



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 46  
CULIACAN, SINALOA**

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL DESCONTROLADA, EN LA UMF  
No.46, CULIACAN, SIN.**

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

**PRESENTA  
DRA. ILDA YOLANDA NUÑEZ BELTRAN**

CULIACAN, SINALOA, 2015



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.

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL DESCONTROLADA, EN LA UMF  
No.46, CULIACAN, SINALOA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ILDA YOLANDA NUÑEZ BELTRAN**

AUTORIZACIONES:

**DRA. AVILES ESPINOZA LAURA ELENA**  
COORDINADOR DE PLANEACION Y ELACE INSTITUCIONAL

**DRA. PAULA FLORES FLORES**  
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

**DR. JESUS RODRIGUEZ LOPEZ**  
COORDINADOR AUXILIAR DELEGACIONAL  
DE EDUCACION EN SALUD

**DRA. LAURA ELENA CASTRO CERVANTES**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UMF.No.46 CULIACAN,  
SINALOA

**FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON  
HIPERTENSION ARTERIAL DESCONTROLADA, EN LA UMF  
No.46, CULIACAN, SINALOA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ILDA YOLANDA NUÑEZ BELTRAN**

AUTORIZACIONES:

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FAC. DE MEDICINA  
UNAM

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

## INDICE

	PAG.
Titulo.....	1
Introducción.....	5
Marco teórico.....	7
Justificación.....	16
Planteamiento del problema.....	17
Objetivos.....	19
Material y métodos.....	20
Definición operacional de las variables.....	21
Criterios de exclusión e inclusión.....	20
Diseño estadístico.....	24
Resultados.....	36
Anexos.....	42
Discusión.....	38
Conclusiones.....	40
Referencias bibliográficas.....	46

## INTRODUCCION

La hipertension arterial sistematica (HAS), constituye una de las enfermedades cronicas no transmisibles, con mas prevalencia en Mexico como en toda Latinoamerica <sup>1,2,3</sup> a la que deben enfrentarse los medicos de la atencion primaria de la salud (APS). En la actualidad afecta a mas de un billon de personas en el mundo, y mas que una enfermedad, es un factor de riesgo con nefastas consecuencias cardiologicas, y cerebro-vasculares si no se controla <sup>1,2</sup>.

Esta patologia se ha convertido, en un importante factor de riesgo, para desarrollar enfermedades cardiologicas y cerebro vasculares <sup>3</sup>, asi mismo es un problema de salud, que ocasiona complicaciones renales, oftalmologicas y hasta la muerte <sup>4</sup>. Ante esta situaciones, es indispensable establecer lineamientos adecuados y uniformes de atencion, que solo se lograran con el trabajo conjunto y ordenado, de un gran numero de profesionales de la salud <sup>5</sup>.

De acuerdo a la NOM (Norma Oficial Mexicana) y el septimo informe sobre hipertension arterial (seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7- 2003) las cifras de la clasificacion de la TA en los adultos mayores de 18 años es la siguiente:

<b>Clasificacion T/A</b>	<b>TAS mmhg</b>	<b>TAD mmhg</b>
Normal	Menos 120	Menos de 80
Prehipertension	120-139	80-89
HAS: Estadio I	140-159	90-99
HAS: Estadio II	Mas de 160	Mas de 100

PAS: presion arterial sistolica  
PAD: presion arterial diastolica  
mmhg: milimetros de mercurio

T/A: tension arterial

Su prevalencia fluctua de un 10 a 30% de la poblacion adulta y su presencia se eleva con la edad de los pacientes <sup>6</sup>.

Asu vez, en las últimas 5 décadas se ha observado, un importante incremento en la incidencia de enfermedades no transmisibles, principalmente debido, al aumento de la esperanza de

vida de la población en general, lo que ha constituido, un verdadero problema de salud para todos los países, y que se traduce, en el incremento de la morbi-mortalidad, y disminución potencial de años productivos de vida <sup>7,8,9</sup>.

Por lo que, frecuentemente los pacientes mayores de 65 años se hallan en riesgo de padecer hipertensión arterial sin saberlo y por lo tanto están expuestos a sus complicaciones. Sin olvidar que el incremento de la presión arterial diastólica se halla relacionada con la mortalidad en las personas mayores <sup>10</sup>.

En México la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, reporta que alrededor de 15 millones de adultos la padecen y al año mueren por complicaciones 200 mil de ellos. Cuando no se logra el control adecuado de la TA alta, se lesionan tejidos y órganos, como son: cerebro, corazón, riñón y vasos sanguíneos, mismos que afectan de manera crónica y aumenta la morbi-mortalidad cardiovascular<sup>11</sup>.

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial, esta sigue ocupando, un importante problema de salud pública en la mayoría de los países. Por lo que se encuentra, desde hace años en la lista de afecciones a controlar, dada la alta morbi-mortalidad nacional y mundial <sup>4</sup>. Aunque se dispone de fármacos eficaces para su tratamiento, y de numerosos programas científicos de formación y actualización, la realidad es que, solo se controla un porcentaje bajo de pacientes, según las cifras consideradas normales en la actualidad <sup>12, 13</sup>. Por citar alguno, en los Estados Unidos de Norteamérica solo una cuarta parte de los pacientes se encuentran controlados <sup>10</sup>.

Por otra parte es importante recordar que la HAS, es una afección silenciosa, que frecuentemente pasa inadvertida, a pesar de los riesgos que tienen los individuos de padecerla, sin ser controlada, en especial mayores de 65 años, con incrementos de la presión arterial sistólica <sup>10, 14</sup>.

Cabe agregar, que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en alguno de los miembros de la familia, puede presentar un serio problema, tanto en su funcionamiento, como en su composición. Pudiendo considerar a la enfermedad como una crisis, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, y que se traduce e impacta, en cada uno de sus miembros <sup>15, 16</sup>.

## MARCO TEORICO

La HAS reviste especial importancia, no solo por constituir las primeras causas de morbi-mortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, lograr su control y prevenir sus múltiples complicaciones.

Se sabe que además de la ingesta de medicamentos, se requiere otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, entre otras. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Es decir, la atención médica del paciente hipertenso, debe realizarse de forma individual en cada uno de ellos, mejorando su calidad de vida, y estableciendo medidas que favorezcan el control de la enfermedad, y a su vez, tratar de mejorar al máximo las posibilidades que le permitan una mejor calidad de vida, a pesar de su padecimiento<sup>17</sup>.

Esta situación exige, un apoyo importante del grupo familiar que lo ayude en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones, y en la ejecución de acciones adecuadas. Como padecimiento crónico, la HAS es un evento estresante, con altas probabilidades de ser, emocionalmente difícil para el enfermo. Por lo que, el apoyo familiar es clave para el control de la hipertensión, al propiciar un ambiente favorable que reduzca el estrés, y mejore el cumplimiento del tratamiento. Este apoyo, tiene sus bases en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares, o de parejas.

Así mismo, la familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, formado por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la responsable, de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa, y depende del contexto en el que se ubique. A hora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere una educación acorde a sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control de la hipertensión <sup>18</sup>.



Por otro lado, en Medicina Familiar es importante, establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar. Es tarea del médico, fomentar en la familia, la idea de la autoresponsabilidad en la salud de este colectivo y de sus miembros, así como, desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones<sup>19</sup>.

En cierta forma, la evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede decir, es el proceso fundamentalmente para realizar intervenciones promocionales y preventivas, a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejos y tratamientos, y en su caso, rehabilitación o paliación<sup>18</sup>. Así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud, o aparición de enfermedad entre sus miembros<sup>20</sup>.

Para reafirmar este criterio, queremos apoyarnos en el concepto de salud, emitido por la Organización Mundial de Salud (OMS), donde se concibe a esta, no solo como ausencia de síntomas, sino también, como el disfrute de un bienestar psicológico y social<sup>21</sup>. Además menciona, que uno de los fines principales de cada país, debe ser el incremento en el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la “familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud”<sup>16</sup>.

En relación a lo anterior, y para poder hablar de estado de salud adecuada, es necesario tener en cuenta el modo de la vida del individuo, y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado “familia”, y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar<sup>21</sup>.

Así mismo, la familia como grupo social, debe cumplir funciones básicas como son: cuidado, afecto, estatus, socialización y reproducción<sup>18</sup>, además de, la economía, la biología, lo educativo, la cultural y lo espiritual<sup>16</sup>, siendo estas, uno de los indicadores que se utilizan, para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo<sup>21</sup>.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creo necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo <sup>16,21</sup>.

A su vez, considerar a la familia como sistema, implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se debe ver como una suma de individualidades, sino como, un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la casualidad de los problemas familiares, los cuales, tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), siendo un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un “culpable”, sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfunción de la familia como sistema. Así pues, el enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto, por el de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, siendo esto, lo que nos va nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares, y por tanto a la causa(s) de la disfunción familiar<sup>21</sup>.

De aquí, que siempre que aparece un síntoma, como puede ser la enuresis, o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado, como un indicador de una disfunción familiar, y hay que ver al paciente, no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares<sup>21</sup>.

Sin embargo, la familia como sistema, juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad, sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Esto va depender, de si la familia es funcional o no, y cuento con los recursos adecuados de soporte social. Por su parte, el modelo de medicina familiar actual, no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto, o del grupo familiar propiamente dicho<sup>22</sup>.

Por lo anterior, se denomina familia funcional, cuando es capaz de cumplir sus funciones básicas que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre, y en relación con las demandas que recibe por su entorno<sup>23</sup>, o cuando la familia, no es capaz de

manejar adecuadamente el estrés, y favorece un grado todavía mayor del mismo. A su vez, cuando una familia no puede ejercer estas funciones, utilizamos el término de familia disfuncional<sup>18, 20, 24</sup>. Por tanto, cuando la familia pierde la capacidad funcional, ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad<sup>16</sup>.

