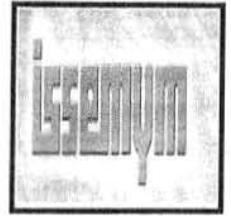




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MÉXICO Y MUNICIPIOS
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO**

**“ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ADULTO JOVEN Y SU TIPOLOGÍA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO ISSEMYM.”**

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

PRESENTA:

DRA. SANTIAGO CANSECO YADIRA

CIUDAD NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO

2015



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.

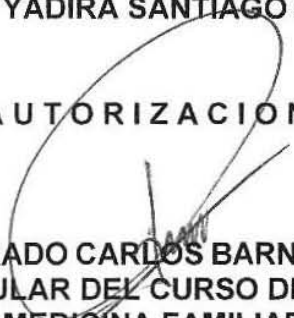
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ADULTO JOVEN Y SU TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO ISSEMYM.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

DRA. YADIRA SANTIAGO CANSECO

AUTORIZACIONES:



**DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**



**DR. OSCAR BARRERA TENAHUA
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO Y MEDICO FAMILIAR
EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL**



**DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA
EN SALUD**

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

2015

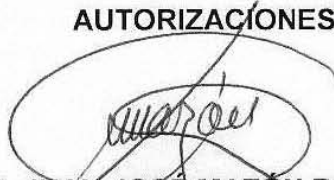
**ASPECTOS EPIEMIOLOGICOS DEL ADULTO JOVEN Y SU
TIPOLOGÍA FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL VALLE DE
CHALCO ISSEMYM**

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

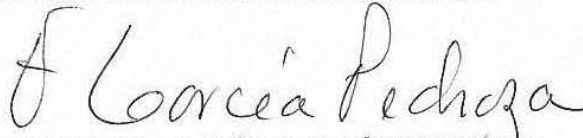
PRESENTA

DRA. YADIRA SANTIAGO CANSECO

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

DEDICATORIAS

A MI FAMILIA

Por el apoyo incondicional, de mi esposo Ricardo Valente Reyes León que fue una parte importante para superar otro escalón en mi vida.

A MI ASESOR DE TESIS

DR. Oscar Barrera Tenahua por el apoyo de este proyecto y así concluirlo.

A MIS PROFESORES

Dra. Beatriz Flores y Dr. Librado Carlos Barnad Romero Dr. Oscar Barrera Tenahua.
Los cuales fueron una guía para enseñarnos que cada día se aprende algo nuevo.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Por enseñarme que podemos llegar hasta donde nos proponemos si creemos en nosotros mismos. Gracias por el esfuerzo y guiarme en todo mi vida

INDICE.

1. MARCO TEÓRICO.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. OBJETIVOS.....	20
4.1 Generales.....	20
4.2 Específicos.....	20
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
5.1 Tipo de estudio.....	21
5.2 Población, lugar y Tiempo de estudio.....	21
5.3 Muestra.....	22
5.4 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.....	22
5.5 Variables.....	22
5.6 Instrumento para recolección de datos.....	24
5.7 Método de recolección.....	24
5.8 Análisis de la Información.....	25
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
7. RESULTADOS.....	30
8. DISCUSIÓN.....	36

9. CONCLUSIÓN.....	38
10.BIBLIOGRAFIA.....	40
11.ANEXOS.....	43

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL ADULTO JOVEN Y SU TIPOLOGIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL VALLE DE CHALCO ISSEMYM.

Entre los principales factores que afectan directamente el estado de salud de una población, se encuentran los demográficos, que determinan el volumen, la estructura y la distribución geográfica de la población. Otros factores son la vulnerabilidad asociada a la edad y los factores de riesgo relacionados con el sexo de las personas, así como el medio ambiente en el que habitan y se desarrollan los individuos.¹

El estudio de la mortalidad por causas constituye un elemento fundamental para la planeación y evaluación de los servicios y programas de salud. Identifica los principales problemas de salud de una población, mediante la magnitud y los efectos sobre las condiciones de vida de ésta. El mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disminución de la mortalidad general y la transformación del perfil de causas de muerte son elementos que se han observado en las últimas décadas en nuestro país y han tenido profundas consecuencias sociales. De manera simplificada, el proceso de cambio paulatino en el perfil de causas de defunción, en el cual progresivamente disminuyen las afecciones infecciosas y parasitarias a favor de las crónicas y degenerativas, se ha denominado elementos que se han observado en las últimas décadas en nuestro país y han tenido profundas consecuencias sociales. De manera simplificada, el proceso de cambio paulatino en el perfil de causas de defunción, en el cual progresivamente disminuyen las afecciones infecciosas y parasitarias a favor de las crónicas y degenerativas, se ha denominado transición epidemiológica. Los estratos de población con mayor nivel de bienestar se encuentran en una fase avanzada de la transición, mientras que los grupos más rezagados continúan en una etapa temprana de este proceso.²

I. Dinámica demográfica de la República Mexicana

Los cambios en el volumen y estructura de la población son consecuencia de la llamada transición demográfica, como ya se había mencionado, la cual se refiere al paso de altas a bajas tasas de mortalidad y de fecundidad. El descenso de la mortalidad comenzó desde la década de los años 30, cuando inició la expansión de la infraestructura sanitaria y de los servicios educativos, lo que propició un mayor uso de los servicios de salud y en cambio la tasa de natalidad experimenta un descenso más acelerado a consecuencia, en gran medida, de la utilización cada vez más extendida de métodos anticonceptivos. El aumento en el uso de métodos anticonceptivos se extiende a todo el territorio nacional, a partir de la aplicación de programas de planificación familiar que inició en la década de los años setenta.³

Las proyecciones de la población mexicana elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que en 2014 residían en el territorio nacional casi 120 millones de habitantes, de los cuales 51.2% eran mujeres y 48.8% hombres, es decir, casi 2.8 millones de mujeres más que hombres. La evolución de la población por grupos de edad muestra diferencias contrastantes en su ritmo decrecimiento a lo largo de los últimos 14 años: el grupo de 65 y más años registró una tasa media anual de poco más de tres puntos porcentuales; por el contrario, el de 0 a 14 años presentó una ligera disminución de alrededor de una décima de punto porcentual por año. Por sexo, para ambos grupos de edad, las mujeres experimentaron las variaciones anuales más significativas: 3.25% para el grupo de adultos mayores y -0.20 para el grupo de niños y jóvenes.³

Para los grupos intermedios, de 15 a 29 y 30 a 64 años de edad, se observan tasas de crecimiento positivas, siendo inferior al de las mujeres respecto a la de los hombres para el primer grupo, mientras que para el segundo grupo de edad, fue mayor el ritmo de crecimiento de las mujeres.³

La distribución espacial de la población de México a nivel de entidad federativa está definida por diversos factores, entre ellos, las diferencias de su dinámica

demográfica, tanto desde el enfoque del crecimiento natural —natalidad y mortalidad— como del componente social, en el que se conjugan múltiples aspectos de tipo social, económico, geográfico y cultural, los cuales determinan los movimientos migratorios y, por lo tanto, el lugar de residencia de los habitantes.

Las cifras de las Proyecciones de Población de CONAPO indican que en 2014, de cada 100 residentes en el país 60 se concentraban en diez entidades federativas: la más pobladas continuaron siendo el estado de México con 16.6 millones de habitantes, equivalente a 13.9% de la población nacional; le siguieron, en orden de importancia, el Distrito Federal, con 8.9 millones de residentes (7.4% del total nacional).³

1.1.1 Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico de la población a nivel nacional, los riesgos de muerte que se enfrentan en las diferentes etapas del ciclo de vida de las personas y las diferencias por sexo, ilustrar las transformaciones en la salud observadas recientemente. El instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2014 (INEGI), publica; que la dinámica demográfica, que se manifiesta principalmente en cambios en el volumen de la población y en su estructura por sexo y edad, se modifica de manera constante por el comportamiento de la natalidad, la mortalidad y la migración; además de otros factores como la interacción de procesos de orden político, económico, social y cultural, no obstante que estas variantes son poco notorias en periodos cortos. Tomando esto en cuenta se puede considerar a través de tres grandes grupos de causas de muerte: 1) enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, 2) enfermedades no transmisibles y 3) lesiones y accidentes.^{2, 3}

