

11226  
2ej  
260



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social

" Enfermedades Crónicas y sus Repercusiones  
Psicosociales "

## TESIS

Para obtener el Grado de Especialista en :  
MEDICINA FAMILIAR  
Presentada por:  
Dra. Hortensia R. Rodríguez Rivas

I. M. S. S.

Puebla, Pue.

1982-84

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## I N D I C E .

1.- INTRODUCCION .....	1
2.- JUSTIFICACION .....	4
3.- MATERIAL Y METODOS .....	6
4.- RESULTADOS .....	6
5.- CONCLUSIONES .....	24
6.- BIBLIOGRAFIA.....	27

## ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES.

### INTRODUCCION.

La enfermedad crónica no es ya "privilegio" del anciano (2).

Más del 75 % de la enfermedades de larga evolución, se observan entre los 15 y 64 años de edad. Cada 4 de 5 personas que nacen hoy, habrán de morir de una enfermedad crónica ( 2,4, ).

La enfermedad crónica es un trastorno de salud -- que exige un largo periodo de vigilancia médica, puede existir o no invalidez manifiesta, puede ser estable o evolutiva la invalidez obedece a una alteración de la eficacia biológica, fisiológica o social del individuo y le impide llevar a cabo actividades normales o habituales, Los padecimientos crónicos con secuelas irreversibles imponen al sujeto que los sufre, una carga mayor que la de una persona sano y, por ello son susceptibles de provocar una mayor interferencia en los mecanismos adaptativos y de recuperación, además de favorecer la invalidez emocional, (6,7,8, ).

Meissner (6), ha señalado que la enfermedad en el ser humano además de tener una patología, consta de una ecología. En consecuencia para que exista una mejor comprensión de la enfermedad, es indispensable conocer sus aspectos eco

Al involucrarse emocionalmente el paciente con su sistema familiar, se da un aspecto fundamental de la ecología que no podemos ignorar; ya que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero para el paciente crónico (13)

Las enfermedades crónicas modifican el modo de vida del paciente y de su familia (1,6). Habrán de cambiar -- creencias, metas, intereses, contactos con la sociedad y tipo de vida. La familia del enfermo crónico está expuesta a los mismos factores que el paciente y responde en función de los mismos determinantes (8), sin embargo, aquí interviene otro conjunto de fuerzas exteriores por ejemplo: la hija del anciano enfermo, tiene además un marido e hijos que necesitan de ella, lo que puede aumentar las presiones sociales los padres de un niño enfermo también deben seguir respondiendo a las demandas de la sociedad. Las reacciones de culpa son más frecuentes en los familiares que en el paciente (1,4, ).

Los factores psicológicos en la enfermedades crónicas son complejos y variados: la depresión caracteriza especialmente al varón adulto afectado, se origina en la inseguridad causada por la imposibilidad de llevar a cabo varias actividades, es todavía más probable cuando disminuye paralelamente la posición económica y social, o cuando el paciente así lo cree (1,4,6 )

La invalidez emocional se caracteriza por uno o más de los siguientes elementos:

- a) Adaptación pasiva a las limitaciones y restricciones provocadas por el trastorno o enfermedad
- b) Detención o regresión del desarrollo emocional del sujeto.
- c) Utilización del transtorno, de la enfermedad o de sus secuelas como medio de evasión de la -- responsabilidad ante la vida y como vehículo de satisfacción permanente o dominante de las neces sidades de dependencia y de control sobre los -- demás.

La enfermedad y sus posibles secuelas constituyen experiencias dolorosas para quien las sufre, cuyo impacto -- debe tratarse de controlar a través de procedimientos de En dole preventiva que anticipen y eviten los factores que in terfieran con las capacidades adaptativas del sujeto (7,9).

Para alcanzar las metas deseadas, el proceso de -- rehabilitación debe iniciarse en cuanto sea posible determi nar el alcance de las de las secuelas del padecimiento que afecta al paciente (2,7).

Ningún médico cuando inicia su profesión, conoce -- en verdad los problemas que crea en una familia una enferme dad crónica (4). Muchas veces, un médico responsable se -- siente frustrado al percatarse de que sólo le queda manejar la enfermedad crónica; para hacerla lo más soportable posi ble , para el paciente afectado (1,2,).

El médico familiar por definición, forma parte de una situación que vive la totalidad de la familia. Es influenciado por los especialistas a quienes consulta, por los amigos del paciente y se encuentra en una posición privilegiada para ayudar a la familia y al propio paciente (4,7, - 11).