A la hora de hablar de función familiar, encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean, que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros la refieren, como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. En suma, no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente<sup>21</sup>. Esto hace, que en la evaluación de la función familiar, no existe en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, y solo se miden aspectos parciales<sup>18</sup>.

El mero hecho de utilizar un instrumento para detectar disfunción familiar, no garantiza por sí mismo la mejor salud de los pacientes y sus familias. Una vez establecido el diagnóstico debe intervenir sobre las familias, para lo cual, lo primero que hace falta son conocimientos, actitudes y habilidades.

A partir de los sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, su fundamento en la denominada, teoría general de los sistemas, esta considera al 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, en esta interacción dinámica, lo que le acontece a uno, afecta al otro y al grupo<sup>25</sup>.

Por su parte, toda la familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo que, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional, por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes, que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación, y la resolución de conflictos. Así pues, en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional, es aproximadamente 77%<sup>26</sup>.

De igual forma, debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación, y la participación de todos los miembros de la familia, es necesaria para alcanzar un nuevo, el equilibrio de la salud familiar. El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables como en: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial, o diabetes, los resultados obstétricos, o la adherencia a tratamientos<sup>27</sup>.

De esta forma, y en un intento por evaluar, algunos aspectos de la familia se han realizados diversos instrumentos, uno de ellos conocido, validado y muy utilizado es el Apgar, entre otros diseñados, para evaluar el funcionamiento sistemático de la familia. En todas estas situaciones, el APGAR-FAMILIAR (AF), es un instrumento útil para conocer, si la familia puede considerarse un recurso para los individuos del grupo, o si por el contrario influirá empeorando su situación<sup>18, 20, 27, 28</sup>.

Smilkstein utilizó el acrónimo Apgar, para recordar los cinco componentes de la función familiar (FM): (adaptabilidad) (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve), del mismo modo, aprovechó la similitud con el índice Apgar empleado en pediatría, no solo en sus iniciales, sino también en el significado de las puntuaciones<sup>29</sup>.

El AF es una técnica rápida y sencilla para explorar la FM, desarrollada por el Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle en 1978<sup>20, 30, 31</sup>. Este instrumento se ha incorporado a la práctica clínica del médico de familia, como herramienta para el abordaje de los problemas familiares, tanto de forma experimental, como la asistencia clínica diaria<sup>32</sup>. Hasta el momento, aunque se han empleado algunas versiones en castellano, no conocemos ninguna validación del cuestionario en nuestro país, si bien en otros medios, este se ha demostrado válido y fiable<sup>29</sup>.

El test Apgar fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo, se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas y ofrece una correlación alta con pruebas especializadas<sup>31, 33</sup>. Además, tienen considerables ventajas como instrumento de medición, por su sencillez rapidez y facilidad de aplicación, mediante la cual se identifica, el grado de satisfacción que percibe el paciente, al evaluar la función de su sistema familiar<sup>34</sup>.

Por otra parte, el Apgar surge ante la necesidad de evaluar la función de la familia, cuyo instrumento se diligencia por sí mismo, es fácilmente entendido por personas con educación limitada, y se puede completar en muy poco tiempo<sup>35</sup>. Se formuló para ser usado, en distintos estratos socioeconómicos, y diversos contexto socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos, que indique la integridad de componentes importantes, de la función familiar. Sus parámetros se delinearon sobre la premisa, en como los miembros de una familia perciben su función familiar, y pueden manifestar el grado de satisfacción, en el cumplimiento de sus funciones básicas familiares<sup>30, 31</sup>.

El test AF, consta de cinco preguntas, que evalúan de manera cualitativa las características familiares; cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2,1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, es decir la suma de los 5 parámetros de preguntas, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar. Considerando lo siguiente: de 8 a 10 puntos familia funcional, de 4 a 7 disfunción moderada, y de 0 a 3 disfunción severa<sup>20, 28, 36</sup>. El AF, es una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y dada su simplicidad es posible, el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica. Existen otros cuestionarios que analizan la FM igualmente validos que el AF; pero en general, suelen contener un número tan elevado de ítems que los hace de difícil aplicación, entre estos están; la escala de ambiente familiar (CES) tiene 90 ítems, la escala de McMaster 53 ítems<sup>37</sup>, una de las últimas versiones del Faces III dispone de más de 20 ítems, mientras que más asequible sería, la escala de Pless-Satterwhite con 15 ítems<sup>27, 38</sup>.

El objetivo fundamental de este tipo de instrumento, es disponer en muy poco tiempo, de una información valida y fiable que nos orienta sobre un determinado problema psicosocial, en nuestro caso, una posible disfunción familiar. Mas no pretende pues sustituir la información que se obtendrá de una entrevista familiar más o menos extensa<sup>38</sup>.

La disfunción familiar en principio, es un problema de interrelación con uno mismo y con las estructuras sociales, condición compleja por qué requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc., las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas, cuando se dan las segundas, proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización<sup>39</sup>.

La validación inicial del AF, se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el Apgar/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre el Apgar/estimación de psicólogos. Este mismo estudio como los puntajes en las familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89)<sup>31, 40</sup>.

Así mismo, en diversos estudios de la Universidad del Valle, se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de la evaluación de la función familiar, en diferentes entidades como; embarazo, depresión, postparto<sup>41</sup>, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimientos de familias. Así, ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación, cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la auto administración<sup>42</sup>.

Por consiguiente, y dada la elevada prevalencia de disfunción familiar reportada en estudios realizados en general, y en nuestro país en particular, parece necesario educar a los profesionales de la salud para que se enfrenten eficazmente a estos problemas<sup>27</sup>. Tomando en cuenta que, el mayor número de procesos crónicos y la percepción subjetiva que de su propia salud tiene el paciente, se relacionara, con la peor función familiar<sup>27, 36</sup>.

De esta forma, el clínico identifica con mucha facilidad la disfunción familiar severa, bien sea por el interrogatorio o la observación de las interacciones familiares. Sin embargo, lo más común en la práctica ambulatoria es que el enfermo haga una negación de sus problemas familiares o que el agente de salud tenga dificultad para abordar tales temas. En estas circunstancias, el APGAR familiar cobra su importancia como herramienta de enfoque del problema, en el seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada, en los casos que sea necesario<sup>31</sup>.

Pues a saber, al médico familiar le debe interesar la evaluación de la funcionalidad familiar, en la medida que permite comprender, como los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias. Dicha evaluación, por parte de los médicos de la familia, comprenden actividades de carácter clínico, que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud<sup>33</sup>.

Al afrontar estos factores de estrés, depende entre otros elementos, del grado de cohesión, adaptabilidad y calidad en la comunicación, que se dé entre los miembros de la familia. La evaluación funcional familiar y el riesgo de disfunción, propicia la posible participación de los profesionales de la salud, para ofrecer el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo, y permite establecer una serie de tareas de carácter clínico, dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como, la previsión de intervenciones de otros miembros, del equipo de salud. De esta forma, la evaluación familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: constituida de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo<sup>33</sup>.

En base a lo anterior, es necesario considerar que la funcionalidad familiar, no debe ser entendida como un elemento estático, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Pues es un grave error, calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que, así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido<sup>33</sup>.

Por su parte, De la Revilla señala, que entre los elementos que afectan a la dinámica familiar, conviene destacar dos por importancia; los cambios obligados; que se producen en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, y en segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes; factores familiares (divorcio, muerte) económicos, laborales y escolares (huelgas, cambio de empleo, problemas de adaptación escolar), legales (detenciones, juicios) y ambientales (emigración, cambio de residencia)<sup>43</sup>.

Entendiéndose por ciclo vital familiar, las diversas fases o etapas, por las que suelen pasar los arreglos familiares, desde la constitución de un núcleo inicial (pareja con o sin hijos, principalmente, pero no exclusivamente), pasando por distintos momentos de cambio de acuerdo al crecimiento del grupo inicial, y a las edades de sus miembros, hasta la disolución de dicho núcleo, o su dispersión en nuevos núcleos y arreglos familiares. Ambos conceptos están asociados a patrones demográficos y socioculturales, como la nupcialidad, fecundidad, mortalidad, las estrategias de sobrevivencia, prácticas culturales de convivencia o cohabitación, condiciones materiales de vida, y al nivel socioeconómico de los miembros del hogar o familia. Por su parte, la tipología familiar alude, a la composición de los arreglos familiares y no familiares, dentro de cada hogar o vivienda, a partir de las relaciones de parentesco entre sus miembros, con respecto a una persona de referencia, que por lo general, es aquella considerada como jefe o jefa del hogar<sup>44</sup>.

Así mismo existe, mucha evidencia de que los factores psicosociales, como el estrés y la ansiedad, afectan tanto la capacidad del paciente para enfrentarse a la enfermedad, como la predisposición a contraerla<sup>44</sup>.

Por lo anterior, el diagnóstico de salud familiar, por medio de la evaluación de funciones familiares, permite dar la orientación para conservar la integridad familiar, con el fin de mantener en lo posible, el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva, para generar acciones que permiten una mejor calidad de vida, y un mejor control de vida, y un mejor control del paciente sobre su enfermedad<sup>44</sup>.



## JUSTIFICACION

El presente estudio surge ante la necesidad de conocer la funcionalidad familiar de enfermos hipertensos descontrolados en la consulta externa de medicina familiar, siendo los problemas crónicos degenerativos, los principales motivos de consulta en estas unidades familiares, así como, en hospitales de segundo nivel de atención, principalmente en el servicio de urgencias. Debido a que la prevalencia de HTA en México es de 24% en adultos y 30.8% en pacientes mayores de 20 años de edad, por lo tanto se estima que el número de casos es de 15 millones de hipertensos en la población entre los 20 y 60 años de edad. Más del 50% de los pacientes no sigue ningún tipo de tratamiento y desconocen su condición, ya que por causas diversas solo se detectan del 13.4 al 22.7%. Menos de la mitad de los que se conocen hipertensos toman medicamentos y de estos solo el 20% está controlado. Considerando que dentro del médico familiar esta, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como, el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo, y no solo de la enfermedad. Por esta razón creo importante identificar, la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia, logrando con ello que el médico que atienda a estos enfermos, otorgue una atención en forma más integral, respecto al control de su enfermedad, con un enfoque familiar, y tomando como base, el conocimiento de su funcionalidad.

Por lo anterior, considero de suma importancia, para la atención primaria del hipertenso descontrolado, al conocer su funcionalidad familiar, y tratar con ello de disminuir su incidencia.

Siendo esta investigación de gran importancia y magnitud, dado que conocer si, la presencia de disfunción familiar en familias con un enfermo hipertenso, contribuye o no, a lograr un buen o mal control de su enfermedad. Teniendo en cuenta, que en las unidades de medicina familiar se requiere del compromiso del personal de salud, a fin de realizar un manejo más estrecho con las familias disfuncionales, interesado en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes.

Por lo anterior, el diagnóstico de salud familiar, por medio de la evaluación de funciones familiares, permite dar la orientación para conservar la integridad familiar, con el fin de mantener en lo posible, el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva, para generar acciones que permitan, una mejor calidad de vida, y un mejor control de paciente enfermo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de Disfunción Familiar en pacientes con Hipertensión Arterial Descontrolada en la Unidad de Medicina Familiar No.46?

## **HIPOTESIS**

La hipertensión arterial descontrolada, es más frecuente en familias disfuncionales, en comparación con las familias normo funcionales.

## OBJETIVOS

### General:

- Determinar la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) descontrolada, en la Unidad de Medicina Familiar No.46 de Culiacán, Sinaloa.

### Específicos:

- Evaluar la Disfunción Familiar en pacientes con HAS derechohabientes de la UMF No.46, Culiacán, Sinaloa, mediante el Apgar Familiar
- Evaluar la frecuencia de familias normo funcionales en pacientes con HAS derechohabientes de la UMF No.46, Culiacán, Sinaloa.
- Registrar las principales características sociodemográficas de los pacientes con HAS derechohabientes de la UMF No.46, Culiacán, Sinaloa las cuales son: Edad, Escolaridad, Estado Civil, Ocupación, Sexo, IMC y Tiempo de Evolución.
- Identificar los Antecedentes Personales No Patológicos y Patológicos (principales comorbilidades), en pacientes con HAS derechohabientes de la UMF No.46, Culiacán, Sinaloa.

## MATERIAL Y METODOS

### Tipo de Estudio.

Estudio transversal, prospectivo, observacional, tipo encuesta.

### Población.

Se dirigió a pacientes de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial que se encontraran en control de su enfermedad en el área de la consulta externa de medicina familiar en la UMF No. 46. "Dr. Jesús Kumate Rodríguez" del Instituto Mexicano del Seguro Social, con domicilio en calle Prolongación Pascual Orozco s/n Col. Infonavit Cañadas, en Culiacán, Sinaloa, México.

### Criterios de Selección.

- Criterios de Inclusión: Se seleccionaran N--- pacientes al azar, que se encontraran en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, y que se conocieran con hipertensión primaria, que fueran mayores de 18 años, ambos sexos y que aceptaran contestar el test Apgar, previo consentimiento informado del paciente.
- Criterios de Exclusión: N--- pacientes por presentar enfermedades asociadas como Diabetes Mellitus tipo 2, Insuficiencia Renal, Trastornos psiquiátricos.
- Criterios de Eliminación: Quien no aceptara contestar la encuesta, Encuestas incompletas.

## DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
APGAR FAMILIAR	Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. Es una técnica rápida y sencilla para explorar la función familiar desarrollada por Smilkstein en 1978. Y se califica de la siguiente manera: -8 a 10 puntos familia funcional, -4 a 7 disfunción moderada, y -0 a 3 disfunción severa.	Ordinal	Cualitativa
FAMILIA FUNCIONAL	Cuando es capaz de cumplir las tareas de cuidado, afecto, alimentación, etc. Que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre.	Ordinal	Cualitativa
FAMILIA DISFUNCIONAL	Cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés, y favorece un grado todavía mayor del mismo, y por consiguiente, no puede ejercer sus funciones, de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre de acuerdo al AF.	Ordinal	Cualitativa
HAS DESCONTROLADA	Cuando el paciente por más de 6 meses a pesar del tratamiento farmacológico y no farmacológico recibido, persiste con cifras de TA elevadas por arriba de lo normal: -TAS >140 - 159 y	Ordinal	Cualitativa

	-TAD > 90 – 99		
SEXO	Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades -femenino y -masculino	Nominal	Cualitativa
EDAD	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Numérica	Cuantitativa
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el cual asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza y los niveles a clasificar son: -Analfabeta -Secundaria -Preescolar -Bachillerato -Primaria -Profesional.	Nominal	Cualitativa
ESTADO CIVIL	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o de la convivencia, las Categorías son: * Soltero * Casado	Nominal	Cualitativa
OCUPACION	Ocupación es un término que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de <u>trabajo</u> , labor o quehacer, las categorías son: -Jornalero -Ama de Casa -Empleado -Obrero -Profesionista.	Nominal	Cualitativa

IMC	<p>El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga L. A. J. Quetelet, por lo que también se conoce como <b>índice de Quetelet</b>.</p> <p>Se calcula según la expresión matemática: dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (<math>\text{kg}/\text{m}^2</math>), y las categorías son:</p> <p>*18.5 – 24.9 Normal</p> <p>*&gt; 25 Sobrepeso</p> <p>*&gt;30 Obesidad</p>	Ordinal	Cuantitativa
Tiempo de Evolución	<p>Medida del tiempo que transcurre desde el diagnóstico (o tratamiento) de una enfermedad hasta que la enfermedad empieza a empeorar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0-6 meses</li> <li>- 6 meses a 1 año</li> <li>- Más de 1 año</li> </ul>	Numérica	Cuantitativa



# DISEÑO ESTADISTICO

## 1.- Muestreo

No probabilístico a conveniencia

## 2.- Muestra

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \rho (1 - \rho)}{\delta^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.10) (1 - 0.10)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.3456}{0.0025}$$

$$n = 138.24 + 0.15 \text{ por posibles perdidas}$$

$$n = 138.24 + 21$$

$$n = 159$$

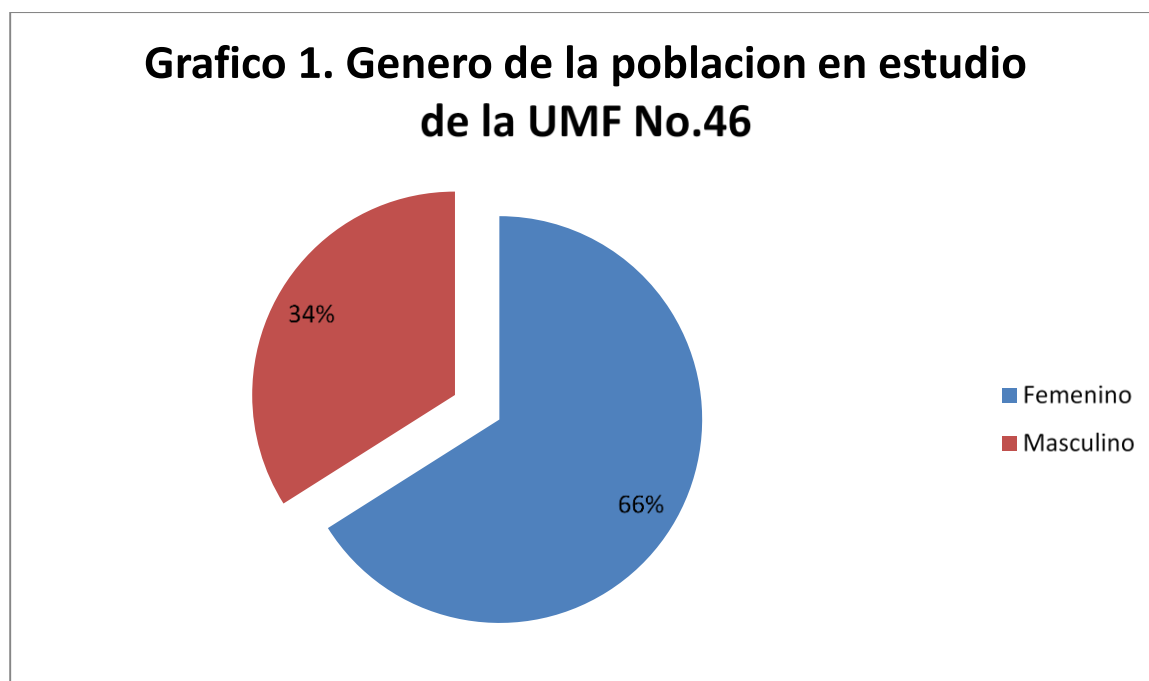
## 3.- Análisis Estadístico

Se realizara estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central como media y mediana para variables ordinales; y para variables nominales, frecuencias y porcentajes.

