



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78
NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS, MEXICO.

TÍTULO:

**PERFIL FAMILIAR Y RED SOCIAL EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA Y NO
CONTROLADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 22 DE CIUDAD MIER, TAMAULIPAS.**

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

PRESENTA

DRA. MARÍA JOVITA AGUILAR ZAVALA

NUEVO LAREDO, TAMPS.

DICIEMBRE DE 2008



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.

**PERFIL FAMILIAR Y RED SOCIAL EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 22 DE CIUDAD MIER,
TAMAULIPAS**

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

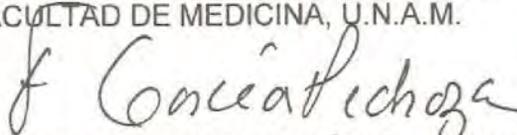
PRESENTA

DRA. MARIA JOVITA AGUILAR ZAVALA

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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



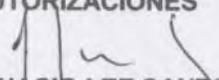
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**PERFIL FAMILIAR Y RED SOCIAL EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 22 DE CIUDAD MIER,
TAMAULIPAS.**

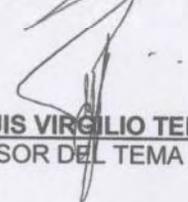
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA**

DRA. MARÍA JOVITA AGUILAR ZAVALA

AUTORIZACIONES


DR. IGNACIO LEE SANTOS
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
SECRETARIO DEL CLIS 2803


DRA. ALICIA CASTRO RAMIREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78


DR. LUIS VIRGILIO TELLO YUNAN
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS

NOVIEMBRE DE 2008

APROBACIÓN DE LA TESIS

La presente tesis fue aprobada por el Secretario del Comité Local de Investigación 2803 Dr. Ignacio Lee Santos, Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como por la Profesor Titular de la Especialidad Dra. Alicia Castro Ramírez,



Dr. Ignacio Lee Santos
Secretario del Comité Local de Investigación



Dra. Alicia Castro Ramirez
Profesor Titular

AGRADECIMIENTOS

A nuestros asesores: A la Dra. Alicia Castro, a la Dra. Leticia del Sagrario Ruiz Ortiz, al Dr. Luis Virgilio Tello Yunan, al Dr. Ignacio Lee Santos por todo lo que aprendí con ustedes, una experiencia inolvidable.

A nuestros maestros: Al Dr. Guillermo Juárez Jiménez, al Dr. Héctor Génis Rosas, al Dra. Ulda Neri Jiménez, al Dr. Saúl Sandoval Guerra, a la Dra. Irma Yolanda Machuca Flores, por su tiempo invertido en nuestra enseñanza.

A todos nuestros compañeros y amigos que estuvieron con nosotros apoyándonos durante los 3 años de residencia.

DEDICATORIA

A Dios.

Que me acompañó durante todos los momentos difíciles de mi vida y me dio fortaleza para enfrentar y superar la meta.

A la memoria de mis padres que siempre estuvieron en mi pensamiento en especial mi padre que a pesar de no estar aquí siempre su imagen estuvo en mi pensamiento para no flaquear.

A mi esposo.

Quien siempre fue paciente y estuvo conmigo dándome confianza, seguridad, amor y cariño y que fueron elementos esenciales para llegar a la meta.

A mi hijo.

Que fue participe de mis alegrías y mis tristezas su ayuda fue la mas valiosa para mi superación.

Al resto de mis familiares.

Que siempre me animaron y apoyaron para seguir adelante.

A mis maestros.

Que siempre manifestaron, incondicionalmente disposición para proporcionarme sus conocimientos y sus experiencias.

A los directores y jefes del departamento Clínico.

Por el apoyo, comprensión y facilidades para el aprendizaje.

A mis amigos y compañeros.

Que siempre me incitaron a seguir adelante en los momentos que vieron flaquear.

INDICE GENERAL:

Antecedentes

Marco teórico

- Definición
- Etiología
- Fisiopatología
- Diagnóstico
- Complicaciones
- Tratamiento
- Tratamiento no farmacológico
- Tratamiento farmacológico
- Papel del Médico Familiar ante esta enfermedad

Planteamiento del problema

Justificación

Objetivos

- Objetivo general
- Objetivos específicos

Metodología

- Clasificación del diseño del estudio
- Población de estudio
- Muestra
- Criterios de selección
- Variables de estudio
- Procedimiento
- Flujograma de actividades
- Consideraciones éticas

Recursos

Resultados

Gráficos

Discusión

Conclusión

Referencias

Anexos

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en la sociedad occidental y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala a la Hipertensión Arterial como una de las tres causas de mayor mortalidad en el conjunto de la población, dependiendo de su control la reducción a la mitad de la tasa de enfermedad cardiovascular en una población determinada. En población europea española los pacientes hipertensos controlados de acuerdo con el estudio Cardiotens es inferior a 20%. ¹

La prevalencia de hipertensión arterial es directamente proporcional con la medida del envejecimiento de la población continúa en ascenso afectando a casi mil millones de personas en todo el mundo constituyéndose como la enfermedad crónica esencial del adulto de mayor prevalencia mundial; de acuerdo con el estudio Framingham del Corazón, las personas normotensas a los 55 años de edad tienen un riesgo de 90% de desarrollar hipertensión. ⁽²⁾

En Estados Unidos la hipertensión afecta a 50 millones de personas y es el diagnóstico primario más frecuente con 35 millones de visitas a consultorio con un porcentaje de hipertensos controlados de 34 % dentro de las cifras de control actuales (TA sistólica <140 mmHg y TA diastólica <90 mmHg). ⁽²⁾

En México la prevalencia de HTA en el año 2000 fue de 30.05% entre los 20 y 69 años de edad, representando a más de 15 millones de mexicanos, alcanzándose cifras de prevalencia aún mayores en los estados del norte del país y estimándose que solo el 10% de la población hipertensa está en control óptimo. Por otra parte, el 75% de hipertensos en nuestro país tiene una edad menor a 54 años a diferencia de los estudios realizados en población anglosajona y/o caucásica que generalmente incluyen pacientes \geq 55 años de edad. ⁽³⁾

De acuerdo con el informe de estructura del mercado de los servicios de salud en México la distribución por tipo de institución que proporciona la atención médica al paciente hipertenso, corresponde 54% a la seguridad social, 27% a población abierta

atendida por el estado y 19% a la medicina privada, siendo la Medicina Familiar el servicio más utilizado con un promedio por hipertenso ± 2.96 .⁽⁴⁾

Existe una relación directa entre tensión arterial (TA) y riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) independiente de cualquier otro factor de riesgo. Entre los 40 a 70 años de edad, se duplica el riesgo de ECV en todo el rango de 115/75 hasta 185/115 mmHg con cada incremento de 20 mmHg en TA sistólica o 10 mmHg en TA diastólica.²

La relación entre el control de la hipertensión arterial y la prevención de complicaciones la demuestran diversos estudios clínicos que señalan la asociación del tratamiento antihipertensivo con la reducción de apoplejía en 35 a 40 %; infarto agudo del miocardio en 20 a 25 %; insuficiencia cardiaca mayor a 50 % confirmándose los beneficios del control riguroso dentro de las cifras de control actuales de TA sistólica <140 mmHg y TA diastólica <90 mmHg en el paciente hipertenso.²

El cambio a un estilo de vida saludable disminuyen las cifras de TA siendo decisiva para la prevención de tensión arterial elevada y parte vital en el tratamiento del paciente hipertenso al aumentar la eficacia del fármaco antihipertensivo y reducir el riesgo cardiovascular. De acuerdo con los modelos de conducta, aún cuando se prescriba el tratamiento médico más eficaz, la hipertensión solo se controlará si el paciente está motivado para el apego terapéutico y la adopción de un estilo de vida que favorezca la salud. La motivación está en relación directa con las actitudes y experiencias positivas del paciente influenciadas por diferencias culturales, creencias y experiencias previas.⁽²⁾

La modificación del estilo de vida en relación con la dieta, ejercicio, tabaco, alcohol y estrés han demostrado su eficacia en el control de casos de pre-hipertensión, complemento de farmacoterapia inicial y prevención secundaria de eventos cardiovasculares.⁽⁵⁾

Los avances en el conocimiento en relación a riesgo cardiovascular, diagnóstico, desarrollo de nuevos fármacos y combinaciones terapéuticas, no han modificado la persistencia de un escaso control de las cifras de TA en el paciente hipertenso estando aún lejos de alcanzar la meta de control óptimo de la población hipertensa. En el estudio PRESCAP que analizó datos de más de 6000 pacientes hipertensos en consulta de atención primaria, las variables asociadas con el mal control no solo se relacionaban a las características del paciente como la presencia de diabetes, consumo de alcohol y tabaquismo, también fueron asociados el tratamiento farmacológico insuficiente y la tolerancia del médico al cambio de medicamento. Sin embargo, no es únicamente la comorbilidad y el tratamiento farmacológico recibido los responsables, como lo demuestran otros estudios que han señalado la existencia de otros factores relacionados con la red social de los pacientes a los que no se les presta importancia y que parecen ser determinantes en el conocimiento, tratamiento y grado de control de la HTA. (6)

La **red social** definida como el conjunto de contactos y su naturaleza que establece un individuo con otras personas, es un indicador de integración en la estructura social e influye en el estado de salud. Existe una asociación directamente proporcional entre una red social pobre con una peor salud subjetiva y una peor calidad de vida. El aislamiento social se relaciona con peor pronóstico posterior a enfermedad cardiovascular, también se asocia a una mayor mortalidad global y por enfermedad cardiovascular, accidentes y suicidios. Existen evidencias que explican la relación de la red social y la salud mediante mecanismos fisiológicos como las alteraciones del funcionamiento del sistema inmunológico, neuroendócrino y cardiovascular. 7

En relación a la tensión arterial, los estudios demuestran que una peor red social se asocia con cifras mayores de TA, sugiriéndose que el aislamiento social puede limitar la recepción de apoyo social; el menor apoyo social puede conducir a la no modificación del estilo de vida, menor adopción de hábitos de vida saludable y deficiente cumplimiento de las recomendaciones médicas. Así mismo, se ha observado que una buena red social puede atenuar la respuesta cardiovascular ante las situaciones de estrés y evitar la consecuente elevación de TA. En estudio

publicado sobre la relación de red social e hipertensión arterial en 3483 personas se encontró asociación entre HTA y algunas variables de integración social como el estado civil y la situación de convivencia además de una dependencia del conocimiento del estado hipertensivo con la frecuentación de familiares, amigos o vecinos. ⁷

Por otra parte, se ha observado una relación inversa entre la red social y algunos trastornos mentales, aunque la interacción social estresante e incomoda también puede asociarse con una peor salud mental. Así mismo, el estrés psicosocial puede desencadenar alteraciones neuroendócrinas e inmunológicas ampliando la susceptibilidad al daño y la enfermedad; es multifactorial, resultado de la serie de sucesos que ocurren cotidianamente afectando las emociones de las personas y relacionado con los nexos interpersonales sociales y la funcionalidad familiar. ⁽⁸⁾

En estudios publicados en relación a la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial se ha demostrado una fuerte relación entre el apoyo social y la función familiar; la relación es clara si se toma en cuenta que la red social hace referencia a los contactos del individuo con otras personas y esto incluye las relaciones dentro del ámbito no familiar y familiar observándose mayor disfunción familiar a menor apoyo social; es a través de estas interacciones que las necesidades sociales básicas de afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación son satisfechas por lo que al aumentar el apoyo social mejoran la salud física y psíquica de las personas. ⁹

El control de la hipertensión arterial requiere de la adopción permanente de acciones prescritas conducentes a lograrlo de tal forma que el apego al tratamiento se vincula directamente con el apoyo que la familia otorga al paciente por lo que el entorno familiar puede modificarse desfavorablemente. Los objetivos en el tratamiento integral de la HTA que implican modificaciones del estilo de vida, son difíciles de lograr sin la participación convencida y conjunta del enfermo y su familia. En estudios realizados en México con relación al apoyo familiar, en la Delegación del IMSS en Durango, Marín Reyes y colaboradores en su estudio sobre el apoyo familiar en el apego al tratamiento de la HTA concluyeron que este se vincula de forma significativa

con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. Así mismo en la Delegación del IMSS en Nuevo León Medina Verástegui y colaboradores encontraron significancia estadística entre el apoyo familiar y el control de la hipertensión arterial. ^(10, 11)

La familia es el ámbito en el que interactúan personas relacionadas entre sí por lazos de parentesco, por consanguinidad, afinidad, costumbre o legales y la influencia de la familia como grupo social en la presencia y control de enfermedades ha sido motivo de investigación a lo largo del tiempo quedando demostrado que no solo puede ser considerada a la familia como factor protector y de apoyo sino que también puede ser generadora de patología. ⁽¹²⁾

El Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud define a la familia como un grupo social organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad; responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Sistema compuesto por subsistema conyugal, subsistema paterno filial y subsistema fraterno. Sistema con **características tipológicas** que pueden hacer parecer a las familias distintas o similares de otras y así, de acuerdo a la composición la familia puede ser nuclear, extensa o compuesta; por el tipo de desarrollo, tradicional o moderna; por su demografía, urbana, suburbana o rural; por la ocupación, campesina, obrera, técnica o profesional; por el tipo de integración, integrada, semi-integrada o desintegrada, radicando la importancia de conocer estas características en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad. ⁽¹³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica esencial del adulto de mayor prevalencia mundial con una tendencia ascendente afectando a mil millones de personas en todo el mundo

En México la prevalencia de HTA en el año 2000 fue de 30.05 % entre los 20 y 69 años de edad, representando a más de 15 millones de mexicanos, alcanzándose cifras de prevalencia aún mayores en los estados del norte del país y estimándose que solo 10 % de la población hipertensa está en control óptimo. El 75 % de hipertensos en nuestro país tiene una edad menor a 54 años impactando no solo como problema de salud pública sino también a los procesos de productividad y economía.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en Nuevo Laredo, en sus dos niveles de atención y área de influencia Cd. Mier y Cd. Guerrero, de acuerdo con estadísticas del Diagnóstico de Salud 2003 – 2005, la Hipertensión arterial esencial (CIE 110) es el principal motivo del total de consultas en medicina familiar (24.2%) y consulta en especialidades (2.84%). Así mismo, las enfermedades cardiovasculares se encuentran dentro de los diez principales causas de egreso por defunción correspondiendo el tercer lugar al Infarto agudo del miocardio (CIE I121) 6.30%, séptimo lugar a la Enfermedad isquémica crónica del corazón (CIE I25) 2.22% y Enfermedades cerebro vasculares (CIE I67) 2.22%.

De acuerdo con los datos obtenidos de la Oficina de Registro Civil en Cd. Mier (2005), las enfermedades cardiovasculares fueron las primeras causas de muerte en la población de esta entidad, correspondiendo el primer lugar al Infarto agudo del miocardio (26.6%), segundo lugar a la Enfermedad cerebro vascular (13.3%) y en tercer lugar la Insuficiencia cardíaca congestiva (10%) y el Edema agudo pulmonar (10%).

Existe una relación directa entre cifras de tensión arterial (TA) y riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) independiente de cualquier otro factor de riesgo, duplicándose el riesgo entre los 40 a 70 años de edad y cuyo pronóstico no solo depende de la comorbilidad y el tratamiento farmacológico recibido como lo demuestran diversos estudios que han señalado la existencia de factores relacionados con la red social de los pacientes y que parecen ser determinantes en el conocimiento, tratamiento y grado de control de la HTA.

En el control de las cifras de tensión arterial se requiere adoptar acciones permanentes para lograrlo, observándose que una buena red social y familiar puede atenuar la respuesta cardiovascular ante situaciones de estrés y evitar la consecuente elevación de las cifras de TA, de manera que el apego al tratamiento se vincula directamente con el apoyo que la familia otorga al paciente.

Como lo demuestran los estudios publicados en relación a la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, se ha demostrado una fuerte relación entre el apoyo social y la función familiar; la red social hace referencia a los contactos del individuo con otras personas lo cual incluye las relaciones en el ámbito familiar observándose una mayor disfunción familiar directamente relacionada con un menor apoyo social; es a través de estas interacciones que las necesidades sociales básicas de afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación son satisfechas por lo que al aumentar el apoyo social mejoran la salud física y psíquica de las personas siendo fundamental desarrollar las estrategias necesarias ampliando el espectro tradicional de indicadores a otros elementos del paciente y su entorno para modificar el pronóstico de los pacientes hipertensos en quienes la hipertensión arterial por si misma constituye un importante riesgo cardiovascular y es este contexto lo que conduce a plantear la siguiente interrogante:

¿Cuál es el perfil familiar y la red social de los pacientes con Hipertensión arterial controlada y los pacientes con Hipertensión arterial no controlada en la U.M.F. No. 22 del IMSS en Cd. Mier, Tamaulipas?

JUSTIFICACION

La hipertensión arterial es considerada por la OMS como una de las tres causas de mayor mortalidad en el conjunto de la población, siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte en la sociedad occidental.

Las enfermedades cardiovasculares son las primeras tres causas de muerte en la población de Cd. Mier de acuerdo con el informe de la Oficina de Registro Civil esta entidad. De acuerdo con los diversos estudios en grupos de población determinada, existe una relación directa entre las cifras de tensión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular observándose que el control de cifras de tensión arterial reduce a la mitad la tasa de enfermedad cardiovascular por lo que las metas de control óptimo son de gran trascendencia tanto sobre la enfermedad como problema sanitario, como la repercusión social, económica, familiar e individual.

De acuerdo a lo demostrado por diversos estudios, el pronóstico en el paciente hipertenso no solo depende de la comorbilidad y el tratamiento farmacológico, por lo que es necesario desarrollar estrategias para determinar cuales son los factores involucrados en el éxito del control de la enfermedad. Se ha señalado la existencia de factores relacionados con la red social de los pacientes y el apoyo familiar como determinantes en el conocimiento, tratamiento y grado de control de la HTA.

Los aspectos relacionados al entorno social y familiar en el paciente tienen una influencia significativa en el apego al tratamiento. El tomar en cuenta variables familiares y sociales en la evaluación del paciente hipertenso como alternativa de atención integrada nos ayudará a identificar factores protectores para la salud del individuo y planificar las acciones de prevención primaria además de favorecer llegar a las metas de control óptimo de cifras tensionales y disminución del riesgo cardiovascular de pacientes con Hipertensión arterial de la U. M. F. No. 22 del IMSS.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el perfil familiar y la red social de los pacientes con Hipertensión arterial controlada y de los pacientes con Hipertensión arterial no controlada en la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS en Cd. Mier, Tam.

Objetivos específicos

- Determinar el perfil familiar en pacientes con Hipertensión arterial controlada, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS
- Determinar el perfil familiar en pacientes con Hipertensión arterial no controlada, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS
- Determinar la red social en pacientes con Hipertensión arterial controlada, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS
- Determinar la red social en pacientes con Hipertensión arterial no controlada, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS

METODOLOGÍA (MATERIAL Y METODOS)

Clasificación del diseño del estudio

Estudio Descriptivo Transversal

Población de estudio

Todos los pacientes con Hipertensión arterial adscritos a la unidad que acudieron a la consulta externa durante el período del 1° de julio al 31 de diciembre de 2007 en la Unidad de Medicina Familiar No. 22 de Cd. Mier Tamaulipas.

Muestra

Técnica muestral

Muestreo no probabilístico por conveniencia

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico antihipertensivo
- Registro en expediente clínico del tratamiento farmacológico
- Registro en expediente clínico de la cifra de tensión arterial mínimo en tres consultas previas en los últimos seis meses previos al estudio.
- Ambos sexos
- Adscripción a la unidad
- Aceptación voluntaria a participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Registro en expediente clínico de incumplimiento y/o abandono de tratamiento farmacológico
- Paciente con complicaciones tardías de hipertensión arterial
- Paciente con patología agregada al momento del estudio.

