



**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 Académica:
Unidad de Medicina Familiar No. 43.
Villahermosa, Centro, Tabasco, México.**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CON HIPERTENSION
ARTERIAL DE LA UMF 12. IMSS, HUIMANGUILLO, TABASCO,
MEXICO 2009**

**Trabajo que para obtener el Diploma de
Especialista en Medicina Familiar**

Presenta:

Juan Francisco Gallegos Velázquez

**Villahermosa, Centro, Tabasco, México.
2010**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CON HIPERTENSION
ARTERIAL DE LA UMF 12. IMSS, HUIMANGUILLO, TABASCO,
MEXICO 2009**

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

PRESENTA:

JUAN FRANCISCO GALLEGOS VELAZQUEZ

A U T O R I Z A C I O N E S:

M.F. RUSVELT VAZQUEZ ORDAZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No. 43, VILLAHERMOSA, TABASCO

M. EN C. MARTHA OFELIA RAMÍREZ RAMÍREZ

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 IMSS, CÁRDENAS, TABASCO,
MÉXICO

M. EN C. SERGIO EDUARDO POSADA ARÉVALO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2 IMSS, CÁRDENAS, TABASCO,
MÉXICO

M. EN C. CONCEPCIÓN LOPEZ RAMÓN

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

VILLAHERMOSA, TABASCO 2010

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN USUARIOS CON HIPERTENSION
ARTERIAL DE LA UMF 12-IMSS, HUIMANGUILLO, TABASCO,
MEXICO 2009**

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

PRESENTA:

JUAN FRANCISCO GALLEGOS VELAZQUEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :

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

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

Dr. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
1. MARCO TEÓRICO	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. OBJETIVOS	9
Objetivo General	
Objetivos específicos	
5. MATERIAL Y METODOS	9
6. CONSIDERACIONES ETICAS	16
7. RESULTADOS	17
8. DISCUSIÓN	19
9. CONCLUSIONES	21
10. RECOMENDACIONES	22
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
12. ANEXOS	28

GLOSARIO

DERECHOHABIENTE. Persona que deriva su derecho de otra. Que tiene derecho a los servicios institucionales.

ENCUESTA INDIVIDUAL. Serie de preguntas escritas que se hacen a una persona sin la intervención del entrevistador para reunir datos o conocer su opinión sobre algún asunto.

FACES III. Por las siglas en inglés de Family Adaptability and Cohesion Scale, en español Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar. Y el número romano de la versión. Es un instrumento de autoaplicación que permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en una familia. Es un cuestionario de 20 aseveraciones, 10 para cohesión y 10 para adaptabilidad, con respuestas probables con valores de 1 a 5.^{7,11,12,13,14,}

FUNCIONALIDAD FAMILIAR. Es el cumplimiento de las funciones de la familia teniendo unión emocional entre sus miembros, manteniendo límites y alianzas en tiempo y espacio; compartiendo amistades, intereses y recreación, siendo capaces de tomar decisiones para un bien común. En donde además existe la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relación de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La funcionalidad de la familia puede medirse y una de las formas de hacerlo es mediante la identificación del grado de cohesión y adaptabilidad.

HIPERTENSION ARTERIAL. Es una enfermedad caracterizada por que el sujeto presenta cifras de presión arterial permanentes superiores a 140 mmHg para la sistólica y de 90 mmHg para la diastólica. De manera silente produce cambios hemodinámicos, macro y microvasculares. La Clasificación Internacional de las Enfermedades denomina a este padecimiento Hipertensión Esencial y lo codifica como I10, diferenciándola de la hipertensión arterial secundaria a otros padecimientos.

HIPERTENSO EN CONTROL. Es el sujeto que padece de Hipertensión Arterial y que asiste regularmente a sus citas programadas con el personal de salud, y tiene apego a las indicaciones dietéticas, de actividad física y de medicamentos. En las instituciones de salud está registrado en un censo de pacientes con su misma enfermedad. Debe entenderse que el término control se refiere al seguimiento ordenado de su caso y no necesariamente al descenso de las cifras de presión arterial.

USUARIO. Persona que tiene derecho de uso de una cosa ajena con cierta limitación. En atención a la salud es la persona que demanda y recibe los servicios a los que tiene derecho por el pago que realiza o por estar inscrito en algún régimen de seguridad social que se los provee.

MARCO TEORICO

La familia funciona como un sistema dinámico, en el que los elementos se estimulan mutuamente para cumplir expectativas y objetivos comunes.¹ El desarrollo familiar se concibe como una sucesión de cambios en la forma y función de la familia a lo largo de su ciclo vital y en una secuencia ordenada de etapas evolutivas. Estas etapas se relacionan con el tamaño de la familia, las variantes en su composición y los cambios en la posición laboral de sus miembros.

Cuando se producen cambios notables en la familia se hace necesario un reordenamiento de la misma y así se inicia una nueva etapa evolutiva.¹

La dinámica familiar se compone de un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia; sobra decir que un buen equilibrio y un buen funcionamiento propician la evolución familiar. En esta imagen evolutiva, la familia pasa de una etapa a otra, enfrentando dificultades que se traducen a su vez en la acumulación de factores estresantes esperados o no.

Lo anterior obliga a responder con cambios internos y externos que permiten que la familia se transforme y/o adapte a fin de afrontar las nuevas circunstancias sin perder su continuidad y funcionalidad. La imposibilidad de transformarse ocasiona la incompatibilidad de las tareas evolutivas de los miembros de la familia, problema que se conoce como disfunción familiar.¹

Las familias, aún en las sociedades más modernas, necesitan ser dinámicas y evolutivas teniendo funciones que deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar.

La medicina contemporánea llama a esta capacidad funcionalidad familiar.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se altera(n) por cambios en los roles de sus integrante(s).²

Por lo anterior es importante estudiar a la familia del hipertenso, pues es ella quien lo apoyará para cumplir con su tratamiento médico. Para él, es vital contar con una familia funcional, es decir, una familia que sea capaz de cumplir con sus tareas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que surjan en todo su entorno.³

La evaluación familiar se ha definido como la estimación del significado, importancia, valor o peso de las características del sistema familiar incluyendo aspectos de la estructura familiar, las relaciones intrafamiliares y las interacciones con su contexto social.⁴

A fines de los años setenta del siglo pasado se iniciaron en la Universidad de Minnesota estudios que intentaban identificar los aspectos más relevantes del funcionamiento familiar. A partir del análisis de la teoría familiar y de la literatura acerca de la terapia familiar se identificaron tres dimensiones de la dinámica familiar que podían expresarse en función de tres variables; cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar.⁵

La cohesión familiar se define como la unión emocional que tienen, mantienen y fomentan los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por

diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación.⁶

Ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica en un integrante de la familia puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementa con sus necesidades de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsible y coherente.^{7, 8.}

Dentro de la dimensión de cohesión familiar es posible distinguir cuatro niveles: desligada (muy alta), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y aglutinada (muy alta).

Desligada o desvinculada se refiere a familias donde sobresale el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

En la separada predomina el “yo”, pero existe presencia de un “nosotros”, además, se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia con cierta lealtad e interdependencia entre ellos aunque con tendencia hacia la independencia.

En la conectada o unida, sobresale el “nosotros” con presencia del “yo”. Son familias en las que se aprecia una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre sus miembros, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

Finalmente en la aglutinada, enredada o enmarañada, prevalece el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia con un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.⁹

La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente cuando un miembro de la familia presenta una enfermedad progresiva, recurrente o que presenta crisis agudas.^{7,8} Es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional o evolutivo.⁹

Se reconocen para la calidad de la adaptabilidad cuatro niveles que son; rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta).

La caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular con cambios frecuentes.

La flexible muestra liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

La estructurada es aquella en la que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, existe cierto grado de disciplina democrática, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.¹⁰

Relacionando las variables de adaptabilidad y cohesión, Olson, Russell & Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad), suele haber también un estilo de comunicación mutuamente asertivo, un liderazgo más o menos igualitario, roles y reglas compartidos, siendo aquellos más explícitos que implícitos.

