



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
ZACATECAS, ZACATECAS.



“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES HIPERTENSOS”

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MAXIMO HERNANDEZ ALVARADO

ZACATECAS, ZACATECAS

2005



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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES HIPERTENSOS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:



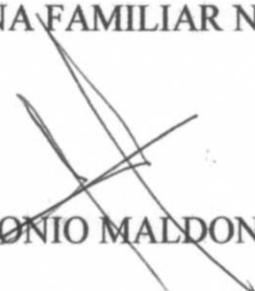
DR. MÁXIMO HERNÁNDEZ ALVARADO

AUTORIZACIONES:



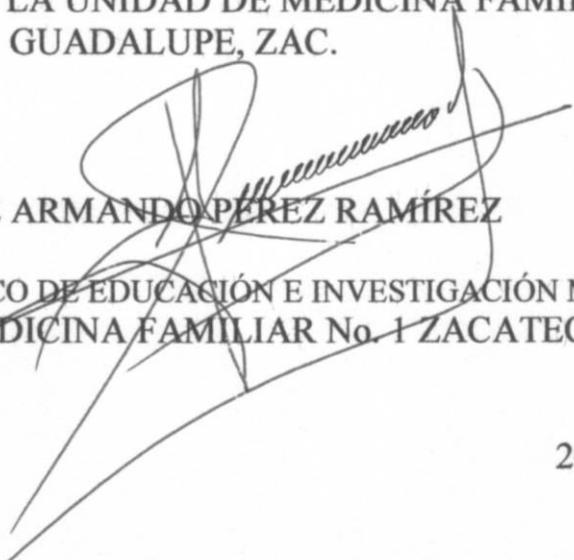
DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 ZACATECAS, ZAC.**



DR. CIRILO ANTONIO MALDONADO RANGEL

**ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4
GUADALUPE, ZAC.**



DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1 ZACATECAS, ZAC.**

ZACATECAS, ZAC.

2005

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL EN
PACIENTES HIPERTENSOS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MÁXIMO HERNÁNDEZ ALVARADO

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ZACATECAS
HGZ CON MF No. 1 ZACATECAS

TITULO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL SUBSISTEMA
CONYUGAL EN PACIENTES HIPERTENSOS”

Autor: Dr. Máximo Hernández Alvarado.

Asesor: Dr. Cirilo Antonio Maldonado Rangel

Tutor: Dra. María del Carmen Frayre Galindo.

ÍNDICE GENERAL

1. TÍTULO	4
2. ÍNDICE GENERAL	5
3. MARCO TEORÍCO.....	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
5. JUSTIFICACIÓN	14
6. OBJETIVOS	15
- General	
- Específicos	
7. HIPÓTESIS	16
8. METODOLOGÍA	17
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Variables de estudio	
- Métodos para captar la información	
a) Cronograma de actividades	
b) Personal participante	
c) Recursos físicos y materiales	
- Consideraciones éticas	

9. RESULTADOS	20
- Descripción de los resultados	
- Tablas y gráficas	
10. DISCUSIÓN	28
11. CONCLUSIONES	29
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
13. ANEXOS	32

3. MARCO TEÓRICO

El concepto moderno y más común de familia tiende a definirla como una unidad socioeconómica compuesta únicamente por: el padre, la madre y los hijos, bien sea que éstos sean producto de esta unión o adoptivos, también es importante que vivan bajo un mismo techo e interactúen intensamente para lograr el bienestar general de todos los miembros de la familia. ⁽⁶⁾

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte, la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. ⁽¹⁾

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento. La conducta científica en la práctica médica deberá procurar estudiar integralmente a la familia. En la práctica de la Medicina Familiar el médico reconoce que su más grande interés ya no es la enfermedad sino la salud. La familia sirve como el punto básico de referencia para la consecución de un ambiente saludable. ⁽¹⁾

Sin embargo, debemos apuntar otras definiciones de familia que son más flexibles y acordes con la situación contextual de nuestra época, pero sin olvidar que la primera definición es válida para los estudios psicológicos de la familia, ya que la familia nuclear es la que más se ha investigado y la más abundante:

Definición sociológica: La familia es una asociación que se caracteriza por la relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para proveer la procreación y la crianza de los hijos. El grupo familiar gira en torno a la legitimización de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos. ⁽⁶⁾

Definición de la ONU: Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a la cabeza de la familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

Definición del Consenso Norteamericano: “Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción”.⁽¹⁾

El efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención de los investigadores.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR: La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. En general, la evaluación de la familia se ha basado en la teoría sistémica, con base en esta teoría, la familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.), que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera.⁽⁶⁾

La funcionalidad de la familia va de acuerdo al tipo de relación que se origina en el seno de la familia y sobretodo en la pareja, nos va a determinar varias categorías de familias:

1.- Relación satisfactoria estable: que se caracteriza porque se maneja la problemática con un tipo de comunicación explícita las negociaciones son de forma abierta, las ofensas son personadas prontamente y los periodos de distanciamiento son cortos y superficiales.

2.- Relación satisfactoria inestable: aquí el tipo de arreglos o negociaciones en la mayoría de las veces no son rígidos por una comunicación explícita, por lo que los conflictos pueden perdurar más tiempo, pero al fin son resueltos.

3.- Relación insatisfactoria estable: Aquí los miembros están insatisfechos de su interacción porque la comunicación está truncada conformándose con la situación

establecida, y en donde cada problema provoca más distanciamiento. Este tipo de relaciones ocasiona patología en los miembros.

4.- Relación insatisfactoria inestable: Aquí la familia se encuentra siempre en conflicto, la comunicación la mayoría de las veces es de forma implícita, no se afrontan los problemas, las negociaciones no son abiertas, se culpan unos a otros mutuamente y hay resentimientos no perdonados. Este tipo de relación multiconflictiva origina patología en los miembros. Lo importante en una relación familiar es mantener la homeostasis. ⁽⁶⁾

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años de edad la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de los cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas. ⁽⁷⁾

La prevalencia en las mujeres se relaciona estrechamente con la edad a partir de los 50 años. Probablemente, este incremento depende de los cambios hormonales de la menopausia. Las cifras de presión arterial son, en general, más altas en los hombres, pero sólo hasta los 50 años, pues a partir de esta edad las mujeres tienden a igualar sus cifras.

Debido a sus vínculos con el estilo de vida del hombre contemporáneo, la hipertensión arterial es una de las enfermedades con mayor prevalencia en las

comunidades modernas. Existe, sin embargo, una gran variabilidad de las cifras poblacionales promedio de presión arterial, así como de la prevalencia del síndrome que va desde 0% en poblaciones con hábitos de vida muy rudimentarios, como algunas tribus amazónicas, hasta el más del 30% de los adultos en poblaciones del norte de Japón, negros estadounidenses y jamaquinos, por lo que la frecuencia de la hipertensión arterial es mayor en la raza negra que en la blanca. Por otro lado, la tasa de mortalidad se elevó de 4.8 a 8.2 defunciones por 100, 000 habitantes de 1980 a 1992 y se siguió elevando a 9.6 en 1995. Se ha calculado en México que la hipertensión arterial contribuye en 42% de las muertes por EVC, y en 27% de vidas a cardiopatía isquémica.