Criterios de eliminación

- Pacientes sin expediente clínico

Variables del estudio

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
HIPERTENSION ARTERIAL	DEPENDIENTE	Enfermedad silenciosa lentamente progresiva, asintomática cuyos principales mecanismos fisiopatológicos son: *Cambios estructurales cardiovasculares *Disfunción endotelial *Sistema renina angiotensina *Mevanismos renales * Sistema nervioso simpatico	Elevación de las cifras de presión sistólica iguales o mayores a 140 mmHg y/o cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90 mmHg	CATEGORICA ORDINAL CONTROLADA TA sistólica ≤ 139 mmHg TA diastólica ≤ 89mmHg NO CONTROLADA TA sistólica ≥ 140 mmHg TA diastólica ≥ 90mmHg	Expediente clínico
PERFIL FAMILIAR	INDEPENDIENTE	Características de las familias que permiten su clasificación y pueden determinar la dinámica y el grado de funcionalidad familiar	Tipo de familia por su composición	CATEGORICA NOMINAL 1 Nuclear 2 Extensa 3 Extensa compuesta	Cédula de Recolección de datos
			Tipo de familia por su integración	CATEGORICA NOMINAL 1 = Integrada 2 = Semi-integrada 3 = Desintegrada	
			Tipo de familia por su desarrollo	CATEGORICA NOMINAL 1 = Moderna 2 = Tradicional 3 = Primitiva	
			Tipo de familia por su demografía	CATEGORICA NOMINAL 1 = Urbana 2 = Suburbana 3 = Rural	
			Tipo de familia por su ocupación	CATEGORICA NOMINAL 1 = Profesional 2 = Técnica 3 = Obrera 4 = Campesina	
RED SOCIAL	INDEPENDIENTE	Conjunto de contactos directos e indirectos y su naturaleza que unen a un grupo de individuos según criterios definidos de parentesco, amistad o conocimiento. Es un indicador de integración en la estructura social e influye en el estado de salud.	Estado marital	CATEGORICA NOMINAL 1 = Casado 2 = No casado	Cédula de Recolección de datos
			Situación de convivencia	CATEGORICA NOMINAL 1 = Vive solo 2 = V Acompañado	
			Frecuentación de familiares	CATEGORICA NOMINAL 1 = Diária o casi diariamente 2 = Menor frecuencia	
			Frecuentación de amigos o vecinos	CATEGORICA NOMINAL 1= Diária o casi Diariamente 2= Menor frecuencia	

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en el área de consulta externa de medicina familiar de lunes a viernes en el turno matutino durante el período del 1° de julio al 31 de diciembre de 2007.

Medición de Tensión arterial

1. Se capacitó a la enfermera responsable del módulo PREVENIMSS de atención preventiva integrada del turno matutino para la estandarización en la medición de tensión arterial de todos los pacientes que acudieron a la unidad a su cita de control por Hipertensión arterial durante el período del estudio.
2. La medición de la tensión arterial se realizó con el paciente sentado confortablemente con soporte en la espalda, su brazo descubierto, semiflexionado y apoyado en una mesa que permita mantenerlo a la altura del corazón, empleando el método de auscultación de la TA utilizando un mismo estetoscopio Marshall Rappaport-type Modelo 416-22-P 22” y baumanometro aneroide Welch Allyn Modelo DS44-11CBT con brazalete estándar con cámara de aire cubriendo 80% o más de la circunferencia del brazo. Se usaron la fase I y V de los ruidos de Korotkoff para identificar las cifras de presión sistólica y diastólica respectivamente. Se midió la TA en ambos brazos tomando el valor más alto Posterior a la medición se procedió a su registro en el expediente clínico del paciente.

Perfil familiar

3. Se capacitó a la enfermera responsable del módulo PREVENIMSS de atención preventiva integrada del turno matutino para la integración del familiograma de todos los pacientes que acudieron a la unidad a su cita de control por Hipertensión arterial durante el período del estudio.
4. La enfermera responsable del módulo PREVENIMSS de atención preventiva integrada del turno matutino entrevistó a los pacientes sobre las características que permitieron la clasificación del tipo de familia por su **composición** (nuclear, extensa, extensa compuesta), por su **integración** (integrada, semi-integrada, desintegrada), por su **desarrollo** (moderna, tradicional, primitiva), por su **demografía** (urbana,

suburbana, rural), por su **ocupación** (profesional, técnica, obrera, campesina) y registró los datos en la cédula de identificación del paciente.

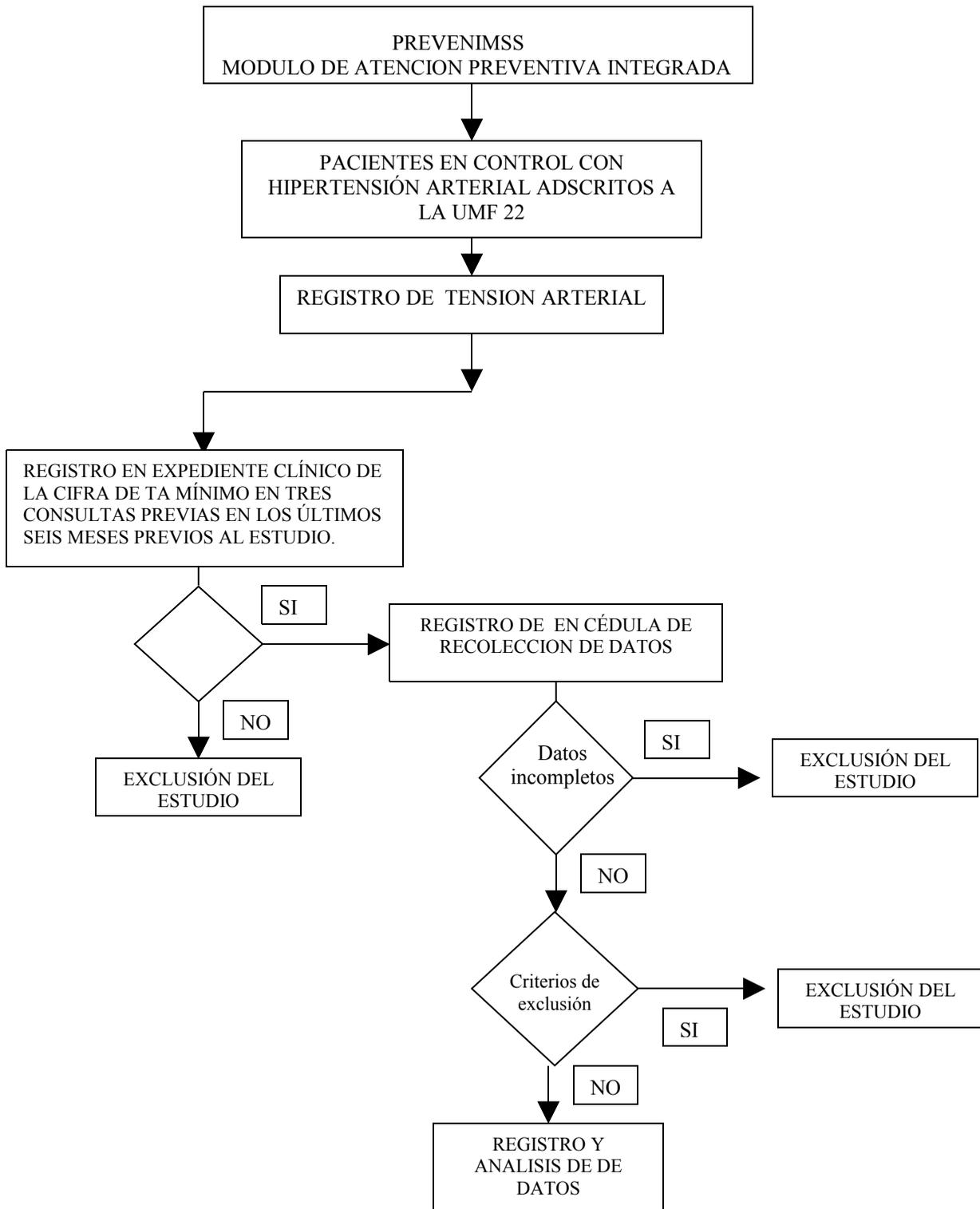
Red social

5. La enfermera responsable del módulo PREVENIMSS de atención preventiva integrada del turno matutino ajena a la investigación, entrevistó a los pacientes sobre las características que permitieron conocer la red social en base a estado marital (casado, no casado), situación de convivencia (vive solo, vive acompañado), frecuentación de familiares (diaria o casi diariamente, menor frecuencia), frecuentación de amigos o vecinos (diaria o casi diariamente, menor frecuencia) y registrará los datos en la cedula de identificación del paciente

Selección de casos

6. No hubo problemas para el registro en la cedula de identificación de los datos obtenidos en la entrevista y no hubo personas que se negaran a participar.
7. De acuerdo con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, el investigador revisó la totalidad de expedientes clínicos y cédulas de identificación del paciente.
8. Una persona del Centro de Documentación en Salud capturó en una base de datos los registros de las características familiares de la cédula de identificación del paciente y los valores obtenidos en las cifras de presión arterial
9. El investigador cotejó los resultados en las cifras de presión arterial registradas clasificando a los pacientes con TA CONTROLADA, TA NO CONTROLADA de acuerdo a la escala categórica ordinal correspondiente
10. El investigador clasificó a las familias en escalas nominales de acuerdo a las características que determinan su tipología en base a su integración, composición, desarrollo, demografía y ocupación.
11. El investigador determinó en escalas nominales de acuerdo a los contactos directos e indirectos que determinan la red social a cada uno de los sujetos de estudio.
12. El investigador realizó la comparación y análisis de resultados

Flujograma de actividades



Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación (Secretaría de Salud [SS], 1987) específicamente en los siguientes apartados:

- En relación al artículo 13 se considera el respeto y la dignidad humana, los pacientes participaron de forma voluntaria, sin presencia de dolor, riesgo o daño alguno.
- De acuerdo con el artículo 15, fracciones V, VII y VIII se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes dándoles una explicación clara y completa de la forma como se pretende realizar la investigación. Se contó con el dictamen favorable del responsable de la institución de salud participante.
- En cuanto al capítulo I, artículo 17, se tomó en cuenta la fracción I la cual manifiesta el tipo de riesgo implicado en la persona participante, por lo cual este estudio se consideró sin riesgo dado que no se realizó ninguna intervención, efectuándose únicamente la entrevista sobre características familiares y contactos directos e indirectos del factor de estudio.
- De acuerdo al artículo 16 y 20, los cuales refieren que todo participante de una investigación debe autorizar su participación libremente, a todos los participantes se les explicó el objetivo del estudio y se procedió a aclarar las dudas en caso de existir. Así mismo, se respetó el artículo 21, fracciones I, IV, VI, VII, y VIII, explicando a los participantes que tienen la libertad de retirarse cuando así lo decidan, se les aclaró las dudas garantizando la seguridad de que la información proporcionada sería manejada de forma confidencial.
- Por último, se toma en cuenta el artículo 22, el cual refiere que el consentimiento informado debe estar formulado por escrito por parte del investigador principal donde se dé a conocer la información necesaria señalada en el artículo 16 y 20.

RECURSOS

Recursos humanos

FUNCION	NUMERO	TIEMPO
Investigador principal	1	50%
Investigador asociado 1	1	15%
Investigador asociado 2	1	15%
Enfermera API	1	10%
Capturista	1	10%

Recursos físicos

CONCEPTO	NUMERO
Consulta externa de Medicina Familiar	1
Módulo de Atención Preventiva Integrada	1
Centro de Documentación en Salud del HGZ No. 11	1

Recursos materiales

CONCEPTO	NUMERO
Baumanometro aneroide Welch Allyn Modelo DS44-11CBT	1
Marshall Rappaport-type Modelo 416-22-P 22"	1
Cédula de identificación y características familiares del paciente	39
Expediente clínico	39
Formato para Familiograma	39
Base de datos	1
Paquete estadístico Excel Microsoft Office	1

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por un total de 39 sujetos de estudio de los cuales 23 corresponden al **sexo femenino** representando el 58.97% del total y 16 al **sexo masculino** que representan el 41.02% del total.

En la distribución por edad corresponden al grupo de ≤ 39 años 2 (5.12%); 40 – 44 años 1 (2.56%); 45 – 49 años 0 (0.00%); 50 – 54 años 6 (15.38%); 55 – 59 años 4 (10.25%); 60 – 64 años 4 (10.25%); 65 – 69 años 9 (23.07%); ≥ 70 años 13 (33.33%).

Se cotejaron los resultados en las cifras de presión arterial registradas clasificando a los pacientes con HTA CONTROLADA, HTA NO CONTROLADA de acuerdo a la escala categórica ordinal correspondiente observándose 34 sujetos en el grupo de HTA CONTROLADA que corresponden al 87.17% del total de la muestra y 5 sujetos en el grupo de HTA NO CONTROLADA que corresponden al 12.82% del total.

De los 34 sujetos con HTA CONTROLADA la distribución por sexo observada es 20 (58.82%) femenino y 14 (41.17%) masculino. De los 5 sujetos con HTA NO CONTROLADA la distribución por sexo observada es 3 (60.00%) femenino y 2 (40.00%) masculino.

Se clasificó a las familias de los sujetos de estudio del grupo HTA CONTROLADA y del grupo de HTA NO CONTROLADA en escalas categóricas nominales de acuerdo a las características determinantes de su tipología obteniéndose los siguientes resultados con relación al **perfil familiar**.

En el grupo de **HTA CONTROLADA** la distribución de familias observada es por su **composición** nuclear 34(100%), extensa (0.00%) y extensa compuesta 0 (0.00%); por su **integración** integrada 34 (100%), semi integrada 0 (0.00%) y desintegrada 0 (0.00%); por su **desarrollo** moderna 2 (5.88%), tradicional 32(94.11%) y primitiva 0(0.00%); por su **demografía** urbana 34(100%), suburbana 0(0.00%) y rural 0 (0.00%);

por su **ocupación** profesional 3 (7.69%), técnica 0 (0.00%), obrera 21 (58.97%) y campesina 10 (33.33%).

En el grupo de **HTA NO CONTROLADA** la distribución de familias observada es por su **composición** nuclear 4(80%), extensa 1(20%) y extensa compuesta 0(0.00%); por su **integración** integrada 5 (100%), semi integrada 0 (0%) y desintegrada 0 (0%); por su **desarrollo** moderna 0 (0.00%), tradicional 5 (100%) y primitiva 0 (0.00%); por su **demografía** urbana 5 (100%), suburbana 0 (0.00%) y rural 0 (0.00%); por su **ocupación** profesional 0 (0.00%), técnica 0 (0.00%), obrera 2 (40%) y campesina 3 (60%).

Se clasificó a los sujetos de estudios del grupo HTA CONTROLADA y del grupo HTA NO CONTROLADA en escalas categóricas nominales, para determinar de acuerdo a los contactos directos e indirectos la **red social**.

En el grupo de **HTA CONTROLADA** la distribución de sujetos de estudio observada por su **estado marital** es casado 32 (94.11%), no casado 2 (5.88%); por su **situación de convivencia** vive solo 4 (11.76%), vive acompañado 30 (88.23%); por su **frecuentación de familiares** diaria o casi diariamente 31 (91.17%), menor frecuencia 3 (8.82%); por su **frecuentación de amigos o vecinos** diaria o casi diariamente 34 (100%), menor frecuencia 0 (0.00%).

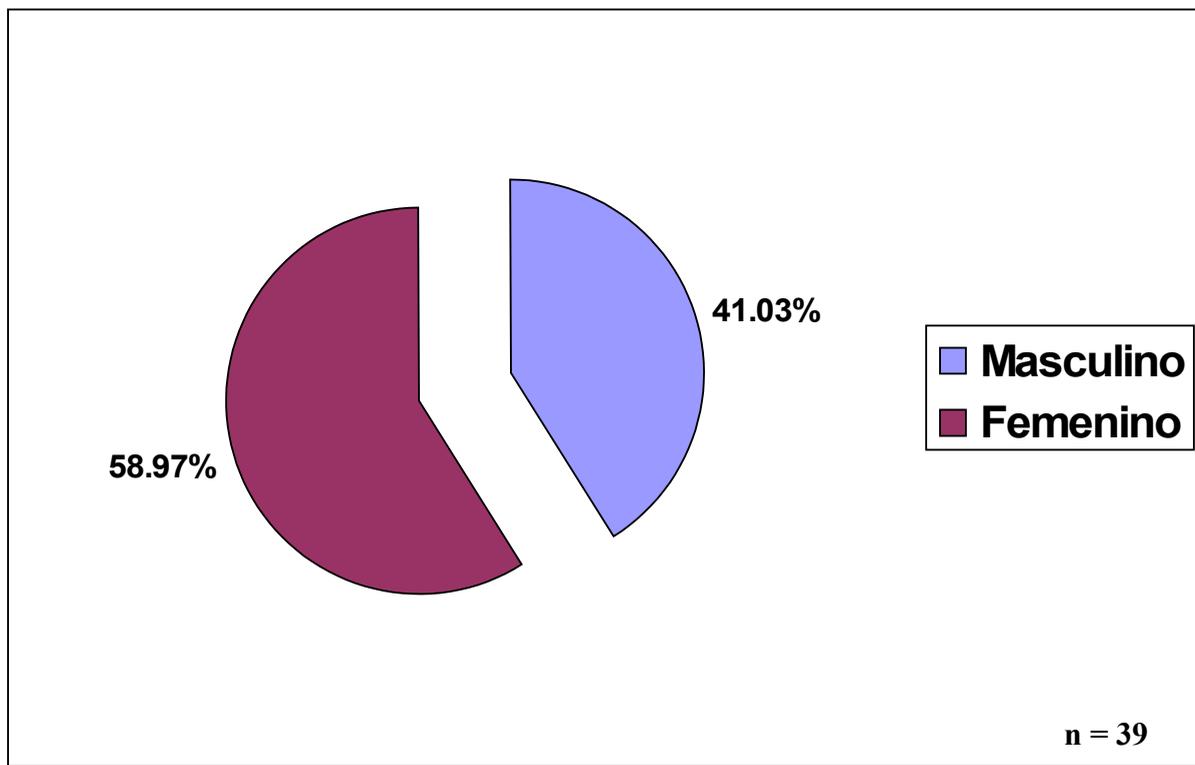
En el grupo de **HTA NO CONTROLADA** la distribución de sujetos de estudio observada por su **estado marital** es casado 5 (100%), no casado 0 (0.00%); por su **situación de convivencia** vive solo 1 (20.00%), vive acompañado 4 (80.00%); por su **frecuentación de familiares** diaria o casi diariamente 4 (80.00%), menor frecuencia 1 (20.00%); por su **frecuentación de amigos o vecinos** diaria o casi diariamente 5 (100%), menor frecuencia 0 (0.00%).

