



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

14
2

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO DE CHIAPAS**

UNIDAD ACADEMICA

**"INFLUENCIA DE LA DINAMICA FAMILIAR
EN EL DESCONTROL DEL PACIENTE
CON HIPERTENCION ESENCIAL
EN EDAD DE RIESGO"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

Dr. Eli Bulmaro Zenteno Ramos

271339

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas Agosto de 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

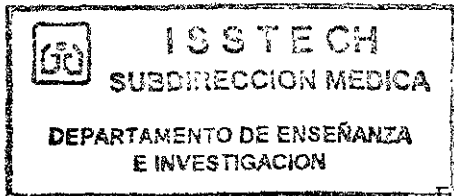
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

"INFLUENCIA DE LA DINAMICA FAMILIAR EN EL DESCONTROL DEL PACIENTE
CON HIPERTENSION ESENCIAL EN EDAD DE RIESGO"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA

FAMILIAR PRESENTA:



DR. ELI BULMARO ZENTENO RAMOS

DR. ESTUARDO DE GANGES ARGUDIN

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL ISSTECH EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS

DRA. GUADALUPE SARMIENTO POLUMIAN

MAESTRA EN CIENCIAS EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD Y MEDICO
DE LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA DEL ISSTECH

ASESOR DE TESIS

DRA. SUSANA TREJO RUIZ

PROFESOR DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ASESOR DE TESIS

"INFLUENCIA DE LA DINAMICA FAMILIAR EN EL DESCONTROL DEL PACIENTE
CON HIPERTENSION ESENCIAL EN EDAD DE RIESGO"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

DR. ELI BULMARO ZENTENO RAMOS

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ANGELO FERNANDEZ ORTEGA~~

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINACION DE INVESTIGACION DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

~~DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES~~

~~COORDINADOR DE DOCENCIA~~

~~DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~

~~FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.~~

INDICE

TITULO.....	6
MARCO TEORICO.....	7
Hipertensión Arterial. Definición.....	7
Hipertensión Esencial.....	9
Epidemiología.....	9
Etiología y Patogenia.....	10
Anatomía Patológica.....	15
Factores que modifican la evolución del hipertenso.....	16
Cuadro Clínico.....	16
Diagnóstico.....	16
Tratamiento.....	17
Complicaciones.....	19
Diagnóstico Diferencial.....	19
La Dinámica Familiar y la Problemática Hipertensión Arterial.....	19
Tipos de Familia.....	23
Integración Familiar. Clasificación.....	24
Funciones de la Familia.....	24
Etapas Críticas de la Familia.....	25

Dinamica Familiar.....	25
Lineamientos para Evaluar la Vida en Familia.....	27
Instrumentos de Investigación Familiar.....	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
JUSTIFICACION.....	31
OBJETIVOS.....	34
General.....	34
Particulares.....	34
METODOLOGIA.....	35
Tipo de Estudio.....	35
Población, Lugar y Tiempo.....	35
Tipo y Tamaño de la Muestra.....	35
Criterios de Selección.....	35
Variables a Investigar.....	36
Procedimiento para Recolectar la Información.....	36
Consideraciones Eticas.....	37
RESULTADOS.....	38
GRAFICAS Y CUADROS.....	41
DISCUSION.....	67
CONCLUSIONES.....	70
PROPUESTA.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
ANEXOS.....	76

**“INFLUENCIA DE LA DINAMICA FAMILIAR EN EL DESCONTROL DEL
PACIENTE CON HIPERTENSION ESENCIAL EN EDAD DE RIESGO”**

MARCO TEORICO

HIPERTENSION ARTERIAL. DEFINICION.

Definir la Hipertensión arterial implica varias dificultades, la principal es establecer las cifras normales de presión arterial, las cuales no pueden ser consideradas en la forma en que lo son otros valores biológicos donde la normalidad es todo aquello que se encuentra en dos desviaciones estándar de la media. Ello condicionaría aceptar como normales en algunos sujetos, valores clínicamente inaceptables. Los dos grupos más importantes para el estudio de la Hipertensión arterial sistémica, la Organización Mundial de la Salud - Sociedad Internacional de Hipertensión (OMS) y el Comité para la Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión arterial en su quinto informe (CDE - V), consideran como normales cifras de presión arterial distintas, ya que la OMS para redefinir y clasificar la Hipertensión arterial sistémica, considera los valores que se describen a continuación:

	SISTOLICA	DIASTOLICA
Normal	> 140	> 90
Hipertensión leve	140 - 180	90 a 105
Hipertensión moderada	> 180	> 105
Hipertensión sistólica aislada	> 160	> 90
Hipertensión sistólica aislada límite	140 a 160	< 90

Mientras que el CDE - V hace lo propio con los valores que se muestran en el siguiente cuadro:

	SISTOLICA	DIASTOLICA
Normal	< 130	< 90
Normal Alta	130 a 139	85 a 89
Estadio I	140 a 159	90 a 99
Estadio II	160 a 179	100 a 109
Estadio III	180 a 209	110 a 119
Estadio IV	> 210	> 120
<u>Hipertensión arterial sistólica aislada</u>	> 140	> 120

En Enero de 1994, en México, se reunió un grupo de expertos que conformaron el Primer Consenso Mexicano sobre hipertensión Arterial Sistémica, en lo que a cifra se refiere y se aceptaron las dadas por el CDE-V.

Las cifras anteriormente señaladas aunque arbitrarias, se asocian con un riesgo alto para el desarrollo de complicaciones vasculares.

El reconocimiento de la Hipertensión sistólica aislada como una entidad patológica es reciente, pues se le considera como una consecuencia natural del envejecimiento, pero ahora se sabe que se trata de un factor de riesgo en la generación

de Insuficiencia cardiaca y Enfermedad vascular cerebral, en especial del anciano. (1)

Por lo anterior sólo se puede definir a la Hipertensión arterial como:

Elevación de la presión arterial sistólica y/o diastólica, ya sea primaria (Hipertensión esencial) o secundaria. (2)

HIPERTENSION ESENCIAL.

Se dice que padecen Hipertensión primaria, esencial o idiopática los pacientes con Hipertensión arterial sin causa definible.

EPIDEMIOLOGIA.

La Hipertensión arterial sistémica es la enfermedad crónica más frecuente en el ser humano.

La edad de aparición está entre el tercero y quinto decenios de la vida; su prevalencia se incrementa con la edad en todos los grupos: negros, blancos, varones y mujeres; pero es más frecuente en la raza negra. No está clara la razón de ello, pero se atribuye a herencia, mayor ingestión de sal y aumento del estrés ambiental.

Aunque se ha encontrado una prevalencia total más alta de Hipertensión en hombres que en mujeres, hasta casi los 50 años, después de esa edad es más usual en mujeres. La mayor prevalencia de Hipertensión en mujeres postmenopáusicas se relaciona con una combinación de aumento de peso y alteraciones hormonales. Los

negros tienden a padecer una Hipertensión más grave que los caucásicos. (3, 4)

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

La etiología de la Hipertensión primaria o esencial se desconoce, y no parece probable que una única causa puede explicar sus diversas alteraciones hemodinámicas y fisiopatológicas.

Es indudable que existen factores hereditarios que predisponen a los individuos a la Hipertensión, pero no se ha aclarado su mecanismo exacto. Los mecanismos ambientales (por ejemplo, sodio de la dieta, obesidad y estrés) parecen actuar sólo en los individuos genéticamente susceptibles.

Cualquiera que sea el mecanismo patogénico responsable de la Hipertensión primaria, debe originar un incremento de las resistencias vasculares periféricas totales, mediante inducción de una vasoconstricción y/o un incremento del volumen minuto, ya que la presión arterial es igual a flujo por resistencia.

Aunque es una opinión común que la expansión del volumen del líquido intracelular y del líquido extracelular a veces resulta importante, sólo puede elevar la presión arterial aumentando el volumen minuto (incrementando el retorno venoso al corazón) y/o las resistencias vasculares periféricas mediante una vasoconstricción.

Aunque es posible que provoque ambos fenómenos, con frecuencia no ocasiona ninguno de los dos. Los investigadores de la fisiopatología de la Hipertensión han

prestado una máxima atención al sistema nervioso simpático y el sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, ya que ambos pueden provocar un incremento del volumen minuto y de las resistencias vasculares periféricas.

Sistema Nervioso Simpático. Las maniobras de estimulación del Sistema Nervioso Simpático elevan la presión arterial, habitualmente más en los pacientes hipertensos o prehipertensos que en los normotensos. No se sabe si ésta hiperreactividad reside en el Sistema Nervioso Simpático o en el miocardio y el músculo liso vascular que inerva, pero a menudo puede detectarse antes del desarrollo de una Hipertensión comprobada. La elevación de la frecuencia del pulso en reposo que puede manifestar un incremento en la actividad nerviosa simpática, es un factor pronóstico bien conocido en una Hipertensión posterior.

Algunos hipertensos, aunque en modo alguno todos, tienen una concentración en reposo de catecolaminas plasmáticas superior a lo normal. En los pacientes hipertensos, los barorreflejos tienden a mantener la hipertensión en vez de contrarrestarla, fenómeno conocido como “reajuste de los barorreceptores”, si bien ello podría ser una consecuencia de la Hipertensión más que su causa. En algunos hipertensos existe un almacenamiento defectuoso de la noradrenalina, lo que determina que exista mayor cantidad de ella circulante.

Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. El aparato yuxtaglomerular interviene

en la regulación del volumen y de la presión.

La renina es una enzima segregada por la célula yuxtaglomerular del riñón y relacionada con la aldosterona por una retroalimentación negativa. Aunque ésta secreción puede modificarse por diversos factores, el determinante primario es la situación del volumen en el individuo, en especial en lo que se refiere a variaciones de la ingestión dietética de sodio. El producto final de la acción de la Renina sobre su sustrato es la generación del péptido angiotensina II. La respuesta de los tejidos diana a éste péptido está determinada, por la ingestión previa de electrólitos con la dieta. Por ejemplo, la ingestión de sodio en condiciones normales modula las respuestas vasculares suprarrenales y renales a la angiotensina II. Con la restricción de sodio, las respuestas suprarrenales se facilita y las respuestas vasculares renales se inhiben. La sobrecarga de sodio tiene el efecto opuesto. El intervalo de actividades de la renina plasmática que se observa en hipertensos es más amplio que el de los normotensos. Por lo tanto, se ha caracterizado a algunos hipertensos como hipertensos esenciales con renina baja y otros con renina baja.

La teoría del mosaico. Establece que la intervención de múltiples factores mantiene la presión arterial elevada, aunque sólo uno de ellos sea el responsable inicial; por ejemplo, la interacción del Sistema Nervioso Simpático y el sistema renina-angiotensina-aldosterona.

La inervación simpática del aparato yuxtaglomerular del riñón libera renina; la angiotensina II estimula los centros autónomos del cerebro, incrementando el flujo simpático. La angiotensina también estimula la producción de aldosterona ocasionando retención de sodio; un exceso de sodio intracelular eleva la reactividad del músculo liso vascular ante la estimulación simpática. Esta es la razón por la que resulta tan difícil distinguir las funciones relativas del Sistema Nervioso Autónomo y del sistema renina-angiotensina aldosterona en la génesis de la Hipertensión primaria.

La Hipertensión genera Hipertensión. En caso de Hipertensión debida a alguna causa fácilmente identificable (por ejemplo, liberación de catecolaminas a partir de un Feocromocitoma de renina y angiotensina a causa de una estenosis arterial renal o de aldosterona procedente de una Adenoma corticosuprarrenal) y prolongada durante cierto tiempo, intervienen otros mecanismos. Las alteraciones estructurales en las arteriolas, ocasionadas por una Hipertensión prolongada, reducen el calibre de la luz, incrementando de éste modo las resistencias periféricas vasculares totales.

Además, un acortamiento insignificante del músculo liso hipertrofiado de una pared engrosada de una arteriola reducirá el radio de una luz ya estenosada en un grado mucho mayor al registrado cuanto tanto el músculo como la luz son normales. Es posible que ésta sea la razón por la que cuanto más prolongada es la Hipertensión, menos probable es que el tratamiento quirúrgico de las causas secundarias la retorne a

la normalidad.