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebro vascular y las nefropatías, se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Clasificación y criterios diagnósticos:

- Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg.
- Presión arterial normal: 120-129/80-84 mm de Hg.
- Presión arterial normal alta: 130 -139/85-89 mm de Hg.

Hipertensión arterial:

- Etapa 1: 140-159/90-99 mm de Hg.
- Etapa 2: 160-179/100-109 mm de Hg.
- Etapa 3: $\geq 180/\geq 110$ mm de Hg.

El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre, corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos.

La hipertensión arterial puede ser prevenida; en caso contrario, es posible retardar su aparición. Por tanto, los programas para control de esta enfermedad, deben incluir,

como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria. La estrategia para la prevención primaria tiene dos vertientes: Una dirigida a la población general y otra, a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad. Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: El control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada. Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25 , tomando en cuenta que el IMC >25 y <27 equivale a sobrepeso y >27 equivale a obesidad. El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas. La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la presión arterial. En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc). Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día (2.4 g de sodio). Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión. La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml. de etanol (2 o 3 copas) al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo.

Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer. La moderación en el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples. Debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.

Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia, deberá evitarse el tabaquismo.

Los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, alcohol, insuficiente ingesta de potasio, presión arterial normal alta, antecedentes familiares de hipertensión arterial y los de 65 años de edad en adelante, integran el grupo de mayor riesgo de llegar a desarrollar hipertensión arterial y deberán ser apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.

La prevención específica de hipertensión arterial debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, particularmente en el primer nivel de atención, así como los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas y sus familias.

6. OBJETIVOS

General: Determinar la funcionalidad familiar del subsistema conyugal en el paciente hipertenso.

Específicos: Identificar la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal y la satisfacción sexual en el paciente hipertenso.

7. HIPÓTESIS

La funcionalidad familiar en el subsistema conyugal se encuentra alterada en pacientes con hipertensión arterial.

A: La funcionalidad familiar en el subsistema conyugal.

B: Alterada en pacientes hipertensos.

Hipótesis nula (H_0) $A=B$

Hipótesis alterna (H_i) $A \neq B$

Solo se plantea la hipótesis para nuevos estudios o mejoras posteriores dado que no se comprobará por ser estudio descriptivo.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, compleja, que predispone a la enfermedad aterosclerótica cardiovascular incluyendo enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y enfermedad arterial periférica y que afecta no sólo al paciente hipertenso sino a su familia y a la sociedad.

Resulta adecuado considerar a las relaciones conyugales como fondo en el funcionamiento del subsistema conyugal.

Por lo que en este estudio se plantea lo siguiente:

¿la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal puede influir en la hipertensión arterial?

5. JUSTIFICACIÓN

En México, la primera causa de muerte es el infarto agudo al miocardio, las principales causas son: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus y dislipidemias; todo esto propiciado por malos hábitos de vida, como son: tabaquismo, sedentarismo, obesidad, alcoholismo, estrés y factores hereditarios. La detección oportuna de la hipertensión arterial para su diagnóstico, control y pronóstico, así como los programas educativos (PREVEN-IMSS) repercutirán positivamente en una disminución de la incidencia y pronóstico de la estructura, dinámica y calidad de vida conyugal.

Se considera a la familia como la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

Si entendemos a la familia como una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para facilitar la procreación y crianza de los hijos, encontramos que el grupo familiar gira en torno de la legitimación de la vida sexual entre los padres y de la formación y cuidado de los hijos. Este concepto no establece diferencia en cuanto a como la familia sea definida o como esté constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos, ya que sabemos que la hipertensión arterial trae consigo la disfunción eréctil por el tipo de medicamento de control en el hombre.

El manejo del paciente hipertenso compartido con la responsabilidad del paciente y su cónyuge favorecerá nuevos hábitos de vida y por lo tanto trascenderán en un mejor: pronóstico, prevención y calidad de vida del paciente, su cónyuge, familia y la sociedad.

Considerando una gran problemática en nuestra sociedad y de gran importancia para una buena funcionalidad familiar surge la idea de realizar el presente trabajo de investigación.

6. OBJETIVOS

General: Determinar la funcionalidad familiar del subsistema conyugal en el paciente hipertenso.

Específicos: Identificar la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal y la satisfacción sexual en el paciente hipertenso.

7. HIPÓTESIS

La funcionalidad familiar en el subsistema conyugal se encuentra alterada en pacientes con hipertensión arterial.

A: La funcionalidad familiar en el subsistema conyugal.

B: Alterada en pacientes hipertensos.

Hipótesis nula (H_0) $A=B$

Hipótesis alterna (H_i) $A \neq B$

Solo se plantea la hipótesis para nuevos estudios o mejoras posteriores dado que no se comprobará por ser estudio descriptivo.

8. METODOLOGÍA

- Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, observacional y comparativo.

El total de la muestra fue de 108 pacientes, a todos se les realizó la encuesta de acuerdo al instrumento de evaluación del subsistema conyugal ya validada. Se formaron dos grupos; uno en familias con pacientes hipertensos y el otro grupo control, en familias sin pacientes hipertensos.

Sabemos que para estudios comparativos debemos de tomar el doble de la población en el grupo de control ya que le da mayor validez al estudio, no obstante se realizó 1:1.

- Población, lugar y tiempo de estudio

Pacientes hipertensos de ambos sexos, que se encuentran en edades entre 30-49 años. En la UMF No. 1, consultorio No. 11, turno vespertino del IMSS de la ciudad de Zacatecas, Zac. Entre el mes de Agosto del 2003 a Diciembre del 2004.

- Tamaño de la muestra

$$N = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.85) (0.15)}{(0.01)^2}$$

$$N = \frac{3.8416 \times 0.1275}{0.0001}$$

$$N = \frac{48.98}{0.01}$$

$$N = 48.98 + 4.08 = \mathbf{53.06}$$

POR LO TANTO EL TAMAÑO DE MUESTRA ES DE **54**

- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación

Criterios de inclusión: Pacientes hipertensos y no hipertensos masculinos y femeninos que se encuentran entre 30-49 años de edad, que sean derechohabientes del IMSS, que deseen participar en el estudio de investigación que formen una familia sin importar su estructura.

Criterios de eliminación: Pacientes que no deseen participar en el estudio o que contesten en forma inadecuada el cuestionario correspondiente, y pacientes que no cuenten con una pareja.

- Variables de estudio

Dependiente: Funcionalidad familiar en el subsistema conyugal

Independiente: Pacientes hipertensos.

- Métodos para captar la información

a) Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<i>Elaboración del protocolo</i>								X 03	X 03	X 03		
<i>Registro de protocolo</i>											X 03	
<i>Prueba piloto</i>											X 03	
<i>Recolección de datos</i>	X 04	X 04	X 04	X 04								
<i>Análisis de datos</i>							X 04	X 04				
<i>Interpretación de resultados</i>									X 04	X 04	X 04	X 04

b) Personal participante

Dr. Máximo Hernández Alvarado
 Dr. Cirilo Antonio Maldonado Rangel

Dra. María del Carmen Frayre Galindo
Lilia Hernández Alvarado

c) Recursos físicos y materiales

Como recursos físicos se encuentran el investigador y su asesora.

