

11226

32



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
QUE PRESENTARON INFARTO AGUDO AL
MIOCARDIO DEL H.G.Z. No. 24.

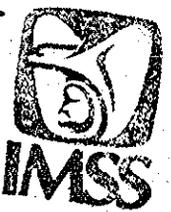
TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. ARMANDO CARMONA RODRIGUEZ

ASESOR DE TESIS:
DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ

GENERACION 1999-2002



U.M.F. No. 20
BIBLIOTECA

MEXICO, D.F., AGOSTO DEL 2004

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
~~DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO~~
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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).

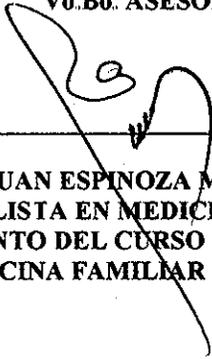
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

... a la Dirección General de Bibliotecas a
... a difundir en formato electrónico e impreso a
... contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Carmona
Rodríguez Armando
CÓDIGO: 081202
CATEGORÍA: P.A.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTARON
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO VISTOS EN LA CONSULTA
EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DEL I.M.S.S.**

Vo.Bo. ASESOR

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Espinoza', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

**DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. No. 20**

Vo. Bo

Yolanda Valencia Islas

**DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA U.M.F. No 20 "VALLEJO"
DELEGACION 1 NOROESTE D.F. I.M.S.S**

Vo.Bo.



DR. MAURILIO ESPINO GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. No. 20

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

*QUIEN ES LA FUENTE DEL CONOCIMIENTO
Y EL GUIA DE NUESTRO SENDERO.*

A MI FAMILIA:

*DE QUIEN APRENDI QUE EL ESFUERZO Y LA DEDICACIÓN
DETERMINAN EL ÉXITO DEL SER HUMANO.*

A MIS PROFESORES:

*QUINES FUERON NUESTROS GUIAS
EN EL CAMINO DE NUESTRA REALIZACIÓN.*

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

*POR QUE JUNTOS PARTICIPAMOS DEL PROCESO
DE FORMACIÓN DE ESPECIALIZACIÓN*

A LOS PACIENTES.

QUIENES SON LA RAZON DE SER DEL MEDICO.

INDICE

OBJETIVOS.....	1
JUSTIFICACION.....	2
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	19
TABLAS Y GRAFICOS.....	23
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES.....	57
COMENTARIOS.....	59
RESUMEN.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS	64

OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de funcionalidad familiar en los pacientes que presentaron infarto agudo al miocardio, vistos en la consulta externa de Cardiología del Hospital General de Zona No 24 del I.M.S.S.

OBJETIVOS PARTICULARES

Identificar las enfermedades de fondo del paciente que presento I.A.M.

Identificar la frecuencia de la edad y sexo de los pacientes que presentaron I.A.M.

Determinar el grado de adaptabilidad familiar de los pacientes que presentaron I:A:M

Determinar el grado de cohesión familiar de los pacientes que presentaron I.A.M.

Describir la tipología familiar y su relación con el grado de funcionalidad familiar.

JUSTIFICACION

El infarto del miocardio en nuestro país ocupa el primer lugar, lo mismo sucede en los Estados Unidos. Las cifras son de holocausto: 14 millones de personas en la Unión Americana padecen del corazón. 7 millones están incapacitadas por la enfermedad coronaria. 1.5 millones de personas mueren anualmente en Estados Unidos, de éstos medio millón son mujeres. En México se piensa que pronto alcanzaremos ese nivel o vamos a tener una mayor frecuencia de infartos a temprana edad.

En México la Secretaria de Salud indicó que el infarto del miocardio se ubica en el primer lugar de muertes en las personas en edad reproductiva: La mayoría de los casos se presentan en personas entre los 30 y 60 años de edad y por su causa mueren 30 mil personas al año, aunque se estima que en el mismo periodo, 120 mil sufren tal padecimiento.

R.Chávez (Jefe de Epidemiología y del Archivo Clínico del Instituto Nacional de Cardiología) señaló que diariamente mueren 82 personas en México por infartos al miocardio; Sin embargo se estima que con el subregistro de casos existente, las cifras se pueden incrementar cuatro veces. En la mayoría de los casos este padecimiento se presenta en la edad productiva afectando la planta de producción del país.

En México es más frecuente el infarto agudo al miocardio en el hombre en relación a la mujer es de 3:1, después de la menopausia esta proporción disminuye aunque nunca llega a ser de 1:1, como sucede en otros países, aquí en nuestro país, predomina en la población urbana y en ésta , entre los que constituyen las clases socioeconómica media y alta pero con tendencia al aumento entre las clases menos privilegiadas.

México vivió la transición epidemiología, de ser un país cuya mayor tasa de mortalidad era debido a enfermedades infecto-contagiosas, ahora son crónico-degenerativas, las que aparecen con los años. A partir de 1995 según

las estadísticas ocupa el infarto al miocardio el primer lugar de causa de muerte en todos los grupos de edad no solo en hombres si no también en mujeres. El infarto desplazo al cáncer de mama o cervicouterino en las mujeres.

La familia sigue siendo el núcleo principal de toda estructura social, donde cada uno de sus integrantes tiene un rol determinado así como una función que permite la interrelación entre cada uno de su miembros así como a nivel social con diferentes costumbres, religiones y niveles socioeconómicos. La familia integrante de esta sociedad experimenta diferentes respuestas sociales y psicológicas ante la presencia de un miembro portador de infarto agudo de miocardio.

De acuerdo a las estadísticas el infarto agudo de miocardio afecta a la población en edad productiva condicionando una serie de agravantes en la funcionalidad familiar, ya que una de las funciones del padre es la de proveer económicamente, así como cuidado y afecto a los integrantes del núcleo familiar, lo que puede condicionar intercambio de roles y altera la dinámica familiar .

La presente investigación se lleva a cabo con la finalidad de determinar cual es la funcionalidad familiar en los pacientes que ya presentaron un infarto agudo al miocardio y así poder crear estrategias donde el medico familiar, la familia y la sociedad seamos factores determinantes en la calidad de vida de éstos pacientes, así como el crecimiento integral de su familia.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El infarto de miocardio o el comúnmente llamado ataque cardíaco, ocurre cuando una arteria coronaria se bloquea y no suministra al músculo del corazón el oxígeno suficiente. Estas arterias son las encargadas de proveer al corazón de sangre rica en oxígeno, que es necesario para que el músculo cardíaco se contraiga y envíe en cada contracción la sangre en el resto del cuerpo. Si el tejido muscular del corazón no recibe oxígeno comienza a morir. Así el tejido se lesiona y produce infarto.(1,2,3,4).

El infarto agudo de miocardio se considera como una alteración fisiopatológica que se produce como consecuencia de un metabolismo anaerobio de la célula miocárdica, en algunas porciones del corazón, mientras otras conservan su metabolismo normal. Esto es debido a la pérdida del balance entre el aporte y la demanda y con la consecuencia del metabolismo anaerobio, si se prolonga, provoca la muerte de la miofibrilla. La privación de oxígeno, real o relativa, afecta a las mitocondrias y de la lesión de éstas deriva una sucesión de perturbaciones bioquímicas y alteraciones morfológicas que pueden conducir a la necrosis. Las lesiones graves, irreversibles comienzan a los 20 minutos de la isquemia y son de gran magnitud a los 60 minutos. A la necrosis de las células miocárdicas por este mecanismo, se les denomina infarto del miocardio. (18,19).

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO

El infarto de miocardio es uno de los diagnósticos más frecuentes en los pacientes hospitalizados en los países occidentales. En Estados Unidos se producen cada año aproximadamente 1.5 millones de infartos de miocardio. La mortalidad del infarto de miocardio es aproximadamente del 30 % y algo más de la mitad de los fallecimientos ocurren antes de que el individuo afectado llegue al hospital, aunque la supervivencia tras la hospitalización ha mejorado en los últimos 20 años, un 5 a 10 % adicional de supervivencia mueren en el primer año después de un infarto de miocardio y el número de infartos de miocardio anuales ha permanecido esencialmente igual desde los primeros años de la década de 1970 en Estados Unidos. El riesgo de una

mayor mortalidad y de infartos de miocardio recurrentes no mortales persiste en los pacientes que se recuperan (2,3,4,5,18,19).

México vivió la transición epidemiológica de ser un país cuya mayor tasa de mortalidad era debido a enfermedades infecto-contagiosas, ahora son crónico-degenerativas, las que aparecen con los años. Es a partir de 1995 según las estadísticas de la Secretaría de Salud, el infarto al miocardio ocupa el primer lugar de causa de muerte en todos los grupos de edad, no solo en hombres sino también en mujeres (5,6).

Lo anterior se explica a que al vivir más damos oportunidad a que aparezcan enfermedades que requieren tiempo para presentarse, otro factor es que adoptamos con avidez factores de riesgo coronario, como el tabaquismo y la hipertensión arterial por situación ambiental y la tensión diaria en el trabajo, entre otros, hemos adoptado un estilo de vida muy "Americanizado", en donde existe un alto contenido de grasas saturadas, de origen animal, incremento de sal en los alimentos y una casi inactividad física. (6,8,18).

La Secretaría de Salud indico que el infarto de miocardio se presenta en la edad reproductiva: La mayoría de los casos se presentan en personas de entre 30 y 60 años de edad y por su causa mueren 30 mil personas al año. De acuerdo a R. Chávez (Jefe de Epidemiología y del Archivo Clínico del Instituto de Cardiología) señalo que diariamente mueren 82 personas en México por infarto al miocardio; Sin embargo, se estima que con el sudregistro de casos existente, las cifras se pueden incrementar 4 veces.(13).

CAUSAS DE INFARTO DEL MIOCARDIO

ATEROSCLEROSIS

1.- Trombosis intracoronaria

2.- Aumento de las necesidades metabólicas con lesiones coronarias significativas.

SIN ATEROSCLEROSIS

1.- Con afección coronaria directa.

a.- Arteritis: Enfermedad de Takayasu, poliarteritis nodosa, enfermedad de Kawasaki, sífilis, lupus eritematoso sistémico ,artritis reumatoide.

b.- Daño a nivel cardiaco: Laceración, radiación.

c.-Engrosamiento parietal coronario: Mucopolisacaridosis hemocistenuria , amiloidosis, hiperplasia de intima.

d.- Reducción del lumen: espasmo coronario, disección de la aorta o de la arteria coronaria.

2.- Embolias a arterias coronaria. Endocarditis infecciosa mixomas cardiacos.

3.- Patología congénita de las arterias.

4.- Anormalidades entre la demanda y el aporte de oxígeno. Estenosis aortica, insuficiencia aortica, tirotóxicosis.

5 - Alteraciones hematológicas. Policitemia vera , trombocitosis, coagulación intravascular diseminada, estado de hipercoagulabilidad en general.

6.- Misceláneos: Abuso de cocaína, contusión miocardica, IAM con coronarias normales. (18,19,20,21).

MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS DE ESTA ENFERMEDAD

a).- Mecanismos aterogénicos,

Este proceso cursa con la formación de una estría, el crecimiento de la placa ateromatosa y la complicación trombótica que da lugar a oclusiones transitorias o permanentes.

b.- Limitación del flujo coronario y alteraciones de la perfusión miocardica.

Tal limitación es producida fundamentalmente por el aumento de la resistencia en la arteria coronaria epicárdica como consecuencia del estrechamiento de la luz vascular producida por la placa de ateroma.

c.- Consecuencia de la isquemia miocárdica regional.

La disminución del flujo coronario produce un deterioro progresivo del miocito que acaba por causar su muerte.(9).

La localización y el tamaño del infarto de miocardio depende de varios factores que incluyen a) El sitio y la extensión de la obstrucción del árbol coronario, b) El área de miocardio perfundido por la arteria afectada, c) Las necesidades de oxígeno del área en riesgo,d) La existencia y la extensión de vasos colaterales, e) Presencia de espasmo coronario y f) La actividad y efecto de sustancias endógenas trombogénicas o trombolíticas.(10,12,18,19,20,21.).

El infarto puede abarcar todo el espesor de la pared (transmural) o solo una parte de ellos (subendocárdicos que son más frecuentes o subepicárdicos), el infarto transmural se asocia habitualmente a la presencia de ondas Q patológicas en el EKG y el infarto agudo al miocardio sin ondas Q habitualmente es subendocárdico o no transmural .(19,20).

Los factores predisponentes de riesgo coronario se pueden clasificar en no modificables como en modificables.

FACTORES NO MODIFICABLES.

Edad
Sexo
Antecedentes Familiares.

FACTORES MODIFICABLES.

