



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**Secretaría
de Salud**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO

**UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL BÁSICO DE ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO**

**“LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL APEGO AL
TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LA ALAMEDA DE ZUMPANGO DEL RÍO;
GUERRERO EN EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE 2016”.**

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

**PRESENTA:
DR. JOSÉ TORREBLANCA CHAVELA**

**ASESORA
DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA**

SEMIS 22131016

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO DEL 2018.



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.

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL APEGO AL
TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LA ALAMEDA DE ZUMPANGO DEL RÍO,
GUERRERO EN EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE 2016.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSÉ TORREBLANCA CHAVELA

AUTORIZACIONES:

DRA. MARÍA PATRICIA ALVAREZ GONZALEZ
PROFESORA TITULAR

DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
ASESOR DE TESIS

DRA. MÓNICA EVELMIRA PIEDRA MENDOZA
COORDINADORA DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. RUBI ÁLVAREZ NAVA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN EN SALUD Y FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS

DRA. MARIBEL OROZCO FIGUEROA
SUBDIRECTORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO DEL 2018

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL APEGO AL
TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LA ALAMEDA DE ZUMPANGO DEL RÍO;
GUERRERO EN EL PERIODO DE JUNIO A OCTUBRE 2016.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ TORREBLANCA CHAVELA.

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

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ZUMPANGO DEL RÍO, GUERRERO, FEBRERO 2018

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

INDICE	PAGINAS
1. Marco teórico	7
2. Planteamiento del problema	19
3. Justificación	19
4. Objetivos	20
- General	
- Específicos	
5. Hipótesis	21
6. Metodología	21
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Método o procedimiento para captar la información	
- Análisis Estadístico	
- Variables	
- Consideraciones éticas	
7. Resultados	27
8. Discusión	36
9. Conclusiones	39
10. Referencias bibliográficas	41
11. Anexos	44

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial sistémica (HAS) se considera cuando las cifras de presión arterial sistólica mantenida igual o mayor de 140 mmHg y la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg a partir de los 18 años en adelante; es una enfermedad crónica no transmisible, constituye uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia actualmente para producir enfermedades cardiovasculares. El funcionamiento familiar actúan de forma positiva en el apego y control de la HAS y recuperación o estabilidad de la salud. **Objetivo:** Determinar si la funcionalidad familiar influye con apego al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el centro de salud la Alameda de Zumpango del Río, Guerrero. **Material y Métodos:** Estudio observacional de tipo transversal, prospectivo y analítico, no probabilístico por conveniencia con un total de 113 pacientes a los que se aplicó el Test de APGAR. **Análisis estadístico:** Se elaboró una base de datos la cual se tabuló y se codificó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0, se realizó un análisis descriptivo e inferencial. **Resultados:** De 113 pacientes, se valoró la disfunción familiar al 100% revelando que el 76.1% (86) tienen familias funcionales, el 23.% (26) familias con disfunción moderada. Familias severamente disfuncionales 100% no tiene apego, familias con disfunción moderada, 61.54% no cumple, y familias funcionales 70.9% cumplen con el tratamiento. **Conclusiones:** Se encontró asociación entre disfunción familiar y apego al tratamiento en pacientes con HAS. Es importante explorar a mayor profundidad el papel que desempeña la dinámica de las familias mexicanas en el apego al tratamiento ya que se pueden presentar complicaciones importantes e incluso llevarlos a la muerte. Dentro del contexto familiar debemos investigar la influencia de factores externos como la tipología familiar, ciclo vital, cultura, costumbres, nivel socio económico, estilo de vida y percepción de salud del grupo familiar, así como aumentar el tamaño de la muestra y estudiar pacientes específicamente descontrolados.

Palabras Claves: Hipertensión arterial Sistémica, Funcionalidad Familiar, APGAR.

SUMMARY

Introduction: Systemic arterial hypertension (SAH) is considered when the values of systolic blood pressure maintained equal to or greater than 140 mmHg and diastolic blood pressure greater than or equal to 90 mmHg from the age of 18 onwards; is a chronic noncommunicable disease, one of the most prevalent risk factors for cardiovascular diseases. Family functioning acts positively in the attachment and control of SAH and recovery or stability of health. **Objective:** To determine if family functionality influences the treatment and control of arterial hypertension in the Alameda de Zumpango del Río, Guerrero health center. **Material and Methods:** A cross-sectional, prospective and analytical, non-probabilistic observational study with a total of 113 patients to whom the APGAR Test was applied. **Statistical analysis:** A database was prepared which was tabulated and coded using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 19.0, a descriptive and inferential analysis was performed. **Results:** Of 113 patients, family dysfunction was assessed at 100%, revealing that 76.1% (86) had functional families, 23% (26) families with moderate dysfunction. Severely dysfunctional families 100% have no attachment, families with moderate dysfunction, 61.54% do not comply, and functional families 70.9% comply with treatment. **Conclusions:** We found an association between family dysfunction and treatment adherence in patients with hypertension. It is important to explore in greater depth the role played by the dynamics of Mexican families in adherence to treatment, since important complications can occur and even lead to death. Within the family context, we must investigate the influence of external factors such as family typology, life cycle, culture, customs, socioeconomic level, lifestyle and health perception of the family group, as well as increase the sample size and study patients specifically uncontrolled

Key Words: Systemic arterial hypertension, Family Functionality, APGAR.

1. MARCO TEÓRICO

¿Qué es la hipertensión arterial?

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es definida según la Eighth Joint National Committee (JNC7) cuando las cifras de presión arterial sistólica se mantiene sostenida igual o mayor de 140 mmHg y la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg a partir de los 18 años en adelante; es considerada como una enfermedad crónica no transmisible, constituye uno de los factores de riesgo de mayor prevalencia actualmente para producir enfermedades cardiovasculares ^{1, 2, 3}.

La HAS tiene una distribución unimodal en la población, continúa siendo causa de riesgo cardiovascular con valores sistólicos y diastólicos de 140/90 mmHg, respectivamente, es una de las entidades de mayor trascendencia epidemiológica; el hablar de esta patología traduce gravedad, alteraciones personales, familiares y comunitarias, el aumento en la magnitud y en la gravedad de la hipertensión arterial ha sobrepasado las expectativas de todos los gobiernos; hecho que ha obligado a cuestionar científicamente esta enfermedad y de esta forma clasificarla basada en valores o cifras tensionales. Sin embargo, el cambio de una terminología ampliamente conocida y aceptada puede generar confusión, el uso de valores de corte simplifica el abordaje diagnóstico y terapéutico en la práctica clínica diaria ^{3, 4, 10}.

Clasificación de la Hipertensión:

En la tabla 1 se observan las cifras de la presión arterial, la normal y fronteriza, no son hipertensas, pero tienen alto riesgo de presentar la enfermedad; por lo que de ellas los médicos a cargo de estos pacientes tienen que estar pendientes de realizar acciones preventivas de dicho riesgo e intervenir para retrasar o evitar el desarrollo de la HAS ¹¹.

Tabla 1. Clasificación de HAS por cifras.

Categoría		Sistólica mm/Hg
Diastólica mm/Hg		
Óptima	< 120.	< 80
Normal *	120 a 129	80 a 84
Fronteriza *	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica	≥ 140	< 90
Aislada		

* Elaborado por Grupo Mexicano de hipertensión, Revista Mexicana de cardiología ³.

La Eighth Joint National Committee (JNC8) recomienda en la HAS en la población general de 60 o más años, inicie el tratamiento farmacológico para disminuir la presión arterial con una presión arterial sistólica de 150 mmHg o mayor, o con una presión arterial diastólica de 90 mmHg o mayor, se basa en evidencias de calidad moderada a alta que muestra que en la población con 60 o más años trazar una meta menor de 150/90 mmHg esto reduce el riesgo de accidente vascular cerebral, falla cardiaca y enfermedad coronaria ^{2,4}.

El comportamiento de las urgencias y emergencias hipertensivas se han estudiado de forma global tomando en cuenta las variables: edad, sexo, raza, emergencias médicas más frecuentes presentadas, antecedentes personales y familiares, complicaciones anteriores con daño orgánico y secuela, por su enfermedad de base, obteniéndose como resultado que las urgencias y emergencias hipertensivas predominan en grupos de edades de 50 a 64 años; el sexo femenino y la raza negra estuvieron en mayor proporción, la mayor frecuencia fue de patologías cerebrales, la hipertensión fue más común como antecedente patológico familiar y personal ⁴.

Epidemiología de la Hipertensión Arterial

Según datos epidemiológicos en la HAS, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados y subdesarrollados; la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud

(OPS), coinciden que 2 de cada 3 personas que padecen hipertensión arterial desconocen dicha enfermedad por falta de detección en unidades de salud y de solicitar atención médica⁶. Actualmente la HAS, es considerada como una de las enfermedades más frecuentes, por lo que se concibe como un problema de salud pública importante, además de ser considerada como el enemigo silencioso ⁷.

En México según Encuestas Nacionales en Salud y Nutrición (ENSANUT 2006 y 2012), ENSA 2000, se encontró una prevalencia de HAS de 31.6% en individuos de ambos sexos de 20 años o más, de estos 47.8% desconocían padecer HAS, de los pacientes que si estaban diagnosticados por un Médico; solo el 39.0% recibía tratamiento y de estos 51.2% tenía cifras tensiionales bajo control (menos de 140/90 mmHg), 30% de los pacientes con HAS también tenían diabetes, 36.5% presentaban hipercolesterolemia y el 51.7% hipertriglicerolemia ⁶.

Estudios revelan que la presentación de la HAS se observa en diversas regiones de la república Mexicana, principalmente en los Estados de la región norte donde siete de los nueve estados ocurre el mayor porcentaje de HAS entre ellos Aguas Calientes, Tamaulipas, Baja California, Nuevo León, Sonora, Guanajuato y Sinaloa y cinco de los seis estados con menor prevalencia son de la región sur Oaxaca, Quintana Roo, Colima, Morelos, Chiapas ⁸.

Factores de Riesgo

Entre los factores que se han identificado que contribuyen a la aparición de la HAS, diversos estudios citan, la edad de 55 años igual o mayor, alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y enfermedades crónicas como Obesidad, Dislipidemias y Diabetes según la encuestas nacionales en salud y nutrición⁹.

