

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS.

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS.

COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL.



T E S I S.

“LA PRESENCIA DEL INFARTO AL MIOCARDIO MODIFICA LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 DEL IMSS, NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO.”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 NEZAHUALCÓYOTL.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

M.C. ENRIQUE SUÁREZ PRIMAVERA.

DIRECTOR DE TESIS:

E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES.

REVISORES DE TESIS:

DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ.

M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTES.

E.M.F. NORA BEATRIZ LEÓN OJEDA.

E.M.F. OLIVIA REYES JIMÉNEZ.

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2014.

**“LA PRESENCIA DEL INFARTO AL MIOCARDIO MODIFICA LA
FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 DEL IMSS,
NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO.”**

AUTORIZACIONES.

DRA. ALMA LUISA LAGUNÉS ESPINOZA.
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD,
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE.

E.M.F. NORA BEATRIZ LEÓN OJEDA.
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN, UMF 75.

EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES.
COORDINADOR DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR.

PATRICIA NAVARRETE OLVERA.
DIRECTORA DE LA UMF 75.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por sus bendiciones e iluminar mi camino, darme la inteligencia y brindarme la fuerza necesaria, para poder lograr uno de mis grandes propósitos en mi vida profesional.

A mis padres Angelina y Enrique, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

A mis hermanas Gisela y Marisol por siempre ser parte importante de mi vida, gracias por su apoyo incondicional.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

A mis amigos de la Residencia por todos los momentos que vivimos durante nuestra formación profesional, gracias por su amistad, porque sin ustedes simplemente no hubiera sido lo mismo.

ÍNDICE.

	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	
I.1 Definiciones	1
I.2 Clasificación Clínica del Infarto al Miocardio.	1
I.3 Tipos de Infarto al Miocardio.	2
I.4 Historia Natural del Infarto al Miocardio.	3
I.5 Epidemiología de Infarto al Miocardio.	4
I.6 Factores de Riesgo.	7
I.6.1 Otros Factores.	8
I.6.2 Factores Conductuales del Infarto al Miocardio.	8
I.7 Enfoque del Subsistema Conyugal.	9
I.7.1 La Pareja.	13
I.7.2 La Relación de Pareja.	13
I.8 Funciones Conyugales.	15
I.8.1 Subsistema Parental.	15
I.8.2 Subsistema Fraterno.	16
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	17
II.1 Argumentación.	17
II.2 Pregunta de Investigación.	19
III. JUSTIFICACIONES.	20
III.1 Académica.	20
III.2 Científica.	20
III.3 Social.	21
III.4 Económica.	21
IV. HIPÓTESIS.	22
IV.1 Elementos de la Hipótesis.	22
IV.1.1 Unidades de Observación.	22

IV.1.2 Variables.	22
IV.1.2.1 Dependiente.	22
IV.1.2.2 Independientes.	22
IV.1.2.3 Elementos Lógicos de Relación.	22
V. OBJETIVOS.	23
V.1 General.	23
V.2 Específicos.	23
VI. MÉTODO.	24
VI.1 Tipo de Estudio.	24
VI.2 Diseño de Estudio.	24
VI.3 Operacionalización de Variables.	26
VI.4 Universo de Trabajo.	29
VI.4.1 Criterios de Inclusión.	29
VI.4.2 Criterios de Exclusión.	29
VI.4.3 Criterios de Eliminación.	30
VI.5 Instrumento de Investigación.	31
VI.5.1 Descripción.	31
VI.5.2 Validación.	32
VI.5.3 Aplicación.	32
VI.6 Desarrollo del Proyecto.	33
VI.7 Límite de Espacio.	33
VI.8 Límite de Tiempo.	33
VI.9 Diseño de Análisis.	34
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	34
VIII. ORGANIZACIÓN.	35
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	36
X. CUADROS Y GRÁFICOS.	39
XI. CONCLUSIONES.	52
XII. RECOMENDACIONES.	56
XIII. BIBLIOGRAFÍA.	58
XIV. ANEXOS.	61

I. MARCO TEÓRICO.

I.1 DEFINICIÓN DE INFARTO AL MIOCARDIO:

El infarto de miocardio (IM) se define cuando se diagnostica por sus características clínicas, el electrocardiograma (ECG), el aumento de las cifras de los biomarcadores de necrosis miocárdica y los estudios por imágenes o por anatomía patológica.

Los síntomas isquémicos comprenden diversas combinaciones de molestia precordial, de los miembros superiores, mandibular o epigástrica (con el esfuerzo o en reposo) o un equivalente isquémico, como disnea o fatiga. La molestia asociada con el IAM habitualmente dura > 30 min. Con frecuencia la molestia es difusa no localizada, ni posicional, ni afectada por el movimiento y se puede acompañar de sudoración, náuseas o síncope. Sin embargo, estos síntomas no son específicos de isquemia miocárdica.

El Infarto Agudo al Miocardio puede tener síntomas atípicos como palpitaciones, paro cardíaco o ser asintomático; por ejemplo en mujeres, ancianos, diabéticos o pacientes en el postoperatorio o muy graves. Se aconseja la evaluación cuidadosa de estos pacientes, especialmente cuando hay un perfil en ascenso o en descenso de los biomarcadores cardíacos.

I.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL INFARTO AL MIOCARDIO:

A los fines de las estrategias terapéuticas inmediatas, como el tratamiento de reperfusión, se denomina 'IAM con supradesnivel ST' al IAM en los pacientes que sufren molestias precordiales u otros síntomas isquémicos y tienen supradesnivel ST en dos derivaciones contiguas. El IAM en los pacientes sin supradesnivel ST se considera como 'IAM sin supradesnivel ST'. Muchos pacientes con IAM, aunque no todos, tienen ondas Q (IAM con ondas Q o IAM sin ondas Q).

En los pacientes sin aumento de los biomarcadores se puede diagnosticar angina inestable. Además el IAM se clasifica en diversos tipos, según diferencias anatomopatológicas, clínicas y pronósticas, que tendrán estrategias terapéuticas diferentes.

I.3 TIPOS DE INFARTO AL MIOCARDIO:

Tipo 1	Infarto de miocardio espontáneo
Tipo 2	Infarto de miocardio secundario a desequilibrio isquémico
Tipo 3	Infarto de miocardio que produce la muerte y no se dispone de valores de los biomarcadores
Tipo 4	Infarto de miocardio relacionado con angioplastia intraluminal coronaria
Tipo 4b	Infarto de miocardio relacionado con trombosis del stent
Tipo 5	Infarto de miocardio relacionado con cirugía de derivación aortocoronaria

- **Infarto de miocardio espontáneo (IAM tipo 1).**

Es un episodio que se relaciona con ruptura, úlcera, erosión o disección de una placa aterosclerótica y producción de un trombo intraluminal en una o más de las arterias coronarias, con necrosis de los miocitos. En el 5-20% de los casos se puede hallar enfermedad coronaria no obstructiva o ausencia de enfermedad coronaria en la arteriografía, en especial en mujeres.

- **Infarto de miocardio secundario a desequilibrio isquémico (IAM tipo 2).**

En casos de lesión miocárdica con necrosis, donde otra enfermedad que no sea la enfermedad coronaria contribuye al desequilibrio entre la provisión y las necesidades de oxígeno. En pacientes con enfermedad grave o sometida a cirugía mayor (no cardíaca), pueden aparecer valores altos de los biomarcadores cardíacos, debido a los efectos tóxicos directos de las grandes concentraciones de catecolaminas endógenas o exógenas circulantes. Asimismo el vasoespasmo coronario o la disfunción endotelial pueden causar IAM.

- **Muerte cardíaca por infarto de miocardio (IAM tipo 3).**

A los pacientes que sufren muerte cardíaca, con síntomas sugestivos de isquemia miocárdica acompañada por cambios isquémicos en el ECG, se los debe clasificar como IAM mortal, aún si no se dispone de biomarcadores de IAM.

- **Infarto de miocardio asociado con procedimientos de revascularización (IAM tipos 4 y 5).**

Se puede producir lesión miocárdica o infarto en algún momento de las maniobras instrumentales cardíacas necesarias durante los procedimientos de revascularización, ya sea por angioplastia intracoronaria o por cirugía de derivación aortocoronaria. ⁽¹⁾

I.4 HISTORIA NATURAL DEL INFARTO AL MIOCARDIO.

La auténtica historia natural del Infarto al Miocardio es difícil de establecer por una serie de razones: la frecuente incidencia del infarto silente, la frecuencia de la muerte súbita fuera del hospital y los distintos métodos y definiciones utilizados para el diagnóstico de esta entidad. ⁽²⁾ Ver imagen 1.

Imagen 1. Historia Natural del Infarto Agudo de Miocardio.

HISTORIA NATURAL DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO					
CONCEPTO: daño miocárdico irreversible que conduce a necrosis-es una situación grave de síndrome coronario agudo por oclusión del diámetro luminal de una o varias arterias coronarias.					
PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
<p>HUEPED: mayores de 60 años de edad-deportistas de alto rendimiento-prevalece más en el sexo masculino.</p> <p>AGENTE: aterosclerosis-trombosis-espasmos coronarios.</p> <p>MEDIO AMBIENTE: Tabaquismo. Alteraciones en el colesterol y triglicéridos. Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus La obesidad La historia familiar de cardiopatía isquémica</p>		<p>Características: desequilibrio entre la triada ecológica</p> <p>MUERTE: en oclusiones de arteria coronaria izquierda- mas del 50 % de las veces</p> <p>SECUELAS: daños tisular cardiaco irreversible (miocardio) alteración en las capacidades cardiacas (↓ gasto cardiaco-↓ perfusión tisular, etc.)</p> <p>COMPLICACIONES: arritmias-insuficiencia cardiaca-choque cardiogenico-trombosis y embolias-ruptura de ventrículo izquierdo</p> <p>S y S ESPECIFICOS: dolor torácico irradiado a hombro y brazo izquierdo-mandíbula y espalda (duración menos de 20 min.) Marcadores enzimáticos presentes en suero</p> <p>S y S INESPECIFICOS: dolor región torácica</p>			
HORIZONTE CLINICO					
Obstrucción de las arterias coronarias por placa de ateroma-trombosis-espasmo Desequilibrio entre demanda VS aporte de O2 al miocardio Alteración de las células miocárdicas → actividad eléctrica y contracción					
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROMOCIÓN A LA SALUD	PROTECCIÓN	DIAGNÓSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
<p>Orientar sobre: Alimentación y nutrición.</p> <p>Recreación y esparcimiento.</p> <p>Mejoramiento del ambiente.</p> <p>Prevención de adicciones.</p> <p>Prevenir situaciones de estrés.</p> <p>Chequeo anual.</p>	<p>Moderar la dieta que sea baja en grasas y rica en antioxidantes</p> <p>Programas de reducción de peso.</p> <p>Grupos de ayuda.</p> <p>Servicios de dietología.</p> <p>Efectos nocivos de tabaco, alcohol y otras drogas.</p> <p>Actividad física.</p> <p>Acudir a centros culturales de entrada libre.</p>	<p>Historia clínica: Antecedentes familiares.</p> <p>Prevención a todo individuo con algún factor de riesgo.</p> <p>Prueba de resistencia</p> <p>Identificar dolores torácicos-intensidad y tiempo de duración</p> <p>Pruebas de laboratorio-para identificación de enzimas (PK-MB)</p> <p>Electrocardiograma.</p> <p>Angiografía</p>	<p>Tratamiento Médico</p> <p>Medidas higiénico dietéticas.</p> <p>La administración de Oxigeno a 2 ó 4 litros por minuto.</p> <p>Reposo absoluto.</p> <p>Calmar el dolor: Inicialmente con nitroglicerina, y si no cede con morfina (1-4mg EV) (siempre y cuando la frecuencia cardiaca no sea menor de 60 latidos por minuto).</p> <p>El uso de sedantes.</p>	<p>Reducción de niveles de colesterol mediante alimentación higiénica-dietética.</p> <p>Eliminación de elemento obstructivo</p> <p>Reperfusion mecánica</p>	<p>Reintegrarlo a su vida social y laboral.</p> <p>Actividad física, nutrición y manualidades</p>

I.5 EPIDEMIOLOGÍA DEL INFARTO AL MIOCARDIO.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares, como el infarto al miocardio y accidente cerebro vascular, cobran 17.5 millones de vidas al año en el mundo.

En los varones, son mayores los porcentajes de infarto agudo al miocardio y enfermedad isquémica crónica del corazón, en comparación con las mujeres. Sin embargo, en las mujeres, se muestran mayores porcentajes para la hipertensión esencial y otras enfermedades cerebrovasculares, en comparación con los varones.

La tasa de mortalidad más alta (60.5), por enfermedad isquémica del corazón, se presenta en las mujeres. Estas enfermedades se pueden prevenir al cambiar estilos de vida, malos hábitos y conductas de riesgo, por lo que resulta imperioso favorecer su prevención. México ha comenzado a enfrentarse a enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus, entre otras. ⁽³⁾

A nivel mundial los síndromes coronarios agudos (SCA), son una causa importante de morbilidad y mortalidad. De acuerdo a datos recientes, en los siguientes años más de 6 millones de personas tendrán un infarto agudo al miocardio y su prevalencia aumentara 33%. Datos epidemiológicos de México, establecen a la cardiopatía isquémica como primera causa de mortalidad en personas mayores de 60 años, la segunda causa en la población en general, fue responsable de 50,000 muertes en 2003 y contribuyo aproximadamente al 10% de todas las causas de mortalidad. ⁽⁴⁾

México tiene una de las tasas más altas en diabetes mellitus que junto con la cardiopatía isquémica constituyen las dos primeras causas de mortalidad. El impacto económico en nuestro país fue de aproximadamente de siete mil millones de pesos, además del desequilibrio familiar que genera el fallecimiento o la incapacidad del principal proveedor. ⁽⁵⁾

En cuestión de los egresos hospitalarios por enfermedades cardiacas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución que atiende al mayor número de casos para este grupo de enfermedades, seguido de la Secretaría de Salud (SSA) y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El 54.4% de las enfermedades isquémicas lo atiende el IMSS, 27.4% la SSA y el ISSSTE solo atiende al 10% de los casos.

El orden de las instituciones en la atención de las enfermedades cerebrovasculares es igual (61.3, 20.6% y 13.2%, respectivamente), y se repite para las enfermedades hipertensivas (49.3%, 35.1% y 11.5%, cada uno). ⁽⁶⁾

De acuerdo con la información disponible a 2012, poco más de 87 mil personas fallecieron a causa de alguna enfermedad del corazón.

La tasa más alta de mortalidad para este tipo de afecciones la presentan las enfermedades isquémicas, siendo mayor para las mujeres en relación con los varones (60.5 y 45.7 respectivamente); la segunda causa son las enfermedades cerebrovasculares siendo relativamente más alta para los hombres que para las mujeres (28.6 contra 26.7, respectivamente); las enfermedades hipertensivas tienen una incidencia mayor para los varones (15.6) en relación a la presentada en las mujeres. Ver gráfico 2.

Respecto a instituciones, en 2012, el IMSS es donde se presentó el mayor porcentaje de mortalidad por enfermedad cerebrovascular (59.5%), seguida por la SSA (27.6%) y el ISSSTE (9.8%).

Para las enfermedades isquémicas del corazón, en el IMSS se observó la tasa más alta (56.2%), seguido por la SSA (31.3%) y el ISSSTE (10.1%); por último, en cuanto a las enfermedades hipertensivas, las tasas más altas se presentaron en el IMSS (55.6%), seguido por la SSA (32.7%) y el ISSSTE (9.0%).

Cabe aclarar que el comportamiento de los porcentajes de mortalidad para cada institución está directamente relacionado con la proporción de población que es atendida por cada una de ellas. ⁽⁷⁾

I.6 FACTORES DE RIESGO.

Edad: La tasa de muertes por cardiopatías isquémicas, se agrava con el paso de los años, incluso en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, desde los 40 hasta los 60 años la incidencia de IAM se incrementa más de cinco veces.

Sexo: Los hombres son mucho más susceptibles a padecer enfermedades cardiovasculares en comparación con las mujeres; todos los demás factores son iguales. Pero después de la menopausia la frecuencia de IAM llega a ser la misma en ambos sexos (alrededor de los 70 u 80 años de vida).

Predisposición familiar: Hay una predisposición familiar a las patologías cardiovasculares y aterosclerosis. En ciertas ocasiones implica trastornos genéticos hereditarios bien establecidos en el metabolismo de las lipoproteínas que resultan en concentraciones muy altas de lípidos en sangre (hipercolesterolemia familiar).

Los principales factores de riesgo adquiridos susceptibles a control:

- a) **Hiperlipidemia:** alta concentración de colesterol, de triglicéridos y de la LDL oxidada.
- b) **Hipertensión:** por múltiples factores, trauma vascular, proceso de reparación, proceso de remodelación vascular, el proceso aterosclerótico es parte de un proceso de reparación inadecuado o de remodelación vascular asociada con placa aterosclerótica.
- c) **Tabaquismo:** no solo por la posibilidad de aterogénesis, sino también la desviación de la curva de disociación de la hemoglobina con un aprovechamiento inadecuado de oxígeno, más el factor de excitación dependiente de nicotina con la génesis de la enfermedad.

I.6.1 OTROS FACTORES:

Estos se refieren a factores de riesgo menores o “leves”, por su relación con un riesgo menos notable y difícil de cuantificar. Entre estos encontramos:

- Insuficiente actividad física regular.
- Estilo de vida competitivo, estresante, con conducta “Tipo A”
- Obesidad
- Sedentarismo
- Empleo de anticonceptivos orales
- Hiperuricemia
- Ingestión abundante de carbohidratos
- Hiperhomocisteinemia
- Hábitos comportamentales: Es la realización habitual de determinadas conductas, así como también la ausencia de ciertos hábitos.
- Trastornos emocionales: La Ansiedad y la Depresión son otras influencias negativas del estrés sobre el IAM.

I.6.2 FACTORES CONDUCTUALES DEL INFARTO AL MIOCARDIO.

Estímulos ambientales estresantes: insatisfacción laboral, preocupaciones económicas, exceso de trabajo, elevados niveles de responsabilidad, infelicidad familiar (estos aumentan el riesgo de IAM por medio de la activación de los ejes neuroendocrino y endocrino).

Conducta tipo A la cual se caracteriza por: Un excesivo impulso competitivo, impaciencia, hostilidad, aceleración en el habla y movimientos, esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de los objetivos autoseleccionados y por lo general pobremente definidos, deseo persistente de reconocimiento y prestigio, constante implicación y diversas actividades que exceden la disponibilidad de tiempo del

sujeto, propensión habitual a la aceleración en la realización de actividades diversas, extraordinario nivel de alerta física y mental. ⁽⁸⁾

I.7 ENFOQUE DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

El impacto del Infarto Agudo al Miocardio tiene diversas repercusiones en las esferas de desarrollo del ser humano, sin embargo, una de ellas en dónde las repercusiones tienen mayor profundidad es la familia. Un paciente que ha sufrido un IAM y ha logrado sobrevivir a él, se enfrenta a cambios significativos no sólo en su estilo de vida sino también en la forma cómo se interrelaciona con los integrantes de la familia a la que pertenece.

Desde este punto de vista, la familia constituye el contexto social primario en que el paciente con IM se desarrolla y cualquier situación de estrés en alguno de sus elementos altera su estructura y dinámica, y cuanto más intenso es éste se potenciará la disfunción.

Al concebir a la familia como un grupo de personas que residen en un hogar de forma permanente y comparten vínculos de consanguinidad, parentesco, convivencia y afecto, su salud se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales, que se definen a escala microsocia en el contexto del hogar. Se expresa en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocia de sus integrantes, y de la vida familiar y social. ⁽⁹⁾

La conducta que adopte el individuo y la familia, dependerá de la fase del ciclo vital, estructura y funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad), red de apoyo comunitario y profesional, ya que el impacto del IM es considerable y exige cambios de roles y redistribución de tareas.

Es preciso diferenciar también a la familia funcional de la disfuncional, ya que esta última se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado las funciones familiares y por lo tanto, se ven afectadas áreas como la educación y el desarrollo afectivo. ⁽¹⁰⁾

Se afirma que la intervención familiar se asocia con el grado de ajuste o funcionalidad de sus miembros. Las familias funcionales son capaces de promover el desarrollo integral de sus integrantes y lograr en ellos el mantenimiento de estados de salud favorable, en tanto las familias disfuncionales deben ser consideradas como un factor de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en éstos. Generalmente, son incapaces de enfrentar las crisis, haciendo que las soluciones que tomen pasen a ser verdaderos problemas. ⁽¹¹⁾

Ante una enfermedad aguda grave se pueden observar cambios en la funcionalidad de la familia y un estado de alteración que requiere una respuesta adaptativa que obliga la incorporación de cambios homeostáticos en breves lapsos, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentara al duelo que en algunas ocasiones, será merecedor de apoyo terapéutico especializado.

Existe un tipo de respuesta que las familias presentan como efecto de la enfermedad, es la denominada tendencia centrífuga; se puede observar en familias cuyas conductas, en general, no están relacionadas con la situación de la enfermedad. ⁽¹²⁾

Existen elementos que pueden alertar al médico acerca de las dificultades familiares para afrontar la enfermedad o sus secuelas, uno de ellos es la poca o

nula adherencia al tratamiento del paciente para cumplir con las citas, medicación y cambios en el estilo de vida. ⁽¹³⁾

Existe una relación bidireccional marcada entre la enfermedad y salud familiar, dicha asociación no presupone una relación causa - efecto, sin embargo es conveniente precisar la asociación ya que cualquier falla en el diagnóstico o manejo de esta dualidad, en cualquier etapa del ciclo vital familiar, condiciona los escenarios futuros, mismo que no son deseables para posibles problemas de índole biológica, psicológica y/o social. ⁽¹⁴⁾

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ⁽¹⁵⁾

Desde la perspectiva de la teoría general de los sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas. La aplicación de esta teoría añadió una nueva perspectiva de la familia al considerarla como un sistema vivo.

Todo sistema vivo es un sistema abierto. Podemos definir sistema abierto como una entidad que tiene un conjunto de reglas y que intercambia información y energía con el mundo exterior. Los sistemas abiertos no son entidades estáticas, sino dinámicas, mantenidas por la interacción entre la homeostasis (persistencia) y el cambio (evolución). ⁽¹⁶⁾

Esto dará lugar a que el sistema se organice mediante jerarquías, de forma que cada sistema esté formado por subsistemas y que, a su vez, se pueda integrar en diversos suprasistemas. Vista la familia como un sistema, observaremos en su estructura diversos subsistemas (parental, conyugal, fraternal) organizados

jerárquicamente y con límites más o menos permeables que regulan la relación entre sus miembros.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares. ⁽¹⁷⁾

La familia como un sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas. ⁽¹⁸⁾

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. ⁽¹⁹⁾

Por lo tanto la familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas en la que todos los miembros influyen en la naturaleza del sistema, a la vez que todos se ven afectados por el propio sistema. ⁽²⁰⁾

Los subsistemas familiares son reagrupamientos de miembros de la familia, según criterios de vinculación específica de la que se derivan relaciones particulares. ⁽²¹⁾

En análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.

Las funciones llevadas a cabo por la pareja deben ser claras y gratificantes, es por ello que el médico familiar debe orientar a la pareja, contar con criterios definidos que permitan evaluar su grado de disfuncionalidad sin perder de vista el marco social en el que se encuentra inmerso. ⁽²²⁾

1.7.1 LA PAREJA.

Podría entenderse a la pareja como la relación que establecen dos personas para compartir una determinada unión; la cual implica afinidad en proyectos de vida conjuntos a futuro. Esta unión es el resultado de un periodo de asentamiento en el cual los sujetos que se implican determinan una forma característica de enlace al que se le denomina “vinculo”.

1.7.2 LA RELACIÓN DE PAREJA.

Desde el punto de vista de funcionalidad, la pareja no se forma con el matrimonio, sino desde la etapa de noviazgo, la cual es crucial y determinante, ya que en ella se definen y afianzan factores significativos para la pareja. Luis Leñero señala cuando menos tres factores que influyen en el proceso de elección de pareja:

1. Residencia en una determinada comunidad.
2. Pertenencia a una determinada clase social.
3. Involucración en un determinado círculo social.
4. Haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social.
5. Reconocer creencias afines.
6. Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes.
7. Contemplar expectativas económicas semejantes.
8. Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual. ⁽²³⁾

El subsistema conyugal se forma en el momento en que dos adultos deciden unirse con ese propósito. Requiere que se establezcan reglas propias y consigan fijar bien los límites. Cada compañero trae un conjunto de valores y expectativas, trae su propio mapa de la realidad, compuesto de costumbres, pequeños rituales y reglas, creencias, la mayor parte aportados por la propia familia de origen. ⁽²⁴⁾

La pareja ha de desarrollar pautas de acomodación y establecer reglas; estas reglas pueden ser verbalizadas y consensuadas (explícitas) y también pueden establecerse inconscientemente de forma paulatina por sí mismas (implícitas). Cada cónyuge perderá individualidad y ganará, a cambio, pertenencia.

Una de las tareas más importantes es la fijación de límites para su propia protección y satisfacción como pareja. Unos límites mal fijados sobre el resto del mundo extrafamiliar (amigos, parientes políticos, familia de origen) pueden ocasionar conflictos y acarrear patología.

El subsistema conyugal es importante para el desarrollo afectivo de los hijos. Los hijos aprenden a expresar afecto, hostilidad, se les van transmitiendo los valores, creencias y expectativas paternas. Hay situaciones patológicas en las que un hijo se puede convertir en chivo expiatorio o pasar a ser aliado de un cónyuge contra el otro.

En muchas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través del tiempo; en gran parte de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema conyugal. ⁽²⁵⁾

Los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción conyugal. ⁽²⁶⁾

El subsistema conyugal funciona como modelo para los demás subsistemas de la familia y todo lo que los cónyuges viven cotidianamente es aprendido y enseñado al resto de la familia. ⁽²⁷⁾

I.8 FUNCIONES CONYUGALES.

Las funciones de la pareja prácticamente quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja, lo más sano no es una pareja sin conflictos sino una pareja que sabe cómo manejar sus conflictos como quiera que estos se presenten y en el momento que se presenten.

Las principales funciones a considerar para su evaluación son: adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones. ⁽²⁸⁾

1.8.1 SUBSISTEMA PARENTAL.

Su función es la crianza y educación de los hijos. Cuando en un sistema conyugal aparece un hijo se deben diferenciar las funciones para desempeñar las tareas de socialización del hijo.

Se deben trazar límites que faciliten el acceso al hijo a ambos padres, pero que impidan, a la vez, su intromisión en las relaciones conyugales. En este periodo de fijación de límites al hijo, éste aprende lo que le está permitido y lo que no; no fijarlos, o que resulten contradictorios, producirá confusión e inseguridad al niño.

Es la coherencia y la predecible conducta de los padres lo que hace que el niño se sienta seguro y confiado: una de las actitudes parentales más nocivas es que ante una misma travesura del niño unas veces se consiente y otras se reprime; esta confusión primaria sobre lo que es lícito y lo que no lo es suele estar en la base de futuras conductas asociales.

El subsistema parental puede tener una composición variable. Puede incluir a otros parientes (un tío, una abuela) y puede excluir a alguno de los padres; o bien un hijo puede cumplir una función parental.

Si bien los adultos tienen el deber de socializar y proteger a los hijos, tienen también sus derechos. El principal es el de que la autoridad está de su parte y habrán de ejercerla a la hora de tomar decisiones respecto a la evolución de la familia como tal.

1.8.2 SUBSISTEMA FRATERO.

Los hermanos son el primer grupo humano donde los niños aprenden a tratar con sus iguales, sus pares. Negociación, competición, colaboración aprenden en el subsistema fraterno. Los mecanismos relacionales básicos son la imitación (forma primitiva de empatía, que facilita la comprensión del otro) y la rivalidad (ayuda a la propia diferenciación).

Al iniciar su contacto con el mundo extrafamiliar actúan según las pautas aprendidas del mundo fraterno; luego, poco a poco, irán incorporando pautas nuevas y alternativas.

Los niños sin hermanos, los hijos únicos, suelen desarrollar pautas tempranas de adaptación al mundo adulto, lo que da lugar a un desarrollo precoz en su socialización; pero, a la vez, puede originar dificultades de autonomía en el futuro.

Los primogénitos tienden a considerarse más especiales, mostrarse más responsables y sentirse obligados a seguir la tradición familiar; por el contrario, los hijos menores tienden a ser más irresponsables y a retrasarse en su maduración psicológica.

(29)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

El análisis de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones del subsistema conyugal.

El diagnóstico de Infarto al Miocardio ocasiona, inmediatamente, un impacto en la familia de la persona acometida por la enfermedad. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente familiar, laboral en que está inserta.

El cónyuge de una persona que ha sufrido un Infarto al Miocardio requerirá de gran atención por el carácter crónico, gravedad y discapacidad de la enfermedad, más allá del significado económico, social y del impacto psicológico que representa para el paciente y sus familiares.

Así, la familia también tendrá que adaptarse a la crisis, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio familiar podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación del cónyuge. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación.

Se realizó la búsqueda de artículos que nos hablen sobre la presencia del Infarto al Miocardio en un integrante del subsistema conyugal asociado a disfunción conyugal, encontrando sólo algunos artículos que reportan las causas de infarto como el estrés laboral, aspectos psicológicos y de apoyo familiar; no se encontró algún artículo que fuera específico para la disfunción conyugal asociada al infarto agudo al miocardio, el cual se caracteriza por su alto impacto en la familia, ya que siendo ella su objeto de estudio, presuponemos que deberá existir ante la presencia de Infarto al Miocardio la presencia de algún grado de disfunción conyugal.

Existen estudios cualitativos, en los cuales se indagaron cuatro ejes temáticos y se entrevistaron a pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio identificados en la unidad coronaria del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, entre diciembre de 2007 y junio de 2009 donde antes del evento coronario en ambos sexos se presentó miedo y confusión causados por la incertidumbre. En hombres hubo negación como mecanismo de defensa. En mujeres preocupación por las responsabilidades incumplidas y sensación de muerte asociada al miedo. En su estancia en urgencias: los hombres por diferentes razones recibieron atención antes que las mujeres.

En la estancia en la unidad coronaria: a los hombres casados los visitaron sus esposas de manera regular y los hijos de manera esporádica; a las mujeres las visitaron sus familiares directos de manera esporádica. En cuanto a percepción del apoyo familiar: sólo las mujeres percibieron la sensación de desequilibrio, en un contexto en el que la enfermedad es una crisis que desorganiza el funcionamiento familiar e impacta a todos sus miembros.

Dada la importancia que existe entre la funcionalidad conyugal y el adecuado estado de salud de sus miembros, es importante conocer la presencia de Infarto al Miocardio en un integrante del subsistema conyugal asociado a disfunción conyugal, ya que hasta el momento no hay estudios que hayan sido aplicados exclusivamente a este tipo de pacientes.

II.2 Pregunta de Investigación.

¿El Infarto al Miocardio modifica la funcionalidad del subsistema conyugal en los pacientes de la U.M.F. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl, Estado de México?

III. JUSTIFICACIONES.

Existen una gran cantidad de estudios sobre funcionalidad del subsistema conyugal, todos relacionados con diferentes enfermedades principalmente en diabéticos, hipertensos, adolescentes, pero ninguno en relación a la funcionalidad del subsistema conyugal y su relación con el Infarto al Miocardio en uno de sus integrantes.

III.1 Académica.

Como médicos familiares nos es de gran importancia este tema, para hacer mayor énfasis en la atención integral del paciente con Infarto al Miocardio, es por ello que el presente estudio tiene la finalidad de proporcionar conocimientos sólidos que puedan ser aplicados en el área laboral, ya que una información completa puede minimizar diversas secuelas. Por lo que es necesario preparar a los profesionales de la salud para una buena orientación familiar ética y humana.

III.2 Científica.

Como sabemos el Infarto al Miocardio es una enfermedad de gran relevancia en la política de salud de nuestro país y constituye una línea directriz, por ser esta enfermedad de las primeras 3 causas de morbilidad y mortalidad en México. Según criterios científicos, el abordaje de las enfermedades cardiovasculares debe tener carácter multidisciplinario, ya que posteriormente puede manifestar diversas repercusiones familiares y por ende conyugales.

III.3 Social.

Uno de los sistemas sociales más importantes que tiene como objetivo primordial contribuir al bienestar de los seres humanos, es la familia. Ella es el grupo social primario que permite a los individuos desarrollarse, crecer física y psicológicamente consiste en facilitar la transferencia de valores, creencias y costumbres, así como la transmisión de habilidades que ayudan al crecimiento de los individuos, la cual al verse afectada o incluso disuelta a causa del Infarto al Miocardio, dejaría de cumplir su función dentro de la organización social.

III.4 Económica.

El Infarto al Miocardio repercute de forma económica ya que afecta a una gran proporción de la población adulta, debido a que las personas que lo sufren generalmente se encuentran en edad laboral, ocasionando cambios socioeconómicos súbitos, que generalmente la mayor parte de las veces transforma su calidad de vida y por ende cambios en la funcionalidad del subsistema conyugal.

En México, los recursos públicos para el financiamiento de la salud son escasos, la Secretaría de Salud a través del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS) proporciona información de los recursos que se invierten y consumen en la producción de servicios de salud. Si la atención del paciente con cardiopatía isquémica se da en el tercer nivel con costo mayor, el diferencial sería el costo de mantener sistemas de atención ineficientes. En el IMSS los costos totales anuales de atención médica nacional corresponden a 8127 millones para el Infarto Agudo al Miocardio, lo cual equivale a 4.3% del gasto de operación de la institución en el año 2007-2011.

IV. HIPÓTESIS.

El Infarto al Miocardio modifica la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes de la UMF 75, IMSS.

IV.1 ELEMENTOS DE LA HIPOTESIS.

IV.1.1 UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl, Estado de México.

IV.1.2 VARIABLES.

IV.1.2.1 DEPENDIENTE.

Funcionalidad del Subsistema Conyugal.

IV.1.2.2 INDEPENDIENTES.

Infarto al Miocardio.

IV.1.2.3 ELEMENTOS LOGICOS DE RELACIÓN.

El, la, en.

V. OBJETIVOS.

V.1 GENERAL.

Identificar si el Infarto al Miocardio modifica la funcionalidad del subsistema conyugal en los pacientes de la U.M.F. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl, Estado de México.

V.2 ESPECÍFICOS.

1. Determinar el grupo de pacientes con antecedente de Infarto al Miocardio en la UMF 75 ambos turnos.
2. Ubicar el núcleo familiar del paciente.
3. Identificar la funcionalidad conyugal en cada paciente a partir de un instrumento previamente validado (Escala de Chávez-Velasco).
4. Estimar la modificación derivada del Infarto al Miocardio en la funcionalidad conyugal.

VI. MÉTODO.

VI.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, analítico.

VI.2 DISEÑO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, analítico en la UMF 75 empleando como sujetos de estudio al universo de pacientes con antecedente de Infarto al Miocardio y que cuenten con subsistema conyugal con la finalidad de determinar la asociación entre ambas variables (análisis bivariado).

La primera fase del estudio consistió en identificar a la población en estudio en base al expediente electrónico clave CIE I21.9 para ubicar el consultorio al que pertenece cada paciente. Posteriormente se ubicó a la población con un núcleo familiar con énfasis en el subsistema conyugal.

A cada paciente se le aplicó en 2 ocasiones el instrumento denominado escala de Chávez-Velasco para evaluar la funcionalidad conyugal.

En la primera aplicación del instrumento de Chávez-Velasco se le indicó al paciente que lo conteste de acuerdo a su percepción personal de funcionalidad conyugal antes de haber presentado el Infarto al Miocardio.

En la segunda aplicación del instrumento de Chávez-Velasco se le indico al paciente que lo conteste de acuerdo a su percepción personal de funcionalidad conyugal después de haber presentado el Infarto al Miocardio.

El instrumento se aplicó en el área de consulta externa.

Los datos obtenidos de las encuestas se capturaron en una plataforma electrónica del sistema Excel profesional 2013, previamente elaborada para su análisis.

Al terminar la captura de todos los datos se procedió al análisis estadístico por medio de tablas y gráficas para el reporte de los resultados, análisis y presentación de los mismos.

Elaboración de discusión, conclusiones y digitalización de la tesis.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEM
Funcionalidad del subsistema Conyugal.	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesan.	Es la forma en que cada pareja supera la crisis a las que está sometida. Se evaluara mediante la escala de Chávez-Velasco.	Cualitativa Ordinal.	1) Severamente disfuncional (0-40). 2) Moderadamente disfuncional (41-70). 3) Funcional (71-100).	14-25.
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEM
Infarto al Miocardio.	El infarto agudo de miocardio (IAM) se diagnostica por sus características clínicas, el electrocardiograma (ECG), el aumento de las cifras de los biomarcadores de necrosis miocárdica y los estudios por imágenes o por la anatomía patológica.	Es el tipo de cardiopatía isquémica que sufrieron los pacientes.	Cuantitativa Discreta	Infarto Agudo: Por anatomía patológica es la muerte de la célula miocárdica debida a isquemia prolongada (>20 minutos-6 horas).	8-9
				Infarto Cicatrizal: Es el proceso completo que lleva al infarto cicatrizado (5-6 semanas).	8-9
				Infarto al Miocardio Previo: Ondas Q o complejos QS son patognomónicos de IAM previo en pacientes con cardiopatía isquémica, independientemente de los síntomas.	8-9

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEM
				<p>Infarto de Miocardio silencioso: En los pacientes asintomáticos cuando aparecen nuevas ondas Q patológicas durante un ECG de control, o hay evidencia de IAM en los estudios por imágenes que no se puede atribuir a un procedimiento de revascularización coronaria.</p> <p>Infarto de Miocardio Recidivante: Si se produce después de los 28 días de un primer infarto.</p> <p>Reinfarto de Miocardio: Infarto que se produce dentro de los 28 días de un IAM nuevo o recidivante.</p> <p>Infarto Crónico: Aquel infarto que se detecta con ondas Q patológicas por electrocardiograma después de 1 año de haber presentado IAM.</p>	<p>8-9</p> <p>8-9</p> <p>8-9</p> <p>8-9</p>
Sexo	Conjunto de factores orgánicos que distinguen al macho de la hembra.	Genero del paciente al momento de la encuesta.	Cualitativo Nominal	1) Masculino 2) Femenino	1

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Años del paciente al momento de la encuesta.	Cuantitativo Continuo	1) 20 a 30 años 2) 31 a 40 años 3) 41 a 50 años 4) 51 a 60 años 5) Mayor de 61 años	2
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEM
Proveedor que aporta el ingreso económico en el hogar.	Es el pago que recibe de forma periódica un trabajador de mano de su empleador a cambio de cierta actividad productiva	Es aquel cónyuge que aporta el gasto al hogar	Cualitativa Nominal	1) Paciente 2) Cónyuge 3) Hijos 4) Otras personas 5) Ninguno	10, 11
Años de Vida Conyugal	Es el tiempo en el cual la pareja llevan viviendo juntos bajo el mismo techo	Son los años en que una pareja tiene viviendo juntos	Cualitativa nominal	1) De 0-10 años 2) De 11 a 20 años 3) De 21 a 30 años 4) De 31 a 40 años 5) De 41 o más años	5
Ocupación	Tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población ocupada realizó en su trabajo principal en la semana de referencia.	Es el trabajo que desempeña el paciente.	Cualitativo Nominal	1) Empleado 2) Desempleado 3) Pensionado 4) Jubilado 5) Otra	13
Grado de Escolaridad	Número de años que en promedio aprobaron las personas de 15 años y más, en el Sistema Educativo Nacional.	Es el nivel escolaridad con el que cuenta el paciente.	Cualitativo Nominal	1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Licenciatura 5) Posgrado	6

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.

