



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



GUERRERO
NOS NECESITA A TODOS
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

HOSPITAL GENERAL DR. RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN

**IDENTIFICAR FACTORES DE DISFUNCIÓN FAMILIAR, EN PACIENTES CON
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL QUE SON ATENDIDOS
EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL
“RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN”, ENERO- JULIO 2017**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TERESA SOTO ALVAREZ

ASESOR

DR. OMAR VIVEROS ISLAS

SEMIS: 36131016

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2019



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.

**IDENTIFICAR FACTORES DE DISFUNCIÓN FAMILIAR, EN PACIENTES CON
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL QUE SON ATENDIDOS
EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL
“RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN”, ENERO- JULIO 2017**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TERESA SOTO ALVAREZ

AUTORIZACIONES:

DRA. MARÍA PATRICIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ
PROFESOR TITULAR

DR. OMAR VIVEROS ISLAS
ASESOR DE TESIS

DRA. MONICA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA ESTATAL DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. RUBI ALVAREZ NAVA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACION EN SALUD

ZUMPANGO DEL RIO GUERRERO FEBRERO 2019

**IDENTIFICAR FACTORES DE DISFUNCIÓN FAMILIAR, EN PACIENTES CON
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL QUE SON ATENDIDOS
EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL
“RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN”, ENERO- JULIO 2017**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. TERESA SOTO ALVAREZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION EN
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ZUMPANGO DEL RIO, GUERRERO, FEBRERO 2019

Resumen:

Se conoce como enfermedad vascular cerebral (EVC) a una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente. Es un problema de salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la EVC constituye la segunda causa global de muerte (9.7%), de las cuales 4.95 millones ocurren en países con ingresos medios y bajos. **Material y Métodos:** Se realizará un estudio observacional (no experimental) Transversal, descriptivo, retrospectivo. La población de estudio fueron 64 pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital General "Raymundo Abarca Alarcón", durante el periodo de enero a julio de 2017. **Resultados:** Los factores identificados en la funcionalidad familiar fue que el 98.4% tienen seguro popular, además, a pesar de que se ha confirmado que los hombres son más propensos a EVC, en esta muestra se tuvo un mayor número de casos de mujeres con un 64.1% y de hombres un 35.4%, el grupo etario más predominante fue el de 51 a 70 años, seguido de los de mayor de 70 años, la edad promedio fue de 63.17 años, lo que se demuestra que entre mayor edad mayor riesgo de padecer EVC, el estado civil más frecuente fue el de casado con un 51.6% y un nivel de escolaridad bajo que va de analfabeta a primaria incompleta con 47 casos (73.4%). No se identificó disfuncionalidad familiar en estos pacientes, sólo hubo 3 casos (4.7%). **Conclusión:** A diferencia de lo descrito en la literatura, no observamos que exista disfuncionalidad familiar en los pacientes con secuelas de EVC que acuden a la consulta externa de medicina interna del Hospital General Dr. "Raymundo Abarca Alarcón". Los factores más importante identificados en estos pacientes son que provienen de familias extensas, con nivel socioeconómicos de medio bajo a marginal, baja escolaridad y edad avanzada, de acuerdo con los descrito en otros estudios de investigación

Palabras Clave: Funcionalidad familiar, secuelas, alteraciones cerebral, comorbilidad.

Abstract:

Brain vascular disease (BVD) is a disorder in the neurons, which causes a decrease in blood flow in the brain, accompanied by brain alterations in a momentary or permanent way. It is a public health problem. According to the World Health Organization, the BVD is the second leading cause of death (9.7%), of which 4.95 million occur in countries with medium and low incomes. **Material and methods:** An observational (non experimental) cross-sectional, descriptive, retrospective study will be carried out. The study population consists of 64 patients with sequelae of BVD attended in the internal medicine outpatient clinic of the General Hospital "Raymundo Abarca Alarcon", during the period from January to July 2017. **Results:** From the sample studied the factors identified in the family functionality was that 98.4% have popular insurance, in addition, although it has been confirmed that men are more prone to BVD, in this sample there was a greater number of cases of women with 64.1% and of men a 35.4%, the most predominant age group was 51 to 70 years, followed by those over 70 years, the average age was 63.17 years, which shows that the older age the greater the risk of developing BVD, the most frequent marital status was married with 51.6% and a low level of education ranging from illiterate to incomplete primary with 47 cases (73.4%). Family dysfunction was not identified in these patients; there were only 3 cases (4.7%). **Conclusion:** Unlike what is described in the literature, we do not observe that there is family dysfunction in patients with sequelae of CVA who attend the internal medicine outpatient clinic of the General Hospital "Dr. Raymundo Abarca Alarcon". The most crucial factors identified in these patients are that they come from extended families, with a low to marginal socioeconomic level, low schooling and advanced age, according to those described in other research studies.

Keywords: Family functionality, sequelae, cerebral alterations, comorbidity.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

ÍNDICE

1. Marco Teórico	1
2. Planteamiento Del Problema	14
3. Justificación	15
4. Objetivos	16
4.1 Objetivo General	16
4.2 Objetivos Específicos	16
5. Metodología	17
5.1 Tipo De Estudio	17
5.2 Población	17
5.3 Tipo De Muestra Y Tamaño De La Muestra	17
5.4 Criterios	18
5.5 Información A Recolectar	19
5.6 Método	21
6. Consideraciones Éticas	22
7. Resultados	23
8. Discusión	32
9. Conclusiones	36
10. Referencias Bibliográficas	40
11. Anexos	44

1. MARCO TEÓRICO

La enfermedad vascular cerebral (EVC) ocurre cuando se interrumpe el flujo sanguíneo en cualquier área del cerebro, por lo tanto, es una emergencia médica y la atención inmediata puede salvar la vida de la persona y aumentar las posibilidades de una recuperación exitosa. Las secuelas pueden variar desde leves hasta severas, pueden incluir parálisis, problemas de raciocinio, del habla, de la visión y en coordinación motora. La EVC es considerada como la primera causa de invalidez a nivel mundial debido a que está relacionada con secuelas existentes en la mayoría de los que sobreviven al evento por lo que del 25% al 50%, e incluso existen autores que mencionan que hasta el 74%, son parcial o totalmente dependiente de otras personas, afectando diversos aspectos en la vida del paciente¹.

Actualmente las enfermedades cerebro vasculares en México deben considerarse como un problema de salud de orden prioritario. La tendencia registrada durante los últimos años muestra un incremento continuo en la mortalidad por este padecimiento que ocupó en 2010 el sexto lugar dentro de las principales causas de defunción. En un estudio que realizó el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el 2010, con el título “La enfermedad vascular cerebral en México: Un problema de salud en México”, encontró que existe una tendencia creciente y sostenida de esta enfermedad, que implica un incremento de 27.7% entre 2004 y 2010 (con cerca de 40 mil egresos el primer año vs. casi 51 mil para 2010). El comportamiento según el sexo fue muy semejante en ambos casos, la edad promedio para los hombres fue de 71.9 años y para las mujeres 74.6 años. Se estima que aproximadamente 20% de los supervivientes requieren cuidados especiales durante tres meses después del evento y casi 30% quedan con una discapacidad grave permanente.

Un paciente con secuelas de EVC demanda mayor atención del resto de los integrantes familiares, lo que a su vez genera frecuentemente dificultad de adaptación a éstos acontecimientos (crisis familiar), afectando la dinámica familiar y por lo tanto, las interacciones entre sus miembros, incluyendo las funciones familiares. Cuando el funcionamiento familiar es adecuado, es decir, armónico, con

claridad de reglas, roles, adecuada comunicación, es flexible y con cohesión familiar logra una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema. Por el contrario, cuando existe un funcionamiento inadecuado se considera un factor de riesgo, debido a esto surge el interés del estudio sistemático y científico de la familia, en el cual el individuo deja de ser visto como exclusivamente biológico, y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. ¹⁻²

Marco referencial

En un estudio realizado en la Clínica Médica del Hospital P. Piñero de la Ciudad de Buenos Aires durante el período de un año entre Agosto de 1999 y Julio de 2000, con el propósito de demostrar que es necesario enfocarse más a la prevención que al tratamiento de las secuelas de la EVC, ya que es una patología prevenible y previsible, que controlando los factores de riesgo modificables (hipertensión, diabetes, dislipidemia, alcoholismo, tabaquismo, stress, etc.), se podría reducir la incidencia de esta patología en nuestra población. Se encontró que la patología cardíaca encabeza la estadística, seguida por la respiratoria y la oncológica y se observó que el 10% de las internaciones fueron debidas a EVC. A partir del estudio se observó la alta frecuencia de ciertos factores de riesgo que pueden ser modificados: Hipertensión Arterial Sistémica (HTA), Diabetes (DM), dislipidemia, EVC previos, alcoholismo, tabaquismo, stress, enfermedades cardíacas, obesidad, sedentarismo. Como factores de riesgo principales se observaron el tabaquismo y la HTA (presentes en el 80 % de los casos), seguidos por alcoholismo (60%) y sedentarismo (50% de los pacientes). Estos cuatro causantes de EVC representan el 54% del total de las observaciones. ³

En un estudio transversal, cuantitativo, realizado de enero a abril 2010 en Fortaleza Ceará Brasil, se entrevistaron 61 individuos, para identificar modificaciones de vida y se aplicaron tres escalas para investigar la sobrecarga percibida, estado mental y sufrimiento psíquico. Objetivo del estudio fue analizar el impacto para el cuidador familiar del paciente después de un EVC; se obtuvieron los siguientes resultados: Los cuidadores, en su mayoría, eran del sexo femenino, casados(as) e hijo(as) de los

pacientes, la edad media de los cuidadores fue de 48 años. Las modificaciones de vida más citadas fueron referentes a la rutina diaria, a las actividades de ocio y agotamiento o cansancio. En cuanto a la sobrecarga percibida, se destacaron las dimensiones tensión general, aislamiento y decepción. Se verificó mayor sobrecarga cuanto más síntomas de sufrimiento psíquico el cuidador presenta, en la ausencia de cuidador secundario y cuando los cuidadores principales relataron percibir modificación en el cuerpo y en la salud. Se concluyó que no fue observada asociación de la sobrecarga con el estado mental del cuidador. Entender la coyuntura del cuidado, mediante análisis del recargo de trabajo, y del conocimiento de la situación biopsicosocial, suministrará subsidios para la actuación del enfermero para reducir la carga generada para los cuidadores familiares, de una manera general, el cuidador familiar de individuo después del EVC vive cambios significativos en su estilo de vida que reducen, modifican y generan insatisfacciones en su vida, generando sentimientos de aislamiento. Entre los principales factores limitantes de su vida social están: sobrecarga de actividades, pérdida del compañero en actividades sociales, disturbios comporta mentales del paciente después del EVC, cambio en la relación familiar y en el círculo de amistades y aislamiento por la nueva vecindad. ⁴

