



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 57 "LA CEIBA"

***DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS
NO CUMPLIDORES***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO ALAMILLA VERA.



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.

***DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS
NO CUMPLIDORES***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO ALAMILLA VERA.

AUTORIZACIONES:

DRA. DEISY TERESA CETZ MUGARTE
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS EN MERIDA
YUCATAN

DR. ADALBERTO BARRON RIVERA
ASESOR METODOLÓGICO
MEDICO FAMILIAR COORDINADOR DELEGACIONAL DE ATENCION MÉDICA

DR. RAFAEL AMADOR URQUIDI
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR COORDINADOR DELAGACIONAL AUXILIAR DE SALUD
REPRODUCTIVA

DR. ROLANDO DIAZ CASTILLO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVETIGACIÓN MÉDICA

MÉRIDA YUCATÁN

2007

***DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS
NO CUMPLIDORES***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. MANUEL EDUARDO BECERRIL SOLIS

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MERIDA, YUCATAN, MEXICO 2007

**“Aunque una tesis hubiese servido para
Examen Profesional y hubiese sido
Aprobada por el H. Sínodo, sólo
Su autor es responsable de las
Doctrinas en ella emitidas”**

AGRADECIMIENTOS

A TI DIOS: Gracias por estar conmigo, por darme tanto, por dejarme vivir al máximo, por tener una familia como la que tengo, por mi carrera y por enseñarme día con día el camino hacia **TI**.

**A MIS PADRES: MARIO ALAMILLA CELIS.
REINA VERA FRIAS.**

Por darme lo más grande que los padres pueden dar a sus hijos:
AMOR, CONFIANZA, PACIENCIA Y APOYO INCONDICIONAL.

A MI ESPOSA: NORMA LETICIA.

Por tenerme paciencia y apoyarme durante el tiempo que dedique a mi superación profesional aun sabiendo que dividía el tiempo de convivencia familiar.

A MIS HIJOS: EMILIO Y MONTSERRAT.

Por esperar para jugar, convivir y respetar mi profesión que amerita mucho tiempo de ausencia, sabiendo de antemano que mi familia es el principal motor de superación e invitarlos a lograr siempre sus metas.

A LA DRA. DEISY TERESA CETZ MUGARTE:

Por la dedicación, impulso, sacrificio y coraje que nos permitió ser **MEDICOS FAMILIARES.**

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS: TALINA, MANUEL Y LUIS.

Por que juntos logramos nuestro objetivo, superando cuanto obstáculo amenazaba nuestra meta.

A LOS DRS. ADALBERTO BARRON RIVERA Y RAFAEL AMADOR URQUIDI. Por su invaluable apoyo en la realización de esta obra.

ÍNDICE GENERAL.

Título.....	4
Marco teórico	6
Planteamiento del problema.....	11
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	14
Metodología.....	15
Resultados.....	19
Discusión.....	24
Conclusiones.....	25
Referencias bibliográficas.....	26
Anexos.....	27

TITULO: DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES HIPERTENSOS NO CUMPLIDORES

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: ALEJANDRO ALAMILLA VERA.

ANTECEDENTES: Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de acuerdo al 7^a reporte del comité Joint National Committee on Prevention Detection and Evaluation and Treatment of High Blood Pressure es definida como cifras tensionales sostenidas iguales o mayores 140/90 mmHg.¹⁴ Internacionalmente la prevalencia reportada, varía de acuerdo al país, en África la prevalencia de hipertensión fue de 28.7% en forma general, tanto en hombres como mujeres, en Grecia fue de 40.2% La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), estimó una prevalencia de 30.05% es decir a nivel nacional existen 15.2 millones de personas que tienen HAS entre 20 y 69 años, la prevalencia en hombres fue de 34.2% y en la mujer de 26.3%. La prevalencia fue directamente proporcional a la edad, pero a partir de los 50 años la prevalencia supera el 50% lo que se traduce de que uno de cada 2 mexicanos la padece. Yucatán ocupa el 16^o lugar a nivel nacional, con una prevalencia de 32.4%.

PROBLEMA: ¿Existe disfunción familiar en pacientes hipertensos no cumplidores?

OBJETIVO: Se determinó la existencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos no cumplidores en la comunidad de Hocabá, Yucatán

METODOLOGIA: Se seleccionaron todos los pacientes incluidos en la consulta de control de hipertensión arterial que cumplan con los criterios de inclusión del estudio, a estos pacientes se les aplicó la hoja de consentimiento informado, la hoja de recolección de datos, el Apgar familiar y el test de Morisky Green. Los resultados obtenidos se presentaron para su análisis en una tabla de distribución de frecuencias. Y para su análisis estadístico se empleó la X².

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:

HUMANOS: Médico residente de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales, modalidad Semi-presencial del IMSS-UNAM.

MATERIALES: Formatos impresos de los instrumentos: APGAR familiar y Morisky-Green. Material de papelería diversa. Mapa Geográfico de la población de Hocabá

FINANCIEROS: Los propios del investigador.

TIEMPO A DESARROLLAR: De Enero a Diciembre.

RESULTADOS. Se estudiaron 49 pacientes (100%), de los cuales 17 fueron hombres (28.5%) y 32 mujeres (71.5%) (Grafica 1), con promedio de edad de 66.7 años. En cuanto al estado civil predominaron los casados 41 (83.6%), el siguiente fueron los viudos 8 pacientes (16.4%) no hubo pacientes solteros (Grafica 2). El nivel de escolaridad predominante fue analfabeta con 23 pacientes (47%), (Grafica 3). La ocupación que predominó entre las mujeres fue la de ama de casa y entre los varones ser pensionado. (Grafica 4) En lo que respecta al grado de funcionalidad familiar, se encontró que 40 pacientes estuvieron en la categoría de familia funcional (81.6%), 9 pacientes en disfunción familiar (18.4%) (Grafica 5) En cuanto al cumplimiento terapéutico 35 pacientes estuvieron en la categoría de cumplidor (71.4%) y 14 pacientes fueron no cumplidores (28.6%). (Grafica 6) De los 35 pacientes (71.4%), catalogados como cumplidores, 1 (2.04%) fue calificado como proveniente de familias disfuncional y 34 (69.36%) fueron provenientes de familia funcional. De los 14 pacientes (28.6%) catalogados como no cumplidores 8 (16.34%) fueron calificados como provenientes de familias disfuncionales y 6 (12.25%) son provenientes de familias funcionales.

MARCO TEORICO

La palabra "familia" proviene de la raíz latina *famulus*, que significa sirviente o esclavo doméstico. En un principio, la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de la vida y la muerte, no sólo sobre sus esclavos sino también sobre sus hijos. El Diccionario de la Lengua Española señala que, por familia, se debe entender "al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa"¹

Concebir a la familia como sistema implica que constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) con un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.²

Siempre que aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador que refleja la problemática familiar.³

Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.⁴

Se utilizan como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes: cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual), que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.⁵

Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de tal manera que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad, para poder promover así, el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos. Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.⁶

De otra manera que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios; la familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a la alternancia. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación a la transfiguración, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que la capacidad de adaptación es uno de los más importantes indicadores de funcionamiento, no solo por que abarcar todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes transmutaciones porque tiene que enfrentar a menudo dos tipos de tareas que son: las de desarrollo, tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital" y las tareas de enfrentamiento, que son las que se derivan de las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas como una enfermedad crónica.⁷

En el caso de las enfermedades crónicas los médicos suelen tener una formación adecuada para evaluar y tratar aspectos biomédicos, como son: control de tensión arterial y sus complicaciones, considerar el tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular; tratamiento e identificación las complicaciones de la diabetes, pero no están preparados de igual forma para hacer frente a los aspectos psicosociales de estas dolencias. La experiencia de la enfermedad crónica afecta profundamente a la familia y a su vez según la actuación de ésta, puede mejorar o empeorar el curso de la enfermedad crónica del paciente afectado. Es decir, cuando en una familia un miembro tiene una enfermedad crónica (cardiopatía hipertensiva, diabetes, esclerosis múltiple...), es la familia y en especial un miembro de ella, generalmente la madre, esposa, hija, la que pasa a ser la cuidadora principal del paciente, sobre todo si el paciente está en las edades extremas de la vida (niñez o ancianidad). La cuidadora se ha de ocupar de las atenciones materiales: preparación de la dieta adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas, etc. Además, tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la

enfermedad. También pueden ser los aliados del profesional sanitario para conseguir una buena evolución de su paciente. El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que desencadene situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el médico no está atento a ello. La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos⁸

Sin embargo, el profesional sanitario ha de estar pendiente de aquellas familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia. Minuchin y col han descrito el funcionamiento de familias psicósomáticas de niños afectados de diabetes, asma o anorexia nerviosa en las cuales una forma extrema de esta conducta es el de sobreinvolucramiento que tiene como resultado la exacerbación de la enfermedad.⁹

En otras situaciones con pacientes crónicos la familia en cambio se disgrega a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía del divorcio, la institucionalización o la muerte¹⁰.

Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo¹¹

Los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge descuidando sus necesidades físicas y emocionales¹²

Si el médico tiene en cuenta las demandas y presiones de la familia además de las del paciente, podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados. La mejor manera es establecer una relación con todos los miembros de la familia e implicarlos en su labor de coterapeutas en la asistencia al enfermo. El médico ha de estar conciente en las enfermedades que sobrevienen de forma totalmente inesperada o que no "corresponden a la edad" como el cáncer en los niños y la esclerosis múltiple en adultos jóvenes. McDaniel y col de la Universidad de Rochester plantean seis consejos para la implementación del enfoque familiar psicoeducativo en el tratamiento de las enfermedades crónicas, las cuales incluyen: informar y enseñar al paciente y a su familia cuestiones relativas a la enfermedad crónica, animar a la familia a discutir abiertamente sobre su enfermedad y las reacciones emocionales, facilitar la involucramiento de la familia en el cuidado del paciente mediante negociación con el, ayudar a las familias a establecer un adecuado equilibrio entre las necesidades del miembro enfermo y las necesidades de crecimiento y desarrollo tanto del paciente como los restantes componentes de la familia. Los médicos tienen una oportunidad única de colaborar con los pacientes y sus familias en el curso de una enfermedad crónica. A través de una minuciosa evaluación y una intervención planificada, el médico de familia puede ayudar a las familias a encontrar la forma más sana de hacer frente a la enfermedad crónica como lo es la hipertensión arterial.¹³

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) de acuerdo al 7^a reporte del comité Joint National Committee on Prevention Detection and Evaluation and Treatment of High Blood Pressure es definida como cifras tensionales sostenidas iguales o mayores 140/90 mmHg.¹⁴

Internacionalmente la prevalencia reportada, varía de acuerdo al país, en África la prevalencia de hipertensión fue de 28.7% en forma general, tanto en hombres como mujeres¹⁵, en Grecia fue de 40.2%¹⁶

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), estimó una prevalencia de 30.05% es decir a nivel nacional existen 15.2 millones de personas que tienen HAS entre 20 y 69 años, la prevalencia en hombres fue de 34.2% y en la mujer de 26.3%. La prevalencia fue directamente proporcional a la edad, pero a partir de los 50 años la prevalencia supera el 50% lo que se traduce de que uno de cada 2 mexicanos la padece. Yucatán ocupa el 16^o lugar a nivel nacional, con una prevalencia de 32.4%.¹⁷

La medición del cumplimiento no es fácil ni exacta. Los métodos pueden ser directos: cuantificación del fármaco, metabolito o marcador en algún fluido del hipertenso. O indirectos, recuento de comprimidos, entrevista clínica. Los métodos indirectos basados en entrevista clínica ofrecen escasa concordancia en estudios de validación respecto al método de recuento de comprimidos, reconocido como método de certeza y que está validado¹⁸

Cumplimiento terapéutico; se define en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como "acción y efecto de cumplir", mientras que cumplir se define como "hacer lo que se debe". Haynes define el cumplimiento como "el grado en el cual la conducta de una persona, en términos de tomar una medicación, seguir dietas o efectuar cambios en el estilo de vida coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias". Por consiguiente el término incumplimiento se refiere a la falta de cumplimiento por parte de los pacientes. Esta definición de cumplimiento implica una obediencia rigurosa de las indicaciones y prescripciones médicas, sin margen para la discusión o comprensión, de tal forma que el incumplimiento significa culpabilidad del paciente, cualquiera que sea la causa. Los métodos basados en la entrevista clínica más utilizados son el test del cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes-Sackett y el Test de Morinsky-Green. , se cuenta con un estudio descriptivo llamado ¿cumplen correctamente el tratamiento farmacológico nuestros hipertensos? Realizado por el Dr. Barquin Solera y cols realizado en Toledo, España con 237 pacientes hipertensos de los cuales 90 pacientes (38%) cumplieron el tratamiento y 147 no lo cumplen (62%)

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias en riesgo. El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas, ofrece una correlación alta con pruebas especializadas. Sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

A nivel de atención primaria e investigación el puntaje que se utiliza es el que al sumar, oscila de 0 a 20 puntos, indicando alta o baja satisfacción en el funcionamiento familiar, pues al categorizar la 5 opciones (4, 3, 2, 1,0), aumenta la precisión del instrumento. Inicialmente la propuesta fue de tres posibles respuestas (2, 1,0,) en cada parámetro que al sumarlos oscilaba entre 0 a 10 puntos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

***¿EXISTE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES
HIPERTENSOS NO CUMPLIDORES?***

JUSTIFICACIÓN

La OMS considera a la hipertensión arterial como un problema de salud prioritario en América, con enormes repercusiones sociales y económicas. Afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países, es la 1ª causa de morbilidad, es el factor de riesgo más importante para enfermedad cardiovascular, se asocia a otros factores como dieta, hiperlipidemia, obesidad, tabaquismo, diabetes e inactividad física en el manejo integral del paciente hipertenso. Es importante considerar que la familia es generadora de salud enfermedad, por ello resulta relevante el conocer los dos factores estudiados en esta investigación

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la existencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos no cumplidores en la comunidad de Hocabá, Yucatán

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el incumplimiento terapéutico en todos los pacientes del estudio a través de la aplicación del test de Morisky-Green
- Determinar la disfunción familiar en todos los pacientes del estudio a través de la aplicación del APGAR FAMILIAR.

HIPÓTESIS

H1 Existe disfunción familiar en pacientes hipertensos no cumplidores en la comunidad de Hocabá, Yucatán

H2 No existe disfunción familiar en pacientes hipertensos no cumplidores en la comunidad de Hocabá, Yucatán

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- **Edad.** Tipo: cuantitativa. Escala: años del paciente, medición años cumplidos del paciente.
- **Nivel de escolaridad.** Tipo: cuantitativa. Escala: numérica. Medición: grado escolar.
- **Estado civil.** Tipo: cualitativa. Escala: Nominal. Medición: Casado, soltero, viudo.
- **Genero:** Tipo: cualitativa. Escala: Nominal. Medición: Masculino, femenino.
- **Función familiar** Calificación obtenida en el APGAR FAMILIAR
- **Cumplimiento terapéutico.** Paciente cumplidor o no cumplidor.

FAMILIA DISFUNCIONAL: Familia que obtenga una puntuación menor a 7 en la escala de evaluación del Apgar Familiar

FAMILIA FUNCIONAL: Familia que obtenga una puntuación igual o mayor de 7 en la escala de evaluación del Apgar familiar

HIPERTENSION ARTERIAL: Pacientes bajo tratamiento hipertensivo en la unidad de medicina familiar No. 37 Hocaba.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, transversal.

POBLACIÓN: Se seleccionaron a todos los pacientes hipertensos de la unidad de medicina familiar no 37 Hocaba que acudieron a su cita de control en el periodo comprendido entre Enero y Marzo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes hipertensos que acudan a control mensual de la UMF No 37 Hocabá.
2. Hombres y mujeres
3. Edad mayor o igual a 18 años.
4. Que acepten participar en el estudio.

CITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Que tengan una enfermedad crónica concomitante.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que abandonen el estudio

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se seleccionó todos los pacientes incluidos en la consulta de control de hipertensión arterial que cumplan con los criterios de inclusión del estudio, se les aplicó la hoja de consentimiento informado, la hoja de recolección de datos, el Apgar familiar y el test de Morisky Green.

Los resultados obtenidos se presentarán para su análisis en una tabla de distribución de frecuencias. Y para su análisis estadístico se empleará la χ^2 .

CONSIDERACIONES ETICAS. En este estudio no se afectará la integridad física y emocional de los pacientes incluidos y los datos obtenidos serán completamente confidenciales.

RESULTADOS

Se estudiaron 49 pacientes (100%), de los cuales 17 fueron hombres (28.5%) y 32 mujeres (71.5%) (Grafica 1), con promedio de edad de 66.7 años. En cuanto al estado civil predominaron los casados 41 (83.6%), el siguiente fueron los viudos 8 pacientes (16.4%) no hubo pacientes solteros (Grafica 2). El nivel de escolaridad predominante fue analfabeta con 23 pacientes (47%), (Grafica 3). La ocupación que predomina entre las mujeres fue la de ama de casa y entre los varones ser pensionado. (Grafica 4)

En lo que respecta al grado de funcionalidad familiar, se encontró que 40 pacientes estuvieron en la categoría de familia funcional (81.6%), 9 pacientes en disfunción familiar (18.4%) (Grafica 5)

En cuanto al cumplimiento terapéutico 35 pacientes estuvieron en la categoría de cumplidor (71.4%) y 14 pacientes fueron no cumplidores (28.6%). (Grafica 6)

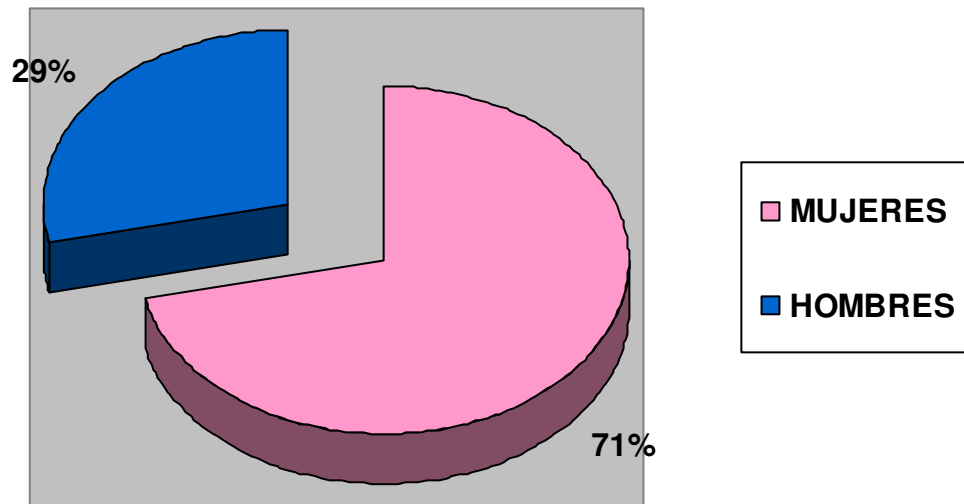
De los 35 pacientes (71.4%), catalogados como cumplidores, 1 (2.04%) fue calificado como proveniente de familias disfuncional y 34 (69.36%) fueron provenientes de familia funcional.

De los 14 pacientes (28.6%) catalogados como no cumplidores 8 (16.34%) fueron calificados como provenientes de familias disfuncionales y 6 (12.25%) son provenientes de familias funcionales.

Gráficas

GRAFICA No.1

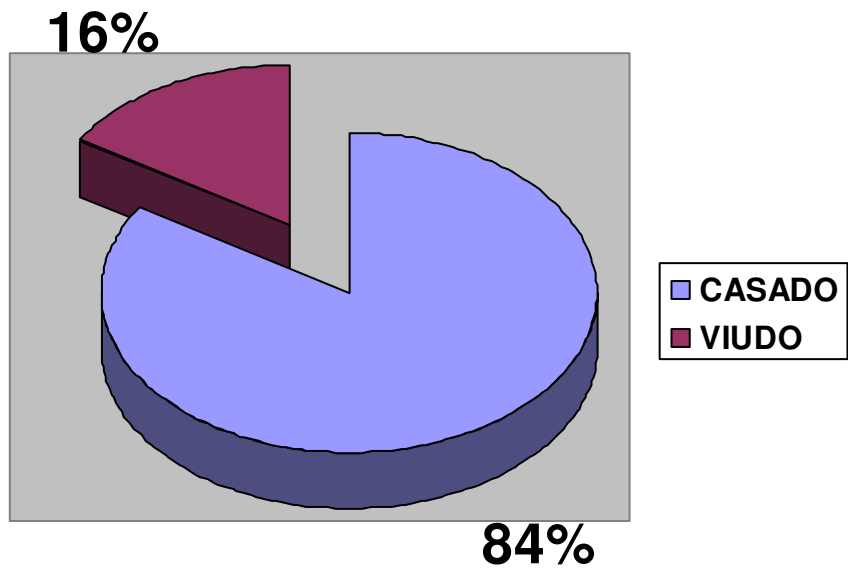
SEXO



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ABRIL 2006, UMR. No. 37 HOCABÀ, YUCATÁN.

GRAFICA No.2

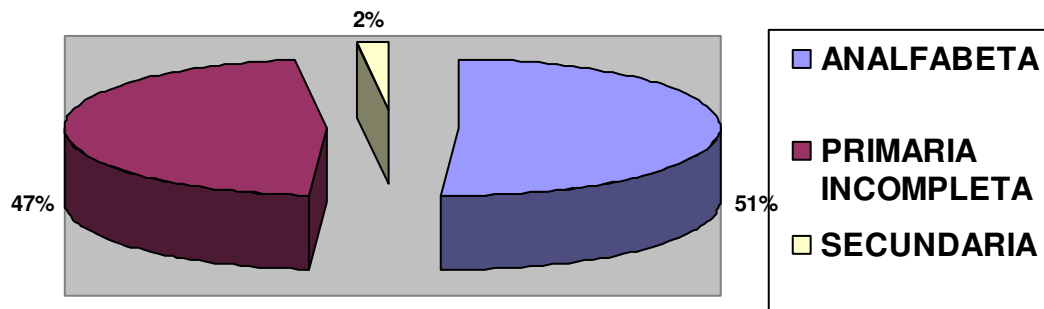
ESTADO CIVIL



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ABRIL 2006, UMR. No. 37 HOCABÀ, YUCATÁN.

GRAFICA No.3

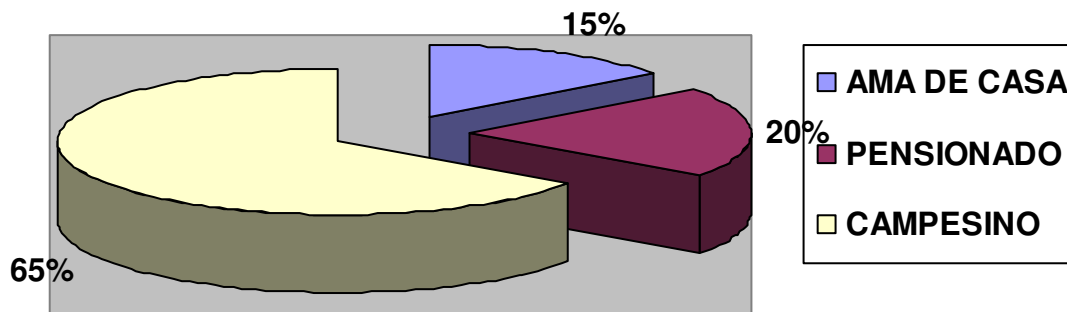
ESCOLARIDAD



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ABRIL 2006, UMR. No. 37 HOCABÀ, YUCATÁN.

GRAFICA No.4

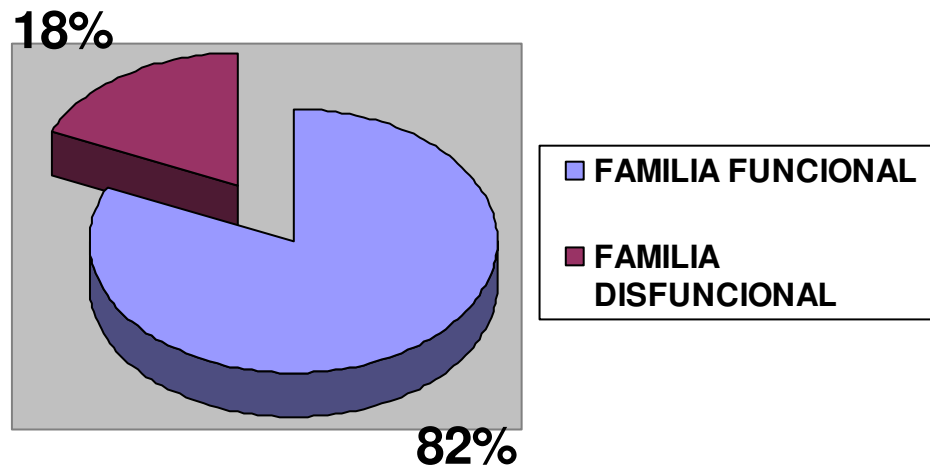
OCUPACIÓN



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ABRIL 2006, UMR. No. 37 HOCABÀ, YUCATÁN.

GRAFICA No.5

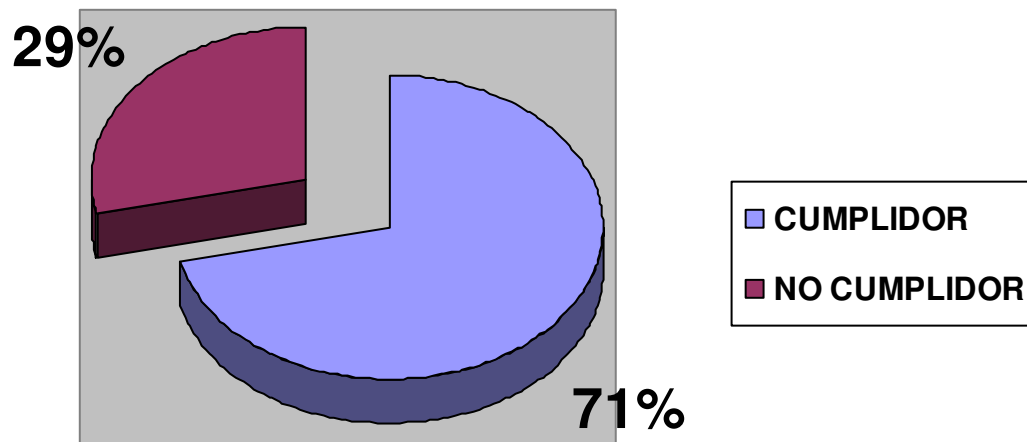
FUNCIONALIDAD FAMILIAR



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ABRIL 2006, UMR. No. 37 HOCABÀ, YUCATÁN.

GRAFICA No.6

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ABRIL 2006, UMR. No. 37 HOCABÀ, YUCATÁN.

DISCUSIÓN

En este estudio se observó la existencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos no cumplidores

La proporción entre hombres y mujeres fue la encontrada en los estudios consultados con predominio del sexo femenino sobre el masculino.

El grado de escolaridad fue menor que en otros estudios predominando en este el analfabetismo.

En la bibliografía recogida, la media ponderal del no cumplimiento terapéutico farmacológico en España es del 45%, según los estudios realizados a través de métodos indirectos basados en la entrevista clínica.

En nuestro estudio, descriptivo transversal, a través de una entrevista clínica, la población hipertensa analizada fue de 49 pacientes siendo estos todos los hipertensos. El no cumplimiento terapéutico antihipertensivo, según el diseño del estudio es de 28.6% (que está dentro de lo esperable¹⁸, los pacientes cumplidores predominaron siendo un 71.4% lo que difiere de los estudios previos.

Las familias funcionales predominaron en este estudio con un 81.6% es muy importante resaltar que el 57% de los pacientes no cumplidores fueron disfuncionales

El número de pacientes incluidos en este estudio podrían limitar los resultados por lo que se propone la realización de nuevos estudios similares con mayor número de pacientes

Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la funcionalidad familiar es dinámica, no estática y que muchos pacientes no son capaces de reconocer conductas o patrones de conductas patológicas o disfuncionales o bien, que no deseen reconocerlos y menos que otras personas ajenas a su familia se involucren, pudiendo por lo tanto falsear las respuestas.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que en este estudio transversal se encontró que los pacientes hipertensos no cumplidores presentan disfunción familiar en mayor proporción que los pacientes cumplidores, sin embargo sabemos que la familia es una unidad dinámica la cual determinadas situaciones la hacen disfuncional y en otras se encuentra funcional, según el instrumento que se utilice para determinar la funcionalidad familiar, por lo que resultaría una buena estrategia el diseño de un nuevo instrumento que permita determinar la funcionalidad familiar a pesar de la constante dinámica en la que se encuentra inmersa, a la vez que sería necesaria una mayor labor en educación para la salud sobre conocimientos de hipertensión arterial para que los pacientes tomen conciencia de su problema de salud y las medidas adecuadas para el control de su hipertensión y el cumplimiento terapéutico antihipertensivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Santacruz Varela J. La familia como unidad de análisis. Revista médica del IMSS 1983, 1, 15-25.
2. Molina A. La familia como sistema. Un enfoque dialéctico. Facultad Psicología. UNAM.
3. Horwitz N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Vol. OPS 6(1) 1990
4. Walsh F. Conceptualización of normal family functioning. New York. Normal Family Process. Guillard Press 1982:3-44
5. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
6. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. México, DF: Prensa Médica, 1985.
7. Gutiérrez D. Dinámica familiar y patología. México, DF: Prensa Médica, 1985:53-66.
8. Doherty WA, Campbell TL. Families and Health. Beverly Hills, CA, Sage Publications, 1988.
9. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.
10. Sabbeth B, Leventhal JM. Marital adjustment to chronic childhood illness: A critique of literature. Pediatrics 1984; 73: 762-768.
11. Klein RF, Dean A, Bogdonoaoff MD. The impact of illness on the spouse. J Chronic Dis 1967; 20: 241-248.
12. Strong M, Mainstay. For the well Spouse of the chronically Ill. Boston: MA, Little, Brown&Co., 1988.
13. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer Verlag, 1998.
14. Chobanian, A; Bakris, G; Black H; Cushman,W; Grren L; Izzo, J; et al. The Seventh Report of Joint National Committe on Prevention and Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JAMA, 2003; 289: 2560-72.
15. Cappuccio F P., Micah F B., Emmett L, Kerry S M., Antwi S, Martin-Peprah R, et. Al. prevalence, Detection, Management, and Control of Hypertension in Ashanti, West Africa. Hypertension. 2004; 43:1017-1022.
16. Psaltopoulo T, Orfanus Ph, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D, Trichopoulos A. Prevalence, awareness, treatment and control of hipertention in a general population sample of 26913 adults in the Greek EPIC study.
17. Velásquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelin HG, Grupo ENSA 2000, Attie F, Tapia CR. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch. Cardiol. Mex. 2002; 72: 71-84.
18. Barquín-Solera, J; Plaza-Muñoz, G; López-Cabezas, B; Schmolling-Guinovart, Y. ¿Cumplen correctamente el tratamiento farmacológico nuestros pacientes? 2003; 1: 1-8.
19. Arias C L., Herrera Julián A. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud Colombia Médica 1994; 25: 26-8

ANEXOS

- 1) APGAR FAMILIAR
- 2) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 3) TEST DE MORISKY GREEN
- 4) HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO 1 **APGAR FAMILIAR**

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1.- ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2.- ¿ Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?	0	1	2
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que ustedes y su familia pasan juntos?	0	1	2
5.- ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACION TOTAL			

ESCALA DE MEDICION APGAR FAMILIAR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	PUNTOS
NORMOFUNCIONAL	7-10
DISFUNCIONAL LEVE	3-6
DISFUNCIONAL GRAVE	0-2

ANEXO 2 **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN YUCATÁN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
MEDICINA FAMILIAR SEMIPRESENCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha.: _____

Curso para médicos generales del IMSS medicina familiar modalidad semipresencial.

Para efecto del protocolo de investigación “la disfunción familiar un factor asociado al incumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos” con la previa autorización de la universidad nacional autónoma de México.

Con el objetivo de recabar datos necesarios para la realización del estudio antes mencionado.

Mediante mi firma de este documento doy mi consentimiento para que me entrevisten haciendo hincapié en la confidencialidad del manejo de los datos y en que mi participación se mantendrá en el anonimato.

Firma de entrevistador

Firma del entrevistado

ANEXO 3 **TEST DE MORISKY-GREEN**

1. ¿SE OLVIDA TOMAR ALGUNA VEZ LOS MEDICAMENTOS PARA SU HTA?

SI _____ NO _____

2. LOS TOMA A LA HORA INDICADA?

SI _____ NO _____

3. CUANDO SE ENCUENTRA BIEN, ¿DEJA DE TOMAR SU MEDICACIÓN?

SI _____ NO _____

4. SI ALGUNA VEZ LE SIENTAN MAL ¿DEJA USTED DE TOMARLAS?

SI _____ NO _____