Los factores ambientales, genéticos, la dieta pobre en potasio, ingesta moderada o abundante de alcohol, el medio que lo rodea bajo situaciones de estrés, contribuyen

a desarrollar HAS, se observa que los antecedentes familiares directos de hipertensión marcan en ocasiones la diferencia entre ser o no hipertenso en un futuro ^{8,10}. Se calcula que el 60-70 % puede deberse a factores genéticos, siendo el 40 - 30% restante resultado de influencias ambientales ¹¹. Se presenta con mayor frecuencia en las personas con obesidad, y es de más difícil control o estabilización, se ha demostrado que pacientes con un IMC menor de 25 Kg/m² de superficie corporal; la incidencia de la HAS es menor, por lo que se plantea que al perder 5.1 kg de peso reduce en promedio 4.4 mmHg de presión arterial sistólica y 3.6 mmHg de presión arterial diastólica ¹².

Tratamiento de la Hipertensión Arterial

Actualmente el tratamiento farmacológico debido a ensayos clínicos, aleatorios y controlados, se ha demostrado y de la misma forma recomendado ampliamente por la efectividad y beneficios de utilizar como tratamiento inicial diuréticos de tipo Tiazida en pacientes hipertensos ya sea como único medicamento o en combinación con otras clases de antihipertensivos Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECASs), Antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA II), Beta bloqueadores (BBs), Bloqueadores de los canales de calcio (BCC)¹⁴. En caso de presentar alguna contraindicación, el uso de estos antihipertensivos deberá usarse de otra clase, siempre y cuando este demostrado sus efectos sobre la reducción de eventos cardiovasculares(16). Los diuréticos del tipo Tiazida fortalece la acción antihipertensiva cuando se da conjuntamente con otros antihipertensivos, así como tiene la ventaja de disminuir el riesgo cardiovascular ^{16; 14}.

El tratamiento no farmacológico es importante para ayudar al mejor control de la HAS modificar los diferentes estilos de vida, la reducción del peso en los pacientes con obesidad y sobrepeso, combinando ejercicio dinámico (caminata, natación, bicicleta) durante 30 a 40 minutos al día e integrando 150 minutos a la semana ¹⁷. Los pacientes sedentarios con obesidad con una disminución de 10 kg de peso aproximado, pueden lograr una disminución de 5-20 mmHg¹⁴. Los pacientes con obesidad mórbida o estar en estadios 2 y 3 de hipertensión tienen que ser previamente valorados

por médico, iniciando con 5 minutos 3 veces al día, el consumo de sodio no debe exceder de 6 gr/día, evitar o disminuir el consumo de alcohol a no más de 30 ml de etanol (dos copas) al día reduce 2-4 mmHg de PAS, adoptar un plan de dieta DASH; consumir verduras y frutas, productos lácteos bajos en grasa y un contenido reducido en grasas saturadas disminuyendo 8-14 mmHg ^{16; 3}.

La falta del autocuidado, apego al tratamiento farmacológico en cuanto a la ingesta diaria, horario, dosis y frecuencia establecida por el médico integrado a cambios de estilo de vida saludable favorecen el descontrol de la HAS¹⁸. Lleva a presentar complicaciones médicas en forma temprana e inesperada, entre ellas eventos cardiovasculares, deterioro de órganos como los ojos, el riñón, corazón y cerebro dando aparición a la urgencia y emergencia hipertensiva, insuficiencia renal entre otras ¹⁹. Sin embargo la falta conductual como falta de control de la obesidad, sobrepeso, inactividad física, consumo de sodio en cantidades moderadas, consumo de alcohol frecuente y principalmente el tabaquismo son factores asociados al descontrol de la hipertensión arterial, de esta forma disminuye la esperanza de vida significativamente, el ser fumador o exfumador de 1 año cuadriplica el riesgo de padecer cardiopatía hipertensiva, siendo esta la causa más importante de morbimortalidad del paciente hipertenso ¹⁹.

Actualmente el apego al tratamiento farmacológico se observa disminuido, en los pacientes que han desarrollado HAS probablemente sea por las reacciones adversas, falta de efectividad de algunos medicamentos por insuficiente o excesiva medicación, en el 2012 se realiza un estudio en el cual se demuestra desabasto en las unidades de salud, falta de recurso monetario para adquirirlo son factores para no llevar un adecuado apego al tratamiento y así mismo al control de la enfermedad y evitar complicaciones agudas o crónicas²⁰. Además la población mexicana atraviesa por situaciones carenciales importantes sobre la adquisición de los medicamentos indicados para controlar la hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas como Diabetes tipo 2, en las unidades de especialidades médicas de enfermedades crónicas (UNEMES-EC) de México, de 17 medicamentos básicos para tratar estas

enfermedades, solo 13.3 % contaban con abasto completo, el 35 % de los pacientes tuvieron que comprar el medicamento alguna vez, y de estos el 96% no lleva el apego al mismo por la falta de recurso monetario para adquirirlo, dando pauta a agudizar las complicaciones²⁰. A pesar de la existencia de un cuadro básico de medicamentos, entre ellos, antibióticos, analgésicos, antiparasitarios y medicación antihipertensiva en el año 1996- 1997, en la Secretaria de Salud de México (SSA) se encuentra el hallazgo que solo el 50% de los insumos se encontraban en las Unidades de Primer Nivel de 36 medicamentos solo 18 o menos se registran en dichas unidades ²¹.

El conocimiento y aceptación del paciente sobre su enfermedad son factores que determinan el control de la patología así como la prevención de complicaciones. En el apego al tratamiento, es indispensable tener voluntad y adquirir la responsabilidad de llevar adecuadamente el mismo, mantener la cifras tensiionales lo más estables posibles con cifras menores a 140/90 mmHg, de los hipertensos que conocen su enfermedad más del 50% no llevan un buen apego al tratamiento farmacológico (anti-hipertensivas) y no farmacológico (estilos de vida saludable; ejercicio, dieta baja en cloruro de sodio, eliminación del tabaquismo, alcoholismo, y promoción del autocuidado ²².

La atención integral de pacientes hipertensos y diabéticos otorgada por enfermeras en medicina familiar capacitadas, en coordinación de un equipo formado por médico familiar, nutriólogo, estomatólogo, trabajadora social, basándose en el índice de masa corporal (IMC), glucemia en ayunas, presión arterial, auto percepción del estado de salud, adherencia terapéutica y solicitud de servicios de urgencias. integrando 44.9% pacientes hipertensos, 27% diabéticos tipo 2 y 28.1% ambos padecimientos, la proporción de pacientes atendidos por el equipo de salud aumento, se observo disminución del peso, cifras tensiionales por debajo de 130/90 mmHg, no se modifico la glucemia menor de 140mg/dl, la autopercepción de salud mejoro, así como la adherencia terapéutica y por ende la disminución de la solicitud del servicio de urgencias 4.5 % y en los hospitales menor del 6.5% ²³.

La familia y la hipertensión arterial

La familia representa un apoyo invaluable para la disminución de complicaciones de la HAS, ya que involucrarse en el tratamiento de su familiar y sumarse a las medidas higiénico-dietéticas y estilos de vida saludable le da percepción al paciente de no estar solo con su problema de salud ²⁴. Por otra parte, enfermos que tienen apoyo familiar; los cuales cambiaron sus estilos de vida, mejorando su alimentación, realizando ejercicio en conjunto con los enfermos de HAS y con ingesta oportuna del tratamiento se observó que un 75% de los pacientes presentaron cifras tensionales dentro de los parámetros normales T/A:menor 140/90 mmHg, ¹². La falta de síntomas y signos en la mayoría de los casos con cifras de presión arterial elevadas; le da al paciente una falsa idea de que su presión arterial está controlada. De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona con falta del apego al tratamiento ¹¹.

La funcionalidad de la familia es un factor importante para el buen control y apego al tratamiento, ya que intervienen en las acciones del paciente hipertenso, con sus hábitos dietéticos, actividades físicas, seguimiento del tratamiento farmacológico, el conocimiento de la enfermedad y estilos de vida saludable²⁴. Se han registrado cifras tensionales dentro de los parámetros normales T/A:< 140/90 mm Hg, en los cuales se presentan menos casos de urgencia o emergencia hipertensiva, los hombres hipertensos presentan mejor compensación que las mujeres²⁵. Por lo que es sumamente importante instaurar una estrategia en la cual la familia se integre y modifique los estilos de vida saludable y muestre el interés en llevar al paciente a cifras optimas lo más pronto posible, para disminuir los riesgos cardiovasculares y de esta forma mejorar la esperanza de vida y calidad de la misma ^{23; 5}.

La disfunción familiar elevada y moderada se presenta en aproximadamente el 32% de las familias en la cual hay integrantes anciano siendo comprensible por presentar enfermedades crónicas: HAS, Diabetes tipo 2 y otros agravios, puede desarrollar estrés de la familia como falta de adaptabilidad a los cambios de papeles de los

miembros, a los nuevos estilos relaciones intrafamiliares, y a las propias relaciones de cuidado. Por ello es indispensable anticiparse en la intervención familiar a las nuevas condiciones experimentadas por la familia ²⁷.

La HAS como se ha mencionado anteriormente es una enfermedad crónica distribuida mundialmente, afectando a personas de 20 años y mas, es necesario reforzar los sistemas de salud, en cuanto a las medidas de prevención y promoción a la salud, entre ellas las de la educación en salud, comprometiendo a la comunidad en el cuidado de la salud, la funcionalidad familiar y el automanejo de la enfermedad se constituyen como la mejoría de la calidad de vida de las personas afectadas bajo el contexto biopsicosocial. Este propósito puede ser alcanzado cuando existe un trabajo colaborativo entre paciente, familia y profesional de la salud, orientado a enseñar, acompañar y supervisar el proceso de salud y enfermedad; en la que las decisiones del tratamiento sean tomadas bajo un compromiso de corresponsabilidad y con pacientes bien informados. La familia puede contribuir con la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades como por ejemplo , con la presencia de control de la HAS en uno o varios de sus integrantes, es importante conocer la dinámica familiar dado que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar desequilibrio emocional y descontrol del paciente con enfermedad crónica, principalmente HAS, en la que la evolución y respuesta al tratamiento, depende en buena medida, del funcionamiento familiar, por el contrario la comunicación efectiva, efectividad, desarrollo, adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. La OMS reconoce que en las enfermedades crónicas; El paciente y su familia son elementos claves, quienes deben estar preparados, informados y motivados con el desarrollo de suficientes habilidades para el automanejo de la enfermedad; la efectividad del automanejo ayuda al paciente y familia adherir al tratamiento minimizando las complicaciones, síntomas y problemas crónicos asociados a incapacidad ¹.

