



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS**

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMyM
ESTADO DE MÉXICO**

**PERCEPCIÓN DE APOYO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
SISTÉMICA DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE JILOTEPEC
ISSEMyM.**

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

PRESENTA:

DR. VICTOR HUGO DURÁN JUÁREZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2016



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.

Dedicatorias.

Mi esposa (blanquita)

Por ser parte de mi vida, de ser mi conciencia y mí aliento en todos mis proyectos de vida, darme ese amor e inspiración para realizar mis metas y cumplirlas hasta el final.

A mis hijos (Hugo y FER)

Que es por ellos siendo mi motor y los más sagrado en mi vida que dios me dio.

A mis padres (Fernando y Mónica)

Que siempre cuento con ellos y no dudan en recordarme lo afortunado que soy en la vida, y las fuerzas de sus consejos en mis momentos malos y ser parte de mi vida.

Agradecimientos.

DIOS

Por existir en este mundo

Mi esposa blanca

Por la fe y amor que deposito en mi desde un principio.

FERCHITA

Que me enseñó la maravilla de ser padre por primera vez.

Huguito

Por darme el tiempo y entender las ausencias por mí trabajo

Fer y Mony.

Por ser los mejores padres del mundo.

A mi abuela Elena

Que desde el cielo me llena de bendiciones.

A mis profesores.

Dra. Bere, Dr. Daniel, Dr. y amigo Javier.

Por enamorarme de la medicina familiar.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la percepción de apoyo social de un integrante hipertenso en su familia

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se dispone el cuestionario de apoyo social M.O.S. (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social). Se realizará un, el estudio se realizará en el área de consulta externa de la clínica del ISSEMYM del municipio de Jilotepec, Estado de México, constituida por familias cuya elegibilidad depende de la presencia de pacientes con hipertensión arterial, que acudieron en el periodo comprendido de noviembre de 2015 a marzo de 2016, con una población finita de 100 pacientes y que son tratados en dicha institución. **Resultados:** Con los 100 cuestionarios que se aplicaron resulta con un grupo de edad de los 31 a 83 años, Sexo o Género con predominio en hombres con 52 % y mujeres 48%, Ocupación; hogar 29 pacientes, trabajador con 50 pacientes, jubilado con 16 pacientes y por último con ninguna ocupación 5. Ubicación; en área rural con 41 pacientes y en área urbana con 51. Escolaridad; primaria con 37, secundaria 25, preparatoria 14, universidad 19 y ninguna con 5. En el apartado “con quien vive” resulta con esposo un total de 9, esposa 19, hijos 8, solo 3 y con familiares 61 pacientes. De acuerdo con el instrumento aplicado MOS se presenta con apoyo instrumental; con apoyo un 49% y sin apoyo 51%, apoyo afectivo; con apoyo 80%, sin apoyo 20%, hablando de apoyo social resulta con apoyo 75% y sin apoyo 25% y por último en apoyo emocional presentando con apoyo un 74% y sin apoyo 26%. **Palabras clave:** MOS, apoyo instrumental, apoyo afectivo, apoyo social, apoyo emocional.

ABSTRACT

objective: determine the perception of social support of a hypertensive member in his family

Material and methods: a cross-sectional, descriptive and observational study. Prepares the questionnaire of social support M.O.S. (study group to analyse different styles of primary care medical practice), made in the USA in 1991. It's a brief questionnaire multidimensional, allowing you to investigate both quantitative aspects (social network) and qualitative (dimensions of social support). Is will be a, the study is held in the area of consultation external of the clinical of the ISSEMYM of the municipality of Jilotepec, State of Mexico, constituted by families whose eligibility depends on of the presence of patients with hypertension blood, that came in the period understood of November of 2015 to March of 2016, with a population finite of 100 patients and that are treated in this institution. Results: with them 100 questionnaires that is applied is with a group of age of those 31 to 83 years, sex or gender with predominance in men with 52% and women 48%, occupation; Home 29 patients, with 50 patients worker, retired with 16 patients and finally no occupation 5. Location; in rural area urban area with 51 and 41 patients. Schooling; primary with 37, secondary 25, high school 14, universidad 19 and none with 5. In paragraph "who lives" is a total of 9, 19, 8, only 3 children wife husband & family 61 patients. In accordance with the instrument applied MOS arises with instrumental support; support a 49% and 51% support, I support affective; 80%, non-support 20% support, speaking of support social results with 75% support and without support 25% and finally emotional support presenting 26% 74% support and non-support. Key words: MOS, support instruments, support emotional, support social, support emotional.

INDICE.

| | |
|---|----|
| 1. Marco teórico | 11 |
| 1.1 Familia | 11 |
| 1.2 Enfermedades Cronicodegenerativas | 14 |
| 1.3 Hipertensión arterial | 15 |
| 1.3.1 Epidemiología de la Hipertensión Arterial Sistémica | 18 |
| 1.3.2 Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Sistémica | 19 |
| 1.3.3 Relación de la Hipertensión Arterial Sistémica con funcionalidad Familiar | 21 |
| 1.3.4 Apoyo Social M.O.S | 25 |
| 1.3.5 Planteamiento del problema | 28 |
| 1.3.6 Justificación | 29 |
| 1.3.7 Objetivos de la investigación | 30 |
| 2. Metodología | 31 |
| 2.1 Diseño del estudio | 31 |
| 2.2 Criterios de Inclusión | 31 |
| 2.3 Criterios de exclusión | 31 |
| 2.4 Criterios de eliminación | 31 |
| 2.5 Instrumento de investigación | 32 |
| 2.6 Límite de tiempo y espacio | 32 |
| 2.7 Implicaciones Éticas | 32 |
| 3. Resultados | 33 |
| 3.1 Edad | 33 |
| 3.2 Genero | 33 |
| 3.3 Demografía | 33 |
| 3.4 Escolaridad | 34 |
| 3.5 Ocupación | 34 |
| 3.6 Con quien vive | 35 |
| 3.7 Apoyo Instrumental | 36 |
| 3.8 Apoyo afectivo | 36 |
| 3.9 Apoyo social | 37 |
| 3.10 Apoyo emocional | 37 |
| 3.11 Apoyo Global | 37 |
| 3.12 Ocupación Apoyo Social | 38 |
| 3.13 Ocupación Apoyo Instrumental | 38 |
| 3.14 Ocupación Apoyo Emocional | 39 |
| 3.15 ocupación Apoyo Afectivo | 39 |

| | | |
|------|--|----|
| 3.16 | Ubicación de la casa Apoyo Emocional, Social, instrumental, Afectivo | 39 |
| 3.17 | Sexo Apoyo Emocional, Social, Instrumental, Afectivo | 40 |
| 3.18 | Escolaridad Apoyo Social | 41 |
| 3.19 | Escolaridad Apoyo Instrumental | 41 |
| 3.20 | Escolaridad Apoyo Afectivo | 42 |
| 4. | Discusión | 42 |
| 5. | Conclusión | 43 |
| 6. | Referencias | 44 |
| 7. | Anexos | 45 |

1. MARCO TEORICO

1.1 Familia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí con un grado determinado por la sangre, la adopción o el matrimonio.

La familia es una organización única que constituye la unidad básica de la sociedad. Desde el punto de vista sociológico, el hombre es gregario por naturaleza; es decir necesita vivir en un grupo y la familia es un grupo natural.

Como recién nacido el hombre no es capaz de sobrevivir solo, necesita de la “familia” la cual es tan antigua como la misma raza humana, por lo que uno de sus miembros debe de enseñarlo a valerse por sí mismo. ⁽¹⁾

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso.

Para ciertas personas, la familia puede ser considerada, perfectamente, como un ente vivo. Incluso se dice, que la familia es como una célula, dentro de un organismo mayor, que es la sociedad. Por lo mismo, al ser considerada, como una célula, esta debe ser cuidada. Y esta célula, contiene un núcleo, que son los padres.

Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Así ante cualquier problema personal no es suficiente que sea entendido, como un fenómeno individual interno, sino que los problemas de las personas deben atenderse en conjunto con su contexto relacional y en un determinado contexto social. ⁽²⁾

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia es sin duda el ambiente más importante en el que ha evolucionado, en el que ocurre y se enfrenta la enfermedad. La familia es por tanto, la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Es el grupo en el que los individuos desarrollan sus sentimientos de identidad e independencia; el primero es influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, el segundo por pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares. ⁽³⁾

Aunque el término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido y mujer e hijos, sigue siendo la unidad básica en la cultura occidente, conservando aún la responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo físico y emocional. La palabra familia deriva de la raíz latina “famulus”, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo fammul, que se origina de la voz osca famel, que significa esclavo doméstico. ⁽⁴⁾

De manera más general la familia se concibe como un grupo de integrantes relacionados por fuentes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con un historial y un futuro común que participan de un sentido de hogar. Desde la perspectiva del médico familiar, la familia es un grupo social organizado en un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados ya sea por lazos consanguíneos, legales y/o afinidad, cuya estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique; responsables de guiar y proteger a sus miembros. ⁽⁵⁾

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o de la enfermedad entre sus miembros, con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones. Se hable de familia funcional o disfuncional en cuanto a la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa ⁽⁶⁾ así una familia funcional es la que cumple con las tareas que le han sido encomendadas. ⁽⁷⁾

Debe de existir un equilibrio interno que conserve unida a la familia, a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, a lo cual se denomina “homeostasis familiar”. La homeostasis opera por medio de mecanismos automáticos e involuntarios, el mantenimiento de este equilibrio es indispensable, para que la familia cumpla sus funciones eficazmente. Así, una familia dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar, de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado madurez. ⁽⁸⁾

Por otro lado, al conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado, y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que atraviesa la familia se le denomina “dinámica familiar”. ⁽⁹⁾

Para efecto de estudio de las familias, se clasifican y tipifican desde una gran diversidad de puntos de vista: de acuerdo a su composición, se clasifican en nuclear, nuclear extensa y nuclear extensa compuesta. Según hábitos y costumbre; tradicional y moderna. En base a su demografía, en urbana o rural, en relación a su integración en integrada, el cual los cónyuges viven bajo el mismo techo y cumplen sus funciones; semi-integrada, en cual los cónyuges viven juntos, pero no cumplen adecuadamente sus funciones y desintegrada, en donde falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

Y por último, de acuerdo a la ocupación del jefe de familia, pueden agruparse en campesina, obrera, empleada y profesional. ⁽¹⁰⁾

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición, el fenómeno que se conoce como ciclo vital de la familia. En él existen diferentes expectativas, necesidades y

fenómeno que pueden afectar la salud de sus miembros. El estudio de estas etapas de desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia, desde su formación, disolución, conformando una estrategia de organización y sistematización invaluable. Entre los esquemas propuestos para el ciclo vital destacan las siguientes. La de Lauro Estrada Inda en seis fases: desprendimiento, encuentro, decisión de tener hijos y la llegada de los mismos, adolescencia de los hijos, reencuentro de la pareja y la vejez. Duvall, divide el ciclo de la vida en ocho etapas: todas relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza: comienzo de la familia, con hijos (el hijo mayor Hipertensión arterial sistémica 30 meses), con hijos preescolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años), con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años), con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años), como plataforma de colocación (desde que va el primer hijo Hipertensión arterial sistémica que lo hace el último), maduras (desde el nido vacío Hipertensión arterial sistémica la jubilación) y ancianas (desde la jubilación Hipertensión arterial sistémica el fallecimiento de ambos esposos). El propuesto por Geyman en 5 fases: matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro o muerte, el cual a la fecha es de mayor difusión y aplicación. ^{(8) (12)}.

Resulta fundamental para el abordaje familiar, profundizar en la experiencia de cada uno de los miembros de la familia, que enfrentan la experiencia de convivir con un enfermo de hipertensión arterial. Es por eso que al referirse a la presencia de una enfermedad crónico-degenerativa en el ámbito familiar resulta complejo, ya que la familia debe enfrentar problemas y conflictos siempre cambiantes y mantener el equilibrio relativo que dará el éxito al crecimiento a cada uno de sus miembros. ⁽¹³⁾.

Para comprender este fenómeno es importante recordar que la familia es un sistema abierto (según la teoría de los sistemas), en el que las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones estables y que sin embargo, pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que genera la presencia de un miembro con enfermedad crónico degenerativa. ⁽¹⁴⁾

Para adaptarse a la situación de la enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera más o menos adecuada. No obstante cuando la enfermedad o la cronicidad sobrepasan los mecanismos de autorregulación, se puede producir un impacto tan positivo como negativo importante; el impacto que tiene la enfermedad está determinado con los factores relacionados con la misma enfermedad, el entorno social y la historia personal del enfermo; así como influyen la personalidad, tipo de relaciones familiares que tiene, experiencias previas que ha tenido la familia en casos similares, si es que los ha habido, y como ha reaccionado ante ellos. ^(15, 16).

Dentro de las respuestas adaptativas que genera la familia, se observan las de orden afectivo, que incluyen afectos como amor, negación, ira, tristeza o depresión, la negociación de roles y la

flexibilización de límites. Por tanto, el incremento del potencial del desarrollo de las personas afectadas y de los otros miembros de la familia, dependerá de gran medida, de que ésta los provea de un adecuado sostén emocional, social y protector⁽¹⁷⁾.

Este punto se han considerado las respuestas adaptativas para enfrentar la enfermedad; sin embargo no solo la familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad; es ésta que de modo directo o indirecto, afecta cada una de las esferas (afectiva, física, económica y social) de la familia; lo que genera un círculo vicioso que acentúa la crisis. Durante el proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y puede generar cambios catastróficos dentro del seno familiar, ante esto, el médico debe estar en condiciones de prevenir, diagnosticar y tratar directamente mediante el equipo multidisciplinario de salud.⁽¹⁸⁾

Un paciente enfermo es un ser social y por tal motivo en su vida, el bienestar familiar o el apoyo de la familia es otro factor de gran relevancia. Existen diversas enfermedades crónicas, una de ellas es la hipertensión arterial, la cual afecta tanto al paciente como a la familia y por tal motivo se tiene que dar apoyo a dos partes, para que el paciente pueda tener una mejor calidad de vida.

1.2 Enfermedades Crónico Degenerativas

Con el incremento de la esperanza de vida promedio de la población, las enfermedades crónicas suelen ser acompañadas cada vez más habituales de los seres humanos en la edad madura y con mayor razón en la vejez; y por el estilo de vida cada vez más se observan su aparición en personas jóvenes.

México como otros países en vías de desarrollo, experimenta una transición epidemiológica y nutricional. Las enfermedades crónicas asociadas con la dieta y estilos de vida, como obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes, aumentan de manera importante en prevalencia y como causas de mortalidad.

Las Enfermedades Crónico Degenerativas representan un problema de salud pública actual debido a las transiciones demográfica y epidemiológica y su tendencia futura le consigna una importancia trascendental no sólo por su magnitud sino por su reducida vulnerabilidad y porque afecta fundamentalmente a la población en edad reproductiva.

Los cambios en el estilo de vida de la población han contribuido a que las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyan actualmente una de las principales preocupaciones a nivel mundial.

La falta de actividad física relacionado con el tipo de trabajo en el área urbana más sedentario, el consumo de tabaco y una dieta poco saludable con ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes, han propiciado que las personas sin importar su condición social o económica, presenten cambios fisiológicos que los llevarán a padecer una o varias enfermedades denominadas “del progreso”. Los cambios que se observan ante la presencia de estos factores son la elevación de la tensión arterial, de los niveles de glucosa, lípidos, todo esto acompañado de sobrepeso y obesidad, estos factores conocidos como “factores modificables” son responsables del 80% de las enfermedades coronarias y de la enfermedad cerebro vascular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen más de 180 millones de personas con diabetes e hipertensión en todo el mundo y que 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos o medios; se prevé que entre 2006 y 2015 las muertes por diabetes e hipertensión aumenten en más de 80% en los países de ingresos medios altos.

Un factor muy importante para el desarrollo de estas enfermedades es el sobrepeso y la obesidad, y la posibilidad de que la obesidad coexista con otra enfermedad crónica es alta.

Todas estas enfermedades tienen implicación a todos los niveles, social, económica, familiar e individual y representan una carga económica sumamente importante para los países afectados y al menos 80% de éstas enfermedades pueden ser evitadas mediante la adopción de prácticas de alimentación y actividad física más saludables.

Los medicamentos juegan un papel importante para mantener controladas las enfermedades, pero se debe tener en mente que existen factores de índole psicosocial, ambiental, que interfieren en el adecuado control metabólico tales como la funcionalidad familiar, el estilo de vida, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y la instrucción del paciente sobre enfermedad (Ashner 2001-2002).

1.3 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial. Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS), el límite para definir a una persona como hipertensa, es más de 140 mm Hg en la presión sistólica y/o una elevación mayor de 90 mm Hg en la diastólica.

Aunque la Norma Oficial Mexicana se basa en el sexto Informe sobre Hipertensión Arterial (Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII)6, en el año 2006 se publicó el séptimo informe que clasifica la T/A en los adultos mayores de 18 años:

Clasificación de la Hipertensión Arterial.

Tabla 1

| Estadio | Presión Sistólica | Presión Diastólica |
|------------------|-------------------|--------------------|
| Normal | Menor de 120 mmHg | Menor de 80 mmHg |
| Pre hipertensión | 120-139 mmHg | 80-89 mmHg |
| Estadio 1 | 140 – 159 mmHg | 90 – 99 mmHg |
| Estadio 2 | Mayor de 160 mmHg | Mayor de 110 mmHg |

Sin embargo se deben tener en cuenta algunas recomendaciones antes de catalogar a una persona como portadora de hipertensión arterial:

Es necesaria la confirmación de que la elevación de la presión arterial sea verdadera, es decir, descartar que factores externos pudieran ocasionar la elevación transitoria de la presión arterial en un momento dado, tales como esfuerzo físico o mental previo reciente, ingesta de café, té, o cualquier otra sustancia estimulante en por lo menos una hora previa a la toma de la presión arterial; el tipo de personalidad también debe considerarse (hay personas muy ansiosas o aprehensivas que al llegar al consultorio, el simple hecho de estar ahí, y ver o hablar con el médico les condiciona tal estrés que puede favorecer una elevación transitoria de la presión arterial, sin que necesariamente se trate de hipertensión arterial sostenida conocida como hipertensión de bata blanca. Cuando se detecten cifras de presión arterial limítrofes o levemente elevadas, independientemente de la causa, debe ser un motivo de búsqueda intencionada para integrar el diagnóstico de Hipertensión Arterial.

El monitoreo ambulatorio de la presión arterial es una alternativa útil para los casos limítrofes o con sospecha de hipertensión arterial sistémica de bata blanca o reactiva. Así mismo, la enseñanza de la auto-medición de la presión arterial al paciente ha demostrado ser de utilidad, sin embargo, en algunos individuos puede despertar actitudes de ansiedad y obsesión.

La hipertensión arterial tiene especial importancia, no sólo por constituir una de las primeras causas de morbi-mortalidad, sino por las dificultades que enfrentan tanto el médico como el paciente para llevar a cabo apego a su tratamiento, lograr su control de cifras tensionales y retardar sus complicaciones.

Se sabe que además de la toma de medicamentos, se requieren otras medidas de control, en primer lugar un régimen dietético adecuado, el control de peso en caso de sobrepeso u obesidad, una actividad física adecuada, entre otras 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 medica del paciente hipertenso, se debe individualizar 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. En esto, incluimos a la familia como una parte fundamental el adecuado control de cifras tensionales.

La Hipertensión Arterial Sistémica comenzó a ser estudiada en el siglo XIX, y los trabajos se orientaron principalmente al reconocimiento y descripción de las lesiones anatomopatológicas en distintos órganos paralelamente, los intentos para medir la presión arterial. Bright, en 1827, describió las lesiones renales y las relacionó con anomalías cardiovasculares.

Potain en 1875, con un instrumento estimaba la presión sistólica a través de la compresión del pulso, Riva-Rucci describió por vez primera el manguito inflable con el cual podía medir la presión arterial sistólica en el brazo, y Korotkoff (1904) describió el método auscultatorio, con lo cual se logró medir la presión arterial diastólica.

La posibilidad de medir en forma reiterada la presión arterial con un esfigmomanómetro abrió paso rápidamente a la comprobación de que la presión arterial elevada tenía consecuencias fatales; en 1913, Janeway reportó la causa de muerte en 212 individuos hipertensos: 33% por cardiopatía, 24% por accidente cerebro-vascular y 23% por insuficiencia renal.

A pesar de ésta y otras observaciones, no se generó en la comunidad médica una real preocupación por el aumento de la presión arterial en 1925, cuando las compañías de seguros de los EE.UU. publicaron su experiencia con 560.000 hombres asegurados, señalando por primera vez en forma significativa que la hipertensión arterial disminuía la expectativa de vida.

Esta conclusión básica impactó en la comunidad médica y estimuló la puesta en marcha de programas de seguimiento a largo plazo con la finalidad de conocer la historia natural de la hipertensión arterial. Entre ellos, merecen destacarse tres estudios que incluyeron 1781 individuos de ambos sexos, con un rango de seguimiento entre 10 y 32 años; sus más importantes conclusiones publicadas en los años 50 fueron:

1. La hipertensión en gente joven implica un peor pronóstico.
2. A mayor presión menor expectativa de vida.
3. Cuando a la hipertensión se le asocia daño orgánico, el pronóstico es más sombrío.

Promediando el siglo se pueden señalar 2 acontecimientos que sin lugar a duda marcarían un antes y un después en la historia de la hipertensión arterial.

En 1948 comienza el Framingham HeartStudy, un estudio epidemiológico longitudinal en una población general para determinar la prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Entre sus méritos más sobresalientes debe señalarse haber sido el primer estudio que destacó la naturaleza multifactorial de la enfermedad cardiovascular, sentando las bases para la prevención y haber demostrado en forma inequívoca la importancia de la presión sistólica elevada como factor de riesgo cardiovascular. Aún hoy, habiendo transcurrido más de medio siglo, sigue aportando datos valiosos al conocimiento de las patologías cardiovasculares. El otro acontecimiento de indudable importancia fue la posibilidad de disponer de terapéutica antihipertensiva oral: hidralazina y hexametonio; poco tiempo después se agregó reserpina y diuréticos tiazídicos.

La relación demostrada entre hipertensión arterial y morbimortalidad cardiovascular unido a la disponibilidad de drogas efectivas para descender la presión arterial, fueron los fundamentos para la puesta en marcha de los estudios de investigación dirigidos a evaluar distintos aspectos del tratamiento, que dieron comienzo en la década del 70 y se continúan Hipertensión arterial sistémica en la actualidad.

1.3.1 Epidemiología de la Hipertensión Arterial Sistémica.

En las últimas 5 décadas se ha observado, un importante incremento en la incidencia de enfermedades no transmisibles, principalmente debido, al aumento en la esperanza de vida de la población en general, aunado a estilos de vida no saludables 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, tan solo en México afecta al 30.8% de la población de entre 20 y 69 años de edad.

La hipertensión arterial sistémica es uno de los padecimientos crónicos no transmisibles, con más prevalencia en México como en toda Latinoamérica a la que deben enfrentarse los médicos de la atención primaria de la salud. En la actualidad, afecta a más de 1 billón de personas en el mundo, y más que una enfermedad, es un factor de riesgo con fatales consecuencias cardiovasculares y cerebro-vasculares si no se controla, es un problema de salud pública, que ocasiona complicaciones renales, oftalmológicas y la muerte. Ante esta situación, es indispensable establecer lineamientos adecuados y uniformes de atención, que sólo se lograrán con el trabajo conjunto y ordenado, de un gran número de profesionales de la salud.

Su sintomatología en la mayor parte de las veces en sus etapas iniciales no se presenta, pero conforme avanza el daño a órganos blanco va a ser más notorio. La hipertensión arterial es un padecimiento que se presenta en personas sedentarias, además de que su prevalencia se incrementa con la edad influyen también factores genéticos y sujetos con exceso de grasa corporal. En México la Encuesta Nacional de Salud 2000 reportó que aproximadamente 15 millones de adultos la padecen y que mueren 200 000 de ellos al año por complicaciones.

La gran mayoría de los pacientes presenta hipertensión arterial primaria ó esencial la cual es de origen multifactorial y solo un pequeño porcentaje presenta hipertensión arterial secundaria a una causa determinada, por ejemplo feocromocitoma, hipertiroidismo.

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial, ésta sigue siendo 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. 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, por citar alguno, en los Estados Unidos de Norteamérica sólo una cuarta parte de los pacientes con hipertensión arterial sistémica se encuentran controlados.

I.3.2. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Sistémica.

Son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en el origen de la hipertensión arterial esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático tal vez relacionado con la excesiva exposición al estrés psicosocial, es decir, el impacto de la vida moderna, el incremento de la producción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras, la alta ingesta de sodio, la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o inadecuada actividad del sistema renina angiotensina aldosterona, la deficiencia de vasodilatadores como las prostaciclina, el óxido nítrico y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kinina-kalikreína que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio, las anomalías en los vasos de resistencia: la disfunción endotelial el incremento del estrés oxidativo, la remodelación vascular y la reducción de la complacencia vascular.

Genética. La hipertensión arterial esencial es un síndrome de compromiso multifactorial, poligénico y familiar, entre las raras formas de hipertensión arterial, la mayoría relacionadas con la regulación renal del sodio y el manejo del agua figuran: el síndrome de Liddle, el pseudohermafroditismo masculino y femenino, el síndrome de Gordon, la hipertensión debida a feocromocitoma, también hay relación con los genes del sistema renina angiotensina aldosterona como la variante M235T en el gen de angiotensinógeno, el cual se asocia con el incremento de los niveles de angiotensinógeno circulante y elevación de la presión arterial.

Sistema nervioso simpático. El incremento de la actividad del sistema nervioso central incrementa la presión sanguínea y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial a través de la estimulación del corazón, vasculatura periférica y riñones ocasionando el incremento del gasto cardíaco, incremento de las resistencias periféricas y en la retención de agua y sodio, un factor que pudiera contribuir a este mecanismo fisiopatológico es el desbalance autonómico.

Reactividad vascular. Los pacientes hipertensos presentan una respuesta mayor a la infusión de norepinefrina que en los controles normotensos.

La exposición al estrés incrementa la actividad simpática y su repetida activación induce vasoconstricción arteriolar, lo que origina hipertrofia vascular y en consecuencia incremento progresivo de las resistencias periféricas y de la presión arterial.

Remodelación vascular y arterioesclerosis. Las resistencias periféricas elevadas en los pacientes hipertensos esta relacionadas con la disminución en el número de vasos y disminución en su luz sin incrementar el grosor de la pared arterial.

La presión sistólica y la presión de pulso se incrementan con la edad, debido a la pérdida de elasticidad en las grandes arterias, la arterioesclerosis de estas arterias resulta en calcificación,

depósitos de colágeno, hipertrofia de células musculares lisas, así como fragmentación de fibras elásticas de la capa media además de alteraciones funcionales debidas a disminución del óxido nítrico, el endurecimiento arterial contribuye a la ampliación de la presión diferencial o presión de pulso en los ancianos.

Ácido Úrico. La hiperuricemia se asocia con vasoconstricción renal y se correlaciona positivamente con la actividad de la renina plasmática.

Angiotensina II y estrés oxidativo. La hipertensión arterial crea un círculo vicioso de retroalimentación donde la hipertensión activa el sistema, y este produce mayor hipertensión.

