



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

SEDE:

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 82 ROMERO DE TORRES
ZAMORA MICHOACAN**

TITULO DEL TRABAJO:

**SATISFACCION FAMILIAR COMO FACTOR EN EL CONTROL DEL
PACIENTE HIPERTENSO
EN FAMILIAS ADSCRITAS A LA UMF N° 69 DE ZINAPARO MICHOACAN**

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

PRESENTA:

DRA. MONICA FUENTES CALDERON

SEDE: U. M. F. N° 82 ROMERO DE TORRES.

AÑO: 2009



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.


**SATISFACCION FAMILIAR COMO FACTOR EN EL CONTROL DEL
PACIENTE HIPERTENSO
EN FAMILIAS ADSCRITAS A LA UMF N° 69 DE ZINAPARO MICHOACAN**

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

PRESENTA:

DRA. MONICA FUENTES CALDERON

**DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.**


**DR. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ.
ESPECIALISTA EN PEDITRIA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
HGZ 04 IMSS ZAMORA MICHOACAN
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS.**


**DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO.
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TEMA DE TESIS.**

**SATISFACCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR EN EL CONTROL DEL
PACIENTE HIPERTENSO EN FAMILIAS ADSCRITAS A LA UMF N°
69 DE ZINAPARO MICHOACAN.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

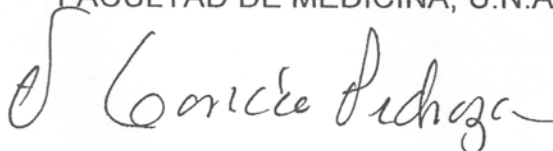
PRESENTA

DRA. MÓNICA FUENTES CALDERÓN

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGREDECIMIENTO

Especialmente quiero agradecer a mis padres el Sr. Jorge Eugenio Fuentes que aunque ya no esta conmigo fue un gran ejemplo y apoyo, a mi madre la Sra. María Calderón por que sin ellos no hubiera podido concluir mis estudios.

A mi amado esposo por toda la paciencia y apoyo que pudo darme, a mis hijos por el tiempo que deje de estar con ellos.

A si mismo le doy las gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social por la oportunidad que me han brindado para que yo pueda concluir con mi formación como especialista.

No tengo palabras para expresar la gratitud que siento por su generosidad su fé y su inestimable ayuda al Dr. Fernando Alderete Alonso Profesor titular del curso de Especialidad en Medicina Familiar, al Dr. Juan Manuel Aguiñiga Ramirez Jefe de Enseñanza del Hospital General de Zona Numero 4 Zamora, Michoacán por el gran apoyo que recibí de el durante mi estancia en el hospital y por su desinteresada ayuda en la investigación necesaria para preparar mi protocolo.

Deseo a si mismo agradecer a todos aquellos que participaron con mi formación en el Hospital General de Zona Numero 4 de Zamora, Michoacán, a todos los medicos adscritos en cada uno de los servicios. A la unidad de Medicina Familiar numero 82, especialmente al Director Jose Luis Medina.

A si mismo no omito mencionar a mis compañeros de la especialidad y a mis compañeros del programa IMSS Oportunidades y en especial al Dr. Oliver Pantoja Calvillo Medico Asesor de la Zona 13 la Piedad.

INDICE

TEMA	PAG.
1. MARCO TEORICO	01
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. JUSTIFICACION	18
4. OBJETIVO GENERAL	19
5. OBJETIVO ESPECIFICO	19
6. HIPOTESIS	19
7. METODOLOGIA	19
8. POBLACION LUGAR Y TIEMPO	20
9. TIPO YA TAMAÑO DE LA MUESTRA	20
10. CRITERIOS DE INCLUSION	21
10.1. Criterios exclusión	21
10.2. Criterios eliminación	21
11. INFORMACION A RECOLECTAR	22
11.1. Conceptualización de variables	22
11.2. Coperacionalización de variables	22
12. METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	23
13. CRONOGRAMA	28
14. RECURSOS	29
15. CONSIDERACIONES ETICAS	29
16. RESULTADOS	31
17. DISCUSION	38
18. CONCLUSION	39
19. BIBLIOGRAFIA	40
20. ANEXOS	43



1. Marco teórico

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales y a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria.

Se denomina hipertensión arterial sistólica cuando la presión sistólica es mayor de 150 mmHg y la diastólica es menor de 90 mmHg. En los últimos tiempos se ha demostrado que las cifras de presión arterial que representan riesgo de daño orgánico son aquellas por arriba de 140 mmHg para la presión sistólica y de 90 mmHg para la presión diastólica, cuando éstas se mantienen en forma sostenida. Por lo tanto, se define como hipertensión arterial cuando en tres ocasiones diferentes se demuestran cifras mayores de 140/90 mmHg en el consultorio o cuando mediante monitoreo ambulatorio de la presión arterial se demuestra la presencia de cifras mayores a las anotadas más arriba, en más del 50% de las tomas registradas.

La hipertensión arterial ocasiona daño a diversos órganos y el grado de éste y el tiempo requerido para que aparezcan se relacionan directamente con el grado de hipertensión arterial.



De acuerdo con las cifras tensiionales la hipertensión arterial se puede clasificar en:

	PAS	PAD
Normo tensión	<140	<90
Hipertensión leve	140-160 y/o	90-100
Hipertensión moderada	160-180 y/o	100-110
Hipertensión Grave	>180	>110

De acuerdo con el grado de daño orgánico producido, la hipertensión arterial puede encontrarse en diferentes etapas:

ETAPA I: Sin alteraciones orgánicas.

ETAPA II: El paciente muestra uno de los siguientes signos, aún cuando se encuentre asintomático.

- a) Hipertrofia ventricular izquierda (palpación, radiografía del tórax, ECG, ecocardiograma).
- b) Angiotonía en arterias retinianas.
- c) Proteinuria y/o elevación leve de la creatinina (hasta 2 mg/d).
- d) Placas de ateroma arterial (radiografía, ultrasonografía) en carótidas, aorta, ilíacas y femorales.

ETAPA III: Manifestaciones sintomáticas de daño orgánico:

- a) Angina de pecho, infarto del miocardio o insuficiencia cardiaca.
- b) Isquemia cerebral transitoria, trombosis cerebral o encefalopatía hipertensiva.
- c) Exudados y hemorragias retinianas; papiledema.
- d) Insuficiencia renal crónica.



- e) Aneurisma de la aorta o aterosclerosis obliterante de miembros inferiores.

La hipertensión arterial es un problema de salud de primera importancia ya que se estima que se encuentra en el 21 al 25% de la población adulta general. Esta cifra obliga a que todo médico, independientemente de su grado académico o especialización, deba tener un conocimiento claro y lo más profundo posible del padecimiento, ya que sería imposible que la hipertensión arterial fuera vista y tratada solamente por especialistas. Se comprende que los casos de difícil manejo o de etiología no bien precisada deban ser derivados al especialista apropiado.