Los pacientes ancianos con enfermedades crónicas entre ellas la HAS, en situación de fragilidad por la edad avanzada requieren por parte de la familia, protección, cuidado, solidaridad, afecto y amor. Sin embargo la idealización de la familia como escenario de protección y cuidado puede tomar contornos de un lugar de violencia y de opresión. Ante esa situación es esencial para la intervención de salud el APGAR familiar eficiente prueba de evaluación del funcionamiento familiar. La función familiar se refiere a la manera por la cual la familia es vista por sus miembros en el cumplimiento de ese compromiso y permite identificarlas percepciones individuales de los valores de la familia como recurso psicosocial o como soporte social ²⁷.

Se han realizado algunos estudios en el Mundo y en México en donde se ha estudiado la asociación entre la disfunción familiar y el apego al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial encontrando diversos resultados de importancia, donde se concluye que los elementos de la dinámica familiar son potenciales factores de riesgo para el apego y control de la hipertensión arterial, por lo cual es necesario considerarlos para el control de esta patología y evitar complicaciones que repercuten en la calidad de vida de los pacientes y cada uno de los integrantes de la familia.

McDaniel *et al* (1998) señalan que el funcionamiento familiar entendido como la forma en que la familia contribuye la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus funciones básicas como la comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información se ha comprobado que actúan de forma positiva en el apego y control de la hipertensión arterial y recuperación o estabilidad de la salud¹.

Cocha Toro y colaboradores realizan el año 2005 un estudio para determinar la relación entre funcionalidad familiar y presencia de eventos descompensatorios en pacientes crónicos diabéticos e hipertensos. Los resultados obtenidos fueron que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación, siendo más susceptibles de descompensarse aquellos sujetos que provienen de familias con

funcionalidad moderada o disfunción severa; el género también resultó significativamente asociado a la descompensación, observándose más frecuentemente en las mujeres ²⁵,
1.

María del Refugio Zavala-Rodríguez y colaboradores; realizaron un estudio de Enero a Marzo 2008. Con el objetivo de describir el grado de relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad, en pacientes adultos con enfermedad crónica, Se efectuó en una muestra de 97 pacientes y una misma cantidad de familiares; se utilizó una cédula sociodemográfica, la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedemann (E-EFF), y la escala de ansiedad-rasgo de Spielberger, el grupo de edad de los familiares fue de 33 a 47 años, y de los pacientes de 60 a 70 años, destacando el género femenino. El 56% de los pacientes presenta diabetes Mellitus tipo 2, entre otro grupo de enfermos crónicos. En cuanto a los índices, la ansiedad-rasgo, obtuvo una media de 51%, en la E-EFF fue de 84%. Por tanto, se detectó nivel moderado de ansiedad en el 92% de los pacientes, y el 91% integra una familia funcional. Concluyendo que las cuatro subescalas de la E-EFF obtuvieron una media significativa, con valores que fluctúan entre 77,0 a 92,0. Este último valor equivale a la subescala de coherencia que, de acuerdo con Friedemann, guía a la unidad y pertenencia familiar, y permite vínculos emocionales positivos ⁴.

Mendoza Parra y colaboradores realizaron un estudio en el Centro de Salud Familiar San Pedro de Chile en año 2009, con el fin de Identificar factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos a partir de su dependencia funcional, trastornos de memoria, percepción de bienestar, maltrato y depresión en una región del sur de Chile. Mediante un estudio cuantitativo exploratorio en una muestra de 211 adultos mayores hipertensos 29,1% de los atendidos en el Programa Cardiovascular del Centro de Salud Familiar San Pedro, en la provincia de Concepción, región del Bío Bío, Chile. Se aplicaron siete instrumentos: el cuestionario abreviado de Pfeiffer para el estado mental, la escala de Yesavage para la depresión geriátrica, la escala de maltrato senil, la escala moral del Centro Geriátrico de Filadelfia, la escala de conductas en salud y las escalas de Lawton y Katz para medir la capacidad de realizar actividades instrumentales y básicas de la vida diaria,

Las variables latentes explicaron 39,7% y 20,7% del incumplimiento terapéutico. Conclusiones: las variables latentes propuestas pueden emplearse como factores de predicción del incumplimiento terapéutico de los adultos mayores con hipertensión arterial. Las causas del incumplimiento terapéutico no pueden medirse solamente en los establecimientos de salud, es necesario conocer el entorno primario en el hogar y adecuar la atención sanitaria a partir de las necesidades que allí se detecten ⁵.

La Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el periodo septiembre 2009 a Agosto 2010, en familias con algún integrante con secuelas de EVC, el cuidador y el resto de la familia, siendo esta complicación por el mal control de la hipertensión arterial. Enfocado principalmente en estimar la frecuencia de disfunción familiar al tener un familiar EVC o sus secuelas, realizado a 18 familias, en las cuales 18 eran pacientes, 18 cuidadores y 23 eran el resto de la familia. El material que se utilizó son el Test de APGAR y FF-SIL. Los datos sociodemográficos de los pacientes predominó del género masculino 72.0%, casados 67.0%, con educación primaria 73% y de conformación familiar nuclear simple 50.0%. Se concluyó que la disfunción familiar fue principalmente en los cuidadores y en el resto de los integrantes familiares, de acuerdo al APGAR, 22.2% y 17.4%, respectivamente, mientras que con FF-SIL fue 27.7% y 30.4%, respectivamente ³.

Carlos Gafas González en el 2010 en un estudio realizado en la Unidad de Ciencias Medicas de Camagüey Cuba en busca de identificar el tratamiento biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad desde la perspectiva de enfermería. Se realizó una revisión bibliográfica sobre aspectos biopsicosociales asociados a la Hipertensión arterial en la tercera edad, contenidos en las publicaciones registradas en las bases de datos bibliográficas de SCIELO, LILACS y CUMED. Se concluye que el tratamiento biopsicosocial del adulto mayor hipertenso, debe concebirse en la interacción dialéctica resultante de la analogía que se establece entre el Proceso de Atención de Enfermería, el origen de las necesidades biopsicosociales afectadas en el adulto mayor hipertenso y la relación enfermero-paciente-familia-comunidad, para la planificación de cuidados, dirigidos a la satisfacción de las necesidades afectadas,

así como a la eliminación o control de los riesgos mediante acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación, haciendo énfasis que la incorporación de redes de apoyo, principalmente, familiares y amigos llevan a una estabilización del paciente y disminuye las complicaciones Médicas ²⁹.

En un estudio realizado por El Dr. Fernando Achiong Estopiñan *et al*, el cual estudiaron a 200 pacientes hipertensos en Moncada Cárdenas; Cuba en el 2014 sobre las intervenciones médicas en el control, tratamiento, educación y complicaciones de la hipertensión arterial resulta en la adherencia al tratamiento, dieta baja en sal y grasa, consumo de frutas y vegetales, y no fumar, mostrando disminución de las complicaciones cardiovasculares y cerebro vasculares e insuficiencia renal, vasculares periféricas y de la retina, aumentando los pacientes controlados, la educación del paciente hipertenso y de los familiares es primordial para fortalecer estilos de vida saludable, disminución o abandono de la ingesta de bebidas alcohólicas, tabaquismo y el control del colesterol en pacientes con cifras altas reportadas por laboratorio arriba de 200 mg/dl ¹¹.

Lagos Méndez *et al.*, realizan en el año 2014, en el Hospital de Puente Piedra, Lima, Perú; un estudio sobre relación entre la funcionalidad familiar y el automanejo siendo condiciones vitales que influyen en la calidad de vida de la persona que vive con alguna enfermedad crónica principalmente hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo 2, en pacientes con edades de 30 a 80 años a una población de 100 pacientes. Los resultados muestran una correlación positiva entre la funcionalidad familiar y automanejo (Rho de Spearmann = 0,43); además el 54% de familias participantes evaluados fueron moderadamente y el 7% gravemente disfuncionales. El automanejo fue regular en un 56% e inadecuado 9 %, concluyendo que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables que se encuentran asociadas de forma directa, lo cual influye en los patrones del comportamiento de las personas que viven con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 ².

2. Planteamiento del problema.

La HAS es la principal causa de enfermedad y mortalidad cardiovascular; y la primera carga de enfermedad a nivel mundial, de esta manera, la OMS estima que 12,8 % de todas las muertes registradas a nivel mundial se deben a esta enfermedad no transmisible; y calcula que en personas de 25 años a más, alrededor del 40% padecen hipertensión, y 35% para la región de las Américas, siendo algo mayor en hombres (39%) que en mujeres (32%)². La prevalencia a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2025 la padecerían 1.500 millones de personas, en adultos de 35 a 70 años en el periodo 2003 - 2009 encontró 46.5% conscientes de ser hipertensos, de los cuales 87.5% recibía tratamiento y de ellos solo 32.5% estaba controlado. En México entre 2000 y 2006, la prevalencia de HTA incrementó 19.7% hasta afectar a uno de cada 3 adultos mexicanos, según datos de ENSANUT la prevalencia en adultos es en, 2000 de 30.7%, 2006 de 30.8% y 2012 de 32.6%, mostrando incremento discreto, siendo más frecuente en hombres 32.4%, que en mujeres 31.1%; en Guerrero y en el Centro de Salud Alameda de Zumpango del Río, también la prevalencia en la población de 20 años y mas continua incrementando, no teniendo datos específicos, pero mas del 70% de los paciente que están en el programa de Crónicos están descontrolados, a pesar de acudir mensualmente a su cita médica. Por lo tanto "¿La funcionalidad familiar puede influir en el apego al tratamiento en los pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud de la Alameda de Zumpango del Río, Guerrero?".

