

BF575
S75R6

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL
POSTGRADO DE MEDICINA DE FAMILIA

U. L. A. - Consejo de Estudios de Postgrado

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTRÉS Y RED
DE APOYO PSICOSOCIAL EN PACIENTES
CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
EN EL I.A.H.U.L.A. MÉRIDA 1.999.**

www.bdigital.ula.ve

MAGNOLIA ISABEL ROMERO VILLARREAL

SERBIULA - TULIO FEBRES CORDERO



BF575 S75R6

**MÉRIDA - VENEZUELA
1.999**

DONACION

SERBIULA
Tulio Febres Cordero

C.C.Reconocimiento

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL
POSTGRADO DE MEDICINA DE FAMILIA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTRÉS Y RED DE APOYO
PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES EN EL I.A.H.U.L.A. MÉRIDA 1999.**

**TESIS DE ACREDITACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA**

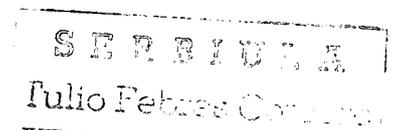
AUTOR: MAGNOLIA ISABEL ROMERO VILLARREAL
RESIDENTE DE III AÑO DE MEDICINA DE FAMILIA.

TUTOR: DRA. MARÍA ARNOLDA MEJÍA DE DÍAZ
PROFESOR ASISTENTE DEL POSTGRADO DE
MEDICINA DE FAMILIA.
COORDINADORA DEL POSTGRADO DE
MEDICINA DE FAMILIA.

ASESORES: DR. DIEGO DÁVILA ESPINETTI.
PROFESOR TITULAR DEL POSTGRADO
DE CARDIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES.
DRA. MORELIA HERNÁNDEZ.
MEDICO DE FAMILIA. AMBULATORIO VENEZUELA.

MÉRIDA - VENEZUELA

1999



www.bdigital.ula.ve

DEDICATORIA

*A DIOS TODOPODEROSO, LUZ DE MI VIDA,
A MIS PADRES MAGNO E ISABEL.
A MI ESPOSO CARLOS HUMBERTO Y
A MIS HIJOS HUMBERTO, RAFAÉL Y CARLOS
A MAMÁNA Y PAPALLO, MIS VIEJOS QUERIDOS
QUIENES CON SU GRAN AMOR FORTALECIERON
MI ESPIRITÚ.*

AGRADECIMIENTO

A DIOS TODOPODEROSO, LUZ INFINITA DE SABIDURÍA.

A MIS PADRES, MAGNO E ISABEL PILARES DE MI SER, QUIENES CON SU AMOR INCONDICIONAL MANTUVIERON VIVAS MIS FUERZAS.

A MI ESPOSO, POR SU PACIENCIA. GRACIAS.

A MIS HIJOS HUMBERTO, RAFAÉL Y CARLOS LOGROS IMPORTANTES DE ESTE POSTGRADO Y MOTIVO DE MI ALEGRÍA DIARIA E INSPIRACIÓN PARA CULMINAR ESTA META.

A JACQUELINE MUCHAS GRACIAS, SÍN TI EL PRIMER AÑO HUBIESE SIDO MUY DIFÍCIL. A MIS HERMANOS GRACÍAS.

A MI TUTOR DRA. MARÍA ARNOLDA MEJÍA DE DÍAZ QUIEN ME ORIENTÓ Y AYUDÓ DESINTERESADAMENTE EN LA REALIZACIÓN Y CULMINACIÓN DE ESTA TESIS. MI ETERNO AGADECIMIENTO.

A MIS ASESORES DR. DIEGO DÁVILA Y DRA. MORELIA HERNÁNDEZ MI MÁS PROFUNDO AGRADECIMIENTO POR LA COLABORACIÓN QUE ME BRINDARON.

A MIS PROFESORES DRA. MARÍA ARNOLDA MEJÍA DE DÍAZ, DRA. OLGA QUINTERO DE ACEVEDO, DR. HECTOR SEQUERA PALENCIA... GRACIAS POR LOS CONOCIMIENTOS TRANSMITIDOS EN EL CURSO DE MI CARRERA.

A LA SRA. OLIVA POR SU CARIÑO, PACIENCIA Y DEDICACION. GRACIAS.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS DE POSTGRADO ESPECIALMENTE A ANA, HENRY, JAVIER Y ALEXANDER, AMIGOS ETERNOS ... A ZENAIR Y ZAHILYS AMIGAS INCONDICIONALES, MUCHAS GRACIAS.

A VANESA SANTIAGO GRACÍAS POR QUERER Y CUIDAR DE MIS HIJOS.

AL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL I.A.H.U.L.A. MUCHAS GRACIAS.

A LA ILUSTRE UNIVERSIDAD DE LOS ANDES FUENTE DE SABIDURÍA.

A TODOS MIL GRACIAS.

MAGNOLIA

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE DE CUADROS	vi
INDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	4
OBJETIVOS	24
VARIABLES	26
METODOLOGÍA	27
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	32
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	52
CONCLUSIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	62

INICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por edad pacientes con infarto y sin infarto.	32
Tabla 2. Distribución por sexo pacientes con infarto y sin infarto.	33
Tabla 3. Distribución según estado civil pacientes con infarto y sin infarto.	34
Tabla 4. Distribución según grado de instrucción pacientes con infarto y sin infarto.	35
Tabla 5. Distribución según hábitos cafeicos pacientes con infarto y sin infarto.	36
Tabla 6. Distribución según hábito tabaquico pacientes con infarto y sin infarto.	37
Tabla 7. Distribución según hábito alcoholico pacientes con infarto y sin infarto.	38
Tabla 8. Distribución según actividad fisica pacientes con infarto y sin infarto.	39
Tabla 9. Distribución según el tipo de personalidad pacientes con y sin infarto.	40
Tabla 10. Distribución según el grado de funcionalidad familiar pacientes con y sin infarto.	
Tabla 11. Distribución según la escala de evaluación de estrés pacientes con y sin infarto.	
Tabla 12. Distribución según soporte social pacientes con infarto y sin infarto.	43
Tabla 13. Distribución según escala de estrés pacientes con infarto y sin infarto.	44
Tabla 14. Distribución según estratificación social pacientes con infarto y sin infarto.	45

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Distribución según ocupación pacientes con infarto del miocardio.	46
Grafico 2. Distribución según ocupación pacientes sin infarto del miocardio.	47
Grafico 3. Distribución según antecedentes familiares para enfermedad cardiovascular. Pacientes con infarto del miocardio.	48
Grafico 4. Distribución según antecedentes familiares para enfermedad cardiovascular Pacientes sin infarto del miocardio.	49
Grafico 5. Distribución según antecedentes personales para enfermedad cardiovascular Pacientes con infarto del miocardio.	50
Grafico 6. Distribución según antecedentes personales para enfermedad cardiovascular Pacientes sin infarto del miocardio.	51

www.bdigital.ula.ve

RESUMEN

La presente investigación se trata de un estudio de tipo correlacional, descriptivo de corte transversal con el propósito de estudiar la funcionalidad familiar, el estrés y la red de apoyo psicosocial de los pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología en dos grupos a.- pacientes con patología cardiovascular diferente del infarto del miocardio y b.- pacientes con infarto del miocardio específicamente, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en el periodo comprendido entre Enero a Agosto de 1999. Los resultados evidenciaron la siguiente información: En el grupo con infarto del miocardio predominó el sexo masculino (63,3%) encontrándose en el grupo etario de 66 a 75 años (26,6%), mientras que en los pacientes con patología cardiovascular el sexo predominante fue el femenino (53,3%) encontrándose la mayoría en el grupo etario de 46 a 55 años (33,4%). Ambos grupos casi en su totalidad eran casados con un 80 y un 56,7% respectivamente. En cuanto al grado de instrucción predominó el rubro secundaria completa con 43,3% en los pacientes con infarto y 33,3% en los no infartados. Con respecto a la ocupación se aprecia que en el grupo con infarto la mayoría son empleados (33,3%) y en los no infartados las amas de casa ocupan el primer lugar (26,7%). En ambos grupos los antecedentes familiares de patología cardiovascular están presentes en un alto porcentaje (80 y 86,7% respectivamente). Los antecedentes personales de patología cardiovascular también están presentes en ambos grupos, ocupando el primer lugar las dislipidemias (42 y 28%) seguidos por HTA (27 y 54%), Diabetes (23 y 6%) y Cardiopatía (8 y 12%). En cuanto a los hábitos psicobiológicos para enfermedad cardiovascular encontramos que para el café, existe un alto consumo del mismo en ambos grupos de estudio (96,7 y 93,3%). Para el hábito alcohólico el grupo de pacientes con infarto ocupó el mayor porcentaje en el consumo regular del mismo con un 56,7% en contra de un 50% en los no infartados. Para el hábito tabaquico se encontró que los pacientes con infarto del miocardio fuman más cigarrillos (46,7%) que los no infartados (20%). Para la actividad física o deporte en el grupo con infarto solo refirió el 43,3% realizar actividad física regular mientras que en los no infartados el 73,3% refirió actividad física regular. Al evaluar el tipo de personalidad se apreció que en ambos grupos un alto porcentaje refería características de personalidad tipo A con un 63 y un 80% respectivamente. Al analizar la Funcionalidad Familiar a través del

APGAR Familiar, en ambos grupos predominó la buena funcionalidad con un 53,3% en los infartados y un 76,7% en los no infartados. Con relación a la escala de evaluación de estrés en ambos grupos predominó el estrés leve con un 93,3% en los infartados y un 46,6% en los no infartados, los acontecimientos vitales con mayor puntaje fueron cambio de situación económica(70%), cambio de salud de un miembro de la familia (53,3%), lesión o enfermedad personal (33,3%), muerte de un familiar cercano(26,6%) y cambio en las condiciones de vida (26,6%). Al evaluar el soporte social de los individuos en estudio en ambos grupos el mayor porcentaje lo ocupó el rubro regular soporte (63,3 Y 60%) el cual estaba dado por hijos o nietos (52%), conyuge (35%), padres (10%), hermanos y otros familiares (3%), en cuanto a los no familiares los vecinos ocuparon el primer lugar con 73,3% seguido de compañeros de trabajo (20%) y otros (6,7%), al analizar el soporte especial el mayor porcentaje lo ocuparon lo hijos (40%) seguido del conyuge (25%), padres (20%) y otros (15%). Al indagar las personas que le causan estrés el rubro ningún estrés ocupó el mayor porcentaje en ambos grupos de estudio (63,3 y 56,7% respectivamente), las personas que le causan estrés correspondían a hijos o nietos (64%), padres (20%) y conyuge (16%), en los no familiares compañeros de trabajo (75%), vecinos (20%) y otros (5%). En el estrato social para ambos grupos la mayoría se concentró en la clase III (60 y 43,3%), seguidos de la clase IV (30 y 30%). Al relacionar el APGAR Familiar con el Graffar observamos que para el grupo con infarto en la clase III (media baja) predominó la disfunción moderada (50%) mientras que en la clase IV (obrero) el mayor porcentaje lo ocupó buena funcionalidad (66,6%). En los no infartados se aprecia que para ambos estratos III y IV el rubro buena funcionalidad ocupó el primer lugar (61,5 y 66,6%). No existe asociación entre las variables funcionalidad familiar y estrés. Existe una fuerte asociación estadística entre actividad física e infarto del miocardio ($X^2= 5,55$ y $P = 0,018$). Palabras clave: Funcionalidad familiar, Infarto del miocardio, eventos estresantes y red de apoyo psicosocial.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo. La elevada incidencia de la enfermedad cardiovascular en la época actual se encuentra relacionada directamente con el estilo de vida y con algunos factores de riesgo individual, familiar y del ambiente (Puche, Gordillo y Alcaraz citados por Ruiz 1996). A pesar de los múltiples esfuerzos en los aspectos educativos y en la divulgación sanitaria realizados por los diferentes gobiernos del mundo para mejorar la calidad de vida de la población, el proceso salud-enfermedad sigue siendo preocupación continua de nuestros gobernantes. Al analizar las estadísticas de morbimortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo observamos que las enfermedades cardiovasculares ocupan uno de los primeros lugares en frecuencia. Así en los Estados Unidos son portadores de cardiopatía coronaria 1,5 millones de personas de las cuales 300.000 mueren antes de llegar al hospital y 200.000 al mes de haber ocurrido el infarto (Bermúdez 1998).

El porcentaje de mortalidad que ocasiona en la población general es del 33% en el primer mes y del 10% en el primer año. En Venezuela, de 67,7 muertes por cien mil habitantes en 1986 subió a 84,1 en 1990. En el estado Mérida para el año 1998 se presentaron 87 infartos del miocardio en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. En el período de Enero a Julio del año en curso (1999) han ingresado 67 pacientes con el diagnóstico de infarto del miocardio. A pesar de los increíbles avances logrados en los últimos treinta años en cuanto al diagnóstico y tratamiento, el infarto del miocardio sigue siendo un problema de salud pública.

Esto nos hace pensar que existe una multiplicidad de factores que intervienen en la incidencia de esta enfermedad. Entre ellos los relacionados con los estilos de vida íntimamente ligados al entorno familiar y social incluyendo el ambiente laboral, factores de índole individual, como el tipo de personalidad y los eventos estresantes del diario vivir. Sin embargo, la presencia de un factor de riesgo no necesariamente implica causa directa. En la mayoría de los casos, un factor de riesgo es la característica que indica la

probabilidad de que se produzca una enfermedad de alcance clínico en una población dada. La disminución de los factores de riesgo constituye el método clínico primario para evitar la morbilidad y la mortalidad por enfermedad arterial coronaria.

