

11228 25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISI3N DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACI3N



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES", TEPIC, NAYARIT.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCI3N MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

286384

TRABAJO DE INVESTIGACI3N QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:

GERARDO ELIAS CABRERA

2000

NAYARIT, [Redacted]



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR

“DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES”, TEPIC, NAYARIT.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20.
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GERARDO ELIAS CABRERA

NAYARIT, 1996.

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



PRESENTA:

GERARDO ELIAS CABRERA

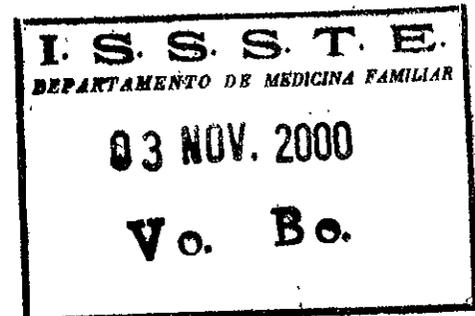
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

DRA. LAURA ELENA LOMELI GUERRERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"



DR. JOSE VILCHIS CASTRO
ASESOR DE TESIS UNAM
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



VILLA HIDALGO, NAYARIT; AGOSTO DEL 2000.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:



GERARDO ELIAS CABRERA

AUTORIZACIONES:

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



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

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

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

INDICE

I.	MARCO TEORICO	1
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III.	JUSTIFICACIÓN	8
IV.	OBJETIVO DEL ESTUDIO	10
V.	HIPÓTESIS	11
VI.	METODOLOGÍA	12
	a) Tipo de Estudio	12
	b) Población Lugar y Tiempo	12
	c) Tamaño de la muestra	12
	d) Grupos de Estudio	12
	e) Criterios de Inclusión	12
	f) Variables de Medición	13
	* Método de Captación de la Información	14
	* Consideraciones Éticas	14
VII.	RESULTADOS	15
VIII.	DISCUSIÓN	35
IX.	CONCLUSIONES	37
X.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	38
	ANEXOS	40

I. MARCO TEORICO

Principiando con la teoría de sistemas descrita por Von Bertalanffy (1968) el cual define un sistema como un orden dinámico de partes y procesos que mantienen mutuas interacciones (18) cada sistema presenta características únicas para ese nivel y solo puede ser explicado mediante los criterios propios de tal nivel. la base del modelo biopsicosocial de la enfermedad ha sido proporcionada por la teoría de sistemas. (2-18)

Si pensamos en términos humanos, la persona ocupa el nivel mas alto de la jerarquía organismica y el nivel mas bajo de la jerarquía social. Los sistemas vivos cuenta con mecanismos reguladores para conservar su equilibrio. Experimentan también crecimiento, desarrollo y adaptación, todo lo cual requiere cambios en respuesta a nuevas condiciones.

La entrevista médica proporciona el contexto para hacer la historia clínica y recoger información sobre el problema del paciente. Representa un proceso de comunicación tanto verbal como no verbal. La sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo de los datos clínicos y las pruebas, varían mucho con la prevalencia y la distribución de las enfermedades dentro de la población y por tanto con el contexto en que el médico trabaja (18).

La familia históricamente ha demostrado ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, quien depende además de ella para su crecimiento y supervivencia.

A través del tiempo el matrimonio y la familia han permanecido como instituciones; sin embargo, los adelantos tecnológicos, científicos y las grandes transformaciones de los sistemas económicos, políticos y sociales, han generado profundos cambios tanto en el matrimonio como en el seno de la familia. en este contexto nuevo, el rol de la familia ha cambiado sus expectativas con interés mayor en el desarrollo personal, en elevar y mejorar el nivel educacional y la calidad de vida de cada uno de los integrantes (27).

Se define a la familia de distintas formas, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. La familia es la institución básica de la gran mayoría de la sociedad humanas teniéndose a esta como un valor primario dentro de la sociedad. La OMS en 1970 conceptúa a la familia como a el conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio(22). El consenso norteamericano dice: La familia es un grupo de dos o mas personas que viven juntos y están relacionados unos con otros, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. En Canadá se ha definido a la familia como: El grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos, o un padre o madre con uno o mas hijos que viven bajo un mismo techo (12). Según Engels (8), la familia es el elemento activo que pasa de una forma inferior a una superior, en la medida que la sociedad evoluciona de un grado mas bajo a uno más alto. Los cambios en la estructura de la familia obedecen a las relaciones del hombre y el trabajo, vale decir a la economía. Engels siguiendo la tipología de Morgan sobre los tres estados de la humanidad, salvajismo, barbarie y civilización, tipifica a la familia en: Consanguínea (matrimonio de grupo) en que hay relación sexual entre todos los miembros de una generación; Punalúa (matrimonio de grupo) sin relación sexual entre hermanos carnales; Sindiasmica con monogamia femenina y poligamia permitida al hombre, y finalmente la monogamia fundada en la necesidad de una paternidad cierta, supremacía del hombre con libertad sexual, que resulta una poligamia disfrazada (8-15).

Últimamente se ha incluido a la familia corporativa organizada alrededor de una actividad esencial como la caza, la agricultura o el comercio.(15)

Dentro de la sociedad predominan dos tipos de familia: la familia nuclear, formada por padres, hijos y la familia extensa o ampliada donde conviven miembros de tres generaciones o mas (12).

La familia es la mas antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá en una forma u otra, mientras exista nuestra especie; es la unidad funcional básica y como tal, es la causa de muchos problemas relacionados con la salud. Es también un recurso para

resolver y prevenir enfermedades; cambia cuando los niños crecen, se hacen adolescentes y después adultos.(12)

En México existe un numero considerable de familias extensas, por sus características particulares y sus ideosincrasias, sobre todo en las zonas rurales, indígenas y en algunos de áreas marginadas de las grandes ciudades.

Por lo tanto, se ha encontrado que no existe una estructura estándar única de “La Familia Mexicana”, debido a esta gran diversidad se dice que existen varias “Familias Mexicanas”.

Se ha tenido a bien considerar generalmente que el modelo mas adecuado para el desarrollo del ser humano es la familia nuclear y su dinámica al sufrir alteraciones podrían provocar trastornos en el desarrollo de sus miembros, especialmente los mas vulnerables, cuyas repercusiones a largo plazo serian difíciles de predecir (16-13).

Como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere; siguiendo un patrón similar a través de diferentes fases:

Fase de matrimonio

Fase de expansión

Fase de dispersión

Fase de independencia

Fase de retiro y muerte (5)

Es importante el conocimiento de las diferentes fases del ciclo vital familiar lo cual conlleva al cuidado Integral que implica la habilidad de tomar decisiones sobre los problemas de salud tal como afectan a la comunidad, familias e individuos en todos los grupos etarios y todos los sistemas corporales (4).

El marco de referencia ideal para entender familias es la atención primaria 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 su médico. Hacer promoción de la salud significa, intentar ayudar a las personas y colectividades a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar. Las actividades de prevención de la salud no pueden quedarse en la maniobra o en el registro; sino que deben continuar con algún tipo de intervención mínima y seguimiento del problema (7). cualquier actitud recomendación o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas o de disminuir su morbimortalidad es en si misma una medida de promoción de la salud (19). En los últimos años ha resurgido con importancia creciente una actividad, como es la prevención y la promoción de la salud. Las actuaciones en los campos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen , pilares en la actuación profesional del médico de familia (14).

La promoción de la salud cuyos beneficios se resumen en dos cualidades sustantivas del ejercicio médico: Incremento de la calidad vida de los miembros de las familias, disminución de los costos de la atención y normar el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo médico familiar (enfermería, trabajo social, sanitarias) pero sobre todo de un nuevo tipo de relación con el paciente, ya que la promoción de la salud, medidas eficaces de prevención y con satisfactorias acciones terapéuticas sobre patologías identificadas, solo se podrá efectuar con el propósito específico de ayudar a las familias a aprender y aceptar la responsabilidad de su propio bienestar (14-23).

En el contexto de relación entre estructura familiar y factor nutricional (bio-social); se tiene que la característica existente de estructura familiar de la familia popular no resultaría lo más favorable para el desarrollo de sus miembros (escolares) (1-24-30).

Por ello la educación para la salud durante la infancia y la adolescencia tiene como objetivo el aprendizaje de conceptos, procedimientos y sobre todo, actitudes que promuevan la adquisición de hábitos saludables, la capacidad de autocuidado de los futuros adultos y la utilización adecuada y solidaria de los recursos sanitarios. (3).

En síntesis la estrategia de atención primaria se estructura en torno a una trípoide: *servicios de salud centrados en el primer nivel de atención, acción intersectorial y participación comunitaria*. Las comunidades de nuestro entorno están integradas por individuos entre los cuales existen grandes diferencias en cuanto a sus intereses y valores, y grandes desigualdades sociales y en salud; además en su ámbito coexisten diferentes redes de articulación social que pueden cooperar y constituyen mecanismos de organización formales e informales de distinta magnitud y complejidad, además como característica esencial es fundamental considerar que existe un ambiente externo a la propia comunidad que constituido por los medios de comunicación, y las grandes organizaciones sociales formales, interactúa de manera estrecha con la población concreta que estemos considerando. Se precisa una nueva concepción de la idea de comunidad en la que recojamos la influencia de las diferencias entre grupos y la importancia de los elementos externos (6).