Distribución por sexo en pacientes controlados y no controlados en cuanto a su Hipertensión Arterial

Cuadro 1

	HTA CONTROLADA	%	HTA NO CONTROLADA	%	Total	%
Mujeres	20	58.82	3	60.0	23	58.97
Hombres	14	41.17	2	40.0	16	41.02
	34	100	5	100	39	100

Fig. 1

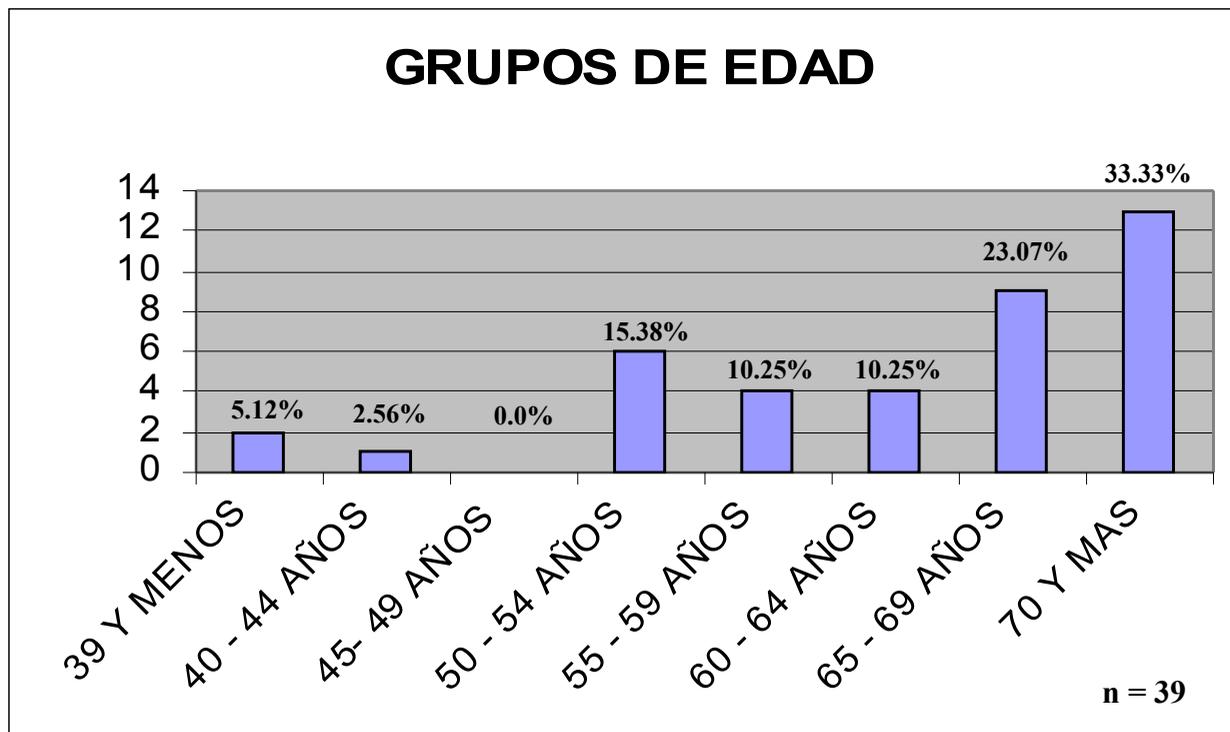


Distribución por grupos de edad en pacientes controlados y no controlados en cuanto a su Hipertensión Arterial

Cuadro 2

Grupos de edad	Total	%
≤39	2	5.12
40 – 44	1	2.56
45 – 49	0	0
50 – 54	6	15.38
55 – 59	4	10.25
60 – 64	4	10.25
65 – 69	9	23.07
≥ 70	13	33.33
Total	39	100

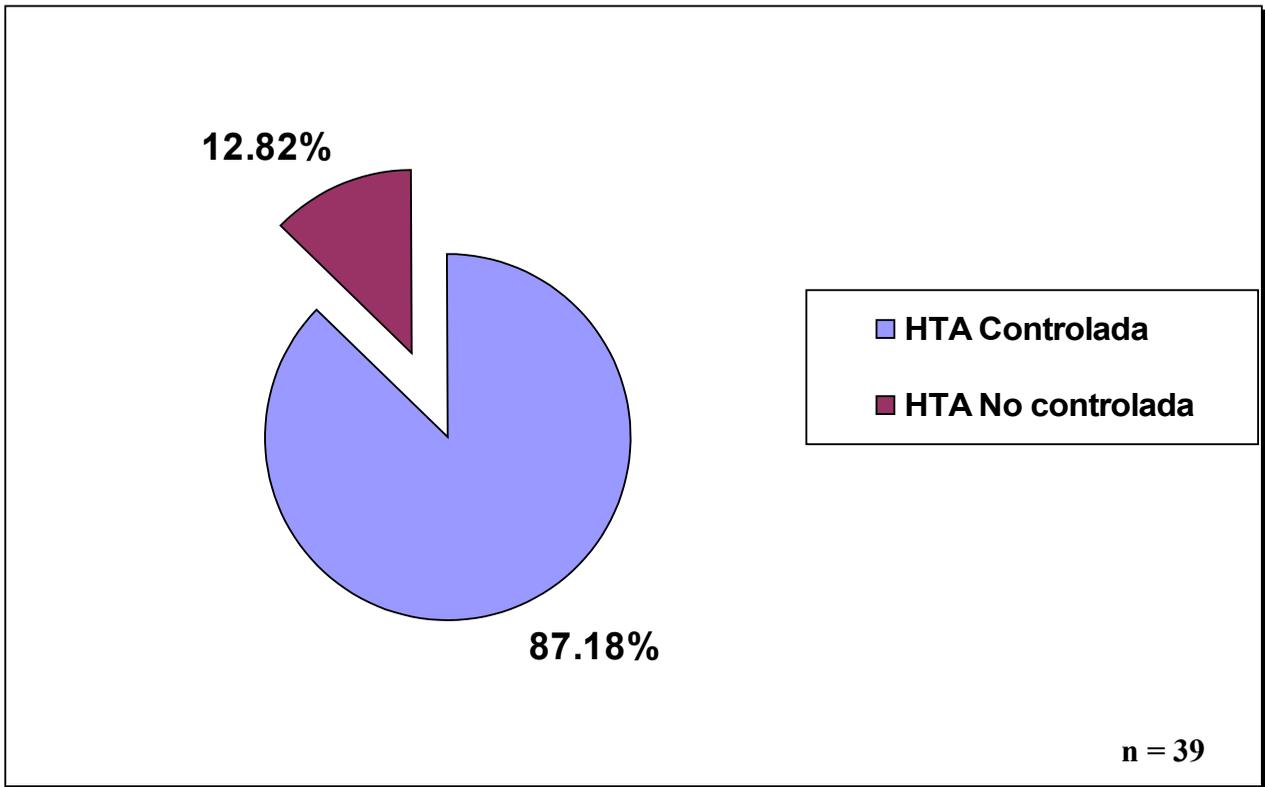
Fig. 2



Cuadro 3
Distribución de pacientes por control de Hipertensión Arterial

	HTA Controlada	%	HTA No controlada	%	Total	%
Pacientes	34	87.18	5	12.82	39	100

Fig. 3

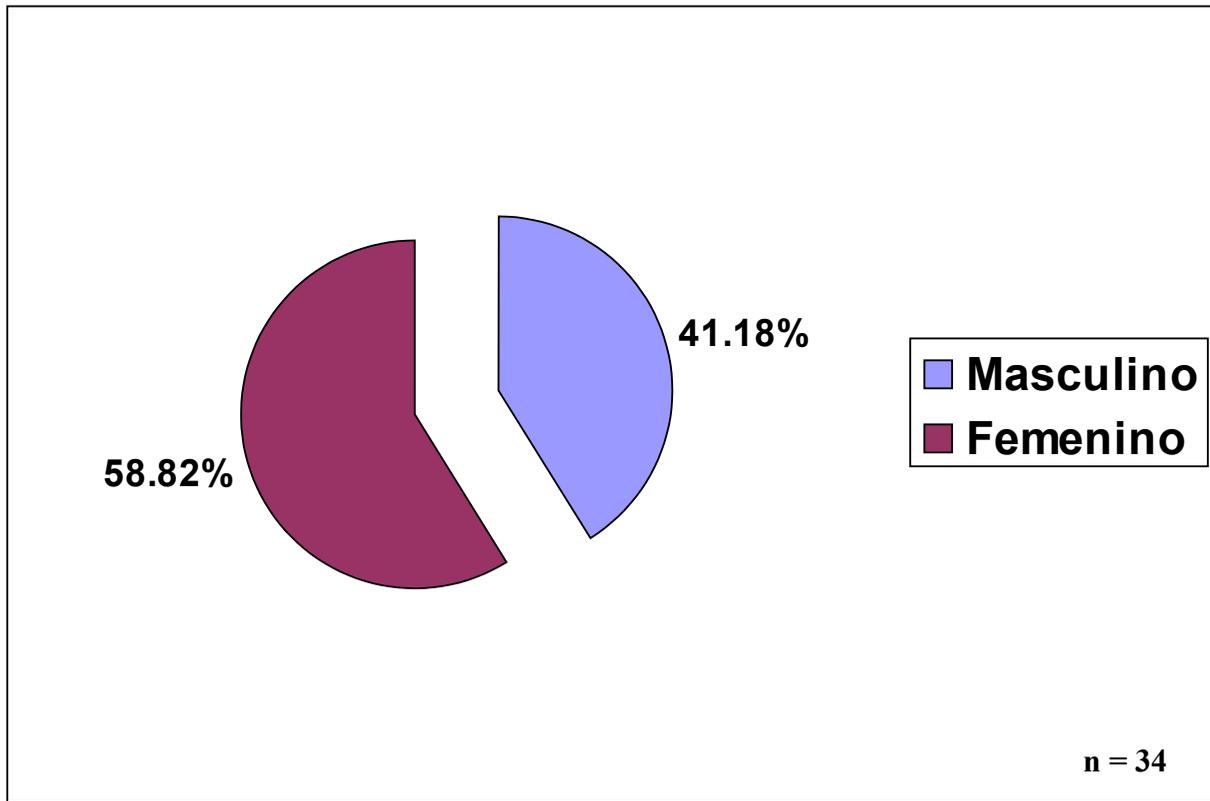


Distribución por sexo en pacientes controlados

Cuadro 4

	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Mujeres	20	58.82	14	41.18	34	100

Fig. 4

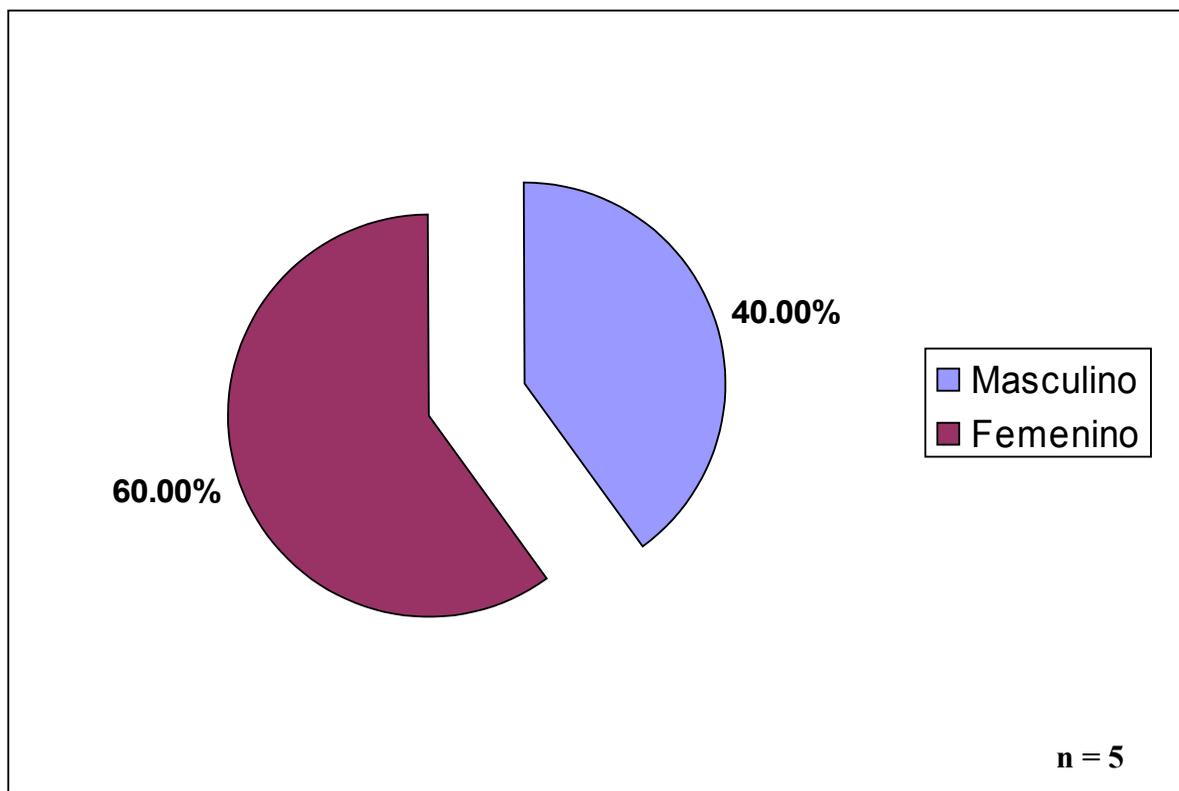


Distribución por sexo en pacientes no controlados

Cuadro 5

	Hombre	%	Mujeres	%	Total	%
Mujeres	2	40.0	3	60.0	5	100

Fig. 5

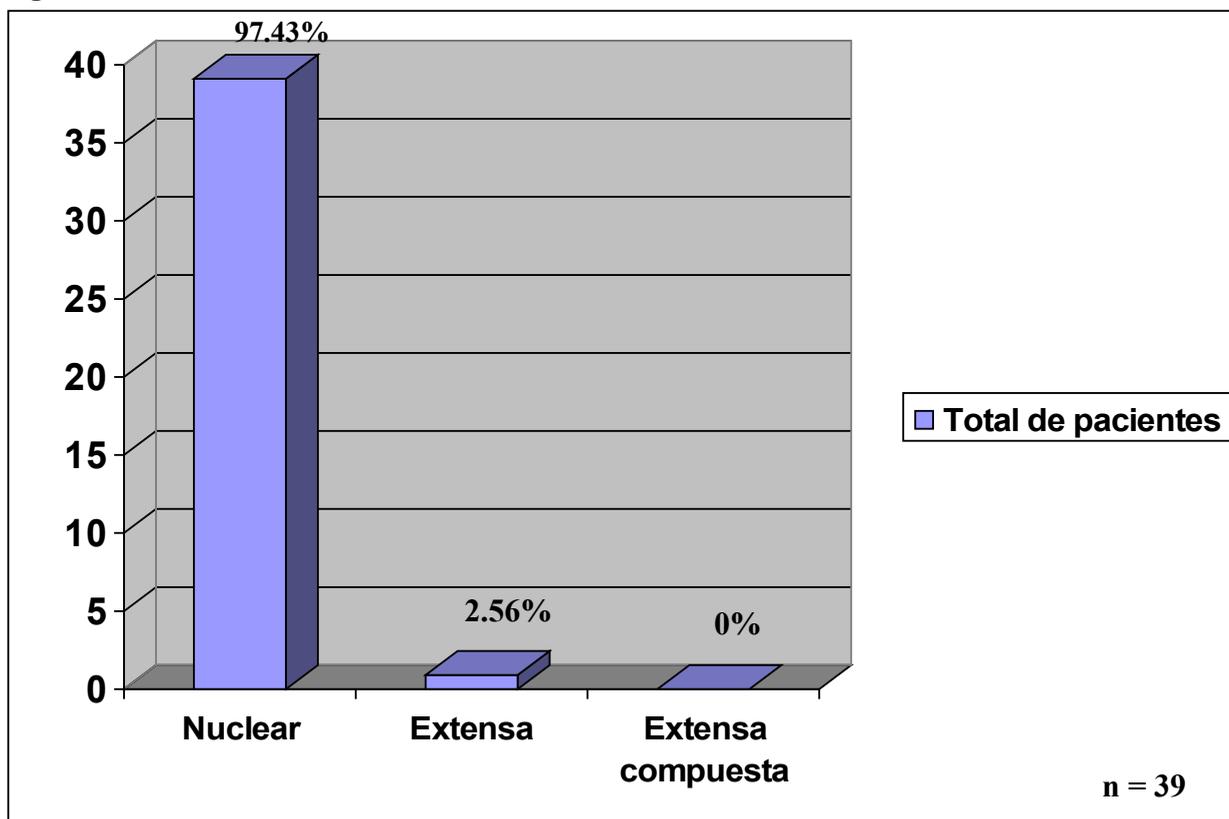


Perfil Familiar Tipo de Familia por su composición

Cuadro 6

	Nuclear	Extensa	Extensa compuesta	
Total de pacientes	38 (97.43%)	1 (2.56%)	0	39 (100%)

Fig. 6

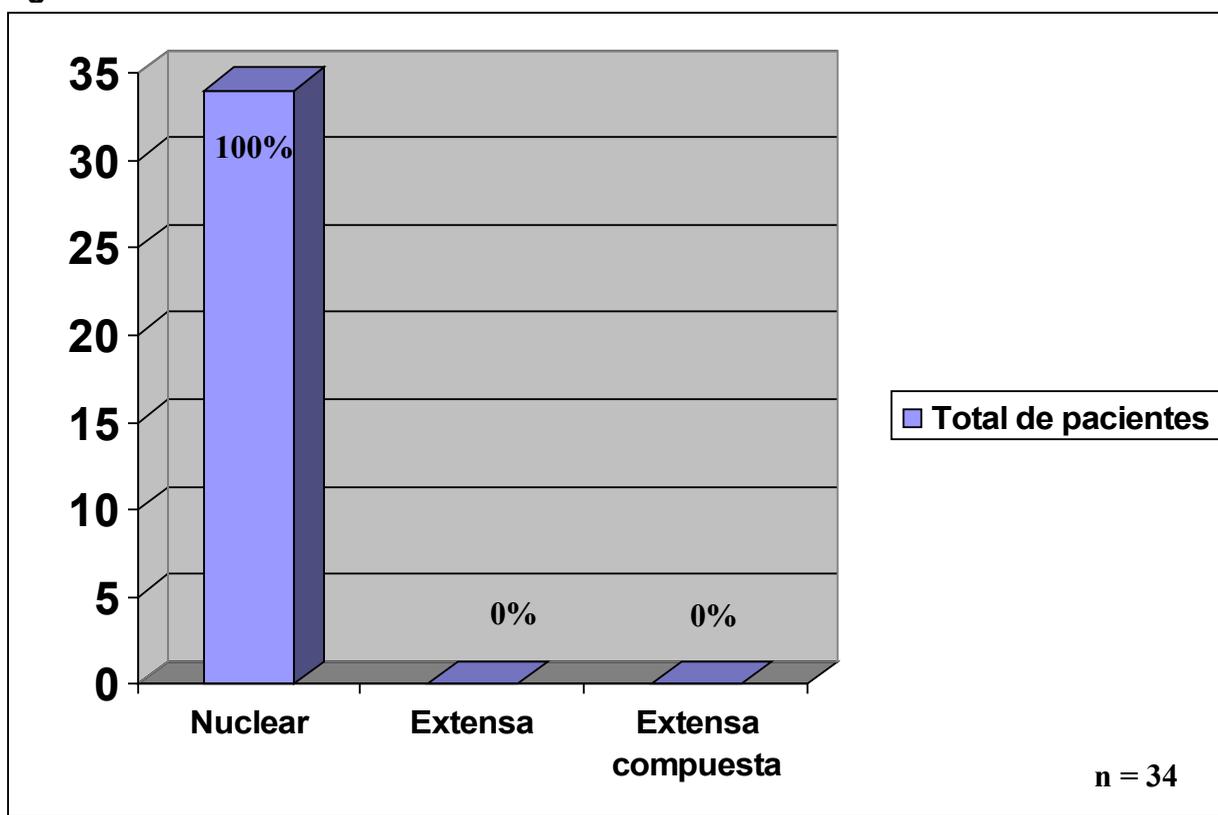


Distribución de familias en el grupo de HTA controlada Tipo de Familia por su composición

Cuadro 7

	Nuclear	Extensa	Extensa compuesta	
Total de pacientes	34 (100%)	0	0	34 (100%)

Fig. 7

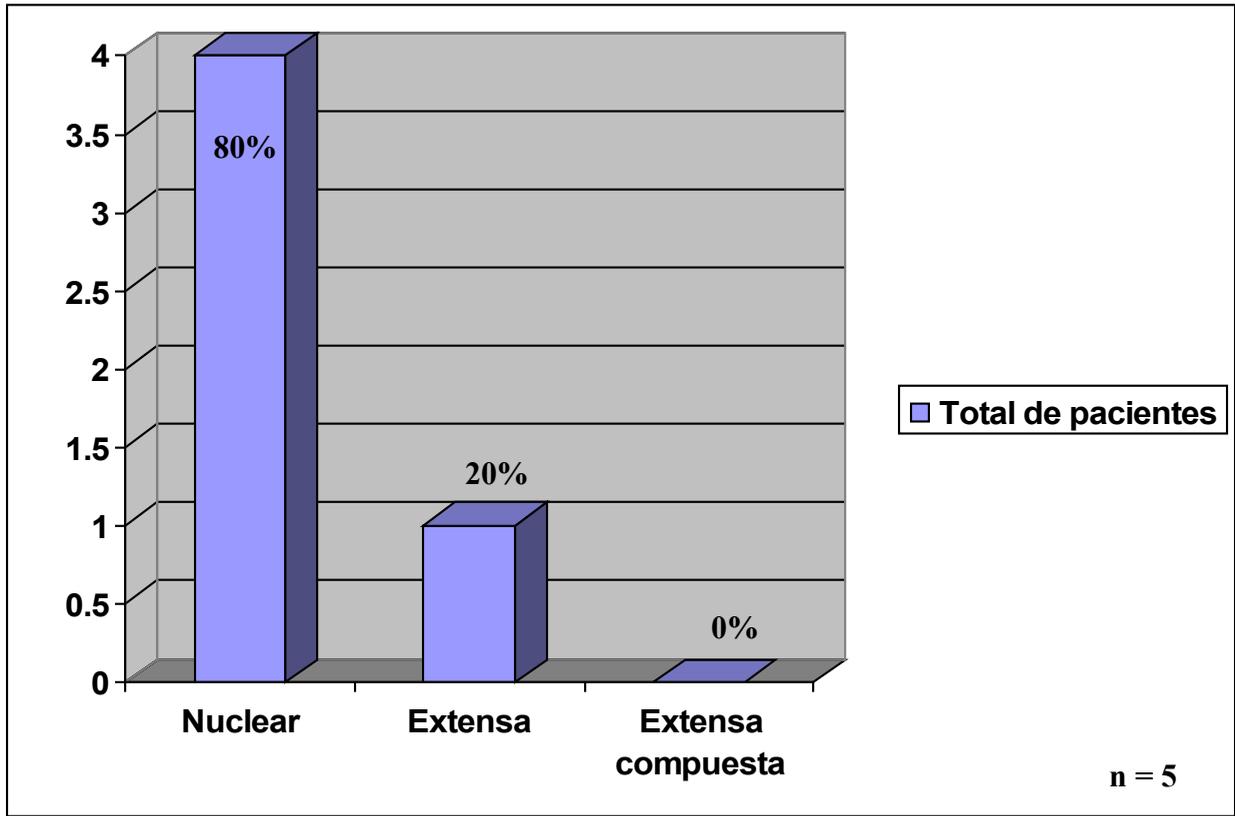


Distribución de familias en el grupo de HTA No controlada Tipo de Familia por su composición

Cuadro 8

	Nuclear	Extensa	Extensa compuesta	
Total de pacientes	4 (80%)	1 (20%)	0	5 (100%)

Fig. 8



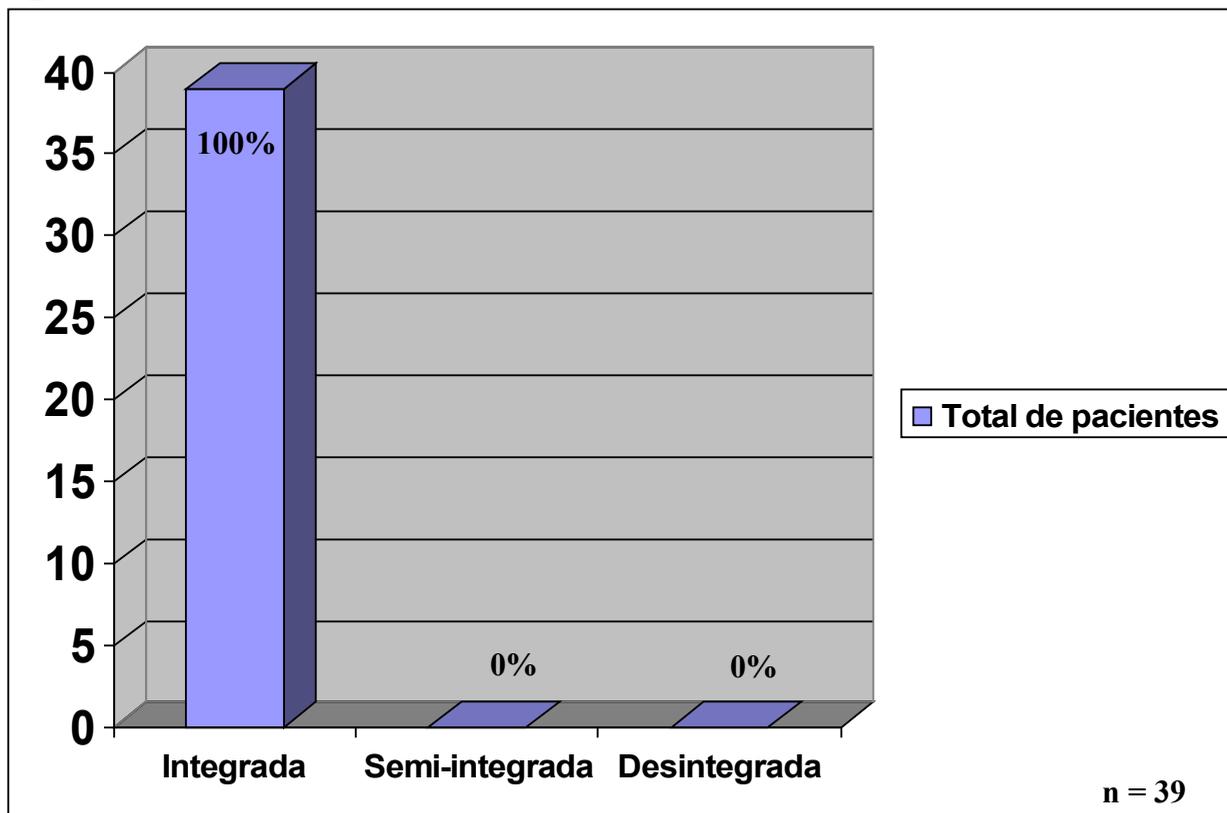
Perfil Familiar

Tipo de Familia por su integración

Cuadro 9

	Integrada	Semi-integrada	Desintegrada	
Total de pacientes	39	0	0	39 (100%)

Fig. 9

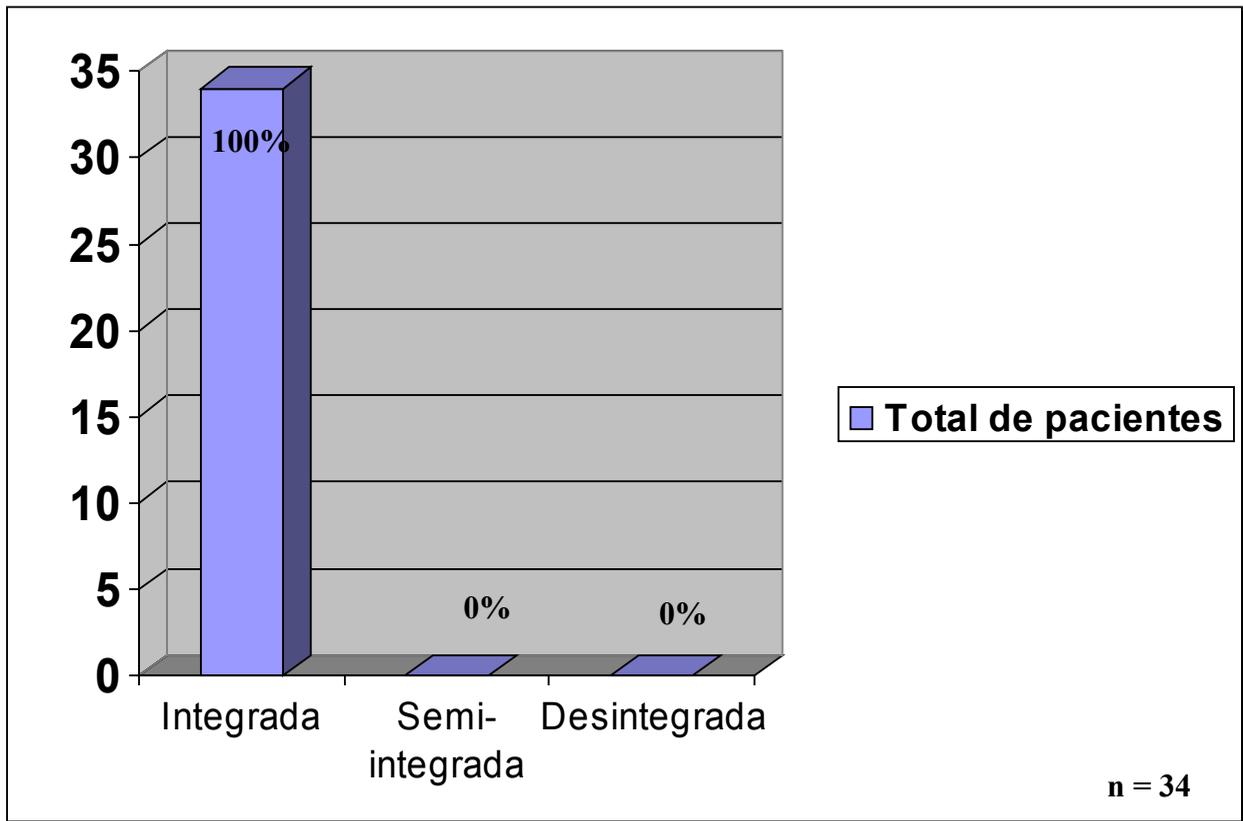


Distribución de familias en el grupo de HTA controlada Tipo de Familia por su integración

Cuadro 11

	Integrada	Semi-integrada	Desintegrada	
Total de pacientes	34 (100%)	0	0	34 (100%)

Fig. 11

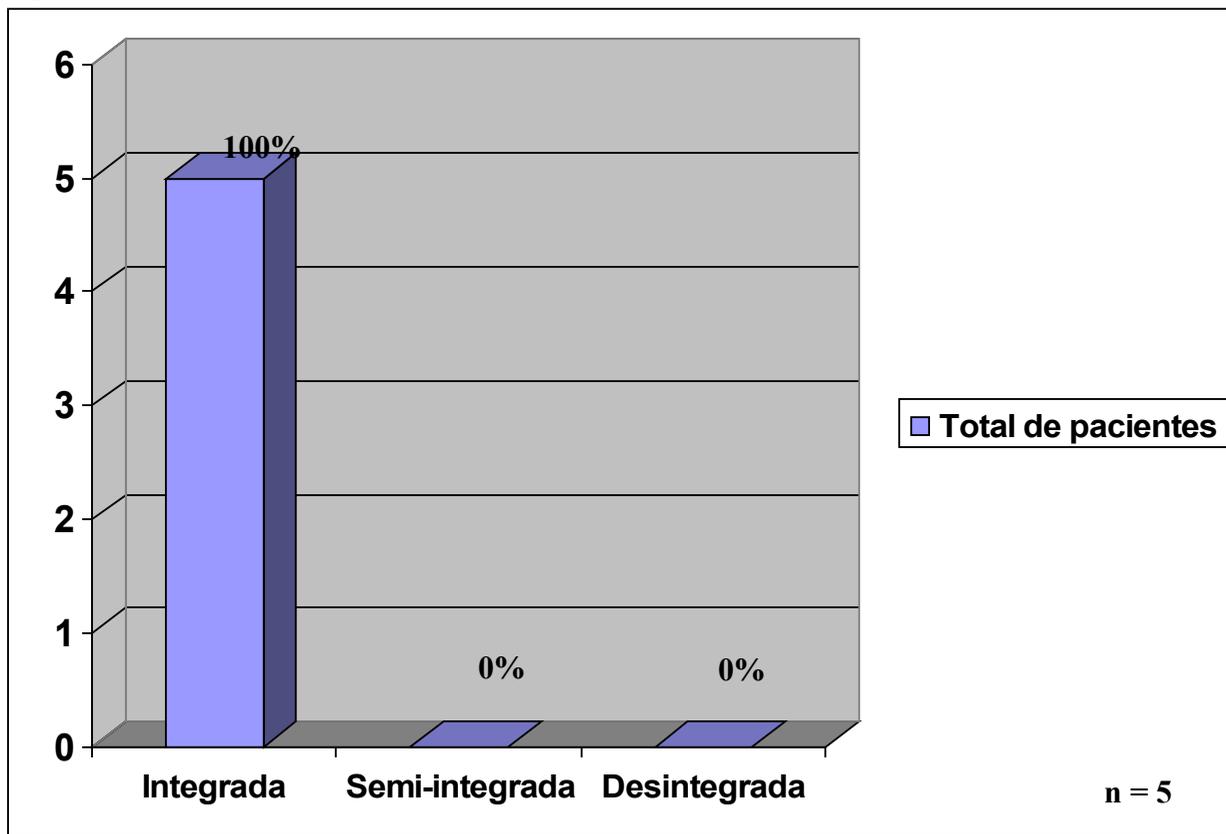


Distribución de familias en el grupo de HTA No controlada Tipo de Familia por su composición

Cuadro 12

	Integrada	Semi-integrada	Desintegrada	
Total de pacientes	5 (100%)	0	0	5 (100%)

Fig. 12



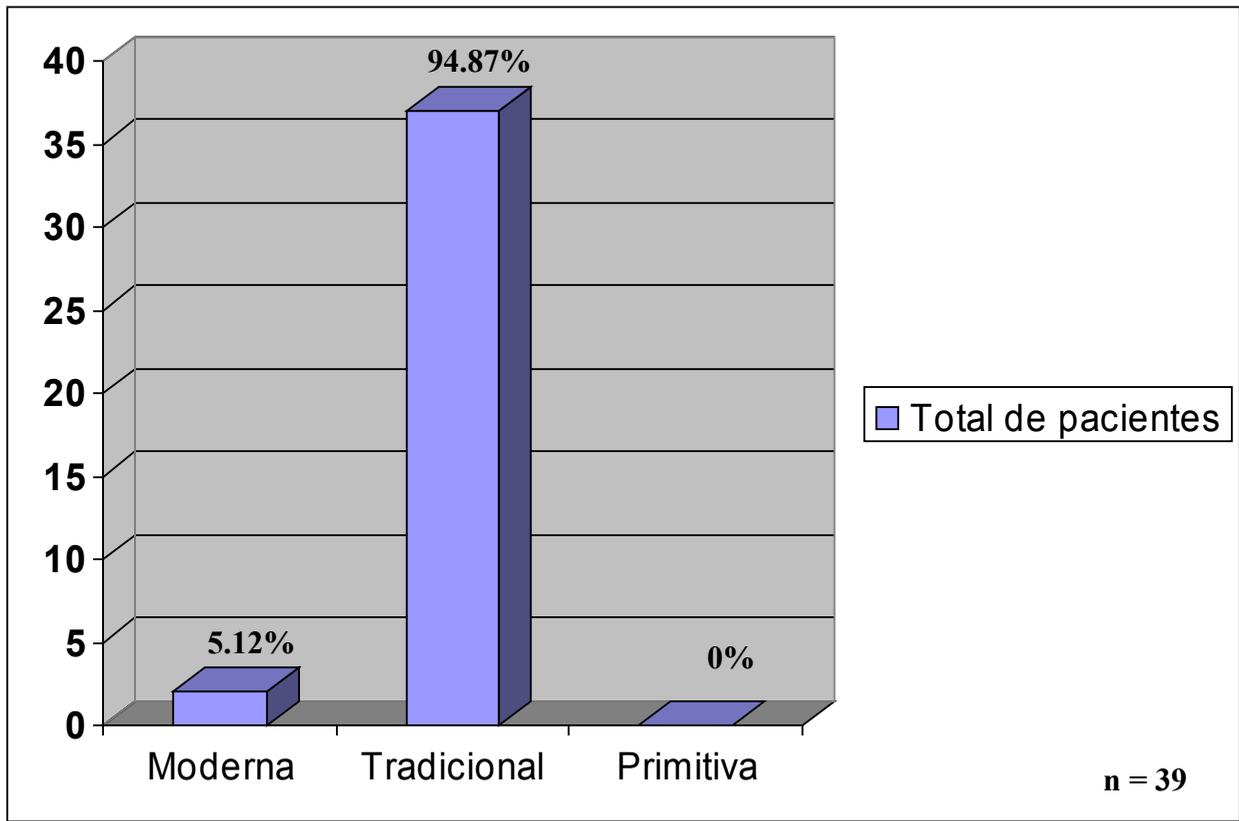
Perfil Familiar

Tipo de Familia por su desarrollo

Cuadro 13

	Moderna	Tradicional	Primitiva	
Total de pacientes	2 (5.12%)	37 (94.87%)	0	39 (100%)

Fig. 13

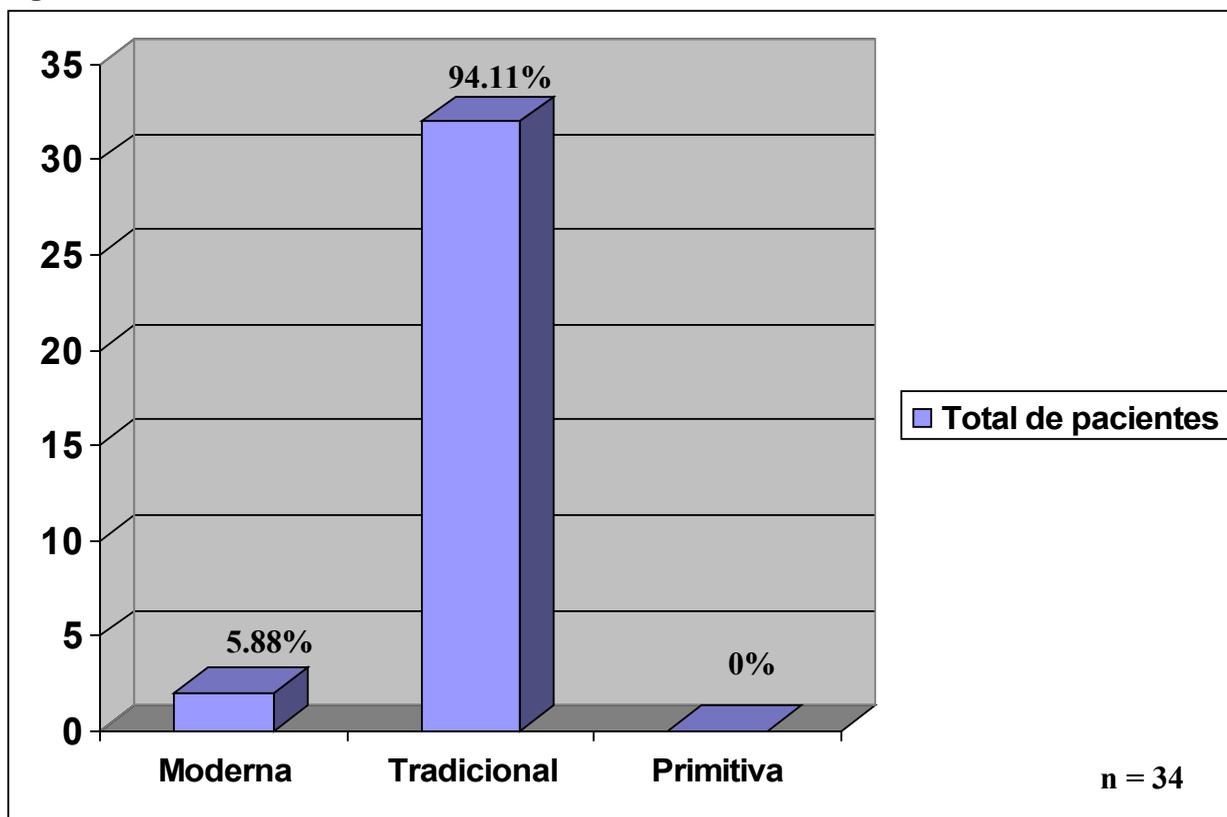


Distribución de familias en el grupo de HTA controlada Tipo de Familia por su desarrollo

Cuadro 14

	Moderna	Tradicional	Primitiva	
Total de pacientes	2 (5.88%)	32 (94.11)	0	39 (100%)

Fig. 14

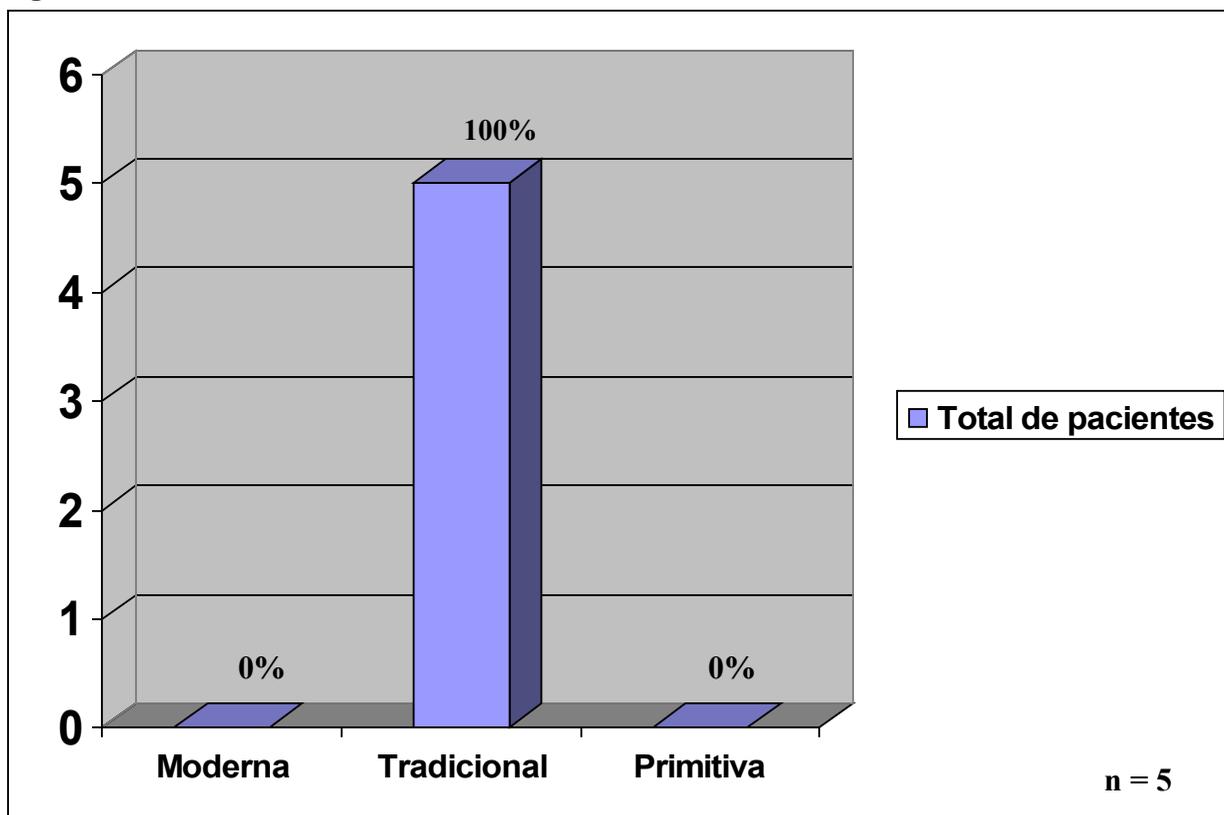


Distribución de familias en el grupo de HTA No controlada Tipo de Familia por su desarrollo

Cuadro 15

	Moderna	Tradicional	Primitiva	
Total de pacientes	0	5 (100%)	0	5 (100%)

Fig. 15



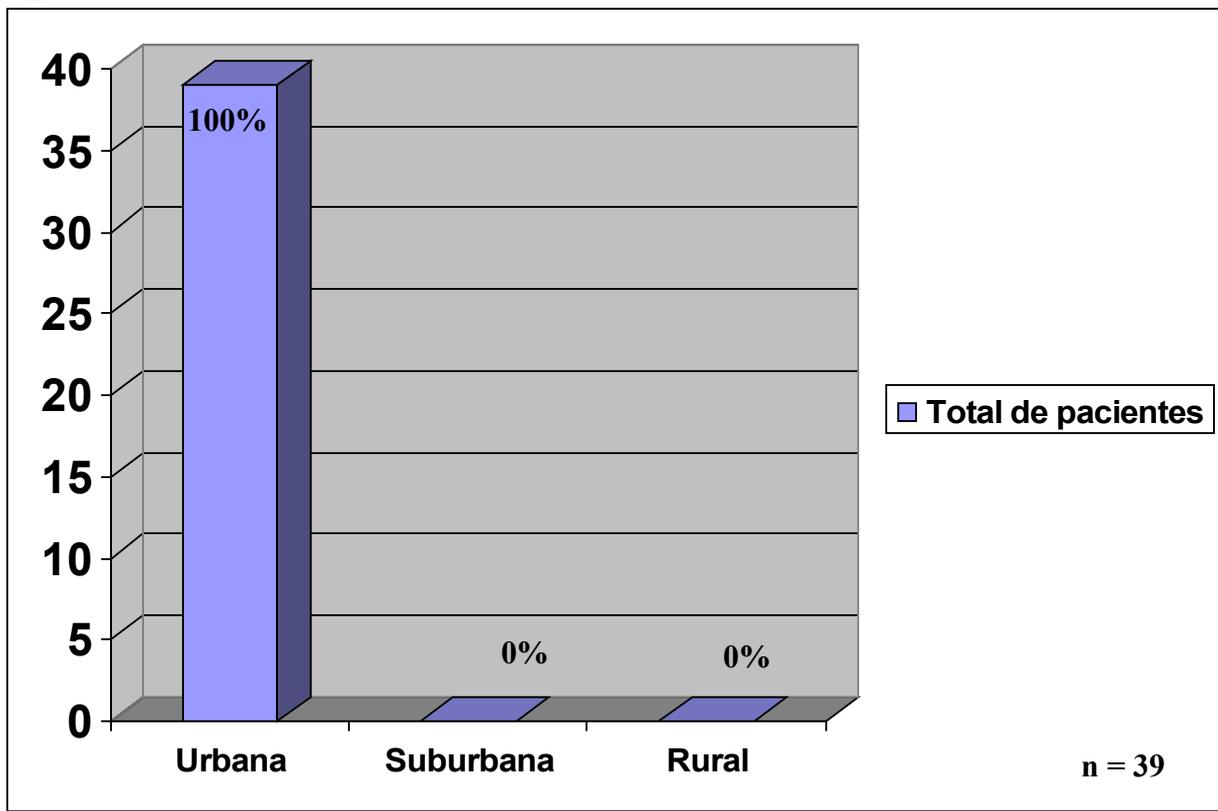
Perfil Familiar

Tipo de Familia por su demografía

Cuadro 16

	Urbana	Suburbana	Rural	
Total de pacientes	39	0	0	39 (100%)

Fig. 16

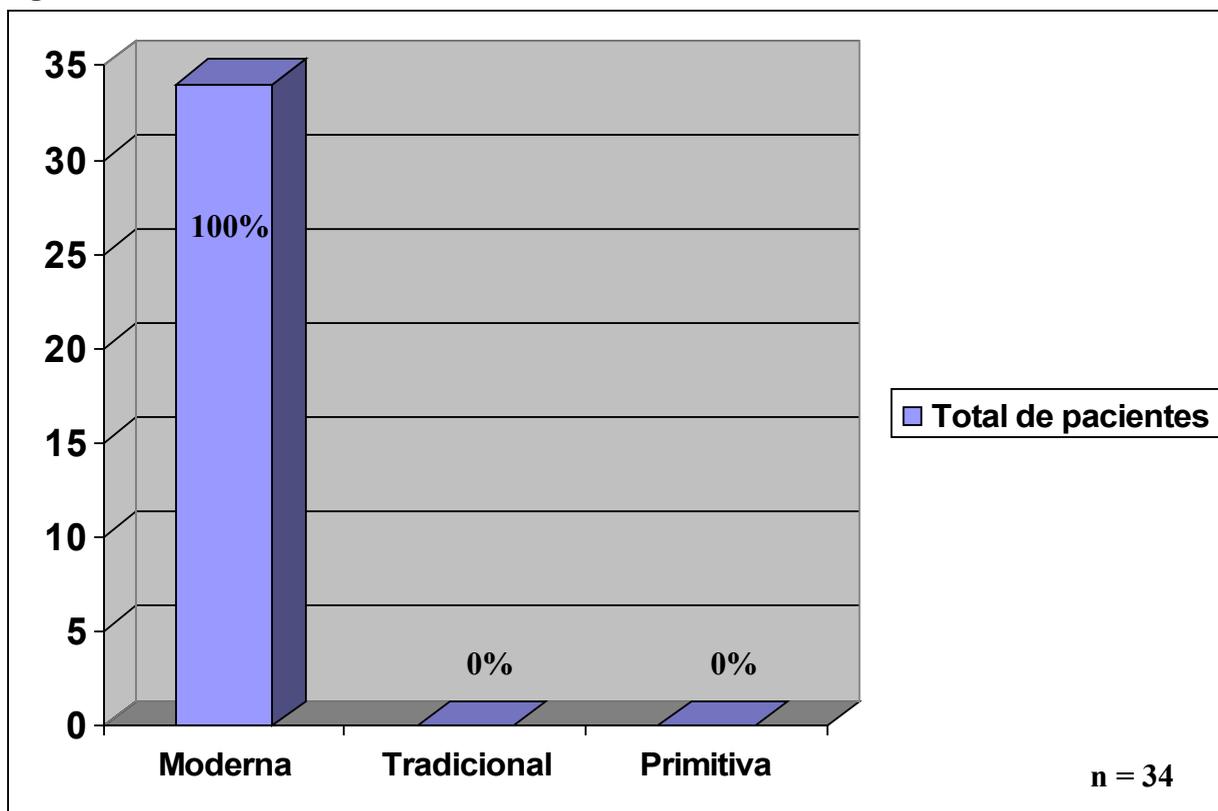


Distribución de familias en el grupo de HTA controlada Tipo de Familia por su demografía

Cuadro 17

	Urbana	Suburbana	Rural	
Total de pacientes	34 (100%)	0	0	34 (100%)

Fig. 17

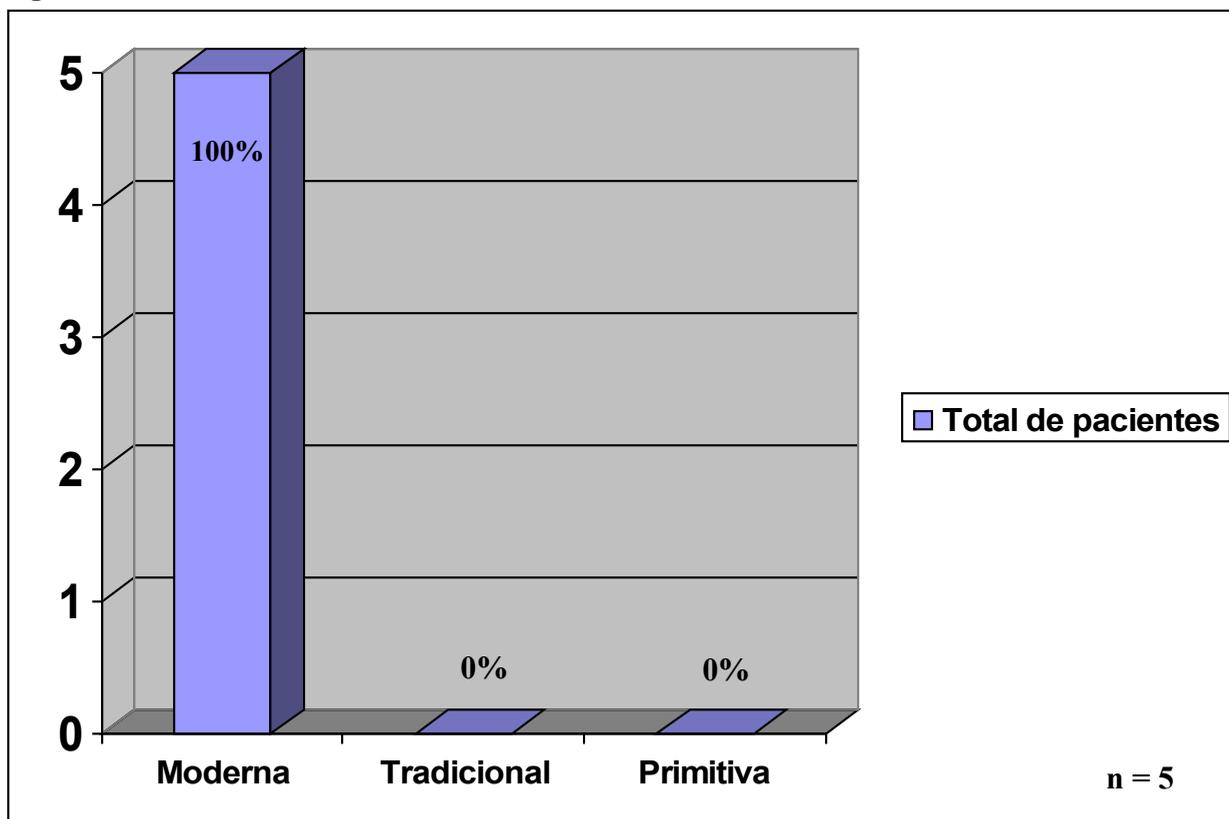


Distribución de familias en el grupo de HTA No controlada Tipo de Familia por su demografía

Cuadro 18

	Urbana	Suburbana	Rural	
Total de pacientes	5 (100%)	0	0	5 (100%)

Fig. 18

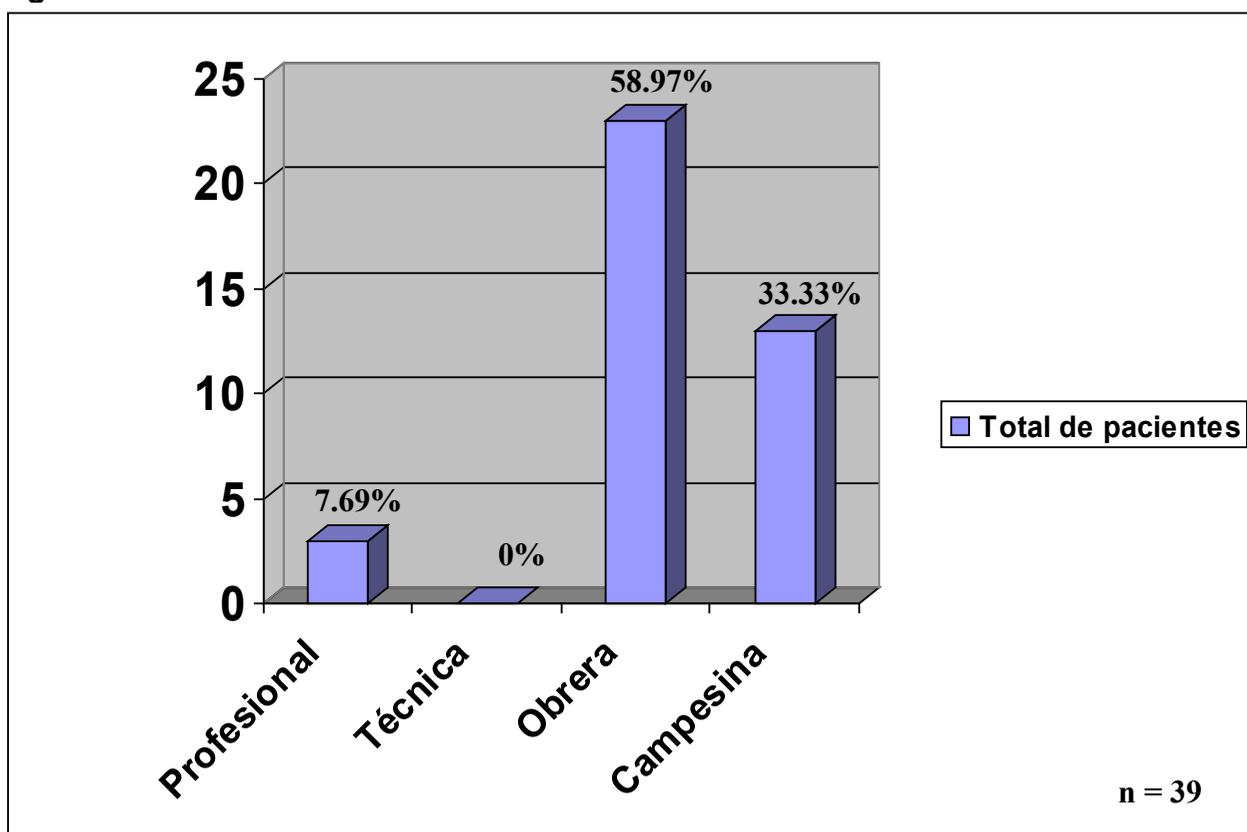


Perfil Familiar Tipo de Familia por su ocupación

Cuadro 19

	Profesional	Técnica	Obrera	Campesina	Total
Total de pacientes	3 (7.69%)	0	23 (58.97%)	13 (33.33%)	39 (100%)

Fig. 19

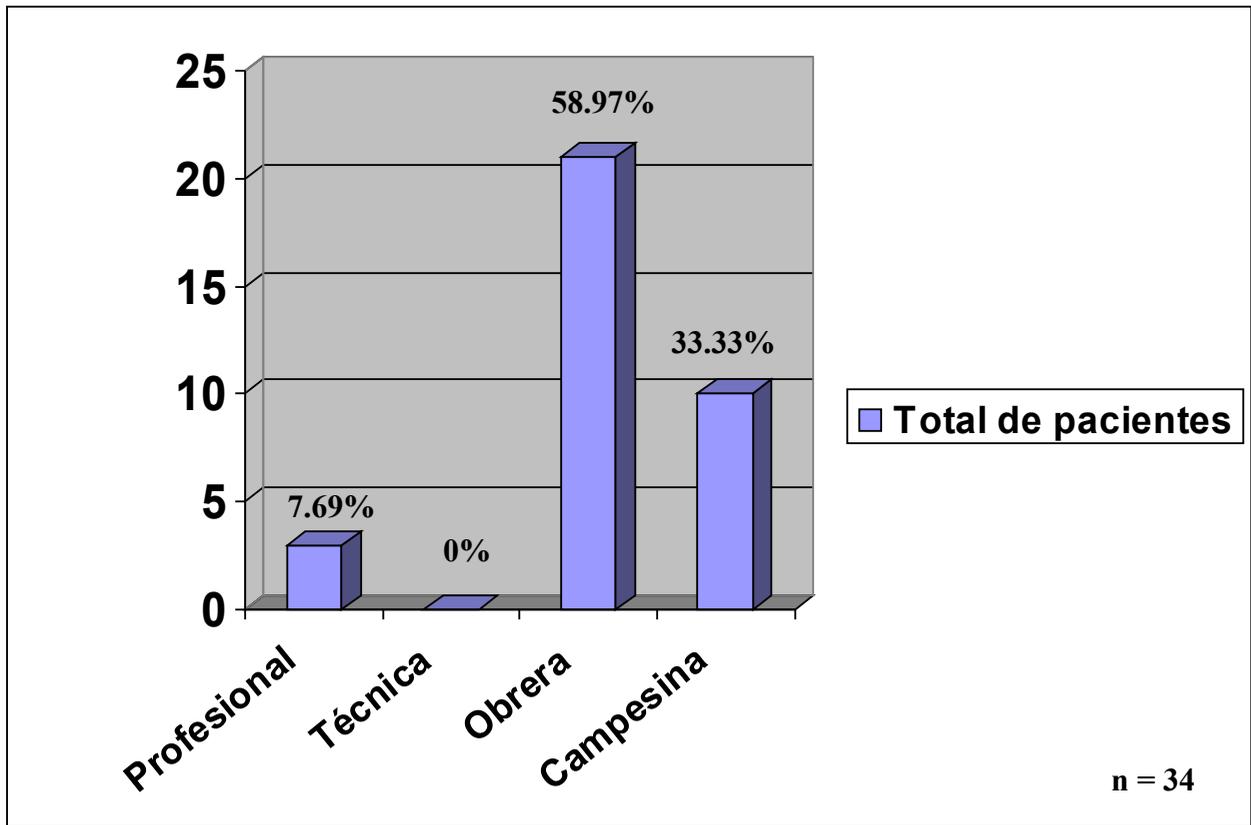


Distribución de familias en el grupo de HTA controlada Tipo de Familia por su ocupación

Cuadro 20

	Profesional	Técnica	Obrera	Campesina	Total
Total de pacientes	3 (7.69%)	0	21 (58.97%)	10 (33.33%)	34 (100%)

Fig. 20

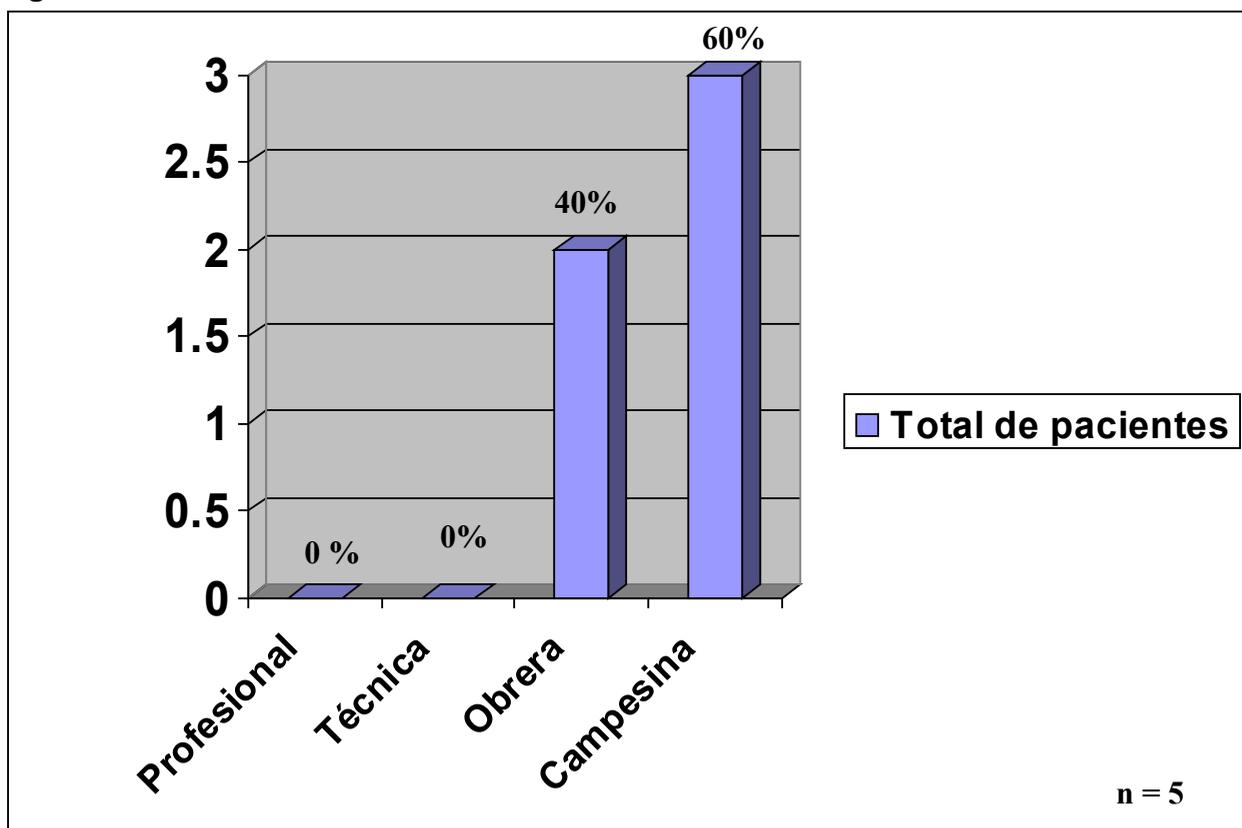


Distribución de familias en el grupo de HTA No controlada Tipo de Familia por su ocupación

Cuadro 21

	Profesional	Técnica	Obrera	Campesina	Total
Total de pacientes	0	0	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)

Fig. 21



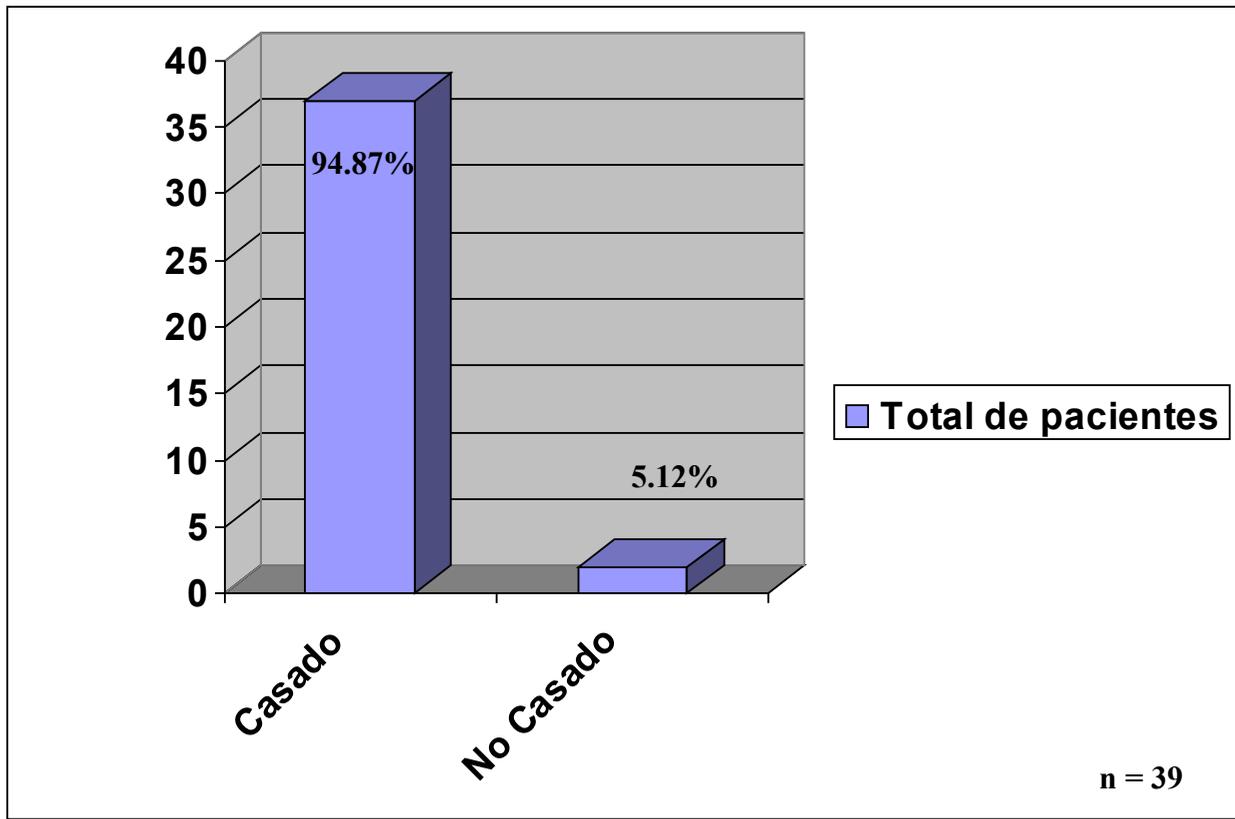
Red Social HTA controlada y No controlada

Estado marital

Cuadro 22

	Casado	No Casado	Total
Total de pacientes	37 (94.87%)	2 (5.12%)	39 (100%)

Fig. 22



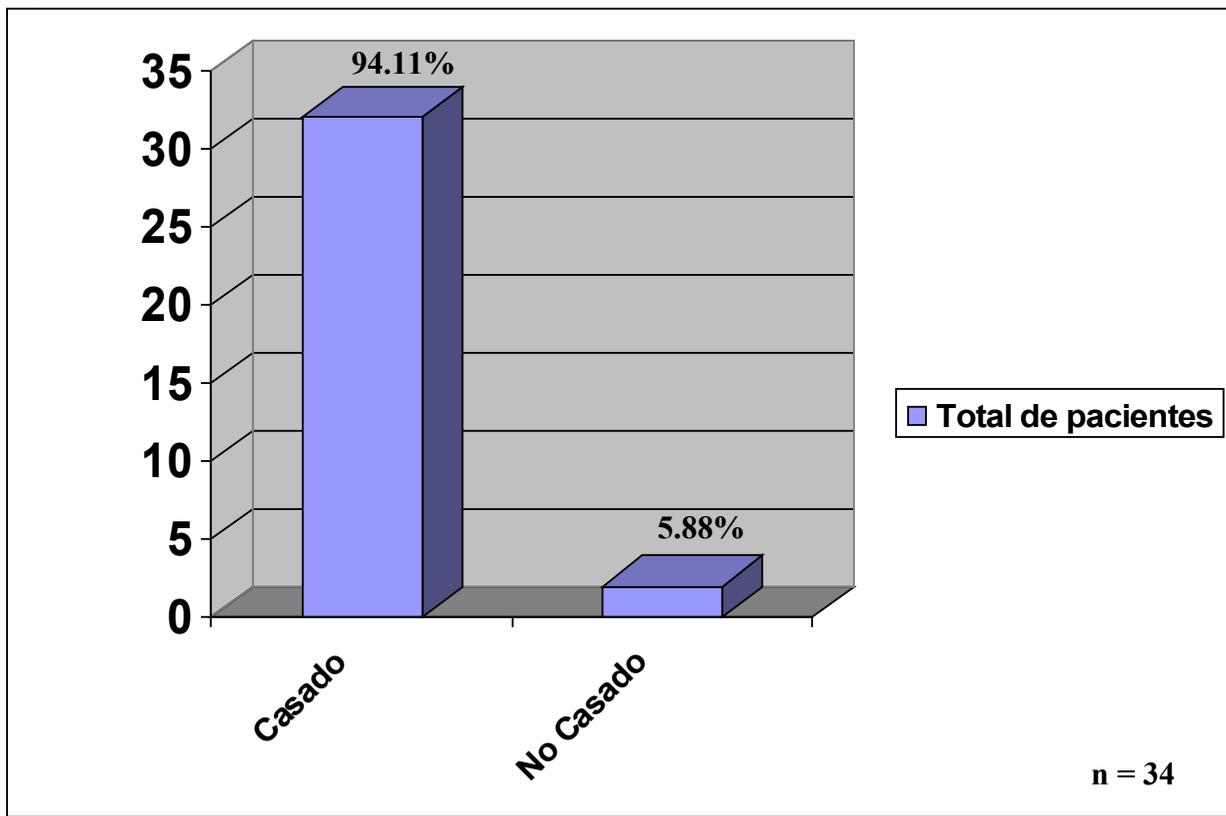
Red Social

Estado marital de familias en el grupo de HTA controlada

Cuadro 23

	Casado	No Casado	Total
Total de pacientes	32 (94.11%)	2 (5.88%)	34 (100%)

Fig. 23



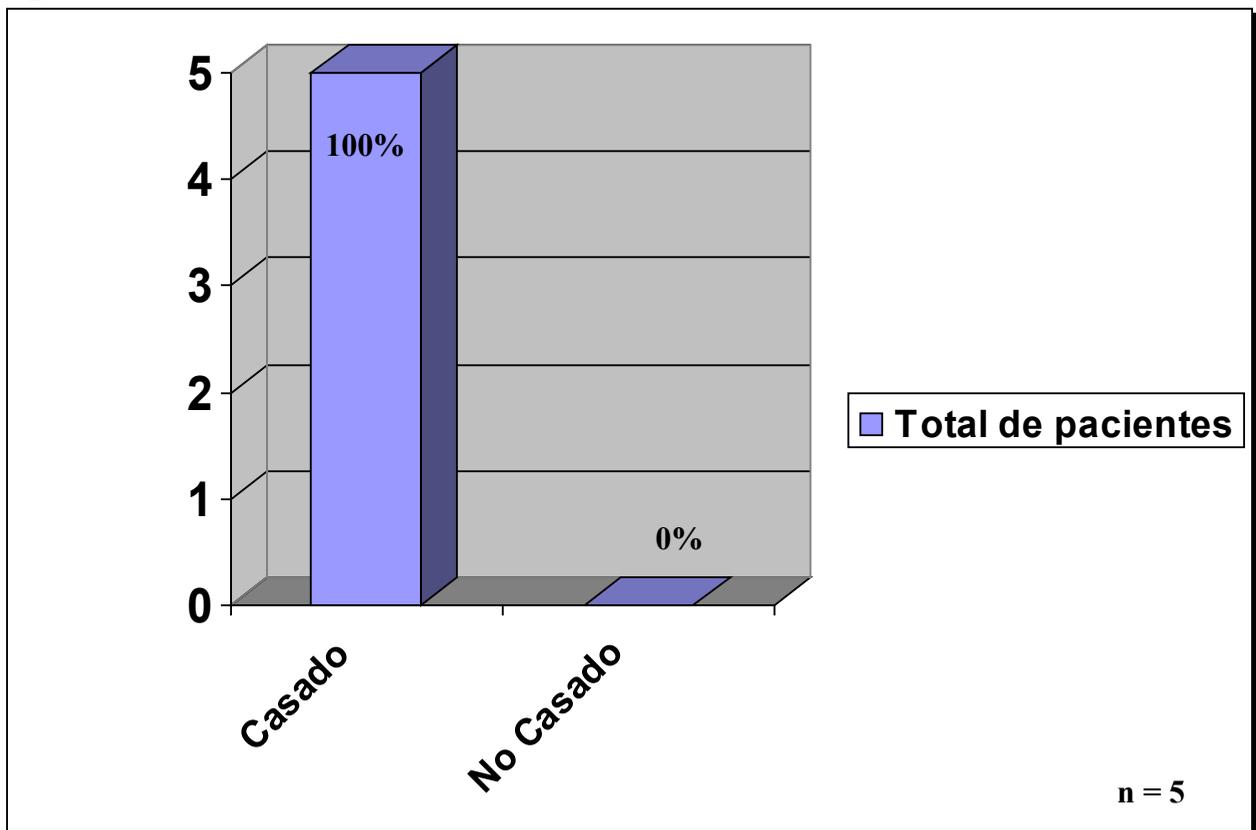
Red Social

Estado marital de familias en el grupo de HTA No controlada

Cuadro 24

	Casado	No Casado	Total
Total de pacientes	5 (100%)	0	5 (100%)

Fig. 24

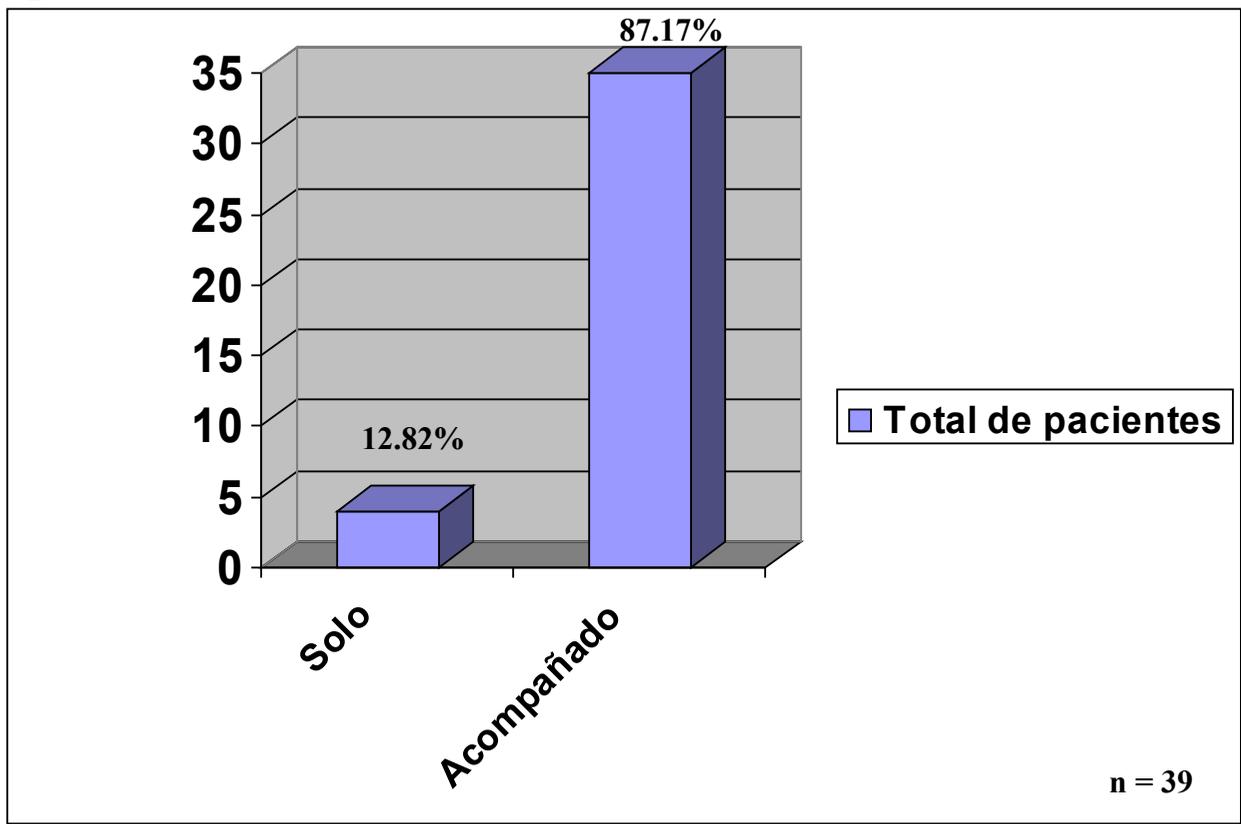


Red Social Situación de convivencia

Cuadro 25

	Solo	Acompañado	Total
Total de pacientes	5 (12.82%)	34 (87.17%)	39 (100%)