La salud familiar está condicionada por variables socioeconómicas y culturales, la misma debe entenderse como un proceso dinámico susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital individual y familiar. La utilización del concepto salud familiar implica la explotación de la capacidad del individuo y de la familia para cumplir sus funciones dentro de las cuales se encuentra incluida la de formar individuos sanos, tanto física como mentalmente. Diversos estudios (National Heart, Lung and Blood Institute) han resaltado la importancia del apoyo que recibe el paciente de sus familiares y amigos, aportando a su vez sólidas evidencias de la influencia tanto sana como malsana que tienen los familiares sobre los factores de riesgo cardiovasculares (Mc Daniel, Campell y Seamburn 1998).

La relación entre el estrés y la incidencia de infarto del miocardio es aún objeto de controversia. El estrés ocurre cuando eventos o situaciones perjudican los recursos de la familia, entre las causas de estrés interno se citan principalmente los cambios en el ciclo de vida familiar, las enfermedades e incapacidades de algún miembro de la familia etc. y entre las causas de estrés externo se incluyen el ambiente laboral, la educación, el sistema de salud, la economía, etc. (Minuchín 1988).

El infarto del miocardio es una de las patologías más temidas debido a su elevada tasa de morbilidad y mortalidad, además de la incapacidad física y/o psicoemocional y laboral afectando no solo al individuo que la padece sino también a su grupo familiar y social. En este sentido se produce un desequilibrio en la homeostasis familiar con repercusión en la dinámica familiar la capacidad de adaptación (situaciones estresantes) que permitirán una mejor recuperación e incorporación del individuo a la sociedad. Así mismo se ha encontrado que de la población general el sexo masculino, cuando presentan problemas familiares o laborales graves, está tres veces más expuesto al riesgo de enfermedad cardiovascular.

La identificación de los factores de riesgo psicosociales relacionados con esta patología facilitará la intervención oportuna y anticipativa por el médico de familia y su equipo de salud. Es importante para todos los profesionales de atención primaria mejorar los programas de promoción y prevención, con el fin de reducir la amenaza que supone la

enfermedad cardiovascular en la población general y para cada paciente en forma individual (Taylor 1997).

El papel del médico de familia dentro del equipo de salud es ayudar a los pacientes a reconocer su responsabilidad en la aparición de la enfermedad, sin que desarrollen culpabilidad por hábitos de vida inadecuados y partiendo de allí lograr modificaciones en el estilo de vida y comenzar la disminución de los factores de riesgo modificables. El reto de este profesional, consiste en proporcionar al paciente una educación sanitaria adecuada a fin de minimizar los cambios en el estado de enfermedades concomitantes y mantener o mejorar la calidad de vida.

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar, el estrés y la red de apoyo psicosocial con el infarto del miocardio en los pacientes que acuden a consulta externa del servicio de Cardiología del I.A.H.U.L.A. en el año en curso.

www.bdigital.ula.ve

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ASPECTOS HISTÓRICOS

La cardiopatía isquémica - metabólica es la enfermedad más frecuente y de mayor mortalidad del siglo veinte, a tal punto que se considera como la epidemia de este siglo (Bermúdez1998).

Descrito por primera vez por Herrick en 1.912, el infarto del miocardio sigue siendo un problema de salud pública, por su frecuencia y porque su mortalidad es muy elevada a pesar de los avances terapéuticos. Una de cada tres muertes en los Estados Unidos y una de cada cuatro en Venezuela, son debidas a cardiopatía isquémica y aproximadamente la mitad de ellas se atribuyen al infarto del miocardio.

En las últimas décadas se ha observado una disminución en la mortalidad por enfermedad coronaria, atribuida en un 40% a las intervenciones terapéuticas sobre las manifestaciones de la enfermedad, y en un 60% a los cambios en el estilo de vida (Almeida y col 1995).

Drori y col 1996 argumentaron que la humanidad ha soportado graves azotes como fueron entre otras, la Peste bubónica, la Viruela y la Fiebre amarilla. Hoy en día las enfermedades cardiovasculares afectan a una gran proporción de las poblaciones de países industrializados y no industrializados, no solamente sin aviso alguno sino que además provocan sufrimientos prolongados e incapacidades progresivas y son responsables de una de las primeras causas de muerte no violentas, pero endógenas, en todo el mundo.

En Estados Unidos, cerca de 1,5 millones de personas sufren este problema cada año (un paciente cada 20 seg. aproximadamente). También cada año, más de un millón de individuos en quienes se sospecha infarto del miocardio son internados en unidades de vigilancia coronaria; solo en 30 a 50 % de estos pacientes se confirma el diagnóstico. La tasa de mortalidad por infarto del miocardio ha disminuido cerca de 30% en los últimos 10 años, pero cuando este incidente se produce sigue siendo mortal en un 33% de los enfermos. Cerca del 50% de las muertes por infarto del miocardio ocurren durante la primera hora del evento y son atribuibles a arritmias. Esta patología afecta a las personas en sus años más productivos laboralmente y deja secuela psicosociales y económicas profundas(Braunwald 1998).

Bermúdez (1998) describe como principal causa de este trastorno a la "tromboaterosclerosis coronaria" que conlleva a la obstrucción de una arteria coronaria (acelerada esta por múltiples factores como el estrés, la diabetes, las dislipidemias, el alcohol, el tabaco, las drogas psicotropicas, la HTA, el sedentarismo y otros) lo cual ocasiona la enfermedad en cualquiera de sus manifestaciones (angina de pecho, infarto del miocardio, arritmias, insuficiencia cardiaca y muerte súbita o no).

Con la creación de las unidades de cuidados coronarios, ha disminuido la mortalidad por infarto del miocardio en un 10%, posteriormente con el advenimiento de la trombolisis se ha reducido aún más la tasa de mortalidad. Sin embargo, esto no ha significado una reducción importante en la mortalidad global del infarto la cual es fundamentalmente prehospitalaria.

Framingham (citado por Almeida y col 1995) señala que un 20% de los hombres y un 45% de las mujeres fallecen durante el primer año después del infarto del miocardio. Posteriormente la mortalidad de los infartados es tres a cuatro veces mayor que la de la población general. Últimamente el pronóstico de los pacientes con infarto del miocardio ha sido estratificado de acuerdo con lo cual la mortalidad durante el primer año es de 20-50% en los sujetos de alto riesgo, de 10% en los de mediano riesgo y del 2-5% en los de bajo riesgo.

FACTORES PREDISPONENTES

Hasta en un 50% de las personas con infarto del miocardio se identifica un factor desencadenante o síntomas prodrómicos. Se ha sugerido que el ejercicio demasiado intenso o el estrés psíquico, que puede ser causado por ira, puede desencadenar rotura y separación de la placa y culminar en infarto agudo del miocardio. No se han realizado estudios apropiados pero los datos sugieren que el ejercicio demasiado intenso (en particular en personas fatigadas o con estrés emocional) pudiera desencadenar infarto del miocardio; esto como consecuencia del incremento exagerado en el consumo de oxígeno por el miocardio en presencia de unas coronarias angostas. En varios estudios se ha señalado que diversas alteraciones y sobresaltos de la vida diaria suelen anteceder a la aparición del infarto del miocardio (Braunwald 1998).

FACTORES DE RIESGO DE LA ARTERIOPATÍA CORONARIA

La enfermedad de la arteria coronaria es la entidad patológica aislada de mayor importancia en los países industrializados, en términos de mortalidad y morbilidad. Cada año, cerca de 1,5 millones de estadounidenses sufren infarto del miocardio y casi todos los casos de este tipo obedecen a aterosclerosis de las arterias coronarias. La arteriopatía coronaria suele afectar a personas en el periodo más productivo de su carrera profesional. En promedio, 45% de los infartos del miocardio ocurren en personas de menos de 65 años de edad; aproximadamente 37% de los varones y 29% de las mujeres que fallecen por infarto del miocardio tienen menos de 55 años. Los principales factores de riesgo de enfermedad arterial coronaria identificados son: dislipidemia, hipertensión arterial, consumo de tabaco y diabetes mellitus. Otros factores incluyen inactividad física, obesidad, antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria, edad, sexo, consumo de alcohol y factores psicológicos. La disminución de los factores de riesgo constituye el método clínico primario para evitar la morbilidad y mortalidad por arteriopatía coronaria. La identificación de dichos factores constituye un medio para disminuir el riesgo de enfermedad arterial coronaria al aminorar los factores modificables y sustentar las decisiones terapéuticas mediante un cálculo más preciso del estado global de los riesgos.

Braunwald (1998), en The National Cholesterol Education Program (NCEP) presenta un algoritmo para factores de riesgo de enfermedad coronaria, el cual deberíamos manejar en todas las consultas de atención primaria y así clasificar apropiadamente a cada paciente en forma individual.

Factores positivos de riesgo

- Edad 45 años o más en varones; 55 años o más en mujeres o menopausia prematura sin reemplazo hormonal).
- Antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria prematura (infarto del miocardio o muerte súbita antes de los 55 años en el padre u otro pariente varón de primer grado, o antes de los 65 años en la madre u otra parienta de primer grado)
- Tabaquismo actual (cigarrillos).
- Hipertensión arterial (> 140/90 mmHg).
- Nivel bajo de colesterol HDL (< 35 mg/ 100ml).
- Diabetes mellitus.

Factor negativo de riesgo

- Nivel alto de colesterol HDL (> 60 mg/100ml).

La dislipidemia que guarda relación más directa con el riesgo de enfermedad arterial coronaria es la HIPERCOLESTEROLEMIA. Cuando otros factores de riesgo ocurren en combinación con dislipidemia y bajos niveles de HDL serica la enfermedad cardiovascular puede aparecer fácilmente. En estudios epidemiológicos por observación e intervención se ha definido la relación que existe entre la hipercolesterolemia y la enfermedad arterial coronaria. Reforzando la hipótesis de que a mayores niveles de colesterol mayor riesgo de enfermedad arterial coronaria y que la disminución de los niveles de colesterol plasmático conlleva a disminución del riesgo (Stanler, Wentworth y Neaton 1986).

El consumo de tabaco y sus productos sigue siendo un peligro sanitario así como uno de los factores primarios de riesgo modificables de arteriopatía coronaria. Las enfermedades cardiovasculares vinculadas con el tabaquismo comprenden la enfermedad arterial coronaria y trastornos cerebrovasculares. El tabaquismo multiplica el efecto de otros factores de riesgo coronario y se calcula que en 1990 fue la causa de aproximadamente 20% de las muertes por enfermedad cardiovascular en los Estados Unidos (Peto, López, Boreham et al.1992). Iribarren y col 1999 concluyen que independientemente de otros factores de riesgo, el fumar cigarrillos regularmente aumenta el riesgo de enfermedad coronaria.

La Hipertensión arterial tiene gran incidencia en todo el mundo y aumenta al envejecer el individuo. Innumerables estudios epidemiológicos por observación en poblaciones de diferentes sitios geográficos y etnias, han definido una relación directa entre el incremento de la presión arterial y la incidencia de enfermedad arterial coronaria y accidente cerebrovascular (Braunwald 1998).

La enfermedad arterial coronaria constituye una complicación mayor de los dos tipos de diabetes. A pesar de que la relación entre la diabetes y las enfermedades cardiovasculares no es uniforme en todas las poblaciones. La diabetes a menudo coexiste con otros factores de riesgo modificables de enfermedad coronaria. La hipertensión y la obesidad son frecuentes en diabéticos, y la hipertrigliceridemia es la dislipidemia característica en la diabetes, con disminución del colesterol de HDL, a menudo acompañado de partículas de LDL densas y pequeñas. La aterosclerosis en diabéticos suele ser complicada por un estado

procoagulante, causado por la mayor agregabilidad plaquetaria e incremento del PAI-1 (Colwell y col 1983). La insulina puede contribuir a la aterogénesis, al estimular la proliferación de células de músculo liso y la acumulación de éster de colesterol en la pared arterial (Bierman 1992).

En diversos estudios epidemiológicos por observación se ha demostrado que la actividad física regular aminora el riesgo de trastornos por enfermedad arterial coronaria. En un estudio comparativo de enfermedad arterial coronaria en ocupaciones con diferentes niveles de actividad física se detectó que el riesgo relativo de muerte de origen cardiovascular fue de 1.9 en ocupaciones sedentarias, en comparación con ocupaciones activas (Berlin y Colditz 1990). La inactividad física guarda relación directa con la edad y varía de 55% en personas de 18 a 34 años a 62% en personas mayores de 55 años, además guarda una relación inversa con los ingresos económicos y el nivel de instrucción alcanzado (Braunwald 1998).

Los factores de riesgo no modificables como antecedentes familiares positivos para arteriopatía coronaria, edad y sexo no se modifican pero su identificación permite refinar la evaluación del perfil de riesgo de enfermedad coronaria en el paciente. En estudios realizados en pacientes después de haber controlado otros factores de riesgo, se demostró que el antecedente familiar constituía un factor importante e independiente de riesgo de arteriopatía coronaria. En cuanto al sexo el estudio Framingham demostró que la morbilidad por enfermedad arterial coronaria fue del doble en varones que en mujeres (Lerner y Kannel 1986).

La participación del alcohol en el riesgo de enfermedad coronaria se complica por la dificultad de obtener datos precisos referente al consumo individual del mismo. En diversos estudios la ingestión de cantidades moderadas de alcohol guardó relación con menor riesgo coronario y tal efecto protector fue mediado por un aumento en el colesterol HDL (Gaziano y col 1993).