Aldosterona. Mineralocorticoide que actúa en el epitelio renal y en otros epitelios incrementando la reabsorción de sodio y la excreción de potasio e iones hidrógeno, el agua retenida junto con el sodio causando expansión del volumen extracelular, es el mineralocorticoide mas importante teniendo acciones autócrinas y paracrinas en el corazón y en la vasculatura estimulando la fibrosis intra y perivascular además de la fibrosis intersticial en el corazón.

Endotelina. El estrés, la hipoxemia, las catecolaminas y la angiotensina II estimulan la producción vascular de las endotelinas, la endotelina 1 produce contracción de la vasculatura, contracción del mesangio, inhibición de la reabsorción de sodio y agua por la nefrona, además estimula la secreción de aldosterona por las glándulas adrenales, produciendo vasoconstricción de la arteriola renal aferente se postula que la endotelina participa en mecanismos que conducen a la hipertensión arterial, principalmente en pacientes con enfermedad renal crónica.

Enfermedad renal microvascular. El desarrollo de la hipertensión arterial inicia con pequeños daños renales subclínicos que conducen a un desarrollo selectivo de una arteriopatía aferente y enfermedad túbulo intersticial. Estos factores resultan en vasoconstricción renal, la cual puede evolucionar a isquemia renal, El daño renal estimula la generación local de angiotensina II, la cual da lugar al desarrollo de enfermedad renal microvascular con efectos glomerulares manifiestos al incrementar la resistencia arteriolar eferente, además de reducir el coeficiente de ultrafiltración y reducir la excreción de sodio lo cual conduce a la hipertensión arterial.

El estrés es también un factor importante para la descompensación de enfermedad, el investigador húngaro Hans Selye en 1934, al estudiar el efecto de extracto ovárico en ratas descubrió el síndrome de adaptación general, el cual lo definió como el proceso bajo el cual el cuerpo confronta el estrés y consta de tres etapas universales; primero hay una señal de alarma a partir de la cual el cuerpo se prepara para la defensa o huida, una segunda etapa que consiste en la resistencia para poder sobrevivir a la primera, finalmente si la duración del estrés es suficientemente prolongada entra en la tercera etapa que es de agotamiento.

I.3.3 Relación de Hipertensión Arterial Sistémica con Funcionalidad Familiar.

Los sucesos diarios, lo cotidiano, nos obligan a adaptarnos con mayor o menor éxito a las situaciones estresantes, pero a veces, sin ser conscientes de ello, estamos ante estímulos que

requieren de nosotros un gran esfuerzo, suponen una fuerte demanda y aquí nos enfrentamos a un estrés que es posible que provoque respuestas físicas y psicológicas que nos originen problemas de salud. Además el estrés puede incrementar la secreción de catecolaminas, aumentar la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Por otra parte, es importante recordar que la hipertensión arterial sistémica, es una enfermedad silenciosa que frecuentemente pasa inadvertida, a pesar de los riesgos que tienen los individuos de padecerla, sin ser controlada, que además están expuestos a sus complicaciones en forma temprana, por lo que es importante integrar el diagnóstico médico, iniciar el tratamiento integral es básico para el médico y se cree que es importante identificar la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia, logrando que el médico familiar otorgue una atención más integral enfocándose no únicamente en el padecimiento físico del paciente, sino conocer el entorno familiar en que se encuentra el paciente y tomar como base la funcionalidad familiar. Los médicos de familia tienen a su disposición, para el manejo de los pacientes hipertensos estudios paraclínicos, tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico, el ejercicio, sesiones educativas para la salud, nutriólogos, certificados de incapacidad y derivación a segundo nivel, a pesar de todo esto, el control del paciente con hipertensión es por lo regular malo lo cual se puede comprobar con los múltiples ingresos a urgencias por problemas y complicaciones relacionadas a la hipertensión.

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

Además de otorgar atención médica la principal función del médico especialista en medicina familiar es la promoción a la salud y la prevención de enfermedades, así como tener el conocimiento de las familias que se encuentran bajo su cargo: tipo de familia, su funcionalidad, factores de riesgo no solo orgánicos sino también inherentes a las funciones de la familia. El médico de familia, por lo regular no realiza estudios de salud familiar, cuando éste debe ser la piedra angular para abordar las patologías de su población adscrita, detectar factores de riesgo ya sea genéticos, psicológicos sociales a los cuales están expuestos y de esta manera incidir para su modificación. Esta situación requiere, un apoyo importante por parte de la familia que lo ayude en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones, y en la ejecución de acciones adecuadas.

Como padecimiento crónico, la hipertensión arterial sistémica 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 las cifras tensionales del enfermo con hipertensión arterial sistémica a través del apego al tratamiento y su cumplimiento. Este apoyo, tiene su base 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. Ahora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere una educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control de la hipertensión.

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 obligación del médico, fomentar en la familia, la idea de la autorresponsabilidad en la salud de éste colectivo y de sus miembros, así como, desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico familiar que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones.

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 fundamental para realizar acciones preventivas de promoción a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejos y tratamientos, y en su caso, rehabilitación o paliación a la enfermedad. Así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud, o aparición de enfermedad, control y seguimiento entre sus miembros.

Para reafirmar este criterio, nos apoyamos en la definición de salud, realizada por la Organización Mundial de Salud (OMS), donde se concibe a ésta, no sólo como ausencia de enfermedad física, sino también, como el bienestar psicológico y social. 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".

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es 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).

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 causalidad 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 a permitir llegar al centro de los conflictos familiares, y por tanto, a las posibles causas de disfunción familiar.

Siempre que aparece un síntoma, como puede ser por ejemplo la enuresis, ó la descompensación de una enfermedad crónica, éste 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.

Sin embargo, la familia como sistema, juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino también en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Esto va a depender, de si la familia es funcional ó no, y cuenta 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, ó del grupo familiar propiamente dicho.

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 percibe de su entorno, o cuando la familia, es capaz de manejar adecuadamente el estrés. A su vez, cuando una familia no puede ejercer estas funciones, utilizamos el término de familia disfuncional. Por tanto, cuando la familia pierde la capacidad funcional, ocurren alteraciones en el proceso salud enfermedad.

A la hora de hablar de función familiar, encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que la 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 se reajusta constantemente. Esto hace, que en la evaluación de la función familiar, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, y solo se midan aspectos parciales. 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 para ello.

A partir de los años sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, se fundamentó en la denominada Teoría General de los Sistemas, que observa la interacción dinámica, lo que le acontece a uno, afecta al otro y al grupo.

Toda 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 de aproximadamente 77%.

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 de nuevo, el equilibrio de la salud familiar. El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre Hipertensión arterial sistémica variables como en: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial, o diabetes, o la adherencia a tratamientos.

1.3.4 Apoyo Social M.O.S.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de la familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por connotación, resultan controvertidos. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Para la evaluación de la dinámica familiar se requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de las familias y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera el entendimiento de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también la necesidad de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructos que integran los diversos modelos teóricos. La creación de instrumentos para la evaluación psicosocial de la familia se ha efectuado al menos bajo dos objetivos, que incluyen la verificación de una teoría y la evaluación del efecto de algún tratamiento psicoterapéutico. La metodología que han seguido los investigadores para la creación y prueba de los instrumentos ha sido muy diversa así como el grado de desarrollo del proceso de validación, el cual con frecuencia no es evidenciable en el análisis de la literatura científica a la cual se tenga acceso.

Existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Así como de su efecto beneficioso sobre la evolución de enfermedades tan dispares como la depresión, artrosis, diabetes 2, hipertensión arterial sistémica. De la misma forma, Hoffman y Hatch comprobaron que el apoyo social era uno de los factores más importantes para disminuir el riesgo de los eventos estresantes en

embarazadas, apreciando que una disminución del apoyo social facilitaba la aparición de problemas en el parto y en el niño.

Por último, investigaciones recientes han relacionado el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando éste es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte, sobre todo en determinados grupos de población como son los ancianos y viudos.

Siendo tan evidentes las relaciones entre apoyo social y salud, existe cada vez mayor interés por incorporar el análisis y cuantificación del primero dentro de las actividades del médico de familia. Sin embargo uno de los principales problemas que han encontrado los investigadores al estudiar el apoyo social, ha sido la falta de instrumentos de medida válidos y, sobre todo, que puedan usarse en la práctica diaria.

La elección se facilita si tenemos en cuenta lo que mide realmente el instrumento y su grado de validez y fiabilidad.

Uno de los instrumentos de que disponemos en la práctica diaria es el cuestionario de apoyo social M.O.S. (Grupo de Estudio para analizar diferentes estilos de práctica médica de la atención primaria), realizado en EEUU en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social).

Sin duda alguna, la familia es nuestra sociedad a lo largo de su historia ha jugado un papel importante en su desarrollo, ella interviene en forma individual y colectiva en su estructura función en todos aquellos procesos indicadores del desarrollo social, uno de ellos y de trascendencia es el proceso salud enfermedad.

En la actualidad los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que en la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma. Es en la familia donde se forma al ser en esencia con un compromiso de responsabilidad compartida con ella y de manera individual.

El enfermo con hipertensión arterial se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, buscando ayuda y consejo dentro de su núcleo familiar para solucionar su problema de salud. El apoyo que brinden los integrantes de la familia influirá de forma positiva o negativa en el control de la enfermedad.

Durante el proceso de aceptación y respuesta de la familia ante la enfermedad, existe una serie de factores que intervienen en la funcionalidad familiar y el control metabólico de la hipertensión arterial como son:

- 1.- Etapa del ciclo vital.- el momento en que la enfermedad sorprende a la familia, el impacto de la hipertensión arterial será diferente por la etapa en que se encuentre la familia y al integrante que le ocurra.
- 2.- Flexibilidad o rigidez de los roles familiares: respondiendo ante la presencia de la hipertensión arterial con aceptación o negación de ésta.

3.- Cultura familiar: todo el conjunto de valores, costumbres, creencias que comparten los miembros de la familia.

4.- Nivel socioeconómico: la posibilidad económica con la que responde la familia ante la enfermedad y su control.

5.- Comunicación familiar: la cultura de algunos sistemas por ocultar al enfermo diabético su estado de salud.

6.- Tipo de respuesta familiar: son los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de sus miembros en función del paciente diabético.

En la familia la “funcionalidad familiar” se concibe como la capacidad del sistema para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; determinando así un buen o mal funcionamiento. Y es a partir de la dinámica familiar, conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y con patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación) que se mantiene el equilibrio familiar conocido como “homeostasis familiar”.

Una de las funciones esenciales de la familia lo constituye el apoyo a los miembros que la integran, y que se refleja cuando alguno de ellos se ve afectado por alguna enfermedad como la hipertensión arterial, esta función adquiere importancia desde el punto de vista físico y emocional, las personas diabéticas tienen síntomas y tienen también familia y su relación se estrecha en ambos sentidos, influyendo de ésta forma la funcionalidad familiar en el control metabólico de la enfermedad.

Es de primordial importancia estudiar a la familia del paciente crónico en general y del diabético en particular puesto que es la red social más cercana al paciente. La familia se constituye en el primer grupo de apoyo que deberá brindar el soporte necesario para cumplir las indicaciones médicas, a mantener conductas de salud, así como para procurar información asistencia durante la enfermedad. Así el apoyo familiar es determinante en el control adecuado del paciente.

En los últimos años la prevalencia y aumento de la hipertensión arterial, como enfermedad crónica – degenerativa suma en la familia un desajuste, que al afectarse exige mecanismos de recuperación, y de los cuáles dependerá el éxito de una adecuada funcionalidad familiar y control glicémico de la enfermedad.

En todo proceso morboso como la presencia de hipertensión arterial, en algún integrante del núcleo familiar, producirá cambios en su funcionalidad, alterando la homeostasis familiar con una serie de trastorno y de manifestaciones de orden físico y psicosocial que conduce a una incapacidad para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital, así como las crisis por las que atraviesa en la dinámica familiar, con la insuficiente incapacidad para responder a un evento crítico, esto es la disfunción familiar.

A todo lo largo del ciclo vital familiar, los acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar como la presencia de hipertensión arterial, en uno de sus integrantes, exige de adaptación para su recuperación en función del desequilibrio que se presenta en el sistema familiar obligándola a readaptar su homeostasis.

El papel que juega el médico familiar al abordar y reconocer la influencia de la enfermedad en el paciente y su familia, así como en el control de ésta, son piezas clave para mantener el equilibrio familiar en sus ámbitos biológicos, psicológico y social. Evaluar la funcionalidad familiar se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la Medicina de familia.

1.3.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es reconocida como una red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se conoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de los cual, si bien la existencia de las relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuye al bienestar y a la salud.

La enfermedad puede provocar en los familiares confusión, miedo, rechazo y silencio. La tarea del médico es, establecer una relación de ayuda que permita a los familiares transitar por este proceso sintiéndose y estando acompañados. Además de los cuidados indispensables para la persona enferma, los profesionales deben dirigir los esfuerzos hacia los familiares con el objetivo de reforzar su función, acompañándoles y posibilitando que la familia recupere la confianza, a veces perdida, en sus capacidades cuidadoras.

En este contexto, el término confianza no trae consigo la carga semántica de curación sino de toma de conciencia de capacidades propias así como evitar las complicaciones a temprana edad y presentar una calidad de vida de la mejor manera posible es papel del médico fundamental.

Por lo que observar y analizar las manifestaciones de pre-muerte y pre-duelo tanto en la persona enferma como en la familia es, en sí mismo, un elemento preventivo de gran riqueza para el médico para evitar disfuncionalidad familiar , la aparición de estas manifestaciones constituye el punto de partida para trabajar un proceso de paulatina toma de conciencia, sobre todo si previamente se han detectado dificultades en la familia para poder contactar plenamente con la realidad que la enfermedad comporta.

Quizá la familia, todavía con expectativas de curación de la persona enferma, no éste capacitada para afrontar esta situación; asimismo, se pueden dar familias que, siendo conscientes de lo que está aconteciendo, muestren enfado e ira contra su familiar, contra el equipo, contra el sistema sanitario, etc. En los enfermos y en sus familiares, las raíces de la irritación son con frecuencia la frustración, el resentimiento o el miedo. Desde este punto de vista, determinadas reacciones, comportamientos en apariencia extraños o contradictorios se hacen mucho más comprensibles para profesionales.

Una de las dificultades con las que se puede encontrar un equipo es que la familia, dominada por mecanismos defensivos, no haya podido realizar un proceso de análisis de la realidad y de la inminencia de la muerte. Cuando esto sucede y perdura Hipertensión arterial sistémica el fallecimiento de la persona enferma, es muy probable que la atención que ofrece la familia tanto en aspectos emocionales como prácticos no sea del todo adecuada. Posteriormente, además, pueden aparecer temas relacionados con la culpa y con los aspectos prácticos que han podido quedar pendientes o no del todo resueltos cuidado de los hijos, propiedades.

Por lo que se pretende conocer la percepción de apoyo social de pacientes con la enfermedad crónico-degenerativa Hipertensión arterial, dado que no existe información suficiente en la literatura médica sobre este aspecto que resulta de especial importancia para el manejo integral del paciente y su familiar en esta situación crítica.

¿Cuál es la percepción de apoyo en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la clínica de consulta externa de Jilotepec?

1.3.6 JUSTIFICACIÓN

En las personas con hipertensión arterial sistémica los familiares son los principales proveedores del apoyo social y juegan un papel esencial en la recuperación. Las actitudes de los familiares que conforman la red y las expectativas que los enfermos tienen en relación con su actuación, son una parte determinante del apoyo social. La hipótesis de la especificidad del apoyo describe que el apoyo social solo es efectivo cuando se ajusta a la tarea que es preciso solucionar. El apoyo social, según se oriente, puede tener un efecto pernicioso o beneficioso para la salud. Por ello resulta decisivo a la hora de planificar las intervenciones en rehabilitación conocer y promover la importancia de determinados aspectos del apoyo social proporcionado por los familiares.

Los profesionales deben realizar la tarea de atención a la familia entendida como apoyo social, orientativo o educativo a los cuidadores, con especial dedicación a los aspectos preventivos en sus posibles complicaciones que conlleva la hipertensión arterial sistémica. De este modo, se aumenta la calidad de vida de la persona enferma, de la familia y, además, el equipo se siente partícipe de un acto humano y muy emotivo: el acto de cuidar.

Una enfermedad no afecta por igual a todas las personas ni a todas las familias. Los seres humanos poseen una realidad interna formada, por lo que podríamos llamar sedimentación de experiencias. Se trata de un pozo en el que se encuentran sentimientos, afectos, relaciones, recuerdos, y que se forman mediante el intercambio del sujeto con el medio. Frente a realidades externas similares, las personas pueden haber desarrollado realidades internas muy diferentes. Recordar esto cuando se

trata con familias puede ayudar a los profesionales a no prejuzgar o a establecer similitudes interpretativas entre estas, que posteriormente podrían conducir a error en la definición de objetivos y en la intervención.

Por lo que nos damos a la tarea de conocer los lazos emocionales y afectivos que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar.

El presente estudio brinda el conocimiento en base a la clasificación familiar determinando las familias que predominan y tomando como base la funcionalidad y su clasificación con lo cual se podrá dar, no solo un manejo al paciente sino que de forma integral a toda su familia en un mismo contexto. Ya que al conocer la funcionalidad familiar, brindará la oportunidad al equipo multidisciplinario en salud en dar una adecuada atención y mejora en la calidad de vida de un paciente, iniciando por interesarse en entender la crisis que atraviesa la familia al tener en su núcleo a un familiar enfermo y fomentar en la misma sus capacidades cuidadoras.

1.3.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Objetivo General

Determinar la percepción de apoyo en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la clínica de consulta externa de Jilotepec ISSEMyM.

- Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de familia de los pacientes con Hipertensión arterial de la clínica regional de Jilotepec.
- Identificar ocupación o profesión de los pacientes hipertensos de la clínica regional de Jilotepec.
- Determinar si existe polifarmacia en pacientes hipertensos de la Clínica Regional de Jilotepec

2. METODOLOGÍA

2.1.- Diseño del estudio.

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y transversal.

El estudio se realizará en el área de consulta externa de la clínica del ISSEMYM del municipio de Jilotepec, Estado de México, constituida por familias cuya elegibilidad depende de la presencia de pacientes con hipertensión arterial, que acudieron en el periodo comprendido de noviembre de 2015 a marzo de 2016, con una población finita de 100 pacientes y que son tratados en dicha institución.