Factores diversos. En ciertas formas de Hipertensión humana y también en animales de experimentación, se ha descrito un transporte anormal de sodio a través de la pared celular, (debido a un defecto o a la inhibición de la bomba de sodio/potasio/ATPasa) o a un incremento de la permeabilidad para el sodio. El resultado neto consiste en un incremento del sodio intracelular que determina una mayor sensibilidad de la célula a la estimulación simpática. Puesto que el calcio sigue al sodio, se ha postulado que la acumulación de calcio intracelular (y no la de sodio per se) es la responsable del incremento de la sensibilidad de la estimulación simpática.

La bomba de sodio/potasio/ATPasa también puede ser responsable del bombeo retrógrado de adrenalina hacia el interior de las neuronas simpáticas para inactivarla. Por ello es verosímil que la inhibición de este mecanismo pudiera incrementar el efecto de la noradrenalina. Se ha descrito la presencia de defectos del transporte de sodio en niños normotensos con padres hipertensos.

La Hipertensión puede desarrollarse como consecuencia del déficit de una sustancia vasodilatadora, en lugar del exceso de una vasoconstrictora (por ejemplo angiotensina o noradrenalina).

Se está iniciando el estudio del sistema caliceína, que produce bradicinina, un potente vasodilatador.

Así mismo, se ha descubierto que los extractos de médula renal contienen sustancias vasodilatadoras incluyendo un lípido neutro y una prostaglandina; su ausencia, ya sea debida a una enfermedad del parenquima renal o a nefrectomía bilateral, ocasiona una elevación de la presión arterial.

ANATOMIA PATOLOGICA.

En la fase precoz de la Hipertensión primaria no se observan alteraciones anatomopatológicas. Con el tiempo se desarrolla una esclerosis arteriolar generalizada, ello es especialmente evidente en el riñón y se caracteriza por hialinización e hipertrofia medial.

La nefrosclerosis es el signo característico de la Hipertensión primaria. De forma progresiva se desarrolla hipertrofia y, finalmente dilatación del ventrículo izquierdo. La hipertensión acelera la aterogénesis, por lo que la Aterosclerosis coronaria, cerebral, aórtica, renal y periférica es más frecuente y grave en los pacientes hipertensos.

La hipertensión es el factor de riesgo más importante de Enfermedad vascular cerebral y de Cardiopatía aterosclerótica.

Los pequeños aneurismas de Charcot - Bouchard, hallados con frecuencia en las arterias perforantes (sobre todo en los ganglios basales) de individuos hipertensos, pueden ser el origen de Hemorragia intracerebral.

FACTORES QUE MODIFICAN LA EVOLUCION DE LA HIPERTENSION ESENCIAL.

La edad, la raza, el sexo, el tabaco, el consumo de alcohol, el colesterol sérico, la intolerancia a la glucosa y el peso corporal, pueden alterar el pronóstico de la enfermedad.

CUADRO CLINICO.

La Hipertensión arterial permanece asintomática hasta que se desarrollan las complicaciones. Los signos y síntomas son inespecíficos y se originan a partir de complicaciones en órganos diana. No son patognomónicos de Hipertensión, ya que pueden manifestarse síntomas y signos idénticos en pacientes normotensos.

La Hipertensión no complicada no provoca vértigo, rubefacción facial, cefalea, fatiga, epistaxis ni nerviosismo.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de Hipertensión esencial depende de:

- 1) La demostración de que las presiones arteriales sistólica y diastólica se encuentran por lo general, aunque no necesariamente siempre, más elevadas de lo normal.
- 2) La presencia de causas secundarias.
- 3) La presencia de otros factores de riesgo para el desarrollo de Enfermedad

cardiovascular arterioesclerótica.

Para hacer el diagnóstico se requieren tres registros con intervalos de dos semanas entre cada uno. Se recomiendan cuatro lecturas entre cada entrevista, pero si en la primera valoración se detectan cifras altas, o daño a un órgano blanco, es suficiente para justificar un diagnóstico e iniciar tratamiento.

Es necesario una buena historia clínica con interrogatorio, exploración y determinaciones de laboratorio.

TRATAMIENTO.

Se divide en no farmacológico y farmacológico.

El primero incluye reducción de peso, disminución de la ingestión de sal, grasas saturadas y alcohol. Debe recomendarse un programa de ejercicio, eliminar el tabaquismo, el estrés y educar a la familia.

Se describe al tratamiento no farmacológico como modificaciones al estilo de vida. (5, 6, 7)

Tratamiento Farmacológico. Por más de treinta años los beneficios de la terapia antihipertensiva han sido evaluados; se ha logrado la prevención hasta cierto punto de la Insuficiencia cardiaca congestiva, la Hipertrofia ventricular izquierda, la progresión hacia la Hipertensión severa. (8)

Diuréticos. Los que se emplean con mayor frecuencia y que más se han

estudiado son las tiacidas y su efecto precoz ciertamente está relacionado con la diuresis de sodio y disminución del volumen. Ejemplos: tiacidas, furosemida, espironolactona, triamtereno, amilorida.

Agentes antiadrenergicos. Clonidina, guanabenz, guanfacina, metildopa, trimetafán, reserpina, guanetidina, guanadrel, fentolamina, fenoxibenzamina, prazosín, terazosín, propanolol, metoprolol, nalodol, atenol, timolol, betaxolol, carteolol, pindolol, acebutolol.

Vasodilatadores. Hidralacina, minoxidil, diazóxido, nitroprusiato.

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Captopril, benacepril, enalapril, fosinopril, lisinopril, quinapril, ramipril.

Antagonistas del calcio. Nifedipina, amlodipina, felodipina, isradipina, nicardipina, diltiacem, verapamilo.

La finalidad del tratamiento farmacológico es el empleo de los agentes previamente descritos, solos o en combinación, para hacer regresar la presión arterial a los niveles normales con mínimos efectos colaterales. (9)

Con respecto a lo anterior, existen estudios recientes como el de Alan H. Gradman y cols., denominado "Combined Enalapril and Felodipine Extended Release (ER) for Systemic Hypertension" (10), en otras investigaciones se realizan comparaciones entre los diversos antihipertensivos y sus efectos como lo es el de Neil F. Gordon y cols., "Effects of Atenolol Versus Enalapril on Cardiovascular Fitness and

Serum Lipids in Physically Active Hipertensive Men". (11)

Otros investigadores se interesan por los efectos de la combinación del tratamiento farmacológico con el no farmacológico, como ocurre con "Comparison of Single Versus Multiple Lifestyle Interventions: Are the Antihypertensive Effects of Exercise Training and Diet-Induced Weight Loss Additive? de Neil Gordon y cols. (12)

COMPLICACIONES.

Los pacientes con Hipertensión mueren prematuramente, siendo la causa más frecuente la afectación cardíaca y también el ictus y la Insuficiencia renal, especialmente cuando existe una retinopatía significativa. (13)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Quizá el más importante sea con respecto a la pseudohipertensión, un proceso que ocurre en ancianos por calcificación de los vasos, por lo que no pueden ser colapsados por el manguito. (14)

LA DINAMICA FAMILIAR Y LA PROBLEMATICA HIPERTENSION ARTERIAL.

La familia, es la institución social básica a partir de la cual se han desarrollado otras instituciones, conforme la creciente complejidad cultural las ha hecho necesarias.

Como todas las instituciones, la familia es un sistema de normas y procedimientos aceptados para lograr que se lleven a cabo algunos trabajos importantes.

Definir la familia no es fácil puesto que el término se utiliza en muchas formas.

Una familia puede ser:

1. Un grupo con ancestros comunes.
2. Un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio.
3. Una pareja casada con hijos o sin ellos.
4. Una pareja no casada, con hijos.
5. Una persona con hijos. (15)

Existen múltiples definiciones de familia entre ellas:

Familia es el conjunto de miembros del hogar, enparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

Familia es el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

La U. S. Bureau of the Census define una familia como “dos o más personas relacionadas por la sangre, el matrimonio o la adopción y que viven en una casa”.

Sin embargo, una práctica común es la de considerar como familia cualquiera de las cinco categorías enunciadas arriba.

Los sociólogos encuentran poco satisfactoria la definición que da la oficina del

censo, porque excluye a la familia extensa, que es la institución básica en muchas sociedades.

Una definición más sociológica de la familia puede ser ésta: una agrupación por parentesco que se encarga de la crianza de los niños y de satisfacer algunas otras necesidades humanas.

Para que una sociedad sobreviva, las personas deben encontrar algunas formas prácticas y viables de formar pareja, concebir y educar hijos, satisfacer necesidades económicas, cuidar de los enfermos y ancianos y llevar a cabo algunas otras funciones.

Las funciones familiares varían considerablemente de sociedad a sociedad, aunque las formas de familia varían mucho más; en algunas sociedades se fomentan valores familiares que para otras pueden no tener importancia. (16, 17)

La familia es pues sin duda, la formación básica de la sociedad humana. Su origen es biológica, como algunas de sus esenciales funciones, pero es un factor cultural de trascendental importancia en la vida del hombre, tanto desde el punto de vista de su ser social como de su personalidad, sobre la cual ejerce una poderosa y perdurable influencia, cuya profunda huella ha ido poniendo de manifiesto la Psicología contemporánea.

En la formación del carácter personal y en el desarrollo de la sociabilidad, la familia desempeña un papel de primordial importancia. En el seno de ella forman sus hábitos de convivencia las nuevas generaciones. Mucho del contenido emocional y de

las actitudes que dan tono y color a la conducta personal, es infundido en el subconciente del sujeto por el ambiente familiar, en la época de la vida de mayor plasticidad y menor discernimiento crítico formando algunas de las modalidades más dominantes y persistentes de la personalidad.

La familia constituye, también, el vehículo transmisor por excelencia de la herencia cultural en el aspecto normativo y regulador: costumbres, modales personales, sentimientos morales, devociones y lealtades; que se encaminan, sobre todo, a mantener la armonía interna del grupo, evitando disentimientos y desviaciones de lo establecido y secularmente admitido como bueno. (18)

La familia como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso, es decir, posee un ciclo vital, que la hace estar sujeta a cambios constantes en el tiempo. Según Duvall las etapas del ciclo vital de la familia son:

- 1a. Etapa: pareja sin hijos.
- 2a. Etapa: nacimiento del primer hijo.
- 3a. Etapa: hijo en edad preescolar.
- 4a. Etapa: hijos escolares, hijo mayor de 6 a 13 años.
- 5a. Etapa: hijos adolescentes, hijo mayor entre 13 y 19 años.
- 6a. Etapa: desprendimiento, hijo mayor de 20 años.
- 7a. Etapa: Padres solos.
- 8a. Etapa: Padres ancianos. (19)

Estas etapas corresponden al esquema propuesto por Geyman, que es el que más se utiliza con mayor frecuencia en México:

- Fase de matrimonio.
- Fase de expansión.
- Fase de dispersión.
- Fase de independencia.
- Fase de retiro y muerte. (20)

TIPOS DE FAMILIA.

La tipología que a continuación se presenta está constituida a partir de los rasgos más relevantes de la familia en México, es necesario tener claro que en la realidad no existe línea de deslinde entre los distintos tipos.

- Familia indígena.
- Familia campesina tradicional.
- Familia campesina moderna.
- Familia pobre urbana clase baja.
- Familia urbana clase media.
- Familia urbana clase alta. (21)

INTEGRACION FAMILIAR. Clasificación.

- Familia integrada: en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- Familia semi-integrada: los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.
- Familia desintegrada: la característica esencial, es la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación, abandono o el desmembramiento de la familia debido a graves causas internas o externas.

Por su composición la familia puede clasificarse en:

- Familia nuclear: modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.
- Familia extensa: formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos sanguíneos, de adopción o bien de afinidad.
- Familia extensa compuesta: además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y “compadres”.

(22)

FUNCIONES DE LA FAMILIA.

