

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

---

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 20

FUNCIONALIDAD, ESTRUCTURA, CRISIS Y PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO EN FAMILIAS DE PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN SEGUNDO NIVEL DE  
ATENCIÓN MÉDICA.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:  
**AMELIA MENDOZA CASTRO**

Tutora:  
**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**

Asesor metodológico:  
**DRA. MARÍA TRINIDAD BELTRÁN GARCÍA.**

Generación 2007-2010

MEXICO D.F.

2009





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.

**TUTORA**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA.**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR EN LA UMF No. 20

**ASESOR METODOLÓGICO**

---

**DRA. MARÍA TRINIDAD BELTRÁN GARCÍA**

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 5

**Vo. Bo.**

---

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, MAESTRA EN CIENCIAS,  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DE LA UMF No. 20

**Vo. Bo.**

---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PROFESORA TITULAR DEL  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No 20

## AGRADECIMIENTOS:

### A DIOS:

Por ser mi Padre, Señor y mi Consolador porque ha estado conmigo en momentos de prueba y de lucha, pero también los momentos más felices de mi vida y ha guiado mis pasos y que me ha ayudado en la culminación de este proyecto.

### A MIS PADRES:

Preciosos Leonardo y Romana, por darme todo su amor, cuidado, apoyo que me han brindado en el transcurso de mi vida. Gracias a ustedes pude lograr ser uno de mis sueños: el ser Médico ustedes fueron mi inspiración.

### A MIS HERMANAS:

Jose, Elo, Lily, Julia, Rita a mis sobrinas Dana y Samy a mis cuñados Jesús y Francisco. Por su amor, lo más importante sus oraciones, comprensión, cuidado, ayuda, al estar conmigo en los momentos de dificultad pero también los momentos de felicidad son una parte tan importante en mi vida los llevo siempre en mi corazón y en mis oraciones gracias por su apoyo en la culminación de este proyecto.

### A MIS FAMILIARES:

Y como si lo fueran también mis padres José Luis Bobadilla , Samuel y Martita Álvarez Arias que siempre han estado conmigo gracias por sus oraciones, amor y cariño y ser también la inspiración por este proyecto.

### A MIS AMIGOS RESIDENTES:

Miriam, Jeny, Martha y Sandra Resendiz, Nelly Ortiz, Elsa Gabriela que siempre han estado conmigo en tiempos difíciles pero también en tiempos de felicidad gracias por compartir conmigo su amistad, agradezco a Dios el haberme permitido conocerlas, gracias por su apoyo, ustedes han sido una parte muy valiosa en mi vida y por su apoyo en todo tiempo.

### A LOS MÉDICOS CARDIÓLOGOS:

Gracias por su apoyo, comprensión y por su ayuda que me permitieron culminar este proyecto Dr. Francisco Costa Jaramillo, Dr. Justiniano Oviedo Parra, Dr. Jairo Rodríguez, Dr. Francisco Lira Federico, Dr. Jaime Rodríguez Ansaldo.

#### A MIS TUTORAS:

La Dra. Santa, Dra. Beltrán por su tiempo, apoyo, paciencia, comprensión y por todos sus conocimientos para la realización de esta tesis.

#### A MIS PROFESORAS:

Dra. Victoria, Dra. Carmen por su tiempo, apoyo, paciencia y comprensión para la realización de esta tesis, por todos sus conocimientos que compartieron con nosotros estos 3 años y estimularnos a ser buenos médicos familiares. Muchas gracias.

#### A MIS PROFESORES DE PRÁCTICA CLÍNICA:

Por sus enseñanzas y que fueron ejemplo e inspiración para ser Médico Familiar.

#### Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS:

A todos aquellos pacientes que participaron en este proyecto que me permitieron conocerlos y ser el motivo de brindarles una mejor atención médica.

A TODOS MUCHAS GRACIAS



## ÍNDICE

I. Resumen	
II. Marco teórico.....	1
III. Planteamiento de problema.....	18
IV. Objetivos.....	20
V. Justificación.....	21
VI. Hipótesis.....	22
VII. Material y métodos.....	23
VIII. Factibilidad y aspectos éticos.....	29
IX. Descripción del estudio.....	31
X. Resultados.....	32
XI. Discusión.....	60
XII. Conclusiones.....	64
XIII. Recomendaciones.....	66
XIV. Referencias.....	67
XV. Anexos.....	72

## **Funcionalidad, estructura, crisis y perfil sociodemográfico, en familias de pacientes con cardiopatía isquémica en un segundo nivel de atención médica.**

Mendoza-Castro Amelia <sup>1</sup>, Vega-Mendoza Santa <sup>2</sup>, Beltrán-García María Trinidad <sup>3</sup>

1 Médico Residente del Tercer Año de Medicina Familiar, 2 Profesor Adjunto al curso de Especialización de Medicina Familiar UMF No. 20. 3 Médico Familiar Adscrito a la UMF No. 5.

**Introducción:** En México así como otros países ha incrementado la frecuencia de la cardiopatía isquémica, estudiando poco los cambios que producen en la familia. **Objetivos:** Determinar el grado de funcionalidad, estructura, crisis y perfil sociodemográfico en familias de pacientes con cardiopatía isquémica en un segundo nivel de atención médica. **Material y métodos:** Estudio descriptivo en 242 pacientes de consulta externa de cardiología HGZ No.24, durante mayo junio del 2009, más de 40 años con cardiopatía isquémica, año y medio de evolución, previo consentimiento informado; se aplicó cuestionario de 108 ítems: ficha de identificación, perfil sociodemográfico, antecedentes patológicos, estructura, funcionalidad, dinámica, crisis familiar. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** edad 61 a 70 años 35.5% (n=86), masculinos 54.4% (n=132), femeninos 45.5%(n=110), primaria completa el 26% (n=63), hogar 36% (n=87), pensionados 30.2% (n=73), casados 68.6 % (n=166), nivel socioeconómico obrero 49.2% (n=119), infarto al miocardio 74.8% (n=181), angina de pecho 25.2% (n= 61); de evolución de un año y más 45% (n=109), un evento isquémico 70.2% (n=170). Con hipertensión arterial 71.9% (n=174). Familias nucleares 52.5% (n= 127), etapa retiro y muerte 62.0% (n= 150), tiene el liderazgo esposo (a) 44.6% (n=100), relación familiar buena 77.7% (n=188), afinidad con hijos 80.6% (n=195), familias funcionales 96.7% (n=234), involucramiento afectivo y comunicación instrumental, resolución de problemas funcionales 100% y conductas flexibles 95.9%, disfunción en comunicación afectiva (sobrecarga) y patrones de comunicación verbal al 100%, sin crisis 43.5% (n=105), crisis moderada 27.7% (n=67). **Conclusiones:** los pacientes con cardiopatía isquémica son funcionales en general en el aspecto instrumental requiriendo apoyo afectivo (cuidador) y de comunicación.

**PALABRAS CLAVE:** **Cardiopatía isquémica, Perfil sociodemográfico, estructura familiar, funcionalidad familiar, crisis familiares, segundo nivel de atención.**

## MARCO TEÓRICO

El envejecimiento de la población está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica y marca rumbos distintos dependiendo de circunstancias diferentes<sup>(1)</sup> entendemos por proceso de transición epidemiológica a aquel caracterizado por cambios en los patrones de morbi mortalidad de las poblaciones, que progresivamente pasan de presentar perfiles con preeminencia de causas agudas, fundamentalmente infecciosas a situaciones en las que prevalecen enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>(2)</sup>

De esta manera se da lugar al envejecimiento demográfico y sus consecuencias. "Se concibe el envejecimiento y la transición epidemiológica como procesos en los cuales patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica <sup>(1)</sup>

La transición demográfica se expresa en las conocidas disminuciones porcentuales de la población joven junto con incrementos absolutos y porcentuales de las poblaciones adulta y envejecida. Aunque cada una de ellas debería definirse en términos funcionales, es decir, a partir de los papeles sociales y económicos que juegan, y también de estados de salud dentro de una gran complejidad, ambigüedad y heterogeneidad, por el momento estimamos su peso estadístico mediante la muchas veces utilizada agrupación de edades: 0-14, 15-64 y 65 y más. Dentro de la teoría de los ciclos de vida, el primer grupo de edades es la etapa joven, la que se supone típicamente formativa y de dependencia; el segundo corresponde a la población adulta, la que asumimos como mayormente productiva y reproductiva, con capacidad y responsabilidad para hacerse cargo de los otros grupos de edad, y el último se refiere a la población envejecida, cuando lo característico son las pérdidas físicas, mentales, sociales y económicas asociadas a la edad avanzada, con una vuelta a la dependencia sobre el grupo intermedio. En la caracterización del grupo envejecido el deterioro de la salud es un elemento principal. <sup>(3)</sup>

La mayor sobrevivencia a edades adultas aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y el incremento en la proporción de personas de edad avanzada aumenta la presencia de padecimientos crónicos y degenerativos refiriéndose a la fase de declinación, con mayor dependencia y deterioro acelerado. Estas dos últimas etapas son las que se incluyen dentro de un concepto de envejecimiento funcional, que generalmente se representa estadísticamente como la población en edad avanzada, 60, 65 o más años de edad, dependiendo de condiciones de desarrollo y propósitos de la clasificación. Los elementos relevantes son la pérdida de la salud, de las capacidades y la autonomía. En las edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que generan fragilidad, o limitación funcional y dependencia e implica además la pérdida de roles sociales y retiro de la actividad y el trabajo. Hay más prevalencia de enfermedades agudas y hospitalización entre hombres, mientras que las mujeres sufren más enfermedades crónicas y discapacidades, esto explica que las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud <sup>(1)</sup>.

La creciente complejidad del panorama epidemiológico en el mundo hace necesario contar con otras formas más confiables que permitan evaluar con mayor precisión las pérdidas de salud en la sociedad. (4)

La transición epidemiológica en la salud que se produjo en el siglo XX y con ello hacen su aparición con una frecuencia cada vez mayor, las enfermedades crónicas como causa de muerte y entre ellas las enfermedades del corazón ocupan un lugar importante; estas aportan un aumento en el número de defunciones anuales en todo el planeta, por lo que se les considera un verdadero problema de salud; dentro de estas cobra relevancia especial la cardiopatía isquémica (CI) por exhibir las más altas tasas de mortalidad universal.(5)

Ellas constituyen la principal causa de muerte y discapacidad para los hombres y mujeres mayores de 65 años (6,7). En los países desarrollados las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares aún contribuyen con la mitad de los fallecidos a pesar de las disminuciones en la mortalidad por estas causas en los últimos 30 años (6).El reporte de Salud de la OMS de 1999, señala que en el mundo se produjeron 16.7 millones de muertes de causa cardiovascular en todas las edades, 8 millones de hombres y 8.7 millones de mujeres. En el año 2000, del 30.3% (17 millones) de todas las defunciones a nivel mundial; más de la mitad de estas muertes tuvieron lugar en países subdesarrollados 5.5 y de éstos 7.3 millones se deben a infarto del miocardio (8)

La cardiopatía isquémica es en la actualidad la primera causa de muerte en los países desarrollados, así en 1990 murieron en el mundo 6.3 millones de personas por CI y de mantenerse la tendencia actual en el año 2020 esta enfermedad continuará siendo la primera causa de muerte en los países industrializados con un claro aumento entre los grupos etáreos más ancianos y entre las mujeres, así como una emergencia explosiva en los países en vías de desarrollo. (9,10)

La organización Mundial de la Salud calcula que en Europa existe una incidencia promedio de 1,490 casos nuevos de cardiopatía isquémica por cada 100,000 habitantes (11). Países como España, tienen 40 % de mortalidad por este padecimiento, dentro del 60 % de fallecimientos de causa cardíaca en general (5)

Desde 1997 hasta en la actualidad en los Estados Unidos de Norteamérica (USA) la enfermedad cardíaca continúa siendo la primera causa de muerte (5); es la principal causa de hospitalización, responsable de casi un millón de admisiones, más de 50% llega al hospital con enfermedad cardíaca son menores de 65 años mientras que el 50% son mayores de 75 años en ese año se registraron 5 315 000 enfermos que acudieron a los servicios de urgencia por dolor precordial (12-14).

De acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo en el periodo del 2001 al 2006 se calcula que la población mexicana en promedio es de 120, 000,000 de personas en tanto que para el año 2050 la población aumentará a 150, 000,000 de personas en la república. El programa Nacional de Salud en el periodo 2001

al 2006, menciona que para el año 2006 la cantidad de mexicanos superará los 120, 000,000 de personas y que para el año 2030 la población se elevará a 200, 000,000 de mexicanos. El aumento de la población en México es gracias al control de las enfermedades transmisibles, soluciones a padecimientos ligados a la reproducción y un aumento en el envejecimiento, esto es un reflejo de lo que muestra la pirámide poblacional, un aumento en los grupos de edades entre los 25 y 55 años, siendo éstos los grupos de edad con factores de riesgo para padecimientos cardiovasculares, entre ellos los síndromes coronarios agudos (SICA). (15-17)

En nuestro país la mortalidad por cardiopatía coronaria predomina entre las cardiovasculares, (18, 19, 20,21), se desconoce la prevalencia exacta de este fenómeno en particular, pero se estima que el 66% de los individuos que acuden por dolor precordial cursan con un síndrome isquémico coronario agudo. (8,22)

Las estadísticas generales de la Secretaría de Salud informan que las enfermedades del corazón figuran en primer lugar como causa de muerte, desde hace 20 años. La incidencia anual de infarto agudo al miocardio se estima en 140,000 casos, considerando que por cada fallecido sobreviven 3. La mortalidad general reporta a las cardiopatías en el primer lugar y constituyen el 15.7%. y el infarto agudo al miocardio es responsable en un 79%. (8,15)

En hombres y mujeres las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar como causa de muerte desde 1970. Los tumores malignos, que en 1970 ocupaban el tercer lugar para los hombres, a partir del año de 1980 se colocan como la segunda causa de muerte, en las mujeres ocupan la segunda posición en los años de 1980 y 1990, y en 1970 y 2000 el tercer lugar (1) La Secretaría de Salud reportó en el año 2005 que las enfermedades isquémicas del corazón ocupan la segunda causa de mortalidad general, el género femenino de 10.6% y para el género masculino fue 10.9%. (17, 23,24)

Según el sexo existe mayor mortalidad masculina en la cardiopatía isquémica aguda, y mueren más que las mujeres por infarto agudo al miocardio, a razón de 1:3. Se produce la mayor cantidad de muertes entre los mayores de 65 años que aportan alrededor del 85% de los fallecidos por éstas enfermedades (6,25)

En la actualidad la enfermedad arterial coronaria ocupa el primer lugar de mortalidad en México a partir de los 45 años de edad (26). Cabe decir que en la cardiopatía isquémica alcanza 41.9 % del total de defunciones anuales por enfermedades del corazón, las que a su vez reportan 69.4% del cómputo total de fallecidos. (5)

Se calcula que las enfermedades cardiovasculares reducen la expectativa de vida 7 años y son de las principales causas de discapacidad en población en edad productiva (13,23). En el 2006 la esperanza de vida al nacer es de 74.5 años, las mujeres en promedio viven 5.4 años más que los hombres. (17)

El Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI) registró entre las principales causas de mortalidad general en el 2005 fueron las

enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los accidentes. (27,28)

En el contexto nacional de 1990 a 2001 la mortalidad en población derechohabiente del IMSS se mantuvo por debajo de la mortalidad en el resto de la población general del país. Las defunciones que destacan por su importancia son la diabetes mellitus, los tumores malignos del pulmón, la enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 49.0 % la leucemia, el cáncer cervicouterino, que juntas son las responsables del 30,5% de las defunciones en el IMSS. Este perfil de mortalidad indica que la población adulta mayor contribuye en gran medida a la mortalidad, y que existe un patrón de muerte caracterizado por las enfermedades crónico-degenerativas, pues en las primeras diez causas de muerte en el IMSS, no se encuentra ninguna de tipo infeccioso. (16)

En el Hospital General de Zona No. 24 (HGZ No. 24) del IMSS se reportó en el año 2007 un total de consulta externa fue de 140,453 en donde la primera causa de consulta son las enfermedades cardiovasculares entre ellas la hipertensión arterial ocupa un lugar predominante y las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el onceavo lugar con 2741 consultas para ese año. Las defunciones por enfermedades isquémicas del corazón ocupan el sexto lugar.

En el 2008 en el Hospital General de Zona No 24 el total de consulta externa fue de 139,357 en donde la principal causa fueron las enfermedades cardiovasculares con un lugar predominante la hipertensión arterial y ocupa el onceavo lugar la enfermedad isquémica del corazón con 2354 consultas. Las defunciones de las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el sexto lugar (29).

Desde las décadas de los 60 y 70, se observó que los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular tienden a agruparse, particularmente con la presencia de obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia (18)

La cardiopatía isquémica (CI), dada por el compromiso aterosclerótico de las arterias coronarias y la consiguiente disminución del aporte de oxígeno miocárdico ocasiona modificaciones en el metabolismo celular y en su función, teniendo como particular expresión clínica a los accidentes coronarios agudos cuyas manifestaciones clínicas, en su mayoría por sí mismas son una emergencia médica (5,6)

Existe consenso del carácter multifactorial en la génesis de la CI, considerándose que el factor etiológico fundamental lo constituye la aterosclerosis (AS) coronaria, unida a los espasmos coronarios, sin olvidar los factores de riesgo aterogénico, con un fuerte poder predictivo; tales factores están constituidos, en grado mayor, por la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las hiperlipoproteinemias; y en menor grado, estarían integrados por el tabaquismo, las dietas ricas en colesterol y grasas, la obesidad, el sedentarismo, el estrés de la vida moderna con el típico patrón conductual tipo A, y otros, la herencia, al igual que la edad y el sexo.

Resulta evidente que el estilo de vida actual, el estrés, los medios de comunicación y los malos hábitos alimenticios, han generado una alarmante epidemia, no sólo por el estado de salud de la población, a nivel económico o infraestructura hospitalaria, sino que socialmente nos estamos convirtiendo en una población de adultos en edad productiva con un gran número de discapacitados, y peor aún es el hecho de que dichas discapacidades se podrían prevenir manteniendo un estilo de vida saludable (19).

Aunado a la generalización de hábitos alimenticios con altos contenidos en grasas saturadas y grasas trans, así como el incremento del consumo de sodio, tabaco, drogas, alcohol, sedentarismo, así como otros cambios, como el estrés, el sobrepeso y la obesidad, relacionados con la urbanización e industrialización han condicionado un incremento importante de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta, pero estos riesgos hoy en día no excluyen a los adolescentes y a la población infantil(31).

En la actualidad millones de personas acumulan factores de riesgo cardiovasculares desde edades más tempranas (26). Los casos que son identificados como riesgos individuales particularmente en mayores de 45 años (26,32)

El aumento en la esperanza de vida, así como los factores de riesgo, explican en parte el incremento que en estos últimos años se hayan registrado la cardiopatía isquémica como la causa más importante de hospitalización, de invalidez y de muerte en nuestro país (8).