Por el contrario, los sistemas familiares más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión. Este tipo de familia suele tener más problemas a lo largo de su ciclo vital.^{11, 12} Uno de los enfoques más utilizados para estudiar

a la familia, se fundamentó en la denominada teoría general de los Sistemas. Esta teoría considera a un sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo y su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces, la familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción dinámica y donde lo que le acontece a uno afecta al otro y al grupo.¹²

En los esfuerzos por medir ordenada y universalmente las dimensiones de la dinámica familiar se han diseñado diferentes instrumentos. En este proyecto utilizamos la escala o encuesta FACES por las siglas en inglés de Family Adaptability and Cohesion Scale, en español Escala de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar.

La escala FACES I (versión original) constaba de 111 aseveraciones o cuestionamientos.^{11, 12} La escala FACES II se diseñó a partir de la FACES I, a fin de disponer de un instrumento más breve con frases más sencillas de manera que pudieran ser respondidas por los hijos y personas con dificultades de comprensión.

A fin de mejorar la confiabilidad, validez y utilidad clínica del instrumento, se desarrolló una tercera versión de la escala (FACES III) ,aplicada con éxito tanto en Europa como en México, diseñada por Olson, instrumento traducido al español en el 2001,¹² y validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen.¹³

FACES III es un instrumento de autoaplicación que permite evaluar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Cuenta con una escala de respuesta que incluye cinco opciones con valores de 1 al 5.¹⁴ Es una encuesta formada por 20 aseveraciones, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad.¹¹ Puede ser contestado por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años de edad. Se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro. Permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Su capacidad discriminadora de familias clínicas entre las no clínicas ha sido ampliamente demostrada.¹²

Dentro de los integrantes de la familia común mexicana hay siempre adultos y adultos mayores. Es en estos grupos de edad donde por lo general se presenta el problema de estudio de este trabajo.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y degenerativa de alta prevalencia mundial. En un trastorno del sistema cardiovascular con efectos sistémicos a mediano y largo plazo.

La más antigua versión escrita sobre la circulación de la sangre proviene de china. En el Nei Ching (2600 a.d.c.), tratado de medicina editado por el emperador Huang Ti se expresa: "Toda la sangre está bajo el control del corazón". "La corriente fluye en un círculo continuo y nunca se detiene".

Estos conceptos fueron intuitos por medio de la observación y del razonamiento, pues en aquella época estaba proscrita la disección del cuerpo. La máxima de Confucio "el cuerpo es cosa sagrada" fue una de las normas que asentaron las bases de esa civilización.⁶ Repárese en el concepto de circulación de la sangre enunciado por los médicos chinos, se anticipa en más de 3500 años al enunciado por Harvey en el *De Motu Cordis* (1628).

La explicación que los chinos se dieron en base a la observación y al razonamiento, fue confirmada por Harvey valiéndose del examen anatomo-

patológico y de la experimentación fisiológica.¹⁵ El examen del pulso fue la técnica diagnóstica más usada en la antigua China. Hales fue el primero en obtener un registro directo de la presión arterial. En la arteria femoral de una yegua tendida e inmovilizada sobre el dorso mediante cuerdas atadas a una base de madera, logró insertar un tubo hueco al que adaptó una larga columna de vidrio graduada.

El mérito de Hales no radica únicamente en la novedad del método, sino en la trascendencia biomédica de su hallazgo. El procedimiento permitió medir no sólo la fuerza capaz de movilizar la sangre en el interior del cuerpo, sino establecer con precisión que el latido era rítmico.

La cúpula de ascenso de la onda de presión arterial era sincrónica con la contracción del corazón y su nivel más bajo coincidía con la relajación de éste. Hales relacionó estos periodos con el mayor o menor volumen y resistencia que las arterias oponen al paso de la sangre en ambas fases. Este lúcido razonamiento aparece en su escrito *Haemostatics*.¹⁵

Debió transcurrir casi un siglo para que se obtuvieran mediciones confiables de la presión arterial, la que siguió registrándose por métodos cruentos. Pouiselle en 1728, utilizó un manómetro de mercurio conectado a una cánula a la que agregó carbonato de potasio a fin de evitar la coagulación sanguínea.

El primer registro directo de presión fue hecho por Carl Ludwig en un quimógrafo en 1847. Posteriormente Samuel Von Basch después de una serie de tentativas logró fabricar un manguito que se inflaba con agua, el que comprimía gradualmente la arteria radial hasta obliterarla.

Potain en 1889, sustituyó el agua por aire y empleó un bulbo de goma para comprimir la onda del pulso. La presión era medida por un manómetro anaeroide. En 1896 Riva-Rocci perfecciona la técnica de registro mediante una bolsa de goma inflada con aire envuelta en un manguito inextensible conectado a una columna de mercurio. El manguito rodeaba el brazo en su porción proximal y la presión se registraba por palpación. La presión sistólica coincidía con la aparición del latido y la diastólica con su brusco descenso.¹⁶

Para medir la presión arterial la persona generalmente se sienta con un brazo apoyado sobre una mesa y con ligera flexión del codo de manera que esté al mismo nivel del corazón. La parte superior del brazo necesita estar descubierta. Las lecturas de la presión Arterial se miden en milímetros de mercurio (mmhg) y usualmente se dan en dos números: por ejemplo. 110 sobre 70 (escrito como 110/70).

Para obtener la medición de la presión arterial, el explorador envuelve el esfigmomanómetro bien ceñido alrededor de la parte superior del brazo, colocándolo de tal manera que el borde inferior quede a 2.5 cm. proximal al pliegue del codo. El médico localiza el latido de la arteria humeral en la cara interior del codo palpando el pulso y coloca la cabeza del estetoscopio sobre esta arteria distal al esfigmomanómetro. El estetoscopio no debe rozar el esfigmomanómetro ni alguna prenda de vestir, porque estos ruidos pueden bloquear la audición de los sonidos del pulso. La colocación correcta del estetoscopio es importante para obtener un registro exacto.¹⁶

El examen se puede realizar en cualquier momento y cuando se lleva a cabo con propósitos de comparación, generalmente se hace después de que el paciente repose por lo menos durante 5 minutos.¹⁶

La Hipertensión Arterial es una enfermedad caracterizada por incremento en las cifras de presión arterial superior a 140/90 mmHg y considerada una de los

problemas de salud pública en países desarrollados afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial.

Para el registro y diagnóstico de hipertensión arterial se tiene por costumbre hacer lectura de las cifras tensionales en dos exploraciones médicas o más.¹⁷

La Hipertensión Arterial de manera silente, produce cambios hemodinámicos, macro y microvasculares, causados a su vez por disfunción del mismo endotelio vascular y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia responsables de mantener el tono vascular periférico.

Estos cambios que anteceden en el tiempo a la elevación de la presión, producen lesiones orgánicas específicas, algunas de ellas definidas clínicamente.¹⁸

En 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado "*hipertensión arterial esencial*", con una fuerte influencia hereditaria.

Ese porcentaje tan elevado no puede ser excusa para eludir buscar su etiología pues en 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se le denomina "*hipertensión arterial secundaria*" que puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento prolongado. Además de que puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves de las que solo es una manifestación clínica.¹⁸

La Hipertensión Arterial Sistémica es un síndrome cardiovascular progresivo de etiología compleja y diversa, con presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg., con anomalías funcionales y estructurales del corazón y de los vasos; que dañan al corazón, riñones, cerebro, vasculatura y otros órganos.¹⁹

De acuerdo a la NOM (Norma oficial Mexicana) y al séptimo informe sobre hipertensión arterial, la clasificación de la presión arterial en los adultos mayores de 18 años es la siguiente.^{20,21}

Categoría	Sistólica	Diastólica
Normal	< 120	y < 80
Prehipertensión	120- 139	ó 80- 89
Hipertensión estadio I	140- 159	ó 90- 99
Hipertensión estadio II	≥ 160	ó ≥ 110

Categoría	Sistólica	Diastólica
Optima	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Alta Normal	130 - 139	85 - 89
Hipertensión Grado I	140 - 159	90 - 99
Hipertensión Grado II	160 – 179	100 - 109
Hipertensión Grado III	? 180	? 110
Hipertensión Sistólica Aislada	? 140	? 90

Clasificación de la JNC7

Norma Oficial Mexicana

La Organización Mundial de Salud (OMS) estimó en 1995 que las enfermedades cardiovasculares representaban la causa más frecuente de mortalidad en el ámbito mundial, rebasando la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas y parasitarias.