Hipertensión Arterial.
Colesterol

Tabaquismo
Diabetes Mellitus
Obesidad.
Sedentarismo.
Estrés. (7,8,9,10,11,12).

Las manifestaciones clínicas del infarto al miocardio. El dolor que es el síntoma que domina el cuadro, se localiza en la región retroesternal primordialmente, la extensión, es difusa, el paciente señala con toda la mano, nunca con uno o dos dedos, se irradia a los dermatomas de los nervios irritados (brazo izquierdo, puede alcanzar maxilar superior y otros sitios) . Tiene un carácter propio es opresivo los pacientes lo refieren como; “me aprieta”, “me va a explotar el pecho” es como una “loza” etc. La intensidad del dolor es muy variable, puede ser desde una ligera molestia hasta un dolor insoportable, los fenómenos desencadenantes es el esfuerzo (Por incremento de las demandas de oxígeno), temperatura extremas , emociones o el postprandio de una comida copiosa, factores que lo alivian no cede con vaso dilatadores, no cede con el reposo, es un fenómeno persistente, en un buen numero de pacientes se presenta durante el sueño. Duración del dolor del infarto agudo de infarto de miocardio es persistente de larga duración, generalmente mayor de 30 minutos, puede haber disnea descarga neurovegetativa. En ocasiones puede instalarse un infarto agudo al miocardio sin que haya dolor, en éstos casos las manifestaciones clínicas pueden ser: síncope, edema, agudo pulmonar, choque, arritmias o muerte súbita.(18,19,21,22).

La exploración física aporta información importante para el diagnóstico y ayuda a determinar la gravedad del infarto al miocardio. El aspecto general, ansiedad, palidez generalizada, incomodidad, disnea, hipotermia y cianosis en pacientes en choque cardiogenico. La frecuencia cardiaca varia desde bradicardia hasta taquicardia y la frecuencia respiratoria suele estar aumentada por ansiedad, dolor o congestión pulmonar, la tensión arterial puede ser normal o estar aumentada por descarga adrenergica, la mayoría de los pacientes pueden iniciar con aumento de la temperatura el primero o segundo día, pulso venoso es normal, la PVC aumenta en el IAM extendido al ventrículo derecho, en los campos pulmonares puede ser normal o haber presencia de estertores, la presencia y extensión de estertores tiene implicaciones pronosticas y se clasifica según Killip en:

I.- Sin estertores

II.- Estertores menos del 50 % de ambos campos pulmonares

III.-Estertores en más del 50 % de cada campo pulmonar.

IV.-Choque cardiogénico.(12,14,19,20).

La palpación ayuda a determinar si existe crecimiento del ventrículo derecho, del ventrículo izquierdo o ritmo de galope, a la auscultación desdoblamiento paradójico del segundo ruido, cuarto ruido persistente, soplo sistólico por insuficiencia mitral , puede auscultarse frote pericardico, en abdomen puede haber hepatalgia, pulso hepático, hepatomegalia. (15,16,19,20,23).

El diagnostico electrocardiografico de infarto del miocardio se basa en la demostración de tres zonas, la “muerta”, la “isquemica” y la “lesionada”, congruente en el espacio y tiempo. La zona de necrosis se reconoce en el EKG por la presencia de ondas Q profundas, anchas y empastadas. La lesión en el EKG aparece como un desplazamiento del segmentos ST, positivo. La zona isquemica representa un trazo en la repolarización., hay ondas T negativas, simétricas. La etapa siguiente es su localización así pueden ser anteriores de V1-V5, lateral alta DI-AVL, lateral baja V5-V6 y diafragmatica DII,DIII y AVF. (16,19,20).

Enzimas cardiacas, CPK (Creatinincinasa) se eleva apartir de las 4 y 8 hrs de IAM alcanza su pico entre las 8 y 58 hrs promedio 24 hrs y disminuye a valores normales entre 3y 4 días, tiene especificidad del 85 % para el IAM, la isoforma Mb le confiere mayor especificidad a la prueba. DHL (Deshidrogenasa láctica) sobre pasa su valor normal entre las 24 y 48 hrs después del IAM, alcanza su valor máximo entre los 3 y 6 días y regresa a lo normal entre el 8 14 día, la isoenzima DHL1 es la que se encuentra en el miocardio con mayor abundancia y la relación DHL1/DHL2 mayor a 1 es sensible y especifica para el diagnostico de un infarto agudo del miocardio. Otros estudios Rayos X, ecocardiografia, medicina nuclear.(7,15,23,24).

TRATAMIENTO.

Medicamentos para el dolor y vasodilatadores para que la sangre fluya libremente , oxígeno mejora la respiración y oxigena a las células , completo descanso físico y mental reduce el esfuerzo del corazón al mínimo, canalización de vena para administración de medicamentos intravenosos si es ordenado, posición semifowler mejora la respiración, nada por vía oral durante las 12 a 24 hrs evita nauseas y alivia el trabajo del corazón en el proceso digestivo, luego dieta líquida, , la modificación de la dieta incluye dieta baja en colesterol, grasas, sal y calorías si hay sobre peso, ablandador de excretas evita esfuerzo al evacuar, tranquilizantes provee descanso y reduce ansiedad, toma de EKG, toma de signos vitales, medición de ingesta y eliminación de líquidos, monitoreo del ritmo cardiaco, toma de sangre para Enzimas cardiacas (4,5,9,10,16,18,19,23).

ASPIRINA

Se administra en 300 mg al ingreso y cada 24 hrs 150 mg posteriormente ya que disminuye la mortalidad del infarto agudo del miocardio.

TROMBOLISIS

INDICACIONES: Cuadro clínico de infarto agudo del miocardio con:

1.-Cambios electrocardiograficos: a) elevación del segmento ST mayor de 0.1 mv por lo menos en dos derivaciones contiguas b) bloqueo de rama del haz de His de nueva aparición.

2.- Tiempo de inicio de los síntomas : a) en las primeras 6 hrs b) entre las 6 y 12 hrs tiene menos beneficio.

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

Hemorragia interna activa

Diseción de la aorta

Reanimación cardiopulmonar traumática

Traumatismo craneoencefálico reciente o tumoración intracraneal

Retinopatía hemorrágica

Embarazo

Alergia al agente trombolítico

Antecedente de un evento vascular cerebral de tipo hemorrágico

IAM sin ondas Q y angina inestable.

RELATIVAS

Uso de anticoagulantes o presencia de enfermedad hemorrágica

Traumatismo o cirugía mayor de dos semanas

Historia de accidente vascular cerebral

Insuficiencia hepática

Úlcera péptica

Historia de hipertensión arterial grave

Administración previa de estreptocinasa en los últimos seis a nueve meses (18,19,23,24).

Agente trombolítico y dosis recomendadas en IAM: Se utiliza la estreptocinasa a 1.5 millones en 1 hr.

Activador del plasminógeno (TPA) a dosis de 15 mg en bolo seguidos de 0.77 mg/kg. (hasta 35 mg) en 60 minutos (tiempo total 90 minutos). La dosis total debe ser mayor a 100 mg. (23,24).

HEPARINA.

Se recomienda el uso de 5000 U de heparina en bolo, posteriormente una dosis de 1 000 U/hr que se modificara para mantener el TTP entre 60 y 85 seg.

NITRATOS

Tiene efecto a nivel coronario como sistémico que resulta en una mejoría de la relación aporte-demanda de oxígeno. (22).

IECA.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina se iniciaran con dosis bajas siempre y cuando no haya contraindicación para su uso y serán aumentadas paulatinamente de no observarse efectos adversos de 6.25 mg/12 hrs hasta 50 mg/8hrs. (22,23).

LA FAMILIA ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTO UN INFARTO DEL MIOCARDIO.

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

Muchos cónyuges se convierten en individuos sobreprotectores hacia su pareja enferma, protegiéndoles para que no realicen mucho o casi ningún trabajo esto se relaciona con el temor de que el individuo puede fallecer súbitamente ante la actividad física, al sufrir un infarto al miocardio el esposo, la esposa se convierte en la cuidadora primaria, adquiriendo una mayor jerarquía durante la convalecencia, cambio que incluso podría ser permanente si el marido queda inhabilitado para reasumir sus funciones desde el punto de vista instrumental.(24).

De acuerdo la definición del censo americano la Familia se define como Un grupo o más de personas que viven juntas y se relacionan unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interrelación recíproca porque saben que existen los demás y existen ellos y se consideran una unidad.

ESTRUCTURA FAMILIAR.

Familia Nuclear. Compuesta por Padre, Madre e Hijos.

Familia Extensa. Compuesta por Padre, Madre e Hijos y Abuelos. Aquí interviene ya más de una generación.

HISTORICA.

Primitiva. Es sumamente numerosa abarca todo tipo de parientes consanguíneos.

Tradicional. Son familias numerosas que exceden de dos o más generaciones.

Moderna. Es una familia poco numerosa, comprendiendo una sola generación. En ella influyen muy poco los valores tradicionales y es muy susceptible al cambio.

GEOGRAFICA.

Rural. Habita en el medio rural.

Urbana. Es la que radica en la ciudad.

DINAMICA.

Integrada Es una familia completa, donde cada uno de sus integrantes desempeña su rol en forma normal.

Semiintegrada. Es una familia completa, pero alguno de sus integrantes no desempeña su rol.

Desintegrada. En esta generalmente falta uno de sus integrantes, lo que sustancialmente altera el interjuego de roles.

FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Socialización. La familia tiene la responsabilidad de integrar a la sociedad a los hijos.

Cuidado. Significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia.

Afecto. Significa cubrir de cariño y afecto a los integrantes de la familia.

Reproducción. Es una función básica y parte consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad.

Estatus y Nivel socioeconómico.

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA.

Fase de Matrimonio. Comienza con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo.

Fase de Expansión. Se inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último hijo.

Fase de dispersión. Una vez alcanzado el ajuste de un nuevo miembro, fenómeno que se da si la pareja a alcanzado una adecuada socialización para que él empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

Fase de independencia. Cuando la familia se dispersa, los padres tienen que aprender a ser independientes.

Fase de Retiro y Muerte. Fase final del ciclo, que se acompaña de incertidumbre, la estabilidad familiar se agrava por la incapacidad de trabajar. (24,25,26).

El proceso de recuperación de los pacientes cardiópatas debe incluir aspectos emocionales, comprensión, atención y apoyo, pues se ha observado que muchos pacientes utilizan su padecimiento como una excusa para evadir el trabajo sin bases fisiológicas para hacerlo y ante este proceso de aceptación de la enfermedad por parte del individuo con lleva a una reestructuración del sistema familiar que mantenga una homeostasis integral de tal manera que permita la rehabilitación del paciente postinfartado sin que comprometa sus funciones y su dinámica dentro de su núcleo familiar así como social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ CUAL ES EL GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES QUE PRESENTARON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 24 DEL I.M.S.S.?

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizo en la en la Consulta Externa de Cardiología del Hospital General de Zona No 24 del I.M.S.S. de la Delegación I Noroeste del Distrito Federal.

El estudio fue Descriptivo, Observacional , Analítico y Transversal.

La muestra fue conformada por 95 pacientes quienes presentaron infarto agudo al miocardio y son vistos en la consulta externa de Cardiología del H.G.Z No 24 durante el periodo de Enero a Junio del 2001.

Para la elección de los pacientes se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión.

Pacientes que presentaron infarto agudo al miocardio adscritos al H.G.Z. No 24 del I.M.S.S. vistos en la consulta externa de Cardiología.

Pacientes con edad comprendida entre los 26 y 80 años.

Pacientes sin alteraciones de la conciencia

Pacientes ambos sexos.

Pacientes que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Pacientes que vivan con su familia.

Los criterios de exclusión.

Pacientes con deterioro mental.

Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Pacientes no derecho habientes del I.M..S.S

A estas familias se les aplicaron dos instrumentos de evaluación, el primero (FACES III), para valorar la cohesión y adaptabilidad familiar, el cual consta de veinte reactivos con cinco opciones de respuesta, cada uno donde se obtuvieron calificaciones correspondientes a familias no relacionadas, semirelacionadas, relacionadas, y aglutinadas, así como de rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas respectivamente. El segundo cuestionario correspondiente a una Cédula de Identificación, que comprendía tipología familiar, integración familiar, estructura familiar, funciones y ciclo de vida familiar y factores de riesgo coronario .

El instrumento de FACES III, es un instrumento validado para la evaluación de la dinámica familiar propuesta por Olson y que evalúa la cohesión, esto es los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia; y la adaptación, esto es la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés, situacional y desarrollo (Olson y Cols. 1979).Para la realización de éste se aplico una escala conformada por 20 items que recogió la percepción presente e ideal acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia. Los items de adaptabilidad y cohesión se alternan, de tal manera que sumados los puntajes para cada uno permiten ubicar a la familia encuestada en uno de los 16 tipos de familia que el modelo circunflejo de Olson clasifica de acuerdo a las 2 variables mencionadas, los tipos de familia se clasifican de acuerdo a su funcionamiento y grado de funcionalidad.