El modelo sistemático de la atención medica familiar se presenta por primera vez a mediados de la ultima década del final del siglo XX, como una propuesta para llevar a cabo la practica de la medicina familiar, incidiendo en la identificación puntual de la esencia de la medicina familiar expresada en los tres ejes que la sustentan, conduce a la necesidad de definir una metodología que facilite esta practica a un nivel operativo de las habilidades y conocimientos que el médico familiar tiene como propios y exclusivos, resultado del análisis de un grupo de profesores de la especialidad innovando una posible estrategia de acciones que encaucen con claridad el trabajo médico familiar y que facilite un conocimiento lógico, analítico y critico de las familias; resultando una adecuado estudio de las características de la población a su cuidado definiendo los campos de acción propios de la medicina familiar y fundamentando el desarrollo de líneas de investigación en esta disciplina (12).

Antecediendo a este modelo, intentos por implementar un diagnóstico por consultorios de medicina familiar en búsqueda de la identificación de patología social y frecuencia de patología poco comunes en un consultorio fueron descritos por Fry (10) desde el inicio de los años ochentas y más atrás este propósito de integrar programas efectivos de promoción de la salud por parte del médico familiar (21) parten desde los trabajos de Mc. Whinney (21) y White (29) quien en 1961 describió por primera vez que un paciente de cada 250 consultas por problemas de salud era atendido en un hospital, señalando así la importancia del llamado Médico de Familia. Aquí se reafirma el desarrollo de actividades no estrictamente asistenciales que repercuten en la salud de la comunidad bajo su cuidado, es decir, incrementar actividades preventivas, de consejo y educación sanitaria (10). De esta manera el médico familiar deberá esforzarse por entender el entorno de las enfermedades más frecuentes que ocurren en su población, comprometerse más con la persona que con un cuerpo de conocimientos o grupo de enfermedades y observar permanentemente a un paciente como una población en riesgo (21) Mc. Whinney.

Y bien el proyecto: Modelo sistemático de atención médica pretende incidir en mayor o menor medida en cada uno de los cinco campos de acción, planteados por la Carta de Ottawa (22), que señala que a fin de mejorar la salud de las colectividades es preciso actuar en cinco campos de acción: 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. (22).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina familiar se ha practicado bajo un sustento médico con el propósito de atender las necesidades de salud de las familias, pero no ha tenido una base teórica, respaldada por evidencias científicas que permitan esclarecer el conocimiento de los grupos familiares asignados al cuidado de un médico.

El ejercicio profesional del médico familiar, actualmente se sustenta en tres acciones: estudio de familia, continuidad de la atención y acción anticipatoria; realizando finalmente, actividades que no permiten distinguir con la claridad el desempeño profesional que debe realizar un médico familiar, dando como resultado insatisfacción, tanto del usuario, como del médico, debido al conocimiento insuficiente de las características sociosanitarias, así como de los recursos que pueden ser implementados para mejorar el nivel de salud de las familias.

¿La población derecho-habiente de la zona conurbana de la ciudad de Villa Hidalgo, Nayarit, que características biosociales presentan? ¿Es un indispensable requisito para planificar los servicios de salud? ¿Conocer la misma y el planteamiento de la tipología familiar en el desempeño de la práctica médica nos permite optimizar la prestación de servicios en una forma integral?

III. JUSTIFICACION

En los sistemas actuales a causa de los avances científicos, tecnológicos y las grandes transformaciones de los sistemas sociales, políticos y económico; han producido cambios profundos tanto en el matrimonio como en el seno de la familia. Por lo que se ha estado originando un incremento importante en el estudio de la situación general de la Familia en los diferentes estratos socioeconómicos y culturales existentes.

Pero aun falta mucho por observar, valorar y analizar en la situación actual de las familias; además para nosotros los médicos familiares que laboramos a beneficio de las familias de los derechohabientes; es necesario conocer la situación de la estructura de las familias adscritas para así poder valorar y establecer medidas de educación y orientación en la atención familiar.

No es posible educar y orientar sin antes tener conocimientos de la situación estructural de las familias de nuestra unidad médica.

Así mismo la educación y orientación en la atención a las familias y no tan solo la Funcion o acción curativa biológica, predominante en accionar rutinario, encontraremos que al realizar y sumar las acciones patológicos en la atención a las familias; resulta que se logra un avance importante en el sistema integral de la familia y al final en base a la mayor efectividad de estas medidas de educación y orientación a través de un balance adecuado de las fuerzas positivas y negativas en la atención a las familias.

Al lograr de esta manera la disminución y mejor control de los problemas psicopatológicos y sociopatológicos de los miembros de las familias y estas acciones extendidas a todas las familias en general.

En virtud de que la medicina General Familiar ofrece estudio de familias, continuidad en la atención al individuo y su familia permite cubrir los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad constituyendo la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención para la salud incluyendo las actividades inherentes con el proceso de preservación, mantenimiento, promoción de la salud y no exclusivamente con el fenómeno de la enfermedad; se hace necesario este ensayo para identificar familias con los cuales es posible determinar alternativas de solución y en general a orientarlas acerca de las medidas preventivas necesarias para conservar la salud.

La medicina familiar es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades, que es fundamental en tres ejes: Estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria.

El sustento es una filosofía propia; la identificación de un campo único de acción y el desarrollo de investigaciones susceptibles son los tres grandes requisitos para considerar a una especialidad médica como una disciplina académica. Entre ellos, el más importante sin duda, es la investigación. Esta premisa se fundamenta en el proceso interactivo de la investigación-generación de conocimientos, con lo cual se apoya al campo de acción y se fortalece el desarrollo de una filosofía científica propia. Es menester un plan rector para la definición de prioridades, líneas de investigación y de recursos humanos. Un ejemplo de estas primeras es el estudio poblacional por medio de la estructura familiar. El cual nos da a conocer y valorar la situación de salud, así como el nivel social y demográfico apoyándose en este u otros instrumentos.

Además conocer las características biosociales de la zona conurbana de Villa Hidalgo, Nayarit; como requisito indispensable para planificar los servicios de salud; lo cual redundara en mayor satisfacción al usuario y disminuirán los costos de la atención médica al optimizar la prestación de los servicios con un enfoque integrador. Sin duda es importante plantear el programa preestablecido para la comunidad la cual resultaría beneficiada con una atención médica integral y resolución de sus problemas de salud. Agregando capacidad resolutive a sus problemas de saneamiento básicos, medidas preventivas, higiene personal, programas de salud e interacción adecuada con su medio.

Con respecto a la institución de salud resulta beneficioso para la misma coadyuvar al mejoramiento de la población en estudio por medio de realización de actividades correspondientes al primer nivel de atención.

Otro satisfactor de importancia para la institución educativa y el alumno al conocer la estructura de las familias adscritas sería la de contribuir para planear, normar y realizar acciones con renovada actitud que favorezcan la resolución de los problemas detectados sobre una base científica.

IV. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo General

Identificar las características biosociales de la población adscrita al consultorio Único Médico Familiar del ISSSTE en la zona conurbana de la ciudad de Villa Hidalgo, Nayarit

Objetivos Específicos

- Determinar pirámide poblacional por edad y sexo.
- Identificar número de núcleos familiares.
- Identificar las 10 causas de consulta más frecuentes en la población adscrita.
- Establecer frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas en la población adscrita.
- Conocer la estructura familiar de la población

V. HIPÓTESIS

No requiere hipótesis

VI. METODOLOGÍA

a) Tipo de Estudio

- Observacional (Descriptivo)
- Retrospectivo.
- Transversal.
- Abierto.

b) Población Lugar y Tiempo

Familias adscritas al consultorio Único de la Unidad de Medicina familiar No. 20.
En el periodo comprendido de Enero – Julio del 2000

c) Tipo y Tamaño de la Muestra

Total de población para el estudio demográfico y morbilidad Muestreo aleatorio estratificado de 100 familias, para estudio de comunidad.

d) Grupos de Estudio

- Grupo de Casos: Familias adscrita al consultorio Único de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE.
- Grupo control: No existe

e) Criterios de Inclusión

- Derechohabientes del ISSSTE, UMF, No. 20 de Villa Hidalgo, Nayarit.
- Asignados al consultorio Único de la UMF, No. 20 del ISSSTE.
- Que posean expediente clínico
- Población usuaria.
- Que acepte contestar la encuesta de forma completa
- Integrada a una familia.

Criterios de Exclusión

- No existen

Criterios de Eliminación

- No existe

f) Variables de Medición

Para el censo poblacional: Las variables son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, identificándose una escala de intervalo para las primeras y nominal u ordinal en las segundas, según sea el caso. Se consideran las variables de:

- Numero total de individuos
- Numero total de individuos de sexo masculino
- Numero total de individuos de sexo femenino
- Numero total de individuos de sexo masculino por grupos etarios
- Numero total de individuos de sexo femenino por grupos etarios.

Para estudio de comunidad las variables son fundamentalmente cualitativas en escala nominal. Se identifican:

- Nombre de la familia
- Estado civil
- Años de unión conyugal
- Escolaridad
- Edad del padre
- Edad de la madre
- Numero de hijos (hasta de 10 años de edad)
- Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad)
- Numero de hijos (de 20 o mas años de edad)
- Ocupación de los padres de familia
- Ingreso económico
- Tipo de familia
- Etapa de ciclo vital familiar

Para la identificación de las causas de consulta se consideran variables de tipo cualitativo en escala nominal, a las cuales corresponden:

Los diez primeros motivos de consulta, por grupos de edad y sexo, así como los siete primeros padecimientos crónicos degenerativos.

a) Método de Captación de la Información

- ✓ Mediante el cotejo del total de expedientes se realizó pirámide poblacional
- ✓ A través de la revisión del informe diario de labores utilizando el formato oficial (SM-10-1) se determinó las principales causas de consulta. Así mismo se determinó frecuencia de principales enfermedades crónico-degenerativas.
- ✓ A una muestra aleatoria de 100 núcleos familiares se aplicó entrevista personal utilizando formato (Entrevista de reconocimiento familiar, Modelo sistemático según Irigoyen-C), que contempla 19 reactivos para identificar estructura y tipología familiar, incluyendo número de hijos por familia, estado civil, años de unión conyugal, ocupación de los padres; ingresos, edad de los hijos, tipo de familias y etapa del ciclo vital.

b) Consideraciones Éticas

- ✓ Los resultados obtenidos fueron manejados confidencialmente y no implicaron riesgos para la salud.