Este estudio no requiere de gasto alguno; ya que no se requiere de recursos económicos, por lo que únicamente se utiliza material de oficina, esfuerzo y tiempo. Lo cual será costado por el propio investigador.

- Consideraciones éticas

Puesto que los cuestionarios manejan preguntas de índole íntimo, el sujeto de estudio se puede sentir ofendido por lo que se le brinda confianza al sujeto de estudio garantizándole la confidencialidad y sólo los datos serán utilizados para el propósito del estudio.

El presente estudio no contradice la normatividad ética establecida en la declaración de Helsinki de 1964 y modificada en Tokio, en donde fue publicada en 1975 por la asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud.

52^a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

9. RESULTADOS

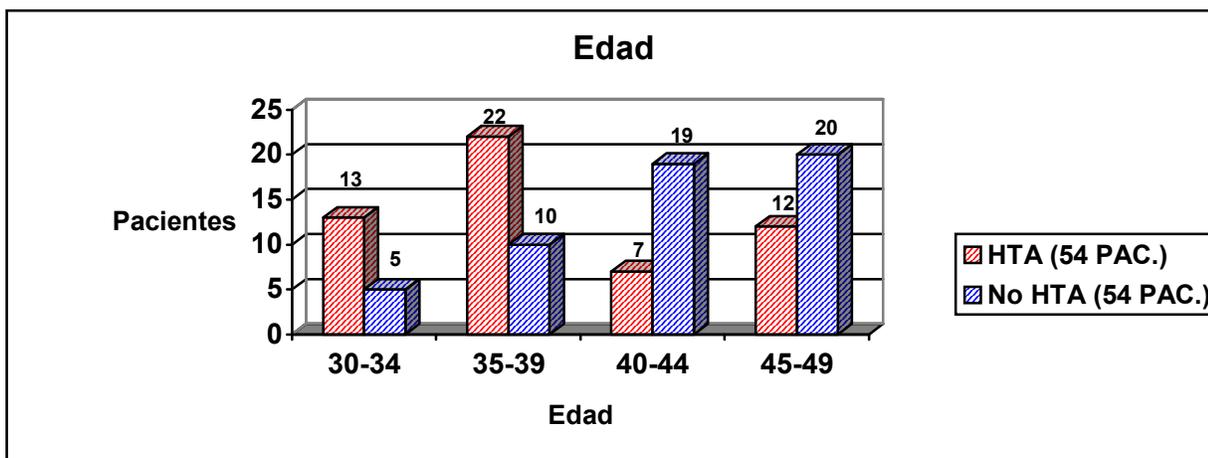
- *Descripción de los resultados*

De los 108 sujetos en estudio, se formaron dos grupos: un grupo con pacientes hipertensos (No1.) y otros grupo sin pacientes hipertensos (No. 2), de los cuales en el grupo No. 1 la edad que predominó fue de 35 a 39 años, representando un 40.7% y el grupo No. 2 predominando la edad de 45 a 49 años, representando un 37%. En cuanto al género, predominó el sexo femenino en el grupo No. 1 con 36 (66.6%), mientras que en el grupo No. 2 hubo un predominio del sexo masculino con 30 (55.5%).

En cuanto a la ocupación, el grupo No.1 fueron 33 (61.1%) mientras que en el grupo No. 2 35 (64.8%). El estado civil, casados, en ambos grupos con un predominio del 80%. En cuanto a la escolaridad en el grupo No. 1 predominó la licenciatura con 16 (29.6%) y en el grupo No. 2 fue primaria y secundaria con igual porcentaje 16 (29.6%). En cuanto al tratamiento 33 (61.1%) con tratamiento farmacológico y sin tratamiento 21 (38.9%). Con respecto a la funcionalidad familiar el área más afectada en la familia del grupo No.1 es la insatisfacción sexual con 12 (23.2%) y la más funcional es el área de la toma de decisiones con 36 (66.6%). En familias del grupo No. 2 el área más afectada es el área de adjudicación y asunción de papeles con 13 (22.8%) y la más funcional es el área de afecto con 32 (58.3%).