Cuadro 1: Genero de la Población en estudio

Sexo	Numero	%
Femenino	105	66.04
Masculino	54	33.96
total	159	100

Fuente: Encuesta

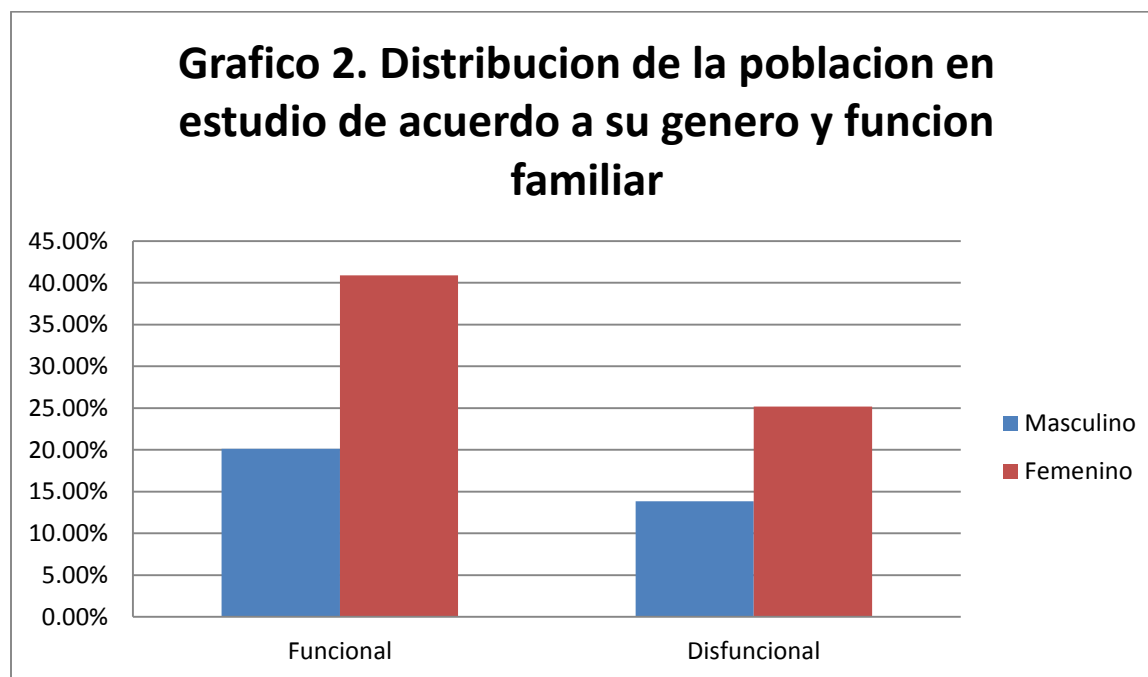


Fuente: Encuesta

Cuadro 2: Distribución de la población en estudio de acuerdo a su Género y Función Familiar

Genero	Total	Funcional	%	Disfuncional	Porcentaje	Total %
Femenino	105	65	40.88	40	25.16	66.04
Masculino	54	32	20.12	22	13.84	33.96
Total	159	97		62		100

Fuente: Encuesta y APGAR

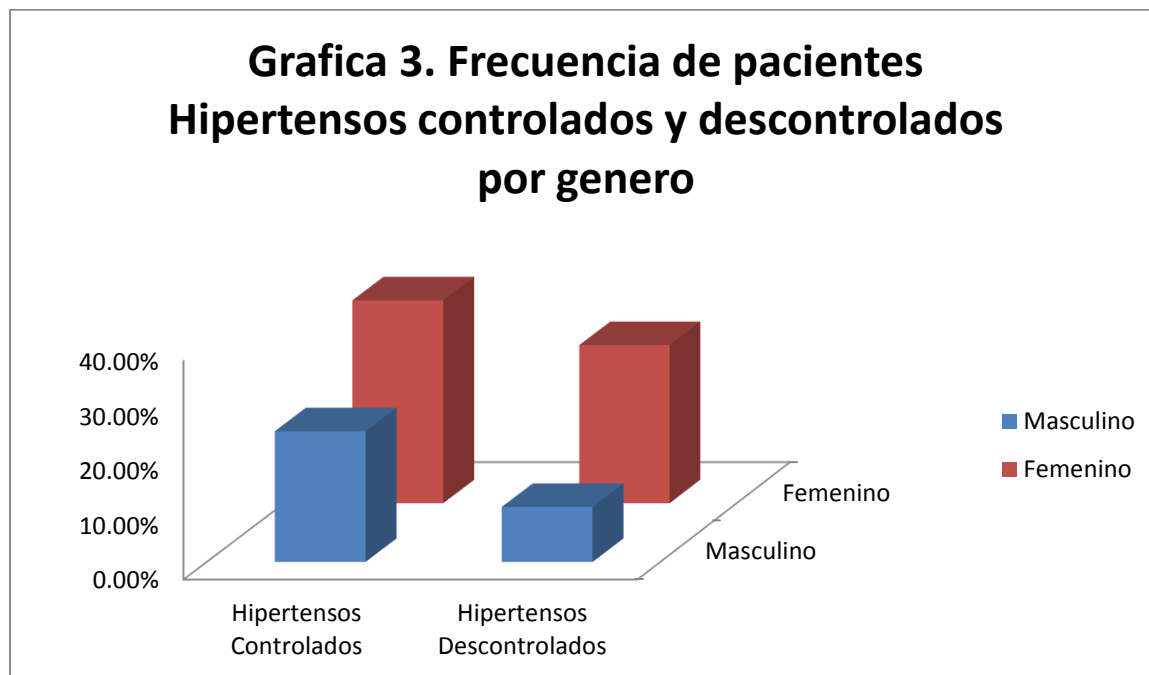


Fuente: Encuesta y APGAR

Cuadro 3: Frecuencia de Pacientes Hipertensos Controlados y Descontrolados por Género

Hipertensos	Masculino	%	Femenino	%	Total %
Controlados	38	23.90	59	37.11	61.01
Descontrolados	16	10.06	46	28.93	38.99
Total	54		105		100

Fuente: Encuesta

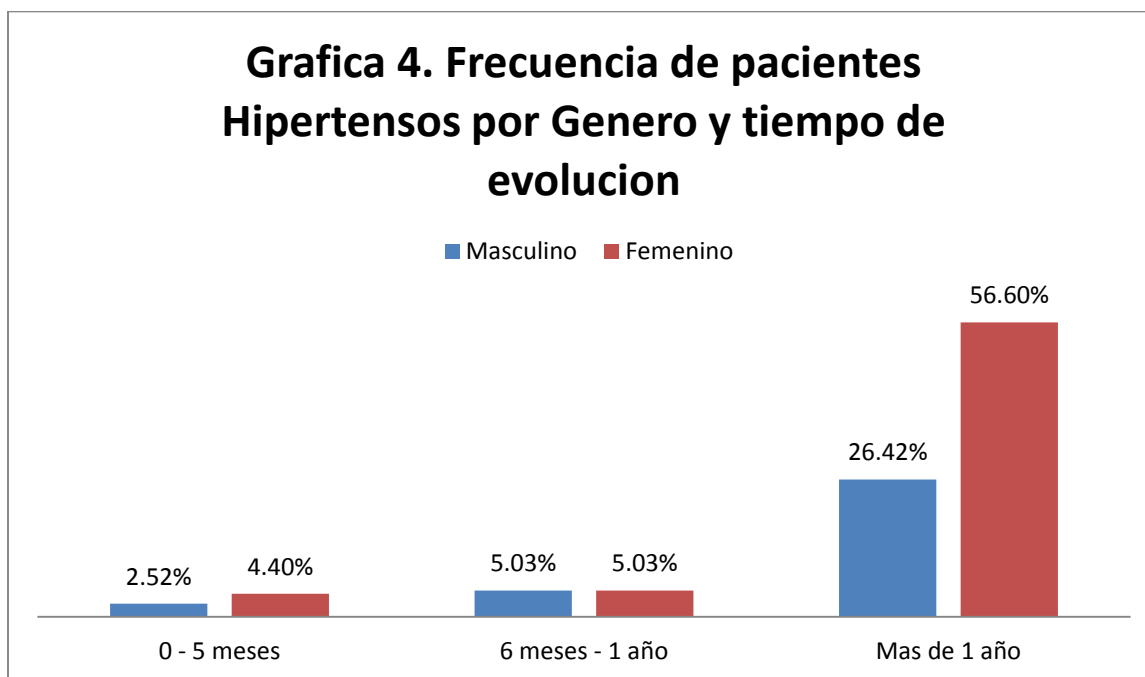


Fuente: Encuesta

Tabla No. 4.- Frecuencia de Pacientes Hipertensos por Género y Tiempo de Evolución

Tiempo de evolución	Masculino	%	Femenino	%	Total %
0 – 5 meses	4	2.52	7	4.40	6.92
6 meses-1 año	8	5.03	8	5.03	10.06
+ 1 año	42	26.42	90	56.60	83.02
Total	54		105		100

