



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



UNAM

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL EN LA UMF 38”**

TESIS

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. JULIETA FABELA ZATARAÍN

ASESOR Y DIRECTOR DE TESIS:

M EN C. PAULA FLORES FLORES

CULIACÁN, SINALOA 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Í N D I C E

OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
Pregunta de investigación.....	21
HIPÓTESIS.....	22
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
Criterios de selección.....	23
Criterios de inclusión.....	23
Criterios de Exclusión.....	23
Procedimiento.....	23
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	29
MUESTREO.....	29
MUESTRA.....	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	30
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	31
Recursos Humanos.....	31
Recursos Materiales.....	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	48

OBJETIVO GENERAL

Describir la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la unidad de medicina familiar No. 38, Concordia, Sinaloa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial de la UMF No. 38 de Concordia, Sinaloa.
- Estimar la proporción de disfunción familiar, a través de la cohesión y adaptabilidad, en pacientes con hipertensión arterial, en la UMF No. 38, Concordia, Sinaloa.

MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía de 13% al 21%.¹

El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida;¹ sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.¹

De esta manera, 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 ésta. En este contexto, 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.¹

El apoyo social y familiar puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar a mantener el régimen médico, de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros y el refuerzo de los allegados puede ser especialmente necesario para iniciar y mantener los cambios.

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Numerosos estudios realizados han demostrado la asociación de la HTA con el desarrollo de estas enfermedades más letales, por lo que su control reduce la morbilidad y la mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica e Insuficiencia Renal.

Según la OMS, existen más de 900 millones de hipertensos en el mundo. En México la prevalencia se estima entre 17-29%. Es más frecuente en hombres hasta antes de los 50 años de edad, relación que se invierte en la 5ª década de la vida. La prevalencia es mayor en el norte del país, seguida por las zonas centro y sur y, finalmente, el área metropolitana de la Ciudad de México.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas degenerativas que aquejan la vida moderna, se inicia generalmente en la edad productiva, acorta la esperanza de vida e incrementa el riesgo de una calidad de vida precaria. Mientras más elevada es la presión arterial, la esperanza de vida se reduce en forma significativa, independientemente de la edad y el sexo.

Desde el punto de vista hemodinámico, la hipertensión arterial es la elevación continua y sostenida de las cifras tensionales diastólicas y/o sistólicas. Es la resultante del aumento de las resistencias al libre tránsito de la sangre en las arterias periféricas. La tensión arterial es igual a gasto cardíaco por resistencias periféricas, por lo que cualquier incremento en los parámetros que la determinan, si se mantiene, origina hipertensión arterial.

La OMS la define como un trastorno cuya patogenia se desconoce en muchos casos, que en última instancia causa aumento de la presión diastólica y sistólica, así como alteraciones del lecho vascular y alteraciones funcionales de los tejidos afectados. Una definición operativa de hipertensión arterial se basa en valores arbitrarios, las cifras “anormales” de presión arterial son aquellas a partir de las cuales se ha observado una mayor mortalidad e incidencia de complicaciones:

En la edad adulta: cuando la media de dos o más determinaciones de presión arterial diastólica -en dos visitas sucesivas- es mayor o igual a 90 mm Hg y/o la presión arterial sistólica en las mismas condiciones es mayor o igual a 140 mm Hg.

Clasificación de la hipertensión arterial: Se clasifica según su causa (primaria o secundaria), edad de aparición o estadio de gravedad; de acuerdo a esta última se decide si debe o no tratarse.

I. Primaria: esencial o idiopática. No se identifica causa específica; 90-95% de los casos.

II. Secundaria: Enfermedades parenquimatosas renales y renovasculares, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario y coartación de la aorta.

La clasificación del JNC7 está basada en el promedio de ≥ 2 medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien mantenidos, en cada una de ≥ 2 visitas médicas. De acuerdo a esto han dividido a la Hipertensión en estadios 1 y 2, como se muestra en la tabla 1. El JNC7 ha definido la presión sanguínea NORMAL como < 120 y < 80 mmHg. Los niveles intermedios, 120 a 139 y 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión, un grupo que ha venido incrementando los riesgos de la salud y desde el cual definitivamente se progresa al de hipertensión arterial. (Cuadro 1).

**Cuadro 1: Clasificación de la Hipertensión arterial
Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7**

Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Normal	< 120	y	< 80
Pre hipertensión	120-139	o	80-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Estadio 1	140-159	o	90-99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	o	≥ 100

A su vez, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión / Sociedad Europea de Cardiología, en su publicación del 2007 consideran similarmente que la hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg (inclusive), aunque a diferencia del JNC, consideran 3 categorías en los niveles menores a 140/90 mm Hg, con un nivel óptimo similar a lo que considera el JNC como normal y 2 categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg. Estas asociaciones también dividen el estadio 2 de la clasificación del JNC7, con un estadio 3 que comienza en ≥ 180 y ≥ 110 mmHg. (cuadro 2).

Cuadro 2: Clasificación de la Hipertensión arterial

Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología

Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión Grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión Grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

Epidemiología

Para el año 2000, en personas de 25 a 44 años la hipertensión arterial ocupaba la 8ª causa dentro de las 20 principales causas de morbilidad a nivel nacional, por estados, Baja California Norte la reportó en 5º lugar, el Distrito Federal la reportó en 7º lugar y Colima en 17º lugar.

Alrededor de 27% de la población mexicana de 20 a 69 años la padece y cerca de 60% de los individuos afectados la desconoce. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas. La mortalidad por las complicaciones (enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular y nefropatías) se encuentran entre las primeras causas.

Solamente alrededor de 5% o menos de los pacientes hipertensos presentan una causa reconocida de su hipertensión.

Las causas de muerte entre los hipertensos se distribuyen de la siguiente manera:

- 50% fallecerán por enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatía isquémica.
33% por enfermedad cerebrovascular.
- 10 a 15% por insuficiencia renal.
- 2 a 7% por otras causas.