VII. RESULTADOS

Este estudio demuestra de manera adecuada las características bio-sociales de la población que se estudia

La totalidad de la población derechohabiente suma 802 la población por grupo de edad y sexo se describe (Grafico 1) El total de familia al consultorio único suma 150. la pirámide poblacional objeto de este estudio y que refleja la zona conurbana de Villa Hidalgo revela en su mayoría población joven predominando el sexo femenino para el grupo de edad de 15 – 44 años. En una relación mujer: hombre de 1.22-1 (Grafico 1).

Las causas de consulta predominante fueron captadas en un periodo de Enero a Julio de 1995 (Grafico 2) destacando las infecciones Respiratorias Agudas, Parasitosis, Hipertensión Arterial Sistémico, Diabetes Mellitus II, Urosepsis, Enteritis Dematosis entre otros. Los principales motivos de consulta para control de enfermedades crónico-degenerativas fueron en un período de Enero a Julio de 1995 (Grafico 3) destacando Hipertensión Arterial Sistemática, Diabetes Mellitus II,; Enfermedad Articular Degenerativa y Asma Bronquial

Se seleccionó un total de 100 familias mediante muestreo aleatorio para analizar la estructura familiar; el estado civil fue 79 (79%) con estado civil casados, 18 (18%) viven en unión libre, 3 (3%) madres solteras (Grafico 4). Los años de unión conyugal quedan descritos en el (Grafico 5) destacando el de 11 – 20 años

Respecto a la edad de los padres, con referencia la padre, el grupo de edad mayoritario fue entre 31 - 40 años; igualmente para ese mismo grupo de edad (Grafico 6)

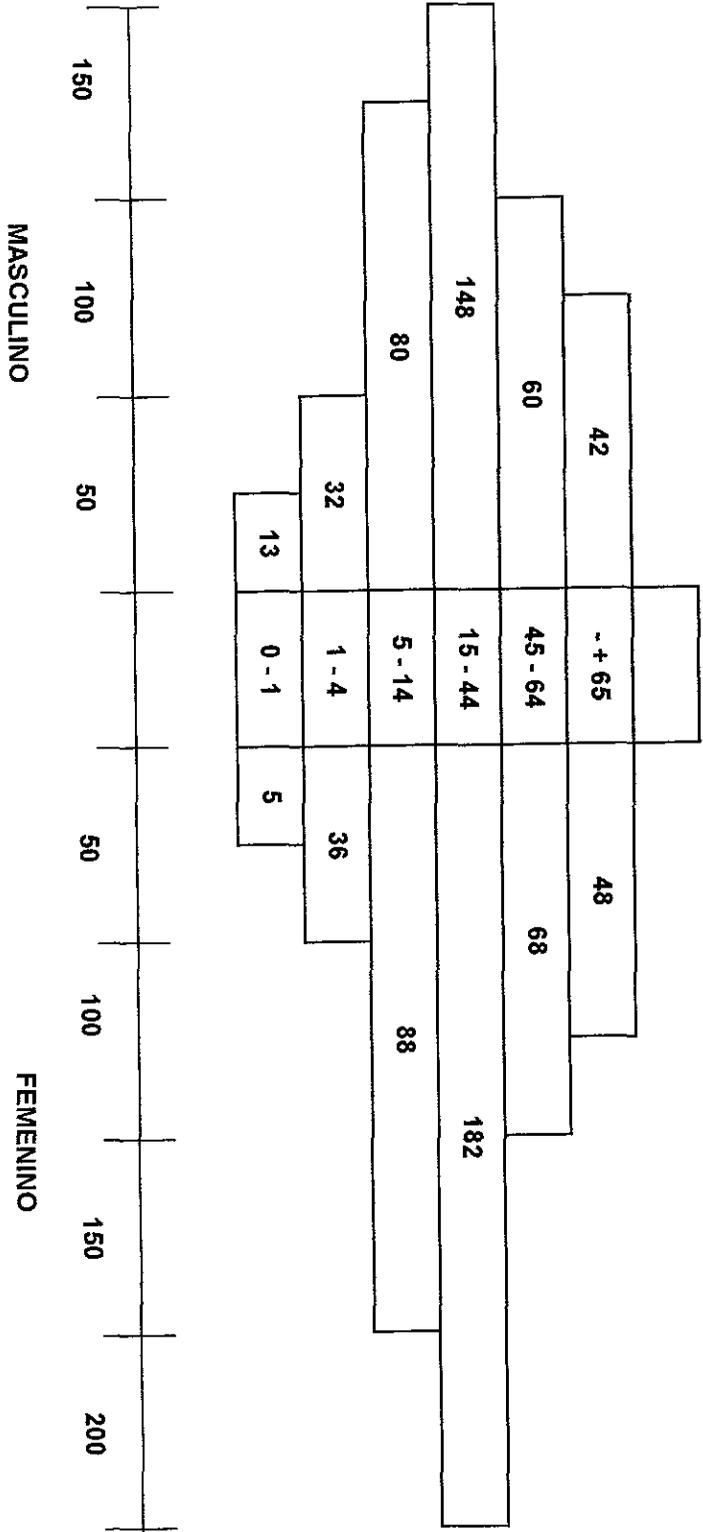
Las edades de lo hijos en las familias (Grafico 7 y 7 A.) predomino el rango entre 20 - + años con un 59.5%. En un 52% de familias tuvieron en total hijos en numero de 0 – 3 (Grafico 7B.) y en relación a edades de los hijos se encontró mayoritariamente hijos entre 20 - + años siguiendo en frecuencia los hogares con hijos entre 0 – 10 años. (Grafico 7)

Los ingresos son en 65 (65%) de 1-2 salarios mínimos como ingresos mensuales. En 19 (19%) tiene 3 ó + salarios mínimos mensuales, en 16 (16%) perciben menos de un salario mínimo. (Grafico 8)

La ocupación del padre destaca la de profesionista (32%), agricultura (17%) y obreros (14%); en cuanto a la madre se visualiza con ocupación de maestra un 27% y al hogar un 64%, si condensamos en rubro profesionista lo encontrado en total alcanzaría un 31% (Grafico 9 y 10) respectivamente. La estructura familiar en cuanto a su desarrollo se encontraron 66 (66%) son tradicionales y 34 (34%) son familias modernas (Grafico 11). Por su demografía 100 (100%) son semiurbanas (Grafico 12). La composición de 58 (58%) son familias nucleares, 42 (42%) son familias extensas (Grafico 13 y 13A). La integración 80 (80%) integradas, 1 (1%) fueron familias semi-integradas y 19 (19%) familias desintegradas (Grafico14). La etapa del ciclo vital según Geyman se describen(Grafico 15) predominando la etapa de dispersión con un 35%; seguida de la etapa de retiro en un 25% de las familias.

**PIRAMIDE POBLACIONAL ADSCRITA CONSULTORIO UNICO.
CLINICA MEDICA FAMILIAR No. 20 VILLA HIDALGO, NAYARIT.**

GRAFICO No. 1.