Las encuestas y cuestionarios se aplicaron durante el periodo de enero a junio del 2001 a los pacientes que presentaron infarto del miocardio y que son vistos en la consulta externa de cardiología del H:G:Z No 24 del I:M:S:S:

El análisis estadístico se llevo a cabo mediante la prueba de significancia de estadística de X² aplicada para la comparación de los grupos seleccionados básicamente para el grado de funcionalidad familiar y la adaptabilidad y cohesión; esperando que mediante ésta prueba nos indicará si el estudio llevado a cabo tuvo o no significancia estadística entre las variables comparadas, también se realizaron algunas medidas de tendencia central como es la moda, el promedio aritmético y mediana.

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio de investigación, realizados a un total de 95 pacientes que presentaron infarto de miocardio y que son vistos en la consulta externa de cardiología del H.G.Z No 24 del I.M.S.S. se presentan a continuación:

Se distribuyeron por rango de edad de la siguiente manera: Para el sexo masculino de 26-30 años (n=1) con un porcentaje de 1.1 %, de 31-35 años (n=1) con un porcentaje de 1.1 %, de 36-40 años (n=1) con un porcentaje de 1.1 %, de 41-45 años (n=2) con un porcentaje de 2.2 %, de 46-50 años (n=5) con un porcentaje de 5.2 %, de 51-55 años (n=11) con un porcentaje de 11.6 %, de 56-60 años (n=21) con un porcentaje de 22.2 %, de 61-65 años (n=26) con un porcentaje de 27.4 %, de 66-70 años (n=9) con un porcentaje de 9.5 %, de 71-75 años (n=6) con un porcentaje de 6.4 %, de 76-80 años (n=2) con un porcentaje de 2.2 %, Siendo un total de 85 pacientes masculinos con un porcentaje del 90 % y para el sexo femenino de 26-30 años (n=0) con un porcentaje de 0 %, de 31-35 años (n=0) con un porcentaje de 0 %, de 36-40 años (n=0) con un porcentaje de 0 %, de 41-45 años (n=0) con un porcentaje de 0 %, de 46-50 años (n=2) con un porcentaje de 2.0 %, de 51-55 años (n=2) con un porcentaje de 2.0 %, de 56-60 años (n=4) con un porcentaje de 4 %, de 61-65 años (n=2) con un porcentaje de 2 %, de 66-70 años (n=0) con un porcentaje de 0 %, de 71-75 años (n=0) con un porcentaje de 0 %, de 76-80 años (n=0) con un porcentaje de 0 %. Siendo un total de 10 pacientes femeninos con un porcentaje del 10 %. (vid infra tabla y gráfico 1).

En relación a la funcionalidad familiar de los pacientes encuestados se presentan las siguientes observaciones familias mas funcionales (n=48) con un porcentaje de 50.52 %, familias de mediana funcionalidad (n=28) con un porcentaje de 29.48 %, familias menos funcionales (n=19) con un porcentaje de 20 %. (vid infra tabla y gráfica 2).

De acuerdo a la ocupación obrero (n=19) con un porcentaje de 20 %, comerciante (n=11) con un porcentaje 11.58, empleado (n=42) con un porcentaje de 44.21 %, profesionista (n=23) con un porcentaje de 24.21 %.(vid infra tabla y gráfico 3).

Según la escolaridad de estos pacientes fue la siguiente: ninguna (n=2) con un porcentaje de 2.1 %, primaria (n=9) con un porcentaje de 9.47 %, secundaria (n=22) con un porcentaje de 23.15 %, bachillerato (n=37) con un porcentaje 38.94 %, licenciatura (n=25) con un porcentaje de 26.31 %. (vid infra tabla y gráfico 4).

De acuerdo al grado de cohesión para la funcionalidad familiar, familias no relacionadas (n=7) con un porcentaje de 7.37 %, familias semirelacionadas (n= 30) con un porcentaje de 31.57 %, familias relacionadas (n=46) con un porcentaje de 48.42 %, familias aglutinadas (n=12) con un porcentaje de 12.64 %. (vid infra tabla y gráfico 5).

De acuerdo al grado de adaptabilidad para la funcionalidad familiar se presentan las siguientes observaciones: familias rígidas (n=6) con un porcentaje de 6.31 %, familias estructuradas (n=28) con un porcentaje de 29.48 %, familias flexibles (n= 47) con un porcentaje de 49.48 %, familias caóticas (n=14) con un porcentaje de 14.73 %. (vid infra tabla y gráfico 6).

En relación a la estructura familiar: familias nucleares (n=61) con un porcentaje de 64.21 %, familias extensa (n=11) con un porcentaje 11.57 %, familias compuestas (n=23) con un porcentaje de 24.21 %. (vid infra tabla y gráfico 7).

La distribución en relación a su tipología familiar fue: familias modernas (n=71) con un porcentaje de 74.73 %, familias tradicionales (n= 24) con un porcentaje de 25.27 %, familias arcaicas (n=0) con un porcentaje de 0 %. (vid infra tabla y gráfico 8).

De acuerdo a la integridad familiar se presentan las siguientes observaciones : familias integradas (n=53) con un porcentaje de 55.79 %, familias semiintegradas (n=25) con un porcentaje de 26.32 %, familias desintegradas (n=17 9) con un porcentaje de 17.89 % (vid infra tabla y gráfico 9).

En relación a los factores de riesgo coronario: tabaquismo (n= 49) con un porcentaje de 51.57 %, hipertensión arterial (n=52) con un porcentaje de 54.73 %, diabetes mellitus (n=36) con un porcentaje de 37.89, colesterol (n=21) con un porcentaje de 22.10 %, estrés (n=62) con un porcentaje de 65.26 %, sedentarismo (n=70) con un porcentaje de 73.68 %, drogas (n=2) con un porcentaje de 2.1 %. (vid infra tabla y gráfico 10).

En relación a las variables de funcionalidad y estructura familiar se presentan las siguientes observaciones: Familia nuclear mas funcional (n=29), mediana funcionalidad (n=24) , menos funcionales (n=8). Familias extensas: mas funcionales (n=2), mediana funcionalidad (n=4), menos funcionales (n=5). Familias compuestas: mas funcionales (n=12), mediana funcionalidad (n=9), menos funcionales (n=2). (vid infra tabla y gráfico 11).

De acuerdo a la tipología y grado de funcionalidad familiar: Familia moderna: mas funcional (n=43)), mediana funcionalidad (n= 24) menos funcionales (n=4). Familia tradicional: mas funcionales (n=7), mediana funcionalidad (n=13), menos funcionales (n=4). (vid infra tabla y gráfico 12).

En relación a las variables de grado de integración familiar y funcionalidad: Familias integradas: mas funcionales (n=26), mediana funcionalidad (n=17), menos funcionales (n=10). Familias semiintegradas: mas funcionales (n=14), mediana funcionalidad (n=8), menos funcionales (n=3). Familias desintegradas: mas funcionales (n=7), mediana funcionalidad (n=5), menos funcionales (n=5). (vid infra tabla y gráfico 13).

RESULTADOS ESTADISTICOS

De la población estudiada se realizaron las siguientes observaciones para el sexo masculino (n=85) con un porcentaje de 90 %, para el sexo femenino (n=10) con un porcentaje de 10 %, se obtuvo una razon= 8.5 hombres por 1 mujer, la edad promedio = 54.5 años y una moda de 63 años. (vid infra tabla 1).

La relación de variables de tipología y funcionalidad familiar fue la siguiente: Familia nuclear : mas funcionales (n=29), mediana funcionalidad (n=24) menos funcionales (n=8). Familias extensas: mas funcionales (n=2), mediana funcionalidad (n=4), menos funcionales (n=5). Familia compuesta: mas funcionales (n=12), mediana funcionalidad (n=9), menos funcionales (n=2). Con un valor de $X^2= 3.67$, grados de libertad=4 y una $P < .05$. (vid infra tabla 2).

De acuerdo a la estructura y funcionalidad familias. Familia moderna: mas funcionales (n=43), mediana funcionalidad (n=24), menos funcionales (n=4). Familia tradicional: mas funcionales (n=7), mediana funcionalidad (n=13) y menos funcionales (n=4). Con un valor de $X^2= 5.6$, grados de libertad= 2 y una $P < .05$. (vid infra tabla 3).

De acuerdo a la funcionalidad y grado de adaptabilidad familiar: familias integradas: mas funcionales (n=26), mediana funcionalidad (n=17), menos funcionales (n=10). Familias semiintegradas: mas funcionales (n=14), mediana funcionalidad (n=8), menos funcionales (n=3) . Familias desintegradas, mas funcionales (n=7), mediana funcionalidad (n=5), menos funcionales (n=5). Con un valor de $X^2= 6.5$, con grados de libertad= 4 , $P < .05$. (vid infra tabla 4).

De acuerdo al sexo y la funcionalidad familiar según grado de adaptabilidad se realizaron las siguientes observaciones: Masculinos: familias no relacionadas (n=10), familias semirelacionadas (n=22), familias relacionadas (n=41), familias aglutinadas (n=12) . Femeninos: familias no relacionadas (n=1), familias semirelacionadas (n=2), familias relacionadas (n=6), familias aglutinadas (n=1). Con un valor de $X^2= 2.45$, grados de libertad = 3 , $P < .05$. (vid infra tabla 5).

TABLA No 1

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN EDAD Y SEXO, VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

RANGO DE EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
26-30	1	1.1	0	0	1
31-35	1	1.1	0	0	1
36-40	1	1.1	0	0	1
41-45	2	2.2	0	0	2
46-50	5	5.2	2	2.0	7
51-55	11	11.6	2	2.0	13
56-60	21	22.2	4	4.0	24
61-65	26	27.4	2	2.0	28
66-70	9	9.5	0	0	9
71-75	6	6.4	0	0	6
76-80	2	2.2	0	0	2
TOTAL	85	90%	10	10%	95

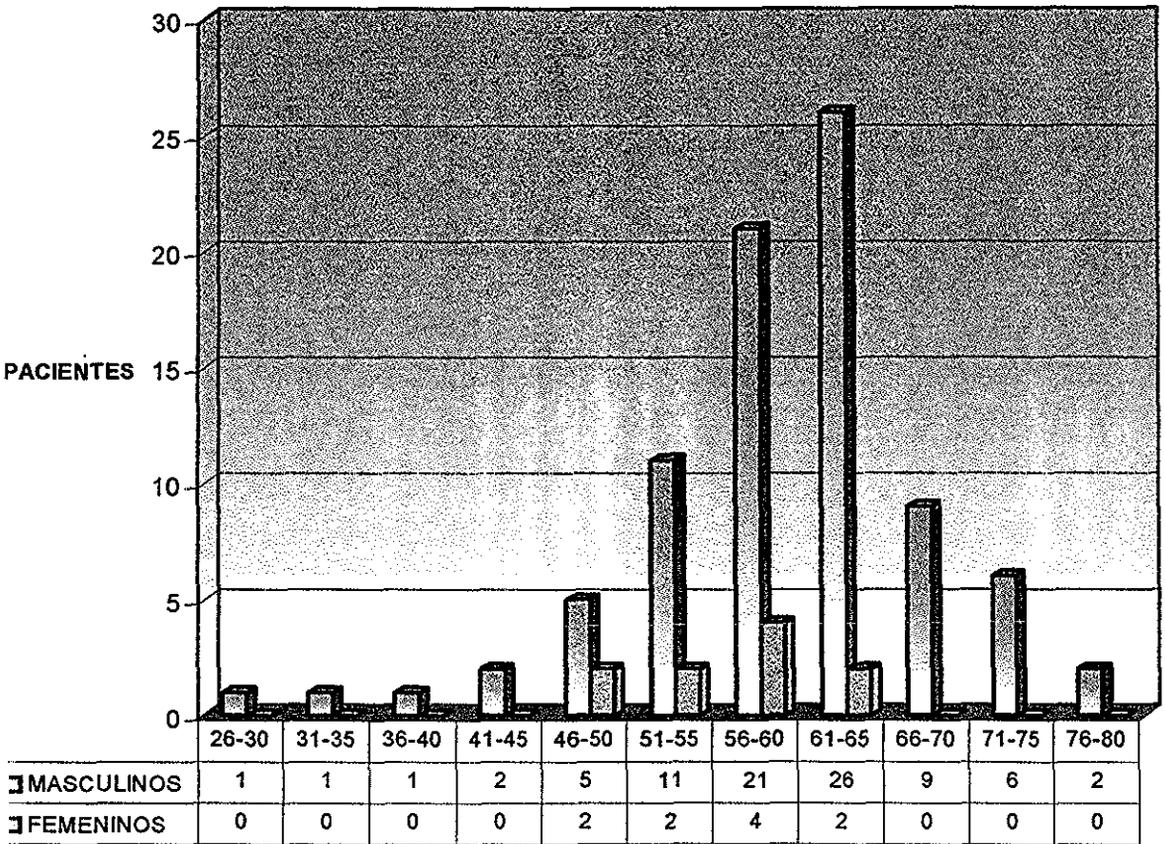
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO No 1

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN EDAD Y SEXO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y SEXO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA No 2

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

FUNCIONALIDAD	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
MAS FUNCIONALES	48	50.52
MEDIANA FUNCIONALIDAD	28	29.48
MENOS FUNCIONALES	19	20
TOTAL	95	100 %

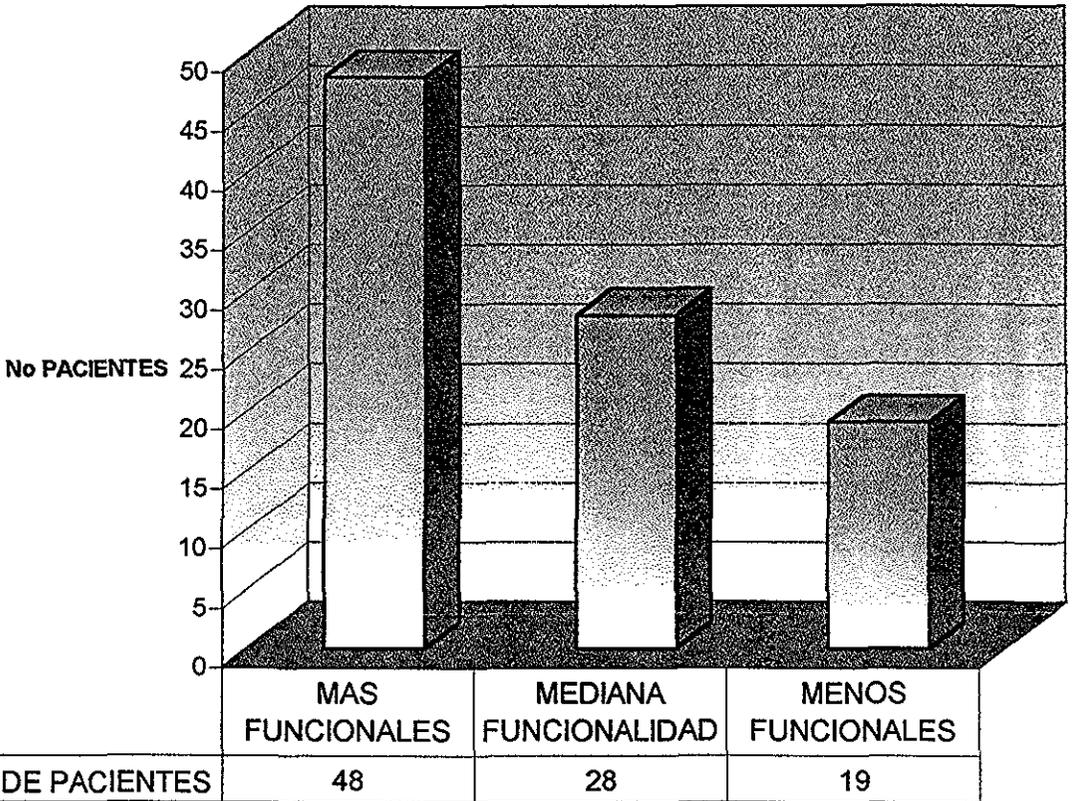
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M. VISTOS EN LA CONSULTA EXIERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 2

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

CLASIFICACION SEGUN FUNCIONALIDAD FAMILIAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 3

PACIENTES CON I.A.M. SEGÚN OCUPACION VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

OCUPACION	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
OBRERO	19	20
COMERCIANTE	11	11.58
EMPLEADO	42	44.21
PROFESIONISTA	23	24.21
TOTAL	95	100 %

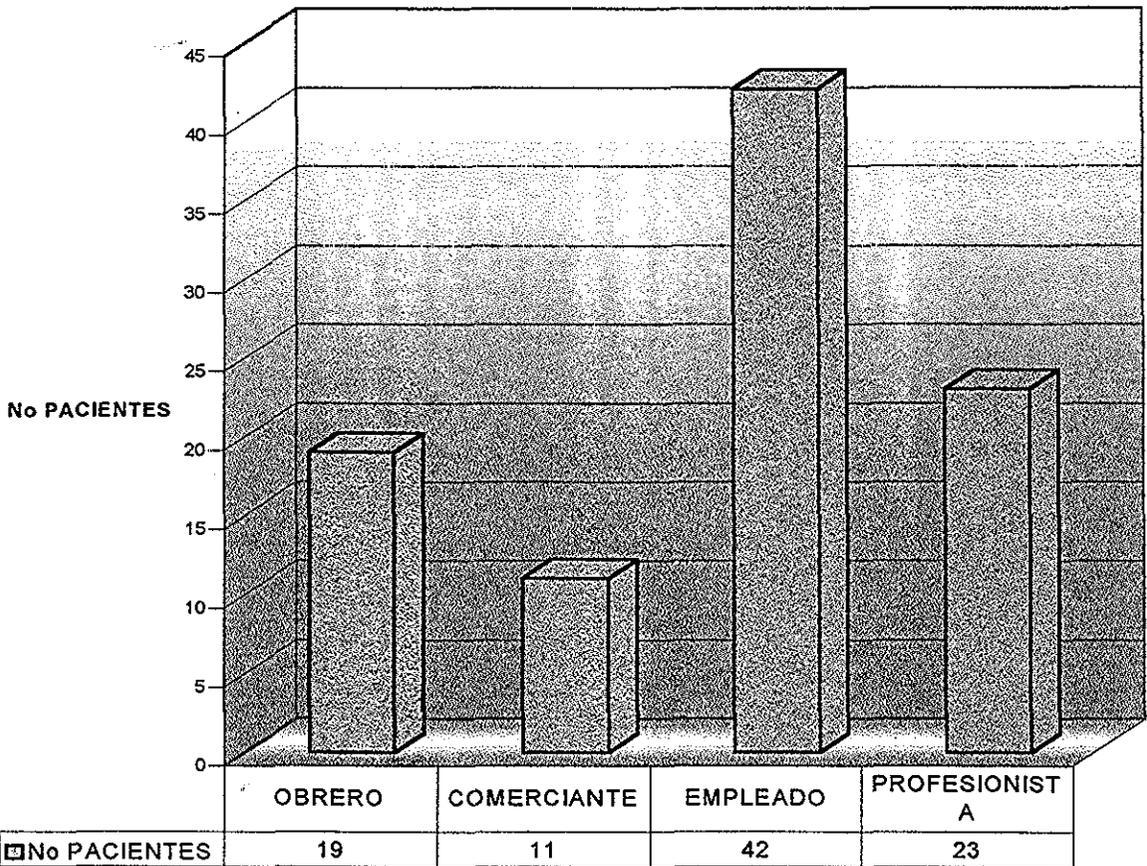
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 3

PACIENTES CON L.A.M SEGÚN OCUPACION VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA OCUPACION



TESIS DE
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 4

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN ESCOLARIDAD. VISTOS EN LA CONSULIA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

ESCOLARIDAD	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNA	2	2.10
PRIMARIA	9	9.47
SECUNDARIA	22	23.15
BACHILLERATO	37	38.94
LICENCIATURA	25	26.31
TOTAL	95	100%

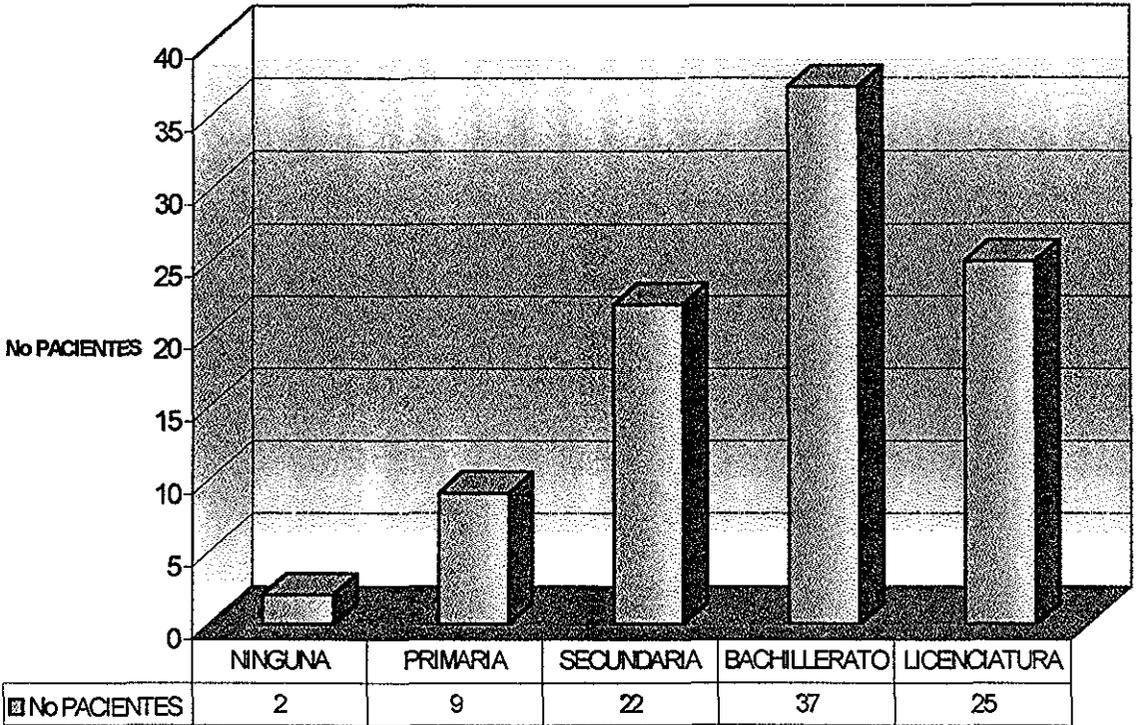
FUENTE: PACIENTES CON I.A.M. VISTOS EN LA CONSULIA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 4

PACIENTES CON LA.M SEGÚN ESCOLARIDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

DISTRIBUCION SEGUN ESCOLARIDAD



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No 5

PACIENTES CON I.A.M. SEGÚN COHESION PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III) VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

GRADO DE COHESION	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
NO RELACIONADA	7	7.37
SEMIRELACIONADA	30	31.57
RELACIONADA	46	48.42
AGLUTINADA	12	12.64
TOTAL	95	100 %

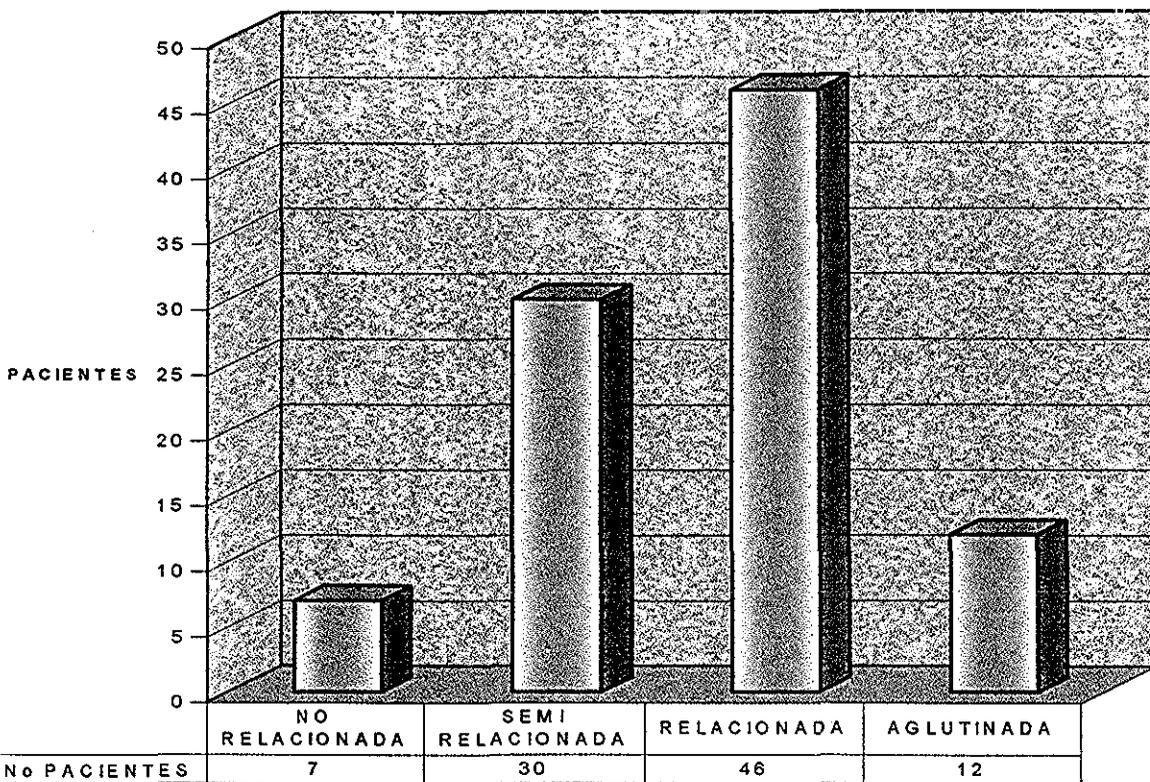
FUENTE: PACIENTES CON I.A.M. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 5