Es aún objeto de controversias la relación que guarda el tipo de personalidad y el estrés con el riesgo de enfermedad arterial coronaria. En el Western Collaborative Group Study se ha señalado que la personalidad tipo A constituye un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria en la vigilancia hecha a los 3.154 varones de 39 a 59 años y sin enfermedad coronaria en la evaluación inicial durante 8.5 años de seguimiento, los sujetos

de tipo A tuvieron el doble de posibilidades de sufrir angina o infarto del miocardio que los de tipo B (Rosenman y col. 1975).

ETIOPATOGENIA

Un infarto se produce cuando se reduce o se suprime el flujo arterial o, cuando la demanda o exigencia de oxígeno sobrepasa la oferta disponible. Existen muchas causas de infarto del miocardio pero la más frecuente es la enfermedad aterosclerótica arterial coronaria.

Fuster, 1992-1994, (citado por Almeida y col. 1995) describe el proceso trombótico: Frecuentemente las placas “jóvenes”, pequeñas, blandas, ricas en lípidos y no obstructivas, se rompen, ruptura que ocurre como consecuencia de un flujo más turbulento en el área, una contracción súbita e intensa del vaso, los movimientos de estiramiento o curvatura de la arteria con cada sístole ventricular y otros factores. La ruptura de la placa es seguida de adhesión y agregación plaquetaria en el sitio de la lesión. Las plaquetas liberan productos vasoconstrictores, principalmente el tromboxano A₂ y serotonina, que inducen mayor agregación plaquetaria y mayor vasoconstricción, con el consecuente empeoramiento del proceso. De los factores físicos que conllevan a la ruptura de la placa, el espasmo coronario parece ser uno de los más importantes y frecuentes. El espasmo, expresión de vasoconstricción anormal, es consecuencia de la alterada interacción entre los factores vasodilatadores y vasoconstrictores de la pared arterial. Las arterias enfermas parecen ser incapaces de producir los factores relajantes o vasodilatadores (prostaglandinas, factor relajante del endotelio); algunas sustancias vasodilatadoras producen vasoconstricción en las arterias enfermas (acetilcolina); Además, los productos de las plaquetas, tromboxano A₂, serotonina y otros, ejercen sus acciones vasoconstrictoras sobre arterias que no pueden contrarrestar estas acciones. El espasmo debe jugar un papel muy importante en el desencadenamiento del proceso. Los cambios clínicos y electrocardiográficos que se observan en pacientes con espasmo coronario y en los que están en fases iniciales del infarto son notablemente similares; en ambos casos, el dolor es prolongado, el electrocardiograma muestra desnivel positivo de ST y no hay onda Q. Si el paciente responde a la nitroglicerina y desaparecen todos los cambios, probablemente el espasmo coronario es la condición predominante. Si el comportamiento es opuesto y la evolución es hacia la necrosis, probablemente ya se ha establecido la trombosis. Si, tempranamente, los

mecanismos fibrinolíticos no se producen, o si no se administra algún fibrinolítico, se establece el infarto (Almeida y col. 1995).

ANATOMIA PATOLOGICA

Hurts (1994), señala que la relación entre trombosis y aterosclerosis coronaria en la patogénesis del infarto agudo del miocardio ha quedado bien establecida. Además menciona que en muchos estudios patológicos cuyos informes se han publicado desde 1973 se describe trombosis de la arteria coronaria que se distribuye en el tejido necrótico en más de un 80% de los pacientes con infarto agudo del miocardio. La mayor parte de los datos indica que la trombosis es el paso final de la patogénesis del infarto.

La supresión del flujo coronario por más de 30 minutos produce daño celular. Después de 4 horas, el daño es irreversible y, después de 6 horas, es visible al examen macroscópico. Reimer y Jennings (citado por Almeida 1995) realizaron estudios de experimentación en animales mostrando que la necrosis avanza en un frente de onda desde en endocardio hasta el epicardio: a los 40 minutos de la ligadura de la arteria coronaria, se ha producido necrosis en el tercio subendocárdico; a las 3 horas, la necrosis se ha extendido hasta el tercio medio, y ha tomado todo el espesor de la pared ventricular a las 96 horas. Así, se pueden identificar dos tipos de infartos: los infartos transmurales, en los que esta tomado todo el grosor de la pared ventricular, y los infartos no transmurales o subendocárdicos, que afectan el subendocardio y el miocardio intramural, pero no se extiende por todo el espesor de la pared.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El infarto del miocardio puede iniciarse a cualquier hora del día o de la noche pero su frecuencia alcanza un máximo en las primeras horas después de levantarse. Este pico circadiano se debe a una combinación del incremento del tono simpático, por un lado, y a una mayor tendencia a la trombosis entre las 6 de la mañana y las 12 del mediodía. En cerca de la mitad de los casos se detecta un factor precipitante previo al infarto, como un ejercicio físico intenso, estrés emocional o una enfermedad médica o quirúrgica. El dolor es el síntoma de presentación más común en el infarto del miocardio. Es un dolor profundo y visceral; habitualmente se describe como en loza de compresión y de aplastamiento, aunque a veces adquiere un carácter punzante o urente. Típicamente, el dolor se localiza en la porción central del tórax, el epigastrio o ambos, y a veces se irradia a los brazos. Menos

frecuentemente la irradiación puede realizarse al abdomen, espalda mandíbula y cuello. A menudo se acompaña de sudoración, náuseas, vómitos, ansiedad y sensación de muerte inminente. Las molestias pueden comenzar en reposo o durante alguna actividad física, a diferencia de la angina este no cede al detener el ejercicio. A pesar de ser el dolor el síntoma más común a veces no se presenta. La incidencia de infarto indoloros es más frecuente en los pacientes con diabetes mellitus y se eleva con la edad. Los pacientes que no se quejan de dolor pueden presentar otras manifestaciones tan graves como síncope, insuficiencia cardiaca izquierda aguda, o tan banales como molestias gastrointestinales, neuritis intercostal, entre otras. El infarto agudo del miocardio se encuentra dentro del grupo de los grandes dramas torácicos y eso obliga al clínico a descartar embolismo pulmonar, ruptura de esófago, aneurisma disecante de la aorta y neumotórax (Harrison 1998).

EXAMEN FISICO

En los momentos iniciales, de dolor y angustia, la frecuencia cardiaca puede estar elevada y existir aumento de la presión arterial; son manifestaciones del aumento del tono simpático, frecuentes en más de la mitad de los pacientes con infarto de localización anterior. En general el examen físico va a depender de las condiciones clínicas preexistentes y de la presencia o no de complicaciones. El paciente sin enfermedad previa, que sufre un primer infarto y este no es complicado puede encontrarse normal al examen físico o presentar un cuarto ruido. Cuando el infarto se acompaña de dilatación o disminución de la función ventricular, se puede observar desplazamiento del ápex hacia abajo y hacia fuera. Aparte de estos hallazgos, el examen físico mostrara signos variables de disfunción ventricular (onda A gigante en el pulso venoso yugular, ausencia de retracción sistólica paraesternal izquierda y cuarto ruido derecho). Killip y Kimbal (citados por Almeida 1995) desarrollaron una clasificación pronóstica que se sigue utilizando en la actualidad, tomando en cuenta las características clínicas y la mortalidad en el infarto agudo del miocardio.

Clase	Características	Mortalidad (%)
I	no hay crepitantes ni R3	8
II	crepitantes hasta $\frac{1}{2}$ Cs Ps o R3	30
III	Edema agudo de pulmón	44
IV	Shock Cardiogénico	80-100

La OMS (1979) define los cambios electrocardiográficos del infarto agudo del miocardio como sigue:

- Cambios inequívocos: ondas Q o QS persistentes y cambios evolutivos en el segmento ST.
- Cambios equívocos: cambios permanentes del ST, inversión simétrica de la onda T, onda Q patológica transitoria y trastornos de la conducción intraventricular.

Dentro de los hallazgos de laboratorio podemos resaltar:

- Aspartatoaminotransferasa (AST) se eleva entre las 8 y 12 horas del infarto, pico máximo entre las 18 y 36 horas y regresa a la normalidad a los 3 a 4 días.
- Creatinin quinasa (CK) y su isoenzima (MB) se eleva a las tres horas, pico máximo a las 8 horas y disminuye a las 24 horas después del evento.
- Dehidrogenasa láctica (DHL) se eleva entre 24 y 48 horas, pico máximo a los 3 a 6 días y regresa a lo normal de 8 a 14 días.

Los cambios característicos de cada una de estas enzimas, permiten establecer el diagnóstico según la hora de admisión hospitalaria

MARCADORES CARDIACOS SERICOS:

Algunas proteínas se liberan a la sangre en grandes cantidades a partir del músculo cardíaco necrosado después del infarto del miocardio. El patrón cronológico de liberación de estas proteínas tiene importancia diagnóstica. Estas pruebas realizadas rápidamente en la cabecera del paciente, pueden facilitar las decisiones terapéuticas, sobre todo con un electrocardiograma no diagnóstico.

La creatininfosfocinasa (CPK) se eleva en las primera 4 a 8 horas y generalmente se normaliza entre 48 a 72 horas. Un inconveniente importante es su falta de especificidad para el infarto del miocardio, ya que también se eleva ante un traumatismo músculo esquelético. La isoenzima MB de la CPK posee una ventaja sobre la CPK total, ya que no se detectan concentraciones significativas en el tejido extracardíaco y, por consiguiente, es mucho más específica. *La troponina T específica del corazón (cTnT)* y *la troponina I específica del corazón (cTnI)* poseen diferentes secuencias de aminoácidos que estas mismas proteínas derivadas del músculo esquelético. Esta diferencia ha permitido que se diseñen análisis cuantitativos de cTnT y cTnI con anticuerpos monoclonales específicos. Dado que estas proteínas no se detectan en condiciones normales en la sangre de sujetos sanos, pero que pueden aumentar más de 20 veces su nivel en pacientes con infarto del miocardio, su medición es de gran valor diagnóstico. Los niveles de cTnT pueden mantenerse elevados durante 7 a 10 días después del infarto y los de cTnI hasta 10 a 14 días (Harrison 1998).

El pronóstico de los pacientes que sufren un infarto del miocardio depende de muchas variables, clínicas, electrocardiográficas, de laboratorio, angiografías, etc, que en última instancia, reflejan directa o indirectamente, la magnitud de la enfermedad coronaria y del daño de fibra del ventrículo izquierdo.

Pronóstico temprano: Tienen un peor pronóstico temprano los pacientes de edad avanzada, las mujeres, los diabéticos, los que tienen historia de angina de pecho o infarto previo, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardiaca congestiva, fumadores, obesos, y otros. Entre los factores relacionados con el infarto, las variables predictivas de mayor mortalidad son el infarto con onda Q, la localización anterior, la presencia de insuficiencia cardiaca congestiva, de bloqueo cardiaco, taquiarritmia supraventricular e incluso, por taquicardia sinusal, la presencia de depresión del segmento ST en las precordiales, la ocurrencia de taquicardia o fibrilación ventricular, e hipertensión arterial al ingreso entre otros. En los últimos tiempos, el desarrollo de nuevas medidas terapéuticas ha separado la mortalidad por grupos; de acuerdo a los resultados publicados, tienen mayor mortalidad hospitalaria aquellos pacientes que ingresan tardíamente, que no reciben trombolisis coronaria, o medicación betabloqueante, anticoagulante, etc.

Pronostico tardío: Depende, fundamentalmente, de la extensión de la disfunción ventricular izquierda, de la presencia de isquemia residual y del grado de inestabilidad eléctrica manifiesta por arritmias ventriculares graves. Dos son los objetivos del tratamiento después del infarto del miocardio: aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida. Los avances en el desarrollo de nuevas drogas y de procedimientos de revascularización y reparación miocárdicas han permitido progresos espectaculares en ambos aspectos. La aspirina, los betabloqueantes y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), son algunas de las drogas que han demostrado tener efecto beneficioso en la sobrevida de los pacientes. La calidad de vida contempla aspectos variados y complejos; en sí mismo es difícil de definir; sin, embargo se suele evaluar por la presencia de síntomas y signos, la afectación emocional y las condiciones sociolaborales después del infarto del miocardio. Por ejemplo, la depresión y la impotencia sexual de los beta bloqueadores, la cefalea de los nitratos, etc. Por lo complejo del manejo de estos pacientes se han desarrollado programas de rehabilitación cardíaca, en los que se pretende la evaluación y el tratamiento integral de estos pacientes y sus familiares incluyendo, cambios en los hábitos higiénico-dietéticos, tratamiento de los factores de riesgo, uso de drogas, y apoyo psicológico y sociolaboral (Almeida 1995).

Harrison (1998) señala que los esfuerzos por mejorar la supervivencia y la calidad de vida después del infarto del miocardio dependen fundamentalmente de los cambios en el estilo de vida de los individuos incluyendo los factores de riesgo ya conocidos; de estos últimos, quizá los más importantes sean abandonar el tabaquismo y controlar la hipertensión arterial. Además el mismo autor hace referencia acerca del estado de depresión profunda que sufren algunos pacientes después del infarto lo cual constituye un factor de riesgo en su evolución. No se han identificado los mecanismos exactos que vinculan la depresión y la falta de apoyo social, al peor pronóstico después del infarto, pero una posibilidad pudiera ser no cumplir con los tratamientos ordenados, comportamiento que se vincula con mayor riesgo de muerte. Existen pruebas de que un programa de rehabilitación integral que utiliza personal asistencial primario que oriente a los pacientes y haga visitas domiciliarias tiene trascendencia positiva en la evolución clínica del individuo después de un infarto, y aminora la frecuencia de nuevas hospitalizaciones por isquemia e infartos recurrentes.