Nivel socioeconómico, estilos de vida y salud.

Estudios epidemiológicos han demostrado que existe una relación estrecha entre la concentración del fibrinógeno (Fg) y del factor von Willebrand (FvW), con el NSE, la presión en el trabajo, el grado ocupacional y el número de personas que habitan en la vivienda y la incidencia de Enfermedad Cardiovascular Isquémica (ECI). (33). Algunos de estos estudios han mostrado una asociación entre pobreza y alta incidencia de ECI y sus factores de riesgo. El NSE está asociado a una serie de variables psicosociales, como las relaciones con otras personas dentro y fuera del hogar, la presión laboral, etc. En general en muchos países en vía de desarrollo, donde la desorganización social en los niveles socioeconómicos bajos es grande, los factores psicosociales son muy adversos para la mujer, frecuentemente responsable de la unidad familiar (33).

La influencia que tiene el nivel socioeconómico (NSE) en la prevalencia de los factores de riesgo modificables, en la enfermedad y en la mortalidad cardiovascular ha sido motivo de numerosos estudios tanto en países europeos, como norteamericanos y, aunque todos ellos coinciden en que existe una relación inversa entre el NSE y la salud; sin embargo, los mecanismos subyacentes aún no han sido completamente explicados. El nivel educativo ha sido utilizado como una forma de medir, de manera indirecta el NSE en algunos estudios epidemiológicos bajo el supuesto de que a mayor nivel de educación las condiciones de salud deben ser mejores. (34)

Los resultados de este estudio (Martínez, Vallejo, García, López, Díaz, Badillo, Garza) muestran una tendencia común a la obesidad, más acentuada en las mujeres con menor nivel educativo. En el grupo de mujeres con mayor nivel educativo se identificó una predisposición a la dislipidemia con cifras séricas disminuidas de C-HDL, en quienes además se registró una mayor proporción de consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas. (34)

El NSE es un fenómeno complejo, que con frecuencia es conceptualizado como una combinación de aspectos económicos, ocupacionales y educativos y no obstante la interrelación que existe entre estos, se ha propuesto que cada uno de ellos puede estar asociado con la salud o la enfermedad de distinta manera tanto en lo individual como en lo social o colectivo. Particularmente se ha documentado que una combinación de altas demandas laborales (carga de trabajo) y una escasa autonomía o control sobre el mismo, produce una tensión laboral o estrés crónico residual que se refleja en múltiples indicadores de salud, entre ellos, las enfermedades cardiovasculares. (35)

Así, mientras que el ingreso refleja el poder de gasto, y de alguna manera el tipo de alimentación, vivienda y atención médica, que no necesariamente son más adecuados y positivos en aquellos grupos con mayor nivel de ingresos; la ocupación está más relacionada con el prestigio, la responsabilidad, la actividad física y la exposición laboral; finalmente, la educación trasfiere las habilidades necesarias para obtener los recursos sociales, psicológicos y económicos más adecuados y positivos.

Algunos autores (Juárez, Martínez, Cruz) encontraron una serie de hechos que denominaron variables independientes, que por un lado están fuertemente asociadas a enfermedad coronaria y por otro pudieran ser indicadores de mal pronóstico en la evolución de la cardiopatía coronaria. Entre las más desatacadas están: la pérdida de empleo o inestabilidad laboral, los trabajos de corta duración, la mudanza, la pérdida o alejamiento de seres queridos, la tendencia al aislamiento social, el divorcio, el sedentarismo y la personalidad agresivas. El nivel de educación, las mujeres con alteraciones en su vida sexual y aquellos trabajos que impliquen mayor grado de responsabilidad son también considerados como situaciones de mayor riesgo (35-37).

Se ha observado que la depresión en el adulto mayor, puede ser considerada como un factor de riesgo modificable, para la cardiopatía isquémica en el anciano, la depresión es más frecuente entre las mujeres ancianas, pero en los hombres el suicidio predomina. Las alteraciones del ciclo sueño vigilia incrementando el desajuste emocional, la ansiedad y la depresión, lo que puede ser un factor determinante para el incremento del riesgo. La depresión se encuentra en la tercera parte de los viejos con cardiopatía isquémica (37, 38).

La personalidad tipo A, es decir aquellas personas altamente competitivas, agresivas, ambiciosas e impacientes tienen el doble riesgo de sufrir un infarto del miocardio que un individuo sin estas características, que se asocian a mayor riesgo, son la hostilidad, el cinismo y la ira, existen estudios que demuestran que si una persona con personalidad tipo A cambia sus hábitos de vida y adopta las actitudes de la personalidad tipo B sus riesgos de sufrir un



infarto agudo al miocardio disminuyen. Se sabe también que la ansiedad, particularmente la fóbica se asocia frecuentemente a SICA. (29)

Se percibe que un bajo nivel cultural, acompañado de un bajo nivel de estudios, va a propiciar la aparición de serias dificultades en el seguimiento de la enfermedad (seguir la dieta, la medicación, atender las pruebas, incluso la propia comunicación con los médicos). (13,18)

La baja reincorporación laboral observada puede ser atribuida, entre otras causas, a la falta de estímulos profesionales, a la escasa cualificación laboral de la mayoría de los enfermos, unida a la baja calidad de sus puestos de trabajo, que puede hacer que resulte muy poco atractiva la idea de la reincorporación al mundo laboral, lo cual dificulta la integración social de los enfermos. (18-20)

Desde 1985 se ha sugerido la presencia de cambios circadianos en la ocurrencia de eventos coronarios agudos, el patrón circadiano con un riesgo predominante durante la mañana y una sima de brotes isquémicos durante la noche, es ahora ampliamente aceptado. El riesgo de síndrome coronario agudo es mayor al principio de la semana que en otros días. El infarto agudo al miocardio es más común en los meses del invierno y en general en los días más fríos del año (31).

Cambios fisiopatológicos en el sistema cardiovascular.

Cuando el individuo sufre una intensa emoción, sea positiva o negativa, por ejemplo: miedo, ansiedad, enojo, felicidad y excitación se producen cambios funcionales a nivel del sistema cardiovascular como alteraciones en el volumen sanguíneo después de cada latido, en la frecuencia cardíaca y en el ritmo, así como en la presión arterial. Además de los cambios notables en su función cardíaca, el individuo quizá llegue a percibir dolor retroesternal, esto conlleva a que perciba otras alteraciones también originadas en el sistema cardiovascular, pues sus niveles de estrés se incrementan desarrollando alteraciones concomitantes, o bien incrementando las ya descritas, todo esto ocasiona un círculo vicioso que crece de manera exponencial (39).

Algunas situaciones y eventos en la vida llegan a exigir cambios adaptativos tanto del individuo como de su familia, que generan altos niveles de estrés y en consecuencia pueden agravar o desarrollar algún problema cardiovascular en el individuo. Cuando ya existía algún tipo de trastorno, una situación estresante con su consecuente carga afectiva puede llegar a ocasionar alguna manifestación en el sistema cardiovascular, de manera que el desarrollo de un infarto, la hipertensión o los procesos anginosos, pueden agravarse a causa de la ansiedad, depresión o ambas.(40)

La respuesta psicológica del individuo no sólo puede agravar una disfunción cardiovascular o su sintomatología, sino ocasionar que surjan estrategias maladaptativas como un intento por sobrellevar la enfermedad, es decir, mecanismos que no favorecen la aceptación y comprensión del padecimiento, entre estas estrategias maladaptativas se encuentra el desarrollo de

enfermedades psiquiátricas como neurosis o psicosis y el empleo persistente de sistemas de defensa como regresión, proyección y negación, esta última puede alcanzar extremos como que el individuo se niega a aceptar sus roles familiares, sexuales u ocupacionales.<sup>(38)</sup>

El significado simbólico que tiene el corazón como órgano vital es muy importante en nuestra cultura, razón por la que es blanco perfecto para el desarrollo de signos y síntomas o ambos de tipo hipocondríaco, así como para la aparición de síntomas secundarios o procesos cargados de emotividad, conflicto, culpa o miedo.

Los individuos que sufren de infarto del miocardio pasan por periodos de estrés, depresión y se sienten exhaustos, los estados depresivos anticipan el riesgo de infarto del miocardio, pero sólo cuando se le entiende como tristeza, apatía, pérdida de sueño y de deseo sexual, fatiga, cansancio. Mientras que otros aspectos de la depresión como los sentimientos de culpa o un autoconcepto pobre negativo no constituyen parte integral de la depresión como precursor del infarto del miocardio.<sup>(39)</sup>

Impacto de la enfermedad en la familia.

Para comprender mejor este fenómeno, debemos recordar que la familia es un sistema abierto en la que las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones y que sin embargo, pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que se generan en los diferentes momentos de la vida del individuo y de la familia.<sup>(40, 41)</sup>

La familia debe poseer los recursos necesarios para evitar el pánico en una situación de crisis o de tensión familiar debe tener integración y se basa en lazos permanentes tales como el interés común, el afecto y el sentido de la interdependencia y la adaptabilidad, se refiere a la capacidad de la familia para enfrentar obstáculos y desviaciones, los cuales al ponerse de manifiesto nos llevarán a que la familia se equilibre.

Es indispensable considerar que la salud familiar debe tomar en cuenta los aspectos básicos del estudio de la misma como son funciones familiares, ciclo evolutivo de familia y dinámica familiar<sup>(41)</sup>. Sin olvidar la influencia que factores como la estructura familiar y el perfil sociodemográfico tienen sobre la familia.

Entendemos como dinámica familiar al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares. La dinámica familiar son todas aquellas situaciones empíricas manifestadas dentro del núcleo de personas denominado familia y comprende los aspectos suscitados en su interior, en la que todos y cada uno de los miembros están ligados a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites jerárquicos o roles, toma de decisiones, resoluciones de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un cambio radical en su funcionamiento, incluso en su composición, que pudiera considerarse como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta irremediabilmente en cada uno de sus miembros, así como hacia el exterior. (41)

Es posible considerar que el estado de crisis está limitado en tiempo y casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, podemos esperar que sigan patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y se tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más alto o más bajos. Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, se caracteriza sobre todo por una incapacidad para manejar situaciones particulares y el individuo utiliza métodos acostumbrados para la solución de problemas dado el potencial para obtener resultados radicalmente positivos o negativos.

Erickson en sus definiciones de ciclos de vida, refiere que cada etapa del desarrollo los individuos se enfrentan a un conflicto entre lo personal y lo social. Este conflicto lleva a una crisis y ésta lo desestabiliza tanto dentro de él como en su entorno, al resolverse la crisis se obtiene mayor maduración y con algunas cualidades de la maduración. (41)

La vida implica inevitables crisis que la mayoría de seres humanos aprenden a manejar al adaptar sus respuestas biopsicosociales para superarlas (42)

Holmes y Rahe elaboraron la escala de evaluación de mayor difusión en torno al tema, en el cual adjudican un valor determinado a eventos de la vida del hombre que son causantes de estrés y/o crisis, señalan 43 ítems el cual están de manera decreciente.(42)

En 1977 Holms y Masuda informaron la correlación existente entre los cambios de la vida cotidiana del individuo y su familia, y el desarrollo de enfermedad coronaria (cardiopatía isquémica), explicando la respuesta de adaptación ante estas situaciones, a través del eje córtico-hipofisario-suprarrenal.

Las mujeres reaccionan con mayor facilidad ante el estrés, son más sensibles a su entorno, expresan más fácilmente sus emociones y padecimientos, por lo que es más fácil detectar los problemas de la cardiopatía isquémica en forma oportuna y, de esa manera, evitar un infarto agudo de miocardio. (43)

Minuchin estima que las crisis dan posibilidades para que la familia cambie de manera positiva, aunque también lo puede hacer para lo negativo. Esto depende del estado de salud de las familias, ya que estas crisis obligan a los integrantes de la familia a hacer uso de todos los recursos, inclusive de los que no usan a menudo y que tomen decisiones y sobre todo a cambiar las relaciones o interacciones que se encuentran regidas por el tiempo. Las crisis dentro de la familia pueden ser normativas se definen como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, también llamadas evolutivas o esperadas, las no normativas son aquellas experiencias adversas inesperadas, también conocidas como paranormativas, accidentales o no esperadas entre ellas es considerada las enfermedades físicas.(41, 44)

Estos eventos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar.2

Aunque no necesariamente constituyen un estado patológico todo tipo de crisis implica un importante peso para el funcionamiento familiar y requiere un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares capaz de mantener la continuidad de la familia y de consentir el crecimiento de sus integrantes. Las crisis en ocasiones pueden suceder simultáneamente en varios miembros así como presentarse varias a la vez. (42)

La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto de los aspectos físicos como de los psicológicos y sociales. Por eso el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada etapa del desarrollo permite identificar factores de riesgo y actuar de manera integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud familiar. (42)

La experiencia de la enfermedad afecta profundamente a la familia y a su vez según la actuación de ésta, puede mejorar o empeorar el curso de la enfermedad crónica del paciente afectado. Es decir, cuando en una familia un miembro tiene una enfermedad crónica (cardiopatía isquémica, diabetes, hipertensión arterial), es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, la que pasa a ser la cuidadora principal del paciente, sobre todo si el paciente está en las edades extremas de la vida (39). La cuidadora se ha de ocupar de las atenciones materiales: preparación de la dieta adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas, etc. Además, tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. También pueden ser los aliados del profesional de la salud para conseguir una buena evolución de su paciente (42). El cuidador primario forma una alianza cerrada con el enfermo en la que se brinda apoyo, sobre todo tipo instrumental, al mismo tiempo que se produce cierto grado de desapego emocional. El cuidador primario tratará de garantizar el bienestar, atención y cuidados que necesite a quien sufrió el infarto, pero generalmente cerrará la oportunidad de comunicar sus sentimientos o expresar sus emociones. (39)

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal médico no está atento a ello. (41)

La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos<sup>43</sup>. Sin embargo, el profesional médico ha de estar atento a aquellas familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia (40). Los médicos familiares deben hacer el diagnóstico de cuándo una familia entra en crisis, determinar cuáles son las tácticas que toman para disminuir el estrés al que están sometidos y cómo en toda crisis, este profesional debe ser capaz de contener a la familia para que no se desborde y se pueda hacer daño. (41)

En nuestro medio, la familia es fuente de intercambios, donde se cimienta el desarrollo emocional del individuo, una identidad propia y el sentido de pertenencia a la sociedad. Cualquier acontecimiento positivo o negativo de uno de los individuos que la conforma afecta necesariamente al resto de la institución familiar. (42)

La persona enferma no solo sufre la pérdida de la competencia inmediata, sino que se priva de las expectativas de un futuro.

En la etapa de crisis, el paciente está seriamente enfermo y muy atemorizado. Tiene una habilidad disminuida para responder a otros psicológicamente y físicamente.

La familia casi siempre se encuentra exhausta después de la etapa de crisis aguda. Sienten coraje, temor y disgusto acerca de la situación de su familiar enfermo. Tanto el paciente como sus familiares ahora se retraen en sí mismos, refugiándose en sus pensamientos, sabiendo que la vida ya nunca será la misma.

La cardiopatía es entonces, un factor altamente estresante que impone tanto demandas físicas como psicológicas en el individuo. Desde el punto de vista físico, el impacto de la enfermedad cardíaca está muy documentado, específicamente se sabe que el organismo tiene que adaptarse al daño sufrido en el miocardio, además iniciar una terapéutica farmacológica, cuyo propósito es facilitar el trabajo del organismo después del infarto, también llevará a varios problemas relacionados con los efectos secundarios de los medicamentos(38).

En todo caso, una de las grandes causas de crisis en una familia es el hecho de que alguno de sus miembros padezca una enfermedad implique limitaciones y requiera ser cuidado. Hablamos constantemente de la familia, es un sentimiento de pertenencia que todos tenemos, pero vamos a intentar definir, las funciones de la misma, características de la familia con cardiopatía isquémica, patrones relacionales, pautas de comportamiento, para que a partir de esta definición y por tanto mejor comprensión del funcionamiento de la familia como sistema al cual pertenecemos y con el cual estamos en constante interrelación, podamos interactuar, modificar, cambiar, la relación en función de la obtención en suma de un equilibrio biopsicosocial en términos de salud.

Minuchin menciona las siguientes características para el funcionamiento familiar es: relativamente fija y estable, presenta un sentido de pertenencia a sus miembros, acepta cierto grado de flexibilidad, facilita el desarrollo individual, así como los procesos de individualización, la familia presenta en su estructura, una distribución del poder a través de las normas y los roles que definen las reglas del sistema familiar, el poder y la naturaleza de los límites y las alianzas para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros, la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión mediante la comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares para lo cual utiliza los siguientes elementos funcionales para su desarrollo: Cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad (41,42).

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales al enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo, las crisis por las que atraviesa y da lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. (44-46)

En las familias disfuncionales los intentos ineficaces de solución a problemas y conflictos crean disputas circulares e improductivas y causan síntomas psicológicos o somáticos en uno o varios miembros del grupo familiar. Una familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos no la ausencia o presencia de ellos. (42)

Al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera de cómo interactúan los miembros de una familia, se le denomina estructura familiar. Esta estructura sólo puede observarse en movimiento ya que su transformación se da a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que la familia pueda seguir funcionando. La estructura familiar organiza al sistema familiar de acuerdo a los siguientes parámetros: Jerarquía como parte de las reglas que gobiernan la organización familiar, la familia como cualquier otro sistema debe contar con diferentes niveles de autoridad. Para que esta estructura de poder sea funcional requiere ser suficientemente flexible de manera que se puedan efectuar cambios ante los eventos críticos que se presenten en cada contexto de la vida familiar (42)

Límites. Son reglas que definen quienes y como participan en las transacciones interpersonales mediante las cuales es posible establecer una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento de la familia. Los límites individuales se refieren al espacio que deben guardar los miembros de una familia entre sí. Varían desde el amalgamiento hasta la desvinculación (42)

La importancia de conocer estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzzano, al reportar que más del 55 % de adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez de un total de 413 familias encuestadas con un integrante de la familia con una enfermedad crónica, encontró que el 89% era disfuncional al momento del estudio.