#### JUSTIFICACION:

El enfermo crónico teme a muchas cosas: muerte, invalidez, abandono, contagio a otras personas de su enfermedad, problemas económicos, pérdida de la estimación personal y desventaja en las relaciones con los que le rodean, el paciente responde a estos problemas, en función de:

- 1o. Su personalidad previa.
- 2o. Su imagen corporal.
- 3o. Su experiencia en enfermedades pasadas.
- 4o. Sus conceptos sobre la enfermedad actual.
- 5o. Sus ideas sobre la actitud del médico y otros miembros del equipo sanitario.

Los esquemas más frecuentes de reacción emocional son:

- 1o. Depresión.
- 2o. Hostilidad.
- 3o. Agresión.
- 4o. Ansiedad.
- 5o. Dependencia.

60. culpabilidad.

70. hipocondría.

Entre las reacciones familiares cabe citar:

10. irritación y mal humor hacia el enfermo inválido o minusválido.

20. miedo frente a síntomas inquietantes o desagradables .

30. hipocondría en otros miembros de la familia sometidos a presión.

40. sobreprotección y temores innecesarios.

50. miedo del contagio, por ignorancia del padecimiento sufrido.

Va es tiempo que la medicina cambie su actitud, de orientándose siempre en la enfermedad, orientándose ahora a la persona.

El médico tradicional ha sido básicamente entrenado para diagnosticar y combatir enfermedades agudas y considera a la rehabilitación como una actividad fuera del plan de estudios de Medicina, algo relacionado quizá con el trabajo social y entrenamiento vocacional. El tratamiento de enfermedades duraderas o enfermos que nunca curan por completo, requiere actitudes, habilidades y técnicas diferentes; a las que todavía no se le da suficiente importancia.

El presente trabajo tiene como finalidad determinar las alteraciones psicosociales, existentes en 50 casos de pacientes con enfermedades crónicas o invalidez y su repercusión en la dinámica familiar y social; tales como de-



empleo, sub-empleo, indigencia; desintegración social, farmacodependencia, alcoholismo, prostitución, delincuencia, etc. Así como señalar la importancia del médico familiar en la rehabilitación psicosomática y funcional de estos pacientes, para hacer de ellos individuos que se basten por sí mismos y se reintegren a la familia y sociedad.

#### MATERIAL Y METODOS.

Se efectuó una revisión de 50 pacientes con enfermedades crónicas, todos ellos derechohabientes del I.M.S.S., adscritos al consultorio No. 28 de la Unidad Médico Familiar No. 2, Departamento de Fisioterapia y del Departamento de Atención Domiciliaria De Enfermos Crónicos (ADEC) del Hospital Regional de Especialidades de Puebla.

Mediante un muestreo al azar, se investigaron las repercusiones psicosociales y las alteraciones en la dinámica familiar presentes en estos pacientes. Todo ello mediante la aplicación de un cuestionario previamente elaborado, aplicado al paciente y a su familia, posteriormente se realizaron visitas domiciliarias a la familia y como apoyo se utilizó la tarjeta de Registro Familiar, efectuándose un seguimiento de 6 meses de los casos en estudios: Mayo a Octubre de 1983.

#### RESULTADOS:

En el presente estudio se encontró que los pacientes contaban con las siguientes características:

**SEXO:**

30 correspondieron al sexo femenino y 20 al sexo masculino, lo cual corresponde al 60 y 40 % respectivamente (Tabla No. 1 ).

**EDAD:**

La edad de los casos en estudio osciló entre 8 y 94 años, la mediana es de 61 años y la media de 53 años --- (Tabla No. 2 ).

**ESTADO CIVIL:**

En nuestra revisión 4 pacientes eran solteros, casados 14, unión libre 7 y finalmente 26 eran viudos. Corresponiendo los siguientes datos al porcentaje siguiente: solteros 8%, casados 28% , unión libre 14 % y viudos 50%

Datos que quedan plenamente esquematizados y confirmados, se tomamos en cuenta que la mayoría de nuestros pacientes eran mayores de 50 años de edad. ( Tabla No.3 ).

**ESCOLARIDAD:**

3 pacientes eran analfabetas ( 6 % ), tenían primaria incompleta 12 ( 24%), primaria completa 17 ( 34 % ), secundaria 9 ( 18 % ), Preparatoria y/o profesional 9 casos -- con porcentaje del 8 %. ( Tabla No. 4 )

**CONDICIONES SOCIOECONOMICA:**

De los 50 pacientes en estudio 10 eran de la cla-

se social alta, 14 pertenecían a la clase media y 26 correspondían a la clase social baja, con el siguiente porcentaje 20,28 y 52 % respectivamente. (Tablas No.5 y 6 ), Gráfica -- No. 1.

