



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL
ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NÚM 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. REYNALDO DE LA VEGA RIVERA

DIRECTOR DE TESIS

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

ASESOR DE TESIS

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA

**DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL H.G.Z CON U.M.F 8
“Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” I.M.S.S.**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
TITULAR DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON U.M.F. 8
“DR- GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2010

No DE REGISTRO:



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.

AUTORIZACIONES



AUTORIZACIONES INSTITUCIONALES INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ADJUNTO AL COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACION EN SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL
ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NÚM. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS**



ASESOR CLÍNICO

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

ASESORA EXPERIMENTAL

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la oportunidad de nacer y llegar a este punto de mí vida.

A MI MAMÁ

Por darme la vida, por consentirme, apoyarme, quererme siempre, en las buenas y en las malas.

A MI PAPÁ

Por anteponer siempre mi cuidado, educación y desarrollo profesional, por ser el mejor padre que un hijo puede tener.

A MI HERMANO PACO

Por soportarme siempre, apoyarme y aconsejarme.

A MI ESPOSA KAREN Y MI HIJA ANDREA

Por impulsarme a seguir y salir adelante, por estar conmigo en todo momento y darme siempre su apoyo en todo momento.

A MIS TIOS FER Y JOSE, ASI COMO A MIS HERMANOS GENARO Y PONCHO

Que con su apoyo y cariño en todo momento me ayudaron a ser una persona feliz.

A MI MAESTRO Y AMIGO DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

Por brindarme su tiempo, esfuerzo, conocimiento, experiencia y amistad para encaminarme por el camino de la medicina familiar.

A MIS FAMILIARES DE HUAMANTLA

Que tanto los quiero y aprecio, muchas gracias por todo su cariño.

A MIS AMIGOS

Por todas las experiencias malas y buenas que hemos tenido.

A MI CASA DE ESTUDIOS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,

Por formarme como médico especialista, por darme las herramientas necesarias para mi quehacer diario sin dejar de lado el lado humanista.
SIEMPRE SERE UN PUMA, ¡GOOOOYAAAAA!, UNIVERSIDAD.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU
RELACIÓN EN EL CONTROL
ADECUADO DE LA PRESIÓN
ARTERIAL DE PACIENTES
HIPERTENSOS DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA CON UMF. NÚM 8.
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

ÍNDICE

1. Resumen.....	7
2. Introducción.....	9
3. Marco Teórico.....	11
4. Planteamiento del Problema.....	38
5. Justificación.....	39
6. Objetivos.....	41
7. Hipótesis de la Investigación.....	41
8. Material y Métodos.....	42
9. Recursos Necesarios.....	51
10.Resultados.....	52
11.Discusión de Resultados.....	69
12.Conclusiones.....	73
13.Anexos.....	75
14.Cronograma de Actividades.....	77
15.Bibliografía.....	80

RESUMEN

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL I.M.S.S.

De la Vega Rivera Reynaldo. Residente III Medicina Familiar, Membrillo Luna Apolinar. Especialista en Medicina Familiar UNAM, Altamirano García Martha Beatriz. Especialista en Medicina Familiar UNAM.

ANTECEDENTES: La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) como enfermedad, representa un problema de salud a nivel mundial y por supuesto para la población mexicana lo es también; dicha enfermedad consume recursos materiales, económicos y humanos que impactan significativamente en la población de nuestro país. Por tal motivo, analizando los problemas y padecimientos que sufre la población hipertensa, es necesario ahondar más en la investigación de este importante problema; su magnitud, trascendencia e impacto; así como profundizar más en la investigación de las causas que la generan, que entre los principales factores que se encuentran relacionados con el control adecuado de las cifras tensionales destaca la familia y en especial los factores que intervienen al interior de ésta como es la Funcionalidad Familiar.

La Hipertensión Arterial representa una de las primeras causas de muerte en la población, afectando principalmente a pacientes en edad madura y productiva, provocando con esto una reacción en cadena, ya que se inicia con la enfermedad que repercute en la vida familiar, en los aspectos productivos de la persona, afecta costos del cuidado de la salud en las instituciones y repercute en una disminución de la productividad, incidiendo finalmente en el aspecto económico, en la salud personal y familiar de la sociedad mexicana.

OBJETIVO: Identificar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y el control adecuado de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital General de Zona con UMF Num.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del I.M.S.S.

MATERIAL Y MÉTODOS:

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo **observacional descriptivo**, así como **transversal** en base al número de mediciones y en base a su relación cronológica se clasificará como de tipo **prospectivo**.

LUGAR, POBLACIÓN Y TIEMPO DEL ESTUDIO

Población

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica adscritos al Hospital General de Zona con UMF Num.8 “Gilberto Flores Izquierdo” que acudan a la consulta externa de medicina familiar en el turno vespertino.

Lugar

Hospital General de Zona con UMF. Número 8 “Gilberto Flores Izquierdo”.

Tiempo

Del 1 de noviembre de 2008 al 15 de febrero del 2009.

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Se aplicó un muestreo de tipo no probabilístico, a través del instrumento de funcionalidad familiar FF-SIL a las personas que reunieron los criterios de selección y que acudieron a la consulta externa de medicina familiar, en el turno vespertino del periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2008 al 15 de febrero del 2009.

RESULTADOS

Se logró entrevistar a 116 personas, de las cuales 76 fueron mujeres y 40 hombres, logrando obtener valores como son: edad, peso, talla, IMC, Presión Arterial, estado civil, Funcionalidad Familiar. Así como otras determinaciones muy importantes como son: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, permeabilidad y afectividad.

CONCLUSIONES

Requerimos de mayor uso de otros instrumentos de funcionalidad familiar como es el FF-SIL, se logro determinar la relación existente entre la Funcionalidad Familiar y el control de la Presión Arterial.

Percepción diferente para la funcionalidad familiar entre hombres y mujeres, sin que esto represente un sesgo importante en la investigación.

A través del FF-SIL, se pudo contestar afirmativamente el *“planteamiento del problema”*.

El objetivo propuesto se alcanzó satisfactoriamente, tanto en lo general como en lo específico.

PALABRAS CLAVE

Hipertensión Arterial, Funcionalidad Familiar, Control de la presión arterial.

1. INTRODUCCIÓN

“El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica o social”.⁽¹⁾

El documento que se presenta a continuación, es el remate del trabajo realizado durante la residencia de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona Num.8, el cual, desde mi punto de vista, representa la culminación de lo realizado durante tres años en la especialidad.

Este trabajo hace énfasis en la importancia y relación que ejerce la familia en el adecuado control de los pacientes que se refieren con hipertensión arterial.

El trabajo que presento a continuación me ayudó a reforzar mi convicción personal y profesional en lo que respecta a la medicina familiar, ya que durante la realización del mismo me percaté de la falta de investigaciones que existen sobre temas de familia y su relación con la Hipertensión Arterial Sistémica, lo cual nos debe alentar a nosotros los médicos familiares, a contribuir sustancialmente en este proyecto que se llama Medicina Familiar Mexicana y con ello mejorar la salud de los mexicanos.

Para la elaboración de este documento, hice uso de distintos medios de información como son los de tipo bibliográfico, electrónico, lo procesado en el consultorio, así como la invaluable ayuda del personal del Hospital General de Zona Núm. 8, en especial a mis colegas residentes de medicina familiar, pues sin su importante aportación no podría haberse logrado este proyecto, ya que me brindaron datos relevantes sobre los pacientes que se incluyeron en este estudio.

Este tipo de trabajos debe constituir una importante herramienta de información acerca de los problemas de salud que existen en nuestro país, lo cual nos brindará un verdadero apoyo para las instituciones encargadas de cuidar la salud de los mexicanos, y así poder determinar las futuras políticas de atención médica en nuestro país.

Mi mayor deseo es que este documento no se quede como requisito de titulación para obtener el grado de especialista, o como acervo bibliográfico de alguna dependencia de gobierno o escuela, sino que sirva como instrumento de apoyo para percatarnos de los principales problemas de salud de la población a nuestro cargo, para que con ello se mejoren los servicios en lo que se refiere a la cuestiones de salud.

Así mismo el trabajo se divide en varios apartados: Introducción, antecedentes relevantes sobre Hipertensión Arterial y Funcionalidad Familiar, Planteamiento del problema, Justificación, Hipótesis, Metodología de Recolección de la información, Análisis e Interpretación de la misma, Conclusiones y por último Recomendaciones.

Se requiere de una mayor información sobre temas relacionados con la Funcionalidad Familiar e Hipertensión Arterial Sistémica, ya que este tipo de investigaciones son muy valiosas debido a que con ello tendremos en cuenta el importante papel que juega la familia en el adecuado control de las patologías crónico-degenerativas.

2. MARCO TEÓRICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) como enfermedad, representa un problema de salud a nivel mundial y por supuesto para la población mexicana lo es también; dicha enfermedad consume recursos materiales, económicos y humanos que impactan significativamente en la población de nuestro país. ⁽²⁾

Por tal motivo, analizando los problemas y padecimientos que sufre la población hipertensa, es necesario ahondar más en la investigación de este importante problema, su magnitud, trascendencia e impacto, así como profundizar más en la investigación de las causas que la generan, dentro de las cuales se encuentran los factores de índole familiar y que tienen repercusión en la Funcionalidad Familiar.

Esta patología no es unicausal, ya que se le considera como una enfermedad de tipo multicausal, por tanto desde esta perspectiva y con conocimiento de causa fundamentada en la investigación científica, se hace necesario aplicar y comprobar las terapias más efectivas a efecto de proponer a los pacientes que la padecen, las medidas correctas y adecuadas a modo de incidir en la medida de lo posible, en los cambios de actitud hacia la enfermedad y en su estilo de vida.

La Hipertensión Arterial representa una de las primeras causas de muerte en la población, afectando principalmente a pacientes en edad madura y productiva, ^(2,3) lo cual conlleva a que se presente una reacción en cadena, ya que se inicia con la enfermedad que repercute en la vida familiar, en los aspectos productivos de la persona, afecta costos del cuidado de la salud en las instituciones y repercute en una disminución de la productividad, incidiendo finalmente en el aspecto económico, en la salud personal y familiar de la sociedad mexicana. ⁽⁴⁾

ANTECEDENTES

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es una de las **Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD)**, que se presenta con mayor frecuencia a nivel mundial; actualmente se considera un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo entero, ^(2,3) debido a su alta prevalencia y a las elevadas tasas de morbi-mortalidad; y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que existe una prevalencia de más de 900 millones de pacientes hipertensos, siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados. ⁽²⁾

El crecimiento desmesurado en la prevalencia de las enfermedades como la Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, ha superado en número a las enfermedades transmisibles. ⁽³⁾

Actualmente se reconoce que este tipo de enfermedades, es la primera causa mundial de morbi-mortalidad en el adulto, lo cual representa un gran impacto económico y social, teniendo repercusiones devastadoras para cualquier sistema de salud en el mundo. ⁽³⁾

La hipertensión arterial representa la enfermedad con mayor prevalencia a nivel mundial. En México en el año 2000 alcanzaba un porcentaje de 30.05% entre personas de 20 y 69 años, es decir más de 15 millones de mexicanos, por lo que es relevante mencionar que el 61% de los hipertensos detectados en la encuesta nacional del 2000, desconocían tener la enfermedad. ⁽³⁾

Además de los que fueron detectados como conocedores de su enfermedad, sólo la mitad estaba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, y de éstos, sólo el 14.6% mostró cifras consideradas como controladas (<140/90mmHg). ^(2, 3)

De tal manera que menos del 10% de la población hipertensa en México está realmente en control óptimo adecuado. Por otro lado la prevalencia de esta enfermedad guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente, estilo de vida, género y factores comorbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y predisposición genética.

Así mismo, se ha encontrado en nuestro país que el 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad, por lo que su atención recae en los profesionales de la salud del primer nivel de atención; y su manejo correcto, se puede lograr si se poseen los conocimientos básicos y las destrezas clínicas necesarias para llevar a cabo ésta tarea.

En la República Mexicana las enfermedades crónicas y degenerativas durante el 2003, representaron una mortalidad del 56%, equivalente al 1er. lugar ⁽²⁾ y para los Estados Unidos la última cifra reportada en 2004, fue de 50 millones de personas afectadas por la enfermedad.

También se ha observado un incremento significativo de pacientes hipertensos desde los años de 1990 al 2002 en cerca del 200%,⁽⁴⁾ por lo que ahora ya se considera entre los principales factores asociados al padecimiento a los de tipo demográfico, los cambios en los hábitos dietéticos, el estrés, la falta de actividad física, así como otros factores relacionados a la familia y a su funcionalidad.

Existen diversos estudios de tipo epidemiológico como el de Framingham Heart Study y algunos otros, en los cuales se refiere que existe un mayor riesgo de mortalidad por diversas complicaciones como Infarto Agudo al Miocardio (IAM), Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y Enfermedad Cerebro Vascular (EVC) en los pacientes que presentan aumento en la presión arterial. ⁽⁵⁾

Otro elemento a considerar en la enfermedad es la edad, el cual es un factor que se asocia al predominio de la presión sistólica y/o diastólica, existiendo una mayor prevalencia en la presentación de predominio diastólico en los sujetos menores de 50 años.

Ahora bien, para realizar el diagnóstico de hipertensión arterial es necesario efectuar lo siguiente:

- a) Establecer los niveles de presión arterial
- b) Identificar las posibles causas de hipertensión secundaria
- c) Evaluar el riesgo cardiovascular total, enfermedades concomitantes o condiciones clínicas acompañantes

Debemos recabar los antecedentes familiares con especial atención a la hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, enfermedad coronaria prematura, así como eventos vasculares cerebrales.

En la exploración física debemos encauzarnos a investigar evidencias de factores de riesgo adicionales como la obesidad abdominal > 90 cm. en el hombre o > 88 cm. en la mujer.

Adicionalmente se deberán solicitar estudios de laboratorio y gabinete, que en términos generales deben de incluir: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, biometría hemática completa, colesterol total, lipoproteínas de alta y baja densidad, triglicéridos, calcio, fósforo, ácido úrico, examen general de orina, electrocardiograma y tele de tórax. Así mismo en fechas recientes se ha comprobado que la determinación de Proteína C reactiva ofrece alta sensibilidad como parte de la prevención primaria.

Debido a la importancia que reviste la afectación a órganos blanco, por la alteración vascular de la presión arterial, la evidencia de daño orgánico debe ser investigada cuidadosamente.

Estudios recientes han demostrado la utilidad del eco-cardiograma y el ultrasonido carotideo para clasificar adecuadamente el riesgo cardiovascular, ya que de otra manera, hasta el 50% de sujetos hipertensos podría haber sido catalogado erróneamente como de riesgo bajo o intermedio. Además la búsqueda de albuminuria en orina es indispensable, pues es muy sensible para determinar daño orgánico, no sólo en diabetes sino también en HAS. ⁽⁶⁾

Así mismo, el **Comité Nacional para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Sanguínea Alta (Hipertensión)**, recomendó desde 1997, que el manejo no farmacológico debe utilizarse en todo paciente hipertenso como intervención básica y complementaria de la farmacoterapia cuando ésta sea necesaria. ⁽⁷⁾

De tal manera que la alimentación representa el principal complemento del tratamiento no farmacológico, existiendo además factores tales como la caminata, el ejercicio aeróbico de bajo y alto impacto, dejar de fumar, reducción de peso, moderación del consumo de alcohol, reducción de la ingesta de sal; disminución del estrés ⁽⁸⁾ y otros factores que están relacionados con el funcionamiento de la familia, los cuales influyen directamente en el control adecuado de la presión arterial, y que serán objeto de estudio en esta investigación.

Por otro lado, también contamos con tratamiento farmacológico en sus seis principales familias de medicamentos, como son los diuréticos tiazídicos, los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS), antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA-II), bloqueadores de los canales de calcio, bloqueadores beta, los cuales nos permiten tener un correcto control de la presión arterial, asociado con los factores antes enunciados.

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial, como ya se menciona, es una patología de origen multifactorial, actualmente su etiología es poco clara, sin embargo, existen avances en el conocimiento de la participación que tiene el endotelio vascular y sus productos, así como la relación fisiopatológica con otras entidades como la diabetes, la obesidad, en donde interviene preponderantemente la resistencia a la insulina y los diferentes cationes que intervienen en ello.⁽²⁾

Fisiopatología de la Hipertensión

Mencionaremos ahora algunos puntos específicos de la fisiopatología de la enfermedad:

En la actualidad existe el término de “*Sensibilidad al sodio*”, la cual desarrolla un buen número de pacientes hipertensos.