El primer grupo abarca, además de las enfermedades infecciosas y parasitarias, las relacionadas con complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (maternas) y las originadas en el periodo perinatal. Las defunciones que tienen

lugar en este grupo se caracterizan por ser evitables a bajo costo, es decir, el daño que causan puede minimizarse por el acceso a servicios primarios de atención a la salud y a medidas preventivas.⁴

El segundo grupo comprende el conjunto de causas crónico-degenerativas, que por sus propias características requieren intervención especializada en los servicios de segundo y tercer nivel, seguimiento y tratamiento del usuario y exámenes y estudios clínicos, lo que se traduce en enfermedades onerosas, tanto para la población como para el sistema de salud.⁴

El tercer grupo, las muertes ocasionadas por lesiones y accidentes, es probablemente el de las más fácilmente evitable. Las intervenciones en salud tendrían que enfocarse principalmente hacia aspectos preventivos y de cuidado de las personas, como medidas de seguridad y protección civil en el hogar, la vía pública y el trabajo, entre otras.⁴

Las tendencias y niveles de la morbilidad y mortalidad son diferentes para cada grupo de edad, es por ello que podemos dividirlo en siete intervalos de edades que se encuentran relacionados con las etapas del curso de vida de las personas: 1) la población infantil (menores de un año), 2) los niños en edad preescolar (1 a 4 años), 3) los niños en edad escolar (5 a 14 años), 4) los adolescentes y jóvenes (15 a 24 años), 5) los adultos jóvenes (25 a 44 años), 6) los adultos maduros (45 a 64 años) y 7) los adultos mayores (65 años o más).^{3,4}

Entre los principales factores que afectan directamente el estado de salud de una población, se encuentran los demográficos, asociada a la edad y los factores de riesgo relacionados con el sexo de las personas, ocupación y ciclo de vida personal, así como el medio ambiente en el que habitan y se desarrollan los individuos.

El estudio de la mortalidad por causas constituye un elemento fundamental para la planeación y evaluación de los servicios y programas de salud. Identifica los principales problemas de salud de una población, mediante la magnitud y los efectos sobre las condiciones de vida de ésta.

El mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disminución de la mortalidad general y la transformación del perfil de causas de muerte son:

1.1.2 Mortalidad por causas

El descenso de la mortalidad en la República Mexicana ha estado fuertemente determinado por el mayor control de las enfermedades transmisibles infecciosas y parasitarias y de las asociadas al parto. El descenso de la mortalidad por estas causas, que afectan sobre todo durante las etapas tempranas de la vida, trajo como consecuencia la transformación de la estructura por edad de las defunciones, trasladando los decesos hacia etapas posteriores e incrementando el peso de las enfermedades crónico-degenerativas.⁴

El cambio en la composición de las causas de muerte se puede explicar por medio de dos enfoques diferentes. Por un lado, la transición epidemiológica en la que las intervenciones de tipo médico y los avances tecnológicos abaten los decesos en edades tempranas y, por otro, la transición de la salud, que enfatiza la importancia de las transformaciones sociales y el comportamiento de las personas, al promover la prevención y el cuidado de la propia salud.⁴

1.1.3 Mortalidad de adultos jóvenes (25 a 44 años)

En esta etapa usualmente los hombres y mujeres se encuentran en la fase de formación o expansión de sus propias familias, desempeñando actividades vinculadas con la procreación y el cuidado de sus hijos. En lo laboral, la mayoría de los hombres y una proporción cada vez mayor de las mujeres, participan en la actividad económica.^{3,4}

En el grupo de adultos jóvenes son marcadas las diferencias por género entre las principales causas de muerte. Dentro de este grupo poblacional es posible encontrar causas de muerte de muy diferente etiología y con variaciones

importantes en el tiempo. En el caso de los hombres mexicanos se aprecia un cambio significativo en la reducción de los accidentes, que de causar 30.9 por ciento de las defunciones en 1980 pasaron a representar 26.0 por ciento 32 años después. Las muertes por lesiones intencionales, tercera en importancia, registra una menor proporción que en 1980, ya que pasó de 15.0 por ciento a 14.0 por ciento en 2012. ⁴

La segunda causa de muerte de los adultos jóvenes de México son las enfermedades digestivas, que representan 14.0 por ciento de las muertes de este grupo. Dentro de esta causa de muerte, 73 por ciento es consecuencia de la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado las cuales son ocasionadas, en gran medida, por el consumo de bebidas alcohólicas.

Ahora bien, hablando de la transición epidemiológica, en este grupo de edad se observa que las enfermedades infecciosas y parasitarias aumentan de 6.2 a 9.7 por ciento a nivel nacional. Esto se debe a la aparición del VIH/SIDA, que es considerada la epidemia más importante en la actualidad, y al brote de enfermedades respiratorias, la de mayor relevancia influenza de tipo no estacional. Con 9.1 por ciento se encuentran las muertes por problemas cardiovasculares.⁴

Entre las muertes de mujeres entre 25 y 44 años se deben principalmente a tumores malignos. En 1980 una de cada diez muertes era ocasionada por algún tumor maligno; poco más de tres décadas después la relación aumentó a cerca de una de cada cuatro. Entre estos padecimientos, los tumores malignos de mama y de cuello del útero son los principales causantes de los decesos de las mujeres mexicanas de este grupo de edad.

La segunda causa de muerte son las defunciones por enfermedades cardiovasculares. Le siguen en importancia los accidentes, y atrás de ellos le corresponden a la diabetes mellitus y a las enfermedades digestivas.

1.1.4 Morbilidad del paciente joven en el Issemym

El ISSEMYM es la tercera institución de seguridad social más grande en el ámbito nacional tomando en cuenta el número de derechohabientes, sólo por detrás del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).⁴

Al cierre del periodo que se informa, el Instituto registró un total de 1 013 850 derechohabientes, de los cuales 33.5% (340 018) corresponden a servidores públicos activos, 3.4% (34 598) a pensionados y pensionistas y 63.1% (639 234) a dependientes económicos.

Entre las principales acciones en el rubro de la salud destaca el otorgamiento de 3 292 224 consultas, de las cuales el 55% correspondieron a medicina general, 39% de especialidad y 6% de odontología, este servicio presenta un crecimiento de 11.7% respecto del año anterior.⁴

En 2011, los resultados mostraron que las principales causas de demanda de atención fueron diagnosticadas las enfermedades respiratorias agudas, diarreicas y gastrointestinales; trastornos del sistema urinario y caries dental (afecciones catalogadas como infecciosas). De las enfermedades calificadas como no infecciosas destacaron la hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, embarazo normal, dorsalgias, gastritis, duodenitis, obesidad y trastornos de ansiedad.⁴

Por lo que se refiere a la mortalidad, se registraron 1 433 defunciones, 50.3% correspondieron al sexo masculino y 49.7% al femenino, con una tasa ajustada de 145.9 por 10 000 egresos. Las principales causas fueron diabetes mellitus, cáncer en todas sus formas, choque séptico, hipertensión arterial, insuficiencia renal, acidosis metabólica, insuficiencia respiratoria, infarto agudo al miocardio, neumonía adquirida en la comunidad y choque cardiogénico. La mayoría de los casos sucedieron en adultos.

Cabe señalar que la mortalidad materna se ha abatido de manera importante en el Instituto, reportándose un caso aislado en el periodo que se informa.

1.2. ASPECTOS DEL ADULTO JOVEN

La etapa del adulto joven comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 44 o 46 años dependiendo las referencias. Cuya característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia.

Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida. La crisis experiencial o de realismo es la que se da entre adultez joven y la adultez media, la cual una vez superada da paso a la adultez media.

En la adultez joven hay que tomar muchas responsabilidades. Las tareas propias de la edad tienen que ver con el mundo social (pareja, trabajo, hijos, etc.) el rol activo que se asume el término moratoria psicosocial (según Erikson). Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos.^{2, 5}

Por otra parte, también hay mucha exploración y aprendizaje no todos los roles que se asumen son definitivos.

1.2.1 TEORIAS DEL DESARROLLO DEL ADULTO JOVEN

Sigmund Freud y Erik Erikson de quien retomaremos principalmente sus postulados propusieron cada uno una serie de etapas en las cuales la gente necesita resolver problemas críticos en su desarrollo. Freud no llevó sus teorías de desarrollo más allá de la adolescencia, pero Erikson continuó y propuso tres crisis en la edad adulta: una en la edad adulta temprana; una en la edad adulta intermedia y una en la última etapa de la edad adulta. La Crisis de la intimidad versus aislamiento es la sexta de las 8 crisis de Erikson - y lo que él considera que es el problema principal de la temprana edad adulta -. De acuerdo con esto, los adultos jóvenes necesitan y desean intimidad; es decir, necesitan tener profundos compromisos personales con otros. Si no son capaces, o temen hacerlo, pueden

tornarse aislados y abstraídos. La habilidad de lograr una relación íntima, la cual demanda sacrificio y compromiso, depende del sentido de identidad, el cual tiene que haber sido adquirido en la adolescencia. Un adulto joven que ha desarrollado una firme identidad está listo para fusionarla con la de otra persona. A medida que los adultos jóvenes resuelven las demandas, conflictivas, de intimidad, competitividad y reserva, desarrollan un sentido ético, el cual Erikson considera la marca del adulto.⁶

Algunos hombres pasan a través de esta transición muy fácilmente, otros experimentan crisis de desarrollo, en la cual encuentran intolerables las estructuras de su vida presente. Los problemas, con el matrimonio son ahora frecuentes, y la tasa de divorcio lleva al máximo. El papel del trabajo cambia a medida que el hombre cambia de trabajo, es ascendido o se formaliza después de un período de incertidumbre. Si las elecciones hechas ahora son acertadas, proporcionan un fundamento firme para la siguiente estructura de vida. Si son inadecuadas, pueden debilitarse peligrosamente.^{6,7}

Al mismo tiempo, continúan ocupándose de construir una vida mejor, mejorar y utilizar sus habilidades, volverse más creativos y hacer más contribuciones a la sociedad. Estas dos tareas son contradictorias, puesto que la gente no puede avanzar si cumple un compromiso muy fuerte para la estabilidad y, de esta manera, se necesita que tengan lugar algún manejo y una constante evaluación de prioridades.⁶

Algún elemento de egolatría debe involucrarse en la selección del ser querido, ya que los amantes tienden a parecerse entre sí en muchos aspectos apariencia física y cualidades atractivas, salud mental y física, inteligencia, popularidad, cordialidad, felicidad marital e individual de sus propios padres y otros factores familiares como la condición socioeconómica, raza, religión, educación e ingresos. Cuanto más equitativamente balanceada estén las contribuciones individuales de una pareja para su relación, más feliz tiende a ser la pareja^{5,6}

En una sociedad altamente cambiante y fragmentada como la nuestra, el matrimonio proporciona idealmente un recurso seguro de amistad, afecto y compañía. Ofrece la oportunidad de desarrollo emocional a través de una relación recíproca que es más mutua que la relación con los padres y más comprometida que las relaciones con hermanos, amigos o enamorados.

La disolución del matrimonio es mayormente un fenómeno de la edad adulta temprana. El divorcio es más común hoy en día debido a los cambios socio culturales. Ahora las mujeres son menos dependientes financieramente de sus maridos y, de este modo, es menos probable que permanezcan en malos matrimonios. Hay menos obstáculos legales, menos oposición religiosa. Cuando un matrimonio no alcanza sus expectativas, pocas personas consideran vergonzoso tratar de obtener divorcio.⁵

Muchos adultos jóvenes pueden posponer o evitar el matrimonio debido a la probabilidad de que terminará en divorcio. Tal precaución puede ser sensata, pues, como hemos visto, cuanto más joven se case la gente, menores son las probabilidades de éxito.

Algunos desean la libertad de probar nuevas experiencias y no desean restringir esta libertad asumiendo las obligaciones emocionales y financieras del matrimonio.

Algunas personas permanecen solteras porque les gusta estar solas (como contrariamente puede suceder con quienes requieren estar casados para tener compañía).⁸

Los problemas de los solteros, van desde los prácticos como encontrar trabajo, conseguir un lugar para vivir y ser totalmente responsables de sí mismos hasta los intangibles como preguntarse dónde encajan en el mundo social, que tan bien los aceptan los amigos y la familia, y cómo afecta su estado de soltería su autoestima.

El nacimiento de un bebé marca una gran transición en la vida de los padres. Pasar de una relación íntima que involucra a dos personas, a una que involucra a

una tercera indefensa y totalmente dependiente- Erikson, definen la paternidad o maternidad desde el punto de vista de crecimiento de fuentes de destrezas y personalidad , como una necesidad de desarrollo básica que cambia a la gente y los matrimonios. Así como puede ser difícil asumir el papel de padre, el sostenerlo puede ser aún más exigente. A medida que los niños se desarrollan, los padres también. Una de las mejores cosas de la paternidad o la maternidad es que nunca es aburridora. Justo cuando los padres se están ajustando a las necesidades de cuidar de un infante, el bebé se vuelve un aventurado; justo cuando los padres se han acostumbrado a esta etapa, el niño que empieza a andar se vuelve un preescolar. A medida que las necesidades de los niños continúan dándose a conocer, los padres pueden recurrir a sus propias experiencias infantiles y solucionar problemas emocionales que nunca han resuelto. Los padres necesitan también salir adelante con los conflictos entre los papeles personales (cónyuge versus cónyuge, cónyuge versus empleado). Al hacerlo, la mayoría de los padres exitosos definen su situación positivamente.^{8,9}

Tienen en claro que, en cualquier conflicto, sus responsabilidades paternas finalmente van primero; son capaces de separar en categorías (centrarse en un Conjunto de responsabilidades a la vez); y están dispuestos a acomodar sus estándares. Infortunadamente, algunos padres no pueden responder a los desafíos físicos, psicológicos y financieros de la paternidad.

Pueden ultrajar, descuidar, maltratar o abandonar a sus hijos, o pueden volverse física o emocionalmente enfermos. La mayoría de los padres, sin embargo, algunas veces se las arreglan con la ayuda de la familia, amigos y vecinos, sobre crianza de los hijos. Los padres adoptivos tienen que responder a desafíos especiales, los padrastros también.¹⁰

1.2.2 Salud y Familia.

La medicina familiar es la especialidad médica cuyo objeto de estudio es la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud-enfermedad, toma como unidad de análisis a la familia para otorgarle atención medica primaria,

integral, cooperativa, continua y con un enfoque preventivo en forma compartida con el individuo y la familia.¹¹

Considerada como especialidad porque tiene como objeto de estudio bien definido a la familia, la cual constituye la unidad biopsicosocial de cuyo funcionamiento se genera salud o enfermedad entre sus propios miembros. Existen por ello dos razones para que el médico familiar desarrolle la capacidad de hacer observaciones clínicas sobre la familia del paciente: a) lo que ocurre en el interior de la familia puede desempeñar un papel etiológico en la enfermedad del paciente, y b) la respuesta de la familia del paciente ante la enfermedad, influye sobre su curso.¹²

La salud familiar no es un estado estático, está sometido a un proceso de transformación, donde juegan un papel fundamental las potencialidades con que cuenta la familia.

Cuando se ha tratado de definir la salud familiar en ocasiones se ha tratado de reducir a la salud de sus miembros, y en otras al funcionamiento familiar. En la actualidad el modelo de medicina familiar no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto o del grupo familiar propiamente dicho. En algunos casos se hace énfasis en la salud individual sin lograr articular ésta con la salud familiar, y en otros casos se parcializan en algunos elementos interactivos del grupo, descuidando otros elementos que también son importantes.^{12, 13}

En 1976 un grupo de expertos en familia de la OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia.

Horwitz Campos y otros en 1985 plantearon que la salud familiar puede considerarse como el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis.¹⁰

Louro I (1993) el enfoque sistémico de la familia contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital.²

Pérez E (1977), define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis.²

Es así como la medicina familiar contempla un amplio campo de las ciencias biomédicas y comprende conocimientos y habilidades sobre aspectos sociales, psicológicos y antropológicos que le permiten responsabilizarse de la atención médica integral de los pacientes de todas las edades y sus familias a lo largo de su ciclo vital.

El médico familiar es el único profesional de la salud que atiende pacientes y familias en una estrecha relación que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, y no solo se incumbe la familia como unidad, sino la relación entre las personas que la integra. La medicina familiar como la especialidad preventiva por excelencia y el médico familiar como el principal promotor de la salud de las familias. La mejor protección para el individuo deriva de la mejor atención y grupo social en que vive.¹¹

La unidad mínima de estudio para el médico debe ser la familia, complejo sistema, fuente de salud y enfermedad para sus propios integrantes. La salud de los individuos, dice McWhinney, está influida por la vida familiar y las familias se afectan por las enfermedades y las desgracias de sus miembros. Las misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo, tienen distintas

implicaciones en lo que respecta a la atención y tratamiento de los aspectos físicos, psicológicos y sociales.

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se desenvuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permite el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

La familia es pues la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en el ser humano, y según Le Play-Proudhon “es la célula básica de la sociedad”. El individuo es un subsistema de la familia y esta de la sociedad.⁶

Para Ackerman, la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud, afirma, “hemos estado inclinados a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta” cuando que las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidades en los estados de enfermedad y salud.^{2, 10}

Los mecanismo de evaluación de la familia, son variados al contar con instrumentos básicos para evaluar la funcionalidad, estructura o etapas del ciclo familiar, uno de estos instrumentos es el Familiograma, el cual es un instrumento de atención familiar, que permite identificar, por medio de una gráfica, los miembros y estructura de una familia y las relaciones que existen entre ellos. Los Familiograma o genograma provee de manera rápida patrones familiares complejos, ciclo evolutivo y tipología familiar que se presenta además que permiten identificar rápidamente un problema, donde se puede asociar lo clínico ya que puede esto estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo.

Al hablar de tipología familiar nos estamos refiriendo al método de clasificación en el cual se identifican modelos, grupos o tipos de características propias en este caso de una familia. Tomando en cuenta eso, de acuerdo a la tipología publicada en el libro de Medicina Familiar, de Ricardo León Anzures, el cual considera desde el punto de vista de su desarrollo social, la familia puede clasificarse:^{14, 15}

Familia Moderna. La madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica roles de los cónyuges.

Familia Tradicional. El padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.

Familia primitiva o arcaica. Nos referimos, en general, a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que trabajan.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse de acuerdo con su ubicación geográfica de residencia en: Rural, Urbana y/o Suburbana.

Sin embargo no es posible tener en cuenta todo esto sin considerar las principales estructuras familiares que hoy conviven en la sociedad y que responden a diferentes formas de adaptarse a las restricciones sociales, que comparten riesgos para la salud y la enfermedad, podrían resumirse:

Familia Nuclear. Con hijos: padre, madre e hijos que viven juntos en una familia. Puede trabajar solamente el marido, la mujer, ambos, tener trabajos eventuales o estar desempleados.

Familia nuclear sin hijos. Conformada sólo por la pareja (viven juntos, no tienen hijos, o ya no viven con ellos).

Monoparental o Uniparental (Divorcio, abandono o separación acordada). Con hijos en edad escolar o preescolar. El progenitor trabaja o lo mantiene la pareja ausente.

Matrimonio mayor, padre proveedor, hijos universitarios o casados, o que ya trabajan. Parejas que viven sin casarse y que pueden tener hijos propios.

Familias reconstituidas luego que uno o los dos conyugues han tenido matrimonios anteriores. Pueden tener consigo a los hijos anteriores, a los hijos que nacen de la nueva relación.

Familia extensa. Familias formadas por familias nucleares y parientes que viven cerca e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios.

Parientes que se hacen cargo en manera más o menos permanentes de nietos, sobrinos.

Familias de tres generaciones (diferentes posibilidades de cohabitación en una sola unidad familiar).

Familia Compuesta. Grupos de personas, familiares y no, que viven bajo el mismo techo. Personas que viven solas o allegadas, pero sin lazos consanguíneos.

Esta clasificación demuestra que puede haber gran discrepancia entre lo que comúnmente se denomina familia y las modalidades de estructura familiar existente en la realidad.¹⁶

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la etapa del adulto joven la mayor característica principal, es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia.

Y ya que parte importante de la función del médico familiar es la de identificar no solo las enfermedades que aquejan a nuestros pacientes sino también evaluar el entorno psicosocial y familiar en el cual se desenvuelven cada uno de nuestro pacientes a fin de poder hacer las correcciones adecuadas a hábitos que atentan contra la salud, poder identificar a los individuos que tienen mayor riesgo de presentar determinadas enfermedades y permitir con ello tener una mayor injerencia de tipo preventivo en los problemas de salud que aquejan a la sociedad.

El médico familiar debe evaluar el entorno familiar de sus pacientes, y una vez identificado el tipo de familia, se podrá con ello tener un primer acercamiento que nos permita aportar importantes datos y orientar nuestras intervenciones. Esta primera evaluación debiera complementarse con el estudio de salud familiar para obtener un diagnóstico de ésta y de las enfermedades que pudieran incidir en cada uno de sus miembros e intervenir, según se requiera, en cada una de las diferentes situaciones familiares. Lo anterior permitiría actuar a nivel preventivo o proporcionando consejerías tanto individual como familiar para mejorar la calidad de vida. Por lo cual se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos del adulto joven y su tipología familiar de los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl, Issemym?

3.- JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que se define la salud familiar como el resultado del equilibrio armónico entre sus 3 componentes: la salud, los factores socioeconómicos y culturales y el funcionamiento familiar, siendo este último el que juega el papel rector, pues expresa la capacidad, la relación dinámica y sistémica que se establece entre sus miembros, y la capacidad que tiene el grupo para enfrentar las crisis.

Es importante hacer uso del modelo epidemiológico, partiendo del diagnóstico del problema de salud familiar, de la determinación de cuáles son aquellos factores psicosociales que ejercen un papel protector o de riesgo de enfermar a la familia. Este enfoque permite conocer qué factores predisponen o condicionan la salud, y con qué recursos cuenta la familia para enfrentar el problema.

Y ya que la familia, aún en medio de una situación estresante, puede redescubrir formas de afrontamiento a la problemática, teniendo como resultante el recobrar el estado de salud de la familia y el bienestar de sus miembros. La propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir a la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros. La familia es capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover el bienestar y la salud familiar.

Sin embargo nuestro sistema de salud en el primer nivel de atención aun cuando se rige y pregona manejo de prevención y educación, no se lleva a cabo en su mayoría de las ocasiones, ya que nos ha rebasado la parte curativa y asistencial, es necesario retomar la parte de formación durante la especialidad es decir se crea la necesidad en los médicos familiares de conocer las patologías que más aquejan a este grupo del adulto joven, el cual está contemplado en las políticas de salud nacional e institucional. En la medida que conozcamos más a los adultos jóvenes y las enfermedades que padecen tendremos mejores intervenciones en sus tratamientos lo cual muy seguramente repercutirá en la calidad de vida de los

mismos, en el abatimiento de costos y en nuestra satisfacción profesional al dar una atención integral de calidad.

Es necesario por ello tomar en cuenta uno de los pilares de la medicina familiar que es el enfoque integral de la familia, que contribuye al análisis de la salud familiar desde una posición de síntesis de las relaciones interpersonales, y que no puede reducirse a la adición de sus miembros. La familia es funcional en tanto propicie la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital, aunado a los eventos críticos inesperados de la salud, para implementar mejor acciones y decisiones, incluyendo la prevención y educación.

4.- OBJETIVOS

Objetivo General.

- Identificar los aspectos epidemiológicos del adulto joven y su tipología familiar de los pacientes que acuden a la consulta externa Hospital Regional Valle de Chalco ISSEMyM, Solidaridad en un periodo de 02 junio 2014 al 31 diciembre 2014.

Objetivos Específicos

- Identificar la tipología familiar del adulto joven, en base a Familiograma estructural de acuerdo a su:

a. Composición.

b. Desarrollo

b. Ocupación.

c. Demografía.

- Identificar características epidemiológicas del adulto joven en relación a:

a. Sexo.

b. Edad

c. Estado civil.

d. Constitución física por IMC

e. Identificar enfermedad aguda y/o crónica por la cual acude a la consulta externa del Hospital Regional Valle de Chalco.

5.- MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se llevó un estudio descriptivo, observacional, trasversal y prospectivo.

5.1 Población, Lugar y Tiempo

El presente estudio se llevó a cabo en pacientes de 20 a 46 años de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Regional Valle de Chalco ISSEMyM, Solidaridad en un periodo de 02 junio 2014 al 31 diciembre 2014.

5.2 Muestra

Se realizó un muestreo al azar, seleccionando un total de 235 expedientes de pacientes entre los 20 a 46 años, atendidos en la consulta externa del Hospital Regional I.S.S.E.M.y M. Valle de Chalco Solidaridad, de acuerdo al censo interno del área de archivo y vigencia, en un periodo de 02 junio 2014 al 31 diciembre 2014

5.3 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

Criterios de Inclusión

- Expedientes de pacientes adultos jóvenes entre 20 a 46 años de edad.
- Ser derechohabiente del ISSEMyM
- Ambos sexos
- Que acepten participar en el estudio y se realice el Familiograma correspondiente.

Criterios de Exclusión

- No ser derechohabiente vigente durante el presente estudio.
- No contar con historia clínica completa

- No firmar consentimiento informado.

Criterios de Eliminación

- Expedientes incompletos

5.4 Variables definición conceptual y operativa de las variables.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Escala de Medición	Calificación	Fuente	Análisis
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Numérica continua	a) 20 a 30 años b) 31 a 40 años c) 41 a 49 años	Cedula	Graficas
Sexo	Cualitativa	Clasificación de hombres o mujeres teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas	Categoría Nominal	a)Femenino b)Masculino	Cedula	Graficas
Estado Civil	Cualitativa	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Categoría Nominal	1.- soltera 2.- casada 3.- unión libre	Cedula	Graficas

Enferme- dad	Cualitativa	Alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.	Categóri- ca Nominal	a)Hipertensió n b) Diabetes Mellitus tipo 2 c) Cardiopatías, d) Neuropatías e) Lumbalgia f) Infecciones gastrointesti- nales g)Infecciones respiratorias h)Traumatis- mos i) Otras	Cedula	Graficas
Índice de superficie de masa corporal	Cualitativa	Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla (altura) que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los	Categóric a Nominal	a) Normal 18.5 a 24.9 b) Sobrepeso 25 a 29.9 c) Obesidad grado 1 30 a 34.9 d) Obesidad	Cedula	Tablas

		adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²).		grado 2 35 a 39.9 e) Obesidad mórbida más de 40		
Tipología Familiar	Cualitativa	Es la conformación de la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.	Categoría Nominal	a) Composición b) Desarrollo c) Ocupación d) Demografía	Familiograma	Gráficas y Tablas

5.5. Instrumento de recolección de datos

Se utilizó la historia clínica y notas de evolución de los expedientes clínicos de adultos jóvenes (edad de 20 a 46 años) que acudieron a consulta externa del Hospital Regional Valle de Chalco, obteniendo la información en cuando a ultimo padecimiento presentado y/o enfermedad crónica de control, edad, sexo, estado civil, peso y talla, para la obtención de IMC y posteriormente realización de Familiograma estructural previa autorización.

5.6 Método de recolección de datos

Dentro de las instalaciones del Hospital Valle de Chalco solidaridad Issemym en el área de archivo de consulta externa se recabo expedientes de adultos jóvenes de 20 a 46 años que acuden a consulta y/o control de enfermedades agudas o crónicas para contactarlos e invitarlos a participar en el estudio de investigación de forma individualizada, los que aceptaron se les dio a firmar las hojas de consentimiento informado y posteriormente realización de Familiograma estructural, se recopiló los datos de la cedula registrados en los expedientes para posteriormente de acuerdo a los criterios de exclusión y selección, vaciar la información en el programa Microsoft Excel.

5.7. Recursos Humanos.

- Archivo clínico.
- Investigador principal

Recursos Materiales:

- Hojas
- Lápices
- Computadora.
- Instalaciones del Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMYM.

Recursos Físicos:

Se realizó en la sala de espera de pacientes, a todos los pacientes que acudían a su consulta de control, así como en la consulta, en la unidad ISSEMYM de consulta externa.

Financiamiento. Autofinanciado por autor de la investigación.

5.7. Análisis de la información

Toda vez que se obtuvieron los datos almacenados en el programa Excel, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentaje y frecuencias), y de tendencia central (media). La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

DECLARACIÓN DE HELSINKI

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

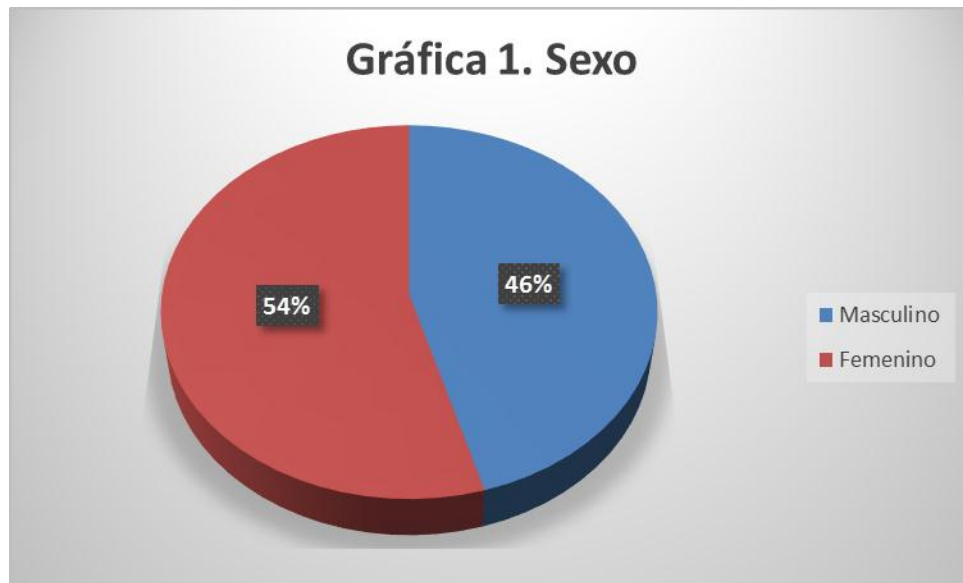
Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

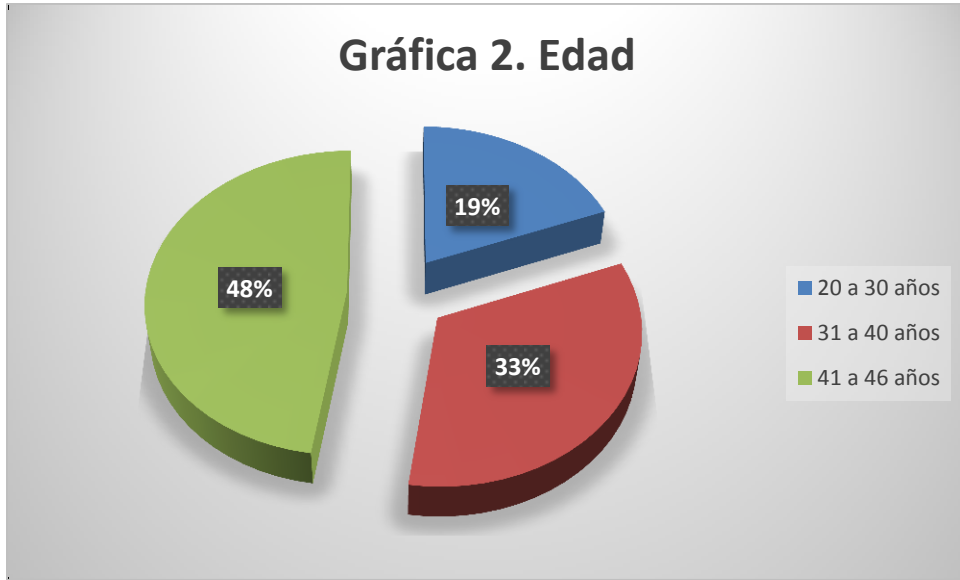
7. RESULTADOS

El presente estudio de tipo observacional, con una muestra de la muestra de 235 pacientes de adultos jóvenes, que se encontraban entre los 20 a 49 años de edad, de los cuales el 54% de ellos eran del sexo femenino (128 pacientes) y el 46% eran del sexo masculino (107 pacientes). Gráfica 1



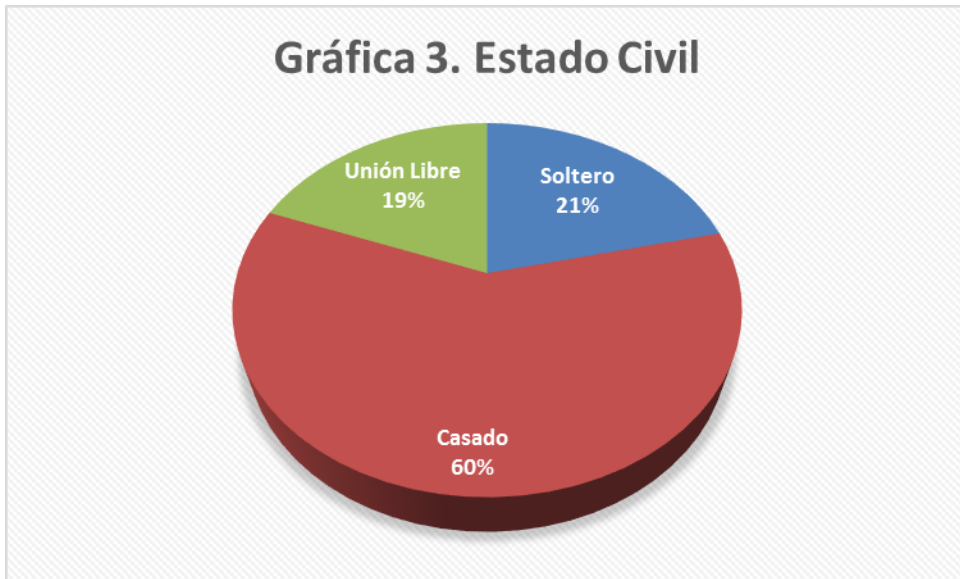
Fuente: Historia Clínica del paciente

De los 235 pacientes seleccionados, se ubicaron dentro del rango de edad de 20 a 30 años de edad el 19% de estos (45 pacientes), del rango de 31 a 40 años fue el 33% (78 pacientes en total) y por último en el rango de 41 a 46 años de edad, el más predominante con el 48% (112 pacientes). Gráfica 2



Fuente: Historia Clínica del paciente

En cuando al estado civil de la muestra de 235 pacientes, el 60% de ellos estaban casados (140 pacientes), 21% se encontraban solteros (50 pacientes) y solo el 19% de ellos en unión libre (45 pacientes). Gráfica 3



Fuente: Historia Clínica del paciente

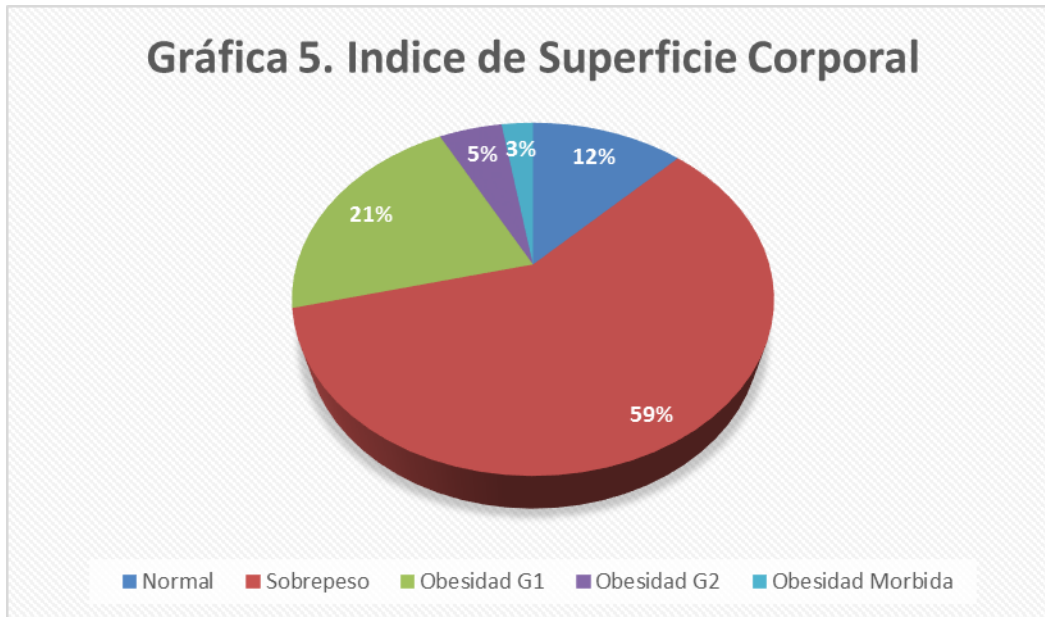
Dentro de los mismo datos sociodemográficos de los pacientes se encontró que la profesión que realizaban el 34% de ellos eran profesionales o ejercían un puesto de servidor público (80 pacientes), el 30% eran empleados (70 pacientes), con el 17% realizan labores del hogar (40 pacientes), el 12% se encontraban estudiando (30 pacientes) y solo el 7% de ellos estaban desempleados (15 pacientes). Gráfica 4.



Fuente: Historia Clínica del paciente

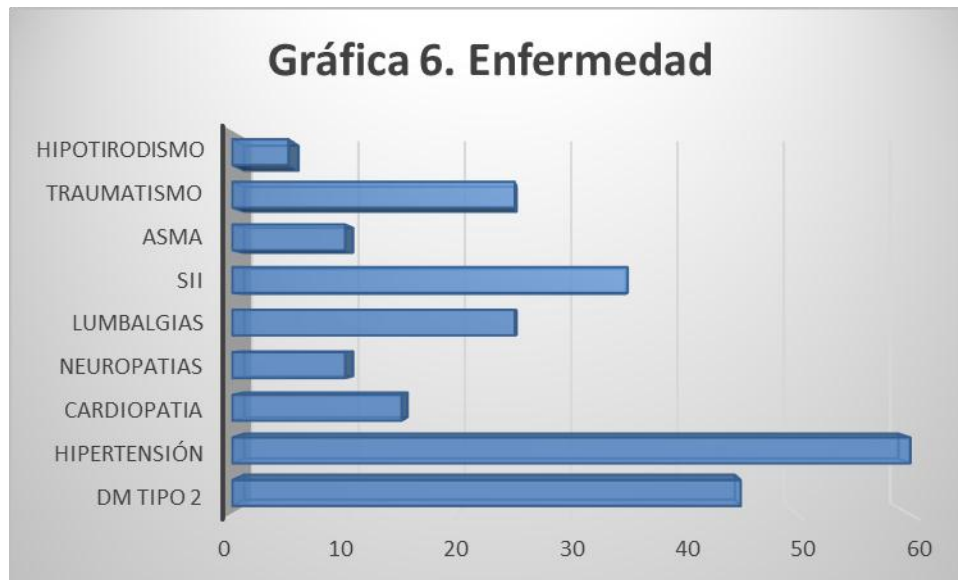
Ahora bien uno de los aspectos epidemiológicos a determinar fue el índice de superficie corporal (IMC) de los 235 pacientes para determinar el aspecto de malnutrición de los mismos, se encontró que con un IMC considerado normal fue el 12% de ellos (29 pacientes), con IMC con sobrepeso 59% (138 pacientes), con un primer grado de Obesidad 21% (50 pacientes), con un segundo grado de obesidad 5% (12 pacientes) y con el 3% los considerados con una obesidad mórbida (6 pacientes). Gráfica 5

Gráfica 5. Índice de Superficie Corporal



Fuente: Historia Clínica del paciente

Otro aspecto epidemiológico son las características de enfermedad o situación de salud por la cual acudió a consulta externa y se encontró que el 26% de ellos iban a control de hipertensión (60 pacientes), el 19% de ellos por control de Diabetes Mellitus tipo 2 (45 pacientes), por Síndrome de Intestino Irritable (SII) el 15% de ellos (35 pacientes), Con el mismo porcentaje se encuentran los padecimientos traumáticos 11% (25 pacientes) y con el mismo 11% las lumbalgias no traumáticas (25 pacientes), con el 6% por seguimiento de cardiopatía de tipo isquémico no reciente (15 pacientes), con el 4% se encuentran el padecimiento de asma (10 pacientes), y con el mismo 4% neuropatías secundarias a diabetes mellitus tipo 2, específicamente era el padecimiento que mencionaban en padecimiento actual (10 pacientes), solo el 2% (5 pacientes) con siguiente por hipotiroidismo y por ultimo con el 2% (5 pacientes) con morbilidad variada; Lupus Eritematoso Sistémico, Sangrado uterino Disfuncional, Amenorrea no por embarazo, Depresión. Gráfica 6



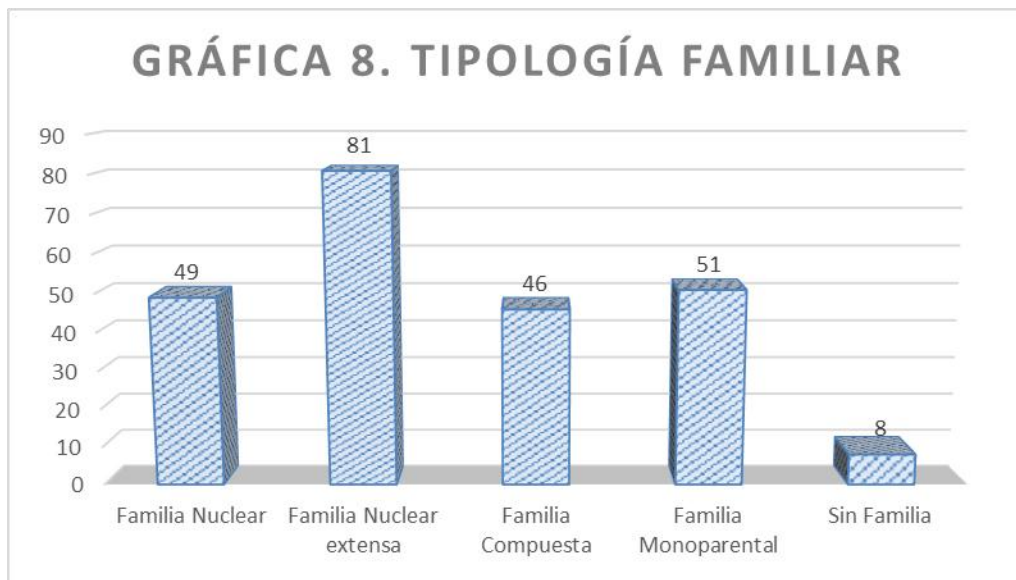
Fuente: Historia Clínica del paciente

En cuando a los aspectos familiares de los 235 pacientes; se obtuvo que a la realización de su Familiograma se observó que en el ciclo vital familiar de acuerdo a Geyman que se encontraban el 50% estaba en expansión (118 pacientes), con el 24% (56 pacientes) en etapa de matrimonio, en Dispersión el 23% de ellos (53 pacientes) y solo el 3% de ellos en Independencia (8 pacientes), ya que se encuentran viviendo solos. Gráfica 7



Fuente: Historia Clínica del paciente

Y por último observamos que la tipología familiar presentada de los 235 pacientes, como familia nuclear extensa el 34% (81 pacientes), como familia monoparental 28% (51 pacientes), como familia nuclear el 19% (49 pacientes), con el 18% (46 pacientes) como familia compuesta y se presenta un 1% sin familia (8 pacientes), ya que estos viven solos.



Fuente: Historia Clínica del paciente

8.- DISCUSION

La familia puede considerarse un escenario para la promoción de la salud y la reducción del riesgo si en ella se promueven conocimientos y prácticas que ayuden a los individuos a mantener un buen estado de salud (alimentación balanceada, actividad física regular, adecuados patrones de sueño, etc.); por el contrario, en la familia puede incrementarse el riesgo de enfermarse si en ella son favorecidos hábitos que aumentan esa probabilidad. En el presente estudio se refleja esos datos de riesgo al presentar con el 59% un estado de sobrepeso en nuestras familias y en sumatoria con un 29% con un rango de obesidad, lo que refleja lo mencionado Luz Helena Alba; en cuando muestran la extensión de factores de riesgo de los padres a los hijos, como el desarrollo de obesidad cuando hay sobrepeso en los padres y la influencia de patrones de comportamiento familiar, especialmente de los progenitores, en relación con los hábitos nutricionales y actividad física.

Pero además de la relación de la familia con el proceso salud-enfermedad es la adaptación a la existencia de enfermedades crónicas, las cuales afectan profundamente la vida familiar de diversas maneras. La forma en que la familia se adapta a la existencia de una condición de este tipo determina en gran medida el curso de la condición en sí misma. Múltiples estudios como el de Kuhlthau KA y Davidson JE que han sumado evidencia respecto a la manera como variables del entorno familiar se relacionan con desenlaces diversos, como el control de las patologías, el cumplimiento de planes de tratamiento, la capacidad de afrontamiento, la incidencia de complicaciones agudas y crónicas, el impacto psicológico en el individuo y en su familia, además de contribuir con la modificación de aspectos clínicos puntuales, como la reducción del peso corporal, la cesación del hábito de fumar, el logro de cifras de control glucémico o el cumplimiento de metas para el manejo de la hipertensión arterial. De la misma forma, en sujetos con eventos coronarios agudos se ha observado que un pobre apoyo conyugal predice la ocurrencia de nuevos episodios y muerte, en contraposición al pronóstico de sujetos con relaciones de pareja estables. Esto

aunado a los resultados del presente estudio por el hecho de que a pesar de estar con población joven de 20 a 49 años los resultados epidemiológicos de los mismos nos refleja patologías crónicas como las tres principales: Hipertensión arterial con el 26 % y con Diabetes mellitus tipo con el 19% y eventos coronarios 6% . Lo cual no refleja las estadísticas de la Encuesta de Nacional de Juventud en el apartado de Salud predominado los aspectos de accidentes y traumáticos. Pero además en la misma Encuesta publicada en el 2011, hace referencia de que conforme aumenta la edad de los jóvenes disminuye la frecuencia de vivir con la familia de origen o padres, como según refiere y crece el número de hogares conducidos por los propios jóvenes: lo cual coincide con los resultados presentándose con una familia nuclear en el 19%, con familia nuclear extensa 34% de los encuestados y con él 18% familia compuesta y pocos jóvenes eligen vivir solos, de igual forma reflejado en el estudio con solo el 1% de ellos.

Cabe destacar el porcentaje de aquellas familias monoparental del presente estudio con un 28% de ellas, en donde el 100% corresponde a la madre con uno o más hijos como núcleo familiar, y si bien no fue parte de este estudio es destacar que de acuerdo a como lo refiere Luz Helena Alba; Los hogares con jefatura femenina han aumentado, particularmente en los estratos más pobres. Este fenómeno se relaciona con la creencia, cada vez más generalizada, de que el cuidado de los niños debe ser asumido primordialmente por las mujeres, lo que suscita una sobrecarga, al combinar el trabajo productivo y el reproductivo. Si bien los hogares con jefatura femenina tienen menor exposición a la violencia y al maltrato, una imagen fuerte y positiva de la mujer, una mejor distribución de recursos, con desaparición de la división sexual tradicional de los roles (donde se incluye una participación equitativa de los géneros en la toma de decisiones), son hogares mucho más vulnerables, por esto sería motivo de un estudio complementario.

9. CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra los aspectos epidemiológicos del adulto joven y su tipología familiar, estos datos encontrados en nuestro estudio permiten resaltar la importancia que tiene para el profesional de la salud y especialmente para el médico familiar el conocer no sólo aquellos aspectos o características de índole biológica, sino también aspectos psico-sociales y familiares que pudieran influir, en determinados casos, sobre la consejería y la prevención de las enfermedades en los adultos jóvenes. El Médico familiar (MF), al conocer el proceso para llegar a ser empático, y los factores y condiciones que motivan la consulta y que se configuran en una cierta forma de presentación se ubica en una posición privilegiada para desarrollar una adecuada y satisfactoria relación médico-paciente-familia de colaboración. Para ello requiere desarrollar un mínimo habilidades entre las que destacan: ser un hábil y experto entrevistador de individuos y de familias, un facilitador efectivo de los procesos de negociación, de solución de problemas y de comunicación familiares y un excelente y eficaz educador sobre los problemas de salud que inciden en su población.

El establecer una relación médico/paciente/familia efectiva es la herramienta más importante para un tratamiento exitoso, y la disponibilidad y el tiempo que el MF dedica en la consulta, son por sí solos los dos factores más valiosos para un resultado adecuado. Para esto es necesario identificar los aspectos biológicos del adulto joven, y además tener en cuenta las circunstancias familiares, para lograr ese nivel de efectividad y competencia, es necesario adquirir ciertas destrezas y habilidades para ser experto en:

- a) entrevistas individuales con enfoque familiar
- b) entrevistas a grupos familiares
- c) técnicas de apoyo y expresión emocional
- d) técnicas para el trabajo con las familias.

Estas habilidades se pretendieron desarrollar durante la formación de residentes y que le dan al MF un perfil que lo ubica como el único profesional de la salud, que aplica y conjunta un modelo de atención que incluye los procesos de atención: biológico, emocional, cognitivo(educativo), conductual, familiar(relaciones interpersonales), epidemiológico(riesgos y recursos sociales), nutricional y espiritual, con lo cual se supera con mucho el modelo bio-psico-social, dando paso a una opción de atención verdaderamente integral.

Por lo que es necesario retomar y lograr durante el tiempo de consulta llevar a cabo, estas acciones, crear una estrategia y conformar el adecuado desarrollo del MF, a pesar de las instancias de manera cotidiana que se desarrollan durante la consulta externa, en cuanto a tiempos de atención, sobresaturación de población y aspectos administrativos que pueden bloquear dicha acción, principalmente tener en cuenta que una forma de abatir esas barreras es la continuidad de nuestros pacientes.

10.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Saucedo GJ. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev. Méd. IMSS (México). 1992; 29-59.
- 2.- Horwitz, N, Florenzano, R. y Ringeling, I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 2005; 98: 144-155.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Mujeres y hombres en México 2014. México: INEGI, 2015.
- 4.- Inegi. Encuesta Nacional de Juventud, 2010. Gaceta Oficial.
- 5.- De la Cuesta Benjumea. Familia y Salud. Revista ROL de Enfermería. 2005; 203: 21-24.
- 6.- Bordignon Nelso Antonio. El desarrollo Psicosocial de Erick Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista Lasallista de Investigación.2007; 2(2):50-63.
- 7.- Suárez, T. y Rojero, C. Marca de contexto y conclusión de la 1ª entrevista de familia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.2014: 4; 363-372.
- 8.- Herrera PM. La familia funcional y disfuncional: un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007; 13(6):591-5.
- 9.- Helena Alba Luz. Familia y Práctica Médica. Boletín Universidad Méd. Bogotá. 2012; 53(2):166-185.
- 10.- González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Trabajos de revisión. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(5):508-12.
- 11.- Garza Elizondo t, Ramirez Aranda JM, Gutiérrez Herrera RF. The Physician Patient Family Collaborative Relationship. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(2):57-62.

- 12.- Medellín Fontes M., Rivera Heredia M.E., López Peñaloza J. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental* 2012; 35:147-154.
- 13.- Rosique Sanz María Teresa. López Moya Belén. Reto de la Terapia de Familia: Estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un Centro de Salud Mental. *Clínica Contemporánea*. 2015; 6(1):33-47.
- 14.- León Anzures Carro Ricardo, Chávez Aguilar Víctor. *Medicina Familiar*. Segunda Edición. 2013. Editorial: Corinter, México.
- 15.- Martínez Martínez Brenda, Torres Velázquez Laura Evelia. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino-dependiente. *Psicología y Salud México*. 2007; 17(2): 229-241.
- 16.- Beléndez, V.M., Hidalgo, M.D., Bermejo, A.R., Anarte, O.M. Evaluación de la interacción profesional de la salud-paciente: validación preliminar de un cuestionario para padres de niños con diabetes mellitus insulino-dependiente. *Psicología Conductual*. 2010; 10(1): 167-178.
- 17.- Valadez FI, Alfaro AN, Centeno CG, Cabrera PC. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en salud*, 2003; 5(3):1-9.
- 18.- Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2011; 11(2):136-43.
- 19.- Corona García Juan, Ruíz Gracia Javier, Figueroa Núñez Benigno. No asociación entre red de apoyo familiar y control metabólico en mexicanos con Diabetes mellitus que asisten a una unidad de Medicina Familiar. 2013; 19:153-154.

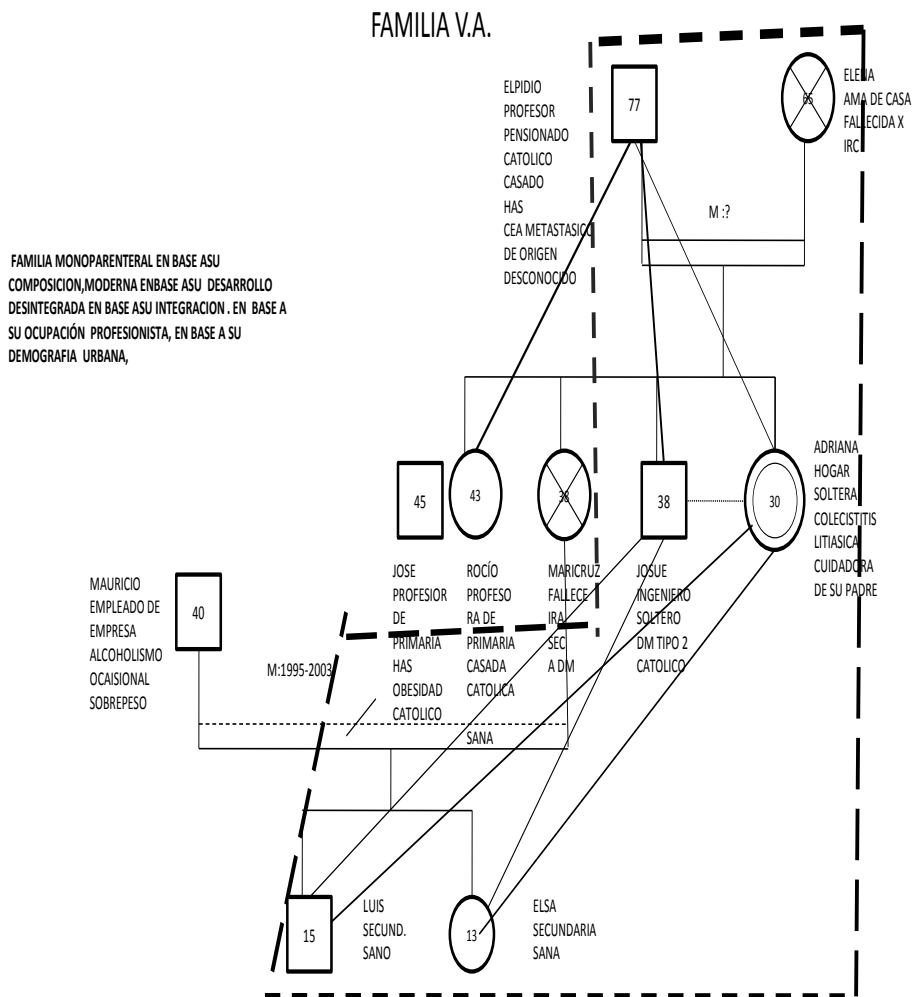
20.- Duarte A. Principios de la práctica familiar para médicos de cuidado primario.
En: Arias L, Duarte A. Módulo de actualización médica. Bogotá: Ascofame. 2004.
2007; 13(6):591-5.

11. ANEXOS

A) Familiograma.

B) Formato de Consentimiento Informado.

ANEXO A



ANEXO B

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM VALLE DE CHALCO ESTADO DE MEXICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Aspectos Epidemiológicos del Adulto Joven y su Tipología familiar de los pacientes que acuden a la Consulta Externa del Hospital Regional Valle de Chalco Issemym**; registrado ante el Comité Local de Investigación médica con el número__con el objetivo de identificar la tipología familiar del adulto joven, en base a Familiograma estructural así como los aspectos Epidemiológicos del adulto joven.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder unas preguntas y un formato para identificar los datos buscados. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: Ninguna.

Inconvenientes: Inversión de tiempo para responder el instrumento aplicado por el investigador.

Beneficios: Se me otorgará cita especial, con mi médico familiar para valorar los resultados y se canalizará a la especialidad correspondiente, para mejorar mi calidad de vida.

El investigador principal solo valorará, los datos registrados por mi Médico Familiar y no intervendrán en ningún momento en mi atención, se ha comprometido a darme información sobre los datos que este relacionado con este estudio, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre Y Firma Del Paciente.

Nombre, Matrícula Y
Firma del Investigador.

Testigo

Testigo