a l
No respondi- eron	0 0.0	1 33.3	2 66.7	0 0.0	3 7.5
Centro Uniones	1 14.3	0 0.0	4 57.1	2 28.6	7 17.5
Santa Adelaida	2 16.7	5 41.7	4 33.3	1 8.3	12 30.0
Treviño Zapata	0 0.0	1 20.0	3 60.0	1 20.0	5 12.5
Las Blancas	0 0.0	6 85.7	1 14.3	0 0.0	7 17.5
20 de Noviembre	1 16.7	0 0.0	5 83.3	0 0.0	6 15.0
Total Columna	4 10.0	13 32.5	19 47.5	4 10.0	40 100.0

Hubieron centros comunitarios en los cuales sus comunidades fueron percibidas más activas que pasivas como el Ejido Santa Adelaida y Las Blancas. Por el contrario, las colonias Uniones, Treviño Zapata y 20 de Noviembre fueron percibidas más pasivas.

Pregunta 9E: ¿La comunidad que atiende es apática o emprendedora. Las respuestas fueron recopiladas en la tabla 42

TABLA 42

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta, la comunidad que atiende es apática o emprendedora

Frecuencia	Porciento	Respuesta
12	30.0	Apática
10	25.0	No respondieron
9	22.5	Intermedia
9	22.5	Emprendedora

Se observa en esta tabla que una tercera parte de los estudiantes percibieron las comunidades apáticas, una cuarta parte no respondió, otra la consideró intermedia o emprendedora.

Se hizo una comparación entre las comunidades a las cuales asistieron los estudiantes y las respuestas anteriores. La comparación se encuentra en la tabla 43.

En esta tabla se puede ver que hubieron comunidades que fueron consideradas emprendedoras, como el Ejido Santa Adelaida, Las Blancas y la Colonia Treviño Zapata. Las colonias 20 de Noviembre y Uniones, fueron consideradas apáticas aunque en esta última, los estudiantes respondieron con mayor frecuencia intermedia.

TABLA 43.

Comparación entre las comunidades y las respuestas a la pregunta, ¿la comunidad que atiende es apática o emprendedora?.

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	Apática	Emprendedora	Intermedia	T o t a l
No respon- dieron	1 33.3	1 33.3	0 0.0	1 33.3	3 7.5
Centros COMM. Uniones	2 28.6	2 28.6	0 0.0	3 42.9	7 17.5
Santa Adelaida	4 33.3	3 25.0	4 33.3	1 8.3	12 30.0
Treviño Zapata	1 20.0	1 20.0	2 40.0	1 20.0	5 12.5
Las Blancas	1 14.3	0 0.0	3 42.9	3 42.9	7 17.5
20 de Noviembre	1 16.7	5 83.3	0 0.0	0 0.0	6 15.0
Total Columna	10 25.0	12 30.0	9 22.5	9 22.5	40 100.0

Pregunta 9 F: La comunidad que atiende es agradecida o desagradecida. Las contestaciones a este reactivo se colocaron en la tabla 44. En ésta, las tres cuartas partes de los estudiantes señalaron que la comunidad que habían atendido - fué agradecida. Las respuestas restantes, en su mayoría, fueron no respondió - o intermedia o desagradecida.

TABLA 44.

Frecuencia y porcentaje de las respuestas al reactivo: la comunidad que atendió es agradecida o desagradecida.

Frecuencia	Porcentaje	R e s p u e s t a s
31	77.5	Agradecida
5	12.5	No respondieron
2	5.0	Intermedia
2	5.0	Desagradecida

Se compararon las respuestas anteriores con los centros comunitarios donde los estudiantes practicaron. Se encontró que todas las comunidades donde se encuentran los centros comunitarios son considerados agradecidos.

Pregunta 9 G: La comunidad que atendió es comprometida o indiferente. Las contestaciones a esta pregunta se colocaron en la tabla 45. En esta tabla vimos - que un poco mas de una tercera parte de los estudiantes, consideraron las comunidades atendidas como comprometidas, aunque alrededor de una tercera parte de los estudiantes no respondieron. La tercera parte restante respondieron que -- las comunidades eran intermedias o indiferentes.

TABLA 45.

Frecuencia y porcentajes de las respuestas a la pregunta: la comunidad que atendió es comprometida o indiferente.

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a s
15	37.5	Comprometida
11	27.5	No respondieron
7	17.5	Intermedia
7	17.5	Indiferente

Se compararon las respuestas anteriores con los centros comunitarios donde - - hicieron su práctica los estudiantes. Se encontró que la respuesta más frecuente, o sea, una comunidad comprometida, se mantiene a través de todos los centros comunitarios.

Pregunta 9 H: La comunidad que atendió es buena o mala. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 46. En esta tabla se puede ver que los estudiantes, en un poco más de 60% señalaron que la comunidad atendida fué buena.- Las respuestas restantes consideran la comunidad intermedia, o sea, ni buena - ni mala y un 17.5% de estudiantes no respondieron.

TABLA 46.

Frecuencias y porcentos de las respuestas a la pregunta: la comunidad que - - atendió es buena o mala.

Frecuencia	Porcientos	R e s p u e s t a
27	67.5	Buena
7	17.5	No respondieron
6	15.0	Intermedio
0	0.0	Mala

Pregunta 9 I: La comunidad que atendió comprende indicaciones o no comprende indicaciones. Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 47. En esta tabla se puede ver que alrededor de la mitad de los estudiantes señalan que -- las comunidades comprenden indicaciones aunque una cuarta parte de ellos no -- respondieron. El restante de las respuestas muestran que las comunidades no -- comprenden indicaciones o están entre la comprensión y la no comprensión de in- dicaciones.

TABLA 47.

Frecuencias y porcentos de las respuestas a la pregunta: la comunidad que -- atendió comprende indicaciones o no comprende indicaciones.

Frecuencia	Porcientos	R e s p u e s t a s
19	47.5	Comprende indicaciones
10	25.0	No respondieron
7	17.5	Intermedia
4	10.0	No comprende indicaciones

Se hizo una comparación entre las respuestas anteriores y los centros comunitarios que fueron atendidos por los estudiantes. Los resultados aparecen en la tabla 48. En ésta se puede ver que la mayoría de los estudiantes que señalan -- que las comunidades comprenden indicaciones, se mantiene a través de los cen- tros comunitarios de Santa Adelaida, Treviño Zapata, Las Blancas y 20 de No- -- viembre, aunque en ésta última el 66.7% de los estudiantes que asistieron a -- este centro comunitario se abtuvo de responder. También se puede ver que el -- centro comunitario Uniones fué considerado intermedio aunque con más tendencia a no comprender indicaciones.

TABLA 48

Comparación entre las respuestas a la pregunta: la comunidad que atiende comprende o no comprende indicaciones y los centros comunitarios atendidos por los estudiantes.

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	Comprende Indicacio- nes	No comprende indicaciones	Intermedio	T o t a l
No respon- dieron	1 33.3	0 0.0	1 33.3	1 33.3	3 7.5
Centros COMM Uniones	1 14.3	1 14.3	2 28.6	3 42.9	7 17.5
Santa Adelaida	3 25.0	6 50.0	1 3.3	2 16.7	12 30.0
Treviño Zapata	0 0.0	4 80.0	0 0.0	1 20.0	5 12.5
Las Blancas	1 14.3	6 85.7	0 0.0	0 0.0	7 17.5
20 de Noviembre	4 66.7	2 33.3	0 0.0	0 0.0	6 15.0
Total Columna	10 25.0	19 47.5	4 10.0	7 17.5	40 100.0

Pregunta 9 J: La comunidad que atiende es inteligente o poco inteligente. Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 49. En ella se puede ver que una tercera parte de los estudiantes consideró a las comunidades intermedias, o sea, las comunidades no eran ni inteligentes ni poco inteligentes. La otra tercera parte de los estudiantes respondieron que las comunidades que atendieron eran inteligentes. La tercera parte restante, o sea, el 22.5% no respon-

dió, y sólo un 10% respondió poco inteligente.

TABLA 49.

Frecuencias y porcentos de respuestas a la pregunta: la comunidad que atiende es inteligente o poco inteligente.

Frecuencia	Porcentaje	R e s p u e s t a s
14	35.0	Intermedia
13	32.5	Inteligentes
9	22.5	No respondieron
4	10.0	Poco inteligente

Pregunta 9 K: La comunidad que atiende es organizada o desorganizada. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 50. En esta tabla se puede -- ver que un poco menos de la mitad de los estudiantes repondieron que las comunidades a las que asistieron eran desorganizadas; menos de una cuarta parte no respondieron; otra cuarta parte señaló que las comunidades eran organizadas y la cuarta parte restante contestó que era intermedia, o sea, ni organizada ni desorganizada.

TABLA 50

Frecuencias y respuestas al reactivo: la comunidad que atiende es organizada o desorganizada.

Frecuencia	Porcentaje	R e s p u e s t a
16	40.0	Desorganizada
8	20.0	No respondieron
8	20.0	Organizada
8	20.0	Intermedia

Se hizo una comparación entre los estudiantes que respondieron a la pregunta anterior y el centro comunitario que habían atendido. El cruce entre ambas variables aparece en la tabla 51.

TABLA 51

Comparación entre las respuestas a la pregunta: ¿La comunidad que atiendo es organizada o desorganizada y los centros comunitarios atendidos por los estudiantes.

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	Organiza- da	No organi- zada	Interme- dio	T o t a l
No respon- dieron	2 66.7	1 33.3	0 0.0	0 0.0	3 7.5
Uniones	2 28.6	2 28.6	1 14.3	2 28.6	7 17.5
Santa Adelaida	3 25.0	3 25.0	5 41.7	1 8.3	12 30.0
Treviño Zapata	0 0.0	1 20.0	3 60.0	1 20.0	5 12.5
Las Blancas	0 0.0	1 14.3	2 28.6	4 57.1	7 17.5
20 de Noviembre	1 16.7	0 0.0	5 83.3	0 0.0	6 15.0
Total Columna	8 20.0	8 20.0	16 40.0	8 20.0	40 100.0

Vemos que casi todas las comunidades son consideradas desorganizadas por los estudiantes que practicaron en los respectivos centros comunitarios. Solamente la comunidad del Centro Uniones es considerada como intermedia y organizada antes que desorganizada.

Pregunta 9L: ¿La comunidad que atiende es cooperadora o no cooperadora? Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 52.

TABLA 52

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿La comunidad que atiende es cooperadora o no cooperadora?

Frecuencia	Porcientos	Respuestas
24	60.0	Cooperadora
6	15.0	Intermedia
6	15.0	No respondieron
4	10.0	No cooperadora

En esta se puede ver que un poco mas de la mitad de los estudiantes indicaron que las comunidades atendidas eran cooperadoras: el 40% restantes se distribuye entre los que señalaron que las comunidades eran intermedias, no cooperadoras y los que no respondieron.

Se hizo una comparación entre los estudiantes que contestaron la pregunta anterior y los centros comunitarios a los cuales atendieron en su práctica. Se encontró que la respuesta de cooperación se mantuvo constante a través de todos los centros comunitarios.

Pregunta 9M: ¿La comunidad que atiende es política o apolítica; las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 53.

TABLA 53

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿La comunidad que atiende es política o apolítica?

Frecuencia	Porcientos	Respuestas
13	32.5	Apolítica
10	25.0	Política
9	22.5	No respondieron
8	20.0	Intermedia

En esta tabla, se puede observar que una tercera parte de los estudiantes indicaron que las comunidades eran apolíticas, una cuarta parte dijo que las comunidades eran políticas y las dos cuartas partes restantes, intermedia y no respondieron.

Se realizó una comparación entre los estudiantes que respondieron a la pregunta anterior y los centros comunitarios. Estos datos aparecen en la tabla 54.

**TABLA 54**

Comparación entre las respuestas de los estudiantes a la pregunta: ¿La comunidad que atiende es política o apolítica? y los centros comunitarios que atendieron.

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	Política	Apolíti- ca	Interme- media	T o t a l
No respon- dieron	2 66.7	1 33.3	0 0.0	0 0.0	3 7.5
Centros Com. Uniones	2 28.6	0 0.0	4 57.1	1 14.3	7 17.5
Santa Adelaida	3 25.0	5 41.7	3 25.0	1 8.3	12 30.0
Treviño Zapata	0 0.0	1 20.0	3 60.0	1 20.0	5 12.5
Las Blancas	1 14.3	0 0.0	1 14.3	5 71.4	7 17.5
20 de Noviembre	1 16.7	3 50.0	2 33.3	0 0.0	6 15.0
Total Columna	9 22.5	10 25.0	13 32.5	3 20.0	40 100.0

En esta tabla se puede ver que los estudiantes que atendieron los centros comunitarios de Uniones y Treviño Zapata señalaron que las comunidades eran apolíticas; los que practicaron en Santa Adelaida y 20 de Noviembre, indicaron que eran políticas. Las Blancas fue considerada como intermedia, ni política ni -apolítica.

Pregunta 9N: ¿La comunidad que atiende es alegre o triste. Las respuestas a este reactivo se colocaron en la tabla 55.

TABLA 55

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿La comunidad que -- atiende es alegre o triste?

Frecuencia	Porcientos	Respuestas
20	50.0	Alegre
8	20.0	No respondieron
7	17.5	Intermedia
5	12.5	Triste

En ésta se puede ver que la mitad de los estudiantes indicaron que las comunidades atendidas eran alegres; aunque alrededor de una cuarta parte no respondió, y la cuarta parte restante respondió entre intermedia y triste.

La serie de preguntas a continuación buscan información de como el estudiante de medicina percibe la relación médico paciente. Para esto se les presentó a los estudiantes un diferencial semántico que contaba de 3 pares de adjetivos; uno positivo y otro negativo para que señalaran que adjetivo describía mejor la relación médico-paciente. De no poder señalar ninguno de los dos, tenía la opción intermedia. Cada uno de los pares será indicado en una letra a continuación.

Pregunta 10A: ¿La relación médico-paciente es buena o mala? Las contestaciones a esta pregunta fueron casi unánime ya que el 92.5% de los estudiantes indicaron que la relación médico-paciente fue buena, el 5% no respondió y un 2.5% señaló que era intermedia.

Pregunta 10B: ¿La relación médico-paciente es agradable o desagradable? En respuesta a esta pregunta, el 82.5% de los estudiantes señaló que la relación médico-paciente había sido agradable y el 17.5% no respondió.

Pregunta 10C: ¿La relación médico-paciente es soportable o insoportable. En este reactivo, el 67.5% de los estudiantes respondieron que fue soportable, aunque el 27.5% se abstuvo de responder y el 5% señaló que fue intermedia.

Pregunta 10D: ¿La relación médico-paciente es calmada o nerviosa? Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 56.

TABLA 56

Frecuencias y porcentos de las respuestas a la pregunta: ¿La relación médico-paciente es calmada o nerviosa.

Frecuencia	Porcientos	Respuestas
20	50.0	Calmada
12	30.0	No respondieron
5	12.5	Nerviosa
3	7.5	Intermedia

Se puede ver en esta tabla que la mitad de los estudiantes señalaron que la relación médico-paciente fue calmada, aunque alrededor de una tercera parte se abstuvo de responder. Los estudiantes restantes señalaron que la relación médico-paciente fue nerviosa o intermedia.

Pregunta 10E: ¿La relación médico-paciente es cercana o lejana. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 57

TABLA 57

Frecuencias y porcentajes a la pregunta: ¿La relación médico-paciente es cercana o lejana.

Frecuencias	Porcientos	Respuestas
13	45.0	Cercana
13	32.5	No respondieron
6	15.0	Intermedio
3	7.5	Lejana

En esta se puede ver que un poco menos de la mitad de los estudiantes respondieron que la relación médico-paciente fue cercana, aunque una tercera parte de ellos se abstuvieron de responder. Los estudiantes contestaron al reactivo de forma intermedia y lejana en un menor grado.

Pregunta 10F: ¿La relación médico-paciente es superficial o profunda? Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 58.

TABLA 58

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿La relación médico-paciente es superficial o profunda.

Frecuencia	Porcientos	Respuestas
12	30.0	No respondieron
10	25.0	Superficial
9	22.5	Profunda
9	22.5	Intermedia

En esta tabla se puede notar que una tercera parte de los estudiantes no respondieron al reactivo, una cuarta parte de los estudiantes que fue superficial y otra que fue profunda y una última que era intermedia. No se observa mucha diferencia entre las respuestas de los estudiantes.

Pregunta 10G: ¿La relación médico-paciente es útil o inútil. El 67.5% de los estudiantes respondieron que la relación era útil, aunque se vuelve a ver que un 22.5% no respondieron y el 10.0% restante respondieron que era intermedia, o sea, ni útil ni inútil.

Pregunta 10G: ¿La relación médico-paciente es satisfactoria o insatisfactoria. También, a esta pregunta el 67.5% de los estudiantes respondieron satisfactoria, un 25.5% se abstuvo de responder y el 7.5% señaló que la relación médico-paciente era intermedia.

Igual que con la comunidad atendida y la relación médico-paciente, se construyó un diferencial semántico para buscar información de cómo los estudiantes -- percibían el programa de medicina comunitaria. Se construyó el diferencial semántico con 7 pares de adjetivos para que el estudiantes indicara cual de éstos, por separado, describía el programa de medicina comunitaria. A continuación se presentan los reactivos.

Pregunta 11A: ¿El programa de medicina comunitaria es cansado o descansado. - Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 59.

TABLA 59

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿El programa de medicina comunitaria es cansada o descansada.

Frecuencias	Porcientos	Respuestas
21	52.5	Descansada
10	25.0	No respondieron
7	17.5	Intermedia
2	5.0	Cansada

En ésta se puede ver que la mitad de los estudiantes contestaron que el PMC era descansado, una cuarta parte de éstos se abstuvieron de contestar y la otra cuarta parte respondieron entre intermedia y cansada.

Pregunta 11B: ¿El programa de medicina comunitaria es regular o irregular. Las respuestas aparecen en la tabla 60.

TABLA 60

Frecuencias y Porcientos a la pregunta: ¿El programa de medicina comunitaria es regular o irregular.

Frecuencias	Porcientos	Respuestas
24	60.0	Regular
7	17.5	No respondieron
5	12.5	Intermedia
4	10.0	Irregular

En ésta se puede observar que un poco más de la mitad de los estudiantes indicaron que el PMC era regular, un poco menos de la cuarta parte no contestó al reactivo y la cuarta parte restante respondió entre intermedia e irregular.

Pregunta 11C: ¿El programa de medicina comunitaria es productivo o improductivo? Las respuestas fueron colocadas en la tabla 61.

TABLA 61

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿El programa de medicina comunitaria es productivo o improductivo.

Frecuencias	Porcientos	Respuestas
29	72.5	Productivo
8	20.0	No respondieron
2	5.0	Intermedio
1	2.5	Improductivo

En esta tabla se puede observar que tres cuartas partes de los estudiantes contestaron que el PMC era productivo, un poco menos de una cuarta parte no respondió al reactivo y los estudiantes restantes, una minoría respondieron que el PMC era improductivo e intermedio.

Pregunta 11D: ¿El programa de medicina comunitaria es adecuado o inadecuado. Las contestaciones a esta pregunta se encuentran en la tabla 62.

TABLA 62

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿El programa de medicina comunitaria es adecuado o inadecuado.

Frecuencias	Porcientos	Respuestas
22	55.0	Adecuado
8	20.0	No respondieron
5	12.5	Inadecuado
5	12.5	Intermedio

Se puede ver en esta tabla que un poco más de la mitad de los estudiantes contestaron que el PMC era adecuado, un poco menos de una cuarta parte de los estudiantes no respondieron al reactivo y la cuarta parte restante respondió entre inadecuado e intermedia.

Pregunta 11E: ¿El programa de medicina comunitaria es planificado o improvisado. Las respuestas se colocaron en la tabla 63.

TABLA 63

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿El programa de medicina comunitaria es planificado o improvisado.

Frecuencias	Porcientos	Respuestas
15	37.5	Planificado
10	25.0	Intermedio
8	20.0	No respondieron
7	17.5	Improvisado

En ésta se puede ver que un poco más de una tercera parte de los estudiantes contestaron que el PMC era planificado, aunque se observa que una cuarta parte indica que era intermedio, o sea, ni improvisado ni planificado. Un poco menos de una cuarta parte de los estudiantes no contestaron y el restante señaló que el PMC era improvisado.

Pregunta 11F: ¿El programa de medicina comunitaria es necesario o innecesario. A esta pregunta el 85% de los estudiantes respondieron que el PMC era necesario. El 12.5% de los estudiantes no respondieron y un 2.5% indicó que era intermedio o sea, ni necesario ni innecesario.

Pregunta 11G: ¿El programa de medicina comunitaria es motivante o poco motivante. Las respuestas a esta pregunta se encuentran en la tabla 64.

TABLA 64

Frecuencias y Porcientos a la pregunta: ¿El programa de medicina comunitaria es motivante o poco motivante.

Frecuencia	Porciento	Respuestas
26	65.0	Motivante
7	17.5	No respondieron
6	15.0	Poco motivante
1	2.5	Intermedia

En ella se puede observar que más de la mitad de los estudiantes contestaron que el PMC es motivante, menos de una cuarta parte no respondió al reactivo y los estudiantes restantes respondieron entre poco motivantes e intermedio.

La cuarta parte de los resultados se dirigió a la identificación de los logros del PMC por los estudiantes.

Esta variable se refiere al conocimiento que identificaron los estudiantes en el programa de medicina comunitaria, el que a su vez les permitiría que dieran soluciones a los problemas de salud, así como una evaluación propia del PMC. La variable de conocimiento se midió en tres:

- 1) Conocimiento sobre causas de salud enfermedad
- 2) Soluciones a los problemas
- 3) Autoevaluación sobre el PMC

Para comenzar con los resultados de la cuarta variable, primero se presentarán las preguntas que buscaron información sobre conocimiento de los estudiantes. Estas consistieron en once preguntas que se presentan a continuación.

Pregunta 1: ¿Las principales causas de las enfermedades en la comunidad en que practiqué son... Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 65.

TABLA 65

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿Las principales causas de las enfermedades en la comunidad en que practiqué son...

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
24	60.0	Debido a la mala educación, higiene y alimentación; además problemas de drenaje, -pavimentación y aguas.
12	30.0	Debido a agentes bacteriales, parásitos, infecciones respiratorias y otras.
2	5.0	Debido a la mala educación, higiene y alimentación; además de causas bacteriales.
1	2.5	Falta de medicinas preventivas.
1	2.5	No respondieron

En esta se puede observar que un poco más de la mitad de los estudiantes respondieron que las causas de salud-enfermedad eran de índole educativa, higiénica, alimenticia, además de ecológica.

Una tercera parte de los estudiantes indicó que las bacterias, parásitos e infecciones son las causas de salud-enfermedad. Los estudiantes restantes respondieron que las causas de salud-enfermedad eran combinadas, o sea, tanto -- biológicas como socio-económicas y ecológicas, además de falta de medicina -- preventiva.

Pregunta 2: ¿Los problemas de las personas de las comunidades de Matamoros son? Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 66.

TABLA 66

Frecuencias y porcentos de las respuestas a la pregunta: ¿Los problemas de las personas en las comunidades de Matamoros son...

Frecuencias Porcientos		R e s p u e s t a s
8	20.0	Falta de recursos económicos, trabajo, mala alimentación, falta de higiene, falta de drenaje y limpieza de calles, pavimentación.
7	17.5	Falta de higiene, drenaje, limpieza de calles.
6	15.0	Económicos, falta de trabajo y mala alimentación
4	10.0	Falta de educación, cultura y apatía
4	10.0	Falta de asistencia médica más problemas económicos y de higiene.
4	10.0	Falta de recursos económicos y educación.
2	5.0	Delincuencia, drogadicción.
1	2.5	No respondieron

En esta tabla se puede ver que los estudiantes, en su totalidad, señalan como problemas de Matamoros cinco aspectos: Estos son: económico, ecológico, educativo, asistencia médica y social. De estos aspectos, el 72.5% de las respuestas de los estudiantes fueron de índole económica, educativa y ecológica. Solo una cuarta parte de las contestaciones sobre los problemas de Matamoros fueron social y de asistencia médica con algún otro aspecto( económico, educativo y ecológico).

Pregunta 3: ¿Las condiciones económicas afectan a... El 57.5% de los estudiantes respondieron a esta pregunta señalando que a todo el mundo, las comunidades, a todas las personas. El 40.0% de los estudiantes respondieron que a la clase pobre, clase baja de escasos recursos; solamente un 2.5% no respondió.

Pregunta 4: ¿Las condiciones que afectan más a los pobres son... Las respuestas a estas se encuentran en la tabla 67.

TABLA 67

Frecuencias y porcentos de la pregunta: ¿Las condiciones que afectan más a los pobres son...

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
9	22.5	Recursos económicos, mala alimentación, desempleo.
8	20.0	Recursos económicos, mala alimentación y falta de higiene, drenaje, calles, pavimentación, etc.
6	15.0	Falta de higiene, calles, drenaje, pavimentación, etc.
6	15.0	Falta de educación, higiene, calles, -- drenaje, recursos económicos.
4	10.0	Recursos económicos y educación.
3	7.5	Falta de educación.
2	5.0	Falta de asistencia (pública) médica.
1	2.5	Aumento de población
1	2.5	No respondieron

En ésta se puede observar que las respuestas fueron de cuatro formas: económicas, ecológicas, educativas y médico asistencial. El 57.5% de los estudiantes respondieron que eran económicas y ecológicas. Se observa también que el - - 32.5% señala que además de ser económico y ecológico es educativo. Los estudiantes restantes respondieron que era por falta de asistencia médica o crecimiento de la población.

Pregunta 5: ¿Considera que la formación política y económica de la comunidad - afecta el programa de medicina comunitaria? A esta pregunta, el 62.5% de los estudiantes contestaron que sí, que si afecta el PMC. Por lo contrario, el - 32.5% de los estudiantes respondieron que no afectaba; un 5% no respondió.

Pregunta 5B: ¿La política y la economía del país, afecta la salud-enfermedad? ¿Porqué? A la primera parte de la pregunta el 90% de los estudiantes respondió que sí, que la política y la economía afecta la salud-enfermedad; el 5% - respondió que no y el 5% restante no respondió.

Se hizo una comparación entre los estudiantes que respondieron a la pregunta anterior y el sexo. Se encontró que la respuesta más frecuente (si afecta), se mantuvo consistente para ambos sexos.

Las respuestas a la segunda parte de la pregunta se encuentran en la tabla 63. En ella se puede observar que un poco menos de la mitad de los estudiantes respondieron que la economía afecta a la clase desprovista de recursos; clase pobre.

Alrededor de una cuarta parte de los estudiantes señaló la política y presentaron críticas de negligencia, demagogia y exigencias que hay que hacer al régimen en poder. El 15.0% de los estudiantes señaló que las causas eran debido a agentes inherentes a una clase social (pobre) por su misma pobreza y el - - "stress" o angustia que sufren. Por último, un poco menos de una cuarta parte se abstuvo de responder a la segunda parte de la pregunta.

TABLA 68

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿Porqué la economía y política afectan a la salud-enfermedad.

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
18	45.0	La política ayuda a los de clase alta y no a los de clase baja trayendo detrimento en la salud de los últimos; no se distribuyen equitativamente los recursos, etc.
8	20.0	No respondieron
4	10.0	Políticamente hay que exigir derechos, si no, no se obtienen programas de salud
3	7.5	Por el constante "stress" que viven las personas
3	7.5	Cada régimen está enfocado a diferentes problemas
2	5.0	El pobre no acude al médico hasta que la enfermedad está avanzada
2	5.0	Política es pura demagogia

Pregunta 6: Esta pregunta tiene dos interrogantes: ¿Considera que las condiciones de trabajo afectan: (A) al agricultor en su salud. ¿Por qué? (B) al obrero en su salud? ¿Por qué? A la parte A de la pregunta el 90% de los estudiantes respondió que sí, que las condiciones de trabajo afectan la salud del agricultor, el 5% contestó que no afecta y el 5% de los estudiantes no respondió.

Las respuestas al por qué las condiciones de trabajo afectan al agricultor en su salud se encuentran en la tabla 69.

TABLA 69

Frecuencias y Porcientos de respuestas al por qué las condiciones de trabajo afectan la salud del agricultor.

Frecuencia	Porcientos	R e s p u e s t a s
17	42.5	Razones ecológicas, ambientales, calidad de aguas, -- plagas, etc.
11	27.5	Razones económicas, mala alimentación, mala vivienda, es <u>fu</u> erzo en el trabajo, trabajo primitivo, presentaciones, condiciones en que desempeña su trabajo.
7	17.5	No respondieron
3	7.5	Enfermedades propias del campo, gérmenes y enfermedades.
2	5.0	No tienen servicios de salud.

En ésta se puede ver que un poco menos de la mitad de los estudiantes respondió que por razones ecológicas de trabajo del agricultor, su salud era afectada. Alrededor de una tercera parte de los estudiantes respondió que la salud del agricultor era afectada por razones económicas. La cuarta parte restante señaló que las causas de enfermedad son propias del campo por falta de servicios. Además se observa que un grupo de estudiantes no respondió.

A la segunda parte de la interrogante 6, el 32.5% de los estudiantes respondió que sí, las condiciones de trabajo de los obreros afectaban su salud; el 12.5% contestó que no afectaban y un 5% no respondió a la pregunta.

Las respuestas al ¿Por qué? las condiciones de trabajo afectan la salud de los obreros se encuentran en la tabla 70.

TABLA 70

Frecuencias y Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿Por qué las condiciones de trabajo afectan la salud del obrero?

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
17	42.5	Condiciones económicas y de trabajo, mala alimentación, los explotan en el trabajo, etc.
12	30.0	Condiciones ambientales, higiénicas, tanto en la casa como en el trabajo, no hay seguridad.
8	20.0	No respondieron
3	7.5	Las fábricas dan servicio médico.

En esta tabla se nota que un poco menos de la mitad de los estudiantes respondió que las condiciones económicas, mala alimentación y explotación eran los porque las condiciones de trabajo afectan la salud del obrero. Una tercera parte respondió que eran causas higiénicas y ambientales, y un poco menos de una cuarta parte no respondió a la segunda parte de esta pregunta.

Se realizó una comparación entre los estudiantes que respondieron a la primera parte de la pregunta 6 (parte A) y la segunda parte de la pregunta 6, o sea, la parte B. Estos resultados se colocaron en la tabla 71, donde se puede ver que existe una correspondencia entre los estudiantes que respondieron que las razones económicas y ecológicas afectan al obrero al igual que al agricultor.

TABLA 71.

Comparación entre los estudiantes que respondieron por qué las condiciones de trabajo afectan la salud del agricultor y los estudiantes que respondieron por qué las condiciones de trabajo afectan a la salud del obrero.

Respuestas C.T. del Agricultor	Respuestas C.T. del Obrero				
Frecuencia % de línea % de columna	No respon dieron	Razones Económicas	Razones Ecológicas	Le dan servicio médico en las fábricas	Total
No respondi ron	7 100.0 87.5	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	7 17.5
Razones Ecológicas	1 5.9 12.5	5 29.4 29.4	10 53.8 83.3	1 5.9 33.3	17 42.5
Enfermedades propias del lugar	0 0.0 0.0	2 66.7 11.3	1 33.3 8.3	0 0.0 0.0	3 7.5
Razones Económicas	0 0.0 0.0	9 31.8 52.9	1 9.1 8.3	1 9.1 33.3	11 27.5
No tienen servicios médicos	0 0.0 0.0	1 50.0 5.9	0 0.0 0.0	1 50.0 33.3	2 5.0
Total Columna	8 20.0	17 42.5	12 30.0	3 7.5	40 100.0

Pregunta 7: ¿En su opinión, en la relación médico-pacientes, qué es más importante: la medicina curativa o la medicina preventiva?. A esta pregunta el 97.5 de los estudiantes respondió que lo más importante en la relación médico-paciente era la medicina preventiva, el 10% respondió que lo importante era la medicina preventiva y curativa y un 2.5% contestó que era la medicina curativa.

Pregunta 9: ¿Cuáles son los problemas de salud más frecuentes que se presentan en la comunidad?. Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 72. En esta tabla se puede ver que un poco menos de la mitad indicaron parasitosis, bronquitis y gastroenteritis como las enfermedades o problemas de salud más frecuentes en la comunidad. Un poco más de la tercera parte, además de señalar los problemas anteriores, añadieron la dermatitis y desnutrición. Por último, muy pocos estudiantes respondieron meramente infecciones o no respondieron a la pregunta.

TABLA 72.

Frecuencias y porcentos de los problemas de salud más frecuentes que presenta la comunidad.

Frecuencias	Porcientos	Problemas de Salud
19	47.5	Parasitosis, Bronquitis y Gastroenteritis
14	35.0	Todas las anteriores más - Dermatitis y desnutrición
3	7.5	No respondieron
3	7.5	Infecciones
1	2.5	Hipertensión

Pregunta 9: ¿Cuáles considera que sean las causas de la salud y la enfermedad?. Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 73. En ésta se puede obser

var que el 47.5% de las causas de la salud y la enfermedad, que respondieron - los estudiantes, la ecológica se encuentra entre las primeras acompañada de la educativa o económica o ambas. La segunda y tercera causa de salud y enferme-- dad que más señalaron los estudiantes fueron ambientales y educativas. Por úl-- timo, se señaló como causa el desequilibrio entre lo social y lo biológico, -- más falta de facilidades médicas.

TABLA 73.

Frecuencias y porcentos de las causas de salud-enfermedad, que respondieron - los estudiantes de medicina.

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
8	20.0	No respondieron
7	17.5	Económicas, (mala alimenta- ción, desnutrición, hacina- miento). Educativas y am- bientales (drenaje de calles, agua potable)
5	12.5	Económicas/Ambientales.
5	12.5	Económicas/Educativas.
5	12.5	Desequilibrio entre lo bio- lógico y lo social.
4	10.0	Educativa/ambiental/facili- dades médicas.
3	7.5	Ambientales
2	5.0	Educativa
1	2.5	Económica.

Se hizo una comparación entre las respuestas de los estudiantes a la pregunta sobre las causas de salud-enfermedad, y los centros comunitarios donde habían practicado. Se encontró que no había correspondencia entre los centros comuni-

tarios y las causas de salud-enfermedad mencionadas.

Pregunta 11: ¿Quién es el supervisor del Programa de Medicina Comunitaria?. -- Las respuestas se colocaron en la tabla 74. En ésta se puede observar que un poco menos de la mitad de los estudiantes no respondieron a la pregunta; menos de una cuarta parte de los estudiantes indicaron el nombre correcto del director o supervisor del PMC en el momento que ellos practicaron, menos aún, nombraron el actual director del PMC. Una cuarta parte dieron nombres de médicos que no eran ni habían sido supervisores del PMC.

TABLA 74.

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
17	42.5	No respondieron
3	20.0	Dr. Jorge Burguete Osorio
5	12.5	Ahora Dr. Barrera
4	10.0	Dr. Daniel Burguete
3	7.5	José Luis Cantú
3	7.5	Otros.

Las preguntas que siguen a continuación cubren las soluciones, las cuales son el segundo aspecto de la cuarta variable, conocimiento. Este segundo aspecto intenta presentar lo que se encontró en los estudiantes al pedirles soluciones a los diferentes problemas que ellos habían reconocido e identificado con sus causas. Este segundo aspecto consta de cuatro preguntas que se presentan a continuación.

Pregunta 12: Si yo fuera el director general de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, resolvería primero..... Las respuestas a esta oración incompleta

aparecen en la tabla 75. En ésta se puede ver que un poco más de la tercera -- parte de los estudiantes resolverían los problemas que afectan al ambiente y - que crean insalubridad. Una cuarta parte respondió que deberían crear facilidades médicas para las poblaciones marginadas. Menos de una cuarta parte pospondió que lo primero que arreglarían serían los problemas de salud a través de - la educación. Los estudiantes restantes señalaron que resolverían el mismo organismo público que dá servicios y asistencia al país (SSA). Otros no respondieron a la pregunta.

TABLA 75.

Frecuencias y porcentos de las respuestas al reactivo: Si yo fuera el director general de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, resolvería primero...

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
15	37.5	Problemas de falta de salu <u>bridad</u> en las comunidades o poblaciones como lo son: dre <u>naje</u> , calles, agua, desnutri <u>ción</u> .
9	22.5	Problemas de asistencia mé <u>dica</u> para las poblaciones rura <u>les</u> y marginadas.
7	17.5	Problemas de salud enfocando la educación: familiar, pla <u>nificación</u> familiar.
5	12.5	Funcionamiento adecuado del mismo, o sea, SSA.
4	10.0	No respondieron.

Se hizo una comparación entre los estudiantes que respondieron a la pregunta - anterior y su respectivo sexo. Estos resultados se colocaron en la tabla 76, - donde se observa que el sexo masculino respondió en mayor porciento, a resol--

ver primero los problemas de falta de salubridad a través del cambio de ambiente y segundo la asistencia médica. El sexo femenino contestó a la pregunta -- igual que el sexo masculino, aunque a diferencia del sexo contrario, resolvería la salud a través de la educación familiar.

TABLA 76.

Comparación entre las respuestas de los estudiantes a la pregunta: Si yo fuera director general del SSA, resolvería primero .....

Sexo	R e s p u e s t a s					
	Frecuencia % de línea % de columna	No respon dieron	Salud a través de la educación	Salubridad de las co- munidades	Asistencia Médica	Cambiar SSA
Masculino	2 7.4 50.0	4 14.8 57.1	9 33.3 60.0	8 29.6 88.9	4 14.8 90.0	27 67.5
Femenino	2 15.4 50.0	3 23.1 42.9	6 46.2 40.0	1 7.7 11.1	1 7.7 20.0	13 32.5
Total Columna	4 10.0	7 17.5	15 37.5	9 22.4	5 12.5	40 100.0

Pregunta 10:¿La solución para las enfermedades de los pobres es.....? Las respuestas a esta pregunta fueron colocadas en la tabla 77. Se observa en ella -- que al sumar su porcentaje de ocurrencia, como primera solución, el 60% de los estudiantes respondió que educación, como segunda solución en menor grado, respondieron que la economía y como tercera solución para la enfermedad de los pobres, las facilidades médicas.

TABLA 77.

Frecuencias y porcentos de las soluciones para las enfermedades de los pobres que respondieron los estudiantes de medicina.

Frecuencias	Por ciento	S o l u c i o n e s
12	30.0	Educación higiénica, programas de educación, medicina preventiva.
12	30.0	Soluciones económicas, vivienda, trabajo, nutrición y educación higiénica
10	25.0	Facilidades médicas, prevención medicina comunitaria.
3	7.5	Soluciones económicas.
2	5.0	Soluciones económicas y facilidades médicas.
1	2.5	No respondieron

Se hizo una comparación entre la pregunta que exploró la información sobre las condiciones que afectan más a los pobres y la pregunta anterior. Estos resultados se colocaron en la tabla 78. (se encuentra en la página 144). En ésta se puede observar que las condiciones que afectan a los pobres señaladas por los estudiantes, no corresponden a las respuestas que éstos dieron para las soluciones de las enfermedades de los pobres.

Pregunta 13: La solución para las enfermedades de toda la nación mexicana debería ser ..... Las respuestas a este reactivo fueron colocadas en la tabla 79.- Ella nos deja ver que al sumar el porcentaje de ocurrencia de las respuestas, alrededor de un 42.5% de los estudiantes respondieron, en primer orden, educación higiénica o preventiva; en segundo y tercer orden contestaron que la solución para las enfermedades son económicas y de asistencia médica.

TABLA 7B.

Comparación entre las respuestas de los estudiantes a las condiciones que afectan más a los pobres y las soluciones para las enfermedades de los pobres.