#### COMPOSICION FAMILIAR:

En estos pacientes la composición familiar fue la siguiente:

Familias nucleares 12 %, familias extensas 52% y familias compuestas 36 % Cabe mencionar que la prevalencia - de porcentaje de familias extensas y compuestas es debido sobre todo a que la mayoría de nuestros pacientes eran los padres y convivían con uno de sus hijos y su familias. (Tabla No.7, Gráfica No. 11).

Tipológicamente por su desarrollo, las familias de nuestros pacientes se clasificaron en:

Familias tradicional 96 % y familia moderna 4 %.

Por su ubicación, las familias de nuestro estudio fueron el 100 % urbana.

#### CICLO DE VIDA FAMILIAR:

Se encontró en fase de expansión a una familia, - lo cual corresponde a un 2 %, en fase de dispersión 3 que - equivalen a 6 %, Independencia 15 que corresponden a 30 % y finalmente en fase de retiro y muerte 31 familias que --- equivalen a un 62%. (Tabla No. 8 ).

Desde el punto de vista tipológico, las familias de los casos en estudio fueron: 15 % obrera y 25% profesional.

#### INTEGRACION FAMILIAR:

En base a la integración familiar encontrada en las familias de los casos en estudio; se encontró lo siguiente:

Familias integradas 4, con porcentaje de 8 %, -- familias semi-integradas 9, con porcentaje de 18 % finalmente a 37 familias desintegradas con porcentaje de 74%, (Tabla No. 9).

#### FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA:

Los problemas de adaptación que se hallaron en las familias de los pacientes en estudios fueron los siguientes:

##### 1. SOCIALIZACION.

Cuatro de nuestras familias, en las cuales en el enfermo crónico tenía edades entre 15, 10, 9 y 8 años de edad respectivamente, por padecimientos congénitos; presentaron trastornos en esta función debido básicamente a el sentimiento de rechazo que tenían los padres a sus hijos enfermos y de los hermanos, traducido sobre todo en marginación familiar y social del enfermo; lo cual se logró constatar en las

visitas domiciliarias y en el test aplicado a los integrantes de la familia. (Tabla No. 10).

## 2.- CUIDADO:

Esta función se encontró alterada en 25 familias que corresponde a un porcentaje de 50%; ya que la mayoría de nuestros pacientes ( 52 % ) pertenecían a la clase social baja y la enfermedad crónica en uno de sus miembros repercutió en forma extraordinaria en esta función. Se observó que la mayoría efectuaba "gastos extras" por la enfermedad; por ejemplo: dieta especial, en ocasiones consultas extrainstitucionales con el objeto o más bien la esperanza de lograr la recuperación total del enfermo, compra de medicamentos, gastos de traslado para las frecuentes consultas del enfermo con los diferentes especialistas y compras de objetos de uso personal para el enfermo, muchas veces por el temor familiar al contagio de la enfermedad sufrida o bien por repugnancia de los familiares al uso común de algunos objetos. 2 de las familias en estudio tuvieron que efectuar movilización residencial para garantizar que su enfermo recibiera la atención médica necesaria ( eran pacientes con insuficiencia renal crónica que ameritaban hemodiálisis periódicas).

En 11 casos al ser el padre el enfermo crónico y existir incapacidad laboral en el mismo, existió agotamiento de los recursos económicos, además de desempleo y sub-em

pleo en algunos miembros de la familia, sobre todo la esposa y los hijos mayores con el objeto de sobrevivir. En 39 familias, los hijos estaban casados en fase de expansión y sin posibilidades de proporcionar recursos a los padres con enfermedad crónica.

Es necesario mencionar que la mayoría de las veces los gastos de hospitalización, servicio médico y medicamentos, lab. etc. no eran cubiertos por los familiares, ya que todos los pacientes eran derechohabientes del I.M.S.S. (Tabla No. 10).

### 3. AFECTO:

Esta función se encontró alterada en 20 familias, lo cual da un porcentaje de 40% (Tabla No. IX). Durante nuestras visitas domiciliarias observamos que la mayoría de los familiares trataban de demostrar afecto a el enfermo crónico, afecto que estaban muy lejos de sentir, como lo constatamos por confesión del mismo paciente ya que lo consideraban como una "Carga" para la familia.

En una paciente con Artritis Reumatoide, los hijos golpeaban a la paciente y le hablan despreciado de sus bienes .

Seis pacientes llevaban prácticamente una vida nómada, ya que pasaban ciertos periodos de tiempo con alguno de sus hijos, hasta que éstos se cansaban de tenerlos en sus hogares, sobre todo por ocasionarles según ellos problemas con sus conyuges. hijos, amistades, etc. además de causarles

derogaciones económicas. [Tabla No.10 ].