Es un padecimiento crónico de alta prevalencia que ocasiona un gran número de muertes e incapacidades, también es un factor de riesgo en enfermedades ateroscleróticas.

Corresponde al médico familiar y a su equipo de trabajo influir en los factores de riesgo para reducir la morbi mortalidad, tomando en cuenta que el padecimiento afecta también la dinámica familiar.

El estrés psicosocial es multifactorial, se relaciona con la funcionalidad y satisfacción familiar, las relaciones interpersonales en otros espacios, el trabajo, y una serie de sucesos que ocurren día a día, que a la vez son sumatorios y que dentro del contexto en que se desenvuelven los pacientes, afectan las emociones de las personas, las relaciones, la estructura y finalmente, acaban por deteriorar una u otra función dentro de la dinámica de la familia. ⁱ



Existen varios estudios que nos muestran la relación entre la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en el seno familiar y la repercusión en la función, sobre todo en aquellas familias con poca o nula capacidad de adaptación ante los eventos críticos que en adelante mencionaré como conflicto. Sin embargo en el estado de Michoacán no he encontrado estudio similar que nos hable de la relación entre hipertensión arterial y satisfacción familiar y mucho menos en la comunidad de Zináparo. Por lo que considero muy importante determinar dicha relación a fin de establecer las funciones de mayor deterioro e implementar las acciones que nos ayuden a corregir dichas disfunciones, tomando en cuenta el hecho bien conocido de la relación directamente proporcional que a mayor insatisfacción familiar, mayor descontrol del paciente crónico degenerativo, secundario principalmente al despego del manejo.

El modelo del ciclo vital familiar asume que las familias experimentan cambios predecibles o conflictos normativos durante el desarrollo del mismo. Sin embargo, junto a estas fases previsibles existen otras inesperadas, que exigen un gran esfuerzo adaptativo de la familia y que pueden contribuir a la aparición o agravamiento de cualquier síntoma físico o psíquico.ⁱⁱ

Debido a ello, los pacientes pueden acudir a nuestra consulta con síntomas físicos o psíquicos o, incluso, con mal control de una enfermedad crónicaⁱⁱⁱ. Estos conflictos, decíamos, pueden ser por diferentes motivos (intrafamiliares, o del entorno exterior):



- Conflictos normativos: Son aquellos que forman parte del ciclo vital de la familia y por tanto son esperados, como el matrimonio mismo, el nacimiento de un hijo y la marcha de éstos de casa.^{iv}
- Conflictos no normativos: Son aquellos que ocurren de forma repentina o accidental y de alguna manera, rompe con el desarrollo normal del ciclo vital familiar como la muerte de un hijo o de uno de los cónyuges de forma inesperada, el diagnóstico de enfermedad grave o la incapacidad crónica de uno de los cónyuges, la separación o el divorcio, etc.
- Acontecimientos vitales estresantes : incluyen aquellas situaciones externas que en mayor o menor medida provocan estrés y que habían sido estudiadas por Holmes y Rahe como son encarcelación, juicio y problemas legales; despido del trabajo, reajuste del negocio o paro laboral; cambio de residencia o de colegio, entre otros ^v.

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia.

Parece lógico pensar que la existencia de una patología crónica pueda incrementar la probabilidad de presentar trastornos en la dinámica familiar o alguna dificultad de adaptación en algunos miembros, que se traduzca en un mal funcionamiento familiar.

Se define **disfunción familiar** como el incumplimiento cabal de cualquiera de las funciones básicas de la familia; si tomamos en cuenta que toda familia atraviesa por un ciclo evolutivo, podemos entender que dependiendo de la fase por que este atravesando en dicho



momento tendrá prioridad por tal o cual función, de suerte que las funciones afectadas, serán variables dependiendo de esta etapa vital.

La insatisfacción familiar se genera cuando las relaciones intrafamiliares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa e indirecta, cuando son sometidos a una carga fuerte de estrés y debido a esto el sistema familiar se enferma progresivamente. Esta insatisfacción si no es atendida o corregida por los mismos miembros de la familia, pronto se convierte en el estilo de vida familiar disfuncional y produce en muchos casos, el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos.

Las reglas familiares se tornan confusas, rígidas y parecieran injustas para sus miembros, se distorsionan sus roles conforme avanza la enfermedad. En una familia disfuncional lo primero que se afecta es la comunicación, que es la base de la armonía y equilibrio de toda relación.^{vi}

El objetivo principal del estudio será valorar la existencia de asociación entre la insatisfacción familiar y la presencia de hipertensión arterial, detectada mediante la aplicación del test APGAR familiar que diagnostica desde la satisfacción familiar hasta la insatisfacción severa.

El trabajo del médico de familia consiste en relacionar los síntomas con la situación vital por la que está atravesando el paciente y su familia y que en un momento dado condicionan algún tipo de disfunción e insatisfacción, y valorar la necesidad de realizar una entrevista familiar pensando en términos sistémicos. Así pues los objetivos de la Atención Familiar son:



- Favorecer el desarrollo adecuado de la familia a lo largo de su ciclo vital, prestando especial atención a los periodos de transición previsibles.
- Realizar orientación anticipada, proporcionando información y apoyo frente a los conflictos no previsibles.
- Valorar el funcionamiento y satisfacción familiar frente a determinados problemas y realizar una intervención planificada y sistémica.
- Identificar aquellas funciones deterioradas en la familia, significativas para aquel momento del ciclo que vive la familia e intervenirlas o derivarlas al nivel correspondiente.

Tal situación me permite hacer la búsqueda intencionada de los conflictos (Diagnostico de hipertensión arterial, en el seno de una familia) y su relación con las disfunciones, es decir con el empobrecimiento funcional e insatisfacción de aquella familia, que requerirá de apoyo o del uso de los recursos que a lo largo de su ciclo ha elaborado, a fin de tener una adaptación que corrija esa disfunción y por tanto su insatisfacción

La **Medicina Familiar** es conocida popularmente como el **Médico de Cabecera** siendo una especialidad que abarca el conocimiento de varias especialidades con un amplio campo de acciones y el primer punto de encuentro entre el médico, el paciente y su familia.

Es la Disciplina Médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global* (*Teoría Holística de la Práctica Médica).



Es una Especialidad horizontal en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (BioPsicoSocial o Integral), capaz de resolver el 90 – 95% de los problemas de salud, proporcionando cuidados continuos y Comprensivos del individuo, su familia y su comunidad que incorpora todas las edades, sexo, sistemas o enfermedades (Amplio Campo de Acciones), con particular énfasis en la Medicina Humanística, la Relación Médico – Paciente - Familia, los Aspectos educativos, Preventivos clínicos, la Medicina Integrada, y la Medicina Costo – Efectiva.

La Atención Primaria de Salud (APS) y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la Medicina Familiar la disciplina para realizarla.