PACIENTES CON L.A.M SEGÚN COHESION PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III) VISTOS EN LA CONSULIA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

CLASIFICACION SEGUN COHESION



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No 6

PACIENTES CON L.A.M SEGÚN GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24. DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

ADAPTABILIDAD	No PACIENTES	PORCENTAJE
RIGIDA	6	6.31
ESTRUCTURADA	28	29.48
FLEXIBLE	47	49.48
CAOTICA	14	14.73
TOTAL	95	100 %

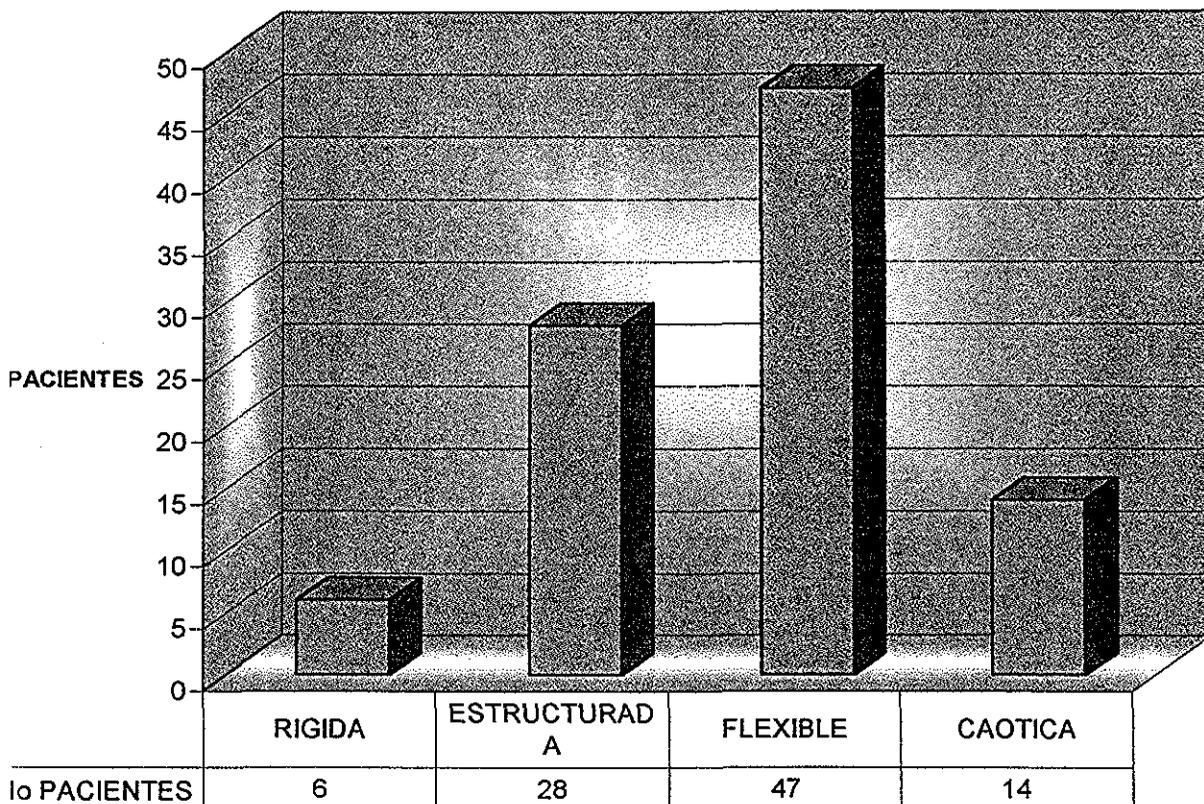
FUENTE: PACIENTES CON L.A.M VISTOS EN LA CONSULIA EXIERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 6

PACIENTES CON L.A.M SEGÚN GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

GRADO DE ADAPTABILIDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 7

PACIENTES CON L.A.M. SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No.24.DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

TIPO DE FAMILIA	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
NUCLEAR	61	64.21
EXTENSA	11	11.57
COMPUESTA	23	24.21
TOTAL	95	100%

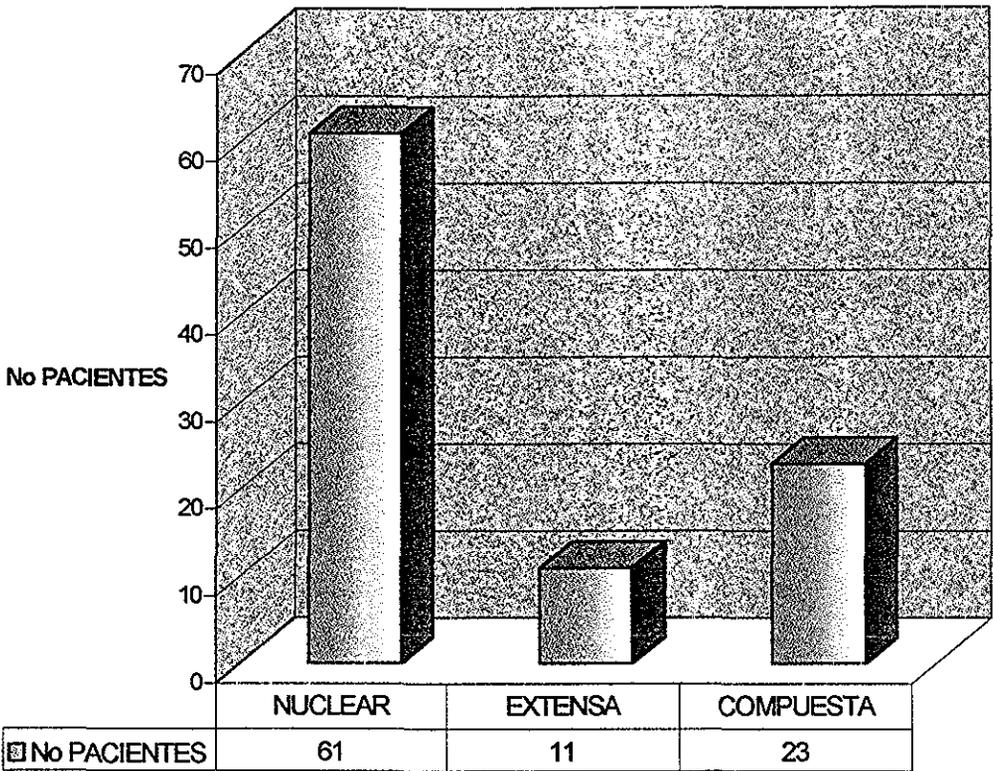
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No 7

PACIENTES CON L.A.M SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

ESTRUCTURA FAMILIAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 8

PACIENTES CON I.A.M. SEGÚN SU TIPOLOGIA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24. DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

TIPO DE FAMILIA	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
MODERNA	71	74.73
TRADICIONAL	24	25.27
ARCAICA	0	0
TOTAL	95	100%

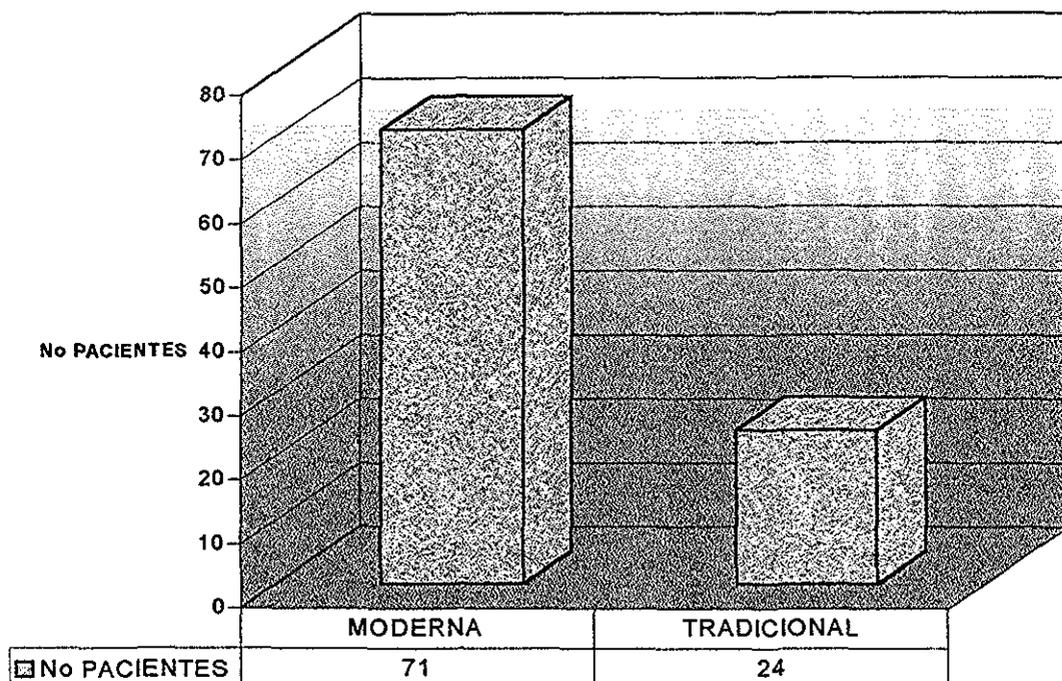
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M. VISTOS EN LA CONSULIA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO No 8

PACIENTES CON I.A.M. SEGÚN SU TIPOLOGIA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

TIPOLOGIA FAMILIAR



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA No 9

PACIENTES CON I.A.M.SEGÚN SU INTEGRIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

INTEGRIDAD	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
INTEGRADA	53	55.79
SEMIINTEGRADA	25	26.32
DESINTEGRADA	17	17.89
TOTAL	95	100 %

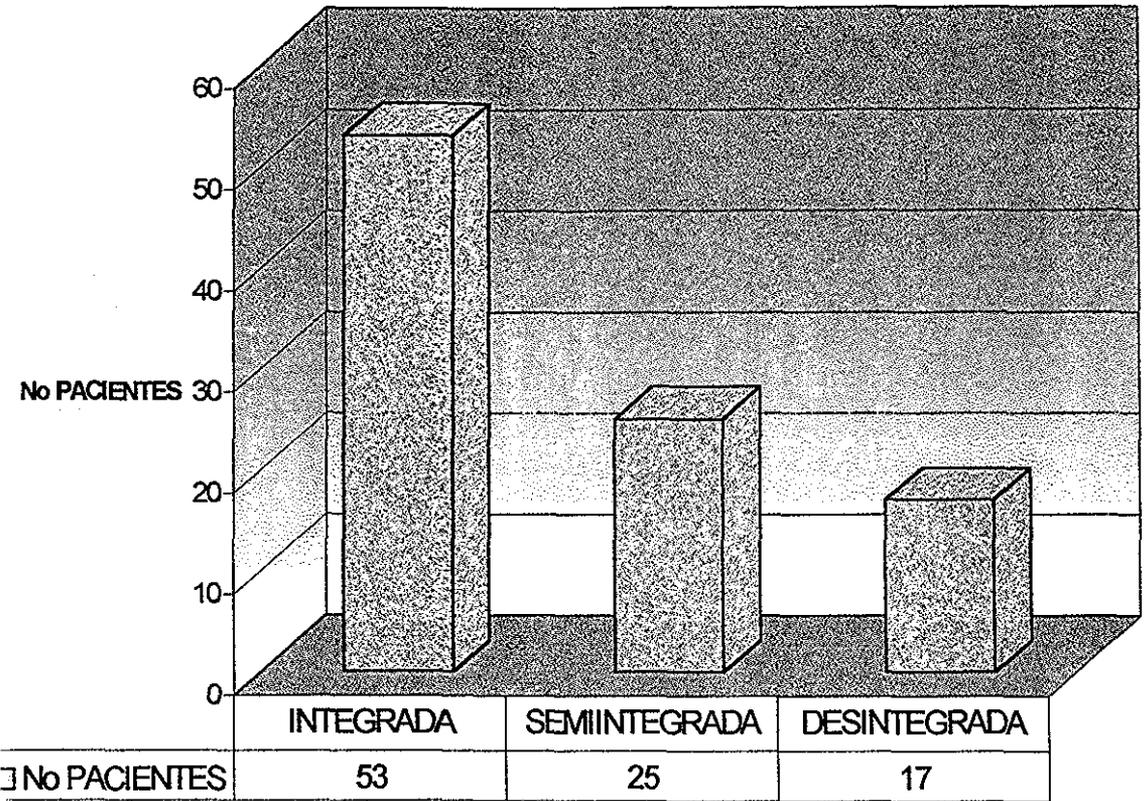
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M. VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA No 9