I. Socialización

II. Cuidado: alimentación, vestido, seguridad física, apoyo emocional.

III. Afecto

IV. Reproducción

V. Estatus y nivel socioeconómico

Es importante conocer estas funciones ya que son útiles para determinar la integración familiar y facilitar el diagnóstico de la familia.

ETAPAS CRITICAS DE LA FAMILIA.

- Embarazo
- Nacimiento
- Enseñanza de la sexualidad
- Estado laboral
- Muerte de un miembro (23)

DINAMICA FAMILIAR.

Toda familia posee una dinámica familiar la cual se define como a todas las fuerzas de impulso de tipo físico, moral o intelectual, que se manifiestan en todas las áreas intrafamiliares así como a las leyes que intervienen en ella.

Tomando en cuenta que una de las funciones familiares es la de cuidar a los enfermos, en el momento en que la familia olvida o relega ésta función, se cae en una disfunción familiar, que puede ser causa de descontrol de los tratamientos y/o exacerbamiento de patologías.

Casi siempre la enfermedad implica molestia, malestar y pena. La raíz de la palabra rusa Bolenz es Bol, que significa “sufrimiento” o “dolor”, también en otras lenguas la palabra se identifica como “sentirse mal”. El enfermo es, en consecuencia, una persona que necesita atenciones especiales y cuidados.

La enfermedad a menudo, más que dolor físico es pérdida de poder o dignidad humana, que se traduce en prepotencia de los sanos, y que acentúa las diferencias sociales. (24)

Pero el sentirse mal no sólo es para el enfermo, es también para la familia, sobre todo si se trata de un problema crónico, como ocurre en los pacientes hipertensos. Y es que de acuerdo a la dinámica familiar, cuando se presenta la pérdida de salud de uno de sus miembros, se manifiestan efectos colaterales que afectan al conjunto en general, puesto que se modifica el equilibrio de sus fuerzas internas.

Sin embargo, no siempre es el enfermo el que afecta la familia, sino que como menciona Guadalupe Sarmiento Poumián en su estudio “Disfunción Familiar e Hipertensión”, las problemáticas familiares que someten a estrés a miembros de la familia, pueden alterar el equilibrio bio-psico-social de alguno (a) de sus integrantes y originar patologías psicosomáticas y /emocionales tales como la Hipertensión Arterial, Asma bronquial, Colitis, Enfermedad ácido péptica, Neurosis, etc. (25).

Generalmente, el médico tan sólo pone atención al enfermo y su patología olvidándose de la atmósfera familiar, por lo que es necesario que el médico familiar no

sólo evalúe y diagnostique al paciente sino también a la familia, brindando así una atención integral. (26)

Es por esto que el médico familiar debe brindar una atención en base a conocimientos de Medicina Preventiva, Sociología, Salud Pública y Medicina Social. (27)

LINEAMIENTOS PARA EVALUAR LA VIDA EN FAMILIA.

Es importante que el médico en el contacto con el enfermo y su familia, tenga presente cuales son las funciones básicas de la misma y trate de revisar el grado en que estas se cumplen en el caso estudiado.

Se puede considerar que la meta principal del funcionamiento familiar es la realización de una variedad de tareas, algunas de ellas definidas culturalmente y otras propias de cada familia. Todas están determinadas por valores derivados en gran medida de las vivencias que los padres tuvieron en sus familias de origen, de la influencia de la historia compartida dentro de la propia familia y de las condiciones socioeculturales prevalentes. (28)

La relación entre el médico y los pacientes puede ser facilitada mediante el seguimiento de lineamientos promotores del desarrollo de la confianza mutua en el proceso clínico. Una entrevista conjunta con el paciente y su familia, también proporciona datos interesantes sobre las secuencias de interacciones en la familia. (29)

Son varios los modelos clínicos y más los autores que han propuesto métodos y fases clínicas para explorar a la familia y su dinámica en la primer entrevista. Los estadios que se exponen son el resultado de experiencias clínicas surgidas del interés del médico familiar por conocer más objetivamente el conflicto en estudio:

1° Estadio: El primer contacto con la familia.

2° Estadio: La socialización y reconocimiento de la familia.

3° Estadio: Exposición de los motivos de la consulta y el abordaje del problema.

4° Estadio: Interactividad con la familia.

5° Estadio: La focalización del o los problemas.

6° Estadio: La búsqueda de alternativas.

7° Estadio: El diagnóstico familiar.(30)

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION FAMILIAR.

* **Familiograma:** constituye una herramienta para articular los patrones multigeneracionales.

* **Unidades de Holmes:** para evaluar situaciones de estrés familiar.

* **Círculo familiar o imagen familiar:** método gráfico y breve para la obtención de datos que facilita conocer la dinámica familiar

* **Apgar familiar:** es importante desde el punto de vista de que permite explorar la funcionalidad familiar, siempre y cuando sea manejada en conjunto con otros métodos

evaluativos. (31)

Martha Elena Saucedo Avila, en el estudio “Frecuencia y Causa de Deserción de los Pacientes que Asisten a Consulta Subsecuente, de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano del Seguro Social”, encontró que un buen número de pacientes, una vez valorado e iniciado su tratamiento, dejan de acudir a la consulta programada debido principalmente a problemas familiares y económicos. (32)

En los estudios mencionados, se utilizan variables como lo es la edad, el sexo, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos, integración familiar, relaciones interfamiliares, roles familiares, actividades de recreación y esparcimiento, causas de descontrol en los tratamientos y enfermedades asociadas, entre otras.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Quien investiga y responsabiliza por este trabajo, ha observado durante las consultas brindadas a pacientes con Hipertensión arterial esencial, adscritos al consultorio número 2 de la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; lo no poco frecuente del descontrol de los mismos, siendo la causa derivada en muchas ocasiones, de problemáticas intrafamiliares.

Estos son los casos, en que por alguna razón, se mencionó a la familia como una de las causas de descontrol en el manejo del paciente hipertenso.

De ahí que se plantee la pregunta siguiente:

¿ Cómo influye la dinámica familiar en el descontrol del manejo médico del paciente hipertenso en edad de riesgo, en pacientes adscritos al consultorio número 2, de la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; en el período Enero - Junio de 1997 ?

Para obtener respuesta a esta pregunta, se tomará en cuenta la edad, el sexo, el estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, número de hijos, relación intrafamiliar, roles familiares, actividades de recreación y esparcimiento, causa del descontrol médico y enfermedades concomitantes, que seran las variables a determinar.

JUSTIFICACION

El descontrol de los pacientes con enfermedades crónicas en los servicios médicos institucionales y en la consulta privada, ha sido un tema de controversia en la bibliografía médica.

Se considera que el descontrol genera grandes problemas, tanto de tipo médico como psicológico, a la vez que afecta el funcionamiento eficaz de los servicios de atención, incrementa los costos de operación y genera el aumento excesivo del tiempo de consulta. (33)

La Hipertensión arterial sistémica es la enfermedad crónica más frecuente en el ser humano; se calcula que 30% de la población mundial es hipertensa. (34)

La prevalencia de Hipertensión arterial en América, según la estimaciones básicas de la OPS, oscila entre el 10 % al 20% (35); mientras que en los Estados Unidos afecta a más de 60 millones de estadounidenses. Casi 40% de los adultos negros y más de la mitad de la población total mayor de 60 años padecen Hipertensión. (36)

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en México, reportó para la Hipertensión arterial sistémica una frecuencia del 23%, constituyendo principalmente una patología de medios urbanos y convirtiéndose en la enfermedad crónica más común en el país. (37)

La frecuencia de la Hipertensión varía con la región y la edad, así tenemos que en

un estudio realizado en la población de León, Guanajuato; se encontró una prevalencia de 10% en hombres y de 12.6% en mujeres. (38)

En Chiapas, la investigación más importante es la efectuada en población rural como parte de un macroproyecto de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas, que reportó una prevalencia que va del 2.8 % al 11%.(39)

Finalmente, en una investigación realizada por Carlos Martínez Alfaro, se encontró para la población de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, una prevalencia global para la Hipertensión arterial sistémica de 19.75%. (40)

Por todo lo anterior y a la necesidad de identificar la influencia que ejerce la familia en el descontrol del tratamiento médico del paciente con Hipertensión arterial esencial, se justifica ampliamente el presente estudio, con el fin de implementar o mejorar las acciones del médico familiar a nivel de detección, prevención o solución de la problemática.

Al realizar esta investigación, el médico mejora sus conocimientos y modifica su actitud al reconocer la importancia de la familia en la conservación y mejoramiento de la salud de sus miembros.

El Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSTECH), al investigar el tema planteado, se hace conciente de ella y de las posibles fallas en el tratamiento debido al hecho de ignorar que el paciente es un ser social y no un solitario, y que la influencia más directa y potencial que recibe, proviene de la

familia dentro de la cual se encuentra inmerso.

Finalmente, con estas actividades, el beneficiado último es el derechohabiente.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la influencia de la dinámica familiar en el descontrol del paciente con Hipertensión arterial esencial en edad de riesgo.

PARTICULARES:

- * Determinar el sexo.
- * Conocer la edad.
- * Delimitar el grado de escolaridad.
- * Ubicar el nivel socioeconómico.
- * Reconocer la ocupación.
- * Identificar el estado civil.
- * Descubrir la calidad de las relaciones intrafamiliares.
- * Indagar el número de hijos.
- * Investigar el tipo de integración familiar.
- * Determinar si cumple con su rol familiar.
- * Conocer las actividades de recreación y esparcimiento.
- * Descubrir la causa del descontrol del tratamiento
- * Detectar enfermedades asociadas.

METODOLOGIA

Se realizó una investigación de tipo:

Prospectiva

Observacional

Descriptiva

Transversal

La población estudiada fue aquella que recibió asistencia médica en el consultorio número 2 de la Clínica de Consulta Externa del ISSTECH, de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; en el período Enero - Junio de 1997.

El tipo de muestra fue no aleatoria y secuencial a todos aquellos que reunieron los criterios de inclusión y que fueron en total 90 pacientes.

Se consideraron como criterios de inclusión: ser derechohabiente de la Clínica de Consulta Externa, haber asistido a consulta en el período predeterminado, tener el diagnóstico de Hipertensión arterial esencial, haber presentado descontrol en el manejo del problema, desear colaborar con la investigación, llenar la encuesta en forma completa.

Los criterios de exclusión fueron: no ser derechohabiente del ISSTECH, no estar adscrito al consultorio número dos de la Clínica de Consulta Externa, no poseer el

diagnóstico de Hipertensión arterial esencial, no haber tenido descontrol en el manejo del problema, no desear colaborar con la investigación.

Se omitieron todos aquellos pacientes que no respondieron la encuesta de manera completa.

La información a recolectar fueron las variables planteadas:

Influencia familiar: variable dependiente, cualitativa, nominal categórica.

Edad: variable independiente, cuantitativa continua.

Sexo: variable independiente, cualitativa, nominal dicotómica.

Escolaridad: variable independiente, cualitativa ordinal.

Nivel socioeconómico: variable independiente, cualitativa ordinal.

Estado civil: variable independiente, cualitativa, nominal categórica.

Ocupación: variable independiente, cualitativa, nominal, categórica.

Relaciones intrafamiliares: variable independiente, cualitativa, de razón.

Rol familiar: variable independiente, cualitativa, nominal, dicotómica.

Número de hijos: variable independiente, cuantitativa, discontinua.

Recreación y esparcimiento: variable independiente, cualitativa, nominal, categórica.

Patologías concomitantes: variable independiente, cualitativa, nominal, categórica.

Causa de descontrol: variable independiente, cualitativa, nominal, categórica.

El instrumento de recolección de datos fue la encuesta, obteniéndose la información por interrogatorio directo.

La investigación se llevo a cabo con profesionalidad y discreción, se respetó el anonimato del paciente, quien decidió su participación de manera libre y sin coerciones, no se causó daño alguno ni al paciente ni a su familia.