Según la OMS (1964) (citado por Drori 1996) se define "Rehabilitación Cardíaca" como el conjunto de actividades necesarias para que el enfermo coronario (o cualquier otro enfermo cardiovascular), llegue a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social, por medio del cual pueda reintegrarse por sus propios medios en la sociedad. Dentro de los componentes esenciales se incluyen evaluación sobre el peligro de episodios cardiovasculares futuros y la mortalidad de enfermos coronarios; educación y consejos; como enfrentan los estados de estrés mental y modificación de los factores de riesgo (tabaco, control de peso, dieta, control de los lípidos, manejo de la HTA y la diabetes) (Drori 1996).

Blumenthal y Wei (1993) señalan que en el pasado se recomendaba a los pacientes que sufrían un infarto del miocardio que se abstuvieran de reanudar un nivel de actividad normal hasta por un año o incluso más. Sin embargo, el uso de métodos psicoconductuales entre los cuales está el ejercicio, cese del tabaquismo, manejo del estrés y modificación de conducta tipo A, modificación de la dieta y otros tratamientos psicológicos están dirigidos a mejorar el efecto terapéutico y la recuperación integral del paciente.

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD:

Baird y Feightner (citados por Ceitlin 1997), refieren que durante los últimos tiempos se ha producido un creciente interés y énfasis en los intentos por prevenir la recurrencia de enfermedades detectables tempranamente en su estado asintomático con la esperanza de prevenir la morbilidad y mortalidad subsecuentes. Ha sido muy discutida la importancia de la familia sobre los individuos, la influencia de los individuos sobre otros miembros y a menudo sobre toda la familia, y como los individuos y familiares responden ante eventos críticos, ante el estrés y diversas tensiones precipitadas por los cambios de ciclos normales del diario vivir.

Es así como la familia es valuarde fundamental para mejorar las influencias de los hábitos sobre un singular número de problemas de salud, minimizar los diferentes riesgos a que están sometidos los integrantes de su grupo familiar y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos (Mc Whinney 1995). Este mismo autor señala que es imposible separar a la persona de la enfermedad, ni a esta de su ambiente familiar, psicológico y social; reconoce que la salud y la enfermedad están íntimamente conectados

con la personalidad, la forma de vida y las relaciones humanas razón por la cual hacemos énfasis en la *FUNCIONALIDAD FAMILIAR*.

La familia es un laboratorio donde todos experimentan, aprenden y ponen a prueba ciertas hipótesis, donde se aprende hábitos, destrezas, valores, aptitudes, maneras de relacionarse con el mundo, con los otros iguales y consigo mismo. La familia es un equipo esencial donde todos son importantes y se orienta hacia objetivos que los benefician a todos y donde debe existir organización, solidaridad, autogestión orientada hacia la autonomía y visión ecológica (Kaplan citado por Barroso, 1995).

Estrada (1995), manifiesta que la familia es en esencia un sistema vivo de tipo abierto, un sistema que se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas, como son el biológico, psicológico, social y ecológico. Atraviesa por un ciclo vital individual y familiar. Pudiendo encontrarse en un marco de normalidad o funcionalidad o adquirir ciertas características de disfuncionalidad o patología. Todo este proceso está directamente relacionado con la aparición de enfermedad y/o mantenimiento de la salud.

La familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Los patrones de funcionamiento familiar están condicionados por el contexto sociocultural que pertenece la familia. Este es un sistema social situado entre el individuo y otros sistemas sociales más amplios y se rige por las normas que éstos le asignan, que a su vez son diferentes de cada cultura y época. No existe por tanto, un modelo abstracto de familia “normal” que permita definir a partir de él una familia “anormal”, sino que solamente puede hablarse de una serie de funciones que la familia debe ser capaz de complementar para posibilitar el desarrollo saludable de sus miembros (De la Revilla y Fleitas, 1994).

El funcionamiento familiar es la capacidad para escuchar en forma activa, habilidad para observar e interpretar las interacciones entre los miembros de la familia. Aprender en su justo valor las influencias socioculturales y ambientales en los modos de vida familiar, incrementando así su capacidad para individualizar los cuidados y el apoyo a cada individuo y grupos de individuos, basado en la circunstancia y necesidades de cada familia (Irigoyen y col 1994).

Huerta (1998) destaca que una familia funciona si sus miembros se encuentran en un estado de bienestar que les permita desempeñar funciones y roles adecuados a su edad, sexo y etapa evolutiva del ciclo vital individual y familiar llegando a una buena emancipación y estableciendo un estado de equilibrio con la sociedad que le ha tocado vivir. Además el mismo autor enfatiza que los eventos críticos del diario vivir incrementan la tensión del grupo familiar y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar, pudiéndose desarrollar múltiples patologías entre ellas las cardiopatías y por ende el infarto del miocardio.

De la Revilla (1994) establece que existe constancia entre los hechos vitales negativos y las enfermedades cardiovasculares. Así se comprobó que existía un cúmulo de acontecimientos en los meses previos a la ocurrencia del infarto del miocardio.

Los diversos componentes que constituyen el organismo familiar, su curso vital y los factores del medio que influyen sobre su desarrollo; son elementos que interactúan en la realidad dando lugar a un sistema que recibe estímulos, procesa la información del medio y elabora respuestas adaptativas, manteniendo un equilibrio propio y exclusivo, cambiante en cada momento del continuo temporal (Mc Whinney, 1995).

Cuando la familia enferma, es decir, se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones utilizamos el término de familia disfuncional.

Smilkstein, 1983, (citado por De la Revilla y Fleitas, 1994) propone un modelo que nos permita comprender los cambios que se producen en las familias, superando el incomodo debate entre normalidad y anormalidad. Las familias no son normales ni anormales, funcionan bien o mal, dependiendo de sus posibilidades, que a su vez depende de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital. La familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes: familia normofuncional, crisis funcional, disfunción familiar, y familia en equilibrio patológico.

Con relación a las manifestaciones clínicas de disfunción familiar, se comprende también que una familia disfuncional muestre dificultades para resolver situaciones como la enfermedad real de uno de sus miembros, la falta de adherencia a tratamientos, o la incapacidad para atender a algún miembro incapacitado. El médico de familia deberá dirigir su mirada al sistema familiar, evaluando su función ante hiperutilizadores del sistema de salud, pacientes con síntomas y signos mal definidos, o trastornos de salud mental, así

como ante patologías crónicas que no cumplen las indicaciones terapéuticas o no se adhieren al tratamiento (De la Revilla, 1994).

Estrada (1995), propone seis etapas del ciclo vital, que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia: desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez.

Yen, (1995), considera que para el buen funcionamiento de una familia debe existir una red de apoyo social como componente importante para mantener la homeostasis de la misma, la red de apoyo de un individuo puede incluir su propia familia, cónyuge, amigos, vecinos, organizaciones institucionales y no institucionales. Mientras que para Bowling (citado por De la Revilla 1994), apoyo social es un proceso interactivo merced el cual un individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra inmerso. El mismo autor define "red social" como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, así como las características de estas relaciones.

En la década de los setenta, algunos autores observaron que el estado de salud podía ser afectado por una serie de magnitudes anteriormente ignoradas, que se agruparon bajo el concepto de apoyo social. Desde entonces se han realizado numerosos estudios que demuestran que el apoyo social tiene un efecto "mejorador" o protector sobre un sin número de parámetros relacionados con la salud. Otros estudios demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud dando lugar a la aparición de síntomas orgánicos, psíquicos y sobre todo psicosociales (De la Revilla 1994).

La personalidad y el estrés individual y familiar son factores que influyen en el proceso salud-enfermedad, es así como los rasgos del paciente determinan en términos generales el tipo y la calidad de la relación que establecen con los demás, incluyendo al personal de salud, comprender esta dimensión del paciente facilita la forma de relacionarse con él, identificar el apoyo que requiere, las exigencias que se le pueden hacer y el tipo de información que se le debe dar (Plata y col. 1997).

Las situaciones conflictivas y los acontecimientos vitales estresantes pueden afectar a un individuo o a toda su familia y para preservar la homeostasis familiar se ponen en marcha una serie de mecanismos adaptativos de compensación o de apoyo llamado recurso. Bowling (citado por De la Revilla, 1994), define el apoyo social como un proceso

interactivo, merced el cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la cual se encuentra inmerso.

Lin, (citado por De la Revilla, 1994), considera a la red de apoyo como todos aquellos elementos funcionales o estructurales, reales o percibidos que el individuo recibe de su comunidad, su red social y sus amigos íntimos. Gracias a la red el individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda mental, servicios, información y adquiere nuevos contactos familiares.

Smilkstein (citado por Yen, 1995), señala que los recursos de la familia se utilizan para resolver crisis normales o situacionales (esperadas o planeadas), los recursos se consideran efectivos, al luchar contra el estrés y situaciones estables en el grupo familiar.

Los riesgos psicosociales como variables psicológicas y sociales influyen no solo en la significación personal y social de la enfermedad, sino también en el riesgo de enfermarse, en la naturaleza de la respuesta a la enfermedad y su pronóstico. Cuando hay desequilibrios psicosociales, es decir, cuando hay recursos inadecuados para enfrentar a un estresor intenso y hay deterioro social y emocional, aumenta la necesidad de ayuda y apoyo por parte del médico (Smilkstein, 1980). Este mismo autor en 1984 expuso que no basta con estudiar el riesgo biomédico, sino también es importante valorar el riesgo psicosocial, el cual implica lesiones en la vida, situaciones crónicas, eventos estresantes y falta de apoyo familiar. Cuando hablamos sobre familia, nos referimos a riesgos psicosocial ya que la familia es parte de los recursos disponibles para enfrentar el riesgo.

Cada evento puede ser experimentado como factor estresor y el soporte social puede ser entendido como la reacción al sistema social de tales estresores. La ausencia de soporte social incrementa la vulnerabilidad a enfermarse o producir conductas de mala adaptación. Hay indicaciones de que la habilidad individual para comunicar la emoción, preocupaciones y problemas para una comprensión personal es la condición esencial que hace que el individuo perciba al sistema social como soporte (Dean 1985).

Mc Kay 1985, evaluó la incidencia de enfermedad, de eventos estresantes y de soporte social en 292 mujeres y 188 hombres durante un periodo de seis meses y observaron lo siguiente: los que presentaron más alto nivel de estrés tuvieron un riesgo de enfermar 1,6 a 1,8 veces mayor que los que reportaron menor estrés. Las mujeres que tenían alto nivel de estrés y bajo soporte social experimentaron 2,5 veces mayor incidencia de

enfermedad comparado con las que tenían bajo nivel de estrés y alto soporte social. En este orden de ideas varios investigadores hacen el siguiente planteamiento; Spann (1998) señala que la evaluación biomédica sistemática es parte integral del proceso de diagnóstico, aunque sola es inadecuada y sugiere que deben evaluarse cuatro áreas: psicológica, familiar, sociocultural y la naturaleza de los estresores.

Velazco y col. (1994), realizaron un trabajo en Chile, donde plantearon la disfunción familiar como un problema de diagnóstico y tratamiento, señalando la forma en que el núcleo familiar se involucra en un proceso dinámico para mantener su equilibrio.

En un estudio realizado en Chile, se analizaron los factores que intervienen en la elección de la pareja así como psicodinamismo de interacción, describiendo las funciones principales que deben desarrollar los cónyuges para lograr una relación funcional. Se examinaron algunos instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, identificando las áreas que explora cada uno de ellos, y las limitaciones en su empleo, finalmente propusieron un instrumento de evaluación de la funcionalidad conyugal que explora los principios funcionales, proponiendo criterios cuantitativos que permitan clasificar a las disfunciones conyugales (Chávez y col. 1994).

Huerta (1998), propone un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges denominado instrumento de evaluación del subsistema conyugal, el cual aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo.

Mínuchín (1974) y Heley (1980) (citado por Doherty y Baird 1996) enfatizan acerca de los límites que deben existir entre los subsistemas familiares, los cuales deben ser claros (óptima cohesión); Así los miembros pueden tener la ayuda y la autonomía apropiadas a su edad y posición en la familia. Piensa que los padres deberían cooperar uno con el otro, que ellos deberían darse más apoyo emocional entre sí del que reciben de los niños y estar a cargo de los niños. Cuando la jerarquía de esta familia es firme, entonces no tienen ni mucho ni poco control de los niños y los adultos son libres de resolver sus problemas entre ellos mismos. Se ha considerado que el estrés es un factor de riesgo determinante en la aparición de enfermedades por lo cual se describen aspectos resaltantes sobre el ESTRÉS.

La línea trazada por Selye ha sido asimilada por muchos autores. Básicamente, se ha asumido que el estrés implica dos conceptos, el de estresor y el de respuesta de estrés. Cuando se dice que alguien tiene estrés, tanto en el ámbito científico como en otros

medios, se asume implícita o explícitamente que se trata de un estado del organismo producido por agentes diversos. Es decir, el estrés se entiende primariamente como una respuesta. Muchas definiciones del estrés han enfatizado este fenómeno. Se analizarán algunas definiciones propuestas basadas en la respuesta y, en general, en muchas de ellas subyace la idea de que el estrés supone un estado especial del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo. Resumíamos el concepto de estrés en los siguientes términos:

En condiciones de equilibrio el organismo vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño y vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a emociones (ira, tristeza, alegría, etc.) El estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la acción de algún agente externo o interno. El organismo, en estas circunstancias, reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión (presión). Esto suele suponer, además, un incremento de la activación o inhibición y, por tanto, un cambio en los estados emocionales (Sandín 1994).