- **Tablas y gráficas**

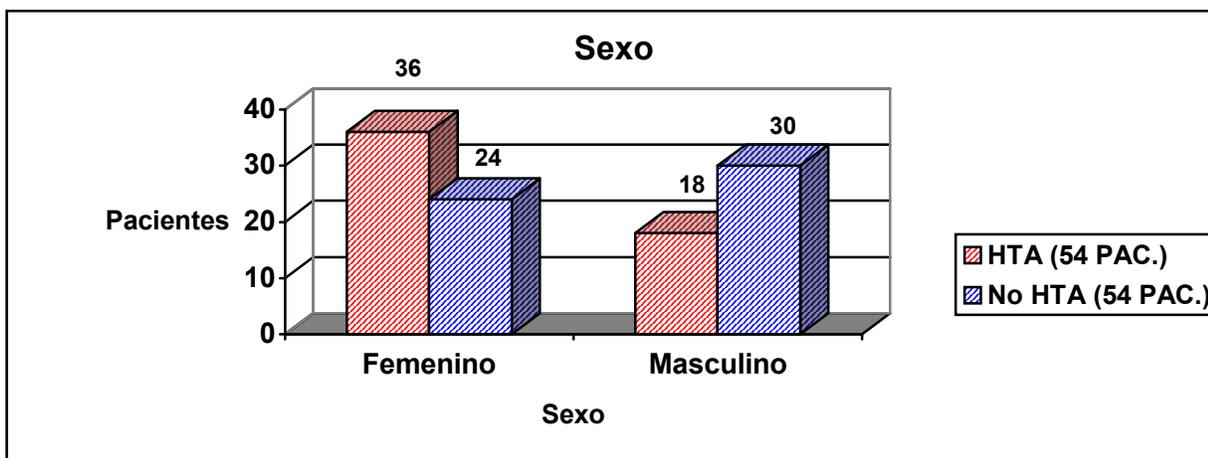
GRÁFICA No. 1



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

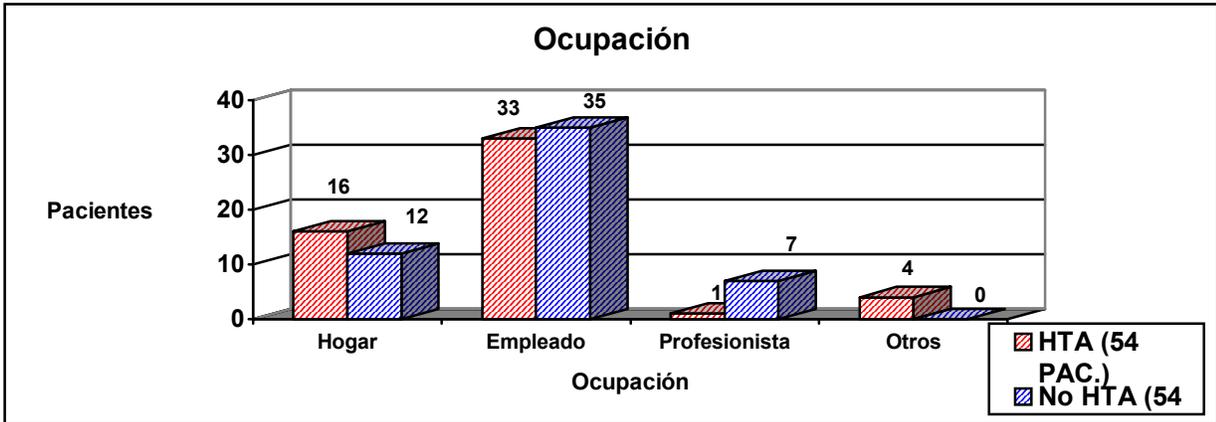
GRÁFICA No. 2



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

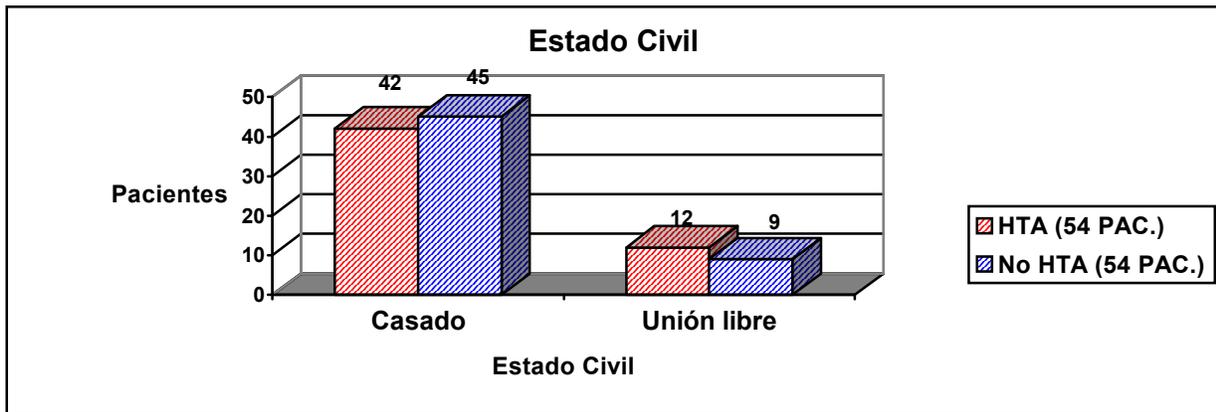
GRÁFICA No. 3



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

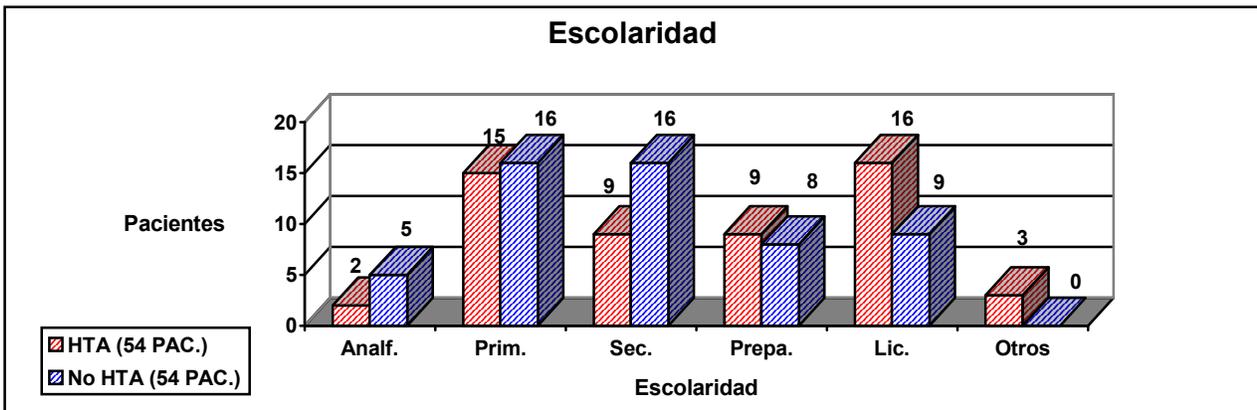
GRÁFICA No. 4



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

GRÁFICA No. 5

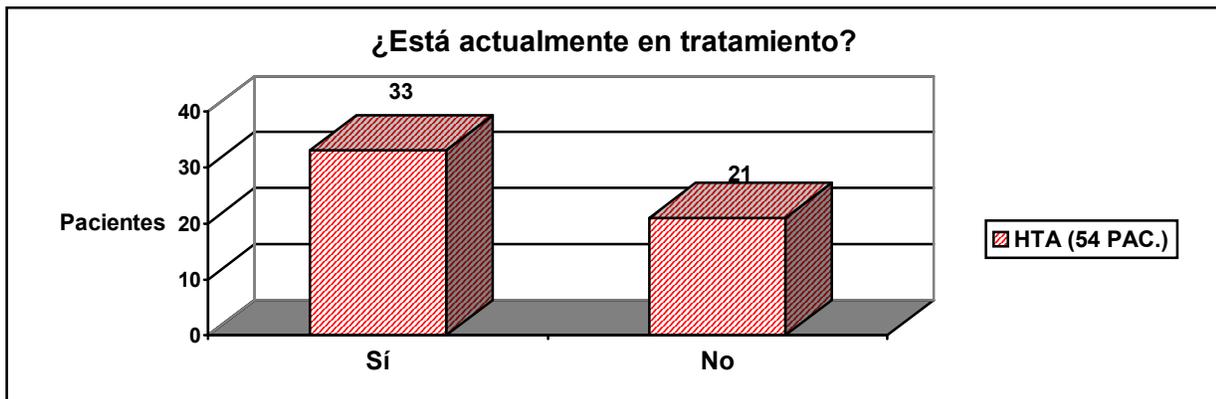


G

n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1 del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