El tamaño de la muestra se determinó el 100% del universo conformando un total de 120 pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio, de los cuales solo 103 pertenecían a un subsistema conyugal durante el periodo Enero 2007 a Marzo de 2012.

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes derechohabientes de la UMF 75 que cuenten con expediente electrónico, con diagnóstico de Infarto al Miocardio, realizado durante el periodo comprendido de Enero 2007 a Marzo de 2012.
- Que acepten participar en el estudio dando su anuencia firmando el consentimiento informado.
- Género masculino y femenino.
- Con una o varias comorbilidades
- Que pertenezca a un subsistema conyugal.

VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que cuenten con otros diagnósticos de enfermedad cardiaca diferente a Infarto al Miocardio.
- Pacientes que padezcan enfermedades terminales, degenerativas o psiquiátricas.

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes con cambio de unidad de adscripción.
- Perdida de la derechohabiencia al IMSS.
- Cuestionarios Incompletos.

VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

El instrumento de evaluación utilizado para el presente estudio consta de una Cedula de Identificación, factores involucrados y el instrumento: Escala de Chávez - Velasco.

El instrumento de Chávez - Velasco evalúa las 5 funciones básicas con el propósito de relacionar la probable disfunción conyugal ocasionada por presentar Infarto al Miocardio.

VI.5.1 Descripción.

La escala de Chávez - Velasco es un instrumento que aborda las principales funciones que dicho subsistema debe cubrir (comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones) agregando a cada función un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores y es exclusivo de la pareja marital.

De acuerdo a la evaluación anterior, se califica 0, 2.5, 5, 7.5 y 10 según el grado de satisfacción de cada pregunta

%	Calificación Funcional de la Pareja
0-40	Severamente disfuncional
41-70	Moderadamente disfuncional
71-100	Funcional

VI.5.2 Validación.

Fue validada desde 1990 y utilizado en varias sedes del IMSS. Se presenta en base a los resultados observados en su aplicación.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y comparativo, el estudio se realizó en la CMFICH del ISSSTE, durante los meses de mayo a julio de 2004, se incluyeron a los pacientes derechohabientes detectados como hiperutilizadores y con una relación de pareja estable, estudiar la funcionalidad conyugal utilizando el instrumento propuesto por Chávez. Al aplicar el instrumento para evaluar la funcionalidad conyugal, se encontraron 47 parejas identificadas como funcionales; 32 moderadamente disfuncionales y una pareja severamente disfuncional. Con relación a los motivos de consulta 58 parejas presentaron signos y síntomas mal definidos, 10 presentaron padecimientos mentales y en nueve casos acudieron a consulta por licencia médica.

Se realizó un estudio retrospectivo y transversal donde se incluyeron los estudios de diagnóstico familiar elaborados a familias adscritas a la unidad de medicina familiar No 66 de Xalapa, Veracruz por médicos residentes de la especialidad de medicina familiar durante el periodo marzo 2003- diciembre 2004. Al evaluar el subsistema conyugal, se encontraron que 52% de las parejas fueron funcionales, 39% fueron moderadamente disfuncionales y un 9% correspondió a parejas severamente disfuncionales.

VI.5.3 Aplicación.

El instrumento previamente descrito fue aplicado por el Tesista en los diferentes consultorios de Medicina Familiar de la U.M.F. No. 75 del IMSS; Nezahualcóyotl, Estado de México.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO.

Se llevó a cabo la elaboración del protocolo y una vez aprobado por el comité local de investigación se procedió a seleccionar la población que participaría en el estudio. Mediante un censo nominal se seleccionaron aquellos pacientes que fueron registrados en dicho sistema con el código I21.9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades que corresponde a Infarto al Miocardio, se les explico detalladamente la naturaleza de dicho estudio, se les pidió que dieran lectura y firmaran la carta de consentimiento informado, posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento de investigación.

Se elaboró una base de datos para el análisis, posteriormente se interpretaron, analizaron y graficaron los resultados obtenidos para finalmente realizar la discusión y conclusiones.

VI.7 LÍMITE DE ESPACIO.

El presente estudio se realizó en el área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 75, Nezahualcóyotl.

VI.8 LÍMITE DE TIEMPO.

El presente estudio se realizó de Marzo 2012 a Noviembre de 2013.

VI.9 DISEÑO DE ANÁLISIS.

Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de los cuestionarios se procedió a analizar y representar los datos mediante tablas y gráficos con el programa Excel Profesional Plus 2013.

Se realizó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias simples (media, moda, mediana).

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece la investigación ética a sujetos humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea de WMA, Tokio, Japón de octubre de 1975, 35ª Asamblea de WMA, Venecia, Italia, Octubre de 1983 41ª Asamblea general de WMA, Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea Somerset West, 52ª asamblea de WMA Edimburgo Escocia, octubre del 2000; 53ª asamblea general de la WMA Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de WMA, Tokio 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de WMA, Seúl, Octubre del 2008.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, que establece los aspectos éticos de investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17; ésta investigación es considerada como una Investigación de Riesgo Mínimo; y como se menciona en el artículo 23 en caso de

investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. No obstante lo anterior, en la presente investigación consideramos la solicitud de consentimiento informado por escrito.

VIII. ORGANIZACIÓN.

Para fines de tesis la organización será la siguiente:

Director de Tesis: Edgar Rubén García Torres.

Tesista: M.C. Enrique Suarez Primavera.

Para fines de publicación y/o presentación en foros, congresos o cartel

Los créditos serán:

Autor: E.M.F. Edgar Rubén García Torres.

Coautor: M.C. Enrique Suárez Primavera.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, longitudinal, analítico en la UMF 75 del IMSS en el periodo comprendido de Enero 2007 a Marzo 2012, evaluándose una población de 103 pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio y que pertenecían a un subsistema conyugal.

Se observó que antes de que se presentara el Infarto al Miocardio el 4% de las parejas eran severamente disfuncionales, situación que se mantuvo en 4% después de que se presentó el Infarto al Miocardio; el 39% eran parejas con disfunción moderada y posterior al infarto disminuyó al 34%, parejas funcionales 57% antes del Infarto al Miocardio y posterior a este aumento a 62%. (Cuadro 1 y Grafica I).

El género de los pacientes fue 64% para el género masculino y 36% para el género femenino. (Cuadro 2 y Grafica II).

En cuanto al rango de edad de los pacientes se encontró que la mayor proporción fue de 60 y más años con 54%, de 51 a 60 años 31%, de 41 a 50 años 13%, de 31 a 40 años 2% y ninguno de 20 a 30 años. Encontrando una Media de 62 años, Mediana de 62 años y Moda de 57 años (Cuadro 3 y Grafica III).

El estado civil que predomina es el de casados con 92%, en segundo lugar unión libre con 5% y solamente 3% a concubinatos. (Cuadro 4 y Grafica IV).

La convivencia intradomiciliaria actual de los pacientes reportó que el 86% vive con su cónyuge e hijos, mientras que el 14% vive con otras personas (Cuadro 5 y Grafica V).

En lo que respecta al rango de los años de vida conyugal de los pacientes se encontró que el 34% tenían 41 o más años, 28% de 21 a 30 años, 24% de 31 a 40 años, 12% de 11 a 20 años y solo el 2% de 0 a 10 años (Cuadro 6 y Grafica VI).

En lo referente al grado de escolaridad, el 50% tenía educación primaria, el 25% educación secundaria, 18% nivel de bachillerato, 5% contaba con una carrera técnica y solo 2% contaba con una licenciatura o más (Cuadro 7 y Grafica VII).

En la situación de derechohabencia al Instituto Mexicano del Seguro Social el 54% era asegurado y 46% el beneficiario (Cuadro 8 y Grafica VIII).

Se observó que el tiempo transcurrido desde el último Infarto al Miocardio por los pacientes fue que el 36% tenía más de 3 años, 29% de 1.1 a 3 años, 18% menos de 6 meses y solo el 17% de 7 meses a 1 año (Cuadro 9 y Grafica IX).

En lo referente a quien era económicamente el proveedor principal en el hogar antes de sufrir el Infarto al Miocardio se encontró que el 61% era el paciente y solo el 36% era aportado por el cónyuge (Cuadro 10 y Grafica X).

Posteriormente a quien era económicamente el proveedor principal en el hogar después de sufrir el Infarto al Miocardio se encontró que el 41% era el paciente, 30% era aportado por los hijos y solo 29% por el cónyuge (Cuadro 11 y Grafica XI).

Se observó que de acuerdo al tipo de secuela que presentaron los pacientes después de haber sufrido el Infarto al Miocardio el 40% presentó secuela

psicológica, el 37% secuela física, 11% con secuela física y psicológica y solo 13% aparentemente con ningún tipo de secuela (Cuadro 12 y Grafica XII).

En lo referente a la ocupación post Infarto al Miocardio se observó que el 43% tenía una ocupación distinta respecto a su actividad laboral antes de presentar el Infarto al Miocardio, 32% era empleado, el 16% quedo pensionado, 7% jubilado y solo el 3% desempleado (Cuadro 13 y Grafica XIII).

Encontramos que desde el inicio del padecimiento el apoyo familiar estuvo presente en diversos grados y, conforme avanzó el proceso de atención y resolución de la cardiopatía, las familias se fueron organizando para permanecer al lado del paciente, incluso estos podían esperar que el apoyo se mantuviera constante una vez que egresaran del hospital, lo que refleja el papel central de la familia en la recuperación de los pacientes; es así como el trabajo médico, tecnológico institucional, al mismo tiempo que el trabajo familiar influyen en la mejoría de los pacientes. En este fenómeno radica la importancia del enfoque de la medicina familiar, ya que los enfermos no son individuos aislados y el apoyo familiar no es una necesidad exclusiva para los integrantes menos competentes, los que “sostienen” a su familia también pueden requerir ser apoyados.

En nuestro estudio encontramos que previo a sufrir un Infarto al Miocardio las parejas con disfunción moderada disminuyeron discretamente, situación contraria en las parejas funcionales con respecto a posterior a sufrir el Infarto al Miocardio.

Al género que se vio afectado mayormente fue el masculino con respecto al femenino situación que corresponde con las estadísticas nacionales.

Se encontró que los rangos de edad de los pacientes que mayor se infartaron fue de más de 60 años, seguido del de 51 a 60 años, lo cual además coincide con lo reportado en la literatura.

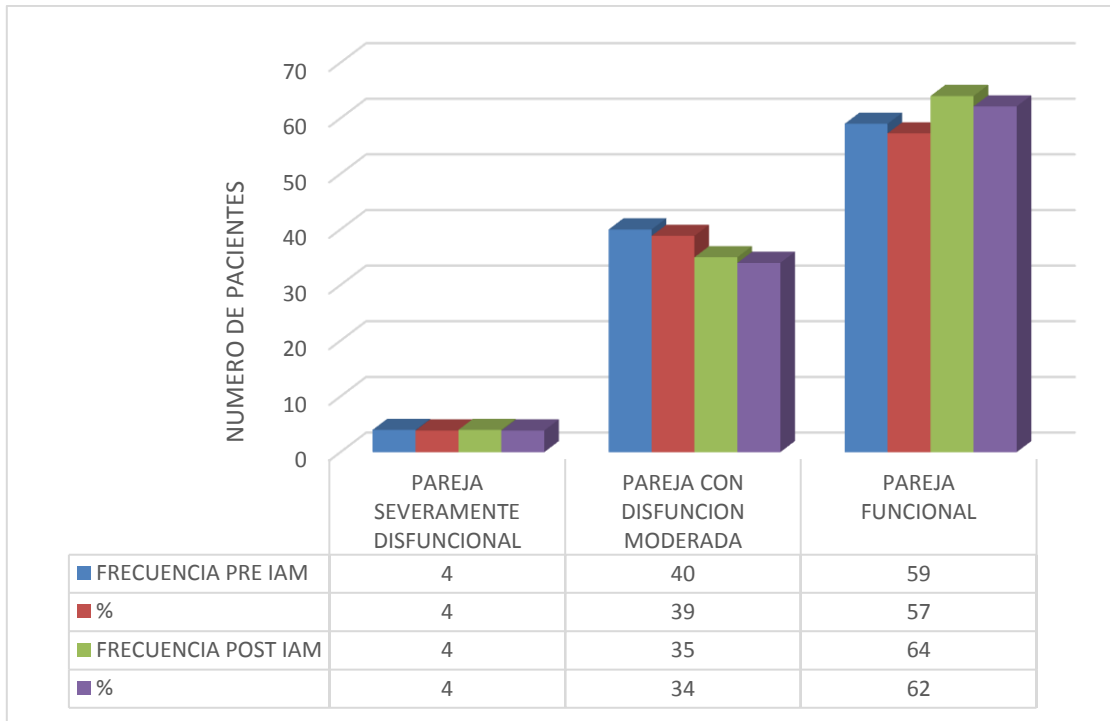
X. CUADROS Y GRÁFICOS.

CUADRO 1. RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

FUNCIONALIDAD CONYUGAL	FRECUENCIA PRE IAM	%	FRECUENCIA POST IAM	%
PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	4	4	4	4
PAREJA CON DISFUNCIÓN MODERADA	40	39	35	34
PAREJA FUNCIONAL	59	57	64	62
TOTAL	103	100	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA I. RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



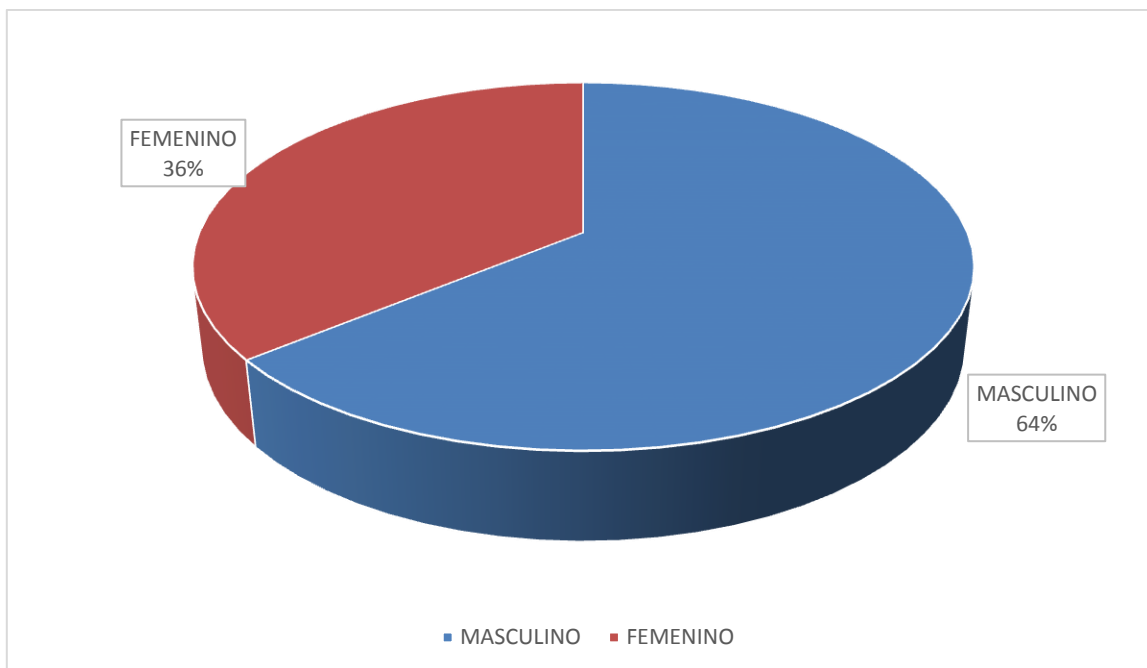
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 2. GENERO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

GENERO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	66	64
FEMENINO	37	36
	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA II. GENERO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 3. RANGO DE EDAD EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

RANGO DE EDADES	FRECUENCIA	%
20 A 30 AÑOS	0	0
31 A 40 AÑOS	2	2
41 A 50 AÑOS	13	13
51 A 60 AÑOS	32	31
MAS DE 60 AÑOS	56	54
TOTAL	103	100

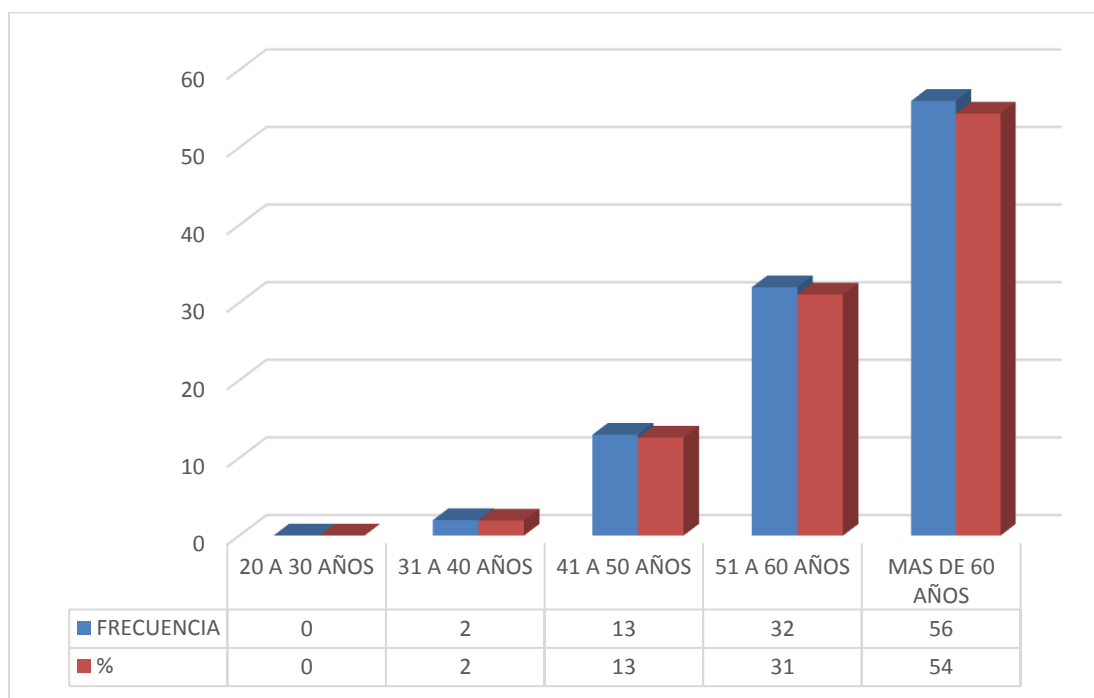
Media: 62

Mediana: 62

Moda: 57

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA III. RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



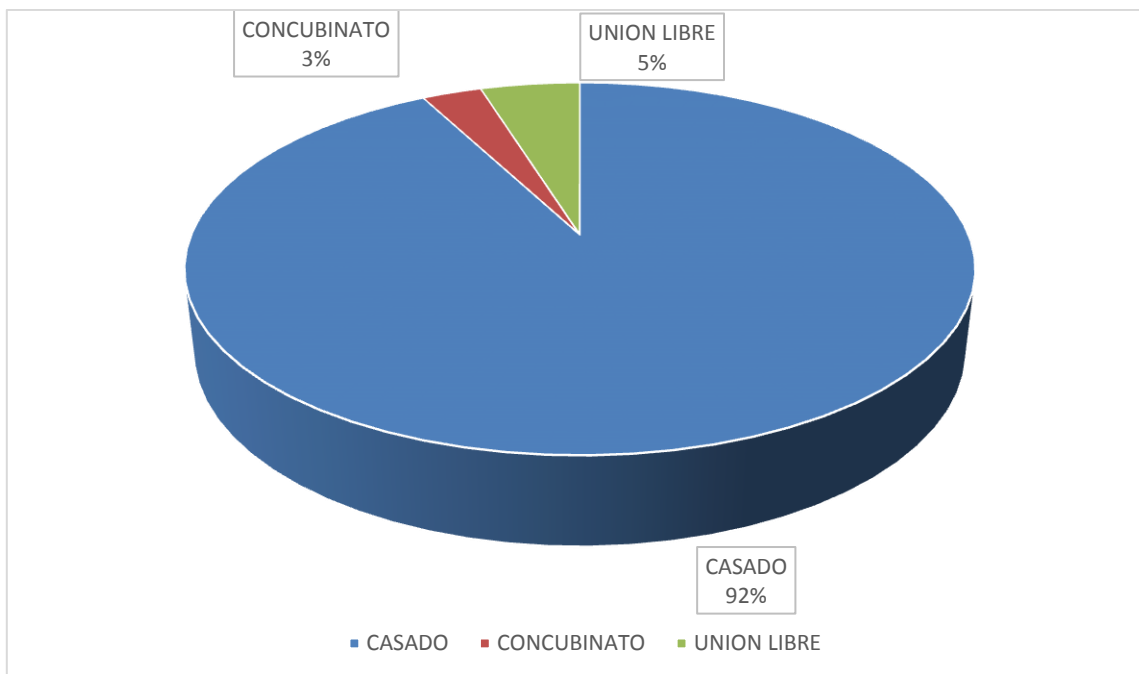
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 4. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADO	95	92
CONCUBINATO	3	3
UNIÓN LIBRE	5	5
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA IV. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



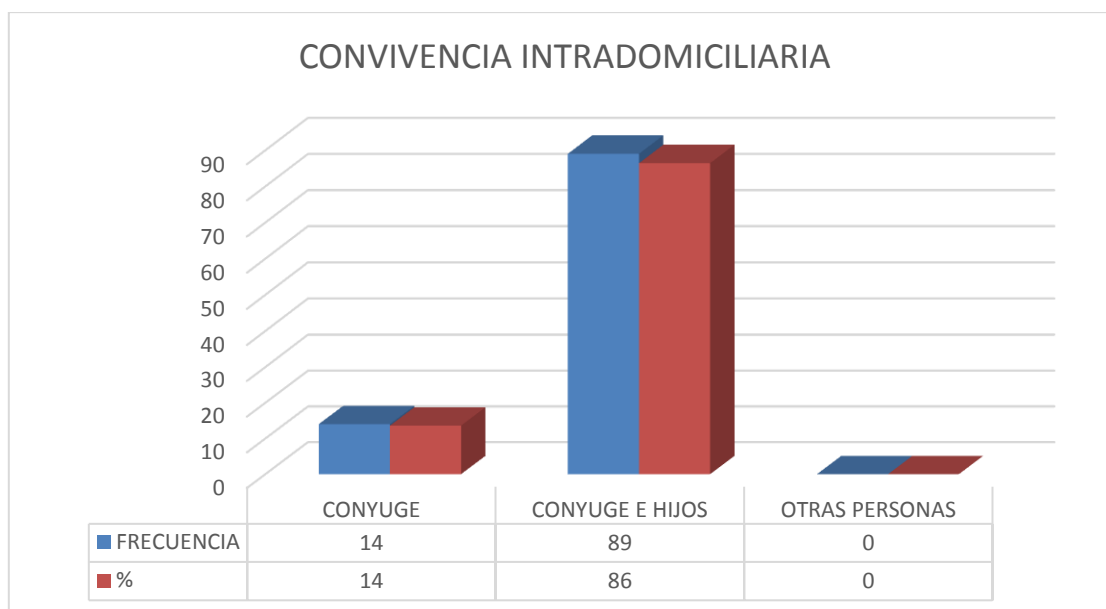
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 5. CONVIVENCIA INTRADOMICILIARIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

CONVIVENCIA INTRADOMICILIARIA ACTUAL	FRECUENCIA	%
CÓNYUGE	14	14
CÓNYUGE E HIJOS	89	86
OTRAS PERSONAS	0	0
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA V. CONVIVENCIA INTRADOMICILIARIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



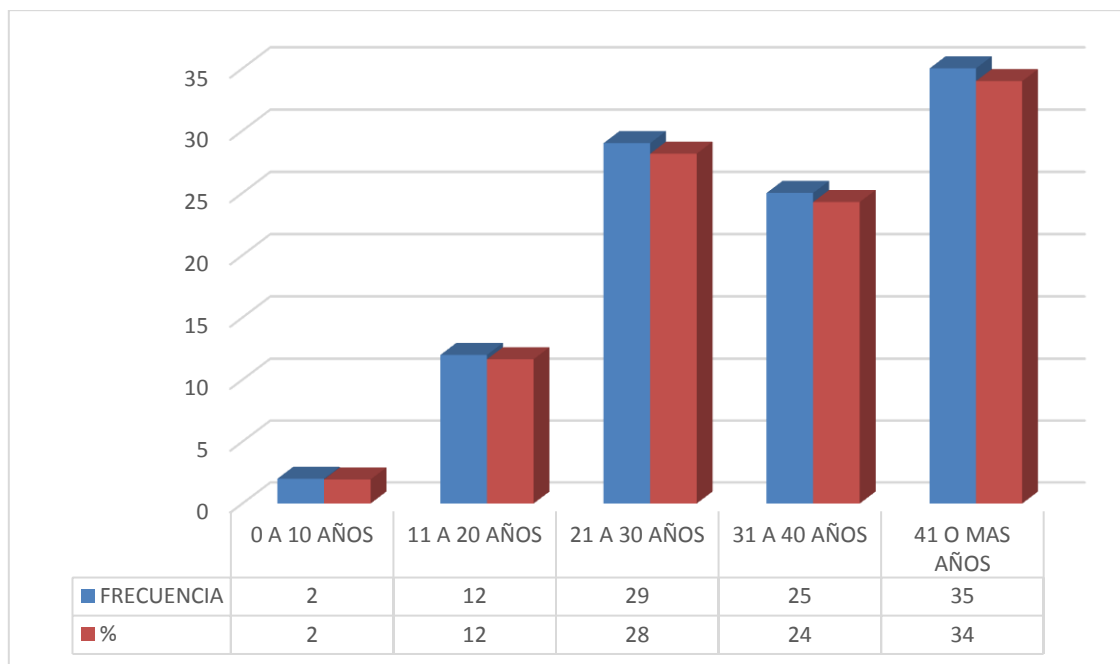
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 6. RANGO DE AÑOS DE VIDA CONYUGAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

AÑOS DE VIDA CONYUGAL	FRECUENCIA	%
0 A 10 AÑOS	2	2
11 A 20 AÑOS	12	12
21 A 30 AÑOS	29	28
31 A 40 AÑOS	25	24
41 O MAS AÑOS	35	34
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA VI. RANGO DE AÑOS DE VIDA CONYUGAL DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



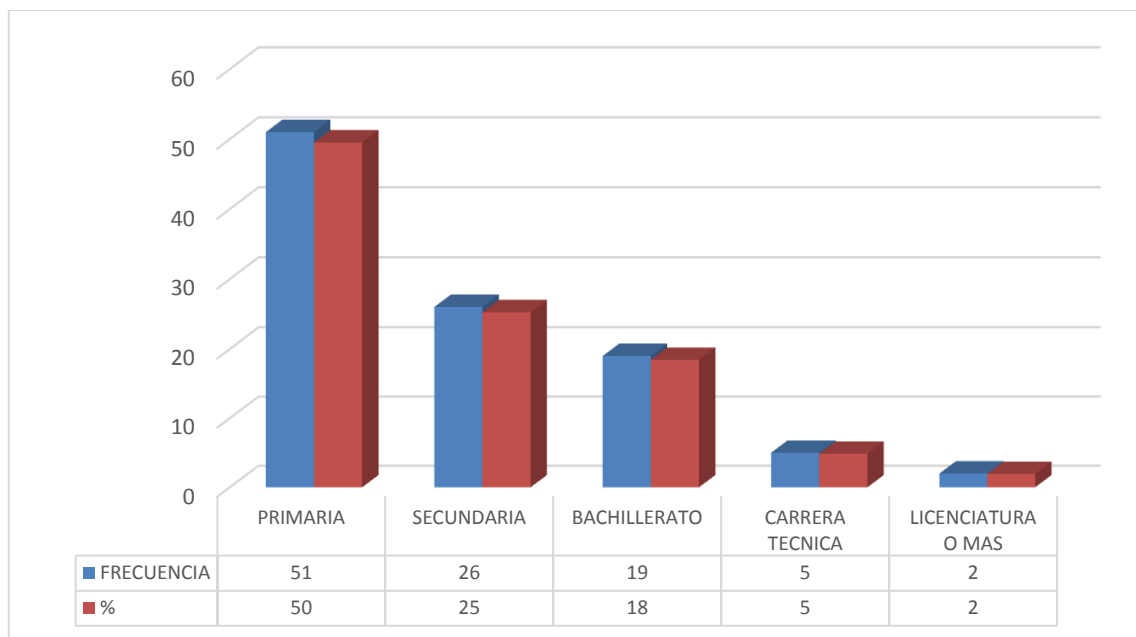
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 7. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	51	50
SECUNDARIA	26	25
BACHILLERATO	19	18
CARRERA TECNICA	5	5
LICENCIATURA O MAS	2	2
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA VII. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



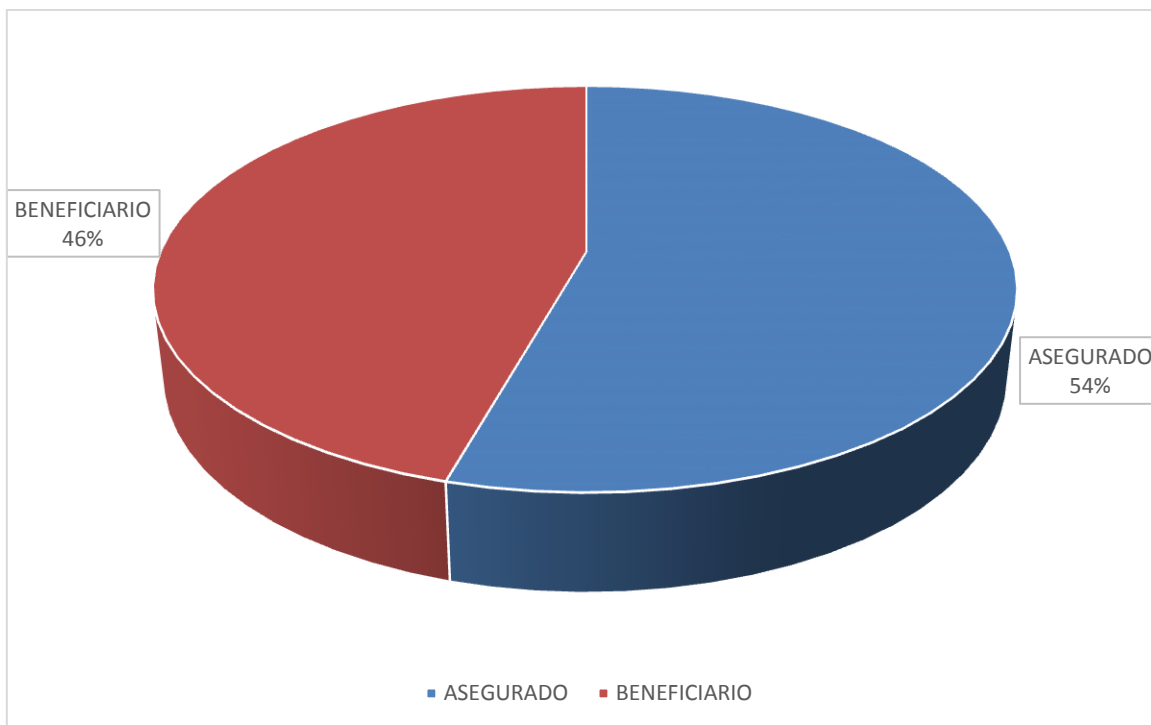
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 8. DERECHOHABIENCIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

DERECHOHABIENCIA	FRECUENCIA	%
ASEGURADO	56	54
BENEFICIARIO	47	46
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA VIII. DERECHOHABIENCIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



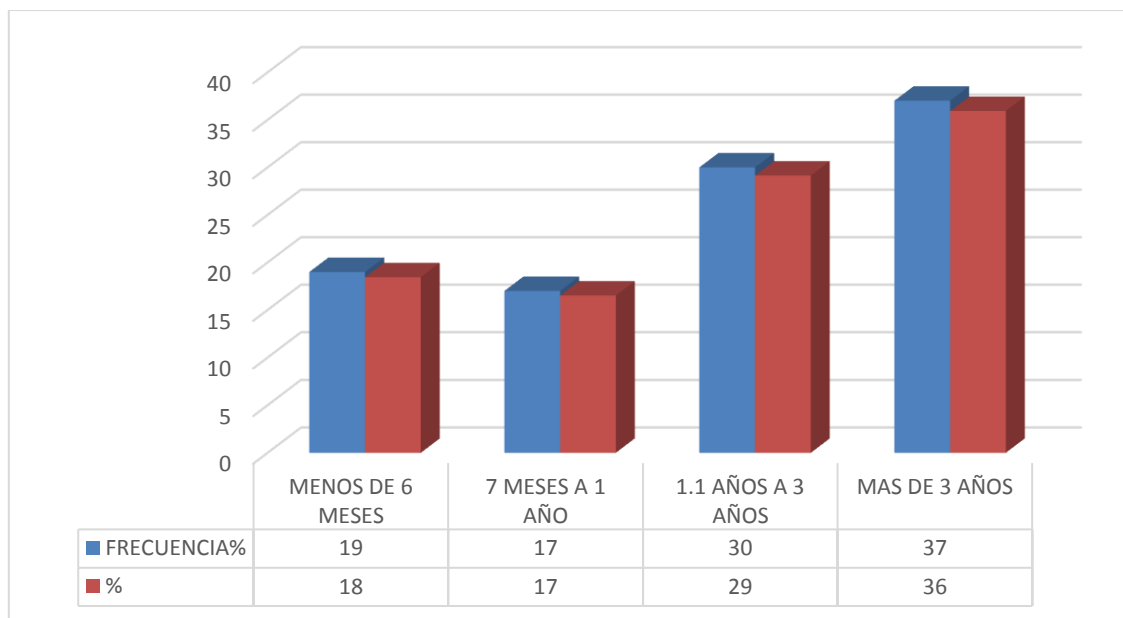
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 9. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO INFARTO AL MIOCARDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU ÚLTIMO INFARTO	FRECUENCIA%	%
MENOS DE 6 MESES	19	18
7 MESES A 1 AÑO	17	17
1.1 AÑOS A 3 AÑOS	30	29
MAS DE 3 AÑOS	37	36
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA IX. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ÚLTIMO INFARTO AL MIOCARDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE IAM DE LA UMF 75 AÑO 2013.



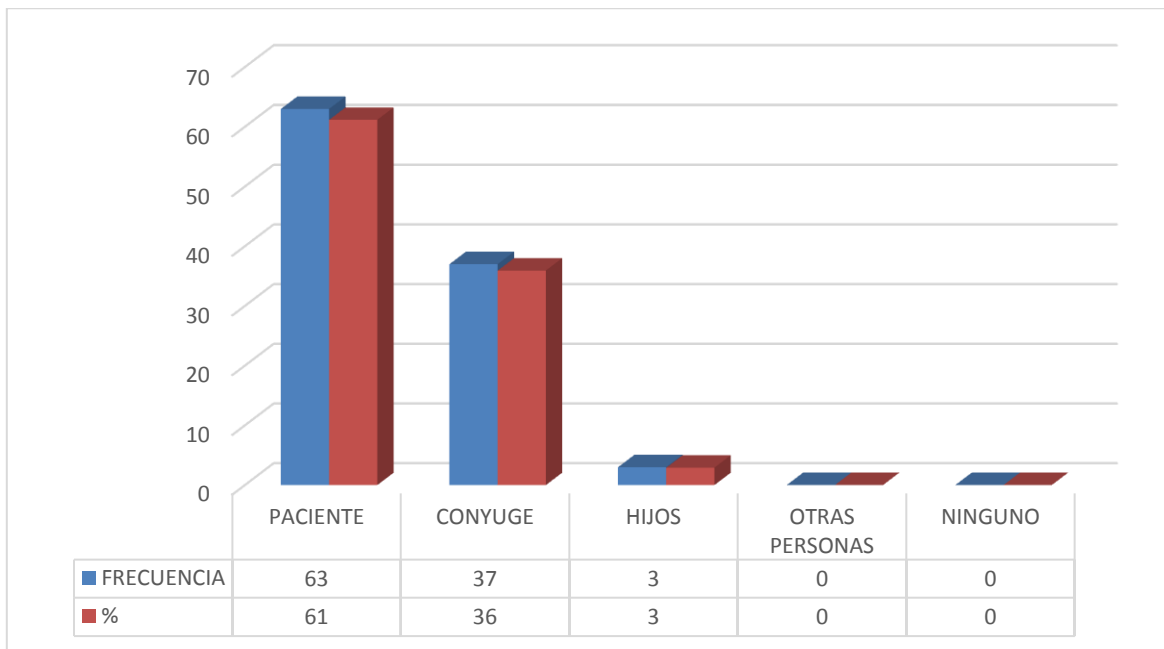
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 10. ANTES DE SUFRIR EL INFARTO AL MIOCARDIO QUIEN ERA ECONÓMICAMENTE EL PROVEEDOR PRINCIPAL EN SU HOGAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

ANTES DE SUFRIR EL IAM QUIEN ERA ECONOMICAMENTE EL PRINCIPAL PROVEEDOR EN SU HOGAR	FRECUENCIA	%
PACIENTE	63	61
CONYUGE	37	36
HIJOS	3	3
OTRAS PERSONAS	0	0
NINGUNO	0	0
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA X. ANTES DE SUFRIR EL INFARTO AL MIOCARDIO QUIEN ERA ECONÓMICAMENTE EL PROVEEDOR PRINCIPAL EN SU HOGAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



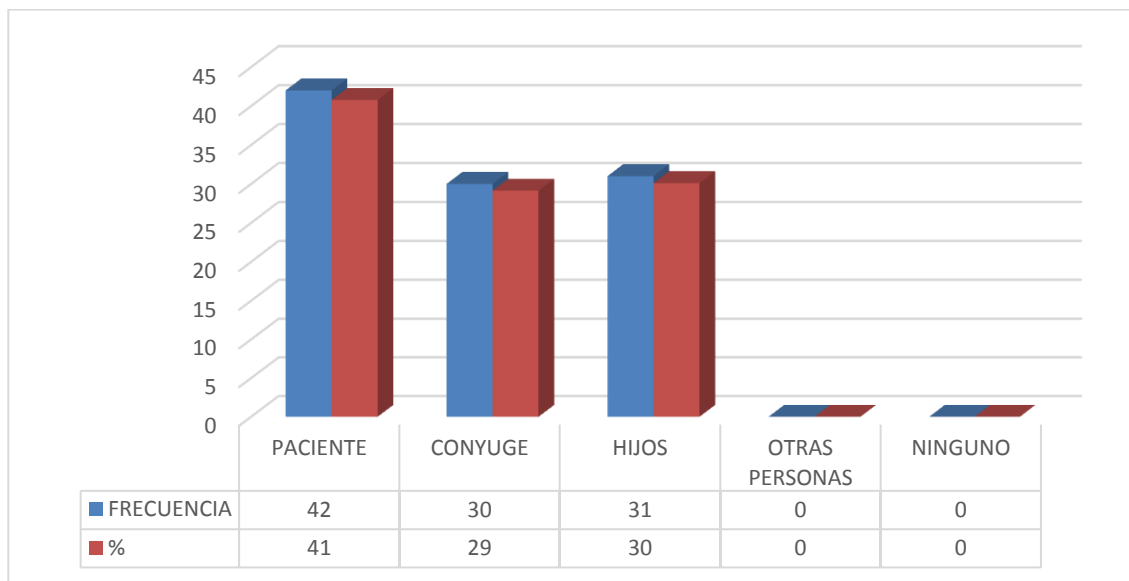
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 11. DESPUÉS DE SUFRIR EL INFARTO AL MIOCARDIO QUIEN ERA ECONÓMICAMENTE EL PROVEEDOR PRINCIPAL EN SU HOGAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

DESPUES DE SUFRIR EL IAM QUIEN ERA ECONOMICAMENTE EL PRINCIPAL PROVEEDOR EN SU HOGAR	FRECUENCIA	%
PACIENTE	42	41
CÓNYUGE	30	29
HIJOS	31	30
OTRAS PERSONAS	0	0
NINGUNO	0	0
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA XI. DESPUÉS DE SUFRIR EL INFARTO AL MIOCARDIO QUIEN ERA ECONÓMICAMENTE EL PROVEEDOR PRINCIPAL EN SU HOGAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



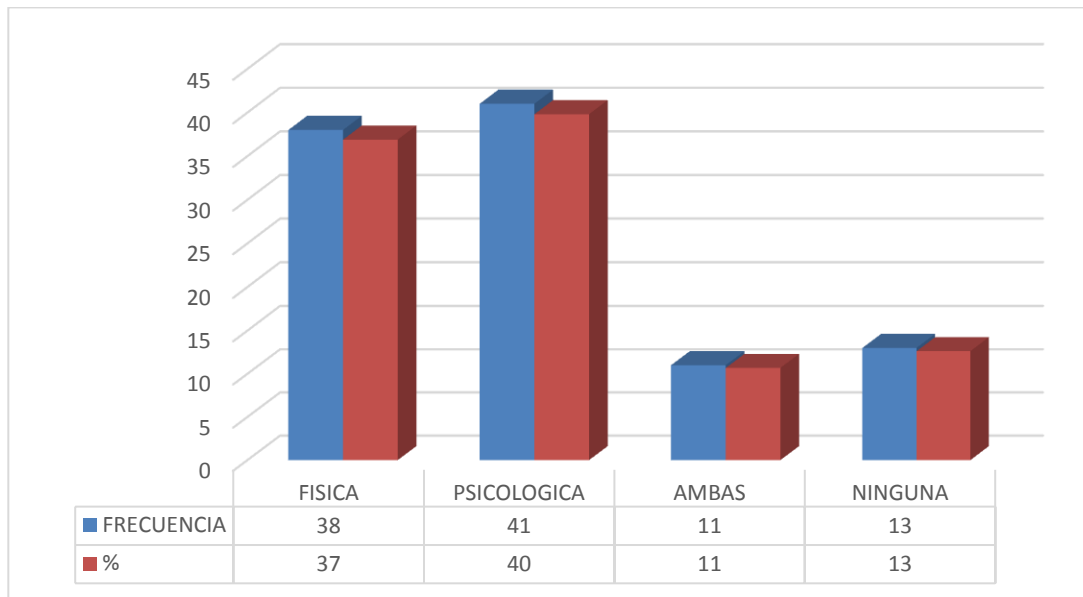
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 12. SECUELA POST INFARTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

SECUELA POST INFARTO	FRECUENCIA	%
FÍSICA	38	37
PSICOLÓGICA	41	40
AMBAS	11	11
NINGUNA	13	13
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA XII. SECUELA POST INFARTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



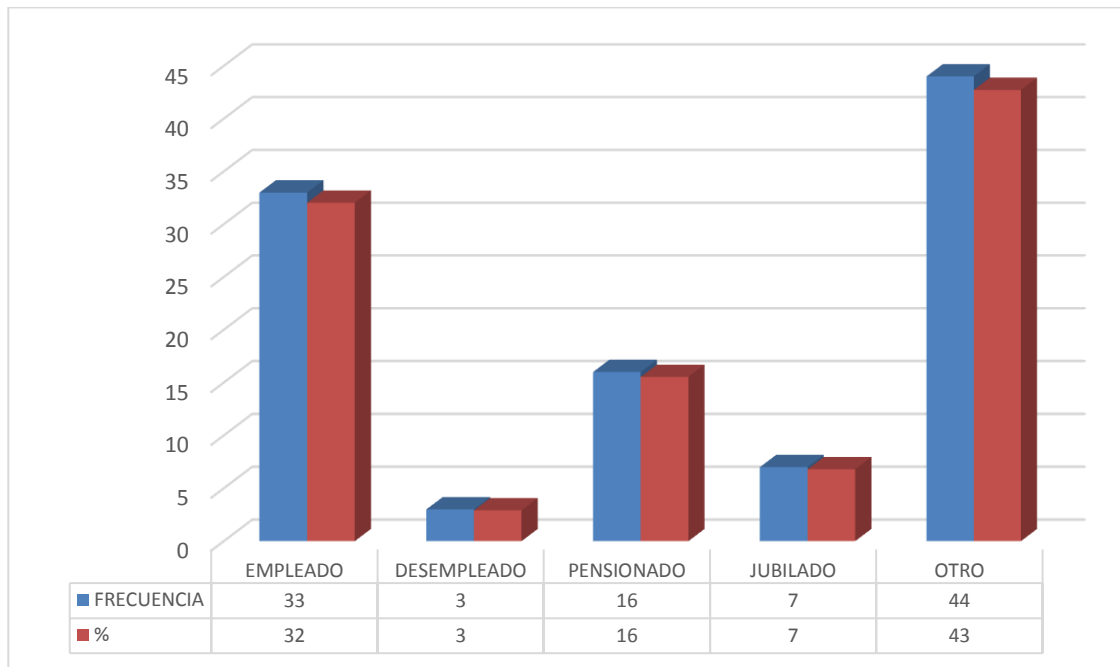
Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

CUADRO 13. OCUPACIÓN POST INFARTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.

OCUPACIÓN POST INFARTO	FRECUENCIA	%
EMPLEADO	33	32
DESEMPLEADO	3	3
PENSIONADO	16	16
JUBILADO	7	7
OTRO	44	43
TOTAL	103	100

Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

GRÁFICA XIII. OCUPACIÓN POST INFARTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO DE LA UMF 75 AÑO 2013.



Fuente: Instrumento de Funcionalidad Conyugal de Chávez-Velasco, aplicada a pacientes con diagnóstico de Infarto al Miocardio de la UMF 75, Octubre 2013.

XI. CONCLUSIONES.

El Infarto al Miocardio es un padecimiento estigmatizado y culturalmente tiene una concepción diferente a cualquier otra enfermedad, pues se trata de un órgano vital el cual, al ser afectado, puede producir la muerte de una forma aguda. Es cierto que la recuperación, rehabilitación e integración del individuo es un trayecto largo, pero con la ayuda de un equipo multidisciplinario y el apoyo familiar culminará con éxito.

Por lo tanto el Infarto al Miocardio se vive de manera diferente entre los pacientes y depende de factores como el sexo, la edad y la etapa del ciclo de vida que cursa

la familia. Una característica del Médico Familiar es su capacidad para abordar problemas de salud sin la restricción de la edad o el sexo de sus pacientes, además de tener una visión amplia del individuo en su medio. La crisis paranormativa desencadenada por la cardiopatía isquémica, en los pacientes estudiados, pone en evidencia cómo las familias activan mecanismos de adaptación inmediatos. Dependerá de los roles que desempeñan los integrantes y la flexibilidad para modificarlos, así como de la permeabilidad de sus límites, para que los individuos asuman su nuevo papel de enfermos y modifiquen su estilo de vida, también para que sus familias acepten que su paciente no es el mismo que antes del suceso agudo y apoyen los cambios necesarios para proteger su salud.

En la investigación realizada acerca de si la presencia del Infarto al Miocardio modifica la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes de la UMF 75, se determinó que existe funcionalidad conyugal posterior a sufrir un infarto agudo al miocardio (conforme a lo medido con el instrumento de funcionalidad conyugal de Chávez Velasco) toda vez que los resultados mostraron la presencia de parejas funcionales en un 62% del total de los pacientes estudiados.

La diferencia entre el nivel de funcionalidad antes del Infarto y después, está dada por un incremento del 5%. Sin embargo, el diagnóstico que arroja el instrumento de medición en un caso concreto, si bien se identifica cómo “funcionalidad”, puede reflejar el proceso de adaptación de una familia ante una crisis paranormativa, lo cual habla del grado de funcionalidad en un momento determinado.

Por lo tanto la hipótesis se confirma ya que efectivamente en los pacientes de esta población en estudio si se modifica la funcionalidad de su subsistema conyugal posterior a presentar un Infarto al Miocardio. Dicha modificación tiende a ser con rasgos positivos considerando la adaptación a la crisis y la mayor cohesión que se desarrolla en forma empática entre los integrantes del subsistema conyugal.

Dentro de los hallazgos más relevantes de este estudio encontramos que con respecto a la escolaridad, predominó más el grado de escolaridad primaria aduciendo que se infartan más los pacientes con menor grado de escolaridad y por lo tanto, menor conocimiento sobre los factores de prevención y actividades saludables para prevenir la presencia de un Infarto al Miocardio.

Encontramos que esta enfermedad afecta a las personas durante la etapa productiva de sus vidas, por lo general cuando la familia ya está formada y es imprescindible el apoyo económico del jefe de familia. Cuando el infartado es quien aporta la mayor o totalidad del ingreso económico, se esperaría el advenimiento de una nueva crisis con impacto en la dinámica familiar, en este sentido, una crisis económica; sin embargo, los resultados de la investigación revelan que la cohesión, el apoyo familiar hacia el enfermo y la comprensión, son elementos preponderantes que contribuyen a minimizar la crisis económica. Más sin embargo, la enfermedad es percibida como discapacidad, las limitaciones que ésta impone y la incapacidad para realizar actividades van acompañadas de una pérdida en la calidad de vida.

Se encontró que el tipo de secuela que predominó en los pacientes que sufrieron un Infarto al Miocardio fue de tipo Psicológica ya que en general los enfermos que enfocan su vida de una forma optimista y positiva tienden a sobrevivir más tiempo que los otros; sin embargo, como etapa casi ineludible aparece ya la depresión, aunque suele ser tan leve que pasa inadvertida y no se convierte en un problema verdadero hasta llegar a la convalecencia.

Esta es la etapa de mayor importancia desde el punto de vista psicológico, puesto que en ella se desarrollan los principales problemas emocionales. El paciente no está preparado para soportar la sensación de debilidad que experimenta al ser

dado de alta y surgen las dudas de si le será posible retomar su vida habitual (sexual, laboral, deportiva o de ocio).

La participación conyugal es parte del apoyo social que brinda la familia en situaciones de enfermedad. El conocimiento de las situaciones referidas a la adjudicación de roles, comunicación, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, es de gran importancia. Los resultados del estudio mostraron que su dominio es más alto en las parejas funcionales que en las disfuncionales, pero con un adecuado nivel de participación en estas últimas tal vez respaldado por las características idiosincrásicas de las familias a donde prima el sentido de la solidaridad y de protección en momentos de crisis.