El Sistema Nacional de Salud, mediante la labor de médicos, enfermeras y técnicos, está en la obligación de detectar tempranamente a todo individuo hipertenso a través de exámenes periódicos y sistemáticos de su población, hacer un diagnóstico correcto de la enfermedad según indica el Programa Nacional de Hipertensión Arterial, clasificar al paciente según cifras de presión arterial, etiología y estadio evolutivo de su enfermedad, esto resulta imprescindible para el tratamiento terapéutico adecuado que consiste en seleccionar el o los medicamentos precisos, indicarlos en las dosis diarias y

distribución horaria más beneficiosa de acuerdo con las características individuales e imponer también las medidas de régimen no farmacológico. Muy importante es establecer una relación médico paciente profunda que lleve a este último a mantener una correcta adhesión al tratamiento que será por toda la vida y contribuirá a mantener controlada su enfermedad (cifras normales), para evitar daños en órganos diana.

La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo.

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios.

TRATAMIENTO

Existen dos tipos de tratamientos

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO (MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA).
- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

No farmacológico: Modificaciones en el estilo de vida.

Todos los pacientes deben ser debidamente estimulados y convencidos de la importancia de esta forma terapéutica por cuanto es la principal medida a emprender en todo caso y en la mayoría, la terapia más apropiada. Es importante el conocimiento y convencimiento del personal de salud sobre tal proceder. Se aplican las mismas medidas que se recomiendan en la prevención primaria de la Hipertensión Arterial. Se considera que todos los hipertensos son tributarios de modificaciones en el estilo de vida. Se debe comenzar con este tratamiento como monoterapia en los estadios I en pacientes del grupo A (por espacio de hasta un año) y del grupo B (por espacio de 6 meses).

Se debe establecer vigilancia y un monitoreo adecuado, se le toma la presión arterial, se interroga y se examina. La presión arterial debe medirse la mayor cantidad de veces posibles. Al final del período de observación se suman todas las presiones y se saca el promedio, si el resultado es normal (menor de 140/90 mm Hg), se mantiene el tratamiento no farmacológico. Se añade el tratamiento Farmacológico, es decir, se comienzan las drogas hipotensoras, si las presiones promedian 140 y 90 ó más.

Tratamiento farmacológico.

Es muy importante determinar el establecimiento de este tipo de terapéutica y para todos los casos incluir cambios de estilos de vida asociados a este. Solo cuando se haya confirmado su necesidad, emprender el tratamiento farmacológico. En este

sentido tener en cuenta: La confirmación de cifras de presión arterial elevada, la presencia de daños en órganos diana y la presencia de enfermedad cardiovascular u otros factores de riesgo asociados, ya que el tratamiento no debe limitarse al control de la hipertensión arterial.

El establecimiento del programa de tratamiento farmacológico debe formularse sobre la base de otros aspectos importantes: La edad del paciente, necesidades individuales de fármacos y su dosificación, así como el grado de respuesta a la terapéutica. La adhesión del paciente al tratamiento impuesto es fundamental y debe ser una prioridad lograrlo. Las formulaciones más adecuadas y óptimas son las que garantizan un nivel de efectos terapéuticos durante 24 horas. Lo ideal es mantener el 50% de sus máximos efectos al final de las 24 horas. Se pueden usar: Diuréticos, Beta-Bloqueadores, Alfa-bloqueadores, Vasodilatadores, Inhibidores de la ECA y Bloqueadores de los receptores de la Angiotensina II. En la actualidad se han incorporado en nuestro país otras modalidades terapéuticas, la medicina tradicional y bioenergética, como es el caso de la acupuntura. Estudios profundos para demostrar resultados efectivos son necesarios, de ahí la importancia de recoger experiencias positivas en este sentido.

Puesto que no existe un fármaco ideal de uso generalizado para todos los pacientes, es imprescindible el tratamiento individualizado, de forma escalonada y progresivo, hasta lograr los efectos adecuados. Los efectos secundarios indeseables muchas veces están asociados a dosis excesivas de medicamentos. Tener presente que dosis inferiores a las requeridas para cada paciente, no garantizan la eficacia del tratamiento.

Ejecutar el tratamiento farmacológico por etapas.

Etapa I

Comenzar siempre por una droga (Monoterapia) y con la dosis mínima. Si no se controla en dos o tres semanas pasar a la etapa II.

Etapa II

Elevar la dosis del medicamento, sustituirlo o agregar otro medicamento.

Etapa III

Igual a la anterior. Si el paciente no se controla con la asociación de 3 medicamentos, (Uno de ellos diurético), interconsulta especializada de referencia.

Ej.: Comenzar con un diurético. La monoterapia es un elemento importante si con ello se controla el paciente. Si no hay respuesta, añadir un Beta-bloqueador; si no hay respuesta añadir un Vasodilatador. En todo caso considerar la dosis utilizada, la que puede incrementarse utilizando el mismo medicamento o sumando otro fármaco o sustituir de forma escalonada los primeros, evaluando la posibilidad de respuesta adecuada. Deben retirarse en igual orden si así se decide. Recordar que los diuréticos y los Beta-Bloqueadores son los únicos que han demostrado a largo plazo disminución de la mortalidad cardiovascular por Hipertensión Arterial. Se van evaluando las drogas y definiendo sus dosis medias eficaces durante dos o tres semanas. Tomar la presión arterial una vez por semana o más. Después una vez por mes o más. Siempre se suman las tomas de presión y se obtiene el promedio.

Si se obtiene presión arterial normal por un año, comenzar a rebajar las dosis y después las drogas. Vigilancia estrecha de la presión. Si comienza a subir, comenzar de nuevo a aumentar las dosis. Las combinaciones de fármacos además de demostrar en algunos casos su efectividad, disminuyen los costos del tratamiento y facilitan el

mismo. El Cifapresín es un ejemplo de ello y ha evidenciado efectos muy beneficiosos. Los antagonistas del calcio de acción corta pueden provocar accidentes coronarios; solo deben usarse los de acción prolongada. El Nifedipino sublingual o masticada para controlar una elevación de la presión no se recomienda porque puede provocar caídas bruscas de la presión con hipoperfusión cerebral o coronaria.