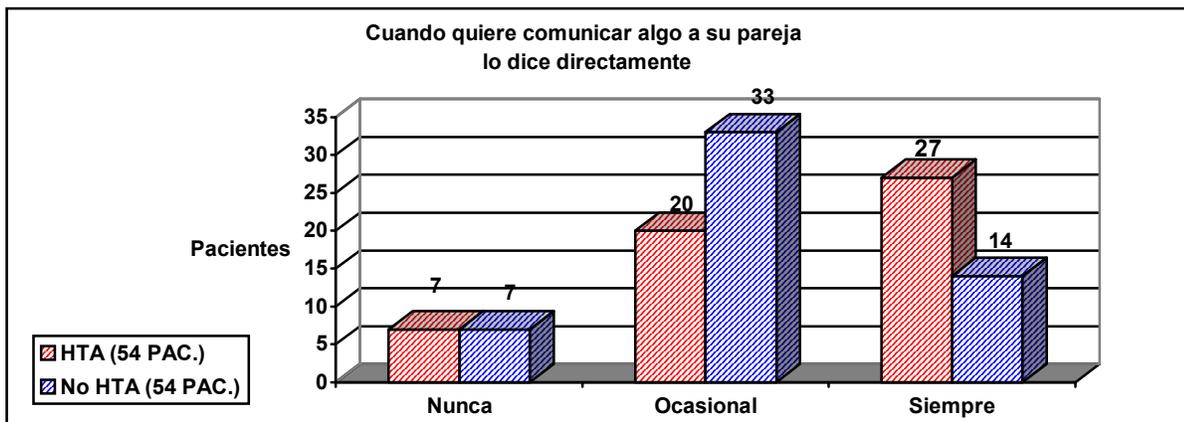
GRÁFICA No. 6



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

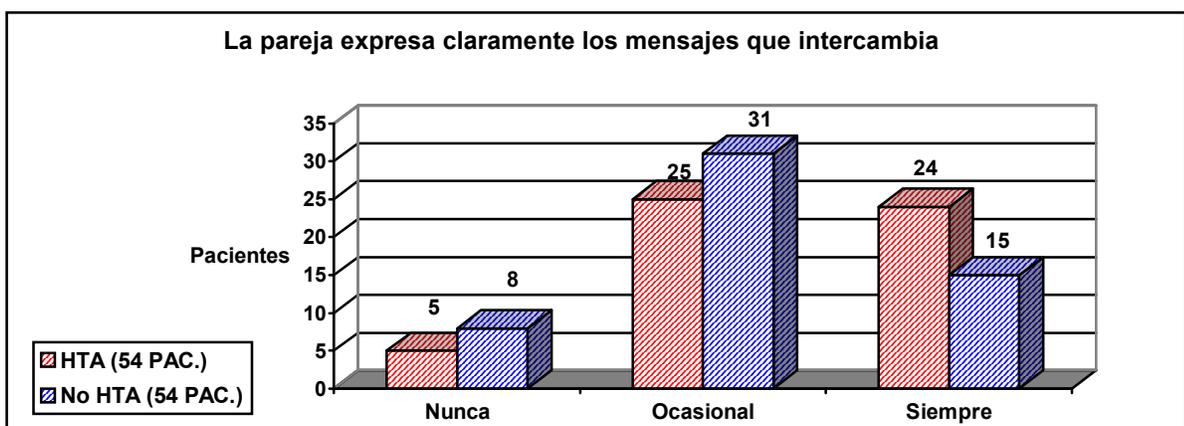
GRÁFICA No. 7



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

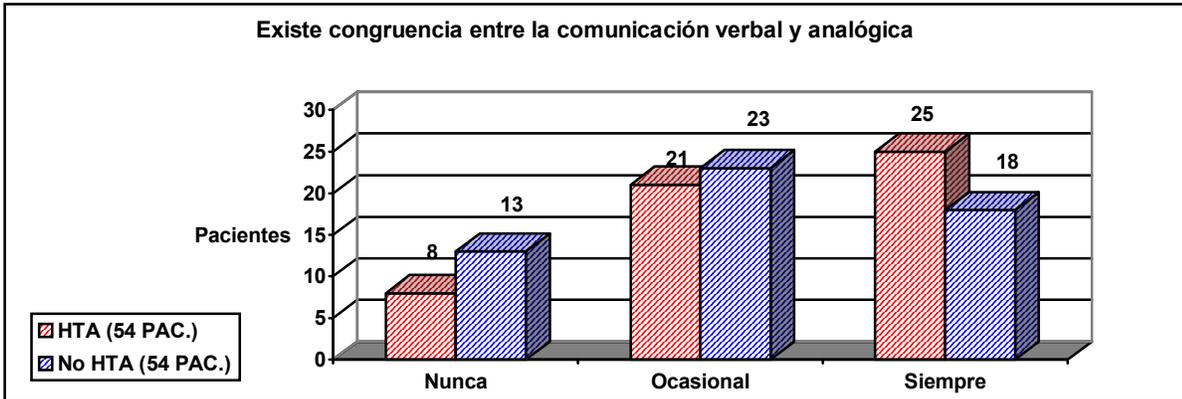
GRÁFICA No. 8



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

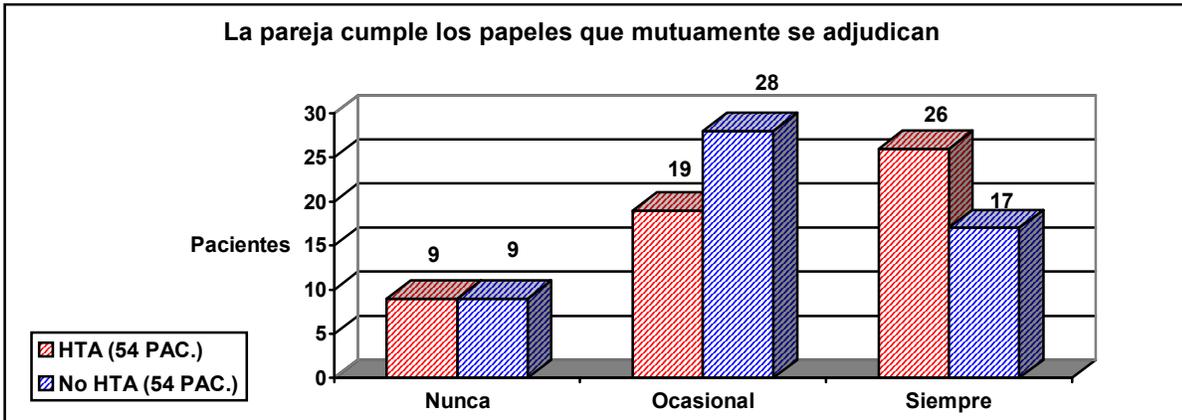
GRÁFICA No. 9



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

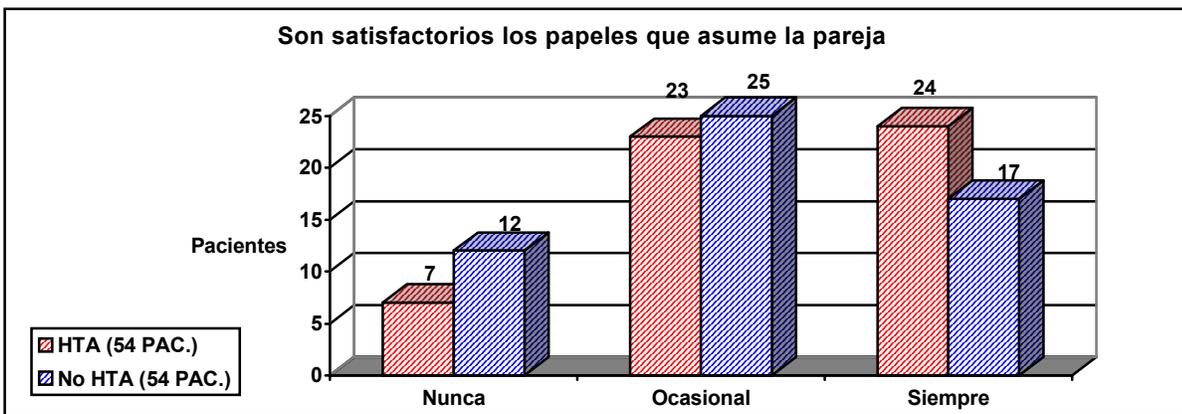
GRÁFICA No. 10



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

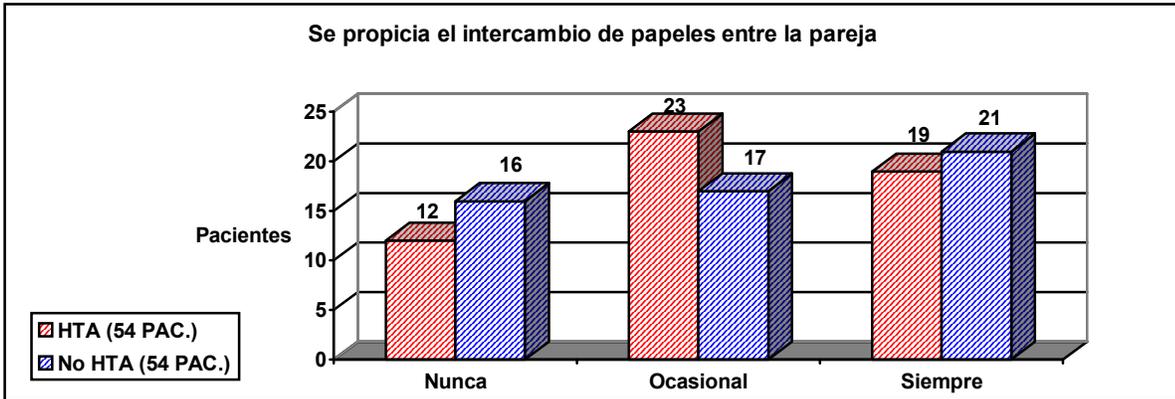
GRÁFICA No. 11



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

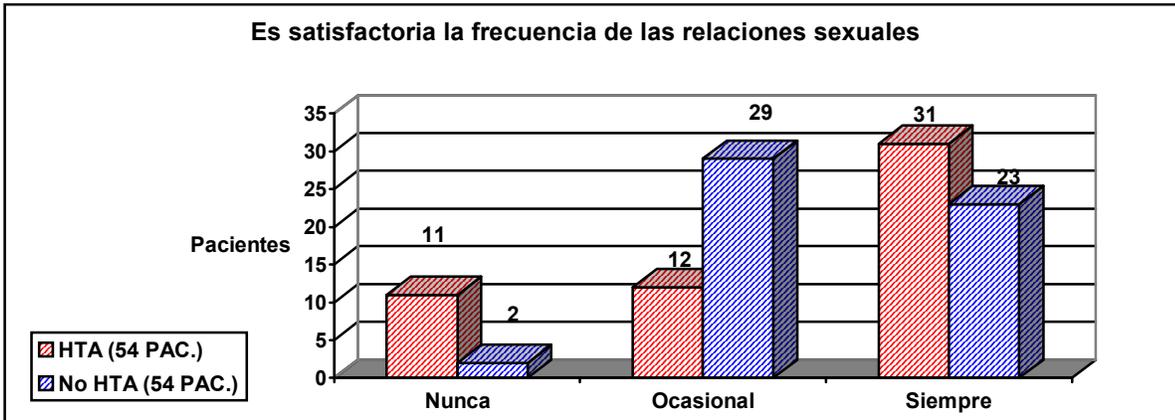
GRÁFICA No. 12



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

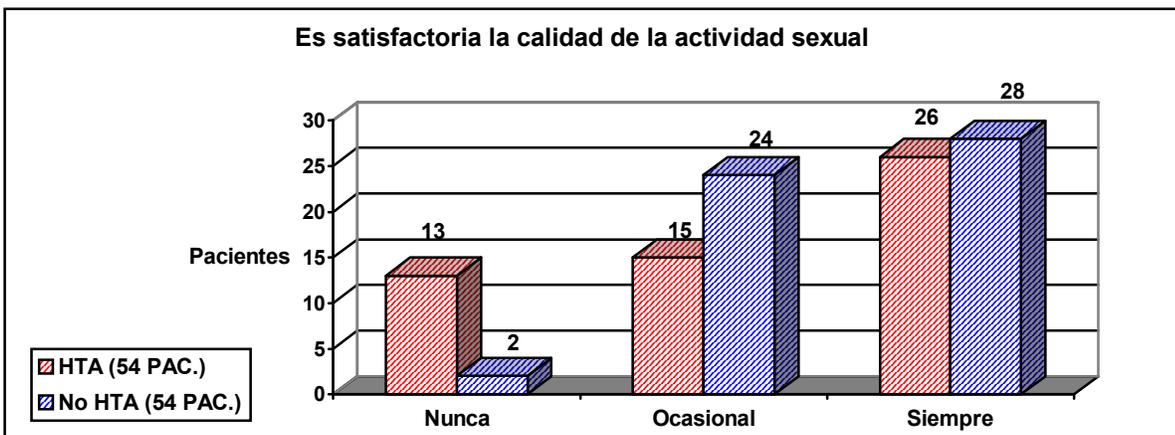
GRÁFICA No. 13