CONDICIONES QUE AFECTAN MAS A LOS POBRES		S O L U C I O N E S					
Frecuencia s de línea	No respon dieron	Soluciones Económicas	Educación	Facilidades Médicas	Educación y económicas	Facilidades Económicas	T o t a l L í n e a
Recursos - económicos y falta de educación	0 0.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	3 75.0	0 0.0	4 10.0
No respon- dieron	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.5
Falta de - recursos económicos	0 0.0	0 0.0	3 33.3	4 44.4	1 11.1	1 11.1	9 22.5
Falta de - higiene, - drenajes- ecológico	0 0.0	0 0.0	1 16.7	3 50.0	2 33.3	0 0.0	6 15.0
Falta de - recursos - económicos y ecología	0 0.0	2 25.0	2 25.0	1 12.5	2 25.0	1 12.5	8 20.0
Falta de educación	0 0.0	0 0.0	2 66.7	1 33.3	0 0.0	0 0.0	3 7.5
Aumento de la población	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 2.5
Falta de a- sistencia médica	1 50.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	2 5.0
Educación y recursos e- conómicos	0 0.0	0 0.0	2 33.3	0 0.0	4 66.7	0 0.0	6 15.0
Total	1	3	12	10	12	2	40
Columnas	2.5	7.5	30.0	25.0	30.0	5.0	100.0

TABLA 79.

Frecuencias y porcentos de las respuestas emitidas por los estudiantes para solucionar las enfermedades de toda la nación mexicana.

Frecuencias	Por ciento	R e s p u e s t a s
11	27.5	Facilidades médicas preventivas, medicina comunitaria a sectores rurales
10	25.0	Educación higiénica, programas de higiene, educación preventiva
7	17.5	Económicas - distribución más equitativa de trabajo, nutrición, etc. Educación higiénicas, programas educativos.
5	12.5	Soluciones económicas, distribución más equitativa de trabajo, alimentos, dinero, mejores salarios.
3	7.5	Es utópico
3	7.5	No respondieron
1	2.5	Cambiar el enfoque del Gobierno sobre salud

Se hizo una comparación entre las respuestas de los estudiantes a las soluciones sobre las enfermedades de los pobres y las soluciones de salud para la nación mexicana. Estos resultados se colocaron en la tabla 80 (se encuentra en la página 146). En ésta se puede observar que las respuestas de los estudiantes para los pobres correspondieron en las respuestas de educación higiénica, facilidades médicas, económicas y educativas a las respuestas de soluciones de salud para la nación mexicana.

TABLA 80.

Comparación entre las respuestas de los estudiantes de medicina a las soluciones de enfermedad de los pobres y las soluciones de salud de la nación mexicana.

Soluciones sobre enfermedades de los pobres.	Soluciones sobre enfermedades de la nación							Total
	Frecuencia % de línea	Cambiar el enfoque del Gobierno sobre la salud	No respondieron	Económicas	Educación higiénica	Facilidades Médicas	Es utópico	
No respondieron	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 2.5
Soluciones Económicas	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 67.7	0 0.0	1 33.3	3 7.5
Educación Higiénica	1 8.3	0 0.0	0 0.0	7 58.3	2 16.7	1 8.3	1 8.3	12 30.0
Facilidades Médicas	0 0.0	1 10.0	1 10.0	1 10.0	6 60.0	1 10.0	0 0.0	10 25.0
Soluciones Económicas y educación higiénica	0 0.0	1 8.3	3 25.0	2 16.7	1 8.3	1 8.3	4 33.3	12 30.0
Soluciones Económicas y facilidades médicas	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	2 5.0
Total Columna	1 2.5	3 7.5	5 12.5	10 25.0	11 27.5	3 7.5	7 17.5	40 100.0

Pregunta 14: ¿Ha planteado soluciones a los problemas de salud más frecuentes de la comunidad? ¿Cuáles?. A la primera parte del reactivo, el 47.5% de los estudiantes respondió que no se han planteado soluciones a los problemas de salud más frecuentes de la comunidad; el 45% respondió que sí se han planteado soluciones y un 7.5% no respondió a la pregunta.

A la segunda parte de la pregunta que buscaba saber cuáles soluciones se habían planteado, el 57.5% de los estudiantes no respondió a la pregunta, el 20% respondió atacar la enfermedad en forma de educación colectiva como individualmente, un 17.5% medidas preventivas de higiene y el 5% de los estudiantes respondió canalizar los casos de tuberculosis.

La tercera parte de la variable de conocimiento lo constituye evaluación y beneficios del programa de medicina comunitaria. Para esta última parte se utilizaron preguntas que se presentarán a continuación.

Pregunta 15: ¿Considera que el programa de medicina comunitaria es efectivo o de beneficio para la comunidad? ¿Por qué?. A la primera parte de la pregunta, el 92.5% de los estudiantes contestó que sí, que el PMC era de beneficio, el 5% respondió que no, y un 2.5% no respondió.

Para la segunda parte de la pregunta se colocaron las respuestas en la tabla 81. En ésta se puede ver que un poco más de la mitad de los estudiantes señalaron que representa una ayuda a la comunidad; mucho menos de una cuarta parte indica que le sirve al estudiante, la cuarta parte de las respuestas restantes indican que el programa es regular y que da tratamiento económico.

#### TABLA 81.

Frecuencias y porcentajes de respuestas a la pregunta: ¿Por qué considera que el PMC es efectivo o de beneficio para la comunidad?.

Frecuencias	Por ciento	R e s p u e s t a s
24	60.0	Da ayuda a las comunidades - pobres y marginadas
6	15.0	Ayuda al estudiante a estar en contacto con la comunidad y conocer sus problemas
5	12.5	En parte, regular.
3	7.5	No respondieron
2	5.0	Da tratamiento, es eficiente y económico.

Pregunta 16: ¿Quién considera que sale beneficiado el Programa de Medicina Comunitaria?. Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 32. En ésta se puede notar que la mitad de los estudiantes respondió que tanto el estudiante como la comunidad sale beneficiado del PMC. Un poco más de la tercera parte de los estudiantes respondió que la comunidad, el resto contestó que la comunidad, estudiantes y facultad salen beneficiados. Un grupo pequeño de estudiantes no respondió a la pregunta.

TABLA 32.

Frecuencias y porcentos de las respuestas a la pregunta: ¿Quién sale beneficiado del PMC?.

Frecuencias	Por ciento	R e s p u e s t a s
20	50.0	La comunidad y el estudiante
11	27.5	La comunidad
4	10.0	No respondieron
3	7.5	Comunidad, estudiantes y facultad
2	5.0	Estudiante

Pregunta 17: ¿Ha recibido algún beneficio del PMC en su formación médica? -- ¿Cuál?. A la primera parte de la pregunta, el 97.5% de los estudiantes respondió que si recibieron beneficios del PMC. El 2.5% no contesto la pregunta.

La segunda parte de la pregunta se encuentra en la tabla 83. En ésta se puede observar que más de la mitad de los estudiantes respondió que el beneficio que obtuvieron fué mejorar la relación médico-paciente. Se observa que en menor -- grado los estudiantes respondieron que el beneficio que obtuvieron del PMC fué aprender de las enfermedades del país y practicar los conocimientos adquiridos.

TABLA 83.

Frecuencias y porcentos de las respuestas a la pregunta: ¿Cuál fué el beneficio obtenido del PMC?.

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a s
23	57.5	Mejorar relación médico-paciente.
6	15.0	Aprender de las enfermedades que afectan al país, ver problemas de la comunidad, conocer la comunidad.
4	10.0	Practicar conocimientos adquiridos
2	5.0	No respondieron
2	5.0	Relación médico-paciente y practicar conocimientos
2	5.0	Relación médico-paciente y aprender de enfermedades
1	2.5	Practicar conocimientos adquiridos y aprender de las enfermedades

Pregunta 18: ¿Considera que el actual PMC está bien organizado?. ¿Por qué?. A la primera parte de la pregunta el 72.5% de los estudiantes respondió que no estaba bien organizado, el 22.5% respondió que está bien organizado y un 5% no respondió.

Las respuestas a la segunda parte de la pregunta se colocaron en la tabla 84. En ésta se puede observar que un poco más de una tercera parte de los estudiantes respondió que en el PMC existía falta de organización, comunicación, etc.- Una cuarta parte indicó que no está bien organizado debido a que carece de subsidios, mejores programas de educación e investigación y debido a que debería de ser después de cursos de clínica. Una cuarta parte indicó que el programa está bien organizado, pero que no se puede llevar bien ya que la comunidad no se preocupa o faltan medios aunque sí se cubren los objetivos de archivos. Se observa que hubo un alto número de estudiantes que no respondieron a esta segunda parte de la pregunta.

TABLA 84.

Frecuencias y porcentos de respuestas al por qué considera el estudiante que el PMC está bien o mal organizado.

Frecuencias	Porciento	R e s p u e s t a
14	35.0	Tiene fallas en la organización, falta de comunicación, etc.
8	20.0	Carece de subsidios y mejores programas de educación, investigación, etc.
7	17.5	No respondieron
3	7.5	Módulo que se debería dar después de las clínicas
3	7.5	Sí, se cumplen los objetivos
2	5.0	Está bien organizado, no se lleva a cabo por falta de medios
1	2.5	Se llevan archivos
1	2.5	Se han integrado nuevos asesores
1	2.5	La comunidad no se preocupa por los centros comunitarios

Pregunta 19: ¿Considera usted que la práctica médica, según el PMC, resuelve los problemas sociales de la comunidad?. ¿Por qué?. A la primera parte de esta pregunta el 62.5% de los estudiantes respondió que el PMC no resolvía los problemas sociales, el 25.0% respondió que sí, y un 12.5% de los estudiantes de medicina no respondió.

Las respuestas a la segunda parte de esta pregunta se colocaron en la tabla 85. En ésta se observa que un grupo de estudiantes no respondió. Se buscaron las razones negativas del por qué el PMC no resolvía problemas sociales y se encontró que el 35% dió razones negativas; como el programa no cuenta con los recursos para lograrlo, se necesita más coordinación y más investigación para resolver problemas sociales, debido a que la gente no sigue instrucciones. Un grupo de estudiantes señaló que lo lograba a medias y el resto de los estudiantes dió razones positivas de porque el PMC resolvía problemas sociales.

TABLA 85.

Frecuencias y porcentos de respuestas al porque el PMC resuelve problemas sociales.

Frecuencias	Porciento	R e s p u e s t a s
7	17.5	No respondieron
7	17.5	No se cuenta con los recursos necesarios, falta de organización en el programa
6	15.0	La gente no tiene recursos económicos para resolver las enfermedades, tienen muchas carencias
6	15.0	Presta ayuda a personas de escasos recursos.
5	12.5	Sólo en parte, no todos los problemas son de índole médica.
3	7.5	Se necesita más coordinación para conocer la comunidad y más investigación
3	7.5	La gente por ser marginada no entiende y no sigue instrucciones
2	5.0	Los problemas sociales deben ser resueltos por el gobierno
1	2.5	La gente no sigue instrucciones, además el programa carece de recursos.

Pregunta 20: ¿Le ha facilitado la práctica médica en el PMC, su comunicación con los miembros de ésta? ¿En qué medida?. A la primera parte de esta pregunta, el 60% de los estudiantes de medicina respondió que sí, el PMC les había facilitado la comunicación con la comunidad; el 20% respondió que no les había facilitado la comunicación y un 20% no respondió.

Las respuestas a la segunda parte de la pregunta aparecen en la tabla 86. En ésta se puede ver que un poco menos de la mitad de los estudiantes no respondió. Una tercera parte de los estudiantes respondió que en la relación médico-paciente; la otra cuarta parte de los estudiantes señaló diferentes grados en que conocieron la comunidad.

TABLA 86.

Frecuencias y porcentos de respuestas a la pregunta: ¿En qué medida el PMC facilitó la comunicación del estudiante con la comunidad?.

Frecuencia	Porciento	R e s p u e s t a
19	47.5	No respondieron
12	30.0	Solamente en la relación médico-paciente
3	7.5	Bastante como para reconocer donde se desarrolla la medicina.
3	7.5	Hemos conocido el problema y tratado de solucionarlo
2	5.0	Regular
1	2.5	Ellos me solicitan a domicilio.

Se hizo una comparación entre los estudiantes que respondieron a la pregunta anterior y los centros comunitarios donde practicaron. Se encontró que se man-

tiene constante la facilidad de comunicación a través de todas las comunidades donde se encuentran los centros comunitarios.

Pregunta 21: ¿Qué aspectos deberían tomarse en cuenta para mejorar el Programa de Medicina Comunitaria actual de la Facultad de Medicina de Matamoros?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 87. En ésta se observa que una tercera parte de los estudiantes respondió darle más tiempo y preparación a los estudiantes; una cuarta parte de los estudiantes señalan mejoras de equipos en los centros comunitarios y un poco menos de una cuarta parte respondió mejorar las condiciones económicas de las comunidades. Se observa un porcentaje alto de estudiantes que no respondió.

TABLA 87.

Frecuencias y porcentos de los aspectos que deberían tomarse en cuenta para mejorar el PMC.

Frecuencias	Porciento	R e s p u e s t a s
13	32.5	Duración mayor del módulo de medicina comunitaria. Para el estudiante adiestramiento completo. Cambio de materia para más tarde.
9	22.5	No respondieron
9	22.5	Más centros, hacer mejoras -- (medicinas, provisiones, equipos)
8	20.0	Mejorar las condiciones económicas, políticas y sociales de la comunidad, darles más confianza.
1	2.5	Que los pasantes no falten -- tanto.

Pregunta 22: Mencione dos motivos de por qué usted considera que el Programa de Medicina Comunitaria debería continuar. Las respuestas a esta pregunta se dividieron en dos motivos. Las del primer motivo se colocaron en la tabla 38.- En ésta se puede observar que la mitad de los estudiantes respondieron que la primera razón para continuar el PMC es la comunidad ya que se beneficia de este programa. La segunda razón que el 32.5% de los estudiantes señaló es: por el conocimiento y práctica que adquiere el mismo estudiante. El resto de los estudiantes indicó que es un programa efectivo para la salud y prestigio para la Facultad de Matamoros.

TABLA 38.

Frecuencias y porcentos de las respuestas de estudiantes al primer motivo de por qué el PMC debería de continuar.

Frecuencias	Porciento	R e s p u e s t a s
20	50.0	Ayuda a la comunidad a mejorarla, para beneficio de ésta.
7	17.5	Ayuda al estudiante en su práctica, para perder el temor.
6	15.0	Ayuda al estudiante en su conocimiento a nivel académico
5	12.5	En acción social, con programas importantes y necesarios para la salud.
1	2.5	Prestigio para la Facultad
1	2.5	No respondieron

Las respuestas al segundo motivo que señalaron los estudiantes, se colocaron en la tabla 39. En ésta se observa que la mitad de los estudiantes respondió que el PMC debería continuar porque es de ayuda al estudiante en su práctica y su conocimiento; alrededor de una tercera parte respondió que es de ayuda a la

comunidad. Un grupo pequeño de estudiantes señaló que era un programa de salud efectivo.

TABLA 89.

Frecuencias y porcentos de las respuestas de los estudiantes al segundo motivo de porque el PMC debería continuar.

Frecuencias	Por ciento	R e s p u e s t a s
14	35.0	Ayuda al estudiante en su - - práctica para perder el temor.
13	32.5	Ayuda a la comunidad.
7	17.5	Ayuda al estudiante en su co- nocimiento, a nivel académico.
3	7.5	Es verdaderamente un programa de acción social.
3	7.5	No respondieron

Pregunta 23: Mencione dos motivos de por qué usted considera que el PMC no debería continuar. Las respuestas de los estudiantes se dividieron en dos motivos. Las respuestas al primer motivo se colocaron en la tabla 90. En esta tabla se puede ver que más de dos terceras partes no respondió al reactivo y el porcentaje que respondió presenta razones académicas.

TABLA 90.

Frecuencias y porcentos de las respuestas de los estudiantes sobre el primer motivo de porque el PMC no debería continuar.

Frecuencia	Por ciento	R e s p u e s t a s
33	82.5	No respondieron
4	10.0	De no llenarse el plan adecuadamente
2	5.0	Si se introducen antes de tiempo
1	2.5	No se debe quitar

El segundo motivo, mantiene el mismo patrón de respuestas de los estudiantes - que en el anterior motivo. También un 82.5% se abstuvo de responder, un 10% -- respondió que no debería continuar el PMC de no desarrollarse adecuadamente el plan, un 5% dijo que no debería continuar de seguirse introduciendo antes de tiempo, y el 2.5% señaló que no se debería eliminar.

Pregunta 24: ¿Considera que el módulo de medicina comunitaria debería durar -- más tiempo? ¿Cuánto más? ¿Por qué?. El 75% de los estudiantes respondió a la -- primera pregunta que el módulo de medicina comunitaria si debería durar más -- tiempo, un 20% respondió que no y un 5% no respondió.

A la segunda pregunta, el 52% de los estudiantes respondió que debería durar -- el módulo de medicina comunitaria dos meses más, el 27.5% no respondió a esta segunda pregunta, el 15% de los mismos contestaron que un mes cada módulo y un 5% señaló lo que la Facultad de Medicina dure.

Las respuestas a la tercera pregunta se colocaron en la tabla 91. En ésta se -- puede observar que una tercera parte de los estudiantes respondió que por razo -- nes de conocimiento de la comunidad, un poco menos de una cuarta parte respon -- dió que para sacarle mayores beneficios a la práctica. Una cuarta parte contes -- tó que es poco tiempo y que es necesario para ser médico. Se observa que a es -- ta tercera pregunta, un poco menos de una cuarta parte de los estudiantes no -- respondió.

TABLA 91

Frecuencias y porcentos de respuestas al por qué el módulo de medicina comunitaria debería durar más.

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a s
12	30.0	Conocer más las comunidades, relacionarse más con pacientes y llegar a fondo.
9	22.5	No respondieron
9	22.5	Sacarle provecho a la practica, -- ayudaría más al estudiante en su práctica.
6	15.0	Dos meses son muy pocos
4	10.0	Es necesario para seguir siendo médico.

Pregunta 25: ¿Considera que los recursos materiales que tiene el dispensario -- son suficientes? ¿Cuáles les faltarían? A la primera parte de la pregunta, el 85% de los estudiantes contestó que los recursos materiales eran insuficientes, el 12.5% se abstuvo de responder y un 2.5% respondió que los recursos materiales eran suficientes. Las respuestas a la segunda parte de la pregunta se colocaron en la tabla 92.

TABLA 92

Frecuencias y porcentos de las respuestas a los recursos que faltan en los dispensarios.

Frecuencias	Porcientos	R e s p u e s t a
12	30.0	Medicamentos - antibióticos
9	22.5	Equipo, mesas, camas, material quirúrgico
7	17.5	Medicamentos, equipo e información sobre el medicamento
6	15.0	Medicamentos y equipo
5	12.5	No respondieron
1	2.5	Medicamentos e información sobre el producto

En ésta se puede ver que las respuestas de los estudiantes se pueden ordenar - en términos de ocurrencia donde en primer lugar los estudiantes pidieron medicamentos, en segundo lugar equipo y en tercer lugar, información sobre el medicamento o producto.

Esta sección al igual que la sección de los resultados de la encuesta a estudiantes de medicina, se dividirá en cuatro partes las cuales, se dirigen a -- presentar los resultados de la medición de la variable antecedente, intervi-- niente y dependiente. Esta última se dividirá en dos: las actividades y cono-- cimientos que podían ser identificados por las comunidades.

Las variable antecedente de la población consistió de:

- a) características fijas
- b) condiciones de vivienda
- c) condiciones de trabajo del jefe de familia
- d) organización en la colonia

La variable interviniente de la población consistió de la percepción de ésta hacia diferentes condiciones médicas, de su forma de vida y de la colonia. Para medir cada una de las variables, se asignó un grupo de preguntas, al -- igual que en la sección anterior. En primer lugar, se presentó el grupo de preguntas que miden las variables antecedentes fijas.

#### 4.2 Encuesta de la población

La primera variable antecedente fija consistió en las colonias o ejidos que -- componía cada centro comunitario.

El centro comunitario (CC) Uniones, está compuesto por las colonias: Uniones (7%), Reforma (9.3%), Esperanza (16.6%) y Sección Once (3.0%). Este constituía el 35.9% del total de la población. El CC Treviño Zapata está compuesto por la colonia Treviño Zapata (24.1%) y la colonia Popular (13.1%); constituían el 37.2% del total de la población. El CC Santa Adelaida está compuesto por el ejido Santa Adelaida, con el 17.3% del total de la población. Por último el CC Las Blancas consiste del ejido Las Blancas con el 9.5% del total de la población muestreada. En total, se tomaron 393 personas de estas diferentes colonias.

La segunda variable fue la edad del jefe de familia, señor de la casa y la edad de la mujer o señora de la casa. En la población estudiada se encuentra que el 66% de los hombres tenían de 20 a 50 años de edad, el 27% de 51 a más de 71 años de edad y un 7% no respondió.

Con el propósito de tener una mejor óptica de la distribución de las edades de los hombres se construyó la tabla 93.

TABLA 93

Distribución de las edades de los jefes de familia de la población total

Intervalo de Edad (años)	No. personas	% de hombres
20 - 30	80	20.1
31 - 40	86	21.6
41 - 50	97	24.4
51 - 60	57	14.3
61 - 70	25	6.3
71 en adelante	22	5.5
No respondieron	31	7.8

Se hizo una comparación entre las edades de los hombres de familia y los centros comunitarios y se encontró que las edades se distribuyen igual en cada CC.

Se hizo una tabla 94, para presentar las edades de las señoras o mujeres.

TABLA 94

Distribución de edades de las señoras o mujeres de la población total

Intervalos de edad	No. personas	% de mujeres
20 - 30	109	27.4
31 - 40	104	26.1
41 - 50	101	25.4
51 - 60	43	10.8
61 - 70	19	4.8
71 en adelante	14	3.5
No respondieron	8	2.0

En esta tabla se puede ver que el 78% del total la población de mujeres estudiada tenía de 20 a 50 años de edad, el 20% tenía de 51 a más de 71 años de edad y el 2% se abstuvo de responder.

Al igual que con los hombres, se comparó la distribución de los intervalos de las edades de las mujeres con los centros comunitarios. Se encontró que los intervalos de edades de las mujeres se distribuye igual por cada CC.

Se hizo una comparación entre las edades de los hombres y de las mujeres. Estas se colocaron en la tabla 95.

En ésta se puede notar que existe una correspondencia entre las edades de ambos; también se puede ver que hay mujeres de menor edad con hombres de mayor edad o viceversa.

TABLA 95

Comparación entre las edades del jefe de familia, (hombre) y las señoras (mujeres).

		Intervalos de edad de la mujer							
Frecuencia % de línea		No respon- dieron	20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 en adelante	T o t a l L í n e a
Intervalo de edad del hombre	No respon- dieron	0 0.0	2 6.5	5 16.1	5 16.1	9 29.0	2 6.5	8 25.8	31 7.8
	20 - 30	0 0.0	74 92.5	6 7.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	80 20.1
	31 - 40	2 2.3	26 30.2	49 57.0	8 9.3	1 1.2	0 0.0	0 0.0	86 21.6
	41 - 50	0 0.0	6 6.2	37 38.1	48 49.5	6 6.2	0 0.0	0 0.0	97 24.4
	51 - 60	2 3.5	1 1.8	6 10.5	32 56.1	15 26.3	1 1.8	0 0.0	57 14.3
	61 - 70	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 28.0	9 36.0	8 32.0	1 4.0	25 6.3
	71 en adelante	4 18.2	0 0.0	1 4.5	1 4.5	3 13.6	8 36.4	5 22.7	22 5.5
	T o t a l Columna	8 2.0	109 27.4	104 26.1	101 25.4	43 10.8	19 4.8	14 3.5	398 100.0

La segunda variable fija fue educación del jefe de la familia y de la señora. Los datos encontrados indicaron que el 44.2% total de la población de hombres respondió: primaria incompleta, el 22.4% contestó primaria completa, 2.5% secundaria incompleta, 4.5% secundaria completa, el 2.6% estudios post secundaria y el 11.3% de la población de hombres no tiene escuela.

Se hizo una comparación entre la escolaridad de los hombres y los centros comunitarios de donde procedían. Estos datos se colocaron en la tabla 96. En esta se pueden ver que las diferencias entre los CC donde se encuentra la población. No se observa una diferencia marcada entre la escolaridad de los hombres por centro comunitario. Se observa también que no existe diferencia entre la escolaridad más frecuente (primaria incompleta y completa) y los CC en colonias urbanas y CC en ejidos.

Se hizo una comparación entre la edad de los hombres y su escolaridad o educación. Estos datos se colocaron en la tabla 97. En esta se observa que los hombres a mayor edad menor escolaridad tienen o viceversa. Se hizo una comparación parecida a la anterior sustituyendo la edad del hombre por la de la mujer. En ésta se observó que los resultados se mantuvieron similares a los anteriores.

Se buscaron también los diferentes grados de escolaridad de la mujer o señora de casa. Se encontró que el 51% de las mujeres de la muestra tomada tenían primaria incompleta, el 25% tenía primaria completa, el 2.6% respondió secundaria incompleta, el 1.8% tenía secundaria completa y por último, 0.8% postsecundaria, el 12.1% no tenía estudios y el 8% no respondió.

Se hizo una comparación entre la educación o grado de escolaridad y los centros comunitarios de donde procedían. Se encontró que la escolaridad de la mujeres se distribuye normalmente dentro de la población.

Se comparó también los intervalos de edades de las mujeres con la escolaridad de la misma. También, al igual que con los hombres, se observa que a menor edad mayor escolaridad en la mujer. Esta relación se puede observar en la tabla 98.

TABLA 96.

Comparación entre la escolaridad de los hombres y el centro comunitario a que pertenecen.

Frecuencia % de columna		No respondieron	Sin escuela	Primaria Incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Post- secundaria	T o t a l L í n e a
Centros Comunitarios	Uniones	13 26.0	22 57.0	52 29.5	39 43.8	7 70.0	8 44.5	2 20.0	143 35.4
	Treviño Zapata	28 56.0	20 44.5	63 35.8	21 23.6	3 30.0	7 38.9	6 60.0	148 37.2
	Santa Adelaida	7 34.0	2 4.4	43 24.0	16 18.0	0 0.0	1 5.6	0 0.0	69 17.3
	Las Blancas	2 4.0	1 0.3	18 10.2	13 14.6	0 0.0	2 11.1	2 20.0	38 9.5
	T o t a l Columna	50 12.6	45 11.3	176 44.2	89 22.4	10 2.5	18 4.5	10 2.6	398 100.0

TABLA 97.

Comparación entre la edad del jefe de familia y la educación obtenida.

Escolaridad del Hombre.

Frecuencia % de línea % de columna	No respon- dieron	Sin escuela	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Post-secun- daria	T o t a l
No respon- dieron	30 96.8 60.0	0 0.0 0.0	1 3.2 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	31 7.8
20 - 30	0 0.0 0.0	3 3.8 6.7	10 22.5 10.2	41 51.3 46.1	5 6.3 50.0	12 15.0 66.7	1 1.3 1.0	80 20.1
31 - 40	3 3.5 6.0	6 7.0 13.3	39 45.3 22.2	23 26.7 25.8	2 2.3 20.0	5 5.8 27.8	8 9.3 80.9	86 21.6
41 - 50	4 4.1 8.0	8 9.2 17.8	64 66.0 36.4	17 17.5 19.1	2 2.1 20.0	1 1.0 5.6	1 1.0 10.1	97 24.4
51 - 60	5 8.8 10.0	13 22.8 28.9	34 59.6 19.3	5 8.8 5.6	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	57 14.3
61 - 70	1 4.0 2.0	9 36.0 20.0	13 52.0 7.4	2 8.0 2.2	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	25 6.3
70 en adelante	7 31.8 14.0	6 27.3 13.3	7 31.8 4.0	1 4.5 1.1	1 4.5 10.0	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	22 5.5
T o t a l Columna	50 12.6	45 11.3	176 44.2	89 22.4	10 2.5	18 4.5	10 2.5	398 100.0

TABLA 98

Comparación entre las edades de las mujeres y la escolaridad de las mismas.

Frecuencia % de línea	No respondieron	Sin escuela	Primaria Incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Post- secundaria	Total Línea
No respon- dieron	6 75.0	0 0.0	2 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8 2.0
20 - 30	2 1.8	5 4.6	31 28.4	58 53.2	6 5.5	7 6.4	0 0.0	109 27.4
31 - 40	5 4.8	9 8.7	61 58.7	26 25.0	2 1.9	0 0.0	1 1.0	104 26.1
41 - 50	3 3.0	17 16.8	70 69.3	8 7.9	1 1.1	0 0.0	2 2.0	101 25.4
51 - 60	6 14.0	9 20.9	28 65.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	43 10.8
61 - 70	7 36.8	1 5.3	10 52.6	1 5.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	19 4.8
71 en adelante	3 21.4	7 50.0	2 14.3	2 14.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	14 3.5
T o t a l Columna	32 8.0	48 12.1	204 51.3	95 23.9	9 2.6	7 1.8	3 0.8	398 100.0

Además de esta comparación, se realizó otra parecida a la anterior donde se compararon las edades de los jefes de familia con la educación de la señora. Se encontró que se mantuvo una relación similar a la anterior, o sea, a menor edad mayor educación.

La tercera variable antecedente fija fue la ocupación del jefe de familia y la ocupación de la señora de la casa. Las ocupaciones de los hombres se colocaron en la tabla 99. En ésta se puede observar que la mayor parte de la población se dedica a la agricultura, luego, los que respondieron que trabajaban de obreros de fábrica y los que trabajaban en construcción, los albañiles y los carpinteros.

TABLA 99

Porcientos de las ocupaciones de los jefes de familia

Porciento	Ocupaciones
16.1	Agricultor
14.6	Obrero de Fábrica
14.5	Albañil, Carpintero y Trabajadores de construcción
8.3	Jornalero
7.0	Jardinero, Peluquero, Cocinero
7.0	Cobrador, técnico, contador público, secretario de sindicatos
5.5	Chofer público
4.8	Comerciante
4.6	Mecánico, electricista, alfarero, -- pintor
2.3	Vendedor ambulante
2.0	Velador
1.9	Trabaja en Estados Unidos
2.8	Desempleado
6.3	No se encuentra en la casa
2.0	Pensionado

Se hizo la comparación de las ocupaciones de los jefes de familia y sus respectivas edades. Se observó que las ocupaciones se distribuyen normalmente entre la población de 20 a 50 años. Se observaron ocupaciones que se dan en personas mayores de 50 años. Se encontró que el 45.5% de los jornaleros y el 51.5% de los agricultores eran hombres mayores de 50 años. El resto de la población mayor de 50 años, se distribuyó entre las ocupaciones de carpintero, albañil, vendedor ambulante y soldador. Por último, se observó que el 87.5% de los pensionados y el 45.% de los desempleados eran hombres mayores de 50 años.

Con el propósito de ver donde se agrupaban las diferentes ocupaciones de los jefes de familia, se compararon éstas con las colonias de donde procedían. Se tomaron en cuenta las ocupaciones más concurridas y se encontró que el 11.3% de obreros de fábrica que existen en la población estudiada, el 11% se encontraba concentrado en la zona urbana y más específicamente, un 7% en la colonia -- Uniones. Se pudo notar también que los albañiles, carpinteros y trabajadores de construcción, que son un 14.5% del total de la población de ocupaciones, solamente el 2% se encontraba en la zona rural en el ejido Santa Adelaida. La ocupación de chofer público, que fue el 5.5% del total de las ocupaciones, también se concentró en la zona urbana (4.7%). De los jornaleros, que fueron el 8.3% del total de ocupaciones de la población, el 3.8% de éstos se encontró en la zona urbana.

La ocupación que obtuvo mayor porcentaje en la zona rural fue la de los agricultores con un 13.3% del 16.1% del total de las ocupaciones en la población estudiada. Se encontró que la de agricultor tiene el 42.0% de todos los trabajos en el ejido Santa Adelaida y el 63.2% del ejido Las Blancas. En la zona rural se pudo ver que las ocupaciones más frecuentes eran las de agricultor, jornalero y tractorista.

Se compararon las ocupaciones de los jefes de familia con la escolaridad de los mismos. Debido a que la escolaridad fue tan baja o escasa dentro de la población estudiada, fue difícil obtener información.

Se pudo apreciar que un 33.3% de los que respondieron que no tenían secundaria completa, fueron obreros de fábrica, el otro 27.8% con secundaria completa eran choferes y comerciantes. El resto con secundaria completa se encuentra esparcido entre otras ocupaciones como la de agricultor, mecánico, vendedor de compañía y tractorista.

Se pudo ver que los trabajos del 86% de las mujeres eran el de ama de casa. El 6.5% eran obreras, el 4.5% daban servicio doméstico en otras casas, el 2.5% eran costureras más ayudaban al esposo en el negocio. Por último, el 0.5% de las mujeres se dedicaba a la enfermería.

Se compararon las ocupaciones de las mujeres con las colonias de donde procedían. Se pudo observar que las obreras se concentraban en la zona urbana, solamente el 0.8% se encontró en el ejido Santa Adelaida.

Se comparó también la variable edad con la de las ocupaciones de las mujeres. Se pudo apreciar que las obreras se hallaban entre las edades de 20 a 40 años. Las domésticas respondieron dentro de las edades de 31 a 60 años y las de enfermería y comercio no se pudieron ubicar dentro de una edad específica.

La cuarta variable fija fue el número de hijos que hay po familia o pareja. Se observó que el 25.6% de las parejas respondieron que tenían hasta tres hijos; el 22.9% contestó que tenían hasta cinco hijos; el 16.3% de las parejas tenían un hijo; el 13.8% hasta siete hijos; el 8.5% hasta nueve hijos; el 3.3% respondió que tenían más de nueve hijos y el 9.5% no respondió.

Se hizo una comparación entre las edades de las mujeres y el número de hijos. Se encontró que a mayor edad, mayor número de hijos. Esta comparación se colocó en la tabla 100, donde se pude ver que entre las mujeres de 31 a 50 años, es donde se concentra el mayor número de hijos por pareja y mayor número de hijos en términos de la población.

TABLA 100

Comparación entre los intervalos de edad de la mujer y el número de hijos.

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	Número de hijos						Total Línea
		1	3	5	7	9	más de 9	
No respon- dieron	2 25.0	1 12.5	1 12.5	0 0.0	0 0.0	4 50.0	0 0.0	8 2.0
20 - 30 años	9 8.3	30 27.5	41 37.6	24 22.0	5 4.6	0 0.0	0 0.0	109 27.4
31 - 40 años	7 6.7	5 4.3	23 22.1	26 25.0	25 24.0	13 12.5	5 4.8	104 26.1
41 - 50 años	2 2.0	6 5.9	20 19.8	34 33.7	20 19.8	13 12.9	6 5.9	101 25.4
51 - 60 años	7 16.3	10 23.3	9 20.9	7 16.3	4 9.3	4 9.3	2 4.7	43 10.8
61 - 70 años	7 36.8	7 36.8	4 21.1	0 0.0	1 5.3	0 0.0	0 0.0	19 4.8
70 años en adelante	4 28.6	6 42.9	4 28.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	14 3.5
T o t a l Columna	38 9.5	65 16.3	102 25.6	91 22.9	55 13.8	34 8.5	13 3.3	398 100.0

Se realizó una comparación entre número de hijos y educación de la señora en donde se pudo notar que a mayor educación, menor el número de hijos, aunque se había señalado anteriormente que la educación era mayor en mujeres de menor edad que fueron las que tuvieron menos hijos. Por lo tanto, no se podría señalar que la educación afecta el tener mayor o menor número de hijos, en este caso.

Se hizo una comparación entre el número de hijos y la ocupación de la señora. Se observó que debido a que el 85.9% de las mujeres son amas de casa, no se puede generalizar sobre éstas en términos de ocupación.

La quinta variable fija fue las edades de los hijos y sus actividades. En términos de las edades de los hijos, se encuentra que las edades se distribuyen desde uno hasta más de treinta y cinco años con intervalos de cinco años (1 año, 5 años, 10 años, etc.) Se encontró que las edades de los hijos se distribuyen en frecuencias similares, donde el 60% de la población de hijos son menores de 20 años de edad.

Al analizar las actividades de los hijos, hubo que agruparlas en tres categorías:

Estudian, trabajan y estudian/trabajan, el 29.6% de las familias no respondió el 27.6% estudian y el 8.4% trabajan.

Se hizo la comparación entre las actividades de los hijos y las colonias de donde procedían. Se encontró que los hijos, en cualquiera de las tres actividades, aparecieron en frecuencias similares a través de todas las colonias.

Se realizó una comparación entre las edades de los jefes de familia y las actividades de los hijos. Se encontró que la actividad de trabajar de los hijos

TABLA 101.

Comparación entre las edades del jefe de familia y las actividades de los hijos.

Intervalos de edad	Actividad de los hijos				Total Línea
	No respondieron	Estudiar	Estudiar/trabajar	Trabajar	
No respondieron	5	5	13	8	31 7.8
20 - 30 años	60	18	1	1	80 20.1
31 - 40 años	19	51	13	3	86 21.6
41 - 50 años	13	23	56	5	97 24.4
51 - 60 años	7	7	36	7	57 14.3
61 - 70 años	7	4	10	4	25 6.3
71 años en adelante	7	2	8	5	22 5.5
Total Columna	118 29.6	110 27.6	137 34.4	33 8.4	398 100.0

corresponde a las edades mayores de los jefes de familia, o sea, aquellos de 41 años de edad en adelante. Por otro lado, se encontró que a menor edad del padre, la actividad de los hijos es la de estudiar. Esta comparación se puede observar en la tabla 101.

La misma relación que se observa en la tabla anterior se encontró al comparar la edad de la señora de la casa y la actividad que realizaba el hijo.

Se realizó la comparación de la actividad del hijo con la ocupación del jefe de familia. Se apreció que no se pudieron establecer unos patrones en cuanto a las actividades más frecuentes estudiar/trabajar o solamente estudiar y las ocupaciones de los padres; aunque en cuanto a la actividad de trabajar, el 19.5% de los hijos que trabajaban, sus padres no se encontraban en la casa, el 12.5% los padres eran pensionados, el 22.6% eran hijos de agricultores y 9.7% eran hijos de comerciantes o de jornaleros. Los demás se distribuyen entre otras ocupaciones de los jefes de familia. Se puede señalar que en las ocupaciones de los padres mencionadas anteriormente, el porcentaje de los hijos que estudiaban/trabajaban es más alto en frecuencia que la actividad de solamente estudiar de los hijos.

La sexta variable antecedente que se buscó fue de qué se enferma más la familia. Se pudo apreciar que el hombre o jefe de familia se enferma más de problemas respiratorios y luego de dolores en el cuerpo. Las respuestas que dió la población a las enfermedades se colocaron en la tabla 102.

TABLA 102

Porcientos	R e s p u e s t a s
75.4	No respondieron
8.0	No se enferma
7.8	Problemas respiratorios
2.0	Dolores del cuerpo
1.8	Problemas del estómago
1.0	Hipertensión
	* lo demás es bajo 1.0
0.8	Ulceras, etc.

En esta se puede ver que tres cuartas partes de la población encuestada no respondieron a esta pregunta, además los problemas de salud que se obtuvieron no dieron la información necesaria.

Las respuestas de la población sobre las enfermedades más frecuentes de la señora o mujer, se colocaron en la tabla 103.

**TABLA 103**

Porcentaje de respuestas de la población, sobre las enfermedades más frecuentes de las amas de casas.

Porcientos	R e s p u e s t a s
65.3	No respondieron
8.3	Problemas respiratorios
6.0	No se enferman
5.8	Dolores en el cuerpo
2.8	Artritis
2.3	Problemas estomacales
1.5	Alta presión
1.0	Baja presión
	* otros más bajo que 1.0

En ésta se puede ver que el 65.3% de la población no contestó la pregunta. Las enfermedades más frecuentes que le señalaron a las mujeres fueron problemas respiratorios y dolores del cuerpo. Las demás señalaron que no se enferman.