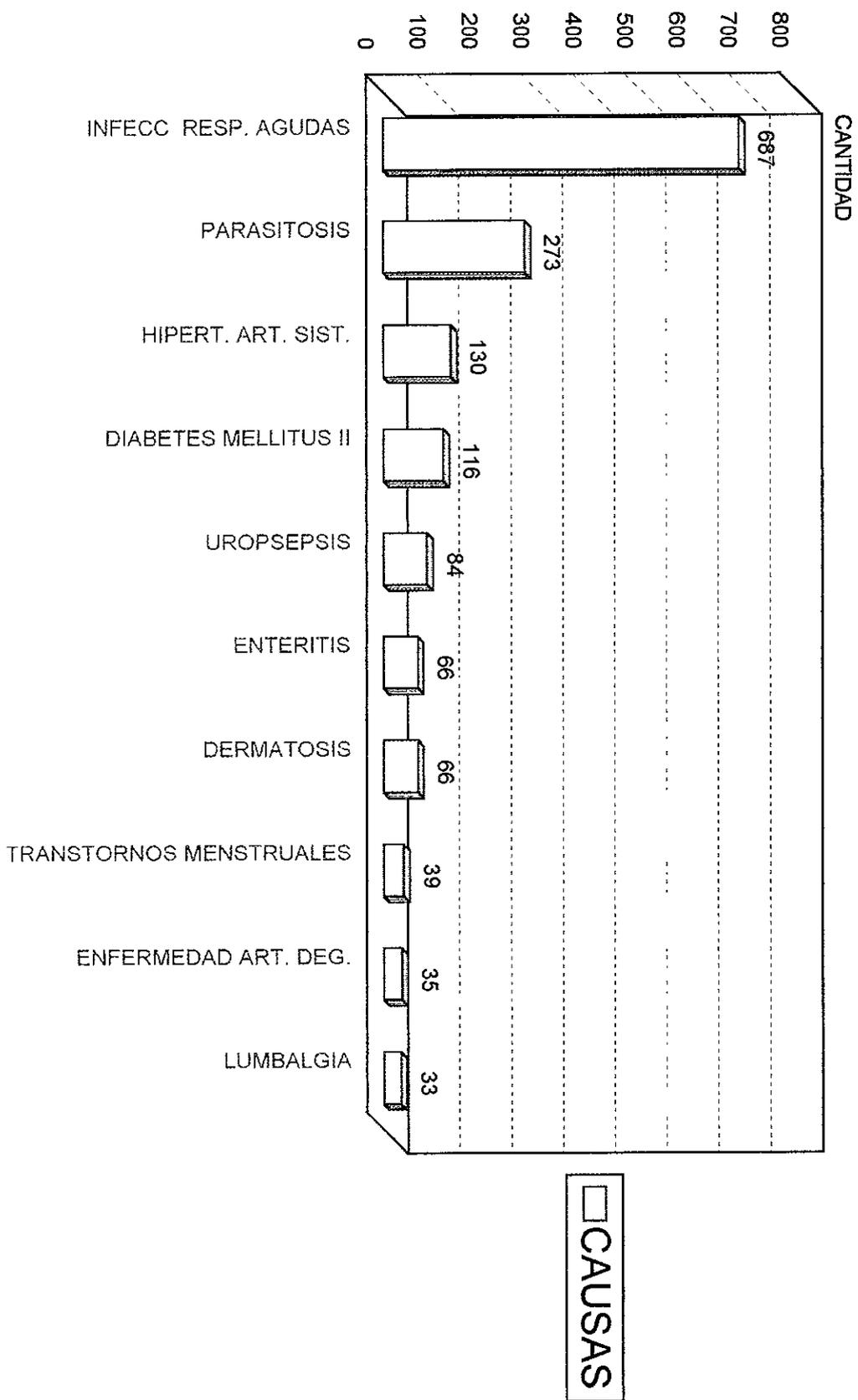


FUENTE: ARCHIVO CLINICO.
DEPARTAMENTO ESTADISTICA
DELEGACION ESTATAL ISSSTE.

DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR.

MORBILIDAD EN POBLACION ADSCRITA AL CONSULTORIO UNICO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DE ENERO - JULIO 1995

GRAFICO No. 2



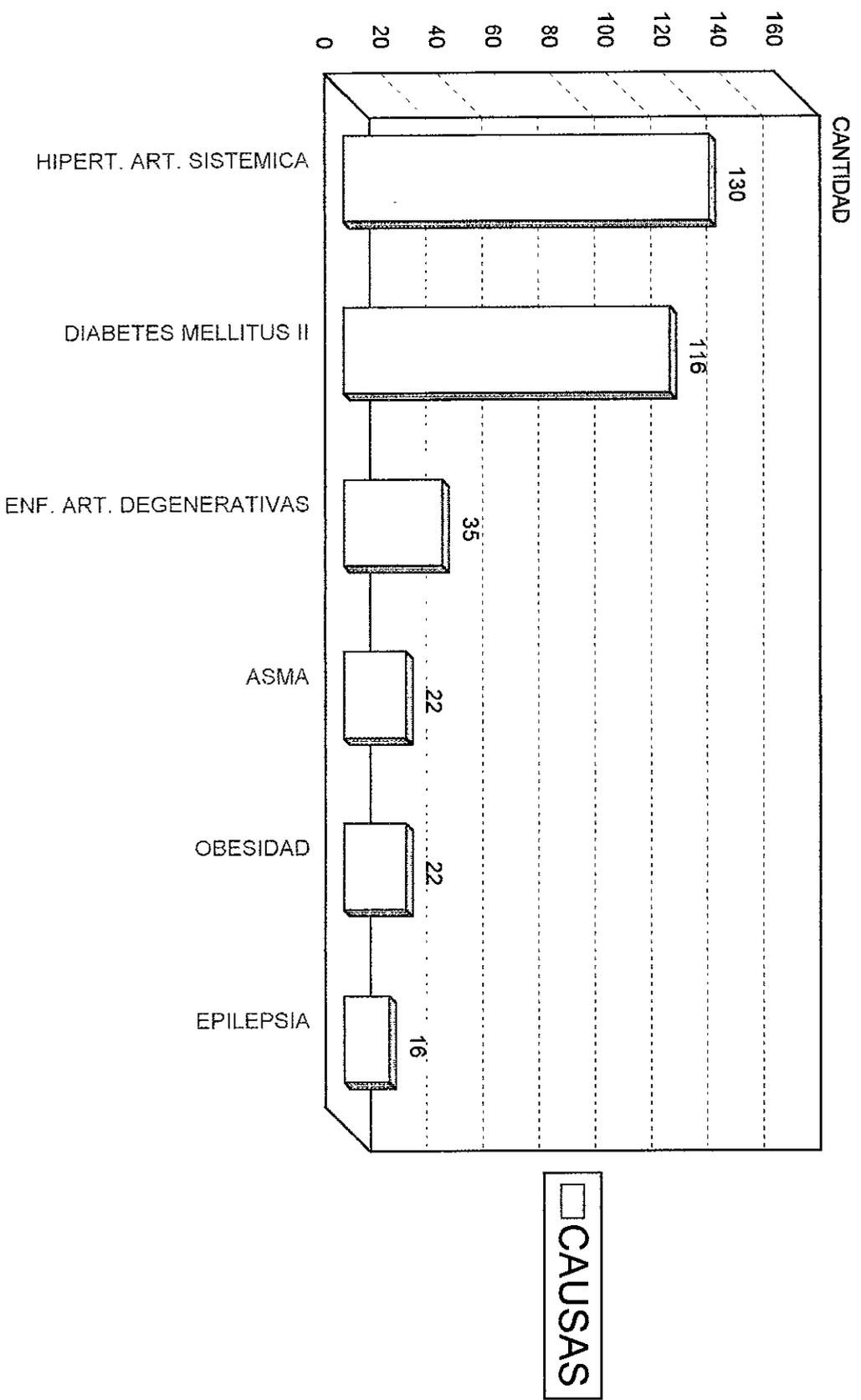
FUENTE INFORME DIARIO DE LABORES

DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO No. 3

ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS EN EL CONSULTORIO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DE ENERO - JULIO 1995

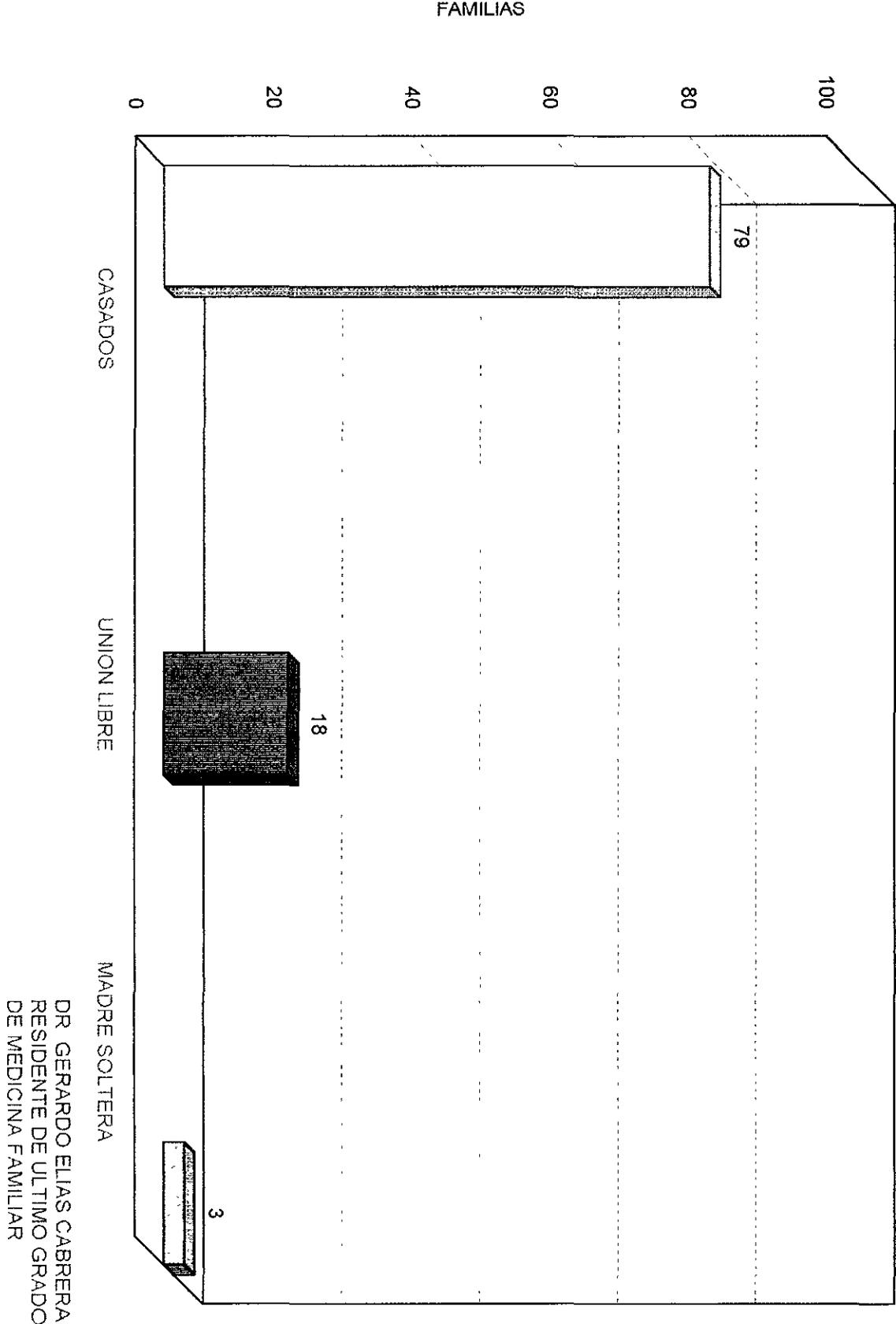


FUENTE: ARCHIVO CLINICO TARJETAS DE ENFERMERIA

DR GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO No.4.
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

ESTADO CIVIL



DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO No. 7.
MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

INTERVALO DE EDADES DE HIJOS

(ENTREVISTA A 100 FAMILIAS)

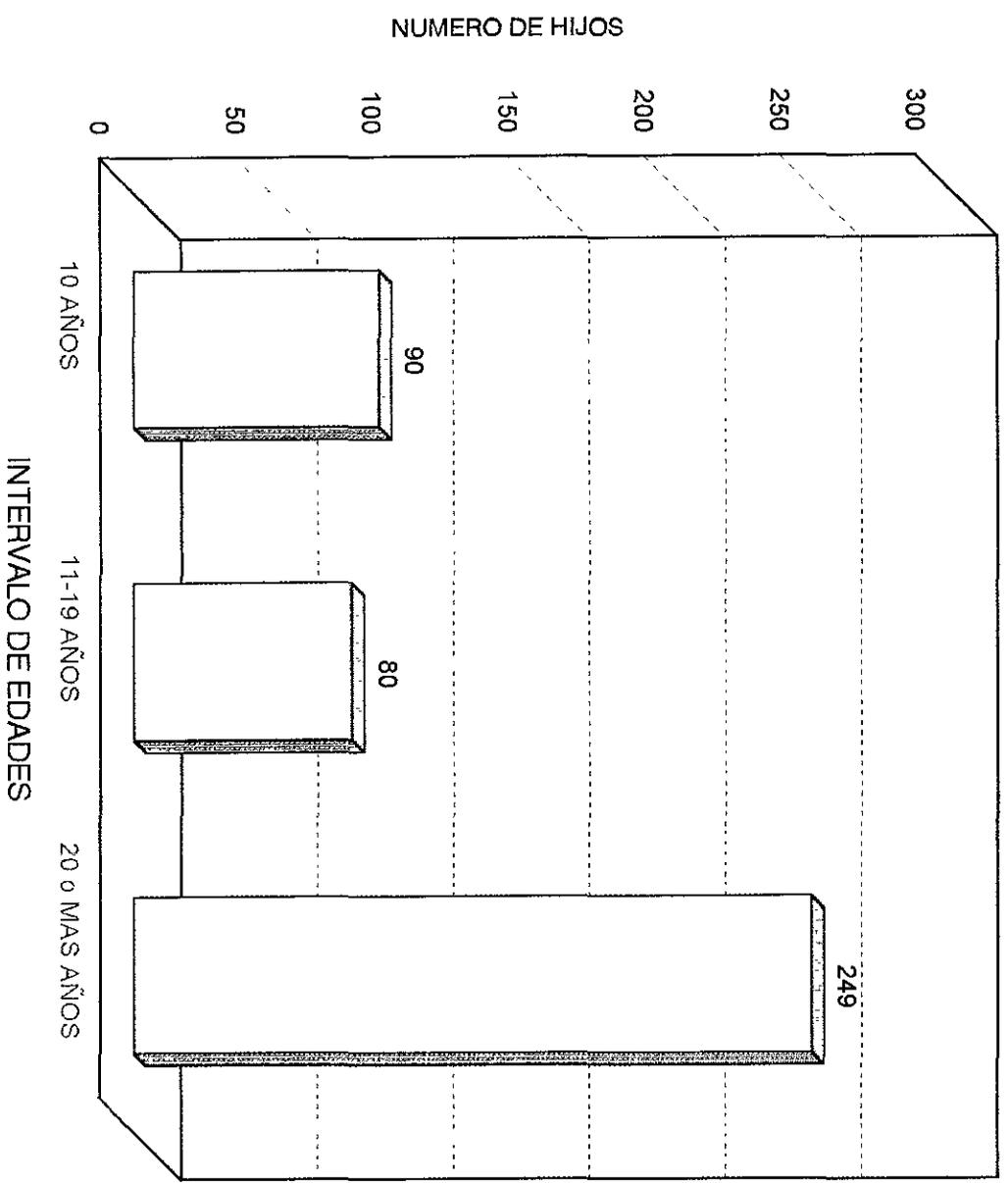
EDADES	NUMERO DE HIJOS	%
0 A 10 Años	90	21.5
11 a 19 Años	80	19.0
20 a + Años	249	59.5

FUENTE: Entrevista de reconocimiento familiar.

DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

INTERVALO DE EDADES DE HIJOS



NUMERO HIJOS

GRAFICO No. 7B.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

NUMERO TOTAL DE HIJOS POR FAMILIA

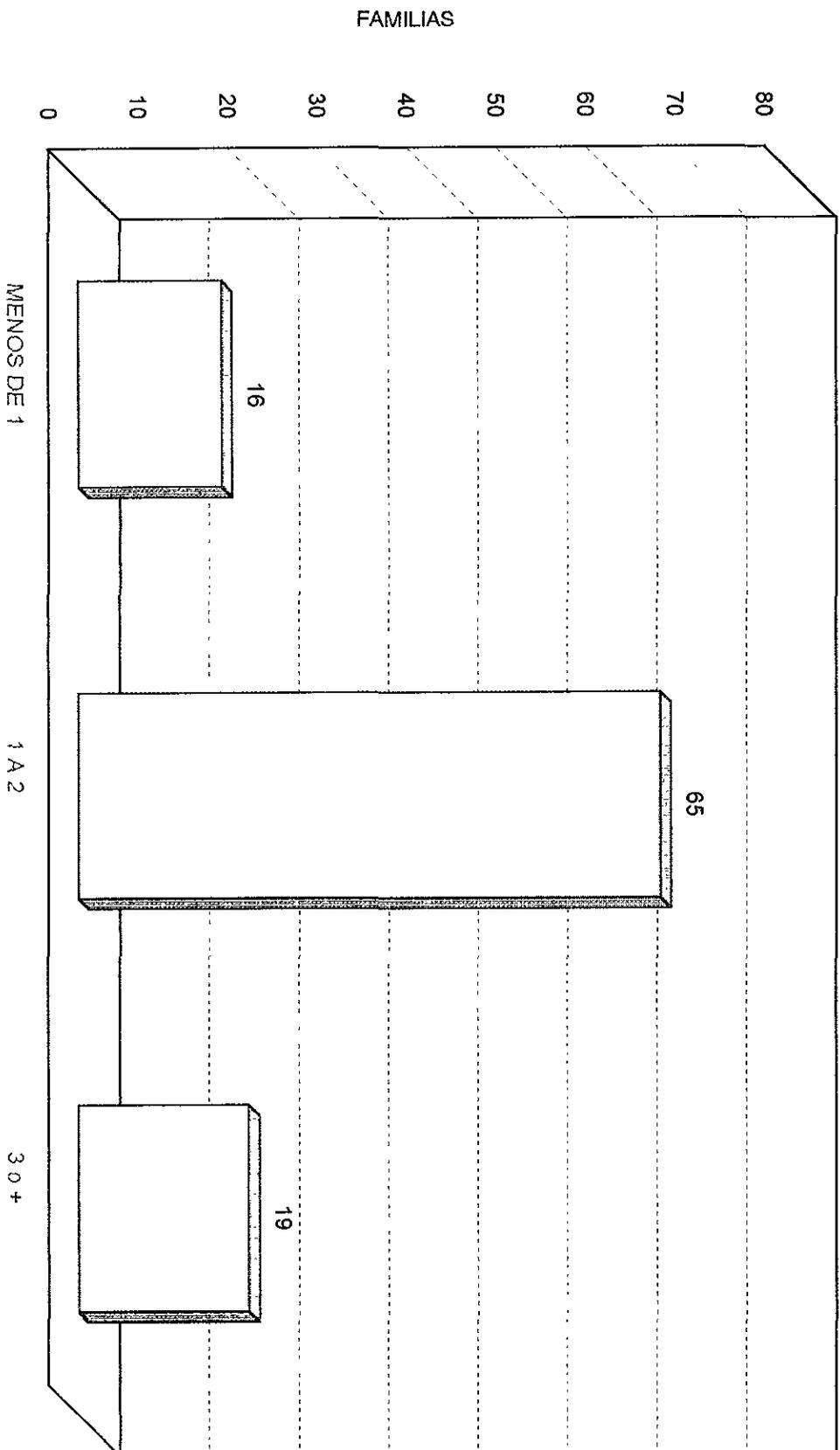
(ENTREVISTA A 100 FAMILIAS)

NUMERO DE HIJOS	NUMERO DE FAMILIAS	% FAMILIAS
0 a 3	52	52.0
4 a 6	29	29.0
7 a 9	14	14.0
10 a 12	5	5.0

FUENTE: Entrevista de reconocimiento familiar.

DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.



DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO No. 9.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

OCUPACION DEL PADRE

OCUPACIÓN	% FAMILIAS
PROFESIONISTA	32.0
BURÓCRATAS	12.0
OBREROS	14.0
COMERCIANTE	4.0
TÉCNICO	6.0
POLICIA	3.0
AGRICULTOR	17.0
INTENDENTE	3.0
JORNALERO	6.0
MECANICO	1.0
SE IGNORA	2.0

FUENTE: Entrevista de reconocimiento familiar.

DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO No. 10.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR
 EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

OCUPACIÓN DE LA MADRE

OCUPACIÓN	% FAMILIAS
COMISIONISTA	1.0
AUXILIAR ADMINISTRATIVO (SECRETARIA)	4.0
MAESTRA	27.0
TRABAJADORA SOCIAL	3.0
HOGAR	64.0
ENFERMERA	1.0

FUENTE: Entrevista de reconocimiento familiar.