Fuente: Encuesta

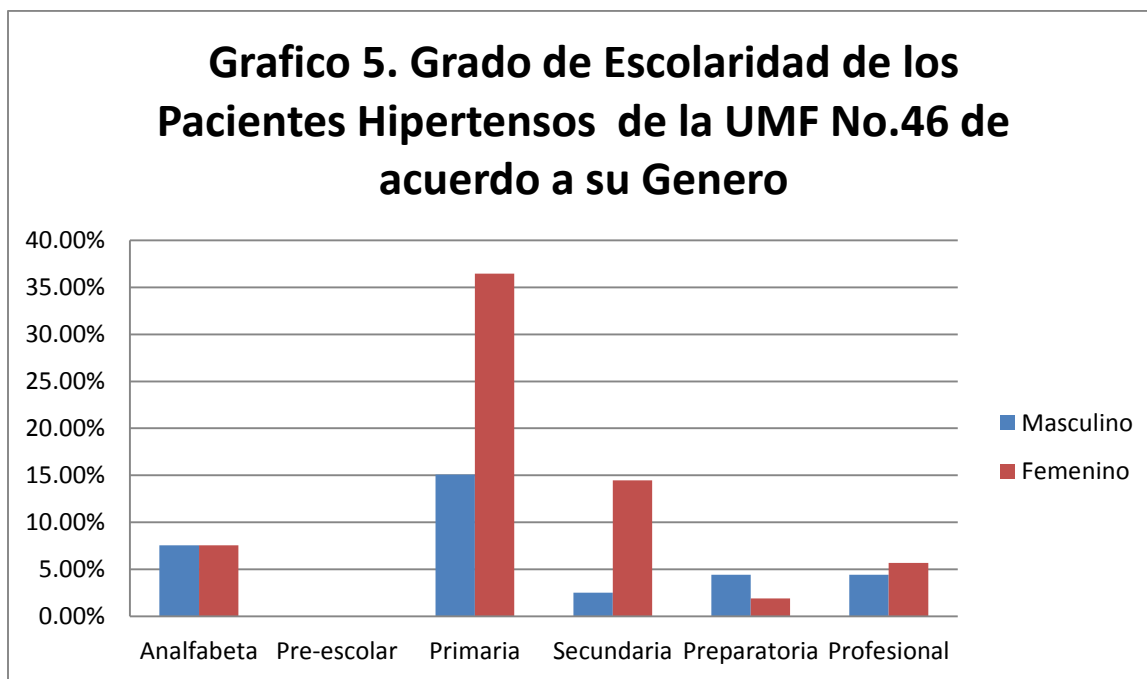


Fuente: Encuesta

Cuadro 5: Grado de Escolaridad de los pacientes Hipertensos de acuerdo a su Género de la UMF No.46

Escolaridad	Masculino	%	femenino	%	Total %
Analfabeta	12	7.55	12	7.55	15.1
Pre-escolar	0	0	0	0	0
Primaria	24	15.09	58	36.48	51.57
Secundaria	4	2.51	23	14.47	16.98
Preparatoria	7	4.40	3	1.89	6.29
Profesional	7	4.40	9	5.66	10.06
Total	54		105		100

Fuente: Encuesta

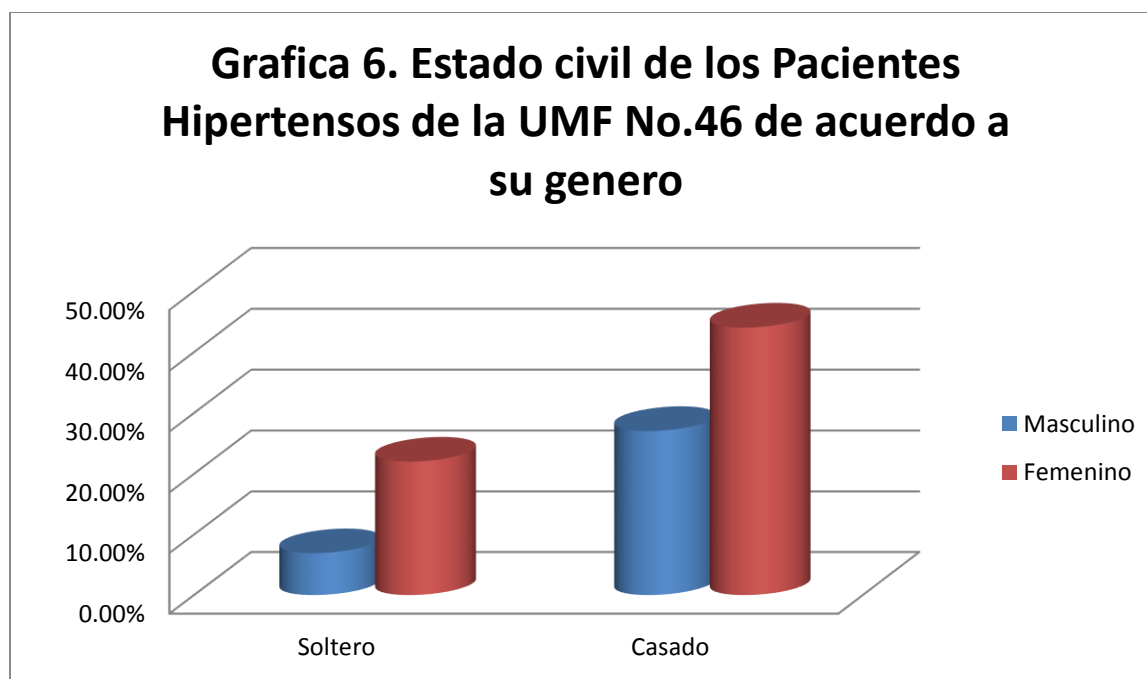


Fuente: Encuesta

Cuadro 6.- Estado civil de los Pacientes Hipertensos de acuerdo a su Género de la UMF No.46

Edo. Civil	Masculino	%	Femenino	%	Total %
Soltero	11	6.92	35	22.01	28.93
Casado	43	27.04	70	44.03	71.07
Total	54		105		100

Fuente: Encuesta

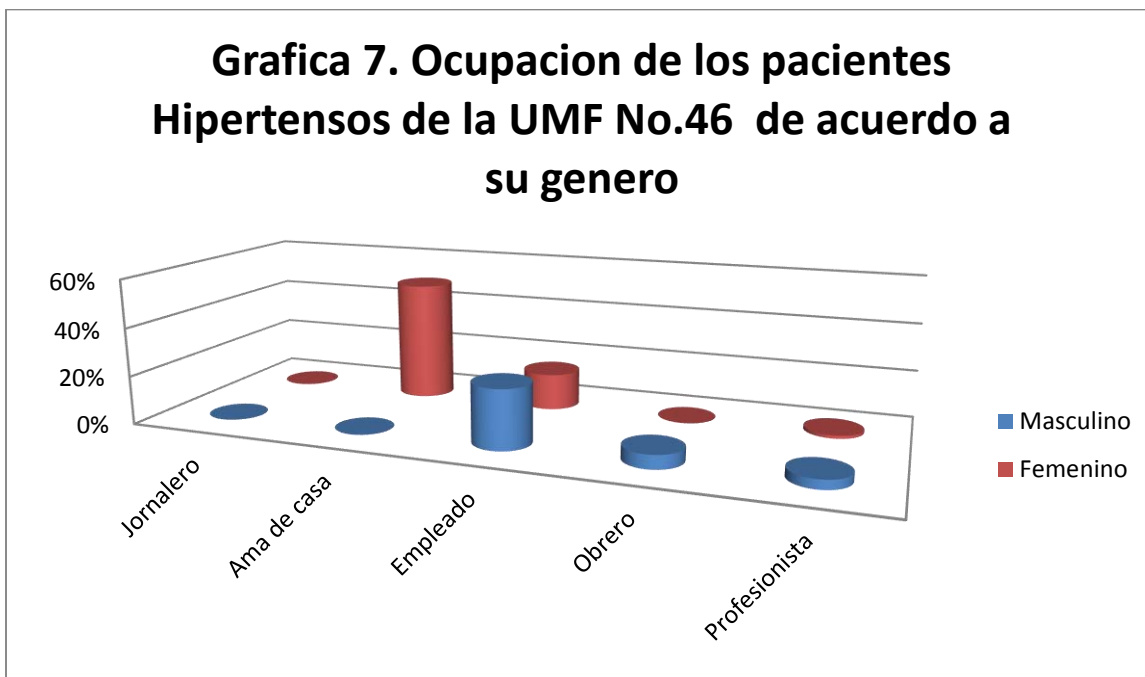


Fuente: Encuesta

Cuadro 7: Frecuencia de acuerdo a la Ocupación de los pacientes hipertensos de la UMF No. 46 de acuerdo a su Género

Ocupación	Masculino	%	Femenino	%	Total %
Jornalero	0	0	0	0	
Ama de casa	0	0	79	49.69	49.69
Empleado	39	24.53	24	15.09	39.62
Obrero	9	5.66	0	0	5.66
Profesionista	6	3.77	2	1.26	5.03
Total	54		105		100

Fuente: Encuesta



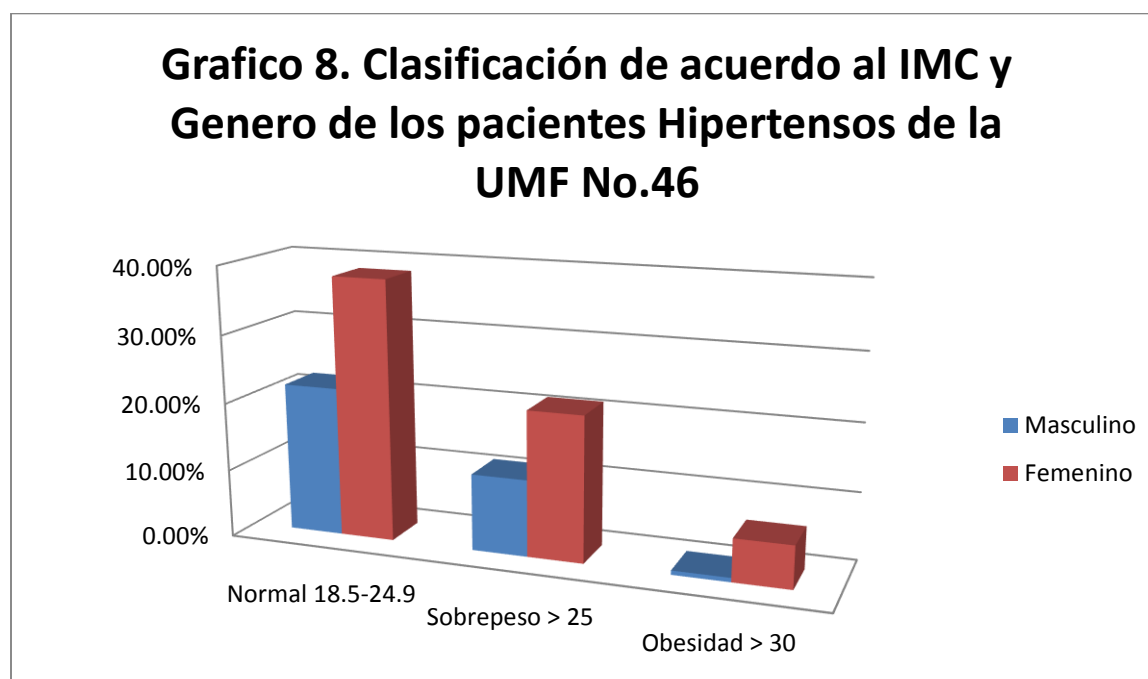
Fuente: Encuesta



Cuadro 8: Clasificación de acuerdo al IMC y género de los pacientes hipertensos de la UMF No. 46