Asimismo, Vázquez-Nava refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes asmáticos. De un total de 103 diagnósticos de salud familiar incluidos en el estudio predominaron las familias integradas, nucleares, tradicionales, urbanas y empleadas. Al evaluar el subsistema conyugal, encontramos que 52% de las parejas fueron funcionales, 39% fueron moderadamente disfuncionales y un 9% correspondió a parejas severamente disfuncionales. En relación a los resultados del FACES III, se encontró a un 43% de familias en rango medio, un 41% a familias balanceadas y un 16% a familias extremas. (47)

Rodríguez Ábrego en su estudio de 226 pacientes con insuficiencia renal crónica y se encontró que más de la mitad de los pacientes tuvieron algún grado de disfunción familiar. Para estimar el grado de funcionalidad de la familia se utilizó el test de Holmes. Hubo un 39% de familias funcionales, un 20% con disfunción leve, 32% disfunción moderada 9% con disfunción severa. Se evaluaron las medias en la variable de estrés familiar y se observó 127 puntos para familias no disfuncionales y 259 para las familias disfuncionales. Se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutoria de la familia facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia del enfermo. (48)

El impacto que tienen las enfermedades cardiovasculares es devastador no sólo para el paciente sino para la sociedad en general. Afectan no sólo a grupos de la tercera edad, sino también a grupos de edad económicamente activos, limitando su capacidad funcional. (49)

En una familia se deben cumplir las funciones primordiales de: Soporte económico crianza de los hijos (cuidado, educación, nutrición, juego, disciplina). Trabajos domésticos (cuidado del hogar, limpieza, lavandería, trabajo en el jardín, mantenimiento del hogar) Alimentación (compra de alimentos, cocina, limpieza de la vajilla). Transporte (conducción) Emocional (intimidad, crianza) Sexual Espiritual Relaciones, responsabilidades (familia ampliada, amigos) Social (amigos, compañeros de trabajo/socios, organizaciones) Tiempo libre (local, vacaciones)

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas (42).

La mayoría de familias desarrollan patrones de respuesta en los momentos primerizos a la enfermedad, en una fase aguda, después cambia dichos patrones. Viven el cambio como una amenaza familiar. (42)

Cada uno tiene que aceptar como válido la forma de sentir y de pensar de los demás integrantes, aunque no esté de acuerdo con lo que supuestamente espera la mayoría. Será necesario una redistribución de roles, el asumir nuevas obligaciones y creatividad para buscar soluciones frente a situaciones conflictivas.

La familia tendrá que evitar actitudes sobreprotectoras o bien hacer suposiciones sobre lo más conveniente para el enfermo. Siempre que sea posible, el enfermo tendrá que implicarse y participar activamente en las decisiones y proyectos familiares. El paciente tiene que estar abierto a la expresión y discusión de sus necesidades y limitaciones, sin caer en el error de evitar exponerlas creyendo que de esta forma ahorra dificultades y sufrimientos a su familia. Compartir estos sentimientos puede crear nuevas fuerzas para acompañar el proceso de esta enfermedad. Si su vida sexual también se ha

resentido, hable sinceramente con su pareja sobre el problema, sobre las limitaciones de su energía y de las alternativas (42)

Algunas familias, utilizan sus recursos propios para adaptarse a situaciones de estrés como la enfermedad crónica en un miembro de la misma, pero es todo el sistema familiar el que se moviliza en búsqueda de una adaptación funcional en términos de salud. Sólo ocasionalmente el paciente y la familia pueden tener dificultades en encontrar los recursos que tienen, para realizar los cambios necesarios para una nueva situación, y puede ser necesaria la ayuda de un terapeuta familiar para reencontrar los mismos y entrar de nuevo en una situación de equilibrio biológico, psíquico y social.

La respuesta psicológica inmediata del individuo ante un infarto es intentar minimizar el daño sufrido, así como subestimar el miedo que resulta del evento. (39)

El miedo puede convertirse en negación, de manera que el individuo la presenta como un mecanismo de defensa frente a la ansiedad que le produce la posibilidad de morir, y como un intento de minimizar el significado de los síntomas de la enfermedad. La mitad de de los pacientes hospitalizados con una enfermedad isquémica cardiaca presenta síntomas depresivos moderados o graves, así como altos niveles de ansiedad.

Ante un infarto del miocardio pueden distinguirse varios tipos de respuesta la primera consiste en la negación tanto del evento sufrido como de las consecuencias de la enfermedad ante lo cual el individuo decide vivir su vida como si no hubiese sufrido un infarto.

El segundo tipo de respuesta es la aparición y persistencia de una dependencia excesiva para evitar manejar los altos niveles de ansiedad y depresión, lo cual conlleva a mantenerse en el rol de enfermo

El tercero es la aceptación realista del grado de daño sufrido junto con la tolerancia razonable ante la necesidad de llevar a cabo una completa rehabilitación (38)

El individuo quizá utilice su enfermedad cardiaca para manipular a otras personas, tanto dentro de su familia como en su trabajo, de manera que intenta obtener la simpatía de los demás a través de su padecimiento y de este modo conseguir manipularlos mediante el desarrollo de culpa.

El individuo puede responder de manera muy particular ante un infarto del miocardio, el hecho de que escoja una forma adaptativa o maladaptativa dependerá de factores como la personalidad, la familia y las alteraciones físicas y laborales concomitantes.

En muchas familias los hombres por el hecho de serlo tienen mayor centralidad, en tanto que las mujeres se ven marginadas y con menor territorio. La reacción de la familia ante la enfermedad tiene un impacto importante en el tipo de apoyo requerido ya que si esta es reacia intolerante a la dependencia o poco empática con las necesidades del paciente puede ofrecer muy poco apoyo, por otro lado si es sobreprotectora no permitirá que el paciente tenga



un grado razonable de autonomía y desalentará el afrontamiento activo de la enfermedad. (41)

En cuanto a la forma de respuesta familiar a la enfermedad se han identificado 2 estilos opuestos. La tendencia centrípeta se expresa en el desarrollo de una extrema cohesión interna en torno al enfermo quien absorbe la energía y monopoliza la atención del resto de la familia que gira a su alrededor restando posibilidad de desarrollo y crecimiento a cada integrante del grupo, en general la familia vive en un estado de frecuentes sobresaltos porque tiene siempre presentes posibles complicaciones de la enfermedad, los altibajos de su evolución y riesgo de muerte que es percibido de manera constante.(42). La tendencia centrifuga. Se manifiesta por el desarrollo de conductas evitativas en torno a la situación enfermedad. Este tipo de conductas generalmente se hace efectivo a expensas de la dedicación de un familiar enfermo. Esta actitud sobreprotectora condiciona más aún la evitación hacia el enfermo por parte de sus demás familiares. (42)

El comportamiento de la pareja del individuo que sufrió un infarto puede aumentar la posibilidad de que éste experimente altos niveles de ansiedad dependencia e invalidez o por el contrario que inicie pronto acciones para alcanzar su salud. (39)

El cónyuge del individuo infartado tiende a suprimir todo tipo de resentimiento o rechazo hacia la irritabilidad o dependencia que el enfermo llegue a manifestar, pues esto le provoca terribles sentimientos de culpa, el grado de ansiedad que el conyugue sano manifiesta quizá incremente la ya existente en el enfermo aumentando así sus necesidades de dependencia e inclusive su grado de minusvalía o tal vez en el extremo diametralmente opuesto favorezca un regreso prematuro al trabajo y a la actividad sexual, quizá adopte una actitud general de independencia forzada y vigor( 39).

Hay evidencias de que una relación matrimonial de mala calidad, es un factor de riesgo independiente e interactivo en mujeres con enfermedad coronaria y se ha demostrado un peor pronóstico clínico cardiovascular en 5 años de seguimiento de mujeres de 30 a 65 años en quienes se documentó estrés matrimonial al ser admitidas por un síndrome coronario agudo (16).

El vínculo entre la disfunción marital y la evolución clínica, podría explicarse por la mayor presencia de aterosclerosis subclínica según el grosor de la íntima media y de placas de ateroma en las arterias carótidas y su más rápida progresión en mujeres con matrimonios poco satisfactorios (16).

Entre 50 y 60% de todos los pacientes con enfermedad cardiaca sufre de niveles elevados de depresión, ansiedad y miedo; no obstante, la serie de problemas psicológicos en estos pacientes varía enormemente, muchos se encuentran preocupados y angustiados por su estado de salud, incluso piensan que se encuentran en peores condiciones de lo que el médico les ha dicho, situación que interfiere con las posibilidades de recuperación del paciente. (39)

Los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge descuidando sus necesidades físicas y emocionales

Los médicos tienen una oportunidad única de colaborar con los pacientes y sus familias en el curso de una enfermedad. A través de una minuciosa evaluación y una intervención planificada, el médico de familia puede ayudar a las familias a encontrar la forma más sana de hacer frente a la enfermedad. (42)

De acuerdo Velasco, Sinibaldi, el 75% de los pacientes posinfarto se encuentra trabajando medio tiempo o tiempo completo un año después de ocurrido el episodio. Cuando los pacientes eran menores de 40 años de edad, todos reanudaron sus actividades laborales antes de que transcurriera un año, lo mismo sucedió con 72% de los individuos entre 41 y 50 años y 77% de los que oscilaban entre 51 y 60 años. Por otra parte 83% de los pacientes con actividades laborales de tipo sedentario se incorpora rápidamente a sus labores con una media de 16 semanas (23) Diversos estudios ponen de manifiesto que a los costos directos en consumos, se añaden los costos derivados de los déficits funcionales y discapacidad que ocasiona la enfermedad condicionando, pérdida de actividades y productividad tanto en el trabajo como en el hogar, y representando el 70% del total de costes socioeconómicos. Este hecho de nuevo vuelve a condicionar un impacto significativo en la dinámica familiar de los pacientes, agravando el estrés, produciendo cambios de rol y dificultades en la adaptación que lleva a pérdidas residuales significativas. Aunque sean las características del paciente y de su enfermedad lo que determine la evolución del proceso, también la estructura de la familia, su forma de funcionamiento, el grado de estrés producido y los consecuentes cambios pueden jugar un papel en el impacto producido la dificultad de adaptación, contribuyendo en definitiva al deterioro psicosocial y físico del paciente y de su entorno. (39)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los procesos de transición epidemiológica y nutricional que viven los países en desarrollo, México entre ellos, han traído como resultado una serie de cambios en la morbimortalidad de las poblaciones, en los estilos de vida de los individuos, ocasionando cambios en los sistemas sociales que van desde la familia hasta los sistemas de salud.

El aumento de poblaciones con factores de riesgo a edades más tempranas para padecimientos crónico degenerativos junto con el envejecimiento de la poblaciones ha dado como resultado la creciente incidencia de padecimientos como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica, los cuales comparten factores de riesgo y agravan el pronóstico del paciente cuando en el coinciden más de una de ellas.

Existen múltiples estudios que abordan la importancia de los factores de riesgos tales como el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo y el estrés en la etiopatogénesis de la cardiopatía isquémica y existen también estudios que hablan de las características propias de las familias como factores asociados a esta patología, tales como la funcionalidad, la estructura y la tipología de las familias y las crisis que se viven a lo largo del ciclo vital, factores que se encuentran estrechamente vinculados y son el soporte con el cual las familias responden a los diferentes eventos a lo largo de su trayectoria. Existen también, según la literatura ya revisada autores que señalan la influencia de los aspectos socioeconómicos en la génesis de las patologías isquémicas cardiacas.

Por otro lado podemos decir que el impacto psicosocial de la enfermedad en los miembros de la familia es considerable requiriendo un cambio de roles y una redistribución de las tareas. La adaptabilidad de la familia se pone a prueba. La familia debe encontrar su propio equilibrio entre tener en cuenta las necesidades de los miembros individuales y la unidad familiar como un todo, lo que permite que todos tengan relaciones satisfactorias entre sí y con su contexto social (41)

Es esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del paciente y tenerlos en cuenta para el cuidado del mismo, reconociendo igualmente la influencia de los problemas del paciente en su familia. El camino entre los pacientes con cardiopatía isquémica y sus familias se recorre en ambas direcciones. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas normas y a veces nuevos papeles.

Considerando todos estos elementos que se encuentran estrechamente relacionados se plantea si estas características serán semejantes a las reportadas, en las familias de los pacientes con cardiopatía isquémica de la población adscrita a la zona de influencia del Hospital General de Zona No.24 del IMSS. De donde surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es el grado de funcionalidad, estructura, nivel de crisis y perfil sociodemográfico en familias de pacientes con cardiopatía isquémica en un segundo nivel de atención médica?**



## **OBJETIVO GENERAL**

Estimar el grado de funcionalidad, estructuras, crisis familiares y perfil socioeconómico del paciente con cardiopatía isquémica en un segundo nivel de atención médica.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Clasificar y cuantificar el porcentaje de familias funcionales y disfuncionales en el paciente con cardiopatía isquémica.
2. Clasificar y estimar el porcentaje de familias del paciente con cardiopatía isquémica según la estructura y tipología familiar.
3. Clasificar y determinar el porcentaje de familias del paciente con cardiopatía isquémica según la etapa del ciclo vital en que se encuentra.
4. Estimar el grado de crisis familiar asociada al paciente con cardiopatía Isquémica.
5. Identificar co morbilidad y su porcentaje en el paciente con cardiopatía Isquémica.
6. Identificar el perfil sociodemográfico (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil) del paciente con cardiopatía isquémica.
7. Identificar el nivel socioeconómico según el método de Graffar de las familias de los pacientes con cardiopatía isquémica.

## **JUSTIFICACIÓN.**

La cardiopatía coronaria en el país es la patología cardiovascular dominante. Las estadísticas generales informan que las enfermedades del corazón figuran el primer lugar como causa de muerte, desde hace más de 20 años, por lo que esta considerada como un problema de salud importante.

Los cambios que puede producir la cardiopatía isquémica en el adulto y su familia están en función no sólo del momento del ciclo vital, sino de la edad, sexo y estatus socioeconómico del individuo y familia afectados; aun cuando no se deben minimizar otros aspectos como tipo de enfermedad, posibilidad y grado de invalidez o redes de apoyo con las que cuenta la familia que puede o no funcionar. No es lo mismo sufrir una enfermedad en la edad adulta cuando aún se tiene mucho por vivir, muchas esperanzas y oportunidades, a que ésta se presente en una etapa considerada muchas veces final en la vida como es en los adultos mayores.

Las personas de 60 años o más representaban 6.8 por ciento de la población total del país en 2000 y se espera serán 28.0 por ciento en 2050. La morbilidad de la población envejecida representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente porque el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y en él se acumulan la presencia de factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardíacas (24, 25).

Tomando en cuenta el impacto de la cardiopatía isquémica al interior de las familias en sus aspectos biopsicosociales, económicos y el impacto en los sistemas de salud es que se conozca las características familiares de los pacientes con cardiopatía isquémica.

El conocimiento por parte del Equipo de Salud que se hace cargo del cuidado de la persona con cardiopatía, de la estructura de la familia, de su dinámica y funcionamiento, de la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentran y de los recursos que movilizan para enfrentarse a las situaciones estresantes, le posibilitará el convertir a la familia en una auténtica Unidad de Cuidados que facilitará el correcto control integral

## **HIPÓTESIS.**

No es necesaria ya que es un estudio de tipo descriptivo.

## **SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **◆ SITIO DE ESTUDIO**

Hospital General de Zona No.24

### **◆ DISEÑO:**

Se realizó un estudio observacional, transversal, prolectivo, descriptivo, abierto a los derechohabientes adultos con diagnóstico de cardiopatía isquémica que acuden a la consulta externa de cardiología con diagnóstico ya determinado. Realizándose en el Hospital General de Zona No. 24, del periodo comprendido del mes mayo- junio del 2009.

### **◆ PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Descriptivo

### **◆ CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO**

Pacientes adultos derechohabientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica mayores de 45 años, con diagnóstico de cardiopatía previamente confirmado por el médico cardiólogo del Hospital General de Zona No. 24

### **◆ CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Derechohabientes que acudan a la consulta externa de cardiología del HGZ No. 24
2. Diagnóstico de cardiopatía isquémica valorado previamente por cardiología.
3. Pacientes mayores de 45 años
4. Ambos sexos
5. Pacientes que deseen participar en el proyecto de investigación
6. Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica desde reciente diagnóstico hasta de un año y medio de evolución.



### ◆ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Aquellos pacientes que no sepan leer o escribir.
2. Pacientes con deterioro cognitivo o dificultad para contestar el cuestionario

### ◆ CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes o familias que por cualquier motivo no terminaron de contestar el cuestionario.

### ◆ TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se realiza el cálculo de la muestra con ayuda del programa Epi info el cual se toma en cuenta los siguientes valores:

Tamaño poblacional anual de 2300 en el 2008

Prevalencia esperada se desconoce 50%

Peor resultado 55

Nivel de confianza 90%

Total de pacientes: 242.

### ◆ TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia, de acuerdo al número de pacientes que padecen cardiopatía isquémica que acudan a la consulta externa en el periodo comprendido mayo junio del 2007 en el Hospital General de Zona No. 24.

◆ **VARIABLES DE ESTUDIO.**

VARIABLE ESTUDIO Y CONCEPTO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN Y ANALISIS ESTADISTICO
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento del estudio.	Edad cumplida en años	Variable: Cuantitativa discreta. Se medir promedio desviación estándar,
SEXO	Condición orgánica que distingue de la femenino de lo masculino	Femenino Masculino	Variable cualitativa nominal. Se puede medir frecuencia, distribución de porcentajes.
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios formales que se han alcanzado al momento del estudio.	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa, Secundaria incompleta, Técnica completa, Técnica incompleta, Bachillerato completo, Bachillerato incompleto, Profesional completo, profesional incompleto Iletrado	Variable cualitativa ordinal, se puede medir en frecuencia y distribución de porcentajes.
ESTADO CIVIL:	Estado de una persona con respecto al matrimonio.	Casado, divorciado, viudo, separado, unión libre.	Variable cualitativa nominal se puede medir en frecuencias y distribución de porcentajes.
OCUPACIÓN	Trabajo o Actividad	Obrera	Variable cualitativa

	que desempeña una persona que puede o no ser remunerada	Comercial Técnico Profesional Pensionado Hogar	Nominal, se puede medir frecuencia y distribución de porcentajes.
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Es la diferenciación social producida por el ingreso.	Se medirá mediante la encuesta de método de graffar que incluye variables como educación, fuente de ingresos y condiciones de la vivienda. 04-06 Estrato alto 07-09 Medio alto 10- 12 Medio bajo 13- 16 Obrero 17-20 Marginal	Variable Cualitativa ordinal, frecuencias y distribución de porcentajes.
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	La cardiopatía isquémica es una enfermedad cardíaca producida como consecuencia de alteraciones que conllevan la aparición de déficit de oxígeno en el músculo cardíaco, también conocido como síndromes coronarios agudos	Se obtendrá la información con la confirmación de cardiopatía isquémica (pueden ser angina inestable, infarto agudo de miocardio previamente diagnosticado por el cardiólogo.	Variable cualitativa nominal, se puede medir frecuencias y distribución de porcentajes.
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico de cardiopatía a la fecha.	1-3 meses 3- 6 meses 6-9 meses 9-12 meses Más de 1 año	Variable Cuantitativa discreta promedio, media, moda, mediana, desviación estándar.
ENFERMEDADES ASOCIADAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR	Patologías concomitantes que influyen en la evolución de la cardiopatía	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Dislipidemias Alcoholismo Tabaquismo	Variable cualitativa nominal, frecuencia y distribución de porcentajes.