Asimismo reconoce que la epidemia de las enfermedades cardiovasculares avanza rápidamente tanto en los países desarrollados como en los que se

encuentran en vías de desarrollo.²² En América Latina y el Caribe las enfermedades cardiovasculares representan el 31% del total de las causas de mortalidad. Se estima que ocurrirán 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en esta región durante los próximos 10 años. En México, este grupo de enfermedades constituye un problema de salud pública y al igual que ocurre en otros países del mundo, es el resultado de esta escalada epidemiológica. Las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70,000 defunciones por este motivo.

Se presentaron 44,070 muertes por enfermedad isquémica del corazón, 24,102 en hombres y 19,965 en mujeres. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25.1% y en la población rural varía de 13% al 21%.²² La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas y la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) del 2000 una tasa de Hipertensión Arterial Sistémica del 30.05%. En el sexo masculino la prevalencia es de 34.20% y en el femenino es de 26.30% en la población mayor de 20 años.^{22,23} En la actualidad 15.1 millones de mexicanos tienen algún grado de Hipertensión Arterial (ENSA 2000).

Aunado a lo anterior el aumento de la esperanza de vida y la elevada frecuencia de los factores de riesgo determinan el incremento de la prevalencia de esta enfermedad y sus complicaciones.²² Entre los Estados de la Región Sur de México, Tabasco presenta una prevalencia superior a la media nacional de 31.30%. Presentando la prevalencia más baja el estado de Oaxaca con 23.2%.²⁴

Es importante recordar que la Hipertensión Arterial Sistémica es una afección silenciosa, que frecuentemente pasa inadvertida. A mayor edad se incrementa el riesgo de presentarla.^{25,26} La hipertensión arterial es el resultado de un proceso de causa multifactorial que el individuo puede modificar en forma positiva. Si esos factores de riesgo logran evitarse o minimizarse se logra prevenir que la enfermedad aparezca o se obtiene una presentación leve.¹⁸

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en alguno de los miembros de la familia, puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento, como en su composición. Pudiendo considerar a la enfermedad individual como una crisis familiar, dada la capacidad que tiene para desorganizar el sistema familiar, que impacta en cada uno de sus miembros.^{27, 28}

No encontramos muchos estudios de funcionalidad familiar asociada a la hipertensión arterial. Lo que se encuentra son reportes de que el estrés psicosocial puede producir alteraciones neuroendocrinas e inmunológicas y ampliar la susceptibilidad a un gran número de enfermedades que afectan diferentes sistemas.

El estrés agudo produce liberación de catecolaminas que pueden elevar los niveles de la presión arterial sobre todo en personas mayores por predisposición debido a la presencia de factores de riesgo cardiovascular que han llevado a disfunción endotelial. El estrés psicosocial es de origen multifactorial y se relaciona con la funcionalidad familiar, con las relaciones interpersonales en otros espacios, con el trabajo, y con una serie de sucesos que ocurren día con día que a la vez son sumatorias en el tiempo y afectan las emociones de las personas.

Diversos estudios soportan el efecto del estrés psicosocial con el aumento de los niveles de presión arterial especialmente en personas mayores.²⁹ Se realizó un estudio para determinar la presencia(controles) o ausencia(casos) de apego al tratamiento de la hipertensión arterial. Se integraron al estudio 40 pacientes en cada grupo. No hubo diferencias respecto a las variables sociodemográficas entre los grupos de estudio. En los resultados se observó que el apoyo familiar que recibían los pacientes fue significativamente mayor en los controles, 74.1+-7.1 puntos que en los casos con 52.0 +-8.5 puntos , $p < 0.0002$.

El apego al tratamiento se vincula de forma directa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo, tal como se demuestra en el estudio. Los resultados muestran que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar y en consecuencia se obtiene mejor control de sus cifras tensionales.³⁰

En otro reporte se estudiaron 140 pacientes con hipertensión arterial sistémica al azar, 105(75%) femeninos y 35 (25%) masculinos. En 91(65%) se detectó algún grado de disfunción familiar. Del total de familias disfuncionales presentaron descontrol de la hipertensión 80 (87.9%) pacientes y solo 11 (12.08%) registraron una normotensión. En comparación con los 49 pacientes y familias funcional, 25 (51%) presentaron descontrol de su presión arterial, con una mínima diferencia entre controlados y descontrolados de 1%.

Esto hace suponer que la presencia de disfunción familiar se asocia con las condiciones que provocan mal control del paciente condicionando cifras elevadas de presión arterial persistentes.

Como conclusión podríamos decir que la disfunción familiar es un factor de riesgo para el control del paciente con hipertensión arterial.³¹

En otro estudio efectuado en 185 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle con una edad promedio 21 años los resultados mostraron que el estrés psicosocial caracterizado por la disfunción familiar no se correlacionó con las cifras de presión arterial sistólica, ni con las cifras de presión arterial diastólica.

El Estrés Psicosocial caracterizado por los hechos fortuitos de cambios en sus vidas tampoco se correlacionó con las cifras de presión arterial sistólica ni con las cifras de presión arterial diastólica. El estrés psicosocial caracterizado por disfunción familiar y sucesos imprevistos de cambios de vida no mostró diferencia de acuerdo con el sexo, y reitera unos niveles mayores de presión arterial en el masculino.²⁹

Un estudio realizado en pacientes hipertensos en dos municipios de Cuba, Plaza de la Revolución y Cerro de Cuba, llevado a cabo en instituciones del nivel primario y terciario de atención, mostró como resultados que un aspecto importante para el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo es el apoyo familiar.

Otro estudio realizado en 153 familias de pacientes hipertensos pertenecientes al policlínico de Mata municipio de Cifuentes, Villa clara demostró que la disfuncionalidad familiar y el apoyo deficiente al hipertenso por sus familiares estuvieron muy significativamente asociados al descontrol de la tensión arterial.⁴⁰

Desde el punto de vista psicosocial se destaca el papel de la familia como red de apoyo social que favorece el cumplimiento, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo como material y también de como el paciente valora su papel

dentro del grupo familiar y desea con su buen estado de salud proteger su integridad y funcionamiento.³²

Se integra así un círculo, la adecuada funcionalidad de la familia favorece el bienestar del paciente, y en el caso que nos ocupa, el control más favorable de la presión arterial. Y por otro lado, el bienestar del paciente promueve la funcionalidad familiar. Por ello, realizamos este trabajo para medir la asociación entre la funcionalidad familiar y el estado de las cifras tensionales en los pacientes con hipertensión arterial.

Planteamiento del problema

La Hipertensión Arterial Sistémica es un problema de salud pública que origina un elevado costo emocional, social y económico a la población y sus familias. En los últimos 5 años ha estado dentro de los primeros motivos de consulta y causas de mortalidad a nivel mundial. Ocurre lo mismo en México, Tabasco y en la Unidad de Medicina Familiar No. 12 del IMSS en Huimanguillo, Tabasco. Es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta por la influencia de muchos factores internos y externos entre los cuales se encuentra la funcionalidad familiar.

La dinámica familiar juega un papel importante ya que se compone de un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, de esta forma la familia pasa de una etapa a otra, enfrentando dificultades que se traducen a su vez en la acumulación de factores estresantes esperados o no.

Todo este movimiento o cambio origina que la familia sufra transformaciones a fin de que afronte las nuevas circunstancias sin perder su continuidad ni funcionalidad.