IMC	Masculino	%	Femenino	%	Total %
Normal 18.5-24.9	35	22.01	61	38.37	60.38
Sobrepeso >25	18	11.32	34	21.38	32.7
Obesidad >30	1	0.63	10	6.29	6.92
Total	54		105		100

Fuente: Encuesta

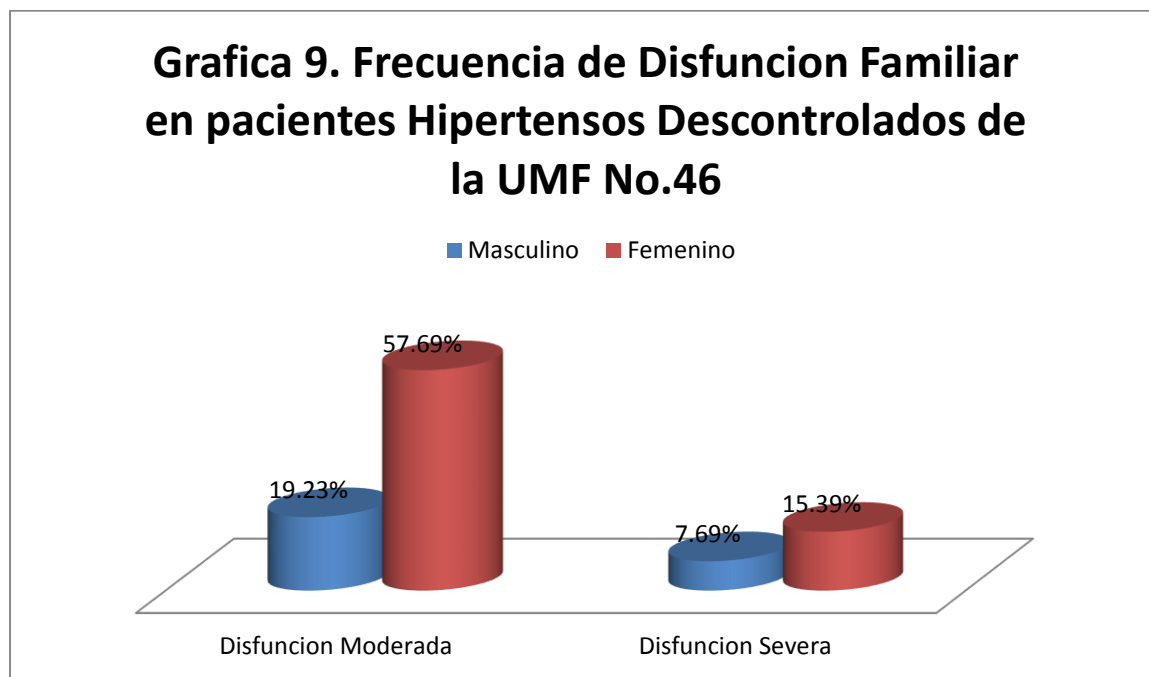


Fuente: Encuesta

Cuadro 9: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos descontrolados de la UMF No.46

HTA Descontrolada	Total	Femenino	%	Masculino	%
Disfunción moderada	40	30	57.69	10	19.23
Disfunción severa	12	8	15.39	4	7.69
Total	52	38	73.08	14	26.92

Fuente: APGAR

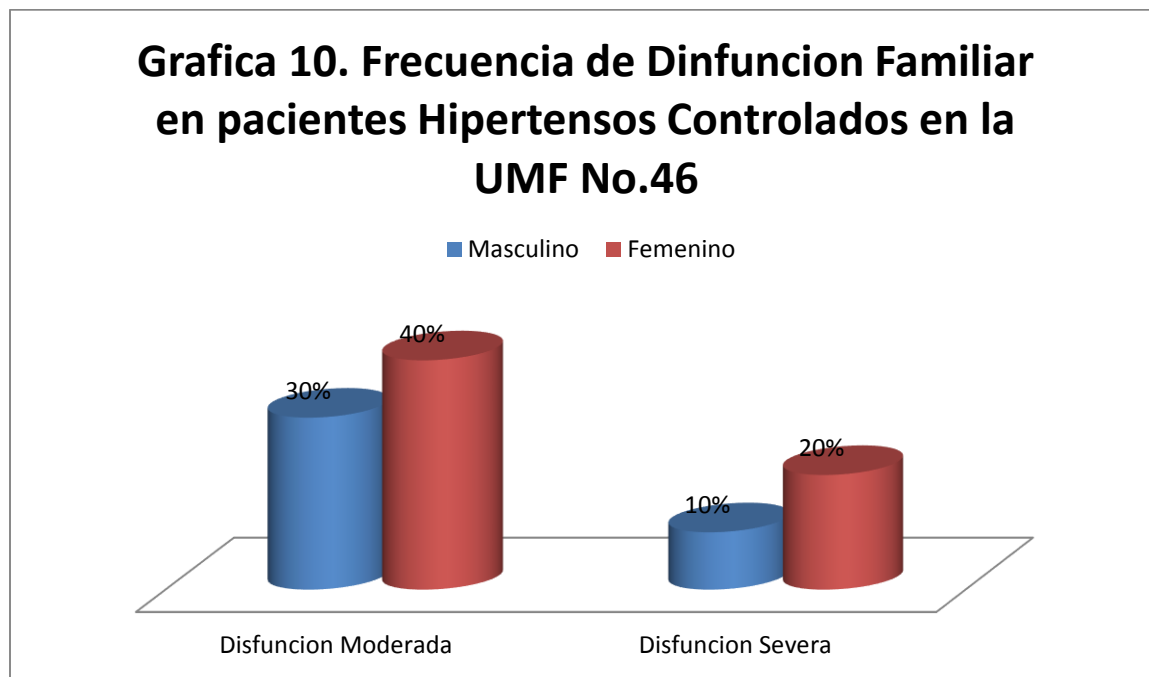


Fuente: APGAR

Cuadro 10: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos controlados de la UMF No. 46

HTA Controlada	Total	Femenino	%	Masculino	%
Disfunción moderada	7	4	40	3	30
Disfunción severa	3	2	20	1	10
Total	10	6	60	4	40

Fuente: APGAR

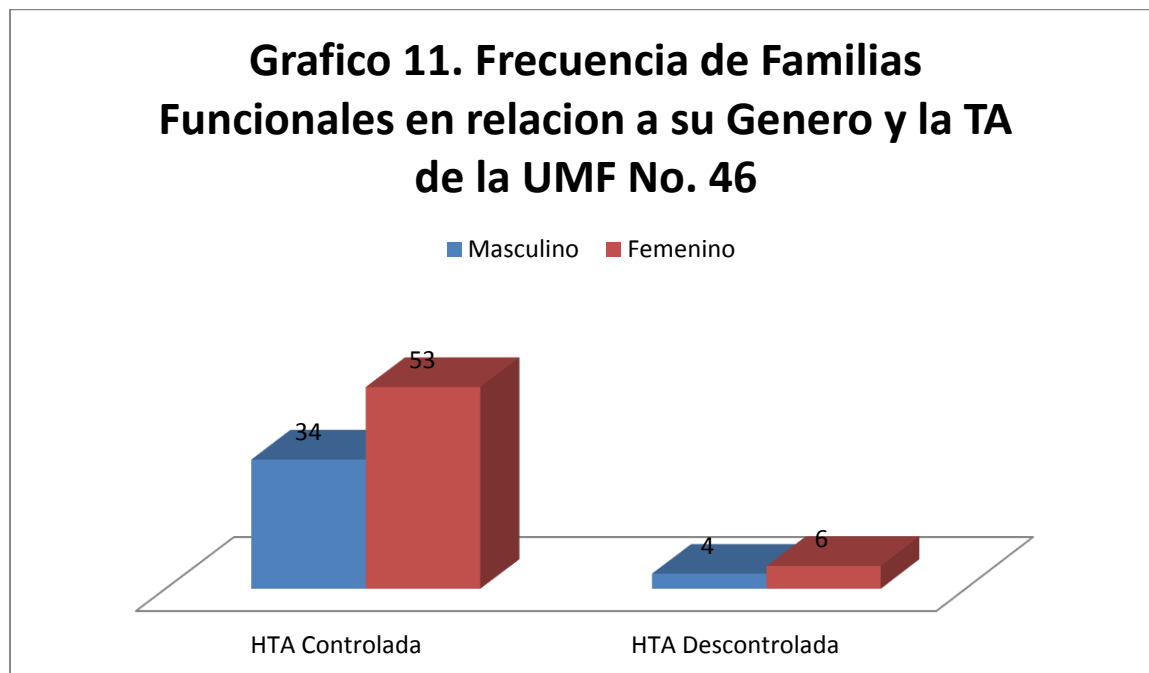


Fuente: APGAR

Cuadro 11: Frecuencia de Familias funcionales en relación a su Género y la TA de la UMF No. 46

Familias funcionales	Genero		Total
	Femenino	Masculino	
HTA controlada	53	34	87
HTA descontrolada	6	4	10
Total			97

Fuente: Encuesta y APGAR



Fuente: Encuesta y APGAR

# RESULTADOS

Considerando las características de la población y los criterios de inclusión propuestos en el presente estudio se obtuvo una muestra de 159 pacientes, encontrándose que 105 (66%) son de sexo femenino y 54 (34%) son de sexo masculino (ver cuadro 1).