Se evitó el falseamiento de datos durante su procesamiento.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

En la investigación realizada se encontraron 90 pacientes con Hipertensión descontrolada; 69 (76.7%) fueron mujeres y 21 (23.3%) hombres. (Gráf. 1)

Por grupos de edad 3 (3.3%) tuvieron de 30 a 34 años, 6 (6.7%) de 35 a 39, 18 (20%) de 40 a 44; 15 (16.6%) de 45 a 49, 24 (26.7%) de 50 a 54; 6 (6.7%) de 55 a 59, 6 (6.7%) de 60 a 64, 6 (6.7%) de 65 a 69, 3 (3.3%) de 70 a 74, 3 (3.3%) de 75 a 79. (Gráf. 2)

En escolaridad, analfabetas 27 (30%), alfabetas 9 (10%), educación primaria 12 (13.3%), bachillerato 21 (23.4%), profesionistas 18 (20%). (Gráf. 3)

En ocupación, profesores y burócratas 39 (43%), amas de casa 36 (40%), policía 9 (10%), pensionados 3 (3.3%), profesionistas 3 (3.3%). (Gráf. 4)

En estado civil resultaron casados 45 (50%), solteros 39 (43.3%), viudos 3 (3.3%), unión libre 3 (3.3%). (Gráf. 5)

Del número de hijos, 48 (53.3%) tuvieron 4 o más, 15 (16.7%) 3 hijos, 12 (13.3%) tuvieron 2, 15 (16.7%) ninguno. (Gráf. 6)

De recreación y esparcimiento, 6 (6.7%) mencionaron la lectura, 12 (13.3%) deporte, 24 (26.7%) espectáculos, ninguno 48 (53.3%). (Gráf. 7)

Al nivel socioeconómico medio bajo correspondieron 39 (43.3%), al bajo 12 (13.3%), al medio 39 (43.3%). (Gráf. 8)

Cumplen con su rol familiar 72 (80%) pacientes, y no cumplen 18 (20%). (Gráf. 9)

Las relaciones familiares son buenas en 51 (56.7%), regulares en 33 (36.7%), y malas en 6 (6.7%) pacientes. (Gráf. 10)

En la integridad familiar, 48 (53.3%) pacientes manifestaron que un miembro de la familia está ausente; en 33 (36.7%) no falta ningún miembro de la familia, y en 9 (10%) manifestaron ausencia de uno de sus miembros por defunción. (Gráf. 11)

En padecimientos agregados a la Hipertensión arterial se encontró que 36 (40%) pacientes eran diabéticos, obesidad en 33 (36.7%), 18 (20%) enfermedades oculares, y en 3 (3.3%) enfermedades renales. (Gráf. 12)

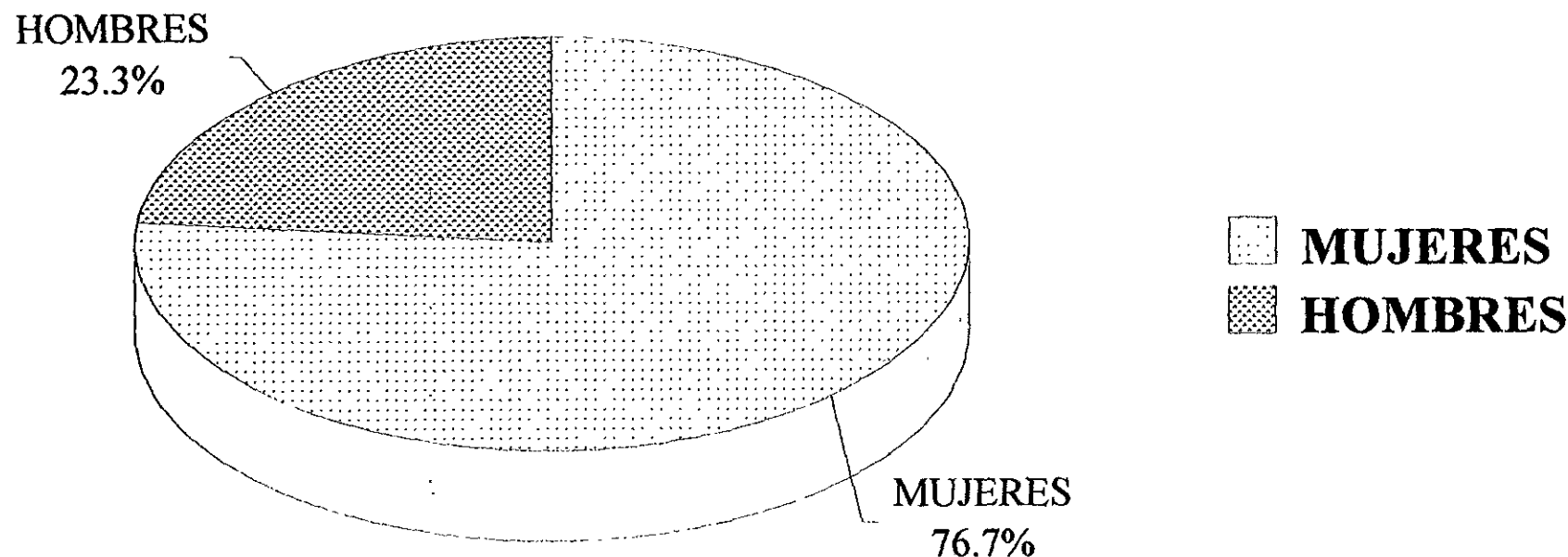
Con respecto al descontrol de la Hipertensión arterial, 66 (73.3%) manifestaron dificultades familiares, 9 (10%) problemas en el trabajo, en 6 (6.7%) abandono de tratamiento, 3 (3.3%) tratamiento inadecuado, y en (3.3%) abuso en la dieta. (Gráf. 13)

HAS DESCONTROLADA
CLASIFICACION POR SEXO

SEXO	N° PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	69	76.7%
MASCULINO	21	23.3%
TOTAL	90	100%

CUADRO 1. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA POR SEXO



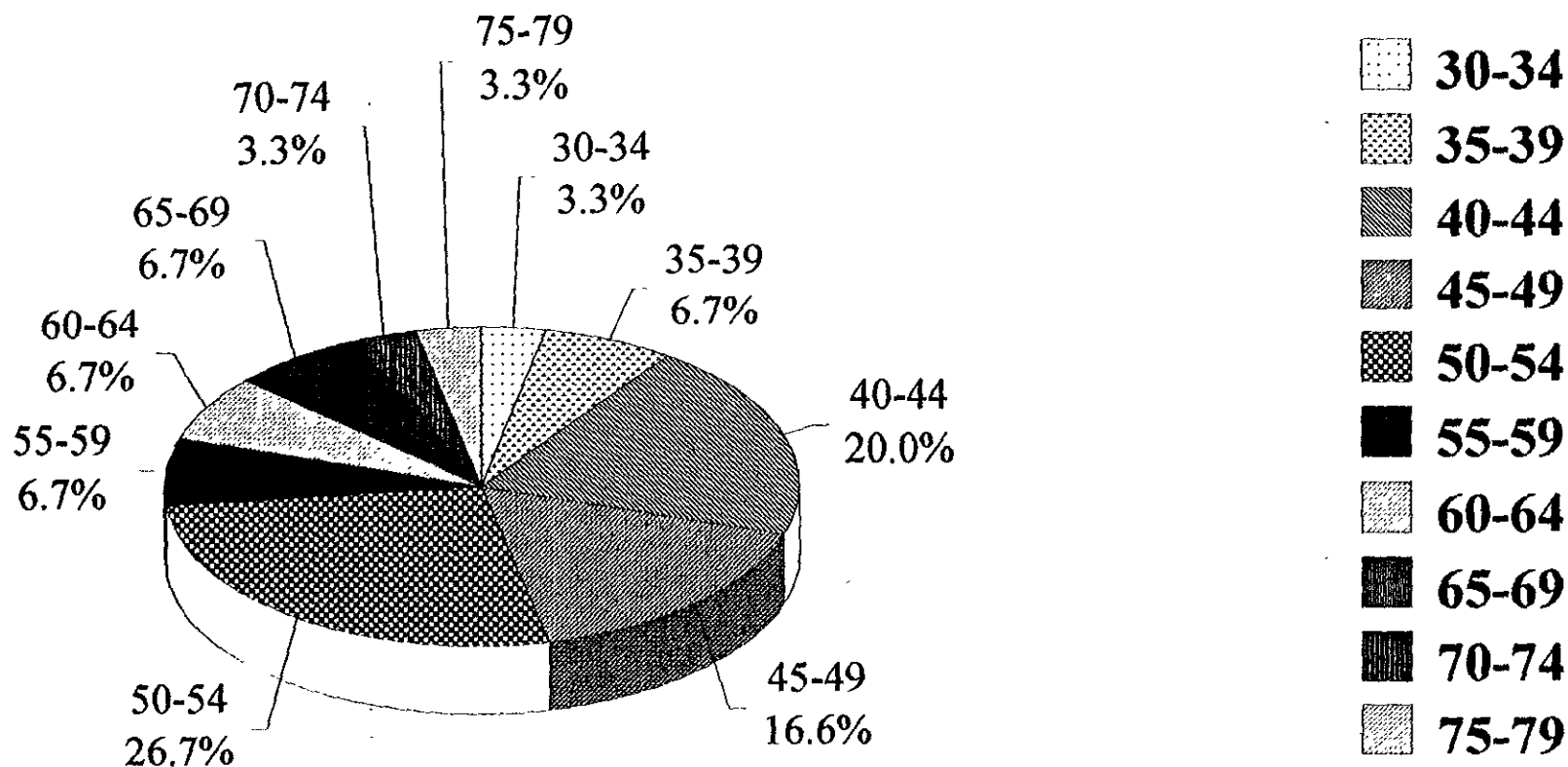
GRAF. 1. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
 EDADES POR GRUPOS QUINQUENALES

EDAD	N° PACIENTES	PORCENTAJE
30 A 34	3	3.3%
35 A 39	6	6.7%
40 A 44	18	20%
45 A 49	15	16.6%
50 A 54	24	26.7%
55 A 59	6	6.7%
60 A 64	6	6.7%
65 A 69	6	6.7%
70 A 74	3	3.3%
75 A 79	3	3.3%
TOTAL	90	100%

CUADRO 2. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
 ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA POR GRUPOS DE EDAD



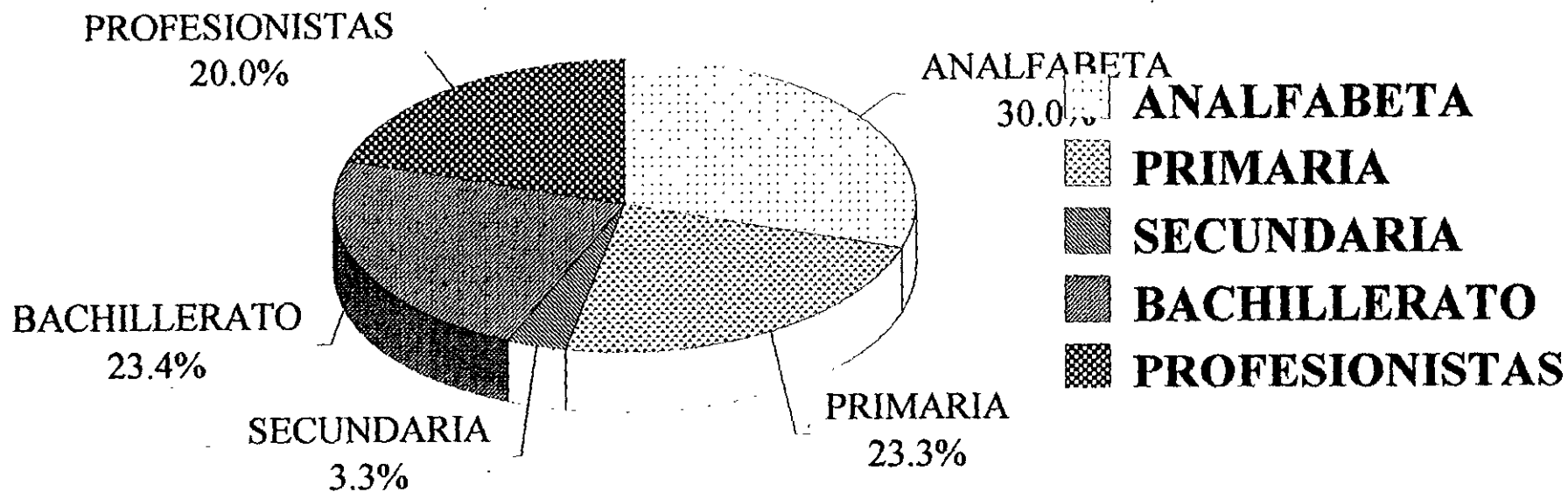
GRAF. 2. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
GRADO DE ESCOLARIDAD

