

11226
74
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA Y
ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES DE
LOS SUBSISTEMAS FAMILIARES

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
p r e s e n t a

DR. JOSE LUIS OROZCO LUNA



I.M.S.S. México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	PAGS.
1. INTRODUCCION.	1
2. OBJETIVOS DE ESTUDIO.	2
3. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.	3
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. HIPOTESIS GENERAL.	5
5. DISEÑO DEL ESTUDIO. TIPO DE ESTU- DIO. CRITERIOS. UNIVERSO DE TRA- BAJO. ANALISIS ESTADISTICO. PRO- GRAMA DE ACTIVIDADES.	21
6. PRESENTACION DE RESULTADOS.	27
7. TABLAS Y GRAFICAS.	
8. CONCLUSIONES.	29
9. SUGERENCIAS.	30
10. BIBLIOGRAFIA.	31

I N T R O D U C C I O N

La Hipertensión Arterial Sistémica es quiza, junto a la Diabétes Mellitus, los problemas de salud pública principales en los países desarrollados y ahora en los en vías de desarrollo, ya que es una patología frecuente y en la mayoría de los casos asintomática, no obstante la facilidad de diagnosticarla y que a menudo causa complicaciones mortales si no se trata oportunamente.

A consecuencia de programas institucionales implantados a fines de los años 60's y durante los 70's, tanto de departamentos particulares como gubernamentales, el número de pacientes no diagnosticados y no tratados, ha disminuido.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo el programa de atención a pacientes hipertensos, de prioridad, sobre todo en las Unidades de Medicina Familiar, he observado en mi rotación en la UMF No. 94, que los pacientes hipertensos que llegan a consulta acompañados por algún familiar, presentan anomalías en la relación padre-hijos, esposo-esposa, concluido esto por algunas preguntas realizadas intencionalmente. Así, como también, durante mi estancia en el Servicio de Urgencias Adultos, la mayoría de los pacientes hipertensos atendidos, han referido alguna situación familiar anómala.

O B J E T I V O S D E E S T U D I O

1.- Determinar la relación de asociación entre la existencia de alteraciones en la función de los subsistemas familiares y las familias con un miembro portador de hipertensión arterial sistémica, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.- Determinar en que subsistema es más elocuente las alteraciones.

3.- Realizar acciones encaminadas a concientizar a los miembros de la familia, que existen formas de prevenir la hipertensión arterial sistémica o como realizar un buen control de ésta y disminuir un factor de riesgo en las disfunciones familiares.

4.- Realizar acciones que indiquen a la familia la importancia de su participación en el control del padecimiento.

A N T E C E D E N T E S C I E N T I F I C O S

Según los expertos de la Organización Mundial de la Salud, el término de Hipertensión Arterial Sistémica, designa: "un aumento de la presión de la sangre de las arterias, que corresponde a una enfermedad de etiología múltiple y patogenia plurifactorial, que se caracteriza clínicamente por la ascensión de la presión arterial mínima o diastólica por encima de 90 mmHg en personas menores de 45 años de edad, medida en condiciones basales, por la mañana, en decúbito, en ayunas y en un reposo de 10 minutos". (2)

La frecuencia de la hipertensión es alta, pudiendo considerarse que a partir de los 50 años de edad, cerca de la mitad de la población, presenta cifras elevadas, no obstante, el 5% presenta la forma sintomática. (1)

Se ha comprobado que entre los factores principales relacionados con la hipertensión arterial, se tienen: la ingesta elevada de sal, café, alcohol, el hábito del tabaco, la obesidad, el stress, la diabetes mellitus y algunos factores genéticos. (2)

En los 80's, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar como causa de muerte en la población de 45 años de edad o más. La OMS estima en un 10-15% de la población mundial, sufre hipertensión arterial.

Entre los estudios epidemiológicos efectuados en México sobresalen: el de Méndez y cols., el cual mostró una incidencia del 11.2% en un grupo de 1000 adultos mayores de 30 años de edad, y el 85% de estos, ignoraban su padecimiento, otro estudio de este mismo autor, reveló una cifra del 19% en un grupo de 137 médicos y el 47% desconocían su situación. (3)

En un estudio realizado por Rodríguez Oliva, se observó una relación entre episodios críticos en el seno familiar y el mal control de los pacientes hipertensos. Otro estudio realizado por Buñuelos Pimentel y cols., donde se encontró que el paciente

hipertenso es depositario de las proyecciones masivas del grupo familiar, haciendose cargo de la angustia del grupo y de la suya misma. (3)

Se ha observado que en la literatura nacional como en la internacional, no es posible encontrar artículos referentes a la relación que guarda la hipertensión arterial sistémica y las alteraciones en las funciones de los subsistemas familiares.

La hipertensión arterial sistémica se considera la enfermedad crónica degenerativa más común de la humanidad. La esperanza de vida del paciente hipertenso diagnosticado precozmente y con un buen control, es similar a la de un sujeto normotenso. (4)

En el estudio realizado para obtener el Diagnóstico de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 94, durante el período de 1990 a 1991, se encontró que la Hipertensión Arterial Sistémica obtuvo el 50. lugar dentro de los padecimientos que más muertes produjeron durante ese período. (15)

P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A

¿ Existe relación de asociación entre familias con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica y las alteraciones en las funciones de los subsistemas familiares, a diferencia de familias que no tengan miembro con Hipertensión Arterial Sistémica, de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 2 Noreste del Valle de México, durante el período comprendido de Enero a Octubre de 1991 ?

H I P O T E S I S G E N E R A L

Existe relación de asociación entre la disfunción familiar y la presencia de un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica a diferencia de las familias que no presentan portador con Hipertensión Arterial Sistémica, de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 2 Noreste del Valle de México.

HIPOTESIS

ESTADISTICA

HIPOTESIS NULA.

Las familias con algun miembro con Hipertensión Arterial Sistémica, no presentan ninguna alteración de las funciones de los subsistemas familiares en comparación a las familias sin patología hipertensiva, adscritas a la UMF No. 94 del IMSS.

HIPOTESIS ALTERNA.

Las familias con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica presentan mayores alteraciones en las funciones de los subsistemas familiares, en comparación a aquellas que no presentan alguna patología hipertensiva, adscritas a la UMF No. 94 del IMSS.