3. Justificación

Este proyecto de investigación está enfocado a determinar si la funcionalidad familiar determina el control de las cifras tensionales en pacientes hipertensos y apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico en los pacientes del Centro de Salud Alameda Zumpango del Río. Siendo este importante por el estrés causado en la familia al cuidar a un anciano con enfermedad crónica o secuelas por complicaciones del descontrol de la misma y falta de adaptabilidad a los cambios de la dinámica familiar,

a los nuevos estilos de relaciones intrafamiliares, y al hecho de ser cuidador. Pudiendo intervenir el personal de salud Médicos Familiares en forma oportuna en la familia para mejorar las relaciones interpersonales y fortalecerlas ²⁷. Considerando que en la actualidad las enfermedades crónicas van en ascenso y que su presencia representa disminución en años de calidad y esperanza de vida de estos pacientes, es más preocupante y resulta trascendental la realización de esta investigación ya que identificando si el apoyo familiar influye en el apego al tratamiento, permitirá actuar sobre el diseño de proyectos y estrategias de salud y así mismo, tener una mayor población en control de la HAS, que daría como resultado la disminución de complicaciones agudas y crónicas como: urgencias o emergencias hipertensivas, enfermedad cardiovascular, retinopatía, enfermedad renal. Este estudio determinará si la funcionalidad familiar es un factor importante para el apego al tratamiento de nuestros pacientes que se encuentran registrados en el censo de pacientes crónico degenerativos del Centro de Salud de la Alameda hasta Octubre 2016. Traerá como resultado la enseñanza de esta estrategia, y de esta manera marcar la diferencia para influir en las decisiones de las autoridades de salud, para fortalecer la enseñanza, orientación, a los pacientes y familiares en busca de autocontrol de la hipertensión arterial. Además no existen evidencias de estudios en este Centro de Salud ni en esta Ciudad o Estado, confiables sobre este tema de investigación. Esta investigación es factible realizarla en el Centro de Salud Alameda, debido a la disponibilidad de los recursos humanos y acceso de las bases estadísticas, expedientes clínicos, censo y tarjetas de crónicos hipertensión estando resguardadas en el Centro de Salud Alameda de Zumpango del Río perteneciente a la Secretaria de Salud Guerrero.

4. Objetivos

Objetivo general:

Determinar si la funcionalidad familiar influye con apego al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el centro de salud la Alameda de Zumpango del Río, Guerrero.

Objetivos Específicos:

- Determinar el seguimiento de la presión arterial durante los últimos 5 meses con registro en tarjeta de enfermedades crónico-degenerativas y en el expediente clínico.
- Establecer la entrega oportuna de medicamentos antihipertensivos mensualmente a cada paciente con HAS en la farmacia del Centro de Salud.
- Determinar la funcionalidad Familiar con apoyo Test del APGAR familiar.
- Relacionar la funcionalidad familiar con las cifras de presión arterial de los pacientes.
- Determinar si la funcionalidad familiar influye en el apego al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Centro de Salud la Alameda de Zumpango del Río; Guerrero.

5. Hipótesis

H1.- La funcionalidad familiar influye en el apego al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Centro de Salud la Alameda de Zumpango del Río; Guerrero.

6. Metodología

Tipo y diseño de estudio: observacional de tipo transversal, prospectivo y analítico.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra: No probabilístico sin conveniencia con total de pacientes incluidos en el censo de crónico-degenerativos.

Población lugar tiempo de estudio: Población comprendida por pacientes con hipertensión arterial sistémica mayores de 20 años, que cumplan con los criterios de inclusión, que acudan al Centro de Salud de la Alameda de Zumpango del Río, Guerrero en el periodo Junio a Octubre 2016.

Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos que acudan a sus citas médicas al Centro de Salud Alameda de Zumpango del Río, durante el periodo de junio a Octubre.
- Pacientes hipertensos de ambos géneros con más de 20 años de edad.
- Pacientes hipertensos controlados y descontrolados.
- Pacientes con tratamiento farmacológico.

Criterios exclusión

- Pacientes con HAS que no hayan recibido atención medica en el Centro de Salud Alameda de Zumpango del Río.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Pacientes con trastornos mentales que impiden contestar el instrumento.
- Pacientes con hipertensión arterial secundaria como: (enfermedad renal, feocromocitoma y enfermedad de Adisson).

Criterios de eliminación

- Fallecimiento de algún paciente durante el periodo de estudio.
- Datos de encuesta incompleta.

Método o procedimiento para captar la información

Se realizara la captación de los pacientes hipertensos pertenecientes al Centro de Salud Alameda Zumpango del Río mayores de 20 años , se determinara las cifras de tensión arterial, de los pacientes en estudio, con baumanometro de mercurio, con brazalete de diversos tamaños, previamente calibrado, y estetoscopio marca Litmann y se clasificará de acuerdo a la clasificación de hipertensión de la Sociedad de Cardiología Mexicana, además se realizara el APGAR familiar que nos permitirá conocer el funcionamiento familiar, ya que es un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso útil para el paciente o por el contrario contribuye a su enfermedad. Posteriormente se recopilaran los datos y se procederá a codificar los datos, análisis y graficas de resultados. Durante el periodo de Junio a Octubre 2016.

La toma de presión arterial sistémica estará a cargo de la enfermera de servicio de consulta externa, quien contará con capacitación previa.

- Para la toma de la presión arterial correctamente, el paciente debe tener 10 minutos en reposo, estar sentado recargado al respaldo de la silla, el brazo sobre la mesa.
- Colocación del brazalete la parte media del brazalete hacia la parte interna del brazo en el lugar donde se encuentra la arteria.
- Insuflar el manguito 30 mmHg por arriba de la cifra captada en la palpación.
- Colocar la capsula del estetoscopio sobre la arteria humeral en el pliegue del codo. Descomprimir lentamente el manguito y en el momento en que se escucho la primera pulsación, marco la presión sistólica.
- Continuar descomprimiendo con lentitud el manguito y marcó la presión diastólica en el quinto ruido de Korotkoff.
- A todos los participantes se les tomara la presión arterial con un baumanometro de mercurio y estetoscopio

Técnica e instrumento:

Para valorar la funcionalidad familiar realizare el Test en la entrevista utilizando. El APGAR familiar que es un instrumento de evaluación familiar, elaborado con el propósito de que el médico familiar obtenga información de sus pacientes en relación con la función familiar. Consta de cinco reactivos, para realizarse a diferentes miembros de la familia, constituye un instrumento válido y fiable. El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por cualquier tipo de familias, y mientras mayor sea el número de integrantes de la familia a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Consiste en elegir una de las tres opciones de cada una de las preguntas; casi siempre, algunas veces o casi nunca. Con la suma de la puntuación obtenida se puede hacer las inferencias. Si la funcionalidad o disfuncionalidad se encuentra en más de un miembro de la familia, el calificativo se otorga a todo el grupo. Se clasifica con el siguiente resultado: 0-3 familia disfuncional, 4-6 moderada disfunción familiar, 7-10 familia funcional.

Aplicación de encuestas para determinar el apego al tratamiento antihipertensivo. Para realizar la encuesta se firmara el consentimiento informado por los pacientes participantes, posteriormente se realizara la aplicación de unos test, el de Morisky Green, encaminado en identificar si los pacientes tienen apego o no al tratamiento farmacológico consta de 4 preguntas se considera con apego cuando las 4 preguntas son adecuada, y sin apego si por lo menos 1 es inadecuada.

Análisis estadístico

Las variables del Instrumento de recolección de la información se tabulará y se codificará, una vez realizado esto, se realizará el análisis de los datos mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19.0, en donde se elaborará una máscara de captura de la información. Los resultados se presentarán mediante cuadros o tablas y gráficos, los cuáles serán realizados en SPSS o Excel.

Se realizará un análisis descriptivo, el cual consistirá en frecuencias, proporciones, porcentajes, razones, medidas de tendencia central (media o promedio, mediana, moda), medidas de dispersión (desviación estándar, varianza y rango o recorrido) de las variables cuantitativas y cualitativas según corresponda.

Se realizará también un análisis inferencial de las variables cualitativas y cuantitativas, comparando entre familias funcionales y las familias disfuncionales.

Variables:

Variable dependiente: Apego el tratamiento para la hipertensión arterial sistémica, funcionalidad Familiar.

Variable Independiente: Peso, género, edad, presión arterial, talla, escolaridad, estado civil, IMC, ocupación.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó basado en los principios éticos de la Declaración de Helsinki para las investigaciones Médicas en seres humanos. La primera versión se preparó en Helsinki Filadelfia durante la XVIII asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) en el año 1964, llevando 7 revisiones: Tokio en 1975, Venecia 19983, Hong Kong 1989, Somerest West/ África del Sur en 1996, Edimburgo en 2000, Seúl 2008 y la última en 2013 en la 64 Asamblea de la AAM realizada en la Ciudad de Fortaleza de Brasil haciendo ver el reconocimiento de comité de ética de investigación como parte fundamental de las investigaciones, la importancia de la divulgación de las investigaciones, y dándole el carácter de obligatorio al consentimiento informado; haciendo además 2 notas aclaratorias o enmiendas en Washington en 2002 y Tokio en 2004. Artículo. 3° apartado I,II,III, artículos 4°, 5°, 6°,7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 13°, 16°, 20°, 21° apartado I,II,III,IV,VIII, art. 22°, 99°, 100°, 101° de acuerdo al Título 5° en los art. 96 a102 de la "Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y a través del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación en los cuales se garantiza no dañar la integridad física, psicológica y moral de las personas ³¹.

La ley General de Salud establece lineamientos y principios a los que debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a prevenir, atender, proteger, promover y restaurar la salud del individuo de la sociedad en general, incrementando de esta manera la productividad y eficiencia tecnológica en el interior del país y el extranjero.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en el título primero, capítulo único, en su artículo 3°, en sus apartados I, II, III menciona que la investigación para la Salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: al conocimiento de los procesos biológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de los problemas de la salud, en su título segundo se argumenta acerca de los aspectos éticos de la investigación en

seres humanos. En el artículo 13º: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

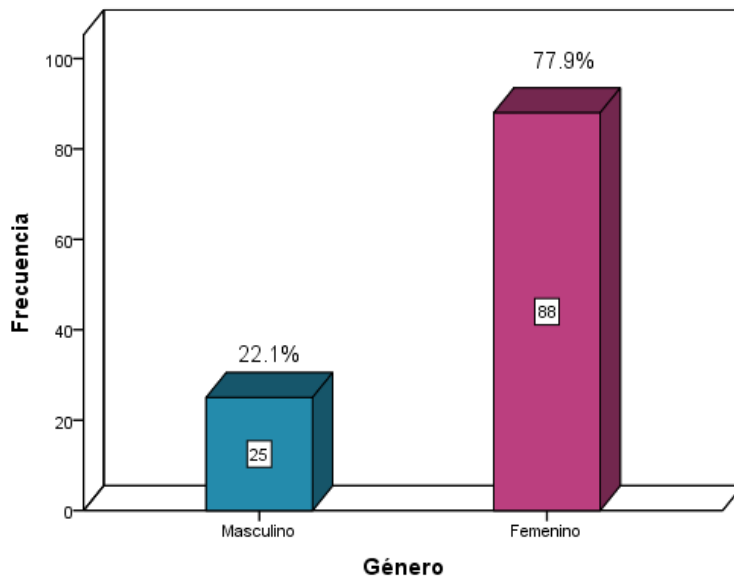
En el artículo 20 se considera el concepto de consentimiento informado, como un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos conservando la capacidad de libre elección.