NÚMERO DE EVENTOS DE CARDIOPATÍA ISQUEMICA	Número de veces en que ha presentado cardiopatía isquémica.	1 2 3 Más de 3	Variable cualitativa ordinal se puede medir mediana frecuencia y distribución de porcentajes.
AÑOS DE FORMADA LA FAMILIA	Total de años que las familias viven juntos.	Se preguntara en forma directa los años de formada la familia 1-10 años 11-20 años 21-30 años 31-40 anos 41 y más	Variable Cuantitativa discreta Se puede medir promedio, media, mediana moda desviación estándar.
TIPOLOGÍA y ESTRUCTURA FAMILIAR	Es la clasificación de las familias con base a su composición. Estructura: según los elementos que la constituyen Desarrollo: en función a las actividades laborales de la madre.	Se obtendrá mediante la pregunta directa y se clasificará de acuerdo a los conceptos básicos para el estudio de las familias de los Archivos de Medicina Familiar del 2005.	Variable Cualitativa nominal, se puede medir frecuencia y distribución de porcentajes.
CICLO VITAL	Etapas durante las cuales los miembros de la familia experimentan cambios y adoptan comportamientos que de alguna manera son previsibles para atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas previsibles por atenerse.	Se determinara con la clasificación de gyman en las siguientes etapas evolutivas de la familia; Matrimonio, expansión, dispersión, independencia retiro y muerte	Variable Cualitativa nominal politómica, frecuencia y porcentaje.

<p><b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b></p>	<p>La capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa</p>	<p>Se utilizará el instrumento De Evaluación de Funcionalidad Familiar que nos determinara si la familia es; a)funcional b)no funcional</p>	<p>Variable Cualitativa nominal Frecuencia y porcentaje</p>
<p><b>PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL LIDERAZGO, VINCULACIÓN AFECTIVA Y RELACIÓN FAMILIAR</b></p>	<p>Es la función que permite al ser humano recibir, elaborar, interpretar información que llega desde su entorno.</p>	<p>Se realizarán preguntas abiertas en base a: El subsistema familiar que esta a cargo de la toma de decisiones. Percepción de la relación familiar por parte del paciente. La afinidad del paciente hacia algún miembro de la familia.</p>	<p>Variable cualitativa nominal, frecuencia y porcentaje.</p>
<p><b>CRISIS FAMILIARES</b></p>	<p>Son aquellos eventos críticos del desarrollo y accidentales que la familia ha afrontado desde hace 1 año</p>	<p>Instrumento de Holmes y Rahe</p>	<p>Variable cualitativa, nominal se puede medir frecuencia y distribución de porcentajes.</p>

## ◆ FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

La investigación es factible de llevarse a cabo, se cuenta con los recursos humanos, materiales y el espacio físico, sin afectar a nuestra población de estudio.

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo conforme a los aspectos éticos que rigen a la investigación. El Código de Nuremberg promulgado en 1947, siendo la principal disposición del código que "es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano". Estipula otros detalles implícitos en este requisito:

- 1 Capacidad de dar consentimiento
- 2 Ausencia de coacción
- 3 Comprensión de los riesgos y beneficios implícitos.

En 1964 la asociación médica mundial adoptó la declaración de Helsinki cuya revisión y medicación más reciente tuvo lugar en 1989, en Tokio, y estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos. La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "Velar solícitamente y ante todo para la salud de mi paciente", y el Código Internacional de ética médica afirma que: el médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que, pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la ciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de este deber.

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.

Apegándonos a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el Título quinto de investigación para la salud capítulo único; Artículos 96: el cual menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación de los seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: 1.- Deberá adaptarse a los principios

científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

#### ◆ **RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.**

Serán realizadas por la alumna en ocasiones con un colaborador que se encuentre disponible, recursos físicos constarán de un equipo de computo, impresora, copias, lápices, borradores y plumas. Los recursos financieros correrán a cuenta de la alumna los cuales serán empleados para compra de copias, tinta, lápices, plumas, borradores necesarios

##### **RECURSOS HUMANOS**

- 1 Asesor del protocolo y co-asesoras
- 2 Residente de Medicina Familiar.

##### **RECURSOS FÍSICOS.**

- 1 Cuestionarios.
- 2 Hojas, computadora, bolígrafo, lápiz, goma, sacapuntas.

##### **RECURSOS FINANCIEROS.**

Proporcionados por el investigador

## ◆ DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

El presente estudio se realizó en la Consulta Externa del servicio de Cardiología del Hospital General de Zona No. 24 del IMSS de la ciudad de México en el periodo comprendido del mes de mayo a junio del 2009, previa aprobación del protocolo por el Comité de investigación local, se informó a las autoridades correspondientes de la unidad (Director, Jefe de enseñanza y Jefes de departamento clínico), y previo consentimiento informado, se les explicó y se procedió a la aplicación de un cuestionario ex profeso a los pacientes con cardiopatía isquémica previa valoración y confirmación por el médico cardiólogo del diagnóstico de cardiopatía isquémica. El cuestionario constó de 108 ítems: ficha de identificación:7 perfil sociodemográfico: 4, antecedentes personales patológicos (diagnóstico de cardiopatía, tiempo de evolución de la cardiopatía isquémica, número de eventos, enfermedades asociadas): 4, estructura familiar (tiempo de formada la familia, número de integrantes de la familia, personas con las que vive, número de hijos y ciclo vital:5 percepción de la dinámica familiar: de liderazgo:1percepción de la relación familiar:1, percepción del paciente sobre afinidad familiar:1, comunicación y apoyo familiar:2 y funcionalidad familiar a través del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar: 40, crisis familiar (si hay otras crisis asociadas a través del cuestionario de estrés Holmes y Rahe): 43.

## ◆ ANÁLISIS DE DATOS.

Se utilizó estadística descriptiva frecuencias y distribución de porcentajes para variables nominales, media mediana, moda y desviación estándar para variables cuantitativas.

La forma de captura se llevó a cabo por medio del programa SPSS, previa codificación, los datos se describirán agrupando las variables en cuantitativas y cualitativas y finalmente se expondrán en presentación de cuadros de salida.



## RESULTADOS.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, en 242 pacientes derechohabientes del IMSS con cardiopatía isquémica durante la consulta al servicio de cardiología del HGZ No. 24 durante el periodo de mayo a junio del 2009.

En los resultados se observó que el **perfil sociodemográfico** de los pacientes fue con edad mínima de 45 años, máxima de 95 con media 67.9, mediana de 69 con DE  $\pm 9.92$ ., rango de edad de 61 a 70 años en un 35.5% (n=86), género masculino en un 54.5% (n=132) y femenino un 45.5% (n=110). Residentes en mayor proporción de la Delegación Gustavo A. Madero en 80.6% (n=195); escolaridad primaria completa el 26% (n=63), ocupación hogar con 36% (n=87), pensionado 30.2% (n=73), estado civil casados con 68.6% (n=166), viudo 21.1% (n=51), nivel socioeconómico obrero 49.2% (n=119), nivel medio bajo 31.4% (n=76). **(Ver cuadro 1)**

**Los antecedentes de la cardiopatía isquémica** fueron: pacientes con información sobre la enfermedad 67.8% (n=164), aquellos que no tenían información 32.2% (n=78), cardiopatía isquémica en este momento de tipo infarto al miocardio 74.8% (n=181), angina de pecho 25.2% (n=61); tiempo de evolución de la cardiopatía de un año y más con 45% (n=109), de 0 a 3 meses con 21.9% (n=53), en un 70.2% (n=170) solo han tenido un evento isquémico (**Ver cuadro 2**).

En cuanto a los **antecedentes patológicos asociados a la cardiopatía isquémica** un 71.9% (n=174) manifestaron hipertensión arterial, diabetes mellitus 38% (n=92), dislipidemia 45% (n=109), alcoholismo 7% (n=17), tabaquismo 28.5% (n=69), colesterol 3.7% (n=9), triglicéridos 2.5% (n=6). **(Ver cuadro 3)**.

Las **características familiares** de pacientes con cardiopatía isquémica fueron: años de formada la familia con 41 años y más el 50% (n=121), familia nuclear 52.5% (n=127), ciclo vital familiar en etapa de retiro y muerte con 62.0% (n=150), percepción del liderazgo familiar, esposo(a) 44.6% (n=108), percepción de la relación familiar, buena con 77.7% (n=188), percepción de afinidad con algún integrante familiar, hijos 80.6% (n=195), la evaluación familiar general (EFF): no funcional 3.3% (n=8) familia funcional 96.7% (n=234), evaluación familiar del EEF sobre involucramiento afectivo instrumental funcional con 100% (n=242), involucramiento afectivo de un miembro de la familia : sobrecarga 100% (n=242), patrones de comunicación verbal y no verbal disfuncional 100% (n=242), patrones de comunicación verbal instrumental funcional (clara) 100% (n=242), resolución de problemas (organización familiar: conductas y roles funcional) con 100% (n=242), patrones de control de conducta (comportamientos de negación y cambio) flexible 95.9% (n=232), rígido 4.1% (n=10), crisis familiar no existen problemas importantes 43.5% (n=105), crisis moderada 27.7% (n=67). **(Ver cuadro 4,5 y 6)**.

Las **características** de los pacientes de acuerdo a la cardiopatía isquémica tipo **angina de pecho** fueron con edad de 71 a 80 años en el 37.7% (n=23), femeninas con 63.9% (39), residentes de la delegación Gustavo A. Madero 70.5% (n=43), primaria incompleta 34.4% (n=21), dedicados al hogar 50.8% (n=31), pensionados 23% (n=14), casados 59% (n=36), nivel socioeconómico obrero 62.3% (n=38). Con información de la enfermedad 83.6% (51), tiempo de evolución de un año y más con 39.3%, enfermedades asociadas a la cardiopatía con hipertensión arterial 82 % (n=50), diabetes mellitus 36.1% (n=22), dislipidemia 39.3% (n=24), alcoholismo 8.2% (n= 5), tabaquismo 29.5% (n=18), colesterol 1.6% (n=1), triglicéridos 3.3% (n= 2), años de formada la familia 41 años y más 54.1%, (n=33), familia nuclear 54.1% (n=33) , ciclo vital etapa de retiro y muerte 73.8% (n=45), percepción del paciente en quien lleva el liderazgo esposo (a) 50.8% (n=31), percepción de la relación familiar buena 70.5% (n=43), percepción de afinidad con algún integrante familiar hijos 91.8% (n=56), escala de evaluación familiar general funcional 98.4% (n= 60), factores de evaluación familiar involucramiento afectivo instrumental funcional 100% (n=61), involucramiento afectivo de un miembro de la familia sobrecarga, disfuncional 100% (n=61), patrones de comunicación verbal y no verbal disfuncional 100% (n=61), patrones de comunicación verbal instrumental funcional 100% (n=61), resolución de problemas (organización familiar: conductas y roles) funcional 100% (n=61), patrones de control de conducta (comportamientos de negación y cambio) flexible 98.4% (n=60), rígido de 1.6% (n=1), crisis familiares no existen problemas importantes 37.7% (n=23), crisis moderada 34.4% (n=21). **(Ver cuadro 7, 8, 9, 10, 11,12).**

Las **características** de los pacientes de acuerdo a la cardiopatía isquémica de tipo **infarto al miocardio** fueron con edad de 61 a 70 años con 38.7% (n=70), género masculino con 60.8% (n=110), residentes de la delegación Gustavo A Madero, primaria completa 26% (n=47), pensionados 32.6% (n=59), dedicados al hogar 30.9% (n=56), casados 71.8% (n=130), nivel socioeconómico obrero 44.8% (n=81). Con información de la enfermedad 62.4% (n=113), tiempo de evolución de un año y más 47% (n=85), enfermedades asociadas a la cardiopatía con hipertensión arterial 68.5%, (n= 124), diabetes mellitus 38.7% (n=70), dislipidemia 47% (n=85), alcoholismo 6.6% (n=12), tabaquismo 28.2%, (n=51), colesterol 4.4% (n=8), triglicéridos 2.2% (n=4), años de formada la familia 41 años y más 48.6%, (n=88), familia nuclear 51.9% (n=94), ciclo vital etapa de retiro y muerte 58% (n=105), percepción del paciente en quien lleva el liderazgo esposo (a) 42.5% (n=77), percepción de la relación familiar buena 80.1% (n=145), percepción de afinidad 76.8% (n=139), escala de evolución familiar general familia funcional 96.1% (n=174), factores de evaluación familiar general involucramiento afectivo instrumental funcional 100% (n=181), involucramiento afectivo de un miembro de la familia: sobrecarga disfuncional 100% (n=181), patrones de comunicación verbal y no verbal disfuncional 100% (n=181), patrones de comunicación verbal instrumental funcional 100% (n=181), resolución de problemas (organización familiar: conductas y roles) 100% (n=181), patrones de control de conducta (comportamientos de negación y cambio ) flexible 95%, (n=172), crisis no existen problemas importantes 45.3% (n=82), crisis leve 26% (n=47). **(Ver cuadro 7, 8, 9, 10, 11,12).**

## CUADROS Y FIGURAS.

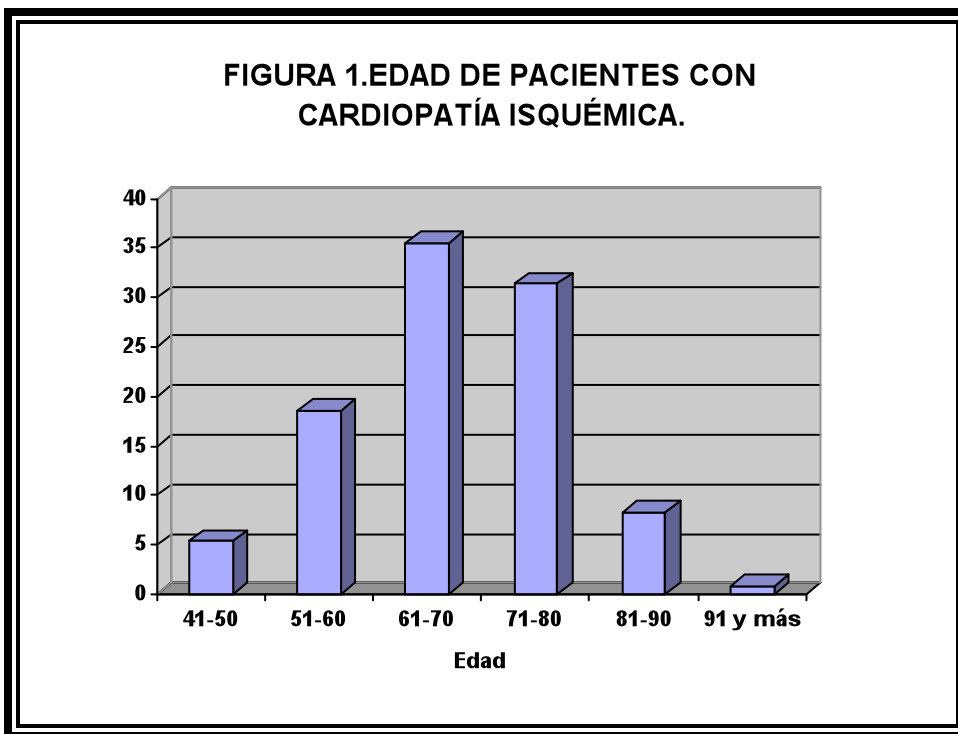
CUADRO 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL HGZ No. 24 EN EL PERIODO MAYO A JUNIO DEL 2009.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	n=242	%
<b>EDAD</b>		
41-50	13	5.4
51-60	45	18.6
61-70	86	35.5
71-80	76	31.4
81-90	20	8.3
91 y más	2	0.8
<b>GÉNERO</b>		
Femenino	110	45.5
Masculino	132	54.5
<b>DELEGACIÓN DE RESIDENCIA</b>		
Gustavo A. Madero	195	80.6
Azcapotzalco	30	12.4
Tlalnepantla	17	7.0
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Iletrado	11	4.5
Primaria completa	63	26.0
Primaria incompleta	57	23.6
Secundaria completa	32	13.2
Secundaria incompleta	14	5.8
Técnica completa	17	7.0
Técnica incompleta	2	.8
Bachillerato completo	16	6.6
Bachillerato incompleto	2	.8
Profesional completo	25	10.3
Profesional incompleto	3	1.2
<b>OCUPACIÓN</b>		
Obrero	31	12.8
Comercial	26	10.7
Técnico	12	5.0
Profesional	13	5.4
Pensionado	73	30.2
Hogar	87	36.0
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	166	68.6
Divorciado	1	0.4
Viudo	51	21.1
Separado	18	7.4
Unión libre	6	2.5
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
Medio alto	41	16.9
Medio bajo	76	31.4

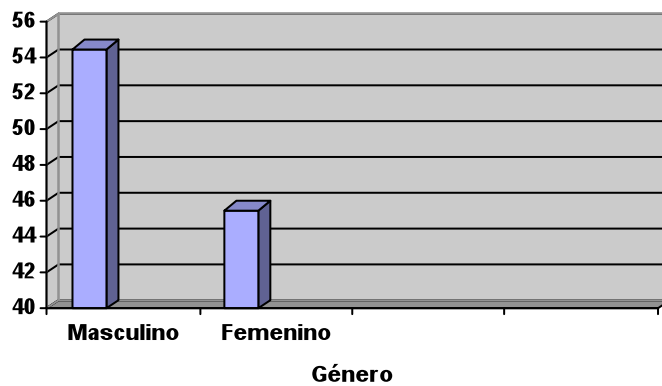
Obrero  
Marginal  
Fuente: IMSS HGZ No.24

119  
6

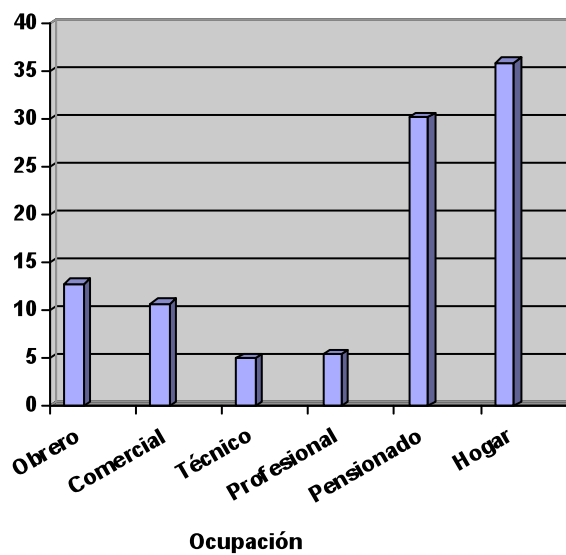
49.2  
2.5



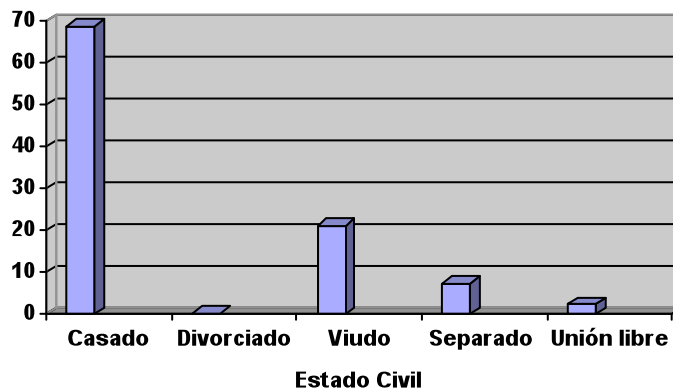
**FIGURA 2. GÉNERO DE PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