Cuando esta dinámica familiar es disfuncional se descuidan las tareas primordiales de afecto, atención y apoyo, contribuyendo al descontrol problema de salud del enfermo. En esas crisis las complicaciones propias de la enfermedad aparecen más tempranamente y son causas del deterioro en la calidad de vida del enfermo. Le impiden ser productivo convirtiéndolo en una carga para la familia, al mismo tiempo que aumenta las tasas de morbilidad, que conducen a un mayor gasto económico como ya lo referí anteriormente.

Se desconoce la asociación que existe entre la funcionalidad de la familia del paciente radicado en Tabasco que sufre de Hipertensión Arterial y el control de su enfermedad, sobre todo de sus cifras tensionales.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre la funcionalidad de la familia del paciente con Hipertensión Arterial y el control de sus cifras tensionales en usuarios de la Unidad de Medicina Familiar Número 12 del IMSS en Huimanguillo, Tabasco, México?

Justificación

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa que tiene gran impacto sobre las familias en su aspecto socioeconómico y en su propio entorno, así como para el propio enfermo, debido a que es una enfermedad no curable sino controlable. De no llevarse un tratamiento y seguimiento adecuados conlleva a una invalidez total y permanente e incluso al fallecimiento.³³

La relación familia y enfermo se convierte en un vínculo fundamental para mantener un control adecuado de la presión arterial. La ruptura de este vínculo origina alteraciones en dicha presión y desenlaces ya mencionados. Esto puede estar provocado en forma aislada o combinada por falta de asistencia a su control, abandono del tratamiento, descuidos en la alimentación, estados de ansiedad y depresión. Estudiar la funcionalidad familiar en el paciente con hipertensión nos dará una perspectiva más amplia para su buen manejo y control.

Al tener el conocimiento científico se podrán implementar estrategias que coadyuven a mejorar la calidad de la atención médica de esta población en Tabasco.

El estudio fue viable y factible debido a que implica poca inversión de recursos adicionales a los usados en la atención médica rutinaria de estos pacientes. La medición de la presión arterial es parte básica de toda consulta médica aún en personas sin hipertensión arterial. El instrumento de medición de la funcionalidad familiar que usamos está validado para población latina y es de fácil autoaplicación e interpretación. No se requirió de modificar instalaciones ni horarios de trabajo del personal o de asistencia especial del sujeto de estudio.

El estudio es conveniente para todos los involucrados. El conocimiento obtenido con los resultados debe mejorar la calidad de vida del paciente y la funcionalidad familiar. El control de los pacientes disminuye el consumo de recursos para su atención disminuyendo u optimizando los costos. El bienestar de la comunidad derechohabiente es una prioridad institucional desde todos los puntos de vista.

El problema de estudio, la Hipertensión Arterial, si bien no es erradicable en el sujeto que ya la padece, sí es posible mejorar el pronóstico y postergar o eliminar la aparición de complicaciones por medio del control de la presión arterial a través de las acciones medicamentosas y dietéticas, pero también mejorando la dinámica familiar. Esto nos indica cierta vulnerabilidad del problema de estudio.

La trascendencia del estudio realizado puede llegar al ámbito estatal y regional ya que las condiciones de vida de la gente de Huimanguillo, Tabasco se asemejan mucho a las de la mayoría del Estado, y a las del sur de Veracruz y Norte de Chiapas. Nuestros resultados podrán generalizarse en ese sentido.

El proyecto fue autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona Número 2 en Cárdenas, Tabasco. Este comité es el que la institución ha dispuesto para revisar y autorizar los proyectos de la zona donde se ubica la población de estudio.

Objetivos

Objetivo general

Identificar la relación que existe entre la funcionalidad de la familia del paciente con Hipertensión Arterial y el control de sus cifras tensionales en usuarios de la Unidad de Medicina Familiar Número 12 (UMF12) del IMSS en Huimanguillo, Tabasco, México?

Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas del grupo en estudio.
- Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No.12 mediante el cuestionario FACES III.
- Identificar a los pacientes con hipertensión arterial y disfunción familiar para informar al directivo de la unidad médica para las acciones que corresponda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Observacional, Descriptivo, Prospectivo, Transversal, también llamado de encuesta.

Esta investigación se llevó a cabo en la consulta externa del turno matutino de lunes a viernes en la UMF 12 del IMSS, Huimanguillo, Tabasco, del 1 de Marzo del 2008 al 31 de Diciembre del 2009.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes con hipertensión arterial, que acudieron a consulta en el turno matutino en el año 2009 a la UMF No. 12 del IMSS del municipio de Huimanguillo, Tabasco, México.

No se contaba con información disponible para estimar el número de sujetos que formaban el universo.

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Pacientes con hipertensión arterial en control, derechohabientes del IMSS, usuarios de la UMF 12.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron a todos los pacientes con hipertensión arterial, que asistieron a la consulta externa de medicina familiar en la UMF 12 de Huimanguillo, Tabasco en el periodo antes referido. No se uso muestra.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION.-

- a) Que se encuentren en control de la consulta externa en la UMF 12.
- b) Que sean derechohabientes de la UMF 12.
- c) Que tengan de 30 años o más de edad, de cualquier sexo y que acepten participar en el estudio.
- d) Que sepan leer y escribir.
- e) Que convivan con familiares.

CRITERIOS DE EXCLUSION Y ELIMINACION

- a) Que acudan por primera vez de la consulta externa en la UMF 12.
- b) Que no sean derechohabientes de la UMF 12
- c) Que sean menores de 30 años de edad.
- d) Que abandonan su control en la unidad.
- e) Que no deseen participar en el estudio.
- f) Que sean analfabetas.
- g) Que no convivan con sus familiares.

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

VARIABLE	TIPO	CATEGORIA	DESCRIPCIÓN
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Fenotipo del paciente. Se recolectó por observación directa y por lo referido en el expediente y número de afiliación.
Edad	Cuantitativa discontinua	30 y más	Años de vida del sujeto en números enteros. Se recopiló con pregunta directa auxiliándonos con el expediente clínico y número de afiliación.
Estado civil	Cualitativa nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre	Condición de unión legal con otra persona habitualmente del sexo opuesto para integrar una sociedad conyugal.(ya se acepta unión de dos personas del mismo sexo en algunas partes de México) Se obtuvo por pregunta directa.
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Solo Sabe Leer y escribir Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Bachillerato Incompleto Bachillerato Completo Nivel técnico Incompleto Nivel técnico Completo Universidad Incompleta Universidad Completa	Nivel académico alcanzado y acumulado por el sujeto de estudio al inscribirse y cumplir metas en planteles educativos. Se recopiló por pregunta directa.

VARIABLE	TIPO	CATEGORIA	DESCRIPCIÓN
Ocupación	Cualitativa nominal	Servicios Comercio Industria manufacturera Actividades agropecuarias Construcción Otras actividades económicas Jubilado Desempleado Pensionado Estudiante	Actividad económica a la que se dedica primordialmente el sujeto. Usamos clasificación del INEGI. Se recopiló por pregunta directa.
Índice de Masa Corporal	Cualitativa Ordinal. Se obtiene inicialmente como cuantitativa pero se transforma en cualitativa al clasificar a los sujetos.	Bajo peso.- menor de 19.9 Normal.- de 20 a 25 Sobrepeso.- de 25.1 a 26.9 Obesidad.- mayor de 27 En sujetos de talla baja 1.6 m para los masculinos y 1.5 m para las femeninas se usa: Bajo peso.- menor de 18 Normal.- de 18.1 a 23 Sobrepeso.- de 23.1 a 25 Obesidad.- mayor de 25	Cantidad de masa en relación al tamaño del sujeto. Se obtiene mediante la medición de la cantidad de kilogramos de peso por metro cuadrado de superficie corporal. El cálculo se hace dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla.
Ingestión de Alcohol	Cualitativa Dicotómica	Si No	Hábito consuetudinario de ingerir bebidas con alcohol por adicción o por costumbre.
Tabaquismo	Cualitativa Dicotómica	Si No	Hábito de inhalar el humo de cigarrillos de tabaco en combustión. Se considera positivo el simple hecho de consumir un cigarrillo al día. Si el sujeto dejó de consumirlos, se considera negativo si ya transcurrieron 7 años desde esa