El estrés se ha convertido en una palabra común a medida que la gente aprende a reconocer y controlar las presiones en sus vidas. Los hombres y mujeres trabajan largas horas para mantener a sus familias, satisfacer las demandas del trabajo y metas profesionales, y para obtener un sentido de satisfacción personal. Cuando los padres trabajan, generalmente hay poco tiempo para recreación personal y familiar. Aunque usualmente pensamos que el estrés afecta sólo individuos, es posible que una familia completa sea afectada por el estrés. El estrés familiar es la tensión que se origina de las demandas y presiones (estresores) para que la familia cambie. Estos periodos están marcados por sentimientos de incertidumbre, pérdida y ansiedad a medida que los miembros de la familia aprenden a enfrentar los cambios (Smith y Pergola 1990).

Se entiende por problemas psicosociales aquellas situaciones de estrés social que produce o facilita la aparición, en los individuos afectos, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves

alteraciones de la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros.

Corney (citado por De la Revilla y Castro 1995) constató que el 71% de los pacientes que acuden a consulta del médico de familia admitieron padecer problemas psicosociales. El mismo autor refiere que las mujeres consultan más que los hombres por problemas psicosociales, posiblemente porque tiene más facilidad para comunicar al médico los problemas personales y afectivos que los varones. El término factor psicosocial se utiliza para manifestar las distintas causas capaces de originar problemas psicosociales, crisis y disfunciones familiares. Realmente están constituidos por los acontecimientos vitales estresantes y los eventos relacionados con las transiciones, cambios y anomalías de las etapas del ciclo vital tanto individual como familiar.

Dohrenwed (1974), Jemmott y Locke (1984) (citados por Mc Winney 1995) demostraron que las personas que han experimentado recientemente un acontecimiento vital estresante, o que son más vulnerables desde el punto de vista psicológico muestran mayor deterioro en su salud general y mayor riesgo de enfermedad coronaria y muerte súbita.

Se ha encontrado que de la población general el sexo masculino cuando presenta problemas familiares y laborales graves están tres veces más expuestos al riesgo de enfermedad cardiovascular comparado con los que tienen pocos problemas familiares y laborales (Medalie 1987).

Boss (citado por De la Revilla y Castro 1995) ha clasificado los factores psicosociales de la siguiente forma: internos cuando se inicia en algún miembro de la familia; externo cuando comienza en personas ajenas a la familia; no normalizados se incluyen aquí los acontecimientos inesperados; Voluntarios son aquellos eventos queridos y buscados e Involuntarios los que ocurren aunque no sean deseados ni buscados; Crónicos son los factores de larga duración. Estos factores vienen definidos por las siguientes características: su ambigüedad, ya que en muchas ocasiones no se conoce su evolución; su contexto, es decir las circunstancias que rodean el factor estresante, y su grado de visibilidad o invisibilidad referido así se conoce o no la situación estresante por el entorno familiar. Además el mismo autor señala que los eventos estresantes pueden considerarse como anormales, esto es, capaces de originar alteraciones individuales y familiares, cuando tienen un carácter inesperado, impredecible, incontrolado, involuntario y crónico.

Finalmente en estudios realizados sobre pacientes ambulatorios con cardiopatía han indicado que el tratamiento psicológico produce aumento del bienestar y reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria. Un estudio longitudinal efectuado por Rahe y col. (1979) demostraron que el tratamiento de grupo no alteró los factores de riesgo tradicionales (obesidad, tabaquismo, etc.) pero si se logra modificar conductas que predisponen a fenómenos coronarios (patrones laborales que generan estrés, sentimientos de urgencia de tiempo, etc.). Los pacientes objeto del tratamiento en grupo tuvo morbilidad y mortalidad más baja que un grupo testigo. Langosch y col. (1982) informaron que el entrenamiento en relajación y el tratamiento del estrés intra hospitalario ayudaron a los pacientes a tener mejor desempeño en varias medidas de funcionamiento vocacional y psicológico después del alta. En conjunto, todo lo anterior demuestra la actividad potencial del tratamiento psicológico para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida, lograr la pronta incorporación a sus actividades laborales y sociales, lograr cambios conductuales con la finalidad de obtener mayor sobrevida en quienes sufren un infarto del miocardio. Las intervenciones psicoconductuales se muestran muy promisorias y pueden de manera independiente y en combinación con el tratamiento médico, ofrecer considerables beneficios para sujetos con coronariopatía al mejorar la calidad de vida y, quizá, al incrementar las probabilidades de longevidad (citados por Blumental y Wei, 1993).

OBJETIVOS

GENERALES

- Determinar el grado de funcionalidad familiar, el nivel de estrés y calidad de la red de apoyo psicosocial presente en los pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de cardiología del I.A.H.U.L.A. en dos grupos de pacientes a.-pacientes con el diagnóstico de infarto del miocardio y b.- pacientes con diagnóstico de patología cardiovascular diferente del infarto del miocardio durante el período Enero - Agosto de 1.999. Mérida -Venezuela.

ESPECIFICOS

- 1 Determinar algunas características demográficas y epidemiológicas en los pacientes adultos con el diagnóstico de infarto del miocardio del I.A.H.U.L.A.
- 2 Identificar los antecedentes familiares y personales de los pacientes que padecen infarto del miocardio.
- 3 Evaluar la presencia de hábitos psicobiológicos para riesgos cardiovasculares en los individuos en estudio.
- 4 Identificar el tipo de personalidad de los pacientes con infarto del miocardio.
- 5 Establecer el grado de funcionalidad familiar que comparten los individuos en estudio con su grupo familiar.

- 6 Identificar el nivel de estrés según los acontecimientos vitales estresantes que han enfrentado los pacientes con infarto del miocardio en los últimos seis meses, de acuerdo con la escala de evaluación de Holmes.
- 7 Evaluar el funcionamiento de la red de apoyo psicosocial en la cual se encuentra inmerso el individuo en estudio a través de los miembros de su familia, personas no familiares y personas que le brindan algún soporte especial.
- 8 Determinar la relación que existe entre funcionalidad familiar en pacientes con infarto del miocardio y funcionalidad familiar en pacientes con otra patología cardiovascular diferente del infarto del miocardio.
- 9 Identificar el nivel socioeconómico al que pertenece el paciente en estudio a través del Método de Graffar modificado.

www.bdigital.ula.ve

SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Infarto del miocardio
- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Estado civil
- Consumo de café
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Ejercicio
- Tipo de personalidad
- Dislipidemias y Diabetes mellitus

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Funcionalidad familiar y
- Red de apoyo psicosocial
- Estrés

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Estrato socioeconómico
- Nivel de instrucción

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo correlacional de corte transversal.

SITIO:

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, institución pública dependiente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la cual es sede de diferentes postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes del Estado Mérida.

INDIVIDUOS:

Fueron incluidos 30 pacientes con el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares que acudieron a la consulta externa del servicio de cardiología y 30 pacientes de la misma consulta con infarto del miocardio, mayores de 35 años y de diferente sexo.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo del estudio corresponden a los 60 pacientes quienes acudieron a consulta externa del servicio de cardiología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, se tomo el 30% de la frecuencia de infarto del año 1998 (87 infartos).

INSTRUMENTOS:

Se aplicó una encuesta realizada por el investigador principal la cual consta de las siguientes partes:

- I. Datos de identificación.
- II. Antecedentes familiares.
- III. Antecedentes personales patológicos.
- IV. Hábitos psicobiológicos.

Además se evaluará la Función Familiar a través del cuestionario APGAR FAMILIAR (Smilkstein 1978), los acontecimientos vitales estresantes de los últimos seis meses a través

de la Escala de evaluación de acontecimientos vitales estresantes (Holmes y Rahe 1967), la función de la red de apoyo psicosocial (DUKE - UNC 1982) y la Estratificación social por el Método Graffar Modificado (Méndez-Castellano 1986).

APGAR FAMILIAR:

Es un instrumento utilizado en el ejercicio de la medicina de familia, con el objeto de evaluar la funcionalidad familiar. Fue descrito por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, su uso se ha extendido por ser de fácil y rápida aplicación permitiendo estimar la función familiar. Cada una de las preguntas del APGAR sirven para explorar las áreas de importancia en la vida psico-familiar del paciente.

Consta de dos partes, la parte I utilizada en esta investigación formada por cinco componentes que conforman el acrónimo APGAR (en inglés) y corresponde a los elementos que mide la funcionalidad y solidaridad de la familia y otra serie de preguntas que miden cualitativamente la satisfacción de los diferentes miembros del grupo familiar, con cada uno de los componentes de la función familiar.

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR, PARTE I:

Componente	Definición
A Adaptation Adaptación	Es la capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua y/o la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado.
P Partnership Participación	Es la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones.
G Growth Crecimiento	Es el logro de la madurez emocional y física y de la autorrealización de los miembros de la familia, a través el apoyo mutuo.
A Affection Afecto	Es la relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

R Resuelve Resolución	Es la capacidad de resolver los problemas del grupo familiar compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.
------------------------------------	--

Cada uno de los componentes del APGAR FAMILIAR PARTE I, tienen tres posibles repuestas calificadas de la siguiente manera:

Casi siempre	2 puntos
Algunas veces	1 punto
Casi nunca	0 punto

Una vez obtenido el puntaje total se procede a la calificación correspondiente:

De 7 a 10 puntos	Familia Funcional
De 4 a 6 puntos	Disfuncionalidad moderada
De 0 a 3 puntos	Disfuncionalidad severa

ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:

La escala de evaluación de reajuste social de Holmes y Rahe consta de 43 ítems o elementos organizados de mayor a menor. Cada uno de los elementos tiene un valor asignado arbitrariamente y se expresa en término de unidades de cambio vital o de crisis; que va de 100 el acontecimiento más grave, a 11 el menos relevante. Según esto a mayor puntaje acumulado en cierto período de tiempo, mayor es la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

Una vez obtenido el puntaje se califica de acuerdo a la siguiente escala:

De 0 a 150 puntos	Estrés leve
De 150 a 199 puntos	Estrés moderado
De 200 y más	Estrés severo

ESCALA DE ESTRÉS Y SOPORTE SOCIAL DE DUKE (DUSOCS)

Instrumento desarrollado por el departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Duke, en California del Norte, la cual consta de dos partes:

I.- Personas que le dan soporte personal

- Miembros de la familia.
- Personas no familiares.
- Persona quien ofrece soporte especial.

Es una escala que permite conocer las personas que tienen mucho soporte, regular soporte, ningún soporte y si no existe la persona.

II.- Personas quienes le producen estrés:

- Miembros de la familia.
- Personas no familiares.
- Persona que le produce el mayor estrés.

Es una escala que permite identificar las personas con mucho estrés, regular estrés, ningún estrés y si no existe la persona.

Para esta investigación se tomo una escala de puntuación de 0 a 3 puntos, clasificadas de la siguiente forma:

Personas que le dan soporte personal

Mucho soporte	2 puntos
Regular soporte	1 punto
Ningún soporte	0 punto

Personas quienes le producen estrés

Mucho estrés	2 puntos
Regular estrés	1 punto
Ningún estrés	0 punto

En ambas escalas no se les dio puntuación al ítem "no existe la persona" por que se supone que de existir estaría incluida en una de las anteriores.

ESTRATIFICACIÓN SOCIAL METODO DE GRAFFAR MODIFICADO.

El Método Graffar Modificado es un test útil para medir la estratificación social, el cual nos permite conocer las características socioeconómicas de la familia y la clasifica en cinco estratos. Compuesto por los siguientes ítems:

- Profesión del jefe de la familia.
- Nivel de instrucción de la madre.
- Fuente de ingreso.
- Condición de la vivienda.

La ponderación va del uno al cinco en forma decreciente para cada característica.

Clasificación del estrato social:

CLASE	PUNTAJE	DENOMINACIÓN
I	4 a 6 puntos	Alto.
II	7 a 9 puntos	Medio alto.
III	10 a 12 puntos	Medio bajo.
IV	13 a 16 puntos	Obrero.
V	17 a 20 puntos	Pobreza extrema.

PROCEDIMIENTO

Este estudio de tipo correlacional, descriptivo de corte transversal fue realizado en un lapso de ocho meses comprendidos entre el mes de Enero y el mes de Agosto del año en curso en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. La encuesta y los instrumentos fueron aplicados a los pacientes en la consulta externa del servicio de Cardiología con el diagnóstico de infarto del miocardio (aproximadamente 30 pacientes) e igual número de pacientes con patología cardiovascular diferente del infarto del miocardio. La encuesta y los instrumentos fueron realizados en entrevistas personales a cada paciente. Una vez cumplida esta fase la muestra fue recogida para ser analizados y relacionados los diferentes instrumentos de investigación a evaluar.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según grupo de edad I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Grupo de Edad (años)	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
36 - 45	4	13,3	7	23,4
46 - 55	6	20,0	10	33,3
56- 65	6	20,0	4	13,3
66 - 75	8	26,7	6	20,0
76 - +	6	20,0	3	10,0
Total	30	100	30	100

Fuente: Encuesta diseñada para la investigación.

En cuanto a la edad el mayor porcentaje de los infartados se ubicó en el grupo de 65 a 75 años con un 26,6% y en los no infartados la mayoría se ubicó en el grupo de 46 a 55 años con un 33,4%.

Tabla 2. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según sexo. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Sexo	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Masculino	19	63.3	14	46.7
Femenino	11	36.7	16	53.3
Total	30	100	30	100

Fuente: Idem T-1.

