



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
C.E.S.S.A. GAVIOTAS
VILLAHERMOSA, TABASCO.**

**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD) EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO
USUARIO DE LA MICRO RED DE UNIDADES DE GAVIOTAS,
CENTRO, TABASCO.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. JAIME SALVADOR BAUTISTA

VILLAHERMOSA, TAB.

ABRIL, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD) EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO
USUARIO DE LA MICRO RED DE UNIDADES DE GAVIOTAS,
CENTRO, TABASCO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JAIME SALVADOR BAUTISTA

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS M DE LA CRUZ ALCUDIA
SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO DE TABASCO.

QUIM. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y EDUCACION EN SALUD.

DRA. EMMA PATRICIA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
VILLAHERMOSA, TABASCO.

**INFLUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (COHESIÓN Y
ADAPTABILIDAD) EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO
USUARIO DE LA MICRO RED DE UNIDADES DE GAVIOTAS,
CENTRO, TABASCO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JAIME SALVADOR BAUTISTA

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ 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.

Resumen

Título: Influencia de la funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) en el control del paciente hipertenso usuario de la micro red de Gaviotas, Centro, Tabasco.

Objetivo: evaluar la influencia de la funcionalidad familiar en el control del paciente hipertenso usuario de la micro red de unidades Gaviotas, Centro, Tabasco.

Material y métodos: estudio transversal, prospectivo que consideró como población diana a los pacientes hipertensos usuarios de la micro red de unidades Gaviotas. Se encuestaron 285 pacientes del 1 de julio al 30 de agosto de 2008; para determinar la funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) se aplicó el instrumento FACES III. Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos con ayuda del programa SPSS v.15.0 para Windows, y en este mismo programa se realizó parte del análisis. Las razones de momios de la prevalencia se obtuvieron con el Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados (EPIDAT v.3.2, OPS).

Resultados: los pacientes estudiados tuvieron una media de edad de 55.23 ± 12.44 años. En relación a la funcionalidad familiar se encontró que 193 (67.7%) de los pacientes se encontraron en el rango medio, 18.9% (54) pacientes corresponden al tipo balanceado y el resto 38 (13.3%) al tipo extremo. En cuanto al control de la HTA, de acuerdo a la NOM-030-SSA2-1999, se encontraron 171 (60.0%) pacientes controlados y 114 (40.0%) descontrolados. En relación a la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión, se encontró que en el 65.8% de los pacientes de tipo extremo estuvieron descontrolados y el 57.4% de los pacientes de tipo balanceado estuvieron controlados. Los pacientes con funcionalidad familiar de tipo extremo, presentaron una RM = 2.592 (IC_{95%} = 1.097 – 0.030).

Conclusiones: el presentar disfunción familiar aumenta la probabilidad de presentar descontrol de la tensión arterial al doble comparado con pacientes con familias funcionales. En los pacientes masculinos, fumadores y con disfunción familiar deberemos tener una vigilancia más estrecha para mejorar el control de la HTA.

Palabras clave: funcionalidad familiar, control hipertensión arterial.

Contenido	No. Pág.
1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	2
3. Planteamiento del problema.....	13
4. Justificación.....	14
5. Objetivos.....	15
5.1 Objetivo general.....	15
5.2 Objetivos específicos.....	15
6. Metodología.....	16
6.1 Tipo de estudio.....	16
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	16
6.3 Tamaño de la muestra y técnica de muestreo.....	16
6.4 Criterios de selección.....	17
6.5 Operacionalización de las variables.....	18
6.6 Método de recopilación de datos.....	21
6.7 Plan de análisis.....	21
6.8 Consideraciones éticas.....	22
7. Resultados.....	23
7.1 Descripción de resultados.....	23
7.2 Tablas y graficas.....	27
8. Discusión.....	46
9. Conclusiones.....	49
10. Propuestas.....	50
11. Bibliografía.....	51
12. Anexos.....	54

1. Introducción

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.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etcétera.¹

La Hipertensión Arterial (HTA) es la enfermedad crónica del adulto de mayor prevalencia a nivel mundial y podría considerarse como una crisis no normativa, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.²

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.³

Las familias con disfunción familiar crean una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a un descontrol de la hipertensión. Por ello resulta indispensable que el médico tratante, en este caso el médico familiar, se mantenga atento para apoyar al sistema en su conjunto de manera que las respuestas adaptativas sean lo más funcionales posibles dentro del potencial de cada grupo familiar.^{4,5}

2. Antecedentes

Familia

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños.⁶

Clasificación de familia desde el punto de vista social:

1.- En base a su Estructura:

- **Nuclear:** formada por la pareja con o sin hijos, caracterizada por lazos consanguíneos y vivir bajo un mismo techo.
- **Seminuclear:** conformada por un solo padre, ya sea por soltería, fallecimiento o separación de la pareja.
- **Extensa:** aquella que mantiene un vínculo generacional, conviviendo bajo el mismo techo más de dos generaciones.
- **Compuesta:** cualquiera de los tipos de familia, incluyendo además otros miembros sin nexos consanguíneos ni de afiliación.
- **Múltiple:** dos o más familias de cualquier tipo que viven bajo el mismo techo.^{7,8}

Funcionalidad familiar

En Medicina Familiar es importante establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares y es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar. Dentro de los elementos que interfieren considerablemente en la salud familiar está la dinámica interna de las relaciones o funcionamiento familiar, cuando estas son armónicas hay cohesión familiar, una adecuada comunicación, flexibilidad, claridad de reglas y roles, en fin un adecuado funcionamiento familiar. Por lo tanto existe una predisposición favorable a la salud en la familia como sistema; sin embargo, cuando hay un funcionamiento inadecuado, éste se constituye en un factor de riesgo para la salud familiar.⁹

La funcionalidad familiar es considerada como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar,^{5,10,11} dicha funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para resolver el estrés normativo y no normativo:¹²

- a) Crisis normativas: están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, tales como embarazo, matrimonio, jubilación, etc.
- b) Crisis no normativas (paranormativas): se trata de situaciones adversas o inesperadas. Las crisis no normativas más frecuentes son: infidelidad, divorcio, alcoholismo y actividades criminales las que habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico.^{12, 13}.

La disfunción familiar se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad;¹² cuando alguno (s) de sus subsistemas se altera (n) por cambios en los roles de sus integrantes.^{5,14} La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a los valores sociales, económicos, sexuales, religiosos, etc.^{15,16} Puede manifestarse a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento inicial de adaptación en sus integrantes. La familia en crisis no es necesariamente disfuncional o problemática; el hecho de vivir en crisis no es sinónimo de causa de disfunción familiar.^{13, 17}

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distinguen al Médico Familiar de otras disciplinas generalistas. Los instrumentos que se usan para evaluar la funcionalidad de la familia deben ser utilizados con la mayor confianza, la utilidad que brindan estos, tienen gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico familiar a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar.⁴

Medir el funcionamiento familiar y sus procesos es una tarea compleja por la cantidad de factores que inciden en su evaluación.¹⁸ El médico familiar identifica con mucha facilidad la disfunción familiar, ya sea por el interrogatorio o por la observación de las interacciones familiares. La función familiar se debe evaluar con mayor énfasis en personas en quienes no resulta evidente una causa biomédica de su molestia, sobre todo en consultores crónicos, en individuos con múltiples síntomas inespecíficos, en sujetos con infecciones de repetición sin una causa identificable, y en enfermos con somatización del estrés.¹⁹

La evaluación de la familia impone de uso de instrumentos y modelos, con sustento teórico, basados en investigaciones que la respalda.^{4, 18} Hay diferentes instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar:

Entre estos instrumentos se encuentra el Modelo Circunflejo de los sistemas familiares y conyugales, que fue desarrollado en la Universidad de Minnesota por Olson y colaboradores; proporciona una visualización integral de la estructura familiar además de presentar un esquema de su funcionalidad familiar, fundamentado en tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad y comunicación.^{4,18}

La Cohesión tiene dos componentes: los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar; implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones; según el grado de cohesión, las familias pueden ser desligadas, separadas, conectadas y amalgamadas.^{11, 18}

La Adaptabilidad se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional y de adaptación; según el grado de adaptabilidad, las familias pueden ser rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.^{11, 18}

La comunicación familiar debe ser considerada como una dimensión facilitadora, que es posible evaluar enfocado a la familia como un grupo con respecto a su capacidad para escuchar, para conversar, para mantener una continuidad y claridad en el proceso de la comunicación que favorezca el respeto y la consideración.^{11,18}

Las tres dimensiones antes mencionadas de cohesión, adaptabilidad y comunicación pueden organizarse en un Modelo Circunflejo, que facilita la identificación de 16 tipos de familias. Para la medición observacional del modelo circunflejo Olson y colaboradores elaboraron la Escala de Medición Clínica que ha probado una excelente validez y confiabilidad para la discriminación entre familias funcionales y no funcionales en las tres dimensiones del modelo circunflejo: La Escala de Evaluación en Cohesión y Adaptabilidad Familiar en su tercera versión FACES III por sus siglas en inglés (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y calificación que permite llevar a cabo la clasificación de las familias de acuerdo con su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, con excelentes perspectivas de aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación; constituye un test aplicable a cualquier población, fue desarrollado en 1981 y validado por Polaino-Lorente y Martínez Cano en la versión al castellano en España en el año 1998.^{4,18}

El instrumento FACES III consta de 20 ítems, 10 ítems para la cohesión y 10 ítems para la adaptabilidad; puede ser administrado individualmente, en parejas, en familia o colectivamente. 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 o con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro, es un instrumento fácil de aplicar y calificar, cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores de 1 a 5.^{4, 12,18}

El procedimiento de puntuación es el siguiente: el puntaje de cohesión, es la suma de todos los ítems impares mientras que el puntaje de adaptabilidad es la suma de todos los ítems pares, luego cada puntaje se ubica en el rango correspondiente a la

dimensión medida. Combinando los cuatro niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares, agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento: balanceado, medio y extremo.^{12, 18}

Puntuación de Cohesión y Adaptabilidad

Dimensión	Familia	Puntuación	Dimensión	Familia	Puntuación
Cohesión	Desligada	10-34 Pts	Adaptabilidad	Rígidas	10-19 Pts
	Separada	35-40 Pts		Estructurada	20-24 Pts
	Conectada	41-45 Pts		Flexible	25-28 Pts
	Amalgamada	46-50 Pts		Caótica	29-50 Pts

Permite calificar 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, 18}

Tipo Balanceado	Rango Medio	Tipo Extremo
-Flexiblemente separadas	-Flexiblemente desligadas	-Caóticamente desligadas
-Flexiblemente conectadas	-Flexiblemente amalgamadas	-Caóticamente amalgamadas
-Estructuralmente separadas	-Caóticamente separadas	-Rígidamente desligadas
-Estructuralmente conectadas	-Caóticamente conectadas	-Rígidamente amalgamadas.
	-Estructuralmente desligadas	
	-Estructuralmente amalgamadas	
	-Rígidamente separadas	
	-Rígidamente conectadas	

Hipertensión arterial

Definición

La HTA es un síndrome de etiología múltiple, caracterizado por el aumento persistente de la resistencia vascular periférica que se traduce en daño vascular generalizado. Desde el punto de vista clínico este síndrome se define por la elevación sostenida de la tensión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg (sistólica / diastólica) después de varias mediciones de la misma,²⁰ representa la enfermedad crónica más frecuente de las muchas que azotan a la humanidad. Su importancia reside en el hecho de que entre mayores sean las cifras de presión sistólica y diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos.^{21, 22}

Epidemiología

- La HTA es una enfermedad importante en todo el mundo, ya que es un problema de salud pública grave, no sólo por su alta prevalencia, sino también por los costos en su tratamiento, tanto por sí misma como por las secuelas que produce.^{23,24}

En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de HTA aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de esta enfermedad.²⁴

La HTA es uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en nuestro medio (30.05%).²⁵ En nuestro país se estableció a través de la ENSA 2000, que 38,377 personas de entre 18 a 69 años de edad la padecen, se estimó una prevalencia global de HTA en la población mexicana de 30.05%; es decir; casi 15 millones de personas pero más de la mitad lo ignora;²⁵ la ENSANUT 2006 reportó 30.8% pero de 20 años de edad en adelante.²⁶

Por otro lado, también en la ENSA 2000, se reportó que la prevalencia de HTA en personas entre 60 y 64 años fue de 51.55% y entre 65 y 69 años de 57.10%, mayor en el género femenino, ya que entre 60 y 64 años fue para el hombre de 46.2% y para la mujer de 56.9%; mientras que entre 65 y 69 años, 50.5% y 63.7%

respectivamente; en cuanto a la HASA reportó una prevalencia de 7%, limitándose hasta la edad de 69 años.²⁵

La Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) determinó que en los Estados Unidos, aproximadamente el 60 % de los blancos no hispanos, el 71 % de los negros no hispanos y el 61% de los americanos mexicanos con 60 años o más eran hipertensos. Además esta encuesta mostró un incremento de la PAS a medida que avanzaba la edad, mientras que la PAD alcanzaba un pico durante la sexta década de la vida, reduciéndose su frecuencia posteriormente, se reportó una prevalencia de HASA de 15%.²⁷

Factores que influyen en el control de la hipertensión arterial.

El control adecuado de las cifras de tensión arterial en los pacientes con HTA aumenta su esperanza y calidad de vida; el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con esto.

Entre los factores que influyen en el control de la HTA tenemos la edad, sexo, tabaquismo, predisposición genética, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad, entre otros.

Edad y sexo

La HTA es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento²⁸ y su frecuencia aumenta con la edad, tanto en hombres como en mujeres.²⁰ A mayor edad se incrementa el déficit de memoria, por lo que de no contar con alguien que ayude al paciente a recordar la posología de los medicamentos y las medidas de prevención, el control en consecuencia se ve afectado.

Tabaquismo

El consumo de tabaco es reconocido actualmente como el principal factor de riesgo causante de muertes y enfermedades, tanto en países desarrollados como en las naciones en desarrollo, donde se espera que el impacto negativo del tabaco será mayor en un futuro a mediano plazo. Los daños a la salud causados por fumar o estar expuestos al humo de otros fumadores aparecen a largo plazo, generalmente pasada la mitad de la cuarta década de la vida.²⁹

A pesar de reconocerse al tabaquismo como responsable del 40% de las muertes en Estados Unidos de Norteamérica, hasta hace poco tiempo se consideraba que su influencia no afectaba de manera significativa la tensión arterial. Estudios recientes con monitoreo ambulatorio han mostrado un aumento importante de la tensión arterial en fumadores. Probablemente la explicación de este hecho sea que el efecto presor de la nicotina es agudo y dura poco tiempo.³⁰

Predisposición genética

En cuanto al rol de la herencia como factor de riesgo para HTA se acepta que hay una manifiesta agregación familiar, que resulta de factores genéticos y ambientales; los individuos hipertensos tienen una frecuencia de 2 a 4 veces mayor que uno o los dos progenitores que también lo hayan sido, en relación con individuos normotensos.³⁰

La prevalencia aumentada de hipertensión en sujetos de raza negra (aproximadamente el doble que en blancos) y el curso más severo de esta enfermedad en esta población ha apoyado la hipótesis de que la genética tiene un papel fundamental en la regulación de la presión sanguínea.³¹

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus en la actualidad se considera un problema de salud pública en el ámbito mundial, y México al igual que otros países, no escapa a esta problemática, la prevalencia en la población mexicana de 20 años y más es de 10.75%, alrededor de

5.1 millones de personas con diabetes, y el 34%, 1.7 millones desconoce padecer la enfermedad. En el transcurso de las dos últimas décadas, la diabetes ha venido ocupando un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de nuestro país, actualmente se ubica en el tercer lugar como causa de muerte. En la mortalidad general y como causa única de muerte ocupa el primer lugar.³ Existen múltiples estudios que muestran que la asociación de diabetes e HTA es muy fuerte, la presencia de tensión arterial elevada ha demostrado que incrementa en forma considerable la morbilidad cardiovascular; esta asociación parece tener peores consecuencias en la mujeres.³⁰

Dislipidemia

Desde hace años se conoce el impacto de la asociación de las dislipidemias e HTA en la génesis de la enfermedad cardiovascular y sus complicaciones, algunos estudios muestran que los niveles aumentados de tensión arterial y el incremento del nivel sérico de colesterol incrementaban notoriamente la mortalidad por cardiopatía isquémica.³⁰

Obesidad

En Estados Unidos de Norteamérica se estima en más de 30 millones la cantidad de obesos, observándose que se ha incrementado en niños (54%) y adolescentes en los últimos 20 años. En América Latina la prevalencia es alta en Brasil, México y Uruguay.³⁰ La prevalencia de obesidad en la población mexicana de 20 años y más es de 24.2%, tomando como punto de corte el índice de masa corporal ≥ 30 . Es de suma importancia poner atención a la obesidad, ya que representa un determinante de gran peso para el desarrollo de la diabetes e HTA, o bien puede ser un factor que agrava o dificulta el control de dichos padecimientos.³

Funcionalidad familiar

El paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.

Marín Reyes y colaboradores publicaron en 1999, un estudio de casos y controles con el propósito de determinar la asociación entre el apoyo familiar y apego al tratamiento de la HTA en una población de 80 pacientes, 40 en cada grupo. Consideraron el grupo de casos a pacientes con apego y como controles a los pacientes sin apego. Ellos encontraron que 31 (77.5%) con apego y 11 (27.5%) sin apego, tenían control de la tensión arterial. El apego se vinculó de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. Este estudio demostró que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar.³²

Rodríguez Ábrego y colaboradores en el año 2003 realizaron un estudio con 226 pacientes para evaluar la disfunción familiar en el paciente con insuficiencia renal crónica, encontrando que el 59% de las familias participó en la asistencia de los pacientes y el 41% pertenecían a una familia disfuncional. La disfunción familiar en un principio es un problema de interrelación consigo mismo, y con las estructuras sociales, condición completa porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, económicos, sexuales, religiosos, etc. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo. En relación con la dinámica familiar, llama la atención la alta proporción de disfunción familiar entre los pacientes estudiados, situación observada en poblaciones con nivel socioeconómico y cultural bajo.¹⁵

Valadez Figueroa y colaboradores en 1989 realizaron un estudio para ver las características de los familiares y el tipo de familia de los pacientes crónico-degenerativos, encontrando que las familias no apoyan a los pacientes crónicos en su control. Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: el tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo. El estudio de la influencia

que tiene la familia sobre el paciente crónico resulta complicado, porque los pacientes y la red social que rodean a dichos pacientes con frecuencia son de gran magnitud; aunque muchos médicos admiten la importancia de la familia en el control de los mismos.³³

El estudio realizado por Méndez López y colaboradores en el año 2003, destaca el papel preponderante de la familia e incluso afirma que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra, en esta investigación se estudiaron 300 pacientes crónico-degenerativos donde se evaluó la funcionalidad familiar, llegando a la conclusión de que la disfunción familiar se asoció con mayor frecuencia en el descontrol de dichos pacientes.¹⁶

3. Planteamiento del problema

La HTA es un problema de alta trascendencia en Salud Pública, es el padecimiento crónico degenerativo más frecuente de México y una de las principales causas de consulta.

El control adecuado de las cifras de tensión arterial en los pacientes hipertensos aumenta su esperanza y calidad de vida;³² este control guarda estrecha relación con la edad, sexo, factores comórbidos como diabetes, obesidad, dislipidemia, tabaquismo y predisposición genética.²

Las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, lo que influye en el enfermo.³³

La existencia de un enfermo dentro del núcleo familiar, ocasiona una readaptación del resto de los miembros, que en ocasiones lleva a cambios de roles y alteraciones en la dinámica y estructura de la familia. Estos cambios, asimismo ocasionan alteraciones en el control de cualquier enfermedad, como diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica y por supuesto la HTA.^{15, 16}

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la influencia de la funcionalidad familiar en el control del paciente hipertenso usuario de la micro red de unidades de Gaviotas, Centro, Tabasco?

4. Justificación

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distinguen al médico familiar de otras disciplinas generalistas.⁴ El médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo.

El fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.¹⁷

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente y el grado de solidez de la familia.¹³

La funcionalidad familiar ha sido descrita como un factor de riesgo en el control del paciente con padecimientos crónicos,¹⁷ por lo que al establecer estrategias que mejoren la funcionalidad familiar, también se mejora el control del paciente hipertenso y por lo tanto disminuyen las enfermedades asociadas.

Ayudar a la familia es parte principal de la labor cotidiana del médico familiar, como se menciona anteriormente. Al demostrar que la funcionalidad familiar influye en el control de la HTA tendremos un motivo más para contribuir a la homeostasis de la familia, mejorar la comunicación y apoyo al enfermo crónico, siendo esta una actividad que el Médico Familiar realiza en la consulta diaria.

5. Objetivos

Objetivo general:

- Valorar la asociación de la funcionalidad familiar con el control del paciente hipertenso usuario de la micro red de unidades de Gaviotas, Centro, Tabasco.

Objetivos específicos:

- Identificar los tipos de funcionalidad familiar en el paciente hipertenso de recién diagnóstico usuario de la micro red de unidades de Gaviotas, Centro, Tabasco.
- Valorar la asociación de los factores del paciente y la enfermedad sobre el control del paciente hipertenso de recién diagnóstico usuario de la micro red de unidades de Gaviotas, Centro, Tabasco.

6. Material y métodos

6.1 Tipo de estudio.

Estudio transversal, analítico, observacional.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

Para este estudio se consideró como población diana a los pacientes hipertensos usuarios de la micro red de unidades de Gaviotas, Centro, Tabasco. La encuesta se aplicó del 1 de julio al 30 de agosto de 2008.

6.3 Tamaño de la muestra y técnica de muestreo

El tamaño mínimo de muestra se calculó con ayuda del programa EpiInfo V.3.4.1, para el estudio se consideraron los siguientes supuestos:

Índice de confianza = 95%

Potencia de la prueba = 80%

Considerando que la proporción que arroja el FASCES III de familias extremas es de aproximadamente 16% podemos afirmar que por cada paciente con familia disfuncional existen 6 con familia funcional. Por lo anterior se tomó lo siguiente:

Razón no-expuesto: expuesto = 6:1

Para la prevalencia esperada de descontrol en el grupo no expuesto y expuesto se consideró una aproximación de lo reportado por Marín Reyes y colaboradores.³²

Prevalencia esperada de descontrol en los pacientes con familias funcionales = 20%

Prevalencia esperada de descontrol en los pacientes con familias disfuncionales:
45%

La razón de momios de la prevalencia detectable por la prueba que se consideró fue 3.25.

De lo anterior se obtuvo un tamaño mínimo de muestra de 238 pacientes. Se logró estudiar a 285 pacientes en total, de una población de 475 pacientes con diagnóstico de HTA, mediante un muestreo aleatorio sistemático, tomando como constante el número 4, y con el censo nominal de pacientes con que cuenta la micro red de unidades.

6.4 Criterios de selección

Inclusión:

- Pacientes que desearon cooperar en el estudio en forma voluntaria, previo consentimiento informado por escrito.
- Que acudieron a consulta de control, en los meses de julio a agosto de 2008.

Exclusión:

- Pacientes hipertensas embarazadas
- Pacientes los cuales no se encuentre el expediente clínico
- Pacientes hipertensos que vivan solos.

6.5 Definición operacional de variables

Dependiente:

Control del paciente hipertenso.

Definición: los pacientes hipertensos bajo tratamiento en el sistema Nacional de Salud, que presentan de manera regular cifras de tensión arterial $< 140/90$ mmHg (Sistólica / Diastólica).

Escala: cualitativa nominal.

Indicador: 1. Controlado TA $< 140/90$ mmHg

2. Descontrolado TA $\geq 140/90$ mmHg

Operacionalización: se revisaron los expedientes clínicos del período de 1 de marzo al 30 de agosto de 2008, y se obtuvieron las cifras tensionales de los últimos dos meses del período de estudio, para ver si había o no control de la tensión arterial (de acuerdo a lo que marca la NOM-030-SSA2-1999).

Independientes:

Funcionalidad familiar

Definición: es la dinámica relacional interactiva y sistemática que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad.

Escala: cualitativa ordinal.

Indicador: 1) tipo balanceado, 2) rango medio, 3) tipo extremo.

Operacionalización: se aplicó el cuestionario FACES III para la evaluación de la funcionalidad familiar. Para obtener la cohesión se realizó la suma de todos los ítems impares, se definen cuatro tipos de cohesión: desligada, separada, conectada y amalgamada; para obtener la adaptabilidad se procede a realizar la suma de todos los ítems pares, hay cuatro tipos: rígidas, estructuradas, flexible y caótica; luego cada puntaje se ubica en el rango correspondiente a la dimensión medida. Combinando los cuatro niveles de cada dimensión se obtienen 16 tipos de sistemas familiares: flexiblemente separadas, flexiblemente conectadas, estructuralmente separadas, estructuralmente conectadas, flexiblemente desligadas, flexiblemente amalgamadas, caóticamente separadas, caóticamente conectadas, estructuralmente desligadas, estructuralmente amalgamadas, rígidamente separadas, rígidamente conectadas, caóticamente desligadas, caóticamente amalgamadas, rígidamente desligadas y rígidamente amalgamadas. Agrupados a su vez en tres modos de funcionamiento familiar: tipo balanceado, rango medio y tipo extremo.

Edad

Definición: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realización de la encuesta.

Escala: de razón

Indicador: edad en años.

Operacionalización: mediante interrogatorio directo se obtuvo la edad del paciente en años cumplidos.

Sexo

Definición: fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales. Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Escala: nominal

Indicador: 1) masculino. 2) femenino.

Operacionalización: el que se observó en el entrevistado y respondió en el interrogatorio directo.

Convivencia con pareja

Definición: acto de vivir con una persona.

Escala: nominal.

Indicador: 1) con pareja, 2) sin pareja.

Operacionalización: se interrogó directamente al paciente sobre el estado civil y con ello se obtuvo si contaba o no con pareja.

Escolaridad

Definición: grado máximo de estudios hasta el momento del estudio.

Escala: ordinal

Indicador: 1) analfabeta, 2) primaria, 3) secundaria 4) preparatoria y más.

Operacionalización: mediante interrogatorio directo se obtuvo el grado máximo de estudio del paciente.

Ocupación

Definición: actividad laboral que realiza actualmente.

Escala: nominal.

Indicador: 1) hogar, 2) obrero, 3) comerciante, 4) campesino, 5) profesional, 6) jubilado.

Operacionalización: mediante un cuestionario se interrogó directamente sobre que actividad laboral realiza al momento del estudio.

Tabaquismo

Definición: consumo de tabaco en alguna época de la vida.

Escala: nominal

Indicador: 1) si, 2) no

Operacionalización: se interrogó directamente al entrevistado sobre si había fumado alguna vez en su vida.

Predisposición genética

Definición: antecedentes familiares de HTA sistémica.

Escala: nominal.

Indicador: 1) si, 2) no

Operacionalización: mediante interrogatorio directo se obtuvo el antecedente familiar de HTA.

Enfermedad

Diabetes mellitus tipo 2

Definición: la diabetes mellitus es un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre, como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina.

Escala: nominal.

Indicador: 1) si, 2) no

Operacionalización: se interrogó directamente al paciente sobre si es diabético y se confirmó por la consignación del diagnóstico por el médico en el expediente clínico.

Dislipidemia

Definición: metabolismo anormal de los lípidos que puede ser de causa genética, dietética o enfermedad secundaria. Generalmente se puede dividir según el valor de colesterol o triglicéridos.

Escala: nominal.

Indicador: 1) si, 2) no

Operacionalización: se interrogó directamente al paciente sobre si padece dislipidemia y se confirmó por la consignación del diagnóstico por el médico en el expediente clínico.

Obesidad

Definición: acumulación excesiva de grasa en el cuerpo por hipertrofia general del tejido adiposo. Es una enfermedad crónica que se acompaña por alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud y relacionada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Escala: ordinal.

Indicador: 0) normal, 1) sobrepeso, 2) obesidad.

Operacionalización: se revisó en el expediente clínico la talla y el peso del paciente y se procedió a calcular el IMC. Se consideró la clasificación de la OMS: IMC normal <25, sobrepeso 25 a 29 y obesidad >29.

6.6 Método de recopilación de datos

Previa autorización del Comité de investigación en Salud, se solicitó al médico responsable del Centro de Salud su permiso para revisar los expedientes de los pacientes hipertensos con el fin de revisar las cifras de tensión arterial y con ello determinar si estaba o no controlado, se aplicaron los cuestionarios correspondientes y la información obtenida se capturó en el programa Statistical Package for the Social Sciences v.15.0 para Windows (SPSS v.15.0).

6.7 Plan de análisis

Posterior a la captura de los datos, se realizó el análisis. De las variables continuas se calcularon medidas de tendencia central y de las discretas se obtuvieron frecuencias simples y proporciones. La asociación de la funcionalidad familiar, de los factores inherentes al paciente y de otras enfermedades con el control de la hipertensión, se determinaron calculando razón de momios de prevalencia con ayuda del Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados (EPIDAT v.3.2, OPS). Esta razón permite comparar la prevalencia de expuestos con la de los no expuestos. Cuando la prevalencia en expuestos es más alta, la razón es superior a 1 y esto indica que la exposición aumenta el riesgo de tener ese daño. Si la razón es menor que 1, estaría indicando lo opuesto (sería un factor de protección). Si fuera igual a 1, entonces la prevalencia en ambos es similar, lo que sugeriría que la exposición no está relacionada con el daño. El intervalo de confianza de la razón de prevalencias representa una línea de valores dentro del cual hay una determinada confianza (generalmente 95%) de que se encuentre el verdadero valor de la razón.

Posteriormente se aplicó un modelo de regresión logística con el fin de valorar si la funcionalidad familiar se asocia más que otras variables, en el cual se incluyeron únicamente las variables con significancia estadística. Esta regresión se realiza

típicamente en un marco complejo, donde la coexistencia de factores mutuamente relacionados determina el comportamiento de otros, para el cálculo de este modelo se utilizó el paquete SPSS v.15 para Windows.

6.8 Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se consideró la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. Asamblea General 52^a, en Edimburgo, Escocia en octubre 2000, que tiene como principios básicos para toda investigación médica: Es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen en relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en la investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.³⁴

Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, se consideró como "investigación sin riesgo", ya que en este tipo de estudio se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realice ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.³⁵

7. Resultados.

La muestra estudiada se distribuyó de la siguiente forma: 172 (60.4%) fueron mujeres y 113 (39.6%) hombres. Los pacientes estudiados tuvieron una media de 55.23 ± 12.44 años. El 51.2% de los pacientes se encontró entre 41 y 55 años ^(tabla 1).

En relación a la convivencia con una pareja, el grupo que predominó fueron los pacientes con pareja con 192 (67.4%). El 19.6% (56) de acuerdo al estado civil son viudos ^(tabla 2).

De los 285 pacientes, 114 (40.0%) estudiaron hasta primaria y el 18.6% (53) eran analfabeta ^(tabla 3). 151 (53.0%) eran fumadores y sólo 134 (47.0%) no fumaban ^(tabla 4). 172 (60.4%) tenían antecedentes de HTA y el 39.6% (113) no ^(tabla 5).

De acuerdo a que si presentaban alguna otra enfermedad agregada, 206 (72.3%) pacientes si presentaban alguna otra y solamente el 27.7% (79) eran solamente hipertensos ^(tabla 6). 79 (27.7%) eran diabéticos y 206 (72.3%) no lo fueron ^(tabla 7). En relación a la dislipidemia solo 85 (29.8%) pacientes la presentaron y el resto 200 (70.2%) pacientes mostraron cifras aceptables de colesterol ^(tabla 8). De acuerdo a la clasificación del IMC de la OMS, 119 (41.8%) pacientes eran obesos y solamente 60 (21.1%) presentaron peso normal ^(tabla 9). Respecto a la enfermedad agregada, se encontraron 174 (61.1%) pacientes con alguna de ellas y 11.2% (32) presentaron dos o más patologías agregadas ^(tabla 10).

En relación a la funcionalidad familiar se encontró que 193 (67.7%) de los pacientes se encontraron en el rango medio, 18.9% (54) pacientes corresponden al tipo balanceado y el resto 38 (13.3%) al tipo extremo ^(tabla 11).

En cuanto al control de la HTA, de acuerdo a la NOM-030-SSA2-1999, se encontraron 171 (60.0%) pacientes controlados y 114 (40.0%) descontrolados ^(tabla 12).

Una vez realizado el análisis univariado, se valoró la asociación de la variable dependiente (control del paciente hipertenso) con la funcionalidad familiar y las demás variables independientes.

De acuerdo al sexo, se encontró que el 31.9% de los hombres estaban controlados, en comparación de un 45.3% de las mujeres (gráfica 1). Se encontró diferencia estadísticamente significativa, aproximadamente 1:2 entre hombres y mujeres, en el control de la hipertensión (tabla 13).

En cuanto a los grupos de edad, 63 (62.4%) de los pacientes del grupo de 41 a 55 años, estuvo descontrolado. El grupo de 71 a 85 años, 14 (50.0%) de los pacientes presentaron igual cifras de control y descontrol de la HTA (gráfica 2). Sin embargo no se encontró asociación estadística entre la edad y el control de la hipertensión (tabla 14).

Según la convivencia con pareja, el 38.5% (74) de los pacientes con pareja estuvieron en control y mientras que sólo el 50.0% de los divorciados mostraron esta misma respuesta (gráfica 3). Sin embargo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en esta variable en los pacientes solteros y el control de la hipertensión (tabla 15).

Con respecto a la clasificación del IMC de acuerdo a la OMS, el 46.7% de los pacientes normales se mantuvieron en control, mientras que los obesos fueron el grupo que tuvo menor proporción de control con un 32.8% (gráfica 4). El tener sobrepeso incrementa el riesgo de descontrol y la obesidad casi lo duplica en comparación con los pacientes de peso normal (tabla 16).

Según la presencia de diabetes mellitus, encontramos que el 32.9% de los pacientes diabéticos llevaba control sobre la HTA, en tanto que el 42.7% de los no diabéticos estaba controlado (gráfica 5). Los pacientes con diabetes mellitus presentaron un riesgo estadísticamente significativo, de tener descontrol en la hipertensión que los no diabéticos, y puede tener hasta 2 veces más riesgo de descontrolarse (tabla 17).

En relación a dislipidemia se encontró que el 40.5% de los pacientes sin dislipidemia estaban controlados y el 61.2% de los pacientes con dislipidemia mostraron descontrol (gráfica 6). En este estudio no se encontró asociación significativa, en relación a la dislipidemia y el control de la HTA (tabla 18).

En relación a escolaridad se encontró que el 35.8% de los pacientes con secundaria estaban controlados y el 64.2% de los pacientes de dicho grupo mostraron descontrol (gráfica 7). Se encontró asociación significativa, en relación a la escolaridad y el control de la HTA, excepto en el grupo de analfabetas (tabla 19).

De acuerdo al tabaquismo, el 72.8% de los pacientes fumadores mostraron descontrol, en comparación con el 54.5% de los pacientes no fumadores controlados (gráfica 8). Se encontró asociación estadística, entre fumadores y el control de la hipertensión (tabla 20).

En relación a predisposición genética 104 (60.5%) pacientes con antecedentes familiares de hipertensión, mostraron descontrol y el 59.3% (67) sin antecedentes familiares de hipertensión estuvieron descontrolados (gráfica 9). En la predisposición genética, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre ésta y el control de la hipertensión (tabla 21).

De acuerdo a otra enfermedad, 125 (60.7%) pacientes de los que si padecían alguna presentaron descontrol y solo 39.3% (81) estuvieron controlados (gráfica 10). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre padecer o no otra enfermedad y el control de la hipertensión (tabla 22).

Con respecto a enfermedad agregada, el 68.8% (22) de los pacientes que tenían dos o más, mostró mayor descontrol en comparación con los pacientes que no tenían ninguna otra enfermedad 46 (58.2%) (Gráfica 11). Aparentemente el padecer dos o más enfermedades es un riesgo para presentar descontrol, sin embargo no se encontró

diferencia estadísticamente significativa entre padecer una o ninguna enfermedad agregada y el control de la hipertensión ^(tabla 23).

En relación a la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión, se encontró que en el 65.8% de los pacientes de tipo extremo estuvieron descontrolados y el 57.4% de los pacientes de tipo balanceado estuvieron controlados ^(gráfica 12). Los pacientes con funcionalidad familiar de tipo extremo, presentaron una RM = 2.592 (IC_{95%} = 1.097 – 0.030) ^(tabla 24).

Para el análisis multivariado se utilizó regresión logística múltiple. El modelo más parsimonioso, con una R cuadrada de 0.143, fue en el que se conjuntaron funcionalidad familiar, sexo y tabaquismo.

Las variables, funcionalidad familiar y tabaquismo presentaron ligero aumento en la RM, manteniendo la significancia estadística en comparación con el sexo. Al considerar el riesgo de presentar descontrol de la tensión arterial ajustando por sexo y tabaquismo, la RM de los pacientes con familia en rango medio fue de 2.940 (IC_{95%} = 1.185 – 7.296) y para los de tipo extremo fue de 2.610 (IC_{95%} = 1.367 – 4.986) en comparación de los pacientes con familia de tipo balanceado.

Tabla 1. Distribución por grupos de edad de los pacientes hipertensos.

Edad en años	n	%
26 a 40	49	17.4
41 a 55	144	51.2
56 a 70	118	41.4
71 a 85	28	9.8
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 2. Distribución por estado civil de los pacientes hipertensos.

Estado civil	n	%
Con pareja	192	67.4
Soltero	21	7.4
Divorciado	16	5.6
Viudo	56	19.6
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 3. Distribución por escolaridad de los pacientes hipertensos.

Escolaridad	n	%
Analfabeta	53	18.6
Primaria	114	40.0
Secundaria	81	28.4
Preparatoria y más	37	13.0
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 4. Distribución de acuerdo al tabaquismo de los pacientes hipertensos.

Tabaquismo	n	%
Sí	151	53.0
No	134	47.0
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 5. Distribución en relación a la predisposición genética de los pacientes.

Predisposición genética	n	%
Sí	172	60.4
No	113	39.6
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 6. Distribución en relación a otras enfermedades de los pacientes hipertensos.

Otra Enfermedad	n	%
Si	206	72.3
No	79	27.7
TOTAL	285	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 7. Distribución en relación a diabetes mellitus de los pacientes hipertensos.

Diabetes mellitus	n	%
Si	79	27.7
No	206	72.3
TOTAL	285	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 8. Distribución en relación a dislipidemia de los pacientes hipertensos.

Dislipidemia	n	%
Si	85	29.8
No	200	70.2
TOTAL	285	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 9. Distribución en relación a obesidad de los pacientes hipertensos.

Obesidad	n	%
Normal	60	21.1
Sobrepeso	106	37.2
Obeso	119	41.8
TOTAL	285	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 10. Distribución en relación a alguna enfermedad agregada de los pacientes hipertensos.

Enfermedad	n	%
Ninguna	79	27.7
Una agregada	174	61.1
Dos o más	32	11.2
TOTAL	285	100.0

Fuente: Expediente clínico

Tabla 11. Distribución en relación a la funcionalidad familiar de los pacientes hipertensos.

Funcionalidad familiar	n	%
Tipo balanceado	54	18.9
Rango medio	193	67.7
Tipo extremo	38	13.3
TOTAL	285	100.0

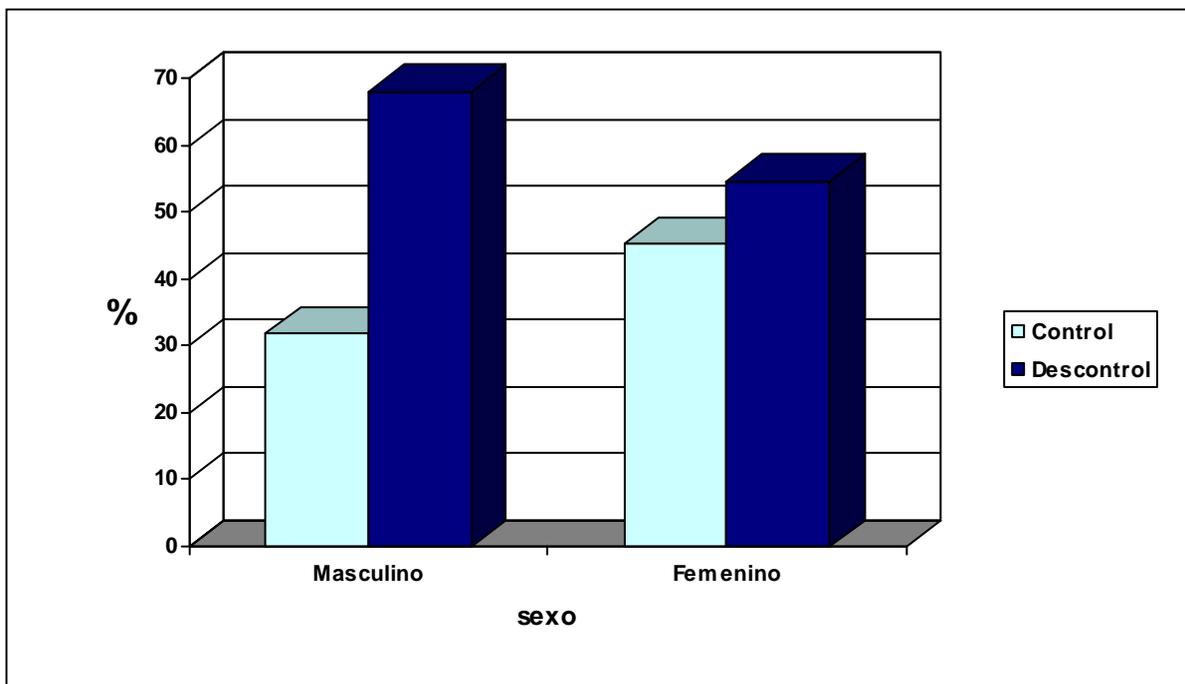
Fuente: Encuesta

Tabla 12. Distribución de acuerdo al control del paciente hipertenso.

HTA	n	%
Descontrol	171	60.0
Control	114	40.0
TOTAL	285	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfica 1. Sexo y control de la hipertensión.



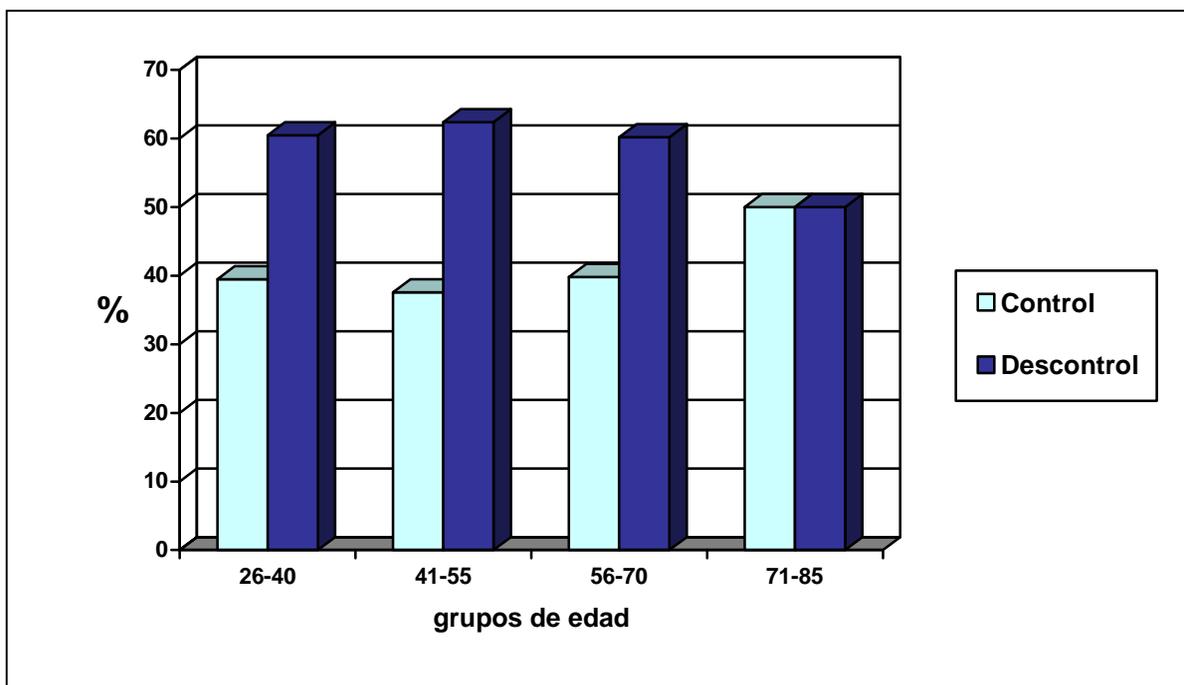
Fuente: Expediente clínico y encuesta

Tabla 13. Razón de momios cruda por sexo y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}		p
	Descontrol	Control				
Femenino*	94	78	-	-	-	-
Masculino	77	36	1.775	1.080	2.917	0.024

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 2. Grupos de edad y control de la hipertensión.



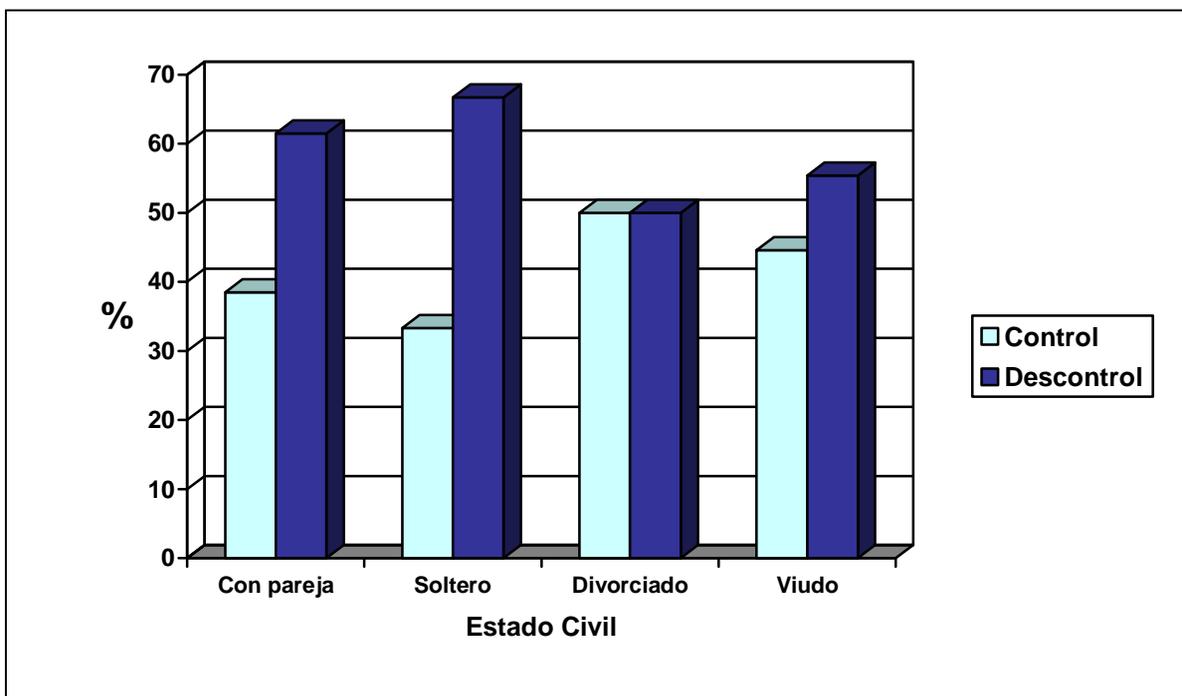
Fuente: Expediente clínico y encuesta

Tabla 14. Razón de momios cruda por grupos de edad y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}		p
	Descontrol	Control				
26 a 40 *	23	15	-	-	-	-
41 a 55	63	38	1.081	0.503	2.324	0.841
56 a 70	71	47	0.985	0.466	2.081	0.969
71 a 85	14	14	0.652	0.243	1.748	0.395

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 3. Estado civil y control de la hipertensión.



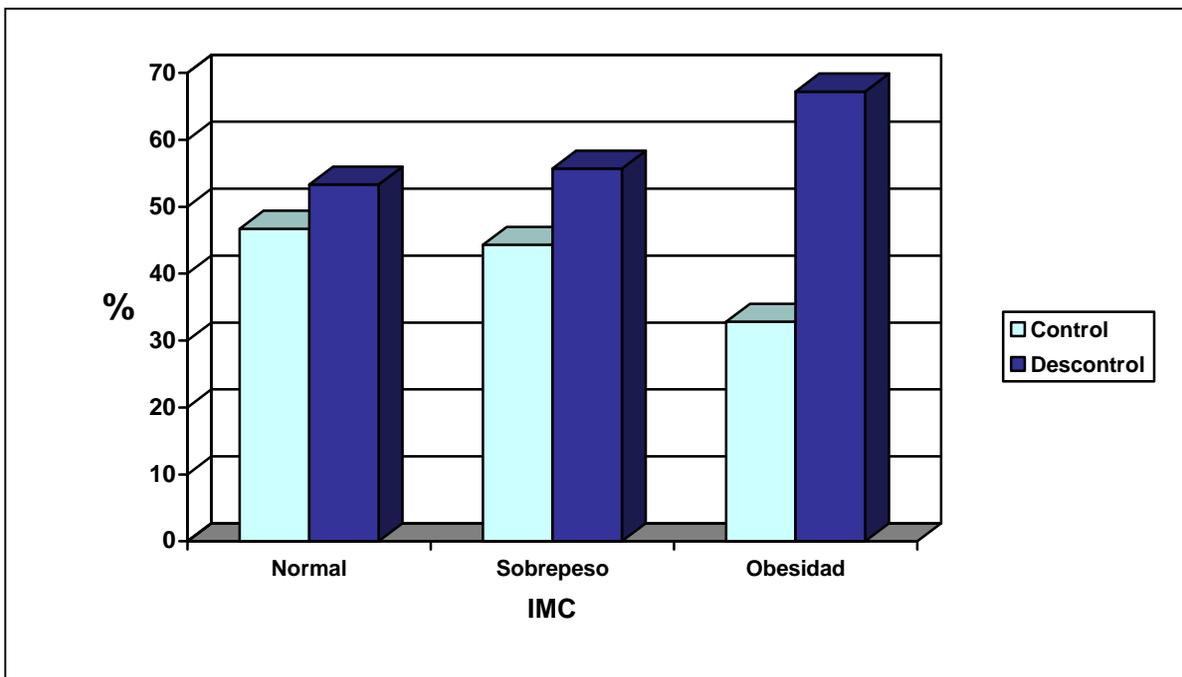
Fuente: Expediente clínico y encuesta

Tabla 15. Razón de momios cruda por estado civil y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC 95%		p
	Descontrol	Control				
Viudo *	31	25	-	-	-	-
Divorciado	8	8	0.806	0.265	2.454	0.705
Soltero	14	7	1.613	0.565	4.605	0.372
Con pareja	118	74	1.286	0.705	2.347	0.413

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 4. Diagnóstico por IMC y control de la hipertensión.



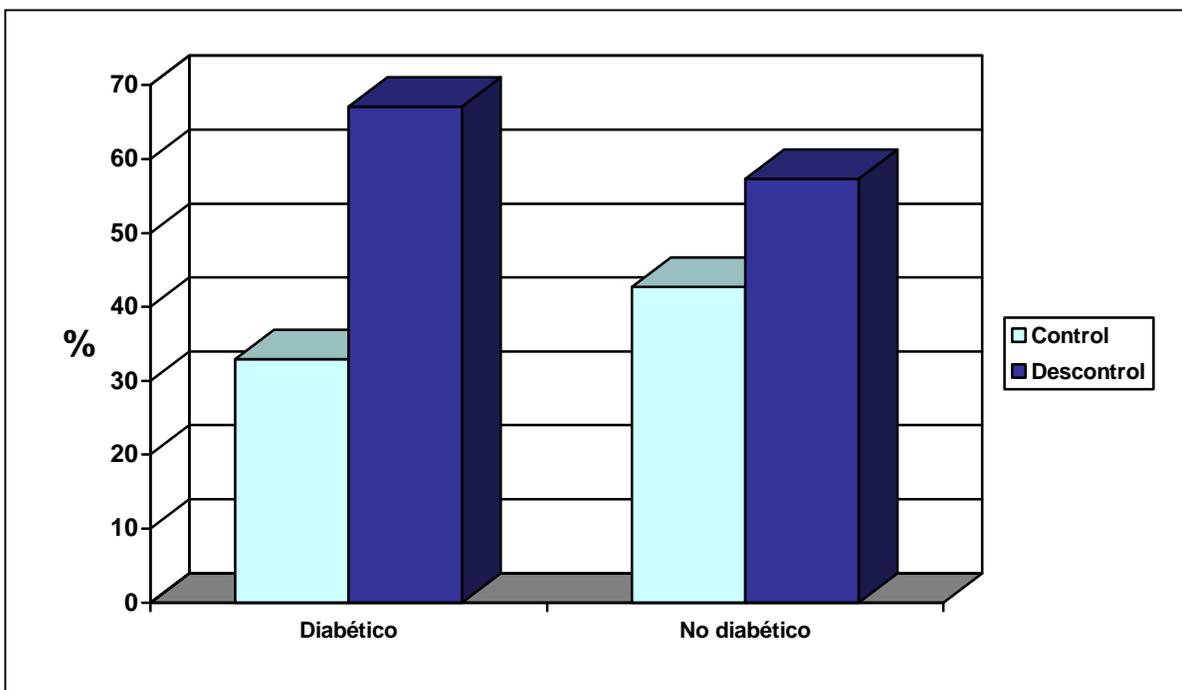
Fuente: Expediente clínico

Tabla 16. Razón de momios cruda por IMC de acuerdo a la OMS y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}		p
	Descontrol	Control				
Normal *	32	28	-	-	-	-
Sobrepeso	59	47	1.098	0.582	2.074	0.772
Obesidad	80	39	1.795	0.951	3.388	0.071

Fuente: Expediente clínico
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 5. Diabetes mellitus y control de la hipertensión.



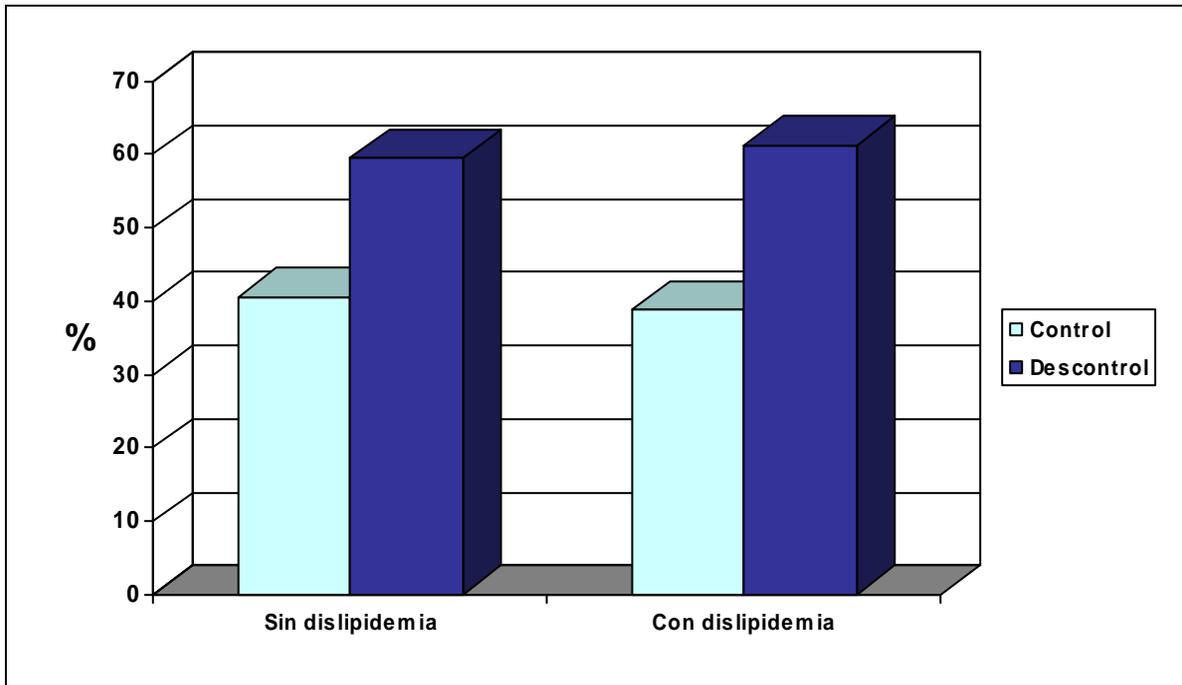
Fuente: Expediente clínico

Tabla 17. Razón de momios cruda por diabetes mellitus y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}	p
	Descontrol	Control			
No diabético *	118	88	-	-	-
Diabético	53	26	1.520	0.882	2.620

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 6. Dislipidemia y control de la hipertensión.



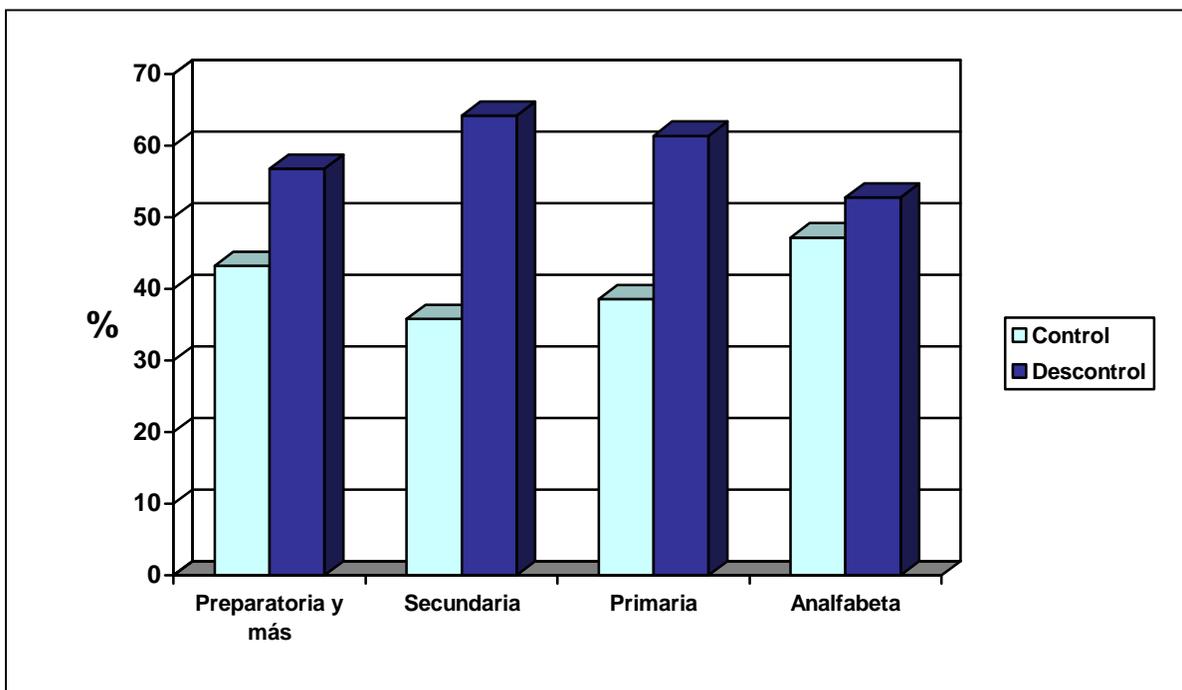
Fuente: Expediente clínico

Tabla 18. Razón de momios cruda por dislipidemia y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}		p
	Descontrol	Control				
Sin dislipidemia *	119	81	-	-	-	-
Con dislipidemia	52	33	1.073	0.638	1.803	0.792

Fuente: Expediente clínico
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 7. Escolaridad y control de la hipertensión.



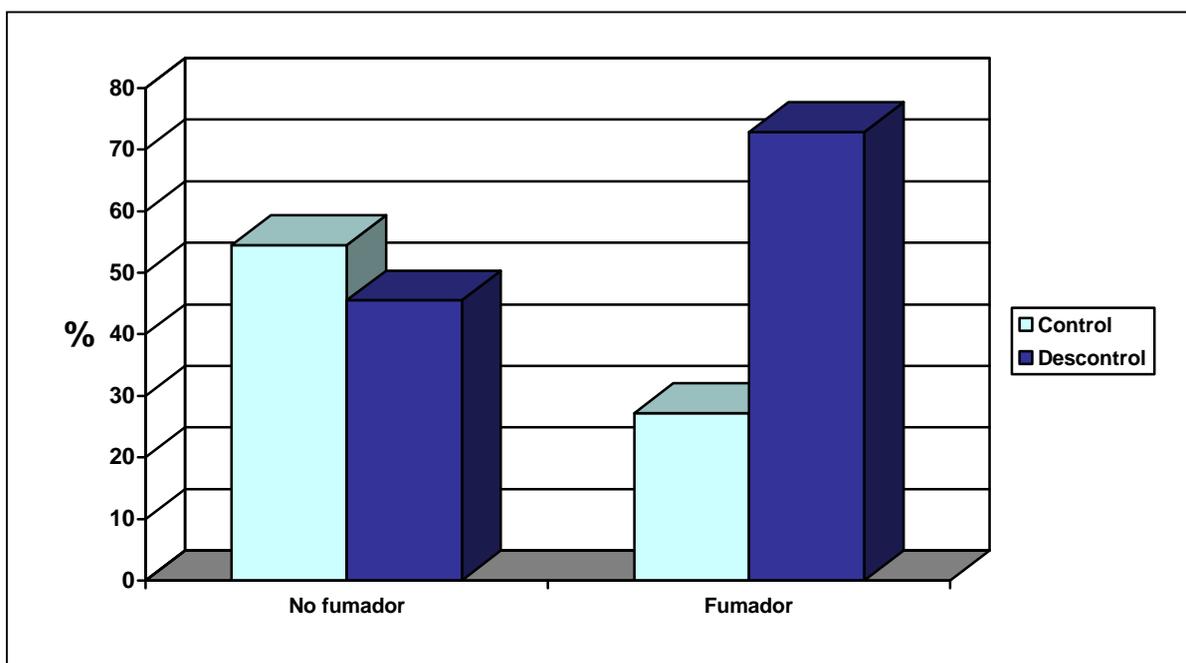
Fuente: Expediente clínico y encuesta

Tabla 19. Razón de momios cruda por escolaridad y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}		p
	Descontrol	Control				
Preparatoria y más *	21	16	-	-	-	-
Secundaria	52	29	1.366	0.618	3.020	0.441
Primaria	70	44	1.212	0.572	2.571	0.616
Analfabeta	28	25	0.853	0.367	1.986	0.713

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 8. Tabaquismo y control de la hipertensión.



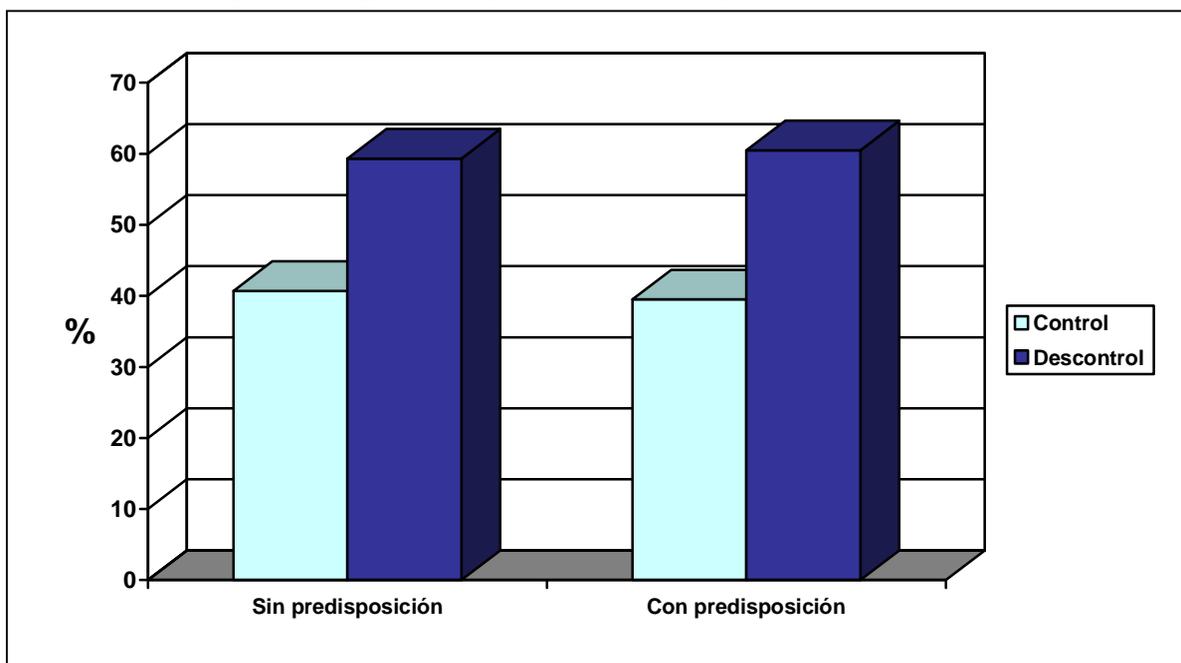
Fuente: Expediente clínico y encuesta

Tabla 20. Razón de momios cruda por tabaquismo y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC 95%		p
	Descontrol	Control				
No fumador*	61	73	-	-	-	-
Fumador	110	41	3.211	1.959	5.263	0.000

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 9. Predisposición genética y control de la hipertensión.



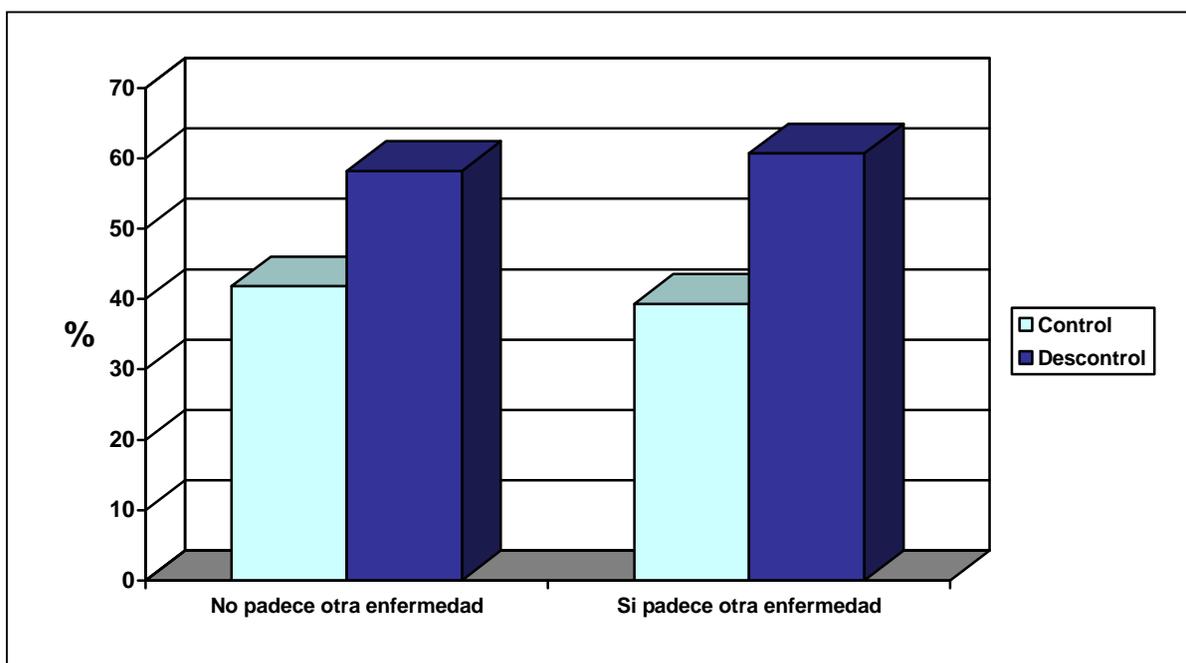
Fuente: Expediente clínico y encuesta

Tabla 21. Razón de momios cruda por predisposición genética y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}	p
	Descontrol	Control			
Sin predisposición*	67	46	-	-	-
Con predisposición	104	68	1.050	0.647	1.704

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 10. Enfermedad agregada y control de la hipertensión.



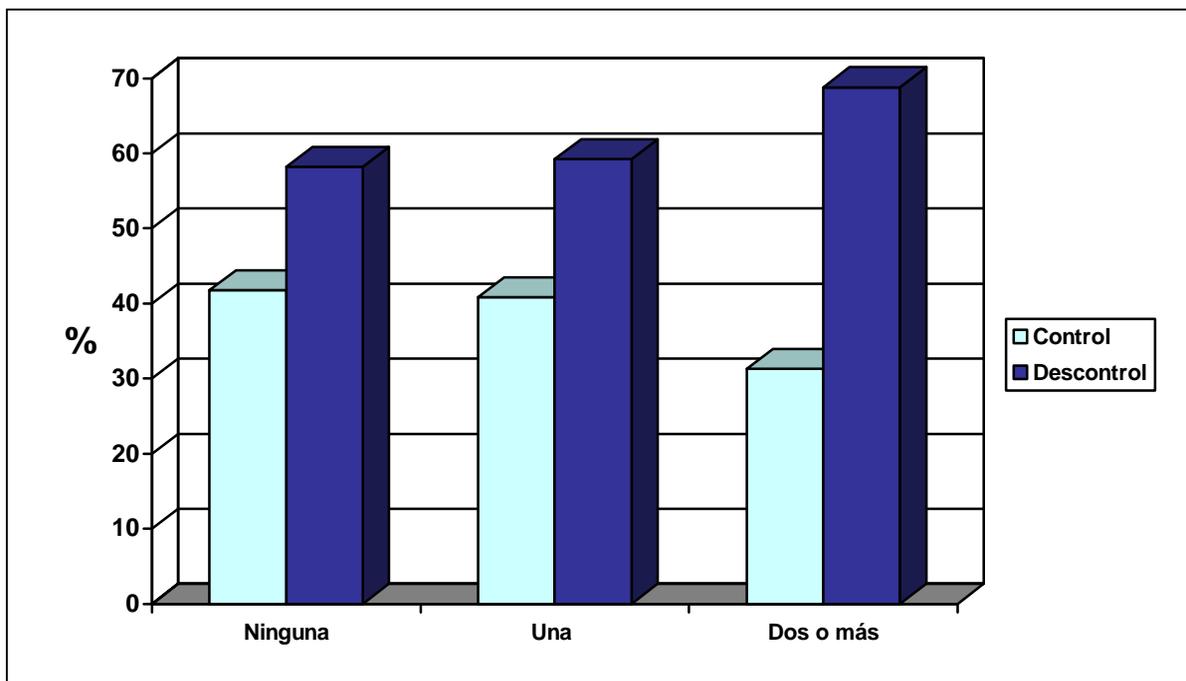
Fuente: Expediente clínico

Tabla 22. Razón de momios cruda por enfermedad agregada y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC 95%		p
	Descontrol	Control				
No *	46	33	-	-	-	-
Si	125	81	1.107	0.653	1.876	0.705

Fuente: Expediente clínico
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 11. Enfermedad agregada y control de la hipertensión.



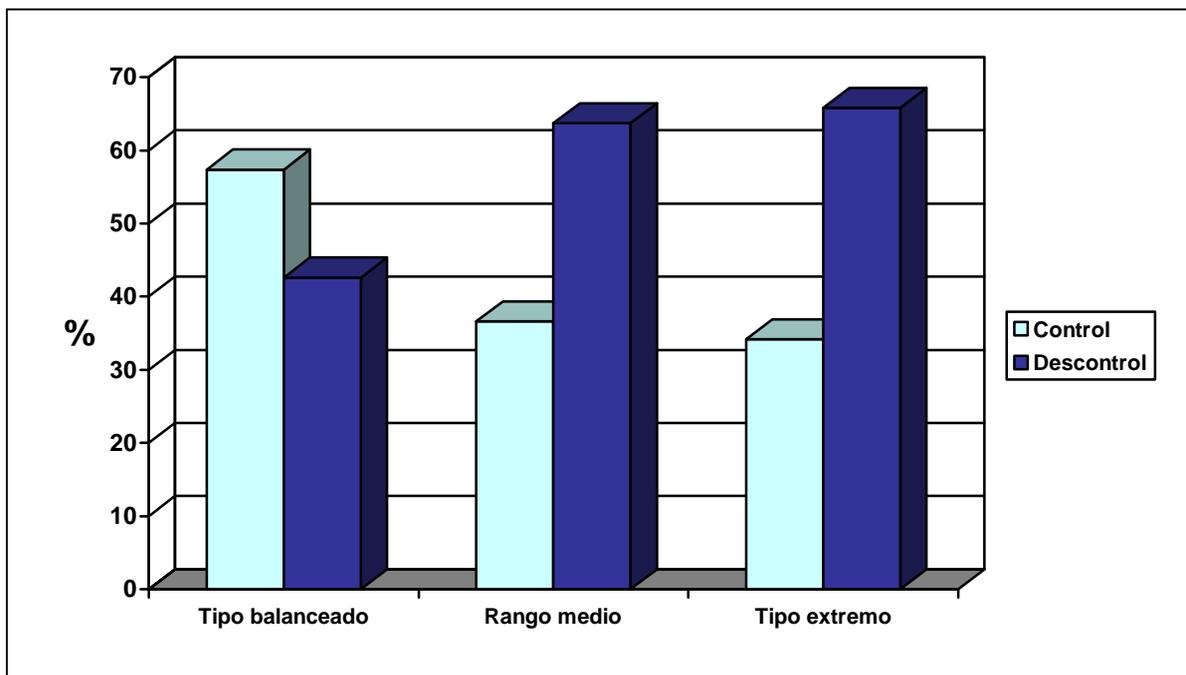
Fuente: Expediente clínico

Tabla 23. Razón de momios cruda por enfermedad agregada y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC _{95%}		p
	Descontrol	Control				
Ninguna *	46	33	-	-	-	-
Una	103	71	1.041	0.607	1.785	0.885
Dos o más	22	10	1.578	0.661	3.771	0.305

Fuente: Expediente clínico
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Gráfica 12. Funcionalidad familiar y control de la hipertensión arterial.



Fuente: Expediente clínico y encuesta

Tabla 24. Razón de momios cruda por funcionalidad familiar y control de la hipertensión.

Variables	HTA		RM	IC 95%		p
	Descontrol	Control				
Tipo balanceado *	23	31	-	-	-	-
Rango medio	123	70	2.368	1.282	4.376	0.006
Tipo extremo	25	13	2.592	1.097	6.127	0.030

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

Tabla 22. Modelo de regresión múltiple.

Variab les	RM	IC_{95%}		P
Control *	-	-	-	-
Descontrol				
Funcionalidad familiar				
Tipo Balanceado *	-	-	-	-
Rango medio	2.368	1.282	4.376	0.004
Tipo Extremo	2.592	1.097	6.127	0.020
Sexo				
Femenino *	-	-	-	-
Masculino	1.775	1.080	2.917	0.649
Tabaquismo				
No fuma*	-	-	-	-
Fuma	3.211	1.959	5.263	0.000

Fuente: Expediente clínico y encuesta
 * Categoría de referencia
 RM Razón de Momios
 IC_{95%} Índice de Confianza al 95%
 p Significancia estadística

8. Discusión

Las enfermedades crónicas tales como hipertensión, diabetes, dislipidemia y obesidad aunados o no al tabaquismo, son la causa número uno de muerte e incapacidad física por complicaciones de las mismas. Toda vez que se inicia cualquiera de éstas, se adquiere de manera automática un mayor riesgo para tener otra enfermedad crónica.³³

En el enfermo que acude a consulta con descontrol de la tensión arterial, deben de considerarse los aspectos relacionados con su entorno familiar, ya que la influencia de estos en el apego al tratamiento podría ser una de las causas de falla terapéutica.²

El presente estudio reveló menor control de la hipertensión (40%) que lo encontrado por Marín Reyes y colaboradores, en un estudio realizado en el estado de Durango, quienes encontraron un 50% de control, esto probablemente a que esta última investigación tuvo un diseño de casos y controles siendo su población solamente de 80 sujetos.²

La presente investigación reportó disfunción familiar en 231 familias (81.0%) siendo funcionales 54 (18.9%), resultado similar al estudio realizado por Huerta Martínez y colaboradores, en la Ciudad de México en una clínica de medicina familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, en donde se encontró 377 familias (88.92%) con disfunción familiar y 47 (11.08%) funcionales²⁸ y al estudio realizado por Corzo-Coello y colaboradores, en el Centro de Salud de Atención Primaria Dr. José Castro Villagrana de la Secretaria de Salud México en donde se reportó 87.3% de disfunción familiar y solamente 12.7% familias funcionales.²¹ En el presente estudio encontramos en relación al diagnóstico del funcionamiento familiar, que predomina la familia disfuncional en el 81.0%, lo que coincide con el estudio realizado por Ortiz Gómez y col. en el policlínico “Dr. Manuel Fajardo Rivero” de La Habana Cuba, quienes encontraron un 52.1% de familias

disfuncionales.¹⁹ En otro estudio realizado por Méndez López y colaboradores en una UMF del IMSS reportó que el 56% pertenecían a familias disfuncionales.⁹

Las familias disfuncionales tienen una incidencia más alta de enfermos crónicos (hipertensos) con pobre control de su enfermedad, como lo demuestra el estudio realizado por Louro Bernal en el policlínico Docente Playa, de la Habana Cuba.⁶ En nuestro estudio reportó que el 65.8% de los pacientes hipertensos descontrolados pertenecían a familias disfuncionales (tipo extremo).