“Se acepta ampliamente que la Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. Es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

Continuidad:

se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos,



sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación.

Acción anticipatoria:

se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos y/o el medio que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para el manejo de las enfermedades, en una perspectiva integradora del tratamiento médico curativo con las medidas preventivas en los grupos expuestos a determinados factores causales.

Estudio de la familia:

permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.”^{vii}

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido. Hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista.^{viii}



El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

Según lo anterior, el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en forma importante sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales.

A raíz de que se precisó que la familia afecta la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro, de tipo integrador en el que se considera al individuo como unidad biopsicosocial. (8)

Tal contexto sitúa al médico familiar como el responsable de la atención del individuo como persona inmersa dentro de un grupo familiar con características propias, con particularidades que le confieren el ser únicas, es decir se desenvuelve en un contexto tal que le permite tener la diferencia que hace la diferencia, situación que le permitirán en un momento dado expresar un síntoma, que se vive y se construye precisamente con las características propias de cada familia. El



conocimiento y la habilidad del clínico para adentrarse en la vorágine de la dinámica de cada familia, es lo que le brindará la oportunidad de establecer las intervenciones más adecuadas, eficaces, indicadas, oportunas y útiles a partir de la retórica, de las palabra del paciente que lo consulta.^{ix}

Los siguientes son elementos teóricos que a la vez que permiten al médico familiar cambiar de actitud, le proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensable para el estudio de la familia; éstos son 1) ciclo de vida familiar, 2) estructura y dinámica de la familia, 3) tipología familiar, 4) funciones de la familia, 5) principios sobre la teoría general de la comunicación, 6) principios sobre la teoría general de sistemas, 7) principios sobre la teoría general de los grupos humanos, 8) relaciones entre médico y paciente y entre médico y familia, 9)fenómenos de transferencia y contra transferencia y 10) técnica de la entrevista. Estos elementos, o puntos de referencia, son fundamentales para que el médico familiar pueda, bajo una metodología precisada, entregarse científicamente al estudio de la familia. (8)

El análisis de estos elementos nos permite centrarnos en tres indicadores fundamentales:

Identificación de la visión desde la cual el paciente construye su padecer.

Identificar la presencia de una diada, desde la teoría general de los sistemas y la recursividad, el cuál es el subsistema implicado en esta dinámica que permite la expresión del padecer.



Y por ultimo identificar el elemento básico de la familia que para el paciente o la díada sea significativo, tan significativo que partir de allí construya su padecer. (9)

Dentro de los elementos a estudiar en el abordaje del padecer familiar, se encuentra el ciclo vital, elemento ampliamente analizado por diferentes autores que se refieren a él como etapas, tiempos y que determinan como periodos comprendidos en unidades de tiempo y en las que se suceden fenómenos que le permiten a la familia evolucionar y crecer mediante la aparición de diferentes situaciones de conflicto, cuya resolución le permitirá a la familia, construir elementos que le ayuden a enfrentar situaciones similares a futuro. Dentro del ciclo vital de la familia, también se realizan funciones básicas que serán priorizadas de acuerdo a la etapa del ciclo en que se este viviendo, de manera tal que las funciones prioritarias en la etapa de matrimonio, son diferentes a las que se priorizan en la etapa de retiro o independendencia, dado que la problemática que se enfrenta es diferente, y es aquí precisamente donde nos interesa, conocer, cuando una familia se enfrenta a un conflicto no normativo, como la aparición de una patología crónico degenerativa como lo es la hipertensión arterial, que repercusiones sobre las funciones básicas de la familia, son las que se empobrecen mayoritariamente condicionando el descontrol de la patología de base.

Una enfermedad grave tiene efectos psicológicos y sociales importantes, tanto para el paciente como para su familia. Las repercusiones de la enfermedad en el individuo, no solo se refieren a sentimientos desagradables como la ansiedad, depresión, rechazo, frustración o conflicto; sino que también perturban las relaciones interpersonales y la



dinámica familiar por la pérdida de la autoestima, de la motivación o de la autonomía, o bien por la incapacidad de adaptación.^x

El adulto vive el momento del diagnóstico de una enfermedad crónica como una crisis. Por supuesto que durante el curso de la propia enfermedad, el paciente tendrá que enfrentarse en otros momentos con problemas secundarios al padecimiento que también le serán difíciles de sobrellevar y ante los cuales puede incluso entrar de nuevo en crisis. De manera que resulta importante recordar que una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas (Slaikeu, 1988).⁽¹⁰⁾ Ahora bien también hay que considerar que una vicisitud tiene el potencial para producir un resultado radicalmente positivo o negativo ante la situación que propició la crisis.

De acuerdo con los hallazgos de autores como Holmes y Rahe, (1967) ⁽⁵⁾, los sucesos que producen altos niveles de estrés y que por ende tienen una mayor capacidad de desatar un conflicto en la vida de las personas, son, en orden de importancia: la muerte del cónyuge, el divorcio o separación marital, la muerte de un familiar cercano, la enfermedad o su consecuente incapacidad, seguidas de eventos tales como matrimonio, jubilación, cambios en el estado de salud de un familiar y finalmente, el embarazo. Así que la enfermedad en el individuo es la cuarta causa de crisis para los adultos.

Hoy día casi todos profesionales de la salud reconocen que el bienestar físico y psicológico se encuentra íntimamente ligado. Entre los nuevos



temas investigados durante los últimos años y que han permitido un mayor desarrollo de esta área, se encuentran las investigaciones sobre la relación entre los diversos acontecimientos de la vida y el estrés.

Se sabe que los sucesos de la vida que tienden a producir más altos índices de estrés en el sujeto, propician actitudes psicológicas negativas del individuo que exacerban los diversos trastornos físicos⁽⁵⁾ .

Así, la enfermedad física y la invalidez, constituyen sucesos críticos en la vida, que desafían la habilidad del individuo y la familia para enfrentarlos y adaptarse.

Será decisivo para la resolución del conflicto, la forma en que el sujeto interprete su enfermedad, en particular respecto a su auto imagen y sus planes futuros. De acuerdo con la teoría general de sistemas, además de tener un impacto en el propio individuo, sucederá lo mismo en su familia e inclusive sobre su red social.

Slaikeu, (1988) ⁽¹⁰⁾ y Miles (1979)^{xi} , entre otros hacen una distinción entre los efectos que la enfermedad crónica tiene por si mismo sobre el individuo y su familia, y los efectos psicológicos que posee la reacción emocional del individuo ante el padecimiento, pero que no se debe de manera directa a ella, sino que resulta como consecuencia de la forma en que el sujeto reacciona ante su enfermedad. Por ende, este tipo de manifestaciones, varía de un individuo a otro, aún cuando ambos presenten el mismo padecimiento.