Sin embargo únicamente en cinco familias, los enfermos crónicos son aceptados totalmente por los miembros de la familia y por lo tanto estos enfermos se encuentran atendidos perfectamente y las complicaciones de su enfermedad son mínimas, lo cual ha aumentado más su longevidad. - Una de estas pacientes es una señora con paraplejia por secuelas de A.V.C. que ha sobrevivido por tres años, sin complicación alguna de su enfermedad de fondo. Gráfica No. IV.

En once esposas de enfermos crónicos se encontró que podían de enfermedades de fondo emocional, fundamentalmente Colitis espástica ( 6 casos ), neurosis ( 4 casos ) lo cual fue constatado sobre todo al revisar las tarjetas de registro familiar y las causas de mayor consulta de los miembros de la familia.

Durante la entrevista directa, la mayoría ( 8 casos ), negó enfermedad alguna.

#### REPRODUCCION:

En esta función, los 17 pacientes que se encontraban en edad reproductiva, sólo cinco de ellos mantenían relaciones sexuales satisfactorias con su pareja, lo cual corresponde a un porcentaje de 29.5 % y el resto 70.5 % ( 12 casos ), no efectuaban actividad sexual, por impedimento físico secundario a la enfermedad crónica. En 5 casos que ---

efectuaban actividad sexual encontramos unicamente a dos esposas embarazadas, ya que el resto practicaba diversos métodos anticonceptivos. (Tabla No. 10 ).

#### 5.- STATUS:

En esta función, no encontramos deficiencias -- significativas en las familias de nuestros pacientes en estudio.

#### ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL ENFERMO CRONICO:

Se aplicó a 40 pacientes el test psicológico de -- la firma humana de Machover y se hallaron los siguientes -- datos:

En 32 pacientes, que corresponden a un 80%, presentan conflictos internos y tratan de que estos no emerjan denotando también inseguridad, necesidad de apoyo y conflictos en la relación con los demás, sobresaliendo la depresión. ( Gráfica No. 11).

20 pacientes (50%) presentaron rasgos característicos de agresividad, La dependencia se encontró en 30% de los casos en estudio y sentimientos de culpa en 15 % de -- los pacientes.

En gral podemos considerar que el enfermo crónico es un paciente tenso, frustrado, reprimido, agresivo, -- negativista, impulsivo y que tiene necesidad grande --



de apoyo.

El test no fue efectuado en 10 pacientes, debido a trastornos de su enfermedad, como son: paraplejas, artritis reumatoide o coquera en dos casos.

Con respecto a la vida social, 35 pacientes modificaron esta relación. La cual se tradujo básicamente en aislamiento y deterioro de sus relaciones afectivas con los demás.

En algunos casos, se presentaron ciertos trastornos de conducta manifestados en diversos tipos de manías. 4 pacientes manifestaron adicción al tabaco y 6 a los tranquilizantes del tipo Diazepan.

El 70% de los pacientes manifestaron adversidad a la vida y se consideraban "seres anormales". Todo esto, a causa de la enfermedad crónica.

La sobreprotección fue un factor considerado por los pacientes como negativo, ya que los hacía sentirse aún más inútiles y marginados por los demás. Sin embargo una minoría la consideró como necesaria, dada su condición física lacrada por la enfermedad.

Resumiendo consideramos que la enfermedad crónica produce trastornos mentales, emocionales y fisiológicos, con grandes fallas en el papel social, Aunque el individuo está presente, es incapaz de cumplir con sus obligaciones, a causa de su incapacidad.

## ATENCIÓN MÉDICA Y REHABILITACIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS:

En este parámetro se encontró que los 50 pacientes, recibían atención médica a través de:

Médico familiar: 12 pacientes: porcentaje 24% -  
ADEC: 25 pacientes con porcentaje de 50 %, Fisioterapia: -  
13 pacientes: porcentaje de 26%.

Las principales y más frecuentes patologías que el Médico Familiar controló fueron las siguientes:

- 1.- Hipertensión arterial: 4 casos: porcentaje de 33 %
2. Diabetes Mellitus: 6 casos: porcentaje de 50 % y,
3. Enfermedades Reumáticas 2 casos: con porcentaje de 17 %. (Tabla No. 11).

El Servicio de ADEC controló por orden de importancia frecuencia las siguientes patologías:

- 1.- Enfermedades reumáticas: 8 casos: porcentaje de 32 %, 2 Diabetes Mellitus 7 casos: porcentaje de 28 %, Neoplasias 3 casos: porcentaje 12 - 12 %, A.V.C. 2 casos; porcentaje de 8% y finalmente Hipertensión arterial 5 casos con porcentaje de 20%. (Tabla No. 12).

