



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA HOSPITAL "DR MIGUEL TREJO OCHOA"
COLIMA, COLIMA.

11226
186
29.

MODELO SISTEMATICO DE LA
ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N°3
DE LA CLINICA-HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA"
COLIMA, COLIMA.



ISSSTE
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

PRESENTA

DRA. ANA MARIA SCHULTE GOMEZ

1998

264986



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA-HOSPITAL "DR.
MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE COLIMA, COL.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. ANA MARIA SCHULTE GÓMEZ.

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.

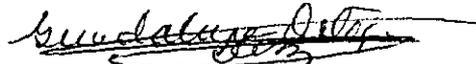

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA :

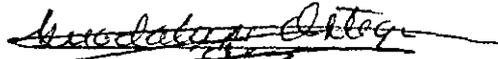
DRA. ANA MARIA SCHULTE GOMEZ.

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 3 DE LA CLINICA-HOSPITAL "DR.
MIGUEL TREJO OCHOA" COLIMA, COL.**



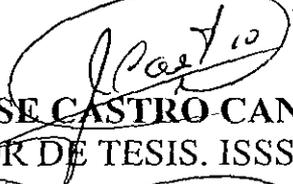
DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ .

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN COLIMA,
COLIMA.



DRA. MA. GUADALUPE ORTEGA GOMEZ.

ASESOR DE TESIS.



DR. JOSE CASTRO-CANTE.

ASESOR DE TESIS. ISSSTE.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR.

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA ISSSTE

COLIMA, COLIMA DICIEMBRE 1997.

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION
MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO
No. 3 DE LA CLINICA- HOSPITAL
"DR MIGUEL TREJO OCHOA" ISSSTE.
COLIMA, COL.**

**CLINICA HOSPITAL
"DR. M. TREJO OCHOA"
ISSSTE
COLIMA, COLIMA, MEXICO.**

DRA. ANA MARIA SCHULTE GOMEZ.

INDICE GENERAL

TITULO	
INDICE GENERAL	
MARCO TEORICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACION.....	10
OBJETIVOS.....	11
HIPOTESIS.....	12
METODOLOGIA.....	13
-TIPO DE ESTUDIO.....	13
-POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	13
-UNIVERSO DE ESTUDIO.....	13
-TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	13
-CRITERIO DE INCLUSION.....	13
-CRITERIO DE EXCLUSION.....	13
- CRITERIO DE ELIMINACION.....	13
-INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES DE MEDICION	14
-METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION.....	16
-CONSIDERACIONES ETICAS.....	16
RESULTADOS.....	17
ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	19
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25

MARCO TEORICO.

Se llevó a cabo la siguiente investigación con el fin de implementar un modelo sistemático de atención en medicina familiar en el consultorio No. 3 de la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" del ISSSTE en Colima.

La Historia de la Medicina Familiar en México se remonta a 1956, siendo el IMSS quien hace modificaciones a su contrato colectivo de trabajo tras la firma de un convenio donde se crea la contratación y categoría del Médico de familia siendo entre otras sus funciones: Una mejor atención médica, una mayor confianza, una mejor aplicación de la medicina preventiva, etc., (1) posteriormente se establece que la medicina familiar ocupa una posición estratégica en el primer nivel de atención (2), siendo fundamental al nivel de atención primaria la creación de una política definida y aceptada en la Asamblea de la OMS, 1977, denominada "Salud para todos en el año 2000" y en 1978, en Alma Ata, se estructuran las estrategias implementándose programas a poblaciones especiales, para la salud general y programas para la prevención, protección y control de enfermedades, etc. (3,4,5), mencionándose que las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales, es decir, que afectan no solo lo curativo, sino fundamentalmente a lo preventivo, existiendo un patrón definible de morbilidad por el que debe responsabilizarse el médico personal ó de atención primaria de la familia y alrededor del cual se debe preparar un plan de estudios, (6). El enfoque global de la salud exige integrar nuevas herramientas (7).

Es así como el ISSSTE propone un modelo sistemático de la atención Médica familiar siendo las estrategias tres acciones en que se fundamenta el ejercicio profesional de la práctica familiar:

- Estudio de la Familia.
- Continuidad de la atención.
- Acción anticipatoria. (8)

En las sociedades desarrolladas la mitad de los médicos de primer contacto son médicos familiares. Algunas de las características de la medicina familiar, su acceso directo y continuo el que se trabaje con una población que estadísticamente no rebase la 2-3000 personas, el papel del médico en proporcionar atención continua y prolongada así como el de evaluar las necesidades personales y familiares de los pacientes. En su práctica, el médico familiar debe esperar ver al 70% de sus pacientes en 1 año, y el 90% en 5. En 1 año conocerá al menos 1 miembro del 90% de todas las fam. de su práctica (9). Tautológicamente, la medicina familiar se define como el conjunto de conocimientos, acerca de los problemas confrontados por el médico de familia, su compromiso es dar primacía a la persona, constituyendo la clave de muchas habilidades requeridas en medicina familiar. Las enfermedades que tienen poco interés intrínseco para un clínico, son interesantes para un médico de familia, puesto que la sufren personas a quién conoce.

El crecimiento y personalidad de sus pacientes proporciona el contexto del cual las enfermedades adquieren un significado nuevo y más rico dentro del propio ambiente personal, familiar y social, involucrado en el compromiso de mantener la salud de los miembros

de su comunidad así como desarrollar la medicina preventiva y utilizar todos los recursos en beneficio de sus pacientes. Se señala también, el médico de familia debe estar presente en la localidad donde presta sus servicios, si quiere ser realmente eficiente. Sabe que sus propios valores, actitudes y sentimientos son determinantes de la forma como él ejerce la medicina. Se responsabiliza de administrar los recursos a su alcance (uso de los servicios de laboratorio, sistema de interconsulta, prescripción de medicamentos, etcétera),(10). El médico familiar no sólo investiga acerca de la familia y la tiene continuamente en mente, sino que también posee conocimiento personal y detallado respecto de la salud de los otros miembros de la familia y de la estructura familiar como un todo.

Epstein y col., refieren que para estudiar a la familia debemos comprender su estructura y función, conocer como la familia se comunica y aceptar el papel de reforzadores de la función central de la familia: Proporcionar un medio para el desarrollo social psicológico y biológico de todos sus miembros, (11).

Existen varios aspectos a conocer en el estudio de la familia:

a).- Ciclo vital de la familia, que comprende cinco etapas, Matrimonio, que abarca hasta la naciada del primogénito. Expansión, el nacimiento de los descendientes en ésa familia. Dispersión, cuando todos van a la escuela sin trabajar alguno. Independencia, cuando los hijos trabajan y/o forman otra familia. Retiro ó muerte, comprende la jubilación ó muerte de alguno de los conyuges.

b).- Según su desarrollo la familia se considera: Moderna, cuando ambos conyuges trabajan fuera del hogar. Tradicional, en la que sólo uno de ellos lo hace.

c).- Según su demografía pueden ser: Urbana, familia que habita en una comunidad de más de 5000 habitantes y cuenta con servicios públicos. Rural, población menor, y que puede o no carecer de los servicios.

d).- La familia según su composición se le denomina: Nuclear, comprende, padres e hijos. Extensa, además existen familiares con lazos sanguíneos. Compuesta: padres, hijos, abuelos, compadres, amigos, etcétera.

e).- En base a su integración familiar: familia Integrada, en la cual los conyuges viven y cumplen sus funciones. Semi-integrada, en la cual los conyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. Desintegrada, es aquélla en la cual falta alguno de los conyuges, por muerte, divorcio ó separación, (12).

El comité de la Asociación Medica Americana definió el término "Practica de la Medicina de la Familia" como la parte de la atención medica prestada por un Profesional del campo de la Medicina que asume una amplia responsabilidad por el paciente y su familia, (5).

Los Norteamericanos hablan que el enfoque Sistema familiar para la atención del paciente esta basado en una concepción biopsicosocial que enfatiza lo integral y holístico en su cuidado, (13). Resaltando que la accesibilidad es la clave característica en atención primaria, (14).

Miners propone a la familia como la unidad de análisis fundamental, así, la interdependencia del nivel de salud de los miembros de la familia se establece mediante:

- El contagio de enfermedades en la familia
- Las características genéticas
- La higiene ambiental en el hogar

En sí, la teoría Mechanics asume que la gente responde a los síntomas sobre la base de sus definiciones de la situación. Esta definición puede ser influenciada por la definición de otros, pero es ampliamente compartida por aprendizajes, socialización y experiencias pasadas, medidas por un marco cultural de la persona enferma. Concluyéndose que para la utilización de los servicios médicos los indicadores más importantes se consideran a la percepción de la enfermedad y su gravedad, la edad de las personas, su educación, el tamaño de la familia y el ingreso. De esta manera los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, etc.) constituye en necesidades que inducen o motivan a la población a la utilización de los servicios una vez que son expresadas.

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgos, los cuales están asociados con la posibilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones y son estos factores de riesgo los que motivaran a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención, (15).

Se argumenta que el medico debe explicar al paciente responsablemente su enfermedad adecuando esta explicación a la

cultura del paciente, a su estado psicológico , a su responsabilidad, (14).

El medico podrá racionalizar mejor el uso de el medicamento en la medida en que conozca mas acerca de los problemas de salud que maneja, y sobretodo que sepa cual es su evolución natural. Esto no parecería una tarea muy difícil a juzgar por la lista de padecimientos mas frecuentes en el primer nivel de atención, (15).

En términos generales, en la evolución histórica de los patrones de enfermedad, se encuentra primero el predominio de enfermedades infecciosas, segundo el predominio de enfermedades crónico-degenerativas y tercero el predominio de enfermedades asociadas con un estilo de vida "moderno". Este último representa la aceptación de que la salud esta relacionada con otros dominios sociales, es decir, con otras áreas de la existencia cotidiana. En este caso el enfoque se desvía hacia los comportamientos puesto que las personas son vistas como participantes activos del proceso social y de atención a la salud. El marco de referencia se vuelve más amplio al abarcar características biológicas, sociales, psicológicas, etc. Es dentro de este concepto que se incorpora el dominio de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, no sólo con medidas específicas sino con cambios de conducta en general. En este marco de referencia se ubica la definición de la salud de la OMS.

En el ámbito de la promoción para la salud se busca contribuir en el incremento de los recursos para la salud y al mejoramiento de las condiciones de vida (calidad de vida) para, de esta manera fortalecer el potencial de salud. Ejemplos de recursos para la salud son el apoyo

social, el apoyo estructural, la disponibilidad y accesibilidad de información, bienes y servicios así como conocimiento y habilidades adquiridos. Los indicadores de las condiciones de vida se pueden agrupar en: 1.-Empleo. 2.-Vivienda. 3.-Ingreso familiar. 4.-Educación. 5.-Nutrición. 6.-Accesibilidad y calidad de los servicios de salud. 7.-Servicios públicos, (18).

La actuación en los campos de promoción de la salud y su prevención de la enfermedad, constituyen pilares en la actuación profesional del médico de familia, (19). La OMS, al hacer sus recomendaciones sobre las investigaciones necesarias para realizar una adecuada planificación sanitaria, plantea, entre otros los estudios de morbilidad. Es la evaluación del volumen de la morbilidad la que permitirá plantear las estrategias de la lucha contra las enfermedades, especialmente en lo que se refiere a enfermedades mas frecuentes, (6,15,20).

La atención primaria es el marco ideal para impulsar y desarrollar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud por tratarse del nivel dentro del sistema sanitario donde la población accede de manera directa y suele respetar los consejos de sus médicos. Así se dice, que hacer promoción de la salud significa, en definitiva intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y a aceptar la responsabilidad de su propio bienestar, (16, 19).

En otro artículo se menciona que la actividad fundamental del médico que trabaja en asistencia ambulatoria, esta orientada a la atención clínica curativa, sin embargo, para conseguir avanzar en la línea del desarrollo de la atención primaria de salud (APS) es imprescindible priorizar las actividades preventivas y de promoción de la salud ya que

son estas las que crean el núcleo esencial de su filosofía y estrategia. Cualquier actitud de recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbi-mortalidad es en si misma, una medida de promoción de la salud.

En términos globales la mayor rentabilidad preventiva parte de medidas de promoción de la salud.

Hacer promoción de esta significa intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar, (21).

Finalmente la consulta familiar abarca una población muy diversificada con una amplia variedad de problemas de salud y edades muy diversas. Ofrece, por tanto, posibilidades ilimitadas para proporcionar una acción anticipatoria, por ejemplo en muchas etapas del ciclo vital . Así mismo establecido el campo de interés en la enseñanza, se debe analizar la población que se atiende, así como la comunidad para determinar las necesidades educacionales de los pacientes.

Respecto del costo, un estudio indica que la realización de una política de la educación para la salud redujo el costo promedio de la atención por paciente, en un 23% durante un periodo de dos años, 1973 a 1975, (22).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Con el fin de ejercer la atención médica familiar, era necesario primeramente conocer la población adscrita desde diferentes aspectos, tales como tamaño de la población, el sexo y las edades de éstas, tipo de unión conyugal, escolaridad, ocupación, ingresos, ciclo vital familiar, etc. Reportando ésto, características de las familias, tales como: nivel socioeconómico, etapa del ciclo vital familiar, etc. ampliando más la información al analizar su patrón de morbilidad para de ésta manera llevar a cabo medidas de prevención de enfermedades y promoción de la salud; persistiendo en la actualidad, la práctica de la medicina curativa, llevándonos a un enfoque fraccionado del paciente, y no integrador impidiéndose alcanzar la meta de la Organización Mundial de la Salud de "Salud para todos en el año 2000" misma que está basada en el fortalecimiento del primer nivel de atención médica, siendo una de sus principales características apoyar las actividades médico-preventivas.

Surge entonces el siguiente cuestionamiento:

¿Cuales son las principales características bio-psico-sociales y causas de demanda de consulta de las familias adscritas al consultorio No. 3 de Medicina familiar en la clínica-hospital Dr. M. Trejo Ochoa del ISSSTE en la Cd. de Colima, Col.?

JUSTIFICACION.

Tiempo atrás se llevó a cabo en el Instituto, la sectorización de la población derechohabiente, esto es, tener a nuestro cuidado un número determinado de pacientes, cuya característica consiste en vivir en un punto específico de la población.

Posteriormente se nos dio la oportunidad de la especialidad en medicina familiar y para ello es necesario conocer las características de nuestra población adscrita: pirámide poblacional, patrón de morbilidad, conocimiento de las familias en cuanto a nivel socioeconómico, ciclo vital en que se encuentren, etc., y así tratar de implementar recursos para optimizar la atención médica familiar, haciendo principal énfasis en las medidas de promoción y prevención de la salud, logrando con ello, mejorar las condiciones de vida de dichas familias, con la consecuente disminución de costos en la atención médica.

Es así como se crea el Modelo de Atención Médica, el cual pretende incidir en los 5 campos de acción planteados en la carta de Ottawa producto de la 11 Conferencia Internacional de promoción de la salud: reorientar los servicios de salud, mejorar las habilidades personales en relación con los estilos de vida, crear medios ambientes saludables, elaborar políticas explícitas para la salud y reforzar la acción comunitaria en salud.

OBJETIVOS.

Objetivo general: Identificar en la población asignada al consultorio del sector 3 de la clínica hospital "Dr. M. Trejo Ochoa" del ISSSTE Col., las características biopsicosociales como requisito imprescindible para planificar los servicios de atención a la salud.

Objetivo específico: aplicar el modelo sistemático de la atención médica familiar (Mosamef);

Conocer el tamaño de nuestra población derechohabiente llevando a cabo el censo poblacional.

Identificar a cada una de nuestras familias en su contexto bio-psico-social, así como saber de que se enferman más frecuentemente para poder llevar a cabo la continuidad de su atención y principalmente acciones anticipatorias.

HIPOTESIS.

Dado que el presente trabajo es de tipo descriptivo, no requiere de hipótesis.

METODOLOGIA.

- Tipo de estudio.

Descriptivo, retrospectivo, prospectivo, observacional, parcial transversal.

- Población, lugar y tiempo.

Grupo de familias adscritas que acudieron a consulta en el turno de 4 hrs. matutino, del consultorio del sector número 3, en la Clínica-hospital Dr. M. Trejo Ochoa, ISSSTE Colima, de Julio a Diciembre de 1997.

- Universo de estudio: 558 familias.

- Tamaño de la muestra.

Todas las tarjetas vigentes correspondientes al sector 3.

200 hojas de reporte de consulta diaria, correspondiente al año 1997.

- Criterios de Inclusión

Todas las tarjetas vigentes correspondientes al sector 3.

Paciente adulto del sector 3 que acudió a consulta en el periodo comprendido de Julio a Diciembre y que deseó colaborar con la encuesta.

Hojas de reporte de las labores diarias del médico durante el año 1997.

- Criterios de exclusión.

Tarjetas con derechohabientes no vigentes.

Pacientes que acudan a consulta y no pertenezcan al sector.

Pacientes del sector que acudan a consulta fuera del tiempo señalado.

Hojas de reporte de labores diarias del médico de otros años.

- Criterios de eliminación.

Tarjetas vigentes no asignadas al sector 3.

Rechazo del familiar para responder la encuesta.

Hojas de reporte diario de labores del médico que no correspondan al consultorio del sector 3.

- Variables.

Para el censo de población se utilizaron variables tanto de tipo cuantitativo, como cualitativo, con escala de intervalo, para las primeras y nominal u ordinal, para las segundas.

Se consideran las variables de:

No. Total de individuos.

No. Total de individuos del sexo masculino.

No. Total de individuos del sexo femenino.

No. de individuos del sexo masculino por grupos etáreos.

No. De individuos del sexo femenino por grupos etáreos.

Los grupos etáreos se establecen en una amplitud de 5 años.

Para el estudio de comunidad-diagnóstico familiar (variables principalmente cualitativas en escala nominal).

Se identifica:

Nombres de las familias.

Escolaridad.

Años de unión conyugal.

Escolaridad.

Edad del padre.

Edad de la madre.
No. De hijos hasta de 10 años de edad.
No. De hijos de 11 a 19 años.
No. De hijos de 20 ó más años de edad.
Edad y sexo de trabajadores solteros.
Ocupación de los padres de familia.
Ingreso económico.
Tipo de familia según su composición.
Tipo de familia según su demarcación.
Tipo de familia según su desarrollo.
Fase del ciclo vital familiar.
Integración familiar.
Método de planificación familiar empleado en las familias.
Toxicómanías en los padres de familia.
Calidad de la alimentación.
Hábitos higiénicos.
Características de tipo de posesión de la vivienda.
Distribución de la vivienda.
Materiales de la vivienda.
Disposición de servicios.
Combustible utilizado.
Disposición de excretas.
Disposición de basura.
Animales domésticos.
Antecedentes heredofamiliares.
Para la identificación de las causas de consulta (se considera variables de tipo cuantitativo en escala nominal).

Correspondiendo:

- No. De consultas otorgadas por año.
- Los 10 primeros motivos de consulta.
- Método o procedimiento para captar la información.
 - Para el censo poblacional.

Se acudió al departamento de Vigencia de derechos de la clínica hospital del ISSSTE, en donde se identificaron las tarjetas de las familias pertenecientes al sector 3, seleccionándose las vigentes para de esa manera conocer el total de la población activa y así elaborar la pirámide de población.

-Para el estudio de la comunidad-diagnóstico familiar.

El investigador responsable, aplicó una encuesta previamente elaborada, a 200 familias con recolección de datos a través de paloteo simple.

-Para la identificación de las causas de consulta.

Se acudió al departamento de Estadística de la clínica hospital ISSSTE, solicitando las hojas de reporte diario de las labores del médico correspondientes al año 1997.

Consideraciones éticas.

El presente trabajo se apega a las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación de la Secretaría de Salud.

RESULTADOS.

Censo de Población.

Según los resultados obtenidos, al realizar la pirámide poblacional (Agosto 1997), nos reportó un total de 3,910 personas adscritas al sector No 3, del cual corresponde 1,678 al sexo masculino, con el 42%, y de 2,232 al sexo femenino, con porcentaje 57%. En el sexo masculino, los porcentajes más altos por grupos etáreos, son de 10-14 años (12.6%). En el sexo femenino igualmente, de 10-14 años (10.9%).

Considerando a los grupos de riesgo, nuestra pirámide de población comprende:

- Niños de 1-4 años: 279 (7.1%).
- Mujeres en edad fértil: 1099 (28.1%).
- Adultos mayores de 60 años: 419 (10.7%).

Estudio de comunidad, diagóstico familiar.

El mayor porcentaje de las familias (85.2%), se encuentran casadas, así mismo con un rango de 5-9 años de ésta unión (21.5%), aunque seguidos muy de cerca (20.3%), los rangos de 10-14 años de unión conyugal. Predomina el nivel de escolaridad medio (32.7%). La edad de los padres va de los 35-39 años (23%). La de la madre el 23.3% de los 30-34 años. Las edades de los hijos comprendidas de 0-10 años ocupan un 40.92%. La ocupación de los padres en su mayoría empleados (39.5%), con ingresos económicos de más de tres salarios mínimos (82%). Las familias en su mayoría urbanas, siendo de tipo moderno (62.7%), teneiendo una composición nuclear (81%). Encontrámos en las etapas del ciclo vital un 60% en fasee de

dispersión, seguidas de un 26% en fase de expansión, estando las familias bien integradas 85%, llevando a cabo método de planificación familiar definitivo (Otb) 61%. Diu (14%), Condón (11.9%). Calidad de la alimentación buena (61%), con hábitos higiénicos buenos (73%). Casa habitación propia (59%), con distribución aceptable, prevaleciendo casa con dos recámaras, hechas con materiales sólidos encontrando más diferencias de porcentajes, en el tipo de techo, correspondiendo a concreto el 86%, lámina 11%. Disposición de servicios públicos, la mayoría de las viviendas, el teléfono sólo 47%. Utilizan gas el 97%, leña el 1.57%. La disposición de excretas y basura, tiene una estadística similar, al tipo de combustible utilizado.

De ésta familias encuestadas encontramos antecedentes heredo familiares positivos:

Hipertensión arterial: 64%.

Diabetes Mellitus tipo II: 61%.

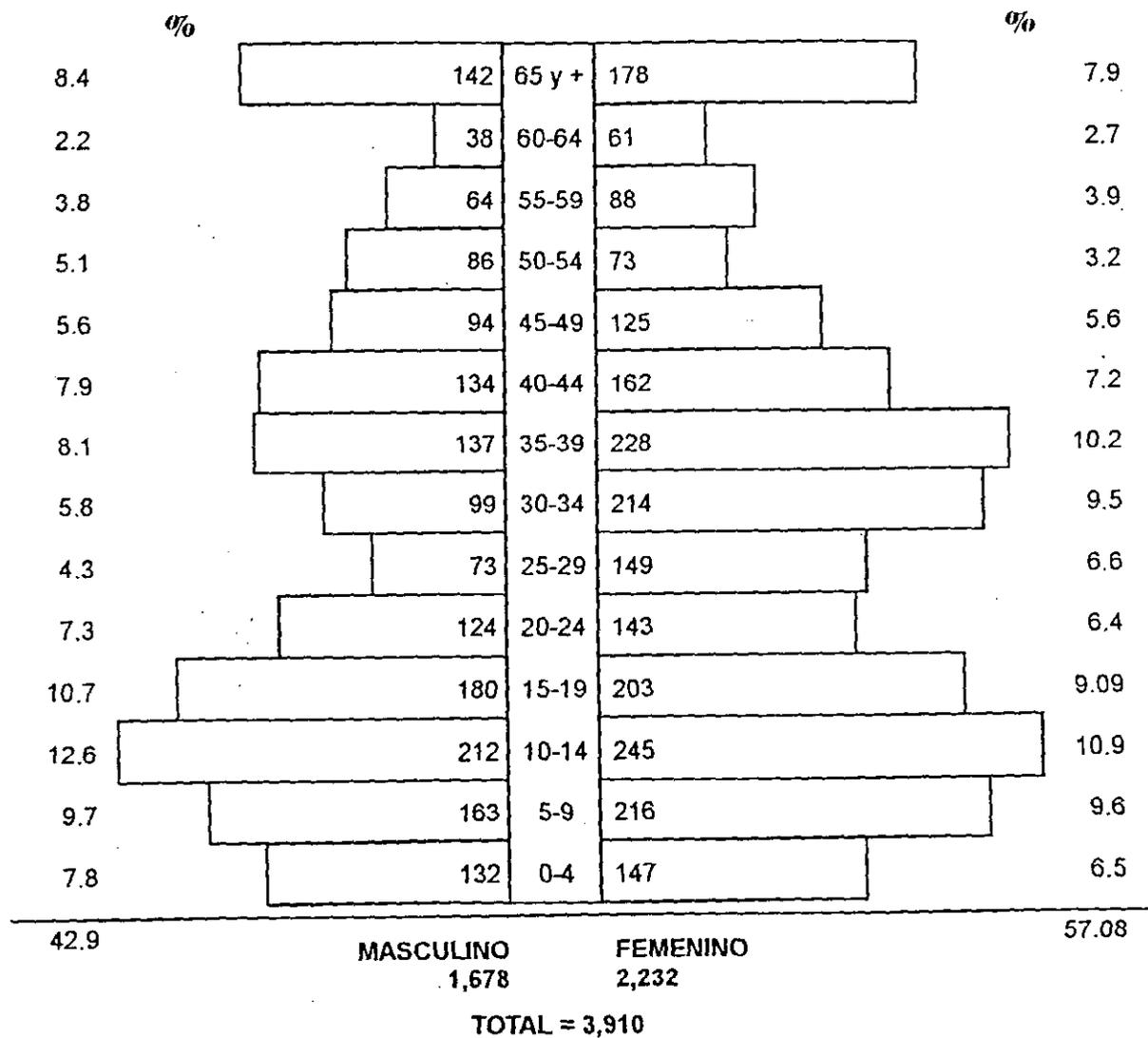
Obesidad en el 61%.

Asma bronquial en un 26%.

Morbilidad.

El número de consultas otorgadas en el año 1997, sumaron un total de 1927, correspondiendo a las de primera vez 1182. Subsecuentes 745. Dentro de las primeras causas de consulta, corresponde a las infecciones de vías respiratorias agudas (IRAs) el 42%. Seguidas de Hipertensión arterial esencial (HTA), el 14%. Colitis 8%.

**PIRAMIDE POBLACIONAL DEL SECTOR N° 3
De la Clínica Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
ISSSTE - COLIMA**



FUENTE: Archivo de vigencia de derechos, de la Clínica "Dr. Miguel Trejo Ochoa"
FECHA: Agosto 12 de 1997

Dra. Ana Ma. Schulte Gómez

ESTADO CIVIL DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
SOLTERO	12	6.41
CASADO	159	85.02
UNION LIBRE	9	4.81
DIVORCIADO(A)	3	1.60
VIUDO	4	2.13
TOTAL	187	99.97

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**AÑOS DE UNION CONYUGAL DE LAS PAREJAS CASADAS
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3**

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	2	1.11
1 - 4	28	16.27
5 - 9	37	21.51
10 - 14	35	20.34
15 - 19	28	16.27
20 - 24	22	12.79
25 - 29	8	4.65
30 - 34	4	2.33
35 - 39	6	3.48
40 - 44	1	0.58
45 - 49	1	0.58
50 - 59	----	----
55 - 59	----	----
TOTAL	172	99.96

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

AÑOS DE UNION CONYUGAL DE PAREJAS EN UNION LIBRE
ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

AÑOS	FAMILIAS	%
-1	1	11.11
1 - 4	3	33.33
5 - 9	2	22.22
10 - 14	---	---
15 - 19	1	11.11
20 - 24	2	22.22
25 - 29	---	---
TOTAL	9	99.99

FUENTE: Cedula de recolección de datos

ESCOLARIDAD EN PACIENTES
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 3

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
BASICA	151	24.51
MEDIA	202	32.79
MEDIA SUPERIOR TECNICA	109	17.69
SUPERIOR	154	25.00
TOTAL	616	99.99

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD DEL PADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

E D A D	VIVOS	MUERTOS	TOTAL	.%
20 - 24	3	----	3	1.64
25 - 29	19	----	19	10.34
30 - 34	38	1	39	21.42
35 - 39	39	3	42	23.07
40 - 44	30	----	30	16.48
45 - 49	24	----	24	13.18
50 - 54	10	1	11	6.04
55 - 59	9	----	9	4.94
60 - 64	1	----	1	0.54
65 Y MAS	4	----	4	2.19
TOTAL	177	5	182	99.93

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD DE LA MADRE

FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

E D A D	VIVAS	MUERTAS	TOTAL	%
20 - 24	9	----	9	5
25 - 29	31	----	31	17.22
30 - 34	41	1	42	23.33
35 - 39	39	----	39	21.66
40 - 44	26	-----	26	14.44
45 - 49	15	----	15	8.33
50 - 54	12	-----	12	6.66
55 - 59	4	----	4	2.22
60 - 64	1	----	1	0.55
65 Y MAS	1	----	1	0.55
TOTAL	179	1	180	99.66

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NUMERO DE HIJOS DE LOS FAMILIARES ENCUESTADOS
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

EDAD	NUMERO	%
HASTA 10 AÑOS DE EDAD	185	40.92
DE 11 A 19 AÑOS DE EDAD	167	36.94
DE 20 ó MAS AÑOS DE EDAD	100	22.12
TOTAL	452	99.98

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad de Pacientes Trabajadores por Edad y Sexo Solteros

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 3

E D A D	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	%
15 - 19	3	15	18	31.05
20 - 24	7	19	26	44.82
25 - 29	1	5	6	10.34
30 - 34	5	1	6	10.34
35 - 39	--	--	--	--
40 - 44	1	--	1	1.72
45 - 49	--	--	--	---
50 - 54	1	--	1	1.72
55 - 59	--	--	--	---
60 - 64	--	--	--	--
65 Y MAS	--	--	--	--
TOTAL	18	40	58	99.97

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

OCUPACION DE LOS PADRES DE FAMILIA

PADRES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 3

OCUPACION	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
PROFESIONAL	52	43	95	26.09
TECNICO	24	12	36	9.89
EMPLEADO	60	54	114	39.56
HOGAR	--	73	73	20.05
OTRO	44	2	46	12.63
TOTAL	180	184	364	98.22

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

SALARIOS	NUMERO	%
< 1 SALARIO MINIMO	---	---
1 A 2 SALARIOS MINIMOS	33	17.93
3 ó MAS SALARIOS MINIMOS	151	82,06
TOTAL	184	99.99

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DEMARCACION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

TIPO	NUMERO	%
URBANA	180	98.90
RURAL	2	1.09
TOTAL	182	99.99

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU DESARROLLO
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

TIPO	NUMERO	%
MODERNA	118	62.76
TRADICIONAL	70	37.23
TOTAL	188	99.99

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE FAMILIA SEGUN SU COMPOSICION
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

TIPO	NUMERO	%
NUCLEAR	148	81.31
EXTENSA	33	18.13
COMPUESTA	1	0.54
TOTAL	184	99.98

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N°3 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

ETAPA	NUMERO	%
MATRIMONIO	9	4.83
EXPANSION	46	26.58
DISPERSION	105	60.69
INDEPENDENCIA	20	11.56
RETIRO	2	1.56
TOTAL	173	100.3

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERISTICAS DE LA INTEGRACION FAMILIAR

Familias adscritas al consultorio No. 3

TIPO	NUMERO	%
integrada	163	85.78
semi-integrada	5	2.63
desintegrada	16	8.42
TOTAL	184	96.83

**MODELO SISTEMATICO DE LA ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO N° 3 DE LA CLINICA HOSPITAL
"DR. MIGUEL TREJO OCHOA" DEL ISSSTE
COLIMA, COL., 1997**

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR
FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3**

METODO	E D A D							TOTAL	%
	Menor a 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
D.I.U.		4	6	5	2	1	1	19	14.17
H. ORAL		1	2	1	3			7	5.22
RITMO		2		2		1	2	7	5.22
PRESERV.			2	7	3	1	2	15	11.94
O.T.B.		2	5	20	28	16	11	82	61.19
VASECT.			1	1	1	1		4	2.98
NINGUNO									
TOTAL		9	16	36	37	20	16	134	90.72

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TOXICOMANIAS
PACIENTES ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 3

TIPO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
------	---------	---------	-------

TABACO		49	49
ALCOHOL DIVERSAS VARIETADES		32	32
MARIHUANA			
COCAINA			

TOTAL		81	81
-------	--	----	----

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Familias adscritas al consultorio No. 3

CALIDAD DE LA ALIMENTACION.

TIPO	NUMERO	%
buena	117	61.57
regular	72	37.89
deficiente	0	0
TOTAL	189	99.46

HABITOS HIGIENICOS

TIPO	NUMERO	%
bueno	140	73.68
regular	5	26.31
deficiente	0	0
TOTAL	190	99.99

VIVIENDA

Familias ascritas al consultorio No. 3

TECHO		
Tipo	Número	%
Concreto	165	86.84
Lámina	21	11.05
Madera	1	0.52
Otros	4	2.1
TOTAL	191	100
PAREDES		
Tipo	Número	%
Tabique	181	92.26
Block	2	1.05
Madera		
Lámina	1	0.52
Cartón	1	0.52
Otros	3	1.57
TOTAL	189	95.92
PISO		
Tipo	Número	%
Cemento	187	98.42
Tierra	2	1.05
Madera		
Otros	1	0.52
TOTAL	190	90.99

Vigilancia de Enfermedades Crónico-Degenerativas en Prevención y Control
 FAMILIAS ADSCRITAS AL CONSULTORIO N° 3

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Diagnóstico de Cáncer Cervico-Uterino. (Papanicolaou)	60		60
Diagnóstico de Cáncer Mamario. (Exámen y Autoexámen)			
Diagnóstico de Diabetes Mellitus	2	5	7
Diagnóstico de Hipertensión arterial	4	6	10
OBESIDAD			
TOTAL	66	11	17

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CONSULTAS EN EL AÑO DE 1997

ADSCRITOS AL CONSULTORIO N° 3

M E S	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	TOTAL	%
ENERO	120	57	187	9.71
FEBRERO	76	45	121	6.28
MARZO	28	21	49	2.55
ABRIL	57	58	115	5.89
MAYO	72	56	128	6.65
JUNIO	105	64	169	8.77
JULIO	136	78	214	11.11
AGOSTO	105	75	180	9.34
SEPTIEMBRE	142	68	210	10.90
OCTUBRE	129	85	214	11.11
NOVIEMBRE	115	63	178	9.24
DICIEMBRE	97	65	162	8.41
TOTAL	1,182	745	1927	96.8

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

10 PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA

NUMERO	DIAGNOSTICO	Nº DE CONSULTAS	%
1	Infección respiratoria	325	42.32
2	Hipertensión arterial	276	14.34
3	Colitis	161	8.4
4	Diabetes Mellitus	153	7.9
5	Infec. vías urinarias	130	6.76
6	Atención prenatal	110	5.73
7	Micosis	86	4.50
8	Síndrome diarreico	78	4.09
9	Enfermedad adido pept.	51	2.66
10	Accidentes	51	
11			
TOTAL		1927	99.95

FUENTE: HOJA DE REPORTE DEL MEDICO

ANALISIS DE RESULTADOS.

Fase 1:

La descripción de las características de la población adscrita al sector 3, clínica del ISSSTE, en cuanto al censo poblacional, se observa, como a nivel nacional, predominio del sexo femenino, aunque de un 57%, siendo del 42% del sexo masculino. Los grupos etáreos en ambos sexos son de 10-14 años, siendo secundado en el sexo femenino, el grupo etáreo comprendido de los 35-39 años, variando en el sexo masculino, a los grupos comprendidos 15-19 años.

Observándose un predominio de gente adolescente, nuevamente empatizando con las estadísticas nacionales, en ambos sexos, favoreciéndose el masculino, pensándose en implementar medidas de orientación en especial relacionadas con educación sexual, salud reproductiva, prevención de toxicómanas, etc. Con respecto del grupo etéreo femenino de 35-39 años, tenemos, en cuanto al ciclo familiar en que se encuentra en etapa de dispersión, y , a futuro mediato de independencia en relación a vida conyugal se prevé, el fortalecimiento de la unión, para dar paso a la etapa del nido vacío. La mujer en ésta edad debe de cuidar la aparición de patologías de tipo heredofamiliar, así como Ca, tanto a nivel cervical, como mamario.

Fase 2:

En el estudio familiar se observa, al 85% de las familias casadas, pensándose en una mayor estabilidad familiar, con prevalencia de unión conyugal de 5-14 años, en parejas casadas.

La escolaridad en las familias, predomina el nivel medio, con un 32%, y muy de cerca está el superior, y básico, con un 25 y 24 % respectivamente. En general se considera a menor escolaridad mayores dificultades para estar sano.

La edad de padres con mayor porcentaje , fue de 35-39 con un 23%, seguida de los 30-34, con un 21%. La edad de la madre, fueron las mismas, sólo que el porcentaje mayor está, 30-34, siguiéndole la edad comprendida entre 35-39 años; indicándonos que en relación al padre se encuentra en su pleno potencial de crecimiento y madurez, económica, principalmente, habiéndose ya referido la importancia del cuidado de la salud de la mujer en ésta edad, siendo similar en lo que respecta a la salud del padre al hacerse énfasis en la aparición de enfermedades de tipo heredofamiliar.

Las edades de los hijos en las familias, son mayormente de los 0-10 años, de un 40%, seguido de los 11-19, donde la influencia del médico familiar, en cuanto tipo de alimentación, hábitos higiénicos y nuevamente, orientación a los adolescentes, es de vital importancia.

La ocupación de los padres como empleados, con un 39% se puede asociar con el nivel de escolaridad, ya que el porcentaje mayor lo obtuvo la educación media, estando también esto en relación al porcentaje de éxito de llevar a cabo las medidas aconsejadas en cuanto al cuidado de su salud; siguiéndole muy de cerca, los profesionistas, con un 26%, comprendiendo a un 52% hombres, y un 43% a los mujeres, considerándose, la preparación actual de la mujer, lo que nuevamente repercute en todos los ámbitos , en especial el de la dinámica familiar.

En cuanto a ingresos económicos se refiere, destaca que el 82%, percibe más de 3 salarios, por día de trabajo, correspondiendo al 17% de 1-2 salarios diarios, vinculándose esto con la ocupación de los padres, y, más adelante con calidad de vida.

El 98% de las familias encuestadas, se encuentran en población urbana, correspondiendo a la población rural, 1%: prescindiendo ésta población de los servicios públicos básicos, siendo por fortuna, las menos.

Tipo de familia según su desarrollo, se observa predominio de familia moderna, 62%, en relación a que ambos padres trabajan, lo cual enriquece la relación familiar, aunque el rol de la madre, si no se comparte la responsabilidad en la educación de los hijos, se puede descuidar la formación de ellos, y favorecer la falta de responsabilidad en éstos, y por lo tanto, repercutir en su estado de salud.

El 60% de las familias se encuentra en ciclo vital de dispersión, seguido de un 26% en expansión, sobresaliendo en esta etapa, la edad de formación académica de los hijos, donde se reafirma la importancia de hábitos higiénico-dietéticos, así como la práctica deportiva.

Un 85% lo ocupan las familias integradas, dada las características de la edad de los padres, el ciclo vital familiar, es importante recalcar, la importancia de la vida en familia y favorecer la comunicación entre sus miembros.

Los métodos de planificación familiar con mayor demanda tienen, es la salpingoclasia, lo cual nos habla de una vida reproductiva satisfecha, en su generalidad. En lo que se refiere a toxicómanas de

los padres, tienen tabaquismo (+), siendo aún menor el consumo de alcohol.

La calidad de la alimentación, se observa un 61% buena, un 37% regular, al preguntárseles la frecuencia en la ingesta de alimentación variada. Esto nos puede llevar a problemas con el crecimiento y desarrollo de nuestra población infantil.

Los resultados deficientes de los hábitos higiénicos pueden influir en problemas de tipo infecto contagioso, ira, parasitosis, dermatopatias.

La vivienda en el 59% de las familias es propia, en su mayoría éstas casas habitación , cuentan con buena distribución, predominando las casas de 1-2 recámaras, en su mayoría con piso de cemento, paredes de ladrillo, techo de concreto, contando con luz, agua, drenaje hasta en un 98%. Menos de la mitad de los encuestados poseen teléfono, en su mayoría cocinan con gas; siendo la disposición de excretas y basura la adecuada, por contar con servicios públicos. La presencia de animales domésticos es media baja.

Este resultado del estudio de comunidad, se correlaciona con el de diagnóstico familiar principalmente fundamentado en el nivel socio-económico, si bien, consecuencia éste, de una escolaridad media, en hogares en que por fortuna predomina una tendencia al desarrollo moderno, alertándo éste, a prevenir desajustes, dado el cambio en el tipo de hogar.