Resaltando en el artículo 21 para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los aspectos mencionados en la fracción: I, II, III, IV, VII, VIII, IX.

Artículo 114 de este reglamento y bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

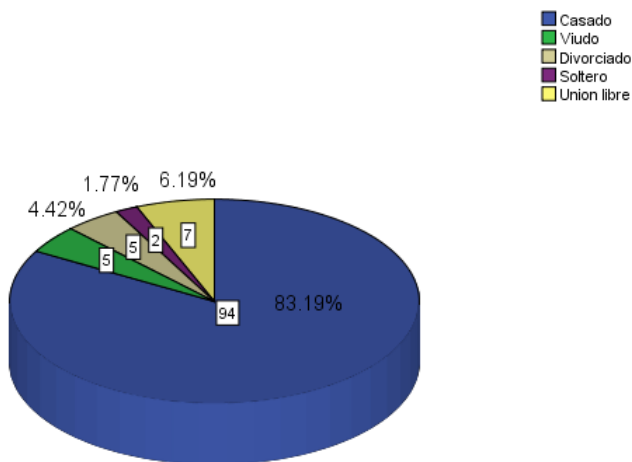
7. Resultados:

Se estudio un total de 113 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y acudieron a consulta al centro de salud de la Alameda en Zumpango del Río, de los cuales el 77.9% (88) de los pacientes son del género femenino y el 22.1% (25) del género masculino. Gráfica 1.



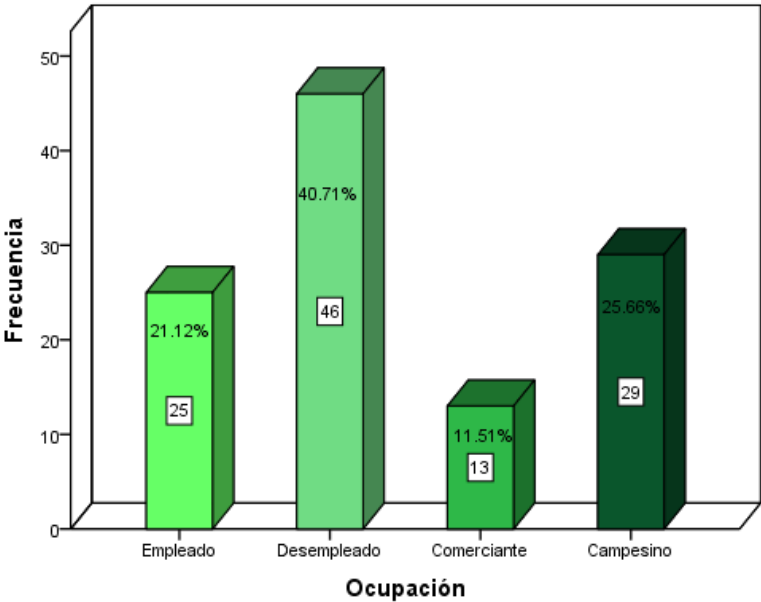
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

Con respecto al estado civil el 83.2% (94) de los pacientes se encuentra casados, el 6.8% (7) están en unión, el 4.4% (5) se encuentran viudos o divorciados y el 1.8% (2) solteros. Gráfica 2.



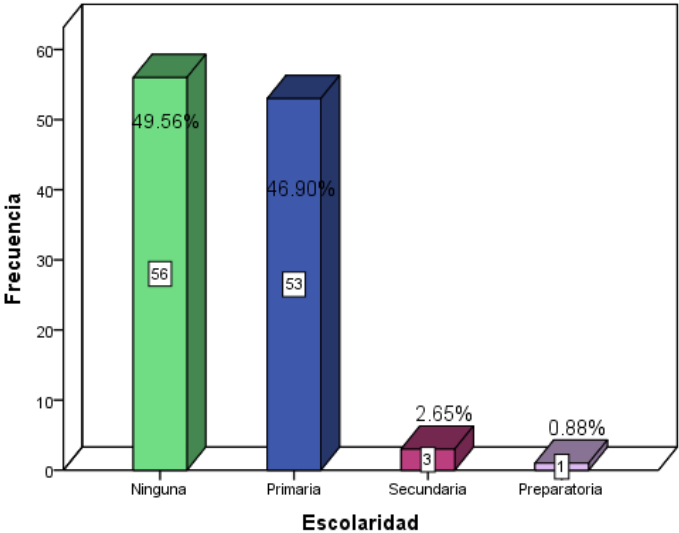
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

En referencia a la ocupación concluimos que el 40.71% (46) de los pacientes se encuentran desempleados, el 25.66% (29) se dedican a actividades del campo, el 22.12% (25) están empleados y el 11.5% (13) son campesinos. (Figura 3).



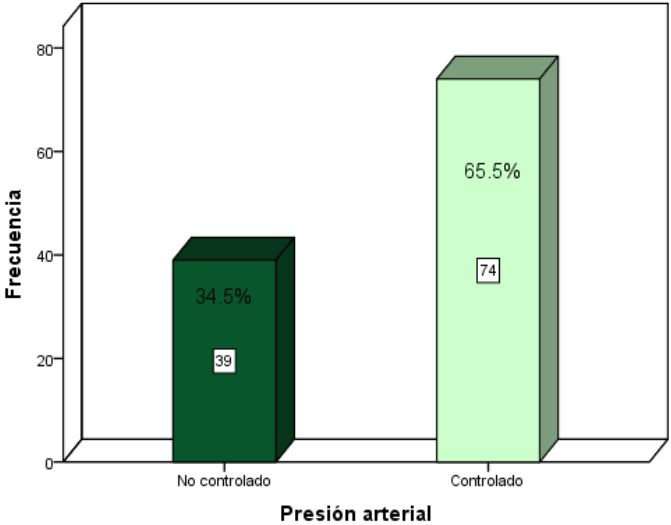
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

Respecto a la escolaridad de nuestra población encuestada el 49.6% (56) son analfabetas, el 46.9% (53) tienen primaria, el 2.7% (3) secundaria y el 0.9% (1) concluyeron la preparatoria. Gráfica 4.



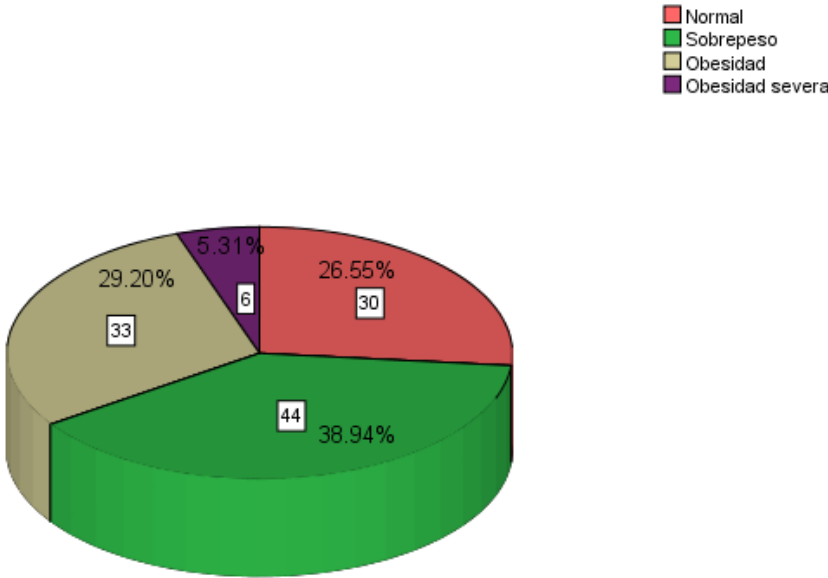
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

De nuestra población estudio en relación a sus cifras control, de acuerdo a la clasificación de la presión arterial según la Academia Americana de Cardiología, solo 65.5% (74) de los pacientes manejan cifras tensiónales en control. Gráfica 5.



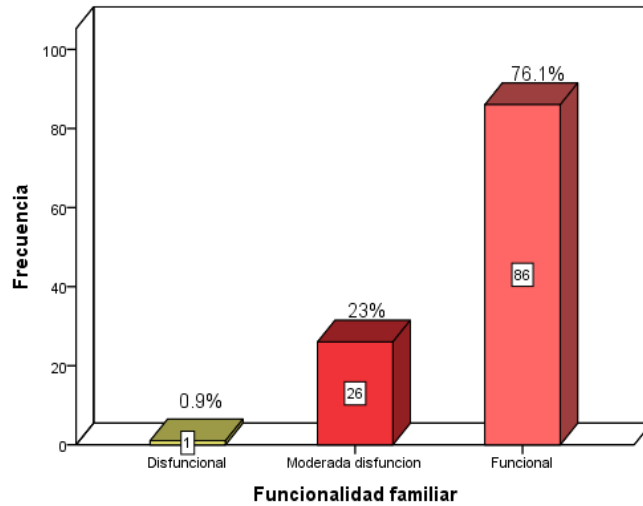
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

En relación al peso en análisis del IMC el 38.9% de los pacientes se encuentran sobrepeso, el 29.2% (33) en obesidad. Gráfica 6.



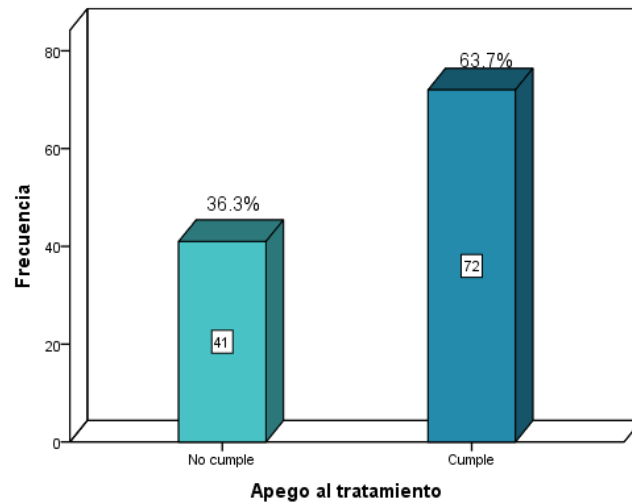
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

Se observó en cuanto a la Funcionalidad Familiar, encontramos que el 75.9% (85) de los pacientes tienen familias funcionales, el 23.2% (26) presentan familias con disfunción moderada. Gráfica 7.



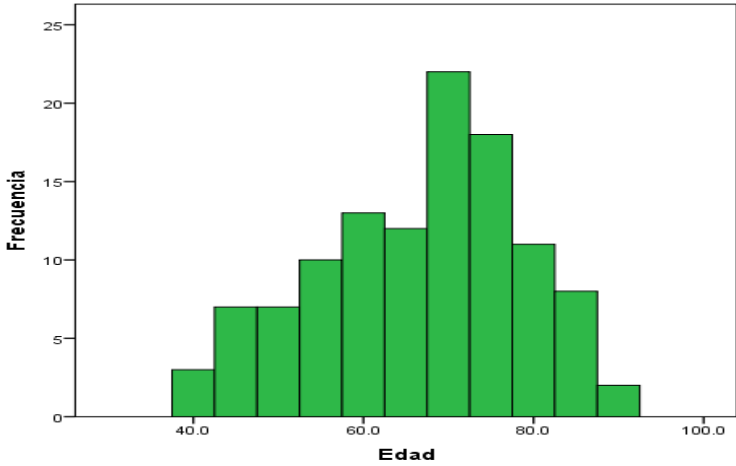
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

Respecto a los resultados del apego al tratamiento, el 64.9% (72) cumple y el 35.1% (39) no cumple. Gráfica 8.



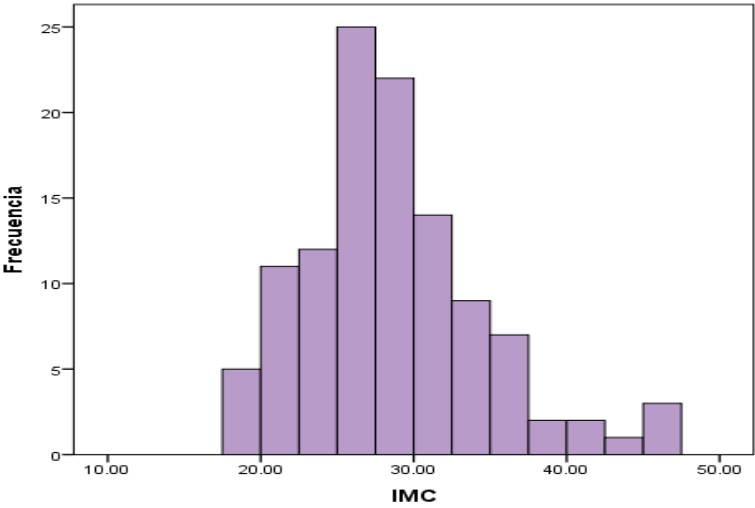
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

Con respecto a la edad se encontró una media de 66.49 (IC 95%, 64.22, 68.77) con un error estándar de 1.14, la edad máxima fue de 92 y el mínimo de 40, Grafica 9.



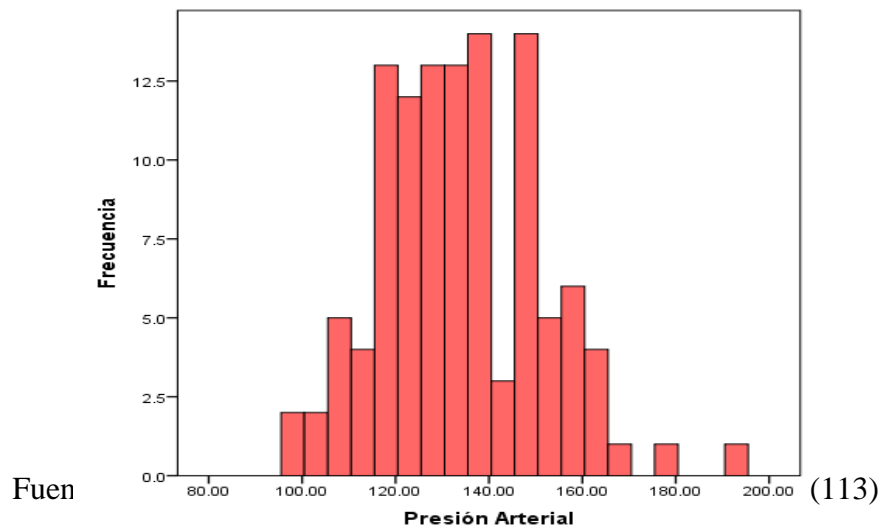
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

En lo que atañe al IMC promedio fue de 28.54 (IC 95%, 27.45, 29.62), con un error estándar de 0.54, el IMC máximo es de 46.40 y la mínima de 18.60. Gráfica 10.

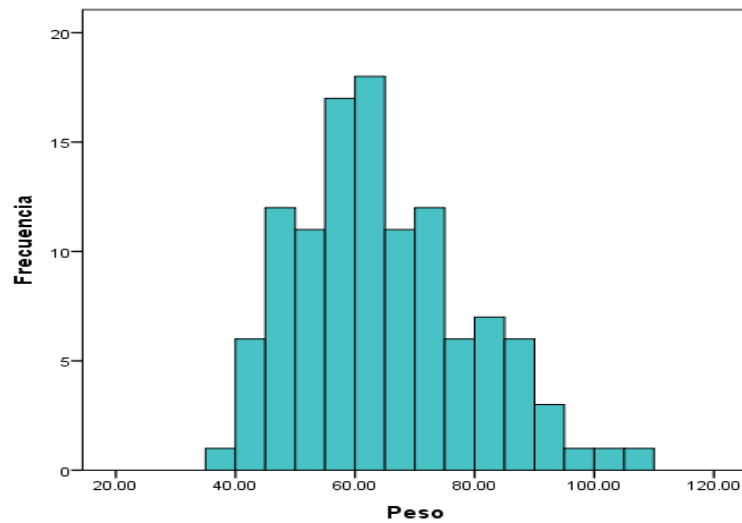


Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

Con respecto a las cifras de presión arterial promedio fue de 134.45 (IC 95%, 131.26, 137.64) mmHg, con un error estándar de 1.61, la presión arterial máxima fue de 195 mmHg y la mínima de 98, existe asimetría positiva, es decir son más frecuentes presiones arteriales bajas. Gráfica 12.

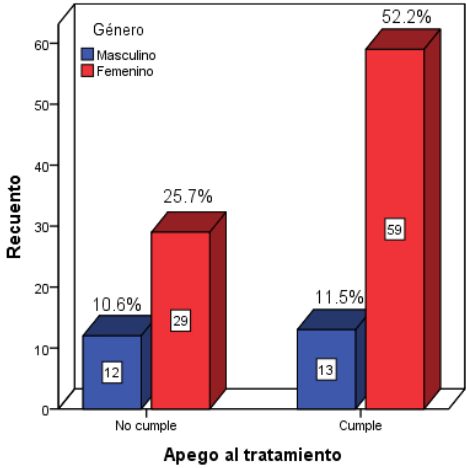


En relación al peso promedio fue 64.45 kg. (IC 95%, 61.79, 67.11) kg con un error estándar de 1.34, el peso máximo fue de 106 kg y el mínimo de 38. Gráfica 13.



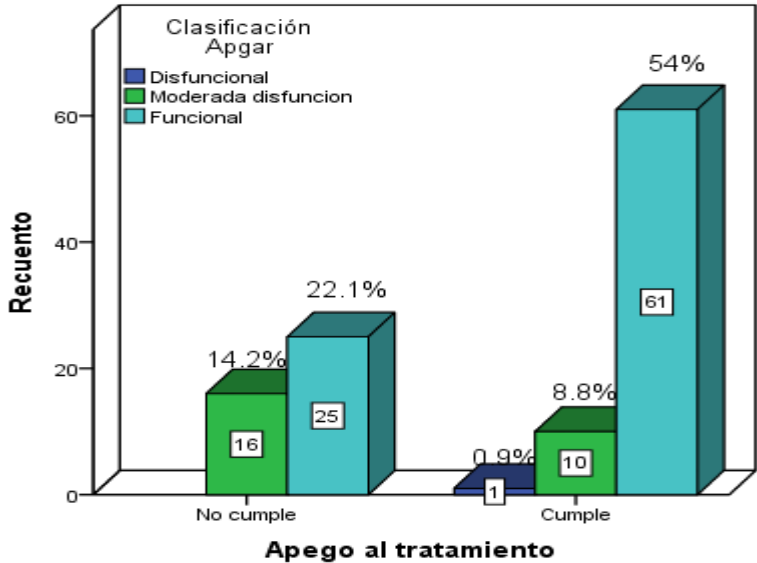
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

En relación al género los hombres 48% no cumplen y 59 mujeres cumplen con el tratamiento. Gráfica.