2.2. Criterios de inclusión

- Familias con pacientes con hipertensión arterial en tratamiento.
- Familias que autorizaron participar en el estudio.

2.3. Criterios de exclusión

- Familias con pacientes con hipertensión arterial en estado grave.
- Familias cuyo paciente no viva con él.
- Familias que no autorizaron participar en el estudio.

2.4. Criterios de eliminación

- Familias de pacientes con hipertensión arterial que aun habiendo autorizado participar en el estudio se rehusaron a contestar el instrumento de evaluación.
- Familiar de pacientes con hipertensión arterial que no contestaron completamente el cuestionario.
- Familiares de pacientes que se hospitalizaron por alguna complicación no relacionada con la hipertensión arterial.

2.5. Instrumento de Investigación

| VALORES | MÁXIMO | MÍNIMO | MEDIO |
|--------------------|--------|--------|-------|
| Emocional | 40 | 8 | 24 |
| Instrumental | 20 | 4 | 12 |
| Interacción Social | 20 | 4 | 12 |
| Afectivo | 15 | 3 | 09 |
| Índice Global | 95 | 19 | 57 |

El índice global de Apoyo Social se obtiene sumando los 19 ítems.

El Apoyo Social es Escaso cuando el Índice es inferior a 57 puntos.

Habrá Falta de Apoyo Emocional cuando la puntuación sea menor a 24.

Habrá Falta de Apoyo Instrumental cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrá Falta de Interacción Social cuando la puntuación sea menor a 12.

Habrá Falta de Apoyo Afectivo cuando la puntuación sea menor a 9.

2.6. Límite de tiempo y espacio

Previa aprobación se realizó en el periodo comprendido de noviembre de 2015 a marzo de 2016, en el área de consulta externa de la clínica del ISSEMYM del municipio de Jilotepec, Estado de México.

2.7 IMPLICACIONES ÉTICAS.

En la realización de este estudio se cumplió con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 y de Tokio de 1975; así como de la norma de la secretaría de salubridad y asistencia publicada en el diario oficial del 26 de enero de 1982 en relación a la investigación biomédica.

Los pacientes que se incluyeron en el estudio, fueron voluntarios a los cuales se les explicó claramente en qué consistía y previa autorización por consentimiento informado.

Ley general de salud.

Articulo 14 donde se menciona que la investigación contara con el consentimiento informado y por escrito, esto se realizó en el trabajo, se entregó una hoja de consentimiento de participación voluntaria (anexo  ) antes de aplicar el instrumento, donde se explicaba el objetivo del estudio, así como el poder dejar de contestarlo.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerán la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en su artículo 17 menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables filológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y tarjeteros de pacientes , en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, el presente estudio entra de este rubro, ya que es un estudio que emplea métodos y técnicas de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en los individuos que participan en el estudio.

3. Resultados

Se aplicaron 100 cuestionarios detectando la percepción de apoyo en paciente hipertenso en la clínica de consulta externa de Jilotepec ISSEMyM.

3.1 Edad

El rango de edad va de 31 a 83 años, con una media de 56.26 y una desviación estándar de 10.63.

3.2 Genero

Se observó que el 52% corresponden al género masculino y el 48% corresponden al género femenino.

3.3 Demografía

Se apreció que el 49% se encuentran en área Rural y el 51% en área urbana.

3.4 escolaridad

Destaco que un 37% curso la primaria, el 25% la secundaria, el 14% la preparatoria, y la universidad el 19% y por último el 5% no tiene escolaridad.

Tabla 2

| escolaridad | | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|--------------|------------|------------|
| Válidos | primaria | 37 | 37.0 |
| | secundaria | 25 | 25.0 |
| | preparatoria | 14 | 14.0 |
| | universidad | 19 | 19.0 |
| | ninguna | 5 | 5.0 |
| | Total | 100 | 100.0 |

3.5 ocupación

Se registró que el 29% se dedica al hogar, el 50% es trabajador, con el 16% se encuentra jubilado y por último el 5% ninguna ocupación.

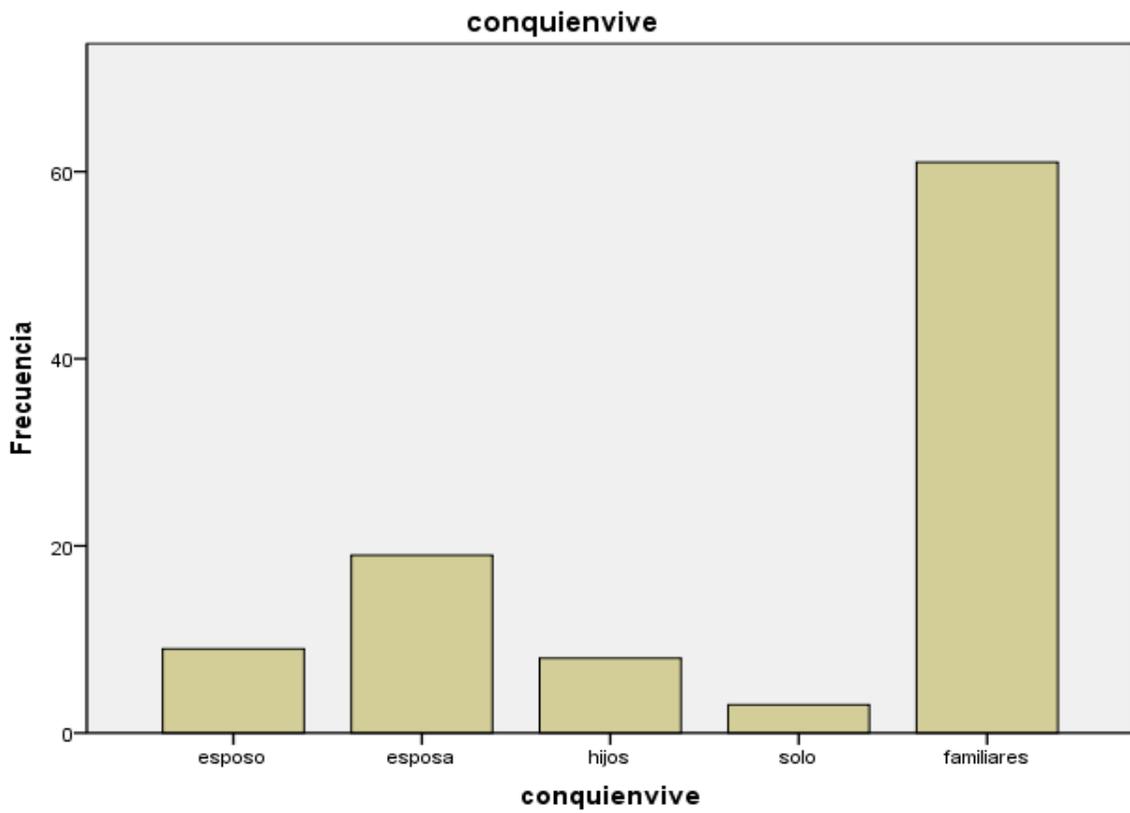
Tabla 3

| ocupación | | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|------------|
| Válidos | hogar | 29 | 29.0 |
| | trabajador | 50 | 50.0 |
| | jubilado | 16 | 16.0 |
| | ninguna | 5 | 5.0 |
| | Total | 100 | 100.0 |

3.6 con quien vive

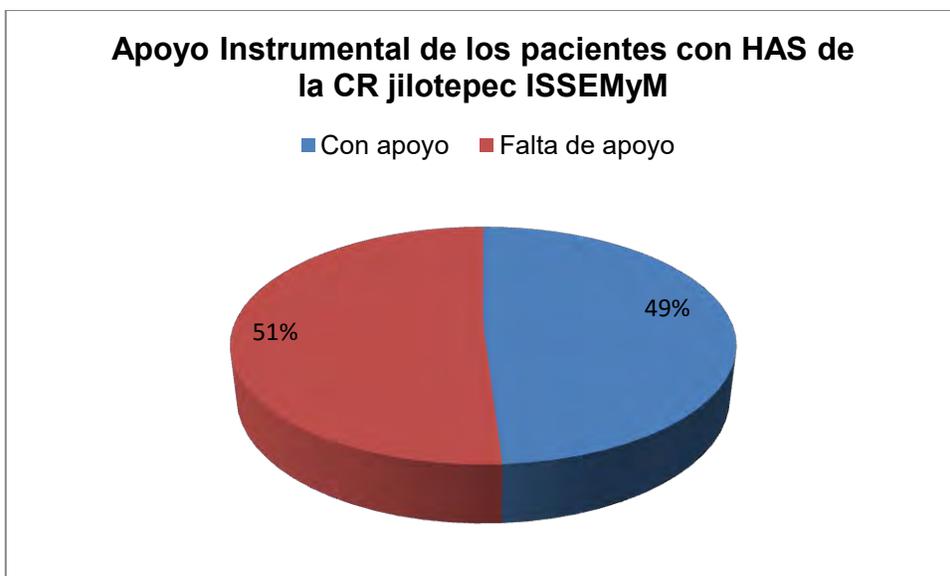
Se reportó el 9% que vive con su esposo, el 19% con la esposa, el 8% con los hijos, el 3% que vive solo y por último el 61 % que vive con familiares.

Grafica 1



3.7 apoyo instrumental.

En el estudio se encontró aplicando el instrumento de apoyo MOS un 51% con apoyo y un 49% con falta de apoyo instrumental.

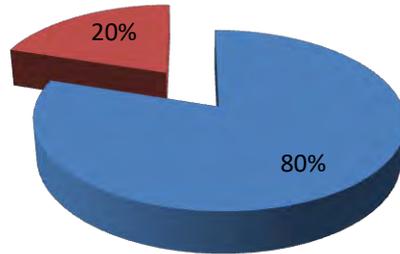


3.8 apoyo afectivo

Se observó un porcentaje predominante donde se encuentra un 80% con apoyo y el resto con el 20% con falta de apoyo afectivo.

Apoyo Afectivo de los Pacientes con HAS de la CR jilotepec ISSEMyM

■ Con apoyo ■ Falta de apoyo

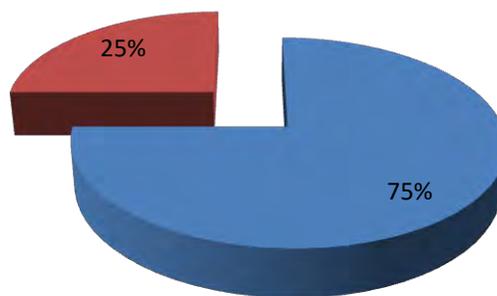


3.9 apoyo social.

Como resultado de apoyo social se resalta un 75% con apoyo y un 25% sin apoyo de los pacientes hipertensos.

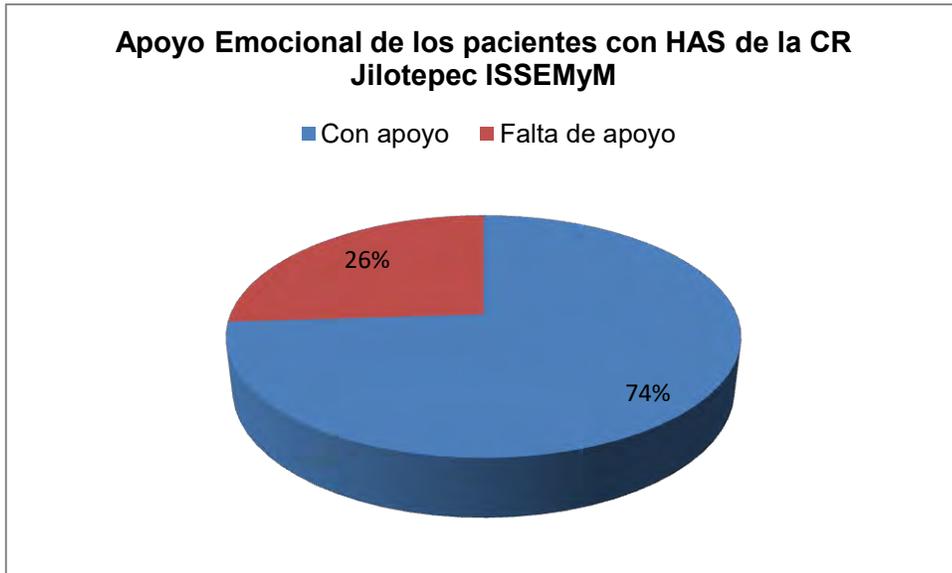
Apoyo Social de los pacientes con HAS de la CR jilotepec ISSEMyM

■ Con apoyo ■ Falta de apoyo



3.10 apoyo emocional.

Como resultado del estudio en cuanto al apoyo emocional se cuenta con un 74 % con apoyo y el resto con 26 % con falta de apoyo.



3.11 apoyo global

Con el índice global resulta el 71% con apoyo y el resto con un 29% sin apoyó en la clínica de Jilotepec.



3.12 En esta tabla resalta en la situación como trabajador un marcado apoyo social en 42 pacientes.

Tabla 4

| ocupación | Con apoyo | Sin apoyo |
|------------|-----------|-----------|
| hogar | 18 | 11 |
| trabajador | 42 | 8 |
| jubilado | 11 | 5 |
| ninguna | 4 | 1 |

3.13 en la tabla correspondiente en apoyo instrumental resulta por igual que al trabajador existe 25 con apoyo y 25 sin apoyo, teniendo en cuenta una cifra de 51 pacientes que no se dedican a nada un total de 51 en donde no existe apoyo instrumental.

Tabla 5

| ocupación | Con apoyo | Falta de apoyo |
|------------|-----------|----------------|
| hogar | 15 | 14 |
| trabajador | 25 | 25 |
| jubilado | 6 | 10 |
| ninguna | 3 | 51 |

3.14 En la tabla correspondiente destaca nuevamente en el trabajador con 39 pacientes el apoyo emocional que existe y 11 con falta de apoyo.

Tabla 6

| Ocupación | Con apoyo | Falta de apoyo |
|------------|-----------|----------------|
| Hogar | 20 | 9 |
| trabajador | 39 | 11 |
| Jubilado | 10 | 6 |
| Ninguna | 5 | 0 |

3.15 como resultado en apoyo afectivo en pacientes con ocupación de trabajador se aprecia 45 con apoyo y 5 con falta de apoyo, resaltando nuevamente este apartado.

Tabla7

| ocupación | Con apoyo | Falta de apoyo |
|------------|-----------|----------------|
| Hogar | 21 | 8 |
| trabajador | 45 | 5 |
| Jubilado | 9 | 7 |
| Ninguna | 5 | 0 |

3.16 En las siguientes tablas se presenta un apoyo en el área urbana tanto en emocional, social y afectiva, con respecto al apoyo instrumental una ligera inclinación al área rural.

Tabla 8

| Apoyo emocional | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ubicación de la casa | Con apoyo | Falta de apoyo |
| RURAL | 34 | 15 |
| URBANA | 40 | 11 |

Tabla 9

| Apoyo social | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ubicación de la casa | Con apoyo | Falta de apoyo |
| RURAL | 36 | 13 |
| URBANA | 39 | 12 |

Tabla 10

| Apoyo instrumental | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ubicación de la casa | Con apoyo | Falta de apoyo |
| RURAL | 25 | 24 |
| URBANA | 24 | 27 |

Tabla 11

| Apoyo afectivo | | |
|----------------------|-----------|----------------|
| Ubicación de la casa | Con apoyo | Falta de apoyo |
| RURAL | 38 | 11 |
| URBANA | 42 | 9 |

3.17 En las tablas con respecto al sexo o género existe tanto el apoyo emocional, social, instrumental y afectivo una inclinación hacia el lado masculino, y una inclinación a la falta de apoyo instrumental en el género femenino.

Tabla 12

| Apoyo emocional | | |
|-----------------|-----------|----------------|
| Sexo | Con apoyo | Falta de apoyo |
| MASCULINO | 41 | 11 |

| | | |
|----------|----|----|
| FEMENINO | 33 | 15 |
|----------|----|----|

Tabla 13

| Apoyo social | | |
|--------------|-----------|----------------|
| Sexo | Con apoyo | Falta de apoyo |
| MASCULINO | 40 | 12 |
| FEMENINO | 35 | 13 |

Tabla 14

| Apoyo instrumental | | |
|--------------------|-----------|----------------|
| Sexo | Con apoyo | Falta de apoyo |
| MASCULINO | 26 | 26 |
| FEMENINO | 23 | 25 |

Tabla 15

| Apoyo afectivo | | |
|----------------|-----------|----------------|
| Sexo | Con apoyo | Falta de apoyo |
| MASCULINO | 42 | 10 |
| FEMENINO | 38 | 10 |

3.18 En esta tabla se aprecia en primer lugar a 27 pacientes con apoyo social a nivel primaria de un total de 37 pacientes.

Tabla 16

| | Social | | Total |
|----------------------|-----------|----------------|-------|
| | Con apoyo | Falta de apoyo | |
| Escolaridad primaria | 27 | 10 | 37 |
| secundaria | 20 | 5 | 25 |
| preparatoria | 11 | 3 | 14 |
| universidad | 13 | 6 | 19 |
| ninguna | 4 | 1 | 5 |
| Total | 75 | 25 | 100 |

3.19 En la siguiente tabla nos permite ver que en el apoyo instrumental también existe más apoyo a nivel primaria con 21 pacientes precedido con secundaria en 134 pacientes con apoyo instrumental.

Tabla 17

| | | Instrumental | | Total |
|-------------|--------------|--------------|----------------|-------|
| | | Con apoyo | Falta de apoyo | |
| escolaridad | primaria | 21 | 16 | 37 |
| | secundaria | 13 | 12 | 25 |
| | preparatoria | 6 | 8 | 14 |
| | universidad | 6 | 13 | 19 |
| | ninguna | 3 | 2 | 5 |
| Total | | 49 | 51 | 100 |

3.20 En la tabla sobre el apoyo afectivo resalta el número de pacientes con un total de 32 de escolaridad primaria con apoyo.

Tabla 18

| | | Afectiva | | Total |
|-------------|--------------|-----------|----------------|-------|
| | | Con apoyo | Falta de apoyo | |
| escolaridad | primaria | 32 | 5 | 37 |
| | secundaria | 19 | 6 | 25 |
| | preparatoria | 13 | 1 | 14 |
| | universidad | 12 | 7 | 19 |
| | ninguna | 4 | 1 | 5 |
| Total | | 80 | 20 | 100 |

4. Discusión.

El doctor de la Revilla refiere en su artículo tiene un rango de edad de 15 a 95 años y en la clínica de consulta externa de Jilotepec presenta un grupo de edad de 31 a 83 años, ahí decía que mayor edad se encontró 12 pacientes con falta de apoyo emocional, 14 pacientes tienen falta de apoyo social, en el apoyo instrumental 22 pacientes, en el afectivo son 10 pacientes, todos mayores de 60 años.

Con Ocupación al Hogar la falta de apoyo social se encontró 11 pacientes, con falta de apoyo emocional 9 pacientes y apoyo instrumental 14 pacientes.

Con ocupación como Trabajadores la falta de apoyo son 25 y afectivo 8 pacientes se dedican al hogar.

Según el Dr. José Jaime Castaño-Castrillón en su artículo de Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (Colombia) 2011. Refiere que la escolaridad se encontró que la proporción de pacientes con nivel educativo en primaria constituyen el 59,5%, proporción menor a la obtenida por Vinaccia y cols. En Medellín (Colombia) en el año 2006 en su estudio sobre apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; en esta población la proporción con grado primaria de educación fue de 84,9% donde en la clínica de Jilotepec se destacó que en 27 pacientes cursan con apoyo social presentando el grado de escolaridad de primaria más alto que el resto de las escolaridades.

Con respecto con la revista chilena el Dr. Javier Garrido en su investigación clínica en el Control del Hipertenso, un desafío no resuelto. Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. Con el Cuestionario de apoyo social de MOS-SSS13 (Medical Outcome Study Social Support Survey), Recoge información multidimensional sobre niveles de apoyo a los que el paciente accede y se encuentra con un escaso apoyo social que fue definido con una puntuación global menor a 57 puntos de un máximo de 94 puntos, donde encontramos que en la Clínica de Jilotepec, como resultado de apoyo social se resalta un 75% con apoyo y un 25% sin apoyo de los pacientes hipertensos donde se contrapone con el resultado en Chile.

5. Conclusión.

Se alcanzó el objetivo señalado al aplicación del instrumentó.

Este estudio se cuenta con limitación de solo estudiar la hipertensión, pues sabido que en la mayoría de las veces va de la mano con otras comorbilidades que pueden a un más deteriorar la salud del paciente y existiría otro enfoque diferente al que se está proponiendo en esta investigación.

A nivel general se observa que aunque las dimensiones que conforman el MOS (Apoyo Social, Apoyo Instrumental, Interacción Social, Apoyo Afectivo y Apoyo Emocional) tuvieron puntajes altos con respecto al punto de corte diseñado para cada dimensión, es de resaltar que, sólo el Apoyo Emocional, afectivo y la Interacción Social tuvieron el más alto impacto en la percepción de apoyo en los pacientes con hipertensión arterial.

En resumen, este estudio muestra que la escala MOS adaptada en nuestro trabajo es un instrumento válido para medir apoyo social percibido y cuenta con propiedades psi-cométricas aceptables. Adicionalmente, es muy interesante, el hecho de que los estudios en Latinoa-mérica revisados muestren bastante concordancia en los resultados permite mostrar que el comportamiento de la escala podría ser semejante en distintos países de la región, lo que facilitaría su uso en la práctica en su forma estándar o modificada por un estudio.

Se observa en este estudio que las mujeres son las más afectadas agregando que a mayor edad se encuentra un mejor apoyo ya que en los últimos años se ha visto la tasa de mortalidad es mayo

en varones por lo cual es evidente el crecimiento o la duración de más años por parte de las mujeres así mismo conlleva al cuidado de los familiares o amigos en estos pacientes.

Es necesario para resolver el problema que aqueja a la población vulnerable en este caso a pacientes con hipertensión, en que existe más grupos de ayuda o redes de apoyo donde se encuentren talleres, áreas en psicología, trabajo social, o áreas de gerontología o geriatría aplicadas a hombres y mujeres de la tercera edad contando con un mejor apego así mismo resolviendo las dudas que surjan acerca de su enfermedad contemplando a familiares que conozcan y familiarizándose para poder realizar una mejor relación y apoyo a sus familiares.

6. referencias

1. Informes psicológicos, No. 8 p. 89 – 106 Medellín - Colombia. Ene-Dic de 2006, ISSN 0124-4906 Stefano Vinaccia* Japcy Margarita Quiceno**, Hamilton Fernández**, Ana Milena Gaviria**, Fransenith Chavarría**, Oscar Orozco**
2. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena Fernando Poblete, Andrés Glasinovic, Jaime Sapag, Nicolás Barticevic*, Artzy Arenas y Oslando Padilla Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile Recibido el 4 de febrero de 2014; aceptado el 22 de octubre de 2014
3. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ese, Manizales (Colombia) 2011 José Jaime Castaño-Castrillón • Christian Echeverri-Rubio • José Fernando Giraldo-Cardona • Ángelo Maldonado-Mora • Jonathan Melo-Parra • Germán Andrés Meza-Orozco • Christian Germán Montenegro-Gutiérrez • Camilo Andrés Peláez-Ramos • Jader Mauricio Perdomo-Muñoz • Edwin Andrés Rodríguez-Arias Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General en Edimburgo, Escocia, octubre de 2002.
4. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Secretaría de Salud, México, 1987.

7 anexos.

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Clínica de consulta externa Jilotepec ISSEMyM

fecha;

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“PERCEPCIÓN DE APOYO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE JILOTEPEC ISSEMyM.”**

El objetivo de este estudio es determinar la percepción de apoyo que existe en pacientes con hipertensión arterial sistémica de la clínica de Jilotepec ISSEMyM.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tiene riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, los cuales son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y valida que nos encamina a conocer el grado de conocimientos de los médicos familiares acerca de la percepción que se tiene en apoyo en pacientes con hipertensión y la manera en que dicho conocimiento es aplicado en la práctica clínica diaria. El M.C VICTOR HUGO DURÁN JUÁREZ investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de

los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte la relación médica que recibo en esta clínica.

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

Nombre y firma del paciente

nombre y firma del investigador

Testigo

Dr. Víctor Hugo Durán Juárez.

Anexo 2

CARTA DE ASENTAMIENTO.

Clínica de consulta externa Jilotepec ISSEMyM.

Fecha:

Por medio del presente, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria, sin ningún tipo de presión y previa explicación pormenorizada, en el protocolo de estudio titulado **“PERCEPCIÓN DE APOYO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA DE LA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA DE JILOTEPEC ISSEMyM”**, mismo que realizara el DR. VICTOR HUGO DURÁN JUAREZ, quien es residente de medicina familiar del ISSEMyM y médico adscrito de esta unidad médica.

El presente estudio tiene como propósito principal determinar si la percepción de apoyo en pacientes con hipertensión arterial sistémica es un factor que afecta el estilo de vida de los pacientes de la Clínica de consulta externa de Jilotepec estado de México.

Mi decisión es completamente voluntaria, se me ha informado que no habrá consecuencia que dañe a mi persona y que el protocolo en mención, será empleado solamente con fines de investigación y se guardaran confidencialmente las identidades de los pacientes en el mismo.

Nombre y firma del paciente:

M.C Víctor Hugo Durán Juárez.

Testigo

Nombre y firma:

Anexo 3

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

1.- Edad:

2.- sexo:

masculino ()

femenino ()

3.- su casa está ubicada en área:

Rural ()

Urbana ()

4.- Escolaridad: primaria () secundaria () preparatoria () universidad () ninguno ()

5.- Ocupación: hogar () trabajador () jubilado () ninguna ()

6.- ¿con quién vive?:

Nombre y firma del participante:

M.C Víctor Hugo Durán Juárez:

Testigo

Nombre y firma:

Anexo 4

CUESTIONARIO MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre).

Nº de amigos íntimos o familiares...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila).

| PREGUNTA | NUNCA | POCAS VECES | ALGUNAS VECES | LA MAYORÍA DE VECES | SIEMPRE |
|--|-------|----------------|------------------|------------------------|---------|
| 2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita. | | | | | |
| 6. Alguien que le muestre amor y afecto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Alguien con quien pasar un buen rato. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Alguien que le abraza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Alguien con quien pueda relajarse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo. | | | | | |
| 13. Alguien cuyo consejo realmente desee. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo. | | | | | |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Alguien con quien divertirse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Alguien que comprenda sus problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Etapa de planeación (trimestres) | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Etapa de planeación | X | X | X | | | | | | | | | |
| Marco teórico | | X | X | X | X | | | | | | | |
| Material y métodos | | | | X | X | | | | | | | |
| Registro y autorización de proyecto | | | | | X | | | | | | | |
| Etapa de ejecución de proyecto | | | | | X | X | X | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | X | X | | | | |
| Almacenamiento de datos | | | | | | | X | X | | | | |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | X | | |
| Descripción de los resultados | | | | | | | | | | X | X | |
| Discusión de los resultados | | | | | | | | | | X | X | |
| Conclusiones del estudio | | | | | | | | | | | X | |
| Integración y revisión final | | | | | | | | | | | X | X |
| autorizaciones | | | | | | | | | | | | X |
| Impresión del trabajo final | | | | | | | | | | | | X |
| Solicitud examen de tesis | | | | | | | | | | | | X |