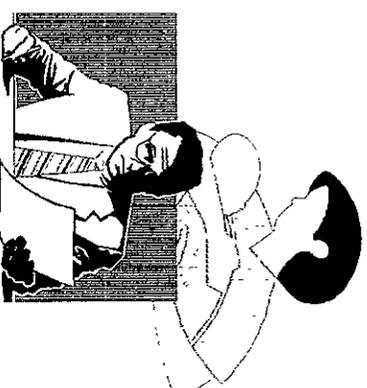
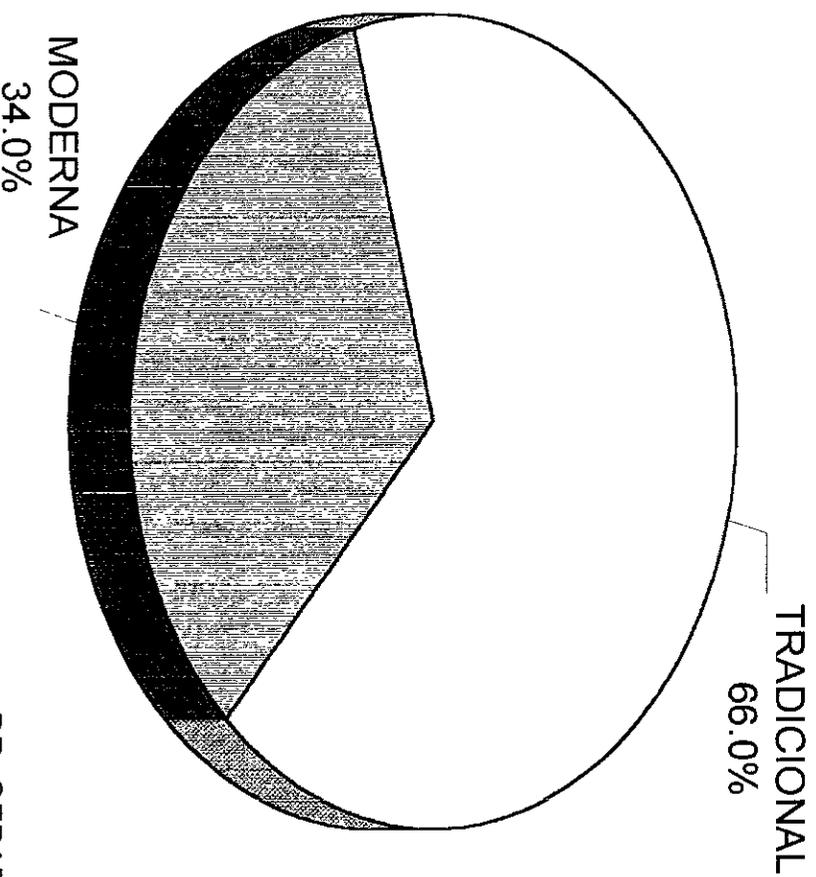
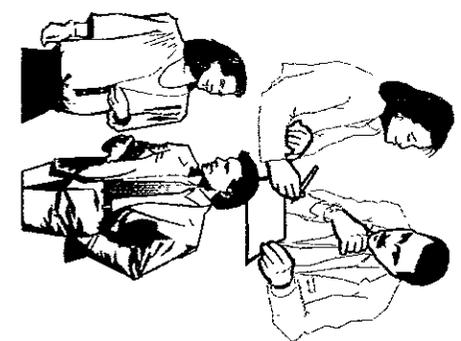
DR. GERARDO ELIAS CABRERA
 RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
 DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO No. 11.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

TIPO DE FAMILIA: DESARROLLO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20



DR. GERARDO ELIAS CABRERA.
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

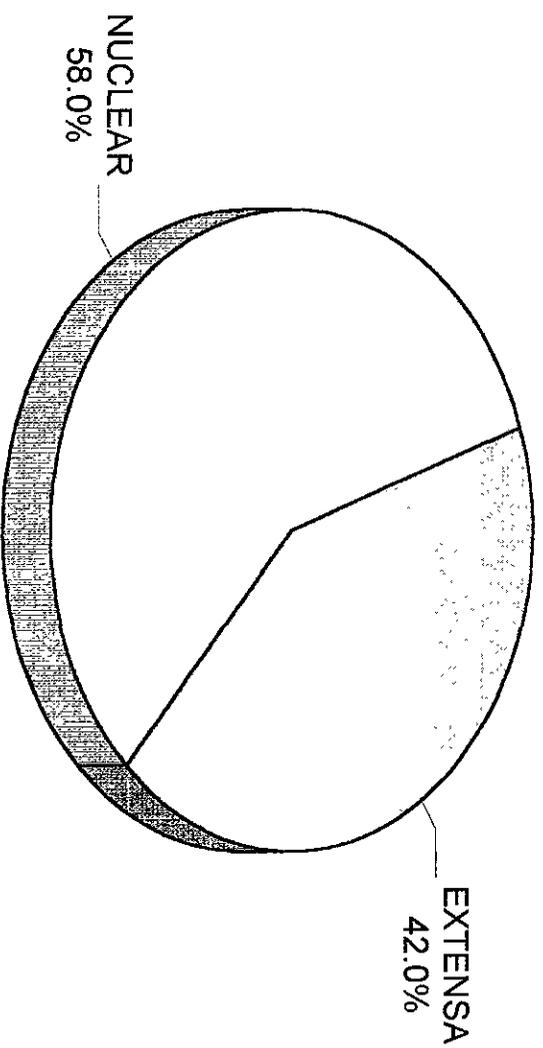
FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

GRAFICO No.13A.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

TIPO DE FAMILIA: COMPOSICION

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20



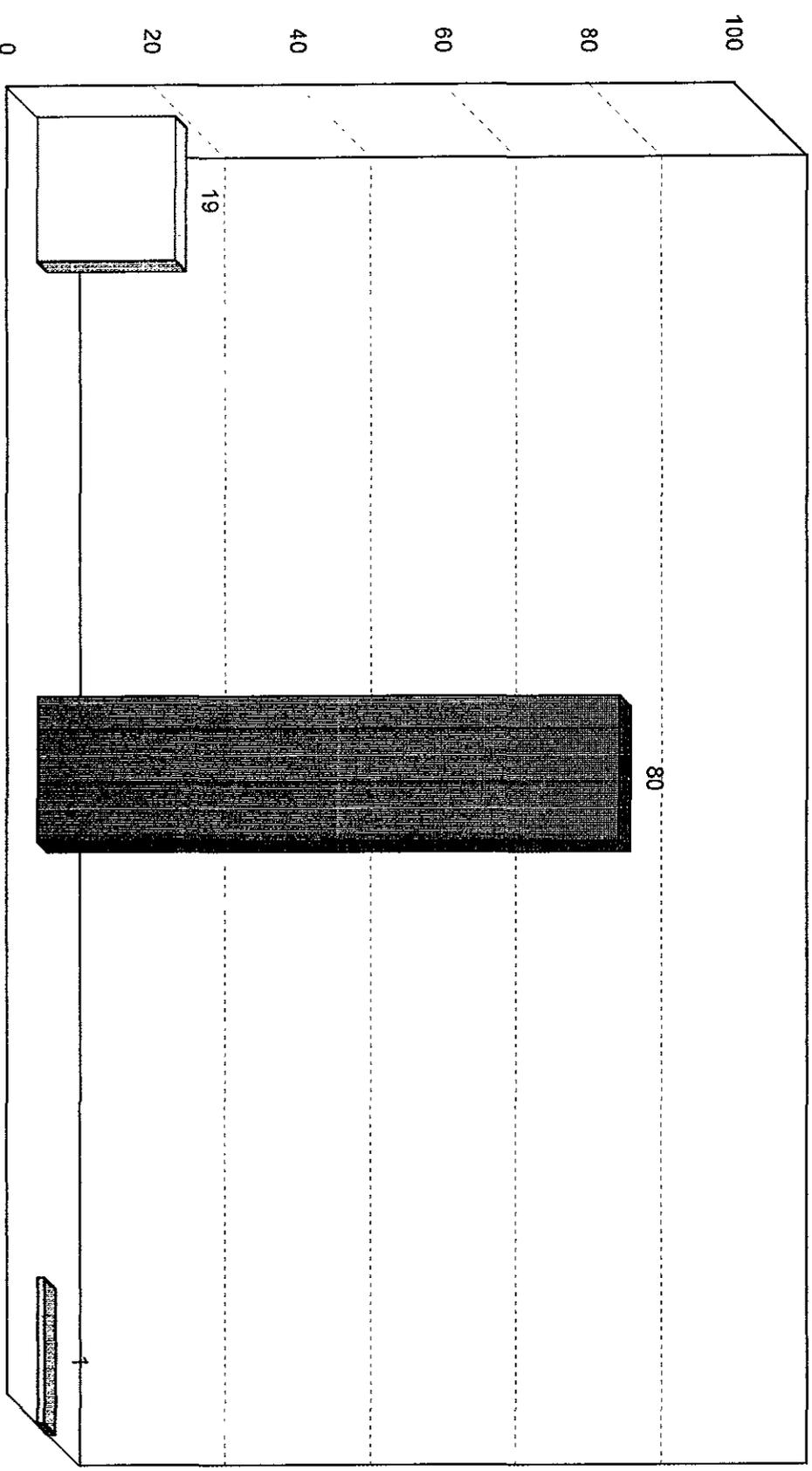
FUENTE. ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. GERARDO ELIAS CABRERA,
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

GRAFICO No.14.