VARIABLE	TIPO	CATEGORIA	DESCRIPCIÓN
			suspensión.
Actividad física	Cualitativa Dicotómica	Si No	Ejecución de movimientos del cuerpo con fines recreativos, de traslado o de condicionamiento físico durante más de 30 minutos al día.
Hipertensión Arterial	Cualitativa Ordinal	Descontrolado: >140/90 mmHg. Controlado: <140/90 mmHg.	Cifras de tensión arterial obtenidas en el sujeto después de 30 minutos de reposo y siguiendo la técnica correcta.
Funcionalidad Adaptabilidad	Cualitativa Nominal	Rígida Estructurada Flexible Caótica No valorable	Capacidad de la familia para enfrentar los retos de la vida diaria mediante la modificación de roles fijos o temporales. Se obtuvo con la encuesta FACES III
Funcionalidad Cohesión	Cualitativa Nominal	Desligada Separada Conectada Aglutinada No valorable	Capacidad de la familia de mantener, fomentar y mejorar los lazos afectivos de sus miembros para lograr enfrentar los retos de la vida diaria. Se obtuvo mediante la aplicación de la encuesta FACES III

DEFINICIONES OPERACIONALES

Los Sujetos en estudio, expresaron su sexo, edad y estado civil de forma abierta.

La escolaridad se obtuvo con base en los grados de estudio que se manejan en nuestro País, dividiendo cada uno de ellos en forma incompleta y completa según el grado que se haya cursado.

La ocupación se clasificó con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo realizada en este año, por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).^{34,35}

La clasificación del índice de masa corporal, se realizó con base en lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, obteniéndolo de la siguiente forma: el investigador pesó en una báscula fija de la Unidad de Medicina Familiar Número 12 al sujeto en estudio, lo midió para obtener su talla utilizando el estadímetro unido a la báscula. Con estos datos se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) dividiendo el peso en kilogramos del sujeto entre el cuadrado de la talla.³⁷

El tabaquismo se consideró afirmativo desde el momento en el que se fuma un cigarrillo sin importar el tiempo de exposición, siendo negativo cuando de ninguna manera se consume siquiera uno, por lo menos en los últimos 7 años, tiempo en el que se considera puede dejar efectos en el organismo según Jonathan Sammet.³⁸

La Ingestión de Alcohol será afirmativa cuando el sujeto en estudio ingiera bebidas alcohólicas, sin importar el tipo de bebida, la cantidad de ellas, ni el número de veces al mes.

La actividad física será afirmativa cuando el sujeto en estudio tenga por lo menos 30 minutos de actividad diaria, ya sea en su trabajo, el hogar, cuando realice para trasladarse a algún lado y en alguna actividad deportiva, recreativa, de entretenimiento o de ejercicio. Será negativa cuando no cumpla con estas características.³⁹

Para clasificar la presión arterial se registró la cifra que nos resultó con la toma de la presión arterial con el esfigmomanómetro bien calibrado mediante un manguito apropiado (el balón dentro del manguito debe cubrir al menos 80% de la circunferencia del brazo) después de que el paciente descansa confortablemente, con la espalda apoyada en el respaldo de la silla o en decúbito, durante al menos 5 minutos y una vez transcurridos cuando menos 30 minutos de haber fumado, ingerido café o haber hecho ejercicio. Se clasificó de acuerdo a la JNC 7.²⁰

La funcionalidad familiar se estudia con base en 2 aspectos que son los siguientes:

La adaptabilidad es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.

La información se recolectó de acuerdo al método de autoaplicación FACES III de Olson. Este contiene 20 enunciados que contestaron como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre; con un valor del 1 al 5 respectivamente. 10 enunciados pares califican Adaptabilidad.⁶

La cohesión familiar se define como la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Sus límites, alianzas, tiempo, espacio, toma de decisiones, interés y recreación. Predice la respuesta que tendrá la familia

ante una enfermedad. La información se recolectó de acuerdo al método de autoaplicación FACES III de Olson. Este contiene 20 enunciados que contestaron como nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre; con un valor del 1 al 5 respectivamente, 10 enunciados noes califican cohesión.^{10,11,12}

La puntuación obtenida con este cuestionario se traduce en:

FACES III Puntaje lineal e interpretación			
Cohesión		Adaptabilidad	
50	Aglutinada	50	Caótica
46		29	
45	Conectada	28	Flexible
41		25	
40	Separada	24	Estructurada
35		20	
34	Desligada	19	Rígida
10		10	

RECOPIACIÓN DE DATOS

El Procedimiento se realizó de la siguiente forma:

1.- Se identificó al usuario hipertenso que se presentó a la unidad a solicitar consulta externa, se le brindó información sobre el proyecto de investigación (anexo 1), una vez aceptado participar en el estudio se le pidió que nos firme el formato consentimiento informado (anexo 2) y el investigador lo anotó en la hoja de registro de pacientes hipertensos (anexo3).

2.- El llenado de la encuesta (anexo 4) y del cuestionario FACES III (anexo 5) se realizó de la siguiente manera:

a) Se le invitó a pasar al consultorio para realización de la medición de presión arterial; el resultado se anotó en la encuesta (anexo 4), de igual forma se le midió el peso con la bascula del consultorio y la talla con el estadimetro de la bascula.

3.- El llenado de la encuesta (anexo 4) y del cuestionario FACES III (anexo 5) se realizó de la siguiente manera:

a) Se le entregó la encuesta y cuestionario al usuario hipertenso para que el mismo lo contestara pidiéndole la mayor veracidad en sus respuestas.

MÉTODO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

La información obtenida se concentró en el programa EPIINFO Versión 3.5.1. (Con autorización de uso público por los Centers for Diseases Control and Prevention, U.S.A.)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la realización de este trabajo de investigación se cumplió con las normas éticas internacionales y nacionales mediante el apego a lo establecido en la Ley General de Salud de México en lo relativo al capítulo de Investigación en Seres Humanos.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se promueve y logra el respeto de las normas éticas en la investigación en seres humanos mediante el requisito de que todo trabajo de investigación realizado en sus instalaciones, o con los usuarios de la institución y por el personal del mismo sea ingresado para su aprobación al Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud. Este requisito se cumplió y en consecuencia el proyecto fue revisado y autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud 2710 con sede en el Hospital General de Zona Número 2 de Cárdenas, Tabasco.

Se elaboró Carta de Consentimiento Informado que fue leída y firmada por los sujetos participantes. (anexos 2 Y 3).

A los sujetos que encontramos con cifras de presión arterial descontroladas y/o con disfunción familiar se les proporcionó un documento en donde se les indicaron medidas preventivas, y se les orientó para que asistan a su servicio médico. (anexo5)

RESULTADOS

Se encuestaron a 117 usuarios hipertensos que acudieron a la consulta externa de lo cuales 64.1% fueron del sexo femenino (75 participantes) y 35.9% fueron del sexo masculino (42 participantes). (Tabla 1). Los grupos etarios que fueron entrevistados corresponden en primer lugar al de 61 – 70 años con el 30.17 %, en segundo lugar el de 51 – 60 años con el 25.86 %, en tercer lugar el de 71 – 80 años con el 22.41 %, mientras que el resto de los grupos de edad se presentaron con una frecuencia menor del 9 %. (Tabla 2). El 71.5% de los encuestados son casados, el 22.4 % viudo y menos del 3% son solteros, divorciados, y viven en unión libre. (Tabla 3). En relación a la escolaridad encontramos que el 43.6 % solo sabe leer y un 33.3 % cuenta con primaria incompleta. (Tabla 4)

Dentro de las ocupaciones un 57.8% se dedican a las labores del hogar, un 25.8% a las actividades agropecuarias y menos del 10 % de los encuestados son pensionados por el IMSS. (Tabla 5).