Estudios que buscan determinar la relación existente entre hipertensión arterial e insatisfacción familiar reportan que el 77.8% de los pacientes viven en familias normofuncionantes, el 22% tienen un apoyo social funcional escaso.^{xii} La mala adherencia al tratamiento farmacológico oscila entre un 11.5% y un 67.6% y se encuentra asociada a la presencia de eventos estresantes, tipo de familia y a un bajo apoyo social. (12)

Se han realizado múltiples estudios internacionales en donde se busca las causas de descontrol hipertensivo y despegue al manejo, Un estudio realizado en la Cali Colombia reporta que algún tipo de disfunción familiar, se presenta en el 29.4% de los pacientes estudiados y que se asocia al descontrol hipertensivo e incluso con síntomas depresivos.^{xiii}

En la comunidad de Zináparo Michoacán existen un total de 3800 Pacientes adscritos a la unidad de medicina familiar N° 69, de los cuales 1026 Pertenecen al régimen ordinario y el resto al de oportunidades, de este total, 96 Cuentan con diagnóstico de hipertensión arterial y 60 % de ellos se encuentran con descontrol hipertensivo y ninguno cuenta con diagnóstico de satisfacción familiar, 76 de los 96 paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, pertenecen al municipio de Zináparo dentro del programa IMSS oportunidades y el resto de pacientes pertenecen al régimen ordinario, por lo que solo trabajaré con lo que pertenecen al programa de IMSS oportunidades, ya que dicho programa me permite acudir a los calidades y domicilios de los pacientes, lo que facilita la labor.



2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La hipertensión arterial es la primera causa de consulta en medicina familiar, a nivel nacional existiendo una mala adherencia al tratamiento farmacológico, estimándose entre un 11 y 67% de los pacientes, de acuerdo a la fuente de información bibliográfica, situación que al igual que en otras unidades médicas del IMSS, se hace presente en Zináparo, lo que repercute en complicaciones a órgano blanco de la hipertensión arterial, mala calidad de vida del paciente e incremento de costos en la atención de este tipo de pacientes.

En Zináparo, donde existe una población adscrita a la unidad médica de 3800 derechohabientes y un número de 96 consultas mensuales por hipertensión arterial, siendo afectada primordialmente la población mayor de 40 años de edad, y que el 60% de ellos acuden por un control deficiente, y que por ende se encuentran en riesgo de secuelas y como consecuencia de ello mala calidad de vida al final del camino, con la consiguiente repercusión familiar y social. Existen reportes en la literatura de que en el 77.8% de los pacientes con hipertensión arterial son familias normo funcionales, sin embargo no se estableció en dicho estudio la relación con la satisfacción familiar y la posible influencia de este factor con el control o descontrol del paciente hipertenso, hecho que con el presente estudio, dilucidarè.

La atención integral de las familias, incluyendo un manejo en la esfera psicológica es un asunto del interés de los médicos familiares. En la actividad cotidiana del médico familiar es frecuente encontrar patología fuertemente asociada con la insatisfacción familiar.



El médico familiar es el profesional de la salud capacitado para responsabilizarse de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y de su familia^{xiv}. En cuanto al concepto de atención primaria debe comprenderse desde su dimensión fundamental, pues el médico familiar es responsable de la atención de sus pacientes y familias en forma total y permanente, constituyéndose así en la base y puerta de entrada al sistema de atención médica (6); la continuidad definida como la quinta esencia de la medicina familiar da sustento a este modelo de atención^{xv}. De esta manera y retomando las necesidades de atención de los pacientes crónico degenerativas, así como los objetivos de la atención médico familiar, considero de suma importancia el poder identificar la relación existente entre la hipertensión arterial, patología muy frecuente en la comunidad de Zináparo Michoacán y la satisfacción familiar, situación que puede ser originada a raíz de tener un paciente hipertenso en la familia o viceversa, es decir que la insatisfacción familiar se torne como factor de riesgo para padecer a la hipertensión arterial (tomado como situación generadora de estrés). Relación en que siendo cualesquiera que sea el sentido de estas dos opciones, la insatisfacción familiar, actuará como elemento de desapego a manejo y por consecuencia de descontrol hipertensivo, situación frecuente en los pacientes hipertensos de la comunidad de Zináparo Michoacán.

En la consulta de control del paciente hipertenso en Zináparo Michoacán, el paciente generalmente acude acompañado por un familiar. La presencia del familiar puede ser por interés del familiar por el



paciente, posible obligación moral o por cumplir con alguna indicación y es en base a ello que genero los siguientes cuestionamientos:

- **¿Qué tanto influye la familia en el adecuado control del paciente hipertenso?**
- **¿Esta probable influencia de la familia, está en relación con el género?**

3. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta, las situaciones descritas, se llevará a cabo el estudio para determinar la relación existente entre insatisfacción familiar y el descontrol hipertensivo en el paciente con hipertensión arterial en la comunidad de Zináparo Michoacán. La expectativa es, de resultar significativa esta relación, establecer las acciones en caminadas a manejar las disfunciones encontradas, dimensión que difícilmente es abordada en las actividades cotidianas de la consulta externa de la medicina familiar, lo que justifica la existencia del paciente crónicamente descontrolado. Debe impactar de manera favorable en la evolución del paciente hipertenso de dicha comunidad. Se cuenta con los recursos, tanto humanos como materiales para realizar la investigación, así mismo se cuenta con los pacientes y los instrumentos para la medición de las variables.



paciente, posible obligación moral o por cumplir con alguna indicación y es en base a ello que genero los siguientes cuestionamientos:

- **¿Qué tanto influye la familia en el adecuado control del paciente hipertenso?**
- **¿Esta probable influencia de la familia, está en relación con el género?**

3. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta, las situaciones descritas, se llevará a cabo el estudio para determinar la relación existente entre insatisfacción familiar y el descontrol hipertensivo en el paciente con hipertensión arterial en la comunidad de Zináparo Michoacán. La expectativa es, de resultar significativa esta relación, establecer las acciones en caminadas a manejar las disfunciones encontradas, dimensión que difícilmente es abordada en las actividades cotidianas de la consulta externa de la medicina familiar, lo que justifica la existencia del paciente crónicamente descontrolado. Debe impactar de manera favorable en la evolución del paciente hipertenso de dicha comunidad. Se cuenta con los recursos, tanto humanos como materiales para realizar la investigación, así mismo se cuenta con los pacientes y los instrumentos para la medición de las variables.



4. OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del grado de satisfacción familiar en el apego al tratamiento integral del paciente hipertenso, en la comunidad de Zináparo Michoacán

5. OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar el apego al tratamiento del paciente hipertenso en relación al grado de satisfacción y género.

Determinar la relación entre satisfacción familiar e hipertensión arterial según género.

6. HIPOTESIS

H1. El descontrol del paciente hipertenso adscrito a la UMF de Zináparo Michoacán, tiene relación con la satisfacción familiar.

H0. . El descontrol del paciente hipertenso adscrito a la UMF de Zináparo Michoacán, no tiene relación con la satisfacción familiar.

7. METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo no experimental.



4. OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia del grado de satisfacción familiar en el apego al tratamiento integral del paciente hipertenso, en la comunidad de Zináparo Michoacán

5. OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar el apego al tratamiento del paciente hipertenso en relación al grado de satisfacción y género.

Determinar la relación entre satisfacción familiar e hipertensión arterial según género.

6. HIPOTESIS

H1. El descontrol del paciente hipertenso adscrito a la UMF de Zináparo Michoacán, tiene relación con la satisfacción familiar.

H0. . El descontrol del paciente hipertenso adscrito a la UMF de Zináparo Michoacán, no tiene relación con la satisfacción familiar.

7. METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo no experimental.



8. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Se estudiara a la población derechohabiente del IMSS de la comunidad de Zináparo Michoacán con diagnóstico de hipertensión arteria, durante los meses de Julio a octubre del 2008.

9. TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Muestra probabilística aleatoria simple

$$e = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{e^2 \times N - 1 + Z^2 \times P \times Q} = 71.$$

$$e^2 \times N - 1 + Z^2 \times P \times Q$$

N = Población: 76

n = Tamaño de la muestra: 71

Z = Factor que asegura que estamos dentro de los limites de confiabilidad del 95%.: 1.96²

P = Aproximación proporcional población.: 0.5

Q = proporción de individuos que presentan el fenómeno.: .5

e = limite de error.: 3%



10. CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes de ambos sexos adscritos a la UMF de Zinaparo Michoacán.

- Portadores de diagnóstico de hipertensión arterial de cualquier tiempo de evolución.
- Que deseen participar en el estudio
- Que autoricen su participación en el estudio previo consentimiento informado
- Pacientes mayores de 40 años de edad.

10.1. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes sin diagnóstico confirmado de hipertensión arterial
- Pacientes que aun deseando participar en el estudio, rehúsen autorizar su participación vía consentimiento informado
- Pacientes menores de 40 años.

10.2. CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que respondan de manera incompleta el instrumento de evaluación.
- Pacientes que desistan de participar en el estudio, aunque ya se les haya aplicado el instrumento de evaluación.



11. INFORMACION A RECOLECTAR

11.1. CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES

Paciente hipertenso

Se tomara para este estudio como paciente hipertenso a la persona cuyo expediente sustente el diagnóstico de hipertensión arterial

11.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Independiente	Operacionalización	Variable	Indicadores	Escala
Descontrol hipertensivo	Se tomara para este estudio como el grado de adherencia al tratamiento integral a los pacientes hipertensos que sustenten el diagnóstico y que documente el grado de control o descontrol hipertensivo. Se tomará como descontrol hipertensivo, cuando en aquel paciente hipertenso se registre cifra tensional > o = de 140/90	Cualitativa	1= descontrol 2= cpnrol	nominal
Variable Dependiente	Operacionalización	Variable	Indicadores	Escala
Satisfacción familiar	Es aquella en la que se presenta alteración de la dinámica, ante un evento crítico y que puede manifestarse en la adaptación, participación crecimiento afectivo y Recursos familiares. Misma que evalúo con el APGAR familiar en: satisfacción 7-10 puntos Insatisfacción moderada 4-6 puntos insatisfacción severa 0-3 puntos	Cualitativa	alta satisfacción Familiar Insatisfacción Moderada. satisfacción Leve satisfacción.	Ordinal



12. METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Tipo de instrumento para medición de la Variable:

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein (1978)^{xvi} para explorar la satisfacción familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

Es un instrumento de preguntas autoaplicables, en la que en cada una de las preguntas puede elegirse una de tres respuestas, correspondientes a Casi siempre que se califica con 2 puntos; Algunas veces que se califica con 1 punto y Casi nunca que se califica con 0 puntos, para determinar el grado de satisfacción familiar expresado con este test como funcionalidad o disfuncionalidad de la familia (anexo N° 3)

Existe una versión corregida por Smilkstein^{xvii} en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la satisfacción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR) (17).

Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la satisfacción familiar. Vamos a definirlos:



- **Adaptability (ADAPTABILIDAD)**, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- **Partnership (PARTICIPACION)**, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,
- **Growth (GRADIENTE DE CRECIMIENTO)**, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- **Affection (AFECTO)**, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.
- **Resolve (RESOLUCIÓN)**, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.
- Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede



aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar

Fiabilidad

En la validación a la lengua española internacional, la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84)².^{xviii}

Validez

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).

Procedimiento estadístico:

Se utilizarán:

- a) Estudio de frecuencias y desviaciones estándar de disfunción familiar, control de hipertensión arterial y descontrol hipertensivo.
- b) X^2 Para 2 variables independientes nominales.

Método para la captura de la información:

1. Se solicitara autorización a las autoridades de la unidad médica para la realización del estudio.



2. Una vez autorizado, se seleccionarán a los pacientes de acuerdo al tamaño de la muestra, de manera aleatoria, de aquellos pacientes que acudan de manera regular al control de hipertensión arterial.
3. Se identificará a las pacientes que reúnan los criterios de inclusión y previo consentimiento informado, (anexo 1) se le solicitaran los generales y se solicitará participación en le estudio
4. Se elaborará un banco de datos en una hoja Excel
 - (Anexo 2) que contiene:
 - Iniciales del nombre del paciente.
 - Número de afiliación.
 - Agregado.
 - Número de consultorio.
 - Edad en años cumplidos.

Registro de la presión arterial, con la técnica recomendada por la American Heart Association.

5. Se señalara con el número 1 al paciente que registre cifra tensional > de 90/60 y menor de 140/90 mmhg y con el número 2 al que registre cifra mayor de 140/90 mmhg..
6. A los pacientes marcados con el número 2, se les aplicara instrumento de evaluación de preguntas autoaplicables APGAR familiar para evaluar su satisfacción familiar. Aquellos pacientes que reporten satisfacción familiar, serán marcados con el número



- 1 y aquellos pacientes que reporten insatisfacción familiar moderada con el número 2 y severa serán marcados con el número 3.
7. Una vez determinada la satisfacción familiar de aquellos pacientes con descontrol hipertensivo, se realizarán las graficas de frecuencia para tratamiento estadístico.
- En base a esta codificación, establezco categorías de control hipertensivo, descontrol hipertensivo, satisfacción familiar, satisfacción moderada y satisfacción leve. Con patrones de frecuencia de cada una de las respuestas y finalmente el número de frecuencias de los códigos establecidos en las categorías referidas.
- Al efectuar la codificación permite identificar las variables y con ello la interpretación de los datos durante el análisis, ya que los elementos que la conforman es variable, el tipo de pregunta items del APGAR familiar categoría, subcategoría y códigos.
8. Una vez aplicado el instrumento al total de la muestra, se realizara análisis estadístico para determinar significancia entre satisfacción familiar y descontrol hipertensivo.
9. Finalmente se hará análisis estadístico y reporte final.



13. CRONOGRAMA

1 Noviembre del 2006	31 de octubre de 2007	Revisión de la literatura
1 Noviembre del 2007	31 de mayo del 2008	Elaboración del protocolo
01 de Julio del 2008	31 de Octubre del 2008	Recolección de datos
01de Noviembre del 2008	28 de Febrero del 2008	Análisis de datos y revisión general
01 de Marzo del 2009	31 de Marzo del 2009	Resultados, estadísticas y conclusiones
Noviembre	Del 2009	Envío de informe final a la facultad de medicina, división de estudios de postgrado e investigación, departamento de medicina familiar.



14. RECURSOS

Recursos Humanos: El trabajo será elaborado por el autor y pasante en servicio social.

Recursos Físicos:

- Hojas de papel bond.
- Lápices
- Borrador
- Equipo de computo
- Tabla de apoyo
- Fólder
- Memoria USB

Recursos financieros: El estudio será llevado a cabo con los recursos propios del investigador.

15. CONSIDERACIONES ETICAS

Una vez realizado el protocolo de investigación se solicitará la aprobación de la comisión ética y de investigación del Hospital General de Zona C/MF 04 de Zamora del Instituto Mexicano del Seguro Social en Michoacán.

Posteriormente se realizará el estudio previa autorización de los directivos de la Unidad de Medicina Familiar no. 69 Zinaparo del Instituto Mexicano del Seguro Social en Zinaparo Michoacán



De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con última reforma publicada 12/01/2006 , el presente estudio se apego a lo que establece el

TITULO PRIMERO, Artículo 2º, apartado VI: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Ya que se investiga las causas que generan ausencia de actitud preventiva que limitan la defección oportuna y manejo del padecimiento.

Se apega a lo que establece el **TITULO CUARTO, CAPITULO III Artículo 90, apartado IV,** Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la participación voluntaria del personal medico de la Unidad de Medicina Familiar no. 69 de Zinaparo Michoacán.

Se apega a lo establecido en el **TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 96.- apartado III.** A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, ya que la hipertensión Arterial es una de las patologías que a pesar de las acciones que se realizan para su diagnóstico control y limitación del daño, continua mostrándose como un problema de salud pública.

Apartado IV Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.



A lo establecido en el **TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: **Apartado II.** Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda

Producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, el presente estudio solo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. Para la realización del estudio se contara con consentimiento por escrito de los médicos a investigar.

El presente estudio se apega al **Código de Helsinki** (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: **apartado 2:** Consentimiento informado del sujeto

16. RESULTADOS

Se estudiaron 73 pacientes hipertensos, (102 % de la muestra, 100% del universo) adscritos a la unidad de medicina familiar N° 69 del IMSS en Zináparo Michoacán, que acudieron al control mensual de su patología.



A lo establecido en el **TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: **Apartado II.** Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda

Producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, el presente estudio solo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. Para la realización del estudio se contara con consentimiento por escrito de los médicos a investigar.

El presente estudio se apega al **Código de Helsinki** (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: **apartado 2:** Consentimiento informado del sujeto

16. RESULTADOS

Se estudiaron 73 pacientes hipertensos, (102 % de la muestra, 100% del universo) adscritos a la unidad de medicina familiar N° 69 del IMSS en Zináparo Michoacán, que acudieron al control mensual de su patología.



Una vez atendidos y corroborado el diagnóstico de hipertensión arterial se les aplicó el test APGAR familiar para determinar el grado de satisfacción familiar, que otorga las siguientes calificaciones, de acuerdo a la puntuación obtenida.

Alta satisfacción familiar de 7 a 10 puntos; con satisfacción moderada de 4-6 puntos y satisfacción leve de 0-3 puntos., obteniéndose los siguientes resultados:

De los 73 pacientes 25 son del sexo masculino y 48 del sexo femenino. (Figura N° 1)

La satisfacción general en relación con la hipertensión arterial se comportó de la siguiente manera:

Se reportaron 59 pacientes con alta satisfacción familiar y 14 con satisfacción familiar leve y moderada.

(Fig. N° 2),

Solamente 14 pacientes reportaron satisfacción familiar leve o moderada, de ellos 11 pacientes manifestaron satisfacción familiar moderada de los cuales, 7 son del género femenino y 4 del género masculino.

Y únicamente 3 pacientes con satisfacción familiar leve, las tres del género femenino.



Por lo que porcentualmente, la satisfacción familiar leve y moderada se encuentra presente en 14 pacientes (19.1) de los pacientes hipertensos, 10 mujeres (13%) y 4 hombres (5.4%), sin embargo únicamente 4 de los pacientes hipertensos descontrolados manifiestan algún grado de satisfacción familiar. (Fig. N° 4)

Del total de la muestra únicamente se encontraron a 19 pacientes con descontrol arterial (Fig. tabla N° 1).

Los pacientes hipertensos descontrolados, se distribuyeron de la siguiente manera: (Tabla N° 2)

10 mujeres y 5 hombres con descontrol hipertensivo dentro del grupo de satisfacción familiar.

Dos pacientes mujeres y 2 hombres con descontrol hipertensivo dentro del grupo de insatisfacción moderada. Dentro del grupo de insatisfacción familiar severa no se reportó ningún paciente con descontrol hipertensivo.

En relación a este dato, el descontrol hipertensivo, relacionado con satisfacción familiar, se manifestó en dos hombres y dos mujeres, sin embargo en el género femenino, las dos pacientes corresponden al 4.16 por ciento del total de mujeres estudiadas, y en relación al género masculino, los dos pacientes que reportan insatisfacción familiar corresponde al 8 % del total de varones estudiados. Figura N° 5

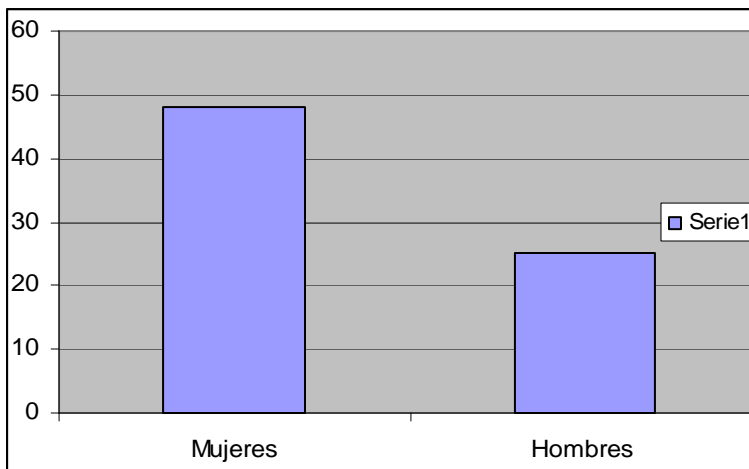


Figura N° 1 (Pacientes hipertensos estudiados por género).

Fuente: Pacientes hipertensos UMF 69 Zináparo Michoacán.

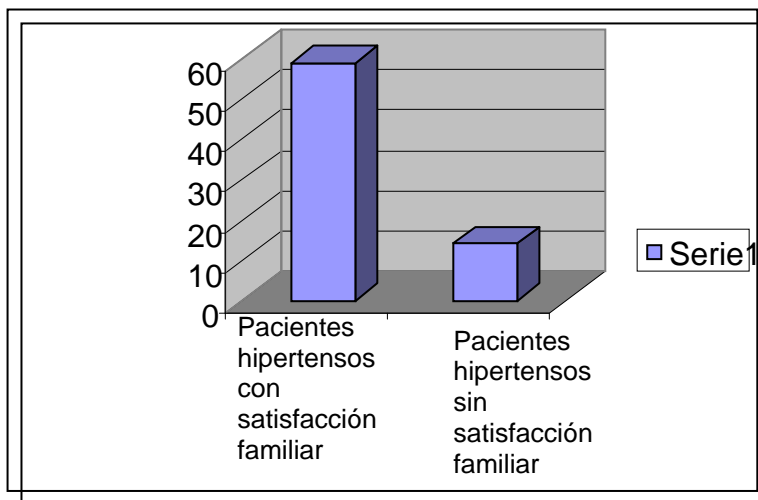


Figura N° 2 (Pacientes hipertensos con satisfacción familiar alta moderada y leve).

Fuente: Pacientes hipertensos UMF 69 Zináparo Michoacán



	HIPERTENSOS CONTROLADOS	HIPERTENSOS DESCONTROLADOS	TOTAL
HOMBRES	18	7	25
MUJERES	36	12	48
TOTAL	54	19	73

Tabla N ° 1 (Pacientes hipertensos controlados y descontrolados por género)

Fuente: Pacientes hipertensos UMF 69 Zináparo Michoacán

HIPERTENSOS CONTROLADOS	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
CON ALTA SATISFACCION FAMILIAR	18	36	54
CON SATISFACCION FAMILIAR LEVE - MODERADA	0	0	0
HIPERTENSOS DESCONTROLADOS			
CON ALTA SATISFACCION FAMILIAR	5	10	15
CON SATISFACCION FAMILIAR LEVE-MODERADA	2	2	4

Tabla N° 2 (Relación de Hipertensión arterial con el grado de satisfacción familiar y género).

$\chi^2 = 0.000$ $P=1$

$P= 0.0040$ PRUEBA FISHER = $P= 1$



Pacientes hipertensos	Satisfacción familiar		Total
	Alta	Moderada-Baja	
Hipertensión controlada	54	0	54
Hipertensión descontrolada	15	4	19
	69	4	73

TABLA N° 3 Relación hipertensión arterial y grado de satisfacción familiar.

Prueba Fisher= $p= 0.0036$ Variables asociadas.

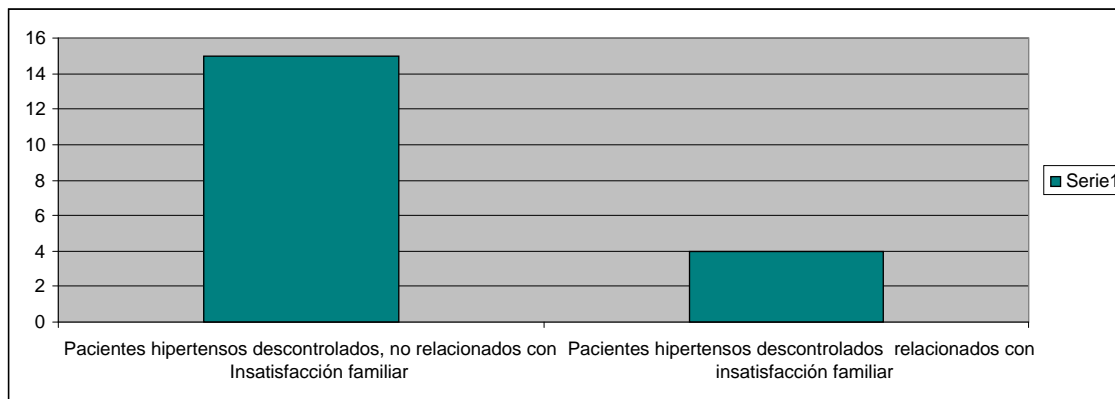


Figura N° 4 (Relación entre pacientes hipertensos descontrolados y grado de satisfacción familiar).

Fuente: Pacientes hipertensos UMF 69 Zináparo

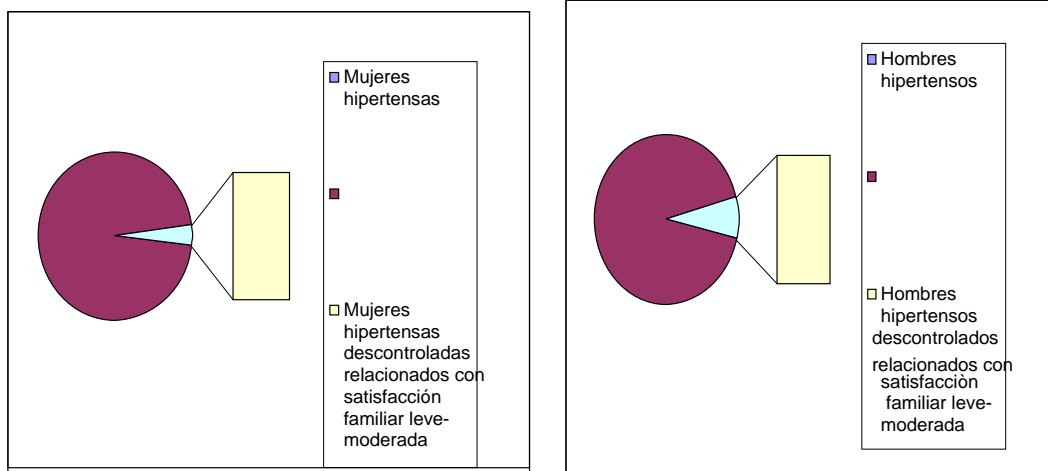


Figura No 5 (Relación entre hipertensión arterial descontrolada y grado de satisfacción familiar por género).

Fuente: Pacientes hipertensos UMF 69 Zináparo



17. DISCUSION

El 5.4% de la población hipertensa estudiada presento satisfacción familiar leve-moderada y que al ser ajustada esta proporción en base a los pacientes con hipertensión descontrolada, objetivo de el estudio incremento al 26.6 % resultados que son muy superiores a lo reportado en el estudio similar reportado.⁽¹²⁾

No apreciamos diferencia en relación al género en este porcentaje

Lo anterior indica que existe una asociación entre la satisfacción familiar y el descontrol de el paciente hipertenso y que tiene significancia estadística y esta grado de satisfacción puede evidenciarse por un apoyo dietético inadecuado , falta de adherencia al tratamiento, hábitos etc.