Así, del total de hipertensos con familias funcionales (97 pacientes); tuvieron su presión arterial descontrolada al momento del estudio 10 (10%) pacientes, 6 (6%) femenino, y 4 (4%) masculino. Por lo contrario, los hipertensos controlados con familia funcional, fueron 87 (90%) pacientes; 53(55%) femenino, y 34 (35%) masculino. (ver cuadro 11).

Al evaluar la escolaridad de la población en estudio se observó en el género masculino; Analfabetas 12(8%) pacientes, Primaria 24 (15%) pacientes, Secundaria 4(3%) pacientes, Preparatoria 7(4%) pacientes y Profesional 7(4%) pacientes; a su vez en el género femenino se observó Analfabetas 12(8%) pacientes, Primaria 58 (36%) pacientes, Secundaria 23(14%) pacientes, Preparatoria 3(2%) pacientes y Profesional 9(6%) pacientes (ver cuadro 5)

Al evaluar el estado civil de los pacientes objeto de estudio se vio que 46 pacientes eran solteros de los cuales 11 (7%) son masculinos y 35 (22%) son femeninos; y 113 pacientes son casados, de los cuales 43 (27%) son masculinos y 70 (44%) son femeninos (ver cuadro 6).

Al determinar la ocupación de la población en estudio se observó que en el género masculino los oficios que desempeñan son: empleados son 39(25%) pacientes, obreros 9(6%) pacientes, y profesionistas 6 (4%) pacientes; y en el género femenino las profesiones que desempeñan las pacientes son: ama de casa 79(50%), empleadas 24(15%) y profesionistas 2(1%). (ver cuadro 7).

En cuanto al tiempo de evolución se observó en el sexo masculino que de 0-5 meses hubo 4 (3%) pacientes, 6 meses a 1 año hubo 8 (5%) pacientes y de más de 1 año hubo 42 (26%) pacientes; y en el sexo femenino se encontraron de 0-5 meses 7 (4%) pacientes, 6 meses a 1 año 8 (5%) pacientes y de más de 1 año 90 (57%) pacientes (ver cuadro 4).

De acuerdo al IMC de los pacientes en estudio se observó que 96 pacientes se encuentran con un peso normal de los cuales fueron 35(22%) masculinos y 61(38%) femeninos; con sobrepeso se encontraron 52 pacientes de los cuales 18(11%) son masculinos y 34(21%) son femeninos; y con obesidad encontramos 11 pacientes de los cuales 1(1%) son masculinos y 10(6%) son femeninos. (ver cuadro 8).

Además se vio que el total de los pacientes Hipertensos controlados fue de 97 pacientes de los cuales 38 (24%) corresponden a los masculinos y 59 (37%) son femeninos; por lo contrario los Hipertensos descontrolados fueron 62 pacientes de los cuales 16 (10%) son masculinos y 46 (29%) son femeninos (ver cuadro 3).

Del total de la población en estudio presentaron Disfunción Familiar 62 (39%) pacientes hipertensos; 40 (25%) género femenino y 22 (14%) género masculino. Y 97 (61%) enfermos correspondió a familias funcionales, 65 (41%) femenino, y 32 (20%) masculino (ver cuadro 2).

El grupo de hipertensos descontrolados con disfunción familiar fue de 52 (33%) pacientes; 38 (73%) femenino, y 14 (27%) masculino. (ver cuadro 9)

Por otro lado el grupo de hipertensos controlados con disfunción familiar fue de 10 (6%) pacientes; 6 (60%) femenino, y 4 (40%) masculino. (ver cuadro 10).

# DISCUSIÓN

Existen antecedentes de estudios utilizando el Apgar familiar como instrumento de medición dentro de la familia, esto es, aplicado a pacientes con patologías como la diabetes mellitus e insuficiencia renal <sup>34, 39</sup>, en los que se ha visto que el ambiente familiar dentro del que se ven involucrados, influye en gran medida al buen control de la enfermedad, así como, a la modificación de la conducta tanto del enfermo, como del resto de los miembros del núcleo familiar; aspectos de vital importancia para su control. Esto trae como consecuencia, alteraciones en su dinámica familiar, de no saber manejar el binomio enfermo-enfermedad dentro de la familia. Con ello se determinara parte del interés o motivación del enfermo para el control de su patología, en base a la convivencia adecuada o inadecuada que predomine en su núcleo familiar.

Tomando en cuenta lo anterior, en el presente estudio se observó de igual forma una disfunción familiar predominantemente mayor en pacientes descontrolados de su hipertensión arterial siendo esta 77% con disfunción moderada y 23% con disfunción severa; y en pacientes con hipertensión arterial controlada con un 70% con disfunción moderada y 30% con disfunción severa; comparado con familias funcionales con hipertensión controlada en un 90% y con hipertensión descontrolada en un 10%. Esta diferencia puede ser explicada, por que como ya se comentó, la presencia de un enfermo crónico, trae consigo alteraciones en la dinámica familiar, y con ello modificaciones importantes en cuanto al ciclo vital en que se esté viviendo, contribuyendo esto de cierta manera a que el enfermo hipertenso no logre su control adecuado, por falta de apoyo familiar, siendo la esfera más baja la del afecto, donde se valora la capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia, y demostrar distintas emociones, tanto de bienestar, como de emergencia; siendo la esfera más alta adaptabilidad, que refleja la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares, para resolver situaciones de crisis como son, los cambios obligados que se producen de una etapa a otra del ciclo vital, y los acontecimientos vitales estresantes; factores familiares (enfermedad, divorcio), económicos, laborales, escolares, etc., como sucede en este estudio, donde el tener un enfermo con hipertensión, ocasiona que la familia, en su mayoría no lo acepte y apoye, a superar la crisis paranormativa (eventos del ciclo familiar no esperado), manifestándose a través de la disfunción familiar.

Por tanto creo que la familia juega un papel de vital importancia para el control del paciente hipertenso, así como, la cooperación y aceptación de su condición por este último y sus familiares.

El género más afectado fue el femenino tanto en familias funcionales (relación 2:1), como disfuncionales (relación 3:1), y esto se deba quizá a él tipo de muestra analizada, donde el 66% de la población estudiada pertenece a este género, dado que son las pacientes que más regularmente acuden a control de su enfermedad, por lo que no podemos hacernos la pregunta ¿Por qué en este trabajo de investigación la mujer mostro más disfunción familiar?

En resumen, las personas con hipertensión arterial, afrontan su problema de una manera individual, a través de la consulta externa en el primer nivel de atención, además del uso de sus propios recursos, en base a sus vivencias y apoyo familiar que reciben.

En contraste sería necesario comparar la herramienta de estudio utilizada para evaluar la función familiar (Apgar familiar), con otras referidas por la literatura, en este tipo de enfermos y ver si existieran diferencias en cuanto a ello.

Para finalizar, mencionare otros datos, que se obtuvieron en esta investigación, y que considero importante referirlos para futuros estudios: presentaron mayor disfunción familiar asociada a descontrol de la hipertensión arterial las familias nucleares, en fase de dispersión, retiro y muerte, con un nivel económico y escolar bajo, en su mayoría primaria incompleta, vivir en unión libre, ser madre soltera, o estar viudo (a), siendo el rango de edad más afectado de 56 a 65 años. Estos hallazgos son similares con lo reportado en la literatura, en donde se ha estudiado también la función familiar <sup>43</sup>.

Esto obliga, y debido a que existe poca investigación en el área en nuestro medio, a realizar más estudios, que lleven a identificar otras fuentes de apoyo psicosocial, y que den oportunidad de conocer las condiciones funcionales familiares con quien convive el paciente hipertenso, en relación al control o no de su enfermedad.



# CONCLUSIONES

- a.** La población total fue 159 pacientes con HTA, de los cuales el 66% son del sexo femenino y el 34% del sexo masculino.
- b.** El 61% de los pacientes pertenecerían a Familias Funcionales, y el 39% corresponde a Familias Disfuncionales.
- c.** Al determinar la HTA en la población en estudio se vio que el 61% de los pacientes se encuentran con HTA controlada y el 39% presentan HTA descontrolada.
- d.** Al determinar el tiempo de evolución se encontró que el 83% de los pacientes con HTA tienen más de 1 año de evolución. Y en cuanto al grado de escolaridad el 51.57% de los pacientes cursaron hasta la primaria.
- e.** De acuerdo al IMC de los pacientes con HTA de la UMF No.46 encontramos que el 60.38% se encuentran en rangos normales; el 33% con sobrepeso; y el 7% de los pacientes con obesidad.
- f.** La disfunción familiar en pacientes con hipertensión descontrolada, fue del 77% con disfunción moderada; y el 23% presentaron disfunción severa. Por el contrario al medir la disfunción familiar en pacientes con hipertensión controlada encontramos que el 70% presentan disfunción moderada y el 30% de nuestros pacientes presentaron disfunción severa.
- g.** La funcionalidad familiar en pacientes hipertensos determinamos que el 90% de nuestros pacientes tienen una HTA controlada y solo el 10% presenta HTA descontrolada

Derivado de los resultados del presente estudio se sugiere, que la disfunción familiar es más frecuente en el paciente hipertenso descontrolado, en comparación con pacientes controlados y función familiar normal.

