

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

98

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

28j

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "PERU"

**DIAGNOSTICO DE SALUD FAMILIAR
INFORME PRELIMINAR**

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

PRESENTA

DRA. GUADALUPE PORFIRIA MORALES MAR



MEXICO, D. F.

1995

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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "PERU"

**TITULO:
DIAGNOSTICO DE SALUD FAMILIAR
INFORME PRELIMINAR**

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

DRA. GUADALUPE PORFIRIA MORALES MAR

MEXICO, D. F.

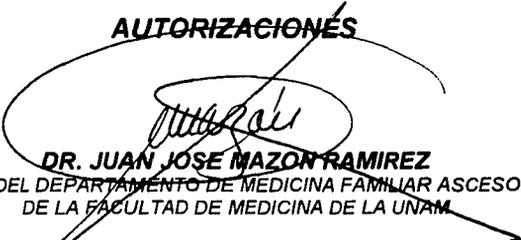
1994

**DIAGNOSTICO DE SALUD FAMILIAR
INFORME PRELIMINAR:**

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

DRA. GUADALUPE PORFIRIA MORALES MAR

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR ASCESOR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM.
ASESOR DE TESIS



DRA. ROCIO WORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM

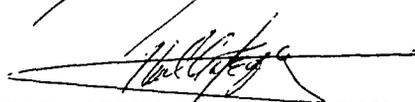
**DIAGNOSTICO DE SALUD FAMILIAR
INFORME PRELIMINAR:**

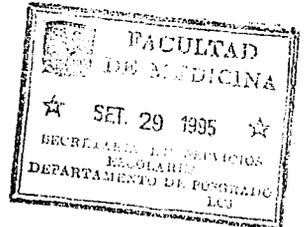
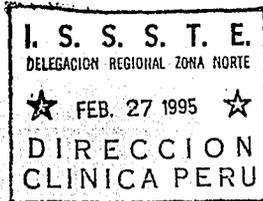
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

DRA. GUADALUPE PORFIRIA MORALES MAR

AUTORIZACIONES


DR. DELFINO ROMERO MEJIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLINICA PERU DEL ISSSTE


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS
DE ENSEÑANZA. ISSSTE



AGRADECIMIENTOS:

DRA. Ma. LUISA VILLASEÑOR CASTILLO

Jefe De Enseñanza Área Norte ISSSTE

Por su incondicional interés en llevar a cabo este proyecto.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

Asesor de Tesis

Por su paciencia y consejos

*Así como a todas y cada una de las personas
que hicieron posible el programa.*

DEDICATORIA:

*A la memoria de mis padres:
ABEL Y GRACIA*

*A mis hijos Carlos R y José M.:
Por su comprensión y amor*

*A mi hermano Carlos Andrés:
Por su apoyo moral y económico para que realice este sueño.*

El presente trabajo se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar "Perú" ISSSTE, durante los meses Marzo de 1993 a Junio de 1994, en el consultorio No. 2 de Medicina Familiar turno matutino.

El trabajo fue dirigido por el Dr. Arnulfo Irigoyen Coria, Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina - Familiar, Facultad de Medicina UNAM.

MARCO TEORICO

En los umbrales del siglo XXI, y gracias al descomunal, desarrollo tecnológico y científico, suponíamos que todo era posible, que todas las enfermedades, dolencias e incapacidades podían curarse, aliviarse o confortarse. Sin embargo aún cuando en ocasiones intentamos aliviar y confortar no siempre podemos curar. (1), (6).

A finales de la década de los sesentas y a principios de los setentas, se detectaron anomalías dentro de los Sistemas de Salud en algunos países de Occidente. Por ejemplo: en los Estados Unidos de Norteamérica, donde el gasto per capita destinado a la salud es uno de los más altos del mundo (actualmente se destina el 15% de la captación bruta anual, mientras que en México solo es el 5% lo que se destina a la salud), y donde se dispone de la más moderna tecnología médica, el estatus de salud de sus habitantes medido en indicadores claves, era inferior al de muchas naciones Europeas. (6), (7), (11).

Esta crisis en la medicina se refuerza con el informe Lalonde realizado en 1974 y el de la Comisión on Choices for Americans de 1977, donde se afirma que el sistema médico influye tan solo el 10% sobre los índices normalmente utilizados para medir la salud. El 90% restante lo determinan factores en los que la medicina ejerce poco control (estilo de vida, condiciones sociales, medio ambiente). (6), (7).

Otra crítica de los últimos años ha sido la falta de satisfacción del paciente por la deshumanización que conlleva la aplicación exclusiva del conocimiento objetivo de la Ciencia y la Tecnología. (6), (9). Esta presión externa de carácter social contribuye a que la comunidad médica se percate de los hechos, y se sienta obligada a responder a las necesidades que demanda una sociedad en rápida transformación.

Como respuesta se restaura la práctica familiar en muchas partes de mundo. Ahora la gente parece buscar atención médica de alta calidad,

más personal y comprensiva, para reemplazar la atención fragmentada e impersonal que, desafortunadamente, proporcionan los modernos médicos de mentalidad tecnológica. (1), (2), (3), (6), (11), (12).

Sin embargo debemos reconocer que los avances técnicos han favorecido una mayor esperanza de vida, sabemos que en nuestro País en 1900 apenas llegaba a 49 años para el varón y 47 para la mujer, actualmente es de 71 y 75 años respectivamente, si lo proyectamos al año 2000 será de 74 años para el varón y 79 para la mujer. La importancia de este aumento en la esperanza de vida es el enfrentarnos como médicos a otro tipo de padecimientos como son: las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades producidas por la tensión de la vida moderna (stress), degeneración del medio ambiente y el abuso de la propia capacidad. Hay un constante cambio en el espectro de las enfermedades; por ejemplo: sabemos que estamos a punto de erradicar la Poliomielitís en nuestro País (5 años consecutivos sin un caso reportado), pero en cambio existe un incremento importante en los casos de SIDA (2), (10), (13).

Por lo tanto, la salud se basará en la comprensión del hombre como totalidad organizada que puede estar en equilibrio dinámico o bien apartarse de él en forma patológica. Este modelo Biopsicosocial representa la aplicación de la Teoría General de los Sistemas dentro de la Medicina. La comprensión de los Sistemas que conforman al paciente permitirá al Médico atenderle en forma más adecuada y científica. (1), (2), (6), (7), (12).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer la población con la que se trabaja, los individuos, sus familias y su medio ambiente social. Ya que en forma tradicional se ha manejado el proceso de enfermedad como algo objetivo.

JUSTIFICACIÓN

Proporcionar algunos datos de un Consultorio de Medicina Familiar ubicado en una unidad del ISSSTE, durante 15 meses; como un ejemplo de investigación clínica que pueda conducir a una mejor atención, mejor servicio y uso adecuado de los servicios médicos por parte del paciente.

OBJETIVOS

GENERALES: *Identificar cuantitativa y cualitativamente a la población que se encuentra bajo el cuidado del consultorio de medicina familiar y de esta manera tener un acercamiento con el individuo, la familia y su medio donde se desarrollan. Enfatizando el contacto Médico-Paciente con el fin de realizar diagnósticos tempranos, adecuados y dando la debida importancia a la problemática de tipo existencial. Para poder ofrecer atención primaria, integral y continua.*

ESPECÍFICOS:

- 1. No. de pacientes (Pirámide Poblacional).*
- 2. No. de familias y etapa del ciclo vital en que se encuentra.*

3. *Evaluación integral de la familia en su ámbito social.*
4. *Número de consultas otorgadas en 15 meses.*
5. *Cuales fueron las patologías más frecuentes.*
6. *Cuales fueron las patologías menos frecuentes.*

METODOLOGÍA

Estudio clínico, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

- a) *Se investigó la etapa del ciclo vital por el cual atraviesan cada una de las 395 familias. Aplicando el criterio de Geyman.*
- b) *Se estudiaron 100 familias, del total de 395; con la autoaplicación del test de Chávez - Aguilar, escogiendo la primera y la última de cada día de consulta, durante 15 meses.*
- c) *Se revisó la hoja de informe médico diario, comprendiendo el período de marzo de 1993 - junio de 1994. Para determinar la patología más frecuente y la que pocas veces se presenta.*

Tamaño de la Muestra.

Toda la población derechohabiente al consultorio No. 2 de Medicina Familiar en la Clínica Perú del ISSSTE que vive en las siguientes calles.

1. *Organo.*
2. *Rayón.*
3. *República de Paraguay.*

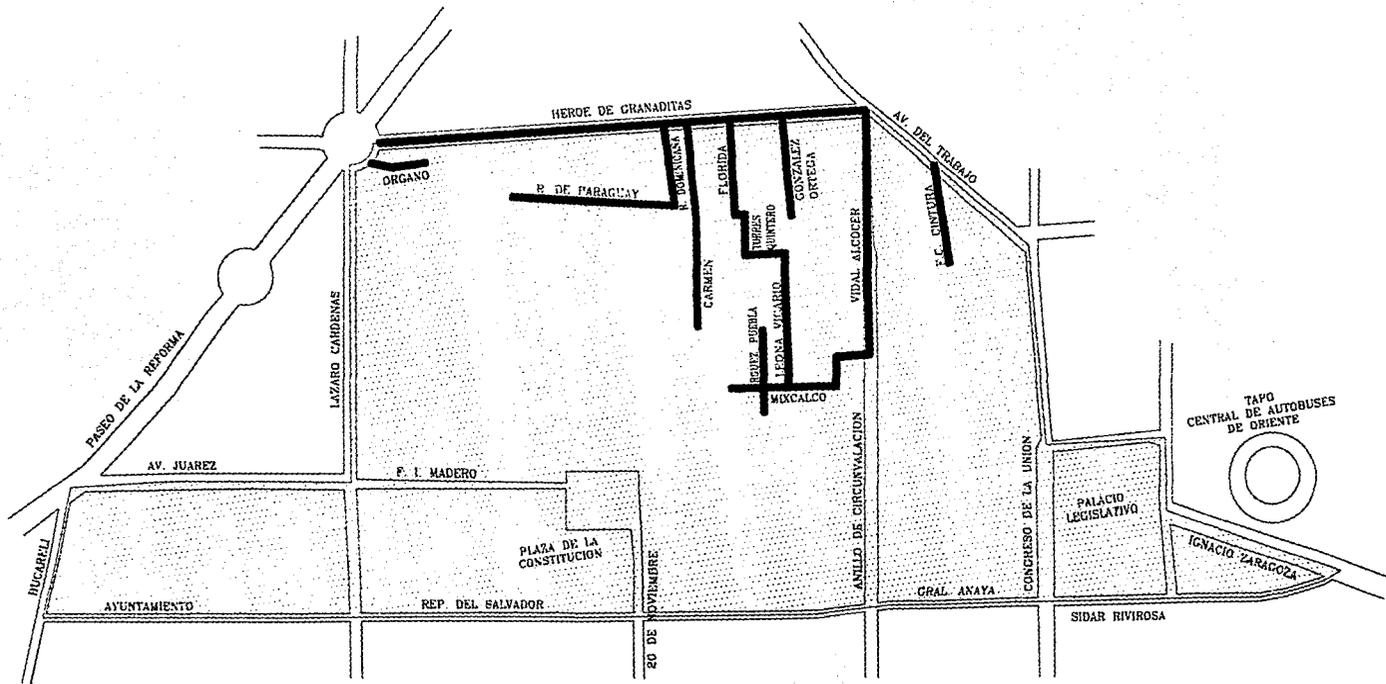
4. *Héroes de Granaditas.*
5. *República Dominicana.*
6. *Del Carmen.*
7. *Castellanos*
8. *Florida.*
9. *Torres Quintero.*
10. *Rodríguez Puebla.*
11. *Leona Vicario.*
12. *Mixcalco.*
13. *Vidal Alcocer.*
14. *Ferrocarril de Cintura.*
15. *Manuel Doblado.*
16. *República de Argentina.*
17. *Bravo.*
18. *Palma Nte.*
19. *Aztecas.*
20. *Brasil.*

CRITERIOS DE INCLUSION

1. *Ser derechohabiente del ISSSTE.*
2. *Corresponder al consultorio No. 2 de Medicina Familiar.*
3. *Acudir al servicio.*
4. *Desear colaborar en el estudio.*

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. *No ser derechohabiente del ISSSTE.*
2. *No corresponder al consultorio No. 2 de Medicina Familiar.*
3. *No acudir al servicio.*
4. *No desear colaborar en el estudio.*



CAPTACION DE DATOS

Interrogatorio directo con el paciente.

Interrogatorio Familiar.

Visita domiciliaria.

Llenado del anexo 1.

CRONOGRAMA

Todas las consultas otorgadas de Marzo de 1993 a Junio de 1994.

RECURSOS

Los facilitados por la institución, equipo de consultorio, enfermera, trabajador social, tomar fotocopias de anexo 1 para ser llenado por las familias.

RESULTADOS

TABLA No. 1

NUMERO DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO DEL CONSULTORIO
No. 2 DE LA CLINICA PERU ISSSTE

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-4	71	69	140
5-9	95	87	182
10-14	93	74	167
15-19	54	53	107
20-24	19	52	71
25-29	39	69	108
30-34	53	117	170
35-39	53	78	131
40-44	40	68	108
45-49	48	60	108
50-54	31	41	72
55-59	28	46	74
60-64	23	35	58
65-69	10	29	39
70 ⇒	41	46	87
TOTALES	718	924	1642

E D A D

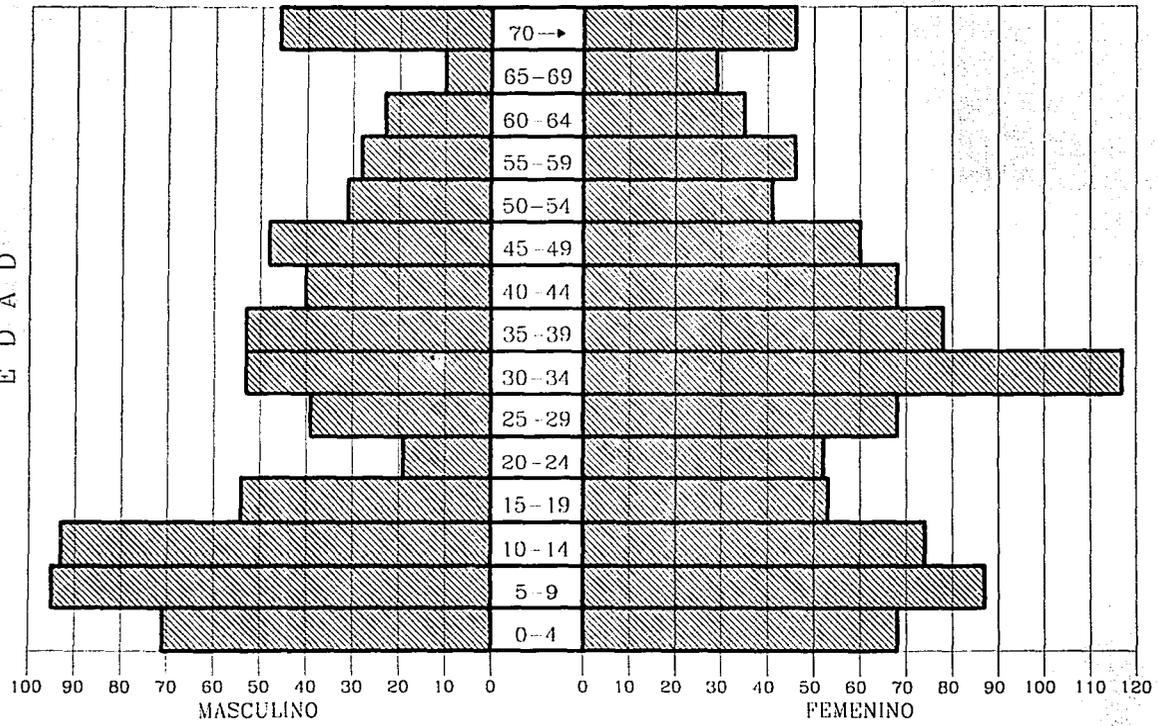


TABLA No. 2

NUMERO DE FAMILIAS Y ETAPA DEL CICLO VITAL

<i>FASE DE MATRIMONIO</i>	26	6.58 %
<i>FASE DE EXPANSION</i>	95	24.05 %
<i>FASE DE DISPERSION</i>	127	32.15 %
<i>FASE DE INDEPEN- DENCIA</i>	103	26.07 %
<i>FASE DE RETIRO Y MUERTE</i>	44	11.13 %
TOTAL	395	

El criterio de clasificación de la Tabla No. 2 fue elaborado según Geyman:

1. **Fase de Matrimonio:** se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este sitio con la llegada del primer hijo; que desde luego trae repercusiones importantes en las relaciones de la pareja.
2. **Fase de Expansión:** es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.
3. **Fase de dispersión:** cuando todos lo hijos asisten a la escuela, se presenta el camino para la próxima independencia de los hijos mayores, se encuentran en plena adolescencia. Los padres se ven sometidos a nuevos retos, ellos mismos se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes, hecho que proporciona no pocas divergencias.

4. **Fase de independencia:** cuando la pareja tiene aproximadamente entre 20 o 30 años de estar juntos, y deben de aprender a vivir nuevamente en independencia, pues sus hijos han formado nuevas familias.

5. **Fase de retiro y muerte:** En esta fase se observa el contraste entre el entusiasmo que caracterizaba la fase de matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que prevalecen en esta fase del desarrollo familiar. Cuatro son las circunstancias más difíciles que hemos identificado:

Incapacidad para laborar.

Desempleo

Agotamiento de los recursos económicos.

La familia de los hijos en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.

TABLA No. 3

AMBITO SOCIAL

FAMILIAS CON DEPRIVACION SOCIAL	20
FAMILIAS SOCIALMENTE MARGINADAS	38
FAMILIAS SOCIALMENTE INTEGRADAS	42

(REFERENCIA ANEXO 1)

TABLA No. 4**CONSULTAS OTORGADAS Y PATOLOGIA MAS FRECUENTE**

PATOLOGIAS	No. DE CONSULTAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	780
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	401
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	359
DIABETES MELLITUS TIPO II	252
TRAUMATISMOS	176
CONTROL CLINICAMENTE SANOS	174
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS	172
DIVERSAS PATOLOGIAS	143
ENFERMEDADES DE LA PIEL	127
CERVICO VAGINITIS	125
ENFERMEDAD ARTICULAR Y REUMATISMO	123
ENFERMEDADES MENTALES	79
ADICCIONES	23
EPILEPSIA	23
TOTAL DE CONSULTAS	2957

TABLA No. 5

PATOLOGIA POCO FRECUENTE

NEUROFIBROMATOSIS *	1
ESPIÑA BIFIDA	2
LESIONES CARDIACAS CONGENITAS	2
SINDROME DE DOWN	2
LUXACIÓN CONGENITA DE CADERA	1
CA. CERVICOUTERINO	1
CA. DE OVARIO	1
INTENTOS DE SUICIDIOS	3
CEGUERA	2
MINUSVALIDOS (SILLA DE RUEDAS POR DIABETES)	2

* Enf. de Von Recklinghausen

CONCLUSIONES

La medicina familiar, es una especialidad que surge como una respuesta a la creciente necesidad humana de ser valorada en todo su contexto (Bio-Psico-Social).

El análisis que se realizó en torno a la práctica familiar en una unidad de medicina familiar del ISSSTE en la Cd. de México, nos hace concluir que su ejercicio requiere de un conocimiento especializado por parte del médico con el propósito de otorgar una atención primaria, integral y continua a las familias designadas al consultorio.

Al estudiar a las familias a través de su ciclo vital, observamos una gran movilidad social que se refleja de manera más específica en la alta frecuencia manifestada en la fase de dispersión (32.15%) y la fase de independencia (26.07%) de las 395 familias. Encontrando que el 38.5% piensan vivir o viven con la familia de origen de alguno de los miembros de la pareja. Como una consecuencia de la problemática socioeconómica que actualmente vive el país.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del test de Chávez⁴ - Aguilar a cien de las 395 familias, muestra que 20 de ellas (5%) presentan deprivación social.

Las acciones que podrían organizarse con estas familias contemplan las siguientes:

- 1. Orientar a la pareja, para que ambos trabajen y aumentar el ingreso familiar.*
- 2. Utilizar los resultados que ofrece la misma comunidad para la capacitación.*

3. *Realizar pláticas encaminadas a mejorar la higiene y la alimentación.*
4. *Orientar para la formación de grupos en educación continua sobre la salud.*

Si queremos aprovechar al máximo los servicios y el uso de los Recursos para la Salud que tenemos dentro de los límites establecidos por el Gobierno y la Sociedad, en nuestro carácter de Médicos Familiares, hay que resaltar la importancia de la Investigación Clínica del Primer Nivel de Atención para disponer de datos confiables y continuos que nos lleven a un mejor manejo y atención.

*Debemos de dejar de ver al paciente como un objeto pasivo y tratar de entender su queja, no solo como algo físico, si no en un sentido global y olvidarnos un poco de ser **TECNICOS QUE ARREGLAN PARA SER HOMBRES QUE COMPRENDEN Y SOLUCIONAN.***

ANEXO 1

EVALUACION DE AMBITO SOCIAL

<i>I.</i>	<i>Ocupación e Ingreso</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	
A)	<i>El trabajo del proveedor es acorde a su preparación.</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
B)	<i>Los ingresos cubren las necesidades básicas</i>	<i>0</i>	<i>20</i>	
<i>II</i>	<i>Escolaridad.</i>			
A)	<i>La escolaridad de los hijos es acorde con la edad.</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
B)	<i>El rendimiento escolar de los hijos es en promedio</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
		<i>0</i>	<i>5</i>	<i>10</i>
C)	<i>La escolaridad promedio de la familia es superior a los 9 años</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
<i>III.</i>	<i>Vivienda.</i>			
A)	<i>La vivienda es adecuada en relación a dormitorios y personas</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
B)	<i>Se dispone de agua potable y luz eléctrica.</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
C)	<i>La basura se almacena y elimina adecuadamente</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
D)	<i>Las excretas se eliminan de manera adecuada</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
E)	<i>La fauna doméstica no afecta la salud familiar</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
<i>IV.</i>	<i>Acceso a servicios de salud.</i>			
A)	<i>La familia tiene derecho a una institución de salud</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
B)	<i>El hogar está situado de un modo accesible a servicios de salud</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
C)	<i>El horario de trabajo de los padres permite acudir con regularidad al servicio de salud</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
<i>V.</i>	<i>Alimentación.</i>			
A)	<i>La alimentación es suficiente en cantidad</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
B)	<i>La alimentación es suficiente en calidad</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	
C)	<i>Los hábitos alimenticios son adecuados a las necesidades (desnutrición u obesidad)</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	