La diferencia que se estableció entre las parejas funcionales, con disfunción moderada y severamente disfuncionales para brindar apoyo y la transmisión de conocimientos acerca del manejo del paciente a otros miembros pudiera explicarse porque cuando existe algún grado de disfuncionalidad conyugal generalmente están más o menos afectados componentes como la comunicación, afecto y la satisfacción sexual entre los cónyuges siendo frecuentemente barreras en el proceso comunicativo, en estos casos, no siempre es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés.

De forma general, los cónyuges de los pacientes infartados pudieron incrementar las redes de apoyo para respaldar el enfrentamiento del cónyuge a las nuevas contingencias y puede ser especialmente necesario el refuerzo de sus seres queridos para el cumplimiento de las medidas orientadas.

XII. RECOMENDACIONES.

1. Debemos de considerar uno de los pilares que se encuentra en el ámbito de medicina familiar como lo es la prevención, por medio de implementación y puesta en práctica de estrategias cardiosaludables en las unidades de salud que presten atención a enfermos cardiovasculares donde las condiciones objetivas lo permitan.
2. Podemos afirmar que: la labor de educación en salud que puede desarrollar el médico familiar en el control de los factores de riesgo clásicos

(tabaquismo, dislipidemias e hipertensión arterial) debe ser prioritaria. Es necesario fomentar la conciencia de que el costo de la prevención es significativamente menor al costo de su tratamiento. El paciente coronario, aunque tiene una relación frecuente con el cardiólogo a lo largo de la evolución de la enfermedad, debe mantener un contacto permanente con el médico familiar, por lo que el conocimiento de los aspectos psicosomáticos del paciente coronario es una necesidad primordial en la asistencia primaria.

3. Uno de los aspectos que conviene recomendar, tanto al paciente como a su cónyuge, es el relacionado con la vida sexual. Debe explicarse que la actividad sexual es similar al esfuerzo de subir unos escalones y que en los casos no complicados puede reanudarse unas semanas tras el alta (y advertir de una posible disfunción eréctil pasajera o problemas de eyaculación precoz). En esta fase el médico familiar es imprescindible y debe tratar de aliviar los temores anteponiéndose a las preguntas con propuestas directas, ya que el paciente no suele verbalizar sus dudas.

4. Hay problemáticas importantes que requieren de la atención conjunta del grupo familiar para asesorarlo y ayudarlo, o para que tenga una adecuada percepción del problema. En tal sentido la terapia familiar, asociada con el trabajo médico, puede ser un aporte significativo. La asistencia psicológica a la familia debe hacerse antes, durante y después de la enfermedad.

5. Fomentar la creación en las unidades médicas de los grupos de apoyo (clubes de cardiacos) sirven para compartir experiencias, pero en todo caso es de máxima importancia que, tanto el enfermo como su familia, sepan que pueden siempre contar con su médico.

6. Continuar la presente línea de investigación en pacientes portadores de cardiopatía isquémica y sus parejas, con la finalidad de establecer acciones de intervención oportuna en la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad lo que presupone la creación de una vía adecuada para la disminución de la morbimortalidad por esta causa.

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Thygesen K, Alpert J.S., Jaffe A.S., Simons M. L., Chaitman B. R., White H. D: en nombre del Grupo de Trabajo de ESC/ACCF/AHA/WHF para la Definición Universal del infarto de miocardio Cita: Nat Rev Cardiol. advance online publication 25 August 2012; doi:10 .1038/ nrcardio.2012. 122.
- 2) Revista Española Cardiología Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología Guías de práctica clínica sobre diagnóstico y

- manejo del tromboembolismo pulmonar agudo 2008; 61(12):1330.e1-1330.e52.
- 3) Organización Mundial de la Salud (2009). <http://www.who.int/mediacentre/annual/worldhearthday/es/index.html>.
 - 4) Registró Mexicano de Síndromes Coronarios Agudos II (RENASICA II). 2012 nacional; <http://www.renasica.com.mx>.
 - 5) García-Castillo A y cols. Guías clínicas para el manejo del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, Archivos de Cardiología de México, Vol. 76 Supl. 3/Julio-Septiembre 2006:S3, 12-120.
 - 6) Boletín de Información Estadística. Volumen II Daños a la salud. <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/index.html>.
 - 7) http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/diezprincausasmort2012_CN_EGySR.xls.
 - 8) Peña Coto Carlos, Ramírez Muñoz José, Castro Vargas Fernando. Infarto agudo del miocardio por estrés laboral. Med. leg. Costa Rica 2012 Sep; 29(2): 111-1190.
 - 9) Louro Bernal Isabel de Lourdes. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral 2004; 20(3).
 - 10) Martínez Aguilera Aurora M. Funcionalidad familiar asociada al estado civil. Revista Médica de la Universidad Veracruzana/Suplemento 1 Vol. 8 núm. 1, Ene-Jun 2008: 60-63.
 - 11) Rodríguez, T La familia del paciente con Infarto Agudo del Miocardio hospitalizado, en el marco de la rehabilitación cardiovascular. *Revista Psicología Científica.com* Noviembre 2009, 11(20).
 - 12) Rocha-Aguayo MA, Ramírez OF, Navarro-García AM. Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio. *Aten Fam.* 2012;19 (3):61-66
 - 13) Bautista-Samperio L, Bravo-Gómez L, Irigoyen-Coria A. Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardíaca ambulatoria Arch. Med. Fam. 2009; 11 (3).

- 14) Anzures Carro Ricardo, Chávez Aguilar Víctor, García Peña María del Carmen, Pons Álvarez Octavio Noel. Medicina Familiar. 2008: 411-412.
- 15) Rangel JL, L. Valerio, J Patiño y M García 2004. Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM 47(1):24-27).
- 16) Castellanos-Morales MR. Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. Rev. Fac. Med. UNAM 2003; 46:63-66.
- 17) Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS México 1994; 32: 39-43.
- 18) Arias L, Herrera J. EL APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994; 25: 26-8.
- 19) Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med. Integral 1997; 13(6): 591-5.
- 20) Bouche J, Hidalgo F. IV Curso de Experto Universitario en Medición y Orientación Familiar 2003-2004 1ra ed. Madrid (España): Ediciones Dykinson S.L; 2003.
- 21) Vocabulario de Terapia Familiar: Simo, Stierlin, Wynne. 1ra ed. Buenos Aires (Argentina): 1988.
- 22) Revista Médica IMSS, vol. 32 Núm. 1, 1994.
- 23) Leñero L. Etapa constitutiva de la familia En: La familia México: Ed. ANUIS, 1976:97-107.
- 24) Huerta-González JL. Estudio de la salud familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Programa de actualización continua en medicina Intersistemas; 2000.p.28-30.
- 25) Chávez AV, Velazco OA. Disfunción familiar del subsistema conyugal. Rev. Méd. IMSS (Méx.). 1994; 32: 39-43.
- 26) Velazco OR. Chávez AV. La disfunción familiar un reto diagnóstico-terapéutico. Rev. Méd. IMSS (Méx.). 1994; 32:271.
- 27) Yates JW, Chalmer B, Mc Kegney FP. Evaluation of patients with Advanced Cancer Using the Karnofsky Performance Status. Cancer 2010; 45:2220-2275.

- 28)Watzlawick p. Helmick BJ, Jackson DD. Algunos axiomas exploratorios de la comunicación. En: Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Ed Herdert, 1981; 49-72.
- 29)Huerta, J. Medicina familiar, la familia en el proceso salud-enfermedad, Mex.; intersistemas; 1999.



XIV. ANEXOS.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 15 ESTADO DE MEXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 75
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**



CUESTIONARIO FAMILIAR

INSTRUCCIONES: A continuación encontrara una serie de preguntas, lea detenidamente cada una de ellas y responda con la mayor honestidad posible de acuerdo al numero que corresponda. Este cuestionario es anónimo, pero si usted lo desea puede anotar su nombre. Es muy importante que **NO DEJE ENUNCIADOS SIN RESPONDER.**

1. Sexo

- a. Masculino
- b. Femenino

1	2
---	---

2. ¿Cual es su edad y el rango ? _____

- a. 20 a 30 años (1)
- b. 31 a 40 años (2)
- c. 41 a 50 años (3)
- d. 51 a 60 años (4)
- e. Mayor de 61 años (5)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

- a. Soltero (1)
- b. Casado (2)
- c. Union libre (5)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Actualmente vive con?

- a. Conyuge e hijos (2)
- b. Conyuge (4)

1	2	3	4
---	---	---	---

5. ¿Años de vida conyugal?

- a. De 0 a 10 años (1)
- b. De 11 a 20 años (2)
- c. De 21 a 30 años (3)
- d. De 31 a 40 años (4)
- e. De 41 o mas años (5)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a. Primaria (1)
- b. Secundaria (2)
- c. Bachillerato (3)
- d. Licenciatura (4)
- e. Posgrado (5)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Padece alguna enfermedad cronico – degeneratva?

- a. Diabetes Mellirus (1)
- b. Hipertension Arterial (2)
- c. Dislipidemia (3)
- d. Sobrepeso y obesidad (4)
- e. Otra (5)
- f. Ninguna (6)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. ¿Cuántos Infartos al Corazon ha sufrido?

- a. Uno (1)

1	2	3
---	---	---

- b. Dos (2)
- c. Tres O Mas (3)

9. ¿Cuanto tiempo tiene que sufrió su ultimo infarto al corazon?

- a. Menos de 6 meses (1)
- b. De 7 meses a 1 año (2)
- c. De 1 a 3 años (3)
- d. Mayor a 3 años (4)

1	2	3	4
---	---	---	---

10. ¿Antes de sufrir infarto al corazon, quien era economicamente el proveedor principal en su familia?

- a. Paciente (1)
- b. Conyuge (2)
- c. Hijos (3)
- d. Otras personas (4)
- e. Ninguno (5)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. ¿Despues de sufrir infarto al corazon, quien es economicamente el principal proveedor en su familia?

- a. Paciente (1)
- b. Conyuge (2)
- c. Hijos (3)
- d. Otras personas (4)
- e. Ninguno (5)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. ¿Quedo usted con alguna secuela despues de haber sufrido infarto al corazon?

- a. Fisica (1)
- b. Psicologica (2)
- c. Ambas (3)
- d. Ninguna (4)

1	2	3	4
---	---	---	---

13. ¿Cuál es su ocupación despues de haber sufrido infarto al corazón?

- a. Empleado (1)
- b. Desempleado (2)
- c. Pensionado (3)
- d. Jubilado (4)
- e. Otra (5)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL (ESCALA DE CHÁVEZ – VELASCO). ANEXO (2)


El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar e investigar el subsistema conyugal en la pareja de pacientes que han sufrido infarto Agudo al Miocardio de la UMF 75 del IMSS.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente y responda todos los enunciados según el grado de satisfacción de cada pregunta en donde dice CALIFICACION ASIGNADA.

Conteste **0= Poca satisfacción (NUNCA)**
5=Moderada satisfacción (OCASIONAL)
10=Gran satisfacción (SIEMPRE)

FUNCIONES	PARAMETROS	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
-----------	------------	-------	-----------	---------

I. Comunicación (14)	a) Se comunica claramente con su pareja	0	5	10
(15)	b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
(16)	c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de roles (17)	a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	10
(18)	b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	0	2.5	10
(19)	c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	10
III. Satisfacción sexual (20)	a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
(21)	b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Afecto (22)	a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	2.5	10
(23)	b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.	0	2.5	10
(24)	c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	10
V. Toma de decisiones (25)	a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	10
TOTAL				

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		ANEXO (3)
	Nombre del estudio:	“LA PRESENCIA DEL INFARTO AL MIOCARDIO MODIFICA LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75 DEL IMSS NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO”	
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA.		
Lugar y fecha:	AVENIDA LÓPEZ MATEOS. ESQUINA AVENIDA CHIMALHUACÁN S/N. COL. EL PALMAR, NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO, 2013		
Número de registro:			
Justificación y objetivo del estudio:	IDENTIFICAR SI EL INFARTO AL MIOCARDIO MODIFICA LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DE LA		

	UMF N° 75
Procedimientos:	APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL (CHÁVEZ-VELASCO) Y CUESTIONARIO DE FICHA DE IDENTIFICACIÓN
Posibles riesgos y molestias:	RIESGO: NINGUNO. MOLESTIAS: INVERTIR APROXIMADAMENTE 15 MINUTOS.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	LOS PARTICIPANTES CONOCERÁN LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE DARÁN A CONOCER LOS RESULTADOS GLOBALES DEL ESTUDIO A LOS PARTICIPANTES.
Participación o retiro:	LA PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA.
Privacidad y confidencialidad:	EL CUESTIONARIO ES ANÓNIMO. SE GARANTIZA LA AUTONOMÍA Y PRIVACIDAD DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS ETICO-MEDICOS.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	M.C. Enrique Suárez Primavera Residente de tercer año de Medicina Familiar
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	