Al observar la distribución por sexo se encontró que en el grupo con infarto del miocardio predominó el sexo masculino con un 63,3% y en los no infartados el sexo femenino con un 53,3%.

Tabla 3. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio. Distribución por estado civil. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Estado Civil	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Soltero	1	3.3	2	6.7
Casado	24	80,0	17	56.7
Divorciado	-	-	8	26.7
Viudo	2	6.7	1	3.3
Concubino	3	10,0	2	6.7
Total	30	100	30	100

$$X^2 = 10.062$$

$$P = 0.039$$

Fuente: Idem T-1.

Con relación al estado civil se aprecia que en ambos grupos el mayor porcentaje es casado con un 80% en los infartados y un 56,7% en los no infartados respectivamente. Tabla 3.

**Tabla 4. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto.
Distribución según grado de instrucción. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.**

Grado de Instrucción.	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Primaria Completa	10	33.3	1	3.3
Primaria Incompleta	2	6.7	2	6.7
Secundaria Completa	13	43.3	10	33.3
Secundaria Incompleta	4	13.3	6	20,0
Universitaria	-	-	7	23.3
Otros	1	3.3	4	13.3
Total	30	100	30	100

$$X^2 = 16.95$$

$$P = 0.005$$

Fuente: Idem T-1.

En cuanto al grado de instrucción la mayoría ocupó el rubro correspondiente a secundaria completa en ambos grupos de estudio con un 43,3% en los infartados y un 33,3% en los no infartados. Tabla 4.

Tabla 5. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según hábitos cafeícos. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Hábitos cafeícos	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Sí	29	96,7	28	93,3
No	1	3,3	2	6,7
Total	30	100	30	100

Fuente: Idem T-1.

Para el hábito cafeíco existe un alto consumo del mismo en ambos grupos de estudio con un 96,7% en los infartados y un 93,3% en los no infartados. Tabla 5.

Tabla 6. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según hábito tabáquico. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Hábito tabáquico	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Sí	14	46.7	6	20,0
No	16	53.3	24	80,0
Total	30	100	30	100

www.bdigital.ula.ve

$$X^2 = 4.80$$

$$P = 0.028$$

Fuente: Idem T-1.

En cuanto al hábito tabaquico los infartados consumen más cigarrillos con un 46,7% en contra de un 20% en los pacientes no infartados. Tabla 6.

Tabla 7. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según hábito alcohólico I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Hábito alcohólico	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	Nº	%	Nº	%
Sí	17	56.7	15	50,0
No	13	43.3	15	50,0
Total	30	100	30	100

Fuente: Idem T-1.

www.bdigital.ula.ve

Para el hábito alcohólico el grupo con infarto ocupó el mayor porcentaje en el consumo regular con un 56,7% en contra de un 50% en los no infartados. Tabla 7.

Tabla 8. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según actividad física . I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Actividad física	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Sí	13	43.3	22	73.3
No	17	56.7	8	26.7
Total	30	100	30	100

$$\begin{aligned} X^2 &= 5.55 \\ P &= 0.018 \end{aligned}$$

Fuente: Idem T-1.

Con relación a la actividad física o deporte en el grupo con infarto del miocardio solo el 43,3% refirió realizar algún tipo de actividad física regular y en los no infartados el 73,3% realiza actividad física regular, cabe señalar que en la muestra tomada los pacientes con infarto son personas mayores de 65 años en su mayoría y los no infartados se encuentran entre 46 y 55 años en donde la actividad física puede practicarse todavía en forma regular, además el mayor número de pacientes no infartados de nuestra muestra son hipertensos en donde dentro de su manejo terapéutico se incluye el ejercicio físico regular Tabla 8.

Tabla 9. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según personalidad tipo A. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Personalidad A	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Sí	24	80,0	26	86.7
No	6	20,0	4	13.3
Total	30	100	30	100

Fuente: Idem T-1.

www.bdigital.ula.ve

Al evaluar el tipo de personalidad se encontró que en los infartados el 63% refirió características de personalidad tipo A y mientras que los no infartados ocuparon el mayor porcentaje con un 80% de individuos con características de personalidad tipo A. Tabla 9.

Tabla 10. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según APGAR FAMILIAR. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

APGAR familiar	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Buena función	16	53.3	23	76.7
Disfunción moderada.	13	43.4	5	16.6
Disfunción severa.	1	3.3	2	6.7
Total	30	100	30	100

Fuente: Idem T-1.

Al analizar los indicadores de Funcionalidad Familiar encontramos:

En el APGAR Familiar en el grupo con infarto el mayor puntaje lo ocupa BUENA FUNCIONALIDAD con un 53,3% seguido de disfunción moderada 43,3% y disfunción severa 3,3%. En el grupo sin infarto el mayor puntaje lo ocupó igualmente BUENA FUNCIONALIDAD con un 76,7% seguido de disfunción moderada 16,7% y disfunción severa 6,7%. Tabla 10.

Tabla 11. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según evaluación de estrés I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Estrés	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Leve	28	93.4	14	46.7
Moderado	1	3.3	9	30,0
Severo	1	3.3	7	23.3
Total	30	100	30	100

$$X^2 = 11.42$$

$$P = 0.001$$

Fuente: Idem T-1.

Con respecto a la Escala de Evaluación de Estrés se apreció que en ambos grupos predominó el estrés leve con un 93,3% en los infartados y un 46.6% en los no infartados. Es de señalar que los pacientes con infarto del miocardio son alejados de las situaciones estresantes de la vida diaria tanto por el médico como por sus familiares, prevención que deberíamos considerar antes de que ocurra el daño. En el grupo sin infarto es importante agregar que el 53,4% se encuentra entre estrés moderado y severo. Tabla 11.

Tabla 12. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según soporte social I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Soporte Social	Patología Cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Ninguno	3	10	4	13.3
Regular	19	63.3	17	56.7
Mucho	8	26.7	9	30
Total	30	100	30	100

Fuente: Idem T-1.

En cuanto a la Evaluación del Soporte Social de los individuos en estudio encontramos que en ambos grupos el mayor porcentaje lo ocupó el rubro Regular Soporte con un 63,3 y un 60% respectivamente. Con relación al soporte especial es importante agregar que para los infartados del sexo masculino la esposa siempre constituía su soporte especial. En los no infartados este variaba entre padres, conyugue y amigos tabla 12.

Tabla 13. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según escala de estrés I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Escala	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
Ninguno	19	63.3	17	56.7
Regular	10	33.3	13	43.3
Mucho	1	3.3	-	-
Total	30	100	30	100

Fuente: Ídem T-1.

En la parte II de la evaluación personas que le causan estrés se observó que en ambos grupos predominó el rubro ningún estrés con un 63,3% en los infartados y un 56,7% en los no infartados. Tabla 13.

Tabla 14. Pacientes con patología cardiovascular y con infarto del miocardio, según estrato socioeconómico . I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Escala	Patología cardiovascular.			
	I.M		Otra pat. Cardiov.	
	N°	%	N°	%
I	-	-	-	-
II	3	10,0	5	16,7
III	18	60,0	13	43,3
IV	9	30,0	9	30,0
V	-	-	3	10,0
Total	30	100	30	100

Fuente: Ídem T-1.

Al analizar la estratificación social podemos apreciar que en ambos grupos de estudio el mayor porcentaje se ubica en la clase III (media baja) con un 60% y IV con un 30% (obrera). Tabla 14.

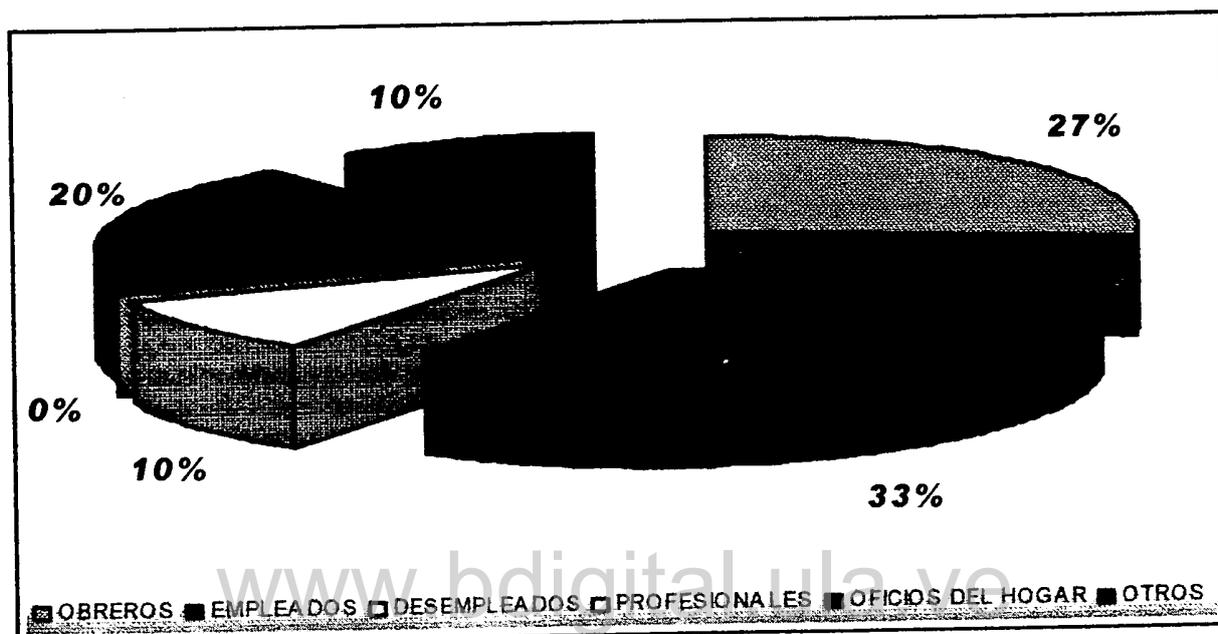
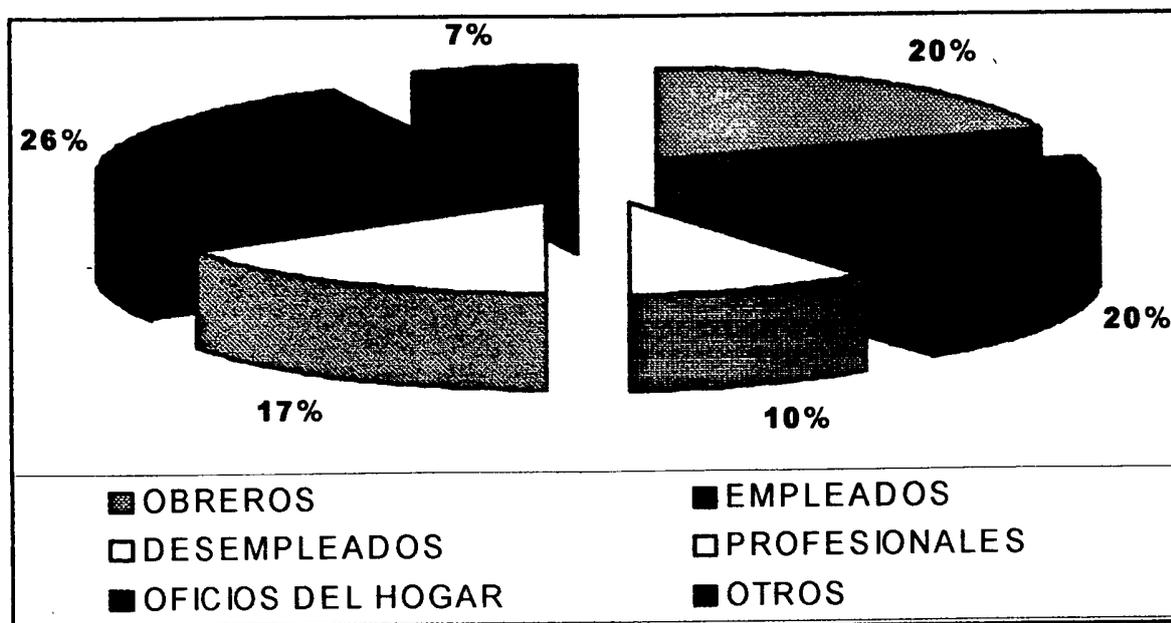


Gráfico 1. Distribución según ocupación. Pacientes con infarto. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Con respecto a la ocupación se aprecia en el grupo con infarto que prevalecen los empleados con un 33,3%.

Fuente: idem Tabla 1.



**Gráfico 2. Distribución según ocupación. Pacientes sin infarto.
I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.**

En cuanto a la ocupación en el grupo de los no infartados predominó las amas de casa con un 26,7%.

Fuente: idem Tabla 1.