Con respecto al estado nutricional encontramos que más del 48% de los encuestados presentan sobrepeso y obesidad; y solo un 17 % tiene peso normal. (Tabla 6)

Un 97 % nego fumar e ingerir alcohol y solo el 3% si lo hace. (Tabla 7 y 8)

El 25% de los encuestados realiza una actividad física y un 75 % no lo realiza. (Tabla 9)

El 61% de los encuestados presento presión arterial controlada, siendo en mayor numero en el sexo femenino (43 participantes) y un 56% presento presión arterial descontrolada de igual forma predominando el sexo femenino (32 participantes). (Tabla 10 y 11)

De los hipertensos encuestados con respecto a la funcionalidad familiar encontramos que en el aspecto de la adaptabilidad un 42.7 % presentan familias caóticas, 29.9 % flexibles, 15.4 % estructuradas y un 12 % Rígidas. (Tabla 12)

Ahora bien con respecto a la cohesion encontramos que un 42 % son familias aglutinadas, un 36 % conectadas, un 18% separadas y 14 % son familias desligadas. (Tabla 13)

En ambos aspectos, adaptabilidad y cohesión encontramos que en las familias de los usuarios hipertensos 8 son estructurada – separada, 6 son estructura – conectada, 4 son flexibles – separadas y 15 son flexible – conectada. (Tabla 14)

En relación a la Presión arterial con la funcionalidad familiar en su aspecto de adaptabilidad, encontramos que de los usuarios con presión arterial controlada 12 tienen familia estructurada y 18 familias flexibles y de los usuarios con presión arterial descontrolada 6 tienen familias estructuradas y 17 familias flexibles. (Tabla 15)

Y con respecto a la funcionalidad familiar en su aspecto de Cohesión con relación a la presión arterial, encontramos que de los usuarios con presión arterial controlada 12 tienen familia separada y 21 familia conectada y de los usuarios con presión arterial descontrolada 10 tienen familia separada y 22 familia conectada.(Tabla 16)

Por último encontramos que 17 usuarios con presión arterial controlada tienen funcionalidad familiar y 42 disfunción familiar; y en usuarios con presión arterial descontrolada 16 tienen funcionalidad familiar y 41 disfunción familiar. (Tabla 17).

DISCUSION

A la consulta externa de medicina familiar, los usuarios que con mayor frecuencia acuden a solicitar el servicio es del sexo femenino y dentro del grupo etáreo los comprendidos entre los 61 a 70 años de edad, datos que concuerdan con el último informe del Sistema de Información Medica Operativa del Hospital General de Zona 2 de Cárdenas, Tabasco.³⁶

Los usuarios de estudio contaron con el siguiente perfil: casado, solo sabe leer y escribir, dedicados a las labores del hogar y a las actividades agropecuarias este último específicamente los hombres debido a su relación con el medio ambiente donde viven; lo que refleja el perfil mismo de la población derechohabiente del IMSS.

Mas del 50 % de la población presentan sobrepeso y obesidad, aunado a una falta de actividad física estando estrechamente vinculados ambos aspectos, lo que nos denota que el sedentarismo y la mala calidad en la alimentación son factores de riesgo importantes para el descontrol de la presión arterial como se hace mención en el programa de acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial de la Secretaria de Salud.²² El control de la presión arterial tuvo una incidencia casi proporcional ya que encontramos en 51.7% de los usuarios presión arterial descontrolada y en un 48.3% presión arterial controlada, donde observamos más en el género femenino en ambos casos.

El estrés psicosocial repercute en la hipertensión arterial como lo menciona José Ernesto Campo, John Jarro Reyes y Carolina Ortiz en su estudio ²⁹ debido a que genera una gran susceptibilidad en el hipertenso afectando su sistema, relacionado con este aspecto está una falta de preparación y conocimientos así como un pobre desarrollo laboral, parámetros que se encontraron en nuestro estudio.

Con respecto a la funcionalidad familiar en nuestros usuarios encuestados encontramos que las familias de estos son caóticamente adaptables ante la enfermedad originando una disciplina irregular del hipertenso en su cuidado y tratamiento debido a que no existe un apoyo total de la familia lo que repercute en un descontrol total, como lo muestra Marín Reyes y Rodríguez Moran en su apartado₃₀

Los resultados significativos en relación con las familias disfuncionales y el descontrol de la hipertensión arterial en nuestro estudio tienen una similitud con lo encontrado por García López R.³¹ pues plantean que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares.

CONCLUSIONES

La hipertensión arterial esencial sigue siendo una patología cronicodegenerativa de las personas de la tercera edad, dato preocupante debido a que la esperanza de vida cada vez aumenta más y cada año existen más viejos que niños. Lo que nos obliga a la comunidad medica incrementar nuestras acciones en este grupo etáreo, toda vez que la hipertensión arterial esencial es uno de los principales motivos de defunción en México, en Tabasco es una de las enfermedades que mas prevalece y a nivel institucional específicamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social es uno de los principales motivos de consulta.

La aparición de una enfermedad cronicodegenerativa en su diversa etapa en algún miembro de la familia, representa un problema tanto en su funcionamiento como en su composición debido a que esta tiene la capacidad de desorganizar a una familia. A su vez el estrés psicosocial repercute mucho en el control de la presión arterial y esta muy relacionado con la funcionalidad familiar, en el sentido que su origen es multifactorial y además está también relacionado con las relaciones interpersonales.

En la zona rural existe una gran demanda de consulta externa por parte de la población femenina la cual además de dedicarse a las labores del hogar, se dedica también al campo, teniendo presiones y estrés por los roles que desempeñan en la familia; el medio cultural es bajo, el estado nutricional es inadecuado por el desconocimiento y alcances a una dieta equilibrada y existe poca actividad física planeada y organizada. El entorno familiar de los hipertensos es muy desequilibrado encontrando en la gran mayoría disfunción familiar; debido a que la familia del hipertenso aun no tiene la habilidad de adaptarse a los cambios circundantes que provoca la enfermedad crónica degenerativa en su propia evolución natural y de suplir roles dentro de la familia ante la aparición de la enfermedad o alguna complicación de la misma, que les permita mantener un equilibrio en su dinámica, otorgar apoyo al hipertenso para tener un apego a su tratamiento farmacológico, en el control medico en su clínica y mejorar su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Reconocer la importancia de la célula fundamental de la sociedad en la atención y promoción de salud, obliga al personal sanitario a establecer relaciones de igualdad y cooperación con ella, transformándola en un recurso real y efectivo para el cuidado de sus miembros, con el objetivo de ejercer una benéfica influencia sobre los estilos de vida insanos, o que las personas adquieran responsabilidad en el logro de una vida saludable.

Por lo anterior las recomendaciones de acuerdo al resultado de mi estudio son las siguientes:

1.-Incrementar la aptitud clínica del medico familiar para que tengan una mayor capacidad de reflexión en cuanto a la disfunción familiar.

2.-Motivar al Médico Familiar a que se esfuerce en el caso del manejo de las pruebas clínicas, el uso de instrumentos de diagnóstico funcional de la familia y el empleo de la guía para elaborar estudios integrales de la salud familiar.

3.-Realizar labor de orientación y consejería por medio de sesiones a las familias disfuncionales del hipertenso.

4.-Diseñar y realizar un programa de intervención dirigido a las familias disfuncionales y moderadamente funcionales

5.- Reforzar las actividades medico preventivas sobre obesidad, hipertensión arterial.

6.- Realizar un programa de actividad física adecuado para la población rural.

7.- Reforzar el conocimiento de la relación de disfunción familiar e hipertensión arterial con trípticos y carteles.

8.- Crear un Área de Salud Psicosocial en el Hospital General de zona 2 del municipio de Cárdenas, Tabasco al cual se refieran a los pacientes y familiares

con disfunción familiar y otras alteraciones sociales para que reciban un apoyo y orientación de un equipo multidisciplinario.