Fisioterapia controló enfermedades musculoesqueléticas crónicas sobre todo secundarias a accidentes -- de trabajo, enfermedades degenerativas y de origen nervioso

El tiempo de evolución de las enfermedades fue de 2 a 26 años, con mediana de 6 años.

A los pacientes que se controlaron a nivel de -- C.E. de Medicina Fam. se les controlaba por medio de citas periódicas; dependiendo de la gravedad de la enfermedad, se les efectuaba examen clínico, control por laboratorio, dotación de medicamentos y recomendaciones higiénicodietéticas. En ocasiones se efectuaron visitas domiciliarias -- por el médico tratante, cuando existía alguna patología -- agregada a la enfermedad de fondo.

El servicio de ADEC controla a los pacientes que son derivados de los diferentes servicios del Hospital de Especialidades, en el se efectúan visitas domiciliarias de 2 a 3 veces por semana, dependiendo también de la gravedad de la patología, efectuándose examen clínico, control de laboratorio, toma de muestra para laboratorio, curaciones, -- cambios de sonda ya sea foley o nasogástrica, recomendaciones específicas a los familiares y al propio paciente acerca -- del manejo y evolución de la enfermedad.

ADEC es un servicio con que cuenta la ciudad de -- Puebla, así como la ciudad de Guadalajara y Monterrey, inició labores en Puebla el día 23-XII-83, promovido por el -- Dr. Jorge Uriarte V. y hasta Diciembre de 1983 ha atendido a un total de 1584 pacientes, de los cuales han fallecido -- 829 y han causado alta por mejoría 604, abandonaron el trat. 46 y actualmente controla a 105 pacientes. En Octubre de -- 1980 se creó ADEC vespertino que atiende enfermedades res-- piratorias sobre todo.

Se ha observado que los pacientes evolucionan favorablemente en el núcleo familiar, que en una prolongada estancia hospitalaria.

ADEC atiende únicamente a enfermos crónicos que habitan en la Ciudad de Puebla y colonias circunvecinas. El equipo de salud consta de: Un médico Internista, una enfermera, un laboratorista y un chofer de la ambulancia.

El Departamento de Fisioterapia actúa como servicio de apoyo a los demás servicios interconsultantes, sobre todo Ortopedia, Reumatología, neurocirugía, etc., cuenta con el equipo necesario y personal adiestrado para su óptimo funcionamiento, con el objeto de eliminar las incapacidades físicas, si es posible hacerlo, reducir o aliviar la incapacidad en la mayor extensión posible, y sobre todo remitir a la persona con una incapacidad física residual a vivir y trabajar dentro de los límites de su problema, pero al máximo de su capacidad.

Resumiendo, en nuestro estudio se confirmó que 5 pacientes y sus núcleos familiares respectivos, no mostraron cambios notables en la dinámica familiar ni psicosocial lo cual nos da un porcentaje del 10% y 45 pacientes si mostraron los trastornos antes mencionados con porcentaje de 90%. Datos ampliamente demostrados en la Gráfica No. IV.

El método estadístico utilizado en este estudio fue la  $\chi^2$ , la cual confirmó nuestra hipótesis, pues P es -

mayor de 0.05 y menor de 0.10.

TABLA No. 1

"ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
DISTRIBUCIÓN POR SEXO

SEXO	No.	%
FEMENINO	30	60 %
MASCULINO	20	40 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

TABLA No. 2

"ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
DISTRIBUCIÓN DE CASOS, RESPECTO A GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		TOTAL	%
	MASC.	FEM.		
30 años	6	9	15	30 %
31-60 años	6	3	9	18 %
61-80 años	5	16	21	42 %
81- a +	3	2	5	10 %
TOTAL	20	30	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA

TABLA No. 3

"ENFERMEDADES CRONICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"

DISTRIBUCION DE CASOS POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No.	%
SOLTEROS	4	8 %
CASADOS	14	28 %
UNION LIBRE	7	14 %
VIUDOS	25	50 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA

TABLA No. 4

"ENFERMEDADES CRONICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"

ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	No.	%
ANALFABETAS	3	6 %
PRIMARIA INCOMPLETA	12	24 %
PRIMARIA COMPLETA	17	34 %
SECUNDARIA	9	18 %
PREPARATORIA Y/O PROF.	9	18 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA

TABLA No. 5

"ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	No.	%
ALTA	10	20%
MEDIA	14	28%
BAJA	26	52%
TOTAL	50	100%

FUENTE: ENCUESTA ESPECÍFICA

TABLA No. 6

"ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS RESPECTO AL  
SEXO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.