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

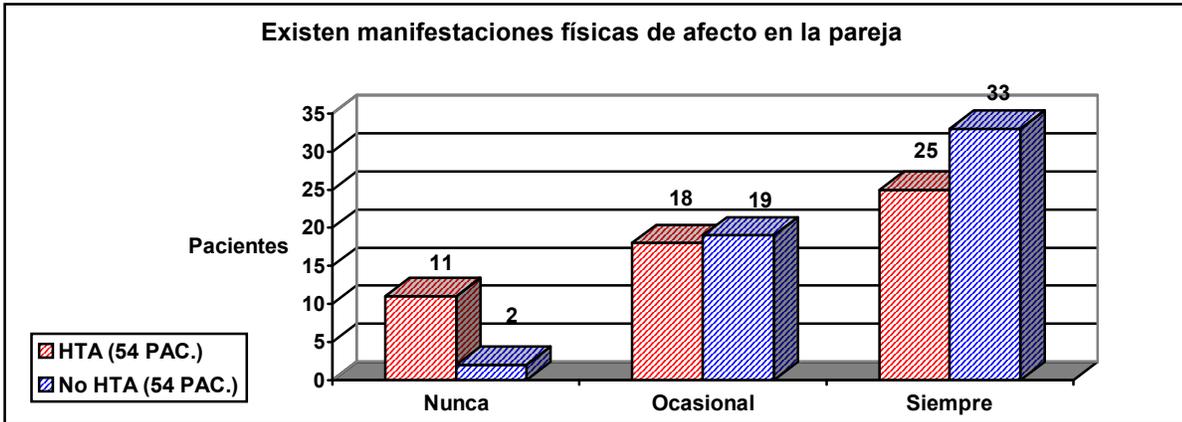
GRÁFICA No. 14



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

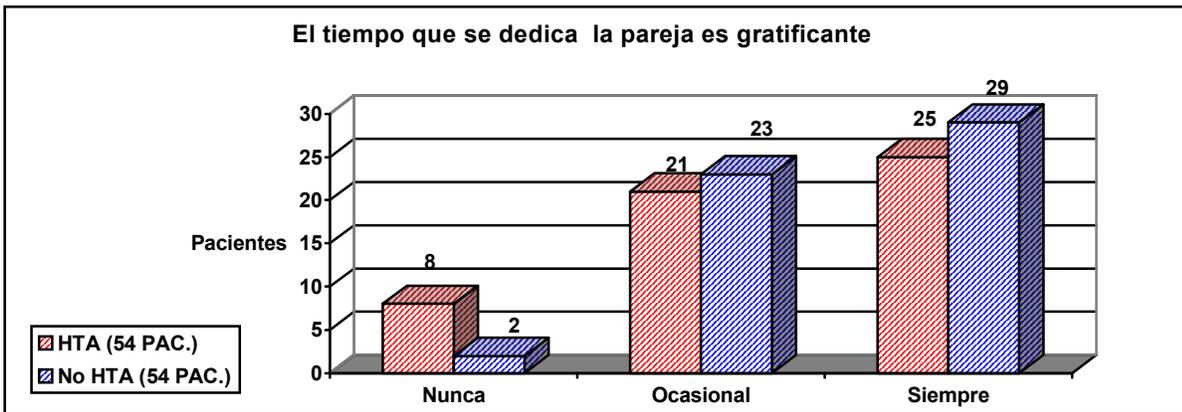
GRÁFICA No. 15



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

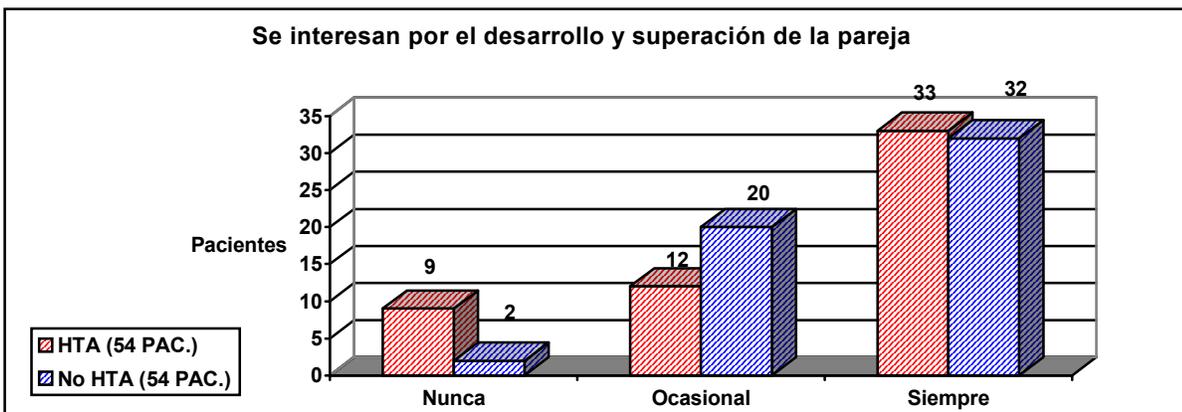
GRÁFICA No. 16



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

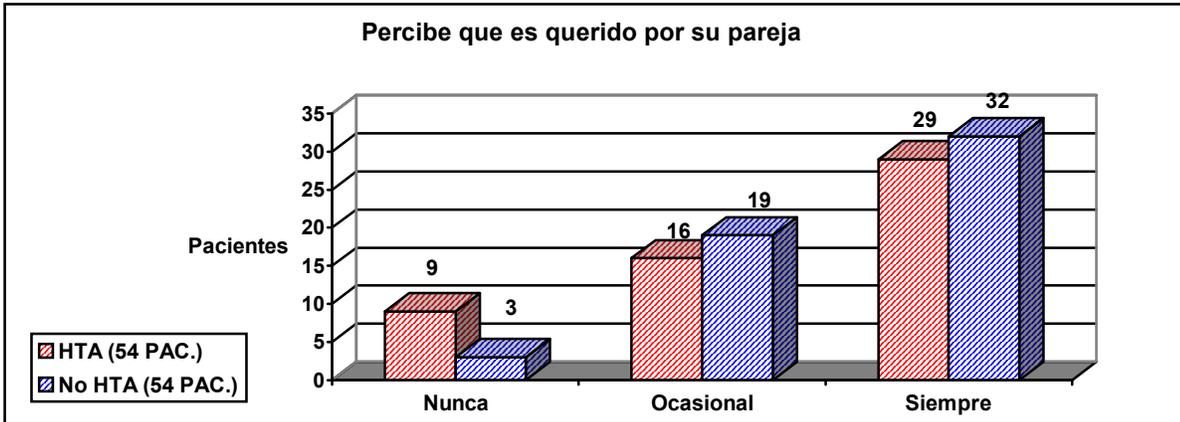
GRÁFICA No. 17



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

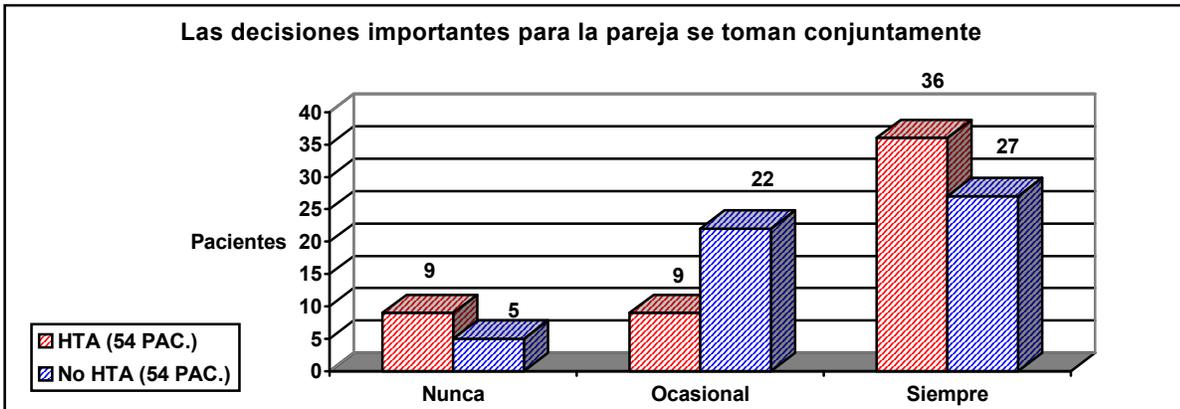
GRÁFICA No. 18



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

GRÁFICA No. 19



n = 108

Fuente: Encuestas mediante entrevista directa realizadas en la U.M.F No. 1, consultorio No. 11 turno vespertino del IMSS Zacatecas, Zac. De Septiembre a Diciembre del 2004.

10. DISCUSIÓN

El conocer la funcionalidad familiar es de suma importancia para el grupo familiar y el equipo de salud; se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden ser ubicados como disfunciones, por lo que el médico familiar debe ser capaz de evaluar estos aspectos y orientarlos sin perder de vista el objetivo principal, que es el bienestar del integrante familiar enfermo y mantener la homeostasis familiar ⁽⁶⁾. En este contexto, el estudio realizado en las familias que tienen un integrante con hipertensión arterial sistémica (cónyuge), y familias sin integrantes hipertensos, intenta determinar el grado de funcionalidad que existe entre ellos y buscar el área más disfuncional y el área más funcional para brindar una orientación más adecuada.

Por lo que en este estudio, se observa que la funcionalidad familiar es menor en familias que tienen un integrante hipertenso en el área de satisfacción sexual.