Las contestaciones de la población estudiada a las enfermedades más frecuentes de los niños se colocaron en la tabla 104. En ella se puede observar que un poco menos de una cuarta parte de la población indicó que los niños padecen más de problemas respiratorios; los demás fueron jacquecas y no se enferman. Se observó que la mitad de la población no respondió. En general, se puede indicar que la enfermedad más mencionada de la cual padece tanto el hombre como la mujer y el niño es los problemas respiratorios.

TABLA 104

Porcientos de respuestas de la población sobre las enfermedades que más padecen los niños.

Porcientos	R e s p u e s t a s
55.0	No respondieron
20.4	Problemas respiratorios
5.3	No se enferman
5.3	Problemas estomacales
2.0	Infecciones
1.8	Jaquecas
1.3	Amibas
	* Más bajo de 1.0
0.8	Baja presión, diabetes y oídos

La séptima y última variable fija fue la del ingreso del jefe de la familia a la semana. Las respuestas sobre esto se colocaron en la tabla 105.

TABLA 105

Porcentaje de ingresos (pesos mexicanos) semanales de los jefes de familias.

Porcientos	Ingresos Semanales
23.6	de \$1,000.00 a \$1,500.00
21.9	500.00 a 1,000.00
9.5	1,500.00 a 2,000.00
7.8	No tenían sueldo fijo
6.3	Más de \$2,500.00
5.8	de \$2,000.00 a \$2,500.00
2.8	Menos de \$500.00
14.3	Se estimó que un agricultor gana un promedio de \$1,000.00 a \$1,500.00
9.1	No respondieron

En ésta se puede ver que la mitad de la población tiene un ingreso semanal promedio de mil pesos, una tercera parte de la población tiene ingresos mayores o iguales a \$1,500.00 pesos semanales, el resto de la población gana menos de - - \$500.00, no tiene sueldo fijo o no respondieron.

Se hizo una comparación entre el ingreso semanal y la edad del jefe de familia. Estos datos se colocaron en la tabla 106. Se puede ver en esta tabla que a medida que disminuye la edad, aumentan los ingresos, exceptuando al agricultor -- que se distribuye a través de todas las edades y en donde los intervalos de - - edad del 41 al 60 fue que se encontraron la mayoría de ellos.

Se realizó la comparación del ingreso semanal del jefe de familia con las colonias que tenían destinadas un centro. Se encontró que la distribución de ingresos de los jefes de familia se mantuvieron similares en las colonias donde se ubican los centros comunitarios urbanos, aunque no a los CC rurales ya que los agricultores pertenecen a éstos.

Se hizo otra comparación entre el ingreso del jefe de familia y la escolaridad del mismo. Debido a que la escolaridad de la población era tan limitada, no se observaron diferencias marcadas; aunque se encontró que el 80% de los que ganaban más de \$2,500.00 pesos semanales tenían secundaria incompleta como el grado más alto de escolaridad. Lo mismo ocurría con el 82.5% de los agricultores.

La segunda variable antecedente fue condiciones de vivienda. En esta variable se presentarán las condiciones físicas en que se observaron los hogares investigados. Esta variable consiste de ocho reactivos los cuales se presentarán a - continuación.

El primer reactivo fue las observaciones que se hicieron del piso de las casas. Las observaciones se colocaron en la tabla 107. En ésta se puede ver que dos - terceras partes de la población tiene pisos de cemento, una cuarta parte de los hogares tienen pisos de madera, loseta o mosaico. Muy pocos hogares tienen los pisos de tierra.

TABLA 106

Comparación entre los intervalos de años de edad del jefe de familia y su ingreso semanal

Frecuencia % columna	No res- pondieron	agricul- tor	Sin suel- do fijo	Menos de \$500.00	\$500.00 \$1000.00	\$1000.00 \$1500.00	\$1500.00 \$2000.00	\$2000.00 \$2500.00	\$2500.00 adelante	Total línea
No respon- dieron	9 25.7	1 1.3	6 19.4	2 18.2	4 4.6	7 7.4	0 0.0	2 3.7	0 0.0	31 7.3
20 - 30 años	4 3.6	4 7.0	5 16.1	0 0.0	18 20.7	32 34.0	6 17.6	4 17.4	7 23.0	30 20.1
31 - 40 años	5 14.3	8 14.0	5 16.1	0 0.0	19 21.3	19 20.2	13 30.2	8 34.8	9 36.0	36 21.6
41 - 50 años	2 5.7	18 31.6	7 22.6	2 18.2	19 21.3	24 25.5	10 29.4	7 30.4	8 32.0	97 24.4
51 - 60 años	5 14.3	11 19.3	4 12.9	5 45.5	18 20.7	6 6.4	5 14.7	2 8.7	1 4.0	57 14.3
61 - 70 años	5 14.3	8 14.0	2 6.5	2 18.2	4 4.6	4 4.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	25 6.3
71 años en adelante	6 17.1	7 12.8	2 6.5	0 0.0	5 5.7	2 2.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	22 5.5
Total Columna	35 8.8	57 14.3	31 7.8	11 2.8	37 21.9	94 23.6	34 8.5	23 5.3	25 6.3	398 100.0

TABLA 107

Porcientos de ocurrencia de las condiciones del piso de las casas investigadas.

Porcientos	Condiciones de la Vivienda
69.3	Cemento
15.6	Madera
8.0	Losetas o mosaicos
5.0	Tierra
2.0	Madera y cemento

El segundo reactivo fue el servicio sanitario, baño, que poseían. Se encontró que el 47.2% de los hogares investigados poseían letrinas, el 29.1% tenía pozo séptico y el 23.8% de la población tenía un W.C. con drenaje público. Se observó que alrededor de tres cuartas partes de la población no tiene servicio público de drenaje.

La tercera observación se realizó sobre el número de habitaciones que tenían. Esta información se colocó en la tabla 108.

TABLA 108

Porcentaje del número de habitaciones en las casas investigadas.

Porcientos	Número de habitaciones
43.7	2 habitaciones
23.6	3 habitaciones
11.3	4 habitaciones
10.9	1 habitación
7.6	5 habitaciones
1.8	6 habitaciones
1.3	más de 6 habitaciones

En esta tabla se puede apreciar que un poco menos de la mitad de las viviendas tienen dos habitaciones, una cuarta parte tiene tres habitaciones y otra cuarta parte tiene cuatro o más habitaciones.

TABLA 107

Porcientos de ocurrencia de las condiciones del piso de las casas investigadas.

Porcientos	Condiciones de la Vivienda
69.3	Cemento
15.6	Madera
8.0	Losetas o mosaicos
5.0	Tierra
2.0	Madera y cemento

El segundo reactivo fue el servicio sanitario, baño, que poseían. Se encontró que el 47.2% de los hogares investigados poseían letrinas, el 29.1% tenía pozo séptico y el 23.8% de la población tenía un W.C. con drenaje público. Se observó que alrededor de tres cuartas partes de la población no tiene servicio público de drenaje.

La tercera observación se realizó sobre el número de habitaciones que tenían. Esta información se colocó en la tabla 108.

TABLA 108

Porcentaje del número de habitaciones en las casas investigadas.

Porcientos	Número de habitaciones
43.7	2 habitaciones
23.6	3 habitaciones
11.3	4 habitaciones
10.9	1 habitación
7.6	5 habitaciones
1.8	6 habitaciones
1.3	más de 6 habitaciones

En esta tabla se puede apreciar que un poco menos de la mitad de las viviendas tienen dos habitaciones, una cuarta parte tiene tres habitaciones y otra cuarta parte tiene cuatro o más habitaciones.

Solamente un 10% de las viviendas tiene una habitación.

El número de habitaciones por vivienda investigada fue comparada con las colonias a donde pertenecían. Se encontró que dos habitaciones por vivienda que fue lo más frecuente, se mantuvo a través de todas las colonias, excepto en las colonias Sección Once y Uniones. En estas dos colonias urbanas se vió con mas frecuencia las viviendas con tres habitaciones.

La cuarta observación se dirigió a buscar el número de camas por vivienda. Estas observaciones se colocaron en la tabla 109.

TABLA 109

Porcientos del número de camas en las viviendas encuestadas

Porcientos	Número de camas
31.2	2
20.9	3
14.8	4
14.3	1
7.5	5
3.3	más de 5

En esta tabla se puede observar que una tercera parte de la población tiene por lo menos dos camas en su casa. Un poco menos de una cuarta parte tenía tres -- camas y otra cuarta parte tenía cuatro camas o más. Se observó que alrededor de un 15% tenía solamente una cama.

El quinto reactivo de la variable antecedente buscaba los bienes o propiedades que habían en los hogares investigados. Estos datos se colocaron en la tabla 110.

TABLA 110

Porcentaje de los bienes observados en las viviendas encuestadas.

Porcientos	Bienes o Propiedades
25.4	Estufa de gas, T.V., refrigerador, tocadiscos, licuadora, máquina de coser, camioneta o carro.
21.4	Estufa de gas, radio, T.V., refrigerador, licuadora, máquina de coser.
15.3	Estufa de gas, radio, T.V.
12.1	Estufa de gas, radio, T.V., refrigerador, consola de tocadiscos, licuadora, máquina de coser.
8.3	Fogón o estufa de gas, radio.
6.0	Todo más un carro y camión.
1.0	Todo más un carro, un camión y dos televisores.

En esta tabla se puede observar que un poco más de una tercera parte de la población tiene desde televisores hasta carro en su casa. Se puede ver también, que un poco más de una tercera parte de la población tenía facilidades que donde estribaba la diferencia era si tenían licuadoras o máquinas de coser o tocadiscos. Una cuarta parte de la población tenía con prioridad de lujo un radio o una televisión.

Se compararon los bienes que se observaron en las viviendas con la educación de los jefes de familia de las mismas. Se observó que personas con escolaridad de primaria incompleta en mayor grado que los que tienen mayor escolaridad, poseen mayores propiedades. La posesión de bienes o propiedades observadas se comparó con las ocupaciones de los jefes de familia.

Se encontró que algunas ocupaciones de los jefes de familia corresponden a mayores propiedades. Estas ocupaciones fueron la de obrero de fábrica, mecánico, albañil, chofer, comerciante, supervisor, trabajador en Estados Unidos y agricultor.

El sexto reactivo fué una pregunta que buscó información sobre la propiedad de la vivienda. Se encontró que el 69.8% de la población es dueña de la casa donde viven, el 18.6% vive en una casa rentada, el 6.8% de la población habita en una casa prestada y el 4.8% vive en casa propia pero aún la paga. Se observa que dos terceras partes de la población son propietarios de su hogar.

El séptimo reactivo que busca información sobre las condiciones de vivienda; preguntaba que si existía recogido de basura en la comunidad. A esta pregunta el 53.8% de la población respondió que si existía recogido de basura en la comunidad, el 42.5% indicó que no existía y el 2.8% no respondió. Se observa que alrededor de la mitad contestó que existía recogido de basura.

El octavo y último reactivo preguntaba cómo era el agua que se consigue en la comunidad. Las respuestas se colocaron en tabla 111. En esta tabla se puede ver que la mitad de la población respondió que era agua de la llave, una cuarta parte contestó que además de agua de la llave obtenía agua de garrafón. La cuarta parte restante respondió que solamente agua de garrafón o agua de pozo. Se observa que un poco menos de tres cuartas partes de la población tiene accesibilidad a servicio de agua a través de la llave.

La tercera variable antecedente que se presentará con datos es la de condiciones de trabajo. Esta variable se midió en términos de un grupo de quince preguntas, las cuales se presentarán a continuación.

TABLA 111.

Porcentaje de respuestas a la pregunta: ¿qué tipo de agua consigue en la comunidad?

Porcentaje	R e s p u e s t a
50.3	Agua de la llave, agua potable
24.6	Agua de la llave y agua de garrafón
13.6	Agua de garrafón
11.5	Agua de pozo

Pregunta 1: ¿Le ofrecen servicios médicos el trabajo? ¿Cuáles?. A la primera parte de esta pregunta, el 54.2% contestó que sí, el 41.0% contestó que no le ofrecían y un 4.8% no respondió. Se puede observar que alrededor de la mitad de la población recibe servicios médicos.

A la segunda parte de la pregunta, el 43.7% utilizaba el ISSSTE y el IMSS y un 10% el Hospital Ejidal. La población restante no respondió. La mayor parte de la población utiliza el ISSSTE.

Se hizo una comparación entre las respuestas a la pregunta sobre el ofrecimiento de servicios médicos en el trabajo y las ocupaciones de los jefes de familia. Se buscaron cuáles fueron las ocupaciones más desprovistas de servicios médicos en la población estudiada. Los resultados se colocaron en la tabla 112. En ésta se puede observar que los mayormente estuvieron desprovistos de servicios médicos, son ocupaciones u oficios independientes donde todavía no se han organizado como grupos para pedir los servicios médicos.

TABLA 112.

Porcentaje dentro de las ocupaciones del hombre que no le ofrecen servicios médicos.

Porcentaje dentro de la ocupación que no ofrece servicios médicos	Ocupaciones
100.0	Peluqueros
100.0	Vendedores ambulantes
100.0	Músicos
84.2	Comerciantes
75.0	Electricistas
60.0	Trabajan en USA
59.1	Choferes públicos
51.5	Jornaleros
50.0	Mecánicos

Se compararon también las colonias a las que corresponden los centros comunitarios y el ofrecimiento de servicios médicos. Se encontró que en todas las colonias a el 50% o más de la población se le ofrecía servicios médicos en el trabajo.

Pregunta 2: ¿Utiliza los servicios médicos que le ofrecen? ¿Cuándo?. A la primera parte de la pregunta, el 47% del 54.2% de la población a la cual se le ofrecía servicios médicos, respondió que los utilizaba. Sólo se observó que un 7.2% de los que se le ofrecían servicios médicos, no los utilizaba.

A la segunda parte de la pregunta, el 42.2% de la población a la cual le ofrecían servicios médicos, respondió que los utilizaban cuando se enfermaban los

niños, en emergencias o necesidades. Se observó que el 12% los utilizaba más frecuentemente para exámenes médicos generales, o sea, cuando no es una emergencia o necesidad.

Pregunta 3: ¿Durante el año, que otros trabajos ha realizado?. El 66.6% de la población respondió que se había mantenido trabajando en el mismo empleo y un 33.4% que había cambiado de trabajo. Se puede observar que dos terceras partes de la población se ha mantenido estable en un solo trabajo.

Pregunta 4: ¿Está sindicalizado en su trabajo?. Se encontró que el 35.4% de los trabajadores sindicalizados y el 32.2% no se encontraba sindicalizado; el 16.1% era de agricultores y el 10.1% no respondió. Se puede observar que sólo una tercera parte de la población se encontraba sindicalizada más los agricultores que son en su mayoría ejidatarios.

Pregunta 5: ¿Cómo se llama el sindicato?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 113. En ésta se puede observar que los sindicatos más grandes fueron los sindicatos de Sección Once y Sección Diez y seis; luego vinieron los sindicatos del CTM, albañiles y de la Federación de Trabajadores del Estado.

TABLA 113.

Porcientos de las respuestas a la pregunta: ¿Cómo se llama el sindicato?

Por ciento	R e s p u e s t a s
49.0	No respondieron
16.1	Agricultores (ejidatarios)
11.1	Sección Once y Diez y seis
9.3	CTM
6.9	Albañiles
4.8	Federación de Trabajadores del Edo.
2.8	Carros de alquiler

Pregunta 6: ¿Qué beneficios le ofrece el sindicato?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 114. Se puede ver que el beneficio que más señalaron fué el que garantiza el derecho al trabajador, luego la ayuda económica, - protección legal y por último el seguro social.

TABLA 114.

Porcentaje de las respuestas a la pregunta: ¿Qué beneficios le ofrece el sindicato?

Por ciento	R e s p u e s t a s
55.8	No respondieron
16.1	Agricultores
11.3	Garantía de trabajo, asegura el trabajo
8.3	Ayuda económicamente, prestamos, salario mínimo
5.8	Protección legal, clama por los derechos
4.3	Seguro Social

Pregunta 7: ¿Cómo es el sindicato?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 115 donde se puede observar que el 35.4% que respondió que estaba sindicalizado, contestó también a esta pregunta. Se encontró que de estos obreros, el 25.5% del 35.4% que eran sindicalizados, consideró que el sindicato es bueno, organizado y responde a sus problemas; el resto consideró al sindicato malo o regular.

TABLA 115.

Porcientos de respuestas a la pregunta: ¿Cómo es el sindicato?.

Porciento	R e s p u e s t a s
48.5	No respondieron
16.1	Agricultores
12.8	Bueno y buenas personas
9.8	No se puede decir si es bueno o malo
7.8	Organizado y unido
5.0	Pendientes de los problemas del obrero

Se hizo una comparación entre las ocupaciones de los jefes de familia y las -- respuestas a la pregunta de: ¿cómo era el sindicato?. Se encontró que las consideraciones positivas de bueno y organizado se mantuvieron similares a través de todas las ocupaciones, al igual a las respuestas de malo o regular, aunque se observa que un 32% de las ocupaciones que respondieron malo o regular, se encuentra c-ncentrado en el oficio de obrero de fábrica.

Pregunta 8: ¿Ha recibido préstamos? ¿De quién? ¿Para qué? ¿Cuánto recibió?. Esta pregunta, como se puede ver, consta de varias partes. Se encontró que el -- 53.8% de la población respondió a la primera parte de la pregunta, que no ha--

ha tomado préstamos; un 27.9% respondió que si había recibido préstamos y un 18.3% no respondió.

Se hizo una comparación entre los que respondieron a la pregunta de que si habían recibido préstamos y la edad de los jefes de familia. Se encontró que la respuesta positiva se mantuvo proporcionalmente similar a través de todas las edades.

A la segunda parte de la pregunta, el 71.6% de la población no respondió; el 14.1% recibió préstamos de la compañía, del patrón o dueño del lugar donde trabajaba; el 8% de la población respondió que del Banco Rural y Bancomer; el 3.8% respondió que del sindicato y por último, el 2.5% de la familia.

A la tercera parte de la pregunta, el 73.1% no respondió, el 22.9% respondió que el préstamo lo había hecho para arreglos de la casa, deudas, escuela de los niños, médicos, necesidades en general. Por último, el 4.0% respondió que había recibido préstamos para la tierra.

A la cuarta parte de la pregunta, el 75.6% de la población no respondió, el 10.3% indicó que había recibido de \$ 500.00 a \$ 2,000.00 en préstamos, el 7.1% recibió de \$ 2,000.00 a \$ 6,000.00 y por último, el 7.0% recibió de \$ 6,000.00 a \$ 10,000.00. Se puede observar que el porcentaje más alto de la población recibió pequeñas cantidades de dinero en préstamos.

Pregunta 9: ¿Qué es lo que más le preocupa en el trabajo?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 116. En ésta se puede ver que la preocupación mayor de una tercera parte de la población es cumplir y ser responsable con su trabajo; un poco menos de una cuarta parte de los jefes de familia no le preocupa nada en el trabajo. La preocupación de no faltar al trabajo fue la otra respuesta más frecuente.

TABLA 116.

Porcientos de respuestas a la pregunta sobre qué es lo que más le preocupa en el trabajo.

Porcientos	R e s p u e s t a s
33.7	Cumplir, ser responsable, que salga bien el trabajo y quede bien hecho
21.6	Nada
18.3	Que no falte al trabajo
9.8	No respondieron
5.0	Aprender, progresar
3.8	Riesgos del trabajo

Pregunta 10: ¿Cuándo sale del trabajo, a dónde va regularmente con sus compañeros los viernes?. Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 117. En ésta se puede ver que dos terceras partes respondió que no salía a ningún lugar, que se quedaba con su familia. La tercera parte restante de la población señaló que salía con amigos a divertirse o con la familia al cine, playa o centro del pueblo; otros no respondieron.

TABLA 117.

Porcientos de respuestas a la pregunta: ¿A dónde va los viernes regularmente con sus compañeros después de salir del trabajo?.

Porcientos	R e s p u e s t a s
68.1	A ningún lado; con su familia
12.1	Al depósito a tomar cerveza
11.6	No respondieron
8.3	Al cine, al centro o a la playa

Se compararon las respuestas de los jefes de familia a la pregunta anterior y las colonias de donde procedían. Se encontró que la respuesta de no salir a ningún lado se mantuvo constante a través de todas las colonias. Los jefes de familia que contestaron que salían con los amigos al depósito a tomar cerveza se encontraron mayormente en las colonias que corresponden a los centros comunitarios Treviño Zapata y Uniones.

Se compararon también las respuestas de los hombres a la pregunta anterior y las edades de los mismos. Se encontró que la respuesta más frecuente, de no salir a ningún lugar luego de salir del trabajo los viernes, se mantuvo proporcionalmente similar a través de todas las diferentes edades de los hombres. Solamente se observó que el 81.3% de los hombres que contestaron que salían a tomar cervezas se concentran entre las edades de 10 a 50 años.

Pregunta 11: ¿Cuáles son las personas en que usted más confía en el trabajo? - Las respuestas a esta pregunta se encuentran en la tabla 118. En ésta se puede ver que una tercera parte de los jefes de familia confían en sus compañeros de trabajo; menos de una cuarta parte no confía en nadie; hubieron trabajadores que indicaron que confiaban en sus jefes y supervisores o en su familia.

TABLA 118.

Porcentaje de respuestas a la pregunta: ¿Cuáles son las personas en que usted más confía en el trabajo?

Porcentaje	R e s p u e s t a s
33.2	En todos o en varios compañeros de trabajo
19.8	En nadie
18.6	No respondieron
12.6	Familia
11.3	Jefe y supervisores
2.5	En uno mismo
2.0	En el delegado

Se hizo una comparación entre la pregunta anterior sobre confianza y las edades de los hombres. Se encontró que las respuestas más frecuentes (confían en compañeros y no confían en nadie), se mantuvo constante a través de los diferentes intervalos de edad de los jefes de familia. Resultados similares se obtuvieron al comparar la educación del hombre y las respuestas de la población en cuanto a las personas en que más confiaba en el trabajo.

Otra comparación se realizó entre las respuestas a la pregunta anterior y las ocupaciones de los jefes de familia. Se encontró que a través de todas las ocupaciones, menos la de vendedor ambulante, los hombres respondieron en mayor frecuencia que confiaban en los compañeros de trabajo.

Pregunta 12: Con el dinero que usged gana a la semana, ¿qué es lo primero que hace regularmente? ¿Luego?. Las respuestas a la primera parte de la pregunta se presentaron en la tabla 119. En esta tabla se puede ver que dos terceras partes de la población lo primero que compra es alimento; las demás respuestas se dan en una frecuencia mucho menor y van dirigidos a pagar deudas, comprar vestimenta o calzado y otros no respondieron.

TABLA 119.

Porcientos de respuestas de lo primero que hacen con el dinero que ganan a la semana.

Por ciento	R e s p u e s t a s
75.1	Comprar alimentos
10.6	Pagar deudas, banco
7.3	No respondieron
3.0	Invertir
1.5	Comprar ropa, calzado
1.5	Pagar agua, luz
.8	Ahorrar
.3	Jugarlo

Se realizó una comparación entre lo que respondieron los jefes de familia a la pregunta sobre lo primero que hacían con el dinero que ganan semanalmente, y las colonias de donde procedían. Se encontró que en las colonias que corresponden a los centros comunitarios urbanos (Treviño Zapata y Uniones), el porcentaje de respuestas de lo primero que hacían era comprar alimentos, se mantuvo alto (70% como mínimo), a diferencia de los ejidos, que respondieron a los centros comunitarios rurales (Las Blancas y Santa Adelaida), donde se obtuvo una disminución en la frecuencia de las respuestas. En éstos últimos hubo un aumento en la respuesta de pagar al banco, que se observa más en Las Blancas que en Santa Adelaida.

Se hizo también otra comparación entre la primera parte de la pregunta anterior y las ocupaciones de los jefes de familia. Se encontró que a través de todas las ocupaciones lo primero que hacen con el dinero que ganan semanalmente, es comprar alimentos; aunque se observó que la respuesta de pagar deudas al banco tuvo un porcentaje de respuestas de 52.4% en los agricultores.

La segunda parte de la pregunta buscaba que era lo segundo que hacían con el dinero de la semana. Las respuestas a este reactivo se encuentran en la tabla 120. En ésta se puede observar que los porcentajes se encuentran más dispersos que en la primera parte de la pregunta, donde una cuarta parte de la población lo segundo que hace con el dinero que gana semanalmente, es comprar ropa y calzado. Un poco menos de otra cuarta parte de la población respondió que compraba comida y la población restante respondió pagar la luz y agua, banco y ahorrar. Un por ciento pequeño de la población respondió invertirlo y jugarlo.

Se realizó una comparación entre las respuestas de lo segundo que hacen con el dinero semanal, y las colonias de donde proceden. Se encontró que las respuestas de comprar ropa y calzado (como primera respuesta más frecuente), se mantiene proporcionalmente similar o constante a través de todas las colonias

menos en Las Blancas, donde lo segundo que hacen es comprar comida.

TABLA 120.

Porcientos de respuestas a la pregunta: ¿Qué es lo segundo que hace con el dinero que gana semanalmente?.

Porciento	R e s p u e s t a s
26.1	Comprar ropa, calzado
22.4	Comprar comida
15.3	Pagar banco, deudas, lo que se debe
11.1	No respondieron
9.8	Pagar agua y luz
6.3	Ahorrar y depositar
5.3	Invertir, comprar/preparar tierras
3.8	Jugarlo

Se hizo una comparación entre las ocupaciones de los jefes de familia y las -- respuestas a lo segundo que hacen con el dinero. Se encontró que a diferencia del agricultor, lo segundo que hacían todas las ocupaciones era comprar ropa y calzado, mientras que el agricultor compra comida.

Se realizó un curce entre las respuestas de lo primero que hace con el dinero que gana semanalmente y lo que hace luego. Se encontró que los jefes de familia que comprar alimento primero, luego se dedican a una sola actividad donde la de comprar ropa es la más frecuente como segunda opción.

Pregunta 13: ¿Cómo debería ser el patrón con quien usted trabaja? ¿Cómo es? -- Se encontró en la primera parte de la pregunta que el 57.3% de la población -- respondió que el patrón debería ser amable con todo el mundo; el 14.3% no res-

pondió; el 16.1% es agricultor, 5.5% no tiene patrón; el 5.0% contestó, cumplido y conciente y el 2.0% no conoce al patrón. Se puede notar que un poco más de la mitad de los trabajadores de la población deseaba que el patrón fuese amable.

Las respuestas a esta pregunta anterior se compararon con las ocupaciones de los jefes de familia. Se encontró que la respuesta más frecuente (amable) se mantuvo constante a través de todas las ocupaciones.

En la segunda parte de la pregunta donde buscaba información de cómo es el patrón, se encontró que: el 43.7% de los trabajadores respondió que el patrón era amable con todo el mundo y razonable; 16.1% eran agricultores, el 19.6% no respondió a la pregunta; el 8.5% no lo conoce; el 6.3% respondió que el patrón era malo y exigente y el 5% no tiene patrón. Se observa que en comparación a la primera parte de la pregunta, la respuesta de amable bajó y aumentó la abstención a la respuesta de la pregunta, los que no conocen al patrón y surge la respuesta de malo y exigente.

Pregunta 14: El mejor patrón es aquel ..... Se encontró que el 50% de los trabajadores respondió que el mejor patrón era aquel que fuera amable y razonable, el 16.1% eran agricultores, el 11.8% de la población contestó responsable, cumplido y que mande como debe ser, el 11.5% no respondió, un 8.8% respondió que pague bien y por último, 1.8% indicó que no tenían patrón.

Las respuestas a la pregunta: El mejor patrón es aquel ..... se compararon con las ocupaciones de los hombres de la población estudiada. Se encontró que al igual que la pregunta anterior, las respuestas más frecuentes (amable y responsable), se mantuvieron consistentes a través de todas las ocupaciones.

La cuarta variable antecedente fué la organización dentro de la comunidad. Se buscaba información sobre el tiempo que llevan en las localidades y si las co-

comunidades tienen algún organismo que busque obtener algunas metas. Para buscar esta información se realizaron preguntas que se presentaran a continuación.

Pregunta 15: ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta comunidad?. Las respuestas a esta pregunta se presentaron en la tabla 121. En ésta se puede observar que alrededor de la mitad de la población se encontraba en ella no menos de 16 - - años, una cuarta parte de la población tenía de 8 a 12 años en la comunidad en Matamoros. La cuarta parte restante fué la que menos tiempo llevaban, de 6 a - menos de un año.

TABLA 121.

Porcientos de los años que llevan viviendo en la población en Matamoros (comunidad a la que pertenecía).

Porciento	Años en comunidad.
38.9	Más de 16 años
13.6	12 años
10.6	16 años
8.5	8 años
8.3	2 años
7.8	4 años
6.8	menos de un año
4.8	6 años

La permanencia en años de la población se comparó con el lugar o colonia de -- procedencia. Se encontró que la población más antigua fué el ejido Santa Ade-- laida en donde un 65% de la población llevaba más de 16 años viviendo allí, -- luego, el ejido Las Blancas con un 63.2% de su población y después las colo- -

nias Treviño Zapata y Popular. Se encontró también que en todas las colonias y ejidos existía un porcentaje de nuevos inquilinos o de personas con poco tiempo viviendo allí en las diferentes colonias.

Se realizó una comparación entre los años que llevaba en las comunidades la población estudiada y las edades de los hombres y mujeres. Se encontró que a mayor edad de los hombres, mayor tiempo en la comunidad. Se observa que los hombres de mayor edad (60 años en adelante) llevan 12 años mínimo. Similar ocurrió con las edades de las señoras y su permanencia en las colonias. Se encontró -- también que los hombres que llevan menos tiempo en la comunidad son hombres -- más jóvenes, de 20 a 30 años. Los datos antes mencionados se colocaron en la -- tabla 122.

Los años de permanencia en las comunidades se compararon con las ocupaciones -- de los jefes de familia. Se encontró que existían ocupaciones que se daban en mayor porcentaje de hombres que llevaban más de 16 años en las comunidades en -- Matamoros. Estas ocupaciones fueron la de mecánico, carpintero, albañil, cho-- fer, jornalero y agricultor.

Pregunta 16: ¿Le gusta esta comunidad?. A esta pregunta el 88.4% de la pobla-- ción respondió que si le gustaba la comunidad, el 11.6% de la misma respondió que no le gustaba.

El gusto de la población por la comunidad se comparó con la colonia de proce-- dencia. Se encontró que a la población le gustaba la colonia donde vivía. La -- única colonia que tuvo el mayor porcentaje (25%) de respuestas negativas fué la colonia Uniones.

Pregunta 17: ¿Existe alguna organización en esta comunidad?. El 55.5% de la po-- blación respondió a esta pregunta que no existe organización alguna en la comu-- nidad. El 42% respondió que si existe organización en la comunidad y el 6.5% --

TABLA 122.

Comparación entre los años que lleva la población en las comunidades y las edades de los hombres.

Edades de los hombres	Tiempo en la comunidad									Total Línea
	No respondieron	menos de 1 año	2 años	4 años	6 años	8 años	12 años	16 años	más de 16 años	
No respondieron	1 3.2	0 0.0	1 3.2	3 9.7	0 0.0	0 0.0	1 3.2	5 16.1	20 64.5	31 7.8
20-30 años	2 2.5	11 13.8	11 13.8	14 17.5	4 5.0	6 7.5	6 7.5	6 7.5	20 25.0	80 20.1
31-40 años	0 0.0	9 10.5	13 15.1	2 2.3	6 7.0	12 14.0	14 16.3	8 9.3	22 25.6	86 21.6
41-50 años	0 0.0	4 4.1	5 5.2	9 9.3	8 8.2	9 9.3	17 17.5	8 8.2	37 38.1	97 24.4
51-60 años	0 0.0	2 3.5	2 3.5	1 1.8	1 1.8	3 5.3	9 15.8	7 12.3	32 56.1	57 14.3
61-70 años	0 0.0	0 0.0	1 4.0	0 0.0	0 0.0	3 12.0	5 20.0	5 20.0	11 44.0	25 6.3
71 años en adelante	0 0.0	1 4.5	0 0.0	2 9.1	0 0.0	1 4.5	2 9.1	3 13.6	13 59.1	22 5.5
Total Columna	3 0.8	27 6.8	33 8.3	31 7.8	19 4.8	34 8.5	54 13.6	42 10.6	155 38.9	398 100.0

TABLA 122.

Comparación entre los años que lleva la población en las comunidades y las edades de los hombres.

Edades de los hombres	Tiempo en la comunidad									
	No respon dieron	menos de 1 año	2 años	4 años	6 años	8 años	12 años	16 años	más de 16 años	Total L í n e a
No respon dieron	1 3.2	0 0.0	1 3.2	3 9.7	0 0.0	0 0.0	1 3.2	5 16.1	20 64.5	31 7.8
20-30 años	2 2.5	11 13.8	11 13.8	14 17.5	4 5.0	6 7.5	6 7.5	6 7.5	20 25.0	80 20.1
31-40 años	0 0.0	9 10.5	13 15.1	2 2.3	6 7.0	12 14.0	14 16.3	8 9.3	22 25.6	86 21.6
41-50 años	0 0.0	4 4.1	5 5.2	9 9.3	8 8.2	9 9.3	17 17.5	8 8.2	37 38.1	97 24.4
51-60 años	0 0.0	2 3.5	2 3.5	1 1.8	1 1.8	3 5.3	9 15.8	7 12.3	32 56.1	57 14.3
61-70 años	0 0.0	0 0.0	1 4.0	0 0.0	0 0.0	3 12.0	5 20.0	5 20.0	11 44.0	25 6.3
71 años en adelante	0 0.0	1 4.5	0 0.0	2 9.1	0 0.0	1 4.5	2 9.1	3 13.6	13 59.1	22 5.5
Total Columna	3 0.8	27 6.8	33 8.3	31 7.8	19 4.8	34 8.5	54 13.6	42 10.6	155 38.9	398 100.0

respondió que no sabía. Se observa que un poco más de la mitad de la población respondió que no existe organización.

Las respuestas de la población respecto al grado de organización de las comunidades se compararon con las colonias de donde procedían. Se encontró que hubieron colonias donde la población respondió que si existía organización en mayor grado. Estos resultados se pueden observar en la tabla 123 donde se colocaron. Se puede ver que en las colonias Reforma, Sección 11, Uniones y los ejidos Santa Adelaida y Las Blancas, la población que respondió que existía organización en mayor porcentaje. Por otro lado, las colonias donde se observa que la población respondió que no existían organizaciones fueron Treviño Zapata, Popular y Esperanza.

Pregunta 18: ¿De qué tipo era la organización?. A esta pregunta el 57.5% de la población no respondió a la pregunta; el 26.6% respondió que la organización era de grupos pequeños sociales; el 14.6% de la población respondió que la organización existente era ejidal. Por último, el 1.3% señaló que la organización era de tipo sindical.

Pregunta 19: ¿Conoce quienes integran la organización?. A esta pregunta el 55.5% de la población no respondió; el 30.2% respondió que sí conocían quienes integraban la organización y un 14.2% respondió que no conocía los integrantes de la organización. Se puede observar que del 42.0% que señaló que existía organización en la comunidad, sólo el 30% conoce quienes lo integran.

Pregunta 20: ¿Participa o pertenece a esta organización?. El 54% no respondió a esta pregunta; el 25.4% de la población señaló que no participa ni pertenece; el 20.6% participa. Por lo tanto, sólo la mitad de las familias que indicaron que existía una organización en la comunidad, participan en ella.

Pregunta 21: ¿Sabe si la organización hace reuniones?. A esta pregunta, el - -

TABLA 123.

Comparación entre las respuestas de la población sobre si existe o no organizaciones en las comunidades y las colonias de donde procede esta población.

C o l o n i a s	Respuestas a la existencia de organizaciones			
	S i	N o	No saben	Total línea
Frecuencia % de línea				
Reforma	31 83.8	6 16.2	0 0.0	37 9.3
Esperanza	19 28.8	39 59.1	8 12.1	56 16.6
Sección 11	7 58.3	4 33.3	1 8.3	12 3.0
Uniones	13 46.4	12 42.9	3 10.7	28 7.0
Popular	11 21.2	37 71.2	4 7.7	52 13.1
Treviño Zapata	15 15.6	73 76.0	8 8.3	96 24.1
Santa Adelaida	41 59.4	27 39.1	1 1.4	69 17.3
Las Blancas	30 78.9	7 18.4	1 2.6	38 9.5
T o t a l Columna	167 42.0	205 51.5	25 6.5	398 100.0

52.3% de las personas no respondieron; el 35.2% respondió que si realizaba -- reuniones y el 12.6% contestó que no realizaban reuniones.

Pregunta 22: ¿Cada cuánto realizan estas reuniones?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 124. En esta tabla se puede ver que alrededor de dos terceras partes no respondió, y el restante dió diferentes fechas de -- reunión donde la fecha más frecuente fué la de cada fin de semana.

TABLA 124.

Porcentaje de respuestas sobre cada cuánto se realizan reuniones en las organizaciones.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
63.6	No respondieron
19.1	Cada fin de semana
5.5	Cada 7 días
4.5	Cada 15 días
4.0	No sabe
3.3	Cada vez que hay necesidad

Pregunta 23: ¿En las reuniones que hace la organización, se discuten los problemas de la comunidad?. A esta pregunta el 67.6% de la población no sabe o si hay organización, no saben si se discuten los problemas en las reuniones. El 32.4% señaló que si se discuten los problemas variable independiente de la población.

La segunda variable que se examinó para presentar los resultados fué la variable dependiente de la población, la cual estaba dirigida a que la población identificara las actividades relacionadas con el PMC.

cuales se presentan a continuación.

Pregunta 1: ¿Cuándo se enferman de gravedad, a dónde lleva a los niños?. Las respuestas a ésta aparecen en la tabla 125. En ésta se puede observar que un poco más de la mitad de la población, para obtener servicios médicos, acude al ISSSTE, IMSS y médico privado cuando es caso de gravedad. Alrededor de una tercera parte de la población asiste a SSA o al Hospital Ejidal. La población restante va al dispensario comunitario y a la farmacia.

TABLA 125.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Cuándo se enferma de gravedad, a dónde lleva a los niños?.

Porcentos	R e s p u e s t a s
35.4	ISSSTE e IMSS
21.4	Médico privado
16.6	SSA
12.6	Hospital Ejidal
8.0	Dispensario comunitario
5.0	No respondieron
1.0	Farmacia

Pregunta 2: ¿Cuándo la enfermedad no es de gravedad, a dónde lleva a los niños? Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 126. En esta tabla se observó que menos de una cuarta parte de la población utiliza el dispensario cuando la enfermedad no es de gravedad. Un poco más de una tercera parte de la población respondió que iban al ISSSTE, IMSS y médico particular. Se observa que alrededor de una cuarta parte de la población utiliza remedios caseros, o sea, no consultan a un médico. El resto de la población iba al SSA y Hospital

Ejidal.

TABLA 126.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Cuándo la enfermedad - no es de gravedad, a dónde lleva a los niños?.

Porcientos	R e s p u e s t a s
19.3	El dispensario
17.8	IMSS, ISSSTE
17.3	Médico particular
14.1	Remedios en casa
11.6	Farmacia
10.1	SSA
4.8	Hospital Ejidal
5.0	No contestaron

Pregunta 3: ¿Sabe dónde queda el dispensario más cercano?. A esta pregunta el 72.4% respondió que sí sabían donde quedaba el dispensario; el 26.1% respondió que no sabía y el 1.5% no respondió. Se observa que alrededor de dos terceras partes de la población, sabe donde queda el dispensario.