CLASE SOCIAL	SEXO		TOTAL	%
	MASC.	FEM.		
ALTA	4	6	10	20 %
MEDIA	4	10	14	28 %
BAJA	12	14	26	52 %
TOTAL	20	30	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECÍFICA

TABLA No. 7  
" ENFERMEDADES CRONICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
COMPOSTION FAMILIAR.

COMP. FAM.	No.	%
FAM. NUCLEARES	6	12%
FAM. EXTENSAS	26	52%
FAM. COMPUESTAS	18	36%
TOTAL	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

TABLA No. 8  
" ENFERMEDADES CRONICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
CICLO DE VIDA FAMILIAR.

CICLO	No.	%
SOLTERIA		
MATRIMONIO		
EXPANSION	1	2 %
DISPERSION	3	6 %
INDEPENDENCIA	15	30 %
RETIRO Y MUERTE	31	62 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.



TABLA No. 9  
"ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
INTEGRACION FAMILIAR.

INTEGRACION FAM.	No.	%
INTEGRADA	4	8 %
SEMI - INTEGRADA	9	18 %
DESINTEGRADA	37	74 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

TABLA No. 10  
" ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"  
FUNCIONES DE LA FAMILIA.

FUNCIONES	No.	%
SOCIALIZACION	4	8 %
CUIDADO	25	50 %
AFECTO	20	40 %
REPRODUCCION	1	2 %
STATUS		
TOTAL	50	100 %

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

TABLA No. 11

"ENFERMEDADES CRONICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"

CONTROL POR MEDICO FAMILIAR

PATOLOGIA	No.	%
HIPERTENSION ARTERIAL	4	33%
DIABETES MELLITUS	6	50%
ENFERMEDADES REUMATICAS	2	17%
TOTAL	12	100%

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA.

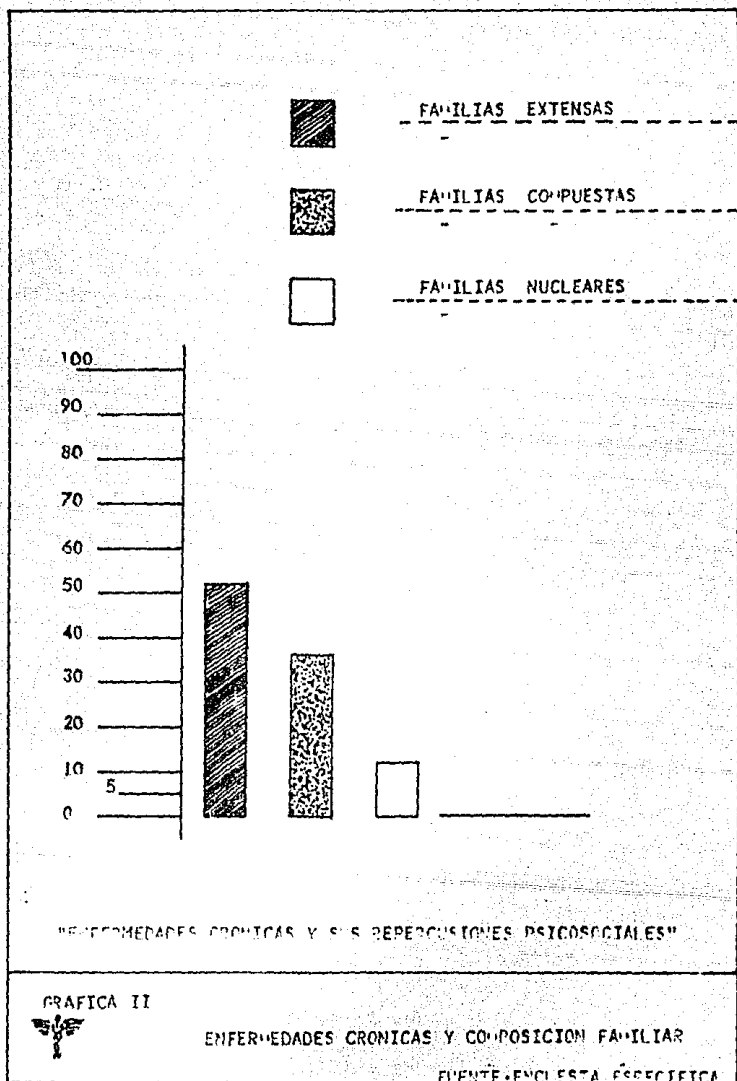
TABLA No. 12

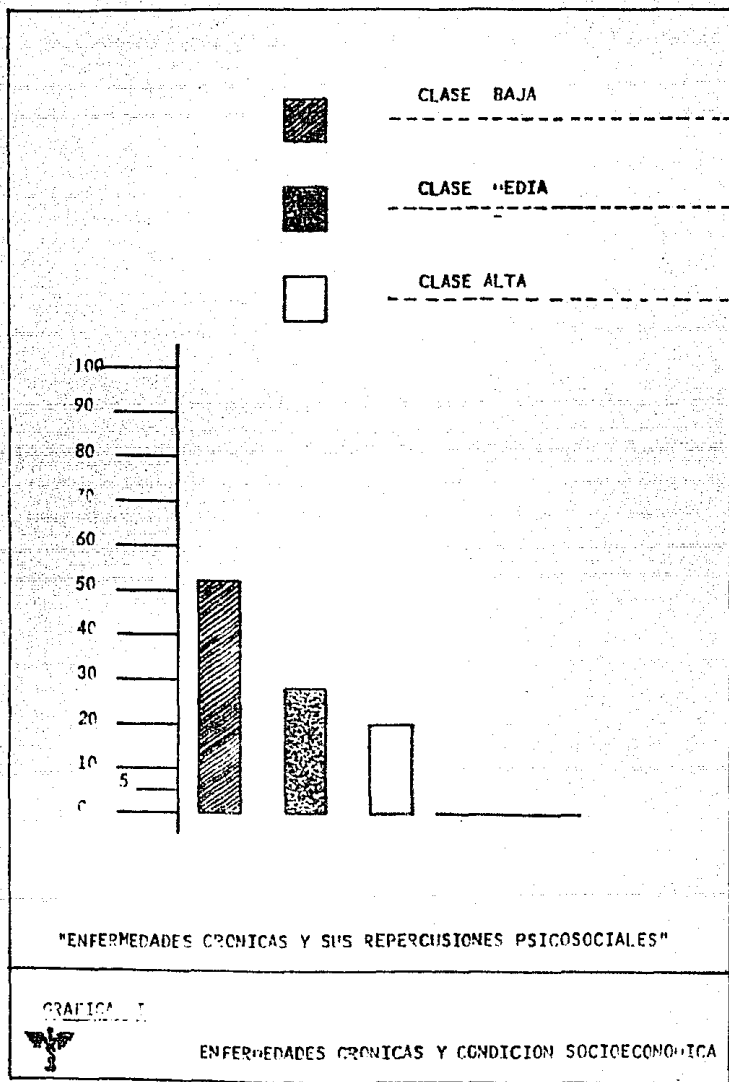
"ENFERMEDADES CRONICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"

CONTROL POR ADEC.

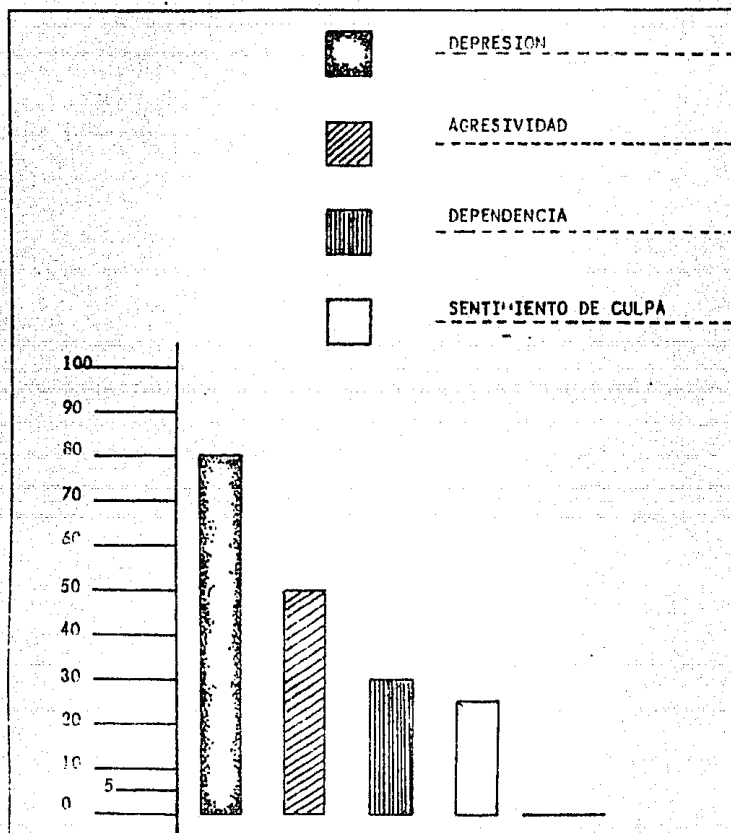
PATOLOGIA	No.	%
ENFERMEDADES REUMATICAS	8	32 %
DIABETES MELLITUS	7	28 %
NEOPLASIAS	3	12 %
A, V, C.	2	8 %
HIPERTENSION ARTERIAL	5	20 %

FUENTES : ENCUESTA ESPECIFICA.





FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA



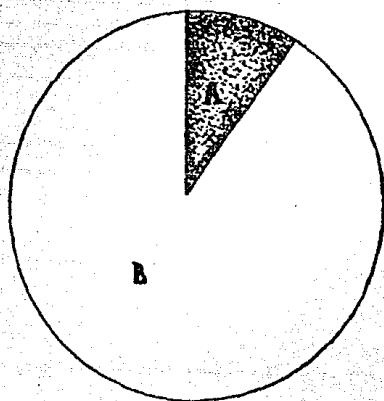
"ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS REPERCUSIONES PSICOSOCIALES"

GRAFICA III



FACTORES PSICOLÓGICOS Y ENF. CRÓNICAS

FUENTE: ENCUESTA ESPECÍFICA



A	SIN REPERCUSIONES	10 %
B	CON REPERCUSIONES	90 %

GRAFICA IV



ENFERMEDADES CRONICAS Y REPERCUSIONES PSICOSOCIALES

FUENTE: ENCUESTA ESPECIFICA

## CONCLUSIONES

Mediante el estudio de los 50 pacientes con enfermedad crónica y de su núcleo familiar, se confirma que las repercusiones psicosociales son diferentes en las enfermedades crónicas y en las agudas.

Se concluye que las funciones de socialización, cuidado y afecto, se encuentran más frecuentemente alteradas. Se observa que el factor económico influye y se altera notablemente en el enfermo crónico, propiciando desempleo o sub-empleo en él o en los miembros de la familia. Se confirma además que el núcleo familiar considera a el enfermo crónico como una "Carga" que interfiere con las funciones de la familia, provocando con esta actitud una mayor interferencia en los mecanismos adaptativos y de recuperación en el paciente; favoreciendo la aparición de invalidez emocional.

Se concluye que el enfermo crónico es un paciente tenso, deprimido agresivo, negativista e impulsivo y que tiene necesidad grande de apoyo. Manifiesta además adversidad a la vida y a la sobreprotección.

Se considera que la rehabilitación en estos pacientes, debe implicar no sólo control médico de la enfermedad, sino reajuste físico, mental, emocional, financiero, social y a menudo espiritual.

Debiendo ser el Médico familiar, como médico de primer nivel, el que deba coordinar al equipo que incluye a otros médicos especialistas en diversas disciplinas, -- enfermeras, terapeutas y a la misma familia del paciente con el objeto de evitar secuelas físicas, emocionales y -- sociales en enfermo crónico.



B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Bravo, J.: *El Minusválido y las barreras que se oponen a su integración social.* R. MED. IMSS. 20:203-6, 1982.
- 2.- Bravo, J.: *El médico familiar y la rehabilitación en las enfermedades crónicas.* R. MED. IMSS. 19:604-5, - 1981.
- 3.- Foncerrada, M.: *El niño víctima del maltrato físico.* R. MED. IMSS. 20:457-67, 1982.
- 4.- Foncerrada, M.: *Prevención de la invalidez emocional en el niño* R. MED. IMSS. 20:345-7, 1982.
- 5.- Hilleboe, H.: *Medicina Preventiva,* Edit. Interamericana, México D.F., 1966. Pág. 362.
- 6.- López, M.: *La epilepsia como problema social.* R.MED. IMSS. 19: 499-502, 1981.
- 7.- Kardiner, A.: *El individuo y su sociedad,* Edit. Fondo de Cultura económica, México, D.F., 1975. Pág. 205-16.
- 8.- Saucedo, J.M.: *La exploración de la familia. Aspectos Médicos Psicológicos y sociales.* R.MED. IMSS. 19:155-- 163, 1981.
- 9.- Turner, C.E.: *Higiene del Individuo y de la comunidad,* Edit. Prensa Médica de México, D.F., 1971. Pág. 151-165.
- 10.- Foulds, G.A.: *Personalidad y enfermedad personal,* Edit. Taray Barcelona, 1968. Pág. 256.
- 11.- Fitzgerald, R.: *The classification and recording of social problems.* S.S. AND MED. 12:415-418, 1978.
- 12.- Withersty, D.: *Effectiveness of an educational approach in treating psychiatric inpatients.* S.D. AND. MED. 12:644-645, 1978.