Cabe mencionar, que existió mayor grado de escolaridad en los hipertensos que en los no hipertensos, esto puede ocasionar que haya una variación en las áreas de funcionalidad familiar sobre todo en el área de la comunicación.

11. CONCLUSIONES

Se concluye con base en los resultados obtenidos, la funcionalidad familiar en familias con pacientes hipertensos y familias sin pacientes hipertensos influye en forma satisfactoria, ya que de acuerdo a la escolaridad de las familias tienen una mejor funcionalidad a mayor grado escolar, pero conlleva a una afectación en el área de satisfacción sexual por los efectos secundarios del tratamiento, pero aún así la familia se mantiene unida con respecto a las otras áreas de la funcionalidad familiar en el subsistema conyugal, teniendo un predominio en el área de toma de decisiones y en las familias sin hipertensos predomina la funcionalidad en el área de afecto.

Este trabajo podría en el futuro facilitar la integración de un programa de educación para la salud dirigido a la población de hipertensos y aún con enfermedades crónico-degenerativas, con la ventaja de conocer las áreas que mayor alteración presentan los subsistemas conyugales de los pacientes hipertensos de la U.M.F. No. 1 del consultorio No. 11 turno vespertino.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarid, H./Irigoyen, A..Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial M.F.M.. México D.F. 1982 (1° EDICIÓN)
2. Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw Hill. México 2002 (15° EDICIÓN)
3. Irigoyen Coria y cols..Diagnóstico Familiar. Editorial M.F.M.. México D.F. 1994 (4° EDICIÓN)
4. Halabe/Lifshits/López. Asociación de Medicina Interna de México. El internista. Editorial McGraw Hill. México D.F. 1997. (1° EDICIÓN)
5. Irigoyen A.. Lecciones de dinámica familiar para matrimonios cristianos. Editorial Progreso. S.A.México D.F. 1987 (1° EDICIÓN)
6. Gutiérrez A.. Diplomado en Medicina Familiar. Colegio Jalisciense de M.F. A.C..México D.F. 2001
7. Meaney, E.. Hipertensión arterial sistémica. Manual para médicos de primer contacto. México D.F. 2002
8. Hoel, P.. Estadística elemental. Compañía Editorial Continental S.A. de C.V.. México D.F. (8° EDICIÓN)
9. Taylor, B.. Fundamentos de Medicina de Familia. Editorial Springer – Verlag Ibérica. México D.F. 1996
10. Daniel R.. Bioestadística. Editorial Limusa S.A. de C.V.. México D.F. 1996 (5° EDICIÓN)
11. Beaglehole / Bonita. Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1994
12. De GH. Williams, NDL Fisher, en E.Braunwald (ed): The Genetics of Human Hipertension en Heart Disease, Update 5.Philadelphia. Saunders, 1995.
13. Diseño de estudios en investigación médica. En: Dawsonsaunders B., Trapp RG. Bioestadística, Traducción de la 2° Ed. México D.F.: El Manual Moderno. 1997: 9-23.
14. Sánchez- Azcona. J. La familia. Familia y Sociedad. Ed. Joaquín Mortiza. S.A. 2° Ed. 1976 (15-16)
15. Valencia G. El ciclo vital de la familia. Cuestión Social. 1996. Marzo- abril; 39; 74-80.
16. Leñero L. La estructura y dinámica de la Familia contemporánea. En: La Familia. Cap III, Ed. Edicol. 1976. 33-37.
17. Huerta J. Tipología Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Cap II Ed. Tangamanga. San Luis Potosí. 1998. 44-48.

18. De la Revilla MEG. Nuevas clasificaciones de familia. Atención Primaria. 1991; 8: 104-11
19. Metodología de la investigación. Roberto Sampieri y coautores. McGraw Hill. 2° EDICIÓN, México D.F., 1998.
20. Arredondo, T. J. La comunicación humana. Mimeo. U de G. Maestría en Salud Pública. 1987.
21. Cobarrubias, A. Educación para la salud. Secretaría de Salud. Departamento de comunicación. 1987.
22. Gutiérrez, A. Material de autoinstrucción para llenado de la Guía del diseño de proyectos de investigación. IMSS. 1981.
23. Rojas – Soriano, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Novena Edición. México D.F.: Editorial Plaza y Valdez, 1992.
24. Fleiss, J.L. Métodos estadísticos para tasas y proporciones. Nueva York: John Wiley & Sons. 1973.
25. IMSS. Subdirección General Médica. Jefatura de investigación médica. Instructivo para la evaluación curricular de los investigadores del IMSS. México D.F. Coordinación General de Comunicación Social, 1993.

13. ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO

Estimado paciente, la intención de este interrogatorio tiene el propósito de determinar cómo está funcionando su familia al convivir con un integrante con hipertensión arterial.

Los datos obtenidos serán estrictamente confidenciales por lo que no es necesario su nombre.

1. Edad _____

2. Sexo _____

3. Ocupación _____

4. Estado Civil _____

5. Escolaridad _____

6. Está actualmente en tratamiento si() no()

	nunca	ocasional	siempre
7. Cuando quiere comunicar algo a su pareja lo dice directamente	()	()	()
8. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	()	()	()
9. Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	()	()	()
10. La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican	()	()	()
11. Son satisfactorios los papeles que asume la pareja	()	()	()
12. Se propicia el intercambio de papeles entre la pareja	()	()	()
13. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	()	()	()
14. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	()	()	()
15. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	()	()	()
16. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	()	()	()
17. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	()	()	()
18. Percibe que es querido por su pareja	()	()	()
19. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	()	()	()

ANEXO 2

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Funciones	Parámetros	Calificación asignada	%
I. Comunicación	Clara	10	30
	Directa	10	
	Congruente	10	
II. Adjudicación y asunción de papeles	Congruencia	5	15
	Satisfacción	5	
	Flexibilidad	5	
III. Satisfacción sexual	Frecuencia	10	20
	Satisfacción	10	
IV. Afecto	Manifestación física	5	20
	Calidad de convivencia	5	
	Interés por el desarrollo de la pareja	5	
	Reciprocidad	5	
V. Toma de decisiones	Conjunta	15	15
	Individual	0	
Total		100	100

0 -40	Pareja gravemente disfuncional
41 – 70	Pareja moderadamente disfuncional
71 - 100	Pareja funcional

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Otorgo mi consentimiento, para participar en el proyecto de investigación sobre funcionalidad familiar en el subsistema conyugal en pacientes hipertensos.

Con número de registro: 2004 3402 0023

Que se llevará acabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Zacatecas, Zac. a partir del mes de Agosto al mes de Diciembre del 2004.

El procedimiento en el que intervendré, consta de dar respuesta a una recolección de datos y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se realizan. Así mismo, se me informa que puedo retirarme del proyecto en el momento que lo decida la cual no generará sanción o pérdida de los beneficios. Se me garantiza privacidad y confidencialidad de los resultados que se obtengan y no se me afectará moral o físicamente.

Agradeciéndole su apoyo para el adecuado desarrollo de dicho estudio, nos permitimos notificarle que para cualquier aclaración al presente estudio puede comunicarse con el Dr. Máximo Hernández Alvarado, en los horarios de 8:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes al Tel. 9226373.

Aceptante

Testigo

Testigo

Solicitante