La influencia de este estudio incide en la acción anticipatoria del que hacer diario del médico familiar, que apoyado en los resultados, nos obligan a vigilar aquellas situaciones de riesgo para presentar satisfacción familiar leve y moderada y que pueden conllevar a una situación de descontrol recurrente en nuestros pacientes hipertensos, por lo que considero importante que en la vigilancia de estos pacientes se incluya el cumplimiento cabal de las funciones familiares.

Por lo que en el manejo terapéutico del paciente hipertenso debemos de tener presente el grado de función o satisfacción familiar para realizar un manejo integralizado y obtenerse los resultados deseados.



18. CONCLUSION

En el presente estudio se demuestra y Confirma la necesidad de un manejo integral en los pacientes con patología crónico degenerativa y en este caso en especial en el paciente hipertenso y que como médicos familiares debemos tener presente el grado de satisfacción familiar para obtener un apego alto al tratamiento y con ello alcanzar los objetivos deseados.

Sugerencias:

- Incluir dentro del estudio del paciente hipertenso un test de evaluación de la función familiar a fin de determinar la presencia o ausencia de ésta en el ámbito familiar.
- En su caso implantar las acciones necesarias para los ajustes en los diferentes holones que se requiera para el reajuste de la función familiar y por consiguiente la integralización en el manejo y el control hipertensivo del paciente.
- Integrar al núcleo familiar corresponsabilizándolo en el manejo del paciente hipertenso.
- Formar grupos de familias de autoayuda como parte del manejo educativo en la patología hipertensiva.
- De acuerdo al resultado obtenido en el presente estudio en relación con la insatisfacción familiar e hipertensión arterial, sería conveniente realizar estudios encaminados a tipificar la disfunción familiar para un mejor manejo.



19. BIBLIOGRAFIA

1. Saucedo G. Psicología de la vida en familia: Una Visión Estructural. Rev Méd IMSS 1992;29-59.
2. Saucedo G. Psicoterapia Dirigida a Familias de Bajos Recursos. Rev Méd IMSS 1993;31:401-405
3. Valdéz-Figueroa I, Aldrete-Rodríguez M. Influencia de la Familia en el Control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública Mex 1993;35:464-470
4. Chávez AV. El médico Familiar ante los Problemas de Conducta y Aprendizaje Infantiles. Rev Méd IMSS 1992;30:221-223.
5. Cuadernos de Atención Primaria, ISSN 1134-3583, Vol. 11, N°. 3, 2004 , pags. 131-137
6. Ceitlin J. ¿Qué es la Medicina Familiar? Caracas, Venezuela.
7. José MO. Prevalencia de las Prácticas Religiosas, Disfunción Familiar, Soporte Social y Síntomas Depresivos en Adultos Mayores. Colombia médica Vol. 37 N° 2 (Supl 1) 2006 (abril-Junio):26-30
8. FEPAFEM/KELLOGG. 1982. Hennen B. La Familia Como Unidad de Atención. En: Shires D, Hennen B. ed. Medicina Familiar. Guía Práctica. México. McGraw-Hill. 1983.



9. Ávalos. MT; Arellano, J El a, e, i, o, u en el Manejo del Padecer. Mecanograma en prensa. Material de apoyo diplomado del padecer familiar. Marzo 2006, México. 1º revisión Junio de 2007.
10. Narro Robles J; Medicina Familiar, En: "La Salud en México, Testimonios 1998".
11. Santacruz V.J La familia Unidad de Análisis Revista Médica del IMSS Rev. Med. IMSS (Mex) 1983.
12. Marin MR. Rodríguez MM Apoyo Familiar en el Apego al Tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial. Salud pública Méx v.43 n.4 Cuernavaca jul./ago. 2001
13. Ocampo J.M. Romero N. Prevalencia de las Prácticas Religiosas, Disfunción Familiar, Soporte Social y Síntomas Depresivos en Adultos mayores. Cali Colombia. Cali Colombia 2001. Colombia Médica. Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-junio)
14. Holmes,T.H. and Rahe,R.H (1967) The Social Readjustment Rating Scale. Journal of psychosomatic research 11: 213-218.
15. Miles A (1979) Some Psychosocial, Consequences of Multiple Sclerosis: Problems of Social Interaction and Group Identity. British Journal of medical psychology 52: 321-331
16. Smilkstein G. The family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and its Use by Physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.



17. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and Reliability of the Family APGAR as a Aest of Family Function. J Fam Pract 1982; 15: 303-11.

18. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y Fiabilidad del Cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.



20 ANEXOS

Anexo 1. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE SALUD

<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO:</p> <p>Yo _____reconozco que me ha proporcionado información amplia y precisa sobre el estudio al que se me pide participar por lo que entiendo y declaro lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Se me informó sobre el estudio de investigación que se pretende realizar. 2.- Que seré sometida a un instrumento de evaluación para valorar la funcionalidad de mi familia. 3.- Que la información obtenida de los datos que yo proporcione se manejará de manera confidencial y no se harán públicos de ninguna forma escrita, verbal o electrónica. 4.- Que no sufriré ningún tipo de consecuencia por participar en el estudio. 5.- Que me comprometo a contestar el instrumento de la manera mas veraz y de acuerdo a las indicaciones que reciba. <p>Por lo anterior, manifiesto, que es mi decisión libre y consciente de participar en el estudio que se me solicita.</p>		
<p>Firmo este consentimiento informado por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.</p>		
<p>Lugar y fecha: _____</p> <p>Aceptante: _____</p>		
<p>Nombre y firma Testigo</p>	<p>NSS</p>	<p>Unidad medica de adscripción.</p>
<p>Personal responsable Nombre y firma:</p> <p><u>Dra. Mónica Fuentes Calderón</u></p>		
<p>Unidad donde se otorgó consentimiento:</p>		<p>UMF N° 69 Zináparo</p>



Anexo 2



Universidad nacional Autónoma de México
 Instituto Mexicano del seguro social.

Banco de datos: Estudio relación entre descontrol de la hipertensión arterial y disfunción familiar.

Iniciales paciente	Nº de afiliación	Agregado	Nº consultorio	Edad	Presión arterial *	APGAR Familiar**

* Presión Arterial: Cifra tensional >90/60 y < 140/90= Nº 1
 Presión arterial > 140/90= Nº 2

** APGAR familiar: 7-10 Puntos (satisfacción familiar)= Nº 1
 4-6 Puntos (insatisfacción moderada) = Nº 2
 0-3 Puntos (insatisfacción severa) = Nº 3



Anexo 3

APGAR FAMILIAR

	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca
	(2 puntos)	(1 punto)	(0 puntos)
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
3.- Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			
4.- ¿está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5.- ¿Se siente que su familia lo quiere?			