VI. *Recreación*

- | | | | |
|----|--|----------|-----------|
| A) | <i>La familia tiene actividades recreativas relativas en forma regular</i> | <i>0</i> | <i>10</i> |
| B) | <i>Las actividades recreativas fomentan la salud</i> | <i>0</i> | <i>10</i> |
| C) | <i>Los integrantes de la familia realizan algún deporte</i> | <i>0</i> | <i>10</i> |

VII. *Cooperación con la comunidad*

- | | | | |
|----|--|----------|-----------|
| A) | <i>La familia forma parte de algún comité comunitario social</i> | <i>0</i> | <i>10</i> |
| B) | <i>La familia coopera con los proyectos comunitarios</i> | <i>0</i> | <i>10</i> |
| C) | <i>La familia tiene reconocimiento social por su labor comunitaria</i> | <i>0</i> | <i>10</i> |

VIII. *Autogestión en salud.*

- | | | | |
|----|--|----------|-----------|
| A) | <i>La familia participa activamente en la conservación de la salud comunitaria.</i> | <i>0</i> | <i>20</i> |
| B) | <i>La familia favorece la organización de la comunidad para mantener la salud</i> | <i>0</i> | <i>20</i> |
| C) | <i>La familia promueve la participación de otras familias en el fomento a la salud</i> | <i>0</i> | <i>20</i> |

FORMA DE CLASIFICAR :

- | | | |
|----|---------------------------------------|-------------------------|
| A) | FAMILIA SOCIALMENTE INTEGRADO | 171 A 290 PUNTOS |
| B) | FAMILIA SOCIALMENTE MARGINADA | 121 A 170 PUNTOS |
| C) | FAMILIA CON DEPRIVACION SOCIAL | 0 A 120 PUNTOS |

Referencia: test de Chávez - Aguilar4.

BIBLIOGRAFIA.

1. *Domínguez - Del Olmo y Otros. Compendio de medicina familiar. Ed. ISSSTE - UNAM. Tomo I; Unidades 1 y 2, Enero 1993; México, D.F.*
2. *Domínguez - Del Olmo y Otros. Compendio de medicina familiar Ed. ISSSTE - UNAM. Tomo II, Unidades 3 y 4, Febrero 1993, México, D.F.*
3. *Descartes R, El tratado del hombre. Alianza Editorial, Madrid 1990.*
4. *Irigoyen - Coria A, Romero - Vazquez R, Medina - Nava M. Clasificación de Familias, Prioridad a Investigar en Medicina Familiar. Rev. Med. IMSS (Méx) 1991; 29:365.*
5. *Fry J. Contribución de la Investigación al mejoramiento de la Práctica Familiar; En: Taylor Rb. Ed. Medicina Familiar. Principios y Práctica 3ª Ed. Barcelona. Ediciones Doyma. 3ª ed. 1992; 10:629 - 634.*
6. *Ruiz - Morval R. Luna - Cabañero L. La Incorporación de un nuevo modelo en medicina. consecuencias Teórico - Prácticas. Aten. Primaria 1992; 10:629 - 634.*
7. *Mirvis Dn. Health Systems Reform. Arch Fam Med. 1994; 241:244.*
8. *Norton P. Dunn E. Soberman L. Family Practice In Ontario. Can Fam Physician 1994; 40:249-256.*
9. *Marquet - Palomer R. Bueno - Ortiz J. Calidad y Variabilidad en atención primaria. Aten. Primaria 1993; 11:10.*
10. *Gorroñoitia - I. Autopercepción de salud: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. Aten. Primaria 1992; 10: 771 - 775.*
11. *López - Alba M, Usieto - Atondo R, Rodríguez - Contreras P y Col. Valoración de la calidad en el primer escalón sanitario. Aten. Primaria 1993 : 7 - 11.*

12. **Medaile H. Dimensiones de la medicina y la práctica médica familiares. En: Medaile H. Medicina Familiar. principios y práctica. México. Ediciones Limusa. 1º ed. 1987; 23 - 41 .**
13. **González - Carbajal. El panorama epidemiológico de México. Editorial Trillas. 3º de. 1990.**