Dosis diaria	Máximo	Mínimo	Dosis diaria	Máximo	Mínimo
Diuréticos			Diltiazem	360	90
Hidroclorotiazida	50	12,5	Amlodipino	10	2,5
Clortalidona	75	25	Felodipino	20	2,5
Furosemida	120	20	Nifedipina Retard.	120	30
Indapamide	5	1,25	Vasodilatadores:		
Betabloqueador			Hidrazalina	300	50
Atenolol	150	50	Minoxidil	80	2,5
Propranolol	240	40	Alfa-2 agonistas centrales		
Bloqueadores de			Clonidina	1,2	0,1
receptores: alfa-1			Metil-Dopa	2000	250
Prasozin	20	1-2	Otras Drogas:		
Terazosin	20	1-2	Guanetidina	60	10
Inhibidor de la ECA:			Reserpina	0,25	0,05
Captopril	300	25	Bloqueadores de receptores		
Enalapril	40	5	de la Angiotensina II		
Lisinopril	40	5	Losartan	100	25
Anticálcicos:			Valsartan	300	80
Nifedipina	100	30	Cifapresín (Reserpina		
Verapamilo	400	120	0,25-Hidroclorotiazida 50)	1 tab/día	
Nicardipina	120	60			

Crisis hipertensivas

Grupo de síndromes en los cuales una subida brusca de la presión arterial en individuos con HTA severa o moderada se acompaña de lesión irreversible de órgano diana con una PA diastólica mayor de 110. Se dividen en Emergencias y Urgencias hipertensivas.

Emergencias

Cuando en presencia de una HTA severa se añaden disfunciones nuevas o agudas de órganos diana debiendo reducirse la PA en un tiempo menor de una hora. La terapéutica debe administrarse por la vía parenteral y los pacientes tienen criterio de ingreso en cuidados intensivos. Se incluyen aquí: encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracraneal, angina de pecho inestable, infarto agudo del miocardio, insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar, aneurisma disecante de la aorta, eclampsia. En el tratamiento de las emergencias hipertensivas debe reducirse la presión no más del 25% en minutos a 2 horas, después alcanzar 160/100 en 2 a 6 horas, evitando caídas excesivas de la presión que pueden producir isquemia coronaria, cerebral o renal.

Los medicamentos recomendados por vía intravenosa son: Nitroprusiato, Nicardipina, Fenoldopan, Nitroglicerina, Enalaprilat, Hydralazina, Diazoxide, Labetalol, Esmolol, Phentolamina, Furosemida.

Urgencias

Subida tensional brusca en hipertensos moderados o severos que no se acompaña de lesión de órgano diana inmediata, pero si lenta y progresiva, la PA debe reducirse en 24 horas, por lo cual se utilizan fármacos orales. Aquí se incluyen el límite superior del estadio 3, hipertensión con papiledema, lesión progresiva de órgano diana, hipertensión severa perioperatoria. Se recomiendan antagonistas del calcio de acción retardada, Captopril, Clonidina, Labetalol, Nitrosorbide, Reserpina I.M., Furosemida.

No debe usarse la Nifedipina sublingual por las caídas bruscas de la presión que puede producir y otros efectos colaterales.

Criterios para definir un paciente como controlado

La adecuada dispensarización de un paciente hipertenso garantizará el establecimiento correcto de su clasificación y su conducta terapéutica. El objetivo básico es mantener controlado al paciente, lo cual es esencial para el médico y enfermera de asistencia. Debe lograrse lo más inmediato posible, como medida de la eficacia de las acciones tomadas. Todo paciente diagnosticado como hipertenso debe tener una continuidad de la atención, que permita al médico y enfermera una evaluación sistemática de su presión arterial y en general de su estado de salud. De esta manera, a todo paciente hipertenso se le debe tomar como mínimo la presión arterial cada tres meses.

Se establece la siguiente clasificación sobre paciente controlado:

Paciente controlado

Aquel que en todas las tomas de presión arterial durante un año (4 como mínimo) ha tenido cifras inferiores a 140/90. O adecuadas para grupos de riesgos. Ej. Diabetes 130 / 85 mm Hg

Paciente parcialmente controlado

Aquel que en el período de un año ha tenido el 60% o más de las tomas de presión arterial con cifras inferiores a 140/90.

Paciente no controlado

Aquel que en el período de un año, menos del 60% de las cifras de presión arterial hayan sido de 140/90 o mayores. Acorde a grupo de riesgo.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual³ y es precisamente éste 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.

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos 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 interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le inculcan el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descontrol y síntomas. En el control del paciente hipertenso intervienen variables psicosociales que influyen en la presión arterial. El apoyo social y familiar puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar a mantener el régimen médico, de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida, el apoyo de otros y el refuerzo de los allegados puede ser especialmente necesario para iniciar y mantener los cambios.

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

Puesto que la hipertensión arterial requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo hipertenso perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. La respuesta que le brinden la familia influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. El objetivo del presente estudio fue identificar la asociación que existe entre disfunción familiar y grado de control en el paciente con hipertensión arterial.

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar, mismos que han sido mejorados como FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen.

La funcionalidad familiar es uno de los factores de mayor trascendencia en pacientes hipertensos en cuanto a la adherencia al tratamiento en forma adecuada. El apoyo familiar, según Quiroz-Morales, en el 2007, manteniendo una adecuada comunicación, adaptabilidad, cohesión, entre otras son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud.

Consideramos que la escolaridad superior está asociada a un mayor conocimiento de la enfermedad que es un factor que influye en forma significativa en el apego adecuado al tratamiento. Otro aspecto importante es el nivel socioeconómico de los pacientes, debido a que el costo que se deriva de esta patología es elevado.

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. Kenán y colaboradores han reportado que una disfunción familiar se observa en aquellos pacientes descontrolados de su hipertensión arterial, siendo esta de 87.9%.

García López en su tesis “frecuencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos descontrolados” reportó que el mayor porcentaje de familias disfuncionales ocurrió en la mujeres, 73.8%.

JUSTIFICACIÓN

Para el año 2000, en personas de 25 a 44 años la hipertensión arterial ocupaba la 8ª causa dentro de las 20 principales causas de morbilidad a nivel nacional, por estados, Baja California Norte la reportó en 5º lugar, el Distrito Federal la reportó en 7º lugar y Colima en 17º lugar.

Alrededor de 27% de la población mexicana de 20 a 69 años la padece y cerca de 60% de los individuos afectados la desconoce. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas. La mortalidad por las complicaciones (enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular y nefropatías) se encuentran entre las primeras causas. Solamente alrededor de 5% o menos de los pacientes hipertensos presentan una causa reconocida de su hipertensión.