En un estudio descriptivo, transversal y observacional, llevado a cabo en “José Jacinto “Milanese” en Milán; Septiembre del 2010; tuvo el objetivo de evaluar la influencia de la familia de los pacientes hemipléjicos en la terapia ocupacional, se entrevistaron a 15 pacientes para saber sus conocimientos de la discapacidad y su rehabilitación, posteriormente, estos fueron evaluados con la escala de discapacidad de Rossete, para medir el nivel de autonomía; se obtuvieron los siguientes resultados: fueron clasificados como dependientes. Predomino solamente la independencia para la capacidad de orientación, la semi-independencia para el desplazamiento y las necesidades físicas. Se concluyó que es evidente la falta de motivación para ocupar el tiempo libre de los pacientes hemipléjicos, las dificultades en la coexistencia y en las relaciones familiares, prevaleciendo las crisis de desorganización en el seno de la familia; así como la ausencia de preparación y la ignorancia de la familia respecto a la enfermedad. ⁵

En un estudio donde se utilizó el método analítico, retrospectivo de casos y controles realizado en cuatro consultorios de san Agustín, municipio de Lisa en el año 2013 por Guerrero Aranda u Aranda Castillo. Con el objetivo de determinar la asociación entre la presencia en la familia de un anciano con EVC discapacitantes y la disfunción familiar, quedando la muestra conformada por el grupo de estudio por las familias que presentaron solo un anciano con EVC discapacitantes y el grupo de control por las restantes familias. Se analizaron variables relacionadas con la familia y el anciano a través de la información almacenada en las fichas familiares y la entrevista directa; cuyos resultados fueron los siguientes: diferencias significativas para el funcionamiento familiar entre ambos grupos, existió asociación entre la presencia de un anciano con ictus discapacitantes y disfunción familiar. Las familias con un anciano con ictus discapacitantes presentaron mayor riesgo de convertirse en disfuncionales. Llegando a la conclusión que la presencia de un anciano con ictus discapacitantes se asoció con la disfuncionalidad familiar además de comportarse como un factor de riesgo para la misma en esa población.⁶

Un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado durante el periodo de septiembre del 2009 a agosto del 2010, en una unidad de medicina familia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Nuevo León, México; en familias con algún integrante con secuelas de EVC, para estimar la frecuencia de disfuncionalidad familiar en pacientes con secuelas de EVC, a través de herramientas tales como APGAR y FF-SIL, se analizaron 18 familias, de las cuales 18 eran pacientes, 18 cuidadores y 23 del resto de los integrantes de la familia. Predominó del género masculino 72% en los pacientes, casados 67.0%, con educación primaria 73% y de conformación familiar nuclear simple 50.0%. Los resultados del APGAR en los pacientes y en los cuidadores predomino altamente funcional en 50.0% y 72.2%, respectivamente, mientras que en el resto de los familiares fue moderadamente funcional 47.8%. Con la escala FF-SIL predomino que la familia es funcional y moderadamente funcional en 44% de los pacientes, moderadamente funcional en el cuidador (53.8%), mientras que en el resto de familiares fue funcional y moderadamente funcional 34.8%. Con estos resultados llegaron a la conclusión que

la disfunción familiar fue principalmente en los cuidadores y en el resto de los integrantes familiares, de acuerdo al APGAR, 22.2% Y 17.4%, respectivamente, mientras que con FF-SIL fue 27.7% y 30.4%, respectivamente.⁷

En un estudio retrospectivo y observacional realizado durante el periodo de enero 2009 a marzo del 2011 en el servicio de medicina interna del Hospital General “La Perla” en México, que tuvo como objetivo determinar la incidencia y los factores de riesgo de EVC en pacientes internados en el servicio de medicina interna, para conocer la prevalencia en cuanto al género, edad, y factores de riesgos asociados al tipo de EVC, además de establecer el porcentaje de defunciones en el total de la población en estudio, se demostró que existen diversos factores de riesgos que podemos clasificar como modificables y no modificables, que el EVC engloba un conjunto de trastornos clínicos debidos al aporte insuficiente de sangre al cerebro, y que representa uno de los principales problemas de salud pública en todos los países industrializados. Se revisaron 147 expedientes quedando un total de 80 para el estudio por criterios de inclusión. Las conclusiones fueron las siguientes: la prevención primaria es el método más seguro y económico para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes ya que debido a su elevada incidencia y prevalencia suponen un notable costo humano y económico.⁸

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y comparativo, realizado en el hospital Ángeles Pedregal, hospital privado al sur de la ciudad de México, durante el periodo de enero del 2011 a junio del 2013, en la que se describieron las características de los pacientes secuelas con EVC y se evaluaron los factores de riesgo cardiovascular: tanto como en isquémicos como en hemorrágicos, y los isquémicos fueron divididos en arteriales y venoso. En este estudio se compararon dos grupos entre sí, uno de los eventos cardioembólicos y el otro de las enfermedades de pequeños vasos (obesidad e hipertensión). Se detectó que el 76% de los casos son eventos de primera vez, situación por la que el abordaje más efectivo es la prevención. Debido a esto se decidió estudiar y conocer los factores de riesgo de acuerdo con su potencial modificación y se dividieron en: No modificables, modificables y potencialmente modificables; dentro de los factores de riesgos no

modificables son la edad, sexo, bajo peso al nacer, raza y predisposición genética, los factores que se pueden modificar incluyen: hipertensión, tabaquismo, diabetes, fibrilación auricular, dislipidemia, estenosis carotídea, anemia de células falciforme, terapia de reemplazo hormonal después de la menopausia, sobrepeso-obesidad e inactividad física, los potencialmente modificables son: síndrome metabólico, alcoholismo, consumo de anticonceptivos orales, apnea del sueño, migraña y estados protrombóticos e inflamatorios.⁹

No se encontraron registros o publicaciones, sobre el tema de éste protocolo a nivel regional ni en Guerrero.

Marco conceptual

La enfermedad vascular cerebral se define como la presencia de síntomas neurológicos, como déficit motor o sensitivo, disartria, afasia, vértigo, alteraciones visuales como amaurosis, con más de 24 horas de duración corroborada con estudio de imagen mediante tomografía computarizada de cráneo o resonancia magnética. También podemos definirlos como todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afectan forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, estado uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico.¹⁰

La clasificación de las EVC incluye cuatro grandes grupos, con diferentes subgrupos:

1. Enfermedad cerebrovascular asintomática
2. Enfermedad cerebrovascular focal:
 - a) Ataque transitorio de isquemia (ATI)
 - b) Ictus (accidente cerebrovascular):
 - Infarto cerebral
 - Hemorragia intracerebral
 - Hemorragia subaracnoidea
3. Encefalopatía hipertensiva
4. Demencia vascular.

El Accidente Cerebro Vascular (ACV), definido por la Organización Mundial de la Salud, como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.

Clasificación. Según su etiología un ACV tiene dos variantes:

- a). -Isquémicos
- b). -Hemorrágicos.

ACV isquémico: Es la consecuencia de la oclusión de un vaso y puede tener manifestaciones transitorias (ataque isquémico transitorio) o permanentes, lo que implica un daño neuronal irreversible.

ACV hemorrágico: Es la ruptura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.¹¹

Ictus. Son un conjunto de enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos que suministran la sangre al cerebro, también son conocidas popularmente como embolias, accidentes cerebrovasculares, EVC; y se manifiesta súbitamente

El diagnóstico de la EVC depende de una historia clínica precisa, observación de los síntomas neurológicos, si son focales o generalizados, si el inicio de los síntomas ha sido súbito; lo cual nos indica una causa vascular. Pero las presentaciones pueden variar, ocasionalmente los síntomas no se localizan fácilmente, pueden ser positivos y muchos pacientes describen síntomas que evolucionan sobre horas o días.

El diagnóstico preciso en la fase hiperaguda (menos de 6 horas de evolución), es frecuentemente difícil porque los síntomas y las señales pueden cambiar rápidamente. Cuando se alcanza el diagnóstico, se evalúa cual es la parte del cerebro que se lesiona. Es importante distinguir entre un ACV hemorrágico e isquémico, desde el punto de vista de la gestión, pronóstico y prevención secundaria.

En el TAC la sangre intracerebral aparece como un área de alta densidad en un primer momento, pero en adelante disminuye para que las lesiones aparezcan eventualmente como isodensas o hipodensas; siendo indistinguible en los infartos. El TAC en la fase hiperaguda de un ACV isquémico es frecuentemente normal, aunque puede haber cambios sutiles. Los infartos se ven fácilmente en el TAC después de unos días o en la fase donde pueden llegar a ser bien definidos. Un TAC temprano puede identificar con seguridad una hemorragia intracerebral, pero la distinción entre una hemorragia intracerebral primaria, y la transformación hemorrágica de un infarto es difícil. La Resonancia Magnética Nuclear es probablemente más sensible que el TAC para detectar el ACV, particularmente el infarto lacunar y en fosa posterior. La RMN puede ayudar a diagnosticar la hemorragia intracerebral meses o años después del suceso cuando el TAC muestra una sola área hipodensa indistinguible de un infarto.¹²

Los tratamientos pueden consistir en medidas de urgencia y cuidados de seguimiento que se lleven a cabo en el hospital, medicamentos, intervenciones percutáneas, operación y rehabilitación. Hay diferentes tipos de medicamentos para tratar los accidentes cerebrovasculares. Los que son beneficiosos para un tipo de accidente cerebrovascular pueden incrementar el daño causado por otro tipo. Por ejemplo, los medicamentos capaces de disolver coágulos pueden ser eficaces en el tratamiento de un accidente cerebrovascular isquémico (causado por un coágulo sanguíneo), pero pueden incrementar el daño causado por un accidente cerebrovascular hemorrágico (derrame), porque pueden ocasionar un derrame de sangre en el cerebro.

El activador del plasminógeno tisular (tPA) es un disolvente de coágulos aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos. El tPA es un importante adelanto en el tratamiento de accidentes cerebrovasculares provocados por coágulos sanguíneos, los cuales constituyen alrededor del 88 por ciento de los casos. Aunque el tPA no puede utilizarse en todos los casos de accidente cerebrovascular (ya que puede ocasionar un derrame de sangre en el cerebro) ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de accidentes cerebrovasculares isquémicos

cuando se lo administra dentro de las tres horas siguientes a la aparición de los síntomas.¹³

Secuela. Del latín séquela “lo que sigue” “consecuencia” en medicina es la lesión o trastorno remanente tras una enfermedad o un traumatismo, es la alteración persistente de una lesión, consecuencia de una enfermedad, un traumatismo o una intervención quirúrgica. Y se considera a partir del momento en que no se pueden resolver las consecuencias o complicaciones de un problema de salud.¹⁴

Rehabilitación.

La evidencia demuestra que iniciar la rehabilitación en las primeras 48 hrs después del inicio de la enfermedad vascular cerebral isquémica ayuda a mantener en óptimas condiciones la capacidad física, intelectual, psicológicas y social del paciente
15

La OMS en 1969 define la rehabilitación como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. ¹⁶

Familia. Según Marqués de Morantes, La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa sirviente, o esclavo doméstico.¹⁷ La Organización Mundial de la Salud, señala que la familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. De acuerdo a los integrantes de la familia se clasifica en: Familia Nuclear, este tipo de familia es la que está conformada por una pareja e hijos biológicos; La familia extensa es la que está formada por miembros pertenecientes a distintas generaciones, es decir esta familia está formada por el matrimonio de los padres y por sus hijos y parejas; familia compuesta es el tipo de familia es la que está conformada por un matrimonio de dos divorciados y los hijos de ambos.

Como resultado de la 1ra reunión del consenso académico en medicina familiar de organismo e Instituciones educativas y de salud, efectuada en junio 2005 en la ciudad de México, desde la perspectiva del médico familiar la define como: “ la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o afinidad, y es responsable de guiar y proteger a sus miembros.¹⁸

Dinámica familiar. Es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) la cual se atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento

Disfunción familiar. Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros de la familia a acomodarse a tales acciones.

Es una familia que no cumple adecuadamente con su rol social, por múltiples causas: patologías psíquicas, drogadicción, alcoholismo, personalidades conflictivas, perturbadas, poca madurez.

Funcionalidad familiar. Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y de las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante.

Crisis familiares. Es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteraciones y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Crisis normativas. Son situaciones planeadas, esperadas o que forma parte de la evolución de la vida familiar, son cambios obligados.

Crisis paranormativa. Son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia, las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento.¹⁹

APGAR familiar. Es un instrumento para evaluar la funcionalidad familiar, que recibe este nombre por sus iniciales en inglés Adaptability (adaptación), Partnership (cooperación), Growth (desarrollo), Affection (afectividad) y Resolve (capacidad resolutive), que son justamente las variables que evalúa. Este es un instrumento de origen reciente, fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico Familiar, propuso la aplicación de este test, como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos, es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, sirviendo como una escala, en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. Los puntajes de 7-10 sugieren una familia altamente funcional, los puntajes de 4-6 una familia moderadamente disfuncional y de 0-3 fuertemente disfuncional. En conclusión, el APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo se perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.²⁰

Escala Graffar: Es un instrumento para evaluar aspectos socioeconómicos en comunidades, fue diseñada por Graffar Méndez Castellano en 1994, con transformaciones 1999, 2004 y 2005, este método incluye cuatro variables (profesión del jefe de la familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia y condiciones de la vivienda), a cada una se le asignó un puntaje, cuya suma permitió definir cuatro categorías para la condición

socioeconómica. Se obtiene un puntaje de 4 a 20 puntos, un puntaje 04 a 06 sugiere una familia de estrato alto, los puntaje de 07 a 09 una familia de estrato medio alto, los puntaje de 10 a 12 sugiere una familia con estrato medio bajo, los puntaje de 13 a 16 nos sugiere una familia con un estrato obrera, y los puntajes 17 a 20 nos sugiere una familia marginal.²¹

Marco legal

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4º. Menciona que el varón y la mujer son iguales ante la ley, y esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia

El artículo 3ro. De esta ley, se menciona que la atención médica, debe beneficiar preferentemente a grupos vulnerables.

El artículo 5to, menciona para la prestación del servicio, la secretaria de salud, establecerá los mecanismos que permitan la comunicación e interrelación entre cada individuo, su familia y el prestador del servicio de salud, estableciendo además, una corresponsabilidad entre estos, que permita proporcionar la atención acorde a las necesidades de cada persona.²²

En la Ley general de salud, en su artículo 1. Se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, también establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

En el artículo 2 de esta Ley, estipula que todos los mexicanos (a) tienen derecho a la protección de la salud, la cual tiene las siguientes finalidades: el bienestar físico y mental para contribuir el ejercicio pleno de sus capacidades, la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, el disfrute de servicios de salud.

En el artículo 33, se menciona que las actividades de la atención médica deben ser: preventivas, curativas, que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. De rehabilitación que incluyen acciones tendientes a corregir la invalidez física o mentales y paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente a través de la prevención, tratamiento y control del dolor y otros.²³

La Guía Práctica Clínica para Vigilancia y Prevención Secundaria de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el primer nivel de atención (Actualización 2015) IMSS-114-08 tiene como finalidad establecer acciones nacionales para orientar al personal de primer nivel de atención a la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, sobre la prevención primaria y secundaria en pacientes con antecedentes de isquemia cerebral transitoria o infarto cerebral, unificando criterios para la vigilancia del pacientes, estableciendo criterios de referencia del pacientes con EVC en el segundo nivel de atención, todo esto, favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera, el bienestar de las personas y de las comunidades.²⁴

La Guía de Práctica Clínica para Vigilancia del Paciente con Secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral en el primer de atención IMSS-114-08, tiene como objetivo estandarizar las acciones nacionales sobre la vigilancia del paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral en el primer nivel de atención, y orientar al personal de salud para la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia clínica disponible. Además, unificando criterios para la vigilancia del paciente, estableciendo un conjunto de recomendaciones y establecer los criterios de referencia con secuelas de EVC. Con estos objetivos que establece la GPC, favorecerá la mejora en la efectividad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera el bienestar de las personas con secuelas de EVC.²⁵

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cerebrovasculares (EVC) son un problema de salud mundial; constituyen la tercera causa de muerte, la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia, según datos de la (OMS), 1.5 millones de personas sufren un ictus cada año; entre ellas, 5,5 millones mueren (el 10% de todas las muertes producidas) y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente. Por otra parte, se estima que de 38 millones de días perdidos de vida saludable en 1990, esta cifra llegará a 61 millones en el 2020. Según un cálculo de Hankey y Warlow basado en un meta-análisis de estudio epidemiológico, en una población de 1 millón de habitantes, ocurrirán 2,400 ictus (1800 incidentes y 600 recurrentes) y 500 ataques transitorios de isquemia. De total de ictus, 20% morirá en los siguientes 28 días al debut y 600 tendrá limitación motora al final del primer año.²⁶

Debido al envejecimiento de muchas poblaciones, sobre todo cuando hay rápido crecimiento económico, la proyección es para el año 2020 sugieren que el ictus se mantendrá como segunda causa de muerte, tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo; además en términos de discapacidad estará entre las primeras cinco causas más importantes de carga por enfermedad. Las enfermedades cerebrovasculares tienen también un enorme costo, por los recursos necesarios en los sistemas de salud para su atención en fase aguda, y los cuidados a largo plazo de los supervivientes, con sus consecuentes implicaciones sociales.

En este sentido existen numerosas investigaciones que han estudiado la disfuncionalidad familiar y su relación con otras patologías crónicas, pero no en relación a enfermedad vascular cerebral y sus secuelas. Debido a que va en incremento la incidencia de esta enfermedad, y que es frecuente que deje secuelas tales como hemiparesia con afasia, hemiparesia sin afasia y las monoparesias, etc., estos pacientes representan la presencia de una crisis paranormativa en la familia y demandan un apoyo intenso por parte de la misma, lo cual aunado a diversos factores asociados, tendrá repercusiones importantes en la dinámica, si la familia no

está preparada para afrontar esta etapa, puede provocar disfunción familiar, y repercutir en la rehabilitación del paciente, y prolongar su integración a la familia.

Al obtener información sobre este tema, nos ayudará a entender cuáles es el grado de funcionalidad de las familias de los pacientes con secuelas de EVC, para enfocar nuevas estrategias integrales de atención a los mismos, para la identificación y prevención de estados de disfunción familiar de dicha enfermedad en pacientes del hospital general Raymundo Abarca Alarcón (HGRAA), por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral que son atendidos en la consulta de medicina interna del Hospital General Raymundo Abarca Alarcón?

3. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cerebrovascular es una enfermedad de magnitud e importancia con impacto mundial, debido a que son la principal causa de muerte en todo el mundo, la primera causa de discapacidad en población adulta y la segunda causa de demencia. Cada año mueren más personas por esta enfermedad, se calcula que en el 2012 murieron 17,5 millones de personas por esta causa lo cual representa el 31% de todas las muertes registradas en el mundo, las enfermedades cardiovasculares producirán dos veces más muertes que las producidas por VIH, la malaria, y la tuberculosis juntos en el 2020.

En base lo anterior, el presente estudio es trascendente porque permitirá conocer el grado de funcionalidad de las familias de los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral; además permitirá identificar algunos factores sociodemográficos involucrados en la patología; con esto se podrá establecer la importancia del médico familiar para que evalúe la funcionalidad familiar en la consulta para poder emitir recomendaciones e implemente estrategias para mejorar la funcionalidad familiar, lo cual eventualmente conducirá una mejor integración temprana a la familiar.

Este estudio es factible porque se cuenta con suficiente volumen de pacientes con secuelas de EVC en el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, así como con el tiempo y con la capacidad técnica para llevarlo a cabo. Además, no se requiere de inversión adicional a la ya destinada para la evaluación y atención de los pacientes.

Por lo tanto, al obtener información sobre este tema, nos ayudará a conocer la dinámica familiar que guardan las familias de estos pacientes en cuanto a su funcionalidad, para poner las bases en la creación de nuevas estrategias, que permitan la atención de los mismos para la prevención o corrección de estados de disfunción en dichas familias.

Se realizará un reporte de investigación que estará a disposición del personal de salud, tanto del Hospital General como del departamento de investigación y enseñanza, de la Secretaria de Salud de Guerrero. Podremos obtener evidencia científica sobre la funcionalidad familiar de los pacientes con esta patología.

De no llevarse a cabo esta investigación continuaremos desconociendo el grado de disfunción familiar que presenta en este tipo de pacientes con secuelas de EVC, lo que nos impedirá sentar las bases para conocer las causas de disfunción familiar y la creación de estrategias de atención integral a este tipo de pacientes.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General.

Identificar la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de EVC que son atendidos en la consulta externa de medicina interna del HGRAA.

4.2 Objetivos Específicos.

1).- Indagar sobre el nivel socioeconómico de los pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa de medicina interna del HGRAA.

2).- Investigar la estructura familiar de los pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa de medicina interna del HGRAA.

3).- Describir sobre las características sociodemográficas de los pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa de medicina interna del HGRAA.

4).- Identificar el grado de funcionalidad familiar de los pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa de medicina interna del HGRAA.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio observacional (no experimental) Transversal, descriptivo, retrospectivo.

De acuerdo al tipo de estudio, es observacional, porque no aplico tratamiento y se recaba datos sobre las variables de estudio.

Por el número de mediciones que se realiza en cada individuo, es de tipo transversal, y como solo se realiza una medición, no involucra seguimiento.

No obstante la magnitud de la problemática a estudiar, su trascendencia y su factibilidad, el estudio puede tener algunas limitaciones dado que, es posible que los pacientes no respondan de manera sincera el cuestionario APGAR de funcionalidad familiar que se les aplique.

5.2 Población

La población de estudio son 64 pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa de medicina interna del HGRAA.

5.3 Tipo de muestra y tamaño

Utilizando la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5% el tamaño de muestra es 64 pacientes. El muestreo será no probabilístico y por conveniencia, aunque se buscara representatividad en los 6 meses de aplicación.

5.4 CRITERIOS

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa del servicio de medicina interna, del Hospital General Raymundo Abarca Alarcón.
2. Pacientes que deseen participar en el estudio, con previo consentimiento informado.
3. Pacientes de 30 años en adelante que cuente con un núcleo familiar ,y que sean atendidos en la consulta externa del servicio de medicina interna del HGRAA

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa del servicio de medicina interna del HGRAA, que no deseen participar en el estudio.
2. Paciente con secuelas de EVC, atendidos en la consulta externa del servicio de medicina interna del HGRAA, que tengan dificultad para contestar el cuestionario.
3. Paciente con secuelas de EVC, atendidos en la consulta externa del servicio de medicina interna del HGRAA, que no cuente con un núcleo familiar.

Criterios de eliminación:

- Pacientes con EVC datos incompletos
- Pacientes que abandonen la encuesta
- Defunción de paciente durante el estudio

5.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Cuestionario diseñado para la investigación (Anexo 1), que incluye el Test de APGAR y la escala Graffar.

Variables: Tabla de variables. (Anexo 2)

Variables dependientes:

1.-Funcionalidad familiar.

Variables independientes:

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Ocupación
5. Escolaridad
6. Nivel socioeconómico
7. Tipología de la familia en base a su composición
8. Tipo de evolución de EVC
9. Funcionalidad familiar
10. Enfermedades concomitantes
11. Antecedentes de tabaquismo
12. Antecedentes de alcoholismo

Tabla de variables (Anexo 2)

Nivel socioeconómico	Cualitativa nominal	Nivel que ocupa una familia con base a su composición	Nivel de la familia en la escala social según el método familiar (Graffar)	Alto Medio alto Medio bajo Obrero Marginal	Porcentaje de familias de acuerdo a su nivel socioeconómico	P20
----------------------	---------------------	---	--	--	---	-----

Tipología de la familia en base a su composición	Cualitativa nominal	Es la clasificación de familia con base a su composición	Es el tipo de familia que tenga el paciente al momento del registro	Nuclear (a) Extensa (b) Compu esta (c) Semico mpuest a (d)	Porcentaje de familia de acuerdo a su tipología	P17-18
Tiempo de evolución de EVC	Cuantitativa discreta	Años transcurridos a partir de que se le diagnóstico la enfermedad	Años transcurrido a partir de que se le efectúa el diagnóstico	Numérica	Medidas de tendencia	P11
Funcionalidad familiar	Cualitativa nominal	Capacidad de la familias para modificar sus niveles de adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, efectividad y resolución ante una crisis normativa o no normativa	El puntaje alcanzado en la encuesta Apgar familiar	Funcionamiento familiar adecuado (normal) Disfunción familiar Disfunción familiar severa	Porcentaje de familia de acuerdo a su funcionalidad	P19
Enfermedades concomitantes	Cualitativa dicotómica	Entidades patológicas asociadas a la EVC	Presencia en el paciente en estudio de hipertensión arterial y/o diabetes documentada en el expediente clínico	Si No		P 12, 13
Antecedente de tabaquismo	Cualitativa dicotómica	Intoxicación crónica condicionada por fumar (inhalar y exhalar los humos producido al quemar el tabaco) + de 10 cigarros al	Antecedentes de fumar más de 10 cigarros diarios de 1 año antes del diagnóstico de EVC	Si No		P 14

		día				
Antecedente de alcoholismo	Cualitativa dicotómica	Ingestión diaria de alcohol superior a 50 gr en la mujer y 70 gr en el hombre 2 copas de vino	Antecedentes de ingesta mayor de 3 copas o cerveza diaria de 1 año antes del diagnóstico de EVC	SI No		P15

5.6 MÉTODO

Se abordará al paciente con secuelas de enfermedad vascular atendidos en el consultorio No. 4. de medicina interna en el HGRAA, que cumplan con los criterios de selección, con el horario de 07:00 a 10:00 hrs am, se le explicará al paciente y a sus familias, sobre la importancia de su participación en el estudio de investigación, si el paciente y sus familiares aceptan, se procederá a la aplicación de las encuestas para evaluar la funcionalidad familiar y el nivel socioeconómico, mediante el cuestionario de APGAR familiar, y el Graffar. Se le informará sobre el estudio a realizar, en ese momento firmarán la carta de consentimiento informado a los que deseen participar, se le tomarán sus datos socio demográficos, y se aplicará el APGAR familiar que es un cuestionario de 5 preguntas mediante el cual se evaluará cinco funciones básicas de la familia (adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos), y el Graffar cuestionario de 4 preguntas nos ayudará a conocer el estrato socioeconómico de las familias.

Esta información se capturará en SPSS, en donde se realizará el análisis estadístico y se identificará factores asociados a disfunción familiar en los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral.

Análisis Estadístico: Las variables del instrumento de recolección de la información se tabulará y se codificará, una vez realizado esto, se realizará el análisis de los datos mediante el paquete estadístico Statistical Package for the social Scienes (SPSS). Versión 19.0, en donde se elaborará una máscara de captura de información. Los resultados se presentarán mediante cuadros o tablas y gráficos, los cuales serán realizados en SPSS o Excel.

Se realiza un análisis descriptivo el cual consistirá en frecuencias, proporciones, porcentajes, razones, medidas de tendencia central (media o promedio, mediana, moda) medidas de dispersión (desviación estándar, varianza y rango o recorrido) de las variables cuantitativas y cualitativas según corresponda.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se llevará a cabo de acuerdo a los principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki, y sobre investigación médica en seres humanos de Tokio (1975); y el código de Núremberg, ambos ratificados en Río de Janeiro en 2014. También se seguirá el reglamento de la Ley General en Salud en materia de Investigación, artículo 17, apartado I, esta investigación no incluye acciones que represente riesgo alguno para la seguridad e integridad de los pacientes, solo se tomara datos de las encuestas APGAR, Graffar (anexo 2), para evaluar la funcionalidad familiar, y el nivel socioeconómico, en pacientes con secuelas de EVC que son atendidos en la consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital General Raymundo Abarca Alarcón. El protocolo será sometido a aprobación por el Comité de Bioética e Investigación de la Secretaria de Salud. Se requerirá la firma de la carta de consentimiento informado para participar porque los pacientes deberán responder el cuestionario sobre funcionalidad familiar y nivel socioeconómico.

Anexo 3. Consentimiento informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, el documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

7. RESULTADOS

Se estudiaron 64 pacientes los principales resultados obtenidos, se describen en los siguientes cuadros y gráficas, mediante la estadística descriptiva. Se observó que 63 (98.4%) de los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral cuentan con seguro popular y solo 1 paciente (1.6%) la seguridad social que tiene es el ISSSTE. El 100% cuenta con seguridad social.

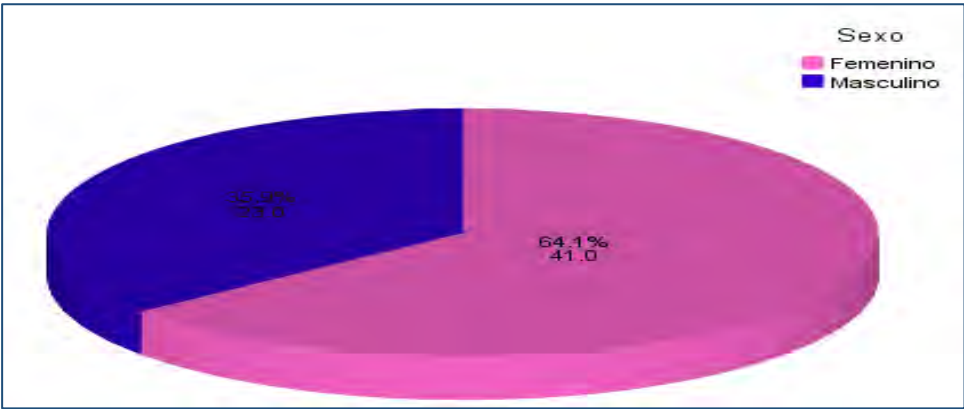
Grafica 1: Tipo de seguridad social



Fuente: Cédula de recolección de datos

En cuanto a la clasificación por género, se observó un predominio de pacientes del género femenino con un 64.1%(41), mientras que los pacientes del género masculino representaron solo el 35.9%(23).

Grafica 2: Clasificación por género



Fuente: Cédula de recolección de datos n=64

La distribución en cuanto a la edad fue, el 32.8% (21) de los pacientes encuestados tienen más de 70 años, 19 (29.7%) está entre los 61 a 70 años y 13 (29.7%) tiene entre los 51 a 60 años.