Se compararon las respuestas de conocimiento de la población de donde queda el dispensario con las colonias de la población. Se observa en la tabla 127 que - todas las colonias respondieron en un 48% mínimo que sabían donde quedaban los dispensarios comunitarios.

TABLA 127

Comparación entre las respuestas a la pregunta: ¿Sabe dónde queda el dispensario más cercano y las colonias estudiadas?

## C o l o n i a s

## R e s p u e s t a s

Frecuencia % de Línea	No respon- dieron	SI	NO	T o t a l L i n e a
Reforma	0 0.0	27 73.0	10 27.0	37 9.3
Esperanza	2 3.0	32 48.5	32 48.5	66 16.6
Sección II	0 0.0	8 66.7	4 33.3	12 3.0
Uniones	1 3.6	19 67.9	8 28.6	28 7.0
Popular	0 0.0	52 100.0	0 0.0	52 13.1
Treviño Zapata	1 1.0	71 74.0	24 25.0	96 24.1
Santa Adelaida	1 1.4	43 62.3	25 36.1	69 17.3
Las Blancas	1 2.6	36 94.7	1 2.6	38 9.5
Total Columna	6 1.5	288 72.4	104 26.1	398 100.0

Se puede ver también que hubieron colonias como la Popular, Reforma, Treviño - Zapata y el ejido Las Blancas, donde la gente conocía en mayor grado donde que daba el dispensario comunitario.



En esta tabla se puede ver que los centros comunitarios que más se frecuentaban fueron los dos ejidos, luego los de Treviño Zapata y en menos frecuencia el CC de Uniones.

Pregunta 5: ¿Cuántas veces ha ido en este año al dispensario? Las respuestas a este reactivo se colocaron en la tabla 129.

TABLA 129

Porcientos de respuestas de las veces que la población ha ido al dispensario comunitario.

Porcientos	No. de veces que han asistido
51.0	No respondieron
10.8	Ninguna vez
10.8	Una vez
7.8	2 veces
7.8	3 veces
5.3	4 veces
6.5	5 veces o más

En esta se puede ver que la mitad de la población no respondió. También se observa que el 38.2% respondió que más de una vez fueron al CC, aunque solamente el 19.6% fueron más de tres veces.

Pregunta 6: ¿A qué horas prefiere ir, y por qué? A la primera parte de la pregunta el 54.5% de la población no respondió; el 42% indicó que por la mañana preferían ir; el 1.8% restante prefería ir en las tardes.

A la segunda parte de la pregunta, el 57.0% no respondió y el 31.4% indicó que prefería ir al dispensario en la mañana por ser la hora en que daban servicio y estaban abiertos. El 11.6% respondió que porque es la hora en que tenía tiempo.

En esta tabla se puede ver que los centros comunitarios que más se frecuentaban fueron los dos ejidos, luego los de Treviño Zapata y en menos frecuencia el CC de Uniones.

Pregunta 5: ¿Cuántas veces ha ido en este año al dispensario? Las respuestas a este reactivo se colocaron en la tabla 129.

TABLA 129

Porcientos de respuestas de las veces que la población ha ido al dispensario comunitario.

Porcientos	No. de veces que han asistido
51.0	No respondieron
10.8	Ninguna vez
10.8	Una vez
7.8	2 veces
7.8	3 veces
5.3	4 veces
6.5	5 veces o más

En esta se puede ver que la mitad de la población no respondió. También se observa que el 38.2% respondió que más de una vez fueron al CC, aunque solamente el 19.6% fueron más de tres veces.

Pregunta 6: ¿A qué horas prefiere ir, y por qué? A la primera parte de la pregunta el 54.5% de la población no respondió; el 42% indicó que por la mañana preferían ir; el 1.8% restante prefería ir en las tardes.

A la segunda parte de la pregunta, el 57.0% no respondió y el 31.4% indicó que prefería ir al dispensario en la mañana por ser la hora en que daban servicio y estaban abiertos. El 11.6% respondió que porque es la hora en que tenía tiempo.

Pregunta 7: ¿Conoce el médico del dispensario comunitario? El 51% de la población no respondió a la pregunta; el 26.6% señaló que no conocía al médico del dispensario y solo una cuarta parte de la población 26.4% respondió que si conocía al médico del dispensario comunitario.

Pregunta 8: ¿Tiene amistad con el médico del dispensario? A esta pregunta no respondió el 49.5% de la población; el 38.2% de ésta respondió que no tenía amistad con el médico del centro comunitario y solo el 12.3% contestó que si tenía amistad con el médico comunitario. Se puede observar que del 26.4% que conoce al médico, solo el 12.3% tiene amistad con el mismo.

Se realizó una comparación entre las personas que respondieron a la pregunta de amistad con el médico comunitario y las colonias de donde procedían. Estos resultados se colocaron en la tabla 130.

TABLA 130

Comparación entre la población que respondió a la pregunta sobre amistad con el médico comunitario y las colonias de donde procedían.

Frecuencia % de línea	No respon- dieron	SI	NO	Total L í n e a
Reforma	17 45.9	12 32.4	8 21.6	37 9.3
Esperanza	46 69.7	3 4.5	17 25.8	66 16.6
Sección II	8 66.7	0 0.0	4 33.3	12 3.0
Uniones	13 46.4	0 0.0	15 53.6	28 7.0
Popular	28 53.8	2 3.8	22 42.3	52 13.1
Treviño Zapata	57 59.4	6 6.3	33 34.4	96 24.1
Santa Adelaida	24 34.8	11 15.9	34 49.3	69 17.3
Las Blancas	4 10.5	15 39.5	19 50.0	38 9.5
Total Columna	197 49.5	49 12.3	152 38.2	398 100.0

En esta tabla se puede ver que el médico con mayor amistad era el del ejido Las Blancas, luego el ejido Santa Adelaida y por último, el de la colonia Reforma (centro comunitario Uniones).

Pregunta 9: Cuando fue al dispensario, le dijeron de qué estaba enfermo? El 52.8% de la población que no había ido al dispensario no respondió; el 35.9% respondió que sí le habían dicho de qué estaba enfermo y el 11.3% respondió que no le habían dicho de que estaba enfermo.

Pregunta 10: ¿Le recetaron medicinas? y ¿Dónde las consiguió? el 52.8% de la población no respondió a la pregunta, el 40.7% respondió que le habían recetado medicinas y el 6.5% indicó que no le habían recetado medicinas. El 40.7% de la población que indicó le habían recetado medicinas, respondió a la segunda parte de la pregunta. El 22.5% señaló que había conseguido las medicinas en la Farmacias en Matamoros; el 12.3% respondió que en el Dispensario Comunitario y un 5% indicó que parte de las medicinas en el Dispensario y otras en la Farmacia.

Se hizo una comparación entre las colonias estudiadas y las respuestas, de dónde habían conseguido las medicinas. Se encontró que del 12.3% que consigue las medicinas en el Dispensario; el 63.2% de la población residen en los centros comunitarios de los Ejidos; en mayor grado en el Ejido Santa Adelaida. En cuanto a la población que consigue los medicamentos en la Farmacia se observa que a través de todas las colonias, la población se mantiene proporcionalmente igual.

Pregunta 11: ¿Cuándo usted ha estado en el Dispensario el Médico ha llegado a tiempo? ¿y la enfermera? Las respuestas a la primera parte de la pregunta indicaron que el 52.5% de las personas no respondieron, el 38.4% respondieron que el médico llega a tiempo y el 9% respondieron que el Médico no llega a tiempo. Se observa que la mayoría de la población que asistió al centro comunitario indicó que el Médico llega a tiempo. A la segunda parte de la pregunta el 54.2% se abstuvo de responder, el 38.2% de la población señaló que la enfermera llegaba a tiempo y el 7.6% respondió que la enfermera no llegaba a tiempo.

Se hizo una comparación entre las respuestas de la pregunta sobre la puntualidad del Médico al Centro de Medicina Comunitaria y las colonias que corresponden a los diferentes Centros Comunitarios. Se encontró que en el centro comunitario Uniones, el porcentaje de las personas que contestaron que el médico no llegaba a tiempo es mayor que en las colonias que componen los centros comunitarios restantes.

Pregunta 12: ¿Le han dado citas para ir al Dispensario?. Las respuestas a esta pregunta indican que el 67.3% de la población respondió que no le han dado citas para ir al Dispensario comunitario, el 19.3% respondió que si le han dado citas y el 13.3% se abstuvo de responder a la pregunta. Se observó que menos de una cuarta parte de la población del centro comunitario ha sido citado en la comunidad.

Pregunta 13: ¿Los médicos del dispensario han hecho reuniones?. A esta pregunta el 67.6% de la población se abstuvo de responder, el 21.4% respondió que no habfa hecho reuniones, y el 11.4% de la población indicó que los médicos habían hecho reuniones en el Centro Comunitario. Se observa que un poco más del 10% de la población informó que los médicos habían hecho reuniones en el Centro Comunitario.

Pregunta 14: ¿En las reuniones del Centro comunitario sobre qué hablaron?. Las respuestas a estas preguntas se colocaron en la tabla 131. Se puede ver que -- el tema con mayor porcentaje fue Planificación Familiar, los restantes se encuentran muy poco mencionados.

TABLA 131.

Frecuencia y porcentaje de las respuestas de la población a los temas que hablaron en las reuniones de los CC.

Frecuencia	Porcentaje	R e s p u e s t a s
341	85.7	No respondió
21	5.3	No sabe, no recuerda
10	2.5	Cambio de local
20	5.0	Planificación familiar
6	1.5	Sobre cuotas

Pregunta 15: ¿Cómo considera que el Dispensario le ha ayudado?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 132. En esta se puede ver que una - - cuarta parte de la población se abstuvo de señalar como consideraba el CC, un poco menos de una cuarta parte respondió que consideraba que el CC le había -- ayudado mucho, y la mitad de la población respondió entre regular, nada y poco.

TABLA 132.

Porcentaje de respuestas de la población de cómo considera la ayuda que ha recibido del dispensario.

Porcentaje	R e s p u e s t a s .
25.1	No respondió
23.1	Mucho
16.1	Regular
21.1	Nada
13.8	Poco

Se realizo una comparación entre las respuestas de la población de cómo considera los CC y las colonias que componen los CC, se encontró en esta comparación que el 47.4% de la población de Las Blancas respondió que el dispensario comunitario les ayudó mucho y el 26.3% respondió que les ayudó regular. Luego le siguío el 27.5% de la población de Santa Adelaida que respondió que consideraba mucha la ayuda prestada por el CC, e igual respondió el 27% de la Colonia Reforma.

La próxima variable que se analizó fue la variable interviniente de la población. Se buscaba analizar a la población, al médico, de sí mismo y de la comunidad donde vive. En esta primera parte se buscó cómo la población percibió al médico.

Pregunta 1: ¿Qué debe hacer un buen médico?. Las respuestas a esta pregunta - aparecen en la tabla 133. En ésta se puede ver que menos de la mitad de la población respondió que un médico debe atender bien, ser bueno y que se dé á -- querer para ser buen médico. Una cuarta parte indicó que un buen médico debe dar medicinas efectivas. La tercera parte de las personas respondieron que cure, sea rápido y que haga examen general.

TABLA 133.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Qué debe hacer un - - buen médico?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
43.9	Atender bien al necesitado, tratar bien, ser bueno, que se dé a querer.
23.6	Dar medicinas efectivas. Recetar buenas medicinas
17.5	Con la gente ser acertado y que sea rápido
15.0	Examinar, checar bien, hacer examen general. Examinar como es debido

Las respuestas, de qué debe hacer un buen médico, se compararon individualmente con edad, escolaridad y ocupación de la población. En todas las comparaciones las respuestas de atender bien, que se dé a querer, y la de dar buenas medicinas para ser un buen médico, se mantuvieron porcentualmente constantes o proporcionalmente igual a través de: la escolaridad, edad y ocupación del jefe de familia.

Pregunta 2: ¿Cómo debería ser el médico del dispensario?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 134. En ésta se puede ver que las respuestas atender bien y portarse amable aparecen en dos terceras partes de la población. Se observa también, que hubo un por ciento alto de personas que no respondieron. La cuarta parte restante de la población respondió que cure a la gente, que dé medicinas efectivas y que examine como es debido.

TABLA 134.

Porcentaje de las respuestas de las personas a la pregunta: ¿Cómo debería ser el médico del dispensario comunitario?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
60.5	Atender bien al necesitado, al enfermo y portarse bien, y amable.
16.1	No respondió
12.6	Cure a la gente, sea acertado, rápido y efectivo.
5.0	Dé medicinas efectivas
4.8	Examine bien, tomar signos vitales y examinar cómo es debido

Se hizo una comparación entre las respuestas de la población a la pregunta: - ¿Cómo debería ser el médico del dispensario? y las variables escolaridad, - -

edad y las colonias de donde procedían las personas. Se encontró que las respuestas de atender bien al necesitado, portarse bien y amable para poder ser médico del dispensario, se mantuvieron en términos de por ciento, constante o similares a través de los diferentes intervalos de edad y escolaridad, de ambos, hombre y mujer; así como de las diferentes colonias de donde residían.

Pregunta 3: ¿Cómo debería ser un médico para ser aceptado en la comunidad?. - Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 135. En ésta se puede observar que dos terceras partes de la población respondió que el médico debería atender bien, darse a querer y ser amable. Un poco más de una cuarta parte de la población respondió que cure y que sea acertado, que recete medicinas efectivas y que examine u osculte bien; para ser un médico aceptado en la comunidad.

TABLA 135.

Por ciento de las respuestas de la población a la pregunta: ¿Cómo debería ser un médico para ser aceptado por la comunidad?.

Por ciento	R e s p u e s t a s
65.6	Atender bien, tratar bien, ser bueno, amable y que se dé a querer.
16.3	Cure a la gente, sea acertado, franco y efectivo
3.5	Dar medicinas efectivas
5.5	No contestó
4.1	Examinar y oscultar bien

Las respuestas de la pregunta anterior, para ser un médico aceptado en la comunidad, se compararon individualmente con las variables de edad, escolaridad y ocupación del jefe de familia. Se encontró que las respuestas más frecuen--

tes fueron: la de atender bien, ser amable y darse a querer, se mantuvieron - porcentualmente similares a través de los diferentes grados de edad, escolaridad y diferentes ocupaciones del hombre.

Además de las comparaciones anteriores, se compararon las mismas respuestas - con las contestaciones de la pregunta; ¿Cómo debería ser el médico del dispensario?. La información más importante que se encontró en esta comparación, -- fue que el 75% de las personas que respondieron que el médico del dispensario debería ser amable, tratar bien y darse a querer, respondieron similar o igual en la pregunta: ¿Cómo debería ser un médico para ser aceptado en la comunidad?

Pregunta 4: ¿El mejor médico es uno que le dice que?. Las respuestas a esta - pregunta se presentaron en la tabla 136. En ésta se puede observar que dos -- terceras partes de la población respondió que el médico debe decir la verdad y la realidad sobre qué enfermedad uno tiene. Un poco más de una cuarta parte de la población respondió que el mejor médico es uno que le diga cómo tomar - las medicinas, le dá consejos a uno, y le pregunta a uno sobre lo que uno padece.

TABLA 136.

Porcentaje de las respuestas de la población a la pregunta: ¿El mejor médico - es uno que dice que?

Porcentaje	R e s p u e s t a s
64.1	Dice la verdad y la realidad. Si uno tiene remedio o es todo lo que puede hacerse; que enfermedad tiene, que cosa hacer y hacerlo.
14.6	Cómo tomar y aplicar las medicinas buenas
9.5	Que le dé consejos a uno, que atienda mejor a uno, - y sea amable
8.5	No contestó
3.3	Pregunte sobre lo que uno padece

Las respuestas de la pregunta: ¿El mejor médico es uno que dice que?. Se compararon con la edad de ambos, hombre y mujer. Se encontró que las respuestas más frecuentes que fueron, que diga la verdad, la realidad sobre lo que uno - padece, se mantuvieron porcentualmente similar a través de la edad del hombre como la de la mujer.

Pregunta 5: ¿Cómo son las mujeres como médico?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 137. En ésta se puede ver que más de una tercera parte de la población considera que las mujeres como médicos son buenas y - - aportan confianza, además de ser más comprensivas, otra tercera parte de la - población respondió; que son capacitadas como cualquier médico y mejor que -- los hombres y más competentes. La cuarta parte de la población restante no ha tratado las mujeres como médicos y considera que las mujeres como médicos son fuertes en carácter.

TABLA 137.

Porcentaje de las respuestas de la población a la pregunta: ¿Cómo son las mujeres como médico?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
37.7	Buenas, aportan más confianza, comprenden mejor y son más consideradas.
24.9	Capacitadas como cualquier médico, igual que los hombres.
14.6	No saben, nunca han tratado una mujer como médico.
10.6	Mejor que los hombres, competentes.
10.6	Algunas fuertes, regañonas.
1.8	Inferiores a los hombres

Las respuestas de; cómo son las mujeres como médico, se compararon con la - - edad de ambos miembros de la familia y la escolaridad de la señora. Se encon-

tró que las respuestas que habían salido más frecuentes, se mantuvieron constantes porcentualmente, a través de los diferentes intervalos de edad, de ambos sexos, como de la escolaridad de la señora de la casa.

Pregunta 6: ¿De haber una emergencia, qué médico necesitaría esta comunidad?. Las respuestas que dió la población se presentan en la tabla 138. En ésta se puede notar que una cuarta parte de las personas indicó que necesitaban un médico estable, de planta y cerca; otra cuarta parte respondió que necesitaban un médico que fuera general del I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E. Un poco más de una -- cuarta parte de la población respondió que necesitaba cualquier médico de la cruz roja, primeros auxilios y un médico particular. El resto de las personas indicaron que necesitaban un médico activo eficiente, rápido y capacitado.

TABLA 138.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿De haber una emergencia; qué médico necesitaría la comunidad?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
23.6	Médico cerca, estable, de guardia, de planta.
22.1	Médico general del I.M.S.S. o I.S.S.S.T.E.
13.1	Médico eficiente, activo, rápido y capacitado
9.8	Cualquier médico
9.0	Médico Cruz Roja o Primeros Auxilios
8.5	Médico particular especializado
7.8	No contestó

Las respuestas de las preguntas sobre, qué médico necesitaría la comunidad en caso de haber una emergencia; se compararon con la educación o escolaridad de los dos miembros de la familia. Se encontró que las preguntas más frecuentes

(médico de planta cerca, médico general y médico eficiente) se mantuvieron -- porcentualmente similar a través de los diferentes grados de escolaridad del hombre como de la señora de la casa.

Pregunta 7: El médico que dice qué cosa hacer y cómo hacerlo, hará que la gente.... Las respuestas a esta oración incompleta se presentan en la tabla 139. En esta tabla se puede ver que más de una tercera parte de la población respondió, que apreciaban y tenían más confianza, a un médico que les diga qué cosa hacer y cómo hacerlo. Otra tercera parte respondió que seguirían sus instrucciones. La parte restante de la población señaló, que el médico que diga que cosa hacer y cómo hacerlo, hará que la gente viva mejor y se beneficie. - Las respuestas a la oración incompleta; el médico que dice que cosa hacer y cómo hacerlo, hará que la gente..., se compararon con la edad y escolaridad de los dos miembros de la familia y con la ocupación del hombre. Se encontró que las respuestas más frecuentes (que lo quieran, lo aprecien y sigan sus -- instrucciones) se mantuvieron igual o similares en porcentaje a través de los intervalos de edad y escolaridad de ambos sexos e igual con las ocupaciones de los jefes de familia.

TABLA 139.

Porcentaje de las respuestas de la población a la oración incompleta: El médico que dice qué cosa hacer y cómo hacerlo, hará que la gente.....

POR CIENTO	R E S P U E S T A S
39.4	Lo quieran, lo aprecien, tengan más confianza.
32.2	Siga sus instrucciones y haga lo -- que el dice.
19.9	Viva mejor, se beneficie y se alivie.
8.5	No contestó

La segunda parte sobre percepción, buscó los resultados de la proyección de la población hacia aspectos de sí mismo y las relaciones con la comunidad en que vive. Las preguntas que midieron esta parte se presentaron a continuación.

Pregunta 8: ¿Usted considera que se preocupa más que otras personas?. A esta pregunta el 77.1% de la población respondió que consideraba que se preocupaba más que otras personas, el 19.9% respondió que no se preocupaban, y un 3.3% no respondió la pregunta. Se compararon con las respuestas de la población a la pregunta anterior con la edad y colonia del jefe de familia. Se encontró que en ambas comparaciones, la respuesta más frecuente (que si se preocupaba más que otras personas) se mantuvo igual a través de todos los intervalos de edad del hombre y de todas las colonias de donde procedían.

Pregunta 9: ¿Cuáles cosas son las que no le ha dado la vida que le gustaría -- que tuvieran sus hijos?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 140. En esta tabla se puede ver que la mitad de la población deseó para sus hijos una buena preparación, educación y estudios.

TABLA 140.

Porcentaje de las respuestas de la población a la pregunta: ¿Qué le gustaría -- que tuvieran sus hijos, que él no ha tenido?

Porcentaje	R e s p u e s t a
49.5	Buena preparación, educación y estudios
11.75	Dinero
11.0	Salud
9.6	Felicidad y amor al prójimo
9.6	Que no tenga privaciones
6.0	Nada le hace falta
2.8	Trabajo

El resto de la población contestó que desearían para sus hijos, dinero, salud,

felicidad, trabajo y que no tengan privaciones. Sólo una pequeña parte de la población señaló que a sus hijos nada les falta.

Las respuestas de la pregunta anterior, sobre que le gustaría que tuvieran sus hijos, se comparó con la educación, escolaridad y ocupación de ambos miembros de la familia. Se encontró que las respuestas, buena preparación y educación - se mantuvieron como las más frecuentes porcentualmente, a través de los diferentes intervalos de escolaridad y ocupaciones de ambos miembros de la familia.

Pregunta 10: ¿Si ahora tuviera la oportunidad estudiaría?, ¿Por qué?. Las respuestas a ambas preguntas se encuentran en la tabla 141. En ésta se puede ver que más de una tercera parte de la población respondió, que si estudiaría, para poder conseguir un buen trabajo. Un poco más de una cuarta parte respondió que no estudiaría de tener la oportunidad, debido a que están muy adultos - - (grandes) y la vista no les permite o por falta de tiempo.

TABLA 141.

Porcentaje de respuestas a la pregunta: ¿Si tuviera la oportunidad estudiaría?, ¿Por qué?

Porcentaje	R e s p u e s t a s
39.3	Si, porque le gusta, para saber más, es la base de todo y para el bien de mis hijos.
31.6	Si, para conseguir un buen trabajo, progresar y estar mejor económicamente.
14.8	No, está muy grande y la vista no me lo permite la edad
14.3	No, no le gusta la escuela, no tiene tiempo

Las respuestas de la pregunta anterior respecto, a si tuviera oportunidad estudiaría y ¿por qué?, se compararon con la escolaridad del esposo. Se encontró - que el 64.7% de las personas que respondieron que no estudiarían por incapaci-

dades de adultos y el 85.7% porque no le gusta, fueron respuestas de las personas que no tuvieron escuela, primaria, incompleta y completa. Por otro lado, se observa que las personas que respondieron que estudiarían si tuvieran la oportunidad por razones de gusto o para conseguir buen trabajo, tenían secundaria incompleta (70%) secundaria completa (77.7%) postsecundaria 77%.

Se compararon las respuestas de la población a la pregunta anterior y las respuestas de la pregunta: ¿Qué le gustaría que los hijos tuvieran?. Se encontró que el 78.6% de las personas que desearon buena preparación y educación para sus hijos, contestaron que de tener la oportunidad estudiarían para conseguir buen trabajo o por que le gusta. Se encontró también que las personas que respondieron que no estudiarían por razones de deficiencias físicas por la edad, fueron las mismas que contestaron en un 81.9% que desearían que sus hijos tuvieran estudios y buena preparación.

Pregunta 11: ¿Si fuera líder de esta comunidad, cuál sería el primer problema que resolvería?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 142. En esta tabla se puede observar que las dos terceras partes de la población resolverían los problemas físicos de drenaje, luz, agua y pavimentación. El resto de la población respondió que resolvería los problemas de las escuelas, delincuencia y médicos de planta.

#### TABLA 142.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Si fuera líder de la comunidad, cuál sería el primer problema que resolvería?.

Por ciento	R e s p u e s t a s
69.8	Calles, drenajes, luz, agua y pavimentación
12.6	Centros recreativos
8.8	No contestó
4.8	Pandillerismo
3.0	Médicos de planta

Las respuestas a la pregunta anterior, sobre el primer problema que resolvería si fuera líder, se compararon con las variables de edad, escolaridad y las colonias donde se ubican los jefes de familia. Se encontró que las respuestas -- más frecuentes (resolver problemas físicos de la Colonia) se mantuvo en un porcentaje similar a través de los diferentes intervalos de edad, escolaridad y de las colonias de donde procedían los jefes de familia. Se observa también en dicha comparación con las colonias, que el 63.2% de las personas, que respondieron que resolverían primero, las escuelas, procedían de las Colonias Treviño Zapata y el Ejido de Santa Adelaida. El 61.6% de la población que respondió que resolvería, los médicos de planta, eran de Santa Adelaida y Colonia Esperanza; y el 71.5% que contestó, pandillerismo, procedía de la Colonia Reforma y Treviño Zapata.

Pregunta 12: Los problemas que más le preocupan a esta comunidad son...; las respuestas a esta oración incompleta se colocaron en la tabla 143. En ésta se puede ver que las tres cuartas partes de la población respondió, los problemas de las calles, drenajes y pavimentación como los más que le preocupan.

TABLA 143.

Por ciento de las respuestas de la población a la oración incompleta: Los problemas que más le preocupan de la comunidad son....

Por ciento	R e s p u e s t a s
69.8	Calles, drenajes, luz, agua y pavimentación
12.6	Centros recreativos
8.8	No contestó
4.8	Pandillerismo
3.0	Médicos de planta

Las respuestas a la pregunta anterior, sobre el primer problema que resolvería si fuera líder, se compararon con las variables de edad, escolaridad y las colonias donde se ubican los jefes de familia. Se encontró que las respuestas -- más frecuentes (resolver problemas físicos de la Colonia) se mantuvo en un porcentaje similar a través de los diferentes intervalos de edad, escolaridad y de las colonias de donde procedían los jefes de familia. Se observa también en dicha comparación con las colonias, que el 63.2% de las personas, que respondieron que resolverían primero, las escuelas, procedían de las Colonias Treviño Zapata y el Ejido de Santa Adelaida. El 61.6% de la población que respondió que resolvería, los médicos de planta, eran de Santa Adelaida y Colonia Esperanza; y el 71.5% que contestó, pandillerismo, procedía de la Colonia Reforma y Treviño Zapata.

Pregunta 12: Los problemas que más le preocupan a esta comunidad son...; las respuestas a esta oración incompleta se colocaron en la tabla 143. En ésta se puede ver que las tres cuartas partes de la población respondió, los problemas de las calles, drenajes y pavimentación como los más que le preocupan.

TABLA 143.

Por ciento de las respuestas de la población a la oración incompleta: Los problemas que más le preocupan de la comunidad son....

Por ciento	R e s p u e s t a s
73.9	Calles, drenajes y pavimentación
10.1	No contestaron
6.8	Seguridad y pandillerismo
2.5	Educación
2.0	Problemas económicos y sociales
1.8	Quitar animales de la casa
1.5	Transporte y camiones
1.5	Servicio médico

Los problemas indicados por el resto de la población fueron los de: delincuencia, educación, problemas económicos personales, transportes y servicios médicos.

Pregunta 13: La organización en esta comunidad es...., las contestaciones a esta oración incompleta se presentaron en la tabla 144. En ésta se puede ver que alrededor de una cuarta parte de la población se abstuvo de responder. Una cuarta parte de las personas respondieron que no sabían y que no existía organización en la comunidad. Menos de una cuarta parte de la población contestó que era buena y bien organizada. El restante de la población manifestó que eran de grupos pequeños mala, desorganizada y regular.

TABLA 144.

Por ciento de las respuestas de la población estudiada a la oración incompleta: La organización en esta comunidad es.....

Por ciento	R e s p u e s t a s
23.4	No contestó
23.4	No sabe, no hay y no existe
21.4	Buena y bien organizada
14.6	Grupos pequeños
3.8	Mala y desorganizada
3.5	Regular

Pregunta 14: En esta comunidad el líder debería ser... Las contestaciones a este reactivo se presentaron en la tabla 145. En esta tabla se puede ver que más de la mitad de la población respondió que el líder debería de ser responsable, que cumpla con su deber y honesto. Menos de una cuarta parte de la población señaló que el líder debería comprender los problemas de la comunidad y conocer sobre leyes. El resto de la población, una parte señaló que debería ser activo y enérgico y otros indicaron que no sabían o no respondieron.

TABLA 145.

Por ciento de contestaciones a la oración incompleta: En esta comunidad el líder debería:

Por ciento	R e s p u e s t a s
52.2	Responsable, que cumpla con su deber, honesto y cumplido.
19.6	Comprenda los problemas de la comunidad, conozca las leyes y tenga conocimientos.
14.1	Activo, enérgico y que haga por la Colonia.
8.5	No sabe
5.5	No contestó

Las respuestas anteriores se compararon con las edades, ocupaciones y colonias de donde provenían los jefes de familia. Se encontró que las respuestas más -- frecuentes fluctuaron en forma similar a través de los diferentes intervalos -- de edad, ocupaciones y colonias. O sea las respuestas de que el líder de la co-- munidad debería ser un hombre, responsable, honesto y cumplido, se mantuvo en porcentos similares, a través de las tres variables comparadas.

Pregunta 15: Los problemas más importantes que resuelve la organización son... Las respuestas a este reactivo se colocaron en la tabla 146, en ésta se puede

ver un poco más de la mitad de la población (54.3%) no respondió, y sí contestó, indicó que no sabía o no existía organización en la comunidad. El resto de las personas indicaron que la organización resolvía mayormente los problemas de luz, agua, drenaje, los terrenos de las parcelas y pandillerismo.

TABLA 146.

Porcentaje de respuestas a la oración incompleta: Los problemas más importantes que resuelve la organización son....

Porcentaje	R e s p u e s t a s
24.4	Sin respuesta
21.6	No sabe
8.3	No existe
14.3	Agua, luz y drenaje
7.8	Terrenos, parcelas
6.5	Vigilancia para el pandillerismo
5.5	Ninguna

Pregunta 16:¿Como líder la gente adulta o grande es?. Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 147. En ésta se puede observar que tres cuartas partes de las personas contestaron, que la gente adulta como líder eran más capaces y tenían más experiencia; además eran seria, responsable, comprensible y amable. La cuarta parte restante contestó que los líderes eran regulares, charros, igual a los jóvenes y otros no sabían; un grupo no respondió.

TABLA 147.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Como líder la gente grande o adulta es?...

Por ciento	R e s p u e s t a s
28.9	Más experiencia y capaz.
21.9	Seria y responsable
21.4	Comprensible y amables
9.3	Regulares
7.3	No sabe
4.8	No contestó
4.8	Poco responsables
1.8	Igual que los jóvenes

Las respuestas arriba presentadas se compararon con la edad de los jefes de familia. Se encontró que a medida la edad del hombre avanzó, las respuestas de la población cambia. Se observa que los hombres con la edad de 41 a 60 años -- respondieron, que los líderes adultos tenían más experiencia; los jefes de familia de la edad de 60 años en adelante, la tendencia fué a responder, que los líderes eran responsables; aunque no ocurrió en un grado tan marcado.

Pregunta 17: Los problemas de esta comunidad los resuelve.... Las respuestas a esta oración incompleta aparecen en la tabla 148. En ésta se puede notar que -- menos de la mitad de la población respondió que los problemas de la comunidad los resuelve el líder de la colonia y el presidente del municipio. Alrededor -- de una cuarta parte de las personas respondieron, que no sabían, y los problemas de la comunidad no los resolvía nadie. La población que restaba respondió que los problemas los resolvían entre todos, la organización o uno solo.

TABLA 148.

Por ciento de las respuestas de la población a la oración incompleta: Los pro--  
blemas de esta comunidad los resuelve.....

Por ciento	R e s p u e s t a s
25.4	Líder, presidente de la colonia
17.3	Presidente del municipio
16.8	No sabe
12.3	Nadie
9.5	Entre todos
8.3	La organización
5.3	No contestó
5.0	Uno solo

Pregunta 18: Cuando usted tiene problemas es bueno ir a ver.... Las contestaciones a esta pregunta se colocaron en la tabla 149. En ésta se puede ver que la mitad de la población respondió; que de tener problemas era bueno ir a ver al Delegado en la presidencia y al comisionado de la comunidad. Una cuarta parte de la población respondió que cuando uno tenía problemas era bueno ir a ver a uno mismo, entre amistades y dependía del problema. El resto de la población señaló que no había que ver a nadie.

TABLA 149.

Por ciento de las respuestas de la población a la pregunta: Cuándo usted tiene problemas es bueno ir a ver....

Por ciento	R e s p u e s t a s
32.2	Delegación, autoridad correspondiente y presidencia
16.8	Delegado comisionado y líder de la comunidad
15.8	Nadie
13.5	Depende del problema
12.9	Uno mismo entre amistades
8.8	No contesto

Las respuestas arriba presentadas se compararon con la edad y ocupación de los jefes de familia. Se encontró que las respuestas más frecuentes (ver al delegado y comisionado) se mantuvieron constantes o similares, en sus porcentos, a través de las diferentes edades y ocupaciones de los jefes de familia.

Pregunta 19: Los problemas de la comunidad podrían ser resueltos por ... Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 150. En esta tabla se puede percibir que menos de las dos terceras partes de la población manifestó que los problemas podrían ser resueltos por las autoridades municipales y líderes encargados de la comunidad. Una cuarta parte de la población respondió que los problemas de la comunidad podrían ser resueltos por todos, o por una buena gente. El resto de la población expresó que podían ser resueltos por una organización o por nadie.

TABLA 150.

Porcentaje de respuestas de la población al reactivo: Los problemas de la comunidad podrían ser resueltos por....

Porcentaje	R e s p u e s t a s
38.9	Autoridades municipales
21.4	Líderes encargados de la comunidad
15.1	Por la misma gente
9.5	Alguna buena persona
6.8	No contestaron
4.8	Por una organización
3.5	Por nadie

Las respuestas que se presentaron anteriormente se compararon con las edades y ocupaciones de los jefes de familia. Se encontró que las respuestas que más

se manifestaron, (soluciones por la delegación o por el líder comunitario) se mantuvieron en forma constante en porcentos, a través de todas las diferentes edades y ocupaciones de los jefes de familia. Aunque, se observó que el 36.4% de los jornaleros señalaron que los problemas de la comunidad podrían ser resueltos por líderes de la comunidad, al igual el 43.8% de todos los agricultores.

Pregunta 20: Las personas que yo más confío en esta localidad son... Las respuestas a esta pregunta aparecen en la tabla 151. En esta tabla se puede observar que un poco menos de la tercera parte de la población contestó que confiaban en todos los vecinos. Una cuarta parte de las personas que manifestaron -- que no confiaban en nadie y otra cuarta parte confiaba en la familia. Hubo personas que señalaron que confiaban más en el comisionado, directores de la escuela y curas.

TABLA 151. .

Porcentaje de respuestas de la pregunta: Las personas que yo más confío en la comunidad son...

Porcentaje	R e s p u e s t a s
30.2	En todos los vecinos y muchas gentes.
26.2	En nadie, ninguna.
25.1	En la familia, mi esposa y mamá
10.1	Líder comisionado.
5.0	Directores de la escuela y curas
2.8	Sin respuesta

Se hizo una comparación entre los resultados arriba presentados y las respuestas a la pregunta: Las personas que yo más confío en el trabajo son... Se en-

contró que existe muy poca correspondencia entre las personas que más confía - en el trabajo y las que confía en la comunidad.

Se hicieron otras comparaciones entre las respuestas de la población a la pregunta: Las personas en quien yo más confío en la comunidad y las edades, escolaridad y ocupaciones de los jefes de familia. Se encontró que las respuestas más frecuentes, a la pregunta sobre la confianza en la comunidad, se mantuvieron constantes, en términos de por ciento, a través de las edades, escolaridad, y ocupaciones de los jefes de familia. Aunque se observa que se agrupa el 18.2% de los jornaleros, el 23.4% de los agricultores y el 20% de los que trabajan - en construcción bajo la respuesta que confiaban más en los líderes que la comunidad.

Pregunta 21: Los líderes de la comunidad son... Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 152. En ésta se puede ver que más de la mitad de la - población indicó que no conoce a los líderes, que no hay, no existen y no respondió. Un poco más de una cuarta parte de las personas contestaron que los lí - deres de la comunidad eran buenos y responsables. El resto de la población se - ñaló que los líderes de la comunidad eran regulares y ladrones.

TABLA 152.

Por ciento de respuestas de la población a la oración incompleta: Los líderes - de esta comunidad son...

Por ciento	R e s p u e s t a s
29.4	No los conoce
15.3	No contestó
14.6	No hay, no existen
22.6	Buenos
9.0	Gaviotas y ladrones
5.8	Responsables y serios
3.3	Regulares

La cuarta y última variable que se examinó fue: la segunda parte de la variable dependiente donde la población identificó los conocimientos de salud a través de oraciones incompletas y preguntas que presentamos a continuación.

Pregunta 1: ¿Por qué cree usted que se enferman los niños?. Las contestaciones a esta pregunta se colocaron en la tabla 153. En esta tabla se puede ver que un poco menos de una cuarta parte de la población no respondió y no sabía.

TABLA 153.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Por qué cree usted que se enferman los niños?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
26.9	Falta de higiene
23.6	No contestó (no sabía)
20.9	Cambio de clima
16.8	Falta de alimentación
11.8	Falta de alimentación e higiene

Se observa que las tres cuartas partes restantes de la población señaló causas de tipos socioeconómicos y ecológicos, como lo fueron falta de higiene, mala alimentación y cambio de clima.

Pregunta 3: ¿Cuándo usted va a cocinar que es lo primero que hace?. A esta pregunta el 79.9% de la población estudiada respondió, que lo primero que hacía cuando iba a cocinar era, limpieza, lavarse las manos y vasijas. El 18.8% de la población indicó que lo primero que hacía era moler, picar alimentos, poner

La cuarta y última variable que se examinó fue: la segunda parte de la variable dependiente donde la población identificó los conocimientos de salud a través de oraciones incompletas y preguntas que presentamos a continuación.

Pregunta 1: ¿Por qué cree usted que se enferman los niños?. Las contestaciones a esta pregunta se colocaron en la tabla 153. En esta tabla se puede ver que un poco menos de una cuarta parte de la población no respondió y no sabía.

TABLA 153.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Por qué cree usted que se enferman los niños?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
26.9	Falta de higiene
23.6	No contestó (no sabía)
20.9	Cambio de clima
16.8	Falta de alimentación
11.8	Falta de alimentación e higiene

Se observa que las tres cuartas partes restantes de la población señaló causas de tipos socioeconómicos y ecológicos, como lo fueron falta de higiene, mala alimentación y cambio de clima.

Pregunta 3: ¿Cuándo usted va a cocinar que es lo primero que hace?. A esta pregunta el 79.9% de la población estudiada respondió, que lo primero que hacía cuando iba a cocinar era, limpieza, lavarse las manos y vasijas. El 18.8% de la población indicó que lo primero que hacía era moler, picar alimentos, poner

a calentar el agua y por último el 1.3% no contestó.

Se hizo una comparación entre las respuestas anteriormente presentadas y la edad, escolaridad y ocupaciones de las señoras de la casa. Se encontró que las respuestas más frecuentes, de limpieza en la cocina antes de cocinar, se mantuvieron constantes, a través de los diferentes grados de escolaridad y ocupaciones. Aunque en términos de las edades de las señoras se observa que hasta la edad de 50 años, alrededor del 80% de ellas respondieron, algo relacionado con la limpieza como lo primero antes de cocinar. Mientras que por otro lado, se observa que las señoras de 51 años en adelante, emitieron menos respuestas relacionadas con la limpieza, disminuyendo a un 60% las respuestas.

Pregunta 4: ¿Qué hace usted antes de comer los vegetales?. El 90.5% de las personas encuestadas expresaron que antes de comer los vegetales, los lavan. El 7.3% indicaron que se comían los vegetales como los compraban o no comían vegetales; y el 2.2% no respondieron a la pregunta.

Las respuestas a la pregunta: ¿Qué hacer antes de comer vegetales?. Se compararon con la escolaridad, ocupaciones y colonias de donde provenían las señoras. Se encontró que la respuesta más frecuente (lavar vegetales antes de comerlos) se mantuvo porcentualmente consistente a través de las diferentes edades, ocupaciones y colonias de las señoras, de la población estudiada.

Pregunta 5: ¿Para qué se hierva el agua?. Las respuestas a este reactivo se presentaron en la Tabla 154. En esta se puede percibir que más de las tres cuartas partes de las personas encuestadas contestaron que el agua se hierva para matar microbios. La cuarta parte restante de la población presentó diferentes contestaciones para quitarle los animalitos, buena salud, se purifique y no la hierven.

TABLA 154.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Para qué se hierve el agua?

Porcentaje	R e s p u e s t a s
80.2	Para matar microbios
5.5	Para quitarle los animalitos, porque es tá contaminada.
5.5	Para la buena salud
4.0	Para que se purifique
3.8	No la hierve

Se realizó una comparación entre las respuestas arriba presentadas y las edades, ocupaciones y escolaridad de las señoras de la población. Se encontró -- que las respuestas, de que el agua se hierve para matar microbios, se mantuvo constante en términos de porcentos, a través de las diferentes ocupaciones, edades y escolaridad de las señoras.

Pregunta 6: ¿Qué debe hacer usted con los niños cuando hace mucho calor?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 155. En ésta se puede ver que más de la mitad de la población respondió que bañarlos y bañarlos seguido. Una cuarta parte indicó bañarlos y darles agua conjuntamente y la población restante manifestó que darles agua. Se hizo una comparación entre las respuestas arriba presentadas y la escolaridad y colonias de donde provenían las señoras.

Se encontró que las respuestas más frecuentes (bañar a los niños y bañarlos y darles agua cuando hiciera mucho calor) se mantuvieron porcentualmente consistentes a través de los diferentes niveles de escolaridad y de casi todas las

colonias. Se observa que el 39.3% de la población de la Colonia Uniones expresó más frecuentemente, bañarlos y darles agua a los niños, cuando hace mucha calor.

TABLA 155.

Porcentaje de respuestas a la pregunta: ¿Qué debe hacer con los niños cuando -- hace calor?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
48.0	Bañarlos
25.1	Bañarlos y darles agua
14.3	Darles agua
12.6	Bañarlos seguido

Pregunta 7: ¿Qué es lo primero que hace cuando termina de cocinar?, ¿ y luego? A estas preguntas el 57% de las personas respondieron, que al terminar de cocinar seguían actividades en la cocina, y luego lavaban utensilios y vasijas. El 27.9% de las señoras realizaban algunas actividades no relacionadas con la limpieza cuando termina de cocinar, y luego estaban con los niños dándoles de comer o descansaban. Por último el 15.1% lo primero que hacen cuando terminan de cocinar es la limpieza de la cocina y luego descansan. Se observa que alrededor de tres cuartas partes de la población prosigue la limpieza en el hogar cuando termina de cocinar y luego descansan o prosiguen en la cocina.

Pregunta 8: ¿Qué debe hacer usted para evitar los parásitos?. Las respuestas a esta pregunta se colocaron en la tabla 156. En ésta se puede ver que más de la mitad de la población contestó que los parásitos se evitan teniendo higiene y lavando los vegetales y frutas. Una cuarta parte de las personas señalaron que se deben tomar medicinas, no comer comidas descompuestas y hervir agua para --

evitar parásitos. Por último la población restante respondió que no sabía.

TABLA 156.

Porcentaje de respuestas de la población a la pregunta: ¿Qué debe hacerse para evitar parásitos?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
36.9	Tener higiene, todo limpio y lavarse las manos.
21.1	Lavar los vegetales, frutas y alimentos
17.1	No sabía
10.3	Tomar medicinas y ver al médico
8.8	No darles comida descompuesta a los niños y evitar golosinas
5.8	Hervir agua y hervir bien las cosas

La pregunta anterior sobre la prevención de los parásitos se comparó con la -- educación de ambos miembros de la familia. Se encontró que la respuesta de lavar vegetales para evitar parásitos, aumenta en frecuencia, a manera que aumenta la escolaridad de ambos miembros de la familia; aunque no se observa muy -- marcadamente debido a que la población con alta escolaridad es mínima.

Pregunta 9: ¿Qué es lo primero que hace cuando se levanta?. Las respuestas a -- esta pregunta se colocaron en la tabla 157. En ésta se puede apreciar que poco menos de tres cuartas partes de la población, lo primero que hacían en la mañana era asearse la cara o manos, y se lavaban la boca. Se puede ver que solamente menos de un 10% se baña en las mañanas. El resto de la población se peina -- y alimenta a los niños a primera hora de la mañana.

TABLA 157.

Porcentaje de respuestas a la pregunta: ¿Qué es lo primero que hace cuando se levanta?.

Porcentaje	R e s p u e s t a s
64.3	Lavarse la cara o manos
12.8	Se lava los dientes y boca
8.0	Alimenta a los niños
7.8	Se baña
7.1	Se peina

Pregunta 10: ¿Para qué uno se lava los dientes?. El 43.9% de la población manifestó que los dientes se lavan para tenerlos limpios, prevenir enfermedades y evitar molestias en la dentadura. El 43.2% respondió que para evitar caries y que no se piquen. El 12.8% restante expresó que los dientes se lavan para evitar el mal aliento.

Se compararon las respuestas a la pregunta: ¿Para qué se lava los dientes? y la escolaridad de ambos miembros de la familia. Se encontró que las respuestas más frecuentes se mantuvieron consistentes, en términos de porcentajes, a través de los diferentes grados de escolaridad de ambos miembros de la familia.

Pregunta 11: ¿Para qué uno se baña?. A esta pregunta el 77.9% de las personas respondieron que se bañaban para estar limpios, quitarse la grasa y el polvo. El 14.3% expresaron que se bañan para la buena salud, evitar enfermedades e infecciones de la piel. Por último el 7.8% de la población se baña para quitarse el mal olor.

Se comparó la educación del jefe de familia con las respuestas a la pregunta: ¿Para qué uno se baña?. Se encontró que la respuesta más frecuente (uno se baña para estar limpio) se mantuvo porcentualmente consistente o similar a través de los diferentes grados de educación del hombre.

Pregunta 12: ¿Cuántas veces se puede usted bañar a la semana?. El 89.9% de las personas respondieron que se podían bañar todos los días, un 10.1% respondieron que solamente de dos a tres veces en la semana.

Pregunta 2: Considera que la salud y la enfermedad depende de la: a) higiene, b) alimentación, c) educación, d) buena suerte, e) de Dios, f) del Gobierno, - g) que es un castigo, h) depende de mí. Las respuestas a estas preguntas aparecen en la tabla 158. En esta tabla se observa que las respuestas con un 70% de ocurrencia o más fueron: la salud depende de la higiene, alimentación, de él y de Dios. Con menos porcentaje la salud depende de la educación, del gobierno y de la buena suerte.

TABLA 158.

Porcentaje de respuestas (si, no, a veces y no respuesta) a la pregunta: Considera que la salud depende de varios aspectos (de A a H).

Salud depende de Porcentaje	SI	NO	A VECES	NO RESPON DIERON
a) Higiene	85.7	1.8	4.5	8.0
b) Alimentación	85.4	1.5	9.8	3.3
c) Educación	62.3	24.6	8.3	4.8
d) Buena suerte	29.4	50.8	13.1	6.8
e) De Dios	76.4	13.1	5.3	5.3
f) Del Gobierno	32.2	51.3	10.1	6.6
g) Un castigo	28.9	54.0	9.5	7.5
h) Depende de mí	71.6	14.8	9.0	4.5

Se compararon las respuestas a la pregunta, ¿Considera que la salud depende de Dios? y la escolaridad de ambos miembros de la familia. Se encontró que la educación no afecta la respuesta más frecuente, que fue sí, la salud depende de Dios. O sea la respuesta más frecuente, se mantuvo consistente a través de los diferentes grados de escolaridad de ambos hombre y mujer.

Se hizo una comparación entre, la salud depende de la educación, y la educación de ambos miembros de la familia. Se encontró que la respuesta más frecuente, la salud depende de la educación; se mantuvo similar porcentualmente a través de los diferentes niveles de escolaridad de ambos miembros de la familia.

Se realizó una última comparación entre las preguntas: ¿Considera que la salud depende del gobierno? y/o ¿de la educación?. Los resultados de esta comparación se colocaron en la tabla 159. En ésta se puede ver que el 51.0% que respondió que la salud no dependía del gobierno; respondió que si dependía de la educación.

TABLA 159.

Comparación de las respuestas de la población entre las preguntas: ¿Considera usted que la salud depende de la educación? y/o ¿del gobierno?.

Frecuencia Porcentaje línea Porcentaje columna	SALUD DEPENDE DEL GOBIERNO		SALUD DEPENDE DE LA EDUCACION		
	No respon- dió	Sí	No	A veces	Total de Línea
No respondieron	17 68.0 94.4	8 32.0 3.2	0 0.0 0.0	0 0.0 0.0	25 6.6
Sí	0 0.0 0.0	107 83.6 43.1	16 12.5 16.3	5 3.9 15.2	128 32.2
No	1 0.5 5.6	104 51.0 41.9	73 35.8 74.5	26 12.7 78.8	204 51.3
A veces	1 2.5 5.6	29 72.5 11.7	9 22.5 9.2	2 5.0 6.1	40 10.1
COLUMNA	19	248	98	33	398
T O T A L	8	62.3	24.6	8.3	100.0

## DISCUSION

Esta sección se dedicará a relacionar los resultados con la teoría existente, con el propósito de interpretar éstos, hasta donde sea posible ya que la información sobre investigación evaluativa de programa de medicina comunitaria es muy poca. También, es intención generar una serie de hipótesis que como indican Hovland, Lumsdaine y Sheffield (1949) es uno de los propósitos de la investigación evaluativa.

Para comenzar esta discusión es menester volver a indicar la poca claridad -- que tiene el PMC al presentar sus objetivos y actividades. Esta característica no es única en este programa pues según Weiss (1972), la complejidad, dificultad de observar y cuantificar objetivos y actividades es común de todos los programas. Es esta característica la que crea la dificultad mayor en la investigación evaluativa, llevando al investigador a tener que definir los objetivos del programa para poder medirlos.

Comenzando a discutir los datos más relevantes de la variable antecedente de los estudiantes la cual estaba dirigida a describir una serie de características y opiniones de los estudiantes con respecto a la Facultad de Medicina. Encontramos que más de la mitad de los estudiantes identifican (reactivos 7,8 y 10) que los problemas que ellos tienen como estudiantes son de naturaleza académica y les gustaría que la facultad fuese más competente y práctica. Estas opiniones nos permiten conocer algo del trasfondo del estudiante en cuanto a la facultad. Observamos que los problemas, como carencias que los estudiantes identifican, se encuentran a nivel de enseñanza médica en la mayoría de las facultades del país.

El Dr. Laguna (1974) indica que las deficiencias en la enseñanza médica se deben al exceso de población, falta de materiales y mala preparación. También encontramos que los cursos que los estudiantes identifican como de mayor ayuda para realizar el PMC son de naturaleza clínica. Esta información nos lleva a preguntar por qué no se identifican, en mayor grado, cursos de naturaleza social que estarían de acuerdo con las metas que propone el PMC. Esta información sería indicativo de lo que señala Laurell (1975), que la orientación y el énfasis de la enseñanza médica está dirigida hacia un "saber médico" biológico y "práctica médica" hospitalaria.

Se podría interpretar que el "saber médico" que más ayudó a los estudiantes - en un programa que pretendía un cambio hacia una práctica social de la medicina, fue de índole clínico, lo cual podría cuestionar el "saber médico" desarrollado en el proceso del PMC.

En cuanto a las variables intervinientes de los estudiantes, en términos generales, se encontró que los estudiantes en su mayoría identificaron a las comunidades atendidas a través de una serie de adjetivos positivos donde solo los adjetivos de pasiva y perezosa fueron utilizados para las colonias urbanas. En cuanto al PMC y la relación médico-paciente, ésta fue descrita con adjetivos positivos. También indicaron que el médico comunitario es más consciente y se compenetra más a los problemas de la comunidad. Así, el médico más directivo será más querido y se le tendrá más confianza. Esta información señala que los estudiantes no identifican o poseen opiniones negativas sobre las comunidades, el PMC y otros aspectos médicos.

No existe información teórica que apoye o permita interpretar esta información aunque si adoptamos la posición de la teoría de actitudes que presentan Krech, Crutchfield y Ballachey, (1962), las actitudes sociales tienen un significado adaptativo, puesto que representan un eslabón psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, sentir y de ejecutar, dando significado -- al contexto social; entonces podríamos plantear la hipótesis: en la medicina que las percepciones de los estudiantes sobre los aspectos médicos-comunitarios sean positivos, se facilitarían las actitudes que estimulen al cambio de terminado por un programa.

En la variable dependiente en los estudiantes, encontramos que éstos identifican causas de S-E de naturaleza ecológica. Por otro lado, señalan soluciones a los problemas de S-E de índole educativo asistencial. Esta información podría indicar que los estudiantes identificaron poseer conocimientos de causas y soluciones sociales de S-E relacionados con el PMC, aunque debido a que los reactivos no establecieron una relación entre los conocimientos y el PMC, no se puede hacer esta aseveración. Si se puede observar que existe inconsistencia entre las causas y soluciones de S-E identifican, ya que prestan soluciones de naturaleza educativa asistencial a problemas de salud causados por la ecología y la economía. Se encuentra también que los estudiantes identificaron (reactivos 15,16,17,19,22) que el PMC es de ayuda a la comunidad y al estudiante en su formación médica; específicamente en mejorar la relación médico-paciente, practicar los conocimientos adquiridos y conocer de las enfermedades. Más de la mitad de los estudiantes señalan que el PMC no resuelve problemas sociales, aunque debería de continuar porque ayuda a la comunidad y al

estudiante en su práctica de conocimientos.

La información anteriormente expuesta, en forma general, nos muestra una inconsistencia entre los valores que establece el PMC, los cuales están dirigidos a la práctica social de la medicina y los beneficios que los estudiantes identifican que son de práctica de conocimientos clínicos al establecer la relación médico-paciente. Estos datos podrían ser apoyados por Brehil (1976), cuando apunta que los PMC difunden valores sustitutivos a los verdaderos intereses, aún dentro del propio personal de salud, donde les transmiten conceptos falsos sobre la sociedad, el origen de las enfermedades y las acciones que deben efectuarse para solucionar los problemas de salud.

En cuanto a las actitudes que los estudiantes identifican como mayormente realizadas en el PMC se encuentran las dirigidas al establecimiento de la rela--ción médico-paciente y en menor grado las actitudes de investigación, particiipación y educación a la comunidad. Estos datos tienden a apuntar que las actividades de naturaleza clínica se realizaron en mayor frecuencia que las de naturaleza social. Esta información puede ser indicativo de niveles mínimos de servicios ya que las actividades identificadas se dirigen a la atención médica a nivel individual y no a nivel comunitario. Así también, las actividades de investigación y educación a la comunidad que podrían facilitar el conoci--miento para una práctica social de la medicina son las actividades que menos - identifican los estudiantes. Estos resultados son apoyados por Brehil (1976) cuando expresa que la medicina comunitaria actúa como una "pequeña conexión", que logra niveles mínimos de servicio, extendiendo a cambio la imagen de un -

Estado humanitario cuando lo que es en realidad es un recurso barato y limitado para los pobres. También Eibenschutz (1978), indica que en los PMC no se está realizando participación comunitaria que es la manera adecuada de llevar a cabo los programas de medicina comunitaria.

Luego de la presentación de las variables en los estudiantes, se pasará a señalar las variables de las comunidades que recibieron asistencia del PMC. Se comenzará con las variables antecedentes de la población. Se encontró que las cuatro comunidades de personas eran de escasos recursos con una escolaridad de primaria incompleta. La mayoría de los habitantes eran obreros y campesinos, con condiciones de vivienda limitadas en recursos, falta de servicios públicos, pavimentación de carreteras y recogido de basura. Son poblaciones donde se identifica poca organización en la comunidad y donde alrededor de 40% de las personas se encuentran desprovistas de servicio médico social. Es a esta misma clase de población a la que Eibenschutz (1978) y Brehil (1976) señalan que los PMC se dirigen; o sea, a los campesinos pobres, subproletariado de la ciudad y familiares de obreros con el propósito de dar los servicios mínimos a estas clases no productivas en el sistema capitalista y que para el 1974 en México, eran 100,000 poblaciones de menos de 2,500 habitantes.

En cuanto a la variable interviniente de la población, se encontró que las -- personas de las comunidades opinaban que un médico en diferentes situaciones debe ser bueno y amable o curar bien y dar buenas medicinas. Esta información indica que las opiniones sobre la imagen del médico son de índole afectiva y objetiva; aunque el médico que diga qué hacer y cómo hacerlo, que sea directi

vo, será más querido y se le tendrá más confianza.

Por otro lado, la población identifica estar interesada en educarse para progresar económicamente; señala que los problemas que tienen en la comunidad y que necesitan solucionarse son las de carencias de servicios públicos y que pueden ser resultados por el gobierno municipal. Esta información, además de permitir conocer cómo perciben u opinan sobre diferentes aspectos en las comunidades y cómo se perciben a sí mismos, también permitiría establecer la hipótesis de que: en la medida que los médicos conozcan qué opiniones tienen los miembros de la comunidad sobre ellos, podrían facilitar los servicios médicos a la comunidad.

Por último, se presentará la variable dependiente de la población. En esta se encuentra que las personas de las comunidades presentan conocimientos sobre aseo personal y físico en la preparación de alimentos. La población identifica que las causas de enfermedad de los niños se puede deber a condiciones del ambiente y falta de alimentación, por lo cual muestran tener un conocimiento sobre las causas de las enfermedades de índole ecológica nutricional; aunque esto puede ser indicativo de lo que se conoce como "saber médico popular" el cual consiste en una tradición de conocimientos que posee el pueblo sobre cómo prevenir y curar enfermedades.

En cuanto a las actividades relacionadas al PMC, se encuentra que las actividades de investigación y educación no se identifican como realizadas, al igual las de planeación y discusión, ya que la población no señala que se realicen reuniones en la comunidad.

En cuanto a las actividades relacionadas con el trato médico-paciente, se observa que solo el 20% de las personas señalan haber asistido al centro comunitario más de tres veces y muy pocas conocen al médico y aún menos, tienen - - amistad con él. La población indica que no existe una preferencia marcada - en asistir al dispensario cuando la enfermedad es de gravedad. Las actividades de participación con la comunidad, que en cierta forma son indicadas por programas de la O.P.S. para generar una atención adecuada de la salud en las comunidades, no son identificadas por la población. No se encuentra, de esta forma, un proceso de participación comunitaria donde se le dé a la población el poder de decidir sobre los cambios de salud. Apunta Eibenschutz (1978), - que es debido a esta falta de participación comunitaria de los PMC, que no se promueven a largo plazo cambios de salud en los habitantes de las comunidades.

## CONCLUSIONES

En primer lugar, hay que señalar que la presente investigación sufrió de una serie de limitaciones, dentro de las cuales se puede apuntar la poca claridad de la exposición del PMC, no tener accesibilidad a grupos controles y no haber podido desarrollar un instrumento más adecuado.

Frente a esta serie de limitaciones y el programa a evaluar ya comenzado que impide la evaluación del logro de cambios debido al PMC, se concluye primero, que la presente investigación evaluativa fue del proceso por el cual pasaron los alumnos durante el PMC y que nos permitió hacer una descripción del mismo. Segundo, debemos concluir que las variables antecedentes tanto de la población asistida por el PMC como la de los estudiantes, solamente nos permite hacer una descripción de las mismas.

En el caso de la población asistida, por ser tan homogénea en las mediciones que se realizaron, no permite hacer comparaciones con otras variables; aunque por otro lado, se puede apreciar que las comunidades poseen conocimientos sobre hábitos de higiene. En las variables antecedentes de los estudiantes vemos que ellos identifican carencias y problemas de la Facultad de Medicina de Matamoros con respecto a la enseñanza. Esto podría sugerir que el "saber médico" puede ser una variable que afecte la ejecución del PMC.

Tercero, en cuanto a las variables intervinientes de la población y de los estudiantes, se puede concluir que en éstas se describen cómo visualisan diferen

tes aspectos médicos comunitarios; aunque debido a que en los instrumentos de medición no se pudo establecer categorías previas, no se pudieron hacer comparaciones adecuadas. En ambas poblaciones se observan evaluaciones perceptivas positivas hacia las mismas situaciones y figuras médicas, sugiriendo como suposición que las variables perceptuales podrían facilitar el PMC en la ejecución de las actividades dirigidas a la comunidad.

En cuarto lugar podemos concluir, que ambas poblaciones (estudiantes y personas atendidas por el PMC) identifican las actividades asociadas a la relación médico-paciente como las actividades mayormente realizadas por el PMC y las actividades de planeación, discusión, investigación y educación de la comunidad no son identificadas por las poblaciones.

Las actividades menos identificadas son las que podrían facilitar cambios de conocimiento social sobre S-E. Sugiriendo la hipótesis que en la medida en que no se realizan actividades de investigación, planificación, organización y educación de la comunidad, no se logrará la obtención de las metas del PMC. También, se puede concluir que los estudiantes identifican como beneficio del programa, el establecimiento de la relación médico-paciente que permite la práctica de conocimientos adquiridos que son de naturaleza clínica; donde se identifican conocimientos de causas sociales de salud-enfermedad que no pueden relacionarse con el PMC. En términos de la población, los conocimientos identificados tampoco nos permite relacionarlos con el PMC, aunque alrededor de una cuarta parte de ésta señalan que el PMC ha sido de mucha ayuda. En forma general, se puede señalar que los logros del PMC que identifican las poblacio-

nes son la práctica de conocimientos de índole clínica al establecer la relación médico-paciente la cual no responde al valor general al cual se dirige el PMC que tiene un enfoque social de la práctica médica.

En último lugar, se puede señalar que la presente investigación evaluativa se puede ubicar al nivel descriptivo, aunque existe un reproche que se hace a muchos estudios de las ciencias sociales que se encierran en la descripción sin intentar profundizar hasta la explicación; ésto es con frecuencia injustificado. Apunta Duverger (1976), que los trabajos son descriptivos porque los materiales son todavía poco numerosos para permitir intentos de explicación válidos, pues de efectuarse, no podrían ser considerados seriamente. En este caso, encerrarse en el nivel de la descripción resulta precisamente más científico que pretender buscar a cualquier precio unas explicaciones que forzosamente tendrían que ser fantasiosas.

Es preciso comprender que los trabajos descriptivos tienen importancia porque permiten alcanzar después un estadio mayor para pasar a la clasificación y luego a la explicación.

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

1. Amitai, Etzioni, Two Approaches to Organizational Analisis: A Critique and Sugestion. En Herbert C. Schulberg, Alan Sheldon, and Frank Baker, Program Evaluation in the Health Field , New York: Behavioral Publication 1969.
2. Anderson, Otis L. First National Conference on Evaluation in Public Health. In Edward Suchman; Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action Program. New York: Russell Sage Foundation.
3. Ayala, Héctor. Investigación en Servicios de Salud, (ISS), Memorias del Seminario llevado a cabo los días 13, 14, 15 de Julio de 1978, Quéretaro, México: Publicación del Programa Nacional Indicativo de Salud, CNCYT; México, 1979.
4. Basaglia Franco, Giovani Elio, Miniati Silvano, (otros), La Salud de los Trabajadores: Aportes para una política de Salud, Editorial Nueva Imagen, México 12, 1978.
5. Bigman, Stanley K., Evaluating the Effectiveness of Religious Programs, -- Reading in the Applied Behavioral Sciences, New York: Holt Rinehart and -- Wiston, 1961.
6. Borgatta, Edgar F., Research Problems in Evaluation of Health Service De-- monstration. Milkbank Memorial Fund Quarterly, Vol.44, October, 1966.
7. Brehil, Jaime, Medicina de la Comunidad ¿Una nueva policía Médica? Revis- ta Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Vol. 84, Abril-Junio, 1976, Pag. 57.

8. Chaplin, Charles V., History of State and Municipal Control of Disease. -  
In A Half Century of Public Health., New York: American Public Health - -  
Association: 1921.
9. Claudet, P.T. Medicina Comunitaria o Salud Comunitaria. Revista Centroam.  
Ciencias Salud. No. 2, Sept.-Dic. 1975
10. Conti, I. Estructura Social y Medicina. En Medicina y Sociedad, edito -  
rial Fontanella, Barcelona, 1971.
11. Crevena, Pedro Medicina y Salud. Ediciones de Cultura Popular, S.A., - -  
México 21, D.F., 1973.
12. Díaz-Guerrero Rogelio y Salas Miguel, El Diferencial Semántico del Idioma  
Español, Editorial Trillas, México 1975.
13. Documentos de Trabajo del Grupo No. 3, La Investigación de Servicio de -  
Salud Academia de Medicina, Programa de Investigación Docente Asistencial  
y Medicina General Hacienda Cocoyoc, Morelos, México, Mayo 1973.
14. Donabedian, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care, Milbanck - -  
Memorial Fund Quarterly, XLIV No. 3, 1966 (Parte 2, 166-203).
15. Duverger, Maurice, Métodos de las Ciencias Sociales, Editorial Ariel, - -  
España, 1976.
16. Echeverría A., E., Ordóñez, B.R., Álvarez, C.R., La Investigación para la  
Salud en México. En Medicina y Capitalismo en México de Laurell A., C., -  
México, Cuadernos Políticos, No. 5, Julio-Septiembre de 1975.
17. Eibenschutz, Catalina. La Medicina Comunitaria. En Medicina y Sociedad:  
Organo de Difusión del Círculo de Estudios Ismael Cosío Villegas A.C. - -  
México, D.F. Julio de 1978.

18. Emerson, Haven Public Health Diagnosis; Journal of Preventive Medicine, -  
Vol. 1 1927. En Edward Suchman, Evaluative Research: Principles and - -  
Practice in Public Service and Social Action Program. New York: Russell  
Sage Foundation, 1974.
19. Freidson, Eliot Patients View of Medical Practice, New York: Russell Sage  
Foundation, 1961.
20. Gaete, J. Medicina Comunitaria: Un Ensayo de Interpretación Mimeo 1974.  
En Medicina y Sociedad: Organo de Difusión del Círculo de Estudios Ismael  
Cosfo Villegas A.C. México, D.F. Julio de 1978.
21. Glosary of Administrative Terms in Public Health, American Journal of - -  
Public Health, Vol. 50 , February, 1960. Pag. 225-226.
22. Greenberg, Bernard G. and Berwyr, F. Mattison. The Whys and Wherefores -  
of Program Evaluation, 1955. En Suchman, Edward, Sociology and the Field  
of Public Health. New York: Russell Sage Foundation: 1963.
23. Havelock, G. Ronald Planning for Innovation Through Dissemination and -  
Utilization of Knowledge, Institute for Social Research, University of --  
Michigan, Ann Arbor: Michigan, 1976.
24. Herbert, C. Schulberg, Alan, Sheldon and Frank, Baker Program Evaluation  
in Health Field. New York: Behavioral Publication, 1969.
25. Hovland, Carl L., Arthur A. Lumsdaine and Fred, D. Sheffield. Experiment  
in Mass Comunication. Princeton University Press N. J., 1949. En Klineberg  
Otto. The Program of Evaluation Reading in the Applied Behavioral Sciences.  
New York: Holt Rinehart and Wiston. 1961.
26. Hutchinson, George B., Evaluation of Preventive Service. Journal of Chronic  
Disease, Vol 11 May, 1960. En Edward Suchman, Evaluative Research: Princi-  
ples and Practice in Public Service and Social Action Program. N.Y., 1974.

27. Hyman, Herbert H., Charles, R. Wright and Terence, K. Hop Kings Application of Methods of Evaluation: Four Studies of the Encapment for Citizenship, Addison Wesley Press, California 1962.
28. Kinn, Stanley H. Perception of Illness and Medical Practice. New York: -- Russell Sage Foundation, 1962.
29. Klineberg, Otto The Problem of Evaluation. Readings in the Applied Behavioral Sciences. New York: Holt Rinehart and Wiston, 1961.
30. Krench D. Crutchfield, R.S. y Ballachey E.: Individual in Society, Nueva - York: Mc Graw-Hill Book Company 1962. En Man Leon Elementos de Psicología Social, Editorial Limusa, S.A. México, 1973.
31. Laguna, José. De Médicos. Testimonios del Fondo de Cultura, Cuernavaca, México, 1974.
32. Laguna, José La Investigación de Servicio de Salud (Introducción), Simposio presentado en la Sesión Ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, Octubre 1977.
33. Laurell, Asa Cristina, Notas para un Marco Téorico para Investigación en Sociología Médica, México, D.F. Julio 1976.
34. Laurell, Asa Cristina, Medicina y Capitalismo en México. México, Cuadernos Políticos No. 5, Julio-Septiembre, 1975
35. Lester, Breslow, Research in a Strategy for Health Improvement. International Journal of Health Service, Vol. 3 December, 1973.

36. Peter, H. Rossi, Testing for Success and Failure in Social Action. 1972.  
En Rodney, M. Coe, Max, Pepper, Community Medicine: Some New Perspective  
St. Louis: Mc Graw Hill Book Company, 1978.
37. Ricken, Henry W., The Volunteers Work Camp: A Psychological Evaluation.  
Cambridge Mass: Addison-Wesley Press. 1952.
38. Rodney, M.C. Max, P., Community Medicine: Some New Perspective. St. Louis:  
Mc Graw Hill Book Company, 1978.
39. Rodríguez-Domínguez J. y López Acuña Daniel. La Investigación de Servicio  
de Salud Simposio presentado en la sesión Ordinaria de la Academia Nacional  
de Medicina, Octubre 1977.
40. Rosenberg, Morris. The Logic of Survey Analysis. New York Basic Book Inc.,  
Publishers, 1963.
41. Servicio Comunitarios de Salud y Participación. Discusiones Técnicas XXII  
Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Certifica No. 289, Octubre 1973.
42. Sheps, C. Mindel, Aproximaciones para Evaluar la Atención Hospitalaria, -  
Program Evaluation Health Fields, 1969.
43. Sidney, Katz Amasa, B. Ford Thomas, D. Docurs y May, Adams, Chronic - -  
Disease Clasification. In Evaluation of Medical Care Program. Medical -  
Care, March-April, 1969.
44. Suchman, Edward A. Sociology and the Field of Public Health. New York: -  
Russell Sage Foundation, 1963.

- 45 Suchman, Edward Preventive Health Behavior: A model for Research on - -  
Community Health Campaign. Journal of Health and Social Behavior. Vol. 8  
Sept., 1967.
- 46 Suchman, Edward. Evaluative Research: Principles and Practice in Public -  
Service and Social Action Program. New York: Russell Sage Foundation, -  
1974.
47. Timio, Mario Clases Sociales y Enfermedad: Introducción a una Epidemiolo-  
gía Diferencial. Editorial Nueva Imange, México, 12, D.F. 1979.
- 48 Vidal, C. Medicina Comunitaria. Nuevos Enfoques de la Medicina Educación:  
Medicina Salud, Vol. 9, No. 1, 1975.
- 49 Weiss Carol H. Evaluation Research. New Yersey: Prentice-Hall Inc., - -  
1972.

A P E N D I C E

## C U A D R O N O . 1 3

RECURSOS PARA LA ATENCION MEDICA Y SU DISTRIBUCION ENTRE LA  
MEDICINA PRIVADA E INSTITUCIONAL, 1974

Institución	Médico General		Médico especialista		T O T A L		Población por atender (mil)		Habitantes por médico	Presupuesto por persona (pesos)
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
S.S.A.	1,560	11.3	2,062	10.1	3,622	10.6	23,354	48.2	4,236	131.92
I.M.S.S.	3,653	26.6	2,902	14.2	6,555	19.2	11,874	24.5	1,691	1,169.00
I.S.S.S.T.E.	1,747	12.7	1,196	5.6	2,943	8.6	1,874	3.8	591	3,675.00
otras dependencias	1,210	8.8	2,925	14.3	4,135	12.1	2,481	5.1	500	4,000.00
Privado	5,528	40.3	11,324	55.4	16,852	49.4	8,795	18.1	500	?
T O T A L	13,689	100.0	20,409	100.0	34,098	100.0	48,378	100.0	1,418	?

Fuente: Bases y gufa: Ciclos XI y XII. Fac. de Medicina 1974.

Grupos de preguntas utilizados para medir las diferentes variables.

Las variables dependientes de los estudiantes se midieron a través de las 17 preguntas a continuación:

- 1.- ¿Conoce los objetivos del Programa de Medicina Comunitaria?
- 2.- Mencione por lo menos tres objetivos del Programa de Medicina Comunitaria.
- 3.- ¿Participa en la planificación y organización de actividades a llevar a cabo en el PMC?
- 4.- ¿En qué medida participa en el programa?
- 5.- ¿Qué actividades se han planificado y se han llevado a cabo?
- 6.- ¿Han dado atención médica a todas las personas que lo han solicitado?
- 7.- ¿Han hecho historias clínicas? ¿Cuántas?
- 8.- ¿Qué entiende usted por "promover el mejoramiento" de los aspectos de medicina comunitaria?
- 9.- ¿Qué actividades ha realizado para promover el objetivo de la medicina comunitaria? (antes mencionado).
- 10.- ¿Ha participado con sus compañeros y supervisor en la discusión de casos?
- 11.- ¿Con qué frecuencia ha realizado estas discusiones?
- 12.- ¿Qué opinión merecen estas discusiones?
- 13.- ¿Ha participado en la integración de la comunidad?
- 14.- ¿Ha promovido actividades educativas en la comunidad?
- 15.- ¿Discute los problemas de la comunidad con sus supervisores?

16.- ¿Participa la comunidad en la discusión o planificación de los programas comunitarios?

17.- ¿En qué encuesta sobre la comunidad ha trabajado en el Centro de Salud?

La variable dependiente para la población se midió a través de las 15 preguntas que aparecen a continuación:

1.- ¿Cuando se enferma de gravedad, a dónde lleva a los niños?

2.- ¿Cuando no es de gravedad, a dónde lleva a los niños?

3.- ¿Sabe dónde queda el dispensario más cercano? ¿Dónde?

4.- ¿Ha ido al dispensario?

5.- ¿Cuántas veces ha ido este año?

6.- ¿A qué horas prefiere ir al dispensario? ¿Por qué?

7.- ¿Conoce al médico del dispensario?

8.- ¿Tiene amistad con el médico del dispensario?

9.- ¿Cuando fue al dispensario, le dijeron de qué estaba enfermo?

10.- ¿Le recetaron medicinas? ¿Dónde las consiguió?

11.- ¿Cuando usted ha estado en el dispensario, el médico ha llegado a tiempo?

12.- ¿Le han dado citas para ir al dispensario?

13.- ¿Los médicos del dispensario han hecho reuniones?

14.- ¿Sobre qué hablaron?

15.- ¿Cómo considera que el dispensario la ha ayudado?

La variable dependiente de los estudiantes se midió a través de 25 preguntas que se presentan a continuación:

- 1.- ¿Cuáles fueron las principales causas de salud-enfermedad en que -- practicó?
- 2.- Los problemas de las personas de las comunidades de Matamoros son...
- 3.- Las condiciones económicas afectan a.....
- 4.- Las condiciones que afectan más a los pobres son.....
- 5.- ¿Considera que la formación política económica de la comunidad afecta el Programa de Medicina Comunitaria?
- 6.- ¿Considera que las condiciones de trabajo afectan al agricultor?---  
¿Por qué? ¿Al obrero? ¿Por qué?
- 7.- En su opinión, en la relación médico-paciente ¿qué es más importante?
- 8.- ¿Cuáles son los problemas de salud más importantes?
- 9.- ¿Cuáles considera las causas de salud-enfermedad?
- 10.- La solución para las enfermedades de los pobres es.....
- 11.- ¿Quién es el supervisor de medicina comunitaria?
- 12.- Si yo fuera el Director General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia resolvería primero.....
- 13.- La solución para las enfermedades de toda la nación Mexicana debería ser.....
- 14.- ¿Ha planteado soluciones a los problemas de salud más frecuentes en la comunidad? ¿Cuáles?
- 15.- ¿Considera que el Programa de Medicina Comunitaria es efectivo o de beneficio para la comunidad? ¿Por qué?

- 16.- ¿Quién considera que sale beneficiado del PMC?
- 17.- ¿Ha recibido algún beneficio del PMC en su formación médica? ¿Cuál?
- 18.- ¿Considera que el actual PMC está bien organizado? ¿Por qué?
- 19.- ¿Considera usted que el PMC resuelve los problemas sociales de la--  
comunidad? ¿Por qué?
- 20.- ¿Le ha facilitado la práctica médica su comunicación con la comuni-  
dad? ¿En qué medida?
- 21.- ¿Qué aspectos deberían tomarse en cuenta para mejorar el PMC de la-  
Facultad de Medicina de Matamoros?
- 22.- Mencione dos motivos de por qué usted considera que el PMC debería-  
continuar.
- 23.- Mencione dos motivos por los que usted considera que el PMC no debe  
ría continuar.
- 24.- ¿Considera que el módulo de medicina comunitaria debería durar más  
tiempo?
- 25.- ¿Considera que los recursos materiales que tiene el dispensario son  
suficientes? ¿Cuáles faltarían?

La variable dependiente en las poblaciones estudiadas se midió a través de las 12 preguntas que se presentan a continuación:

- 1.- ¿Por qué cree usted que se enferman los niños?
- 2.- ¿Considera que la salud y la enfermedad dependen de la  
A) Higiene B) Alimentación C) Educación D) Buena Suerte E) De Dios  
F) Del Gobierno G) Un castigo H) Depende de mi.

- 3.- ¿Cuándo usted va a cocinar qué es lo primero que hace?
- 4.- ¿Qué hace antes de comer los vegetales?
- 5.- ¿Por qué se hierve el agua?
- 6.- ¿Qué debe hacer usted con los niños cuando hace mucho calor?
- 7.- ¿Qué es lo primero que hace cuando termina de cocinar? ¿Luego?
- 8.- ¿Qué debe hacer usted para evitar parásitos?
- 9.- ¿Qué es lo primero que hace usted cuando se levanta?
- 10.- Para qué se lava los dientes?
- 11.- ¿Para qué se baña uno?
- 12.- ¿Cuántas veces se puede bañar usted a la semana?

Las variables antecedentes en los estudiantes se midieron a través de las 10 preguntas que se presentan a continuación:

- 1.- edad 2) sexo 3) estado civil 4) centro de preferencia donde hizo la práctica.
- 5.- Señale los tres motivos más importantes que le indujeron a estudiar la carrera de medicina en orden de prioridad.
- 6.- Si no estuviera estudiando medicina, ¿qué estudiaría?
- 7.- El estudio de la medicina en esta Facultad debería ser....
- 8.- Los problemas más grandes del estudiante de medicina son....
- 9.- En su opinión, el enfoque dado en la Facultad de Medicina de Matamoros es predominante en .....
- 10.- De una lista de cursos se le pedía al estudiante que ordenara los cursos que le fueran de mayor ayuda en la medicina comunitaria.

La variable antecedente para la población se midió a través de las 38 preguntas que se colocaron a continuación:

- 1.- Procedencia (colonia de dónde provenían)
- 2.- Edad (hombre y mujer)
- 3.- Escolaridad (ambos, hombre y mujer)
- 4.- Ocupación (ambos)
- 5.- Número de hijos
- 6.- Enfermedades más frecuentes
- 7.- Ingreso (jefe de familia)

#### Condiciones de vivienda

- 8.- Piso
- 9.- Baño
- 10.- Número de habitaciones
- 11.- Número de camas por vivienda
- 12.- Bienes o propiedades
- 13.- Propiedad de la vivienda
- 14.- Existencia de recogido de basura
- 15.- Tipo de agua que consigue

#### Condiciones de Trabajo

- 16.- ¿Le ofrecen servicios médicos en el trabajo? ¿Cuáles?
- 17.- ¿Utiliza los servicios médicos que le ofrecen?
- 18.- Durante el año, ¿qué otros trabajos ha realizado?
- 19.- ¿Está sindicalizado en el trabajo?
- 20.- ¿Cómo se llama el sindicato?
- 21.- ¿Qué beneficios le ofrece el sindicato?

- 22.- ¿Cómo es el sindicato?
- 23.- ¿Ha recibido préstamos? ¿De quién? ¿Para qué? ¿Cuánto recibió?
- 24.- Cuando sale del trabajo, ¿a dónde va regularmente con los amigos?
- 25.- Cuando sale del trabajo ¿a dónde va regularmente con sus compañeros los viernes?
- 26.- ¿Cuál o Cuáles son las personas en que usted más confía en el trabajo?
- 27.- Con el dinero que usted gana a la semana, ¿qué es lo primero que hace regularmente? ¿Luego?
- 28.- El patrón con quien usted trabaja ¿cómo debería ser?
- 29.- El mejor patrón es aquel.....

#### Organización de la Comunidad

- 30.- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta comunidad?
- 31.- ¿Le gusta esta comunidad?
- 32.- ¿Existe alguna organización en esta comunidad?
- 33.- ¿De qué tipo?
- 34.- ¿Conoce quiénes integran dicha (s) organización (es) ?
- 35.- ¿Participa o pertenece usted a ésta (s)?
- 36.- ¿Sabe si hacen reuniones?
- 37.- ¿Cada cuánto hacen las reuniones?
- 38.- ¿En las reuniones que hace la comunidad o la organización, se discuten problemas?

La próxima variable fue la interviniente de los estudiantes la cual se midió a través de las 11 preguntas que se presentan a continuación:

- 1.- Yo quisiera ser un médico.....
- 2.- Los médicos que yo conozco son....
- 3.- Los médicos especialistas son...
- 4.- Los médicos que se dedican a la medicina comunitaria deberían ser...
- 5.- Los mejores médicos son aquellos.....
- 6.- Un médico que desea ser aceptado en una comunidad debería...
- 7.- El médico que dice qué cosa hacer y cómo hacerlo, hará que la gente.....
- 8.- De haber una emergencia, las personas de la comunidad necesitarían un médico....
- 9.- Diferencial Semántico que pedía al estudiante una descripción de la comunidad que atendió con los adjetivos a continuación:
  - a) Trabajadora - perezosa
  - b) Educada - grosera
  - c) Amable - descortés
  - d) Pasiva - activa
  - e) Agradecida - desagradecida
  - f) Comprometida - indiferente
  - g) Buena - mala
  - h) Comprende indicaciones - no comprende indicaciones
  - i) Poco inteli- gente - inteligente

- j) organizada - desorganizada
- k) cooperadora - no cooperadora
- l) política - apolítica
- m) alegre - triste

10.- Diferencial Semántico para clasificar la relación médico-paciente:

- a) Buena - mala
- b) Agradable - desagradable
- c) Soportable - insoportable
- d) Calmada - nerviosa
- e) Cercana - lejana
- f) Superficial - profunda
- g) Util - inútil
- h) Satisfactoria - insatisfactoria

11.- Diferencial Semántico para el Programa de Medicina Comunitaria:

- a) Cansado - descansado
- b) Regular - irregular
- c) Productivo - improductivo
- d) Adecuado - inadecuado
- e) Planificado - improvisado
- f) Necesario - innecesario
- g) Poco motivante - motivante

Por último, la variable interviniente para la población se midió a través de las 21 preguntas que se encuentran a continuación:

- 1.- ¿Qué debe hacer un buen médico?

- 2.- ¿Cómo debería ser el médico del dispensario?
- 3.- ¿Cómo debería ser un médico que desea ser aceptado por la comunidad?
- 4.- ¿El mejor médico es uno que le dice qué?
- 5.- ¿Cómo son las mujeres como médico?
- 6.- De haber una emergencia, ¿qué médico necesitaría esta comunidad?
- 7.- El médico que dice qué cosa hacer y cómo hacerlo hará que la gente...
- 8.- ¿Usted considera que se preocupa más que las otras personas? ¿Por qué?
- 9.- ¿Cuáles cosas son las que no le ha dado la vida y qué le gustaría que tuviesen sus hijos?
- 10.- ¿Si ahora tuviera oportunidad, usted estudiaría? ¿Por qué?
- 11.- Si fuera el líder de esta comunidad, ¿cuál sería el primer problema que resolvería?
- 12.- Los problemas que más le preocupa a la comunidad son....
- 13.- La organización en esta comunidad es.....
- 14.- En esta comunidad, un líder debería ser....
- 15.- Los problemas más importantes que resuelve la organización son...
- 16.- Como líder, la gente adulta o grande es ....
- 17.- Los problemas de la comunidad los resuelve....
- 18.- Cuando usted tiene problemas es bueno ir a ver.....
- 19.- Los problemas de la comunidad podrían ser resueltos por.....
- 20.- Las personas en quien yo más confío en la comunidad son...
- 21.- Los líderes de la comunidad son....

## V. R E C U R S O S.

Pensando en que aún la utilización de los Estudiantes de Medicina para la práctica de Medicina Comunitaria dentro de un sistema regionalizado (Zona Norte del Territorio Tamaulipeco), alcanza costos inaccesibles, amén de otras contingencias limitantes e insistiendo en que el uso de personal no profesional adiestrado específicamente y debidamente controlado parece ser una solución heroica como lo han sido en -- otros países: para la problemática de salud de nuestro medio; consideramos conveniente el inicio del programa de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina de Matamoros localmente en el Municipio para lo cual iniciaremos nuestras actividades en tres Centros de Medicina Comunitaria; dos de ellos localizados en Colonias Populares o sub-urbanas (Sección 16 y La Esperanza), con población aproximada de mil -- familias cada una y otro Centro de carácter rural (Ejido Santa Adelaida), localizado a 12 kms. de la ciudad. Para llevar a cabo el Programa descrito anteriormente requerimos de la participación de los estudiantes del 1er. año al 5o. de la carrera de medicina para lo cual requerirán ser coordinados por tres Pasantes en Servicio Social, un -- Maestro de Salud Pública. Dadas las características de nuestra Facultad dependientes de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, consideramos así mismo la participación económica y coordinación con la propia Universidad a través de su Departamento de Servicio Social de la --- S.S.A., a través de sus dependencias locales y del Gobierno del Estado.

de salud y promoción de los medios escolares; todo ello bajo la supervisión del médico pasante y del maestro en Salud Pública, Los alumnos del 4o. y 5o. año, respetando su nivel de formación actuarán en un programa experimental como auxiliares en medicina domiciliaria. Dicho programa hace eco de recomendaciones recientes de la O.M.S., acerca de la utilización de recursos humanos no profesionales como personal sanitario de la primera línea que tiene como objeto "proporcional al individuo y a la comunidad lo que puede denominarse asistencia médica primaria, consistente en asistencia curativa básica, diagnóstico y tratamiento simples, envío de los casos complejos a un escalón superior, asistencia preventiva y medidas educativas fundamentales"; se enviarán equipos formados por dos alumnos que visitarán semanalmente a cinco familias con el fin de controlar su estado de salud e impartirles la educación higiénica. Les elaborarán historias clínicas tanto a sanos como enfermos, les pasan evolución en cada visita, les resuelven problemas elementales de salud practicando medicina simplificada enfocada primordialmente el área materna-infantil y canalizan a los pacientes con problemas fuera de su alcance al médico pasante de la localidad a donde han quedado asignados. Se efectuarán en forma conjunta con la S.S.A. y con adiestramiento en la materia de Gineco-obstetricia los programas de Planificación Familiar aplicando la teoría de la metodología anticonceptiva y educando a la comunidad con respecto a la paternidad responsable.

ca en la que levanta un Censo en los sectores y poblaciones de Municipios de los árboles existentes y las fuentes de contaminación hace investigación de la pureza química y bacteriológica del agua usada como potable y actúa con la Comunidad plantando y cuidando árboles, educando a la población al respecto y en lo referente a la potabilización y manipulación de las aguas.

En el 2o. año de la carrera, después de haber cursado metodología científica y Bioestadística, los alumnos se desplazan periódicamente por equipor a conocer y procesar los datos de movilidad hospitalaria, a todas las Instituciones de atención médica de la ciudad y de mortalidad y natalidad en las oficinas del Registro Civil colaborando con ello al conocimiento de la problemática de Salubridad en el área estudiada.

En el 3er año, el alumno realiza programas de higiene a nivel escolar y de comunidad. Actuando en los Planteles Estatales de enseñanza primaria tanto rurales como urbanos en la zona norte del Estado de Tamaulipas, adonde asistirán semanalmente a vigilar el crecimiento y el desarrollo de los escolares, a impartir educación para la salud y a canalizar al médico pasante el servicio social los casos que así lo requieran. En los planteles de enseñanza Secundaria los alumnos realizarán funciones de atención médica de padecimientos agudos y seguimiento de los casos, control de enfermedades transmisibles, educación para la salud, educación sexual, organización de comités -

orientes modernas de la educación de nuestros alumnos en la carrera - de Médico-Cirujano.

### III.- P O L I T I C A S.-

1o. Cambio radical de la mentalidad de docentes y alumnos, hacia la práctica de la medicina social con enfoques inminentemente preventivo y humanístico.

2o. Iniciación del proceso de aprendizaje de la Salud Pública, desde el inicio de la carrera con alterancia posible de la teoría y práctica.

3o. El ajuste permanentemente del programa con la mira constante de preparar el terreno para que en un futuro se transforme en el recurso primordial, que se provee cubrirá múltiples objetivos en la enseñanza médica cuya problemática ya se avisó.

### IV.- M E T O D O L O G I A.-

Las prácticas de Salud Pública dentro del programa de Medicina Comunitaria llevan al estudiante desde el 1o. de año y durante toda su carrera, fuera del aula universitaria y aún fuera de la sala del hospital a enfrentarse con el hombre sano o enfermo, en su ambiente con su familia, con sus patrones culturales, sus recursos, necesidades, etc. en fin, donde se observa con el mayor realismo la Epidemiología del complejo salud-enfermedad, sin necesidad de teorizaciones.

Los alumnos del 1er. año de acuerdo con las materias teóricas y prácticas de salud pública consistentes en investigación y acción ecológi

ANTE PROYECTO DEL PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITARIA DE LA  
FACULTAD DE MEDICINA DE H. MATAMOROS, TAM.

I.- C O N C E P T O.-

La Medicina Comunitaria es el concierto de acciones interdiscipli--  
narias que deberán aplicarse en cada uno de los niveles o estudios--  
del proceso salud-enfermedad, tendiente a contrarrestar la morbili--  
dad general y específica producida por factor de orden biológico, -  
histórico, económico, social y cultural. Analizando esta asevera--  
ción decimos que es un concierto interdisciplinarios porque un ele--  
mento aislado verá limitado su capacidad ante la magnitud que re---  
presenta enfrentarse a la casualidad múltiple de la enfermedad, con--  
dicionadas en mayor o menor grado por las características del indi--  
viduo ubicado en una urbe industrializada o en la más apartada con--  
gregación rural o indígena.

Citamos que estas acciones deberán ser aplicadas a lo largo del pro--  
ceso salud-enfermedad por que la vida del individuo es un proceso--  
de interacción constante con el ambiente y no podemos ya concebir -  
la enfermedad como hasta hoy se ha hecho como un episodio aislado -  
en el ciclo vital del individuo.

II.- O B J E T I V O.-

Proyectar a la Universidad hacia su comunidad y de ésta en especial  
a la tradicionalmente más marginada: la rural; tratando de dar a -  
la enseñanza un enfoque más realista de servicio, acorde a las co--

U A T

FACULTAD DE MEDICINA DE MATAMOROS  
"PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITARIA "

1.1.- INTRODUCCION: La Medicina Comunitaria se cursa como un módulo de 9 semanas durante el cuarto año de la carrera.

Esta asignatura, eminentemente práctica se inició formalmente como un ensayo piloto en el ciclo escolar 1976-1977 y -- quedó integrada al Curriculum acad'émico de la Facultad, -- por acuerdo del H. Consejo Técnico en el Ciclo 1977-1978, -- siendo éste su segundo año. En estas condiciones cuenta, -- para su implementación, con cuatro Centros de Medicina Comunitaria, integrados y dos más en proceso de integración. Las actividades y aprendizaje, llevarán como meta, cumplir con objetivos, la enseñanza, investigación epidemiológica y Servicio a la Comunidad, a fin de lograr la integración docente asistencial adecuada.

II.- OBJETIVOS GENERALES:

1. Proporcional al estudiante una idea objetiva de lo que es la práctica médica y de los problemas socio-médicos del ambiente en el que ejercerá su profesión.
2. Hacer que el estudiante vea y conozca problemas clínicos epidemiológicos y de Salud Pública en las que identifique la aplicación de los conocimientos teóricos que

adquirió o está adquiriendo.

3. Dar oportunidad al estudiante de conocer y establecer la relación médico-paciente no médico comunidad.
4. Proporcionar a la comunidad atención médico-comunitaria de primer contacto.

### III.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Inculcar en el estudiante de Medicina el sentido de Servicio Social de la Profesión Médica.
2. Aprender a prevenir y diagnosticar las enfermedades más frecuentes en la Comunidad.
3. Aprender a evaluar y corregir los patrones de conducta en relación a la Salud, del individuo y de la Comunidad.
4. Desarrollar habilidades y destrezas (tales como la elaboración de una historia clínica, la toma de productos, la aplicación de inyecciones, la práctica de curaciones, etc.), mediante la práctica planeada, dirigida y supervisada por sus instructores y el coordinador de los procedimientos en cuestión.
5. Aprender a manejar técnicas de entrevista, en consultorio y en la Comunidad, iniciarse en el manejo de encuestas para poder evaluar el proceso Salud-enfermedad en una comunidad.
6. Consolidar los conocimientos aplicables de la práctica -

médica provenientes de las Ciencias básicas y de las Ciencias Clínicas, en una forma integrada, relacionando unos con otros.

7. Desarrollar el proceso mental que las lleve a correlacionar continuamente las observaciones clínicas con los conocimientos teóricos adquiridos.

#### IV.- ACTIVIDADES:

El Programa de Medicina Comunitaria, para su cumplimiento, -- exige la realización de una serie de actividades de los alumnos, dirigidos y supervisados por su instructor y el Coordinador del Programa.

1. Asistencia a un Centro de Medicina Comunitaria en donde:
  - a). Participará en la Asistencia Médica de las personas - que soliciten consulta, estableciendo la relación médico-paciente.
  - b). Elaborará un mínimo de 4 historias clínicas completas que entregará oportunamente a su instructor.
  - c). Promoverá el mejoramiento en todos sus aspectos de su Centro de Medicina Comunitaria.
  - d). Participará en la discusión de cosas clínicas.
  - e). Participará en las discusiones y mesas redondas que sobre temas específicos se realicen organizados por su instructor o por iniciativa del alumno.

2. Participación en actividades comunitarias, en el área de influencia de su Centro de Medicina Comunitaria:

a). Colaborará a la planeación de actividades específicas:

- Encuesta demográfica por manzana.
- Encuesta inmunitaria y vacunación.
- Investigaciones Epidemiológicas.
- Vigilancia epidemiológica.
- Integración de grupos de la Comunidad.
- Educación para la Salud.
- Ejecución de Programas específicos (tensión arterial, tuberculosis, Detección Oportuna de Cáncer, etc.).
- Información.

b). Participará en la ejecución de las actividades planeadas bajo supervisión de su instructor y del Coordinador del Programa.

#### V.- ORGANIZACION:

1. Para el cumplimiento del Programa de la Facultad de Medicina ha creado 5 Centros de Medicina Comunitaria, en colaboración con las Autoridades Municipales, el DIF., -- Club de Servicio, Centro de Salud Urbano de la S.S.A., y con la participación activa de la Comunidad y de los alum-

nos e instructores que han trabajado en los mismos. 3 se encuentran en Colonias marginadas:

Col. Treviño Zapata y Popular

Col. Uniones.

Col. 20 de noviembre.

2 en el medio Rural:

Ejido Santa Adelaida y

Ejido las Blancas.

2. Cada uno de éstos Centros está a cargo de un médico en Servicio Social, egresado de ésta Facultad, quien es auxiliado por una o dos enfermeras en Servicio Social según el caso.
3. En cada módulo se asignan 2 o 3 alumnos a cada Centro de Medicina Comunitaria.
4. El responsable del Programa es un maestro de tiempo completo de la Facultad, designado por la Dirección y ratificado por el H. Consejo Técnico como Coordinador del mismo.
5. Se cuenta con dos vehículos y sus respectivos choferes para transporte del personal.

#### VI.- EVALUACION:

La evaluación se realiza con base al Trabajo desarrollado por los alumnos directamente por el instructor y de acuerdo a lo observado por el Coordinador en las visitas de Supervisión, siguiendo los siguientes criterios:

1. Asistencia. La calificación de éste rubro se da a razón al porcentaje de Asistencia.
2. Presentación de cuando menos 4 historias clínicas completas.
3. Participación en actividades comunitarias.
4. Participación en la presentación y discusión de temas teóricos.
5. Contribución a la mejoría del Centro de Medicina Comunitaria.
6. Elaborar un informe numérico y narrativo con comentarios sobre la utilidad y sugerencias para mejorar el Programa.

#### DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

- 1.- Encuesta demográfica por manzana: para tener éste conocimiento de la población se aplicarán los formularios previamente aprobados, y que han demostrado su utilidad. Con el propósito de mantener actualizados estos datos se investigarán cada dos meses.
- 2.- Encuesta inmunitaria y vacunación: Esta actividad será realizada mediante formularios que estén de acuerdo a las normas de la S.S.A., en cuanto a edades y dosis que deben recibir los susceptibles. Con los datos de las encuestas, se calcularán los porcentajes de vacunación y se integrará un mapa epidemiológico por sec--

tor. La información obtenida será utilizada para vacunar a los que no tengan completo el esquema de vacunación.

3. Integración de datos por sector y total del área: la información que se vaya obteniendo por manzanas, será entregada al Instructor y éste al Coordinador quien designará las personas que procesarán los datos hasta su presentación.
4. Vigilancia Epidemiológica: Además de la investigación del estado inmunitario de población se hará investigación epidemiológica de casos transmisibles a solicitud de las Instituciones de Salud, o bien, cuando fuera detectado el trabajo rutinario del personal del Centro de Medicina Comunitaria.

Se intervendrá en Zoonosis que puedan afectar al hombre, - ejemplo de lo cual son, la rabia y brucelosis.

Cuando se presente una defunción de un menor de un año, se deberá llenar un formulario, con el propósito de profundizar en los factores que hayan desempeñado algún papel en el desarrollo de los acontecimientos.

5. Integración de grupos: Mediante la visita domiciliaria que se realiza y la Coordinación interna entre los Jefes de manzana, se integrarán grupos de diferente naturaleza (Deportivos, de -- madres, de trabajo comunitario, educativo, etc.), los que deberán ser aprovechados para toda clase de actividad en beneficio de la Salud de la Comunidad. Las actividades de dichos grupos, serán programadas por el Jefe de Sector de acuerdo a las sugerencias de los Jefes de Manzana.

6. Educación para la Salud: Considérese que ésta actividad será de mucha trascendencia debido a que mediante ella, podrá romperse - la cadena de acontecimientos que puede culminar con la muerte de individuo. Será realizada en forma individual y/o a través de - los grupos que se integrarán. Se utilizarán ayudas audiovisua-- les diseñadas y elaboradas por el personal participante, o del - Departamento Audiovisual, también será utilizado el material --- existente en la S.S.A. ó I.M.S.S. reuniendo a las madres en el - hogar de alguna de ellas. El contenido educativo será el si----- guiente: lactancia materna, lactancia artificial, manejo de bi- berón, mecanismos de transmisión de las enfermedades diarreicas, destete y ablactación, conducta a seguir de enfermos con padeci- mientos diarreicos, Servicio de Salud existentes en la Comunidad y procedimientos para su utilización. Importancia de la ebulli- ción del agua de consumo, importancia de la eliminación de excre- tas, preparación y conservación de los alimentos.
- Como complemento a los Programas específicos se informará a la - población en que consisten los mismos y las ventajas obtenidas - al aprovechar dichos Programas.
7. Conocimiento y promoción del Saneamiento por manzanas: utilizan- do los grupos se realizarán actividades de desarrollo de la comu- nidad, y promoción de la Salud. Se promoverá la ampliación y -- utilización de los sistemas de drenaje, la introducción del agua

potable dentro de las viviendas; en el área donde se carezca de este Servicio, se promoverá el agua utilizada para ingestión, potabilizada mediante la ebullición.

Se establecerá vigilancia adecuada para que no existan basureros - en las calles ni dentro de las viviendas, así como también se llevarán a cabo actividades en contra de insectos y roedores mediante la asesoría de Ingenieros Sanitarios.

8. Vigilancia del crecimiento y desarrollo del recién nacido: Durante la visita semanal que se haga al área de trabajo, deberán detectarse los nacimientos que se hubieran presentado. La actividad que se desarrollará a partir del momento que hubiere llegado al domicilio del recién nacido, consistirá en lo siguiente: (siempre en Coordinación con la S.S.A. ó I.M.S.S.). Vacunación de acuerdo a los esquemas de inmunización en vigor, examen físico mensual, educación higiénica a la madre para disminuir el riesgo de enfermedades gastrointestinales o respiratorias, alimentación al seno materno, manejo de biberón vigilancia de la ablactación y destete, envío inmediato al Centro de Salud ó I.M.S.S.

Cuando aparecieron los primeros signos ó síntomas de patología, registro de datos de somatometría mensualmente, control epidemiológico de casos transmisibles, especialmente cercanos al niño sano.

9. Vigilancia de los movimientos migratorios: con el objeto de tener mejor control de enfermedades transmisibles, se vigilarán los movi-

mientos migratorios con el propósito de localizar los casos transmisibles que hubieren cambiado de domicilio, así como también completar esquemas de inmunización aún en aquellos niños que cambien de domicilio.

10. Ejecución de Programas específicos: en forma sistemática, se realizarán los programas señalados con anterioridad. En el caso de diabetes se tratará de hacer la detección a domicilio con el uso de destroxix. En tuberculosis se buscarán los tosedores crónicos para obtener muestra de esputo con el fin de buscar el bacilo de Koch.

II.- INFORMACION. Los datos de cada Centro se integrarán en un documento final por módulos.



II.- CONTACTO MEDICO:

1. Cuando se enfermen de gravedad, a donde los lleva?  
----- al dispensario  
\*\*\*\*\* Hospital en Matamoros  
\*\*\*\*\* Otro Cuá?
2. Y cuando no es de gravedad a donde los lleva?  
\*\*\*\*\* al dispensario  
\*\*\*\*\* Hospital en Matamoros  
\*\*\*\*\* Otro Cual?
3. Por qué cree Usted que se enferman los niños? \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*
4. Le ofrecen servicios médicos en el trabajo?  
Si ( ) No ( ) Cuales? \*\*\*\*\*
5. Los utiliza? Si ( ) No ( )  
Cuando? \*\*\*\*\*
6. Sabe dónde queda el dispensario más cercano?  
Si ( ) No ( ) Dónde? \*\*\*\*\*
7. Ha ido al dispensario? Si ( ) No ( ) (En caso negativo pase a la 19)
8. Cuantas veces ha ido en éste año? \*\*\*\*\*
9. A que horas prefiere ir al dispensario? \*\*\*\*\*  
Porque? \*\*\*\*\*
10. Conoce al médico del dispensario? Si ( ) No ( )
11. Tiene amistad con el médico del dispensario?  
Si ( ) No ( )

12. Cuando fué al dispensario, le dijeron de qué estaba enfermo?

Si ( ) No ( ) (En caso negativo pase a la 15)

13. Le recetaron medicinas? Si ( ) No. ( )

14. Donde las consiguió?

\*\*\*\*\* Farmacia

\*\*\*\*\* Seguro Social

\*\*\*\*\* Se las dieron en el dispensario.

15. Cuando Usted ha estado en el dispensario el médico ha llegado a tiempo?

Si ( ) No ( ) y la Enfermera? Si ( ) No ( )

16. Le han dado citas para ir al dispensario? Si ( ) No ( )

17. ¿Los médicos del dispensario han hecho reuniones? Si ( ) No ( )  
(en caso afirmativo pase a la 23 y en caso negativo a la )

18. ¿Sobre qué hablaron? \*\*\*\*\*

19. ¿De qué le sirvió esta información \*\*\*\*\*

20. ¿Han venido del dispensario a vacunar? Si ( ) No ( )

21. ¿Que otra ayuda ha recibido del dispensario? \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

22. ¿Considera que el dispensario le ha ayudado? Mucho \*\*\*\*\*

Regular \*\*\*\*\*

Poco \*\*\*\*\*

23. ¿Cuando Usted va a cocinar qué es lo primero que hace?

\*\*\*\*\*

24. Que hace Usted antes de comer los vegetales?

\*\*\*\*\*

25. ¿Cómo es el agua que usted consigue en la comunidad?

.....

26. ¿Para que se hierve el agua?

.....

27. ¿Que debe hacer Usted con los niños, cuando hace mucha calor?

.....

28. ¿Que es lo primero que hace cuando termina de cocinar?

.....

y luego?

.....

29. ¿Qué alimentos son los más que come su familia?

.....

30. ¿Que debe hacer usted para evitar parásitos?

.....

31. ¿Que es lo primero que hace usted cuando se levanta?

.....

32. ¿Para qué se lava uno los dientes?

.....

33. ¿Para qué se baña uno?

.....

34. ¿Cuántas veces se puede usted bañar a la semana?

.....

35. ¿Qué debe hacer un buen médico?

.....

36. ¿Cómo debería ser el médico del dispensario? .....
- .....
37. ¿Cómo debería ser un médico que desea ser aceptado por la comunidad?
- .....
38. ¿El mejor médico es uno que le dice que? .....
- .....
39. ¿Como son las mujeres como médico? .....
- .....
40. De haber una emergencia ¿Qué médico necesitaría esta comunidad?
- .....
41. (Termine ésta oración) El médico que dice que cosa hacer y como hacerlo, hará que la gente .....
- .....
42. ¿Usted considera que se preocupa más que otras personas?
- Si ( ) No ( ) Porqué? .....
- .....
43. ¿Cuáles cosas son, las que no le ha dado la vida y que le gustaría que tuvieran sus hijos?
- .....
- .....
44. ¿Si ahora tuviera oportunidad Usted estudiaría? Si ( ) No ( )
- ¿Por qué? .....
- .....
45. ¿Si fuera el líder de ésta comunidad Cual sería el primer problema que resolvería?
- .....

y luego? .....

Lea: Con el propósito de obtener más información de como resolver los problemas de salud, le vamos a hacer preguntas sobre el trabajo y sobre la organización de la comunidad.

I. Para el obrero: (Comerciante, empleado burocrático, etc).

46. ¿Cónde trabaja? .....

47. ¿Que actividad realiza en el trabajo? .....

48. ¿Durante el año que otros trabajos ha realizado? .....

49. ¿Está sindicalizado? Si ( ) No ( )

50. ¿Cómo se llama el sindicato? .....

51. ¿Que beneficios le dá el sindicato?

1.- .....

2. ....

3. ....

52. ¿Como es el sindicato? .....

53. ¿Cómo se siente en el trabajo? .....

54. ¿Ha recibido préstamos? Si ( ) No ( )

¿de quién? .....

¿Para qué .....

¿Cuanto recibió? .....

55. ¿Cuánto gana a la semana? .....

56. ¿Qué es lo más que le preocupa en el trabajo? .....
- .....
57. ¿Cuando sale del trabajo: A donde vá regularmente con sus compañeros los viernes? .....
58. ¿Cuál o cuales son las personas en que usted más confía en el trabajo? .....
- .....
59. ¿Con el dinero que usted gana a la semana. Que es lo primero que hace regularmente? .....
- .....
- y luego? .....
60. El patrón con quien usted trabaja ¿Cómo debería ser? .....
- .....
61. Como es? .....
62. (Termine ésta oración) El mejor patrón es aquél .....
- .....

II. Para el Agricultor.

63. Qué extensión de tierra cultiva? (Hectáreas) .....
- .....
64. ¿Como cuantas toneladas sacó en la última cosecha, por hectárea?
- de sorgo .....
- de maíz .....
- Otro .....

65. ¿Ha solicitado préstamo o crédito? Si ( ) No ( )  
(en caso negativo pase a la 80)
66. ¿Ha recibido préstamos de Banco Rural? Si ( ) No ( )
67. ¿Cuándo .....
68. ¿Como cuanto recibió (mensual)? .....
69. ¿Le debe dinero al Banco? Si ( ) No ( )
70. ¿Cuánto? .....
71. ¿Cómo considera el trabajo que usted realiza? .....
- .....
72. ¿Qué es lo que más le preocupa del trabajo? .....
- .....
73. ¿Cómo se siente cuando trabaja? Cansado .....  
descansado .....  
Otro .....
74. ¿Trabaja todos los días? Si ( ) No ( )  
Porqué? .....
75. ¿Cuando usted termina el día de trabajo a dónde va regularmente-  
con sus compañeros de trabajo? .....
- ..... y los fines de semana? .....
- .....
76. ¿Con el dinero que gana de la cosecha que es lo primero que ha-  
ce? .....
- .....



86. ¿Sabe si hacen reuniones? Si ( ) No ( )

(En caso afirmativo) ¿Cada cuanto se reúnen? .....

Le voy a leer oraciones incompletas, como las que le presenté anteriormente para que usted las complete.

87. Los problemas que más me preocupan de ésta comunidad don.. ..

.....

88. En las reuniones que hace la comunidad o la organización se discuten los problemas .....

.....

89. La organización en ésta comunidad es .....

90. En ésta comunidad un lider debería ser .....

.....

91. Los problemas más importantes que resuelve la organización son.. ..

.....

92. Como lider la gente adulta o grande es .....

93. Los problemas de la comunidad los resuelve .....

94. Cuando usted tiene problemas es bueno ir a ver .....

.....

95. Los problemas de la comunidad podrían ser resueltos por .....

.....

96. Las personas en quien yo más confío en la comunidad son .....

.....

97. Los líderes de la comunidad son .....

Describa la vivienda (éstos datos deben ser llenados preferible--  
mente por medio de la observación, sino pregunte). Marque una --  
(X) la característica que posee la vivienda.

98. PISO: ..... Madera ..... cemento ..... tierra  
..... con loceta o mosaico

99. BAÑO: ..... W. C. con drenaje o pozo séptico.  
..... W. C. con drenaje público

100. NUMERO DE HABITACIONES:  
..... Que utiliza para dormir ..... Comedor y co  
cina  
..... Cocina sola ..... Sala  
..... Recámaras.

101. BIENES. (Márquelas si las tiene)

- ..... camas (cuantas) .....
- ..... estufa de gas
- ..... fogón
- ..... radio
- ..... televisión
- ..... refrigerador
- ..... consola de tocadisco
- ..... licuadora
- ..... máquina de coser
- ..... camioneta o carro.

\*\*\*\*\* camión.

102. LA VIVIENDA ES:

\*\*\*\*\* propia (aunque la esté pagando actualmente)

\*\*\*\*\* rentada

\*\*\*\*\* otra (especifique) \*\*\*\*\*

Si fuera a hacerle ampliaciones a la casa; que le haría? \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

Describa los alrededores de la casa:

\*\*\*\*\* plantas \*\*\*\*\* aguas negras

\*\*\*\*\* patio de tierra \*\*\*\*\* inundada  
limpio

\*\*\*\*\* patio de tierra  
con basura

103. Existe en la comunidad recogido de basura? Si ( ) NO ( )

(En caso negativo) que hacen con la basura? \*\*\*\*\*

( Si la queman, cada cuanto la queman? \*\*\*\*\*

Si la persona ha asistido al dispensario.

104. En el dispensario le han dicho que:	Si	No
A.- Hay que hervir el agua .....	*****	*****
B.- Hay que lavar los vegetales .....	*****	*****
C.- Que cuando uno está enfermo, no -- debe de dormir cerca de los niños.	*****	*****
D.- Que le debe dar mucha agua a los - niños cuando hace calor .....	*****	*****
E.- Que es bueno para la salud bañarse y lavarse los dientes .....	*****	*****



FACULTAD DE MEDICINA DE MATAMOROS  
ENCUESTA A ESTUDIANTES DE MEDICINA

Comunidad donde hizo su práctica comunitaria: .....

1. Sexo: ..... Masculino  
..... Femenino

2. Fecha de Nacimiento: .....

3. Estado Civil: Soltero (a) ..... Casado (a) .....  
Divorciado: .....

4. Señale los tres motivos más importantes, que lo indujeron a estudiar la carrera de Medicina colocando del uno al tres en orden de prioridad.

1.- .....

2.- .....

3.- .....

quisiéramos que completara las siguientes oraciones, con lo que -  
Usted crea pertinente.

5. Yo quisiera ser un médico .....

6. Los médicos que conozco son .....

7. Los médicos especialistas son .....

8. Los médicos que se dedican a la medicina comunitaria deberían - -  
ser. ....

9. Los mejores médicos son aquellos que .....

.....

10. Un médico que desea ser aceptado en una comunidad debería .....

.....

11. El médico que dice que cosa hacer y como hacerlo, hará que la gente....

.....

12. De haber una emergencia, las personas de una comunidad necesitarían un médico ...

.....

13. Si no estuviera estudiando medicina, estudiaría .....

.....

14. Si yo fuera el Director General de la Secretaría de Salubridad y --  
Asistencia, resolvería primero .....

.....

15. El estudio de la medicina en ésta Facultad, debería ser .....

.....

16. Las principales causas de las enfermedades, en la comunidad en que  
practiqué son .....

.....

17. Los problemas más grandes del estudiante de medicina son .....

.....

18. Los más grandes problemas de las personas de las comunidades de --  
Matamoros son .....

.....

.....

19. Las condiciones económicas afectan a .....

20. Las condiciones que afectan más a los pobres .....

.....

21. La solución para las enfermedades de los pobres son .....

.....

22. La solución para las enfermedades de toda la nación Mexicana debería ser .....

23. De los cursos o asignaturas tomados durante su carrera, señale -- tres (3), que le han sido útil en la práctica médica de la medicina Comunitaria, en orden de prioridad. Así el número 1 se le daría a la que usted cree que es la más importante; 2 a la siguiente y 3 la de tercer orden de importancia.

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| ..... Gineco-obstetricia  | ..... Pediatría           |
| ..... Gastroenterología   | ..... Fisiología          |
| ..... Antropología Social | ..... Anatomía Patológica |
| ..... Psicología          | ..... Oftalmología        |
| ..... Propedéutica        | ..... Farmacología        |
| ..... Inmunología         | ..... Epidemiología       |
| ..... Otro (especifique ) | .....                     |

24. En su opinión, el enfoque dado en la Facultad de Medicina de Matamoros es predominantemente en:

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| ..... Medicina General | ..... Medicina Comunitaria |
| ..... Medicina Social  | ..... Otro (especifique)   |
|                        | .....                      |

19. Las condiciones económicas afectan a .....

20. Las condiciones que afectan más a los pobres .....

.....

21. La solución para las enfermedades de los pobres son .....

.....

22. La solución para las enfermedades de toda la nación Mexicana debería ser .....

23. De los cursos o asignaturas tomados durante su carrera, señale tres (3), que le han sido útil en la práctica médica de la medicina Comunitaria, en orden de prioridad. Así el número 1 se le daría a la que usted cree que es la más importante; 2 a la siguiente y 3 la de tercer orden de importancia.

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| ..... Gineco-obstetricia  | ..... Pediatría           |
| ..... Gastroenterología   | ..... Fisiología          |
| ..... Antropología Social | ..... Anatomía Patológica |
| ..... Psicología          | ..... Oftalmología        |
| ..... Propedéutica        | ..... Farmacología        |
| ..... Inmunología         | ..... Epidemiología       |
| ..... Otro (especifique ) | .....                     |

24. En su opinión, el enfoque dado en la Facultad de Medicina de Matamoros es predominantemente en:

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| ..... Medicina General | ..... Medicina Comunitaria |
| ..... Medicina Social  | ..... Otro (especifique)   |
|                        | .....                      |

25. ¿Considera que el Programa de Medicina Comunitaria, es efectivo o de beneficio para la comunidad? Si ( ) No ( ).

Por qué? .....

26. ¿Considera que la formación política y económica de la comunidad afecta el "Programa de Medicina Comunitaria?"

Si ( ) No ( ) Por qué? .....

27. ¿La política y la economía del país afectan la salud-enfermedad de las personas? Si ( ) No ( ) Por qué? .....

.....

28. ¿Conoce los objetivos del Programa de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina? Si ( ) No ( ) (En caso afirmativo, mencione tres de ellos.

1.- .....

2.- .....

3.- .....

29. ¿Considera que las condiciones de trabajo, afectan al agricultor en su salud? Si ( ) No ( ) Por qué? .....

.....

¿ y al obrero? Si ( ) No ( ) Por qué? .....

.....

30. ¿Quien considera que sale beneficiado del Programa de Medicina Comunitaria? .....

31. ¿Participa en la planificación y organización de actividades a -  
llevar a cabo en el programa de medicina comunitaria, durante --  
sus dos meses de práctica?

Si ( ) No ( ) (en caso afirmativo, en que medida?

.....

32. ¿Mencione algunas actividades que se planificaron y se llevaron -  
a cabo durante sus meses de práctica?

.....

.....

33. ¿Ha dado atención médica a todas las personas que han solicitado-  
sus servicios en el centro? Si ( ) No ( )

34. ¿Elaboró usted historia clínica de sus pacientes?

Si ( ) No ( )

Cuantos .....

35. ¿En su opinión, en la relación médico-paciente, que es más impor-  
tante?.

35.1 Medicina curativa .....

35.2 Medicina Preventiva .....

36. ¿Que entiende usted por promover el mejoramiento de los aspectos-  
de Medicina Comunitaria?

.....

.....

37. ¿Que actividades ha realizado para promover el objetivo de la Me-  
dicina comunitaria antes mencionado?

.....

.....

38. ¿Ha participado con sus compañeros y supervisor, en la discusión de casos?.

Si ( ) (en caso afirmativo pasar a la preg. )

No. ( ) (en caso negativo pasar a la preg. )

39. ¿Con qué frecuencia se realizan éstas discusiones? .....

.....

40. ¿Qué opinión le merece éstas discusiones? .....

.....

.....

41. ¿Ha participado en la integración de grupo en la comunidad?

Si ( ) No ( )

.....

42. ¿Ha promovido actividades educativas sobre salud en la comunidad

Si ( ) No ( ) (en caso afirmativo, que tema ha desarrollado?)