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN INTEGRIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

INTEGRACION FAMILIAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No 10

PACIENTES CON I.A.M. SEGÚN FACTORES DE RIESGO CORONARIO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

FACTOR DE RIESGO	No DE PACIENTES	PORCENTAJE
TABAQUISMO	49	51.57
HIPERTENSION ARTERIAL	52	54.73
DIABETES MELLITUS	36	37.89
COLESTEROL	21	22.10
ESTRES	62	65.26
SEDENTARISMO	70	73.68
DROGAS	2	2.10
TOTAL	95	100 %

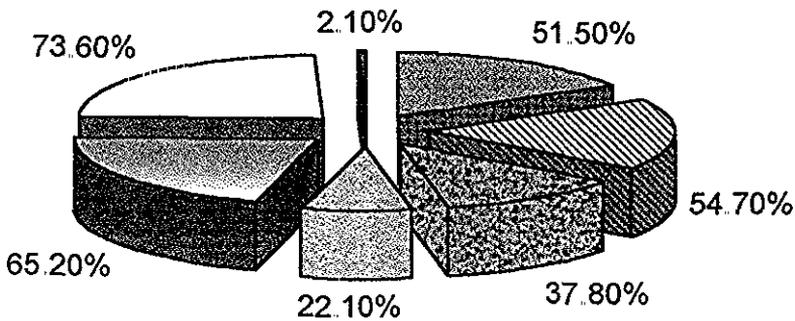
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 10

**PACIENTES CON I.A.M SEGÚN PORCENTAJE DE FACTORES DE RIESGO
CORONARIO VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL
H.G.Z.No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001**

FACTORES DE RIESGO CORONARIO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No11

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN FUNCIONALIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001.

TIPO DE FAMILIA	MAS FUNCIONALES	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOS FUNCIONALES	TOTAL
NUCLEAR	29	24	8	61
EXTENSA	2	4	5	11
COMPUESTA	12	9	2	23
TOTAL	43	37	15	95

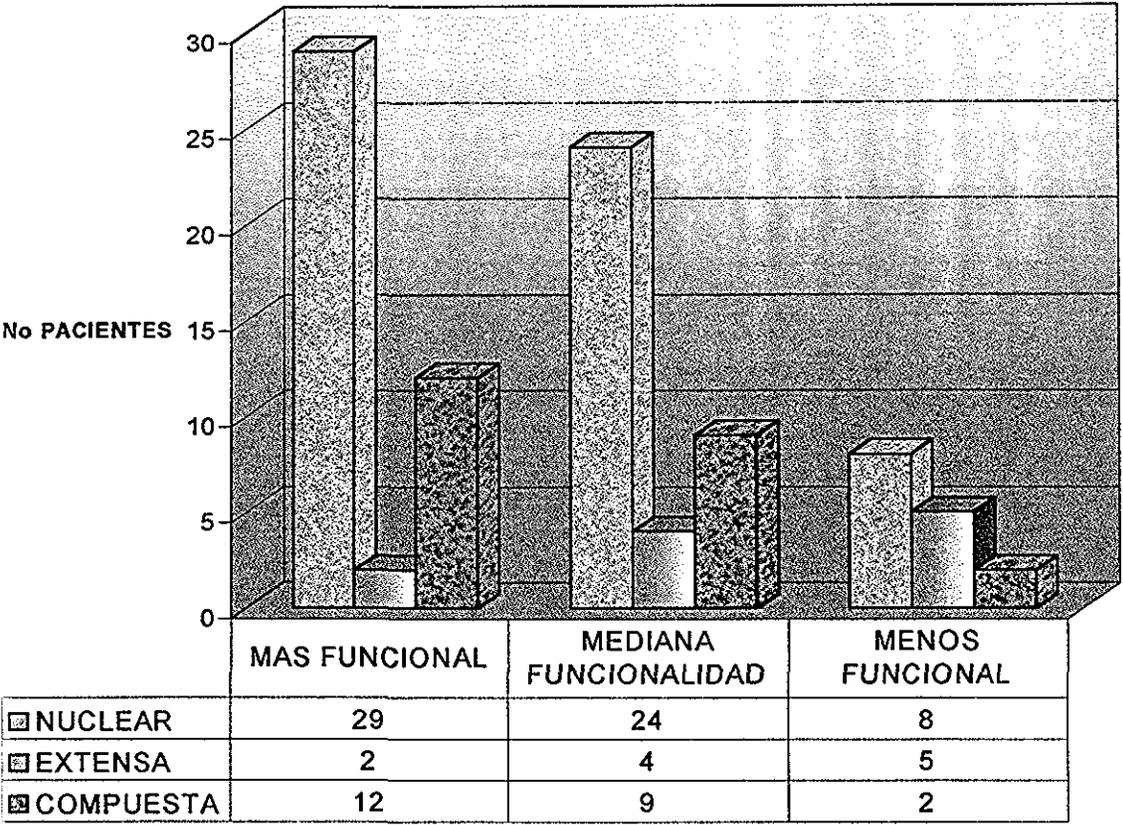
FUENTE: PACIENTES CON I.A.M VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z No 24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 11

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN FUNCIONALIDAD Y ESTRUCTURA FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

ESTRUCTURA FAMILIAR



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No12

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN TIPOLOGIA FAMILIAR Y GRADO DE FUNCIONALIDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

TIPO DE FAMILIA	MAS FUNCIONAL	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOS FUNCIONAL	TOTAL
MODERNA	43	24	4	71
TRADICIONAL	7	13	4	24
TOTAL	50	37	8	95

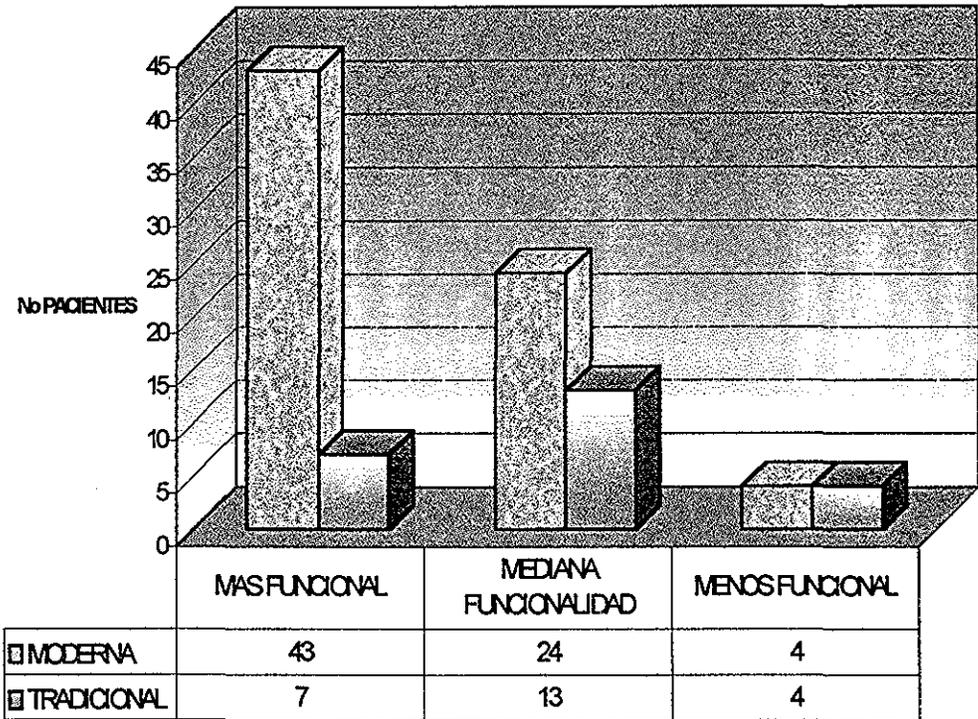
FUENIE: PACIENIES CON I.A.M VISTOS EN LA CONSULIA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 12

PACIENTES CON I.A.M. SEGÚN TIPOLOGIA FAMILIAR Y GRADO DE FUNCIONALIDAD VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

TIPOLOGIA FAMILIAR



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No 13

PACIENTES CON I.A.M SEGÚN GRADO DE INTEGRACION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001..

INTEGRACION	MAS FUNCIONAL	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOS FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRADA	26	17	10	53
SEMIINTEGRADA	14	8	3	25
DESINTEGRADA	7	5	5	17
TOTAL	47	30	18	95

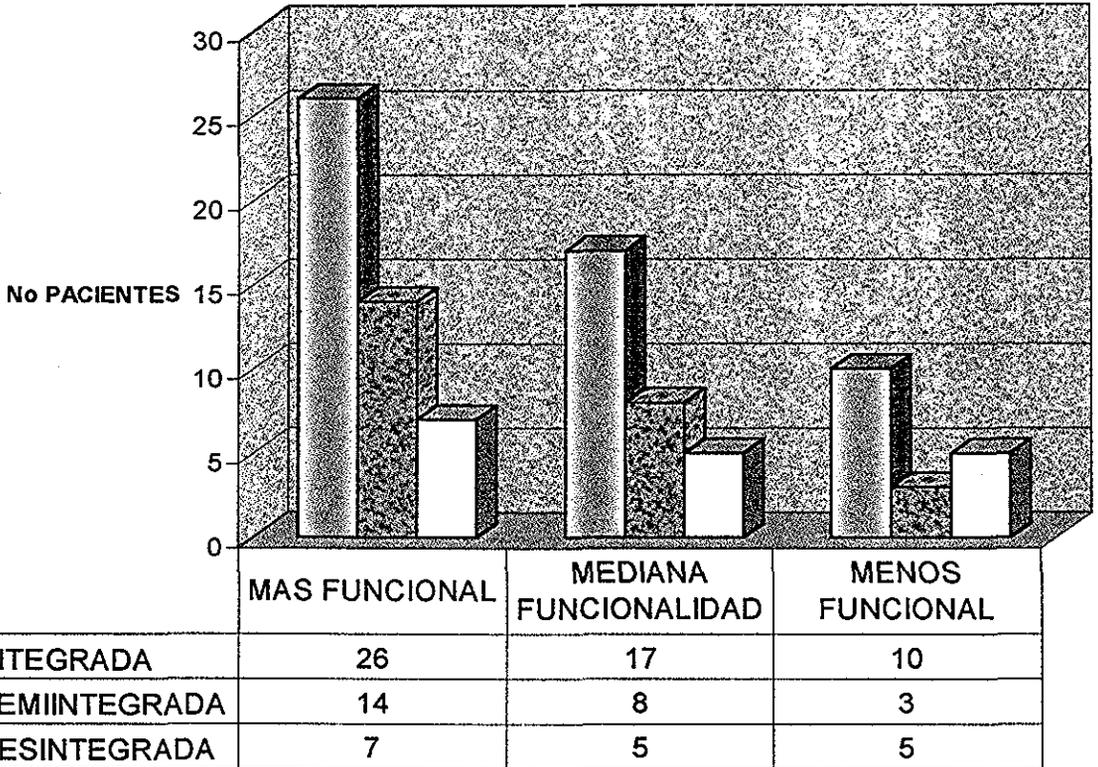
FUENIE: PACIENTES CON I.A.M VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z.No24.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO No 13

PACIENTES CON L.A.M SEGÚN GRADO DE INTEGRACION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA DEL H.G.Z. No 24 DE ENERO A JUNIO DEL 2001

INTEGRIDAD FAMILIAR



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE CUADROS

TABLA No 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

RANGO DE EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
26-30	1	1.1	0	0	1
31-35	1	1.1	0	0	1
36-40	1	1.1	0	0	1
41-45	2	2.2	0	0	2
46-50	5	5.2	2	2.0	7
51-55	11	11.6	2	2.0	13
56-60	21	22.2	4	4.0	24
61-65	26	27.4	2	2.0	28
66-70	9	9.5	0	0	9
71-75	6	6.4	0	0	6
76-80	2	2.2	0	0	2
TOTAL	85	90%	10	10%	95