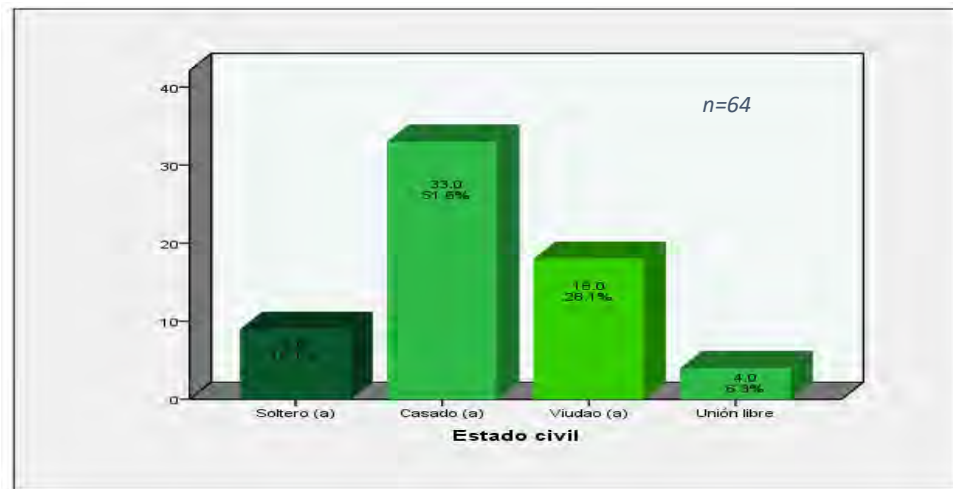
Grafica 3. Edad



Fuente: Cédulas de recolección de datos n=64

El estado civil que mayor predominación tiene es casado (a) (33) con el 51.6%, seguido de viudo (a) con el 28.1% (18).

Grafica 4. Estado civil



Fuente: Cédula de recolección de datos n= 64

En la tabla 1 observamos que la ocupación más frecuente es la de ama de casa con el 60.9%, seguramente porque en la muestra se tiene un mayor número de mujeres, seguida por campesino con 14.1% y comerciante 7.8%.

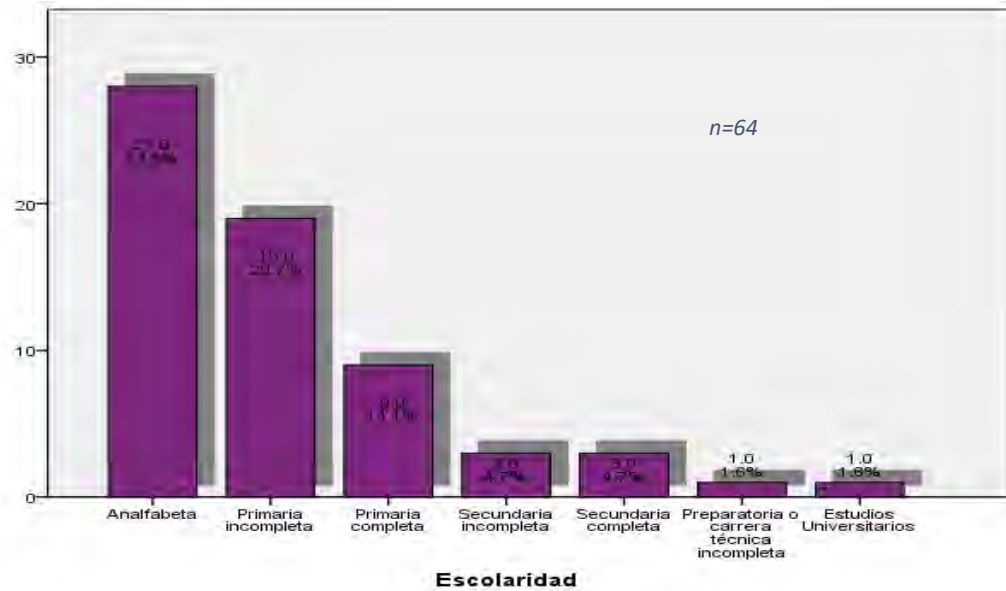
Tabla 1. Ocupación

	N	%
Ama de casa	39	60.9
Obrero	2	3.1
Campesino	9	14.1
Empleado de comerciό	4	6.3
Comerciante	5	7.8
Otros	5	7.8
Total	64	100.0

Fuente: Cédula de recolección de datos

Con respecto a la escolaridad, se observó un importante porcentaje de pacientes sin escolaridad 28 (43.8%). Apenas un 29.7% cuenta con primaria completa 9 (14.1%) y solamente 1 (1.6%) tiene estudios universitarios.

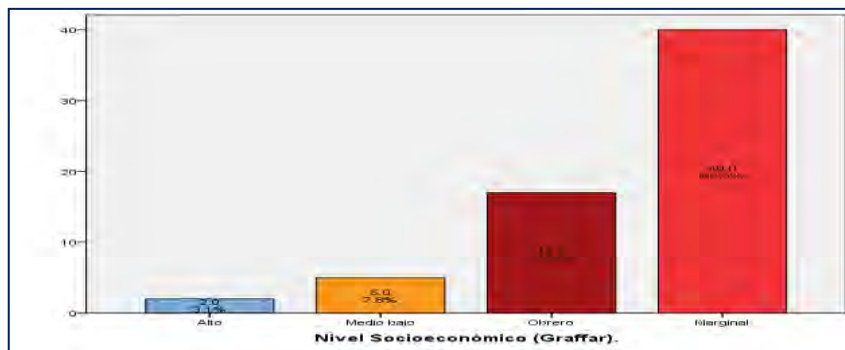
Grafica 5.



Fuente: Cédula de recolección de datos n=64

Al estimar el nivel socioeconómico mediante el método Graffar, se observó que el 62.5% (40) de los pacientes viven en un nivel marginal, en tanto que, solamente un 3.1% (2) tienen un nivel socioeconómico alto.

Grafica 6. Nivel socioeconómico (Graffar)



Fuente: Cédula de recolección de datos n=64

Se puede apreciar que solamente 3 (4.7%) pacientes con secuelas de EVC tienen alta disfuncionalidad familiar, el 26.6% (17) con disfunción moderada y un 68.8% (44) con familia funcional. Más del 60% de los pacientes tienen una familia que promueve

un desarrollo favorable para todos los miembros y en la cual se tienen claro los roles y la capacidad al cambio.

En referencia al tipo de familia y funcionalidad familiar, 20 pacientes (31.3%) respondieron que viven en una familia compuesta, 13 (20.3%) en una familia extensa, 31 (48.4%) pacientes en una familia nuclear.

Tabla 2. Funcionalidad familiar Apgar y tipo de familia

Funcionalidad familiar	N	%	Tipo de familia	n	%
Familia altamente disfuncional	3	4.7	Compuesta	20	31.3
Familia Disfunción moderada	17	26.6	Extensa	13	20.3
Familia funcional	44	68.8	Nuclear	31	48.4
Total	64	100.0	Total	64	100.0

Fuente: cédula de recolección de datos

El 85.9% respondieron que, si tienen hijos, el número promedio de hijos por paciente es de 4.93 ± 2.0 . Llama la atención que el 14.1% mencionaron no haber tenido hijos. 55 (85.9%) pacientes refirieron que todavía viven hijos con ellos; el número de hijos en promedio que viven actualmente con ellos es de 2 ± 0.9 . En 35 (32.7%) pacientes con secuelas de EVC tienen hijos que dependen económicamente de ellos, el número de hijos en promedio que dependen económicamente de ellos es de 1.94 ± 0.9 .

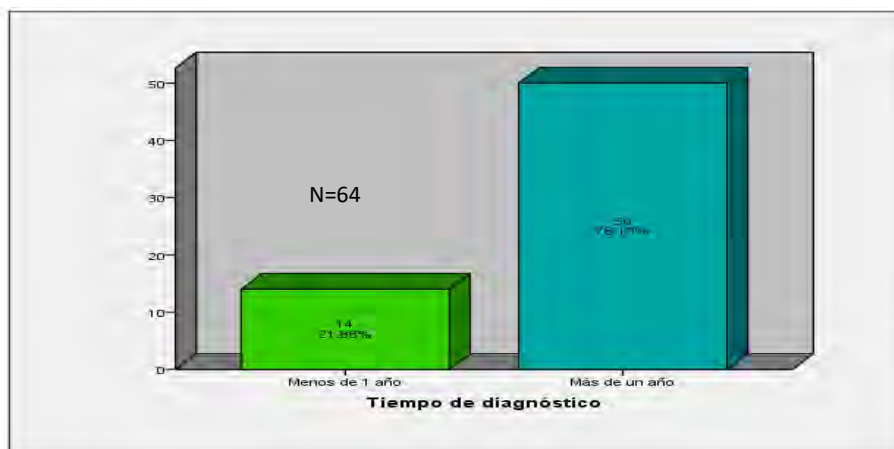
Tabla 3. Tiene hijos, cuántos son y cuántos dependen de usted

Tienen hijos?	N	%	Para los que respondieron que si tienen hijos	Media	Desv, est.
Sí	55	85.9	Número de hijos	4.93	± 2.0
No	9	14.1	Viven con usted	2	± 0.9
Total	64	100.0	N° de hijos que dependen económicamente	1.94	± 0.9

Fuente: cédula de recolección de datos

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 78.1% (50) de los pacientes tenían una evolución de más de 1 año, apenas el 21.8% (14) menos de 1 año de evolución.

Grafica 7. Evolución de la enfermedad.



Fuente: cédula de recolección de datos

n=64

En cuanto a las comorbilidades, se identificó que el 100% (64) de los pacientes tienen hipertensión arterial y el 32.8% diabetes mellitus. 7 pacientes manifestaron fumar 10 cigarrillos al día en el último año y 5 pacientes consumieron 3 copas de licor o 3 cervezas durante el último año.

Tabla 4. Comorbilidad y factores de riesgo

Comorbilidad	Sí		No	
	N	%	N	%
Padece usted hipertensión arterial sistémica	64	100.0		
padece usted diabetes mellitus	21	32.8	43	67.2
Fumó este último año 10 cigarros al día	7	10.9	57	89.1
Ingirió 3 copas de licor o 3 cervezas en este último año	5	7.8	59	92.2

Fuente: Cedula de recolección de datos

En la tabla 5, se analiza el tipo de familia con relación a la disfunción familiar, 31 (48.4%) pacientes viven en una familia nuclear, de estos 9 (14.1%) viven en una

familia con disfunción moderada y 22 (34.3%) viven en una familia funcional. En 13 (20.3%) pacientes viven en una familia extensa, 1 (1.6%) de ellos tiene una familia altamente disfuncional, 3 (4.7%) pacientes tienen una familia con disfunción moderada, 9 (14.1%) pacientes viven con una familia funcional. Se apreció que 20 pacientes (31,3%), viven en una familia compuesta, de estos un paciente tiene una familia disfuncional (1.6%), 5 (7.8%) viven en una familia disfuncional moderada y 14 (21.9%) de ellos tienen una familia funcional.