M A R C O T E O R I C O

Los criterios para el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica son arbitrarios, ya que la presión arterial aumenta con la edad y varían de una determinación a otra. (1)

La OMS sitúa los límites de la presión arterial normal en 160/95 mmHg. (2) La elevación transitoria de la presión arterial que se observa con la excitación, inquietud o el ejercicio, no se considera enfermedad hipertensiva ya que la presión arterial promedio es menor de 107 mmHg. (4)

La Hipertensión Arterial constituye una causa prevenible importante de enfermedad cardiovascular. Estudios prospectivos han demostrado que sólo un mínimo porcentaje de la población que reciben o recibieron tratamiento, las complicaciones que se observaban anteriormente, han disminuido. (3)

Los estudios epidemiológicos han demostrado que sólo un mínimo de la población está recibiendo terapéutica antihipertensiva eficaz, la educación del médico y del paciente es necesaria para la identificación de éste, para tratarlo adecuadamente y para reforzar el concepto de "que el tratamiento es un procedimiento de toda la vida y que la adaptabilidad al programa del tratamiento es esencial para un resultado eficaz". (3)

La prevención, al igual que la reversibilidad de las complicaciones hipertensivas por una terapéutica eficaz, constituyen una preocupación prioritaria de salud pública.

En cuanto a Familia, existen diversas definiciones, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias, así como los individuos y la sociedad varían de cultura a cultura, también las familias.

Para el presente estudio, el tipo de familia será la Nuclear, por lo que es importante definir lo que se refiere a Familia Nuclear: "Esposo, esposa e hijos que viven bajo un mismo techo". (5)

Siendo la Familia la base de la sociedad y siendo la socialización una de las principales funciones de la familia, me parece importante enunciar en que consisten dichas funciones, ya que los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. (8)

Existen cinco funciones primordiales y son:

1.- Socialización: La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño en un número de años, en un ser capaz de una completa participación en la sociedad, la responsabilidad es más tarde compartida por, las escuelas, iglesias, clubes, parientes, etc., que más tarde separan a los padres de la experiencia de socialización.

2.- Cuidado: Significa, cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia.

3.- Afecto: La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros, porque la respuesta afectiva de un individuo aporta, provee la recompensa básica de la vida familiar.

4.- Reproducción: Es una de las funciones más importantes, ya que es la de proveer de nuevos miembros a la sociedad.

5.- Estatus y Nivel Socioeconómico: La familia socializa a un niño dentro de una clase social y verter en él, todas sus aspiraciones relevantes. El estatus también tiene relación con la tradición familiar, los hijos aseguran inmortalidad social o perpetuidad del nombre familiar y además tradición. (8)

Los datos anteriores presentan como funciona una familia "normal" de la clase media, pero existen numerosas variaciones a este esquema, así que sólo constituye un marco conceptual básico.

Es importante determinar no sólo si las funciones se cumplen, sino como se establecen los roles (papeles que desempeñan cada individuo dentro del núcleo familiar o en una sociedad determinada), para que se lleven a cabo esas funciones. Cada función debe examinarse por separado, así como las variaciones en los roles y sus implicaciones en medicina. (6) Los problemas de la familia cam

bian, y consecuentemente las prioridades en las funciones de la familia varían de acuerdo a las etapas por las que pase en su ciclo vital, de tal modo es importante mencionar en que consisten las diferentes fases en el ciclo de vida de una familia: (6)

A.- Fase de Matrimonio: Esta empieza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo al hogar. Enumeraré las tres esferas de interacción con que se enfrenta el médico familiar en esta fase:

A.1.- Ajuste Sexual.

A.2.- Información sobre planificación familiar.

A.3.- Interacción de la personalidad.

B.- Fase de Expansión: Se enuncian dos principales causas de consulta que tiene el médico familiar en esta fase:

B.1.- Atención y educación prenatal, cuidado posnatal y atención del niño sano.

B.2.- Solicitudes de aborto por parte de madres con numerosos hijos. Atención a pacientes con Síndrome de niño maltratado.

C.- Fase de Dispersión: Una vez alcanzado el ajuste a un nuevo miembro, en esta fase se realiza la independencia de éste, para que por sí mismo empiece a cubrir sus necesidades de una manera satisfactoria.

D.- Fase de Independencia: Generalmente ocurre entre los 20 y 30 años de edad, y es ahora cuando la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente, es cuando los hijos han formado nuevas familias.

E.- Fase de Retiro y Muerte: Es la fase final en el ciclo natural de la familia. Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son los siguientes:

E.1.- Incapacidad para laborar.

E.2.- Desempleo.

E.3.- Agotamiento de los recursos económicos.

E.4.- Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.

El estudio del ciclo de vida de la familia, permite al

Médico Familiar analizar genéricamente la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución. (7)

Una vez enunciadas y explicadas las diferentes fases del ciclo de vida familiar, mencionaré que cada familia posee cierta estructura, la cual está dada en base a las demandas invisibles y funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia, los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, significando esto, que cada uno de los miembros actúe de acuerdo al rol que le corresponda y esto constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.

Estoy mencionando los subsistemas familiares, por lo que describiré en que consisten estos. Son tres los subsistemas existentes:

1.- El Subsistema Conyugal: El cual se constituye cuando dos adultos de sexo diferentes se unen con la intención de constituir una familia. Posee funciones específicas para el funcionamiento de la familia, estas son principalmente: la complementariedad y la acomodación mutua; este subsistema puede convertirse en un refugio ante el stress, puede fomentar el aprendizaje, la creatividad, el crecimiento, el sentir que se pertenecen y es la matriz para el contacto con los otros subsistemas.

2.- El Subsistema Parental: Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar, a medida que el niño crece, sus requerimientos para el desarrollo, tanto de la autonomía como de la orientación imponen demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas. Los procesos que corresponden a este subsistema difieren según la edad de los niños

cuando estos son muy pequeños, predominan las funciones de alimentación, a medida que el niño madura, especialmente en la adolescencia, los requerimientos de los hijos para lograr una autonomía adecuada a su edad.

3.- El Subsistema Fraternal: Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus semejantes. En el marco de este contexto los niños se apoyan, aíslan descargan sus culpas y aprenden mutuamente, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir.

Marco Teórico Metodológico para el Abordaje Integral de la Salud Familiar. (13)

El nacimiento de la Medicina Familiar y otras disciplinas, ha sido determinado por la necesidad de contar con profesionales capaces de realizar una práctica integradora del modelo de atención primaria de la salud. Con la Medicina Familiar ocurre que se declara como una necesidad objetiva, la de hacer abordaje integral de la salud y se admite que para lograrlo, es menester adoptar a la familia como unidad de observación y cuidado de la salud-enfermedad, pero como que no hemos tomado muy en cuenta la enseñanza de la historia de que, si cambiamos de unidad de observación y cuidado de la salud-enfermedad debemos cambiar también el método de observación y cuidado, y creemos de que llevamos varios años dando vueltas en círculo.

La práctica social de la medicina implica el abordaje de un problema social muy concreto: implica el estudio y manejo integral de la salud-enfermedad en individuos, familias, comunidades o países. El acercamiento a esta problemática exige el adecuado conocimiento de las leyes que gobiernan el desarrollo de la naturaleza (biológicas); del comportamiento humano (psicológicas) y de la sociedad en su conjunto (sociales).

Modelo de Abordaje Integral de la Salud:
Soporte Teórico.