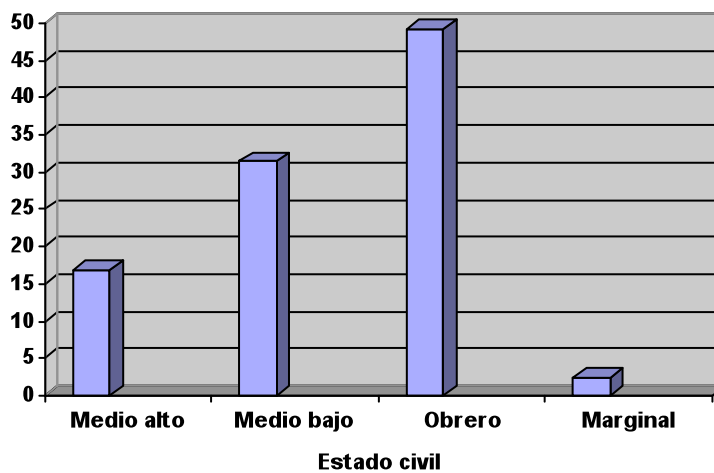
**FIGURA 3. OCUPACIÓN EN PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



**FIGURA 4. ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



**FIGURA 5. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE PACIENTES  
CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

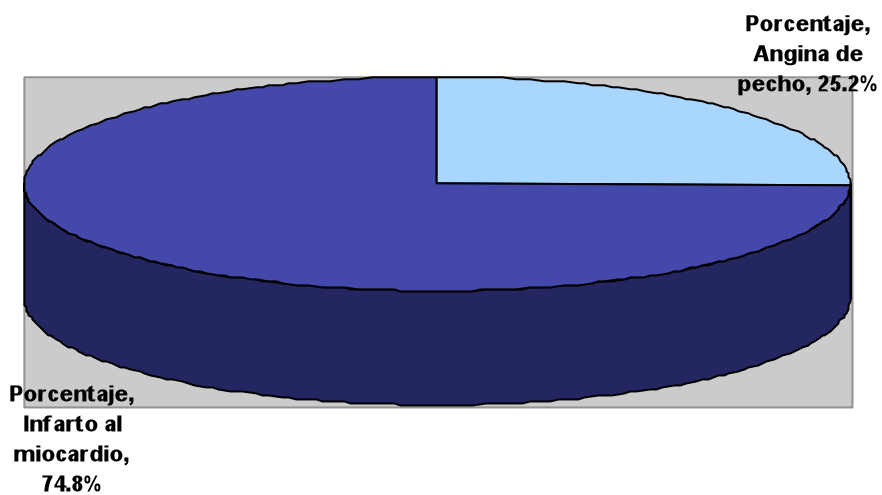


CUADRO 2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA EN PACIENTES DEL HGZ No.24 DEL PERIODO MAYO JUNIO DEL 2009

ANTECEDENTES DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA (CI)	n=242	%
INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD		
Sí	164	67.8
No	78	32.2
TIPO DE CI EN ESTE MOMENTO		
Angina de pecho	61	25.2
Infarto al miocardio	181	74.8
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA CI		
0 a 3 meses	53	21.9
4 a 6 meses	31	12.8
7 a 9 meses	13	5.4
10 a 12 meses	36	14.9
De un año y más	109	45.0
NÚMERO DE EVENTOS DE LA CI		
1 Evento	170	70.2
2 Eventos	54	22.3
3 Eventos	14	5.8
4 Eventos	3	1.2
5 Eventos	1	.4

Fuente: IMSS HGZ No.24

**FIGURA 6. TIPO DE CARDIOPATÍA EN ESTE MOMENTO**





CUADRO 3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS ASOCIADOS A LA  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES DEL HGZ No. 24 PERIODO  
MAYO JUNIO DEL 2009

TIPO DE ENFERMEDAD ASOCIADA	n=242	%
Hipertensión arterial		
Sí	174	71.9
No	68	28.1
Diabetes Mellitus		
Sí	92	38.0
No	150	62.0
Dislipidemia		
Sí	109	45.0
No	133	55.0
Alcoholismo		
Sí	17	7.0
No	225	93.0
Tabaquismo		
Sí	69	28.5
No	173	71.5
Colesterol		
Sí	9	3.7
No	233	96.3
Triglicéridos		
Sí	6	2.5
No	236	97.5

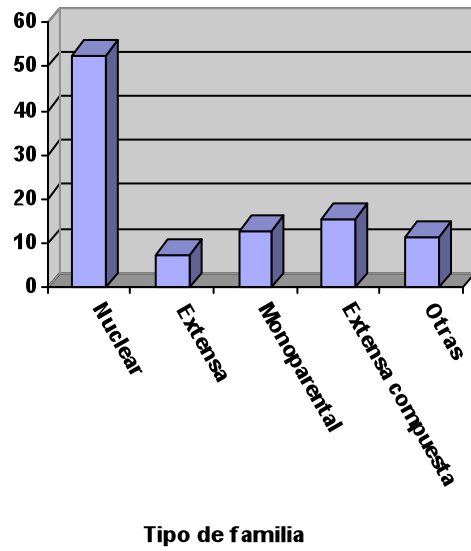
Fuente: IMSS HGZ No.24

CUADRO 4. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL HGZ No24 EN EL PERIODO MAYO JUNIO  
DEL 2009

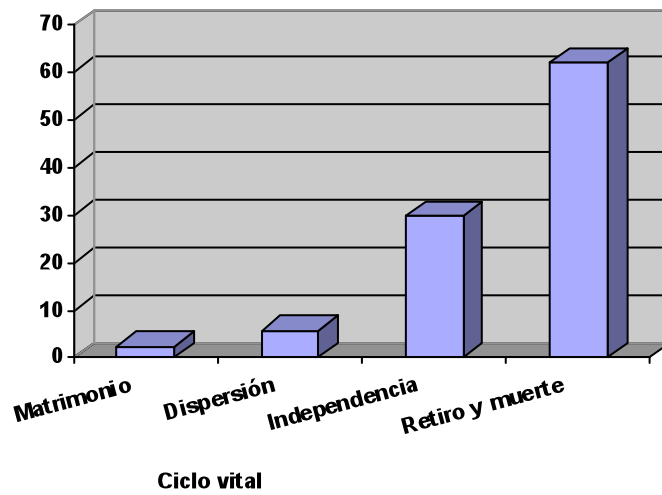
AÑOS DE FORMADA	n=242	%
LA FAMILIA		
1-10 años	14	5.8
11 a 20 años	15	6.2
21 a 30 años	33	13.6
31 a 40 años	59	24.4
De 41 años y más	121	50.0
TIPO DE FAMILIA		
Nuclear	127	52.5
Extensa	18	7.4
Monoparental	31	12.8
Extensa compuesta	38	15.7
Otras	28	11.6
CICLO VITAL		
Matrimonio	6	2.5
Dispersión	14	5.8
Independencia	72	29.8
Retiro y muerte	150	62.0
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN QUIEN LLEVA EL LIDERAZGO		
Paciente	36	14.9
Esposo	74	30.6
Esposa	34	14
Ambos	62	25.6
Hijos	31	12.8
Otros	5	2.1
PERCEPCIÓN DE LA RELACION FAMILIAR		
Excelente	14	5.8
Buena	188	77.7
Regular	37	15.3
Mala	3	1.2
PERCEPCIÓN DE AFINIDAD CON ALGUN INTEGRANTE FAMILIAR		
Esposo	8	3.3
Esposa	15	6.2
Hijos	195	80.6
Otros	24	9.9

Fuente: IMSS HGZ No.24

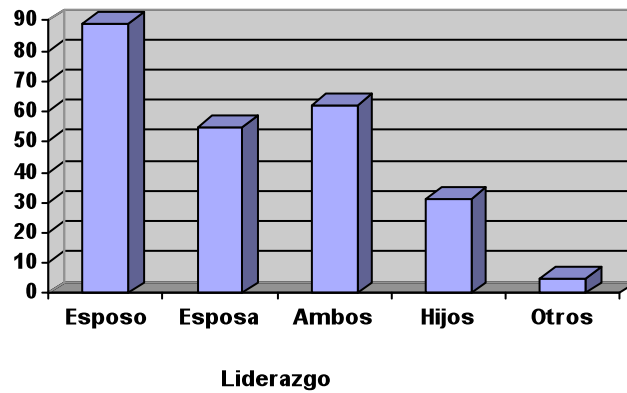
**FIGURA 7. TIPOLOGÍA FAMILIAR DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.**



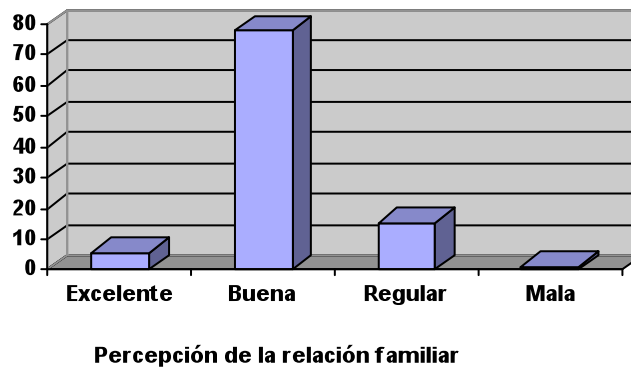
**FIGURA 8 FASE DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



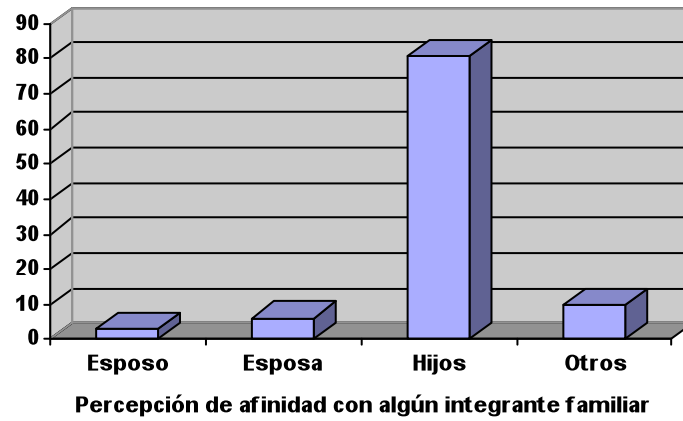
**FIGURA 9. PERCEPCIÓN DE LIDERAZGO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



**FIGURA 10. PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



**FIGURA 11. AFINIDAD DE PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA HACIA ALGÚN  
FAMILIAR**



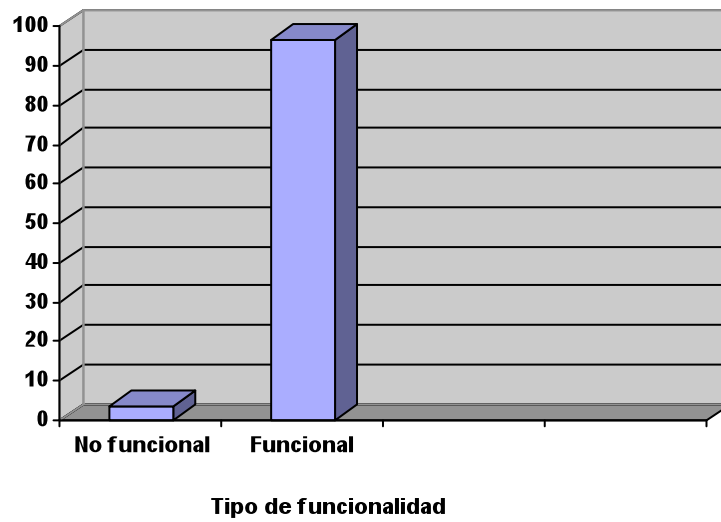
**CUADRO 5. EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN  
PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL HGZ No 24 EN EL**

PERIODO MAYO JUNIO DEL 2009

EVALUACIÓN DEL FUCNIONAMIENTO FAMILIAR ESCALA DE EVALUACIÓN FAMILIAR (EEF) GENERAL	n=242	%
Familia no funcional	8	3.3
Familia funcional	234	96.7
FACTORES EVALUACIÓN FMILIAR		
1. Involucramiento afectivo instrumental		
FUNCIONAL	242	100
DISFUNCIONAL	0	0
2. Involucramiento afectivo de un miembro de la familia: sobrecarga		
FUNCIONAL	0	0
DISFUNCIONAL	242	100
3. Patrones de comunicación verbal y no verbal		
FUNCIONAL	0	0
DISFUNCIONAL	242	100
4. Patrones de comunicación verbal instrumental		
FUNCIONAL (CLARA)	242	100
DISFUNCIONAL (CONFUSO)	0	0
5. Resolución de problemas (organización familiar: conductas y roles)		
FUNCIONAL	242	100
DISFUNCIONAL	0	0
6. Patrones de control de conducta (comportamientos de negación y cambio)		
Rígido	10	4.1
Flexible	232	95.9

Fuente: IMSS HGZ No.24

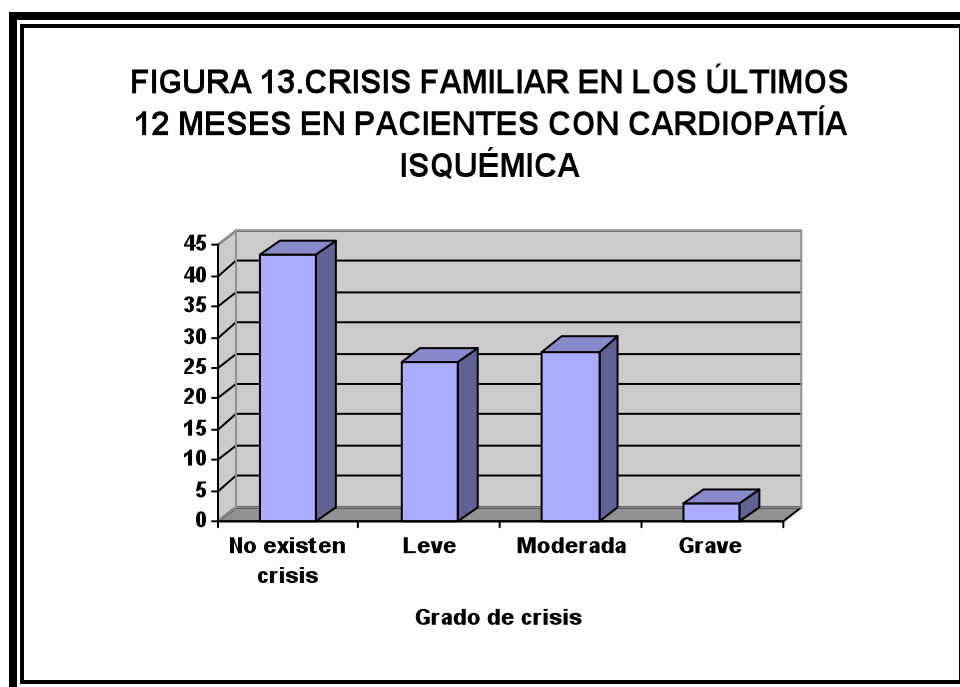
**FIGURA 12. EVALUACIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



CUADRO 6. CRISIS FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL HGZ No 24 EN EL PERIODO MAYO JUNIO DEL 2009

CRISIS	n=242	%
No existen problemas importantes	105	43.5
Leve	63	26.0
Moderada	67	27.7
Grave	7	2.9

Fuente: IMSS HGZ No.24



CUADRO 7. RELACIÓN DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO CON EL TIPO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES ESTUDIADOS DEL HGZ No



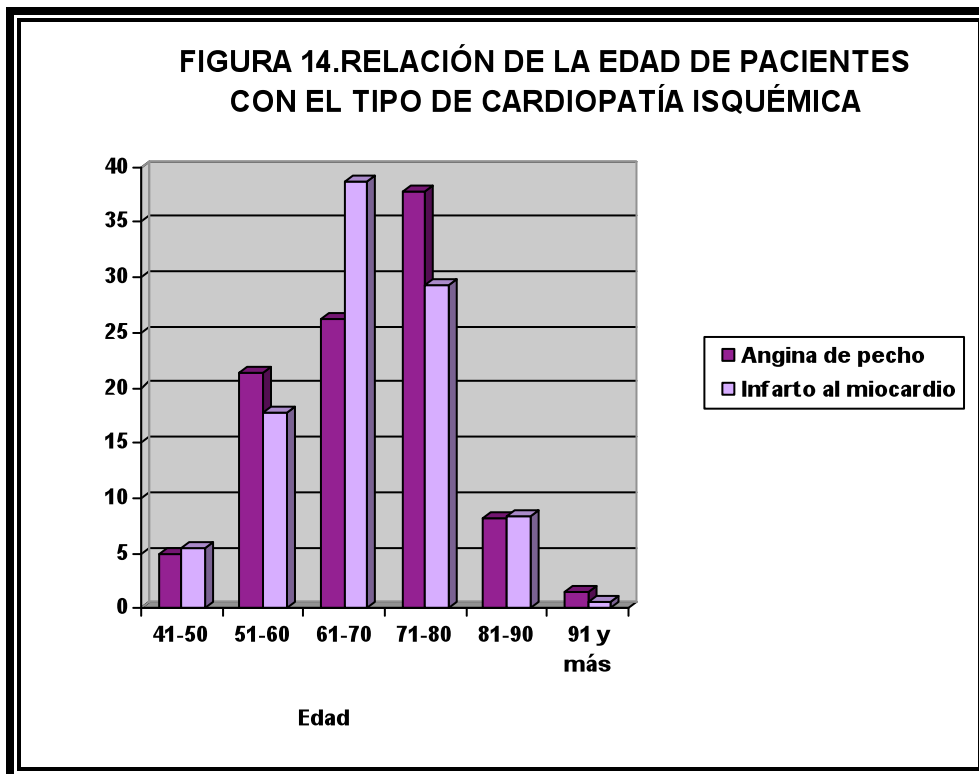
24 EN EL PERIODO MAYO JUNIO DEL 2009.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
	ANGINA DE PECHO N=61		INFARTO AL MIOCARDIO N=181	
	n	%	n	%
EDAD				
41-50	3	4.9	10	5.5
51-60	13	21.3	32	17.7
61-70	16	26.2	70	38.7
71-80	23	37.7	53	29.3
81-90	5	8.2	15	8.3
91 y más	1	1.6	1	0.6
GÉNERO				
Femenino	39	63.9	71	39.2
Masculino	22	36.1	110	60.8
DELEGACIÓN				
Gustavo A Madero	43	70.5	152	84.0
Azcapotzalco	11	18	19	10.5
Tlalnepantla	7	11.5	10	5.5
ESCOLARIDAD				
Primaria completa	16	26.2	47	26.0
Primaria incompleta	21	34.4	36	19.9
Secundaria completa	8	13.1	24	13.3
Secundaria incompleta	4	6.6	10	5.5
Técnica completa	2	3.3	15	8.3
Técnica incompleta	0.0	0.0	2	1.1
Bachillerato completo	2	3.3	14	7.7
Bachillerato incompleto	0	0	2	1.1
Profesional completo	6	9.8	19	10.5
Profesional incompleto	0	0	3	1.7
Iltrado	2	3.3	9	5.0
OCUPACIÓN				
Obrero	4	6.6	27	14.9
Comercial	4	6.6	22	12.2
Técnico	4	6.6	8	4.4
Profesional	4	6.6	9	5.0
Pensionado	14	23	59	32.6
Hogar	31	50.8	56	30.9
ESTADO CIVIL				
Casado	36	59.0	130	71.8
Divorciado	1	1.6	0	0.0
Viudo	16	26.2	35	19.3
Separado	8	13.1	10	5.5
Unión libre	0	0	6	3.3
NIVEL				