GRADO DE ESTUDIOS	N° PACIENTES	PORCENTAJE
ANALFABETA	27	30%
SABE LEER Y ESCRIBIR	9	10%
PRIMARIA	12	13.3%
SECUNDARIA	3	3.3%
MEDIA SUPERIOR	21	23.4%
PROFESIONALES	18	20%
TOTAL	90	100%

CUADRO 3. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA ESCOLARIDAD



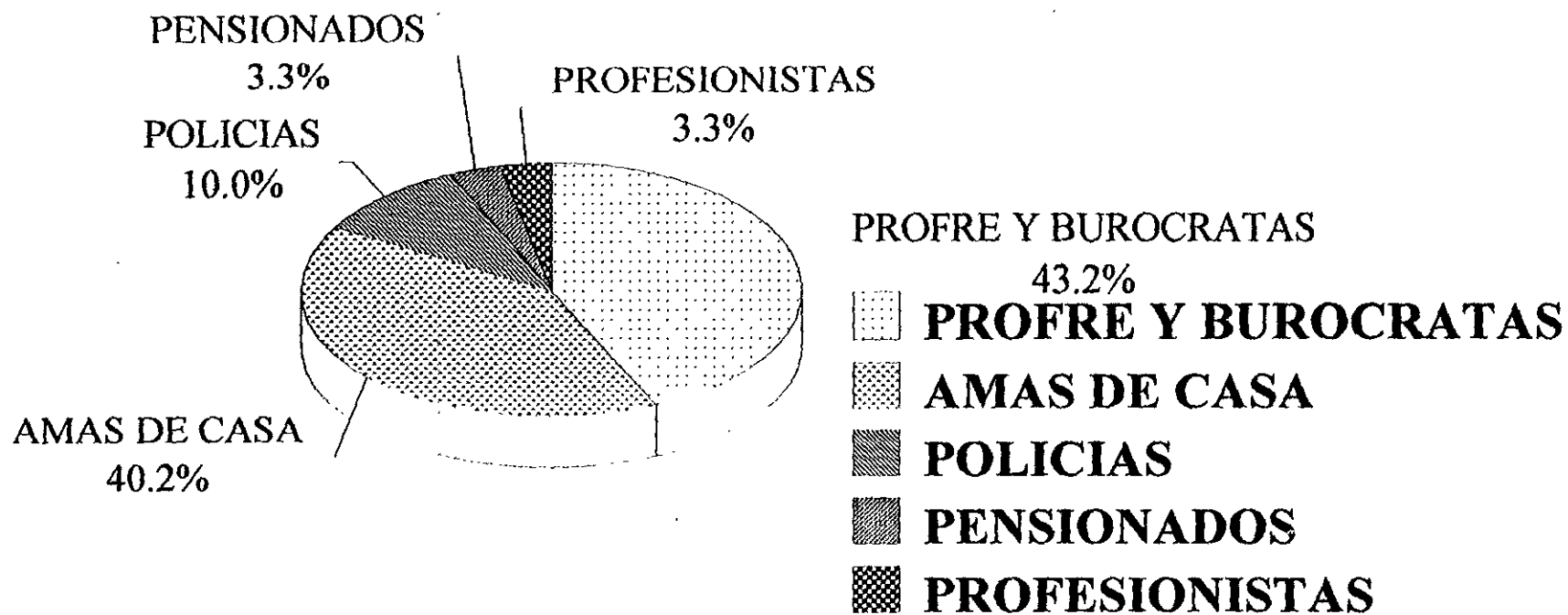
GRAF. 3. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
OCUPACION

OCUPACION	N° PACIENTES	PORCENTAJE
PROFRES. Y BUROCRATAS	39	43%
AMAS DE CASA	36	40%
SEGURIDAD PUBLICA	9	10%
PENSIONADOS	3	3.3%
PROFESIONISTAS	3	3.3%
TOTAL	90	100%

CUADRO 4. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA OCUPACION



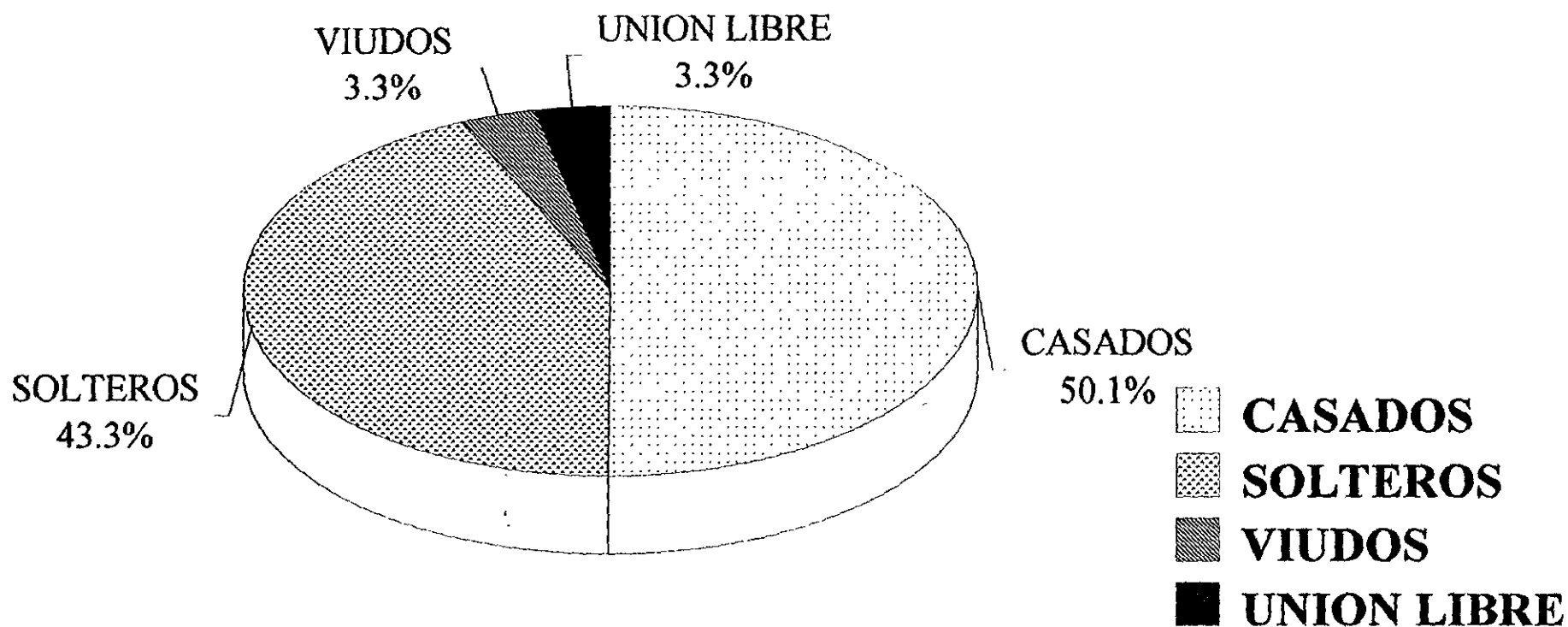
GRAF. 4. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N° PACIENTES	PORCENTAJE
CASADOS	45	50%
SOLTEROS	39	43.3%
VIUDOS	3	3.3%
UNION LIBRE	3	3.3%
TOTAL	90	100%

CUADRO 5. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA ESTADO CIVIL



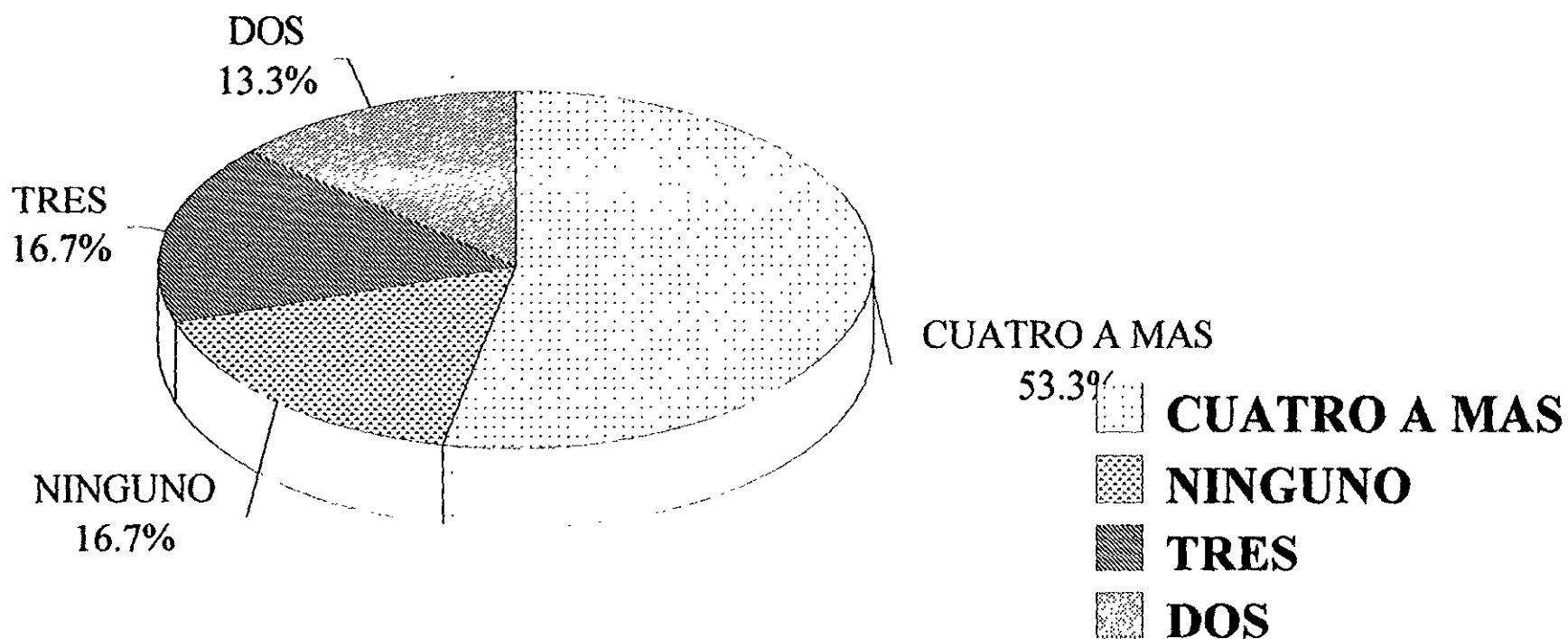
GRAF. 5. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	N° PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNO	15	16.7%
UNO	0	0%
DOS	12	13.3%
TRES	15	16.7%
CUATRO O MAS	48	53.3%
TOTAL	90	100%