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

TIPO DE FAMILIA: INTEGRACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20



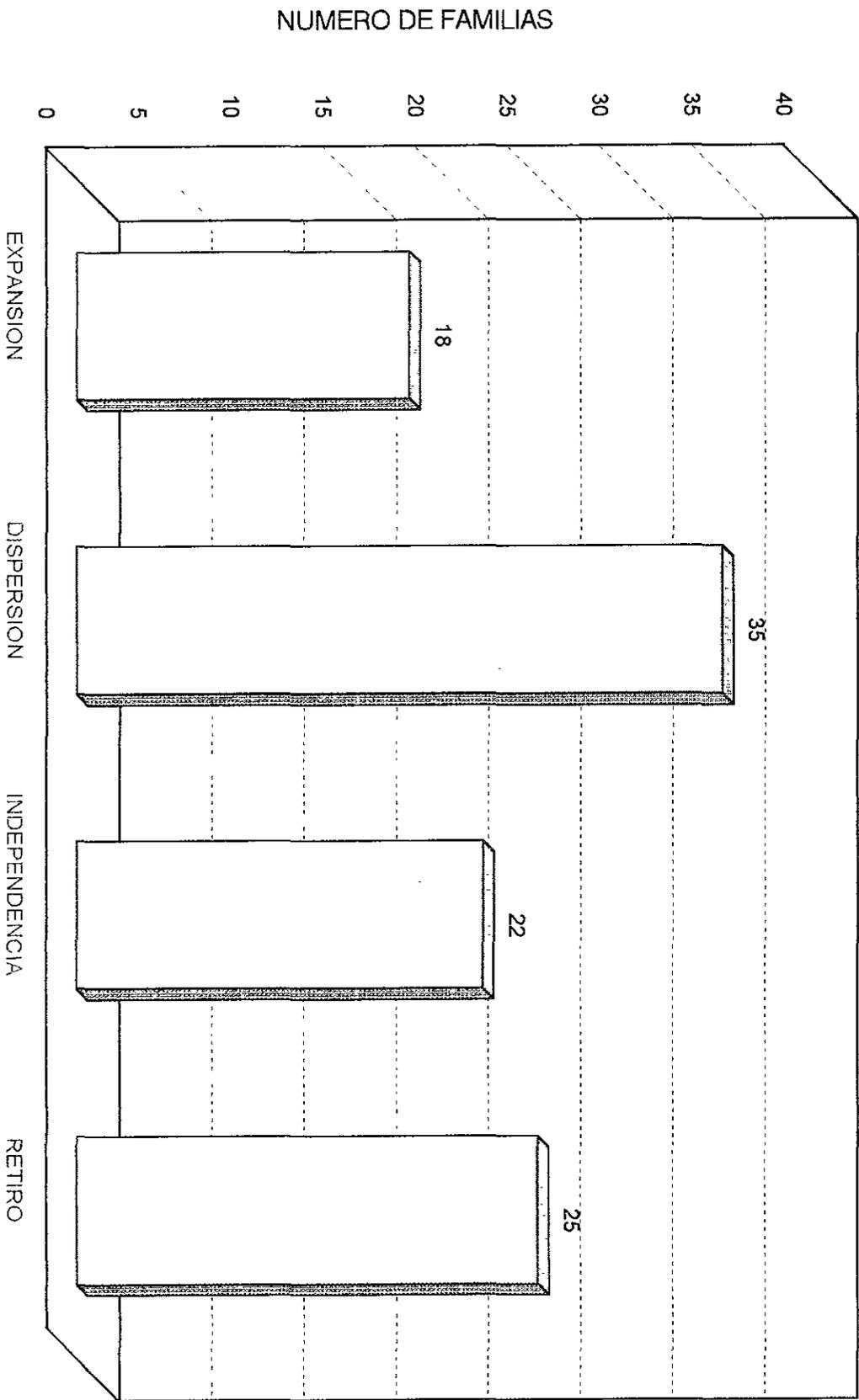
FUENTE INFORME DIARIO DE LABORES

DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

MODELO SISTEMATICO DE ATENCION MEDICA FAMILIAR EN EL CONSULTORIO No. 1
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ISSSTE DE VILLA HIDALGO, NAYARIT.

ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR
(ENTREVISTAS A 100 FAMILIAS)

GRAFICO No. 15



FUENTE: ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

DR. GERARDO ELIAS CABRERA
RESIDENTE DE ULTIMO GRADO
DE MEDICINA FAMILIAR

VIII. DISCUSIÓN

En base a las características biosociales tenemos en su mayoría una población joven con predominancia del sexo femenino esto inclusive un poco mayor en edad reproductiva; siendo esto en semejanza con estudio causal de 1990 y casi igual a estudios recientes en México (17-25) como causas de consulta mas frecuentes encontramos a las infecciones respiratorias agudas, las Parasitosis, hipertensión arterial sistémica,; diabetes, mellitus, Urosepris, dematosis, muy posiblemente lo anterior en respuesta al periodo de captación de la información, llamando la atención que la Hipertensión Arterial Sistémica y la Diabetes Mellitus se encuentran entre los primeros sitios de causalidad lo que podría reflejar detección y control de enfermedades crónico degenerativas y su aparición a mas temprana edad, coincidiendo con la morbilidad en enfermedades crónico degenerativas por ser la hipertensión arterial sistemática y la diabetes mellitus sus primeras causas indicando con esto una importante asistencia de pacientes adultos mayores confirmando la transición epidemiológica que esta ocurriendo en nuestro medio (9-17-25). Las características en lo respectivo a años de unión conyugal, edad de los padres, son similar en cuanto al grupo de edad obtenida en este ultimo rubro al censo de 1990 (17) el estado civil se encontró con resultados un poco diferente a lo publicado en el censo de 1990 (17) y semejante a resultados de estudio actuales obtenidos en México (25) al conocer las edades de los hijos y el numero total de hijos se visualiza un aumento de nucleares familiares pequeños en relación con censo de 1990 era de 4 hijos por familia (17).

El escaso ingreso económico de la familia en estudio tomando en cuenta que en su mayoría son tradicionales por este hecho se explica dándose esto mas en la llamada familia popular (1, 24, 30) observando lo contrario a los estudios recientes de México donde mencionan que por la crisis económica los hogares mexicanos cuentan con ingresos de ambos cónyuges (17) parecido esto en la descrita en otro país (15) sobre la familia Dominicana.

Coincide demográficamente hablando el hecho que en su totalidad las familias en estudios tiendan a la urbanización; con la tendencia actual de que las comunidades van hacia urbanizarse desplazando a los de tipo rural (15-28). Tendencia encontrada en otro

estudio realizado en Nayarit (25) en cuanto a su composición mayoritariamente nuclear y a su forma de integración son datos similares a estudios realizados en México (17-25) donde se reportan familias nucleares 68.4%, extensas 25.1%, compuestas 1.1%, y en la integración 63% integradas (17).

El efecto predominante en la clasificación de etapa de dispersión de las familias en estudio podría explicarse por una parte lo encontrado respecto a lo que la mujer se establece en mayor proporción de población y en intervalo de edad; reproductiva y muy posiblemente a el hecho de la existencia o acceso de las mismas a programas de planificación familiar (paridad satisfecha) que contribuyen a ella (6) señalando los periodos iniciales que viven actualmente la mayoría de las familias en México apegándose a los patrones socioculturales que considerablemente se adoptan en las zonas urbanas (17-25-26) y en otros países (15-28).

IX. CONCLUSIONES

La población estudiada se observó que no varía mucho; mas bien es similar a el tipo de predominancias de población en nuestro país en cuanto a sexo, edad reproductiva y porcentaje de población juvenil e infantil de ambos sexos.

Las familias encontradas predominantemente tradicionales con ocupación de tipo obrera, agrícola-hogar en los padres y en su minoría nucleares con ocupación de los padres en su mayoría profesionistas y en su mayor parte en fase de dispersión de su ciclo vital también semejante a lo reportado en otros estudios poblacionales en el país y otros países.

Las causas de consulta encontrados fueron las habituales en cuanto a su predominancia en el primer nivel de salud, mismas que son perfectibles de atención y en razón de frecuencia de enfermedades crónico degenerativas se encontró similitud en lo informado en otros estudios y estos mismos factibles de control en este primer nivel de atención de salud con apoyo en algunos casos del 2^{do}. nivel de salud de nuestro medio.

En si el Modelo Sistemático de Atención familiar debe ser primordial para el medico de primer nivel de atención medica, dados los resultados al obtener una mejoría en la atención de la salud de los integrantes de las familias en estudio de una manera integral; así como anticiparse al riesgo con el conocimiento y seguimiento del ciclo vital familiar incidiendo primordialmente en la prevención, promoción y asistencia de la salud. Fortaleciendo la base teórica para la practica de la Medicina familiar.

Finalmente el modelo sistemático es de fácil aplicación y aceptación por las familias estudiadas. Al comparar los resultados de este estudio encontramos que las características de estructura familiar no difieren en mucho a lo establecido en otros estudios; considero que al que al incentivar la continuación de este tipo de estudios con muestras mas numerosas que evidencien claramente las diferencias o similitudes observadas, no desmereciendo este trabajo y si de esta manera poder llegar a resultados que permitan generalizar estas y otras observaciones.