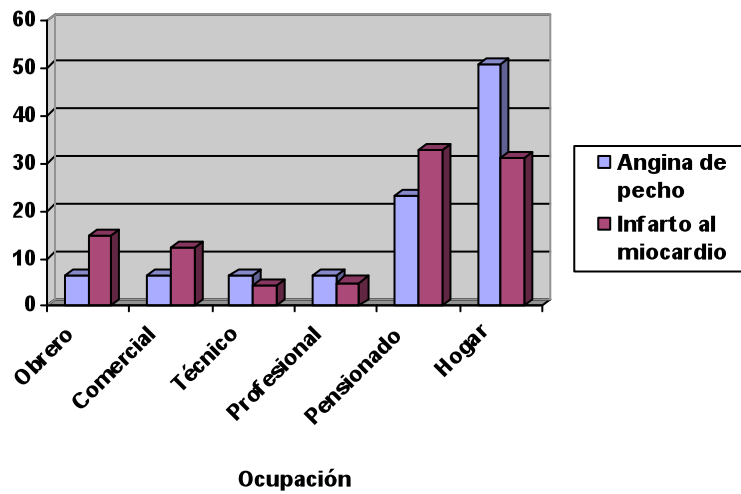
## SOCIOECONÓMICO

Medio alto	8	13.1	33	18.2
Medio bajo	13	21.3	63	34.8
Obrero	38	62.3	81	44,8
Marginal	2	3.3	4	2.2

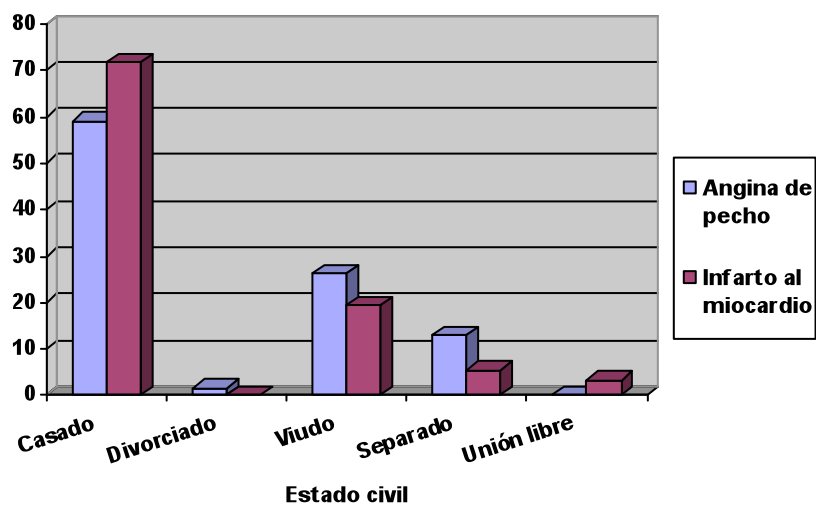
Fuente: IMSS HGZ No.24



**FIGURA 15. RELACIÓN DE LA OCUPACIÓN CON EL TIPO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



**FIFURA 16. RELACIÓN DEL ESTADO CIVIL CON EL TIPO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.**

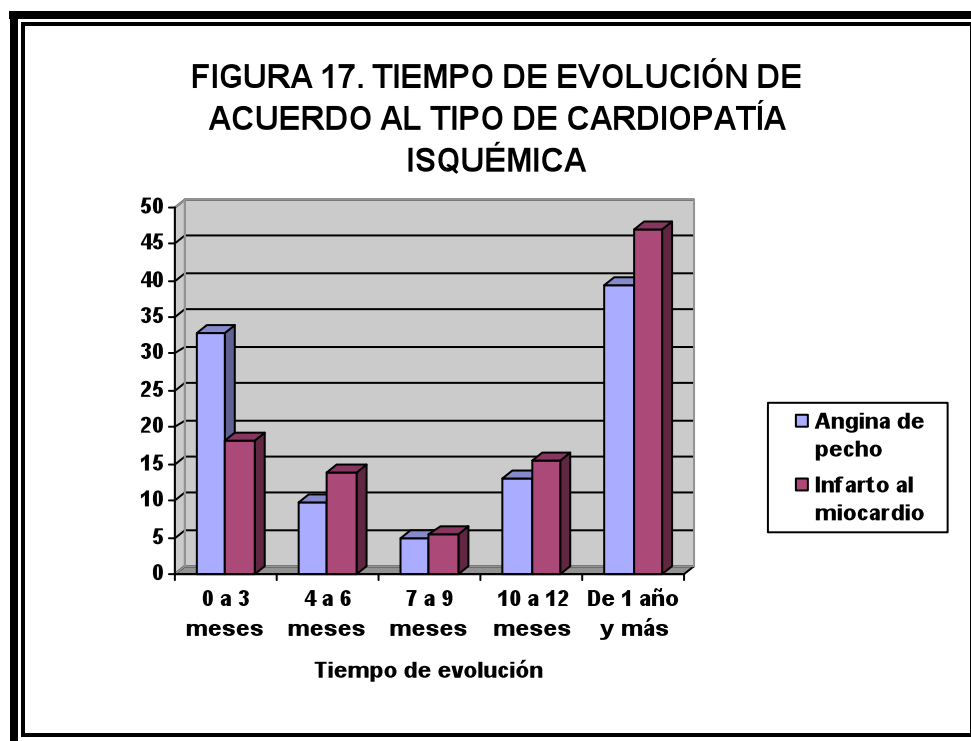


CUADRO 8. RELACIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES DEL HGZ No 24 EN EL PERIODO MAYO JUNIO

2009

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE LA CI	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
	ANGINA N=61		INFARTO AL MIOCARDIO N=181	
INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD	%		%	
SI	51	83.6	113	62.4
NO	10	16.4	68	37.6
TIEMPO DE EVOLUCIÓN				
0 a 3 meses	20	32.8	33	18.2
4 a 6 meses	6	9.8	25	13.8
7 a 9 meses	3	4.9	10	5.5
10 a 12 meses	8	13.1	28	15.5
De 1 año y más	24	39.3	85	47.0

Fuente: IMSS HGZ No.24



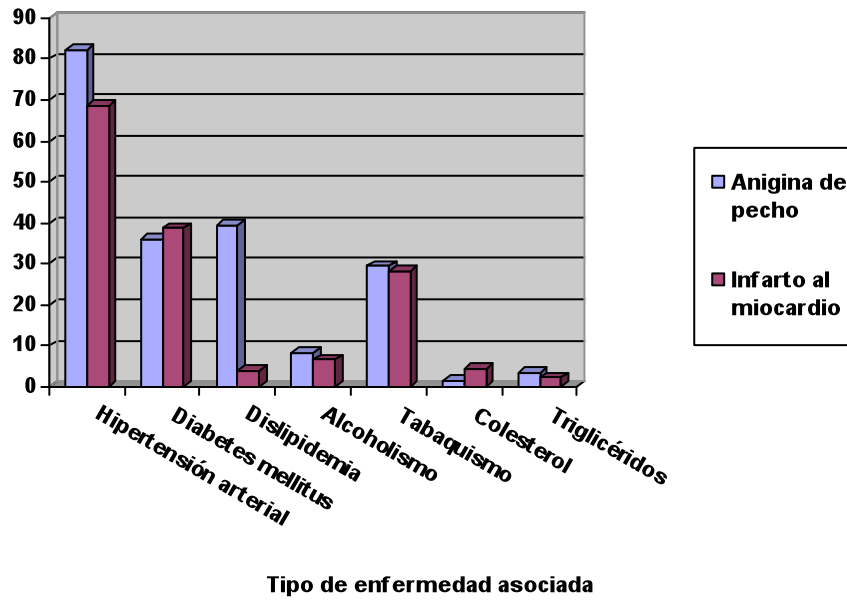
CUADRO 9. RELACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y ENFERMEDADES ASOCIADAS AL TIPO DE

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES DEL HGZ No24 EN EL PERIODO MAYO JUNIO DEL 2009

ENFERMEDADES ASOCIADAS TIPO DE ENFERMEDAD ASOCIADA	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
	ANGINA		INFARTO	
	N=61	%	N= 181	%
Hipertensión Arterial				
Si	50	82	124	68.5
No	11	18	57	31.5
Diabetes Mellitus				
Si	22	36.1	70	38.7
No	39	63.9	111	61.3
Dislipidemia				
Si	24	39.3	85	47.0
No	37	60.7	96	53.0
Alcoholismo				
Si	5	8.2	12	6.6
No	56	91.8	169	93.4
Tabaquismo				
Si	18	29.5	51	28.2
No	43	70.5	130	71.8
Colesterol				
Si	1	1.6	8	4.4
No	60	98.4	173	95.6
Triglicéridos				
Si	2	3.3	4	2.2
No	59	96.7	177	97.8

Fuente: IMSS HGZ No.24

**FIGURA 18. RELACIÓN SOBRE ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



**CUADRO 10. RELACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL TIPO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES DEL HGZ No.24 EN EL**

PERIODO MAYO JUNIO DEL 2009.

CARACTERISTICAS FAMILIARES	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
	ANGINA		INFARTO	
	N=61	%	N=181	%
AÑOS DE FORMADA LA FAMILIA				
1 a 10 años	4	6.6	10	5.5
11 a 20 años	4	6.6	11	6.1
21 a 30 años	6	9.8	27	14.9
31 a 40 años	14	23.0	45	24.9
41 y más	33	54.1	88	48.6
TIPO DE FAMILIA				
Nuclear	33	54.1	94	51.9
Extensa	5	8.2	13	7.2
Monoparental	7	11.5	24	13.3
Extensa compuesta	5	8.2	33	18.2
Otras	11	18.0	17	9.4
CICLO VITAL				
Matrimonio	0	0	6	3.3
Dispersión	6	9.8	8	4.4
Independencia	10	16.4	62	34.3
Retiro y muerte	45	73.8	105	58
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN QUIEN LLEVA EL LIDERAZGO				
Paciente	9	14.7	27	14.9
Esposo	17	27.8	57	31.4
Esposa	14	22.9	20	11
Ambos	9	14.7	53	29.2
Hijos	12	19.6	19	10.4
Otros	0	0	5	2.7
PERCEPCIÓN DE LA RELACION FAMILIAR				
Excelente	6	9.8	8	4.4
Buena	43	70.5	145	80.1
Regular	11	18.0	26	14.4
Mala	1	1.6	2	1.1
PERCEPCIÓN DE AFINIDAD CON ALGUN INTEGRANTE FAMILIAR				
Esposo	2	3.3	6	3.3
Esposa	2	3.3	13	7.2
Hijos	56	91.8	139	76.8

Otros	1	1.6	23	12.7
-------	---	-----	----	------

Fuente: IMSS HGZ No.24

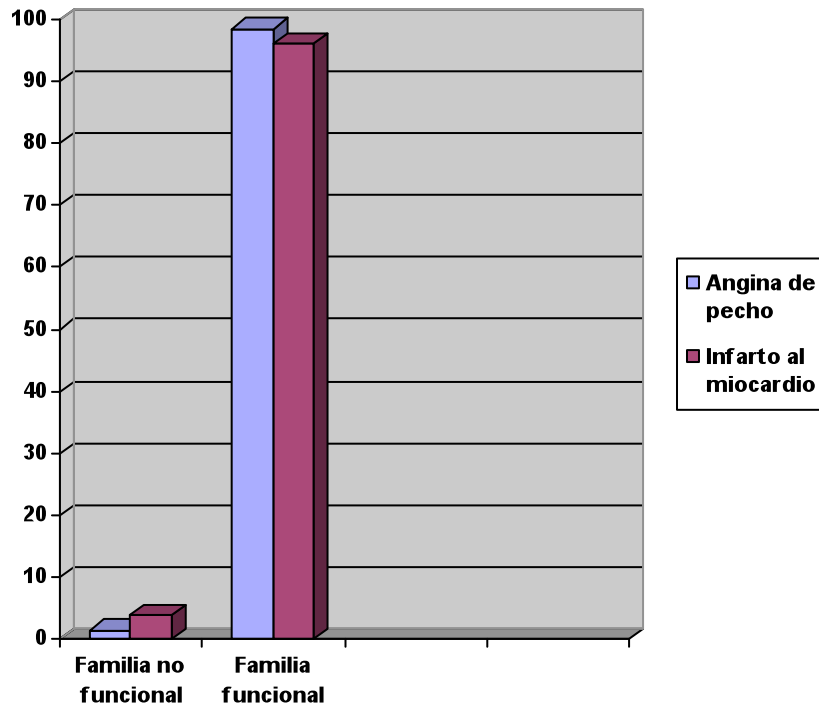
CUADRO 11. RELACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN DE  
 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL TIPO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
 EN PACIENTES DEL HGZ No 24 EN EL PERIODO MAYO JUNIO DEL  
 2009.



EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ESCALA DE EVALUACIÓN FAMILIAR (EEF) GENERAL	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
	ANGINA		INFARTO	
	N=61	%	N=181	%
Familia no funcional	1	1.6	7	3.9
Familia funcional	60	98.4	174	96.1
<b>FACTORES EVALUACIÓN FAMILIAR</b>				
<b>1. Involucramiento afectivo instrumental</b>				
FUNCIONAL	61	100%	181	100
DISFUNCIONAL	0	0	0	0
<b>2. Involucramiento afectivo (disfuncional) de un miembro de la familia: sobrecarga</b>				
FUNCIONAL	0	0	0	0
DISFUNCIONAL	61	100	181	100
<b>3. Patrones de comunicación verbal y no verbal(disfuncional)</b>				
FUNCIONAL	0	0	0	0
DISFUNCIONAL	61	100	181	100
<b>4. Patrones de comunicación (funcional) verbal instrumental</b>				
FUNCIONAL (CLARA)	61	100	181	100
DISFUNCIONAL (CONFUSA)	0	0	0	0
<b>5. Resolución de problemas (organización familiar: conductas y roles)</b>				
FUNCIONAL	61	100	181	100
DISFUNCIONAL	0	0	0	0
<b>6. Patrones de control de conducta (comportamientos de negación y cambio)</b>				
Rígido	1	1.6	9	5.0
Flexible	60	98.4	172	95.0

Fuente: IMSS HGZ No.24

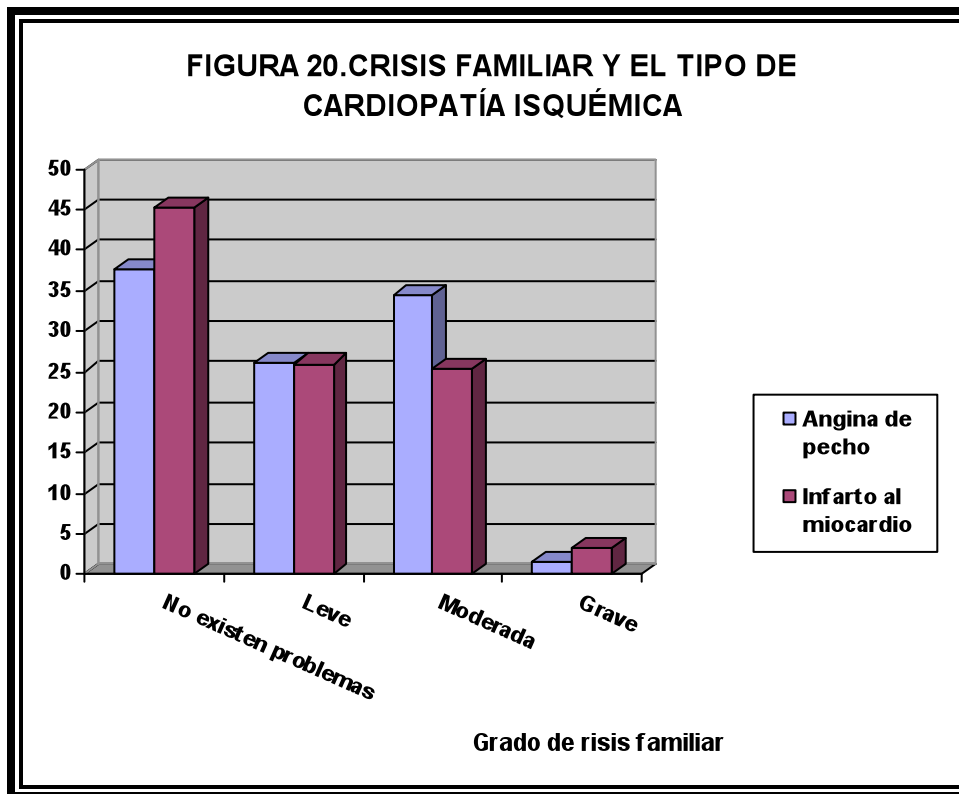
**FIGURA 19. EVALUACIÓN DE  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON EL TIPO DE  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**



**CUADRO 12. RELACIÓN DE LA CRISIS FAMILIAR Y EL TIPO DE  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN PACIENTES DEL HGZ No 24 EN EL  
PERIODO MAYO JUNIO DEL 2009.**

CRISIS	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
	ANIGINA		INFARTO	
	N= 61	%	N=181	%
No existen problemas importantes	23	37.7	82	45.3
Leve	16	26.2	47	26.0
Moderada	21	34.4	46	25.4
Grave	1	1.6	6	3.3

Fuente: IMSS HGZ No.24



## DISCUSIÓN

El estudio demostró que los pacientes con cardiopatía isquémica presentaron familias funcionales según la evaluación de funcionamiento familiar (EFF), en los aspectos de involucramiento afectivo instrumental, comunicacional verbal instrumental, resolución de problemas, patrones de control de conducta flexibles, pero disfuncionalidad en involucramiento afectivo hacia un miembro de la familia manifestado como sobrecarga, patrones de comunicación verbal y no verbal. Predominio de estructura familiar tipo nuclear, sin presencia de crisis, no existen problemas importantes, cursando con ciclo vital en fase de retiro y muerte, la cardiopatía isquémica más frecuente fue infarto agudo al miocardio relacionado con el grupo de edad de 61 a 80 años además que este grupo es vulnerable a enfermedades crónicas tipo hipertensión arterial, diabetes mellitus, que originan deterioro y daño cardiovascular progresivo, y solo contar con ingresos propios una tercera parte de ellos al ser pensionados y dependiendo de los familiares en el aspecto de tipo instrumental con una percepción de nivel socioeconómico obrero y medio bajo.