9.- Trabajar en conjunto con las organizaciones civiles, fundaciones, asociaciones, clubes y con órganos de gobierno estatales y municipales, para una mayor difusión sobre las enfermedades cronicodegenerativas, su prevención y la importancia del apoyo familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabrera-Pivaral, Rodríguez Pérez I., González-Pérez G. y Cols. Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara, México. *Salud mental*, Julio-agosto 2006; 29(4)
2. Sánchez Ortega A. Las Nuevas Tecnologías en el Entorno Familiar de las Personas con Discapacidad. PROLAM. 2000
3. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona, DOYMA, 1994
4. Hidalgo CG, Rodríguez J. Perfil de Funcionamiento Familiar según el Test "Como es su familia" para uso clínico. *Revista PSYKE* 1998; 7(2): 75-84
5. Olson DH, McCubbin HI, Barnes H, Larsen A, y Cols. Family Inventories. St. Paul, Minnesota: Family Social Science. University of Minnesota. 1985.
6. Pérez Olea J. Historia de la Hipertensión. *Boletín Oficial de la Asociación chilena de hipertensión*. 1997;6(2)
7. Rolland Jhon S. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Gedisa. Barcelona. Julio 2000: 95-110
8. Bauman Laurie J. Ph. D. A. review of psychosocial Interventions for children with chronic Health conditions *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics 1997; (2):244-251
9. Olson DH. Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Falicov CJ (compiladora), transiciones de la familia: Continuidad y cambio en el ciclo de vida. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991: 99-129
10. Olson DH, Sprenkle DH, Russell C. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process* 1979; 14: 1-35
11. Polaino-Lorente A, Martínez Cano P. Evaluación Psicológica y Psicopatológica de la familia. España: Instituto de ciencias para la familia. Universidad de Navarra. Ediciones Rialp, S.A. 1998.

12. Porner J. Parent-adolescent relationships: Interactions types and the circumplex model. Unpublished dissertation. St. Paul, Minnesota: Family Social Science, University of Minnesota, 1981
13. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L. y Cols. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos de Medicina Familiar 2006; 8 (1): 27-32
14. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos de Medicina Familiar 1999; 1(2): 45-57
15. Gómez-Clavelina F.J., Irigoyen Coria A. Versión al Español y Adaptación Transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Archivos de Medicina Familiar. 1999; 1(3) Editada. Medicina Familiar Mexicana:73-79
16. Presión Arterial. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003398.htm. Revisado: 02/06/2009
17. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. JAMA 289: 2560-72
18. José F. Guadalajara Boo. Jefe de Servicio Clínico. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Programa de Actualización continua para Cardiología: 8.
19. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157:2413–2446. 1999 World Health Organization. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1999; 17:151–183.
20. Clasificación de la Presión Arterial 2007. Chobanian AV, y cols. JAMA 2003; 289: 2560
21. Mancia G y cols. Eur Heart J 2007; 28:1462-1536
22. Programa Nacional de salud 2001-2006. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. México. Secretaria de Salud 2001

23. Huerta-Vargas D, Bautista-Samperio L, Irigoyen-Coria A, Arrieta-Pérez R. Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. Archivos en Medicina Familiar. 2005;7(3): 87-92
24. Marín-Reyes F, Rodríguez-Moral M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión Arterial Esencial. Salud Pública México 2001; 43(4):336-339
25. Wing LM, Reid CM, Ryan P, et al. Second Australian National Blood Pressure Study Group. A comparison of outcomes with angiotensina-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. New England Journal Medic 2003.348(7); 583-592
26. Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension on the united status. New England Journal Medic 2002; 346(7):544.
27. Fernández OMA. "El impacto de la enfermedad en la familia" Rev. Fac. Med. UNAM. Nov – Dic 2004; 47(6); 251-254.
28. Ortiz MTG, Louro B, Jiménez CL y Col. La Salud Familiar. Caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Medico General Integral 1999; 15(3):303-309
29. José Ernesto Campo, M.D., John Jairo Reyes, M.D., Carolina Ortiz, M.D., y Cols. Niveles de la Presión Arterial y de Estrés psicosocial en estudiantes de la facultad de salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia, 2003-2004;37:2(1)
30. Marín Reyes F., Rodríguez Morán M. Apoyo Familiar en el Apego al Tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial. Salud Pública de México, julio-agosto; 43(4):336-339
31. García López R., Frecuencia de Disfunción Familiar en Pacientes con Hipertensión Arterial Descompensada. Universidad de Colima. Dirección General de Posgrado. Biblioteca Digital de Tesis de Posgrado.
32. Libertad Martín A, Héctor Bayarre V, Yadmila La Rosa y Cols. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Rev. Cubana Salud Pública 2007;33(3)

33. Carrasco-Rico R., Pérez-Cuevas et al. Análisis de una década de investigación en hipertensión arterial en México (1990-2000). Gac Méd Méx.2004;140(6)
34. Base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.
35. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Comunicado no. 144/09. Mayo 2009. Puebla, Puebla. INEGI. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>. Revisado el: 08/07/2009
36. Sistema de Información Médico Operativa (SIMO). Hospital General de Zona 2, IMSS, Cárdenas, Tabasco 2008. Consultado el 07/07/2009.
37. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Norma descriptiva No. 311. 2006. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Revisado: 09/07/09
38. ¿Qué es el Tabaquismo? Disponible en: <http://www.misrespuestas.com/que-es-el-tabaquismo.html>. Revisado el: 08/07/2009
39. Actividad física. Salud y actividad física. Disponible en: <http://www.actividadfisica.net/actividad-fisica-definicion-clasificacion-actividad-fisica.html> revisado el: 09/07/2009
40. González Alfonso A. González Alfonso N. Vázquez González Y. y Cols. Importancia de la participación familiar en el control de la hipertensión arterial. Medicentro 2004;8(2)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Seguridad y Solidaridad Social

**¿QUÉ ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA HIPERTENSION
ARTERIAL?**

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar; la medicina contemporánea la llama funcionalidad familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares.

Por lo anterior es importante estudiar a la familia del hipertenso, pues es ella quien lo apoyará para cumplir con su tratamiento médico. Para él, es vital contar con una familia funcional, es decir, una familia que sea capaz de cumplir con sus tareas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que surjan en todo su entorno.

La hipertensión arterial es considerada una de los problemas de salud pública en países desarrollados afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial.

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome cardiovascular progresivo de etiología compleja y diversa, con presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.; con anomalías funcionales y estructurales del corazón y de los vasos; que dañan al corazón, riñones, cerebro, vasculatura y otros órganos; ocasiona morbilidad y muerte prematura.

Es un padecimiento con múltiples factores de riesgo, con una evolución crónica, compleja y que requiere un enfoque integral para su prevención y control, que es desgastante para el Gobierno, las Instituciones de salud y para la familia del paciente enfermo tanto física como económicamente hablando.

Se puede relacionar con la presencia de varios factores de riesgo, por nombrar alguno tenemos a la obesidad observada en los últimos años y que incluso se está viendo en nuestros niños, la cual es derivada de la mala alimentación que tenemos en la actualidad, pues el consumo de frutas y verduras se ha remplazado por las grasas, carbohidratos y azúcares; El estrés, el ejercicio físico, son también factores de riesgo. El estilo de vida actual es más rápido y absorbente que nos hemos olvidado de caminar o hacer algún otro ejercicio; lo anterior sólo por nombrar algunos de los factores que podemos evitar al ser estos "MODIFICABLES".

Con esta investigación queremos disminuir el riesgo de usted, en el supuesto caso de que lo tenga, por lo que es importante para conseguirlo, que sus respuestas sean lo más sinceras posible



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha

Por medio de la presente, Yo, acepto participar en éste estudio de investigación. El cual tiene la finalidad de identificar la funcionalidad familiar en los usuarios con hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No. 12, Huimanguillo, Tabasco, México.