En la medida que un paciente avanza de edad incrementa su riesgo de desarrollar hipertensión arterial, entre otras razones porque el riñón va desarrollando un daño progresivo sutil secundario a múltiples factores, entre los que interviene el estrés oxidativo y la predisposición genética.

Así, cuando se rompe el equilibrio entre la regulación de angiotensina II y la excreción de sodio, existe un aumento relativo, pero suficiente de volumen intravascular, para despertar mecanismos de elevación de la presión arterial, es decir el incremento de la presión arterial es el mecanismo inicial de defensa que usa el organismo para incrementar la natriuresis.

Podemos considerar que no todos los pacientes responden a la restricción de sodio en la dieta y es por ello que algunos investigadores resaltan que más del 40% no son sodio sensibles, sobre todo en etapas tempranas.

Desafortunadamente la gran mayoría de los hipertensos se detecta en forma tardía (>40 años de edad), y hasta que no existan los mecanismos epidemiológicos para detectarlos en forma más temprana, más del 75% habrá desarrollado hipersensibilidad al sodio cuando acuda al médico.

Clasificación de la Hipertensión Arterial

Considerando lo anterior se define a la hipertensión arterial como: **“La pérdida del tono de la vasodilatación del sistema circulatorio.”**⁽²⁾ También se le conoce como la: **“Elevación persistente de la presión arterial por encima de los límites establecidos como normales por convención, en función de criterios poblacionales.”**

En la población adulta mayor de 18 años de edad, se considera que existe hipertensión cuando las cifras de presión arterial sistólica o diastólica son iguales o superiores, respectivamente a 140/90 mm de Hg”.⁽⁹⁾

Por otra parte la clasificación actual de Hipertensión Arterial se basa en **el promedio de dos o más lecturas, clasificándose como:**

- **Normal <120/80**
- **Pre hipertensión 120-139/80/89**
- **Hipertensión etapa 1, 140-159/90-99**
- **Hipertensión etapa 2 > 160/100**⁽⁷⁾

La Hipertensión Arterial representa una enfermedad multicausal que también tiene relación genética, y que a su vez involucra al sistema nervioso central, corazón, riñón, vasos y sistema humoral.⁽⁶⁾

Debido a que la hipertensión arterial es básicamente asintomática, muchos de los pacientes afectados, no saben que la padecen y viven en una situación que podría llegar a desencadenar una situación incapacitante y/o potencialmente mortal.⁽⁹⁾

Es importante conocer e identificar los principales factores de riesgo biológico, físico, químico, psicológico, social y cultural que influyen en mayor o menor grado en la presentación de esta enfermedad, así como en los probables candidatos a presentarla.⁽⁸⁾

Por tanto tenemos a los factores de riesgo tradicionales considerados como, modificables y no modificables a los cuales una persona está expuesta cotidianamente.

El origen de la Hipertensión Arterial se desconoce en el 95% de los casos, a esta condición se llama Hipertensión Arterial Primaria.⁽¹¹⁾

Debemos mencionar también que, por otro lado, existen cambios en el estilo de vida que se proponen como parte de la terapia inicial para la mayoría de los pacientes hipertensos, en los cuales se debe insistir.

Para algunos pacientes estas medidas y los cambios en el estilo de vida pueden ser la única terapia para controlar su presión arterial, para otros sin embargo, estas medidas más la terapia farmacológica anti-hipertensiva es lo indicado.

Por lo tanto no hay que retardar la promoción de los cambios de estilo de vida para lograr un buen control de la Hipertensión Arterial. ⁽¹⁰⁾

El éxito en el cambio en estos estilos de vida se encuentra directamente relacionado con la familia, ya que de ésta depende en gran medida el control de la presión arterial de un paciente hipertenso.

Debemos concluir que el tratamiento de la Hipertensión Arterial comprende dos tipos de modalidades:

- 1) *Medidas no farmacológicas, o modificaciones en el estilo de vida.* ⁽¹⁰⁾ *Dentro de los cuales se ubica la participación de la familia y por ende la Funcionalidad Familiar de la misma.*
- 2) *Medidas Farmacológicas.*

Considerando algunos elementos del tratamiento no farmacológico, podemos mencionar que existen varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad, destacando el valor preponderante de la familia, e incluso afirmar que la mayoría de los enfermos crónicos reciben y prefieren los cuidados y apoyo de su familia.

La meta del tratamiento antihipertensivo es la reducción de la morbilidad y mortalidad, así como evitar las complicaciones agudas y crónicas de esta enfermedad.

El fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta.

El paciente con Hipertensión Arterial percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia; a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declinará su nivel de apego. ⁽¹¹⁾

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

De acuerdo a lo anteriormente mencionado es necesario conocer algunos puntos específicos del tratamiento no farmacológico relacionados con la familia y con el funcionamiento del mismo para el desarrollo de una red de apoyo sostenible y substancial en el tratamiento del paciente con hipertensión arterial.

Por tanto es necesario conocer el grado de funcionalidad en el que se encuentran las familias de los pacientes hipertensos, por lo que es ineludible determinar algunos conceptos básicos en el estudio de estas, lo cual requiere que se revisen diversos conceptos que describen de mejor manera lo que es la funcionalidad familiar.

La Dinámica Familiar representa el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo evolutivo por el que está atravesando esta. El buen o mal funcionamiento de la familia, es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros ya que dentro del sistema familiar operan fuerzas tanto positivas como negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento del sistema. ⁽¹²⁾

DEFINICIONES DE FAMILIA

Mencionaremos como punto de partida del estudio de la familia las siguientes definiciones que nos marcan el desarrollo de la misma y las cuales en cierta forma nos permitirán tener una visión clara de los que es una familia.

- Proviene de la raíz **“Famulus”**, que significa sirviente o esclavo doméstico.
- **Lengua Española:** Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, conjunto de ascendientes, descendientes y colaterales afines a un linaje. ⁽¹²⁾
- **Censo Canadiense:** Una Familia está compuesta por un marido y una esposa con o sin hijos, o un padre o una madre con uno o más hijos que vivan juntos bajo el mismo techo. ⁽¹²⁾
- **Censo Americano:** Grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas unos con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción. ⁽¹²⁾
- **Salvador Minuchin:** Grupo en el cual los individuos desarrollan su sentimiento de identidad e independencia, el primero influido por el hecho de sentirse miembro de una familia; y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extra familiares. ⁽¹⁴⁾
- **Santa Cruz Varela:** Grupo social primario formado por individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio; que interactúan o conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales **que pueden afectar su salud individual y/o familiar.** ⁽¹⁴⁾

FUNCIONES BÁSICAS DE LA FAMILIA

La familia como tal presenta una serie de funciones que le permiten desarrollar y desempeñar su rol social para cada uno de los integrantes de la familia, siendo estas funciones principalmente las siguientes:

- **Socialización:** Es aquella función que nos permite formar en un tiempo determinado a un hijo en un ente individual y autónomo, capaz de cumplir su rol social sin repercusiones negativas. ⁽¹⁴⁾
- **Cuidado:** Esta función nos permite solucionar adecuadamente las necesidades básicas de subsistencia como son la alimentación, vestido, seguridad, acceso a los sistemas de salud, etc. Para todos y cada uno de los miembros de la familia. ⁽¹⁴⁾
- **Afecto:** Se refiere a los aspectos relacionados con los sentimientos que se profesan los integrantes de una familia como pueden ser cariño, amor, respeto, confianza; todos encaminados a fortalecer las relaciones dentro del núcleo familiar. ⁽¹⁴⁾
- **Educación de la sexualidad:** La sexualidad se aprende y se enseña desde que nacemos, debido a que las relaciones que tenemos con las otras personas, nos está llevando a relacionarnos de una manera sexual. Y no únicamente nos referimos al hecho de la reproducción como tal. ⁽¹⁴⁾
- **Estatus y nivel socioeconómico:** Transferencia de los derechos, poderes, bienes y obligaciones a los cuales tienen derecho todas las familia, lo cual determinará a que grupo social pertenecerá dicha persona y todo su grupo familiar en su conjunto. ⁽¹⁴⁾

TIPOLOGÍA FAMILIAR

Tipos de Familia

De acuerdo a los diferentes tipos de familias existentes en nuestra sociedad podemos inferir sus principales características que nos permitirán tener una visión clara y amplia del cómo funciona y se mueve esta familia, por lo que para fines de este estudio consideramos las siguientes clasificaciones tipológicas.

En base a su estructura

Familia nuclear: Está conformada por la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo. ⁽¹⁴⁾

Familia seminuclear: Es la formada por un solo padre o madre con hijos, que puede haberse dado ya sea por separación o fallecimiento de alguno de los integrantes de la pareja. ⁽¹⁴⁾

Familia extensa: Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. En este tipo de familia se incluye la familia nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sea verticales ascendentes, verticales descendentes o laterales viviendo bajo el mismo techo. ⁽¹⁴⁾

Familia compuesta: Puede ser cualquiera de los tipos de familia ya descritos, incluyendo además a otros miembros sin anexos sanguíneos ni de filiación. ⁽¹⁴⁾

En base a su demografía

Urbana: Cuando la familia vive en una localidad de 2,500 habitantes o más. ⁽¹⁴⁾

Rural: Cuando habita una comunidad de menos de 2,500 personas. ⁽¹⁴⁾

Según Leñero

Familia Rural: Familias que viven en el campo y en lugares que dependen primordialmente de la agricultura y ganadería. ⁽¹⁴⁾

Familia Subproletaria: Familias que viven con menos de 3 salarios mínimos y que no tienen empleos estables, para cumplir adecuadamente las necesidades básicas de una familia. ⁽¹⁴⁾

Familia Proletaria: Familias en las cuales los integrantes de esta llegan a tener ingresos superiores a 3 salarios mínimos, pero menores a 6 salarios, y que no llegan a cumplir con todos los satisfactores pero que cumplen de cierta manera sus necesidades básicas. ⁽¹⁴⁾

Familia de Clase Media: Están representadas por aquellas familias en las cuales se cumplen sus necesidades básicas y que pueden acceder a otros satisfactores. ⁽¹⁴⁾

Familia Acomodada: Son las familias que tienen acceso a todos los bienes materiales que provee una sociedad. ⁽¹⁴⁾ La integran únicamente el 3% de la población en nuestro país

Con sentido de desarrollo en el cambio y de evolución familiar

Familias subdesarrolladas: El elemento central es la frustración e incapacidad para resolver problemas. Las funciones familiares no se cumplen adecuadamente. ⁽¹⁴⁾

Familias en coyuntura: Existe una toma de consciencia de su problemática económica, biológica, cultural, afectiva, social y existencial, pudiendo cambiar sus condiciones existentes. ⁽¹⁴⁾

Familia en desarrollo estructural: Es aquella que consolida las relaciones humanas internas y externas, reubicando a sus miembros en forma positiva y funcional, permitiendo un desarrollo personal y grupal en su conjunto sin sacrificar a nadie. ⁽¹⁴⁾

Familias con desarrollo superestructural: Se crean nuevas metas, normas y valores dando lugar a un logro espiritual que va más allá de la seguridad estructural y social de la familia, alcanza sus propias metas, dando lugar a nuevas formas de unidad familiar. ⁽¹⁴⁾

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para considerar este apartado, se tendrá en cuenta y en primer lugar lo que significa la salud familiar para la OMS, relacionado con lo que es la Funcionalidad Familiar, siendo esta: **la capacidad de funcionamiento efectivo de la familia, como unidad biopsicosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada.** ⁽¹⁵⁾

Las familias funcionales promueven el desarrollo integral de sus miembros y logran el mantenimiento de estados de salud favorables en éstos. Por otra parte una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, podrá ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades entre sus miembros.

Por tanto, debemos considerar al paciente no como el problemático, sino como el portador de la problemática familiar. El funcionamiento al interior de la familia debe considerarse no de una manera lineal sino circular, ya que si lo consideramos desde este punto de vista, la causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. ⁽¹⁴⁾

La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

Existen características que se consideran propias de una familia disfuncional entre las que se encuentran: la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

El sistema familiar debe permitir el desarrollo e identidad personal, así como la autonomía de cada uno de sus miembros. Deberá existir flexibilidad y complementariedad de roles en el cumplimiento de las funciones asignadas.

Así mismo en el seno del sistema familiar se tendrá que dar una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas, que dicho sistema sea capaz de adaptarse a los cambios a los cuales se enfrentará, y por último para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas.

De lo anterior podemos considerar dos elementos fundamentales para el desarrollo del presente trabajo, si consideramos lo que es:

La Familia Funcional

“Una familia funcional promueve un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles

claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.”⁽¹⁴⁾

Además existen otras definiciones de lo que significa una familia normal, entre las que destacan las de Chagoya y De la Revilla. El primero menciona: “es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada una de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.”⁽¹⁴⁾

De la Revilla por su parte nos menciona lo siguiente respecto a las familias funcionales: “es aquella capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, según la etapa de ciclo de vida en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.”⁽¹⁴⁾

Por último Minuchin y Fischman mencionan: “la familia es un grupo natural, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, definen sus gamas de conducta y facilitan sus relaciones recíprocas.”⁽¹⁴⁾

La Familia Disfuncional

Representa la falta de cumplimiento en algunas de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, educación de la sexualidad y el estatus, y/o además por alteraciones en uno o varios de los subsistemas familiares en su conjunto.

En este aspecto las familias se encuentran sometidas a presiones internas originadas por la evolución de sus miembros y subsistemas, por el desarrollo individual y familiar y por la presión externa, la cual está originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la misma, así como, cuando una familia sufre una crisis normativa o paranormativa, por ejemplo una enfermedad crónica (Hipertensión Arterial Sistémica), una característica importante en la respuesta de la familia es la temporalidad del evento crítico, pudiendo ser transitoria o continua, las familias con un evento crónico (enfermo) por su temporalidad provocan mayor dificultad en la respuesta de adaptación familiar.

INDICADORES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia como grupo social debe cumplir las cinco funciones básicas que son: socialización, cuidado, afecto, educación de la sexualidad, y el estatus o nivel social, siendo esto precisamente uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario abordarlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la Hipertensión Arterial en uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares, quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros; o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal sino circular, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

En el momento de hablar sobre funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden.

Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros.

Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

Sin embargo, algunos autores recomiendan como indicadores para medir el funcionamiento familiar los siguientes:

1. **Cumplimiento eficaz de sus funciones:** (socialización, cuidado, afecto, la educación de la sexualidad y el estatus o nivel social,).
2. **Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros:** Teniendo en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía-pertenencia. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar.

Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" de manera tal que no se traspase la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

- 3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.** Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de roles que puede ser debido a sobrexigencias.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol, es decir, que los miembros mejoren recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

Otro indicador que debe analizarse es la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

- 4. Que en el sistema familiar se de una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas:** Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes.

Por lo general cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en esta pueden verse mas bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular.

- 5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios:** La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Esta representa un continuo cambio y equilibrio.

Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, a fin de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. La capacidad de adaptación es uno de los más importantes indicadores de funcionalidad familiar, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios.