RAZON= 8.5 HOMBRES POR 1 MUJER
EDAD PROMEDIO= 54.5 AÑOS
MODA= 63 AÑOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No2
GRADO DE FUNCIONALIDAD

TIPO DE FAMILIA	MAS FUNCIONAL	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOS FUNCIONAL	TOTAL
NUCLEAR	29	24	8	61
EXTENSA	2	4	5	11
COMPUESTA	12	9	2	23
TOTAL	43	37	15	95

VALOR DE $\chi^2 = 3.67$

GRADOS DE LIBERTAD=4

$P < .05$

TABLA No 3
GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA	MAS FUNCIONAL	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOS FUNCIONAL	TOTAL
MODERNA	43	24	4	71
TRADICIONAL	7	13	4	24
TOTAL	50	37	8	95

VALOR DE $\chi^2 = 5.6$

GRADOS DE LIBERTAD= 2

$P = < .05$

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA No 4

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN GRADO DE ADAPTABILIDAD

INTEGRACION	MAS FUNCIONAL	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOS FUNCIONAL	TOTAL
INTEGRADA	26	17	10	53
SEMINTEGRADA	14	8	3	25
DESINTEGRADA	7	5	5	17
TOTAL	47	30	18	95

VALOR DE X²= 6.5

GRADOS DE LIBERTAD= 4

P= <.05

TABLA No 5

FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ADAPTABILIDAD

FAMILIA	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
NO RELACIONADA	10	1	11
SEMIRELACIONADA	22	2	24
RELACIONADA	41	6	47
AGLUTINADA	12	1	13
TOTAL	85	10	95

VALOR DE X²= 2.45

GRADOS DE LIBERTAD=3

P <.05

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La presente investigación se estudiaron 95 pacientes que presentaron infarto agudo al miocardio, vistos en la consulta externa de cardiología del Hospital General de Zona No. 24 del IMSS. Durante el periodo de enero a junio del 2001

La razón encontrada fue de 8.5 hombres por 1 mujer, la proporción es de 0.89 lo que representa que por cada 9 pacientes 8 son del sexo masculino lo que equivale a un porcentaje del 90% fueron pacientes del sexo masculino y 10% del sexo femenino de nuestra muestra. La edad promedio encontrada fue del 54.5 años con una media de 58 años y la moda se encontró en 63 años de edad.

De acuerdo a la edad se clasifico por grupo etareo de 5 comprendidas entre los 26 y 80 años de edad con respecto a los resultados obtenidos se obtuvo que el mayor número de pacientes encuestados se encontraban entre 61 y 65 años de edad con un porcentaje del 27.4% (n=26) seguidos de 56-60 años con un porcentaje de 22.2 % (n=21) para el sexo masculino, mientras que para el sexo femenino fue el mayor porcentaje en las edades de 56-60 años con 4 % (n=4). Los resultados obtenidos concuerdan con lo que la literatura reporta, acerca de que el mayor porcentaje de pacientes que han presentado Infarto Agudo al Miocardio están en edades productivas, en relación al sexo femenino se esta incrementando la presentación del I:A:M esto es debido a que la población femenina ha adoptado factores de riesgo coronario.

De acuerdo al grado de funcionalidad familiar en relación a la cohesión y adaptabilidad se encontró un mayor porcentaje de pacientes con más funcionalidad con un total de 48 pacientes, que equivale a un 50.52% en segundo lugar se encontró a las familias con mediana funcionalidad con un 29.48% (n=28), y en tercer lugar las menos funcionales con un 20% (n=19). Estas observaciones determinan la interacción de los integrantes del núcleo familiar que permite el intercambio de roles y determina que la familia se encuentre dinámicamente funcional.

Con respecto al rubro de ocupación la mayoría de los pacientes son empleados con un 44.21% (n=42) seguidos del profesionista con un 24.21 % (n=23) lo que representa que estos resultados son similares a los reportados en la literatura con mayor tendencia de presentar Infarto Agudo al Miocardio en la población con actividades laborales técnico-profesionales pero también se esta incrementando la cardiopatía isquemica en la población obrera.

Con respecto al grado de escolaridad se encontró el mayor porcentaje de pacientes cursó con nivel bachillerato 38.94% (n=37) en segundo lugar el nivel licenciatura con 26.31% (n=25) y en tercer lugar con nivel secundaria con un 23.15% (n=22) lo que representa que el infarto agudo al miocardio se presenta en mayor porcentaje en pacientes con un nivel de escolaridad más alto, estas observaciones tienen relación con la variable de la ocupación ya que estos pacientes manejan un grado de estrés que contribuye a la presentación de infarto al miocardio.

En relación al grado de cohesión para la funcionalidad familiar se observo que un , 48.42% (n=46) para familias relacionadas en segundo lugar con un 31.57% (n=30) familia semirelacionada y un 12.64% (n=12) para la familia aglutinada y por último 7.37% (n=7) para familia no relacionada, estos resultados significan que los lazos emocionales entre los integrantes y el individuo se presentan más frecuentemente de tipo relacionados y menos frecuentemente en la familia aglutinada, estos resultados no concuerdan con los reportados en la literatura en donde se menciona que las familias con enfermedades crónicas tienden a aglutinarse y girar entorno al paciente.

Con respecto a la adaptabilidad se observaron los siguientes resultados para la familia flexible con un 49.48% (n=47) y en segundo lugar familia estructurada con un 29.48% (n=28), familia caótica con un 14.73% (n=14) y un 6.31% (n=6) para familia rígida estos resultados demuestran que el mayor porcentaje de familias de pacientes que presentaron IAM. Son flexibles lo que significa que son susceptibles al cambio, lo cual coincide con lo reportado en la literatura en donde se menciona que estas familias tienden a la modificación y adecuación de los roles.

De acuerdo a la clasificación social de la familia según su estructura se encontró la familia nuclear con 64.21% (n=61) , en segundo lugar la familia compuesta con un 24.21% (n=23) y por último la familia extensa 11.57% (n=11) consideramos que existe relación entre la tipología familiar y el grado de adaptabilidad de las mismas .

La distribución familiar según su desarrollo se encontraron los siguientes resultados para la familia moderna un 74.73% (n=71) para la familia tradicional 25.27% (n= 24) arcaica 0% (n=0) . Cabe mencionar que en nuestro estudio no encontramos familias arcaicas, estas observaciones determinan que la familia moderna es mas susceptible a las enfermedades cronicodegenerativas ya que se han incrementado el numero de factores de riesgo en las familias modernas.

De acuerdo a la integración familiar ocupó el primer lugar la familia integrada con un 55.79% (n=53) seguida de la familia semiintegrada con un 26.32% (n=25) y en tercer lugar la familia desintegrada con un 17.89% (n=17) Observando que las familias de los pacientes que presentaron IAM son de tipo integrada. Lo que permite mayor cohesión y adaptabilidad familiar .

De acuerdo a los factores de riesgo que presentaron nuestros pacientes con IAM, sedentarismo 73.68% (n=70) estrés con 65.26% (n= 62) ,en tercer lugar Hipertensión arterial 54.73% (n= 52) seguido de tabaquismo 51.57% (n=49) Diabetes Mellitus 37.89% (n=36) Colesterol 22.10% (n=21) y por último drogas 2.10 % (n=2) cabe mencionar que el mayor porcentaje de factor de riesgo fue el sedentarismo y el estrés y como mínimo el uso de drogas del tipo de cocaína que se presentó en los pacientes más jóvenes .

En relación al grado de funcionalidad familiar según su estructura se observo, que en la familia nuclear (n=29) más funcionales enseguida de mediana funcionalidad (n=24) y menos funcionales (n=8) para la familia extensa más funcionales (n=2) mediana funcionalidad (n=4) menos funcionales (n=5) y para la familia compuesta más funcionales (n=12); mediana funcionalidad (n=9) y por último menos funcionales (n=2),

De acuerdo al grado de funcionalidad familiar según su desarrollo se observo que la familia moderna (n=43) más funcionales enseguida de mediana funcionalidad (n=24) y menos funcionales (n=4) para la familia tradicional más funcionales (n=7) mediana funcionalidad (n=13) menos funcionales (n=4) , estos resultados determinan que las familias con pacientes que han presentado infarto al miocardio son las familias modernas y mantienen una mejor funcionalidad familiar estos resultados son similares a los reportados en la literatura donde se comenta que los pacientes con enfermedades crónicas se incrementa el grado de cohesión y adaptabilidad familiar.

En relación al grado de funcionalidad familiar según su integridad se observo: que en la familia integrada (n=26) más funcionales enseguida de mediana funcionalidad (n=17) y menos funcionales (n=10) para la familia semiintegrada más funcionales (n=14) mediana funcionalidad (n=8) menos funcionales (n=3) y para la familia desintegrada más funcionales (n=7); mediana funcionalidad (n=5) y por último menos funcionales (n=5), estos resultados significan que las familias de estos pacientes tienden a integrarse y no girar en relación al paciente si no a establecer una dinámica constante del intercambio de roles que permita la rehabilitación del paciente.

ANALISIS ESTADISTICO

En la presente investigación se analizaron los resultados a través del cuadro tetracórico y Chi cuadrada.

A continuación se presentan los resultados y su interpretación existente.

TABLA No 1

Este gráfico corresponde a la edad de los pacientes que presentaron I.A.M con una

RAZON ENCONTRADA= 8.5 Hombres por 1 mujer.

EDAD PROMEDIO = 54.5 AÑOS

MODA: 63 AÑOS.

TABLA No 2

Grado de funcionalidad familiar y su estructura estas variables tienen un valor de $X^2 = 3.67$ con 4 grados de libertad; obteniendo un valor de $p < .05$, lo que traduce esto, que es estadísticamente significativa, lo que quiere decir que existe una relación entre éstas dos variables y no sólo ser explicadas por el azar

TABLA No 3

Grado de funcionalidad familiar y se desarrollo, los resultados obtenidos para una X^2 fue de 5.6 con 2 grados de libertad, y una $p < .05$ traduciendo que existe relación entre estas dos variables y no hay que recurrir a ningún otro método para explicarlas.

TABLA No 4

Grado de funcionalidad familiar e integración, la relación existente entre estas dos variables se demostró con un valor de $X^2 = 6.5$ y 4 grados de libertad con $p < .05$, no hay que recurrir a ningún otro método para explicarlas.

TABLA No 5

Vemos la relación existente entre tipo de adaptabilidad familiar y sexo, encontrándose un valor de $X^2 = 2.45$ con 3 grados de libertad y un valor de $p < .05$; pudiendo concluir con ello que este valor es estadísticamente significativo .demostrando la correlación entre ambas variables.

CONCLUSIONES

La respuesta psicológica inmediata del individuo ante un infarto al miocardio es intentar minimizar el daño sufrido, así como subestimar el miedo que resulta del evento, 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. El individuo puede responder de manera muy particular ante un infarto del miocárdio, el hecho de que escoja una forma adaptativa o maladaptativa dependerá de diversos factores el más significativo es el entorno familiar donde el paciente inicia su proceso de rehabilitación en base a la nueva dinámica familiar.

De acuerdo al siguiente estudio se encontró lo siguiente:

El rango de edad más afectado 61 a 65 años en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino el grupo de edad más afectado fue de 56-60 años, estos resultados obtenidos concuerdan con lo mencionado en la literatura, respecto a que el mayor porcentaje de pacientes con este padecimiento se encuentra en edades productivas y afectando en mayor porcentaje al sexo masculino, de acuerdo al análisis estadístico se obtuvo un promedio para la edad de 54.5 años, una media 58 años y una moda de 63 años de edad, siendo similares a las reportadas en la bibliografía.

Se observó un mayor porcentaje de pacientes del sexo masculino con un 90 % y con respecto al sexo femenino un 10 % esta relación probablemente a que el sexo masculino cuentan con más factores de riesgo coronario.

Con respecto a la funcionalidad familiar de acuerdo a la cohesión y adaptabilidad se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados pertenecían a familias con más funcionalidad lo que representaron un 50.52 % estos resultados pueden estar relacionados que los pacientes y los familiares han superado la etapa de duelo, encontrando un homeostasis familiar, reflejándose en su grado de adaptabilidad y cohesión.

De acuerdo a la ocupación la mayoría de los pacientes que presentaron infarto al miocardio son empleados con un 44.21 %, seguidos de los profesionistas, estos resultados comparados con la literatura son similares ya que el infarto al

miocardio se presenta con mayor incidencia en profesionistas y empleados y actualmente abarcando a los obreros ya que en estos se han incrementado los factores de riesgo.

El nivel de escolaridad es otro factor importante, en nuestro estudio se encontró que el mayor porcentaje de pacientes tienen bachillerato, seguidos del nivel licenciatura, esto significa que el paciente con mejor nivel escolar está sujeto a mayor estrés y por lo consiguiente a mayor riesgo coronario.

Es importante mencionar que de acuerdo a la adaptabilidad familiar se encontraron que un 49.48 % son familias flexibles, lo que nos indica que estas familias son muy susceptibles al cambio, y hacer que los roles familiares se han dinámicos y no estáticos.

Encontramos de acuerdo a la estructura familiar que la mayoría de las familias son nucleares y de acuerdo a su distribución fueron familias modernas con un 74.73 %, cabe mencionar que en nuestro estudio no se encontraron familias arcaicas.

Con lo que respecta a la integración familiar la mayoría de las familias pertenecían a familias integradas, esto significa que los integrantes de la familia están presentes y además cumplen con su rol.

En relación a los factores que presentaron estos pacientes el mayor porcentaje fue para el sedentarismo, o sea que los pacientes que presentaron I.A.M la mayoría no practicaba ningún deporte, seguidos del estrés y en tercer lugar la hipertensión arterial, luego el tabaquismo, el último factor de riesgo fueron para las drogas principalmente cocaína, que se presentó en los pacientes masculinos más jóvenes, también es importante mencionar que en la mayoría de los pacientes no fue solo un factor de riesgo si no una asociación de los mismos con mayor porcentaje de presentar un infarto al miocardio.

De acuerdo al análisis estadístico entre relación de variables, se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a la funcionalidad familiar según su estructura la familia nuclear con más funcionalidad, en relación a la funcionalidad familiar según su desarrollo se concluye que el mayor porcentaje fue para la familia moderna y por último el grado de funcionalidad familiar según su integridad el mayor porcentaje fue para familias integrales con más funcionalidad, traduciendo estadísticamente y como se demostró por Chi cuadrada que existe una relación significativa entre dichas variables y que no hay que recurrir a ningún otro método para explicarlas.

COMENTARIO

La familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad. Minuchin considera que la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas pautas constituyen lo que en terapia familiar se conoce como estructura familiar, la cual rige a la vez el funcionamiento de sus miembros además de definir su diversidad de conductas y facilitar su interacción recíproca.

Al sufrir el esposo un infarto del miocardio, la esposa se convierte en la cuidadora primaria adquiriendo una mayor jerarquía, cambio que incluso podría ser permanente si el paciente que da inhabilitado para reasumir sus funciones desde el punto de vista instrumental; especialmente si el siempre había sido la principal fuente de ingresos económicos en la familia, de ahí la importancia del médico familiar y la familia de establecer programas de rehabilitación integral para el paciente que ha presentado un infarto al miocardio que permitan que el paciente y su familia se enseñen a manejar su propia enfermedad a sí como el nuevo cambio y la dinámica familiar.

Esta orientación y rehabilitación permitirá a la estructura familiar superar el duelo ya que el paciente que sufre un infarto al miocardio experimenta una serie de reacciones emocionales como ansiedad, negación, desaliento e incluso problemas de personalidad. La ansiedad se vincula con el dolor e incomodidad y con la sensación presente de la muerte, por lo que es importante desde este punto de vista iniciar con terapia familiar para superar esta situación emocional en el paciente postinfartado.

La necesidad de recibir información en estos pacientes va desde las salas de las unidades coronarias hasta el familiar que se hará responsable de los cuidados del paciente así como al resto de los integrantes del núcleo familiar, otras alternativas que mejoran la funcionalidad familiar es abrir más las redes de apoyo e incrementar las fronteras externas del paciente.

Realmente el manejo del paciente postinfartado es de forma integral donde los miembros de la familia, el médico familiar y la sociedad se ven involucrados para la rehabilitación integral y que el individuo se incorpore a la sociedad en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales.

RESUMEN

La presente investigación se realizó en 95 pacientes que presentaron infarto agudo al miocardio y que son vistos en la consulta externa de cardiología del H G Z No 24 del I:M:S:S durante un periodo de enero a junio del 2001. Con el fin de identificar el grado de funcionalidad familiar con que cursaban estos pacientes, esto a través del instrumento de evaluación familiar FACES III que es un instrumento fácil de aplicar que incluye 20 reactivos con una escala de 5 opciones con valores del 1-5, puede ser contestado por cualquier persona mayor de 12 años, este instrumento nos permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, así como también se les aplicó un cuestionario que contenía los datos de identificación, tipología familiar, factores de riesgo coronario, así como el tiempo en que se presentó el infarto agudo al miocardio.

Los resultados obtenidos fueron: del total global de la muestra 90 % fueron pacientes masculinos y 10 % del sexo femenino, la edad promedio encontrada fue de 54.5, con una media de 58 años, la razón encontrada fue de 8.5 hombres por 1 mujer.

Se encontró que el mayor número de enfermos pertenecían a familias más funcionales con una tipología nuclear, lo que consideramos que se trata de familias con mejor cohesión así como mejor adaptabilidad lo que hace de estas familias más susceptibles al cambio.

De acuerdo a nuestro análisis estadístico a través del procedimiento y desarrollo de chi cuadrada encontramos que la relación entre las variables fue significativa, es decir que existe relación entre dichas variables.

Dentro de los factores de riesgo se encontró una fuerte asociación entre uno o más factores lo que condiciona mayor grado de riesgo coronario, el mayor porcentaje fue para el sedentarismo seguido del estrés posteriormente patologías como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, cabe mencionar que en nuestro estudio se presentaron 2 pacientes del sexo masculino quienes presentaron infarto agudo al miocardio por drogas (cocaína), los cuales se ubicaron dentro de los más jóvenes.

Por último los resultados obtenidos en nuestra investigación son similares en relación a los reportados en la literatura, pero pocos son los estudios que se han realizado en relación a la dinámica y estructura familiar en los pacientes que han

presentado infarto agudo al miocardio, por lo que consideramos que esta investigación nos permite como médicos familiares elaborar estrategias y programas que permitan al paciente una buena y pronta rehabilitación dentro del marco de su núcleo familiar y social, no debemos olvidar que en nuestro país estamos en la transición epidemiológica que hemos dejado de ser un país con mortalidad infecto-contagiosa ahora nuestra mortalidad es por cronicodegenerativas ocupando el primer lugar el infarto agudo al miocardio que se presenta en pacientes mas jóvenes y que esta presentándose en el sexo femenino con mayor incidencia esto es debido por que hemos adoptado costumbres alimenticias y de conducta de países desarrollados, por lo que consideremos aquellos factores de riesgo modificables y como médicos familiares iniciar acciones preventivas que permitan disminuir la morbimortalidad del esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1.- La inactividad física aumenta los factores de riesgo para la salud y capacidad física.

<http://www.medynet.com/femede/lainac.htm>

2.- Foro bioquímico Infarto agudo al miocardio

<http://members.es.tripod.de/EDUFRE/infarto.html>

3.- Infarto agudo de miocardio.

<http://orbita.starmedia.com/edufre/infarto.html>

4.- Ataque agudo al corazón

<http://www.tusalud.com.mx/120401.htm>

5.- Tratamiento de infarto agudo al miocardio

<http://www.fepafem.org/guias/3.11.html>

6.- Elevados costos por las enfermedades cardiovasculares.

<http://www.excelsior.com.mx/9910/991020/fin09.html>

7.- La rehabilitación cardíaca en la prevención secundaria.

<http://www.fac.org.ar/faces/publica/revista/99v28n3/sanagua.htm>

8.- Angor inestable

<http://www.geocities.com/HotSprings/6432/angorine.htm>

9.- Tratamiento en la cardiopatía isquémica.

<http://www.interbook.net/personal/druyda/botica/cardiopatia.htm>

10.- Condiciones cardiovasculares.

http://www.newagecomputer-pr.com/guardiandelcor/articulo_1.htm

11.- Recomendaciones para prevención de enfermedades cardiovasculares.

<http://www.combios.es/combios/cardio/recom.htm>

12.- Insuficiencia cardíaca

<http://www.monografias.com/trabajos/insuficardiaca/insuficardiaca.shtm>

13.-Panorama epidemiológico

<http://cueyatl.uam.mx/uam/publicaciones/boletines/tipsabr99/uno.html>

14.- Epidemiología clínica del infarto agudo de miocardio

<http://www.siicsalud.com/dato/datO15/99d22042.htm>

15.-infarto al corazón.

http://www.chopo.com.mx/prog_pac/hombres/contexto.htm

16.-Angina de pecho

<http://fepafem.org/guias/3.1.html>

17.- Por que es importante saber sobre infarto agudo al miocardio.

<http://www.radioformula.com/articulo.asp?ID=1398>

18.-Manuel C. Urgencias cardiovasculares. Editorial CECSA; 1990:33-80.

19.-Harrison. Infarto agudo al miocardio. Editorial. Interamericana Vol. I. 13 edición;1996:1229-1249.

20.-Salvador Z. Manual de terapéutica médica. Editorial: McGraw hill interamericana. 1996: 60-70.

21.-Judith E. Manual de medicina de urgencias. Editorial: Mac graw hill interamericana. 3 Edición. 1996: 211-224.

22.-Alberto V. Urgencias comunes en medicina critica .Editorial: C.E.C.S:A. 1997: 225-235.

23.-Paul L. El libro de la UCI. Editorial: Masson Willians y Wilkins 2ª Edición.1998:325-342.

24.-Ian R.Mcwhinney Medicina de familia. Mosby/Doyma libros 1996.

25.-Maria L, Julián S. Manejo del enfermo crónico y su familia. Editorial: Manual moderno. 1ª edición 2001:241-262.

26.- Ponce R. Irigoyen C.Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar.Arch Med Fam 99;1:45-47.

ANEXO 1

FACES III

1 - NUNCA 2 CASI NUNCA 3. ALGUNAS VECES 4. CASI SIEMPRE 5 SIEMPRE

- 1° Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
- 2° En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
- 3° Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4° Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5° Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- 6° Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7° Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- 8° Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9° Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10° Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos
- 11° Nos sentimos muy unidos
- 12° En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13° Cuando se toma una decisión muy importante, toda la familia está presente
- 14° En nuestra familia las reglas cambian
- 15° Con facilidad podemos planear las actividades en familia
- 16° Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- 17° Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- 18° En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- 19° La unión familiar es muy importante
- 20° Es difícil decir quien hace los labores del hogar

ESCALA DE EVALUACION

COHESION

No relacionada-----	10 a 34
Semirelacionada-----	35 a 40
Relacionada-----	41 a 45
Aglutinada-----	46 a 50

ADAPTABILIDAD

Rígida-----	10 a 15
Estructurada-----	20 a 24
Flexible-----	25 a 28
Caótica-----	29 a 50

Origina 16 combinaciones

Las más funcionales:

Mejor cohesión y mejor adaptabilidad

Las de mediana funcionales:

Mejor cohesión y extrema adaptabilidad

Extrema cohesión y mejor adaptabilidad

Las menor funcionales:

Extrema cohesión y extrema adaptabilidad

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA**

MEXICO D F _____ DE _____ 2001-

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTARON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 24 VISTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGIA

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION MEDICA CON EL NUMERO _____ EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES DEMOSTRAR QUE EXISTE DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES QUE PRESENTARON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN CONTESTAR CUESTIONARIO DE OPCION MULTIPLE.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES RIESGOS, INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARME INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO, ASI COMO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO. LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN EN ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL, TAMBIEN SE ME HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARACER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20
DELEGACION O1 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ENCUESTA PARA CLASIFICACION FAMILIAR DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO _____

OCUPACION _____

TIEMPO EN QUE SE PRESENTO EI I.A.M _____

Marque con una X la respuesta que considere correcta o complementaria.

TABAQUISMO NO () SI ()

SEDENTARISMO NO () SI ()

COLESTEROL NO () SI ()

HIPERTENSION ARTERIAL NO () SI ()

DIABETES MELLITUS NO () SI ()

ESTRÉS NO () SI ()

DROGAS NO () SI ()

MENCIONAR CUALES _____

ESTRUCTURA

¿Quiénes viven en su casa?

Esposo () Esposa () Hijos ()

Otros () Quiénes _____

DESARROLLO.

¿Quién (es) trabajan en su familia?

Esposo () Esposa () Hijos ()

DEMOGRAFIA

Su casa cuenta con servicio de:

Agua potable () Luz eléctrica () Pavimento ()

Drenaje () transporte colectivo ()

TIPOLOGIA

¿Qué tipo de empleo desempeña?

Desempleado	Obrero	Profesional	Empleado	Comerciante
()	()	()	()	()