Reconozco que se me ha explicado que mi participación consistirá:

- 1.- Contestando una encuesta por escrito de forma confiable
- 2.- Permitiendo la toma de mi peso, talla y presión arterial

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, como son:

- 1.-Conocer mi Presión Arterial
- 2.-Conocer la funcionalidad familiar
- 3.- De encontrarme disfunción familiar se me enviara al Hospital General de Zona 2 de Cárdenas, Tabasco a recibir atención especializada.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

M.C. JUAN FCO. GALLEGOS VELAZQUEZ
MATRICULA IMSS 10112472
Nombre, firma y matricula del investigador Responsable.

Testigos

ENCUESTA

FOLIO: |_|_|_|_|

Buenos días (o tardes), mi nombre es (*diga su nombre*), trabajo para el IMSS, realizamos una encuesta para identificar la fuerza de asociación entre funcionalidad familiar e hipertensión arterial, por lo que decidimos estudiar a las personas que se presentaron del 01 de Sept. al 31 de Diciembre de 2009, y debemos saber si desea participar con nosotros contestando esta encuesta, la cual dura aproximadamente 20 minutos.

La información que nos proporcione será confidencial y de mucha ayuda para entender mejor las causas de esta enfermedad, así como para reforzar las medidas preventivas que se puedan emplear, para todo ello es importante que sus respuestas sean confiables.

***En caso de que el entrevistado sea analfabeta, el investigador podrá auxiliarlo.**

Nombre: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

1. Sexo: a) Masculino |_| | b) Femenino |_| |

2. Edad (en años cumplidos): _____

3. Estado civil

- a) Soltero |_| |
 b) Casado |_| |
 c) Divorciado |_| |
 d) Unión libre |_| |
 e) Viudo |_| |

4. ¿Qué escolaridad tienen?

- a) Analfabeta (No sabe leer o escribir) |_| |
 b) Sólo sabe leer y escribir |_| |
 c) Primaria incompleta |_| | completa |_| |
 d) Secundaria incompleta |_| | completa |_| |
 e) Bachiller incompleto |_| | completo |_| |
 f) Nivel técnico incompleto |_| | completa |_| |
 g) Universidad incompleta |_| | completo |_| |

5. ¿Qué ocupación Tiene?

- a) Servicios |_| |
 b) Comercio |_| |
 c) Industria manufacturera |_| |
 d) Actividades Agropecuarias |_| |
 e) Construcción |_| |
 f) Otras Actividades económicas |_| |
 g) Jubilado |_| |
 i) Pensionado |_| |
 j) Desempleado |_| |
 k) Estudiante |_| |

6. Peso _____ kg. (Sólo para uso del investigador)

7. Talla _____ cm. (Sólo para uso del investigador)

(Sólo para uso del investigado)

8. IMC _____

9. ¿Cuántos años tiene de fumar?

_____ Años

10. ¿Cuántos días a la semana ingiere bebidas alcohólicas?

11. ¿Aparte de su trabajo, realiza alguna actividad física?

- a) No

b) Si

12. Presión Arterial

(Sólo para uso del investigador)

Resultado _____

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION

FACES III
Olson DH, Portner J, Lavee Y.
Versión en Español: Gómez C Irigoyen C.

■ 1: Nunca 2: casi nunca 3: algunas veces 4: casi siempre 5: Siempre

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- _____ 1 Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2 En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3 Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4 Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____ 5 Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.
- _____ 6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____ 7 Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- _____ 9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- _____ 11 Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- _____ 13 Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- _____ 14 En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15 Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____ 16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- _____ 17 Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.
- _____ 18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- _____ 19 La Unión familiar es muy importante.
- _____ 20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar

Clasificación de las Familias Según FACES III

Baja ← Cohesión → Alta

		Desligado	Separado	Conectada	Aglutinada
Alta ↑ Adaptabilidad ↓ Baja	Caótica	Caóticamente Desligada	Caóticamente Separada	Caóticamente Conectada	Caóticamente Aglutinada
	Flexible	Flexiblemente Desligada	Flexiblemente Separada	Flexiblemente Conectada	Flexiblemente Aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente Desligada	Estructuralmente Separada	Estructuralmente Conectada	Estructuralmente Aglutinada
	Rígida	Rígidamente Desligada	Rígidamente Separada	Rígidamente Conectada	Rígidamente Aglutinada

Tabla 1. Distribución según el sexo

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Femenino	75	64.1
Masculino	42	35.9
Total	117	100

FUENTE: Encuesta Realizada

Tabla 2. Distribución según grupo etario

Grupo Etario	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
30 - 40	4	3.44
41 - 50	13	8.92
51 - 60	30	25.86
61 - 70	35	30.17
71 - 80	26	22.41
81 - 90	7	6.03
90 - MAS	2	3.17
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 3. Distribución de acuerdo a Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Casado	84	71.55
Divorciado	2	1.72
Soltero	2	1.72
Unión Libre	3	2.5
Viudo	26	22.41
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 4. Distribución de acuerdo a Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Solo sabe leer y escribir	51	43.6
Primaria Incompleta	39	33.3
Primaria Completa	10	8.5
Secundaria Incompleta	5	4.3
Secundaria Completa	10	8.5
Bachillerato Completo	1	0.9
Universidad Completa	1	0.9
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 5. Distribución de acuerdo a ocupación

Ocupación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Servicios (hogar)	68	57.8
Comercios	1	0.86
Actividad Agropecuaria	30	25.86
Construcción	3	2.58
Otras Actividades económicas	1	0.86
Jubilado	2	1.7
Pensionado	11	9.48
Desempleado	1	0.86
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 6. Distribución de acuerdo al I.M.C.

IMC	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Normal	20	17.25
Obesidad	57	48.27
Sobrepeso	40	34.48
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 7. Distribución de acuerdo al Tabaquismo

Tabaquismo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	114	97.43
Si	3	2.57
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 8. Distribución de acuerdo a la Ingestión de Alcohol

Ingestión de alcohol	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	114	97.43
Si	3	2.57
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 9. Distribución de acuerdo a la actividad física

Actividad física	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No	88	75
Si	29	25
Total	117	100

Fuente: Encuesta Realizada

Tabla 10. Distribución de acuerdo a la Presión Arterial

Presión arterial	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Controlado	61	51.70
Descontrolado	56	48.30
Total	117	100

Fuente: Registro de Presión Arterial

Tabla 11. Distribución de acuerdo a Presión arterial y sexo

PRESION ARTERIAL	Sexo	
	Femenino	Masculino
Controlado	43	17
Descontrolado	32	24

Fuente: Registro de Presión Arterial y encuesta realizada

Tabla 12. Distribución de acuerdo a la Adaptabilidad

Funcionalidad familiar - Adaptabilidad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Rígida	14	12
Estructurada	18	15.4
Flexible	36	29.9
Caótica	49	42.7
Total	117	100

Fuente: Faces III

Tabla 13. Distribución de acuerdo a la Cohesión

Funcionalidad familiar – Cohesión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Desligada	12	10
Separada	22	19
Conectada	41	35
Aglutinada	42	36
Total	117	100

Fuente: Faces III

Tabla 14. Distribución de acuerdo a la adaptabilidad y cohesión

Funcionalidad familiar - Adaptabilidad	Funcionalidad familiar – Cohesión			
	Desligada	Separada	Conectada	Aglutinada
Rígida	3	4	3	4
Estructurada	3	8	6	1
Flexible	2	4	15	14
Caótica	4	6	17	23

Fuente: Faces III

Tabla 15. Distribución de acuerdo a presión arterial y adaptabilidad

Presión arterial	Funcionalidad familiar - Adaptabilidad			
	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
Controlado	7	12	18	20
Descontrolado	7	6	17	28

Fuente: Registro de Presión arterial y Faces III

Tabla 16. Distribución de acuerdo a presión arterial y cohesión

Presión arterial	Funcionalidad familiar – Cohesión			
	Desligada	Separada	Conectada	Aglutinada
Controlado	6	12	21	20
Descontrolado	5	10	22	21

Fuente: Registro de Presión arterial y Faces III

Tabla 17. Distribución de acuerdo a presión arterial y funcionalidad familiar

Presión arterial	Función Familiar	Disfunción Familiar
Controlada	17	42
Descontrolado	16	41

Fuente: Registro de presión arterial y Faces III