Siendo los problemas crónicos degenerativos, los principales motivo de consulta de las unidades médicas familiares y hospitales de segundo nivel, principalmente en urgencias, este estudio surge ante la necesidad de conocer la disfunción familiar que se presenta en pacientes con hipertensión arterial en la consulta externa de medicina familiar.

Considerando que dentro de las funciones del médico familiar se encuentra la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como, el conocimiento de la funcionalidad de las familiar a su cargo y no solo de la enfermedad.

Por esta razón es importante identificar la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familiar logrando con ello que el médico que atienda a estos pacientes, otorgue una atención en forma más integral, respecto al control de su enfermedad, como un enfoque familiar y tomando como base el conocimiento de su funcionalidad.

Se considera importante para la atención primaria del hipertenso el conocer su funcionalidad familiar y tratar con ello disminuir su incidencia.

Es de gran importancia esta investigación para 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 de 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 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 pacientes enfermos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertension arterial sistematica (HAS), constituye una de las enfermedades cronicas no transmisibles, con mas prevalencia en mexico como en toda latinoamerica ^{1,2,3} 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 ^{1,2}.

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

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar # 38 de Concordia, Sinaloa del IMSS?

HIPÓTESIS

Más del 50% de los pacientes con hipertensión arterial pertenecen a una familia disfuncional no balanceada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, tipo encuesta en 109 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en la Unidad de Medicina Familiar No. 38, Concordia, Sinaloa.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Se seleccionaron a 109 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años, siendo derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 38 Concordia, Sinaloa.

Criterios de Exclusión

Se excluirán a aquellos pacientes derechohabientes que no aceptaron la realización del estudio, y que no reunían los requisitos por ser menores de 30 años.

Procedimiento

A los pacientes que cumplieron los requisitos de inclusión se les realizó un test FACES III, con previa autorización firmada debidamente, el médico responsable aplicó al paciente en forma individual, de tal manera que se evaluó la función familiar del paciente mismo al realizarse el test. Posterior se realizó toma de presión arterial y se registró y tomó como valor definitivo, para poder clasificarla en control o no, de igual manera se midió el peso y talla para calcular IMC.

FACES III

Es un instrumento que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco

opciones (1=nunca, 2=casi nunca, 3=algunas veces, 4=casi siempre, 5=siempre) validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. (FJ, 1999).

La **Cohesión** es la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. La **adaptabilidad** es la posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia. La clasificación para cada una de las dos dimensiones es:

		C O H E S I Ó N				
		Baja			Alta	
		No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada	
A D A P T A B I L I D A D	Alta	Caótica	Caóticamente No relacionada	Caóticamente Semirelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
	Flexible	Flexiblemente No relacionada	Flexiblemente Semirelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada	
	Estructurada	Estructuradamente No relacionada	Estructuradamente Semirelacionada	Estructuradamente Relacionada	Estructuradamente Aglutinada	
	Baja	Rígida	Rigidamente No relacionada	Rigidamente Semirelacionada	Rigidamente Relacionada	Rigidamente Aglutinada

Balanceado	Rango medio	Extremo
------------	-------------	---------

Cohesión familiar

La Unidad familiar, intelectual, y/o física que los miembros de una familia siente entre sí.

Ítems (Escala de Likert: 1-5)

- Los miembros de la familia se dan apoyo entre si
- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos
- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia
- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- Nos sentimos muy unidos
- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- Consultamos unos con otros para la toma de decisiones
- La unión familiar es muy importante

Familia	Puntaje
No relacionada	10 – 34
Semirelacionada	35 – 40
Relacionada	41 – 45
Aglutinada	46 - 50

Adaptabilidad familiar

Se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo.

Ítems (Escala de Likert: 1-5)

- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad
- Nuestra familia cambia de modo de hacer sus cosas
- Padres e hijos se ponen de acuerdo con relación con los castigos
- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- En nuestra familia las reglas cambian
- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre otros
- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- Es difícil decir quien hace las labores del hogar

Familia	Puntaje
Rígida	10 – 19
Estructurada	20 – 24
Flexible	25 – 28
Caótica	29 – 50

Rígida. Excesiva responsabilidad. Las normas son inflexibles.

Estructurada. Son organizadas, centradas y el liderazgo es de los padres. Cuentan con responsabilidades y normas definidas.

Flexible. Son familias democráticas, con liderazgo distribuido. Se apoya el pensamiento autónomo de los miembros.

Caótica. Hay una falta de responsabilidad y de límites familiares. Donde no hay normas y las reglas cambian constantemente.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Años cumplidos que tiene el paciente desde su nacimiento hasta el día de la entrevista	Numérica	Cuantitativa
SEXO	Llámesse al tipo de género: <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Nominal	Cualitativo
ESTADO CIVIL	Situación civil en la que se encuentran los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Divorciado • Viudo 	Nominal	Cualitativo
ESCOLARIDAD	Nivel de enseñanza hasta donde curso el paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Bachillerato • Licenciatura • Analfabeta • Sabe leer y escribir 	Nominal	Cualitativo
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Jerarquía que tiene una persona o una familia con respecto a otra. Se puede medir el nivel socioeconómico: Bajo: El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de primaria en promedio (completa en la mayoría de los casos). Los hogares pertenecientes a este segmento son propios o rentados (es fácil encontrar tipo vecindades), los cuales son en su mayoría de interés social o de rentas congeladas. Medio: El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado por individuos con un nivel educativo de preparatoria principalmente. Los hogares pertenecientes a este segmento son casas o departamentos propios o rentados con algunas comodidades. Alto: Es el segmento con el más alto nivel de vida. El perfil del jefe de familia de estos hogares está formado básicamente por individuos con un nivel educativo de Licenciatura o mayor. Viven en casas o departamentos de lujo con todas las comodidades.	Nominal	Cualitativo
CIFRAS DE TA	Se refiere a las cifras reflejadas al tomar la presión arterial, se considera que existe HAS cuando las cifras tensionales se encuentran por encima del percentil 95 de la distribución por edad, sexo y tamaño corporal	Numérica	Cuantitativa
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es el resultante de procesos entre los integrantes de la familia. Para evaluar la función familiar se	Ordinal	Cualitativa

	utilizó FACES III, conteniendo 20 preguntas, las 10 noes valoran cohesión familiar y las 10 pares valoran adaptabilidad familiar		
COHESION FAMILIAR	Vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros. Los niveles de cohesión según el FACES III: <ul style="list-style-type: none"> • No relacionada • Semirrelacionada • Relacionada • Aglutinada 	Ordinal	Cualitativa
ADAPTABILIDAD FAMILIAR	Es la facultad de un sistema familiar o marital para cambiar su poder de estructura, relación de roles y las reglas en respuesta al estrés situacional y de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad según el FACES III son: <ul style="list-style-type: none"> • Rígida • Estructurada • Flexible • Caótica 	Ordinal	Cualitativa

DISEÑO ESTADÍSTICO

MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

MUESTRA

Se calculó la muestra con fórmula para estudio descriptivo

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

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(1 - 0.50)}{(0.1)^2} = 96$$

El tamaño de la muestra necesario es de 96 pacientes, sin embargo, se decidió aumentar un 10% por si algún paciente no brindara la información requerida, así la muestra final con la que se realizó la investigación fue de 109.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenida la información de todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial se llevó a cabo la captura y se verificó la calidad de la misma. Posteriormente se realizaron los análisis estadísticos de los datos, para ello se usó estadística descriptiva: medidas de tendencia central, dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias, porcentajes para las variables cualitativas.

La asociación entre variables cualitativas se llevó a cabo usando el estadístico Ji-cuadrado de *Pearson*. Los resultados se presentan en cuadros y gráficas describiendo los hallazgos encontrados. Un valor p menor al 0.05 fue considerado estadísticamente significativo. Todos los análisis se realizaron con el software estadístico Stata Intercooled versión 14.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos Humanos

- Personal de archivo clínico.
- Médico general
- Enfermería.

Recursos Materiales

- Esfigmomanómetro marca HERGOM, modelo CE 0123
- Báscula con estadímetro marca BAME, modelo DGN 2412
- Expediente clínicos.
- Papelería: hojas blancas, lápices o plumas.
- Impresora
- Computadora

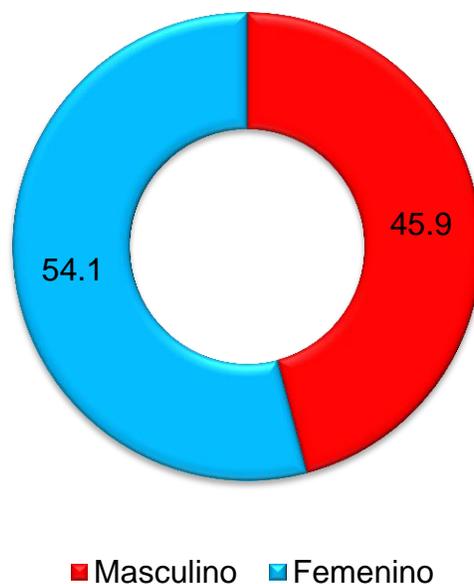
CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó de manera verbal el consentimiento al paciente para realizarle la encuesta, así como también se le informó del procedimiento para la realización del estudio. Se explicó que se mantendría confidencialidad de los datos. Ya que es sólo con fines de investigación.

RESULTADOS

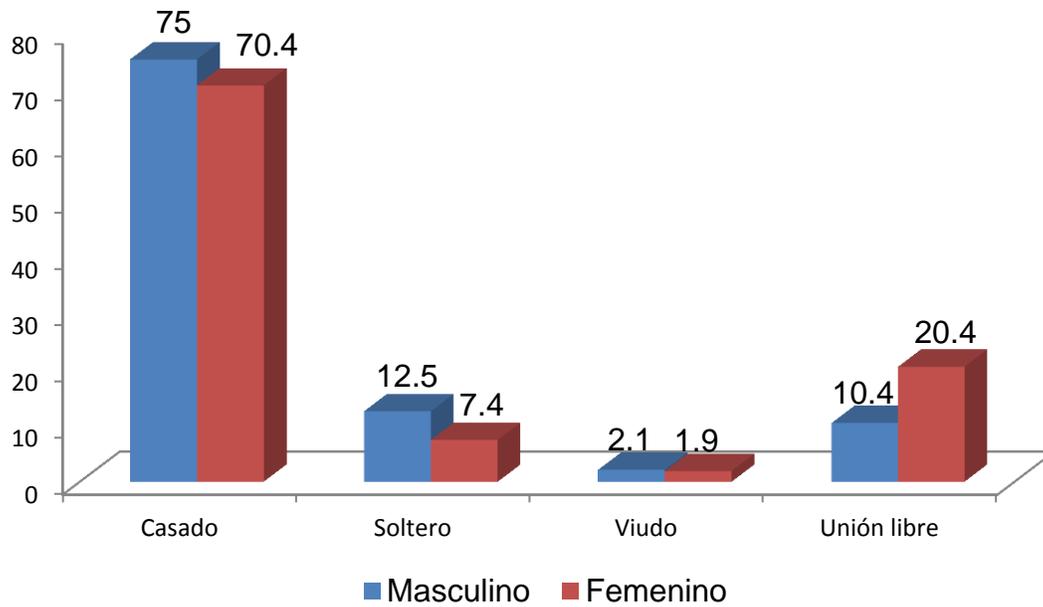
La muestra quedó representada por 109 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar No. 38, Concordia, Sinaloa. El nivel socioeconómico de los pacientes fue bajo (42.3%) y medio (56.7%), únicamente 1 paciente refirió contar con un nivel socioeconómico alto. La edad promedio fue de 44.8 años (IC95%: 42.5 – 47.0), sin diferencias estadísticamente significativas por género, $p=0.878$. El 54.1% ($n=59$) de los participantes fueron del género femenino (Figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial según género.



En relación al estado civil, la mayor proporción de los pacientes refirió ser casado(a), 72.5% (n=74). La distribución por género y estado civil se muestra en la figura 2.

Figura 2. Distribución porcentual de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial por género y estado civil.