X. BIBLIOGRAFIA.

1. Andracó=Oyarzun, I. González López B. Salas Aliaga M.I. Características de la Estructura Familiar de escolares con antecedentes de Desnutrición Grave y Precoz que presentan actualmente diferente nivel intelectual, Santiago, Chile Archivos Latinoamericanos de Nutrición Vol. XLI 1991; 2:171-180.
2. Bertalanffy V.L. Teoría General de Sistemas. México, Editorial fondo de Cultura Económica 1987
3. Bustos LG. El pediatra en atención primaria y las actividades preventivas. Atención Primaria 1993; 12: 183-184.
4. Ceitlin J. ¿Qué es la medicina familiar? FEFAPEM/KELLOGG. 1982.
5. Chavez A. Victor La atención integral en medicina familiar. Medicina Familiar REV MED IMSS(MEX) 1995:33(167-171)
6. Delgado A. López-Fernández L. La Participación Comunitaria: una revisión necesaria Atención Primaria 1992; 9:457-459.
7. Estebanell-Arnal JA et al. Actuación derivada de la aplicación de un programa de actividades preventivas Aten. Primaria 1992; 10: 539-542.
8. Engels, I. : "El origen de la familia , " La propiedad privada y el estado", Edición Especial. Pág. 8.
9. Elías C. G. Estudio Situacional Unidad de Medicina Familiar No. 20 ISSSTE 1995;9-13.
10. Fry J. La contribución de la Investigación al Mejoramiento de la Practica familiar. En: Medialie JH Medicina Familiar Principios y Practicas . México Editorial Limusa 1987.
11. Gil VF et. al. Medicina en Atención Primaria (Asignatura Optativa de Pregado en la Universidad de Alicante): dos años de experiencia. Atención Primaria 1993; 12:48-50.
12. Irigoyen-Coria, Gómez-Clavelina, Jaime-Alarid, Hernández-Ramírez, Farfán-Salazar, Fernández-Ortega, Mazón-Ramírez. Fundamentos de Medicina Familiar. México. Editorial Medicina Familiar Mexicana 1995.
13. Irigoyen-Coria, A. Gómez-Clavelina, F. Hernández-Ramírez C. Farfán-Salazar G. Diagnostico Familiar México. De. Medicina Familiar Mexicana 1994.
14. Jiménez-Mena C. et al. Análisis de la cobertura del programa de actividades preventivas y promoción de la salud según grupos de edad. Atención Primaria 1993;12: 269-272.
15. Kasse Acta E. Aspectos Socioculturales de la Estructura de la Familia Y el Niño en Comunidades Urbanas de Países Subdesarrollados. La Familia Dominicana. Archivos Dominicanos de Pediatría Vol. 17:1981:3:201-213.
16. Kening R. La Familia en Nuestro Tiempo. España: Siglo XXI, Editores, 1981 83-91
17. López, B. Maria. El perfil censal de los hogares y las familias en México, INEGI SSA UNAM. Dic/1994. México.
18. Mc. Whinney I. Medicina de Familia 1ra. De. En español, España: DOYMA LIBROS S.A. 1995. 61-73 Y 101-128.

19. Martín A. Brotons C. Ciurina R et al. Actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas de atención primaria. En: Martín Zurro A. Cano Pérez JF, eds. manual de atención primaria. 2ª de. Barcelona, Doyma, 1989:661-675.
20. Mc. Whinney I General practice as an academic discipline. Reflections after a visit to the United States. Lancet. 1996;1:419-423.
21. Mc. Whinney I. An Introduction Family Medicine. Oxford University Press 1980.
22. OMS Ottawa Charter ForHealth Promotion.An International conference On health, Promotion Ottawa, 1986
23. Rodríguez Morúa P. et al. Cumplimiento de actividades preventivas en un centro de atención primaria. Atención Primaria. 1994; 13:39-41.
24. Rodríguez D. La familia como sistema social. En ¿Crisis en la familia? Cuadernos de Instituto de sociología, Universidad Católica, 1983.
25. Santiago Iglesias H, Lomeli-Guerrero LE Diagnostico de Salud Y Estructura Familiar a través de Modelo Sistemático de Atención Médica Familiar Ed. México Editorial Medicina Familiar Mexicana, 2000; 2(1):11-16.
26. Saucedo G. Juan. Lineamientos para evaluar la vida en familia REV MED IMSS (MEX) 1995;33:249-256.
27. Satir V Psicoterapia familiar conjunta. México, D.F. Editorial Prensa Médica Mexicana, 1986 86-8.
28. Thomas Kane. World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau Inc; Washington, D.C., 1979.
- 29 White KL, Williams TL, Greenberg Bg. The ecology of medical care. N. Engl JMed 1961;265:885-892.
30. Yáñez C. La Familia Urbana marginal. Documento de Trabajo. Chile, CIDE, 1977.

ANEXOS.

Cuestionario.

Instructivo del llenado de cuestionario.

ANEXO I.

ENTREVISTA DE RECONOCIMIENTO FAMILIAR

FAMILIA _____ EDO. CIVIL. Casados ()

CEDULA _____ Unión Libre ()

Años de Unión Conyugal: _____

Nombre del entrevistado _____

Edad _____ Sexo M F Escolaridad _____

Domicilio: _____

Edad del padre: _____ Edad de la Madre: _____

Numero de hijos (hasta de 10 años de edad) _____

Numero de hijos (de 11 a 19 años de edad) _____

Numero de hijos (de 20 o mas años de edad) _____

TIPO DE FAMILIA: Marque con una equis (x).

DESARROLLO: Moderna () DEMOGRAFICA Urbana ()
Tradicional () Semiurbana ()COMPOSICIÓN. Nuclear () INTEGRACIÓN Integrada ()
Extensa () Semi-Integrada ()
Compuesta () Desintegrada ()

ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR.

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

Ocupación de los padres de familia: _____

Ingresos mensuales aproximados: - de 1 salario mínimo ()
de 1 a 2 salarios mínimos ()
3 o mas salarios mínimos ()

OBSERVACIONES: _____

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA DESARROLLO	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA INTEGRACION
22	ROBLEDO CARRILLO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
23	GONGORA CUEVAS	MODERNA	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
24	MADERA RODRIGUEZ	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
25	ANGUIAN SALAZAR	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
26	DE ALBA MURO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
27	PALACIOS DE HARO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
28	RODRIGUEZ RUEDAS	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
29	ANGUIAN PEÑA	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA
30	MUÑOZ GUEVARA	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
31	PALACIOS LOPEZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
32	BARBOSA DE JESUS	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
33	LEAL RODRIGUEZ	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
34	RUIZ MALDONADO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
35	RUIZ OROSCO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
36	ORTEGA HERNANDEZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
37	MALDONADO GONZALEZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
38	NAVARRO NUÑEZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
39	AGUILA SALCEDO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
40	MADERA SOTO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
41	ARELLANO NAVARRETE	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
42	HERRERA FLORES	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
43	FLORES RODRIGUEZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
44	CONTRERAS MACIAS	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
45	MACIAS CERVANTES	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
46	SANCHEZ MIRAMONTES	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
47	PINTADO LOPEZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
48	PRECIADO DELGADO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
49	TALAVERA RODRIGUEZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
50	TALAVERA MALDONADO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA DESARROLLO	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA INTEGRACION
51	MADERA PEREZ	MODERNA	SEMIURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
52	JIMENEZ PINEDA	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
53	RAMIREZ BARRERA	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
54	SANDOVAL LOPEZ	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
55	CARRILLO MEZA	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
56	FLORES ESTRADA	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
57	CANO HUITRON	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
58	RAMIREZ MIRAMONTES	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA
59	VERDIAS HUITRON	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
60	CARDENAS SANTANA	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
61	VALENZUELA PERALTA	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
62	DELGADILLO SILVA	TRADICIONAL	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
63	BARAJAS TORRES	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
64	LEAL DELGADO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
65	MORENO BENITEZ	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA
66	FLORES ORTIZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
67	GALLARDO GARCIA	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
68	DE ALBA OLIVARES	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
69	BENITEZ DIAZ	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
70	MACIEL GALLARDO	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA
71	FLORES PRECIADO	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
72	LLAMAS RODRIGUEZ	MODERNA	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
73	DUEÑAS FLORES	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
74	SANCHEZ ESTRADA	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
75	LOMELI HIJAR	MODERNA	SEMIURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA
76	HERNANDEZ ARCE	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
77	NAJAR VILLELA	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
78	MEDINA GONZALEZ	MODERNA	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
79	MEDINA AYON	TRADICIONAL	SEMIURBANA	EXTENSA	INTEGRADA

NUMERO DE ENCUESTA	NOMBRE DE LA FAMILIA	TIPO DE FAMILIA DESARROLLO	TIPO DE FAMILIA DEMOGRAFIA	TIPO DE FAMILIA COMPOSICION	TIPO DE FAMILIA INTEGRACION
80	OLAGE OCAMPO	TRADICIONAL	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
81	BENITEZ HERNANDEZ	MODERNA	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
82	NAVARRO BARRIOS	TRADICIONAL	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
83	TORRES VEGA	TRADICIONAL	SEMURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
84	DE DIOS PACHECO	MODERNA	SEMURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA
85	VELAZQUEZ MERCADO	TRADICIONAL	SEMURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
86	IBARRA CASTILLO	MODERNA	SEMURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
87	GONZALEZ RIOS	MODERNA	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
88	LOPEZ VEDDY	MODERNA	SEMURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA
89	ARREOLA CARDENAS	MODERNA	SEMURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
90	HUITRON GIL	TRADICIONAL	SEMURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
91	LOPEZ RIVERA	TRADICIONAL	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
92	GUEVARA HERNANDEZ	MODERNA	SEMURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
93	AYALA GONZALEZ	TRADICIONAL	SEMURBANA	EXTENSA	DESINTEGRADA
94	PINEDA CERVANTEZ	TRADICIONAL	SEMURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
95	TRUJILLO BENITEZ	TRADICIONAL	SEMURBANA	EXTENSA	INTEGRADA
96	RODRIGUEZ GONZALEZ	MODERNA	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
97	OLIVO MARTINEZ	TRADICIONAL	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
98	CARRILLO TOVAR	TRADICIONAL	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
99	VIZCARRA CASTAÑEDA	MODERNA	SEMURBANA	NUCLEAR	INTEGRADA
100	GARCIA ZAMORA	MODERNA	SEMURBANA	NUCLEAR	DESINTEGRADA

NOTA: LOS REGISTROS ANTERIORES SE ENCUENTRAN ORDENADOS POR MEDIO DEL CAMPO DE TIPO DE FAMILIA POR DEMOGRAFIA.