.....

43. ¿Discute Usted los problemas de la comunidad con sus superiores?

Si ( ) No ( )

44. ¿Participa la comunidad en la discusión o planificación de los programas de salud comunitaria?

Si ( ) No ( ) (en caso afirmativo, de que manera y -- que dificultades ha encontrado?)

.....

45. ¿En qué encuesta sobre la comunidad ha trabajado en el Centro de Salud y en que medida? .....

.....

46. ¿Considera usted que el actual programa de Medicina Comunitaria está bien organizado?

Si ( ) No ( ) ¿Por qué? .....

47. ¿Ha recibido algún beneficio del programa de medicina comunitaria en su formación médica?

Si ( ) No ( ) (en caso afirmativo, ¿Cuál? .....

(en caso negativo) por que? .....

48. ¿Considera usted que la práctica médica según el programa de Medicina Comunitaria resuelve los problemas sociales de la comunidad?

Si ( ) No ( ) ¿Por que ? .....

49. Cuales son los problemas de salud mas frecuentes que presenta la comunidad? .....

50. ¿Ha planteado usted soluciones ante éstos problemas

Si ( ) No ( ) ¿Cuáles? .....

51. ¿Le ha facilitado la práctica médica en un programa de medicina comunitaria, su comunicación con los miembros de ésta?

Si ( ) No ( ) ¿en que medida? .....

52. ¿Cuales considera que sean las causas de la salud y la enfermedad?

.....

53. ¿Que aspectos se deberían tomarse en cuenta para mejorar el programa de medicina comunitaria actual de la Facultad de Medicina de Matamoros?

.....

.....

VALORES, ACTIVIDADES Y PERCEPCION DE LA POBLACION MEDICA

INSTRUCCIONES:

Se le dirán e nombrarán diferentes conceptos para que usted diga como los considera.

Por Ejemplo: Que opina usted de cómo es la casa en que vive?

Buena	.....	.....	.....	Mala
Agradable	.....	.....	.....	Desagradable
Fria	.....	.....	.....	Caliente
Segura	.....	.....	.....	Insegura

Comprendió el ejemplo: Si ..... No .....

(Si no comprendió el ejemplo, explíquese otra vez)

LOS CONCEPTOS SON:

54. La comunidad que atiende es:

Perezosa	.....	.....	.....	Trabajadora
Educada	.....	.....	.....	Grosera
Descortés	.....	.....	.....	Amable

Activa	*****	*****	*****	Pasiva
Apática	*****	*****	*****	Emprendedora
Agradecida	****	*****	*****	Desagradecida
Indiferente	***	*****	*****	Comprometida
Buena	****	*****	*****	Mala
Comprende				No comprende
Indicaciones	****	*****	*****	Indicaciones
Inteligente	***	*****	*****	Poco Inteligente
Organizada	****	*****	*****	Desorganizada
Cooperadora	***	*****	*****	No cooperadora
Política	*****	*****	*****	Apolítica
Alegre	*****	*****	*****	Triste

55. RELACION MEDICO PACIENTE.

Buena	*****	*****	*****	Mala
Agradable	****	*****	*****	Desagradable
Soportable	****	*****	*****	Insoportable
Calmada	*****	*****	*****	Nerviosa
Lejana	*****	*****	*****	Cercana
Superficial	*****	*****	*****	Profunda
Util	*****	*****	*****	Inútil
Satisfactoria	**	*****	*****	Insatisfactoria

56. ENSEÑANZA QUE RECIBO DE LA INSTITUCION.

Inútil	*****	*****	*****	Util
Planificada	***	*****	*****	Improvisada

Insuficiente	*****	*****	*****	Suficiente
Necesaria	*****	*****	*****	Innecesaria
Productiva	*****	*****	*****	Improductiva
Motivante	*****	*****	*****	Poco Motivante
Organizada	*****	*****	*****	Desorganizada

57. PROGRAMA DE MEDICINA COMUNITARIA.

Cansada	*****	*****	*****	Descansada
Regular	*****	*****	*****	Irregular
Productivo	*****	*****	*****	Improductivo
Adecuado	*****	*****	*****	Inadecuado
Planificado	*****	*****	*****	Improvisado
Necesario	*****	*****	*****	Innecesario
Motivante	*****	*****	*****	Poco motivante

58. LA SALUD - ENFERMEDAD DE LA POBLACION USTED LA CONSIDERA:

	Si	A veces	No
1. Que es muy importante	*****	*****	*****
2. Depende de la higiene	*****	*****	*****
3. Depende de la educación	****	*****	*****
4. Depende de las condiciones de trabajo	*****	*****	*****
5. Depende de la contaminación	*****	*****	*****
6. Depende de la mala suerte	*****	*****	*****

	Si	A veces	No
7. Depende de la voluntad de Dios	*****	*****	*****
8. Depende de Mi	*****	*****	*****
9. Depende del Gobierno	*****	*****	*****
10. Depende de los medicamentos	*****	*****	*****

59. ¿Quien es el supervisor de Medicina Comunitaria?

Nombre: .....

60. ¿Mencione dos motivos de porqué Usted considera que la Medicina Comunitaria debería continuar?

1.- .....

2.- .....

61. Mencione dos motivos de porqué usted considera que el programa de Medicina Comunitaria no debería seguir:

1.- .....

2. ....

62. ¿Considera que el Módulo de Medicina Comunitaria debería durar más tiempo?

Si ..... No ..... Cuánto más? .....

..... Porqué? .....

.....

63. ¿Considera que los recursos materiales que tienen en el dispensario son suficientes?

Si ..... No ..... Cuales faltarían? .....

.....

TABLA DE CODIFICACION PARA ENCUESTA DE LA  
POBLACION

(Contenido de la primera página de la Encuesta)

Identificación del Sujeto:  
(espacios 1 al 4)

Primera tarjeta	0011 al 3381
Segunda tarjeta	0012 al 3382

La Colonia o Ejido que pertenece

1. Reforma
2. Esperanza
3. Sección 11 016
4. Uniones
5. Colonia Popular.
6. Treviño Zapata
7. Ejido Santa Adelaida
8. Ejido Las Blancas.

La edad del Jefe de Familia (hombre)

1. Sin respuesta o sin conocimiento.
2. 20 a 30
3. 31 a 40
4. 41 a 50
5. 51 a 60
6. 61 a 70
7. 71 en adelante

La edad de la esposa (mujer)

1. Sin respuesta o sin conocimiento
2. 20 a 30
3. 31 a 40
4. 41 a 50
5. 51 a 60
6. 61 a 70
7. 71 en adelante

Ocupación de la Sra. de la Casa.

1. Ama de casa.
2. Obrera.
3. Doméstica (lava, plancha, etc. en otra casa)
4. Es ayudada por una hija o hermana y es ama de casa.
5. No está viva o abandonó el hogar.
6. Comerciante es ayudado por hijo o ayuda al esposo
7. Costurera.
8. Enfermera

Educación del Esposo (Jefe de Familia)

1. Sin respuesta.
2. Sin escuela
3. Primaria Incompleta
4. Primaria Completa
5. Secundaria Incompleta.
6. Secundaria Completa.
7. Post-Secundaria.

Educación de la Señora.

1. Sin respuesta.
2. Sin escuela
3. Primaria Incompleta.
4. Primaria Completa
5. Secundaria Incompleta.
6. Secundaria Completa
7. Post-Secundaria

Número de hijos.

1. Sin hijos (sin respuesta)
2. 1
3. hasta 3
4. hasta 5
5. hasta 7
6. hasta 9
7. más de 9

**Ocupación de la Sra. de la Casa.**

1. Ama de casa.
2. Obrera.
3. Doméstica (lava, plancha, etc. en otra casa)
4. Es ayudada por una hija o hermana y es ama de casa.
5. No está viva o abandonó el hogar.
6. Comerciante es ayudado por hijo o ayuda al esposo
7. Costurera.
8. Enfermera

**Educación del Esposo (Jefe de Familia)**

1. Sin respuesta.
2. Sin escuela
3. Primaria Incompleta
4. Primaria Completa
5. Secundaria Incompleta.
6. Secundaria Completa.
7. Post-Secundaria.

**Educación de la Señora.**

1. Sin respuesta.
2. Sin escuela
3. Primaria Incompleta.
4. Primaria Completa
5. Secundaria Incompleta.
6. Secundaria Completa
7. Post-Secundaria

**Número de hijos.**

1. Sin hijos (sin respuesta)
2. 1
3. hasta 3
4. hasta 5
5. hasta 7
6. hasta 9
7. más de 9

Los hijos tienen menos años de:

1. Sin respuesta (sin hijos)
2. 1 año
3. 5 años
4. 10 años
5. 15 años
6. 20 años
7. 25 años
8. 30 años
9. 35 años ó más.

De éstos hijos ¿Cuántos leen?

1. Sin respuesta (sin hijos) ninguno.
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4
6. 5
7. 6
8. 7
9. 8 ó más

Actividad de los hijos

1. Sin respuesta, ninguno, están pequeños
2. Estudian
3. Estudian y Trabajan
4. Trabajan.

Pregunta 2. ¿Cuándo los niños se enferman de gravedad van a?

1. Sin respuesta.
2. Dispensario
3. Hospital en Matamoros SSA, Cruz Roja.
4. I.M.S.A. (Seguro Social) ISSSTE
5. Hospital Ejidal
6. Médico Particular
7. Botica o Farmacia.

**Pregunta 3. ¿Y de no gravedad?**

1. Sin respuesta.
2. Dispensario
3. Hospital Matamoros S.S.A. Cruz Roja
4. I.M.S.S. (Seguro Social) I.S.S.T.E.
5. Médico Particular
6. Remedio en casa.
7. Farmacia, Botica.
8. Hospital Ejidal.

**Pregunta 4. ¿Los niños se enferman más porque?**

1. Sin respuesta. No sabe, Ignorancia.
2. Falta de Alimentación (falta de comida, alimentación mala, golosinas, cae mal comida).
3. Falta de Higiene (falta de higiene en la comunidad, andan en la tierra, falta de aseo, manos sucias), falta de cuidados.
4. La combinación de 2 y 3
5. Cambio de clima o temperatura o por la edad.

**Pregunta 5. ¿Le dan servicios médicos en el trabajo?**

1. Sin respuestas
2. Si (\*) (\*) Nota: fijarse en la pregunta 2da.
3. No

**(espacio 23) ¿Cuáles?**

1. Sin respuesta (contestó no)
2. I.M.S.S. I.S.S.T.E
3. Hospital Ejidal.

**Pregunta 6. ¿Los utiliza?**

1. Sin respuesta.
2. Sí.
3. No.

(Cont. Preg. 6) ¿Cuándo?

1. Sin respuesta.
2. Cuando se enferman los niños/cuando es necesario o se necesita, cuando es delicada la cosa.
3. Cada 3 días, por rutina, cosas sencillas, cada 3 meses, de vez en cuando.

Pregunta 7. ¿Sabe del dispensario?

1. Sin respuesta.
2. Sí
3. No.

Pregunta 8 ¿Ha ido al dispensario?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No.

Pregunta 9. ¿Cuántas veces?

1. Sin respuesta
2. Ninguna vez
3. 1 vez
4. 2 veces
5. 3 veces
6. 4 veces
7. 5 veces o más

Pregunta 10. Horas que prefiere ir.

1. Sin respuesta.
2. En la mañana o horas específicas (8:00 A.M. ó 9:00 a 13 -- horas).
3. A cualquier hora.
4. En la tarde.

(Contestación Pregunta 10) ¿Porqué?

1. Sin respuesta.
2. Es la hora que dan servicios, en la tarde no hay, es cuando están abiertos, se van temprano, es la única hora que atienden.
3. Es cuando tengo tiempo, es cuando puedo ir, cuando me dan citas.

Pregunta 11 ¿ Conoce al Médico?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No

Pregunta 12. ¿Tiene Amistad?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No

Pregunta 13. ¿Le dijeron de qué estaba enfermo?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No.

Pregunta 14 ¿Le recetaron medicinas?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No.

Pregunta 15 ¿Donde las consiguió?

1. Sin respuesta
2. Farmacia
3. Dispensario
4. Seguro Social
5. Farmacia y Dispensario

Pregunta 16. ¿Se han puesto inyecciones?

1. Sin respuesta.
2. Sí
3. No

Pregunta 17. ¿Llega el Médico a tiempo?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No
4. A veces.

(Cont. Preg. 17) ¿Y la Enfermera?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No
4. A veces

Pregunta 19. ¿Le han dado citas en el dispensario?

1. Sin respuesta.
2. Sí
3. No

Pregunta 22. ¿Los médicos han hecho reuniones?

1. Sin respuesta
2. Sí
3. No

Pregunta 23 ¿Sobre qué hablaron?

1. Sin respuesta
2. No sabe
3. Cambió Local
4. Planificación Familiar
5. Sobre cuotas para el dispensario
6. Salud.

Pregunta 25. ¿Otra ayuda recibida del dispensario?

1. Sin respuesta.
2. Ninguna otra, nadamás esa.
3. Nada, no ha asistido, no sabe que existe, ninguna
4. Nadamás medicinas, vacunas, consulta barata
5. Atienden bien
6. Análisis, Servicio médico.

Pregunta 26. ¿Considera que el dispensario ha ayudado?

1. Sin respuesta.
2. Mucho
3. Regular
4. Poco.
5. Nada, no acudió a él

Pregunta 26. Cuando va a cocinar, que es lo primero que hace.

1. Sin respuesta o no sabe.
2. Dar alimento a los niños, hacer café, dar de comer, moler lo que va a comer, poner el sartén, prender la estufa. Las tortillas
3. Hacer limpieza, lavarse las manos, lavar vasijas, que todo esté limpio, aseo personal.

Pregunta 27. Antes de comer vegetales.

1. Sin respuesta, o no sabe.
2. Los lavan (lavarlos, cortarlos y lavarlos para prepararlos para guisarlos).
3. Se los come como los compra, nada.
4. No comen verduras.

Pregunta 28. El agua que consigue es....

1. Sin respuesta.
2. Agua potable (de llave) (les piden a los vecinos)
3. Agua de garrafón (de botellón)
4. Agua potable y de garrafón.
5. Agua de noria. lluvia o del canal.

Pregunta 29. Hiereve el agua para .....

1. Sin respuesta (no sabe).
2. Matar microbios (evitar microbios, suelte microbios, evitar enfermedades).
3. Por que está contaminada (contaminación de parásitos, para que no tengan parásitos, quitarles animalitos) no traiga infecciones.
4. Para que se purifique. para matar impurezas.
5. La buena salud
6. No la hierve- no se hierve.

Pregunta 30. ¿Qué hace con los niños, cuando hace mucha calor?

1. Sin respuesta o no sabe.
2. Bañarlos, bañarlos seguido (2 veces al día), bañarlos y cuidarlos.
3. Bañarlos y darles agua (bañarlos y darles agua seguido ó bañarlos seguido y darles agua).
4. Darles agua (o líquido), darles agua seguido. (darles mucha agua o líquido), darles líquido y tener la casa ventilada o a la sombra.

Pregunta 31 ¿Qué es lo primero que hace cuando termina de cocinar?

1. Sin respuesta. (no sabe, no se acuerda).
2. Actividad en la cocina de limpieza y continúa actividad en la cocina o casa como (recoge cocina y luego lava vasijas /quehaceres domésticos y luego recoge la casa/limpia la cocina y luego lava platos.
2. Actividad con la comida y luego actividad de limpieza o sea (tapa la comida y luego asea la casa o lava trastes) comer y limpia.
4. Actividad con la comida y luego actividad con los niños o sea (sirve de comer y luego baña a los niños), lava manos.

5. Actividad de aseo personal y luego actividad con los niños para que coman o sea (se lava las manos y luego llama a -- los niños a comer o les dá de comer).
6. Actividad de limpieza y luego descansa (limpia o asea y -- luego se acuesta a dormir o ver T. V.).
7. Descansa y luego limpia (se sienta y luego a los que-hace-res).
8. Actividad de lavar vasijas o cocina y luego aseo personal- (bañarse)

Pregunta 32. ¿Alimentos que más come su familia?  
(No se utilizó esta información)

1. Sin respuesta.
2. Frijoles y sopas o papas arroz.
3. Frijoles huevos y papas o sopas.
4. Cualquiera con leche
5. Cualquiera de las anteriores con carne o pollo o pescado
6. Variado.

Pregunta 33. ¿Qué debe hacer para evitar los parásitos?

1. Sin respuesta. No sabe.
2. Lavar vegetales, frutas, alimentos, lavar bien todo.
3. Tener higiene, tener todo limpio, lavar las manos de los - niños.
4. No darles comida descompuesta evitar golosinas, cocer bien los alimentos, cocer bien la comida.
5. Hervir el agua, hervir bien las cosas.
6. Tomar medicinas, ver al médico, llevarlos al médico, pur-- gantes.

Pregunta 34. Lo primero que hace cuando se levanta.....

1. Sin respuesta.
2. Alimentar a los niños, actividad de trabajo
3. Se lava los dientes o boca y lavarse.
4. Se baña ó ir al baño (bañarse)
5. Se peina.
6. Aseo personal - lavarse - lavarse la cara y/o manos, asear- se la cara.

Pregunta 35. Los dientes se lavan para.....

1. Sin respuesta. No sabe.
2. Prevenir caries, evitar caries, evitar que se piquen.
3. Prevenir enfermedades. No tener enfermedad en la encía, evitar infecciones. Tenerlos frescos y no tener molestia, -- conservar-los limpios, el malestar de la dentadura.
4. Quitar el mal aliento, no dar mal aliento.

Pregunta 36. Se baña para:

1. Sin respuesta.
2. Para una buena salud (evitar enfermedades infecciones de la piel, quedarse más en salud, andar higiénico y saludable -- quitarse microbios del cuerpo).
3. Estar limpio (conservarse limpio, andar limpio, aseado quitarse grasa y polvo), para no andar sucio.
4. Evitar el mal olor quitarse el mal olor y sentirse tranquilo.

Pregunta 37. Cuantas veces se puede bañar.

1. Sin respuesta.
2. Todos los días, diarios, 7 veces a la semana
3. Dos o tres veces a la semana.

Pregunta 38. ¿Qué debe hacer un buen Médico?

1. Sin respuesta. No sabe decir. No respondió
2. Atender bien al necesitado, al enfermo, portarse bien con la clientela, tratar bien, ser bueno, amable, sencillo, buenos modales, que se dé a querer ser atento.
3. Cure a la gente, sea acertado, sea rápido que esté cuando se necesite, sea franco, o hable con franqueza, que explique, que conteste preguntas, sea efectivo, sea responsable en su profesión (no cobre tanto)
4. Dar medicinas efectivas, recetar buenas medicinas, que conozca las medicinas.
5. Examinar, chequear bien, hacer examen general, tomar signos vitales, preguntar examinar como es debido

Pregunta 39. ¿Como debiera ser el médico del dispensario?

1. Sin respuesta. No sabe decir. No respondió
2. Atender bien al necesitado al enfermo/portarse bien con la clientela/ tratar bien ser bueno/ amable/sencillo/ Buenos-Modales, que se dé a querer/ sea atento.
3. Cure a la gente/ sea acertado/ sea rápido que esté cuando se necesite/ sea franco o hable con franqueza que explique que conteste preguntas/ sea efectivo/ sea responsable en su profesión, puntual.
4. Dar medicinas efectivas/ recetar buenas medicinas/ que conozca de medicinas.
5. Examinar, chequear bien/ hacer examen general/ tomar signos vitales, preguntar examinar como es debido.

Pregunta 40. El médico para ser aceptado en la comunidad debería -- ser.....

1. Sin respuesta. No sabe decir. No respondió
2. Atender bien al necesitado al enfermo/ portarse bien con la clientela/ tratar bien ser bueno/ amable/ sencillo/ buenos modales, que se dé a querer/ sea atento, considerado.
3. Cure a la gente/ sea acertado/ sea rápido que esté cuando se necesite/ sea franco o hable con franqueza que explique que conteste preguntas/ sea efectivo/ sea responsable en su profesión. Titulados.
4. Dar medicinas efectivas/recetar buenas medicinas/ que conozca las medicinas.
5. Examinar chequear bien/ hacer examen general/ tomar signos vitales, preguntar examinar como es debido.

Pregunta 41. El mejor médico es uno que dice:

1. Sin respuesta. No sabe decir.
2. Atienda bien/ atiende mejor a uno/ que tenga fé, que le diga sinceramente
3. Dice la verdad, la realidad. Si tiene remedio o si es todo lo que puede hacerse/ qué enfermedad tiene uno/ les dice lo que tiene/ la enfermedad que tiene uno. Qué cosa -- hacer y hacerlo.

4. Cómo tomar medicinas, como aplicar la medicina con esta medicina va a aliviar/ buenas medicinas.
5. Examine bien/ pregunta sobre lo que uno padece/ pregunta - que es lo que tiene, hacer examen general

Pregunta 42. Las mujeres como médicos.

1. Sin respuesta / no saben / nunca han tratado
2. Mejor que los hombres/ competentes/ acertadas.
3. Buenas, aportan más confianza y uno les tiene más confianza/ comprenden mejor a las personas/ bonito modo de atender, más consideradas.
4. Capacitadas como cualquier médico/ iguales que los hombres.
5. Algunas fuertes, corajudas. regañonas, poco amables.
6. Inferiores a los hombres no son iguales.

Pregunta 43. De haber emergencia, qué médico necesitaría?

1. Sin respuesta. No sabe decir.
2. Médico General, I.M.S.S. I.S.S.T.E.
3. Médico particular/ que viva mejor/ especialista, especial - en la rama. cirujano, familiar.
4. Médico Cruz Roja/ de Primeros Auxilios.
5. Médico eficiente/ activo/ rápido/ capacitado/ que sepa de - todo.
6. Médico bueno/ cumplido/ que ayude. se dé a los pacientes.
7. Médico que estuviera cerca/ estable/ de guardia, de planta

Pregunta 44. El médico qué dice que cosa hacer y como hacerla hará - que la gente.....

1. No contestaron
2. Lo quieran/ lo aprecien/ tengan más confianza, crean en el sea mejor, vea bien todo.
3. Viva mejor/ se beneficie/ se alivie/ la cure/ reaccione posiblemente/ se sienta satisfecho.
4. Siga sus instrucciones/ haga lo que él dice/ hacer las indicaciones/ llevemos las cosas como son/ atento a lo que él dice/ vayan a atenderse con él.

Pregunta 45. Se preocupa más que otras personas.

1. Sin respuesta.
2. Sí.
3. No

Segunda parte de la pregunta ¿Porqué?  
Los que entendieron que era a él (persona)

1. Por la familia, por sus hijos, por la salud de la familia por todos los de la casa. Se preocupa por gente fuera de la familia, por otros.
2. Todos somos humanos nos preocupamos por todo.
3. Por nadie.

Pregunta 46. ¿Qué le gustaría que tuviera sus hijos?.

1. Sin respuesta, no saben.
2. Buena preparación, Educación o estudios.
3. Salud.
4. Trabajo.
5. Dinero/ Capital/ que no tengan privaciones.
6. Felicidad que viva bien/ buen camino, nobles y amistosos con necesitados, amor, buenos ciudadanos.
7. Alimentación, buenos alimentos, que no tenga privaciones.
8. Considera que nada haga falta.

Pregunta 47. Si tuviera la oportunidad estudiaría.

1. Sin respuesta.
2. No - por la vista-edad-es grande ya,vieja.
3. No -no le gusta la escuela. No tiene tiempo con el trabajo/ no tiene caso/ tiene trabajo/ trabajaría.
4. Para conseguir buen trabajo/ progresar/ para estar mejor-económicamente/ le serviría para superarme.
5. Porque le gusta/ para saber más/ es la base de todo/ para bien de mis hijos y guiarlos/ discutir asuntos que ignora. para aprender.

Pregunta 48. Si fuera líder de la comunidad, primer problema que resolvería.....

1. No sabe, sin respuesta.
2. Calles, drenaje, luz, baches, agua, todo. Pavimentación.
3. Escuelas, camiones para la escuela, centros recreativos.
4. Médicos de planta.
5. Pandilleros. Vigilancia

Pregunta 51. Del Obrero, igual a la pregunta 86 del Agricultor.

Qué otros trabajos ha realizado.

1. Sin respuesta.
2. Ninguno o el mismo.
3. Otro (si aparece trabajo diferente al mencionado en las -- preguntas 49 - 50)

Pregunta 52. Obrero (ninguna del agricultor si es agricultor marque agricultor). ¿Está sindicalizado?

1. Sin respuesta.
2. Agricultor
3. Sí.
4. No

Pregunta 53. Obrero (ninguna del agricultor, marque agricultor si - lo es). ¿Como se llama el sindicato?

1. Sin respuesta.
2. Agricultor
3. Sección 11 O16
4. CTM
5. Sindicato albañil o electricista.
6. Carros de Alquiler.
7. F.E.S.S.T.E

Pregunta 54. Obrero/ ninguna del agricultor (marque agricultor si - lo es).

¿Qué beneficios le da el Sindicato?.

1. Sin respuesta.
2. Agricultor.

3. Seguro Social IMSS. Asistencia médica. Si se enferma uno. Seguro.
4. Economicamente, préstamos, salario mínimo.
5. Garantía al trabajo, asegura trabajo, cambio de trabajo, -- consigue trabajo.
6. Protección, legalmente, clama por sus derechos. Ninguno

Pregunta 55. Obrero/ ninguna agricultor (marque agricultor si lo es)  
¿Cómo es el Sindicato?

1. Sin respuesta.
2. Agricultor
3. No se puede decir que es bueno, malo, no les interesa nada.
4. Bueno, buenas personas, bien le parece bien.
5. Pendiente de los problemas del obrero, resuelve problemas.
6. Es organizado y unido, organización obrera

Pregunta 56. Para obreros y Pregunta 82 en la del agricultor  
¿Cómo se siente en el trabajo?

1. Sin respuesta.
2. Cansado, mal, insatisfecho.
3. Descansado, agusto, bien satisfecho.

Pregunta 57. Obreros y pregunta 75/ 76/ 77: agricultor.

(1a. parte) Ha recibido préstamos

1. Sin respuesta
2. Sí.
3. No.

(2a. parte) ¿De quién?

1. Sin respuesta.
2. Del Banco Rural (si el agricultor contestó que sí). Bancomer.
3. Compañía, Embotelladora, la Planta. Patrón, Dueño, Empresario.
4. Familia, parientes, amigos
5. Sindicato

(tercera parte) ¿Para qué?

1. Sin respuesta.
2. Para la tierra (en caso del agricultor)
3. Para la casa, tipo personal, para necesidades, comer, problemas del hogar deudas, estudios de los hijos y médico

(cuarta parte) ¿Cuánto recibió?

1. Sin respuesta.
2. De 500 hasta 2,000.00 pesos.
3. De 2,000.00 pesos hasta 6,000.00 pesos
4. De 6,000.00 pesos hasta 10,000.00 pesos

Pregunta 58. Obrero/ Ninguna para agricultor (señale agricultor)  
¿Cuánto gana?

1. Sin respuesta.
2. Agricultor.
3. Sin sueldo fijo, por destajo. Variable.
4. Menos de 500 pesos.
5. de 500 a 1,000 pesos
6. de 1,000 a 1,500 pesos
7. de 1,500 a 2,000 pesos
8. de 2,000 a 2,500 pesos
9. más de 2,500 pesos

Pregunta 59. Obrero/ Pregunta 81 del Agricultor ¿Qué es lo más que le preocupa en el trabajo?

1. Sin respuesta.
2. Cumplir, ser uno responsable, quedar bien en su trabajo, responsabilidad, llegar a tiempo, salga bien el trabajo.
3. Aprender - Progresar- escalar subir de puesto, buscar beneficios.
4. Que no falte el trabajo -el trabajo, que haya trabajo.
5. Riesgos -y lpes en el trabajo, accidentes.

Pregunta 60. De obrero/ pregunta 84 del Agricultor (fines de semana)  
Sale del trabajo, ¿dónde vá?

1. Sin respuesta.
2. A tomar cervezas al depósito, la Taberna, de parranda, lugares de tolerancia con los amigos.
3. Al cine, a la iglesia, al sindicato, al centro, a la playa
4. No sale, a ningún lado, a la casa con la familia.

Pregunta 62. Del obrero/ Pregunta 85 de agricultor  
(Primera parte)

Con el dinero que gana, lo primero que hace:

1. Sin respuesta.
  2. Compra comida, mandado, alimentos, lo indispensable a la mamá - esposa.
  3. Pagar Banco, deudas, lo que se debe casa carro
  4. Comprar ropa, calzado, lo secundario
  5. Ahorrar depositar en el Banco
  6. Invertir, comprar artículos para venderlos. Prepara la tierra.
  7. Pagar agua, luz, gas. Arreglar casa, pagos gastos.
  8. Lo gasta jugando, bebida, en alcohol. Diversiones.
- y luego? (Segunda parte).

1. Sin respuesta.
2. Compra comida, mandado, alimentos, lo indispensable. Sostener gastos familiares a la mamá, esposa.
3. Pagar Banco, Deudas, lo que se debe
4. Comprar ropa, calzado, lo secundario, para la escuela.
5. Ahorrar depositar en el Banco.
6. Pagar agua, luz, gas, arreglar casa, pagos, gastos de casa.
7. Lo gasta jugando, bebidas, en alcohol / Diversiones/ lo deja para él.
8. Preparar la tierra, comprar semilla. Invertir.

Pregunta 64. En el obrero/ no existe para el agricultor (marque agricultor).

PRIMERA PARTE El patrón debería ser:

1. Sin respuesta. No sabe.
2. Agricultor.
3. No tiene patrón.
4. No lo conoce
5. Amable con todo el mundo, a todo dar, considerado, comprensivo, tratable, le dé buen trato, no exigente. Bueno
6. Cumplido, conciente, responsable, comunicativo.

¿Cómo es? (segunda parte)

1. Sin respuesta. No sabe.
2. Agricultor
3. No tiene
4. No lo conoce

5. Amable con todo el mundo, a todo dar, considerado, comprensivo, tratable, le dé buen trato, no exigente. Atento
6. Cumplido, Conciente, Responsable.
7. Malo, exigente estricto.

Pregunta 65. Obrero/ No existe para agricultor (marque agricultor)  
El mejor patrón es aquel.....

1. Sin respuesta.
2. Agricultor.
3. No tiene no sabe.
4. Amable, razonable, se preocupe por los trabajadores, que - dé toda clase de consideraciones, trate bien, que ayude -- a la gente, ayude cuando se necesite.
5. Responsable, que mande como debe ser, que explique como ha ce el trabajo, que se dé a conocer, cumplido.
6. Pague bien, pagar justo, contrate bien. razón económica.

Para agricultor (marque obrero si lo es) (no se utilizó)  
Pregunta 83. Trabaja todos los días

1. Sin respuesta.
2. Obrero
3. Sí
4. No.

¿ Porqué?

1. Sin respuesta.
2. Obrero
3. Para levantar buena cosecha, hay que hacerlo, trabajo en - el tractor, por necesidad, la comida
4. No es necesario ó cuando es necesario.

Pregunta 89. Tiempo en la Comunidad.

1. Sin respuesta.
2. Menos de un año.
3. Hasta 2.
4. Hasta 4
5. Hasta 6
6. Hasta 8
7. Hasta 12

8. Hasta 16.- Ya tenemos años
9. Más de 16

Pregunta 90. ¿Le gusta la comunidad?

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No

Pregunta 91. ¿Existe alguna organización en esta Comunidad?

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No.
4. No sabe.

Pregunta 92. ¿De qué tipo?

1. Sin respuesta. No hay.
2. Ejidal.
3. Social
4. Sindicato

Pregunta 93. ¿Quiénes lo integran?

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No

Pregunta 94. Participa o pertenece

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No

Pregunta 95. ¿Saben si hacen reuniones?

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No.

¿Cada cuánto?

1. Sin respuesta.
2. Domingos, cada 7 días, cada 8 días.
3. Cada 15 días.
4. Cada fin de mes, cada mes.
5. No sabe, no es adquirido, está muy desorganizado.
6. Cuando hay necesidad.

Pregunta 96. Problemas que más preocupan

1. Sin respuesta. nada.
2. Calles, drenajes, pavimentación, agua, luz, falta de servicios, inundaciones, todo está por el suelo.
3. Servicio Médico, Médico.
4. Educación, Secundaria, construir secundaria.
5. Transportes, Camiones.
6. Seguridad, pandillerismo. drogadicción.
7. Higiene, quitar los animales de las casas. Que pasen la basura.
8. Problemas económicos y personales. Sociales.

Pregunta 97. Reuniones que hace la comunidad, se discuten los problemas.

1. Sin respuesta.
2. No sabe, no ha asistido, no conoce
3. Si se discuten ( dá por sentado ) calles, drenaje, basura, luz, agua, etc. pocas veces, escuela.
4. No hay organización, no hay unión, no hay reuniones
5. Cosas del Ejido, del trabajo.
6. De las propiedades terrenos.

Pregunta 98. La Organización es:

1. Sin respuesta.
2. No sabe, no la conoce no hay no existe.
3. Buenas, bien organizada
4. Mala, desorganizada, no unida.
5. Regular
6. Social, grupos pequeños.

Pregunta 99. En esta comunidad, el Líder debería ser:

1. Sin respuesta.
2. No sabe.
3. Responsable/ Cumpla con su deber/ Honesto/ cumplir con lo - que prometan/ Cumplido/ Positivo.
4. Comprendan problema de la comunidad, se preocupen por los - problemas. Conociera Leyes y problemas de la comunidad. -- Tenga conocimiento, inteligente.
5. Activo/ Enérgico/ Haga por la colonia/ Exigente/ que junte a la gente/ Arregle calles.

Pregunta 100. Los problemas más importantes que se resuelvan en la - Organización son:

1. Sin respuesta.
2. No sabe/ no sabría decirle, no la conoce.
3. No existe, no hay organización.
4. Ninguno.
5. Calles, arreglo de calles, drenaje, agua, luz.
6. Terrenos- Parcelas Escolares. Regularización
7. Tranquilidad de la colonia, que hubiera vigilancia, pandi--lla.

Pregunta 101. Como Líder la gente adulta o grande es:

1. Sin respuesta.
2. Sería/ responsable.
3. Que comprenda los problemas. Comprensible, amable, buena,- Comporta mejor.
4. Más experiencia -por la experiencia adulta/ capaz de resolver cualquier problema.
5. Buenos y Malos. Cualquiera que resuelva problemas/ depende.
6. Poco responsables, charros.
7. No dan abasto, No tienen alcance como los jóvenes.
8. Igual que los Jóvenes/ Igual que ellos.

Pregunta 102. Los problemas de la Comunidad, los resuelve.

1. Sin respuesta.
2. Nadie.
3. No sabe o quién sabe.

4. Líder, Presidente de la Colonia, Líder de la Colonia, Maestros, Comisionado.
5. Entre todos/ todos juntos/ La colonia misma/ El Ejido/ Pueblos/ Colonos.
6. Presidente -Municipio - Presidencia Municipal. Gobierno.
7. Uno solo, cada uno.
8. La Organización, o una organización.

Pregunta 103. Cuando tiene problema, es bueno ir a ver a ....

1. Sin respuesta.
2. A nadie
3. Resolver entre ellos mismos sus amistades (la familia/ alguien)
4. Según quien sea/ depende del problema, según el problema.
5. Justicia/ Delegación/ Autoridad correspondiente/ Juez/ Comisión del Trabajo/ Presidente/ Presidencias Municipales. Policía.
6. Sean líder de la comunidad. Comisionado, Delegado. Sindicato. Patrón.

Pregunta 104. Los problemas de esta comunidad podrían ser resueltos por.....

1. Sin respuesta.
2. Por nadie
3. Alguna buena persona que estuviera de acuerdo con los colonos/ alguna buena autoridad/ Licenciado.
4. Autoridad Presidencia, Presidente, Alcalde, El Gobierno. - Autoridad de Aguas y Drenaje.
5. Líderes encargado de la comunidad. Comisionado, Delegado, Sindicato, Secretario General del Sindicato.
6. Organización
7. Por uno mismo o por la comunidad

Pregunta 105. Personas que más confío son:

1. Sin respuesta.
2. En nadie. No hay confianza, ninguna.
3. La familia, mi esposa, mamá, parientes.
4. En todos los vecinos/ con algunos individuos/ Compadre su amigo/ muchas gentes.
5. Directores de la Escuela. Cura de la Iglesia.
6. En el Líder. Comisionado, los Jefes, Delegado, Mesa directiva.

Pregunta 106. Los Líderes de la Comunidad son:

1. Sin respuesta.
2. No los conoce. No sabe
3. No hay, No existen líderes.
4. Buenos, buena gente, atienden bien a las personas. Amables.
5. Responsables, Serios, Preparados.
6. Gaviotas (ladrones) No cumplieron, malos, irresponsables.
7. Más o menos, hacen todo lo que se puede, regulares.

PREGUNTA 1.

1. Sin respuesta.
2. Madera.
3. Cemento.
4. Tierra.
5. Con loceta y mosaico.
6. Madera y cemento.

PREGUNTA 2. BAÑO

1. Sin respuesta.
2. Letrina.
3. Pozo Séptico.
4. Drenaje Público

PREGUNTA 3. Número de habitaciones.

1. Sin respuesta.
2. Una habitación
3. Dos habitaciones.
4. Tres habitaciones.
5. Cuatro habitaciones
6. Cinco habitaciones.
7. Seis habitaciones
8. Más de 6 habitaciones.

PREGUNTA 4. Bienes (Primera Parte)

1. Sin respuesta.
2. Una cama
3. Dos camas
4. Tres camas.
5. Cuatro camas.
6. Cinco camas.
7. Más de 5 camas

Continuación Pregunta 4. Bienes.

1. Sin respuesta.
2. Fogón, radio o estufa de gas.
3. Estufa de gas o fogón, radio, televisión, tocadiscos, licuadora.
4. Estufa de gas, radio, televisión.
5. Estufa de gas, radio televisión, refrigerador/ licuadora ó- máquina de coser.
6. Estufa de gas, radio, televisión, refrigerador, consola de tocadisco, licuadora, máquina de coser.
7. Estufa de gas, radio, televisión, refrigerador, consola de tocadisco, licuadora, máquina de coser, camioneta o carro.
8. Estufa de gas, radio, televisión, refrigerador, consola de tocadisco, licuadora, máquina de coser, camioneta o carro, - camión.
9. Tenga todo más 2 televisión.

Pregunta 5. La vivienda es.

1. Sin respuesta.
2. Propia.
3. Propia aunque esté pagando
4. Rentada
5. Prestada.

Ampliaciones (segunda parte)

1. Sin respuesta.
2. Hacerla de material.
3. Hacerle otros cuartos, un cuarto para el niño.
4. Hacerle un baño.
5. Hacerle una cocina, sala.
6. Forrarla por fuera o por dentro.
7. Arreglar techo.
8. Una cochera o escalera para terraza.
9. Nada, no es mía, no hay nada planeado

Pregunta 6. ¿Existe recogido de basura?

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No

Pregunta 7. A. Hervir agua...

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No

B. Lava vegetales...

1. Sin respuesta
2. Si
3. No

C. Cuando está enfermo...

1. Sin respuesta
2. Si
3. No

D. Dar agua a niños cuando hace calor...

1. Sin respuesta
2. Si
3. No

E. Que es bueno para la salud, bañarse...

1. Sin respuesta
2. Si
3. No

F. Que debe vacunar a los niños

1. Sin respuesta
2. Si
3. No

Pregunta 8. A. Salud depende de Higiene (espacio )

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces.

B. Alimentación

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces.

C. Educación.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces

D. Buena Suerte.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces

E. de Dios.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces.

F. Gobierno

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces.

G. Un castigo.

1. -Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces

H. Depende de mi.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces

B. Alimentación

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces.

C. Educación.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces

D. Buena Suerte.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces

E. de Dios.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces.

F. Gobierno

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces.

G. Un castigo.

1. -Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces

H. Depende de mi.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces

Pregunta 61 del obrero/ Pregunta 88 de Agricultor.

Personas que confía en el trabajo.

1. Sin respuesta.
2. En nadie, ninguno.
3. En uno mismo, nada más en él.
4. Supervisores-dirigentes. Ingenieros. Dueños patrón
5. En sus compañeros, ayudantes, amigos del ejido.
6. En su familia, hijo, hermanos en sus parientes.
7. Delegado ó autoridad.

Ocupación del Jefe de familia o Hijo que mantiene la casa?

Pregunta 63 y Pregunta 87 del Agricultor. ¿Le gustaría trabajar?

Sin respuesta.

No está en la casa. Señora o hijo mantener el hogar ó esta muerto.

Desempleado y es ayudado por Hijo o esposa

pensionado e imposibilitado y es ayudado por hijo ó esposa.

Obrero en Fábrica.

Mecánico. Mantenimiento

Electricista. Alfarero

Carpintero.

Albañil.

Jardinero.

Peluquero.

Ministro.

Cocinero

Tránsito. Policía Judicial.

Chofer. Camionero

Mantenimiento.

Alfarero. Hacer ladrillos.

Jornalero. Cargar.

Comerciante.  
Vendedor Ambulante. Vender tacos.  
Cobrador.  
Supervisor.  
Radio Técnico.  
Técnico Instrumentista.  
Negocio propio.  
Contador Público  
Secretario Sindicato  
Profesión Ingeniero.  
Trabaja en Química  
Refrigeración Técnico  
Crías animales  
En Estados Unidos  
Trabajo de construcción  
Agricultor  
Mesero  
Músico  
Ninguno, al mismo, otro  
Vendedor de una compañía  
Panadero  
Soldador  
Sastre  
Otro trabajo  
Tractorista operador de máquinas  
Carnicero.  
Zapatero  
petróleos Mexicanos  
Cantinero.  
Auditor de trenes. Ferrocarril  
Recogedor de basura.

Pintor  
Optometrista gradua lentes  
Mecanica Dental  
Belleza  
Empleado de Agencia  
Tornero  
Plomero  
Velador

¿Quién enferma más? Esposo  
¿Quién se enferma más? Esposa  
Los niños se enferman de:  
Pregunta 14 ¿Qué le dijeron?  
Pregunta 17 Inyecciones para qué?

- 01- Sin respuesta.
- 02- No se encuentra en la casa
- 03- No se enferma. Muy poco estaba bien
- 04- Problemas del estómago
- 05- Ulceras
- 06- Vesícula.
- 07- Gastritis
- 08- Problemas del corazón.
- 09- Alta presión.
- 10- Baja presión
- 11- Hipertensión
- 12- Nervios.
- 13- Problemas Respiratorios.
- 14- Bronquitis
- 15- Catarros Gripas
- 16- Asma.
- 17- Amibas
- 18- Diarreas

- 19- Infecciones.
- 20- Anemia, (Vitaminas).
- 21- Diabetes.
- 22- Dolores del cuerpo
- 23- Reuma
- 24- Várices
- 25- Jaquecas
- 26- Alergia
- 27- Meningitis
- 28- Vista
- 29- Oídos.
- 30- Hemorroides
- 31- Anginas.
- 32- No le dijeron
- 33- Que estaba bien
- 34- Tétano
- 35- Riñones
- 36- Calenturas.
- 37- Fiebres
- 38- Infecciones de la piel
- 39- No abortar
- 40- Tenía granos
- 41- Vista y Reuma
- 42- No camina ni se sienta
- 43- Análisis (que hiciera análisis)
- 44- Hepatitis
- 45- Muelas.
- 46- Accidentes. Le sacaron una uña (se cortó un dedo)  
(Fracturas)
- 47- Vómitos
- 48- Embarazo.
- 49- Sinositis.

- 50- Polio
- 51- Ataques epilepsia
- 52- Complicación sarampión
- 53- Debilidad desmayos
- 54- Apendicitis
- 55- Tumores

LISTA DE CATEGORIAS PARA CODIFICAR LA ENCUESTA A  
LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA (QUINTO AÑO DE MEDI-  
CINA)

Identificación del Sujeto y Orden de Tarjetas.

- 011 al 401
- 012 al 402

Comunidad o Centro Comunitario donde hizo práctica comunitaria.

- 1. Sin respuesta
- 2. Uniones
- 3. Santa Adelaida
- 4. Treviño Zapata
- 5. Las Blancas
- 6. 20 de noviembre

Pregunta 1 Sexo.

- 1. Sin respuesta
- 2. Masculino
- 3. Femenino.

Pregunta 2. Edad. (fecha de nacimiento ( ) menos año 1979.

- 1. Sin respuesta
- 2. De 17 a 20 años
- 3. De 21 a 23 años
- 4. De 24 a 27 años
- 5. De 28 a 31 años
- 6. De 32 a 35 años
- 7. De 36 años en adelante.

Pregunta 3. Estado Civil.

- 1. Sin respuesta.
- 2. Soltero
- 3. Casado
- 4. Divorciado

Pregunta 4. Primer motivo que indujo a estudiar.

1. Sin respuesta.
2. Por razones económicas (bienestar económico para hacer una especialidad, ayudar a mi familia).
3. Por razones humanitarias, ayudar a la gente, carácter humanitario de la carrera, quitar el dolor humano, hacer el bien, de puro corazón)
4. Por razones educativas de vocación o científica, tener conocimientos de la medicina vocación, por las ciencias naturales, espíritu de investigación, vivir dedicado a algo -- verdadero, me gusta la anatomía y la fisiología, completar mis estudios con otra carrera, aprender.
5. Por razones personales (me gusta, me satisface, poseer la-carrera que más me gusta, me gusta la medicina).
6. Razones Sociales (Elevan el índice de salud en México. - Ayudar a mi país en su lucha de desarrollo. Necesidad de-participar activamente en una sociedad, Necesidad de pobla-ción sobre lo rural).
7. Por razones de no tener alternativa (la falta de carreras-disponibles, disponibilidad de la escuela etc.)

(Cont. Preg. 4) Segundo motivo que lo indujo a estudiar Medicina.

1. Sin respuesta.
2. Por razones económicas (Bienestar económico para hacer una especialidad, ayudar a mi familia).
3. Por razones humanitarias (ayudar a la Sociedad, ayudar-la-gente carácter humanitario de la carrera, quitar el dolor-humano, hacer el bien de puro corazón).
4. Por razones educativas de vocación o científica, (por voca-ción, por las ciencias naturales, espíritu de Investiga--ción, vivir dedicado a largo verdadero me gusta la anato--mía y la fisiología completar mis estudios con otra carre-ra, aprender).
5. Por razones personales (me gusta, me satisface, poseer la-carrera que más me gusta, me gusta la Medicina).
6. Razones Sociales (Elevan el índice de salud en México ayu-dar a mi País en su lucha de desarrollo. Necesidad de pag

ticipar activamente en una sociedad, necesidad de población sobre lo Rural).

7. Por razones de no tener alternativa (la falta de carreras - disponibles, disponibilidad de la escuela etc).

(Continuación pregunta 4). Tercer motivo para estudiar Medicina.

1. Sin respuesta
2. Por razones económicas (Bienestar económico para hacer una especialidad, ayudar a mi familia).
3. Por razones humanitarias (ayudar a la sociedad, ayudar a la gente carácter humanitario de la carrera, quitar el dolor - humano, hacer el bien de puro corazón.
4. Por razones educativas de vocación o científica, (por vocación, por las ciencias naturales, espíritu de investigación vivir dedicado a algo verdadero me gusta la anatomía y la fisiología, completar mis estudios con otra carrera, aprender).
5. Por razones personales (me gusta, me satisface, poseer la - carrera que más me gusta, me gusta la medicina).
6. Razones Sociales (Elevan el índice de salud en México ayudar a mi País en su lucha de desarrollo. Necesidad de participar activamente en una sociedad, necesidad de Población sobre lo Rural).
7. Por razones de no tener alternativa (la falta de carreras - disponibles, disponibilidad de la escuela etc).

Pregunta 5. Quisiera ser un Médico.

1. Sin respuesta.
2. Especialidad (Ginecólogo, Pediatra, Cardiólogo etc.) o especialista.
3. Utiliza adjetivo como eminente, acertado, grande, sobresaliente, brillante.
4. Utiliza adjetivo humano o actitud humana como humanista, comprensivo, razonable equitativo, para aliviar al paciente capaz de ayudar a los demás.
5. Responsable, honesto.

Pregunta 6. Los médicos que yo conozco son....

1. Sin respuesta.
2. Médicos generales y médicos especialistas (Pediátras, Cardiólogos etc.
3. Buenos, Buenos médicos, buenas personas, eficientes, eficientes como maestros.
4. Malos, no son sobresalientes, ineficientes.
5. Materialistas.

Pregunta 7. Los médicos especialistas son ....

1. Sin respuestas.
2. Un poco alejados de la medicina general, poco cortos del campo de acción, ignorantes del servicio social.
3. Buenos médicos, especiales por su especialidad, eficientes, excelentes saben mucho, más preparados que los médicos generales.
4. Malos ineficientes, groseros.
5. Buenos y malos, regulares más o menos.

Pregunta 8. Los médicos que se dedican a Medicina Comunitaria....

1. Sin respuesta.
2. Médicos generales.
3. Buenos médicos, ayudan no importa el nivel, amables, caritativos con las personas, quieren ayudar, humanitarios.
4. Consciente de la importante y necesario que es esta carrera en la comunidad, más interesados en el problema Comunitario, capacitados consciente de prevenir.
5. Tienen más didáctica para enseñar, saben enseñar mejor; -- Son los mejores Profesores.

Pregunta 9. Los mejores Médicos son aquellos....

1. Sin respuesta.
2. Ayudar al paciente, comprenden al paciente, otorgan su me-

dicina a quienes lo pidan, son más humanos con el paciente.

3. Se dedican a la comunidad, ha estudiarla con entusiasmo, -- deseo de servir a la comunidad, ayudar a la Comunidad. (humanos hacia la comunidad)
4. Tienen amor a su profesión, quieren a su carrera y la importancia que se merece tienen dedicación a la Medicina. (personales) escogieron bien su profesión, son responsables.
5. Fundamentan su diagnóstico antes de emitirlos son más científicos en su trato, observan al paciente como un todo físico, psicológico y biológico, se mantienen al día en su instrucción médica. (científicos)
6. Curan la enfermedad y la previenen.

Pregunta 10. Un médico para ser aceptado....

1. Sin respuesta.
2. Consciente del papel que desempeñan, consciente de su capacidad. Estas consciente a nivel individual, de la imagen que van a dar a la comunidad; mostrar su capacidad.
3. Entender la comunidad, compenetrarse en los problemas de la comunidad; conocer las comunidades antes, entablar una relación mutua con ella, tratar de entender la Psicología de -- las personas.
4. Portarse amable y resolver sus padecimientos. Ser amable con el paciente y ser agradable y bueno. Ser sencillo y -- mostrar que se desea ayudar.
5. Ser activo.
6. Solicitarlo exclusivamente

Pregunta 11. El Médico que dice que cosa hacer y como hacerlo hará - que la gente .....

1. Sin respuesta.
2. Lo acepten, lo quieran, lo aprecien, le comprendan sus indicaciones, le sigan instrucciones, lo hagan obedezcan.
3. Mejore la salud, se alivie.
4. Le tengan más confianza y fé.
5. Cambie sea mejor, cambie su forma de vivir y de conducirse en una sociedad; sea mejor en todos los aspectos

6. Lo acepten y le tengan más confianza.
7. No le tengan confianza.
8. Reacciones de diferentes maneras dependiendo de la situación

Pregunta 12. En emergencia se necesitaría un Médico.....

1. Sin respuesta.
2. Médico general, Internista.
3. Médico comunitario, médico de tiempo completo
4. Médico competente, con valor, preparado, de decisiones rápidas, capaz audaz.
5. Personas de enfermería, equipo y colaboración de la Comunidad; construcción necesaria y Medicina armada.
6. Médico dispuesto ayudar sin paga

Pregunta 13. Si no estuviera estudiando Medicina estudiaría....

1. Sin respuesta.
2. Algo relacionado con ciencias naturales Química, Biología,-- Veterinaria, Odontología.
3. Otra profesión Psicología, Ciencias Sociales Economista, Ingeniero Agrónomo; Ballet.
4. Nada.
5. Combinación de todo.

Pregunta 14. Director General de S.S.A. resolvería primero .....

1. Sin respuesta.
2. Problemas de salud enfocando en la educación familiar en to dos los aspectos, planificación familiar y sus problemas -- educación precaria.
3. Los problemas de insalubridad de las comunidades o Poblaciones como lo son; drenaje, calidad de alimentación, desnu-- trición, calles, agua, o sea problemas de la comunidad.
4. El problema de asistencia médica para las grandes Poblaciones sin asistencia, como lo son rurales y marginadas.

5. El funcionamiento adecuado del mismo.

Pregunta 15. El estudio en la Facultad de Medicina debería ser....

1. Sin respuesta.
2. Más dinámica en los primeros dos años muy tediosa, desde - el tercer año.
3. Un poco más completa, un poco mejor, mejor sufre carencias, mejoras en las materias (mejoras)
4. Más exigido, más estricta, más competente con las cosas de estudio, (exigencias), Maestro responsable.
5. Más práctica.
6. Está bien así, es muy bueno.

Pregunta 16. Las principales causas de enfermedad son.....

1. Sin respuesta.
2. Debido a la mala educación, higiene y alimentación, además problemas de drenaje, calles, aguas, factores económicos - y culturales.
3. Debido a agentes bacteriales, parásitos, infecciones respi ratorias y otras infecciones.
4. Combinación 2 y 3
5. Falta de medicina preventiva.

Pregunta 17. Los problemas más grandes del estudiante son.....

1. Sin respuesta.
2. No saber estudiar ni su forma de hacerlo, de falta de com-- prensión de los profesores. Falta de hábito de estudio.
3. De tipo económico, costo, dinero.
4. Falta de información, de libros de documentarse, de fragmen- tación de conceptos, culturales, no tener el concepto de -- medicina apegado a la realidad.
5. Falta de experiencia y de práctica hospitalaria.

Pregunta 18. Los problemas más grandes en Matamoros .....

1. Sin respuesta.
2. Falta de recursos económicos. La economía. Falta de trabajo para varones, De empleo mala alimentación, desnutrición.
3. Falta de higiene donde incluye la falta de drenajes, limpieza en las calles, pavimentación.
4. Combinación de 2 y 3.
5. Falta de educación, cultura, indiferencia.
6. La delincuencia, drogadicción.
7. Falta de asistencia médica y no obedecen Médicos
8. Combinación 4 con 8.
9. Combinación 2 y 5.

Pregunta 19. Las condiciones económicas afectan A:

1. Sin respuesta.
2. Clase pobre, clase baja, las gentes de escasos recursos. - Las familias pobres.
3. Todos, todo el mundo, la comunidad, personas en si. Indivduo, población y sociedad.

Pregunta 20. Condiciones que afectan más a los pobres.

1. Sin respuesta.
2. Los recursos económicos, la economía, desempleo mala alimentación, desnutrición, pobreza, costo de alimentos.
3. Falta de higiene -falta de drenajes, calles limpias, pavimentación, condiciones sanitarias, hacinamiento, insalubridad.
4. Combinación 2 y 3.
5. Falta de educación, cultura, ignorancia.
6. Incremento de la población, número de hijos en la familia.
7. Falta de asistencia médica.

8. Combinación 2 y 6.
9. Combinación 2 y 4.

Pregunta 21. Solución para las enfermedades de los pobres.

1. Sin respuestas.
2. Soluciones económicas vivienda adecuada, trabajo para los desempleados, nutrición o alimentación adecuada, cambio de sistema.
3. Educación higiénica, educación a todos los niveles, programas de higiene, educación medicina preventiva, distribución equitativa.
4. Facilidades médicas, preventivas medicina comunitaria poner médicos/ medicamentos hospitalares.
5. Combinación de 2 y 3.
6. Combinación de 2 y 4.

Pregunta 22. Solución para toda la Nación:

1. Sin respuesta.
2. Soluciones económicas distribuidas más equitativas de trabajo, nutrición, vivienda adecuada, más trabajo, mejores salarios. Gobierno cambie.
3. Educación higiénica, programas de higiene distribución -- más adecuada de educación o preventiva sobre alimentación.
4. Facilidades médicas preventivas, Medicina Comunitaria, medicina a los sectores rurales. medicina preventiva hospitalares.
5. Es un imposible (o verdad de relación con Dios) Utopico.
6. Combinación de 2 y 3.
7. Cambiar el enfoque del gobierno no sobre salud

Pregunta 23. Sobre los cursos o materias en orden de prioridad que han sido útil en Medicina Comunitaria A:

1. Sin respuesta.
2. Farmacología.

3. Propedeútica
4. Gastroenterología
5. Oftalmología.
6. Fisiología.
7. Psicología
8. Gineco obstetricia
9. Pediatría.
10. Infectología.

B) Segundo orden o número dos

1. Sin respuesta.
2. Farmacología
3. Propedeútica.
4. Gastroenterología.
5. Oftalmología.
6. Fisiología.
7. Psicología.
8. Gineco-obstetricia
9. Pediatría
10. Relaciones humanas

C) Tercer orden ó número tres.

1. Sin respuesta.
2. Farmacología.
3. Propedeútica.
4. Gastroenterología.
5. Oftalmología.
6. Fisiología.
7. Psicología - Epidemiología (1)
8. Gineco-obstetricia

9. Pediatría
10. Anatomía Patológica

Pregunta 24. El enfoque de medicina es: .

1. Sin respuesta.
2. Medicina Social
3. Medicina General.
4. Medicina Comunitaria.

Pregunta 25. El programa de medicina comunitaria es efectivo .....

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No

¿Porqué? (Segunda parte pregunta 24)

1. Sin respuesta.
2. Ayudar al estudiante ha estar en más contacto con la Comunidad y saber los problemas más directamente, Así nos ayudaremos y cooperamos para una vida mejor (ayuda al estudiante - y/o estudiante comunidad)
3. Da facilidades, ayuda, a la comunidad, pobres o marginados- o necesitados, en la salud proporcionando Médicos y medica- mentos gratis cerca de sus hogares, buscando al enfermo que no asiste al hospital. En emergencias y canaliza
4. El tratamiento es eficiente y económico.
5. En parte regular.

Pregunta 26. Política y Economía afecta al Programa.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No.

Pregunta 27. La Política y Economía afecta la Salud-enfermedad.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No.

(Continuación 27) ¿ Porqué?

1. Sin respuesta.
2. El pobre no acude al médico hasta que la enfermedad está - muy avanzada (condición económica del pobre).
3. Política es pura demagogia, promesas políticas
4. Por el constante "stress" que vive la persona por x moti--vos.
5. Política ayuda a los de clase alta y no los de clase baja trayendo el detrimento en salud de los últimos. No se dis-tribuyen equitativamente los recursos. Por que haber desem-pleo, analfabetismo y hacinamiento. (Son los encargados - de los problemas económicos que causan la enfermedad)
6. Políticamente hay que exigir los derechos si no obtienen - beneficios económicos, para llevar a cabo Programas de Sa-lud.
7. Cada Régimen enfoca diferentes problemas.

Programa 28. ¿Conoce los objetivos del programa?

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No

Se utilizaron las categorías abajo mencionadas para clasi-ficar los 3 objetivos que indicaron los estudiantes.

Para objetivos 12 y 3:

1. Sin respuesta o contestó negativamente.
2. Relación Médico-Paciente, (Contacto médico-paciente, per--der temor al paciente, indicar tempranamente la relación - médico-paciente).

3. Practicar el conocimiento adquirido o aprendido.
4. Ayudar a la comunidad, ayudar a las personas de escasos re  
ursos.
5. Elevar o mantener el nivel de salud.
6. Elevar prevención de enfermedades o programas de vacuna---  
ción.
7. Proporcionar medicina, atención y medicamentos gratuitos.
8. Formación clínica del estudiante o contribuir a la forma--  
ción médica.
9. Descubrir problemas de tipo social que puedan ser auxilia--  
dos por el programa. Darnos conciencia de los problemas --  
de las Comunidades.

Pregunta 29. ¿ Condiciones de trabajo afecta al agricultor?

1. Sin respuesta
2. Si
3. No.

(Continuación pregunta 29) ¿Porqué?

1. Sin respuesta.
2. Por el medio ambiente, calidad de aguas, polvo plagas en -  
otras regiones del País.
3. Enfermedades propias del campo, gérmenes, diferentes tipos  
de enfermedades.
4. Razones económicas, mala alimnetación mala vivienda, es---  
fuerzo del trabajo, trabajo primitivo, medio económico, --  
falta de avance en las prestaciones, falta de ayuda econó-  
mica al agricultor, condiciones que desempeñan trabajos.
5. No tienen servicio de salud, desprovistos del factor salud  
asistencia médica.

(Continuación pregunta 29 y al Obrero)

1. Sin respuesta.
2. Si.

3. No.

(Continuación del obrero) ¿Porqué?.

1. Sin respuesta.
2. Condiciones económicas y de trabajo, mala alimentación, explotan en el trabajo, no le dan seguridades en el trabajo, no le dan garantías en las fábricas.
3. Condiciones ambientales higiénicas malas tanto en la casa - como en el trabajo no hay programa de seguridad industrial- de salud.
4. Las fábricas dan servicios médicos I.M.S.S. y esto lo ayuda a mejor salud y además es un mejor ambiente

Pregunta 30. Quién sale beneficiado del programa

1. Sin respuesta.
2. El estudiante médico, pierde el miedo.
3. La comunidad, el pueblo, la gente marginada.
4. Combinación de 2 y 3
5. La Facultad
6. Combinación 4 y 5.

Pregunta 31. Participa en la planificación y organización del programa.....

1. Sin respuesta
2. Regular.
3. Reorganizar programas de vacunación.
4. Pláticas, charlas, orientación de medidas de higiene, planificación familiar.
5. Remodelar el centro, obtener medicamentos gratis.
6. Llevar a cabo investigación sobre parasitosis, enfermedades infecciosas.
7. Dar consultas en el Dispensario o Centro.

Pregunta 32. ¿Mencione algunas actividades?

1. Sin respuesta.
2. Regular
3. Reorganizar programas de vacunación.
4. Pláticas, charlas, orientación en medidas de higiene, planificación familiar.
5. Remodelar el Centro, obtener medicamentos gratis.
6. Llevar a cabo investigación sobre parasitosis, enfermedades infecciosas.
7. Dar consultas en el dispensario o Centro.
8. Ninguna.

Pregunta 33. ¿ Han dado atención a todas las personas?

1. Sin respuesta.
2. Si.
3. No.

Pregunta 34. Elaboró Historias Clínicas.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No.

(Continuación) ¿Cuántas?

1. Sin respuesta.
2. 1 a 4.
3. 4 a 8
4. 8 a 12
5. de 12 en adelante.

Pregunta 35. Relación Médico-paciente.

1. Sin respuesta.
2. Medicina curativa.
3. Medicina preventiva.
4. Combinación 2 y 3.

Pregunta 36. Qué entiende por "promover el mejoramiento".

1. Sin respuesta.
2. Abrir más Centros de medicina comunitaria
3. Adaptar y complementar los Centros de Medicina Comunitaria con un mejor equipo para promover mejor servicio.
4. Reestructural en caso de fallas el sistema actual de Medicina Comunitaria. Dar la imagen real para el cual se creó - medicina comunitaria y mejorar sus fallas. (cambio estructural de medicina comunitaria)
5. Llevar a cabo más objetivos del programa para ayudarlo. -- Superar las medidas actuales con que se encuentra trabajando, promover la eficacia con que se ofrece el servicio médico, mejorar la atención por parte de la escuela y la comunidad.
6. Elaborar programas de educación a la comunidad que den información sobre alimentación, higiene, evitar enfermedades.
7. Hacer encuestas e investigación.

Pregunta 37. Actividades para realizar:

1. Sin respuesta.
2. Ninguna actividad.
3. Pintar los lugares, remodelar centros, sacar instrumental, sábanas.
4. Dar pláticas sobre Orientación de vacunación, planificación o pláticas.
5. Pláticas a nivel individual o pacientes sobre prevención - y buena higiene. Solo a pacientes atención médica.

6. Acondicionamiento y organización de expedientes clínicos, clasificación de farmacos.
7. Ayudar en otros Dispensarios, participar con otros programas de la comunidad.
8. Combinación 4 y 7.
9. Dar a conocer el Dispensario en programa y ubicación.

Pregunta 38. Participación en discusiones.

1. Sin respuesta.
2. Si.
3. No.

Pregunta 39. Frecuencia de las reuniones.

1. Sin respuesta.
2. Todos los días, diaria, frecuentemente.
3. Cada semana en cada ocasión
4. Cuando se presentaba el caso. variable.
5. No se realizan

Pregunta 40. Opinión que merecen las discusiones.

1. Sin respuesta.
2. -Buenas para corregir errores, salía uno de dudas, aprendía para su preparación académica, beneficio al estudiante.
3. De beneficio al paciente y la comunidad.

Pregunta 41. Participación en la integración en la Comunidad.

1. Sin respuesta.
2. Si.
3. No.

(Continuación) ¿Con qué objetivo?

1. Sin respuesta.
2. Con el objetivo de mejorar el ambiente
3. No.

Pregunta 42. Promoción educativa en la Comunidad.

1. Sin respuesta.
2. Si.
3. No.

(Continuación) ¿Qué tema?

1. Sin respuesta.
2. Pláticas sobre medidas higiénicas en las de parasitosis, -  
mejoramiento de salud en el hogar, Pediculosis, desnutri--  
ción.
3. Planificación familiar.
4. Pláticas sobre tránsito.

Pregunta 43. Discusión de problemas.

1. Sin respuesta.
2. Si.
3. No

Pregunta 44. Participa la Comunidad:

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No.

¿ De qué manera ?

1. Sin respuesta.

2. El paciente a nivel individual.
3. Pidiendo la opinión en junta de ellos.
4. Las comunidades y pacientes no se interesan aunque a nivel individual ellos no se interesan).
5. Combinación 2 y 4.

Pregunta 45. Encuesta sobre la Comunidad.

1. Sin respuesta.
2. Ninguna
3. Detención oportuna del cáncer o Planificación Familiar.
4. Epidemiología de la Comunidad.
5. Sobre vacunación y detención.

Pregunta 46. Organización del Programa.

1. Sin respuesta.
2. Si.
3. No.

(Continuación) ¿Porqué?

1. Sin respuesta.
2. Se lleva el archivo de los casos atendidos diariamente.
3. Está bien organizado aunque no todo se puede llevar acabo por falta de los medios adecuados.
4. Es difícil decirlo porque se han integrado nuevos asesores y se desconocen las mejoras.
5. Por que es una materia (módulo) que se debería llevar después de todas las clínicas y no antes. Uno está bien capacitado.
6. No está bien organizado, falta organización, fallas en la organización, falta supervisión y falta de comunicación.
7. Le hace falta subsidios mejores programas, pláticas, Investigación (encuestas) Planificación Familiar y medicamentos (mayor y mejor atención).

8. La Comunidad no se preocupa por los Centros.
9. Sí se cubre fielmente los objetivos principales.

Pregunta 47. Beneficio del programa.

1. Sin respuesta.
2. Sí.
3. No.

(Continuación) ¿Cuál?

1. Sin respuesta.
2. Mejorar relación médico-paciente (perder miedo, entendimiento del paciente, tener mejor confianza en mi trato, - obtener seguridad en relaciones médico-paciente.
3. Practicar conocimiento adquirido y tomar confianza de -- ellos. (Mayor práctica, conocimiento).
4. Aprender de las enfermedades que afectan al País, ver problemas de la comunidad, conocer los padecimientos que a--fectan la Comunidad, un criterio más amplio de lo que es Medicina Comunitaria.
5. Combinación 2 y 3
6. Combinación 2 y 4.
7. Combinación 3 y 4.

Pregunta 48. Resuelve problemas sociales el PMC.

1. Sin respuesta
2. Sí.
3. No.

(Continuación) ¿Porqué?

1. Sin respuesta.
2. Un individuo atendido y con buena salud se adapta mejor a la sociedad presta ayuda a las personas marginadas o de - escasos recursos y atiende a la Comunidad.
3. Se necesita que el técnico y el médico medien, se profundice más sobre los problemas que atañen más a una Comunidad, que se investiguen los problemas y se eduquen

4. Debido a que la gente no tiene recursos económicos para resolver enfermedades, condiciones que van en detrimento de la salud; no pueden pagar medicamento, hospitalización.
5. Porque los problemas sociales deben ser resueltos por el -- Gobierno, no está en manos del programa resolver los problemas sociales.
6. La gente por ser marginada no entienden no comprenden, no -- sigue instrucciones médicas por ser marginadas.
7. Sólo en parte, porque no todos los problemas, son de índole médica ni abarca a toda la comunidad.
8. Porque no se cuenta con recursos suficientes como medicamentos o es incompleta, falta de organización.

Pregunta 49. Problemas de salud frecuentes:

1. Sin respuesta.
2. Parasitosis, gastroenteritis y bronquitis
3. Parasitosis, Gastroenteritis, Dermatitis y desnutrición o -- sea anemia.
4. Infecciones.
5. Hipertensión. más las anteriormente mencionada.

Pregunta 50. Soluciones al problema.

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No.

(Continuación) ¿Cuáles?

1. Sin respuesta.
2. Medidas preventivas como higiene, medidas higiénicas para -- la prevención de parásitos, higiene en la preparación de -- alimentos.
3. Programas de educación a familias para disminuir las enfer-- medades.
4. Explicar individualmente en forma sencilla la forma en que-- se adquieren parásitos y enfermedades.

5. Canalizar indirectamente los casos al S.S.A. de T. B.
6. Conseguir medicamentos antiparasitarios.

Pregunta 51. La comunicación con la comunidad.

1. Sin respuesta
2. Sí.
3. No.

(Continuación 2 En qué medida?)

1. Sin respuesta.
2. Solamente en la relación Médico-paciente o de manera individual con el paciente (perder el miedo, pacientes cuentan.
3. Regular. Término medio.
4. Ellos me citan a domicilio cuando me necesitan.
5. Bastante para conocer donde se desarrolla la medicina social
6. Hemos conocido de sus problemas y los hemos tratado de solucionar.

Pregunta 52. Causas de salud enfermedad:

1. Sin respuesta.
2. Económicas, mala alimentación, desnutrición, hacinamiento, -- recursos económicos.
3. Educativas buena cultura- falta de información.
4. Ambientales -drenaje calles, agua potable.
5. Facilidades médicas. Acudir al Médico a curarse.
6. Combinación 2 y 3.
7. " 2, 3 y 4.
8. " 3, 4 y 5.
9. Desequilibrio entre lo biológico y otra razón social, medio-ambiente económico educativo.
0. Combinación 2 y 4.

**Pregunta 53. Para mejorar programas:**

1. Sin respuesta.
2. Duración mayor del módulo comunitario para el estudiante - adiestramiento constante, llevarse después de las Clínicas cambiar la materia para más tarde en la carrera.
3. Más Centros de medicina comunitaria, mejoras al Centro, -- más medicinas, darles promoción, equiparlos.
4. Mejorar condiciones económicas, sociales y culturales de - la Comunidad darles más confianza a la comunidad.
5. Los pasantes no falten tanto.

**Pregunta 54. La comunidad que atiendo es:**

1. Sin respuesta.
2. Perezosa
3. Trabajadora.
4. Intermedia.

**B).**

1. Sin respuesta.
2. Educada.
3. Grosera.
4. Intermedia.

**C).**

1. Sin respuesta.
2. Descortés.
3. Amable.
4. Intermedia.

**D).**

1. Sin respuesta.
2. Activa
3. Pasiva
4. Intermedia

E).

1. Sin respuesta.
2. Apática.
3. Emprendedora.
4. Intermedia.

F).

1. Sin respuesta.
2. Agradecida.
3. Desagradecida.
4. Intermedia.

G).

1. Sin respuesta.
2. Indiferente.
3. Comprometida.
4. Intermedia.

H).

1. Sin respuesta.
2. Buena.
3. Mala.
4. Intermedia.

I).

1. Sin respuesta.
2. Comprende indicaciones.
3. No comprende indicaciones
4. Intermedia.

J).

1. Sin respuesta.
2. Inteligente
3. Poco inteligente
4. Intermedia.

K).

1. Sin respuesta.
2. Organizada.

3. Desorganizada.
4. Intermedia.

L).

1. Sin respuesta
2. Cooperadora.
3. No cooperadora
4. Intermedia

M).

1. Sin respuesta.
2. Política.
3. Apolítica.
4. Intermedia.

N).

1. Sin respuesta
2. Alegre
3. Triste
4. Intermedia

Pregunta 55. Relacionar médico-paciente (Pregunta 2).

A)

1. Sin respuesta.
2. Buena
3. Mala
4. Intermedia

B).

1. Sin respuesta
2. Agradable.
3. Desagradable
4. Intermedia.

C).

1. Sin respuesta.
2. Soportable.
3. Insportable.
4. Intermedia.

D).

1. Sin respuesta.
2. Calmada.
3. Nerviosa.
4. Intermedia.

E).

1. Sin respuesta.
2. Lejana
3. Cercana
4. Intermedia.

F).

1. Sin respuesta
2. Superficial.
3. Profunda.
4. Intermedia

G).

1. Sin respuesta.
2. Util.
3. Inútil
4. Intermedia.

H).

1. Sin respuesta.
2. Satisfactoria.
3. Insatisfactoria.
4. Intermedia.

Pregunta 56. Enseñanza que recibo.

A).

1. Sin respuesta
2. Util.
3. Inútil.
4. Intermedia.

B).

1. Sin respuesta.
2. Planificada.
3. Improvisada.
4. Intermedia.

C).

1. Sin respuesta
2. Insuficiente
3. Suficiente.
4. Intermedia.

D).

1. Sin respuesta.
2. Necesaria.
3. Innecesaria.
4. Intermedia.

E).

1. Sin respuesta.
2. Productiva.
3. Improductiva.
4. Intermedia.

F).

1. Sin respuesta.
2. Adecuada.
3. Inadecuada.
4. Intermedia.

G).

1. Sin respuesta
2. Motivante.
3. Poco motivante.
4. Intermedia.

H).

1. Sin respuesta
2. Organizada.

3. Desorganizada.
4. Intermedia.

**Pregunta 57. Programa de medicina comunitaria.**

A).

1. Sin respuesta.
2. Cansada.
3. Descansada.
4. Intermedia.

B).

1. Sin respuesta
2. Regular.
3. Irregular.
4. Intermedia.

C).

1. Sin respuesta.
2. Productivo.
3. Improductivo.
4. Intermedia.

D).

1. Sin respuesta.
2. Adecuado
3. Inadecuado.
4. Intermedia.

E).

1. Sin respuesta.
2. Planificado.
3. Improvisado.
4. Intermedia.

F).

1. Sin respuesta.
2. Necesario.
3. Innecesario.
4. Intermedia.

G).

1. Sin respuesta
2. Motivante
3. Poco motivante.
4. Intermedia.

Pregunta 58. 1. Salud-enfermedad (es muy importante)

1. Sin respuesta
2. Si
3. No.
4. A veces

2. (continuación). (Depende de higiene)

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces.

3. (depende de educación)

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces

4. (de las condiciones de trabajo)

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces.

5. (de la contaminación)

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces

6. (de la mala suerte)

1. Sin respuesta.
2. Si

3. No.
4. A veces.

7. (de la voluntad de Dios)

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces

8. ( de mí )

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces.

9. (del Gobierno)

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces.

10. (de la familia)

1. Sin respuesta.
2. Si
3. No
4. A veces

11. (de los medicamentos)

1. Sin respuesta
2. Si
3. No
4. A veces

Pregunta 59. ¿Quién es el Supervisor?

1. Sin respuesta.
2. DR. Jorge Burguete Osorio
3. DR. Daniel Burguete.
4. José Luis Cantú, Rossy, Jesús Serrano.
5. Ahora es Dr. Barreras.
6. Dra. Ma. del Refugio García P.
7. Dr. Eleazar Catalán

Pregunta 60. Porqué la medicina comunitaria debería continuar;  
(Primer motivo).

1. Sin respuesta.
2. Ayuda a la comunidad, ayuda a las personas de bajo índice -- de salud, para beneficio del pueblo. Mejorar la Comunidad.
3. Es verdaderamente acción social, México necesita programas - como éste, es importante para la promoción de Salud. Es necesario es nuestro medio.
4. Ayuda al estudiante en su práctica médica a perder el miedo, tener mayor confianza en el trato, obtener seguridad en el - trato. A relación Médico-paciente.
5. Ayuda al estudiante en su conocimiento a nivel académico, a- aplicar conocimientos a mayor entendimiento de nuestra gente, ayuda al estudio a conocer las necesidades del pueblo.
6. Prestigio para la Facultad o Casa de Estudio.

Pregunta 61. (Segundo Motivo)

1. Sin respuesta.
2. Ayuda a la comunidad, ayudar a las personas de bajo índice - de salud, para beneficio del pueblo. Mejorar la Comunidad.
3. Es verdaderamente acción social, México necesita programas - como éste, es importante para la promoción de salud, es nece sario en nuestro medio.
4. Ayuda al estudiante en su Práctica Médica a perder el miedo, tener mayor confianza en el trato, obtener seguridad en el - trato a relación Médico-paciente.
5. Ayuda al estudiante en su conocimiento a nivel académico, -- aplicar conocimientos a mayor entendimiento de nuestra gen-- te. Ayuda al estudio, a conocer las necesidades del pueblo.
6. Prestigio para la Facultad o Casa de Estudio.

Pregunta 62. El programa no debería continuar (Primer motivo).

1. Sin respuesta.
2. Porqué se introducen materias antes de tiempo.
3. De que no se lleve el plan adecuadamente.

4. Que sigan los Dispensarios incompletos sin herramientas medicamentos.
5. No se deben quitar, no hay razón.

Continuación Pregunta 62. (Segundo motivo)

1. Sin respuesta
2. Porque se introducen materias antes de tiempo.
3. De que no se lleve el plan adecuadamente.
4. Que sigan los Dispensarios incompletos sin herramientas medicamentos.
5. No se deben quitar, no hay razón.
6. Porque ese tiempo el alumno podría utilizarlo en el Hospital.

Pregunta 63. ¿Debería durar más tiempo?

1. Sin respuesta.
2. Sí.
3. No.

¿Cuánto más? (continuación)

1. Sin respuesta
2. Un mes en cada módulo.
3. Unos 4 meses, el doble, 2 meses más
4. Lo que dure la Facultad de Medicina.

¿Porqué? (Continuación)

1. Sin respuesta.
2. Conocer más las comunidades y así los problemas de Salud, - se relaciona uno más con los pacientes y llega a sus problemas más a fondo, para hábito valorar más al paciente y programas.
3. Sacarle provecho a la práctica. Ayudaría más al estudiante en su práctica.

4. La necesitamos para la formación Médica. Es necesario para el futuro Médico desde etapa temprana aprender más.
5. Dos meses son insuficientes, 2 meses no alcanzan.

**Pregunta 64. Recursos materiales suficientes.**

1. Sin respuesta.
2. Si.
3. No.

(Continuación) ¿Cuáles faltarían?

1. Sin respuesta.
2. Medicamentos, antibióticos
3. Instrumentos, mesa, equipo de exploración, camas, material-quirúrgico.
4. Información sobre productos.
5. Combinación 2 y 3.
6. " 2 y 4.
7. " 3 y 4
8. " 2, 3 y 4