El 40.2% (n=39) de los pacientes refirió tener nivel de educación secundaria, seguido por aquellos que indicaron bachillerato, 34%. La distribución de los pacientes por escolaridad y género se representa en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Distribución porcentual de los participantes por escolaridad y género

Escolaridad	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	11	20.8	13	29.6	24	24.7
Secundaria	16	30.2	23	52.3	39	40.2
Preparatoria	25	47.2	8	18.2	33	34.0
Profesional	1	1.9	0	0.0	1	1.0
Total	53		44		97	

El 52.5% (n=31) de las mujeres refirieron ser amas de casa. Del total de los pacientes, el 37.6% (n=41) dijo ser empleado (Femenino, 32.2% vs Masculino, 44%). La distribución de los pacientes por ocupación y género se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución porcentual de los participantes por género y ocupación.

Ocupación	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hogar	31	52.5	6	12.0	37	33.9
Campeño	0	0.0	12	24.0	12	11.0
Obrero	0	0.0	8	16.0	8	7.3
Comerciante	9	15.3	1	2.0	10	9.2
Jubilado	0	0.0	1	2.0	1	0.9
Empleado	19	32.2	22	44.0	41	37.6
Total	59		50		109	

Respecto a la ocupación de la pareja, el 35.1% (n=34) refirió que su pareja era un empleado, seguido por aquellos que mencionaron que su pareja se dedicaba al hogar, 20.6% (n=20) como se observa en el cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución porcentual de los participantes por ocupación de la pareja y género.

Ocupación	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hogar	1	1.8	19	45.2	20	20.6
Campesino	5	9.1	6	14.3	11	11.3
Obrero	12	21.8	0	0.0	12	12.4
Comerciante	8	14.6	7	16.7	15	15.5
Jubilado	4	7.3	1	2.4	5	5.2
Empleado	25	45.5	9	21.4	34	35.1
Total	55		42		97	

En relación al ramo laboral, el 31% de los pacientes dijo estar en el ramo de alimentos, otros mencionaron al turismo, belleza y salud. Similar porcentaje sucedió con el ramo laboral de su pareja en donde el 34.2% mencionó a los alimentos como su actividad. Cuadro 4.

Cuadro 4. Distribución porcentual de los participantes por ramo laboral del paciente y su pareja.

Ramo Laboral	Paciente		Pareja	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Salud	8	9.6	3	3.8
Alimentos	26	31.3	27	34.2
Belleza	12	14.5	8	10.1
Turismo	15	18.1	14	17.7
Taxista	2	2.4	1	1.3
Otro	20	24.1	26	32.9
Total	83		79	

Disfunción familiar

Para evaluar la disfunción familiar, se debe tomar en cuenta conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia, distancia y estilos de comunicación. La **cohesión familiar** es considerada como la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. La **Adaptabilidad familiar** es la posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia.

De acuerdo a la puntuación calculada para cada una de las dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad), se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes pertenecen a

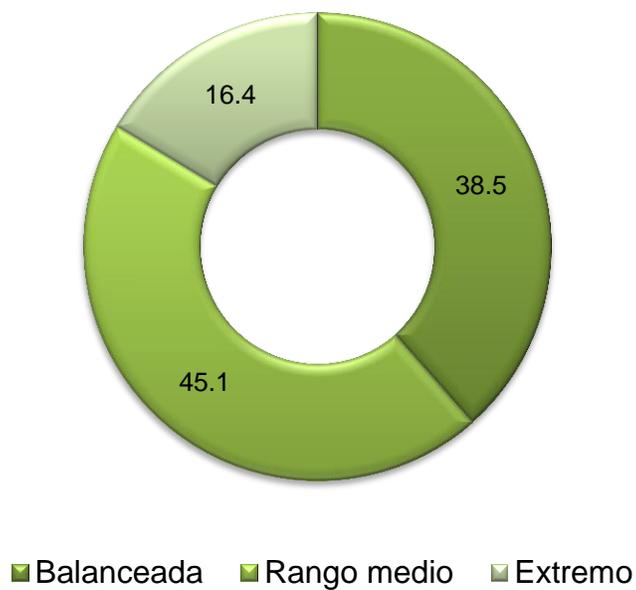
una cohesión familiar semirelacionada, 46.8% (n=51) y un 35.8% (n=39) presentó una adaptabilidad familiar flexible.

En el cuadro 5 se muestra una estructura de familia en donde se integran las dos dimensiones de interés: cohesión y adaptabilidad. Así se puede identificar la tipología familiar a la que pertenecen los pacientes, ubicándolos como parte de una familia balanceada, de rango medio o extremo, según el cuadro que se presenta a continuación.

		C O H E S I Ó N			
		←-----→			
		Baja			Alta
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		
		←			→
		Baja	Alta		

El 38.5% (n=42) de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar No. 38, Concordia, Sinaloa, pertenecen a una familiar clasificada como balanceada, el 16.4% proviene de una familia extrema, con lo que se demuestra la hipótesis planteada que más del 50% de los pacientes pertenecen a una familia no balanceada. (Figura 4).

Figura 4. Distribución de los pacientes diabéticos según funcionalidad familiar



Con el fin de asociar el género con la funcionalidad familiar a través de la cohesión y adaptabilidad, se realizaron las estimaciones de las frecuencias y porcentajes. Se evidenció que la adaptabilidad familiar es estadísticamente significativa con respecto al género, $p < 0.05$; en el caso de los hombres el mayor porcentaje de ellos pertenece a una familia rígida y en el grupo de las mujeres su adaptabilidad familiar es flexible. Respecto a la cohesión familiar no resultó significativamente diferente entre mujeres y hombres, $p = 0.572$, como se muestra en el cuadro cuadro 6.

Cuadro 6. Distribución porcentual de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial según funcionalidad familiar y género

Cohesión	Femenino	Masculino	Adaptabilidad	Femenino	Masculino
No relacionada	13 (22.0)	13 (26.0)	Rígida	6 (10.2)	23 (46.0)
Semirelacionada	30 (50.9)	21 (42.0)	Estructurada	12 (20.3)	3 (6.0)
Relacionada	13 (22.0)	15 (30.0)	Flexible	24 (40.7)	15 (30.0)
Aglutinada	3 (5.1)	1 (2.0)	Caótica	17 (28.8)	9 (18.0)
Valor p	0.572		Valor p	0.000	

Por otra parte se calcularon los valores medios y desviaciones estandares para cada uno de los ítems, como se presenta en el siguiente cuadro.