En antecedentes heredo-familiares, la hipertensión (Hta) ocupa el 64%, seguida muy de cerca por la diabetes mellitus (Dm) y obesidad (61 %).

Fase 3:

Los principales motivos de consulta, aquí también las infecciones respiratorias agudas (ira), ocupan el primer lugar, seguido de Hta y colitis, pudiéndose considerar ésta, con componente psicósomático importante, la Dm e infección de vías urinarias (ivu) ocupan, 3 y 4 lugar en importancia de presentación, relacionándose esto con la edad que predomina en el censo de población que arroja las edades comprendidas entre 10-14 años y en las que pudiera englobarse las enfermedades de tipo infectocontagioso, así como en los padres de familia, donde como se mencionó, la predisposición, más la etapa de la vida en que se encuentran, puede favorecer la aparición de enfermedades crónico-degenerativas.

Se considera el análisis de resultados, una parte importante de la investigación, ya que es la que no lleva a proyectar las acciones que nos ayudaran a aplicar, el fundamento del modelo sistemático, conociendo nuestras familias, efectuando la continuidad y principalmente promocionar la salud.

CONCLUSIONES.

Lográndose cumplir con el objetivo general, al conocer características de nuestra población adscrita al sector No. 3 de la clínica hospital Dr. M. Trejo O en el ISSSTE: hogares integrados, modernos, urbanos en su mayoría, con grado de escolaridad medio, tendiendo a profesional, con hijos predominando edades adolescentes, en ciclo vital de dispersión , en casa propia casi un 60% de los hogares, con todos los servicios, con buena alimentación y hábitos higiénicos la mitad de la población.

El método de control natal (PF) predominante, fue el definitivo, siendo la Otb, el más favorecido, indicándonos como la familia quedó conformada.

Sus padecimientos más comunes son infecciones respiratorias agudas (IRA s), así como padecimientos crónico degenerativos (Hipertensión arterial esencial, Diabetes Mellitus no insulino-dependiente).

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Cárdenas de la Peña E. Implantación de la medicina familiar en el Imss 1954-55. En: Cárdenas de la Peña E. Medicina familiar en México. Historia. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 1974: 81-124..
- 2.- Irigoyen Coria A., Romero Vázquez A, Medina Nava M. Clasificación de familias, prioridad a investigar en medicina familiar. Revista médica del IMSS.1991; 29: 365-368.
- 3.- Ferr L. W., Frenk J., Ordoñez C., Paganini J. M., Starfield B. Aspectos programáticos de la atención primaria de la salud a nivel nacional e internacional. En: Marco conceptual de la atención primaria. Investigación sobre servicios de salud: una antología. Ed. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 5-7.
- 4.- Fajardo Ortiz G. El precio de la salud . Gaceta médica de Mex. 1992: 483-493.
- 5.- Delgado A., López Fdz. L.A. La participación comunitaria: una revisión necesaria . Atción. primaria. 1992; 9 (8): 457-459.
- 6.- Huntley R.R. Epidemiología de la medicina de la familia . En: Ferr L. W.; Frenk J., Ordoñez C., Paganini J. M. Stafield B. Investigación sobre servicios de salud: una antología. Ed. Organización Panamericana de la Salud. 1992: 295-301.
- 7.- Ruiz de Chávez M. Una reflexión sobre el renovado quehacer de la medicina . Gaceta médica. México. 1995; 131 (2): 129-132.

- 8.- Irigoyen Coria A. y cols. Modelo sistemático de la atención médica. En: Irigoyen Coria A. Fundamentos de medicina familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 4a ed. 1996: 151-173.
- 9.- Fry J. La contribución de la investigación al mejoramiento de la práctica familiar . En: Medalie JH. Medicina familiar. Principios y prácticas. México. Ed. Limusa 1987: 325-337
- 10.- Henenn B.K. La familia como unidad de atención . En: Shires D.B. , Hennen B. K. Medicina familiar. Guía práctica. Ed. Mc Graw-Hill. México. 1983: 12-15.
- 11.-Campbell T. L. A family systems approach to patient care . The journal of family practice, 1993; 37 (4): 382-384.
- 12.-Parchman M.L., Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. The Journal of family practice, 1994, 39 (2, Aug), 1994: 123-127.
- 13.- Arredondo A., Meléndez V, Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis . Salud pública de México. 1992; 34 (1): 45.
- 14.- Arredondo A., Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de los servicios de salud: revisión y análisis . Op Cit pag 38.
- 15.- Durán-González M.A., Frenk-Mora J., Becerra-Aponte J. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud pública de México. 1990 ; 32(2) : 181-190.

- 16.- Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La medición de salud: prerspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública de México. 1990; 32(2): 142-154.
- 17.- Jiménez Mena C., Riera Lorenzo A., Segura Hernández E., Suárez Pérez P., Duarte Curbelo A. y Hdez Glz. T. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y de promoción de la salud según grupos de edad . Aten. primaria. 1993; 12 (5): 269-272.
- 18.- Arnal Estebanell M.P., Pérez Uriel J. A.; Miguel Martín V., MP García-Pellicer López, Algora E. y Córdova García R.Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas. Aten. Primaria. 1992; 10 (1): 539-541.
- 19.- Zurro M. A., Brotons Ciuxart C., Ciurana Misol R., Forés García Ma D. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. Aten. primaria 1994: 661-675.
- 20.- Prime B. Educación del paciente y recursos de la comunidad. En: Shires D.B., Hennen B.K.Medicina familiar. Guía Práctica. Ed. Mc Graw- Hill. México.1983: 477-490.
- 21.- Zurro M. A., Brotons Ciuxart C., Ciurana Misol R., Forés García Ma D. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. Aten. primaria 1994: 661-675.
- 22.- Prime B. Educación del paciente y recursos de la comunidad. En: Shires D.B., Hennen B.K.Medicina familiar. Guía Práctica. Ed. Mc Graw- Hill. México.1983: 477-490.