En relación a los problemas de salud que presentaban las familias, hay un porcentaje elevado de los padecimientos crónicos. En el presente estudio encontramos que 206 pacientes (72.3%) presentaron alguna otra enfermedad crónica agregada, porcentaje mayor al encontrado por Ortiz Gómez y colaboradores en el estudio realizado en el policlínico “Dr. Manuel Fajardo Rivero” de Jaimanitas, Cuba quienes encontraron 44.8% de pacientes que tenían alguna otra enfermedad crónica agregada.¹⁹

En cuanto a dislipidemia (29.8%) y diabetes (27.7%) se encontraron tasas muy similares y en relación a la obesidad la tasa fue más alta (41.8%), estos resultados son similares a los de Lara Agustín y colaboradores en un estudio realizado en los estados de México, D.F., Guadalajara, León, Puebla, Monterrey y Tijuana de la República Mexicana en donde encontraron 43.3% en relación a dislipidemia y 10.7% para diabetes mellitus tipo 2.³³

El sobrepeso y la obesidad incrementan sustancialmente el riesgo de morbilidad, tales como HTA y diabetes mellitus tipo 2 o bien puede ser un factor que agrava o dificulta el control de dichos padecimientos, en nuestro estudio el 41.8% fueron obesos resultado similar al encontrado en el estudio realizado en la Secretaría de Salud de México (SS) por Lara Esqueda y colaboradores en la Ciudad de México en donde se reportó que el 52.0% eran obesos.³⁵

Como se pudo observar en este estudio, 60.4% (172) correspondieron al sexo femenino, ya que las mujeres son las que hacen más utilización de los servicios de salud, como lo demuestran los diferentes estudios realizados por Martín Rosas y colaboradores; Valadez Figueroa y colaboradores; Tovar Granada y colaboradores; Huerta Martínez y colaboradores, y Lara Esqueda y colaboradores.^{3, 4, 11, 28, 35}

El grupo de edad con mayor proporción fue el de 41 a 55 años (51.2%) resultado similar al encontrado por Méndez López y colaboradores; en un estudio realizado en una UMF del IMSS en el año 2003 en donde se estudiaron 300 pacientes con promedio de 49.18 ± 7.2 años.⁹

La mayor proporción de pacientes con enfermedades crónicas presentó bajo nivel educativo, lo cual concuerda con artículos ya publicados.⁸ En nuestro estudio, el 58.6% (167 pacientes) se encontró en dicho nivel educativo bajo (primaria y menos).

9. Conclusiones

1. La funcionalidad familiar es un factor que se asocia en el control de la tensión arterial.
2. El presentar disfunción familiar aumenta la probabilidad de presentar descontrol al doble comparado con pacientes con familias funcionales.
3. El sexo masculino tiene casi dos veces el riesgo de presentar descontrol en comparación del sexo femenino.
4. Los pacientes fumadores tienen poco más de tres veces el riesgo de presentar descontrol hipertensivo comparados con los no fumadores.
5. La función familiar se debe evaluar con mayor énfasis en personas con padecimientos crónicos, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños.
6. Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el funcionamiento familiar, apreciándose, que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad.
7. En los pacientes masculinos, fumadores y con disfunción familiar deberemos tener una vigilancia más estrecha para mejorar el control de la HTA, por los resultados obtenidos en este estudio, al igual que al resto de la población se le debe brindar atención en forma integral.

10. Propuestas

- Crear fuentes de apoyo y estrategias para aumentar la capacidad de ayuda y funcionamiento por parte del equipo de salud (médico familiar, trabajo social, psicología) a las familias que lo requieran.
- Realizar acciones de apoyo familiar e individual con programas de comunicación, relaciones humanas y valoración personal, que favorezcan a la salud familiar e individual en forma integral por parte del médico familiar y con el apoyo de Psicología.
- Fomentar la dinámica familiar con el fin de mejorar las cifras de tensión arterial adecuadas, para prevenir el daño cardiovascular con medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico por parte del Médico Familiar.

11. Bibliografía

1. Vázquez-Castro J, Ramírez-Puerta D, Zarco-Rodríguez J. Entorno familiar y paciente crónico. SEMERGEN 2001; 27:24-26.
2. Martín-Rosas, Pastelín-Gustavo, Martínez-Reding J, Herrera-Acosta J. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Arch Cardiol Méx 2004; 74:134-157.
3. Lara-Esqueda A, Aroch-Calderón A, Jiménez-Rosas A, Arceo-Guzmán M. Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. Arch Cardiol Méx 2004; 74:330-336.
4. Ponce-Rosas E, Gómez-Clavelina F, Terán TM, Irigoyen-Coria AE, Landgrave IS. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Aten Primaria 2002; 30:624-630.
5. Herrera-Santi P M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr 1997; 13:591-5.
6. Louro-Bernal L. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública 2003; 29:48-51.
7. Huerta-González J L, Farfán Salazar G. Programa de Actualización Continua (PAC) para médicos familiares. Distrito Federal, México: Edic. Intersistemas. 1999.
8. Santacruz-Varela J. La Familia Unidad de Análisis. Rev. Med IMSS 1983; 21:348-57.
9. Herrera-Santi P. Rol de género y funcionamiento familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000; 16:568-73.
10. Ortiz-Gómez M, Louro-Bernal I, Jiménez-Cangas L, Silva-Ayzaguer L. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15:303-9.
11. Ortega-Veitía M, De la Cuesta-Freijomif D, Díaz- Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención en enfermería en familias disfuncionales. Rev. Cubana Enferm 1999; 15:164-8.
12. Gómez-Clavelina F, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1:45-57.

13. Fernández-Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev. Fac Med UNAM 2004; 47:251-254.
14. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch Med Fam 2001; 3:95-98.
15. Rodríguez-Ábrego G, Rodríguez-Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med IMSS 2004; 42:97-102.
16. Méndez-López D, Gómez-López V, García-Ruiz M, Pérez-López J. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42:281-284.
17. Tovar-Granada C, Sánchez-Escobar L, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A, Morales-López H. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arch Med Fam 2003; 5:92-95.
18. Zegers B, Larrín ME, Polaino-Lorente A, Trapp A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2003; 41:39-54.
19. Arias-CL, Herrera-AJ, MD. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994; 25:26-28.
20. Ramiro HM, Halabe CJ. Hipertensión arterial. En: Jaché-Turquie M, Díaz-Gozzer, editores. El Internista. Medicina Interna. Distrito Federal, México: Interamericana McGraw Hill; 2002. p. 217-255.
21. Elizondo-Argueta S, Sánchez-Zúñiga M, Román-López E. Hipertensión arterial sistémica. Diagnóstico y Tratamiento. Med Int Méx 2004; 20:130-139.
22. Lara-Agustín, Martín-Rosas, Pastelín-Gustavo, Aguilar-Carlos, Velázquez-Monroy O. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. Arch Cardiol Méx 2004; 74:231-245.
23. Oviedo-Mota M, Espinoza-Larrañaga R, Olivares-Santos H, Reyes-Morales H, Trejo-Pérez J. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Med IMSS 2003; 41(Supl):S15-S26.
24. Huerta-Robles B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Arch Cardiol Mex 2001; 71:208-210.

25. Velázquez-Monroy O, Rosas-Peralta M, Lara-Esgueda A, Pastelín-Hernández G, Sánchez-Castillo C, Tapia-Conyer R, *et al.* Hipertensión arterial en México: resultado de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Mex 2002; 72:71-84.
26. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
27. Stanley S, Milagros J, Nathan D, Gilbert J, Lapuerta P. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. Hypertension 2001; 37:869-874.
28. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
29. Valadés-Salgado R, Meneses-González F, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ramos MI, Hernández-Ávila M. Encuesta sobre Tabaquismo en jóvenes, México 2003. Salud Pública de México 2004; 46:366-367.
30. Luquez H, Madoery JR, De Loredó L, De Roitter H. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados. Estudio Dean Funes. Rev. Fed Arg Cardiol 1999; 28: 93-104.
31. Zenteno JC, Kofman-Alfaro S. Aspectos genéticos de la hipertensión arterial. Rev. Med Hosp. Gen Mex 2003; 66:218-223.
32. Marín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública de México 2001; 43:336-39.
33. Valadés -Figuroa I, Aldrete-Rodríguez M, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo 2. Salud Pública de México 1993; 35:464-470.
34. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos.
35. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Revista de Salud Pública y Nutrición 2003; 4:1-27.

12. Anexos

CUESTIONARIO

Nombre: _____
Num. De afiliación: _____ Folio: _____
Turno: _____ Consultorio: _____ Fecha: _____

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Edad: _____ Sexo: 1. Femenino ()
2. Masculino ()

II DATOS GENERALES:

¿Sabe leer y escribir? 1) Sí 2) No

¿Cuál es su último año escolar aprobado? _____

¿Cuál es su estado civil?

1) Casado 2) Soltero 3) Divorciado 4) Unión libre 5) Viudo

¿A que se dedica principalmente? _____

¿Padece usted alguna otra enfermedad además de la hipertensión? 1) Sí 2) No

¿Cuál? _____

¿Usted fuma? 1) Sí 2) No

¿Alguien de su familia padece hipertensión arterial? 1) Sí 2) No

III MEDIDAS:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

TA anterior: _____/_____ ; _____/_____

CUESTIONARIO FACES III

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado.

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO
C.E.S.S.A. GAVIOTAS
VILLAHERMOSA, TABASCO**

Villahermosa, Tabasco, a ___ de _____ de 200__

Asunto: Carta de Consentimiento informado.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“Influencia de la funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad) en el control del paciente hipertenso usuario de la micro red de Gaviotas Centro Tabasco.”

El objetivo del estudio es:

- Valorar la asociación de la funcionalidad familiar con el control del paciente hipertenso usuario de la micro red de unidades de Gaviotas, Centro, Tabasco.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Responder las preguntas que me harán de un cuestionario cerrado, para obtener las respuestas que se analizarán para poder efectuar el estudio.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios derivados de mi participación en dicho estudio.

Firma del participante

Nombre y Firma del Investigador Principal