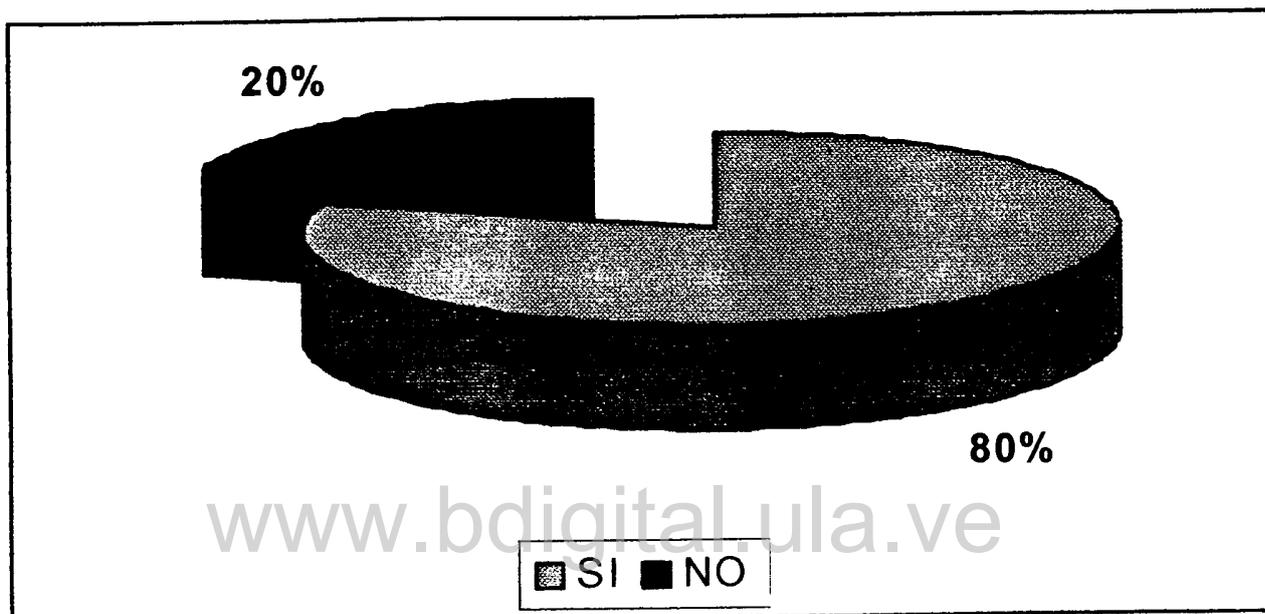


Gráfico 3. Antecedentes familiares de patología cardiovascular. Pacientes con infarto. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

Al analizar antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular se observó que en los pacientes con infarto ocuparon un alto porcentaje con un 80%

Fuente: idem Tabla 1.

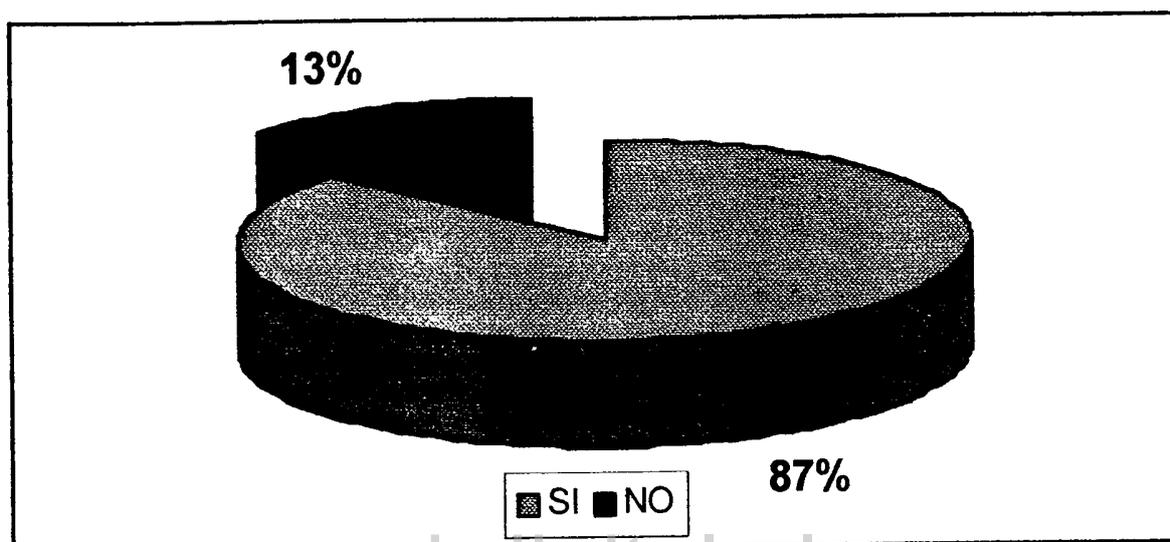
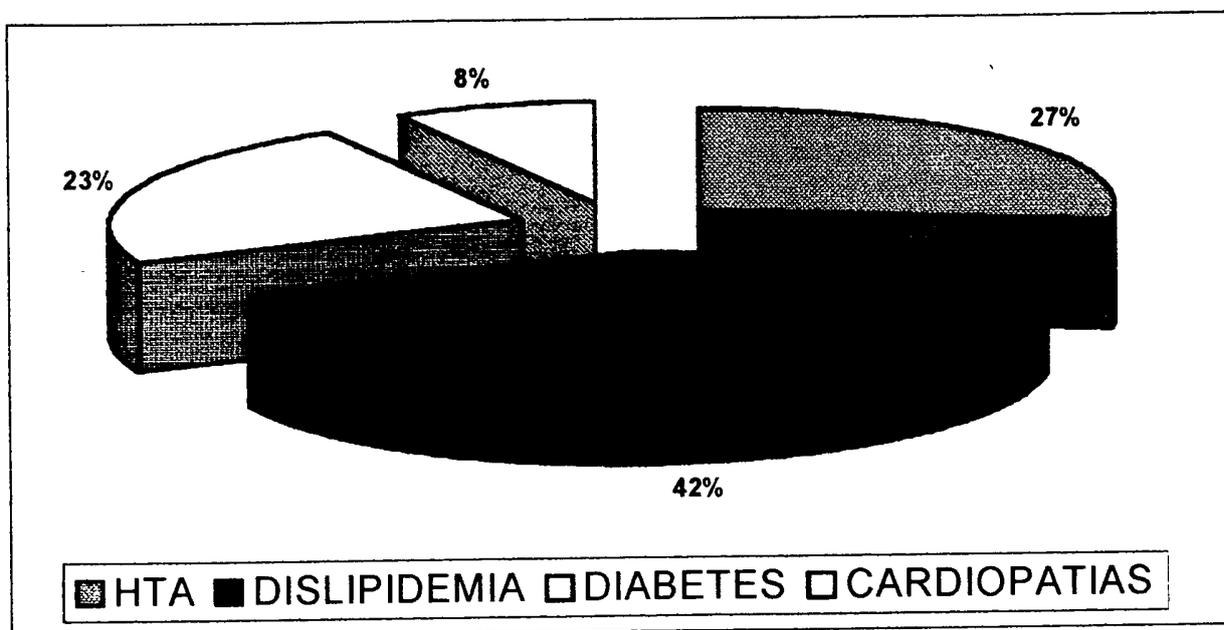


Gráfico 4. Antecedentes familiares de patología cardiovascular. Pacientes sin infarto. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

En cuanto a antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular en los no infartados ocupó un 86,7%.

Fuente: idem Tabla 1.



www.bdigital.ula.ve

Gráfico 5. Antecedentes personales patológicos para enfermedades cardiovasculares. Pacientes con infarto. AULA. Mérida 1999.

Al analizar los antecedentes personales patológicos para enfermedad cardiovascular se observó en los pacientes con infarto que presentaron: Dislipidemias 42%, HTA 27%, Diabetes mellitus 23% y Cardiopatía 8%.

Fuente: idem Tabla 1.

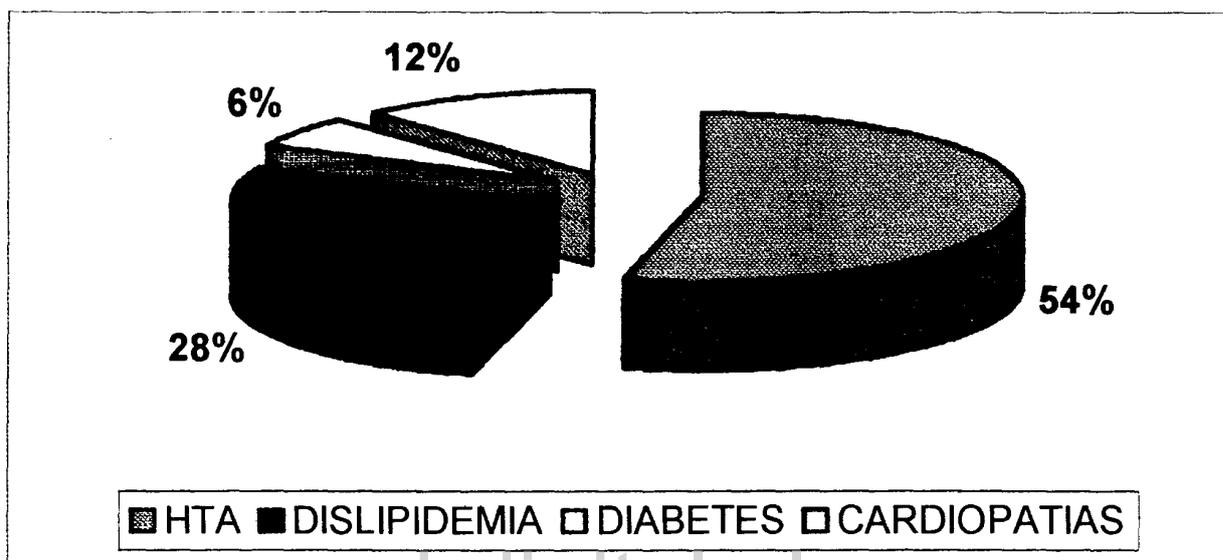


Gráfico 6. Antecedentes personales patológicos para enfermedades cardiovasculares. Pacientes sin infarto. I.A.H.U.L.A. Mérida 1999.

En cuanto a los antecedentes personales de enfermedad cardiovascular los pacientes con otra patología cardiovascular presentaron: HTA 54%, Dislipidemias 28%, Cardiopatías 12% y Diabetes mellitus 6%.

Fuente: idem Tabla 1.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El funcionamiento de la familia es el resultado de una colaboración mutua en el cual los individuos aprenden a tener decisiones que benefician a un grupo, mantienen una comunicación abierta respecto a sus sentimientos y metas, y hay una estructura familiar definida con roles específicos. La familia debe funcionar en un sistema flexible que recibe influencias externas e internas permitiéndole establecer comunicación y relaciones con los individuos o grupos de individuos dentro y fuera del sistema familiar. La función de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad entre sus miembros. Basándose en el cumplimiento eficaz de sus funciones podemos hablar de familia funcional o disfuncional.

En la presente investigación se determinó la funcionalidad familiar, el estrés y la calidad de la red de apoyo psicosocial en dos grupos de pacientes a.- pacientes con patología cardiovascular diferente del infarto del miocardio y b.- pacientes con infarto del miocardio específicamente, tomados de la consulta externa del servicio de cardiología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en el periodo Enero-Agosto el año en curso. El propósito fundamental fue evaluar la funcionalidad familiar en ambos grupos de pacientes, encontrándose que en el grupo con infarto del miocardio el mayor porcentaje lo ocupó *Buena Funcionalidad* con un 53,35 seguido de *Disfunción Moderada* 43,3% y *Disfunción severa* 3,3%. Para el grupo sin infarto se apreció *Buena Funcionalidad* en un 76,7% seguido de *Disfunción moderada* 16,7% y *Disfunción severa* 6,7%. Es importante señalar que a pesar de que en ambos grupos predominó la Buena Funcionalidad casi la mitad de los pacientes con infarto del miocardio (46,6%) presenta algún grado de disfunción familiar lo que obliga al equipo de salud a estar alerta e implementar talleres de manejo del estrés en los grupos más susceptibles, ya que el mal funcionamiento de la familia influye en la aparición de la enfermedad o sus complicaciones como lo refiere Huerta (1998) afirmando la hipótesis planteada en esta investigación.

Estudios sobre enfermedad crónica indican que la disfunción familiar esta asociada con un pronóstico desfavorable en la evolución de la misma (Mc Daniel, Campbell y Seaburn 1998).

Al evaluar algunos de los factores de riesgo no modificables tales como la edad y el sexo apreciamos que en el grupo con infarto el mayor porcentaje lo ocupó el sexo masculino con un 63,3% encontrándose en el grupo etario de 66 a 75 años con un 26,6%, sin embargo al evaluar las cifras totales los menores de 65 años ocupan el primer lugar como lo refiere Braunwald (1998). La identificación de estos factores permite refinar la evaluación del perfil de riesgo de enfermedad coronaria en el paciente como lo refieren Lerner y Kannel (1986). En la demanda de atención médica influyen múltiples factores pero los relacionados con el comportamiento del individuo y del grupo familiar ante una enfermedad son decisivos en la recuperación del paciente y en la adaptación a su nuevo estilo de vida.

(Mc Winney 1994 y Dever 1991) señalan que las mujeres acuden más a los servicios de atención de salud, posiblemente por un mayor grado de ansiedad inespecífica ante la enfermedad, jugando un papel importante los factores socioculturales. Por otro lado los hombres por lo general buscan atención médica cuando la dolencia o proceso morboso esta bien desarrollado y/o porque la misma le incapacite para cumplir a cabalidad sus funciones.

Con relación a la escala de evaluación de estrés en ambos grupos predominó el estrés leve con un 93,3% en los infartados y un 46,6% en los no infartados, los acontecimientos vitales con mayor puntaje fueron cambio de situación económica(70%), cambio de salud de un miembro de la familia (53,3%), lesión o enfermedad personal (33,3%), muerte de un familiar cercano(26,6%) y cambio en las condiciones de vida (26,6%).

En cuanto a la relación entre Disfunción Familiar y Estrés en pacientes con infarto del sexo masculino se observó que el 47,2% cursa con algún grado de disfunción familiar y de ellos el 63% son del sexo masculino lo cual corrobora nuestra tercera hipótesis, apoyado por el estudio Framingham el cual demostró que la morbilidad por enfermedad arterial coronaria fue del doble en varones que en mujeres (Lerner y Kannel 1986).