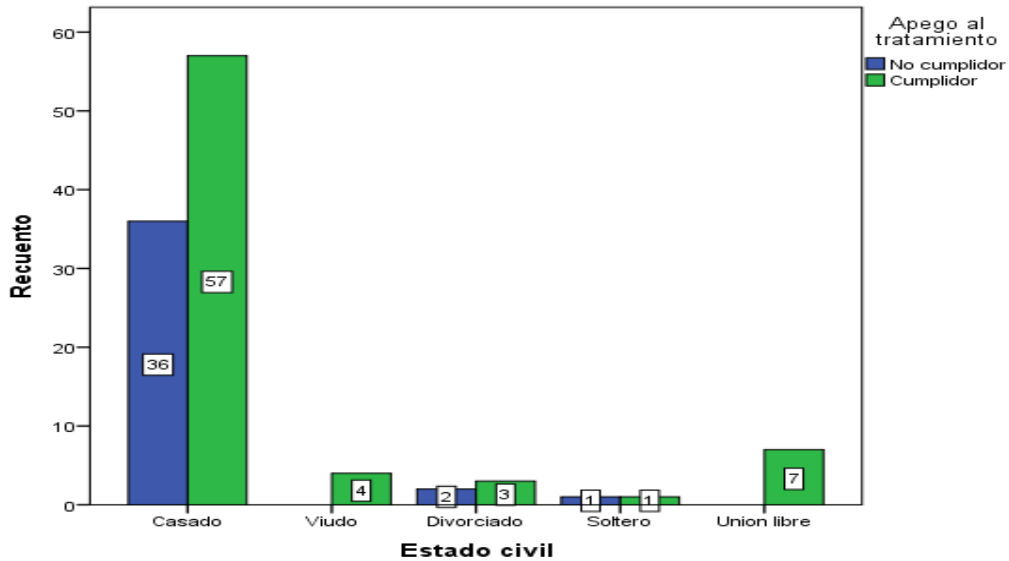
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (11)

En relación a la funcionalidad las familias con disfunción severa el 100% de los pacientes no tiene apego al tratamiento, las familias con disfunción moderada, el 60% no cumple, los pacientes con familias funcionales, el 72.9% cumplen con el tratamiento. Grafica 15.



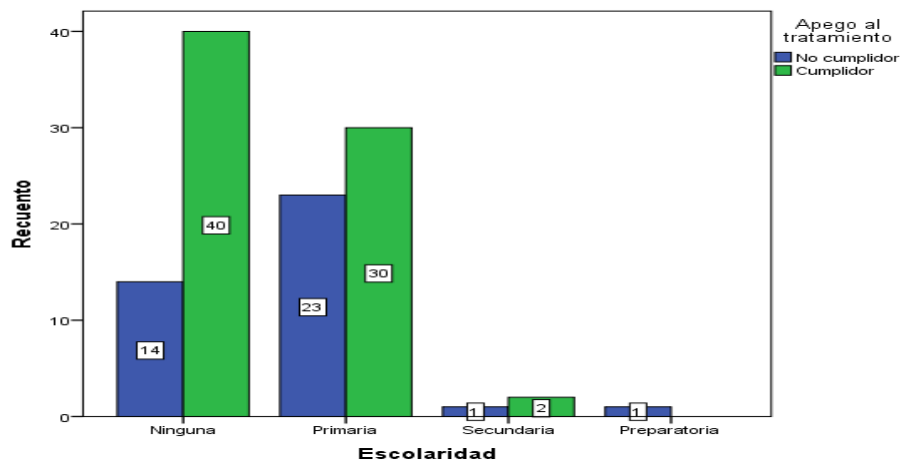
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

En relación al estado civil de los pacientes casados el 35.6 % no cumplen y 64,4% cumplen con el tratamiento antihipertensivo. Grafica 16.



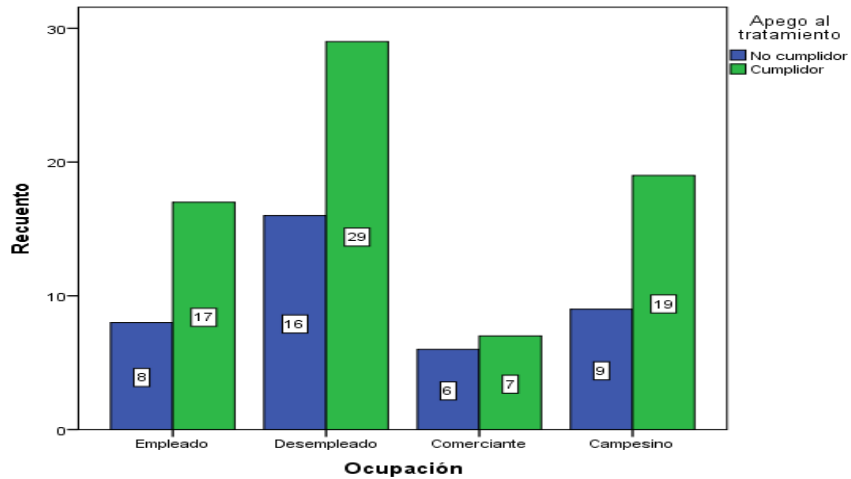
Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (11)

En lo que atañe a la escolaridad de los pacientes que no cumplen con el tratamiento, el 35.9% de los pacientes no cuenta con alguna escolaridad, el 59% cuenta con estudios de primaria, el 2.6% con estudios de secundaria y preparatoria. Para pacientes que cumplen el 55.6% de los pacientes no cuenta con estudios, el 41.7% de los pacientes cuenta con estudios de primaria. Grafica 17



Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

En lo que respecta Ocupación los pacientes que se encuentran empleados y desempleados, el 32% y 35.6 % no cumplen a diferencia del 68% y 64.4 % que cumplen con el apego al tratamiento farmacológico respectivamente. Grafica 18



Fuente: Resultados obtenidos en la herramienta de Encuestas (113)

8. DISCUSION

En el presente estudio, se observó una muestra poblacional con mayor participación del género femenino (77.9 %) de edad promedio 66.49 años, casados 83.19 %, con estudios de educación básica 49.6 %, desempleados por edad 40.71% y campesinos 25.66%.

Se encontró un importante frecuencia de no apego o adherencia al tratamiento, de 36.3 %, más sin embargo es mayor el apego al tratamiento, viéndose reflejado en 74 pacientes con control de las cifras tensionales menor de 140/90 mmHg, discordante con estudios que reportan que solo del 17 al 34 % de los hipertensos controlan sus cifras de presión arterial.

Predomino la buena funcionalidad familiar con 75.9 % sin embargo La asociación de la funcionalidad familiar y apego o adherencia al tratamiento son dependientes ($F=10.28$, p - valor = 0.00) la cual es significativa, existe asociación baja en la población estudiada ($\text{Tau} - c = 0.21$, p – valor = 0.00).

De acuerdo a lo anterior, se puede establecer que la HAS corresponde a fenómenos complejos y heterogéneos, que no se pueden explicar desde un solo punto de vista o factor causal, sino que hay múltiples variables que se interrelacionan y ejercen su influencia favorable o desfavorable sobre ellos.

En resumen la disfunción familiar constituye un factor de inferencia estadística para el apego o adherencia al tratamiento de la HAS, en la población estudiada, pero a pesar de estos resultados se necesita continuar con investigaciones, integrando otras variables que sean factores para determinar las causas que generan la falta de apego terapéutico y posteriormente implementar acciones oportunas para el control de la hipertensión arterial.

En el estudio realizado por Lagos; Méndez *et al.*, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Lima en Julio .a diciembre 2014, realizaron un estudio sobre la relación entre la funcionalidad familiar y el automanejo de la hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en pacientes con edades de 30 a 80 años, el cual fue cuantitativo,

diseño correlacional, de corte transversal con una población de 100 pacientes, los instrumentos que se emplearon fueron: APGAR Familiar y Test de automanejo en enfermedades crónicas. El cual muestra correlación positiva entre la funcionalidad familiar y el automanejo, (Rho de Spearman = 0.43); 54% de las familias de los participantes con moderada disfunción y 7% gravemente disfuncionales, y regular automanejo de un 56 % y 9 % inadecuado, concluyendo que ambos estudios tienen relación entre la funcionalidad familiar, el auto cuidado y con el apego al tratamiento. Siendo variables que se encuentran asociadas de forma directa, lo cual influye en los patrones del comportamiento de las personas que viven con hipertensión arterial

¹. En nuestro estudio se encontró relación entre la funcionalidad familiar y el apego al tratamiento antihipertensivo, ya que el 100 % de los pacientes con familias disfuncionales no tiene apego al tratamiento. Sin embargo pacientes con familias con disfunción moderada, hasta el 60% no cumple. a diferencia de pacientes con familias funcionales, se muestra un mejor apego al tratamiento de 72.9%.

En un estudio por Cocha Toro y *et al*, en el Centro de Salud Familiar Ultraestación de Chillán, Chile, realizaron un estudio, para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y presencia de eventos descompensatorios en pacientes crónicos diabéticos e hipertensos, compuesto por 118 pacientes de ambos géneros, entre 55 y 64 años de edad obtienen como resultado que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación, siendo más susceptibles de descompensarse aquellos sujetos que provienen de familias con funcionalidad moderada o disfunción severa, observándose que son las mujeres quienes mayormente se encuentran descompensadas. En comparación con nuestro estudio, el resultado es equivalente cuando se tiene mejor funcionalidad familiar, el apego al tratamiento trae como consecuencia pacientes hipertensos con mejor control de las cifras tensionales. Por lo tanto cuando se tiene mayor disfunción familiar es mayor el descontrol y complicaciones de esta enfermedad; aunque en ambos estudios la descompensación y la falta de apego al tratamiento son mayor en el género femenino.

En un estudio realizado a 200 pacientes hipertensos en Moncada Cárdenas; Cuba en el 2014 sobre las intervenciones medicas en el control, tratamiento, educación y complicaciones de la hipertensión arterial resulta en la adherencia al tratamiento, dieta baja en sal y grasa, consumo de frutas y vegetales, y no fumar, mostrando disminución de las complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares e insuficiencia renal, vasculares periféricas y de la retina, aumentando los pacientes controlados, La educación del paciente hipertenso y de los familiares es primordial para fortalecer estilos de vida saludable. Con nuestro estudio no tiene relación en cuanto a la funcionalidad familiar ya que no la evalúan, de forma directa pero si involucran a los familiares en la dinámica del paciente hipertenso, pero con respecto al apego al tratamiento y control de la hipertensión arterial si muestra mejoría significativa.

9. CONCLUSION:

1.- El estudio demostró que existe alta incidencia de falta de apego o adherencia al tratamiento.

2.- La asociación fue baja entre la funcionalidad familiar y apego al tratamiento por lo tanto se demostró no ser estadísticamente significativa. De la misma forma el apoyo familiar, en la población objeto de estudio.

3.- Los resultados evidencian la complejidad en el manejo integral del paciente hipertenso, lo que nos motiva continuar con estudios más amplios donde se integre otras variables como: tipología familiar, ciclo vital, cultura, costumbres, nivel socioeconómico, estilo de vida y percepción de la salud del grupo familiar, de estudio para complementar y determinar de esta forma las causas o factores que determinan la falta de apego o adherencia al tratamiento y de esta forma trae como consecuencia el descontrol de la hipertensión arterial.

RECOMENDACIONES:

1. Implementar acciones para mejorar el apego o adherencia al tratamiento como:
 - Involucrar al personal de salud en la educación y conocimiento de la hipertensión arterial
 - Realizar visitas domiciliarias a inasistentes a consulta de control de la hipertensión arterial.
 - Fomentar cambios de estilo de vida saludable a pacientes hipertensos y familiares que estén involucrados directamente.
 - Involucrar a las diferentes autoridades Sanitarias encargadas de las colonias, comunidades, Municipios y Estados para sumarse en actividades de gestión para dotación completa de fármacos para la HAS.
2. Promover la formación de grupos de ayuda mutua para compartir experiencias y estrategias para el mejor apego y control de la hipertensión arterial.
3. En nuevos estudios valorar: la realización de estudios analíticos, como de casos y controles, o de cohorte, ampliar el tamaño de la muestra.
4. Valorar en futuras evaluaciones sobre el Apoyo Familiar del paciente hipertenso, con ítems específicos sobre la ayuda familiar brindada para el control de la HAS, dirigidas al paciente y su familiar.
5. Realizar pesquisas de forma intencionada a pacientes mayores de 20 años.
6. Identificar las causas de falta de control de la hipertensión arterial a pacientes pertenecientes a los Centros de Salud.
7. Asegurar la dotación completa de medicamentos para el tratamiento de la HAS.
8. Realizar referencias oportunas para valoración por las diferentes especialidades como Oftalmología, Nutrición, Medicina Interna, Nefrología.

11. Bibliografía

1. Regueira S, Díaz MDJ, Morales MJ, Zambrano J. Impacto del tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial en pacientes de un consultorio médico de la familia Impact of the non-pharmacological treatment of arterial hypertension in patients from a family doctor ' s office. Rev Electron Dr Zoilo Mar Vidaurreta. 2015;40(2):1–7.
2. Salinas AM. El uso de los beta-bloqueadores y el Eighth Joint National Committee Use of Beta-blockers and the Eighth Joint National Committee. 2017;9–10.
3. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza-Tobías A, Medina-García C, Barquera Dr. S. Hipertensión arterial: Prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud Publica Mex. 2013;55(SUPPL.2):144–50.
4. Maria S, Leite C, Maria M, Zago F, Nogueira MS, Maria E, et al. Artículo Original Experiencia de la enfermedad y del tratamiento para la persona con hipertensión arterial sistémica : un estudio etnográfico 1. 2013;21(5).
5. De T, Arterial H. y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.
6. Salud P De, Nacional C, Trabajadores CDL, Nacional A, Barriguete-meléndez JA. Artículo especial Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica Revisores del texto y autores Autores. 2011;
7. Melorose J, Perroy R, Careas S. No Title No Title. Statew Agric L Use Baseline 2015. 2015;1.
8. Marin MJ, Mtsac GF, Rodríguez PD, Díaz M, Paez O, Alfie J, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial . Conocimiento , tratamiento y control de la hipertensión arterial . Estudio RENATA. 2011;121–9.
9. Mazo P, Fa L, Galve E, Nu J, Cosı J. ´ n arterial en pacientes Factores asociados a la falta de control de la hipertensio con y sin enfermedad cardiovascular. 2015;64(7):587–93.
10. Mira-Solves JJ, Orozco-Beltr??n D, S??nchez-Molla M, S??nchez Garc??a JJ. Evaluaci??n de la satisfacci??n de los pacientes cr??nicos con los dispositivos de telemedicina y con el resultado de la atenci??n recibida. Programa ValCr??nic. Aten Primaria. 2014;46(S3):16–23.
11. Estopiñán FA, Yolanda ID, Hernández G, Dra II, Rico OV, Omar III, et al. Algunos resultados postintervención en el control , tratamiento y complicaciones de la hipertensión arterial . Policlínico Universitario Héroes del Moncada . Cárdenas , 2014 Several post-intervention outcomes in the control , treatment and complications o. 2014;553–64.
12. Martínez JW, Milena A, Betancur Q, Calderón V, Grau BM. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. 2012;17:101–5.
13. Luzardo L, Lujambio I, Sottolano M, Rosa A Da, Robaina S, Arce F, et al.

- Cohorte GEFA-HT-UY (GENotipo , Fenotipo y Ambiente de la HiperTensión Arterial en Uruguay). Protocolo y primeros resultados. 2013;29(2):103–13.
14. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Publica Mex.* 2001;43(4):336–9.
 15. Rodri C, Leo AC De, Morales RM, Alema J, Domı S, Gonza A. ´ n arterial Factores asociados al conocimiento y el control de la hipertensio en Canarias. 2015;65(3):234–40.
 16. Redacción C De, Hermida RC, Smolensky MH, Ayala DE, Portaluppi F, Revisión C De, et al. Recomendaciones 2013 para el uso de la monitorización ambulatoria de la presión arterial para el diagnóstico de hipertensión en adultos , valoración de riesgo cardiovascular y obtención de objetivos terapéuticos (resumen). *Recomendaciones conjuntas de I.* 2015;25(2):74–82.
 17. Jim??nez-Cruz JPM. Manejo actual de la hipertensi??n arterial con olmesart??n, Primera experiencia cl??nica en pacientes mexicanos. *Rev Mex Cardiol.* 2014;25(3):507–20.
 18. Moura AA; Godoy S; Cesarino CB; Mendes IA; Factores de no adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial. Factors determining non-adherence to hypertension treatment. *Enferm Glob [Internet].* 2016;43:1–13. Available from: www.um.es/eglobal/
 19. Suárez J, Acosta RS. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz Self care agency in patients with hypertension do Hospital Erasmo Meoz. 2015;1621.
 20. Contreras-loya D, C M, Reding-bernal A, D M, Gómez-dantés O, Puentes-rosas E. Abasto y surtimiento de medicamentos en unidades especializadas en la atención de enfermedades crónicas en México en 2012. 2013;55(6).
 21. Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, Tirado-Gómez LL, Ramírez D, Macías C. Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. *Salud Publica Mex.* 2001;43(3):224–32.
 22. Zambrano C, Renato; Duitama M, John F.; Posada V, Jorge I.; Flórez A. JF. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet].* 2012;30(2):163–74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 23. Pérez-cuevas R, Morales HR, Doubova SV, Arias MZ, Rodríguez GD, Peña A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. 2009;26(6):511–8.
 24. Cocha-Toro M. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria.* 2010;19(1):41–50.
 25. Marin MJ, Mtsac GF, Rodríguez PD, Díaz M, Paez O, Alfie J, et al. National Registry of Hypertension . Awareness , Treatment and Control of Hypertension . The RENATA Study. 2011;

26. Emma A-F, Emma A-F, María A-G, Gabriela S, Delia DL. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos , consultorio de cardiología , Hospital Nacional Association between knowledge and self-care on hypertension in hypertensive patients , cardiology clinic , Na. 2014;7(2):132–9.
27. Porto D, Hisako L, Gonçalves T, Arminda M, Costa M, Martins MM, et al. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal 1. 2011;19(3).
28. Lagos-méndez H, Flores-rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. Cuid y salud journal. 2014;1(2):85–92.
29. González CG. Tratamiento biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad desde la perspectiva de enfermería Biosychosocial treatment of hypertensive elderly in community from the nursing perspective Introducción. 2010;26(3):96–103.
30. Mazzanti M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Rev Colomb Bioética. 2011;6(1):124–44.

Anexo 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: _____
La que suscribe _____ Edad _____ años,
Representante legal de _____ con
domicilio
en _____ doy mi
consentimiento para que mi hija conteste las preguntas solicitas en la investigación
con el título “.....”

Lo cual no tiene procedimiento invasivos por lo que no pone en peligro la integridad
de mi hija.

Estoy debidamente enterada de que:

1. La información recabada será manejada de manera confidencial.
2. Puedo desistir en cualquier momento antes de contestar a las preguntas, y por esto no se me negarán los servicios médicos, ni otros servicios que otorgue la Secretaría de Salud.
3. La orientación consejería se me proporcionó en mi idioma _____ lo que me permitió aclarar mis dudas y temores.
4. Estoy consciente de que no se me ha prometido algún beneficio económico o material, ni personal, ni comunitario para aceptar responder este cuestionario.
5. No he recibido amenazas, ni he sido presionada u obligada para aceptar la participación.
6. Si aún persistieran algunas dudas sobre esta investigación, las puedo aclarar con el Dr. _____ al teléfono 1234

Firma del aceptante _____ Nombre completo y Firma
del personal que proporcionó la orientación y consejería.

PROFESIONAL _____

TESTIGO _____

Anexo:2

INSTRUCCIONES:

Favor de llenar una lista de cotejo por cada expediente, completando la información que se solicita y/o eligiendo una opción de respuesta. Escriba en el recuadro la respuesta de la opción que corresponda a la cuestión y/o encierre el número de la opción que elija.

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1.	Edad:	2.Presión arterial:
3.	Género:	4. Peso:
5.	Talla:	
6.	Escolaridad:	1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura 97) No hay información en el expediente
7.	Estado Civil	1) Casado 2) Viudo 3) Divorciado 4) Soltero 5) Unión libre.
8.	IMC.	
9.	Ocupación	1) Empleada (o) 2) Desempleada (o) 3) Comerciante 4) Jubilado: _____ 5) Campesina (o): 97) No hay información en el expediente

TEST DEL APGAR: FUNCIONALIDAD FAMILIAR. Anexo 3

Preguntas	Casi nunca 0	A veces 1	Casi siempre 2
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿ Siente que su familia lo quiere?			

Calificación:

- 1.- 0 a 3 familia disfuncional
- 2.- 4 a 6 moderada disfunción familiar
- 3.- 7 a 10 familia funcional

Anexo 4: Cuestionario de Moriski-Green: Apego al tratamiento.

Pregunta	Si	No
1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3.-¿Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?		
4.-Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?		

Cumplidor: si contesta a la pregunta 2 positivas y las otras 3 responde negativamente.