INSTRUMENTOS PARA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La familia sigue siendo la más antigua de las instituciones sociales, la cual seguirá existiendo aún a pesar de las diferentes formas que hoy en día utilizan las parejas para realizar su convivencia diaria. ⁽¹⁹⁾

La familia es un grupo íntimo y fuertemente organizado, compuesto por el padre, la madre y su descendencia, o bien es un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos, a los que usualmente se les llama familia conyugal y familia consanguínea, respectivamente. ⁽²⁰⁾

La familia conyugal presenta dos variantes: la familia patriarcal monogámica y la familia conyugal moderna. Por tanto, la familia lleva a cabo diversas funciones, siendo una de las principales la de tipo social, que es la de preparar al individuo para que tenga un buen desempeño en su actuar futuro dentro de la sociedad, moldear su carácter y personalidad de manera tal que se aproxime al carácter social que se requiere para que sus necesidades coincidan con las de su función. ⁽¹⁹⁾

Algunos expertos en la materia se han referido a las experiencias familiares como los elementos que ejercen una influencia decisiva sobre la formación del carácter individual y la familia es en la que se aplican las normas educativas de la sociedad que le son propias a su medio; los padres son los proveedores del carácter social de los hijos, ellos son los que transmiten los principales caracteres psicológicos y sociales para su desarrollo futuro. ⁽¹⁹⁾

Los avances en el estudio del funcionamiento familiar se han desarrollado intensamente en las últimas décadas, y destacan los realizados en el campo de la psicología con un enfoque de interacción simbólica, estructural, funcional, institucional, de desarrollo sistémico y psicoanalítico. ⁽¹⁹⁾

Los intentos para medir y describir a la familia tienen cierto tinte empírico, ya que la medición o evaluación del funcionamiento familiar es sumamente compleja debido a la gran interacción de factores que lo conforman y sólo algunos autores han logrado estudiar este funcionamiento considerándolo como un proceso multifactorial compuesto por distintas dimensiones que crean patrones de comportamiento diferente. ⁽¹⁹⁾

El estudio sobre el funcionamiento familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias; sin embargo, al existir una gran diversidad de enfoques, técnicas de intervención y modelos de funcionamiento familiar, estos no han permitido presentar estrategias de intervención, de evaluación y de diagnóstico que faciliten una forma organizada de pensar metódicamente para relacionar el funcionamiento de las familias con las técnicas y estrategias de investigación. ⁽¹⁹⁾

Los autores en la materia han relacionado algunas variables, que tienen que ver con el funcionamiento familiar y de las cuales sólo mencionaremos las siguientes: ⁽²⁰⁾

- a) Estructura familiar: ha sido planteada como una variable independiente de una serie de fenómenos que influyen en el desarrollo infantil, en las relaciones familiares, en la satisfacción conyugal y en el funcionamiento familiar.
- b) Aspectos socioeducativos y socioeconómicos: estos aspectos influyen en el funcionamiento o clima familiar.
- c) Familia de origen: es considerada como una variable determinante en el funcionamiento de la nueva familia que forma el individuo.

Considerando lo anterior es necesario mencionar los fundamentos teóricos en que se basa el estudio de la funcionalidad familiar, por lo que describiremos brevemente los modelos y teorías que se han desarrollado al rededor de este punto.

MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Para comprender que es la funcionalidad familiar encontramos en la literatura algunos modelos que tratan de explicarla y que han propiciado la investigación en el campo de la medicina familiar.

A continuación se describen brevemente algunos de estos modelos:

A) *Modelo sistémico de familia de Beavers*

Beavers en 1981 propuso un modelo de funcionamiento familiar basado en dos dimensiones que tratan de explicar cómo funciona la familia.

- La primera dimensión describe la estructura, la flexibilidad y la competencia de la familia.
- La segunda dimensión describe el estilo de la familia.

Este se encuentra basado en dos ejes; un eje transversal, el cual representa a la familia en un momento y espacio determinado. Dicho modelo describe 13 variables que se utilizan en las escalas de evaluación familiar, las cuales cubren cinco áreas de comportamiento familiar.

- **Estructura:** explora el poder abierto y encubierto, la calidad de la coalición parental y la cercanía familiar.
- **Mitología:** mitos compartidos de cualidades y capacidades de los miembros de la familia.
- **Negociación dirigida al logro de metas:** eficiencia de la familia para tomar decisiones.

- **Formas de enfrentar la autonomía individual:** claridad en la comunicación, responsabilidad personal y hacia los miembros de su familia.
- **Expresión afectiva:** representa la expresividad, estado de ánimo y empatía.

El eje vertical, que se refiere al estilo familiar, el cual se representa con dos patrones definidos de familia:

- **La familia centrípeta:** se orienta al trabajo interno de la misma.
- **La familia centrífuga:** se orienta al trabajo externo de la misma. ⁽¹⁹⁾

B) Modelo de funcionamiento familiar de McMaster

Este modelo se encuentra basado en el enfoque sistémico de la familia en el cual ésta se refiere como un sistema abierto compuesto de subsistemas y partes individuales, que se relaciona con otros sistemas sociales y ha tenido una vigencia de más de 25 años.

El modelo menciona seis áreas o dimensiones del funcionamiento familiar para la completa evaluación de una familia.

Las seis áreas que se identifican son las siguientes:

- Resolución de problemas**
- Comunicación:** intercambio de información dentro de la familia
- Roles:** asignación de roles individuales de acuerdo con las funciones familiares
- Involucramiento afectivo:** intereses y valores hacia los otros miembros de la familia
- Respuesta afectiva:** sentimientos adecuados a un estímulo afectivo
- Control de la conducta:** patrones de conducta que toman los diversos miembros de la familia

C) Modelo del ambiente familiar de Moss

Este modelo enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, relacionada con el crecimiento personal y la organización estructural de la misma. ⁽¹⁹⁾

Este modelo considera 10 escalas que son las siguientes:

- Cohesión
- Expresividad
- Conflicto
- Independencia
- Orientación al logro

- Orientación intelectual-cultural
- Orientación recreativa
- Énfasis moral-religioso
- Organización
- Control

Las dos primeras escalas sirven para medir las relaciones familiares, un segundo grupo mide el desarrollo personal en relación con la autonomía y la competitividad, y finalmente las dos últimas nos sirven para medir el mantenimiento de la estructura familiar.

De esta clasificación se derivan seis tipos de familias.

- a) Familias orientadas a la expresión de las emociones y manifestación franca de la ira.
- b) Familias orientadas hacia la estructura.
- c) Familias orientadas hacia la independencia, que son asertivas y autosuficientes.
- d) Familias orientadas a la obtención de logros.
- e) Familias orientadas hacia la religión.
- f) Familias orientadas al conflicto y poco estructuradas.

D) Modelo circunflejo marital y sistémico familiar

Este modelo se refiere predominantemente a dos dimensiones significativas del comportamiento familiar: **la cohesión y la adaptabilidad**, estas sirven para identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares.⁽²¹⁾

Este modelo menciona que un nivel moderado de cohesión y de adaptabilidad asegura un desarrollo marital y familiar funcional.

La dimensión de la cohesión en la familia representa dos componentes: los límites emocionales que los miembros tienen entre sí y el grado de autonomía individual que ellos experimentan dentro de su sistema familiar, el balance adecuado en la cohesión familiar permitirá tener una mejor conducción de la familia, lo que repercutirá en un mejor funcionamiento y un mayor desarrollo de la misma.

La dimensión de la adaptabilidad familiar tiene una relación estrecha con el concepto del “**sistema familiar**”.

Dentro de las variables que propone este modelo se encuentran: la estructura de poder en la familia, los diferentes estilos de negociación que se refieren a ella, las reglas y roles, así como los procesos de retroalimentación que se utilizan para la adaptabilidad.

Este modelo a su vez da origen a lo que Olson Miller y Ryder en 1978 identificaron como el “Modelo circunflejo de la conducta”, el cual identificó las anteriores dimensiones a partir de la distribución de los puntajes que generan 16 tipos de sistemas familiares.

De dicho modelo se originan las siguientes familias:

- a) Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad que redundan en un funcionamiento familiar adecuado.
- b) Familias o parejas que no presentan problemas serios y que tienden a poseer un balance adecuado en estas dos dimensiones.
- c) Familias o parejas sin problemas serios y que tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad.
- d) Familias con problemas serios que no tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad ante situaciones nuevas de crisis o de estrés.

Las dimensiones que considera este modelo como de mayor relevancia son las siguientes:

- Cohesión
- Autonomía
- Comunicación
- Adaptabilidad
- Afectividad
- Control de la conducta
- Organización
- Conflicto
- Roles
- Reglas
- Orientación intelectual-cultural
- Orientación religiosa
- Orientación recreativa

E) Modelo de respuesta, de adaptación y ajuste familiar

Este modelo incluye para su estudio predominantemente al estrés familiar,⁽²⁰⁾ el cual se considera como generador para la adaptación o ajuste del sistema familiar que lo lleve a un buen funcionamiento, sobre todo cuando el estrés es considerado por la familia como algo displacentero.

De acuerdo a sus autores McCubin y Patterson, el modelo determina los estresores familiares y la magnitud en que operan dentro de ella. Dichos estresores establecen que procesos familiares se producen para facilitar el ajuste o adaptación familiar a través del ciclo evolutivo de la familia.

Este modelo presenta para su funcionamiento dos momentos importantes:

- **El enfrentamiento**, el cual depende de:
 - a) El significado que la familia le da al evento estresante.
 - b) Los recursos con que cuenta para afrontarlo.
- **El afrontamiento**, el cual se lleva a cabo a través de:
 - a) Acciones directas para reducir en número e intensidad las demandas
 - b) Acciones directas para adquirir capacidades que no estaban disponibles.
 - c) Mantener ciertos recursos para ser utilizados cuando sea necesario.
 - d) Manejo de las tensiones de la vida cotidiana.

Si tomamos en cuenta este modelo, se puede explicar fácilmente lo que ocurre con la familia del paciente hipertenso, la cual enfrenta y afronta el problema presente en un miembro de la familia, en este caso el paciente hipertenso, lo que realiza a través de las diferentes acciones aquí descritas.

F) Modelo de factores de riesgo

Este modelo toma en cuenta los factores de riesgo presentes en las familias, considerando a estos como aquellos fenómenos que pueden desencadenar el buen o mal funcionamiento de la familia, y que considera a cualquier condición o aspecto biológico, psicológico y/o social que esté asociado a una mayor probabilidad de presentar un evento futuro que cause disfunción en la familia en cualquier momento del ciclo evolutivo de ella.⁽²²⁾

Este se basa en los siguientes postulados.

- 1) Todas las personas y todas las familias, tienen diferentes posibilidades de desviarse de la salud y el bienestar.
- 2) Las variaciones en la salud y el bienestar dependen del equilibrio existente entre las fuerzas, recursos y necesidades.

- 3) Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados.
- 4) El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos, modificándolos o disminuyéndolos limitan la posibilidad del daño.
- 5) El refuerzo de los factores protectores aumentan la posibilidad de una mejor salud con mayor bienestar.

El modelo hace mención de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar su desarrollo y eventos vitales durante su ciclo evolutivo, los cuales son de diverso tipo entre los que se encuentran:

- **Personales:** Se toman en cuenta las habilidades intelectuales, los conocimientos, rasgos de personalidad, medios materiales, etc.
- **Familiares:** Cohesión, adaptabilidad y flexibilidad.
- **Comunitarios:** Personas, grupos o instituciones, considerando como tales los servicios estatales, grupos religiosos, empleadores, etc.

Este modelo descrito encuentra cabida en la práctica biologicista de la medicina, en la que predominantemente se consideran estos factores de riesgo y sus recursos, lo que representa también una visión biológica de la funcionalidad familiar y sus redes de apoyo.

Además de considerar la descripción del modelo este también ayudaría a explicar dichos fenómenos de la enfermedad y su funcionamiento familiar en la presente investigación.

También para poder medir lo que es la funcionalidad familiar se establecieron las siguientes teorías, que nos refieren otro punto de vista del tema.

TEORIAS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A) TEORÍA ESTRUCTURAL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Esta teoría considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado. ⁽¹⁹⁾

De acuerdo a Minuchin esta teoría presenta las siguientes características:

- Es relativamente fija y estable.
- Representa un sentido de pertenencia a sus miembros.
- Acepta cierto grado de flexibilidad.
- Facilita el desarrollo individual, así como los procesos de individualización.

Es necesario mencionar que la familia presenta las siguientes propiedades en su estructura:

- **Una distribución del poder:** a través de las normas y los roles que definen las reglas del sistema familiar.
- **El poder y la naturaleza de los límites y las alianzas:** para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

Esta teoría define lo siguiente. *“La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud (seguridad económica, afectiva, social y de sexualidad) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.”*⁽¹⁹⁾

Los elementos fundamentales de esta teoría son los siguientes:

- Cohesión
- Armonía
- Comunicación
- Permeabilidad
- Afectividad
- Roles
- Adaptabilidad

Por último, esta teoría intenta explicar el funcionamiento familiar considerando que en cualquier interacción dentro del sistema familiar, ésta se define entre quien o quienes son los miembros que participan de dicha interacción (límites), con o contra quién (alianzas y coaliciones) es la interacción.

Podemos afirmar que esta teoría es la más utilizada en la actualidad para tratar de realizar la evaluación del sistema familiar y en la cual se apoyan varios instrumentos para medir la funcionalidad familiar.

B) TEORIA EXPLICATIVA DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Esta teoría refiere que el funcionamiento familiar no está basado en sólo considerar al sistema familiar como normal o anormal, sino que más bien depende de sus posibilidades, las cuales a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo evolutivo, y por tanto la familia puede encontrarse en cuatro estadios dinámicos diferentes.⁽¹⁹⁾

- **La familia normo-funcional:** presenta un equilibrio estable, sus normas de funcionamiento interno regulan las relaciones entre sus miembros, lo que garantiza su homeostasis.
- **La familia en crisis familiar:** puede considerarse una situación “fisiológica” para la evolución del sistema familiar e incluso necesario entre sus miembros; el sistema apela a sus recursos, tanto internos como externos.
- **La familia con disfunción familiar:** este estado ya no se puede considerar como “fisiológico”, ya que las tensiones que genera el conflicto no resuelto producen manifestaciones patológicas en los miembros.
- **La familia en equilibrio patológico:** en este tipo de familias los individuos pueden desarrollar mecanismos adaptativos patológicos frente a estímulos del medio, las familias pueden reaccionar frente a una crisis adoptando respuestas que perpetúen la situación utilizando lo que se denomina “mecanismos de defensa”. Dicho estado es dinámico así como perjudicial para la familia, pues debe recurrir a sus mecanismos de defensa, en cada ocasión que se enfrenta al estímulo que desencadena la crisis.

C) TEORÍA INTERACCIONAL DE LA COMUNICACIÓN

Tiene su fundamento en el modelo de McMaster, y con un desarrollo posterior por Virginia Satir, en el cual se menciona que la **comunicación** es el foco de incubación primaria de los problemas familiares,⁽¹⁹⁾ el cual puede abarcar un amplio abanico de situaciones y características, que van desde los problemas más leves o intrascendentes hasta los que expresan violencia manifiesta.

Satir menciona los siguientes criterios para determinar el grado de funcionalidad familiar:

- **Comunicación:** Esta debe ser clara, directa, específica y congruente.
- **Individual:** la autonomía de sus miembros es primordial y se respeta.
- **Toma de decisiones:** búsqueda de soluciones más adecuadas o apropiadas para cada problema.
- **Reacción ante la demanda de cambio:** el sistema debe ser lo suficientemente flexible para cambiar ante las demandas internas o ambientales, para con ello conservar la homeostasis.

Satir menciona algunas reglas de comunicación que pueden ayudar a garantizar la funcionalidad familiar.

- a) Toda transacción iniciada debe ser terminada.
- b) Las preguntas deben ser formuladas y respondidas con claridad.

- c) El conflicto y la hostilidad deben ser reconocidas e interpretadas.
- d) Se debe tener la percepción de sí mismo y de cómo es percibido por el resto de la familia.
- e) Cada miembro de la familia es capaz de expresar opiniones diferentes.
- f) Se deben admitir diferencias de opinión.
- g) Cada miembro de la familia debe ser capaz de elegir una o varias alternativas de conducta.
- h) Los mensajes utilizados deben ser enviados con claridad.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Para la utilización de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar es necesarios considerar que “todo individuo, familia y comunidad, tiene una interacción bio-psico-social”, ⁽¹⁹⁾ la cual debe de tomarse en cuenta al momento de evaluar su funcionamiento.

Otro punto que a considerar es el concepto de salud familiar el cual esta referido en una publicación reciente y descrita en la Habana, Cuba, en 1996 en donde se define el concepto como *“la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida.”* ⁽¹⁹⁾

La salud familiar es estudiada desde diversos enfoques entre los cuales se encuentra: el modelo de McMaster, el modelo circunflejo de Olson, el modelo de Minuchin, el método utilizado por Patricia Ares y la prueba de funcionamiento familiar de Díaz, De la Cuesta y Louro. ⁽¹⁹⁾

Los esfuerzos realizados para evaluar el funcionamiento familiar y de pareja se remontan a los inicios de la terapia familiar.