Al analizar los hábitos psicobiológicos para enfermedad cardiovascular en especial café y tabaco apreciamos que para el hábito cafeico existe un alto consumo del mismo en ambos grupos de estudio (96,7 y 93,3%) contribuyendo al riesgo de enfermedad cardiovascular al influir sobre la presión arterial, sobre el colesterol sérico y como productor de arritmias ventriculares en pacientes con infarto (Glodstein, Shapiro, Hui, Yu 1990). En cuanto al tabaco se encontró que los pacientes con infarto consumen más cigarrillo que los no

infartados con un 46,7% en contra de un 20% en los no infartados. El tabaco es uno de los factores de riesgo modificables más importante en el desarrollo de enfermedad arterial coronaria como lo refieren Peto, López y Boreham (1992). Por lo que es importante señalar el papel que juega el grupo familiar y el equipo de salud en los cambios en el estilo de vida de este grupo de pacientes.

Al evaluar antecedentes personales patológicos específicamente Diabetes mellitus y Dislipidemias se encontró que la Dislipidemias ocupan el primer lugar en ambos grupos de pacientes con un 42% en los pacientes con infarto y un 28% en los no infartados, hallazgo similar al que describe Stanles, Wentworth y Neaton (1986). En segundo lugar encontramos la Diabetes mellitus en ambos grupos con un 23 y 6% respectivamente soportando lo expuesto por Colwel, Winocour, Lopes-Virella y Halushka (1983) coincidiendo con la hipótesis planteada.

Con relación a la personalidad tipo A observamos que para ambos grupos se encontró un alto porcentaje de pacientes con características de personalidad tipo A con un 63% en los infartados y un 80% en los no infartados, resultados similares encontraron Rosenman, Brand, Jenkins y col (1975) quienes refieren que este tipo de personalidad pudiera ser un riesgo importante en el desarrollo de patología cardiovascular especialmente isquémica. Esto apoya la sexta hipótesis planteada.

En cuanto a la calidad de la red de apoyo psicosocial se observó que en ambos grupos predominó el rubro Regular soporte con un 63,3 y un 60% respectivamente, el cual estaba dado por hijos o nietos (52%), conyuge (35%), padres (10%), hermanos y otros familiares (3%), en cuanto a los no familiares los vecinos ocuparon el primer lugar con 73,3% seguido de compañeros de trabajo (20%) y otros (6,7%), al analizar el soporte especial el mayor porcentaje lo ocuparon los hijos (40%) seguido del conyuge (25%), padres (20%) y otros (15%). Al indagar las personas que le causan estrés el rubro ningún estrés ocupó el mayor porcentaje en ambos grupos de estudio (63,3 y 56,7% respectivamente), las personas que le causan estrés correspondían a hijos o nietos (64%), padres (20%) y conyuge (16%), en los no familiares compañeros de trabajo (75%), vecinos (20%) y otros (5%), contradiciendo nuestra hipótesis planteada. Es de resaltar que en los pacientes con infarto del miocardio la red de apoyo psicosocial se pone en funcionamiento tanto familiar como extrafamiliar. Además el paciente con infarto es alejado de las situaciones estresantes tanto por el médico

como por su grupo familiar y social. esto también depende de la capacidad de la familia para manejar situaciones de estrés como lo describe Yen (1995); apoyando de esta forma nuestra segunda hipótesis. Es importante señalar que en este tipo de pacientes la dinámica familiar juega un papel fundamental en la utilización de los recursos tanto familiares como extrafamiliares para ayudar y apoyar al individuo afectado a adaptarse a su nuevo estilo de vida (Satir 1980).

www.bdigital.ula.ve

CONCLUSIONES

1.- En los pacientes con infarto del miocardio se observó que existe mayor porcentaje en el sexo masculino con un 63,3% encontrándose en el grupo etario de 66-75 años (26,6%). Con respecto a la ocupación los empleados ocuparon el primer lugar, en su mayoría tenían un grado de instrucción de secundaria completa y casados en un 80%. Con relación a los antecedentes familiares de patología cardiovascular presentaron un alto porcentaje de la misma. Al analizar los antecedentes personales patológicos de enfermedad cardiovascular observamos: Dislipidemias 53,3%, HTA 35%, Diabetes Mellitus 30% y Cardiopatía 10%. Con respecto a los hábitos psicobiológicos de enfermedad cardiovascular encontramos en relación al café un alto consumo de los mismo con un 96,7%, alcohol un 56,7% y tabaco 46,7%. Al evaluar la actividad física 43,3% y la mayoría refiere características subjetivas de personalidad tipo A. en relación a la funcionalidad familiar presentaron buena funcionalidad con un 53,3%. Al evaluar el nivel de estrés "estrés leve " ocupó el primer lugar con un 93,3%. En cuanto al soporte social regular soporte con un 63,3%. En cuanto al estrato social la mayoría se ubicó en el estrato III y IV.

2.- En los pacientes con otras patologías cardiovasculares encontramos que el sexo predominante fue el femenino con un 53,3% y se encontraban en el grupo etario 46 a 55 años (33,4%). La ocupación predominante fue "amas de casa" con un 26,7% y casados con un 56,7%, con un nivel de instrucción de secundaria completa (43,3%). En relación a los antecedentes familiares de patología cardiovascular ocuparon un alto porcentaje con un 86,7% y en los personales patológicos presentaron HTA 80%, Dislipidemias 46,7%, Diabetes Mellitus 6% y cardiopatía 15%. Para los hábitos psicobiológicos de enfermedad cardiovascular observamos para el café un 93,3%, alcohol 50%, tabaco 20%, actividad física 73,3% y características de personalidad tipo A 80%. Al evaluar la funcionalidad familiar buena funcionalidad en un 76,7%. El nivel de estrés fue leve en un 46,6%. El regular soporte predominó con un 60% y en su mayoría pertenecían al estrato socioeconómico II y IV.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Almeida D., Brandi S. 1995. Manual de Cardiología Clínica. 2a ed. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. UCV. Caracas- Venezuela.
2. Barroso M. 1995. La experiencia de ser familia. Pomaire. Venezuela. 15:28.
3. Berlin A. y Colditz A. 1990. A meta-analysis the prevention of coronary Herat disease. Am. J. Epidemiol. 132:612.
4. Bermúdez F. 1998. Electrocardiografía diagnóstica. Mc Graw Hill Interamericana de Venezuela.
5. Bierman E. 1992. Atherogenesis in diabetes. Arterioscler Thromb. 12:647.
6. Blumental J., Wei J. 1993. Clínicas de Norteamérica. Mc Graw Hill Interamericana Mexico D.F.
7. Braunwald E. 1998. Tratado de Cardiología. 5a ed. Mc Graw Hill Interamericana México.
8. Ceitlin J. Gómez T. 1997. Medicina de Familia: La Calve de un Nuevo Modelo. Editorial IM & C. Madrid - España.
9. Colwel J. Winocour P. Lopes-Virella M. y Halushka P. 1983. New concepts about the pathogenesis of atherosclerosis in diabetes-mellitus. Am. J. Med. 75:67.
10. Chávez A., Perez C., Márquez J. 1994. Disfunciones familiares del subsistema conyugal: criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS; 32: 39-43.

11. Dean A. 1985. Psychosocial epidemiology and etiology. In depression in a multidisciplinary perspective. Brunner Mazel. 5-31.
12. De la Revilla L. Bailon E. 1994. Recursos familiares. Ed. Doyma, Barcelona – España. 91- 100
13. Dever A. 1991. Epidemiología y Administración de servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud. Meryland E.U.A.
14. Doherty W. Baird M. 1996. Terapia Familiar y Medicina familiar. ed. Doyma Barcelona - España.
15. Drori J. Lederman D. Arbelaez F. 1996. Avances en Rehabilitación Cardiaca. ed. Hispanoamericana Ltda. Santafé de -Bogota – Colombia. 1:10.
16. Estrada L. 1995. El Ciclo Vital de la Familia. Posada. México.
17. Gaziano M., Buring E. Breslow L. 1993. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfraction, and decreased risk of myocardial infarction. N. Engl. J. Med. 329:1829.
18. Goldtein B. Shapiro D. Hui K. Yu L. 1990. Blood pressure response to the second cup of coffe. Psychosom Med. 52: 337-345.
19. Harrison T. 1998. Principios de Medicina Interna. 14a ed. Mc Graw Hill Interamericana de España, S. A. U.
20. Huerta J. 1998. La Familia en el Proceso Salud - Enfermedad. ed. Hill Interamericana. México.

21. Hurts J. 1994. *El Corazón*. Mc Graw Hill Interamericana. México D.F.
22. Iribarren C. Tekawa I. Sydney S. y Friedman G. 1999. Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease and cancer in men. *N. Engl. J. Med.* 340:1773-80.
23. Irigoyen A. 1994. *Diagnóstico Familiar*. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México.
24. Jonson A. 1985. *Cardiología práctica*. Salvat editores S.A. Mc Graw Hill Interamericana. 296. México.
25. Lerner J. y Kannel B. 1986. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26 years follow-up of the Framingham population. *Am. Heart. J.* 111:383.
26. Mc Daniel S. Campel T. Seaburn D. 1998. *Orientación Familiar en Atención Primaria*. Editorial Springer - Verlag Ibérica. Barcelona - España.
27. Mc Kay D. 1985. Social supports and stress as predictors of illness. *J. Fam. Pract.* 6:575-581.
28. Mc Whinney I. 1994. *Medicina de Familia*. Doyma S. A. España.
29. Medalie J. 1987. *Medicina Familiar principios y practicas*. ed. Limusa. México.
30. Minuchín S. 1988. *Técnicas de Terapia Familiar*. ed Doyma. España.
31. National Institute of Health. 1999. *Medical college of Wisconsin Physician and Clinics*. Milwaukee - Wisconsin.

32. Peto R. López A. Boreham J. et al. 1992. Mortality from tabaco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistic. *Lancet* 339:1268.
33. Plata E. Leal F. Mendoza J. 1997. *Hacia una Medicina más Humana*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá - Colombia.
34. Rosenman H. Brand J Jenkins D. et al. 1975. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 1/2 years. *J.A.M.A.* 233:872.
35. Ruiz R. 1996. *Manejo de las Familias con Estrés*. ed. Doyma. España.
36. Sandin B. 1994. *Manual de Psicopatología*. Mc Graw Hill Interamericana. 2:4-10. Caracas – Venezuela.
37. Satir V. 1980. *Relaciones Humanas en el núcleo familiar*. ed Doyma. México.
38. Smilkstein G. 1980. The cycle of family functions a conceptual model for family medicine. *J. Fam. Pract.* II.
39. Smilkstein G. 1984. The Physician and family functions assessment. *Fam. system. Med* 2: 263-278.
40. Smith S. Pergola J. 1990. Fact Sheet 2078. Departamento de Economía domésticas de la extensión del servicio de cooperativa de Florida, Instituto de Alimentos y Ciencias Agrarias de la Universidad de Florida. Estados Unidos.
41. Spann S. 1988. El manejo del paciente que somatiza. *M.F. Rev. Intern. Med. Fam. Systems Med* 2:263-278.

42. Stanler J. Wentworth D. y Neaton J. 1986. Is relationship between serun cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded. J.A.M.A. 256:2823.
43. Taylor R. 1997. Fundamentos de Medicina de Familia. ed. Springer - Verlag Ibérica. Barcelona - España.
44. Velasco O. 1994. Rev. Med. Enfermedades cardiovasculares. IMSS: 32: 271-5.
45. Yen E. 1995. Revisión y evaluación en el ejercicio de la Medicina de Familia. México.

www.bdigital.ula.ve

www.bdigital.ula.ve

Anexos

ENCUESTA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTRÉS Y RED DE APOYO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON INFARTO DEL MIOCARDIO I. A. H. U. L. A. MÉRIDA 1.999

Trabajo De investigación realizado por la Dra. Magnolia Romero V. para optar al título universitario en la especialidad en Medicina de Familia. La siguiente información es confidencial y será utilizada solo con fines científicos. Agradezco su colaboración y sinceridad al momento de responder. GRACIAS.

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

Anexo 1

I.- Datos de identificación.

Edad: _____ Sexo: M () F ()

Estado civil: S () C () D () V () otros ()

Grado de instrucción: Pc () Pi () Sc () Si () U () otros ()

Ocupación: Est () Ob () Emp () Desemp () Prof ()

Con quien vive: _____ N° de Personas: ()

II. Antecedentes Familiares.

HTA: si () no () Diabetes: si () no () Cardiopatía: si () no ()

Otro cual : _____

III. Antecedentes personales patológicos.

HTA: si () no () Diabetes: si () no () Nefropatía: si () no ()

Dislipidemias: si () no () Gastritis aguda o crónica: si () no ()

Cardiopatía: si () no () que tipo _____ por cuanto tiempo: _____

Tratamiento que recibe: _____

IV. Hábitos psicobiológicos.

Café: si () no () cuantas tazas al día: _____

Alcohol: si () no () ocasional: si () no (); 1 vez por semana: _____

cada 15 días: _____; 1 vez por mes: _____; Diario: _____

Tabaco: tipo: _____ Menos de 10 _____; de 10 a 20 _____;

más de 20 _____;

Sueño: características: _____ N° de horas: ()

Realiza usted algún tipo de actividad física o deporte: si () no ()

Cual? _____ Cuantas horas a la semana: _____

V. ¿Usted considera que una o varias de las siguientes características forma parte de su personalidad?

Es impulsivo _____

Le gusta competir _____

Le gusta ser puntual _____

Tiene deseos exagerados de reconocimiento en su trabajo o familia _____