Tabla 5. Estructura familiar

Tipo de familia		Funcionalidad Familiar			Total
		Familia altamente disfuncional	Familia Disfunción moderada	Familia funcional	
Compuesta	N	1	5	14	20
	%	1.6%	7.8%	21.9%	31.3%
Extensa	N	1	3	9	13
	%	1.6%	4.7%	14.1%	20.3%
Nuclear	N	1	9	21	31
	%	1.6%	14.1%	32.8%	48.4%
Total	N	3	17	44	64
	%	4.7%	26.6%	68.8%	100.0%

Fuente: cédula de recolección de datos

En cuanto a la relación de la funcionalidad familiar con la escolaridad, se aprecia que de 28 pacientes analfabetas 14 (21.9%) viven en una familia funcional, 11 (17.2%) su familia es disfuncional moderada y 3 (4.7%) viven en una familia altamente disfuncional; con respecto a los pacientes con primaria incompleta, observamos que 14 (21.9%) tienen familia funcional, 5 (7.8%) pacientes viven en una familia con disfuncionalidad moderada, 9 (14.1%) pacientes con nivel de escolaridad de primaria completa viven en una familia funcional. Con referencia al nivel de secundaria 3 pacientes con este nivel incompleto su familia es funcional, y en el caso de nivel completo de igual número de pacientes su familia es funcional. Asimismo, se identificó un paciente con familia disfuncional moderada (1.6%) y escolaridad de preparatoria o carrera técnica incompleta y un paciente con estudios universitarios que vive en una familia funcional (1.6%).

Tabla 6. Estructura familiar en relación con la escolaridad

Escolaridad		Funcionalidad Familiar			Total
		Familia altamente disfuncional	Familia Disfunción moderada	Familia funcional	
Analfabeta	N	3	11	14	28
	%	4.7%	17.2%	21.9%	43.8%
Primaria incompleta	N	0	5	14	19
	%	.0%	7.8%	21.9%	29.7%
Primaria completa	N	0	0	9	9
	%	.0%	.0%	14.1%	14.1%
Secundaria incompleta	N	0	0	3	3
	%	.0%	.0%	4.7%	4.7%
Secundaria completa	N	0	0	3	3
	%	.0%	.0%	4.7%	4.7%
Preparatoria o carrera técnica incompleta	N	0	1	0	1
	%	.0%	1.6%	.0%	1.6%
Estudios Universitarios	N	0	0	1	1
	%	.0%	.0%	1.6%	1.6%
Total	N	3	17	44	64
	%	4.7%	26.6%	68.8%	100.0%

Fuente: Cédula de recolección de datos

Al relacionar el tiempo de diagnóstico con la funcionalidad familiar, observó que, de los 14 pacientes con tiempo de diagnóstico menor a un año, 12 (18.8%) viven con una familia funcional y 2 (3.1%) viven en una familia con disfuncionalidad moderada. En el caso de los 50 pacientes con tiempo de diagnóstico mayor a un año 32 (50.0%) de ellos tienen una familia funcional, 15 (23.4%) viven con una familia disfuncional moderada y 3 (4.7%) viven con una familia altamente disfuncional.

Tabla 7. Estructura familiar en relación con evolución de la enfermedad.

Tiempo de diagnóstico		Funcionalidad Familiar			Total
		Familia altamente disfuncional	Familia Disfunción moderada	Familia funcional	
Menos de 1 año	N	0	2	12	14
	%	.0%	3.1%	18.8%	21.9%
Más de un año	N	3	15	32	50
	%	4.7%	23.4%	50.0%	78.1%
Total	N	3	17	44	64
	%	4.7%	26.6%	68.8%	100.0%

Fuente Cédula de recolección de datos

Con respecto al nivel socioeconómico y funcionalidad familiar, en 2 (3.1%) pacientes con nivel socioeconómico alto viven con una familia funcional, de los 40 de ellos con nivel socioeconómico marginal, 26 (40.6%) pacientes tienen una familia funcional, 13 (20.3%) viven en una familia disfuncional moderada y sólo uno tiene una familia altamente disfuncional. Se detectaron 5 (7.8%) pacientes con nivel socioeconómico medio bajo que viven con una familia disfuncional, en el caso del nivel socioeconómico obrero se identificaron 17 pacientes de los cuales 2 (3.1%) tienen una familia altamente funcional, 4 (6.3%) tienen una familia moderadamente disfuncional, y 11 (17.2%) viven con una familia funcional.

Tabla 8. Estructura familiar en relación al nivel socioeconómico

Nivel Socioeconómico (Graffar).		Funcionalidad Familiar			Total
		Familia altamente disfuncional	Familia Disfunción moderada	Familia funcional	
Alto	N	0	0	2	2
	%	.0%	.0%	3.1%	3.1%
Marginal	N	1	13	26	40
	%	1.6%	20.3%	40.6%	62.5%
Medio bajo	N	0	0	5	5
	%	.0%	.0%	7.8%	7.8%
Obrero	N	2	4	11	17
	%	3.1%	6.3%	17.2%	26.6%
Total	N	3	17	44	64
	%	4.7%	26.6%	68.8%	100.0%

Fuente Cédula de recolección de datos

8. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo identificar la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de EVC atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital General “Raymundo Abarca Alarcón”.

Encontramos que el 100% de los pacientes cuentan con seguridad social en salud, ya que 98.4% están afiliados al Seguro Popular y 1.6% ISSSTE, aspecto que no se menciona en ninguna de las bibliografías consultadas.

No obstante que la mayoría de los artículos mencionan que el EVC es más frecuente en hombres que en mujeres, en nuestro estudio observamos que el mayor número de casos fue en mujeres con un 64.1% que hombres un 35.4%, sin embargo, nuestro tamaño de muestra fue pequeño y a conveniencia, además de que solamente encuestamos a un subgrupo de estos pacientes, que son los que acuden a consulta, sin saber qué pasa con los que no acuden a consulta, los que fallecieron, etc.

También observamos que el grupo etario predominante fue el de 51 a 70 años, seguido de los de mayor de 70 años, teniendo un promedio de edad de 63.17 años, lo que similar con los estudios consultados, donde mencionan que el EVC se presenta con más frecuencia a mayor edad.

En la investigación realizada por Nieto de Pascual y colaboradores, en el Hospital General de la Ciudad de México, se estudiaron 2,804 que presentaron un cuadro de enfermedad vascular cerebral, 1,172 (41.8%) casos correspondieron al sexo masculino y 1632 (58.2%) fueron del sexo femenino, la edad promedio fue de 58 años. El mayor número de casos se encontraron en la sexta, séptima y octava décadas de la vida. Estos resultados coincidieron a los identificados en la investigación.²⁸

Más de la mitad de los pacientes estudiados manifestaron estar casados. Arriba del 60% mencionaron como ocupación ama de casa y el 14% tienen como actividad

campesina, lo que nos habla de su actividad productiva y que todavía mantienen cierto grado de independencia. Más del 85% de los pacientes todavía viven con sus hijos, y en el 32.7% tienen hijos que dependen económicamente de ellos.

Moreno investigó la funcionalidad familiar en 28 familias con pacientes post evento vascular cerebral adscritos a la UMF no. 64 IMSS, identificó que un 50% de las familias eran disfuncionales y el otro 50% pertenecían a una familia funcional, además encontró que al asociar la discapacidad física y el funcionamiento familiar señaló que eran disfuncionales las familias con pacientes que presentaban dependencia moderada y severa, mientras que las familias dependencias leves e independientes son funcionales.²⁹

En cuanto al nivel de escolaridad, en nuestro estudio encontramos que el 73.4% de los pacientes encuestados tenían nivel de escolaridad bajo, que va desde primaria incompleta a analfabeta, situación observada en otros estudios de investigación. En cuanto a la funcionalidad familiar por nivel de escolaridad, se observó que a menor escolaridad mayor porcentaje de disfuncionalidad familiar, ya que el 50% de los analfabetos tenían familias con disfunción familiar moderada a altamente disfuncionales y solamente fue en estos pacientes donde se observaron familias altamente disfuncionales. En el 64.5% de los pacientes con familias con disfunción moderada eran analfabetas. Esta situación ya ha sido descrita en varios estudios de investigación sobre funcionalidad familiar.

Se midieron cuatro comorbilidades, el 100% de los pacientes con secuelas de EVC presentaron hipertensión arterial, en el caso de la diabetes mellitus sólo el 32.8% la presentaron, para el factor fumar o beber alcohol, se dio en lo mínimo 10.9% y 7.8% respectivamente, que es parecido a lo que describen otros estudios de investigación.

En un estudio prospectivo de cohortes, realizado por Joaquín y colaboradores en 220 pacientes hospitalizados en el Departamento de Neurología de Dijon, Hospital Universitario, Francia. Identificaron la frecuencia general de ECV a los de 3 meses de aplicado el estudio fue del 47,3%, en un análisis multivariable, el ECV a los 3 meses

se asoció con la edad, bajo nivel de educación, antecedentes de diabetes mellitus, confusión aguda, infartos y discapacidad funcional al alta.³⁰

En el caso de Romero y colaboradores, en la investigación realizada en un estudio de casos y controles, obtuvieron una muestra de 264 pacientes con EVC atendidos en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Se estudiaron cuatro factores de riesgo para EVC, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo y consumo de alcohol. El 59,09 % de los casos presentaba hipertensión arterial, esta comorbilidad resulto ser un factor de riesgo asociado a la enfermedad, la diabetes y la enfermedad cerebrovascular no mostraron asociación estadísticamente significativa. El resultado de la investigación de Romero y colaboradores coincide con los de esta investigación, aunque en esta no se estudiaron factores de riesgo, pero estadísticamente la HTA, estuvo presente en todos los casos.³¹

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 78.1% de los pacientes tienen más de un año de evolución, en estos se observa un mayor porcentaje de disfuncionalidad familiar. El 100% de las familias altamente disfuncionales identificadas son en pacientes con más de un año de evolución.

Criollo investigó los factores asociados a disfunción familiar en pacientes con secuelas de EVC atendidos en la UMF no 1 de la Ciudad de Orizaba Veracruz, identifico que de acuerdo al nivel socioeconómico las familias con nivel bajo fueron en mayor frecuencia familias disfuncionales con un 60%, seguidas del obrero con 50% de frecuencia. En cuanto al tiempo de evolución los pacientes que tenían hasta un año, las familias fueron en mayor frecuencia funcionales con un 45%, con más de 2 años de evolución presentaron mayor frecuencia disfuncionalidad familiar en un 75%, situación similar a nuestro estudio.³²

Para lograr el objetivo principal de esta investigación se analizó el indicador APGAR para evaluar la funcionalidad familiar, el tipo de familia y el Graffar para medir el nivel socioeconómico, con estas herramientas identificamos que 62 (96.9%) pacientes se encuentran en un nivel socioeconómico medio bajo a marginal, destaca que más del 60% de los pacientes tienen condiciones socioeconómicas marginales, situaciones

muy parecidas a las descritas en otros estudios. Esta mala situación socioeconómica podría ser un indicador de la disfunción familiar, sin embargo, en el 68.8% (44) de los pacientes se encontró buena funcionalidad familiar, aspecto que no concuerda con lo escrito en la bibliografía.

Se identifica que los pacientes con nivel socioeconómico marginal a obrero, tiene familias altamente disfuncionales y con disfunción familiar moderada, aspecto semejante a lo que se observa en otros estudios de investigación.

El tipo de familia más frecuentemente observada en estos pacientes fue la nuclear, seguida con la compuesta. No existió diferencia significativa entre el tipo de familia y funcionalidad familiar, sin embargo, al verificar por tipo de familia el porcentaje de disfuncionalidad, el 7.7% de las familias extensas tienen alta disfuncionalidad familiar, situación muy similar a la descrita en la bibliografía

En la investigación realizada por Resendez y colaboradores donde encuestaron a 18 familias en la unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en familiar con algún integrante con secuelas de EVC, utilizo el instrumento de APGAR en los pacientes, identificando que el 50% de los pacientes fueron altamente funcionales, 38.9% moderadamente funcionales, situación similar a la descrita en nuestro estudio. En cuanto a la conformación familiar la que predominó fue la familia nuclear simple 27.8%, seguido de la familia numerosa con un 22.2%¹⁻³³,

9. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, realizada en pacientes con secuelas de EVC que son atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital General "Raymundo Abarca Alarcón", podemos llegar a varias conclusiones:

En la bibliografía consultada, se menciona que el EVC se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, mientras que en nuestro estudio observamos un mayor número de mujeres afectadas por esta problemática, no podemos concluir que en nuestro medio esto sea una realidad, dado que nuestra muestra fue pequeña y a conveniencia, por lo desconocemos lo que pase en la totalidad de este tipo de pacientes y en aquellos que no acuden a consulta.

Observamos también que la mayoría de los pacientes tienen más de 50 años, aumentando la frecuencia a más edad, con un porcentaje máximo en mayores de 70 años, muy similar a lo descrito en la literatura; caso similar es la escolaridad, en nuestro estudio el porcentaje de pacientes analfabetas fue mayor al 40%, que agregando a los de primaria incompleta suman más del 70%, se identifica un nivel de escolaridad bajo en este tipo de pacientes.

Al contrastar la escolaridad con la funcionalidad familiar, en estos mismos pacientes con bajos niveles de educación, se identifican los niveles más altos de disfuncionalidad familiar, ya que hasta en el 50% de los pacientes analfabetos se identifican familias altamente disfuncionales o con disfunción moderada.

En nuestro estudio, la comorbilidad más frecuente es la Hipertensión Arterial, que se presenta en el 100% de los sujetos de estudio, seguida por la Diabetes Mellitus 32.8%, ambas enfermedades tienen como una complicación importante la enfermedad vascular cerebral, sobre todo si no se alcanzan los niveles de control y seguimiento médico que requieren este tipo de enfermedades.

La enfermedad vascular cerebral que se presente en algún miembro de la familia es de preocupación y de prevenir, se recomienda que si un paciente sabe que tiene una

enfermedad crónica, sobretodo de aquellas que afectan el funcionamiento del corazón y que causen embolia, si padeció un infarto o una arritmia cardiaca, debe atenderse de manera periódica, además, de llevar un control adecuado de este tipo de patologías crónico degenerativas, una dieta balanceada, actividad física mínimo 30 minutos al día, que no sea extenuante.

Respecto al consumo de tabaco, un 10.9% de la población encuestada es consumidor del mismo y 7.8% son consumidores de alcohol, situación que debe tomarse en cuenta ya que estas toxicomanías casi duplican el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, independientemente de otros factores.

Otras variables identificadas en nuestro estudio, tienen que ver con: más de la mitad de los pacientes estudiados manifestaron estar casados y un poco más del 60% mencionaron como ocupación ama de casa y el 14% tienen como actividad campesina, lo que denota que todavía tienen un buen grado de actividad productiva. Más del 60% de los pacientes tienen condiciones socioeconómicas marginales, lo que los predispone a una mayor vulnerabilidad, derivadas de la falta de acceso a servicios, nutrición deficiente, entre otros factores condicionantes que afectan su salud.

La funcionalidad familiar en este tipo de pacientes, es un elemento clave para el buen control de las secuelas y la mejora en la calidad y esperanza de vida, observamos una disfuncionalidad familiar relativamente pequeña, ya que solamente el 4.7% de los pacientes viven en familias altamente disfuncionales, el mayor porcentaje de familias altamente disfuncionales se presentó en las familias extensas con un 7.7% del total de estas, seguidas por las familias compuestas con un 5%. El mayor porcentaje de familias con disfunción moderada se observa en las familias nucleares, ya que el 29.1% de estas presentan disfuncionalidad moderada. Por último, en las familias compuestas, se observa que el 70% de estas presentan familias funcionales, que representan el mayor porcentaje de este tipo de familia. No obstante, lo anterior, no se observan grandes diferencias en los porcentajes de disfuncionalidad familiar por tipo de familia. Llama la atención que, en nuestra

investigación, el alto porcentaje de familias funcionales (68.8%), siendo más frecuente en familias nucleares y compuestas.

En cuanto al nivel socioeconómico observamos que predominó el nivel marginal con un 40%, de estos fueron familiares funcionales, seguidos del obrero con un 17%, donde se presentó disfuncionalidad familiar alta fue en el nivel socioeconómico obrero, seguramente por presentar más crisis paranormativa.

La presencia de un enfermo crónico, trae consigo alteraciones en la dinámica familiar, y con ello modificaciones importantes en cuanto al ciclo vital en que se esté viviendo, contribuyendo esto de cierta manera a que el EVC no logre su control adecuado, por falta de apoyo familiar, siendo la esfera más baja la de afecto, donde se valora la capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia, y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar, como de emergencia; siendo la esfera más alta adaptabilidad, que refleja la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares, para resolver situaciones de crisis como son, los cambios obligados que se producen de una etapa a otra del ciclo vital, y los acontecimientos vitales estresantes; factores familiares (enfermedad, divorcio), económicos, laborales, escolares, etc., como sucede en este estudio, donde el tener un enfermo con EVC, ocasiona que la familia, en su mayoría no lo acepte y apoye, a superar la crisis transitorias, manifestándose a través de la disfunción familiar.

Esto ocasiona que asistan al Hospital General "Raymundo Abarca Alarcón" pacientes con secuelas de EVC, pero desgraciadamente llegan ya con la enfermedad vascular cerebral establecida desde horas o días previos.

Recomendaciones:

Implementar una estrategia educativa para prevenir la EVC, ya que una enfermedad para el paciente y su familia está construida sobre una base social que les permite funcionar comportarse y adaptarse, entonces la estrategia estaría dirigida a concientizar a la población:

Informar y educar a la población a través de charlas y folletos de que se trata la enfermedad y cuáles son sus consecuencias, cuáles son los factores de riesgos asociados a ella y su forma de prevención.

Dar prioridad a la nutrición: La investigación ha demostrado que una dieta rica en verduras, frutas, frijoles, granos enteros, nueces y aceite de oliva con pequeñas cantidades de pescado, aves y lácteos bajos en grasa, es beneficiosa para la prevención de accidentes cerebrovasculares, además de disminuir la ingesta de sodio.

Es necesario implementar estrategias de capacitación y asesoría por parte de la Secretaría de Salud sobre las medidas de prevención de la EVC.

Crear un servicio de terapia familiar en los centros de salud, para brindar atención a familias de pacientes con secuelas de EVC, así como identificar redes de apoyo.

Aplicar el instrumento APGAR familiar para la detección de familias disfuncionales en los Centros de Salud.

En los grupos de apoyo para alcohólicos con secuelas de EVC invitarlos a asistir con sus familias a terapias para evitar la disfunción familiar.

Y por último Intensificar medidas de promoción de la salud y prevención de EVC en pacientes hipertensos.

Así mismo, en esta investigación se identificó la importancia de la familia en la prevención de la EVC, mejorar las condiciones de vida sin duda llevará a una mejor atención y cuidado del enfermo en casa y con esto prevenir disfuncionalidad familiar.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resendez-Jasso M.A, Rodríguez González A. Families with a member with sequelae of cerebrovascular disease and family dysfunction. *Medicina Universitaria* 2013;15(61):159-16
2. Buergo Zuazábar M A, Concepción Fernández O. Guías de práctica clínica enfermedad cerebro vascular. 2009 (IX), (1): pág. 170.
3. Antonio Bargiela C, G. Bargiela María del Mar. Accidente cerebro vascular. *Revista de la sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*; 1999- 2000: (1): pág. 5
4. Morais HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araujo TL. Sobrecarga y modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. Sep – Oct. 2012; pág. 5 Disponible en: [www. Scielo.br/pdf/rlae](http://www.Scielo.br/pdf/rlae)
5. Mella Rodriguez AC. Influence of the family with hemiplegic patients in the occupational therapy. *TOG (A Coruña)* Sept. 2010 vol. 7. Núm. 12: pág. 2 Disponible: <http://www.revistatoq.com/num12/pdfs/original2.pdf>
6. Alioth Guerrero A, Aranda Castillo C. Impact on family functioning of post-stroke motor disability in older adult- Policlínico “Elpidio Berovides”, La Habana. *Panorama Cuba y Salud* vol. 8, No. 2 mayo-agosto 2013; 8(2):20-25.
7. Resendez Jasso M.A, Rodriguez Gonzalez A.M, Families with a member with sequelae of cerebrovascular disease and family dysfunction. *Medicina Universitaria* 2013;15(61):159
8. Ávila Saldivar MN, Ordoñez Cruz AE, Ramírez Flores HJ. Enfermedad vascular cerebral: incidencia y factores de riesgo en el Hospital General La Perla. *Med Int Méx* 2012; 28(4):342-346.
9. Aisa Álvarez A, Cabrera Jardines R, González Patiño A, Palma-Carbajal R y col. Enfermedad vascular cerebral en el Hospital Ángeles Pedregal: factores de riesgo cardiovascular y pronóstico hospitalario. *Med Int Méx* 2015; 31 (10):363-373.

10. Rivera Nava S. C, Miranda Medrano L. I, Alberto Pérez J Rojas, José de Jesús Flores, Rivera García B.E, Torres Arreola L. P. Revista Med Instituto Mexicano Seguro Social 2012; 50 (3): 335-347.
11. Buergo Zuaznábar M. A, Fernández Concepción O. Guía de práctica clínica Enfermedad cerebrovascular. La habana 2009 (1): pág. 12
12. Antonio Arauz, Ruiz franco Angélica Cerebrovascular disease. Revista de la Facultad de medicina de la UNAM. Mayo –junio 2012. Vol. 55, No 3: Pág. 2
13. Centro de Información Cardiovascular del Texas Heart Instituto. Agosto 2016: (1) pág. 1. Disponible http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/stroktsp.cfm
14. Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid. Panamericana. 2013: (1) pág. 1.
15. Rivera Nava S. C, Miranda Medrano L. I, Alberto Pérez J. Rojas, José de Jesús Flores, Rivera García B.E, Torres Arreola L. P. Rev. Med Instituto Mexicano Seguro Social 2012; 50 (3): pág. 343
16. Bioética y rehabilitación 1ª ed. José B. Cibeira. El ateneo, (1), pág. 3
17. Huerta González J. L. La familiar en el proceso salud enfermedad. Libro de Medicina Familiar. (4): pág.9-12
18. Familia. Introducción al Estudio de sus elementos. Apolinar Membrillo Luna.(1) pág. 40
19. Medicina familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. José Luis Huerta González. (2): Pág.36-37
20. Suarez cuba M A, Alcalá Espinoza M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Médica La Paz 20 enero-junio 2014. (1)pag-53
21. J Bauce Gerardo. A Córdova Miguel. Socioeconomic questionnaire applied to family groups of the Capital District for research related to public health. Revista del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, 2010; (1) pág. 41.

22. Miguel. Socioeconomic questionnaire applied to family groups of the Capital District for research related to public health. *Revista del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"*, 2010; (1) pág. 41.
23. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; (2): pág. 1-2
24. Ley general de salud. *Diario oficial de la federación*, 01 de Junio del 2016.
25. Vigilancia y prevención secundaria de la Enfermedad Vascul ar cerebral en el primer nivel de atención. *Guía de práctica clínica: IMSS- 114-08*: (3) pág.8-11
26. Vigilancia del Paciente con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral en el primer nivel de atención. *Guía de práctica clínica: IMSS-114-08*: (2) pág. 7-8
27. Buergo Zuaznábar M. A, Fernández Concepción O. *guía de práctica clínica Enfermedad cerebrovascular-La habana 2009*: (1) pág. 11
28. Buergo Zuaznábar M. A, Fernández Concepción O. *guía de práctica clínica Enfermedad cerebrovascular-La habana 2009*: (1) pág. 11
29. Moreno Tovar MG. *Dinámica y funcionalidad familiar en pacientes con discapacidad física por enfermedad vascular cerebral, adscritos a la unidad familiar núm. 64 Tequesquihuac Tlalnepantla Estado de México durante el periodo de 1 septiembre al 28 de febrero del 2007*. 2014. Tesis para obtener el diploma de posgrado de la especialidad en Medicina Familiar, Universidad Autónoma del Edo. de México, facultad de Medicina.
30. Jacquin A, Binquet C, Rouaud O, Graule Petot A, Daubail B, Osseby GV, et al. Post-Stroke Cognitive Impairment: High Prevalence and Determining Factors in a Cohort of Mild Stroke. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2014; 40(4).
31. Romero L, Cigarruista, Mackay P, Sánchez R, Serrano A, Vega, et al. Factores asociados a enfermedad cerebrovascular en adultos Jóvenes. *Complejo hospitalario metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid*. 2008-2012. Panamá. *Rev. Médico Científica*. 2013; 26(2).
32. Criollo Macias Rafael Rodrigo factores asociados a disfunción familiar en pacientes con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral, adscrito a la unidad

familiar núm. 1 Orizaba Veracruz durante el periodo de 06 de abril del 2005 al 30 de diciembre del 2006. Tesis para obtener el diploma Tesis para obtener el diploma de posgrado de la especialidad en Medicina Familiar, Universidad Autónoma del Edo. de México, facultad de Medicina.

33. Resendez-Jasso y colaboradores. Familiar con algún integrante con secuelas de enfermedad vascular cerebral y disfunción familiar. Medicina Universitaria 2013;15(61):159-16

ANEXOS

Anexo1

SECRETARIA DE SALUD EN GUERRERO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MÉDICINA FAMILIAR

Cuestionario para identificar “factores de disfunción familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral que son atendidos en la consulta de medicina interna en el HGRAA, ENERO-JULIO 2017.”

No de encuesta: _____

- 1) Tipo de seguridad social _____
1. Seguro popular 2. Prospera 3. IMSS 4. ISSSTE 5. SEDENA 6. OTROS

- 2) Nombre _____
 Apellido Paterno Apellido materno Nombre

- 3) sexo: _____ 1 Femenino 2 Masculino
- 4) Edad: _____
- 5) Dirección: _____
- 6) Teléfono: _____
- 7) Fecha de la próxima consulta: _____
- 8) Estado civil _____
1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Viudo (a) Divorciado (a) 5. Unión libre
- 9) Ocupación: _____
1. Ama de casa 2. Obrero 3. Campesino 4.- Empleado de comerci
5. Empleado de gobierno 6. Comerciante 7. Profesional 8. Pensionado
9. otros

- 10) Escolaridad: _____
1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria o carrera técnica incompleta 7. Preparatoria o carrera técnica completa
8. Estudios Universitarios 9. Otros.

11) Tiempo de evolución de la enfermedad vascular cerebral: _____

12) ¿Padece usted hipertensión arterial sistémica? _____

1. Si 2. No

13) ¿padece usted diabetes mellitus? _____

1. Si 2. No

14) ¿Fuma o fumo más de 10 cigarros al día en el periodo comprendido de 1 año antes de él diagnóstico de EVC a la fecha? _____

1. Si 2. No

15) ¿Ingiere más de 3 copas de licor o 3 cervezas al día en el periodo comprendido de 1 año antes de él diagnóstico de EVC a la fecha? _____

1.- Si 2. No

16) ¿tiene usted hijo? _____

1. Si 2. No

Si la respuesta es No pase a la pregunta 18

17) Número de Hijos

Nombre	Edad	Viven con usted	¿Dependen de usted económicamente?
		1) Si 2) No	1) Si 2) No

18) ¿Que otros familiares o no familiares viven con usted?

Nombre	Parentesco	¿Dependen de usted económicamente?
		Si 2) No

Tipo de familia: a) nuclear, b) extensa, c) compuesta, d) Semicompuesta.

19) Funcionalidad Familiar (Apgar Familiar)

De acuerdo a la respuesta a cada ítem del cuestionario ubique el número correspondiente en la casilla de respuesta:

Apgar	Nunca	Algunas veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando pasa por alguna situación crítica o tiene algún problema?			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa su afecto y responde a sus sentimientos, tales como tristeza, rabia, amor?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasa juntos?			

0) Nunca 1) Algunas veces 2) Casi siempre

Por cada pregunta se debe marca solo una x

Interpretación del puntaje

- Familia funcional : 7-10 puntos
- Familia Disfunción moderada 4-6 puntos
- Familia altamente disfuncional 0-3 puntos

Anexo 2

20) Nivel Socioeconómico (Grifar).

A) Profesión del jefe de la familia: _____

1 Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas. etc.

2 Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeñas industria, etc.

3 Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa

4. Obrero especializado, taxista. etc.

5 Servicio domestico, campesino

B. Nivel de instrucción de la madre: _____

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

C. Principal fuente de ingresos: _____

1. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales, (médicos, enfermera, abogados, ingenieros, maestros, etc.)
- 2) Sueldo quincenal o mensual.
- 3) Salario diario o semanal
- 4). Ingresos de origen público o privado.

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 confortables 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 construcciones relativamente solida pero con deficientes condiciones sanitarias

Resultados: 04-06 alto.

07-09 medio alto

10-12 medio bajo

13-16 obrero

17-20 marginal

Anexo 3. Carta de consentimiento informado

(Segunda parte)

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral que son atendidos en la consulta de medicina interna del Hospital “General Raymundo Abarca Alarcón”?

He sido invitado a participar en una investigación para determinar el grado de disfunción familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral que acuden a la consulta externa de medicina interna en el Hospital Dr. Raymundo Abarca Alarcón durante el periodo enero -julio del 2017. Me han informado que los riesgos son mínimos y que puedo discernir de participar en cualquier momento de la investigación si así lo deseo, sin que esto me cause represalia alguna.

Mi médico me dio una explicación clara y leí la información sobre la investigación, tuve oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido resueltas. Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme de la investigación, sin perder mis derechos como paciente de este hospital.

Nombre del participante _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del participante _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del Testigo _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre del Testigo _____ Parentesco _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del Testigo _____ Fecha (Día/Mes/Año) _____

Nombre y firma de quien solicito el Consentimiento _____

Dra. Teresa Soto Álvarez

Anexo 4

DICTAMEN

C: _____ a las _____ hrs.

Del día _____ de _____ del 2017. Acepto la realización del trabajo de investigación titulado: ¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral que son atendidos en la consulta de medicina interna del Hospital “General Raymundo Abarca Alarcón”?

Manifiesto que tras haber leído el documento de consentimiento informado, me considero adecuadamente informado y haber aclarado todas mis dudas con el personal del equipo investigador.

Por lo tanto doy mi consentimiento para la realización de la recolección de datos de formatos de referencia de pacientes atendidos en el hospital general Dr. Raymundo Abarca Alarcón.

Nombre y firma del aceptante

Nombre y firma del testigo