Fig. 25



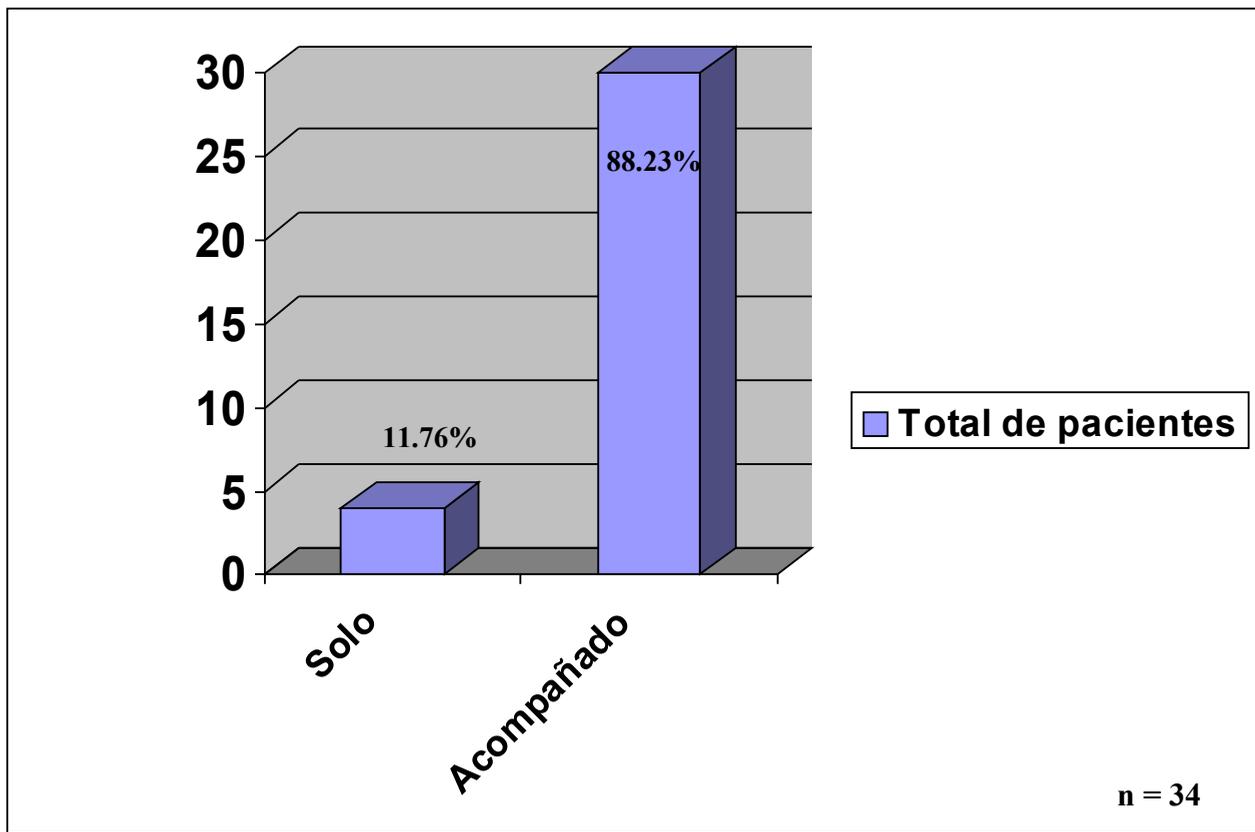
Red Social

Situación de convivencia familias en el grupo de HTA Controlada

Cuadro 26

	Solo	Acompañado	Total
Total de pacientes	4 (11.76%)	30 (88.23%)	34 (100%)

Fig. 26



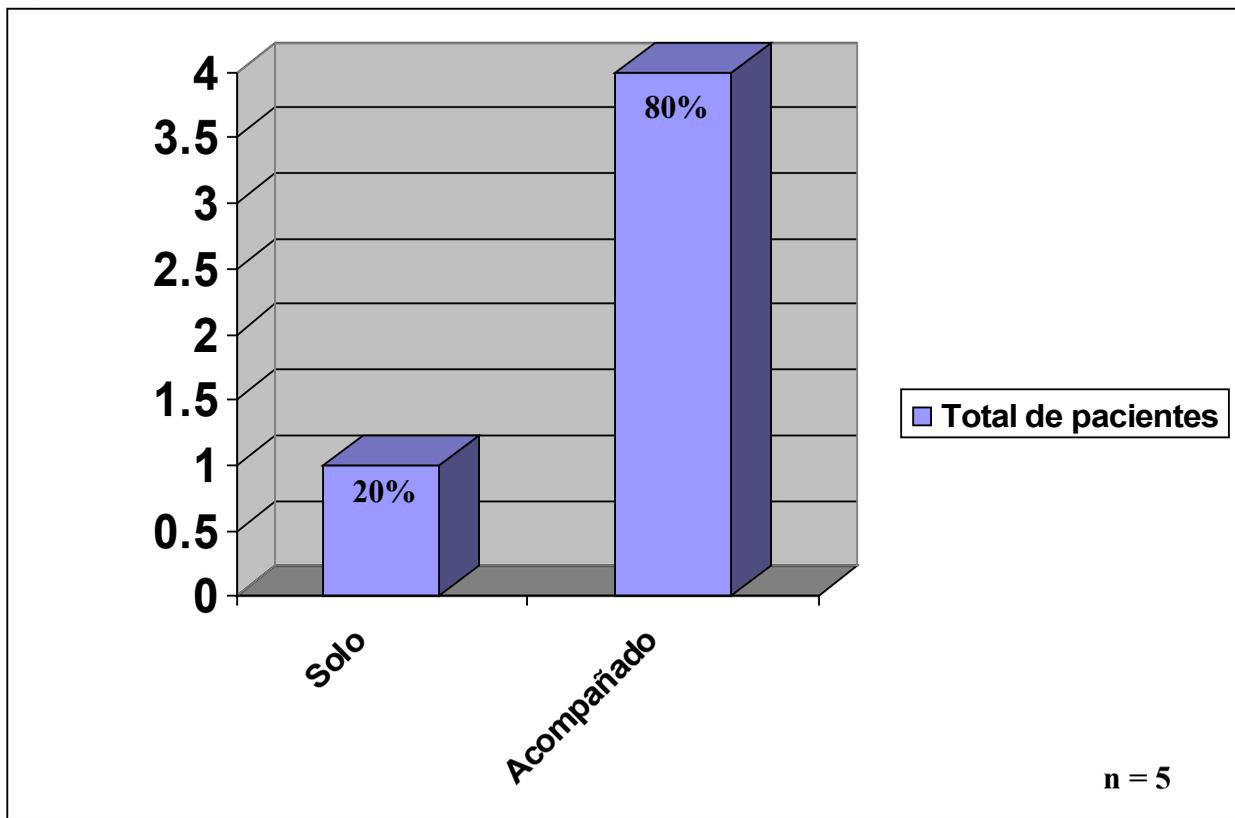
Red Social

Situación de convivencia familias en el grupo de HTA No Controlada

Cuadro 27

	Solo	Acompañado	Total
Total de pacientes	1 (20.00%)	4 (80.00%)	5 (100%)

Fig. 27

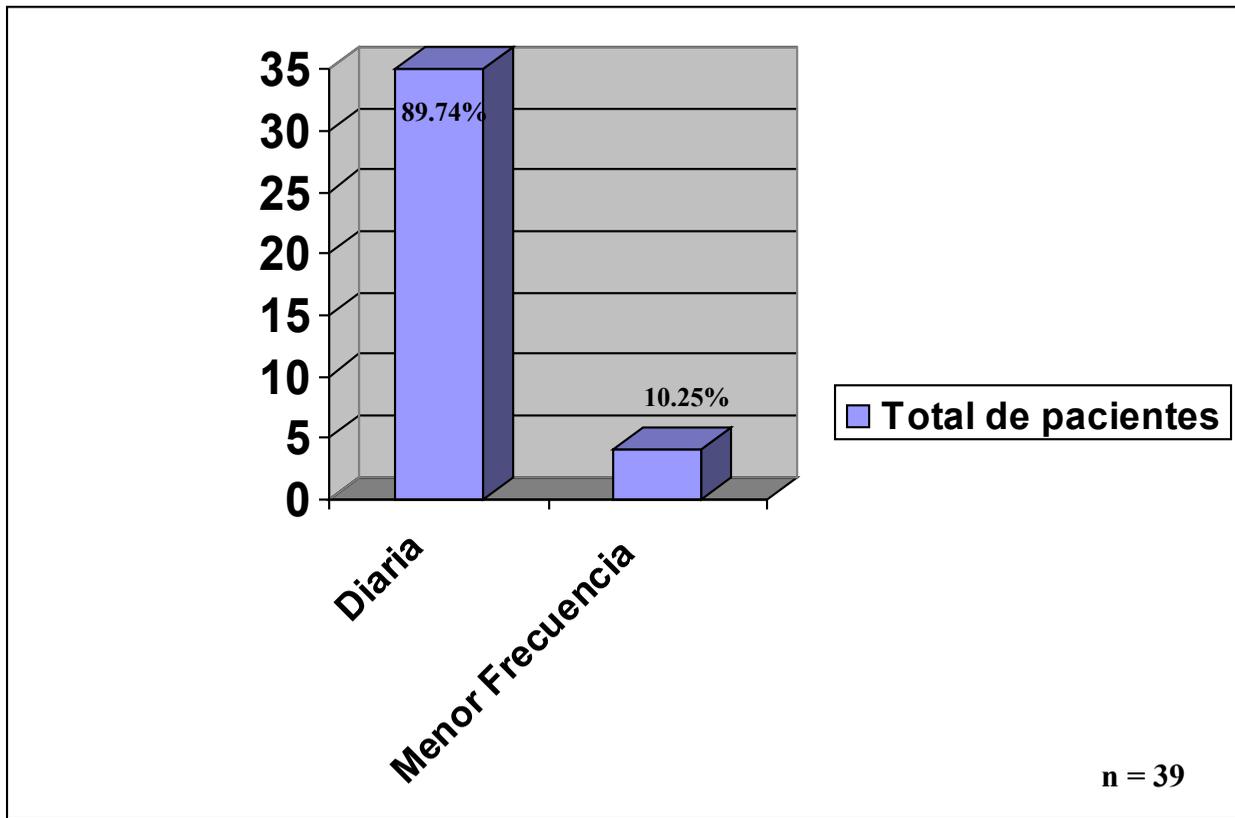


Red Social Frecuentación de familiares

Cuadro 28

	Diaria o casi diaria	Menor frecuencia	Total
Total de pacientes	35 (89.74%)	4 (10.25%)	39 (100%)

Fig. 28



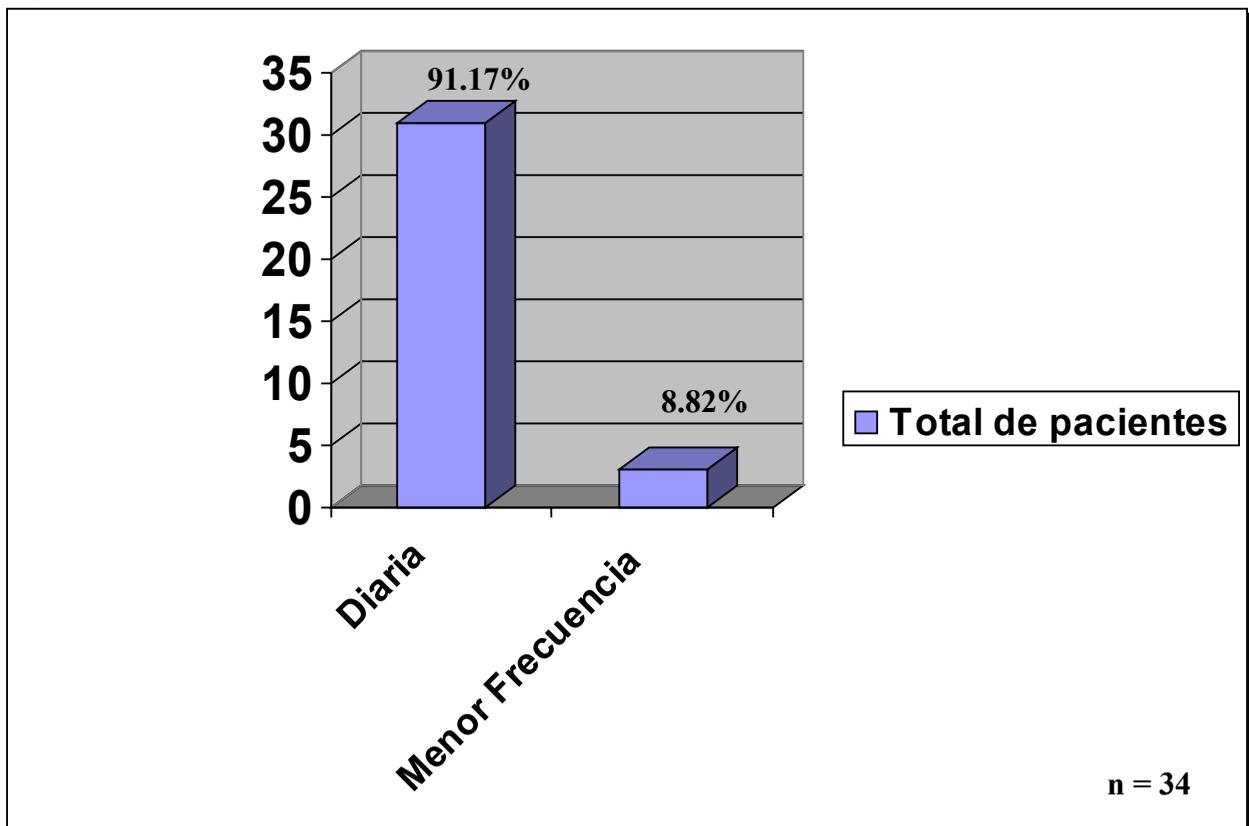
Red Social

Frecuentación de familiares en el grupo de HTA Controlada

Cuadro 29

	Diaria o casi diaria	Menor frecuencia	Total
Total de pacientes	31 (91.17%)	3 (8.82%)	34 (100%)

Fig. 29



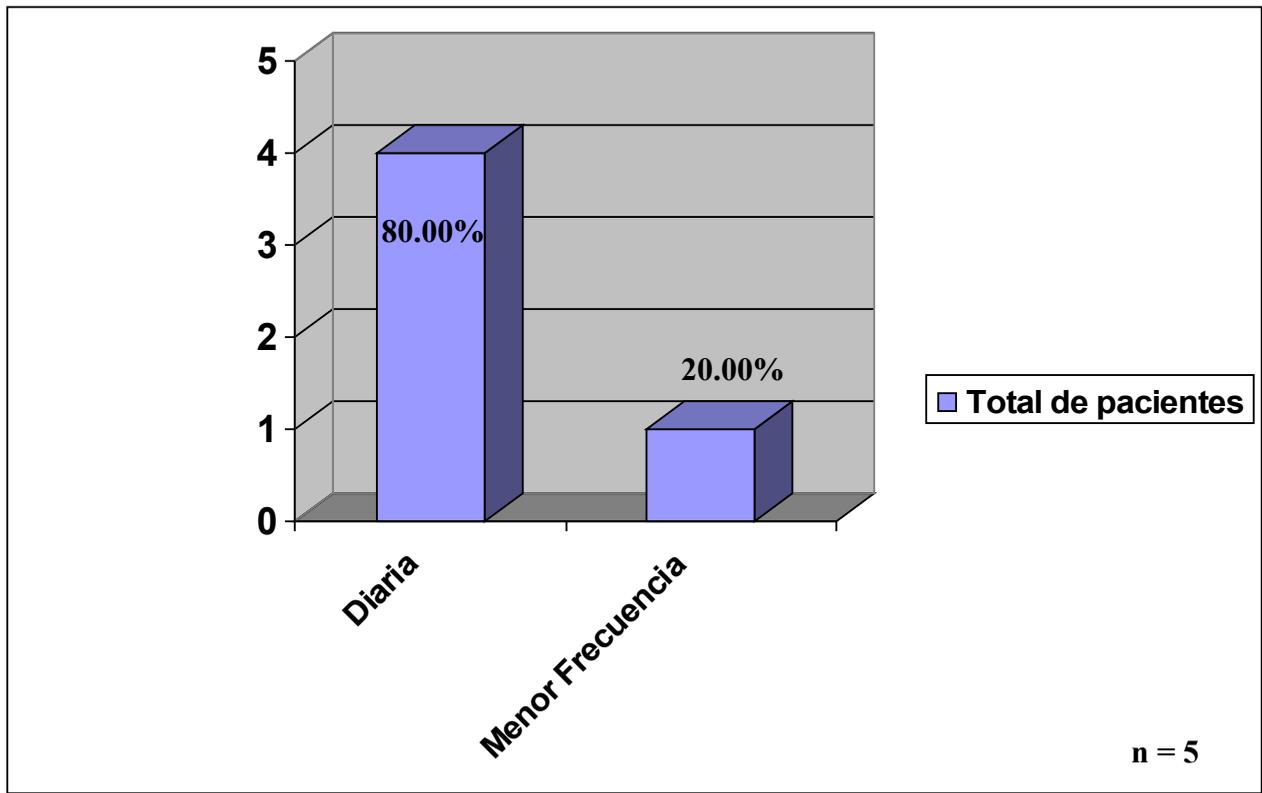
Red Social

Frecuentación de familiares en el grupo de HTA No Controlada

Cuadro 30

	Diaria o casi diaria	Menor frecuencia	Total
Total de pacientes	4 (80.00%)	1 (20.00%)	5 (100%)

Fig. 30

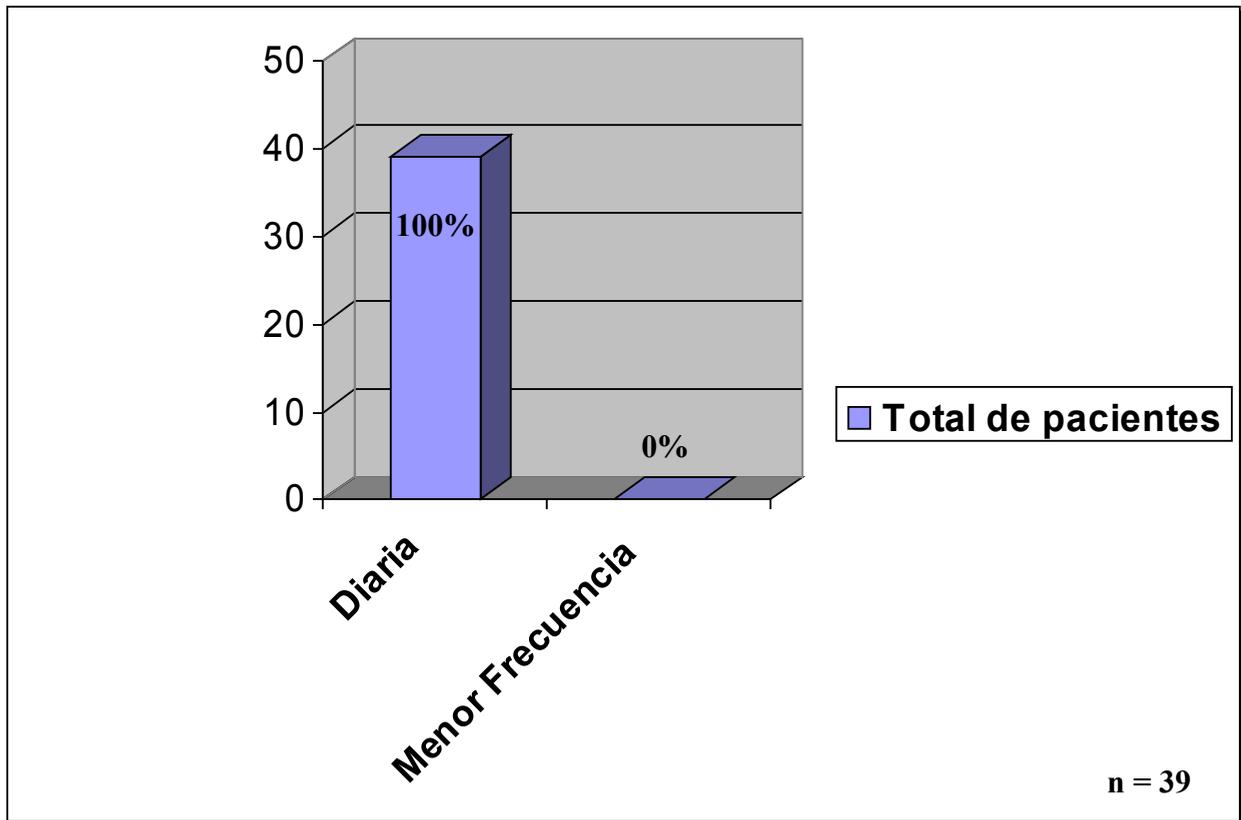


Red Social Frecuentación de amigos o vecinos

Cuadro 31

	Diaria o casi diaria	Menor frecuencia	Total
Total de pacientes	39 (100%)	0	39 (100%)

Fig. 31



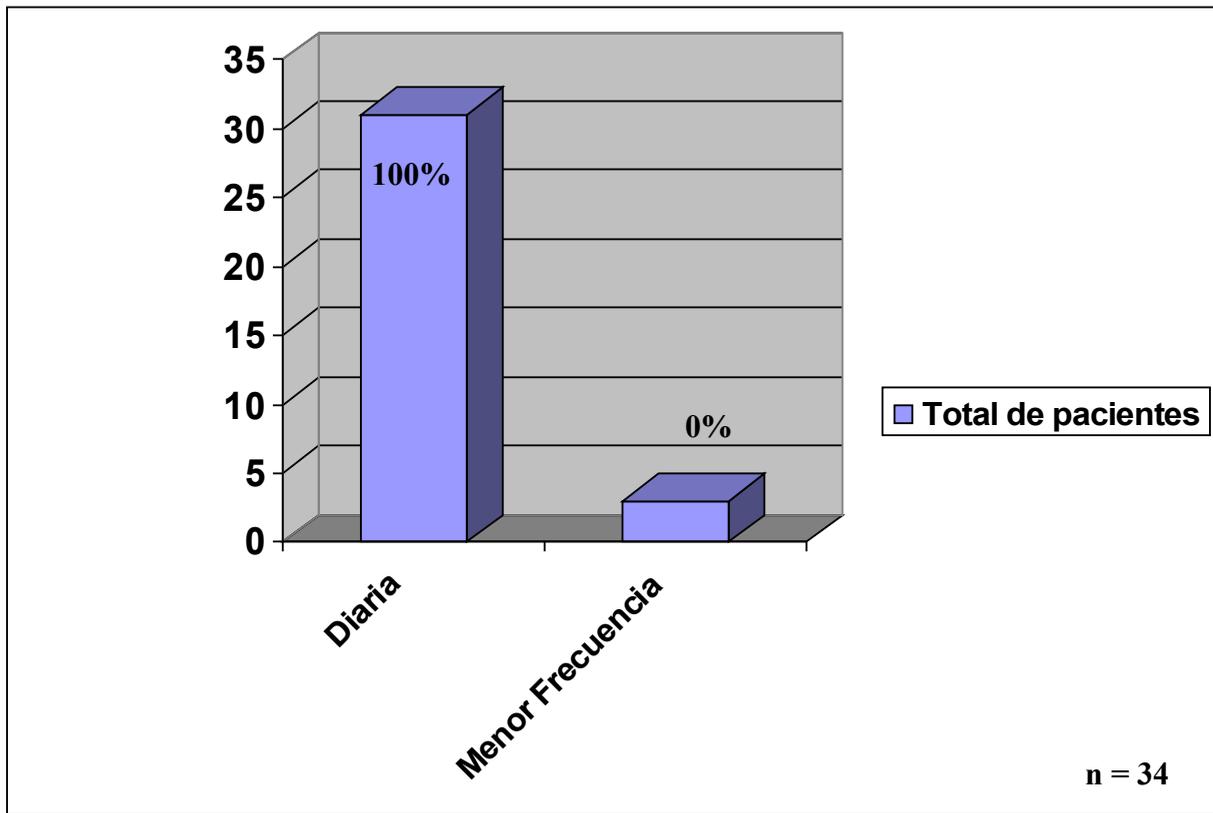
Red Social

Frecuentación de amigos o vecinos en el grupo de HTA Controlada

Cuadro 32

	Diaria o casi diaria	Menor frecuencia	Total
Total de pacientes	34 (100%)	0	34 (100%)

Fig. 32



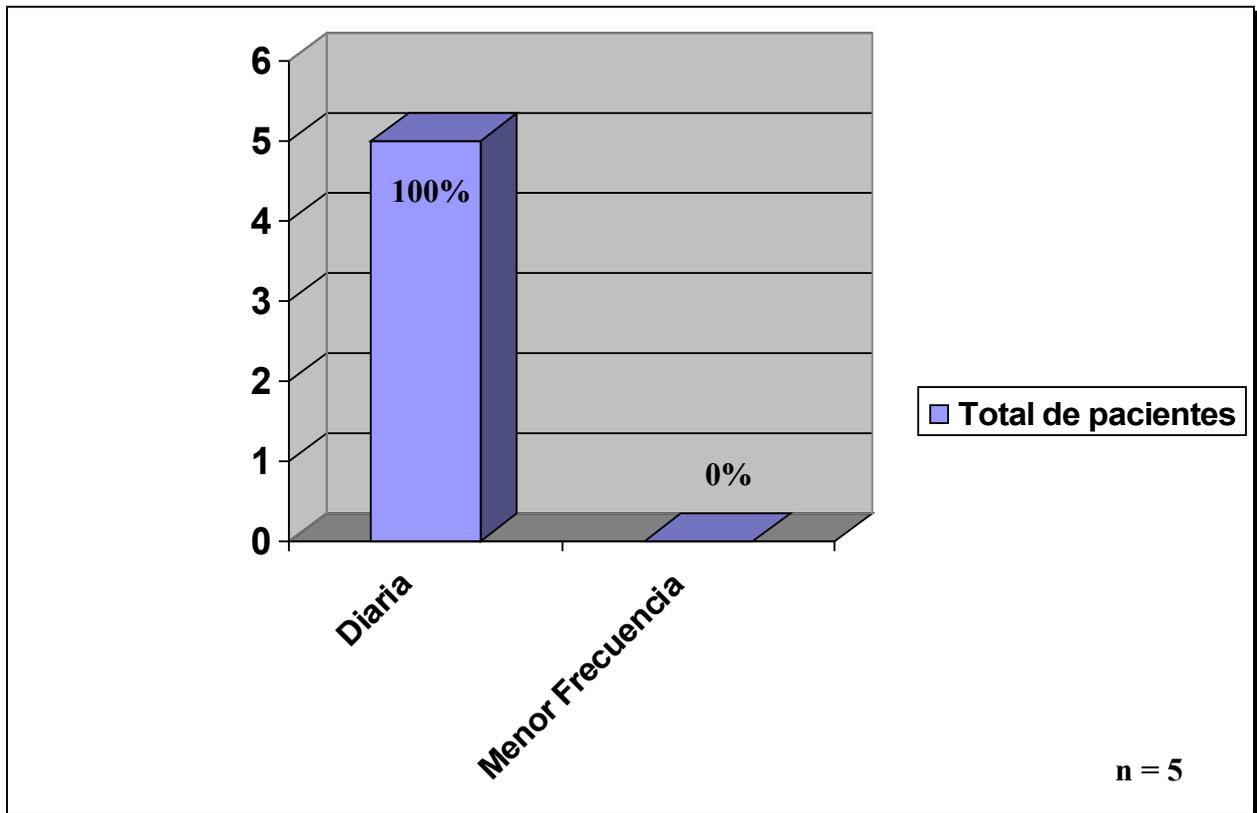
Red Social

Frecuentación de amigos o vecinos en el grupo de HTA No Controlada

Cuadro 33

	Diaria o casi diaria	Menor frecuencia	Total
Total de pacientes	5 (100%)	0	5 (100%)

Fig. 33



10. DISCUSION

En el presente estudio, donde se trabajó con una muestra de 39 pacientes, observamos un perfil habitual de la población de atención primaria,⁽¹³⁾ con un mayor porcentaje de mujeres 21 (51.28%) y de personas mayores de 50 años 36(92.30%), Estas dos variables existentes coinciden con las características poblacionales de otros estudios sobre pacientes hipertensos controlados en atención primaria.⁽¹⁴⁾ Igualmente se encontró predominio de familias nucleares, integradas, tradicionales y urbanas, resultados similares a lo reportado por la literatura sobre estudios realizados en zonas urbanas. La muestra se dividió en dos grupos, uno con HTA controlada e HTA no controlada, encontramos que los controlados fueron la mayoría 34 (87.17%). En cuanto a la tipología familiar de los pacientes controlados llama la atención que el total pertenece a familias nucleares lo que no concuerda con estudios que refieren una mayor dificultad para el control del paciente con enfermedades crónicas, ya que el patrón de nuclearización, condiciona una organización familiar que limita la capacidad de la familia para brindar el apoyo emocional necesario a este tipo de pacientes.⁽¹⁸⁾

En contraste en el grupo de pacientes con HTA no controlada el 20% pertenece a familia extensa. En cuanto a su desarrollo, en los pacientes controlados existían en una minoría de familias modernas 2(5.88%), en contraste la pertenencia a familias modernas se relaciona con un menor apoyo familiar al paciente crónico⁽¹⁸⁾, y en el grupo de los no controlados todos pertenecen a familias tradicionales.

Respecto a la ocupación se observa una diferencia en cuanto a la presencia de una minoría de familias profesionistas en el grupo de pacientes con control de su hipertensión arterial, con un rango mayor de familias campesinas en el grupo de no controlados.

En cuanto a pacientes que viven solos el rango en los pacientes no controlados se eleva al 20%, sin embargo esto está en relación al número reducido de pacientes en este grupo.

En los últimos años se ha especulado sobre el papel que podría ejercer la red social sobre el proceso salud-enfermedad. Se admite que las relaciones sociales, la

pertenencia a grupos o la implicación social igualmente influyen en el bienestar físico y mental debido a numerosas razones. Estudios han analizado que la mortalidad que presentan individuos de entre 30 y 60 años seguidos durante más de 9 años, va en función de su nivel de integración social, además la literatura nos refiere existir una relación entre la presión arterial (PA) y el apoyo social, ya que los pacientes con redes sociales escasas o nulas presentan un incremento de la PA durante el seguimiento, mientras que los individuos con redes sociales más elevadas presentan un descenso en sus cifras tensionales.⁽¹⁴⁾ En este estudio el 100% de todos los pacientes controlados y no controlados cuentan con una buena red social (convivencia con vecinos y amigos), y sin duda representó ser muy importante si tomamos en cuenta también la edad de la mayoría de los pacientes de 55 y más años por lo que sus familias se encontraban en fase de retiro.

En cuanto a los 4 pacientes que manifestaron vivir solos en el grupo de los pacientes controlados, nos sugiere y apoya lo encontrado en otros estudios, que al no existir el cónyuge u otros familiares, las funciones en cuanto a la prestación de apoyo son tomados por otras personas cuando existe una buena red social de apoyo.⁽¹⁵⁾ y en el que los amigos y vecinos juegan un importante papel.

Otros factores que pueden contribuir al buen control de la presión arterial es el hecho de ser una comunidad con poca población (menos de 7,000) habitantes) y que no está sujeta a los niveles de estrés de las grandes poblaciones, además de que en este tipo de comunidades pequeñas, la mayoría de las personas tienen una relación personal estrecha, contribuyendo con ello a una mejor red social.

En cuanto a los pacientes no controlados podemos mencionar que la edad, juega un papel muy importante ya que es sabido que el 80% de los pacientes mayores de 60 años presentan hipertensión debido al endurecimiento de las arterias, y el 60% pertenece a este grupo etario.

11. CONCLUSIONES

El estudio obtuvo una evaluación del perfil familiar en pacientes hipertensos, encontrando en el grupo de pacientes con hipertensión arterial controlada un patrón de familia nuclear en el 100% y en una minoría familias clasificadas como modernas, sin que esta tipología de familia se relacione con un buen control en los pacientes crónicos según otros estudios. Respecto a la evaluación de la red social de los pacientes encuestados fue buena en la totalidad de pacientes con y sin control de su hipertensión arterial.

En el grupo de pacientes con hipertensión arterial no controlada no se encontró relación directa entre el descontrol de la hipertensión arterial con la falta de apoyo social, ya que este grupo de pacientes si presentó convivencia diaria con amigos y vecinos.

Nuestro estudio confirma que el apoyo social y familiar influye favorablemente en el nivel de salud de las personas.⁽¹⁴⁾ Una buena convivencia entre el paciente, la familia y las personas que lo rodean parece tener efectos positivos sobre el estado de salud.

Existen otras variables que pueden influir en el control de la presión arterial, sin embargo desde la perspectiva del médico familiar es importante considerar la convivencia familiar y social como un elemento muy importante de apoyo como lo demuestran varios autores. Las redes sociales no sólo constituyen un soporte para suplir carencias de orden material, sino que mejoran en mucho la calidad de vida que se produce mediante la satisfacción vital, componente con importantes repercusiones en ámbitos emocionales e instrumentales.

Consideramos importante el diseño de futuros trabajos para definir en qué lugar actúa exactamente el perfil familiar y la red social y si en esta última juega un papel más importante la relación con personas fuera del núcleo familiar ya que como observamos, aún en los individuos sin familias, de pacientes con tensión arterial controlada, el apoyo social era bueno y se encontraban en buen control de su hipertensión. Por otra parte en el grupo con hipertensión arterial no controlada, llama la atención que el apoyo social percibido es calificado como bueno lo cual deja una interrogante para evaluar la posibilidad de realizar investigaciones sobre la calidad del apoyo social recibido.

1. ANEXOS

ANEXO 1

CEDULA DE IDENTIFICACION

PERFIL FAMILIAR Y RED SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

No. Afiliación: _____ **Folio:** _____

Nombre: _____ **Edad:** _____

Escolaridad: _____ **Ocupación actual:** _____ **Religión:** _____

Adicciones:

Tabaquismo _____ Alcoholismo _____ Otro: _____

Diagnóstico de Hipertensión arterial:

Edad al diagnóstico _____ Fecha de inicio de tratamiento farmacológico _____

Registro en expediente clínico de tratamiento farmacológico _____

Cifras de tensión arterial en las tres últimas consultas de los seis meses previos al estudio

1ª _____ / _____ mmHg 2ª _____ / _____ mmHg 3ª _____ / _____ mmHg

Estado civil:

Casado (a) ___ Soltero (a) ___ Unión libre ___ Separado (a) ___ Divorciado (a) ___ Viudo (a) ___

Situación en la que convive:

Vive solo (a) _____ Vive acompañado (a) _____

Personas con parentesco que viven bajo el mismo techo en la casa del paciente (convivientes): _____

Personas sin parentesco que viven bajo el mismo techo en la casa del paciente (convivientes): _____

Usted frecuenta y convive con personas de su familia:

Diaria o casi diariamente _____ Si es otra situación señale la frecuencia _____

Usted frecuenta y convive con amigos o vecinos:

Diaria o casi diariamente _____ Si es otra situación señale la frecuencia _____

GENOGRAMA:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Ciudad Nuevo Laredo Tamaulipas, a _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación: **PERFIL FAMILIAR Y RED SOCIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 22 DEL IMSS EN CD. MIER, TAMAULIPAS**

El objetivo del estudio es Determinar cual es el perfil familiar y la red social en pacientes que tienen hipertensión arterial controlada y no controlada, lo que se investigara con un cuestionario donde se me harán preguntas relacionadas con algunas características de mi familia y así conocer como funciona, y que tipo de apoyo social tiene. Dicho estudio servirá para identificar factores que pueden intervenir en el control o descontrol de la enfermedad y así elaborar medidas de prevención adecuadas. Entiendo que conservo el derecho de negarme en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me asegura que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma

12. REFERENCIAS

1. Bertomeu-Martínez V. Guías sobre el tratamiento de la hipertensión arterial 2003 ¿Aclaran o confunden? Rev Esp Cardiol 2003;56(10):940-3
2. Comité Coordinador del Programa Nacional de Educación para la Hipertensión. Séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión. JAMA 2003;289:2560-72
3. Rosas M, Pastelón G, Martínez J, Herrera-Acosta J. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Arch Cardiol Mex 2004;74(2):134-57
4. Villarreal-Ríos E, Mathew-Quiroz A, Garza-Elizondo M, Núñez-Rocha G, Salinas-Martínez A, Gallegos-Handal, M. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Publica Mex 2002;44(1):7-13
5. Gutiérrez J. Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estado de vida. Rev Colombia Med 2001;32(2):99-102
6. Mazón-Ramos P, Bertomeu-Martínez V, Palma-Gámiz J, Quiles-Granado J, Guindo-Soldevilla J, González-Juanatey J. Tratamiento global del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso. Rev Esp Cardiol 2007;60(Supl 1):79-91
7. Redondo-Sendino A, Guayar-Castillón E, Banegas J, Rodríguez-Artalejo F. Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. Rev Esp Cardiol 2005;58(11):1294-1301
8. Campo J, Jairo R, Ortiz C, Quintero L, Herrera J. Niveles de la presión arterial y de estrés psicosocial en estudiantes de la Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia, 2003-2004. Coloma Med 2006;37(Supl 1):21-5
9. García-Pérez AM Leiva-Fernández F, Martos-Crespo F, García Ruiz A, Prados-Torres D, Sánchez de la Cuesta F. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Medicina de Familia And 2001;2(1):29-34

10. Martín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Publica Mex* 2001;43(4):336-9
11. Medina-Verástegui L, Gómez-Soto V. Apoyo familiar y control de hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *Respyn* 2003;(2)
12. Huerta-Vargas D, Bautista-Samperio L, Irigoyen-Coria A, Arrieta-Pérez R. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. *Arch Med Fam* 2005;7(3):87-92
13. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch Med Fam* 2006;8(1):27-32
14. Menéndez-Villalva C, Montes Martínez A, Gamarra Mondelo T, Núñez Losada C, Garmendia B. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Aten Primaria* 2003;31(8):506-13
15. Puga D, Rosero B, Glaser K, Castro T. Redes sociales y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Documento preliminar. Obtenido de la Red Mundial Internet el 25 de septiembre de 2008 en: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/pugaalap.pdf>
16. Jiménez-Muro M, Casimiro-Gómez P, Sáenz de la Calzada C, Del Campo-Urbano S, Lacasa Rivero J, Pombo-Jiménez M. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:467-74
17. Vera-Pérez V, Estrada-Aguilera A. Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con vih/sida ante su diagnóstico y su manejo. *Rev Hosp Jua Méx* 2004;71(1):29-35.
18. Valadez – Figueroa I, Aldrete – Rodríguez M A, Alfaro – Alfaro N. Influencia de la Familia en el control Metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Publica de Mexico*. Septiembre – octubre 1993, Vol. 35, No 5; 464 – 467.