La Medicina Familiar constituye una forma practica social de la medicina que comparte su objeto de estudio (la salud-enfermedad de los seres humanos) con otras disciplinas, pero que lo aborda en una unidad de análisis propia, que es la familia y este abordaje es integral, la integralidad de este abordaje se da con tres ejes y en tres momentos perfectamente identificables, pero siempre en interacción dialéctica.

Los tres ejes estan constituidos por:

1o. El eje de las esferas: la biológica, la psicológica y la social.

2o. El eje de los ámbitos: el psicosocial (individuo), el sociodinámico (grupo) y el institucional (situación o contexto)

3o. El eje de las funciones: función asistencial o de servicio, función docente o educativa y función investigadora.

Por su parte, los momentos estan constituidos por :

I. El momento del diagnóstico.

II. El momento del pronóstico y

III. El momento del manejo.

Cada momento interactua con cada eje en forma dialéctica de toda esta red de interacciones obtenemos como resultado:

A. Un momento de diagnóstico integral que es el producto de la indagación diagnóstica en el campo de la salud-enfermedad y en los tres ejes implicados.

B. Un momento de pronóstico integral que consiste en predecir la evolución del proceso salud-enfermedad en cada uno de los tres ejes y como producto de la interacción de estos, con base en la indagación diagnóstica.

C. Un momento de manejo integral que consiste en el abordaje de la salud-enfermedad mediante la interacción de los tres ejes implicados, tanto con intenciones terapéuticas como profilácticas.

Instrumentación del Abordaje Integral de la Salud Familiar:

Una vez abordadas las bases teóricas y presentado el mo-

delo de abordaje integral de la salud familiar, presentamos la instrumentación de esta, para lo cual nos apoyaremos en los conceptos de:

Logística: Es la aproximación exploratoria al campo de trabajo que intenta las operaciones necesarias para colocar el objeto salud-enfermedad y a la unidad de abordaje (la familia) en condiciones tales que la experiencia sea fructífera.

Estrategia: Consiste en el diseño de un plan de acción sobre el camino a recorrer para llegar a nuestro objetivo final.

Táctica: Consiste en la comprensión, frecuentemente basada en el sentido común, por lo cual un plan de acción se pone en movimiento en el momento y lugar adecuados,

En el abordaje integral de la salud familiar tomaremos decisiones tácticas en dos niveles; un nivel general en el que decidiremos el tipo de proceso en el que vamos a realizar abordaje integral. De este modo decidiremos si seleccionamos un proceso patológico de génesis biológica con repercusión psicosocial (diabetes mellitus o hipertensión arterial) o uno de génesis psicosocial con repercusiones biológicas (neurodermetitis). Un nivel operacional, que alude el "tacto" de quien aplica el proceso, para elegir de entre varias técnicas o instrumentos disponibles, lo más adecuado para el momento y circunstancias específicas.

Técnica: Consiste en el diseño de instrumentos y de procedimientos para utilizarlos en un campo e trabajo dado.

Para el abordaje integral de la salud familiar utilizamos el procedimiento que se describe a continuación:

1o.- Se elige un proceso patológico o disfuncional (DM o HTAS).

2o.- De acuerdo al proceso elegido se determinan las características de los individuos que funcionarán como "pistas" o "índices" para iniciar el proceso de incorporación de las familias

3o.- En la medida que se van concertando las familias se va agotando el Momento Diagnóstico en cada uno de los tres ejes.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Definición Teórica:

La Hipertensión Arterial Sistémica es la elevación persistente de la presión diastólica por arriba de 100mmHg en personas mayores de 60 años de edad y por arriba de 90 mmHg en pacientes menores de 45 años de edad. (2)

Hablar de alteraciones de las funciones en los subsistemas familiares, se refiere a que cada uno de los integrantes de dicha familia no cumple con los roles específicos, esto es, que no se lleven a cabo cada una de las funciones también específicas por cada subsistema, como por ejemplo: El sentido de pertenencia, fomentar el crecimiento, la creatividad, etc., estos del subsistema conyugal; la función de socialización en el subsistema parental o bien las funciones de cooperación, negociación o competencia en el subsistema fraternal.

Subsistema Conyugal: Se constituye cuando dos adultos de sexo diferentes se unen con la intención de constituir una nueva familia.

Subsistema Parental: Se alcanza un nuevo nivel de formación familiar al nacer el primer hijo.

Subsistema Fraternal: Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus semejantes los niños aprenden a negociar, cooperar y competir.

Definición Real:

La elevación de la presión diastólica consiste en la disminución del calibre de los vasos sanguíneos, debido a múltiples factores, p. ej: (la aterosclerosis, situaciones de stress, consumo de sal, etc.), dependiendo de la causa, será la severidad de la enfermedad.

Definición operacional:

Al haber elevación de la presión sanguínea secundaria a los diversos factores que la desencadenan, habrá repercusión a ni-

vel de órganos blanco, traduciéndose esto en diferentes signos y síntomas, como son:

Cefalea, acúfenos, fosfenos, palpitaciones, astenia, a--
dinamia, dolor torácico, oliguria, acompañada toda esta gama de
signos y síntomas con cifras tensionales por arriba de 90 o 95 mm
Hg dependiendo de la edad del paciente.

En algunos casos se ha observado que solamente se presen--
tan menos de tres síntomas, pero siempre esta presente la eleva---
ción de la cifra tensional.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

NUMERO DE HIJOS _____

TIEMPO DE HIPERTENSO _____

CIFRA TENSIONAL _____

SU ESPOSO (A) PADECE ALGUNA ENFERMEDAD _____

CUAL ? _____

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

A. COMPLEMENTARIDAD.	Nun- ca.	A ve- ces.	Siem- pre.
A.1. Sentido de Pertenencia.			
1. ¿Colabora ud. en las tareas del hogar?	()	()	()
2. ¿Acepta la decisión de su pareja en la solución de algun problema - aunque ud. no este de acuerdo?	()	()	()
3. Cuando indica una disposición fa- miliar ¿es apoyado por su pareja?	()	()	()
4. La toma de decisiones es mutua?	()	()	()
5. ¿Recibe orientación de su pareja en cualquier duda?	()	()	()
A.2. Refugio ante el stress externo.			
6. Cuando una situación de peligro le produce angustia ¿recibe apoyo de su conyuge?	()	()	()
7. ¿Comenta con su pareja activida- des de su trabajo?	()	()	()
8. Cuando hay problemas económicos ¿trata de resolverlos mutuamente con su pareja?	()	()	()
9. ¿Se siente seguro (a) emocional- mente en su matrimonio?	()	()	()
A.3. Matriz para el contacto con o- tros subsistemas.			
10. Cuando visita a sus familiares o amigos ¿lo hace la familia com- pleta?	()	()	()
11. ¿En sus ratos libres convive con sus hijos?	()	()	()
12. ¿Existen amistades mutuas de la pareja?	()	()	()