## **ASPECTOS ETICOS**

Todos los procedimientos utilizados en el presente estudio están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado, sin embargo se solicitara consentimiento informado de forma verbal a cada participante, y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

Se solicitará por escrito la carta de consentimiento informado.

Consultorio: \_\_\_\_\_

Culiacán, Sin., \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente autorizo yo \_\_\_\_\_ No. De afiliación \_\_\_\_\_. Para participar en el proyecto de investigación titulado **“FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DESCONTROLADA”**. Registrado y aprobado por el comité local de investigación. El objetivo de este estudio es conocer la relación entre disfunción familiar e hipertensión descontrolada, en pacientes derechohabientes en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS.

Se me ha informado que mi participación consistirá en la aplicación de una encuesta-entrevista para determinar el grado de funcionalidad de mi familia.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la participación en este estudio. El investigador principal se ha comprometido a darme información y a aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y beneficencia. El derecho de poder retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello la atención medica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado la seguridad y confianza de que no se le identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que se obtenga del estudio y darme asesoría de la forma correcta de hacerme la autoexploración y su importancia.

---

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

---

NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR

---

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

---

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS EN SALUD  
COORDINACION DE EDUCACION EN SALUD  
DIVISION DE EDUCACION CONTINUA  
AREA DE PROGRAMAS ESPECIALES

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
CONVENIO IMSS-UNAM**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DESCONTROLADA

N °.....

FECHA: .....

Responder con letra clara y legible sobre las líneas punteadas y marcar con una (X) en los recuadros correspondientes.

**DATOS PERSONALES:**

NOMBRE: .....

NSS (AFILIACION): .....

EDAD:.....

SEXO: MASCULINO

FEMENINO

ESCOLARIDAD: .....

ESTADO CIVIL: .....

OCUPACION:.....

PESO (Kg):.....

TALLA (cm):.....

IMC:.....

TA:.....

APGAR:.....

FUNCIONAL:.....

DISFUNCIONAL:.....

Consultorio \_\_\_\_\_ Turno. \_\_\_\_\_

Culiacán, Sin., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Entrevista No. \_\_\_\_\_

### Cuestionario de APGAR FAMILIAR

**Identificación;** No. Afiliación;.....

Nombre..... Edad..... Sexo.....

Ocupación..... Escolaridad..... Edo. Civil.....

Núm. Integrantes..... Familia..... Etapa ciclo familiar.....

Tipo de familia..... Nivel socioeconómico.....

Años de padecer HAS..... Cifra T/A..... Fecha de realización.....

IMC..... APNP.....

Cuestionario	Casi siempre	Algunas ocasiones	Casi nunca
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastornó.			
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia toma decisiones y comparte temas.			
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de realizar nuevas actividades o de hacer cambios en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo (espacio o dinero) que mi familia y yo pasamos juntos.			

**Puntuación:**

Casi siempre =2 puntos; Algunas ocasiones =1 punto, y Casi nunca = 0 puntos.

---

RESPONSABLE

**Diagnóstico clínico:**

8 a 10 puntos = Familia funcional

4 a 7 puntos = Familia moderadamente disfuncional

1 a 3 puntos = Familia severamente disfuncional

\* Matrimonio, expansión, dispersión, retiro muerte.

\*\* Nuclear; padre, madre e hijo. Extensa; nuclear + un familiar consanguíneo. Extensa compuesta; padres, hijos, familiar consanguíneo y uno o mas no consanguíneos.

\*\*\* Bajo; un salario mínimo, Medio; de 2-3 salarios mínimos, Alto; más de 4 salarios mínimos por semana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-De la Noval GR, Armas RNB, Dueñas HA, y col. Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio Plaza (CHAPLAZA).
- 2.-OPS. Health in the Americas, 2002 edition, Volume I. Washington, D.C. PAHO; 2002. (PAHO Scientific and Technical Publication No. 587).
- 3.-Insua JT. Sacks HS. Drug Treatment of hypertension in the elderly; a metaanalysis. ACP J. Club. 1995 Jan-Feb;122(1):1
- 4.-Arrivillaga M, Cáceres RD, Correa D, y col. ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? Med Unab, 2006;8(1);20-27.
- 5.- Hernández HH, Meaney ME, Navarro RJ. Actualización del Consejo Nacional de Hipertensión Arterial Med int Mex. 2006;22(1);44-78.
- 6.-Rodriguez SJ, Chávez DR, Marmolejo HR, y col. Epidemiología de la hipertensión arterial en México, aspectos históricos. Medicina Interna de México 1997;13(6):283-288.
- 7.-Bustos SR, Mesa SA, Bustos MA, y col. Hipertensión arterial en el paciente anciano del occidente de México. Rev. Cubana Med Gen Integr 2004;20:5-6.
- 8.-Castro V. Gómez DH, Negrete SJ, y col. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública de México., 1996;38(6):438-46.
- 9.-Guerrero RJ, Rodríguez MM. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud Pública de México, 1998;40(4):339-345.
- 10.-Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled hypertension on the united status. N engl J Med 2002;346(7):544.
- 11.-Fonseca RS, Zúñiga SG, García AG, y col. Disfunción diastólica en pacientes con hipertensión de bata blanca. Med int Mex. 2006;22(2):85-92.
- 12.-Joint National Committee. The sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VI). Arch Intern Med. 1997;157:2413-45.
- 13.-Guidelines Subcomite WHO. 1999 World health Organization-International Society of Hypertension 1999;17:151-183.

- 14.-Wing LM, Reid CM, Ryan P, et al. Second Australian National Blood Pressure Study Group. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2003;348(7):583-592.
- 15.-Fernandez OMA "El impacto de la enfermedad en la familia" *Rev. Fac. Med UNAM Nov.-Dic. 2004;47(6);251-254.*
- 16.-Ortiz MTG, Louro IB, Jiménez CL y col. La salud familiar. Caracterización en una área de salud. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 1999;15(3):303-9.
- 17.-Mosterd A, D'Agostino RB, Silbershatz H, et al. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. *N Engl Med* 1999;340(16):1221-7.
- 18.-Comité Organizador del Consenso de Medicina Familiar Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos de medicina familiar* 2005;7(1):15-19.
- 19.-Ortega AA, Fernández VAT, Osorio PMF. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2003;19(4):0-0.
- 20.-Rangel JL, Valerio L, Patiño J, y col. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev. Fac. Med UNAM* 2004;47(1);24-26.
- 21.-Herrera PMS. La familia funciona y disfuncional, un indicador de salud. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 1997;13(6):591-595.
- 22.-González BI. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2000;16(5):508-512.
- 23.-Varela RFJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Medicina de Familiar* 2000;1(2):141-44.
- 24.- Gómez CFJ. Diagnóstico de salud familiar. *Fundamento de Medicina familiar 7ª ed* 2000:103-140.
- 25.-Huerta MN, Valades RB, Sánchez EL. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2001;3(4): 95-98.
- 26.- De la Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Atención primaria* 1994; 13(2):73-76.
- 27.-Bellon JAS, Delgado AS. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria* 1996; 18(6):289-296.



- 28.-Santos CB, Armas FA, Ibrahim GVP y col. Tentativa de suicidio y Apgar familiar modificado. Rev Cubana Men Gen Integr 1997;13(4):325-329.
- 29.-Seilkstein G, Ashworth C, Montano D, Validity and reliability of the family Apgar as a test of the family function. J Fam Pract 1982;15:303-311.
- 30.-Smilkstein G. The family Apgar: A proposal of a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978;6:1231-1239.
- 31.-Arias CL, Herrera JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Colombia medica 1994;25:26-28.
- 32.-Crouch MA, Williamson DS. Family Dynamics. Essentials of family practice. Filadelfia: Ed. WB Saunders Co. 1993;24-31.
- 33.-Gómez CFJ, Irigoyen CAE, Ponce RER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med FAM 1999;1(2):45-57.
- 34.-Mendez DM, Gómez LVM, García RME y col. Disfunción familiar y control del paciente diabético de tipo 2. Rev. Med IMSS 2004; 42(4):281-284.
- 35.- Smilkstein G. The physician and family function assessment. Fam Syst Med 1984; 262-278.
- 36.-Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. Fam Syst Med 1986;4:135-323.
- 37.- De la Revilla L, Fleitas L, Función y disfunción familiar. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Ed Doyman. 1994; 91-100.
- 38.-Bellon JA, Vilchez JL, Zafra JJ, Intervención familiar simple: una herramienta al alcance del médico de familia. Med Fam 1995;3:150-155.
- 39.-Rodríguez AG, Rodríguez AI. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev. Med IMSS 2004;42(2):97-102.
- 40.-Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al. the family Apgar index: a study of construct validity. J Fam Pract 1979; 8:55.
- 41.- Herrera JA, Vallejo MN, Palacios I. Disfunción familiar en el embarazo y depresión posparto. Avances Med Soc.1993;2:55-8.
- 42.-Newman A, Herrera JA, Prevalencia de la hipertensión arterial y el estrés psicosocial en una comunidad de Cali: Colombia Med 1993;24:44-46.
- 43.-Tovar GC, Sánchez EL, Ponce RR y col. Autopercepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arch Med Fam 2003;5(3):92-95.

44.-Alchaer AJR, Bahsas BF, Hernández NR y col. Relación entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad. Med ULA, revista de la facultad de medicina, Univ. De los andes. 1994;(3):3-4.