La evaluación de la funcionalidad familiar requiere de instrumentos que por sus características nos permitan clasificarlos en:

- **Observacionales** proporcionan una visión externa de la funcionalidad familiar, y requieren de la participación de terapeutas para valorar los patrones de interacción familiar, y varían de acuerdo con el grado de participación del observador, es decir, del efecto de su presencia y su interacción con el grupo familiar.
- **De auto aplicación** proporcionan una perspectiva interna de la funcionalidad a través de cuestionarios estandarizados, por medio de los cuales podemos

obtener información de cada uno de los integrantes de la familia, considerando desde la percepción sobre sí mismo, la de los demás miembros de la familia, los roles, las actitudes, hasta los valores familiares.⁽¹⁹⁾

Para la selección de los instrumentos de estudio de funcionalidad familiar, estos deben cumplir con algunos criterios específicos que les permitan su correcta y válida aplicación, los cuales son los siguientes:

- Validez
- Auto aplicación
- Brevidad del instrumento
- Evaluación de la población a la que se le aplico.
- Modelo teórico que lo fundamente.

Los instrumentos de evaluación de la familia nos permiten identificar en qué medida se cumplen sus funciones básicas y cuál es el rol que pueden estar jugando en el proceso salud-enfermedad.

Existe una serie de Instrumentos de Atención Integral de la Familia, que ofrecen una visión gráfica de esta, los cuales facilita la comprensión de sus relaciones y ayudan al profesional de la salud y a la familia a tener un “panorama mayor” de la misma, desde el punto de vista histórico, así como del momento actual, en relación con el funcionamiento familiar.

Los instrumentos de evaluación familiar surgen de la necesidad de otros profesionales, como los trabajadores sociales, genetistas, terapeutas familiares, etc. Estos alcanzaron su mayor difusión en el contexto de la medicina familiar, siendo utilizados habitualmente en muchos países por los médicos familiares y sus equipos en las múltiples atenciones a la población.⁽¹⁹⁾

Estos instrumentos permiten desarrollar en el profesional de la salud, especialmente en el médico familiar, una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual.

Los resultados que arrojan los instrumentos de atención a la familia permitirán, tanto en su formulación inicial como una vez construida, aportar elementos para desechar o reforzar las hipótesis al buscar la comprensión del entorno para encontrar el mejor modo de ayudar a la familia.⁽¹⁹⁾

Resumiendo podemos mencionar que los principales modelos e instrumentos utilizados para la evaluación de la familia se encuentran mencionados en los párrafos siguientes:

MODELOS UTILIZADOS PARA LA EVALUACIÓN FAMILIAR

- El modelo de “**esferas básicas**” descrito por Westley y Epstein plantea como criterio de evaluación de funcionamiento familiar el cumplimiento eficaz de las tareas relacionadas con la satisfacción de necesidades materiales, relacionadas con el tránsito por el ciclo vital.
- El modelo “**circunflejo de sistemas maritales y familiares**” creado por Olson, Rusell y Sprenkle de la Universidad de Minnesota (1979), que incluyen: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las “**escalas de adaptabilidad y cohesión familiar**” del modelo circunflejo, conocidas como FACES II y III (1985), proveen criterios diagnósticos de funcionamiento familiar.
- McCubbin, Larsen y Olson (1981) desarrollaron el modelo de “**ajuste y adaptabilidad familiar**” basado en el marco conceptual de estrés familiar (F-COPES). Contempla nueve dimensiones, tensiones de tipo intrafamiliar, de pareja, de embarazo y crianza, económicas y de negocios, laborales, de enfermedad y cuidado de la familia, cambios o transiciones hacia dentro o fuera de la familia y dificultades con la ley o costumbres sociales.
- Smilkstein en la Universidad de Washington (1978) creó una prueba para evaluar el funcionamiento de la familia, denominada APGAR familiar. Esta prueba hace referencia a cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, gradiente de desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.
- El inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA, 1989, 1992, 1996) se basa en las dimensiones de funcionamiento familiar: cohesión, límites y comportamientos intrafamiliares.
- La evaluación del funcionamiento familiar también se puede determinar mediante la Escala de Evaluación Familiar de Carolina del Norte (NCFAS V 2.0), que está basada en los conceptos de capacidades, fortalezas, riesgos y problemas familiares.
- En México se conoce la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar de Joaquina Palomar, que consta de 10 factores, entre los cuales se describe la comunicación, cohesión, relaciones de pareja, falta de apoyo, roles, trabajo doméstico, reglas, organización y autoridad, el tiempo que comparte la familia, violencia y apoyo.
- El Centro Nacional C. Henry Kempe para la prevención y el tratamiento al abuso infantil de la Universidad de Colorado, en Estados Unidos de Norteamérica, reporta el Inventario Kempe de estrés familiar creado en

1976 para evaluar a las familias con riesgo de maltrato infantil por parte de los padres.

- Existen otros métodos publicados como son: la Escala de Interacción Familiar de IOWA, Melby (1990), la Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar, Durst, Trivette y Deal (1990), para identificar las fortalezas para afrontar problemas, y el Inventario Familiar de Evaluación Multidimensional, de Jacob y Windle (1999).
- En Estados Unidos, un grupo de expertos elaboró criterios diagnósticos de la disfunción familiar para su inclusión en la revisión de la versión IV del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales.
- Benítez y Herrera también elaboraron una metodología para evaluar el impacto que tienen los diferentes eventos de vida en la salud familiar. Se compone de un inventario de eventos vitales y repercusión familiar, un instrumento de recursos adaptativos familiares y otro de apoyo social.⁽¹⁹⁾

Así mismo el interés de la medicina familiar por identificar el papel de la familia en el proceso salud-enfermedad se ha incrementado notablemente en los últimos años.

Los patrones de relación social entre los miembros de la familia pueden aumentar el riesgo individual y la vulnerabilidad a padecer enfermedades, o por el contrario, amortiguar el efecto de éstas poniendo en marcha mecanismos del sistema familiar para otorgar una mejor atención al enfermo.⁽¹⁶⁾

El estudio de la familia desde una perspectiva médica, requiere de la consideración de dos elementos fundamentales: su estructura y su funcionalidad.

La evaluación de la funcionalidad familiar se apoya en diversas bases teóricas y disciplinas científicas. En general, la evaluación de la familia se ha basado como se mencionó anteriormente en la teoría sistémica.⁽¹⁶⁾

La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos.

El efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención de los investigadores.⁽¹⁶⁾ La evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, dichos instrumentos se basan en tres principios fundamentales:

- El propósito que condujo a su creación.
- La naturaleza de los elementos que pretenden medir.

- El grado de confianza que se pueda tener de la medición. ⁽¹⁶⁾

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hipertensión Arterial Sistémica representa un problema de salud pública en México ya que como se mencionó anteriormente, se encuentra acompañada de otras patologías discapacitantes que provocan problemas de invalidez o incluso la muerte.

En nuestro país se estima que cerca de 30% de personas mayores de 18 años tienen problemas de Hipertensión Arterial, y que únicamente una tercera parte conoce su diagnóstico y solamente un cuarto de ellos se encuentra bien controlado.

En la actualidad existen gran cantidad de estudios relacionados con la Hipertensión Arterial, pero los concernientes a temas de familia son muy escasos, por lo que esta investigación busca relacionar la importancia del factor familiar en el control de la presión arterial.

La Funcionalidad Familiar representa un factor clave en el control de esta enfermedad, ya que si se llevan a cabo las funciones familiares de manera adecuada el paciente hipertenso tendrá mayor oportunidad de poder lograr un buen control de su enfermedad mejorando con ello su calidad de vida.

El costo económico, social y laboral que implica la Hipertensión Arterial a nivel nacional es muy importante, ya que se asignan anualmente cifras millonarias en brindar los

medicamentos necesarios para su adecuado control, así como para evitar las complicaciones que trae consigo.

A través de la familia podemos influir favorablemente en el control adecuado de la presión arterial. principalmente en aquellos grupos familiares donde cuentan con algún paciente con esta patología, considerando también el cambio del estilo de vida de nuestras familias, interviniendo con ello en la mejora de su salud no solo individual sino colectiva, por tanto nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Funcionalidad Familiar tiene relación en el control adecuado de la presión arterial en pacientes con Hipertensión Arterial del Hospital General de Zona con UMF. No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”?

4. JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) representa una de las principales patologías que existen en nuestro país, se estima que alrededor del 30% de la población mayor de 18 años padece esta enfermedad.

Esta patología representa una de las principales causas de consulta en el primer nivel de atención, por lo que se le designan grandes recursos económicos, materiales y humanos.

Dicha patología se encuentra asociada con diversas complicaciones a corto y largo plazo, las cuales conllevan altas tasas de mortalidad, así como de morbilidad.

El control adecuado de la presión arterial representa un incremento en la esperanza de vida, así como en la calidad de la misma, pero debemos recalcar que la falta de éxito en el tratamiento se encuentra asociado en muchas ocasiones a la falta de un adecuado funcionamiento familiar.

Cabe mencionar que no se presenta como enfermedad única, ya que si no es tratada en forma oportuna y adecuadamente puede traer complicaciones a nivel cardiovascular, cerebral, nefropatías y retinopatías secundarias a su diagnóstico tardío y su inadecuado manejo. ^(4,5)

De esta importante información surge la necesidad de llevar a cabo esta investigación para poder darle el énfasis y la importancia que juega la familia en el control de la presión arterial, enfocándonos principalmente en lo que es la Funcionalidad Familiar, ya que ésta representa uno de los principales factores involucrados que ayudan al paciente a lograr un adecuado control de su enfermedad.

La familia representa la piedra angular de cualquier sociedad y con el apoyo de ésta se puede tener el control adecuado de las enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destaca la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). La ayuda de la familia es fundamental para poder brindar la asistencia necesaria que requiere este tipo de pacientes.

Las investigaciones en el rubro de familia en relación a la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) son muy pocas, por lo que se requiere mayor información al respecto, debido a que únicamente se está estudiando la enfermedad desde el punto de vista biológico, y no desde un punto de vista integral.

La presente investigación se llevó a cabo debido a la inquietud del investigador principal para conjuntar los conocimientos en relación con la Hipertensión Arterial y los temas relacionados con la Familia, para con ello poder atender adecuadamente a los pacientes que presentan esta enfermedad.

El conocimiento adecuado de las familias que atendemos nos brindará una invaluable ayuda para poder dar una verdadera atención integral, permanente y continua a los pacientes que padecen Hipertensión Arterial.

Finalmente consideramos adecuado que los resultados de la presente investigación puedan ser presentados en foros académicos que nos permitan difundir la importancia que tiene la familia en el control de las enfermedades.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación que existe entre Funcionalidad Familiar y el control adecuado de la presión arterial en pacientes hipertensos del Hospital General de Zona con UMF Num.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes hipertensos para correlacionar su influencia en el control de la misma
- Identificar el grado o nivel de control de la TA en los pacientes hipertensos que conforman el estudio

6. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

- Por ser un estudio observacional no se requiere de hipótesis.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo **observacional descriptivo**, así como **transversal** en base al número de mediciones y en base a su relación cronológica se clasificará como de tipo **prospectivo**.

LUGAR, POBLACIÓN Y TIEMPO DEL ESTUDIO

Población

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica adscritos al Hospital General de Zona con UMF Num.8 “Gilberto Flores Izquierdo” que acuden a la consulta externa de medicina familiar en el turno vespertino.

Lugar

Hospital General de Zona con UMF. Número 8 “Gilberto Flores Izquierdo”.

Tiempo

Del 1 de noviembre de 2008 al 15 de febrero del 2009.

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Tipo

Se aplicó un muestreo de tipo no probabilístico a las personas que reunieron los criterios de selección y que acudieron a la consulta externa de medicina familiar en el turno vespertino del periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2008 al 15 de febrero del 2009.

Tamaño

El tamaño de la muestra se determinó por medio de la fórmula para el cálculo en población finita que es la que se muestra a continuación.

N = Representa el total de individuos que componen una población y es empleada cuando se calcula el tamaño de muestra para población finita y sin reemplazo.

Z = Nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población. Se obtiene de las tablas de áreas bajo la curva normal.

P = Es la proporción de observación que se espera obtener en una categoría.

Q = Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p.

D = Desviación estándar.

FORMULA:

$$n = \frac{N (Z)^2 P Q}{d^2 (N - 1) + Z^2 (P Q)}$$

Donde los siguientes valores se sustituyen de la siguiente forma:

$$Z= 1.96 \quad P=0.5 \quad Q= 1-p \quad d=0.08$$

El total de pacientes hipertensos de los consultorios de Medicina Familiar del turno vespertino del Hospital General de Zona con UMF. Núm. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 520.

$$\frac{n = (520) (1.96)^2 (0.5)^2}{(0.0064)(520) + (3.8416) (0.5)^2}$$

$$n = \frac{(520) (3.8416) (0.25)}{3.328 + 0.9604}$$

$$n = \frac{499.408}{4.2884}$$

$$N=116.45$$

TOTAL DE PACIENTES = 116 PERSONAS

Total de pacientes a encuestar = 116 PERSONAS

El tipo de muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia ya que se aplicó el cuestionario a las personas mayores de 30 años que tenían Hipertensión Arterial y que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar en el turno vespertino del Hospital General de Zona con UMF. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” entre el 01 de noviembre de 2008 al 15 de febrero de 2009.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Porcentajes:

Originado de la aplicación del cuestionario de funcionalidad familiar (FF-SIL), se obtuvieron los distintos porcentajes relacionados con las preguntas que se derivan del mismo, dichos corolarios son reflejados en la sección de resultados los cuales exponen sus distintas categorías.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, que hayan sido diagnosticados desde hace más de un año.
- Mayor a 30 años al momento del estudio
- Con disposición para el estudio de su familia
- Pacientes que acudan a consulta externa de medicina familiar turno vespertino

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten enfermedades asociadas al diagnóstico de Hipertensión Arterial
- Pacientes menores de 30 años
- Pacientes con enfermedades asociadas
- Pacientes que no deseen cooperar en el estudio
- Pacientes del turno matutino

Criterios de eliminación:

- Aparición de otras enfermedades que afecten la presión arterial de los pacientes hipertensos, durante la realización del estudio.
- Pacientes que no cuenten con expediente clínico.
- Pacientes con cuestionario incompleto
- Pacientes que abandonen el estudio.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Variable Dependiente

a) Control de la presión arterial en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial

Variables Independientes

- a) Sexo
- b) Edad del paciente
- c) Estado civil
- d) Peso

- e) Talla
- f) Presión arterial
- g) Funcionalidad Familiar

Operación de Variables

NUM.	N. DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	F. INFOR.
1	Control de Presión Arterial	Dependiente	Cifras de presión arterial que se encuentran dentro de parámetros considerados como normales.	Determinación de cifras tensionales (sistólica y diastólica), menores de 140/90 mm Hg.	Nominal	SI, NO	
2	Funcionalidad Familiar	Independiente	Es aquella que promueve un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.	Resultados obtenidos por el resultado del instrumento FF-SIL	Ordinal		14
3	Sexo	Independiente	Condición orgánica, masculina o femenina, de animales y plantas.	Sexo de la persona encuestada	Nominal	Masculino, Femenino	18
4	Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona, animal o planta.	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta.	De razón	Años cumplidos	18
5	Peso	Independiente		Peso en kilogramos al momento de la encuesta	De razón		
6	Talla	Independiente		Estatura al momento de la encuesta	De razón		
7	IMC	Independiente	Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, ideado por el estadístico belga L.A.J. Quetelet	$\text{Peso} / \text{Talla}^2$	De razón		
8	Estado Civil	Independiente	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Estado civil descrito al momento de realizar la encuesta	De razón	Soltero, casado, viudo, unión libre	18

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Considerando los elementos anteriores en que se fundamentan los instrumentos de medición de la funcionalidad familiar, en la presente investigación se utilizó el Test o Prueba de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), el cual fue diseñado y elaborado en Cuba con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar.

Dicho instrumento consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. Estas son **cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol y permeabilidad.**

La puntuación se obtiene por la suma de los ítems de acuerdo a la escala cuali-cuantitativa propuesta.

Para la realización de este instrumento se consultaron a 25 expertos en la materia, se encuestaron a 294 familias de toda Cuba y a sus respectivos médicos de consultorio.

El procedimiento evaluativo es pertinente y aplicable al justificarse teóricamente y compararse satisfactoriamente con criterios externos.

Debemos mencionar que la evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud, pero se torna compleja e inoperante dada la amplia gama de aspectos que afectan la salud familiar y el vacío conceptual y metodológico existente.

Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF - SIL)

CONTROL SEMÁNTICO

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL): instrumento construido como tesis de maestría en Psicología de Salud para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar; dicho instrumento mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Los autores determinan estos conceptos de la siguiente manera.

- **Funcionamiento familiar:** dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.
- **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (De la Cuesta, D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento, 1994 [Tesis]).

METODOLOGÍA

Para que se pueda entender la aplicación del instrumento este se divide en 2 aspectos, de acuerdo a la metodología propuesta. *El Test* de funcionamiento familiar FF-SIL consiste en una serie de situaciones que puede ocurrir o no en la familia, las cuales se pueden integrar en un total de 14 ítems, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones Variables que mide

- 1 y 8..... Cohesión
- 2 y 13..... Armonía
- 5 y 11..... Comunicación
- 7 y 12..... Permeabilidad
- 4 y 14..... Afectividad

3 y 9..... Roles

6 y 10..... Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, estas a su vez tiene una escala de puntos.

Escala Cual- cuantitativa

- **Casi nunca** **1 punto**
- **Pocas veces** **2 puntos**
- **A veces** **3 puntos**
- **Muchas veces** **4 puntos**
- **Casi siempre** **5 puntos**

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

- **Familias funcionales** **57 a 70 puntos**
- **Familia moderadamente funcional** **43 a 56 puntos**
- **Familia disfuncional** **28 a 42 puntos**
- **Familia severamente disfuncional** **14 a 27 puntos**

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

El método de recolección utilizado fue de tipo no probabilístico por conveniencia, se designó al turno vespertino como en el cual se realizaría la recolección de la información, debido a que en el turno matutino es aquel en el que se trabaja dentro de la rotación diaria en las distintas especialidades.

Se obtuvo la población total de pacientes hipertensos con más de un año de diagnóstico que tuvieran todos los criterios de inclusión, así mismo se dejó de lado aquellos pacientes que estuvieran dentro de los criterios de exclusión y eliminación. Se utilizó la fórmula para población finita y se obtuvo una muestra de 116 personas.

Fuimos dos personas las encargadas de llevar a cabo la recolección de datos, para lo cual distribuimos entre los distintos pacientes el cuestionario de funcionalidad familiar, así como previa lectura del consentimiento informado.

Se preguntó a las distintas personas que entraron en el estudio, si podrían acceder a la contestación del instrumento, así mismo se les dio la instrucción de cómo contestar el instrumento previa lectura del mismo por parte del paciente, así mismo se tomaron las mediciones antropométricas que obtuvo la señorita asistente en el momento de la consulta.

La información obtenida fue del 1 de noviembre de 2008 al 15 de febrero de 2009, de los diferentes consultorios del Hospital General de Zona con U.M.F. Núm. 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Posteriormente se realizó la recopilación de los distintos instrumentos contestados, obteniéndose 76 mujeres y 40 hombres, esta diferencia entre hombres y mujeres se debió a que la mayoría de las personas encuestadas que acudían a la consulta eran del sexo femenino. Sin representar esto un sesgo importante de información en la tesis.

MANIOBRAS PARA EVITAR SESGO

Previamente a la aplicación del instrumento, se comprobó que la totalidad de los pacientes supieran leer y escribir, y que comprendieran la redacción de la totalidad de los ítems.

Para obtener el total de la muestra se realizó un muestro no probabilístico, hasta lograr la cuota de 116 pacientes que se requerían para dicho objetivo. Además todos los pacientes encuestados tuvieron las mismas probabilidades de estar incluidos en el estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio no contraviene las disposiciones establecidas en la *Declaración de Helsinki* de 1964 de la Asociación Médica Mundial que marca los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, la enmienda de Tokio 1975, Venecia 1983, Hong Kong 1989, Somerset West, Sudáfrica 1996 y la de Edimburgo, Escocia 2000.

Así mismo no está en contraposición con la *Ley General de Salud* de los Estados Unidos Mexicanos, ni del *Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos*. Título Primero. Disposiciones generales para el presente trabajo de Investigación se califica como de mínimo riesgo.

Se mantiene en todo momento el respeto a la autonomía de las personas, ya que se realiza mediante un consentimiento informado en el cual se menciona que en todo momento se guardará la identidad y confidencialidad de las personas que intervinieron en el estudio.

Este trabajo no representa ningún riesgo para los pacientes que intervienen en él, ya que solo requiere el responder un instrumento de evaluación.

Así mismo se encuentra dentro de todo lo dispuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación en salud a través de la Coordinación de Investigación en Salud.

8. RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS HUMANOS

- Un director de Tesis
- Un tesista
- Un aplicador del instrumento

RECURSOS MATERIALES

- Una computadora
- Una impresora
- 500 hojas tamaño carta
- 10 plumas color negro

RECURSOS ECONÓMICOS

- Los aportados por el tesista

9. RESULTADOS

Presentación de los Resultados

De la aplicación del instrumento descrito y aplicado en la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados que se presentan en cuadros y gráficas:

Las personas que participaron en el estudio fueron 116 (100%), de las cuales 76 (65.51%) pertenecen al género femenino y 40 (34.49%) al masculino.

En relación al sexo de los pacientes encuestados encontramos un predominio del sexo femenino lo cual representa el 65.51 % de muestra, en relación a los pacientes del sexo masculino que representan el 34.49%.

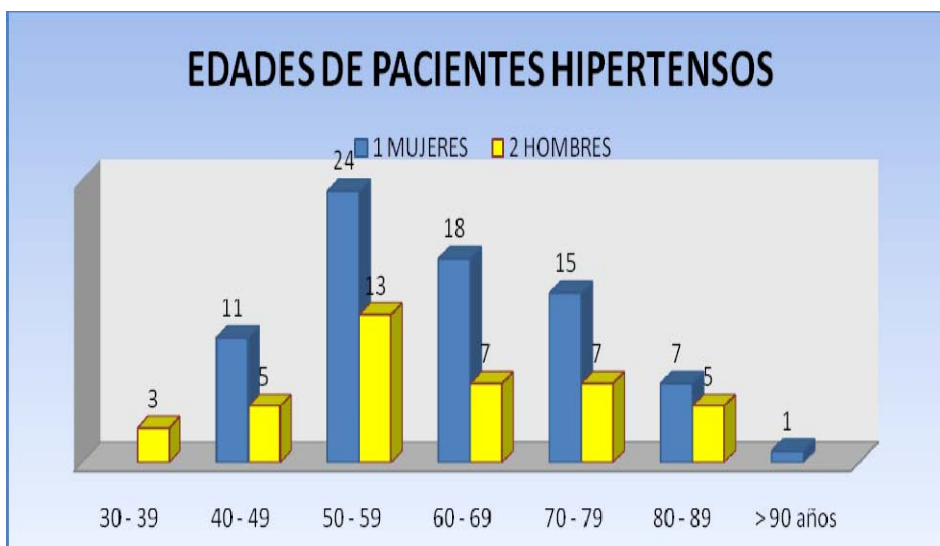
Las edades de las pacientes del sexo femenino refiere un rango amplio que está entre los cuarenta y noventa años, con predominio entre los cincuenta hasta los setenta y nueve años representando el 75% de la población encuestada, el resto de ellas se encuentra por debajo de los cincuenta años y únicamente ocho pacientes del sexo femenino se encuentra con una edad mayor a los ochenta años, representando el 11% del total de la muestra encuestada del sexo femenino. El 14% se localizan por debajo de los cincuenta años.

Con lo que respecta al sexo masculino (40 participantes), sus edades oscilan entre los treinta hasta los setenta y nueve años; y al igual que las mujeres, la mayoría de los hombres se encuentran en el rango de edades entre cincuenta y setenta y nueve años, correspondiendo a un 68% de los hombres encuestados, 20% correspondieron a menores de cincuenta años y únicamente el 12% de ellos son mayores de ochenta años.

Grafica 1



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL IMSS



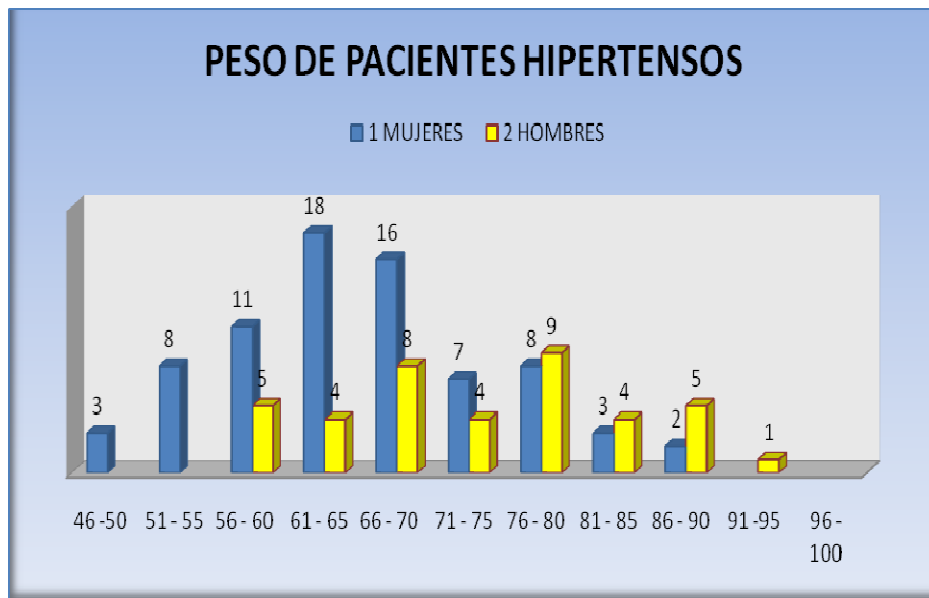
Fuente: Encuesta de Investigación

Con respecto al peso de los pacientes que intervinieron en la investigación encontramos los siguientes datos: El peso presenta un rango de los cuarenta y seis a los noventa kilos en general, el porcentaje más alto del peso de los participantes se encuentra entre los 56 y 76 kilogramos, con un predominio de presentación en las mujeres del 79%, un porcentaje bajo se encuentra por arriba de los 80 Kg. (7%) y solo el 14% se encuentra por debajo de los 55 kilogramos.

Grafica 2



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

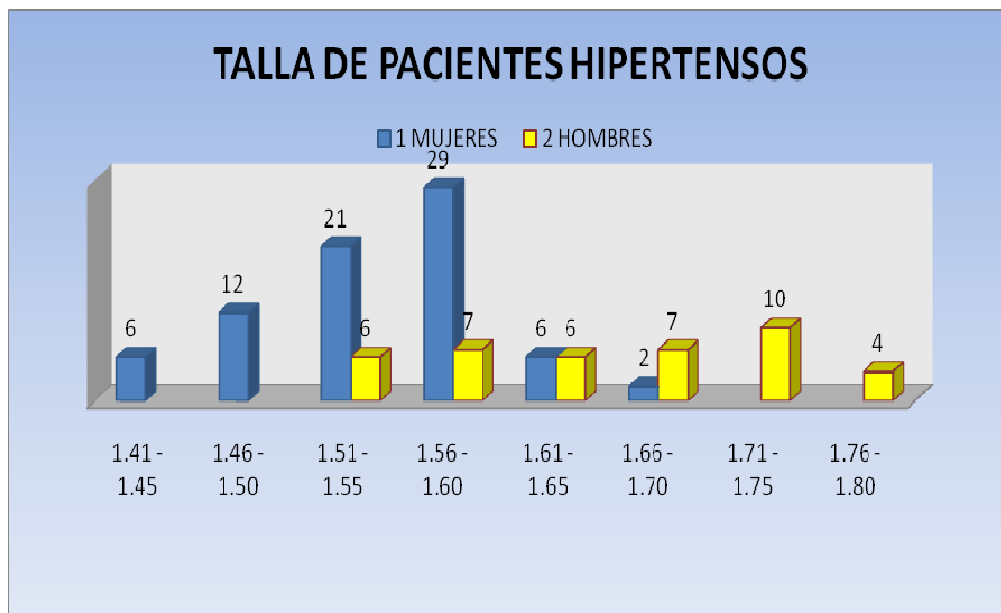
En relación a la talla de los pacientes encuestados (Gráfica 3) encontramos que un porcentaje de las mujeres (29) participantes se encuentra entre el 1.56 y el 1.60 lo que representa un 25%, en relación con los hombres (7) que refieren el 6.03%. Continúan las pacientes que se encuentran en el rango de estatura entre 1.51 y 1.55cms con 21 casos y el 18.10%, 12 mujeres (10.34) con estatura entre 1.46 y 1.50 centímetros; 6 mujeres (5.17%) y con estatura entre 1.41 – 1.45 y 1.61 – 1.65; y por último 2 mujeres (1.76%) con estatura superior a 1.66cms.

En el caso de los hombres la mayoría de ellos tienen una estatura entre 1.71 a 1.75 centímetros con 10 personas (8.62%), seguido de 7 hombres (6.03%) con una estatura de 1.56 a 1.60 centímetros y 1.66 hasta 1.70 centímetros, y por último 4 hombres (3.44%) con una estatura superior al 1.76 centímetros.

Gráfica 3



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

En relación al Índice de Masa Corporal (IMC) se reportaron los siguientes datos:

El 39% de los encuestados (30) se ubican dentro del rango de IMC normal.

El 37% de los encuestados (28) se encuentran con sobrepeso.

El 24% de los encuestados(18) de refieren con obesidad en sus diversas etapas

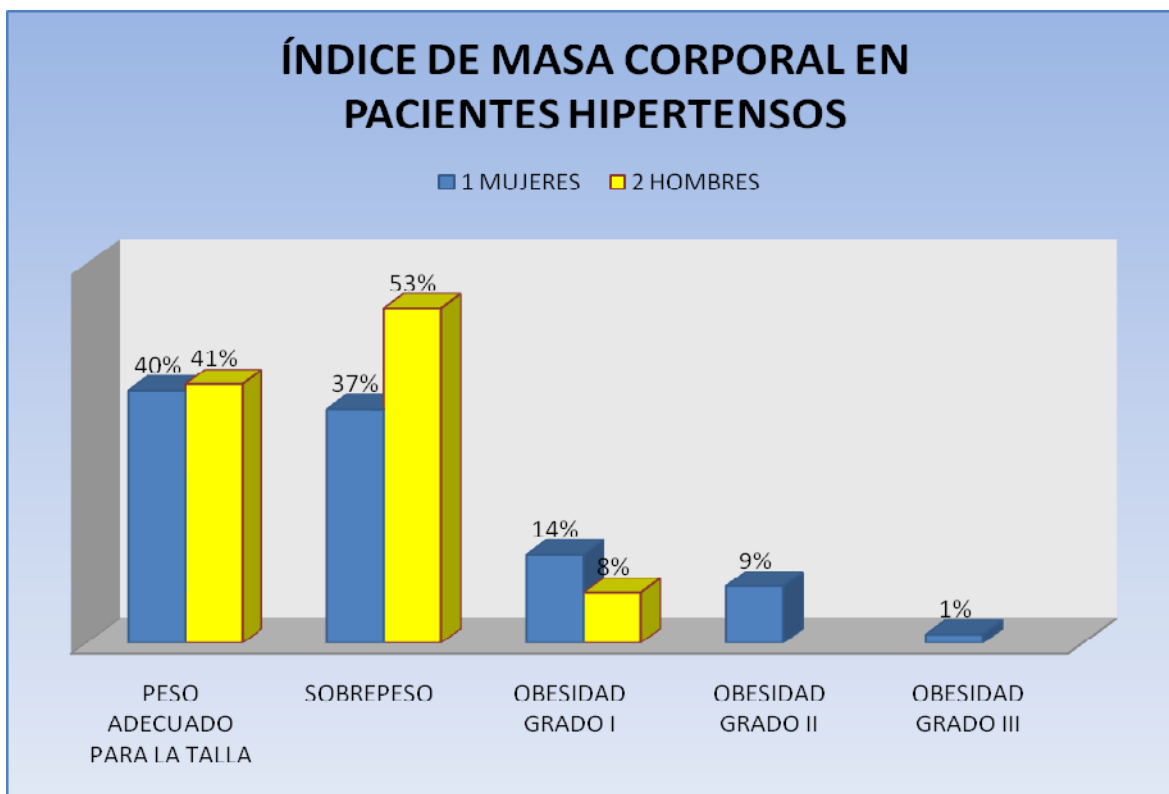
En relación a las mujeres el 11.20% (13) de ellas presentan un IMC de 25.0 a 25.9, siendo esta la mayor cantidad de personas dentro de todos los rangos.

En el caso de los hombres el 13.79% (16) de ellos presentan un IMC que corresponde a un peso normal, el 18.10% (21) se encuentra en sobrepeso, y solo el que equivale al 53%, y únicamente el 2.38% (3) presentaron obesidad

Gráfica 4



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

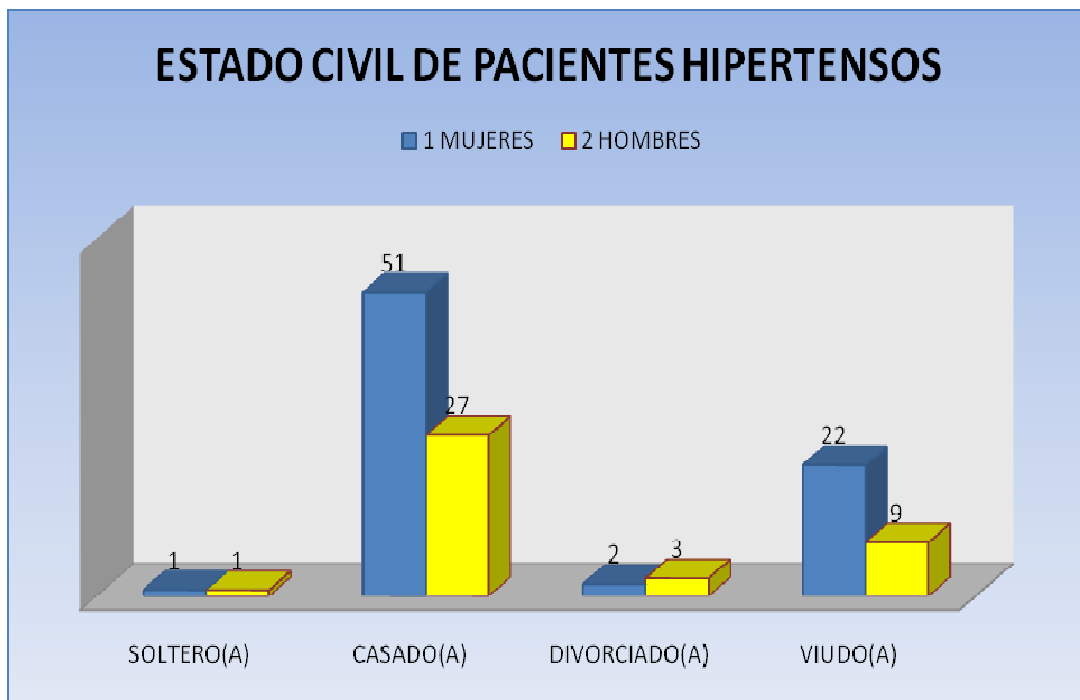
En el caso del estado civil, el 43.96% (51) de las mujeres están casadas, el 18.96% (22) son viudas, el 1.72% (2) son divorciadas y solo una persona (0.86%) era soltera.

Los hombres refieren el 67% (27) eran casados, el 23% (9) mencionaron estar viudos, el 8% (3) son divorciados y el 2% (1) es soltero.

Gráfica 5



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

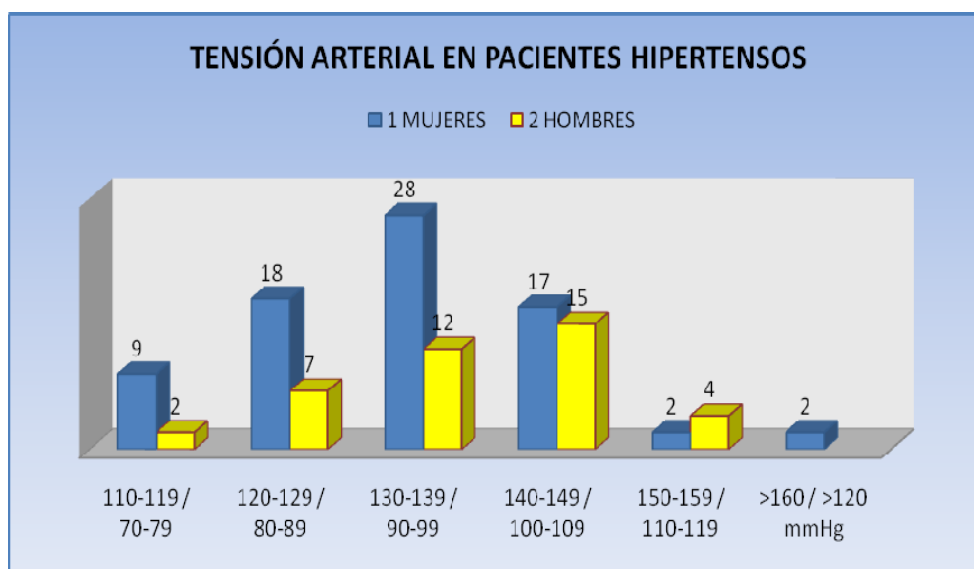
En relación a las cifras de tensión arterial reportadas en las mujeres que participaron en la investigación se encontraron los siguientes datos: el 38.84% (28) de las mujeres refieren una TA de 130-139/90-99; el 23.68% (18) refirieron una TA de 120-129/80-89 y el 7.75% (9) tiene una TA 110-119/70-79; Por lo que el 70.27% del total de mujeres , refieren cifras de tensión arterial dentro de parámetros normales, así mismo el 22.36% (17) del total de ellas refieren cifras de TA entre 140-149/100-109; y solo el 5.26% (4) refirieron cifras de TA entre 150-159/110-119 y >160/>120, , lo que representa un 18.10% (21) de mujeres con cifras de TA en descontrol.

En el caso de los hombres (40 en total), el 37.5% (15) se encontraron con una TA 140-149/100-109; el 10% (4) casos se refirieron con una TA de 150-159/110-119; reportándose un total del 47.5% de hombres con cifras de TA en descontrol. Los hombres que refieren cifras de TA dentro de límites normales representan el 52.5% (21) de los casos investigados

Gráfica 6



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

En relación a los resultados encontrados con la aplicación del instrumento FF-SIL se describen primero los datos completos en el cuadro No.1 y posteriormente los resultados desglosados por cada uno de los indicadores utilizados en el instrumento.

Cuadro No. 1

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACIÓN AL INSTRUMENTO FF-SIL													
		Casi Nunca		Pocas Veces		A Veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL	TOTAL
		MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.	3%		8%	15%	35%	45%	37%	25%	17%	15%	100%	100%
2	En mí casa predomina la armonía.	8%	2%	9%	23%	25%	20%	32%	40%	26%	15%	100%	100%
3	En mí casa cada uno cumple sus responsabilidades.	3%		13%	10%	24%	22%	22%	33%	38%	35%	100%	100%
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	1%		20%	15%	17%	12%	22%	30%	40%	43%	100%	100%
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.	1%		9%	20%	10%	10%	40%	22%	40%	48%	100%	100%
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	3%		11%	15%	20%	15%	21%	45%	45%	25%	100%	100%
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	4%	2%	14%	10%	21%	22%	33%	28%	28%	38%	100%	100%
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.	3%	2%	4%	12%	22%	28%	30%	15%	41%	43%	100%	100%
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	7%	7%	6%	7%	33%	15%	26%	33%	28%	38%	100%	100%
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.		3%	7%	15%	28%	12%	28%	30%	37%	40%	100%	100%
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.			12%	5%	12%	18%	27%	30%	49%	47%	100%	100%
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	4%		8%	5%	20%	18%	22%	32%	46%	45%	100%	100%
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	1%		7%	5%	17%	18%	26%	30%	49%	47%	100%	100%
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.			8%	7%	11%	7%	9%	10%	72%	76%	100%	100%

Fuente: Encuesta de Investigación

Los resultados específicos de la aplicación del Instrumento y de acuerdo a cada uno de los indicadores utilizados nos arrojan los siguientes resultados:

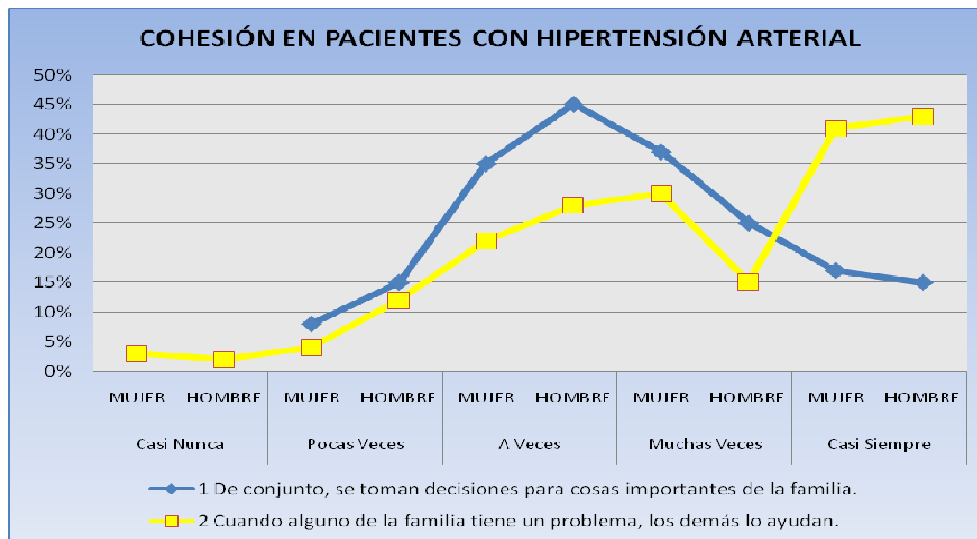
En relación a la **COHESIÓN (preguntas 1 y 8 del cuestionario)**; las mujeres contestaron en el 37% de las veces **muchas veces**, un 35% **a veces**, y 17% **casi siempre** el resto se distribuyó en las otras dos opciones, esto con respecto a la primera pregunta, con lo que respecta al segundo cuestionamiento este se distribuyó de la siguiente manera: **casi siempre** 41%, **muchas veces** 30%, **a veces** 22%, **pocas veces** 4%, **casi nunca** 3%.

Los hombres respondieron en la primera pregunta de cohesión; **casi siempre** el 45%, **muchas veces** el 15%; **casi siempre** y **pocas veces** 18% y únicamente el 4% respondió **casi nunca**. Para la segunda pregunta 43% respondió **casi siempre**, 28% **a veces**, 15% **muchas veces**, 12% **pocas veces** y 2% **casi nunca**.

Gráfica 7



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

Las mujeres respondieron que la **ARMONIA** (pregunta 2 y 13) dentro de su hogar se daba **muchas veces** en un 32%, **casi siempre** en un 26%, **a veces** en un 25%, **pocas veces** en un 9% y **casi nunca** en un 8%.

Para la segunda pregunta las respuestas fueron las siguientes: **casi siempre** 49%, **muchas veces** 26%, **a veces** 17%, **pocas veces** 7% y **casi nunca** en un solo 1%.

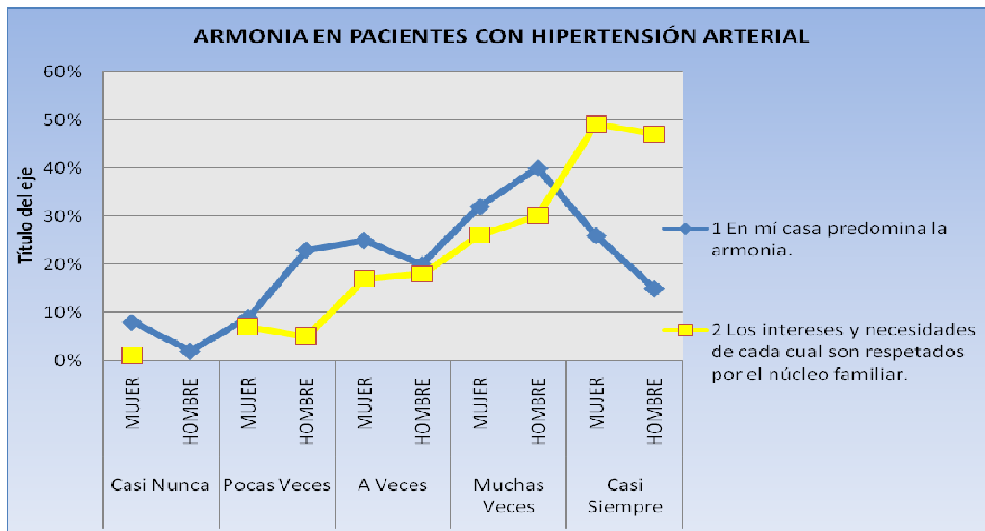
Los hombres mencionaron en lo que respecta a la primera pregunta de armonía que en un 40% se daba **muchas veces**, el 23% se da **pocas veces**, **a veces** 20%, **casi siempre** 15% y **casi nunca** en un 2%.

En relación a la segunda pregunta los hombres respondieron de la siguiente manera: **Casi siempre** 47%, **muchas veces** 30%, **a veces** 18%, **pocas veces** 5%.

Gráfica 8



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

En relación al indicador de la **COMUNICACIÓN**, (preguntas 5 y 11) las mujeres contestaron el primer cuestionamiento de la siguiente manera: **Casi siempre y muchas veces** con 40%, **a veces** 10%, **pocas veces** 9%, **casi nunca** 1%.

Para la segunda pregunta 49% respondió **casi siempre**, 27% **muchas veces**, y 12% correspondió a las opciones de **pocas veces** y **a veces**.

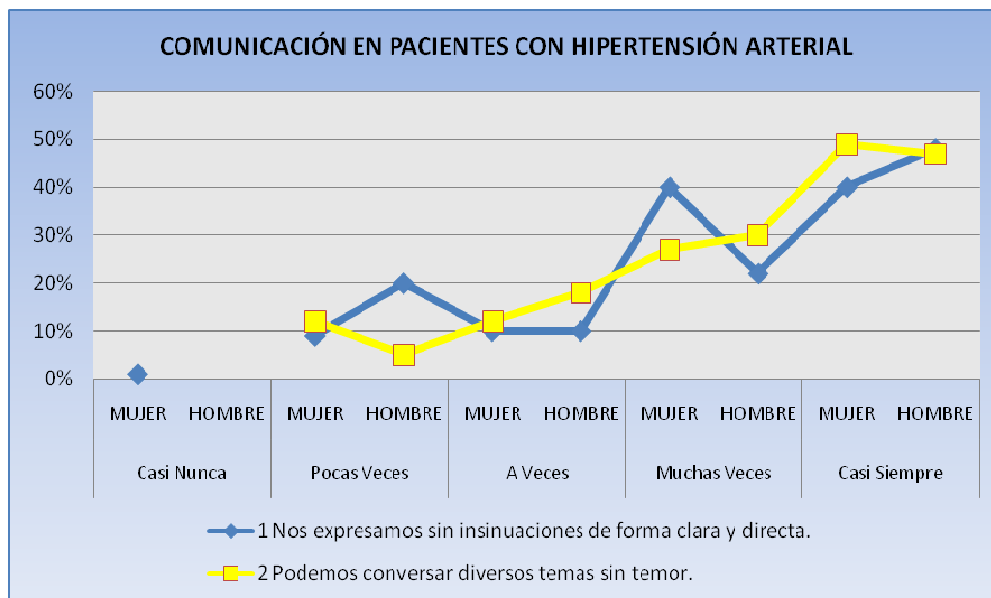
Para los hombres la primer pregunta arrojó los siguientes resultados: **casi siempre** 48%, **muchas veces** 22%, **pocas veces** 20%, **a veces** 10%.

A la segunda pregunta de comunicación los hombres contestaron de la siguiente manera: **casi siempre** 47%, **muchas veces** 30%, **a veces** 18%, y **pocas veces** con un 5%.

Gráfica 9



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

Para la **PERMEABILIDAD**, (preguntas 7 y 12) las mujeres respondieron a la primera pregunta con: **Muchas veces** 33%, **casi siempre** 28%, **a veces** 21%, **pocas veces** 14% y **casi nunca** 4%.

En relación al segundo cuestionamiento las mujeres contestaron: **casi siempre** 46%, **muchas veces** 22%, **a veces** 20%, **pocas veces** 8%, **casi nunca** 4%.

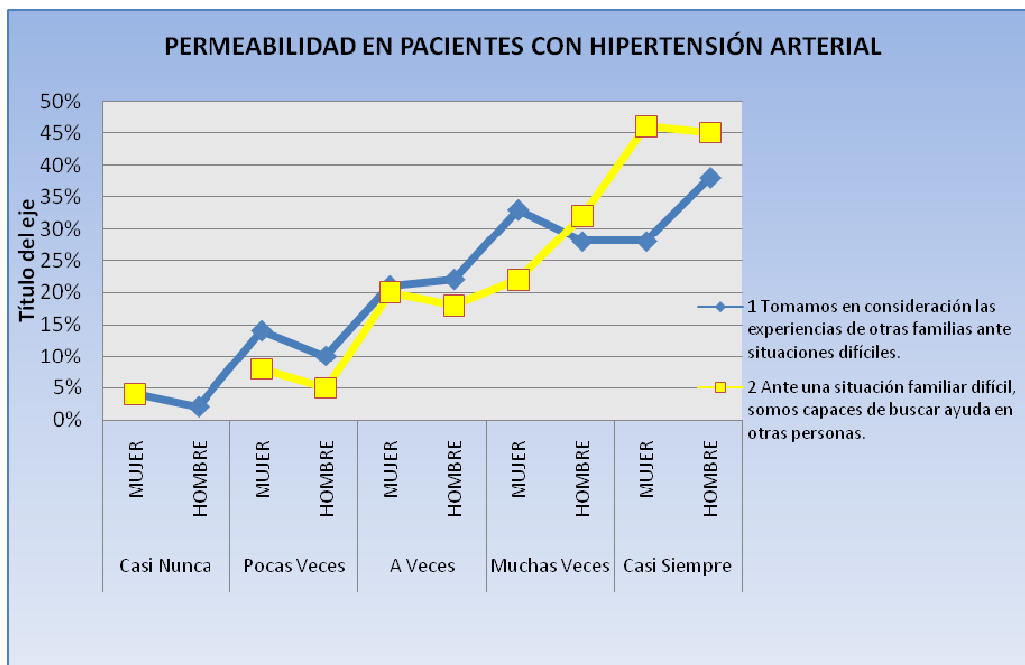
Los hombres respondieron a la primer pregunta sobre permeabilidad; **casi siempre** 38%, **muchas veces** 28%, **a veces** 22%, **pocas veces** 10%, **casi nunca** 2%.

La segunda pregunta fue contestada de la siguiente manera: **casi siempre** 45%, **muchas veces** 32%, **a veces** 18% y **pocas veces** en un 5%, esto se representa de la siguiente manera.

Gráfica 10



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

La **AFECTIVIDAD**, (preguntas 4 y 14) esta presente para las mujeres en la primera pregunta: **Casi siempre** con 40%, **muchas veces** 22%, **pocas veces** 20%, **a veces** 17%, **casi nunca** 1%.

Y en relación a la segunda pregunta se obtuvieron los siguientes resultados para las mujeres: **Casi siempre** 72%, **a veces** 11%, **muchas veces** 9%, **pocas veces** 8%.

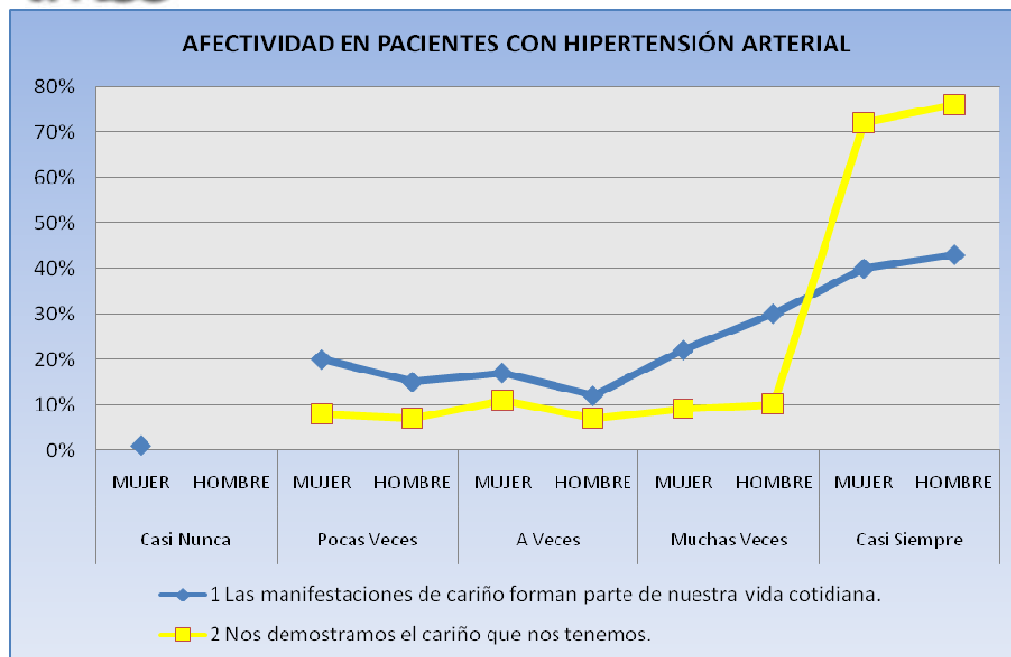
Los hombres en cuestión de afectividad respondieron de la siguiente manera: **casi siempre** 43%, **muchas veces** 30%, **pocas veces** 15%, **a veces** 12%.

Para el segundo cuestionamiento las respuestas fueron las siguientes: **casi siempre** 76%, **muchas veces** 10%, **pocas veces** y **a veces** 7%.

Grafica 11



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

La determinación de **ROLES** desempeñados en forma adecuada por los miembros de la familia, (pregunta 3 y 9) arrojó los siguientes resultados para las mujeres: **Casi siempre** 45%, **muchas veces** 21%, **a veces** 20%, **pocas veces** 11% y por último **casi nunca** con 3%.

Las respuestas que se obtuvieron con el segundo cuestionamiento fueron: **Casi siempre** 38%, **a veces** 24%, **muchas veces** 22%, **pocas veces** 13%, **casi nunca** 3%.

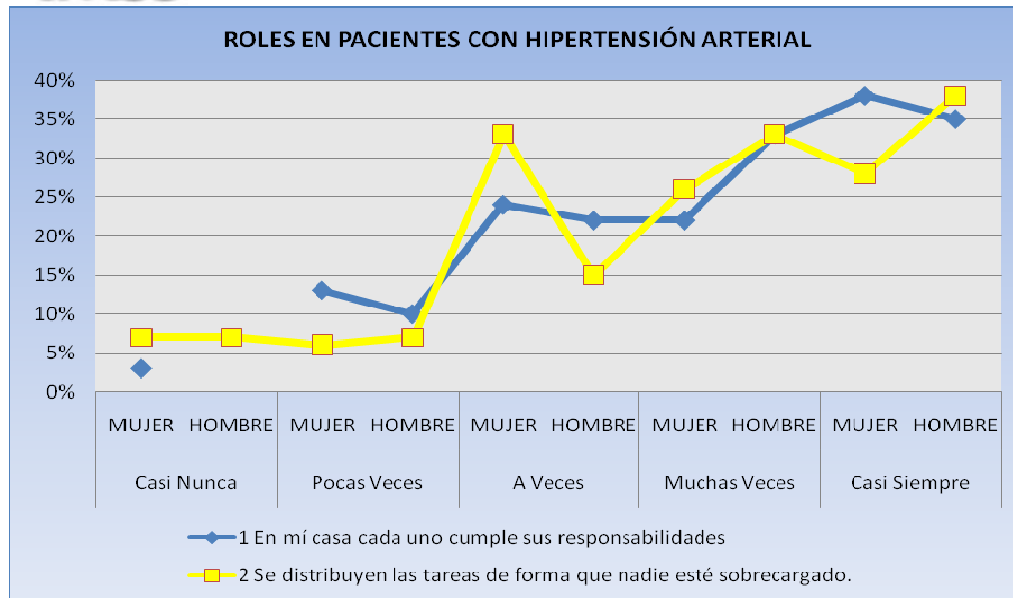
Los hombres respondieron de la siguiente manera con respecto a los roles familiares: **casi siempre** 35%, **muchas veces** 33%, **a veces** 22%, **pocas veces** 10%.

Para el segundo cuestionamiento las respuestas fueron las siguientes: **casi siempre** 38%, **muchas veces** 33%, **a veces** 15%, y **pocas veces** y **casi nunca** con 7%.

Gráfica 12



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

Con respecto a la **ADAPTABILIDAD**, (preguntas 6 y 10) las mujeres respondieron que esta existe: **Casi siempre** 45%, **muchas veces** 21%, **a veces** 20%, **pocas veces** 11%, **casi nunca** 3%.

Para el segundo cuestionamiento las respuestas que se obtuvieron fueron las siguientes: **Casi siempre** 37%, **muchas veces** 28%, **a veces** 28% y **pocas veces** 7%.

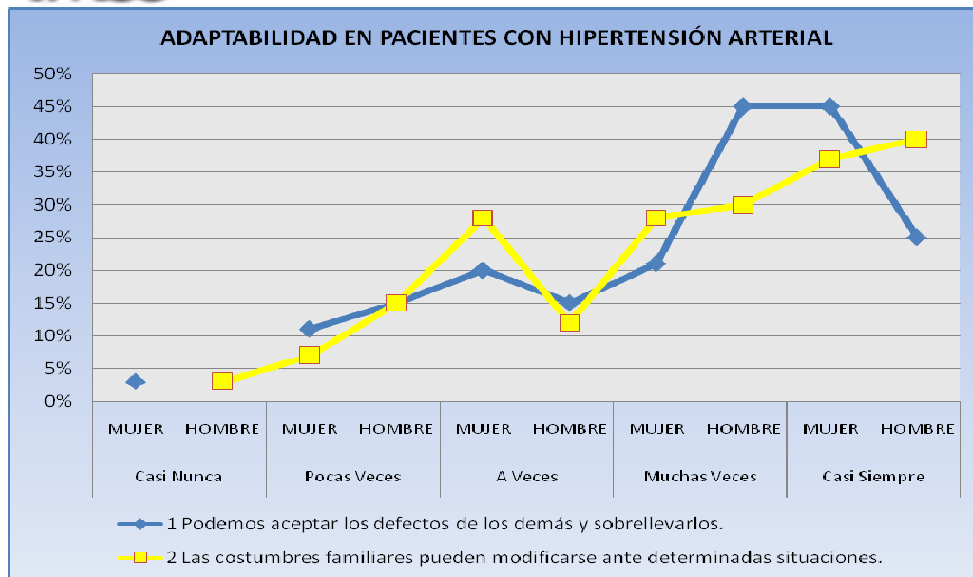
En los hombres el tema de la adaptabilidad esta se refiere de la siguiente manera: **Muchas veces** 45%, **casi siempre** 25%, **pocas veces** y **a veces** 15%.

Para la segunda pregunta las respuestas fueron las siguientes: **Casi siempre** 40%, **muchas veces** 30%, **pocas veces** 15%, **a veces** 12%.

Gráfica 13



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” DEL IMSS



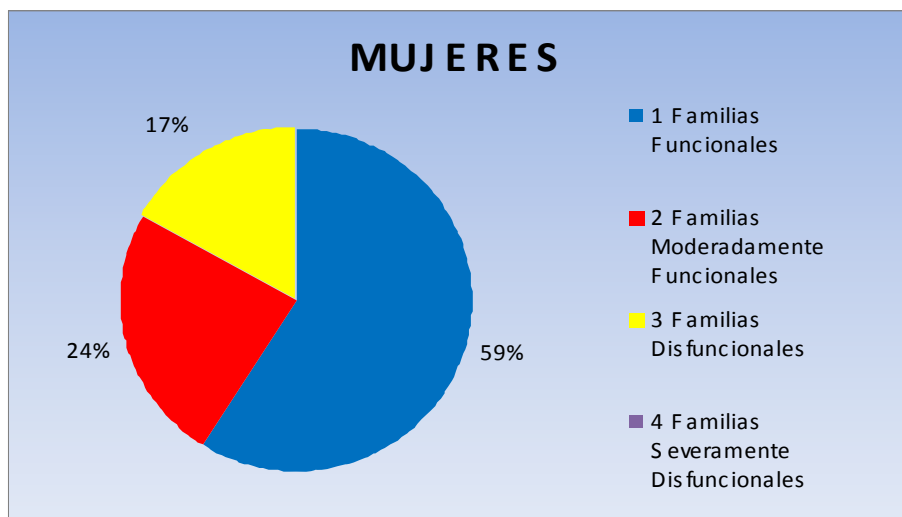
Fuente: Encuesta de Investigación

Finalmente la presentación de los resultados se puede resumir en los aspectos globales relacionados con la funcionalidad para las mujeres y para los hombres, posterior a la aplicación del instrumento utilizado encontrándose los siguientes resultados:

Grafica 14



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL IMSS



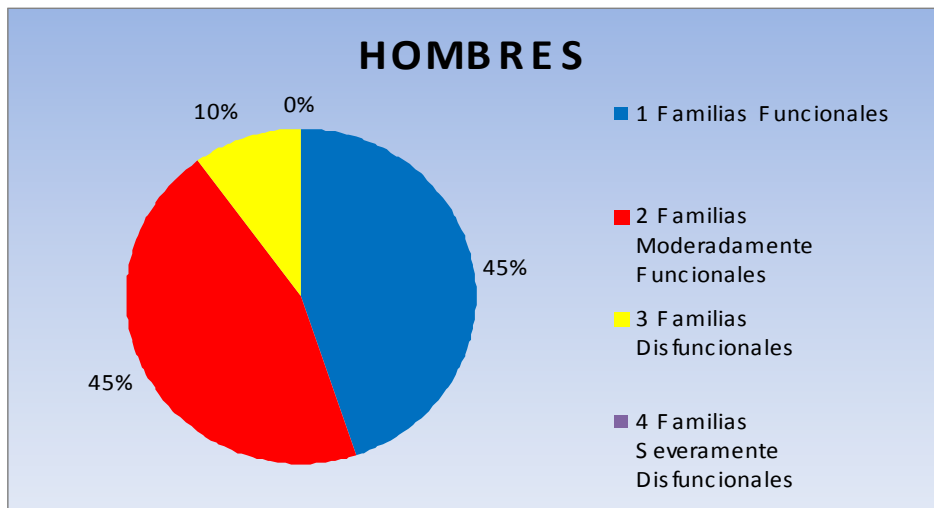
Fuente: Encuesta de Investigación

El 59 % de las familias, de acuerdo a la percepción de las mujeres, es reportado como funcional, el 24% se refieren como moderadamente funcionales, el 17% son disfuncionales y no se reportaron familias severamente disfuncionales.

Gráfica 15



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN EN EL CONTROL ADECUADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NUM.8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" DEL IMSS



Fuente: Encuesta de Investigación

En relación a los resultados de la aplicación del FF-SIL los hombres refieren a sus familias como funcionales en el 45%, moderadamente funcionales en el 45%, disfuncionales el 10% y no se encontraron familias severamente disfuncionales..

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se realizó por la inquietud de valorar la importancia que tiene la familia y su funcionamiento en el control de la presión arterial del paciente hipertenso.

El instrumento utilizado en esta investigación fue el FF-SIL, que como mencionamos anteriormente, fue creado y avalado en la isla de Cuba, este instrumento fue aplicado a 116 personas del Hospital General de Zona con UMF. Num.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” de la consulta externa de medicina familiar turno vespertino, de las cuales 76 fueron del sexo femenino y 40 del sexo masculino.

Las **edades** de los participantes en el estudio abarcaron un rango de los 30 años hasta una mujer de 90 años. La mayoría de las personas encuestadas se encontró entre los 58 y 80 años, representando el 75% de la población femenil y el 68% de los hombres dentro de este rango de edad, el resto de los encuestados se localizaron en los dos extremos de las edades; lo anterior correspondió con las cifras que se presentan a nivel nacional en donde la mayoría de pacientes hipertensos se encuentra entre los 50 y 80 años, siendo esto esperado para esta patología.

Con respecto al **peso** de los encuestados la mayoría de ellas presentaron un peso corporal entre 56 y 80 kilogramos, estando en este rango el 79% de las mujeres y el 75% para los hombres.

Para la **talla**, las mujeres se encontraron en el rango entre el 1.41cm a 1.70 cm, con dos personas que superaron el 1.66cms; y para los hombres la estatura que presentaron abarcaron desde el 1.51cm hasta el 1.80cm, con lo cual lo previamente descrito, tanto en peso como talla, corresponde a la distribución modal que se encuentra a nivel nacional para estas dos mediciones.

El **Índice de Masa Corporal (IMC)** nos describe de forma muy precisa cuándo un paciente se encuentra con adecuado peso para su talla; encontrando que el 40% de las mujeres presentaron un peso normal para su talla, 38% tuvieron sobrepeso y 22% obesidad. Para los hombres la proporción del IMC fue similar correspondiendo 40% con peso normal, 53% con sobrepeso y el 7% con obesidad.

En la pregunta sobre el **Estado Civil** las personas en su mayoría respondieron estar casadas en un 67% tanto mujeres como hombres, viudo(a) 29% mujeres y 22% hombres; divorciado(a) 3% mujeres, 8% hombres; soltero(a) 1% mujeres y 3% hombres.

Cabe mencionar que dos terceras partes de la población de encuestados que acudió a consulta de Hipertensión Arterial (HAS) en su mayoría es **casado**, el resto se distribuyó entre las personas viudas y muy pocos contestaron ser divorciados y solteros.

Para el caso de la **Tensión Arterial** se consideraron dos grandes parámetros para el **control** y **descontrol** de la presión arterial, esto con base al séptimo reporte del (JNC VII), para lo cual se tomaron en consideración a pacientes en control con una tensión arterial menor a 140/90 mmHg y cuando resultaron mayores a esta medición se consideró descontrolado.

En nuestros resultados encontramos que las mujeres, 72% de pacientes, estaban controladas en comparación con los hombres que refieren un 52% de controlados; el 28% de las mujeres tuvo una TA mayor a 140-90 mm Hg y 48% de los hombres presentó descontrol hipertensivo. Únicamente el 3% de las mujeres tuvo un descontrol hipertensivo que representó un estadio 2 de la séptima clasificación de la JNC, que correspondería a un Tensión Arterial con riesgo para la vida.

Las respuestas que los pacientes tuvieron para el instrumento FF-SIL dentro de sus familias correspondieron en su mayoría a las opción **familias funcionales**; debido a que en la mayoría de los ítems tuvieron como respuesta **casi siempre**, en especial en lo que corresponde desde la pregunta 3 hasta la número 14, que se evalúan con cinco puntos, posteriormente la segunda medición se relacionó a la opción **casi siempre** que ofrece cuatro puntos dentro del FF-SIL, continuando con **a veces** que equivale a tres puntos y las dos últimas escalas estuvieron representadas por **pocas veces** con dos puntos y **casi nunca** con un solo punto.

Algunas de las preguntas tuvieron como mayor número de respuestas; **muchas veces**, en especial en el caso de las mujeres en los temas relacionados con la **cohesión**.

En cambio los hombres en un 45% respondió que **a veces** tenían cohesión dentro de sus familias, esto correspondió a **familias disfuncionales** o **moderadamente funcionales**.

La **armonía** es otro de los temas en el cual las mujeres consideraron que **muchas veces** se presenta dentro del seno familiar con un 32% y para los hombres en un 40%, es importante recalcar que el 23% de la población masculina contestara que **pocas veces** tenían **armonía** dentro de sus familias, ya que esto nos brinda un dato importante de por qué existen menos hombres controlados en comparación con las mujeres.

En lo que corresponde a las preguntas 3 y 4, que están relacionadas con los temas sobre **roles** y **afectividad**, en su mayoría tanto mujeres como hombres contestaron **casi siempre**, seguido de **muchas veces**; el patrón de respuestas se mantuvo en la mayoría de las preguntas alcanzando casi el 70% de la población encuestada, lo cual correspondería a familias funcionales o moderadamente funcionales, ya que con esto se logró abarcar una puntuación que va desde los 70 hasta los 43 puntos, lo que equivaldría a tener familias funcionales.

Para la pregunta 5 que corresponde a **comunicación**, se conserva el mismo patrón de respuestas, ya que 80% de las mujeres contestó **casi siempre** o **muchas veces** y por su parte 70% de los hombres tuvo cualquiera de estas dos respuestas. El resto se dividió en las otras tres opciones.

La pregunta seis que trata el tema de **adaptabilidad**, presentó un patrón de respuestas con algunos cambios en especial para los hombres ya que 45% de ellos mencionó que **muchas veces** tenían adaptabilidad en sus hogares, 25% **casi siempre**, y con 15% se mantuvieron las opciones de **pocas veces y a veces**.

Las mujeres contestaron **casi siempre** en un 45%; la opción de adaptabilidad cambió ligeramente con respecto a mujeres y hombres, esta es una de las variantes que se presentó con respecto al FF-SIL, en relación con los otros Ítems.

En la pregunta número siete con respecto al tema de **permeabilidad** las mujeres tuvieron una relación más uniforme con respecto a sus respuestas. Un 33% para la opción de **muchas veces**, 28% para **casi siempre**, 21% para **a veces** y el resto para las otras dos opciones. Los hombres presentaron una relación uniforme con respecto al cuestionamiento sobre permeabilidad, ya que 38% respondió **casi siempre**, 28% **muchas veces**, 22% **a veces**, el 12% restante se localizó en las otras dos opciones.

La segunda parte del cuestionario en su mayoría tanto hombres como mujeres contestaron **casi siempre** con una relación que va desde el 38 hasta 76% para las mujeres, y con respecto a los hombres presentaron una correspondencia de 37 hasta 72%.

La distribución de las demás respuestas fue en orden descendente ya que la opción **muchas veces** se ubicó en segundo lugar con una relación que se presentó entre 42 y 30%, en tercer lugar que correspondió a la opción **a veces** las personas respondieron entre un 20 y 15% de respuestas, para la penúltima opción **pocas veces** las respuestas oscilaron entre un 5 y 12%, y para la última opción las respuestas de los pacientes se presentaron en un orden que va desde el 0 hasta el 7%.

La relación que se obtuvo en este estudio presentó a familias altamente funcionales en relación con: comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad, para los temas de cohesión, armonía y roles en su mayoría fueron moderadamente funcionales, ya que las respuestas que proporcionaron los pacientes correspondieron a la opción **muchas veces** y en algunas ocasiones **a veces**.

Con lo anterior encontramos como resultados que 15% de los pacientes presentaron familias disfuncionales y únicamente entre el 4 y 7% de las familias fueron altamente disfuncionales.

Para la determinación de las cuatro escalas del FF-SIL, las familias se refirieron como: fueron en su mayoría

Familias funcionales con 70 a 57 puntos

Familias moderadamente funcionales con 56 a 43 puntos

Familias disfuncionales con 42 y 28 puntos

Familias severamente disfuncionales con menos de 27 puntos según el FF-SIL.

Como mencionamos anteriormente, el 72% de las mujeres encuestadas presentó adecuada presión arterial en comparación con el 28% que presentó descontrol, para el caso de los hombres únicamente el 52% tuvo control adecuado de su presión arterial contra un 48% que presentó descontrol de su presión arterial.

Finalmente hay que hacer mención de la diferencia objetiva que se refiere entre las respuestas de las mujeres con respecto a los hombres y que se manifiesta en los resultados obtenidos en nuestro estudio, lo cual pudiera representar cierto sesgo a la investigación, el cual no consideramos relevante debido a las características del instrumento utilizado.

11. CONCLUSIONES

De la presente investigación podemos concluir algunos puntos que consideramos adecuados puedan revisarse posteriormente para su análisis y seguimiento, así como por ser los más relevantes de acuerdo a los resultados encontrados:

1. El uso de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar, es una herramienta que debe ser utilizada con mayor frecuencia por los médicos de familia para su estudio integral de las mismas, el cual no debe solo circunscribirse a los mayormente utilizados (APGAR y FACES III) sino que ampliar más la gama de estos en la práctica diaria del médico de familia.
2. En la presente investigación el uso del FF-SIL, nos permitió explorar otros indicadores del funcionamiento familiar que nos dieron la oportunidad de conocer su pertinencia y factibilidad en la exploración de la funcionalidad familiar, además de conocer sus alcances y limitaciones en el uso de dicho instrumento.
3. En relación a los resultados obtenidos en la investigación, el uso del instrumento nos permitió determinar la relación existente entre el control de la presión arterial y la funcionalidad familiar por medio del cruces de la información recabada, lo cual nos dios oportunidad de concluir algunos puntos relevantes.

El 72% del total de mujeres encuestadas presentaban presión arterial controlada, el 100% de este grupo se ubicó entre los grupos de las **familias funcionales** o **familias moderadamente funcionales**.

Así mismo se obtuvo un 11% de pacientes femeninas que no tuvieron control en su presión arterial, pero que se ubicaron en el rango de **familias moderadamente funcionales**. Y el 17% de mujeres encuestadas se encontraron en las **familias disfuncionales**, así mismo presentaron valores de presión arterial elevados y que incluso cuatro de ellas tuvieron valores superiores a una TA 150/110.

En el caso de los hombres los resultados fueron similares, ya que del 100% de los pacientes que se encontraron con cifras arteriales controladas, se ubicaron en el rango de las **familias funcionales** y **familias moderadamente funcionales**, esto equivale a un 52% del total de hombres encuestados.

El 38% de los encuestados presentaban descontrol de la presión arterial los cuales a su vez tenían **familias moderadamente funcionales**, y el 10% del total de hombres presentó una tensión arterial por arriba de 140/90 y que contaban con **familias disfuncionales**.

Así mismo los pacientes que se encontraban controlados en sus cifras de presión arterial, también tenían familias de tipo **funcional**, en cambio existían pacientes tanto del sexo masculino y femenino que no tenían control de sus cifras arteriales y que tenían **familias moderadamente funcionales** o de tipo **disfuncional**.

Se obtuvieron algunos resultados de encuestados en los cuales las personas en relación con sus cifras de presión arterial y la funcionalidad familiar no coincidieron, ya que presentaban elevación de presión arterial y se ubicaban en el grupo de **familias moderadamente funcionales**, pero esto únicamente abarcó al 11% de mujeres y 38% de hombres.

4. Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permiten hacer conclusiones tales como el hecho de saber que a través del instrumento denominado FF-SIL se pudo contestar afirmativamente al *planteamiento del problema*, ya que la funcionalidad familiar influye de manera importante en el control de la presión arterial en los pacientes hipertensos.
5. Por lo tanto, podemos considerar que el objetivo que nos propusimos en un inicio con este estudio se alcanzó satisfactoriamente, tanto en lo general como en lo específico, dándonos datos importantes para el control familiar de la hipertensión arterial.
6. Creemos firmemente que de los datos obtenidos en el presente estudio se pueden desprender otras líneas de investigación para poder darle una mayor validez y confiabilidad al instrumento utilizado, para que posteriormente tenga una mayor difusión su uso.
7. También creemos que nuestros resultados están a la disposición de todos aquellos que quieran continuar con el estudio objetivo de los indicadores del instrumento, para poder darle un enfoque mayor y complementar la presente investigación.
8. Finalmente mencionaremos que la diferencia en las respuestas, tanto de las mujeres como de los hombres, nos da un panorama general de cómo cada quien de acuerdo al rol que desempeña en la casa, es el cómo percibe su funcionalidad, y que esta está influenciada predominantemente por quien pasa más tiempo en el hogar, y que repercute en un mejor control de los problemas de salud del núcleo familiar, y en este caso en nuestro estudio consideramos que no representa un sesgo importante por ser las respuestas apegadas al cuestionario aplicado.

Para finalizar este apartado mencionaremos que los aciertos de este estudio son ajenos y los errores son propios de los investigadores.

12. ANEXOS

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1. Edad _____
2. Sexo _____
3. Peso _____ Talla _____
4. IMC = $\text{Peso}/\text{Talla}^2 =$ _____
5. Estado Civil _____

ESCALA DE EVALUACIÓN FF-SIL

		Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mí casa predomina la armonía.					
3	En mí casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUM. 8
"GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siendo las, _____ horas del día, _____ del mes de, _____ del año, _____, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO**, para participar en el proyecto de investigación sobre “Funcionalidad Familiar y su relación con el control adecuado de la Hipertensión Arterial”.

Que se llevará acabo en el Hospital General de Zona Num. 8 “Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS, a partir del mes de, _____ al mes de, _____ del año, _____.

Se me explica que tiene por objetivo este estudio determinar la Funcionalidad Familiar en el paciente hipertenso.

El procedimiento en el que intervendré, consta de dar respuesta a una cédula de recolección de datos y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas que se me realizan. Así mismo se me informa que se me puede retirar del proyecto en el momento que lo decida, lo cual no generará sanción o pérdida de los beneficios. Se me garantiza privacidad y confidencialidad de los resultados que se obtengan y no se me afectará moral o físicamente.

Acepto contestar el cuestionario

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AGOSTO 2008							
3	4	5	6	7	1	2	
10	11	12	13	14	8	9	
					15	16	

17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
30						

SEPTIEMBRE 2008						
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

OCTUBRE 2008						
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVIEMBRE 2008						
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DICIEMBRE 2008						
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ENERO 2009						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO 2009

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

MARZO 2009

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

AGOSTO 2009

						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTIEMBRE 2009

		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			







OCTUBRE 2009

				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

NOVIEMBRE 2009						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

DICIEMBRE 2009						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ENERO 2010						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

- | | |
|---|--|
|  Elaboración del protocolo |  Recolección de datos |
|  Colección de información |  Análisis de datos |
|  Formulación del reporte |  Interpretación de resultados |
|  Redacción del artículo |  Registro de protocolo |

15. BIBLIOGRAFÍA

1. San Martín Hernán. *Tratado General de la Salud Humana*. México D.F: Ediciones científicas la prensa médica mexicana S.A. de C.V; 1992.
2. Revista Mexicana de Aterosclerosis, abril-junio de 1999. Lineamientos para el tratamiento de la hipertensión 12-25.

3. Cruz CM. Panorama de la Hipertensión Arterial en México. Revista Archivos de Cardiología de México, 2001, enero-marzo, Vol. 71, No.1. S192-S197.
4. Huerta RB. Revista Archivos de Cardiología de México, 2001, enero-marzo, Vol.71, No. 1. S208-S210.
5. Shapiro L. La Hipertensión. En: Shapiro L, Buchalter M. La Hipertensión 1ª, Ed. Española edit. Mosby Year Book Wolfe Publishing 1992: 9-21.
6. Velásquez O, Rosas M, Lara A, Pastelón G. Grupo ENSA 2000 y cols. Hipertensión arterial en México: resultados de la encuesta nacional de salud 2000. Archivos de Cardiología México 2002; 72: 51-84.
7. Chobanian V, Bakris GL, Black HR, y cols. Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión. JAMA 2003: 2560-2572.
8. Gómez HM, Hernández PJ. La Caminata: ¿Importante en el tratamiento de pacientes hipertensos? Revista Enfermería del IMSS, 2001, Vol. 9, No.1.9-13.
9. Suárez C, Ruilope L. Hipertensión arterial esencial En: Rodés J, Guardia J, Trillas A y cols. Medicina Interna 1ª. Ed. España Edit. Masson 1998: 2326-2335.
10. Norman MK, Lieberman E. Clinical Hypertension 7th ed. Dallas, Texas William & Wilkins; 1998.
11. Chávez-Domínguez R, Vega-Estenes P, Larios-Saldaña A. La Hipertensión arterial y otros factores de riesgo en la atención del primer nivel. Archivos Inst. Cardiología México 1993; 63: 425-434.
12. Huerta JL. Elementos de estudio de la familia en el proceso salud-enfermedad 1ª ed. México: Intersistemas. 1999: 21-54.
13. Eguiluz R. Luz de Lourdes, Robles Mendoza Alba, Rosales Pérez José Carlos. Dinámica de la Familia, un enfoque psicológico sistémico. 1ª edición, edit. Pax México.
14. Membrillo Luna Apolinar, Fernández Ortega Miguel Ángel, Quiroz Pérez José Rubén, Rodríguez López José Luis. