

11226
2ej
1972

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



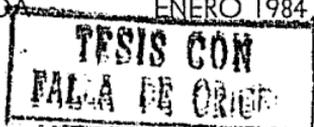
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
CULIACAN, SINALOA

Repercusiones de la Disfunción Familiar en el Control del
Paciente con Hipertensión Arterial Sistémica.

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

Rafael Noriega Ortega

CULIACAN, SINALOA ENERO 1984





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	pag #.
INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES.....	2
OBJETIVOS.....	14
HIPOTESIS.....	15
MATERIAL Y METODOS.....	21
RESULTADOS.....	22
GRAFICAS.....	25
CONCLUSIONES.....	32
COMENTARIOS.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	34

I N T R O D U C C I O N

Salud y enfermedad es una de las luchas por las cuales - ha pasado la humanidad desde su inicio hasta la época ac--- tual de la misma, poco a poco se ha logrado el control de - algunas enfermedades, basandose en estudios científicos, -- aprovechamiento de recursos naturales, recursos artificia- les, etc. Actualmente la Medicina Familiar utiliza también a la familia y al mismo paciente para lograr un mejor con- trol de la enfermedad. Lo anterior se logra llevando una -- buena información del padecimiento al núcleo familiar, y no solo del conocimiento y complicaciones de la misma, sino -- también del tratamiento medico, dieta, ejercicio, apoyo psi- cológico, etc. Para esto la familia deberá tener un buen -- "Funcionamiento Familiar", lo cual se tratará de demostrar en el siguiente estudio.

Uno de los padecimientos que se presenta más frecuente- mente en la población, es la hipertensión arterial sistémica que por sus características de ser crónica, fácil de --- abandono del tratamiento, alto costo del mismo por su larga evolución, presentar complicaciones graves que pueden oca- sionar la muerte del paciente, y por último que se presta - para comprobar si una disfunción familiar alteraría su con- trol, ha sido motivo para su estudio junto con la dinámica familiar y presentar este trabajo, teniendo como aportación un medio más para lograr un mejor manejo de esta afección.

GENERALIDADES

La hipertensión arterial sistémica, es una enfermedad en la cual existe aumento persistente de la presión arterial - diástolica a cifras mayores de 90 mm de Hg, con elevación o no de la presión sistólica o media, y sin enfermedad subyacente demostrable (14, 15).

Se habla de hipertensión arterial esencial cuando, una vez estudiado exhaustivamente al paciente, no se puede establecer una causa única y directa para la aparición de la enfermedad.

En la actualidad es uno de los padecimientos cardiovasculares que ha adquirido mayor importancia; influye grandemente en el desarrollo de las afecciones aterosclerosas, o sea accidentes cerebrovasculares, infarto al miocardio y muerte súbita no traumática (3).

En varios estudios se concluye que los pacientes con hipertensión arterial aumenta la mortalidad casi al doble que los pacientes con cifras tensionales normales, disminuye la esperanza de vida; y no solo en la hipertensión intensa y moderada, sino también en la leve (14).

La hipertensión arterial constituye un fenómeno epidemiológico muy importante, pues en forma larvada se inicia en muy tempranas edades (39% de nuestra casuística está comprendida entre los 15 y 24 años); afecta por igual a los dos sexos y a las mismas edades (40.6% en los hombres y 39.2% en mujeres); y adquieren un caracter distributivo fa-

miliar característico. Esto es especialmente cierto para la hipertensión arterial fronteriza, pues, porcentualmente al padre, la madre y al hijo, conservan una proporcionalidad muy significativa (36.17, 17.56 y 18.63 por ciento respectivamente).

El considerado como padre o jefe de familia es quien mayores cifras tiene en la hipertensión arterial fronteriza y definitiva (1).

Todo ello hace evidente que ante un sujeto con hipertensión arterial, debe explorarse meticulosamente en sus familiares la existencia o no de hipertensión arterial (1).

La hipertensión arterial es más común en la ciudad que en el campo. Ataca más a menudo a los hombres de negocio, a los intelectuales y a los artistas que a los trabajadores manuales. Esta preferencia depende por una parte de la sedentari-
dad, de la falta de ejercicio físico; por otra parte de las preocupaciones, de las responsabilidades, sobre fatiga intelectual, emotividad. Las depresiones morales, los choques emotivos violentos o los disgustos largo tiempo y silenciosamente sufridos, no son realmente la base de los accidentes graves en el hipertenso sino que aparecen en relación con la hipertensión (13).

El tratamiento del paciente hipertenso por un lado es con medicamentos (diuréticos, antihipertensivos, vasodilatadores etc.), dieta, ejercicios moderados; y por otro la disminución de la tensión ambiental y emocional es una de las razones de

la mejoría que muestran estos pacientes. Aunque de ordinario es imposible sustraer al hipertenso a todas sus tensiones emocionales internas y externas, se le debe avisar que le conviene evitar las situaciones conflictivas innecesarias. En algunos casos raros, puede recomndarse un cambio de ocupación o de estilo de vida (16).

FAMILIA

DEFINICION: Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o de adopción (5).

FUNCIONES DE LA FAMILIA: La familia debe llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ella, siendo estas las que se mencionan a continuación:

a) REPRODUCCION: Esta función permite a la familia proveer de nuevos miembros a la sociedad. Se lleva a cabo a través de la interacción personal, educación sexual y control de la natalidad.

b) CUIDADO: Permite a la familia cubrir las necesidades físicas de cada uno de sus miembros (alimento, vestido, habitación, medicinas, etc.).

c) AFECTO: Esta función permite cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia, porque la respuesta afectiva de un miembro a otro proporciona la recompensa básica de la familia.

d) SOCIALIZACION: Permite la interacción mediante la ---

cual un individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por ende, de la sociedad.

e) STATUS: Esta función representa la responsabilidad de la necesaria socialización y las experiencias educacionales, que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas (5).

ROLES:

Para que se lleven a cabo dichas funciones hay una actitud; una conducta que se puede resumir en lo que se llama un rol. El rol es el papel que debe desempeñar cada miembro de la familia para el cumplimiento adecuado de las funciones. Los roles se denominan de acuerdo al papel de cada uno de los miembros.

a) PADRE: El rol del padre, debe de ser padre-esposo; -- con este rol, el hombre de la casa debe cumplir como padre con los hijos, y como esposo con la madre o compañera.

b) MADRE-ESPOSA: La mujer debe cumplir las funciones -- con los hijos como madre, y con el esposo o compañero como esposa.

c) HIJO-HERMANO: Los niños deben de cumplir un rol dentro de la familia, que tiende a que ellos se sientan integrados y que a la vez demuestre a los padres que los hijos se están adaptando a la sociedad. La manera de manifestarlo es mediante su conducta hacia su progenitor (a) como hijo y

hacia los otros descendientes como hermanos.

DINAMICA FAMILIAR: Se entiende por dinámica familiar al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares. La dinámica familiar determina que -- una familia sea funcional o disfuncional (5).

FAMILIA FUNCIONAL: Es aquella en la cual se cumplen todas las funciones familiares; los conflictos son resueltos en forma explícita y sin forcejeo; tiende a desarrollarse, a ser creativa y está dispuesta a perder a sus miembros cuando éstos son necesarios para la sociedad.

En las familias sanas donde la comunicación es abierta y hay un manejo sincero de la expresión de los sentimientos, permiten a cada uno de los miembros desarrollarse como individuos y le da la seguridad de que no están solos, es decir, no están aislados y pueden contar con el apoyo de los demás en cualquier situación (5).

FAMILIA DISFUNCIONAL: Son todas aquellas familias que no cumplen con los requisitos ya especificados, deberán ser consideradas como disfuncionales. En ellas generalmente es muy observar que es baja la autoestima, la pérdida del respeto la falta de límites en los roles, de jerarquías y de territorio en sus miembros.

TIPOS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES:

a) FAMILIA RIGIDA: Impera un status "quo" (estado de cosas, situación) que no permite la consideración de nuevas reglas. Los padres son incapaces de admitir que los hijos han crecido y tienen nuevas necesidades. Al adolescente no le queda otra salida que someterse o rebelarse.

b) FAMILIA SOBREPTECTORA: Se observa una preocupación exagerada por darle toda clase de protección y bienestar a sus miembros. Los hijos de estas familias no aprenden a conseguir nada ni a defenderse.

c) FAMILIA AMALGAMADA: La felicidad depende de "hacer todo juntos". La individualización es casi imposible y cualquier intento de independencia se vive como una amenaza en contra de los demás.

d) FAMILIA EVITADORA DE CONFLICTOS: Se invierte mucha energía en estar siempre en armonía y tienen tanto miedo al conflicto, que dejan los problemas sin solución. En estos hogares, los hijos no aprenden a negociar ni a resolver conflictos.

e) FAMILIA CENTRADA EN LOS HIJOS: Los padres viven "para y por sus hijos". al adolescente le será muy difícil crecer y separarse de sus padres, ya que al hacerlo les quita "su razón de existir".

f) FAMILIA CON UN SOLO PADRE: Uno o varios de los hijos hacen las veces del padre o de la pareja ausente. Los hijos sobrecargados de problemas, viven vida de adultos.

g) FAMILIA DEMOCRATA: Los padres son incapaces de disciplinar a los hijos. No sorprende la anarquía y competitividad desmedida y destructiva de los adolescentes en estos hogares, donde nunca aprendieron jerarquías ni reglas.

h) FAMILIA INESTABLE: Las metas tanto sociales como familiares están difusas. Las familias no planean sino improvisan. El adolescente experimentará gran dificultad en el desarrollo de su identidad, ya que no sabe quien es, a donde pertenece, ni a donde va (5).

FACTORES PREDISPONENTES DE DISFUNCION FAMILIAR

Cualquier cambio como crecimiento, enfermedad, matrimonio y localización, producen crisis en la familia. Las crisis hacen que aparezcan nuevos sistemas o las diversas presiones se tornen sobre la familia para que vuelva a su equilibrio previo, labor a menudo imposible. La familia, entonces, se fija patrones de mala adaptación, dentro de los cuales un miembro de la familia desempeña el papel de miembro enfermo o desviado. Estos papeles aunque mal adaptativos, son complementarios, y conservan el equilibrio familiar. Al intentar afrontar al tipo de familia en crisis, se debe de tener cuidado de no identificarse con la víctima propiciatoria y no censurar a los miembros de la familia. Estas víctimas representan un síntoma del proceso familiar trastornado (17).

La ira y la censura del terapeuta tienden a aumentar las

defensas de la familia y a reforzar su patrón de adaptación.

El médico debe de considerar no solo la enfermedad individual sino también, en la manera como está afectando al sistema familiar (9).

Cualquier miembro de la familia puede verse en un momento dado, afectado por la presencia de un familiar enfermo dentro de su núcleo. Así tenemos que, las alteraciones principales de un miembro de la familia pueden ser:

1. Culpabilidad.
2. Ansiedad.
3. Miedo a la separación.
4. Miedo a la muerte.

Cuando un miembro de la familia está enfermo, sufre regresión, y percibe su relación con el médico como la del niño con el padre. Este hecho debe de aceptarse y afrontarse, y en el proceso de restablecer la independencia de la persona, se remodelará sus actitudes hacia sí mismos, su enfermedad y su familia.

Este es de hecho, el campo en el que el médico familiar se encuentra al frente de la atención preventiva de la salud mental (7).

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Las enfermedades prolongadas modifican el modo de vida del paciente y de su familia. Por lo tanto, habrá de cambiar creencias, metas, intereses, contactos con la sociedad

y tipo de vida.

CONSECUENCIAS PARA EL PACIENTE

El enfermo crónico teme a muchas cosas: La muerte, la invalidez, el abandono, el contagio de otras fuentes y los -- problemas económicos. Existe además el peligro de pérdida - de autoestimación personal y alteración de las relaciones - interpersonales. Es aquí donde el paciente responde a estos problemas en función de:

1. Su personalidad previa.
2. Su imagen personal.
3. Su experiencia de enfermedades pasadas.
4. Sus conceptos sobre la enfermedad actual.
5. Sus ideas sobre la actitud del médico y otros miembros de la familia o del equipo médico (12).

CONSECUENCIAS PARA LA FAMILIA

También la familia de este tipo de pacientes está expuesta a los mismos factores anteriores, y responde en función de los mismos determinantes. Sin embargo, la reacción no es obligadamente la misma que la del paciente. Actúa aquí otro tipo de fuerzas exteriores. Las reacciones de culpa son más frecuentes en los familiares que en el enfermo. Entre otras reacciones familiares cabe citar:

1. Irritación y mal humor hacia el enfermo.
2. Miedo frente a síntomas inquietantes.

3. Hipocondría en otros miembros de la familia sometidos a presión.
4. Miedo al contagio.
5. Sobreprotección y temores innecesarios (8).

INTERACCIONES ENTRE EL PACIENTE Y SU FAMILIA

Plantean problemas especiales, sobre todo cuando el paciente es un niño, pues la familia tiende entonces a restringir innecesariamente sus actividades. Cuando el paciente es del sexo masculino, está en edad productiva, más aún si es casado y es la única fuente de ingresos en dicha familia, lo más seguro es que lleguen a presentarse alteraciones en las relaciones familiares (11).

APGAR FAMILIAR

Para llevar a cabo con gran celeridad una impresión global del funcionamiento en una familia se ha utilizado con buenos resultados el apgar familiar, dicho documento fue elaborado por Gabriel Smilkstein en forma de cuestionario para obtener los datos base de un paciente que reflejan el estado funcional de su familia. Representa un método para establecer los parámetros por los cuales la salud de la familia puede ser medida; Fueron escogidos cinco componentes básicos de la función, elegidos por el autor, a partir de que aparecieran como su representante común de las ciencias sociales que tratan con las familias (5).

Las preguntas del apgar familiar son designadas para permitir la medición cualitativa de la satisfacción de los miembros familiares, con cada uno de los cinco componentes básicos de la función familiar (5).

Los parámetros y definición de los componentes del apgar familiar son los siguientes:

a) ADAPTABILIDAD: La adaptación es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares, para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado o violado.

b) ASOCIACIONES: Es la participación de la responsabilidad de trabajo y educación por los miembros de la familia.

c) PROGRESION: Es la maduración física y emocional, plenitud misma que se lleva a cabo por los miembros de la familia a través de apoyo mutuo.

d) APECTO: Es la que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existe entre los miembros de la familia.

e) ACUERDO: Es la tarea de dedicar tiempo a otro miembro de la familia para educación física y emocional. También usualmente involucra una decisión de participación de la riqueza y espacio (5).

Para obtener el grado de funcionalidad familiar, se aplicará la siguiente ecuación:

$$\frac{\%AF + \%FF}{2} = \% \text{ de funcionalidad.}$$

(AF)= Apgar Familiar.

(FF)= Funciones Familiares.

Los diferentes grados de funcionamiento familiar son:

Grado: 1ro. 100 - 80 % Funcional.

2do. 79 - 50 % Moderadamente disfuncional.

3ro. 49 - 0 % Severamente disfuncional.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- a) Investigar la dinámica familiar en familias en las cuales se encuentre un paciente con hipertensión arterial sistémica.
- b) Comprobar que en familias disfuncionales altera el control del paciente hipertenso.
- c) Detectar el tipo de disfunción familiar existente y su mecanismo por el cual evita un buen control del paciente con hipertensión arterial sistémica.
- d) Tratar de evitar que persistan alteraciones en la dinámica familiar.
- e) Servir de base para estudios a futuro.

HIPOTESIS DE TRABAJO

- a) HIPOTESIS: Repercusiones de la disfunción familiar en el control del paciente con hipertensión arterial sistémica.
- b) HIPOTESIS ALTERNATIVA: Las alteraciones en la dinámica familiar repercuten en el control del paciente con hipertensión arterial sistémica.
- c) HIPOTESIS NULA: La disfunción familiar no altera el control del paciente con hipertensión arterial sistémica.

CUESTIONARIO No. 1.

1. Familia: _____

2. Domicilio: _____

3. Integrantes: a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

4. Edad del sujeto problema y su rol: _____

5. Funciones de la familia:

REPRODUCCION:

1. Sus relaciones sexuales son satisfactorias?

Siempre ___ Casi siempre ___ Nunca ___.

2. Se bañan los niños y adultos juntos?

Siempre ___ Casi siempre ___ Nunca ___.

3. El tiempo transcurrido entre un parto y otro es de dos años como mínimo?

Siempre ___ Casi siempre ___ Nunca ___.

4. El número actual de hijos con respecto al planeado es?

Adecuado ___ Insuficiente ___ Sobrepoblado ___.

5. Ha planeado la pareja la necesidad de planificar la familia?

Ambos ___ Solo la esposa ___ Solo el esposo ___ Ninguno ___.

CUIDADO:

1. Ha habido control prenatal durante los embarazos?

Siempre ___ Casi siempre ___ Nunca ___.

2. Los esquemas de inmunización en los niños están completos? En todos ___ Casi todos ___ Ninguno ___.
3. La ropa y el atuendo personal de la familia está disponible y a tiempo? Siempre ___ Casi siempre ___ Nunca ___.
4. Las enfermedades parasitarias e infecciones y sus secuelas están presentes en los miembros de la familia?
Ninguno ___ Solo uno ___ Varios ___.
5. Existe desnutrición en los miembros de la familia?
Ninguno ___ Solo uno ___ Varios ___.

APECTO:

1. El trato de los padres hacia el resto de la familia es adecuado? Por ambos ___ Solo la madre ___ Solo el padre ___.
2. Existen problemas con el caracter (conducta) en los miembros de la familia? Ninguno ___ Solo uno ___ Varios ___.
3. El rol de la esposa en la familia es de? Esposa-madre ___
Esposa-colaboradora ___ Esposa-compañera ___.
4. Lleva a los niños a centros de recreo por lo menos una vez por semana? Siempre ___ En ocasiones ___ Nunca ___.
5. Ayuda el padre a la madre en las labores del hogar?
Siempre ___ Casi siempre ___ Nunca ___.

SOCIALIZACION:

1. Utilizan palabras malsonantes o socialmente no aceptadas en su lenguaje los miembros de la familia?
Ninguno ___ Solo los padres ___ Todos ___.
2. La escolaridad de los niños está de acuerdo a su edad?
En todos ___ Solo algunos ___ Ninguno ___.

3. Existe alcoholismo o drogadicción en los miembros de la familia? Ninguno ___ Solo uno ___ Varios ___.
4. Existe interés en los miembros de la familia para recibir atención médica?
En todos ___ Solo los padres ___ Ninguno ___.
5. Existen expulsiones o castigos a los niños en la escuela?
Ninguno ___ Solo uno ___ Varios ___.

STATUS:

1. Reconocen y aceptan los miembros de la familia los límites jerárquicos de autoridad?
Todos ___ Solo algunos ___ Ninguno ___.
2. Existen cambios de trabajo en el padre?
Nunca ___ Ocasionalmente ___ Frecuentemente ___.
3. El nombre del padre se repite en los hijos?
En el primogénito ___ En algunos ___ En ninguno ___.
4. El puesto que ocupa el padre en el trabajo es de?
Directivo ___ Empleado calificado ___ Empleado no calificado ___.
5. Cuentan los padres con una unidad móvil para transporte?
Ambos ___ Solo uno ___ Ninguno ___.

CUESTIONARIO No. 2.

	Casi siempre	algunas veces	difícilmente
ADAPTABILIDAD			
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.	_____	_____	_____

ASOCIACIONES

Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual - acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.

PROGRESION

Encuentro que mi familia acepta - mis deseos de tomar nuevas actitudes o hacer cambios en mi estilo de vida.

AFECTO

Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.

ACUERDO

Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.

RESULTADOS: "Casi siempre" 2 puntos.

"Algunas veces" 1 punto.

"Difícilmente" 0 puntos.

INTERPRETACION: 7 a 10 puntos: Gran funcionamiento familiar.

4 a 6 puntos: Familia moderadamente disfuncional.

0 a 3 puntos: Severamente disfuncional.

CUESTIONARIO No. 3.

1. Sabía usted que su familiar está enfermo? Sí No
2. Conoce la enfermedad que padece? Sí No
3. Sabe que es hipertensión arterial sistémica? Sí No
4. Le ha informado su médico o alguna otra persona capacitada que es hipertensión arterial? Sí No
5. Conoce los medicamentos que toma el enfermo? Sí No
6. Sabe para que sirven los medicamentos que toma? Sí No
7. Conoce el horario y dosis que debe de seguir? Sí No
8. Le molesta la enfermedad del enfermo? Sí No
9. Tiene miedo de contagiarse de esta enfermedad? Sí No
10. Que es lo que hace cuando el paciente tiene una crisis de su enfermedad?
 - a) Lo lleva con su médico? Sí No
 - b) Le da el medicamento que supone le aliviara? Sí No
 - c) No lo ayuda? Sí No
11. Cuando el paciente deja el tratamiento que es lo que hace?
 - a) Le insiste en que lo continúe? Sí No
 - b) Le avisa a su médico? Sí No
 - c) No le interesa? Sí No
12. Le ayuda a llevar la dieta indicada para este tipo de padecimiento? Sí No
13. Le ayuda a realizar el ejercicio recomendado? Sí No
14. Le insiste a que acuda a las citas con su médico familiar? Sí No
15. Sabe que existe un Club de pacientes con hipertensión arterial sistémica? Sí No
16. Le insiste a su familiar para que asista a las reuniones o citas del Club? Sí No
17. Existe otro miembro de la familia con el mismo padecimiento? Sí No

MATERIAL Y METODOS

En estudio retrospectivo y de seguimiento, se investigaron a 30 familias en las cuales se encuentra un paciente -- con hipertensión arterial sistémica, dichos pacientes desempeñan el rol de padre-esposo o madre-esposa, comprenden entre los 20 y 50 años de edad y están adscritos al Hospital General de Zona #1 con Med. Familiar de Culiacán, Sin.

Se llevó a cabo la primera visita domiciliaria aplicando los cuestionarios anexos, elaborando un diagnóstico familiar integral, clasificando los tipos de disfunción familiar y su relación con el control del paciente hipertenso y por último se les proporcionó información a los familiares así como al paciente del padecimiento en cuestión, tanto del conocimiento del mismo como del manejo integral y la forma en que la familia podría colaborar a su control; se realiza una segunda visita a los seis meses después, obteniendo los datos comentados en hojas posteriores.

Los recursos que se usaron para esta investigación son:

a) HUMANOS: 30 familias en las cuales se encuentra un paciente con hipertensión arterial sistémica, un médico especialista en Medicina Familiar, un médico residente del 2do. año en la especialidad de Med. Familiar, y una asistente de consultorio.

b) MATERIALES: Expediente clínico, tarjeta de registro familiar, cuestionarios anexos, máquina de escribir, etc.

c) TECNOLOGICOS: Esfingomanómetro y estetoscopio.

RESULTADOS

En el presente trabajo se analizaron a 30 familias en -- las cuales existe en cada una de ellas un paciente con hipertensión arterial sistémica, las cuales se encuentran adscritas al Hospital General de Zona #1 con Med. Familiar, en Culiacán, Sinaloa.

Se encuentra que del total de pacientes, 20 (66.6%) fueron del sexo femenino, y 10 (33.3%) correspondieron al sexo masculino; con una proporción del 2:1 respectivamente. Ver cuadro #1.

Tomando en cuenta que para el estudio se escogen a pacientes que tengan el rol de padres, se observa que las edades oscilan entre los 26 y 50 años; y la edad promedio en la -- que se encuentra el mayor porcentaje de pacientes hipertensos, fue de 42 a 50 años. Ver cuadro #2.

Los resultados obtenidos del estudio de la dinámica familiar en estas familias muestran: que en 16 familias (53.3%) una moderada disfunción familiar, en 10 familias (33.3%) -- gran funcionamiento familiar, y en solo 4 familias (13.3%) se encuentra una severa disfunción familiar. En las gráficas correspondientes (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7) se desglosan caja una de las funciones familiares, Apgar familiar y por -- último el funcionamiento familiar.

El tipo de familias encontradas en este estudio fueron: Nuclear 16 familias (53.3%), Extensa 8 familias (26.6%), y

por último 6 familias (20%) con falta de alguno de los padres.

El tipo de disfunción familiar encontrado es el siguiente: 8 familias (26.6%) "familia evitadora de conflictos", 6 familias (20%) "Familia con un solo padre", 6 familias (20%) "Familia Inestable", y el resto de las familias en estudio que son 10 (33.3%) fueron familias funcionales. Ver gráfica #8.

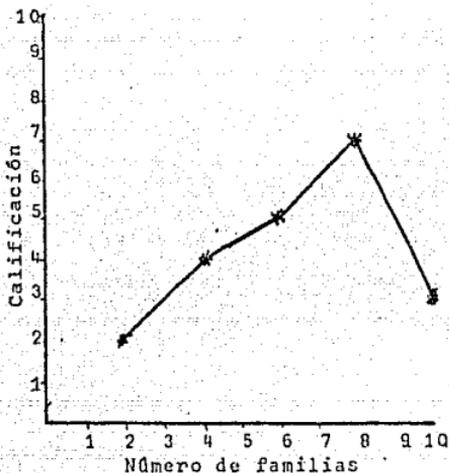
De las 30 familias estudiadas, 28 (93.3%) no tenían información por el médico ni por ninguna persona capacitada del padecimiento del familiar, y solo 2 familias (6.6%) tenían esta información. Ver gráfica #9.

También se observa que en 22 familias (73.3%) colaboraban parcialmente los integrantes de la familia para el control del paciente problema, esto dado por la falta de información, inestabilidad familiar, etc.; y en 8 familias (26.6%) no se encontró esta colaboración.

Al inicio del estudio se observa que en el total de los pacientes se encontraban con cifras tensionales por arriba de 140/110; en la visita a domicilio que se realizó en donde se les aplicó los cuestionarios para determinar el funcionamiento familiar y se les informa a los familiares así como al paciente sobre el padecimiento, complicaciones, tratamiento (tipo de medicamentos, dosis, horario), dieta, ejercicio, y por último la forma en que podría colaborar cada uno de ellos para el control de esta enfermedad. Seis me

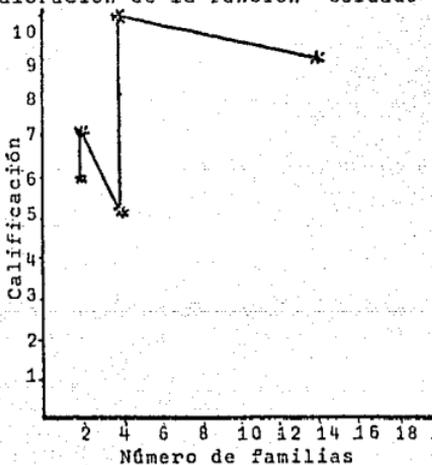
ses después de esta visita se encuentra que en 26 familias (86.6%) el paciente presenta cifras tensionales dentro de lo normal, y en solo 4 familias (13.3%) permanecían aún en descontrol. Ver cuadro #3.

Gráfica #1.
 Valoración de la función "Reproducción"



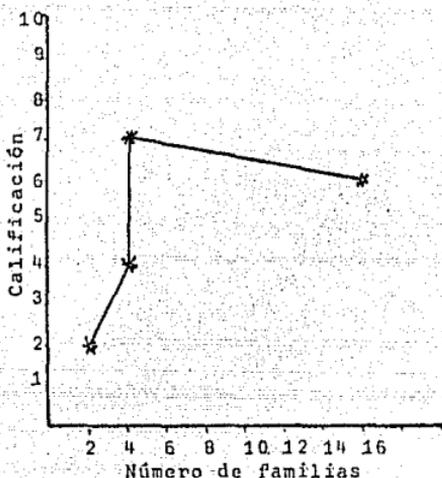
Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante hipertenso, realizado en el HGZ #1 con - M.F., Culiacán, Sin. 1983.

Gráfica #2.
 Valoración de la función "Cuidado"



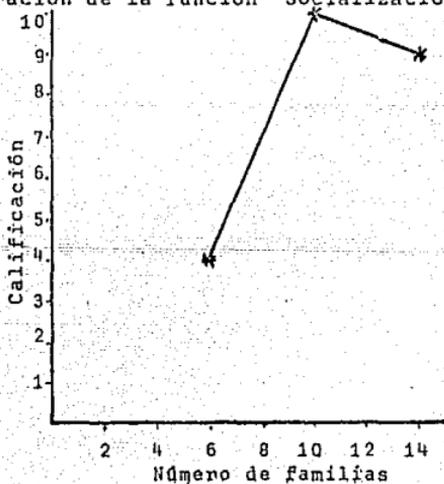
Fuente: Idem.

Gráfica #3.
Valoración de la función "Afecto".



Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante hipertenso, realizado en el HGZ #1 con M.F., Culiacán, Sin. 1983.

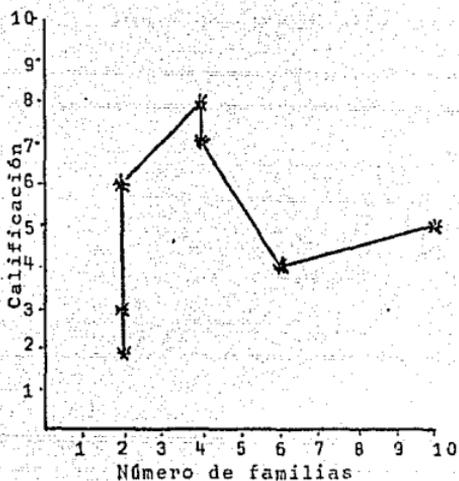
Gráfica #4
Valoración de la función "Socialización".



Fuente: Idem.

Gráfica #5

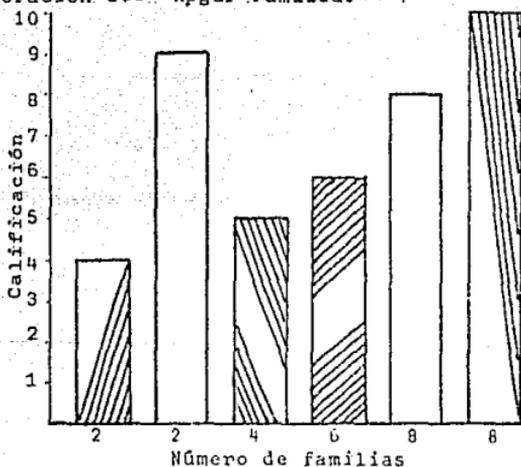
Valoración de la función "Status"



Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante hipertenso, realizado en el HGZ #1 con - M.F., Culiacán, Sin. 1983.

Gráfica #6

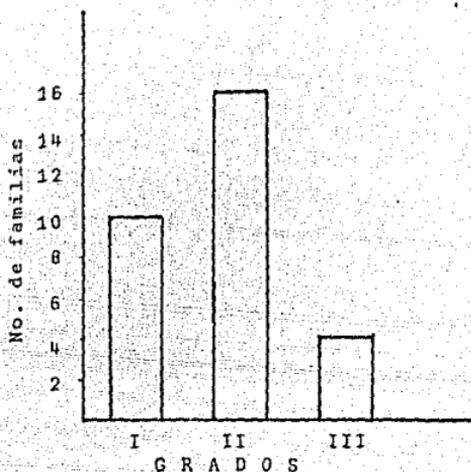
Valoración del "Apgar Familiar"



Fuente: Idem.

Gráfica #7.

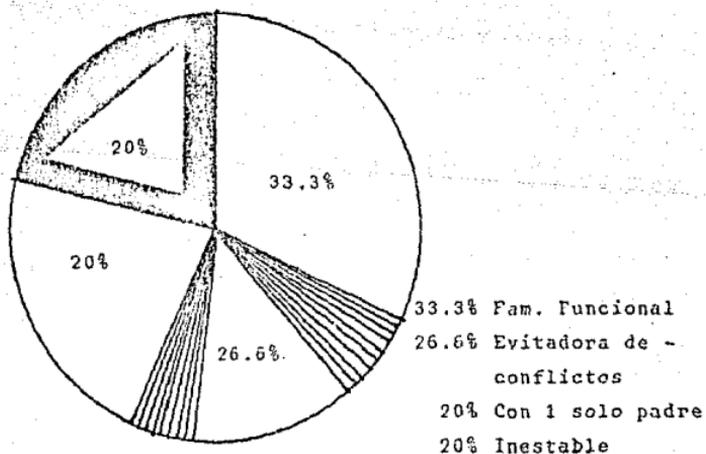
Grados de funcionalidad familiar.



Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante - hipertenso, realizado en el HGZ #1 con M.F. Culiacán, Sin. 1983.

Gráfica #8.

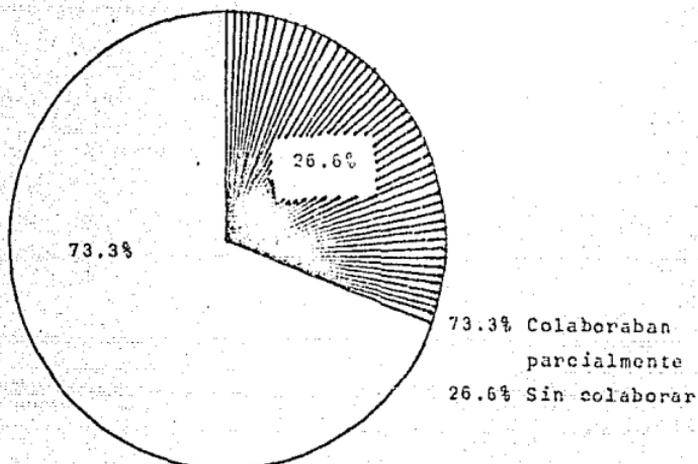
Tipos de disfunción familiar.



Fuente: Idem.

Gráfica #9.

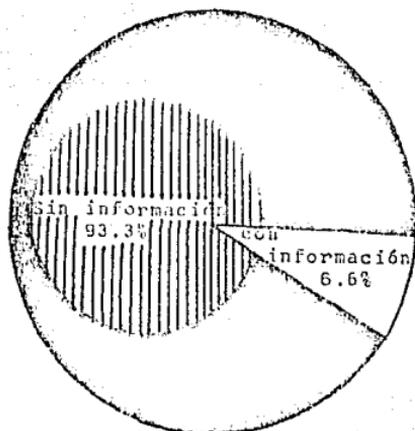
Colaboración por los integrantes de la familia



Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante - hipertenso, realizado en el HGZ #1 con M.F. Culiacán, Sin. 1983.

Gráfica #10.

Información por el médico del padecimiento



Fuente: Idem.

Cuadro #1.

Relación del sexo con la hipertensión.

Sexo	#pacientes	Porcentaje
Femenino	20	66.6%
Masc.	10	33.3%

Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante hipertenso, realizado en el HGZ #1 con - M.F., Culiacán, Sin. 1983.

Cuadro #2.

Presentación de casos por edades.

# pacientes	Edad	porcentaje
2 pacientes	26 años	6.5%
2 pacientes	29 años	6.5%
2 pacientes	35 años	6.5%
2 pacientes	36 años	6.5%
2 pacientes	41 años	6.5%
4 pacientes	42 años	13.3%
2 pacientes	45 años	6.5%
2 pacientes	46 años	6.5%
6 pacientes	48 años	20.0%
4 pacientes	49 años	13.3%
4 pacientes	50 años	13.3%

Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante hipertenso, realizado en HGZ #1 con M.F. Culiacán, Sin. 1983.

Cuadro #3.
Relación de las cifras tensionales
al inicio y al término del estudio.

# pacientes	cifras tensionales		control
	Inicio	Término	
6 pacientes	140/100	130/90	+
6 pacientes	160/100	130/80	+
2 pacientes	150/120	155/105	-
2 pacientes	190/100	150/100	-
8 pacientes	150/100	130/90	+
4 pacientes	165/95	160/85	+
2 pacientes	160/110	130/70	+

Fuente: Estudio de 30 familias con un integrante hipertenso, realizado en el HGZ #1 con - M.F., Culiacán, Sin. 1983.

C O C L U S I O N E S

1. De las 30 familias estudiadas predomina el tipo de familia nuclear en 16 casos (53.3%).
2. De las familias investigadas se encuentra un mayor número con disfunción familiar (66.3%), de las cuales se observa un mayor porcentaje (53.3%) de familias con moderada disfunción familiar, y en solo 13% con severa disfunción familiar.
3. El tipo de disfunción familiar más frecuente fue: "Familia evitadora de conflictos" 8 familias (26.6%), y en orden descendente le siguen "Familia con un solo padre" y "Familia inestable" con 8 familias (20%) cada una de ellas.
4. La mayoría de los pacientes estudiados fueron del sexo femenino (66.6%).
5. En la mayoría de las familias (93.3%) no tenían información médica del padecimiento.
6. Se observa que 22 familias de las 30 en estudio ayudaban solo parcialmente al control del padecimiento, y en 8 familias (26.6%) no se encontró esta colaboración.
7. El control de la hipertensión arterial en los pacientes en estudio mejoró notablemente en 26 (86.6%) después de la visita domiciliaria.

C O M E N T A R I O

En el trabajo expuesto es notable la relación directa - que guardan la hipertensión arterial y la disfunción familiar, pues el 66.6% de las familias estudiadas presentan - algún grado de disfunción familiar. Por otro lado la falta de información del padecimiento también es causa de que no se lleve un buen control del mismo, pues es demostrado en esta pequeña muestra, que informando y orientando al grupo familiar sobre al respecto, se obtienen resultados muy satisfactorios.

Tomando en cuenta los resultados ya expuestos, se debe proporcionar tanto por el personal médico como para-médico una buena información y orientación del padecimiento, así como tratar de mejorar el funcionamiento familiar, para -- que así haya una mejor cooperación tanto del paciente como de los familiares y se logre un mejor control del padecimiento y por ende mejoren las condiciones de vida de los - pacientes que sufren esta afección.

B I B L I O G R A F I A

1. Alcocer D.B.L., González C.A., Hipertensión arterial 1980
Primer curso Interamericano sobre Hipertensión arterial,-
Ed. Médicas Actualizadas, S.A., México D.F., "Edad, sexo
y ubicación familiar en el estudio de la hipertensión ar-
terial", Ira. Ed., Pag: 51-54, 1980.
2. Alcocer D.B.L., González C.A., Hipertensión arterial 1980
Primer curso Interamericano sobre Hipertensión arterial,-
Ed. Médicas Actualizadas, S.A., México D.F., "Epidemiolo-
gía de la Hipertensión arterial en el Municipio de Toluca
Edo. de México", Ira. Ed., Pag: 33-50, 1980.
3. Alcocer D.B.L., González C.A., Hipertensión arterial 1980
Primer curso Interamericano sobre Hipertensión arterial,-
Ed. Médicas Actualizadas, S.A., México D.F., "Epidemiolo-
gía de la Hipertensión Arterial en México", Ira Ed., Pag:
15-29, 1980.
4. Alcocer D.B.L., González C.A., Hipertensión arterial 1980
Primer curso Interamericano sobre Hipertensión Arterial,-
Ed. Médicas Actualizadas, S.A., México D.F., "Problema de
la Hipertensión arterial", Ira. Ed., Pag: 1-13, 1980.
5. Apuntes del curso de "Familia" para Residentes de Medici-
na Familiar, H.G.Z. #1 I.M.S.S., Culiacán, Sin., 1983.
6. Boszormeny I., Ngy James L. Franco, Terapia Familiar In-
tensiva, Ed. Trillas, Pag: 8-11, 29-30, Sept. 1979.
7. Conn H.F., Rawkel R.E., Johnson T.W., Medicina Familiar,
Ed. Interamericana, México D.F., "Ancianos dentro de ca--

- sa", pag: 24., "Consecuencias para la familia", pag: 102.
 "Crisis de intervención", pag:20., "Enfermedades principa
 les en un miembro de la familia", pag: 23., "Interacción
 entre el paciente y su familia", pag: 102., "Problemas -
 psicosociales", pag: 101.
8. Espino V.J., Introducción a la cardiología, Librería de
 Medicina, México D.F., "Hipertensión arterial", 8va. Ed.,
 pag: 451, 1977.
 9. González C.A., Alcocer D.B.L., Hipertensión Arterial Diag
 nóstico y Tratamiento, La Prensa Médica Mexicana, México
 D.F., "Definición y clasificación de la hipertensión arte
 rial", pag: 1-13., "Hipertensión arterial esencial", Ira.
 Ed., pag: 45-52, 1977.
 10. Harrison, Thorn, Adams., Medicina Interna, Ed. Científi
 cas La Prensa Médica Mexicana, S.A., México D.F., "Hiper
 tensión arterial esencial", 5ta. Ed. en español, pag: ---
 1555-1556, 1981.
 11. Memorias de las III Jornadas Médicas Nacionales de Medici
 na Familiar, I.M.S.S., pag: 195-196, México D.F., Enero,
 1980.
 12. Satir V., Relaciones Humanas en el núcleo familiar, Ed.-
 Pax, México D.F., "La autoestima", pag: 20-29, 1978., - -
 "Comunicación", pag: 30-34., "Introducción", pag: 1-8, --
 1980.
 13. Satir V., Relaciones Humanas en el núcleo familiar, Ed. -
 La Prensa Médica Mexicana, México D.F., "Como es tu fami
 lia", pag: 9-18, 1980.