13. Se molestan uds. cuando al---
guien visita a sus hijos? () () ()
- A.4. Fomento del Aprendizaje.
14. ¿Estimula a su pareja para --
que continúe estudiando? () () ()
15. Acostumbra a leer algún libro
con su pareja? () () ()
16. ¿Realiza intercambios de cong-
cimiento cultural con su pareja? () () ()
17. ¿Se preocupa su conyuge en en-
señarle algo nuevo? () () ()
18. ¿Acostumbra a asistir a even-
tos culturales con su pareja? () () ()
- A.5. Fomento de Crecimiento.
19. ¿Se preocupa por aumentar los
ingresos económicos? () () ()
20. ¿Comenta con su pareja futuras
inversiones? () () ()
21. ¿Estimula a su pareja para que
ascienda en su trabajo? () () ()
22. A partir de su matrimonio se
siente más seguro (a) para tomar
decisiones por si mismo (a) () () ()
- A.6. Fomento de la Creatividad.
23. ¿Se siente motivado por su
pareja para lograr objetivos? () () ()
24. ¿Comparten las diversiones en
pareja? () () ()
25. ¿Su pareja le aporta nuevas i
deas acerca de su trabajo? () () ()
- B. ACOMODACION MUTUA.
- B.1. Interacción Personal.
26. ¿Siente motivación para conti-
nuar con su pareja? () () ()

27. ¿Su pareja le da manifestaciones de cariño con palabras o detalles que a ud. le agradan? () () ()
28. Cuando su pareja llega tarde al hogar ¿le exige alguna explicación? () () ()
29. ¿Las relaciones sexuales con su pareja son satisfactorias? () () ()
30. ¿Realizan relaciones sexuales de mutuo acuerdo? () () ()

I. Socialización.

31. ¿Cuando uno de sus hijos le pide ayuda se niega a dársela? () () ()
32. ¿Existe total comunicación entre ud. y sus hijos? () () ()
33. ¿Cuando tús padres toman una decisión la acatas sin rebeldía? () () ()
34. ¿Cuando tús padres acuden a una cita social los acompañas? () () ()

II. Cooperación.

35. ¿Cuando alguno de tús hermanos esta realizando algun trabajo te o freces voluntariamente a ayudarlo? () () ()
36. ¿Cuando tú hermano te pide ayuda se la brindas desinteresadamente? () () ()

III. Negociación.

37. Cuando realizas algún negocio tratas de sacarle el mayor provecho? () () ()

IV. Competencia.

38. ¿Te incomodas cuando felicitan
a alguno de tus hermanos por haber
realizado algún trabajo?

() () ()

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO.

Comperativo.
 Prospectivo.
 Longitudinal.
 Observacional.

CRITERIOS.

De Inclusión.

1. Se incluyeron familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica, sin otra patología agregada.

2. Familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica, sin otro miembro con otra enfermedad degenerativa.

3. Familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica y que aceptaron ingresar a este estudio.

De No Inclusión.

1. Todas las familias que no reunieron los criterios de inclusión.

2. Todas aquellas familias que no aceptaron ingresar a este estudio.

De Exclusión o de Eliminación.

1. Todas aquellas familias que cambiaron de clínica de adscripción.

2. Todas aquellas familias que decidieron retirarse de este estudio.

3. Todas aquellas familias con un miembro portador de

Hipertensión Arterial Sistémica y que presentó otra patología de generativa y que sin ser secundaria, se diagnosticó durante este estudio.

ESPECIFICACION DE VARIABLES.

Variable Independiente.

Familias con un miembro con Hipertensión Arterial Sistémica, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS.

Variable Dependiente.

Alteraciones en las funciones de los subsistemas familiares.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Familias con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica y familias sin un portador de Hipertensión Arterial Sistémica, de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 2 Noreste del Valle de México, durante el período comprendido de Enero a Octubre de 1991.

AMBITO GEOGRAFICO EN EL QUE SE DESARROLLO LA INVESTIGACION.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 2 Noreste del Valle de México.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS QUE SE UTILIZARON EN ESTA INVESTIGACION.

Humanos:

Residente de 2o. año de la Especialidad de Medicina Familiar: Dr. JOSE LUIS OROZCO LUNA.

Familias con un portador de HAS.

Familias sin portador de HAS.

Coordinador de la investigación: DRA. ELVIRA BOLAÑOS DI

AZ.

Materiales:

Expedientes clínicos, hojas, lapiceros, máquina de escribir, esfigmomanómetro, estetoscopio y autotransporte.

Financieros:

Los propios del investigador.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se estudiaron 60 familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, tomadas al azar, dividiéndose en dos grupos, de 30 familias cada uno, uno de los grupos con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica y el otro fue el grupo control.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA. (11)

$$n = \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p} = 1 + \frac{1}{N} \cdot \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot p} - 1$$

Donde:

Z= Es el Nivel de Confianza.

p y q= Es la Variabilidad.

E= Es la Presición.

N= Es el tamaño de la Población= Total de Familias con un miembro portador de Hipertensión Arterial Sistémica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la Prueba de Significación Ji cuadrada.

Para determinar si la relación de asociación era significativa.

La fórmula para su obtención es la siguiente:

$$\chi^2 = \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Donde:

fe = Frecuencia esperada.

fo = Frecuencia observada o real.

= Sumatoria.

Las frecuencias esperadas se obtuvieron de la siguiente manera:

$$A = \frac{n1 \ n3}{N} \quad B = \frac{n1 \ n4}{N} \quad C = \frac{n1 \ n5}{N}$$

$$D = \frac{n2 \ n3}{N} \quad E = \frac{n2 \ n4}{N} \quad F = \frac{n2 \ n5}{N}$$

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Este estudio se realizó en cinco etapas:

La primera consistió en su inicio con el Planteamiento del Problema, para posteriormente realizar la determinación de los objetivos, la estructuración del marco teórico, los antecedentes científicos, la justificación del estudio, formulación de la hipótesis con la operacionalización de ésta, definición del u niverso de trabajo, se seleccionó la muestra, se realizaron y di señaron los instrumentos de recolección de la información, finalizando esta etapa con la aplicación de estos.

La segunda etapa consistió en la recolección de la información.

La tercera etapa consistió en el procesamiento de la información recolectada.

El análisis de la información obtenida se realizó en la cuarta etapa, finalizando en la quinta etapa con la presentación del trabajo.

P R E S E N T A C I O N D E R E S U L T A D O S

Se estudiaron 30 Familias con un miembro con Hipertensión Arterial Sistémica y 30 Familias utilizadas como grupo control, no tenían patología hipertensiva.

En nuestro grupo de hipertensos se observó que en el sub sistema conyugal, en la función de Complementaridad: sentido de -- pertenencia la respuesta que mayor porcentaje obtuvo fue la de "a veces" con 45.3%, seguido de un 41.3% para la categoría de siempre y solo un 13.4% para "nunca"; el refugio ante el stress externo el mayor porcentaje fue para la categoría de "siempre" con un 55%, ma tríz para el contacto con otros subsistemas el mayor porcentaje fu e para la categoría de a veces con un 50%, en fomento del aprendi- zaje el 51.4% fue para la categoría de nunca; en fomento del creci miento el mayor porcentaje fue para la categoría de siempre; y en fomento dela creatividad el mayor porcentaje que fue del 40% para la categoría de a veces, en la función de acomodación mutua, en in terrelación personal, el mayor porcentaje fue del 33.4% para la ca tegoría de a veces. Dentro de los subsistemas parental y fraternal en socialización el 45% fue para la respuesta de a veces, siendo este el mayor porcentaje, seguido del 40% para la categoría de nun ca; en la función de cooperación del subsistema fraternal, el ma-- yor porcentaje fue para la categoría de a veces con un 58.3%; en la función de negociación, el mator porcentaje fue para respuesta de nunca con un 70.1%; en la función de competencia, el mayor pr-- centaje fue para la categoría de siempre con un 63.4%.

Por tiempo de evolución de la enfermedad se obtuvieron los siguientes resultados: el 33.4% fue para los miembros que te-- nian entre uno y cuatro años de ser hipertensos, mientras que los que tenían más de 10 años fue del 6.7%; en cuanto a la ocupación el 43.3% fue para las amas del hogar, el 13.3% fue para los pensio nados, el 23.4% fue para los obreros, el 16.6% para empleados, y

Por grado de escolaridad el 40% fue para los que cursaron primaria solamente, el 33.3% para los que cursaron secundaria el 16.6% fueron analfabetas, el 6.7% cursó bachillerato y sólo el 3.4% fue profesionista. Agrupados por grupos de edad y sexo se obtuvo lo siguiente: de 30 a 39 años de edad fueron 3 mujeres y un hombre, de 40 a 49 años de edad, 4 mujeres y 3 hombres, de 50 a 59 años de edad, 7 mujeres y 5 hombres, de 60 a 69 años de edad 2 mujeres y 2 hombres, de 70 a 79 años de edad, 1 mujer y 1 hombre y para mayores de 80 años de edad solo un hombre.

En el grupo control (sin patología hipertensiva), se obtuvieron los siguientes resultados: en el sentido de pertenencia el mayor porcentaje fue para la categoría de siempre con 58%; refugio para el stress externo tuvo el mayor porcentaje en la respuesta de siempre con 101 puntos para un 84.1%; matriz para el contacto con otros subsistemas el mayor porcentaje fue de 45.8% para a veces; en fomento del aprendizaje el 50.7% fue para nunca; en fomento del crecimiento el 64.2% fue para siempre; en fomento de la creatividad el 57.7% fue para a veces; en la interrelación personal el 62% fue para siempre. En los subsistemas fraternal y parental, en socialización el 47.5% fue para a veces; en cooperación el 53.4% fue para siempre mientras que el 46.7% fue para a veces; en negociación el 93.4% fue para nunca, el 6.6% para a veces y 0% para siempre, en la función de competencia el 86.7% fue para siempre el 13.3% para a veces y 0% para nunca. Agrupados por ocupación, el 40% fueron obreros, el 36.6% fueron empleados, el 16.6% fueron amas de casa, un comerciante y un profesionista para un 3.4% cada uno; agrupados por grado de escolaridad, el 40% cursaron solamente primaria, el 30%, secundaria, el 20% bachillerato, solamente un profesionista para el 3.4% y el 6.6% fueron analfabetas. Agrupados por sexo y edad, de 20 a 29 años de edad fueron 2 mujeres y un hombre, de 30 a 39 años de edad 8 mujeres y 6 hombres, de 40 a 49 años de edad 8 mujeres y un hombre, de 50 a 59 años de edad solo 3 mujeres y mayores de 60 años de edad solo una mujer.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. χ^2 no paramétrica, ya que se emplearon variables nominales.
2. Muestra mayor de 20.
3. Número de grupos 2.
4. Número de categorías TRES (Nunca, a veces y siempre)
5. Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{(\sum f_o - f_e)^2}{f_e}$$

6. Nivel de Significancia.
= 0.5

7. Grados de Libertad.

2

8. Criterios de Rechazo.

- A. χ_{ex}^2 Es Menor de χ_c^2 rechazo H_A y
acepto H_0
- B. χ_{ex}^2 Es mayor que χ_c^2 acepto H_A y
rechazo H_0

A N A L I S I S E S T A D I S T I C O

En el subsistema conyugal se obtuvieron los siguientes resultados:

SENTIDO DE PERTENENCIA.

$$+ gl = 2$$

$$+ \text{Nivel de significancia} = 0.5$$

$$+ X_c^2 = 5.99$$

$$X_{ex}^2 = 7.4$$

REFUGIO ANTE EL STRESS EXTERNO.

$$X_{ex}^2 = 17.3$$

MATRIZ PARA EL CONTACTO CON OTROS SUBSISTEMAS.

$$X_{ex}^2 = 1.29$$

FOMENTO DEL APRENDIZAJE.

$$X_{ex}^2 = 0.69$$

FOMENTO DEL CRECIMIENTO.

$$X_{ex}^2 = 35.1$$

FOMENTO DE LA CREATIVIDAD.

$$X_{ex}^2 = 15.1$$

INTERRELACION PERSONAL

$$X_{ex}^2 = 35.8$$

La X_t^2 para el subsistema conyugal fue de 5.99 $gl = 2$

La X_{ex}^2 fue de 8.9

Para el subsistema parental.

SOCIALIZACION.

$$X_{ex}^2 = 27.1$$

Subsistema Fraterno.

COOPERACION.

$$X_{ex}^2 = 21$$

NEGOCIACION.

$$X_{ex}^2 = 19.5$$

COMPETENCIA:

$$X_{ex}^2 = 19.5$$

+ El nivel de confianza, los grados de libertad y la

X_c^2 son los mismos valores para todas las funciones.

CATEGORIZACION Y OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

T A B L A No. 1

SUBSISTEMA CONYUGAL

FUNCION	No. DE PREGUNTAS	CATEGORIAS
1. COMPLEMENTARIDAD		
1.1 SENTIDO DE PERTENENCIA	1,2,3,4 y 5	N
1.2 REFUGIO ANTE EL STRESS EXTERNO	6,7,8 y 9	U
1.3 MATRIZ PARA EL CONTACTO CON OTROS SUBSISTEMAS	10,11,12 y 13	N
1.4 FOMENTO DE APRENDIZAJE	14,15,16,17 y 18	C
1.5 FOMENTO DE CRECIMIENTO	19,20,21 y 22	A
1.6 FOMENTO DE CREATIVIDAD	23,24 y 25	V
2. ACOMODACION MUTUA		E
2.1 INTERRELACION PERSONAL	26,27,28,29 y 30	S I E M P R E

SUBSISTEMAS PARENTAL Y FRATERNAL

FUNCION	No. DE PREGUNTAS	CATEGORIAS
PARENTAL		
1. SOCIALIZACION	31,32,33 y 34	NUNCA
FRATERNAL		
1. COOPERACION	35 y 36	A VECES
2. NEGOCIACION	37	
3. COMPETENCIA	38	SIEMPRE

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES DEL SUBSISTEMA CON-
YUGAL EN 30 FAMILIAS CON PATOLOGIA HIPERTENSIVA ADSCRIP-
TAS A LA U.M.F. No. 94 "ARAGON"
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

CATEGORIA FUNCION	NUNCA		A VECES		SIEMPRE	
	No.	%	No.	%	No.	%
COMPLEMENTARIDAD						
1. SENTIDO DE PERTENENCIA	20	13.4	68	45.3	62	41.3
2. REFUGIO ANTE EL STRESS EXTERNO	7	5.8	40	33.4	66	55.0
3. MATRIZ CON EL CONTACTO CON OTROS SUBSISTEMAS	29	24.2	60	50.0	31	25.8
4. FOMENTO DE APRENDIZAJE	77	51.4	44	29.3	11	7.3
5. FOMENTO DE CRECIMIENTO	30	25.0	57	47.5	29	24.2
6. FOMENTO DE LA CREATIVIDAD	35	38.8	36	40.0	10	11.2
ACOMODACION MUTUA						
1. INTERRELACION PERSONAL	33	22.0	50	33.4	25	16.6

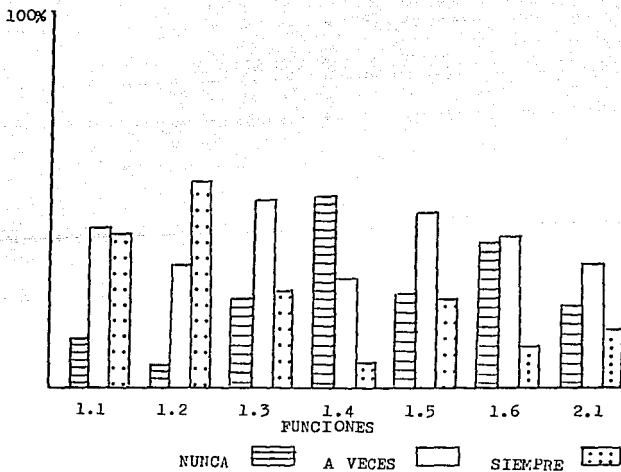
TABLA No. 2

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL DE 30 FAMILIAS CON
 PATOLOGIA HIPERTENSIVA ADSCRITAS A LA U.M.F.

No. 94 "ARAGON"

(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FUENTE: TABLA No. 2

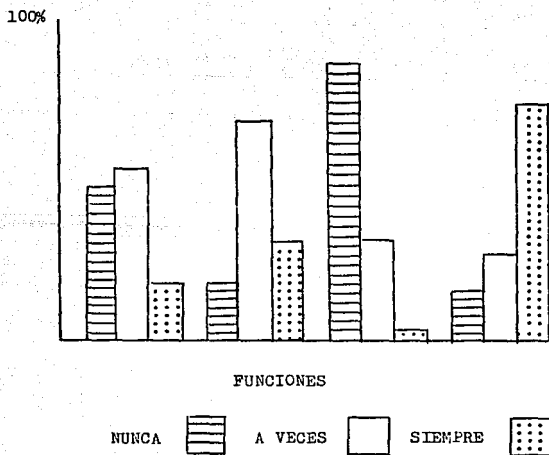
FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES DE LOS SUBSISTEMAS PARENTAL Y FRATERNAL EN 30 FAMILIAS CON PATOLOGIA HIPERTENSIVA ADSCRITAS A LA U.M.F. No. 94 "ARAGON"
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

CATEGORIA FUNCION	NUNCA		A VECES		SIEMPRE	
	No.	%	No.	%	No.	%
SUBSISTEMA PARENTAL						
1. SOCIALIZACION	48	40.0	54	45.0	18	15.0
SUBSISTEMA FRATERNAL						
1. COOPERACION	9	15.0	35	58.3	16	26.7
2. COMPETENCIA	4	13.3	7	23.3	19	63.4
3. NEGOCIACION	21	70.1	8	26.6	1	3.3

TABLA No. 3

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FUNCIONES DE LOS SUBSISTEMAS PARENTAL Y FRATERNAL EN
 30 FAMILIAS CON PATOLOGIA HIPERTENSIVA ADS-
 CRITAS A LA U.M.F. No. 94 "ARAGON"
 (DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FUENTE: TABLA No. 3

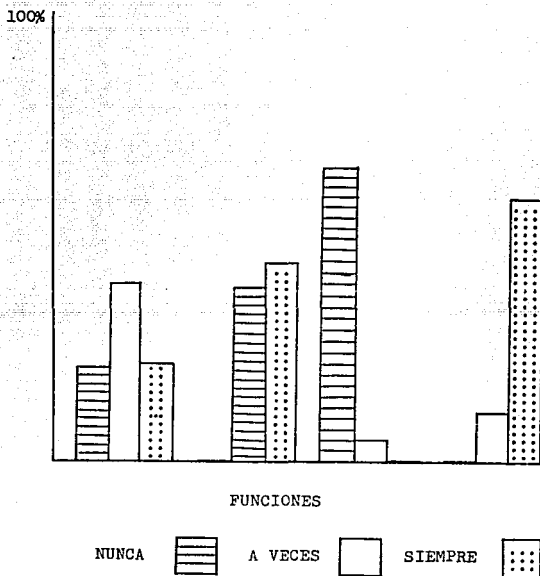
FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES DE LOS SUBSISTEMAS PARENTAL Y FRATERNAL EN 30 FAMILIAS SIN PATOLOGIA HIPERTENSIVA ADSCRITAS A LA U.M.F. No. 94 "ARAGON" (DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

CATEGORIA FUNCION	NUNCA		A VECES		SIEMPRE	
	No.	%	No.	%	No.	%
SUBSISTEMA PARENTAL						
1. SOCIALIZACION	31	25.9	57	47.5	32	26.6
SUBSISTEMA FRATERNAL						
1. COOPERACION	0	0	28	46.7	32	53.3
2. NEGOCIACION	28	46.7	2	6.6	0	0
3. COMPETENCIA	0	0	4	13.3	26	86.7

TABLA No. 4

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FUNCIONES DE LOS SUBSISTEMAS PARENTAL Y FRATERNAL EN
30 FAMILIAS SIN PATCLOGIA HIPERTENSIVA ADS-
CRITAS A LA U.M.F. No. 94 "ARAGON"
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FUENTE: TABLA No. 4

FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES DEL SUBSISTEMA CON-
YUGAL EN 30 FAMILIAS SIN PATOLOGIA HIPERTENSIVA ADSCRI-
TAS A LA U.M.F. No. 94 "ARAGON"
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

CATEGORIA FUNCION	NUNCA		A VECES		SIEMPRE	
	No.	%	No.	%	No.	%
COMPLEMENTARIDAD						
1. SENTIDO DE PERTE- NENCIA	7	4.7	56	37.3	87	58.0
2. REFUGIO ANTE EL STRESS EXTERNO	3	5.1	13	10.8	101	84.1
3. MATRIZ PARA EL CON TACTO CON OTROS SUBSISTEMAS	25	20.9	55	45.8	40	33.3
4. FOMENTO DE APREN- DIZAJE	76	50.7	54	36.0	5	3.3
5. FOMENTO DE CRECI- MIENTO	5	4.1	17	14.2	77	64.2
6. FOMENTO DE LA CREATIVIDAD	12	13.3	49	54.4	19	21.2
ACOMODACION MUTUA						
1. INTERRELACION PERSONAL	2	1.3	44	29.4	93	62.0

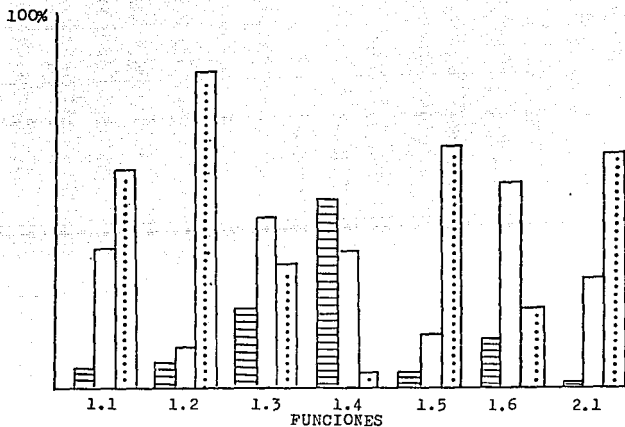
TABLA No. 5

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN 30 FAMILIAS SIN
 PATOLOGIA HIPERTENSIVA ADSCRITAS A LA U.M.F.

No. 94 "ARAGON"

(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FUENTE:

TABLA No. 5



A VECES



SIEMPRE



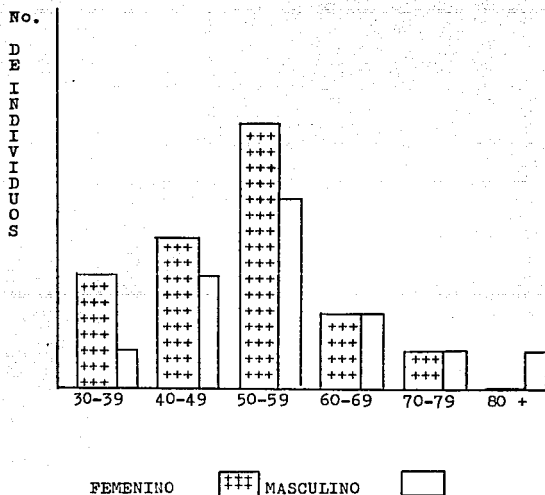
FRECUENCIA DE MIEMBROS HIPERTENSOS
 AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO
 (DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
30 a 39	3	10.0	1	3.4	4	13.4
40 a 49	4	13.3	3	10.0	7	23.3
50 a 59	7	23.3	5	16.6	12	39.9
60 a 69	2	6.6	2	6.6	4	13.2
70 a 79	1	3.4	1	3.4	2	6.8
80 y +	-	-	1	3.4	1	3.4
TOTAL	17	56.6	13	43.4	30	100.0

TABLA No. 6

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

TOTAL DE MIEMBROS HIPERTENSOS
 AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO
 DE 30 FAMILIAS ADSCRITAS
 A LA U.M.F. No. 94 "ARAGCN"
 (DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FUENTE: TABLA No. 6

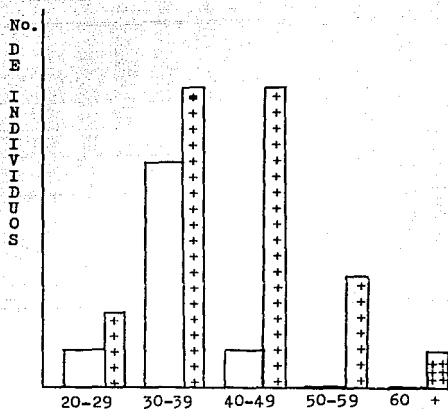
FRECUENCIA DE MIEMBROS SIN PATOLOGIA HIPERTENSIVA
 AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO
 (DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
20 a 29	2	6.6	1	3.4	3	10.0
30 a 39	8	26.6	6	20.0	14	46.6
40 a 49	8	26.6	1	3.4	9	30.0
50 a 59	3	10.0	-	-	3	10.0
60 y +	1	3.4	-	-	1	3.4
TOTAL	22	73.2	8	26.8	30	100.0

TABLA No. 7

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

TOTAL DE MIEMBROS SIN PATOLOGIA HIPERTENSIVA
 AGRUPADOS POR EDAD Y SEXO DE 30 FAMILIAS
 ADSCRITAS A LA U.M.F. No. 94 "ARAGON"
 (DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FEMENINO  MASCULINO 

FUENTE: TABLA No. 7

FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD DE MIEMBROS SIN PATOLOGIA
HIPERTENSIVA DE ACUERDO A SEXO
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

ESCOLARIDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
ANALFABETA	1	3.35	1	3.35	2	6.7
PRIMARIA	5	16.4	7	23.6	12	40.0
SECUNDARIA	4	13.4	5	16.6	9	30.0
BACHILLERATO	2	6.7	4	13.3	6	20.0
SUPERIOR	-	-	1	3.3	1	3.3
TOTAL	12	39.8	18	60.2	30	100.0

TABLA No. 8

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD DE MIEMBROS HIPERTENSOS
DE ACUERDO A SEXO
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

ESCOLARIDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
ANALFABETA	4	13.2	1	3.4	5	16.6
PRIMARIA	5	16.6	7	23.4	12	40.0
SECUNDARIA	3	9.9	7	23.4	10	33.3
BACHILLERATO	1	3.3	1	3.4	2	6.7
SUPERIOR	-	-	1	3.4	1	3.4
TOTAL	13	43.0	17	57.0	30	100.

TABLA No. 9

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

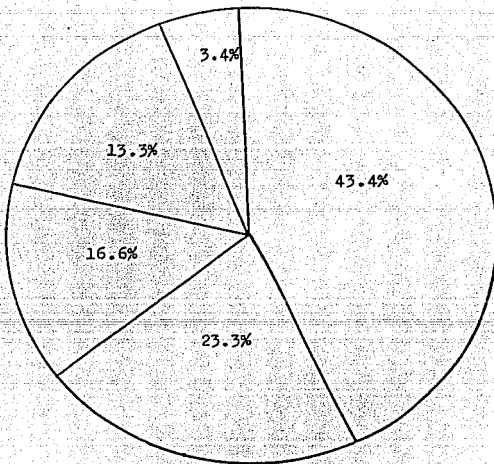
FRECUENCIA DE MIEMBROS HIPERTENSOS
 POR OCUPACION
 (DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

OCUPACION	TOTAL	
	No.	%
AMA DE CASA	13	43.4.
EMPLEADO	5	16.6
OBRERO	7	23.3
CAMPECINO	1	3.4
PENSIONADO	4	13.3
TOTAL	30	100.0

TABLA No. 10

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FRECUENCIA DE MIEMBROS HIPERTENSOS
POR OCUPACION
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FUENTE: TABLA No. 10

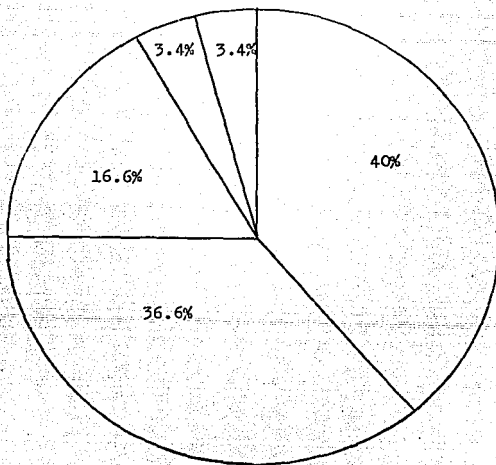
FRECUENCIA DE MIEMBROS SIN PATOLOGIA
HIPERTENSIVA POR OCUPACION
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)

OCUPACION	TOTAL	
	No.	%
AMA DE CASA	5	16.6
EMPLEADOS	11	36.6
OBRREROS	12	40.0
COMERCIANTE	1	3.4
PROFESIONISTA	1	3.4
TOTAL	30	100.0

TABLA No. 11

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FRECUENCIA DE MIEMBROS SIN PATOLOGIA
HIPERTENSIVA POR OCUPACION
(DEL 10-10-91 AL 18-12-91)



FUENTE: TABLA No. 11

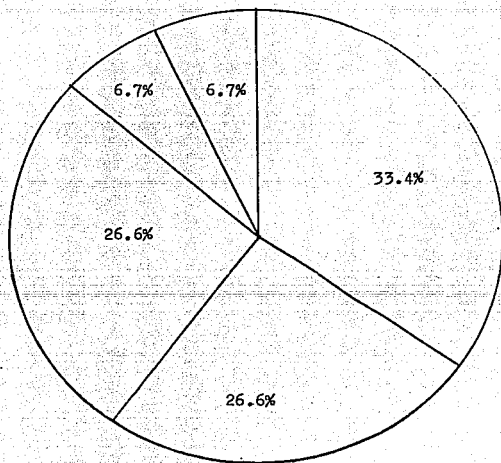
FRECUENCIA DE MIEMBROS HIPERTENSOS POR
 TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

TIEMPO DE EVOLUCION	TOTAL	
	No.	%
MENOS DE 1 AÑO	8	26.6
DE 1 A 4 AÑOS	10	33.4
DE 5 A 9 AÑOS	8	26.6
DE 10 A 14 AÑOS	2	6.7
DE 15 ó MAS	2	6.7
TOTAL	30	100.0

TABLA No. 12

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

FRECUENCIA DE MIEMBROS HIPERTENSOS POR
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD



FUENTE: TABLA No. 12

CONCLUSIONES

En el Subsistema Conyugal.

Se obtuvo una X_{ex}^2 menor que la X_c^2 solamente en las funciones de Fomento del Aprendizaje y Matriz para el contacto con otros subsistemas. Mientras que en las funciones restantes se obtuvo una X_{ex}^2 mayor que la X_c^2 , por lo que en estas se habla de una relación estadísticamente significativa entre la patología hipertensiva y las alteraciones en las funciones de los subsistemas familiares.

En los subsistemas parental y fraternal, en todas sus funciones la X_{ex}^2 fue mayor que la X_c^2 por lo tanto aquí también existe una relación estadísticamente significativa.

En forma general se obtuvo una X_{ex}^2 mayor que la X_t^2 por lo que considero que si existió una relación de asociación significativa entre las alteraciones de las funciones de los subsistemas familiares y la Hipertensión Arterial Sistémica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUGERENCIAS

Considerando que en este estudio no se contemplaron preguntas falsas-positivas, ya que no se cuenta con un instrumento ya elaborado para evitar este sesgo, además aunando nuestra inesperienza en la exploración de las alteraciones en las funciones de los subsistemas familiares, es importante mencionar lo anterior para estudios posteriores.

Es importante hacer énfasis que no es necesario estar enfermo de cualquier patología crónica para poder provocar alteraciones a nivel del seno familiar en cualquiera de sus funciones, para que como Médico Familiar saber que hacer en estos casos y que se les puede brindar a esas familias.

B I B L I O G R A F I A

1. Farreras FG, Rozman MD. Tratado de medicina interna. Madrid, España: Ed. Marín, 1981.
2. Krupp, Chaton MD. Diagnóstico y tratamiento clínicos. México: Ed. El manual moderno, 1984.
3. Ramírez AML. Tesis sobre hipertensión arterial sistémica y alteraciones en la dinámica familiar del sistema conyugal. México, IMSS, 1991.
4. Sokolow M. Cardiología clínica. México: Ed. El manual moderno, 1987.
5. Akerman. El estudio de la familia. México: HGZ 20 IMSS, 1988.
6. Irigoyen CA, Buendía PJ, Amezcua AR. Ciclo vital de la familia. México, s/f.
7. Sánchez NJ. Familia y sociedad. México: IMSS, 1974.
8. Datz L. Funciones de la familia. México: IMSS, 1979.
9. Santacruz V. La familia como unidad de análisis. Revista médica del IMSS, 1985.
10. Minuchin S. Familia y terapia familiar. México: Ed. Gedisa, 1988.
11. Rojas SR. Guía para realizar investigaciones sociales México: Ed. Plaza y Valdez, 1989.
12. Ley Gral. de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. México: Libros económicos, 1984.
13. Cerda OA. Marco teórico metodológico del abordaje integral de la salud familiar. México: UMF No. 20 IMSS, 1986.
14. Declaración de Helsinki, modificación de Tokio, 1975.
15. Diagnóstico de salud de la UMF No. 94 IMSS, 1990-91.