CUADRO 6. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA NUMERO DE HIJOS



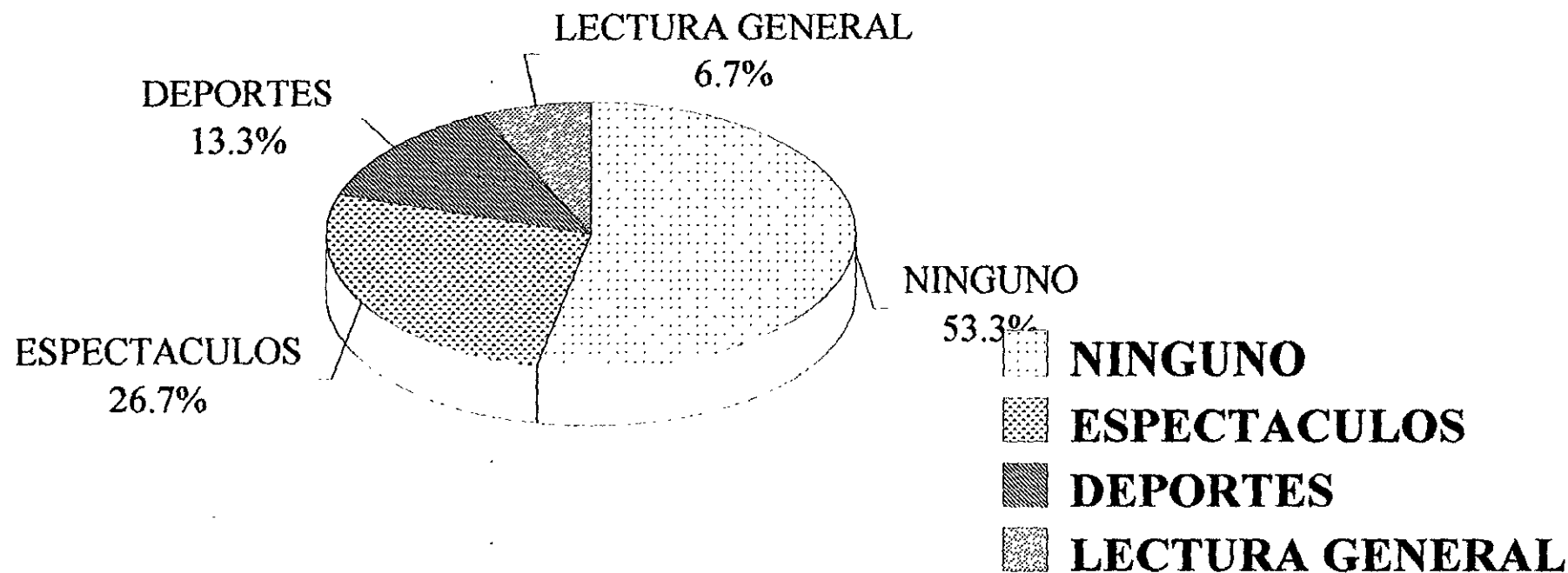
GRAF. 6. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
PASATIEMPO FAVORITO

PASATIEMPO	N° PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNO	48	53.3%
ESPECTACULOS	24	26.7%
DEPORTES	12	13.3%
LECTURA GRAL.	6	6.7%
TOTAL	90	100%

CUADRO 7. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA RECREACION Y ESPARCIMIENTO



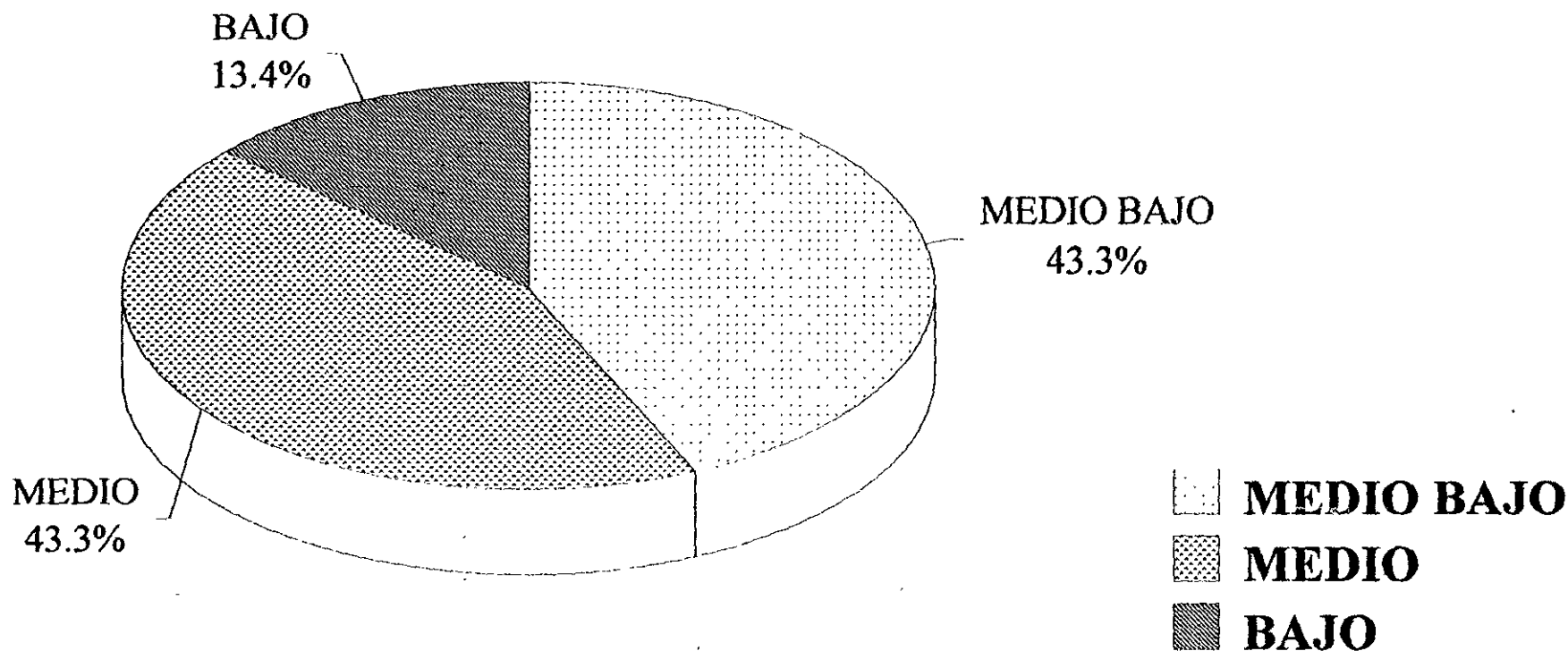
GRAF. 7. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
NIVEL SOCIOECONOMICO

NIVEL	N° PACIENTES	PORCENTAJE
MEDIA BAJA	39	43.3%
MEDIA	39	43.3%
BAJA	12	13.4%
TOTAL	90	100%

CUADRO 8. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA NIVEL SOCIOECONOMICO



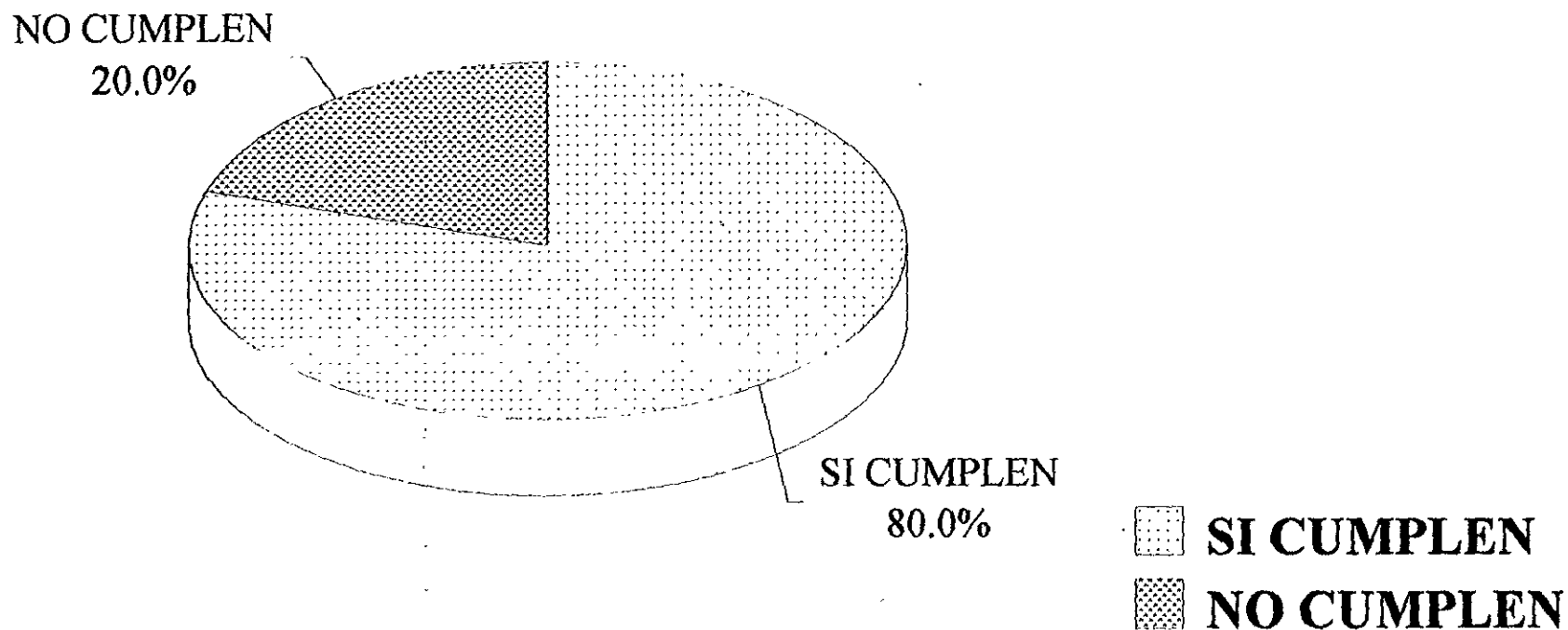
GRAF. 8. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
CUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES FAMILIARES

RESPONSABILIDAD INTRAFAMILIAR	N° PACIENTES	PORCENTAJE
SI CUMPLEN CON SUS DEBERES	72	80%
NO CUMPLEN CON SUS DEBERES	18	20%
TOTAL	90	100%

CUADRO 9. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA ROL FAMILIAR



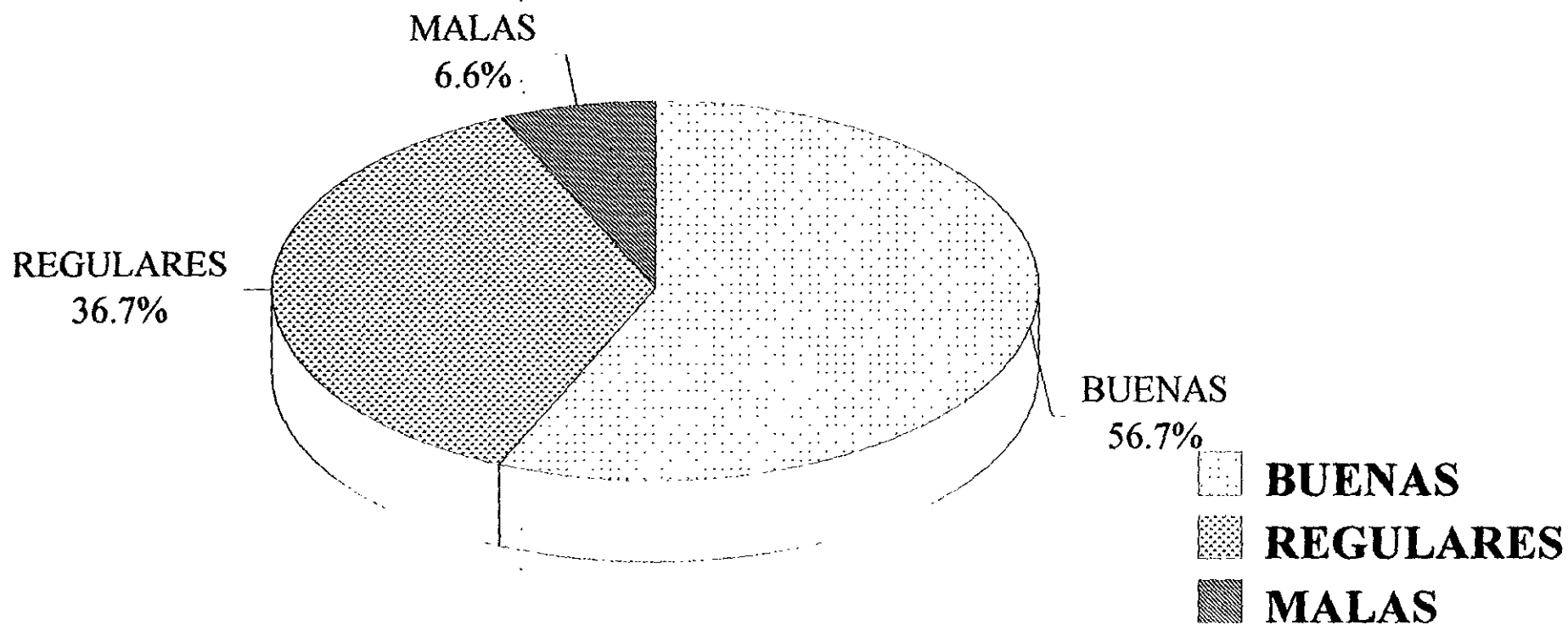
GRAF. 9. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
ESTADO DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES

RELACIONES INTRAFAMILIARES	N° PACIENTES	PORCENTAJE
BUENAS RELACIONES	51	56.7%
REGULARES RELACIONES	33	36.7%
MALAS RELACIONES	6	6.6%
TOTAL	90	100%

CUADRO 10. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA RELACIONES INTRAFAMILIARES



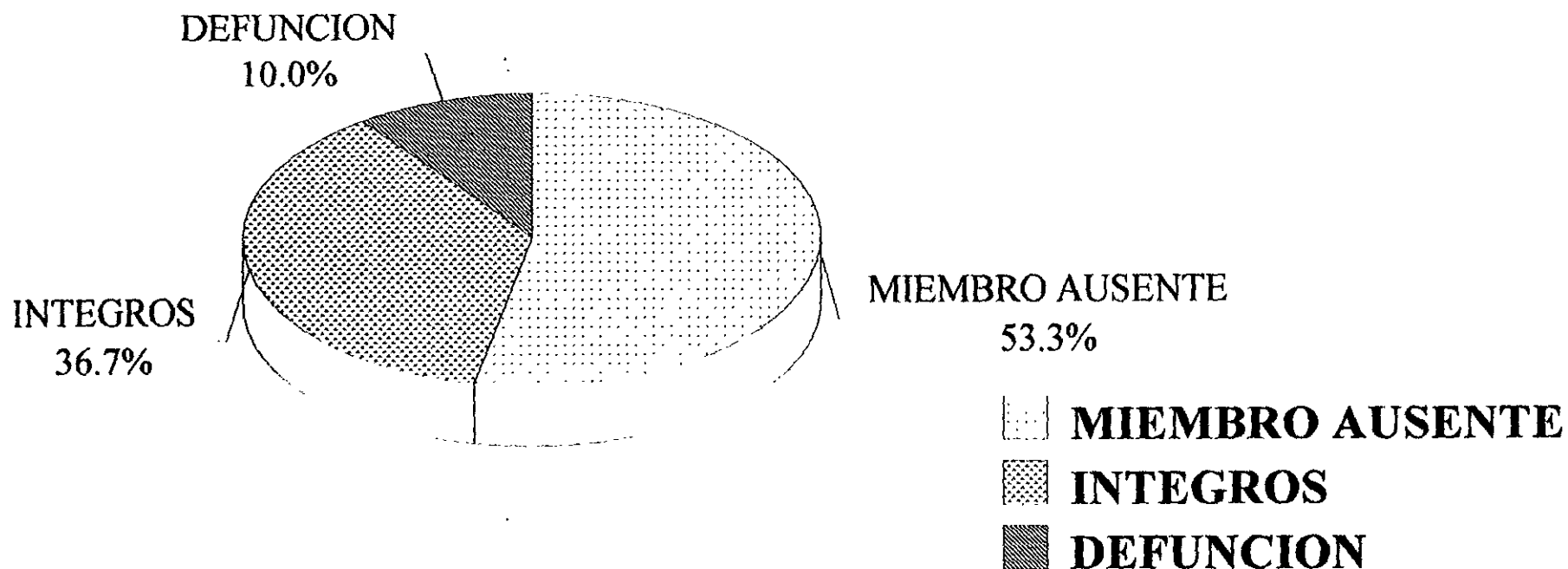
GRAF. 10. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
INTEGRIDAD FAMILIAR

INTEGRIDAD FAMILIAR	N° PACIENTES	PORCENTAJE
UN MIEMBRO DE LA FAMILIA ESTA AUSENTE	48	53.3%
NO FALTA NINGUNO	33	36.7%
AUSENCIA POR DEFUNCION DE ALGUN MIEMBRO	9	10%
TOTAL	90	100%

CUADRO 11. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA INTEGRIDAD FAMILIAR



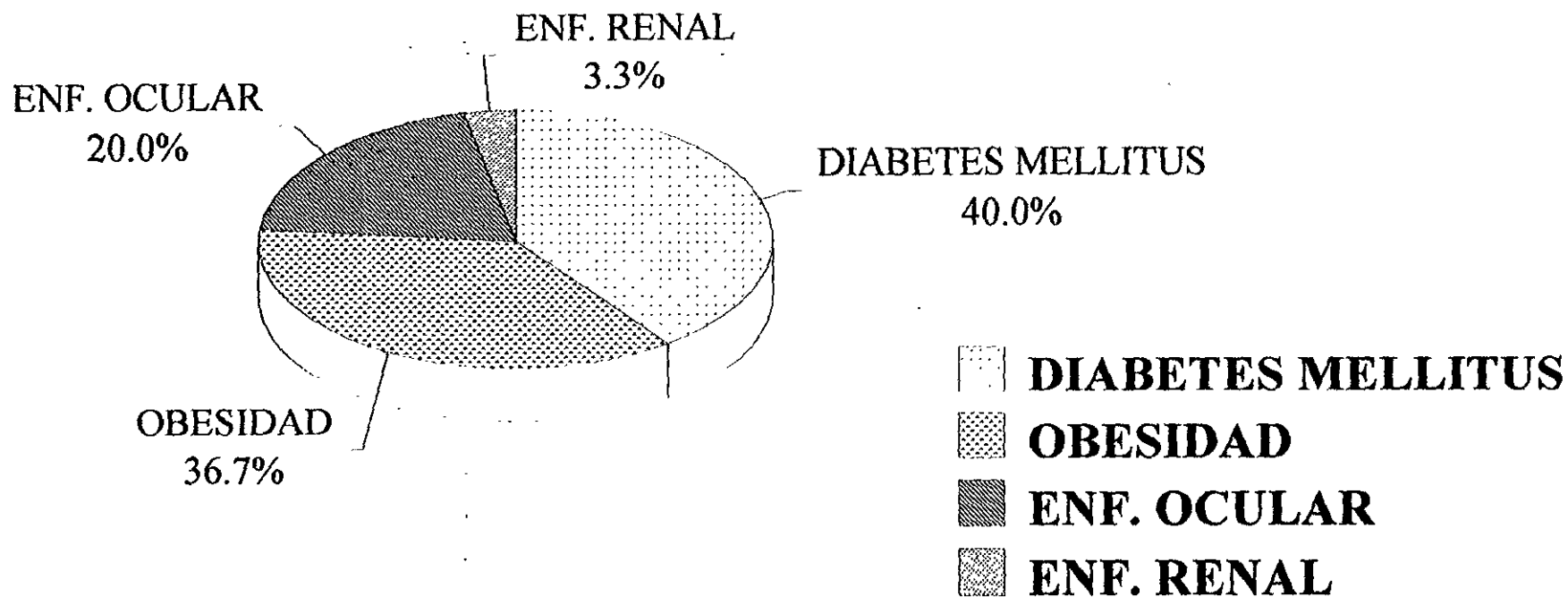
GRAF. 11. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
PADECIMIENTOS AGREGADOS

PADECIMIENTO AGREGADO	N° PACIENTES	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	36	40%
NINGUNO	33	36.7%
ENFERMEDAD DE LOS OJOS	18	20%
ENFERMEDAD DEL RIÑON	3	3.3%
TOTAL	90	100%

CUADRO 12. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA PADECIMIENTOS AGREGADOS



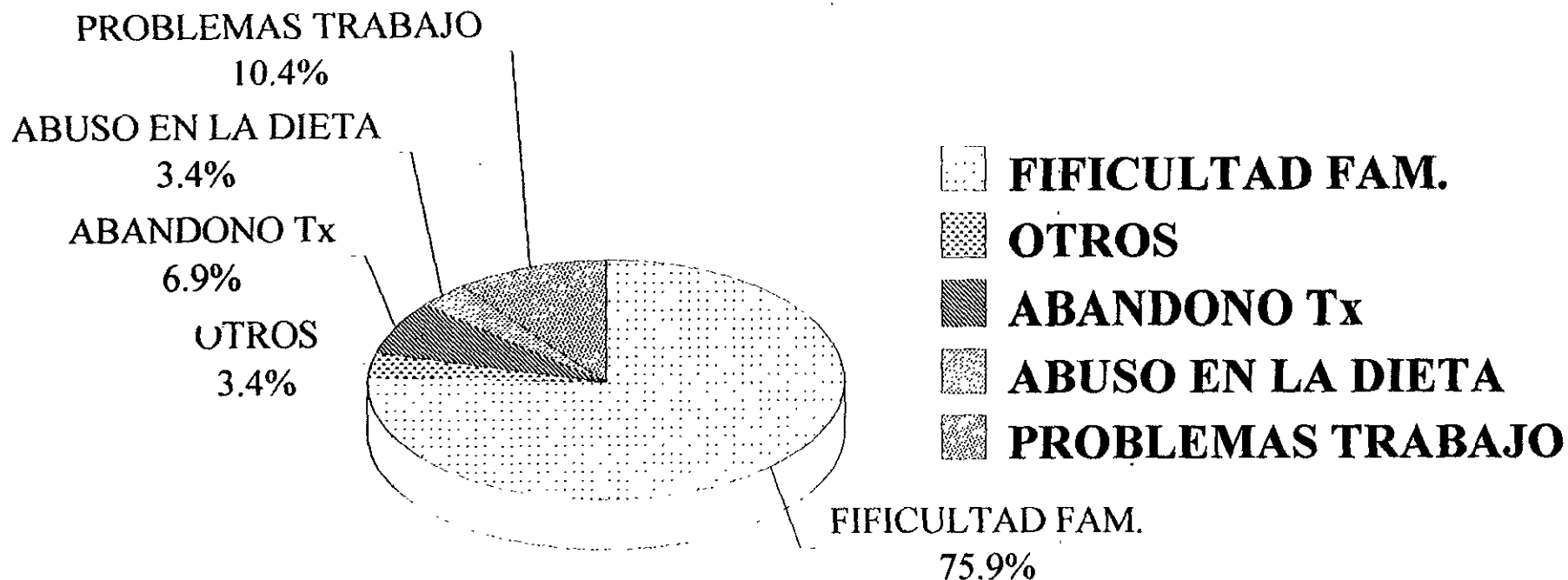
GRAF. 12. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA
CAUSA DEL DESCONTROL

CAUSA DEL DESCONTROL	N° PACIENTES	PORCENTAJE
DIFICULTADES FAMILIARES	66	73.3%
PROBLEMAS EN EL TRABAJO	9	10%
ABANDONO DE TRATAMIENTO	6	6.7%
ABUSO EN LA DIETA	3	3.3%
OTROS	3	3.3%
TOTAL	90	100%

CUADRO 13. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA.
ENERO A JUNIO DE 1997

HAS DESCONTROLADA CAUSA DEL DESCONTROL



GRAF. 13. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA
ENERO A JUNIO DE 1997

DISCUSION

Con la presente investigación se pone de manifiesto que la familia juega un papel importante en el descontrol del paciente hipertenso, tal y como menciona Kauffman y Waiss en “La Enfermedad Grave, Aspectos Médicos y Psicosociales”. (41)

Se encontró que la mayoría pertenecieron al sexo femenino, lo que concuerda con el estudio de Héctor González Beltrán, “Prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica en Población Urbana, AGEB 078-7 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas”. (42)

La mayoría de los pacientes se ubicó entre los 44 a 54 años de edad, lo que no difiere de los resultados obtenidos en el estudio de Alba B. Gómez denominado “Relación entre Peso, Edad y Tensión Arterial en población Mexicana”. (43)

La mayor parte de los estudiados son analfabetas, lo que difiere de los resultados obtenidos por Carlos Martínez Alfaro en “Prevalencia de HAS en Población Urbana de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez; Chiapas; AGEB - 109 - 4”.