COHESIÓN FAMILIAR

Ítems	Media	DE
Los miembros de la familia se dan apoyo entre si	4.2	0.84
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	3.6	0.82
Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos	3.5	0.87
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia	3.5	0.94
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	4.2	0.87
Nos sentimos muy unidos	4.5	0.70
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	3.4	0.89
Con facilidad podemos planear actividades en familia	3.6	0.72
Consultamos unos con otros para la toma de decisiones	2.8	0.82
La unión familiar es muy importante	4.6	0.85

ADAPTABILIDAD FAMILIAR

Ítems	Media	DE
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	3.0	1.01
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	2.4	1.02
Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad	2.1	0.99
Nuestra familia cambia de modo de hacer sus cosas	2.4	1.12
Padres e hijos se ponen de acuerdo con relación con los castigos	2.4	1.06
En nuestra familia los hijos toman las decisiones	2.3	1.03
En nuestra familia las reglas cambian	2.1	1.03
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre otros	2.7	0.97
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	2.0	1.03
Es difícil decir quien hace las labores del hogar	2.2	1.00

DISCUSIÓN

La funcionalidad familiar es uno de los factores de mayor trascendencia en pacientes hipertensos en cuanto a la adherencia al tratamiento en forma adecuada. El apoyo familiar, según Quiroz-Morales, en el 2007, manteniendo una adecuada comunicación, adaptabilidad, cohesión, entre otras son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud.

Consideramos que la escolaridad superior está asociada a un mayor conocimiento de la enfermedad que es un factor que influye en forma significativa en el apego adecuado al tratamiento. En nuestro estudio, el 40.2% de los pacientes refirió tener nivel de educación secundaria, seguido por aquellos que indicaron bachillerato, 34%. Lo que hace suponer podría ser un factor determinante en este grupo de pacientes el no apego al tratamiento. Otro aspecto importante es el nivel socioeconómico de los pacientes, debido a que el costo que se deriva de esta patología es elevado, así al encontrar en este estudio que el 42.3% de los pacientes pertenecen a una familia con estatus socioeconómico bajo podría estar conduciendo a un manejo inadecuado del tratamiento y además la disfunción familiar se presentar en porcentajes superiores al 60%.

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. Kenán y colaboradores han reportado que una disfunción familiar se observa en aquellos pacientes descontrolados de su hipertensión arterial, siendo esta de 87.9% en nuestro estudio el 61.5% de los pacientes hipertensos pertenecían a una familia desbalanceada.

García López en su tesis “frecuencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos descontrolados” reportó que el mayor porcentaje de familias disfuncionales ocurrió en la mujeres (73.8%), mientras que en nuestro estudio este porcentaje fue de 54.1%.

CONCLUSIONES

- El nivel socioeconómico de los pacientes fue bajo (42.3%) y medio (56.7%)
- El 54.1% de los participantes fueron del género femenino.
- La edad promedio fue de 45 años, sin diferencias estadísticamente significativas por género, $p=0.878$.
- La mayor proporción de los pacientes refirió ser casado, 73%.
- El 40% de los pacientes refirió tener nivel de educación secundaria, seguido por aquellos que indicaron bachillerato, 34%.
- El 53% de las mujeres refirieron ser amas de casa. Del total de los pacientes, el 38% dijo ser empleado (Femenino, 32% vs Masculino, 44%).
- Respecto a la ocupación de la pareja, el 35% refirió que su pareja era un empleado, seguido por aquellos que mencionaron que su pareja se dedicaba al hogar, 21%.
- En relación al ramo laboral, el 31% de los pacientes dijo estar en el ramo de alimentos, otros mencionaron al turismo, belleza y salud. Similar porcentaje sucedió con el ramo laboral de su pareja en donde el 34% mencionó a los alimentos como su actividad.
- Se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes pertenecen a una cohesión familiar semirelacionada, 47%.
- Un 36% presentó una adaptabilidad familiar flexible.
- El 39% de los pacientes pertenecen a una familiar clasificada como balanceada, el 16% proviene de una familia extrema.
- La adaptabilidad familiar es estadísticamente significativa con respecto al género, $p<0.05$; en el caso de los hombres el mayor porcentaje de ellos pertenece a una familia rígida y en el grupo de las mujeres su adaptabilidad familiar es flexible.
- La cohesión familiar no resultó significativamente diferente entre mujeres y hombres, $p=0.572$.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Herrera Santi Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud; Rev. Med. Cubana, La Habana, 1993.
- 2.- González Benítez Idarmis. Las crisis familiares;
- 3.- Martín Alonso L., Bayarre Vea H., De la Rosa Matos Y., Orbay Araña M., Rodríguez Anaya J., Vento Iznaga F., Acosta González M. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente;
- 4.- Rosas Peralta M., Lara Esqueda A., Pastelin Hernández G., Velázquez Monroy O., Martínez Reding J., Méndez Ortiz A., Lorenzo Negrete J., Lomelí Estrada C., González Hermsillo A., Herrera Acosta J., Tapia Conyer J., Fause Attie. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento;
- 5.- Martín Alfonso L., Sairo Agramonte M., Bayarre Vea H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos;
- 6.- Martín Alonso L., Bayarre Vea H., Jorge A. Grau Ábalo. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial;
- 7.- Tte. Cor. Teresa González Valdés, Tte. Cor. Eulogio Deschapelles Himely y Lic. Vivian Rodríguez Cala; Hipertensión arterial y estrés. Una experiencia;
- 8.- Marín Reyes, F., Rodríguez Moran, M; Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial;
- 9.- Hernández Cisneros, F., Mena Lima, A., Rivero Sánchez, M., Serrano González, A., Hipertensión Arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo; Revista Cubana Med. Gen. Integral, v. 12 n. 2, Ciudad de La Habana marzo-abril, 1996.
- 10.- Iza Stoll, Agustín; Tratamiento de la Hipertensión Arterial Primaria;