**Reyes y col** <sup>56</sup> en su estudio *factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo al miocardio* observó una edad promedio fue de 68.6% de predominio en hombres, estado civil tenían compañero o compañera estable 62.8% (41 casados y 8 en unión libre), el nivel socioeconómico 26.9% estrato 2, nivel educativo menos de 8 años de escolaridad 85.9%, residencia urbana, no pertenecían a grupos sociales 70.5%, y 82% no pertenecían a grupos recreativos, 97.4% tenían creencias religiosas 97.4%. **Vargas y col** <sup>58</sup>, en su estudio *calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes posinfarto al miocardio* la edad promedio de la población estudio fue de 63 y 64 años. El sexo predominante fue el masculino representado en el 70% lo que confirma la mayor incidencia en los hombres de infarto agudo al miocardio; el 34 % se encontraba desempleado, cifra que refleja la existencia de algún tipo de limitación en el desempeño de las actividades después de la ocurrencia del infarto; por otra parte el 50%, de la población se mantiene activa pero la mayoría de ellos refieren haber disminuido la intensidad laboral. Siendo similar a nuestro estudio donde esta patología se presenta más en la edad de 61 a 70 años en una tercer parte de la población, el sexo masculino sigue siendo el más afectado, aproximadamente el 70% cuentan con una pareja (casados) siendo su principal red de apoyo ante la enfermedad, con un nivel socioeconómico tipo obrero en el cincuenta por ciento dependiendo principalmente de los ingresos de los hijos u otro familiar, dado por el grupo de edad y el nivel educativo de primaria, es importante mencionar que la fase del ciclo vital que se encuentran es de retiro y muerte por lo que puede relacionarse directamente con la situación laboral de los mismos, convirtiéndose a su vez en un posible desencadenante de estrés y conflictos en el núcleo familiar que dificulta las relaciones, fomenta los sentimientos de inutilidad, frustración y desesperanza generando un incremento del riesgo de padecer nuevamente un infarto más grave.

**Mendoza-González y cols** <sup>57</sup> en su estudio prevención y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica menciona la asociación entre hipertensión

arterial sistémica (HAS) y enfermedad arterial coronaria. La hipertensión arterial es un factor de riesgo independiente importante para el desarrollo de enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral y nefropatía. El estudio Framingham estima el riesgo a 20 años de desarrollar HAS en un 90% para hombres y mujeres con una edad media de 55 a 65 años. **Gala y col** <sup>59</sup> en su estudio de Intervención cognitivo- conductual en pacientes pos infarto de miocardio, los factores personales y ambientales que predisponen al infarto agudo al miocardio descritos son: hiperlipidemias, hipercolesterolemia, hipertensión, tabaquismo, diabetes, la edad (más riesgo a más edad), el sexo (varón), así como diversos factores específicamente psicosociales.

En relación con los antecedentes patológicos de los pacientes atendidos en cardiología del segundo nivel de atención a pesar de ser confirmatorio por los médicos especialistas solo el 70% precisaba el tipo de enfermedad isquémica y el resto lo desconocía o no aceptaba la enfermedad, sin embargo sí tenían conocimientos de las patologías agregadas un 70% de los pacientes que presentan hipertensión y otras patologías presentes que incrementan el riesgo de cardiopatía isquémica como la dislipidemia en la mitad de los pacientes y diabetes mellitus en una tercera parte, desconociendo su control o tratamiento farmacológico, por otro lado se determinó baja incidencia de tabaquismo, alcoholismo, quedando varios factores pendientes de valorar relacionado con el estrés, estados emocionales negativos tales como la ansiedad, irritabilidad o depresión, insatisfacción vital, infelicidad familiar, etc. (que aumentan el riesgo de infarto al miocardio tanto directamente a través de la activación de los ejes neuroendocrinos y endocrinos).

No se encontraron estudios que determina la estructura familiar de los pacientes con CI, sin embargo estas se asimilan al tipo de cultura familiar predominante en nuestra sociedad de tipo nuclear especificadas por Huerta Vargas y col <sup>61</sup> que en la etapa de retiro y muerte solo la conforman la pareja conyugal, dificultando las relaciones familiares y la comunicación con los hijos que han abandonado el nido, así mismo acompaña con la percepción de quien lleva el liderazgo en la familia con mayor predominancia fue el paciente que es el jefe de familia, esto relacionado por la población estudiada y predominio del sexo, con buena relación familiar y mayor afinidad hacia los hijos que con el propio cónyuge por apoyo instrumental, a diferencia de la pareja que puede ser por la relación más con la enfermedad que con el aspecto afectivo, observándose estas mismas características con respecto a la evaluación familiar encontrada en nuestro estudio; funcionalidad con involucramiento afectivo, patrones de comunicación verbal instrumental respectivamente con resolución de problemas y patrones de control de conducta flexibles y no funcional con involucramiento afectivo con sobrecarga hacia un miembro de la familia en este caso podrían ser a los hijos, patrones de comunicación verbal y no verbal, patrones de conducta rígidos en pequeño porcentaje resultados similares encontrados por **Romero, y col** <sup>60</sup>, en su investigación de funcionalidad familiar, estrés y red de apoyo psicosocial en pacientes con enfermedades cardiovasculares encontrando que en general la funcionalidad familiar de sus pacientes estudiados es buena y el estrés leve.

Con respecto a las crisis familiares **Huerta- Vargas y col** <sup>61</sup> en su estudio estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular. La valoración de estrés en la escala de Holmes arrojó los siguientes datos: sin estrés 84.6%, crisis leve 12.2%, crisis moderada 2.8%, crisis grave 0.4%, datos similares a nuestro estudio con mayor predominio no existían problemas importantes (sin estrés), en un 40%, seguido de crisis moderadas lo que nos hace ver que la respuesta a eventos normativos y paranormativos en su fase aguda puede ocasionar movilización importante de la familia pero todo dependerá de la capacidad de ésta para su equilibrio y funcionamiento evitando mayor patología en alguno de sus integrantes, además que María Luisa Velasco refiere en su libro del enfermo crónico que la resolución de esta crisis son 6 meses en el cual nuestros pacientes se encontraban en mayor predominio de tiempo de evolución de un año y más por ese motivo se determinan sin evento crítico.

Como describe la OMS; la intervención integral posinfarto como la suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad y una vida tan activa y productiva como sea posible <sup>59</sup>.

Hay que pensar que probablemente exista un proceso de adaptabilidad por parte del paciente con cardiopatía isquémica que les permita cursar con un grado de crisis leve o que no existen problemas importantes si ha presentado a diferencia de aquellos que han presentado 2 o más de un evento y con crisis grave y con familias disfuncionales y que probablemente estén asociados a otras situaciones familiares que se entren en crisis con alto riesgo de otro evento cardiovascular.

Uno de los retos del médico familiar es la integrar al núcleo familiar la comprensión y entendimiento de los pacientes con cardiopatía isquémica como enfermedad crónica, siendo pieza fundamental de apoyo al enfermo y junto con su familia y se pueda dar una mejor atención integral.

De lo anterior podemos decir que es de vital importancia la presencia de la familia en el paciente con cardiopatía isquémica su apoyo, su involucramiento afectivo y sobre todo que ésta sea funcional y no solo se enfoque en el aspecto de involucramiento instrumental, teniendo siempre en mente al momento de la atención médica el perfil sociodemográfico de estos pacientes sus enfermedades asociadas y a la crisis familiar por la que pudieran estar pasando, valorando todas aquellas circunstancias que pueda poner en riesgo de presentar otro evento cardiovascular o su apego a tratamiento.



## CONCLUSIONES:

En el presente estudio se encontró lo siguiente:

- La funcionalidad familiar en la población de estudio en familias de pacientes con cardiopatía isquémica fue de 96.7%, familias no funcionales 3.3%, en el involucramiento afectivo instrumental, patrones de comunicación verbal instrumental, resolución de problemas 100%, y patrones de control de conducta flexibles en el 95.9%.
- No funcional en involucramiento afectivo de un miembro de la familia con sobrecarga, patrones de comunicación verbal y no verbal 100%, patrones de control de conducta comportamientos de negación y rígidos 1.6%.
- La estructura familiar en pacientes con cardiopatía isquémica fueron nucleares en un 52.5% con años de formada la familia de 41 años y más del 50%, en fase del ciclo vital de retiro y muerte en el 62%, con percepción del paciente quien lleva el liderazgo es generalmente el esposo 45.5%, con percepción de buena relación familiar en el 77.7%, con percepción de mayor afinidad hacia los hijos 80.6%
- La crisis familiar en los últimos 12 meses que se encontró en la población de nuestro estudio es que no existen problemas importantes 43.5%, con crisis leves en 26%, y moderada en 27.7%
- El perfil sociodemográfico en nuestra población de pacientes con cardiopatía isquémica fue un predominio de edad entre los 60 a 80 años con 69.9%, del sexo masculino en el 54.5%, residentes de la delegación Gustavo A Madero 80.6%, con escolaridad de primaria completa 26%, ocupación pensionados 30.2%, se dedican al hogar 36%, casados 68.6% y viudos 21.1%. Nivel socioeconómico de tipo obreros 49.2%
- Información sobre que tipo de cardiopatía isquémica padecen 67.8%, predominio infarto al miocardio 74.8% con tiempo de evolución de un año y mas en 45%, con un solo evento cardiovascular 70.2%. Con antecedente personales patológicos asociados a la cardiopatía isquémica de la población estudiada eran hipertensos 71.9%, diabéticos 38%, dislipidemia 45%, alcoholismo 7%, tabaquismo 28.5%, con solo colesterol elevado 3.7%, sólo triglicéridos altos 2.5%.
- Dado que no existe una significancia estadística en nuestras variables encontradas solo en la asociación en pacientes con hipertensión arterial lo que haría suponer que el paciente pueda presentar algún tipo de mecanismo de adaptación de acuerdo al tipo de cardiopatía isquémica.
- Las características de los pacientes de acuerdo a la cardiopatía isquémica tipo angina de pecho fueron con edad de 71 a 80 años en el 37.7% (n=23), con mayor predominio del sexo femenino con 63.9% (39), residentes de la delegación Gustavo A. Madero 70.5%, primaria



incompleta 34.4%, dedicados al hogar, pensionados 23%, casados, nivel socioeconómico obrero 62.3%. Con información de la enfermedad 83.6%, tiempo de evolución de un año y más con 39.3%, enfermedades asociadas a la cardiopatía con hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, alcoholismo, tabaquismo, años de formada la familia 41 años y más en su estructura familiar eran nucleares, ciclo vital etapa de retiro y muerte, percepción de afinidad con algún integrante familiar hijos 91.8%, escala de evaluación familiar general funcional 98.4%, factores de evaluación familiar involucramiento afectivo instrumental funcional, patrones de comunicación verbal instrumental funcional con resolución de problemas crisis familiares con predominio en crisis moderada.

- Los pacientes de acuerdo a la cardiopatía isquémica de tipo infarto al miocardio fueron con edad de 61 a 70 años con predominio de género masculino con primaria completa 26%, pensionados 32.6%, dedicados al hogar 30.9%, casados 71.8%, nivel socioeconómico obrero 44.8%. Este tipo de pacientes tenían conocimiento de su enfermedad 62.4%, tiempo de evolución de un año y más 47% enfermedades asociadas a la cardiopatía con hipertensión arterial 68.5%, diabetes mellitus 38.7%, dislipidemia 47%, alcoholismo 6.6%, tabaquismo 28.2%, colesterol 4.4%, triglicéridos 2.2%, años de formada la familia 41 años y más familia nucleares con ciclo vital etapa de retiro y muerte, percepción del paciente en quien lleva el liderazgo esposo (a) 42.5%, con relación familiar buena 80.1%, percepción de afinidad con los hijos 76.8%, escala de evolución familiar general familia funcional 96.1% en involucramiento afectivo instrumental funcional, patrones de comunicación verbal instrumental funcional, resolución de problemas y patrones de control de conducta disfuncional en involucramiento afectivo de un miembro de la familia: sobrecarga, patrones de comunicación verbal y no verbal y no existen problemas importantes y están más relacionados a crisis leve 26% .
- Concluimos que los pacientes con cardiopatía isquémica son funcionales en una percepción general, sin embargo el área más afectada es la afectiva (con sobrecarga de otro integrante familiar) sobre todo el que realiza el cuidado y la comunicación verbal y no verbal, factores muy importantes en individuos con mayor apoyo por el proceso de enfermedad, sin embargo se sienten compensados por el apoyo instrumental que se asocia a las necesidades económicas que pasan los pacientes en esta etapa de la vida (retiro y muerte) donde las mayores pérdidas son su autonomía, su actividad laboral, salud y su aporte económico propio. Requiriendo más información de la cardiopatía isquémica, grado de lesión y como reincorporarse a sus actividades de acuerdo a sus necesidades.

## **RECOMENDACIONES**

Consideramos que el presente estudio es una motivación para continuar la línea de investigación, sería conveniente hacer una comparación con aquellos pacientes que tienen cardiopatía isquémica con los que no la tienen y valorar la funcionalidad familiar, así como otros aspectos que se tienen que considerar como valorar como el tipo de personalidad, depresión, calidad de vida en este momento, tener información sobre que rol desempeña el paciente con cardiopatía isquémica en la familia, valdría la pena ser más exhaustivo en el antecedente de comorbilidad de los pacientes teniendo más información en el tiempo de evolución, así como determinar si los pacientes tienen una forma de mecanismo de adaptabilidad ante un evento cardiovascular o ante alguna situación familiar más asociada.

## REFERENCIAS.

1. González CA, Ham Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Sal Publica Mex*.2007; 49 Supl 4:448 - 458.
2. Duran P, Transición epidemiológica nutricional o el "efecto mariposa". *Arch. Argent Pediatr* 2005; 3:195-197.
3. Ham Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública Mex* 1996; 38:409-418
4. Lozano R, Franco M, Solís P. El peso de la enfermedad crónica en México. *Salud Pública de Méx.* 2007; 49:283-287.
5. Madrazo Ríos JM, Madrazo Machado A. Actuales factores de riesgo aterogénico en la génesis de la cardiopatía isquémica: problemática epidemiológica mundial. *Rev Cubana Invest Biomed* 2005; 24(2):24- 26
6. Dueñas Herrera A. Programa nacional de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la cardiopatía isquémica. *Resumed* 2001; 14: 157 – 159.
7. Solorio, S, Hernández González, MA, Rangel Abundis, A, Murillo Ortiz, B. Cardiopatía isquémica en mujeres mexicanas. *Arch Cardiol Mex* 2007; 77: 226-231.
8. Serrano Valdés X. Valoración preoperatoria del paciente con cardiopatía isquémica. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2007; 30 Supl 1:338-345.
9. Novella AB. Prevalencia e incidencia de cardiopatía isquémica, IAM y angina. *Cardiovascular Risk Factors.* 2009; 4(9):258-262
10. Solís OCA y col. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes evaluados por dolor torácico. *Rev Mex Cardiol* 2007; 18 (3): 109-118
11. Herrera E L. El registro nacional de los síndromes isquémicos coronarios agudos. *Arch Cardiol Mex* 2002; 72 Supl 2:45-64.
12. González Pliego JA. Desencadenantes de síndromes coronarios agudos, relaciones fisiopatológicas. *Arch Cardiol Mex* 2006; 76:208-221.
13. Goran R, Branislava M y col. Effects of physical exercise on inflammatory parameters and risk for repeated acute coronary syndrome in patients with ischemic heart disease. 2009; 66, Supl 1: 44-48.
14. Nessler J, Skrzypek A. Chronic heart failure in the elderly: a current medical problem. *POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWN^TRZNEJ* 2008; 118(10):572-579.

15. Huerta R. B. Epidemiología de los síndromes coronarios agudos (SICA). Arch Card Mex 2007; 77, Supl 4: 214-218.
16. La mortalidad en la población derechohabiente del IMSS, 2001. Rev. Med IMSS 2003; 41 (4): 345- 354.
17. Velásquez Monroy O, Barinagarrementería Aldatz FS, Rubio Guerra AF, Verdejo J, Méndez Bello MA, Violante R et al. Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México, 2005. Arch Card Mex 2007; 77:31- 39.
18. Chávez Domínguez R, Ramírez Hernández JA, Casanova Garcés JM. La cardiopatía coronaria en México y su importancia clínica, epidemiológica y preventiva. Arch Card Mex 2003; 73:105 - 114.
19. Posadas Romero, C. Impacto de la prevención primaria y secundaria en la morbimortalidad de la cardiopatía isquémica. Arch Card Mex 2002; 72:167-170.
20. Exaire Murad E, Díaz Barreiro LA, González Chávez A, Alexanderson Rosas EG, Parra Carrillo J et al. Cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, síndrome de resistencia a la insulina, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión renovascular. Medicina Interna de México 2006; 22(1): 75-78.
21. Pinson A, Martínez I, Ángeles R. Rehabilitación cardiaca en pacientes portadores de cardiopatía isquémica. Revista de Enfermería IMSS 2001; 9 (2): 97-103.
22. González B, I. Las crisis familiares. Revista Cubana. Med Gen Int zng 2000; 16(3): 280-6
23. Puntunet B M. Principales cuidados de enfermería en la persona con cardiopatía isquémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2008; 16 (2): 55-61.
24. CONAPO. Perspectivas demográficas de la tercera edad. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/sit97/terceraedad4.htm>.
25. Seuc H A, Domínguez E. Esperanza de vida ajustada por cardiopatía isquémica. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Cardiovascular. 2004; 42: 27 - 34.
26. Cano GMA, Castillo ML, Orea TA, Escamilla MJ y col. Prevalencia de cardiopatía isquémica, demostrada mediante tomografía por emisión de fotón único (SPECT) Tc 99m sestamibi en menores de cuarenta años y su asociación con factores de riesgo. Med Int Mex 2005; 21:247-54.
- 27.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en:

<http://www.inegi.gob.mx>

28. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos del 2007 INEGI.
29. ARIMAC del Hospital General de Zona No. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
30. Trejo G JF. Epidemiología del síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2: ¿El diluvio que viene? Archivos de Cardiología de México. Vol. 74, Supl. 2, 60 Aniversario/Abril-Junio 2004:S267-S270
31. Herrera EL. Primer consenso mexicano sobre los síndromes isquémicos coronarios agudos sin elevación del segmento ST. Archivos de Cardiología de México. 2002; 72 (Supl 2): S5-S44.
32. Richardson G, Van WHC. Healthy Hearts – A community-based primary prevention programme to reduce coronary heart disease. BMC Cardiovascular Disorders 2008, 8:1-8
33. Rodríguez- Larralde, Á, Mijares M E, Nagy, E. Relación entre el Nivel Socioeconómico y Hábitos de Vida, con el Fibrinógeno y el Factor von Willebrand en Venezolanos Sanos y con Cardiopatía Isquémica. Invest clín. 2005; 46, (2), p.157-168.
34. Martínez-Palomino G, Vallejo, M, García-Moreno J, López-Pérez M, Díaz-Granados R, Badillo-Castillo, Matilde O, Garza-Rodarte, A. Comparación de frecuencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales en mujeres con distinto nivel educativo. Arch Cardiol Mex 2008; 78: 285-292.
35. Juárez-García A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. Salud Pública Mex 2007; 49: 109-117.
36. Martínez Réding J. Estratificación de riesgo cardiovascular. Arch Cardiol Mex 2006; 76: (Supl 2), 176-18.
37. Cruz F JM. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. Arch Cardiol Mex. 2004; 74(Supl 2): 190-193
38. Pichardo Fuster A, Pedrero Nieto L, García L, Fernández LB. ¿Es la depresión factor de riesgo de cardiopatía isquémica en el anciano. Archivo Geriátrico. 2002; 5:4-7.
39. Velasco Campos ML, Sinibaldi Gómez J. Enfermedad crónica en el adulto y su familia. Manejo del Enfermo Crónico. 1ed. México: El Manual Moderno; 2001. p. 23-36,70-79, 241-261.
40. Eguiluz LL: Dinámica de la familia. 1ed. México Pax México, 2003.127-139.

41. Membrillo Luna A, Fernández Ortega Miguel Á, Quiroz Pérez JR, Rodríguez Pérez JL. La familia. Ed. Editores de textos Mexicanos. México 2008. p.179-243.
42. León Anzures R., García Peña MC., Pons Álvarez O N. Medicina Familiar. Ed. Corinter México 2008. 227-411.
43. Pedrero Nieto L, Pichardo Fuster A, Emociones y cardiopatía isquémica en el anciano. Enfermedad psicósomática o somato psíquica. Archivo Geriátrico 2004; 5(4):148-51.
44. Claesson M, MS; Slunga Birgander L., MD, PhD; Bernt Lindahl, MD, PhD, Salmir Nasic, MSci, Åström M MD, PhD; Kjell Asplund, MD, PhD; Gunilla Burell, PhD. Stress Management for Women With Ischemic Heart Disease. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation 2005; 25: 93-102
45. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A. P, Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2):45-57.
46. Taylor RB. Medicina Familiar principios y practica. 5ª ed. Barcelona. Springer-Verlag Ibérica. 2001.29-34.
47. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8 (1) 27-32.
48. Rodríguez Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102.
49. Velazquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelín Hernández G, Sánchez Castillo C, Fause A y Tapia Cohonder R. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México:Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex 2003;73: 62-77
50. Delgado Arroyo R. y Delgado Espinoza R. El médico familiar, clave de la sostenibilidad de la atención integral de salud. RAMPA, 2006. 1(2):122-132.
51. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A. et al. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. Arch Med Fam 1999; 1 (1): 13-20.
52. Silva Aycaguer LC. Muestreo simple aleatorio. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. 1 ed. Madrid España. Díaz de los Santos; 1993 p.21-38.
53. Irigoyen Coria A. Familiogramas. Instrumentos útiles para los médicos familiares. Fundamentos de Medicina Familiar. 7 ed. México. Editorial. Medicina Familiar Mexicana; 2000 p 65-89.

54. Farfán SG, Romero P. AM, Hernández G. A. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. México Ed. Inter sistemas; 1999.p.46-69.
55. Elementos esenciales de la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar. 2005, 7 Supl1. p 13-19.
56. Reyes CA MD, M. Hincapié M, MD, Herrera J. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo al miocardio. Colomb Med 2004; 35: 199-204.
57. Mendoza-González C. Prevención y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Arch Cardiol Mex 2008; 78: Supl 2: 58-73.
58. Vargas Toloza RE, Ordóñez Pabón E, Montalvo Miranda OE, Díaz Torres VL. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes posinfarto al miocardio. Rev Ciencia y cuidado 2007 ;5(1) :40-50.
59. Gala, FC, Lupiani M, Guillen C, Gómez Sanabria A. Intervención cognitivo-conductual en pacientes pos infarto de miocardio. C. Med. Psicosom, 2001; 58.p 9-18.
60. Romero M; Mejía de Díaz M A; Hernández, M; Dávila D. Funcionalidad familiar, estrés y red de apoyo psicosocial en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Med Fam (Caraccas); 2001,9 (2): 117-120.
61. Huerta- Vargas D. Bautista Samperio L, Irigogen-Coria A, Arrieta Pérez R. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular. Archivos en Medicina Familiar. 2004; 7 (3) 87-92.

# ANEXOS



ANEXO 1



**CUESTINARIO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO  
FUNCIONALIDAD, ESTRUCTURA, CRISIS Y  
PERFILSOCIODEMOGRAFICO EN FAMILIAS DE PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUEMICA EN UN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN  
MÉDICA.**

Escriba los siguientes datos y marque con una x los datos que se piden a continuación:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO:  FEMENINO  MASCULINO

DELEGACIÓN DONDE VIVE: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD:

:	COMPLETA	INCOMPLETA
Primaria		
Secundaria		
Técnica		
Bachillerato		
Profesional		
Ilustrado		

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: Casado \_\_\_\_\_  
Divorciado \_\_\_\_\_  
Viudo \_\_\_\_\_  
Separado \_\_\_\_\_  
Unión libre \_\_\_\_\_

Condiciones de la vivienda (casa propia o rentada, cuantos cuartos tiene, pisos y techo, baño intra o enextradomiciliario y servicio de luz, agua, drenaje, alumbrado público).

DESCRIBA SUCASA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Marque en el paréntesis una X la opción deseada:

**A. Profesión del jefe de familia**

- ( ) 1. Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- ( ) 2. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- ( ) 3. Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- ( ) 4. Obrero especializado: Tractoristas, taxistas, carpintero, ebanista, herrero,
- ( ) 5. Obrero no especializado, servicio doméstico, ayudante general

**B. Nivel de instrucción de la madre**

- ( ) 1. Universitaria o su equivalente
- ( ) 2. Enseñanza técnica superior y o secundaria completa
- ( ) 3. Secundaria incompleta o técnica inferior (cursos cortos)
- ( ) 4. Educación primaria completa
- ( ) 5. Primaria incompleta, analfabeta.

**C. Principal fuente de ingresos**

- ( ) 1. Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
- ( ) 2. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
- ( ) 3. Sueldo quincenal o mensual.
- ( ) 4. Salario diario o semanal.
- ( ) 5. Ingresos de origen público o privado (subsidios).

**D. Condiciones de la vivienda**

- ( ) 1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
- ( ) 2. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- ( ) 3. Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
- ( ) 4. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- ( ) 5. Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

Mediante el Método de Graffar se puede determinar el nivel socioeconómico familiar.

En la parte superior de la figura, las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método; el puntaje va de 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable

Para clasificar el estrato socioeconómico se suman las cantidades señaladas en cada variable, según la siguiente tabla.

	A	B	C	D
--	---	---	---	---

1				
2				
3				
4				
5				

04-06 Estrato alto 1  
07-09 Medio alto 2  
10-12 Medio bajo 3  
13-16 Obrero 4  
17-20 Marginal 5

1. Sabe usted cual es el nombre de la enfermedad del corazón que Ud. Padece:

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí. ¿Cuál es?

Angina de pecho \_\_\_\_\_

Infarto agudo al miocardio \_\_\_\_\_

2. ¿Hace cuanto tiempo presentó la cardiopatía isquémica (angina o infarto agudo al miocardio)?

\_\_\_\_\_ 0 a 3 meses

\_\_\_\_\_ 4 a 6 meses

\_\_\_\_\_ 7 a 9 meses

\_\_\_\_\_ 10 a 12 meses.

\_\_\_\_\_ Hasta 18 meses.

3. ¿Cuántas veces ha presentado eventos de cardiopatía isquémica (angina inestable o infarto agudo al miocardio) 1 2 3 4 5

4. Marque con una X ¿Cuál (es) de las siguientes enfermedades padece?

\_\_\_ Hipertensión arterial

\_\_\_ Diabetes mellitus

\_\_\_ Dislipidemias (colesterol y triglicéridos altos)

\_\_\_ Alcoholismo

\_\_\_ Tabaquismo

\_\_\_ Hipercolesterolemia

\_\_\_ Hipertrigliceridemia

FAMILIA:

1. ¿Cuántos años tiene de haber formado a su familia actual?

1-10 años \_\_\_\_\_

11-20 años \_\_\_\_\_

21-30 años \_\_\_\_\_

31-40 años \_\_\_\_\_

Más de 40 años \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

3. ¿Quiénes son las personas con las que vive? \_\_\_\_\_

Familiar	especifique	Cuantos
( )	Padre	_____
( )	Madre	_____
( )	Hermanos	_____
( )	Esposo (a)	_____
( )	Hijos	_____
( )	Nietos	_____
( )	Tíos	_____
( )	Sobrinos	_____
( )	Yerno(s)	_____
( )	Nuera (s)	_____

Otros parientes, especifiquen: \_\_\_\_\_

Otros no parientes, especifiquen; \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

5. Si los tiene llene el siguiente cuadro en base a la información de sus hijos llene de manera decreciente es decir del hijo más grande al más chico

HIJO	HOMBRE(H) MUJER (M)	ESCOLARIDAD	EDAD	OCUPACIÓN	EDO. CIVIL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

6. ¿Quién toma las decisiones en su hogar?

Esposo \_\_\_\_\_  
 Esposa \_\_\_\_\_  
 Ambos \_\_\_\_\_  
 Hijos \_\_\_\_\_

7. Describa como es la relación con su familia: Excelente \_\_\_\_\_

Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala: \_\_\_\_\_

8. ¿Con quien se lleva mejor en los miembros de su familia?

Esposo \_\_\_\_\_  
 Esposa \_\_\_\_\_  
 Hijos \_\_\_\_\_  
 Otros \_\_\_\_\_

9. Cuando usted esta en desacuerdo en alguna decisión lo comunica a su familia:

Casi siempre \_\_\_\_\_ Algunas veces: \_\_\_\_\_ Casi  
 nunca \_\_\_\_\_

10. Cuando usted está enfermo siente apoyo de su familia: Casi siempre

\_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_ Casi nunca \_\_\_\_\_

#### EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

**Marque con una X la opción deseada.**

TOTALMENTE DE ACUERDO (5)  
 DE ACUERDO (4)  
 NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO (3)  
 EN DESACUERDO (2)  
 TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)

1. Mi familia me escucha	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
2. Si tengo dificultades mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
6. Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
7. Cuando se me presenta algún problema me paraliza	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO

			DESACUERDO		
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
9. Mi familia es flexible en cuanto a normas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
12. Me siento parte de mi familia	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
13. Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
16. Cuando tengo algún problema se lo platico a mi familia	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa.	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
19. Me siento aprobado (a) por mi familia	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
20. En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de la familia	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
22. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO

23.Si falla una decisión intentamos una alternativa.	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
24. En mi familia hablamos con franqueza	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
25.En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
26. Las normas familiares están bien definidas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
28. En mi familia si una regla no se puede cumplir, la modificamos	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
29.Somos una familia cariñosa	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
30.En casa no tenemos un horario para comer	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
31.Cuando no se cumple una regla en mi casa sabemos cuales son las consecuencias	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
32. Mi familia no respeta mi vida privada	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
33.Si estoy enfermo, mi familia me atiende	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
34. En mi casa cada quien se guarda sus problemas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
36.En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
37 Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
38.En mi familia expresamos la ternura que sentimos	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta.					

El cuestionario de evaluación de funcionamiento familiar es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar para este cuestionario se establecieron 6 factores que son los siguientes:

- Involucramiento afectivo funcional
- Afectivo disfuncional
- Patrones de comunicación disfuncionales
- Patrones de comunicación funcionales
- Resolución de problemas
- Patrones de control de la conducta.

#### FACTOR 1: Involucramiento afectivo funcional

Reactivos 1,2,4,10,11,12,13,18,19,20,21,24,26,29,33,35 y 38  
 Total 17 reactivos                      Reactivos redactados en positivo

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar el punto de corte

$17 \times 3 = 51$  (punto de corte o medio)

La suma de los puntajes por arriba de 51 puntos indica el nivel de involucramiento afectivo funcional

El máximo puntaje a obtener es de 85 y el mínimo 17

#### FACTOR 2 Involucramiento afectivo disfuncional

Reactivos 3, 6, 7, 14, 15, 22, 30, 32, 34,37 y 39  
 Total 11 reactivos                      Reactivos redactados en negativo

Se calificará de la siguiente manera

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte

$11 \times 3 = 33$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional

El máximo puntaje a obtener es de 55 y el mínimo de 11

#### FACTOR 3 Patrones de comunicación disfuncionales

Reactivos; 5, 16, 25 y 27

Total: 4 reactivos                      Reactivos redactados en positivos



Se calificará de la siguiente manera: Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte

$4 \times 3 = 12$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales

El máximo puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4.

FACTOR 4; Patrones de comunicación funcionales

Reactivos: 8,36, y 40

Total de reactivos 3 Reactivos redactados en positivo

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte

$3 \times 3 = 9$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de patrones de comunicación funcionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 9 y el mínimo de 3

FACTOR 5 Resolución de problemas

Reactivos; 17,23 y 31

Total: 3 reactivos

Reactivos redactados en positivo

Se calificará de la siguiente manera

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de resolución de conflictos.

El máximo puntaje a obtener es de 9 y el mínimo de 3.

FACTOR 6 Patrones de control de conducta.

Reactivos 9 y 28

Reactivos redactados en positivo

Total: 2 reactivos.

Se calificará de la siguiente manera:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$2 \times 3 = 6$  (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 6 puntos indica el grado de patrones de control de conducta.

El máximo de puntaje a obtener es de 10 y el mínimo de 2.

El total de la sumatoria de los factores se le da el valor de funcionalidad en base a lo siguiente:

De 120 o menos: familia disfuncional.

De 121 hasta 200: familia funcional

### ESCALA DE HOLMES Y RAHE

Si usted ha pasado durante el último año por alguna de las situaciones enumeradas a continuación, anote con una x lo que ha pasado en la primera columna y anote hace cuantos meses en la segunda.

	Marque aquí	Tiempo de presentarla
1. Muerte del cónyuge		
2. Divorcio		
3. Separación		
4. Privación de la libertad		
5. Muerte de un familiar próximo		
6. Enfermedad o incapacidad, graves		
7. Matrimonio		
8. Perder el empleo		
9. Reconciliación de la pareja		
10. Jubilación		
11. Enfermedad de un pariente cercano		
12. Embarazo		
13. Problemas sexuales		
14. Llegada de un nuevo miembro a la familia		
15. Cambios importantes en el trabajo		
16. Cambios importantes a nivel económico		
17. Muerte de un amigo íntimo		
18. Cambiar de empleo		
19. Discusiones con la pareja (cambio significativo)		
20. Pedir una hipoteca de alto valor		
21. Hacer efectivo un préstamo		
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo		
23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)		
24. Problemas con la ley		
25. Logros personales excepcionales		
26. La pareja comienza o deja de trabajar		
27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización		
28. Cambios importantes en las condiciones de vida		
29. Cambio en los hábitos personales		

30. Problemas con el jefe		
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo		
32. Cambio de residencia		
33. Cambio a una escuela nueva		
34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones		
35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas		
36. Cambio en las actividades sociales		
37. Pedir una hipoteca o préstamo menor		
38. Cambios en los hábitos del sueño		
39. Cambios en el número de reuniones familiares		
40. Cambio en los hábitos alimentarios		
41. Vacaciones		
42. Navidades		
43. Infracciones menores de la ley		

VALORES CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE ESTRÉS DE HOLMES Y RAHE

**Instrucciones para auto administrar la Escala de Estrés**

Si usted ha pasado durante el último año por alguna de las 43 situaciones enumeradas a continuación, anote con una x lo que ha pasado el valor que figura al lado de la misma. Finalmente sume el total.

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación	65
4. Privación de la libertad	63
5. Muerte de un familiar próximo	63
6. Enfermedad o incapacidad, graves	53
7. Matrimonio	50
8. Perder el empleo	47
9. Reconciliación de la pareja	45
10. Jubilación	45
11. Enfermedad de un pariente cercano	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15. Cambios importantes en el trabajo	39
16. Cambios importantes a nivel económico	38
17. Muerte de un amigo íntimo	37
18. Cambiar de empleo	36
19. Discusiones con la pareja (cambio significativo)	35
20. Pedir una hipoteca de alto valor	31

21. Hacer efectivo un préstamo	30
22. Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23. Un hijo/a abandona el hogar (matrimonio, universidad)	29
24. Problemas con la ley	29
25. Logros personales excepcionales	28
26. La pareja comienza o deja de trabajar	26
27. Se inicia o se termina el ciclo de escolarización	26
28. Cambios importantes en las condiciones de vida	25
29. Cambio en los hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio a una escuela nueva	20
34. Cambio en la forma o frecuencia de las diversiones	19
35. Cambio en la frecuencia de las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Pedir una hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambios en los hábitos del sueño	16
39. Cambios en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	15
42. Navidades	12
43. Infracciones menores de la ley	11

De acuerdo a las opciones marcadas se hará la sumatoria y de acuerdo al total se vera el puntaje y a que tipo de crisis corresponde:

#### PUNTAJE DE LA ESCALA DE HOLMES

0-149	No existen problemas importantes
150-199	Crisis leve
200- 299	Crisis moderada
Más de 300	Crisis grave.



ANEXO 2  
**FUNCIONALIDAD, ESTRUCTURA, CRISIS Y PERFIL  
SOCIODEMOGRÁFICO EN FAMILIAS DE PACIENTES CON  
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN SEGUNDO NIVEL DE  
ATENCIÓN MÉDICA.**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE  
INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2009.

Buen día apreciable derechohabiente.

Por medio de esta carta le estamos solicitando su amable participación en la investigación titulada: **Funcionalidad, estructura, crisis y perfil sociodemográfico de las familias de pacientes con cardiopatía isquémica en un segundo nivel de atención médica.** Registrado ante el Comité Local de Investigación 3404.

La investigación tiene como objetivo obtener información que nos permita conocer cuales son las características familiares de los pacientes que como usted tienen algún tipo de cardiopatía isquémica.

En caso de que usted acepte, su participación consistirá en leer cuidadosamente el cuestionario que se le proporcionará y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Le solicito sea tan amable de leer los siguientes párrafos, si tiene alguna duda con gusto se la resolveré y si esta de acuerdo con ellos firme al final.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: **No se pone en riesgo la integridad de los pacientes y su información es muy valiosa.**

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación, la información que proporcione es totalmente confidencial. Los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

---

Nombre y firma del paciente

DRA. AMELIA MENDOZA CASTRO. R3MF 9935343. Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.