En relación a la ocupación se encontró que la problemática incide más entre maestros, burócratas y amas de casa, lo que también difirió con los resultados obtenidos en el estudio arriba mencionado. (44)

La mayoría de los investigados fueron casados, lo que si concordó con el estudio de José Sirvent “Prevalencia de HAS en la localidad Ignacio Zaragoza, Municipio de Pichucalco Chiapas”. (45)

El presente estudio concordó con los anteriores en lo que respecta al hecho de que la mayoría de los pacientes no realizan actividades recreativas. Lo mismo ocurre en lo referente al nivel socioeconómico de los pacientes, el cual se ubicó en general, entre la clase socioeconómica media y baja.

En cuanto al cumplimiento del rol familiar, las relaciones interpersonales y la causa del descontrol del padecimiento en general, se concordó con el estudio de Guadalupe Sarmiento-Poumián “Disfunción Familiar e Hipertensión”. (46)

En relación a las enfermedades asociadas, no existió diferencia con los estudios ya mencionados.

Finalmente cabe aclarar, que una de las limitaciones que se enfrentó al realizar el presente estudio fue el tiempo con que se contaba para contestar la encuesta, ya que durante los quince minutos que se dedican a cada paciente se tuvo que brindar la consulta y obtener la información, motivo por el cual esta se redujo a lo fundamental, detalle que si hace diferir esta investigación con otros estudios en relación al tema, donde se alcanzan mayores objetivos.

Otra cosa que es necesario mencionar como limitación y aclaración, es lo pequeño de la población estudiada, esto debido a que existiendo 16 consultorios, sólo fue la adscrita al consultorio número 2 la que participó en es estudio, debido esto a que por lo limitado del tiempo de consulta no se logró obtener la participación de los demás, lo que pone nos pone en desventaja con respecto a los estudios con

que se comparó.

Sin embargo, cabe mencionar que pese a estas limitaciones los resultados obtenidos fueron acordes.

CONCLUSIONES

- * La familia es un factor determinante en el descontrol del paciente hipertenso en un porcentaje significativo.
- * La mayor parte de los afectados son mujeres.
- * La mayor frecuencia se encuentra de los 40 años de edad en adelante.
- * Afecta más a población de bajo nivel educativo y niveles socioeconómicos medio y medio bajo.
- * Son los burócratas y las amas de casa, los más afectados.
- * La mayoría de los afectados no realiza actividades recreativas.
- * En general, se cumple con el rol familiar establecido.
- * La calidad de las relaciones intrafamiliares es aceptable.
- * La mayoría de las familias afectadas tiene un elemento ausente.
- * Las patologías que con mayor frecuencia se asocian a la Hipertensión arterial esencial, son la obesidad y la Diabetes mellitus.
- * Se alcanzaron los objetivos planteados.

PROPUESTA

- El medico debe mantener una buena relación médico - paciente.
- Debe conocer a las familias adscritas a su consultorio.
- Cumplir con la función de educador en salud.
- * Mejorar los conocimientos en Ciencias Sociales y Psicología.
- Brindar apoyo psicológico tanto al paciente como a su familia.
- Crear una clínica de Hipertensión arterial, en donde participen tanto los prestadores de servicios médicos como el paciente y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Halabe J., Lifschita A., López Bárcenas. "EL INTERNISTA. MEDICINA INTERNA PARA INTERNISTAS". 1era Edición. Interamericana - McGraw - Hill. México. 1997. 185 - 186 pp.
- 2) Varios. "EL MANUAL MERCK". 9a. Edición. Océano/Centrum. España. 1994. 45 p.
- 3, 4) Winga, Arden, Smith, Bennet. "CECIL. TRATADO DE MEDICINA INTERNA". 19a. Edición. Interamericana - McGraw - Hill. México. Vol. 1. 1997. 456 p.
- 5) Isselbacher, Prawnwald, Wilson, Martin, Fauci, Casper. "HARRISON. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 13a Edición. Interamericana - McGraw - Hill. España. Vol. 1. 1994. 1287 - 1289 PP.
- 6) Op. cit. "MANUAL MERCK". 457 - 459 pp.
- 7) Neil F. Gordon y Cols. Comparison of Single versus Multiple Lifestyle Intervention Are the Antihypertensive Effects of Exercise - Train and Diet Induced Weight Loss Aditive. En "THE AMERICAN JOURNAL OF CARDIOLOGY". U. S. A. Vol. 69. Núm. 6. 1997. 763 - 767 pp.
- 8) Zancheti Alberto. Entihypertensive Therapy: How To Evaluate the Benefits. En "THE AMERICAN JOURNAL OF CARDIOLOGY". Mayo 22 de 1997. Vol. 79. 3 - 8 PP
- 9) Op. cit. Harrison. 1069 p.
- 10) Gradman Alan H. y Cols. Combined Enalapril and Felodipine Extended Release for Systemic Hipertension. En "THE AMERICAN JOURNAL OF CARDIOLOGY". Vol. 79 Núm. 4. USA. Febrero 15 1997. 431- 435 pp.
- 11) Op. cit. Gordon. 1065 -1069 pp.
- 12) Ibidem. 763 - 767 pp.

- 13) Op. cit. Harrison. 1069 p.
- 14) Op. cit Halabe. 185 - 186 pp.
- 15) Horton Paul B., Hunt Chester L. "SOCIOLOGIA". 6a. Edición. McGraw-Hill. México. 1994. 244 p.
- 16) Irigoyen Coria Arnulfo. "FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR". 3a. Edición. Medicina Familiar Mexicana. México. 1995. 7 p.
- 17) Op. cit. Horton. 244 p.
- 18) Nodarse J. J. "ELEMENTOS DE SOCIOLOGIA". 39a. Edición. Selector. México. 1994. 32 - 33 pp.
- 19) Irigoyen Coria Arnulfo y Cols. "DIAGNOSTICO FAMILIAR". 5a: Edición. Medicina Familiar Mexicana. México. 1996. 18 - 21 pp.
- 20) Op. cit. Irigoyen. "FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR". 27 p.
- 21) Saavedra A. José Guillermo. "MANUAL DEL CONDUCTOR DE EDUCACION EN POBLACION". CONAPO. México. 1996. 128 - 134 pp.
- 22) Op. cit. Irigoyen. "DIAGNOSTICO FAMILIAR". 18 - 21 PP.
- 23) Op. cit. Irigoyen. "FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR". 7 p.
- 24) Berlinguer Giovanni. "LA ENFERMEDAD". Lugar Editorial. Argentina. 1994. 35 p.
- 25) Sarmiento Poumián Guadalupe. "DISFUNCION FAMILIAR E HIPERTENSION". Facultad de Medicina Humana. UN.A.CH. Chiapas, México. 1997. 7 - 9 pp.
- 26) Rincón S. Beatriz. "EL ENFERMO, EL MEDICO Y LA FAMILIA". Ensayo. Facultad de Medicina Humana. UN.A.CH. Chiapas, México. 1997. 7 - 9 pp.
- 27) Chávez Aguilar Victor, García Mangas J. Alberto. Atención Integral en Medicina Familiar. En "REVISTA MEDICA DEL IMSS". IMSS. México. 1995. Vol. 33. Núm. 2. 168 p.

- 28) Saucedo García Juan Manuel. Lineamientos para Evaluar la Vida en Familia. En "REVISTA MEDICA DEL IMSS". IMSS. México. 1995. Vol. 33. Núm. 3. 249 p.
- 29) Cox A. Interviews with Parets. En: Rutter M. Taylor, E. Hersov L. "CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY". 3rd. Edition. Oxford: Backwell. 1994. 34 p.
- 30) Op. cit. Irigoyen. "FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR". 47 - 49 pp.
- 31) Op. cit. Irigoyen. "DIAGNOSTICO FAMILIAR". 29 - 47 pp.
- 32) Saucedo Avila Martha Elena y Cols. Frecuencia y Causas de Deserción de los Pacientes que Asisten a Consulta Subsecuente de la División de Servicios Clínicos del IMSS. En: "SALUD MENTAL". México. 1997. Vol. 20. Suplemento 3. 13 - 14 pp.
- 33) Ibidem.
- 34) Whelton Paul K. "EPIDEMIOLOGY OF HIPERTENSION". The Lancet. 1td. 344: 101, USA. 1994.
- 35) OPS. "LA HIPERTENSION ARTERIAL COMO PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIO EN AMERICA". Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud. Núm. 3. Washington USA. Organización Panamericana de la Salud. 1995.
- 36) The Fifth Report of the Joint National Commite on Detection, Evaluation and Frentmes of High Blood Pressure, Arch Int. Med. 153 - 154 p.
- 37) Comité de Investigación de la Asociación Nacional de Cardiología de México. Tratamiento Antihipertensivo y Calidad de Vida. Estudios Clínicos en Pacientes Mexicanos. En: "REVISTA ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGIA". 1995. Vol. 6. Núm. 4. 117 p.
- 38) Kornhauser A., Malacara H., Donatos y Cols. Mayor Prevalencia de Hipertensión Arterial en Mujeres Mayores de 50 Años en la Ciudad de León, Guanajuato. "REVISTA DE INVESTIGACION CLINICA". México. 1994. 46 - 87 pp.
- 39) Tello Guillermo, Toledo Beatríz. "PREVALENCIA DE HAS EN POBLACION ABIERTA DEL ESTADO DE CHIAPAS". SIINN - UN.A.CH. UN.A.CH. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México. 1997. En prensa.
- 40) Martínez Alfaro Carlos. "PREVALENCIA DE HAS EN POBLACION URBANA

DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; 1997.” Tesis. UN.A.CH. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México. Noviembre 1997. 5 p.

41) Kaufman, Waiss. “LA ENFERMEDAD GRAVE. ASPECTOS MEDICOS Y PSICOSOCIALES”. Interamericana-McGraw-Hill. España. 1994. 165 - 223 pp.

42) Beltrán González Héctor. “PREVALENCIA DE HTA SISTEMICA EN POBLACION URBANA, AGE-078-7. TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS”. Tesis. UN.A.CH. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México. Julio de 1997. 2 - 4 pp.

43) Güemez S. Alba I., Argete R. y Cols. “RELACION ENTRE PESO, EDAD Y TENSION ARTERIAL EN POBLACION MEXICANA”. Arch. Inst. Cardiol. México. 1995. 62 - 171 pp.

44) Op. cit. Martínez. 16 - 17 pp.

45) Sirven Pinto José. “PREVALENCIA DE HAS EN LA LOCALIDAD IGNACIO ZARAGOZA, MUNICIPIO DE PICHUCALCO, CHIAPAS”. Tesis. UN.A.CH. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; México. 1996. 13 - 15 pp.

46) Op. cit. Sarmiento. 4 - 25 pp.

ENCUESTA

EDAD _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

INGRESO MENSUAL FAMILIAR _____

¿TIENE HIJOS? SI NO ¿CUANTOS? _____

¿CUMPLE USTED CON SU FUNCION DENTRO DE LA FAMILIA? SI NO

¿COMO SE LLEVA USTED CON LOS DEMAS MIEMBROS DE SU FAMILIA?

BIEN _____ REGULAR _____ MAL _____

¿SU FAMILIA ESTA COMPLETA? SI NO

¿HAY ALGUN ELEMENTO AUSENTE? SI NO

¿HA FALLECIDO ALGUN ELEMENTO DE SU FAMILIA? SI NO

ADEMAS DE HIPERTENSION, PADECE OTRA ENFERMEDAD? SI NO

¿CUAL / ES? _____

¿A QUE ATRIBUYE EL DESCONTROL DE SU HIPERTENSION? _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA: _____ ENCUESTO: _____