- 11.- Vázquez Vigoa, A., Cruz Álvarez, N., Hipertensión Arterial en el Anciano;
- 12.- Rosas Peralta, M., Attie, Fause., Enfermedad Vascul. Primera causa de muerte en México y el mundo;
- 13.- Mendoza González, C., Guías del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez” para el tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica;
- 14.- Mejía Rodríguez, O., Paniagua Sierra, R., Valencia Ortiz, M., Ruiz García, J., Figueroa Núñez, B., Roa Sánchez, V., Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial;
- 15.- Dotres Martínez, C., Pérez González, R., Córdoba Vargas, L., Santin Peña, M., Landrove Rodríguez, O., Macías Castro, I; Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de Hipertensión Arterial, Revista Cubana Med. Gen. Integral, v. 15, n. 1, Ciudad de La Habana enero-febrero, 1999.
- 16.- Pérez Caballero, M., León Álvarez, J., Fernández Arias, M; El control de la Hipertensión Arterial: un problema no resuelto;
- 17.- Vázquez Vigoa, A., Caballero Maytin, J., Cruz Álvarez, N., La Hipertensión Arterial. Su evolución en los últimos años;
- 18.- Trujillo Fernández, R., Mozo Larrinaga, R., Néstor Oquendo, D., Hipertensión Arterial asociada con otros factores de riesgo cardiovascular;
- 19.- Hernández Hernández, Ma., Hipertensión Arterial Sistémica, Revisión Clínica, Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la Hipertensión arterial. Revista Médica del IMSS 2001.
20. Quirós-Morales D, Villalobos-Pérez A. Comparison of related factors to an adherence treatment in type 2 Diabetes Mellitus between urban and rural samples in Costa Rica. Univ. Psychol. Bogotá. 2007; 6 (3): 679-688

21. Kanán Cedeño E, Rivera Heredia E, Rodríguez Orozco A, López Peñaloza J, Medellín Fontes M, Caballero Díaz P. Funcionamiento familiar de los pespecialidad en pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración. *Psicología y Salud*. 2010; 20(2):203-212
22. García López R. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada. Tesis de especialidad en medicina familiar 2007: 1-39

ANEXOS

ENCUESTA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA UMF 38

Nombre del paciente _____

Numero de afiliación _____ folio: _____

Edad _____ Sexo: _____

Edo civil: soltero _____ casado _____ unión libre _____ viudo _____ divorciado _____

Lugar de residencia: _____ Tel. _____

Escolaridad: sin escolaridad _____ primaria _____ secundaria _____
bachillerato/técnica _____ profesional _____ post grado _____ no aplica _____

Ocupación _____

- | | | | |
|---------------|--------------|--------------------|----------------|
| 1) Hogar | 2) campesino | 3) artesano/obrero | 4) comerciante |
| 5) estudiante | 6) jubilado, | 7) empleado. | |

Ocupación de la pareja: _____

- | | | | |
|---------------|--------------|--------------------|----------------|
| 1) Hogar | 2) campesino | 3) artesano/obrero | 4) comerciante |
| 5) estudiante | 6) jubilado, | 7) empleado. | |

Ramo laboral paciente: _____

- | | | |
|----------------------|----------------------------|-----------------|
| 1) Salud, | 2) alimentos | 3) belleza/arte |
| 4) hotelería/turismo | 5) chofer de taxi o camión | 6) otro |

Ramo laboral pareja: _____

- | | | |
|----------------------|----------------------------|-----------------|
| 1) Salud, | 2) alimentos | 3) belleza/arte |
| 4) hotelería/turismo | 5) chofer de taxi o camión | 6) otro |

Nivel socioeconómico: _____

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1) Bajo | 2) Medio | 3) Alto |
|---------|----------|---------|

FACES III

ITEM	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
Los miembros de la familia se dan apoyo entre si					
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos					
Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad					
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia					
Nuestra familia cambia de modo de hacer sus cosas					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Padres e hijos se ponen de acuerdo con relación con los castigos					
Nos sentimos muy unidos					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
En nuestra familia las reglas cambian					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre otros					
Consultamos unos con otros para la toma de decisiones					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
La unión familiar es muy importante					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

El instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan *Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar*, instrumento validado y aplicado en el 2003 en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen. FACES III, es un instrumento que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) asignándose valores de 1 a 5.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

NOMBRE DEL ESTUDIO: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA UMF 38”

PATROCINADO EXTERNO (SI APLICA): NO APLICA

LUGAR Y FECHA: CONCORDIA, SINALOA; 28 DE AGOSTO DE 2014

NUMERO DE REGISTRO:

JUSTIFICACION Y OBJETIVO DEL ESTUDIO: DESCRIBIR LA FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 38, CONCORDIA, SINALOA.

PROCEDIMIENTOS:

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS: QUE EL PACIENTE NO ESTE DE ACUERDO AL REALIZAR LAS ENCUESTAS

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRA AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: SABER QUE PORCENTAJE DE PACIENTES TIENEN DISFUNCION FAMILIAR POR LA PATOLOGIA DE BASE

INFORMACION SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

PARTICIPACION O RETIRO:

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

EN CASO DE COLECCION DE MATERIAL BIOLOGICO (SI APLICA): NO APLICA

NO AUTORIZA QUE SE TOME LA MUESTRA

SI AUTORIZO QUE SE TOME LA MUESTRA SOLO PARA ESTE ESTUDIO

SI AUTORIZO QUE SE TOME LA MUESTRA PARA ESTE ESTUDIO Y ESTUDIOS FUTUROS

DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MEDICO EN DERECHOHABIENTES (SI APLICA):

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO:

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRA DIRIGIRSE A:

DRA. JULIETA FABELA ZATARAIN

INVESTIGADOR RESPONSABLE: DRA. JULIETA FABELA ZATARAIN

COLABORADORES: ENF. ROSARIO ANABEL AGUILAR PRADO

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES SOBRE SUS DERECHOS COMO PARTICIPANTES PODRA

DIRIGIRSE A: COMISION DE ETICA DE INVESTIGACION DE LA CNIC DEL IMSS: Avenida

Cuauhtémoc 330 4to Piso Bloque "B" De La Unidad De Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP

06720, Teléfono: (55) 56 27 69 00 Extensión 21230, Correo Electrónico: Comisión.Etica@Imss.Gob.Mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo, con las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio.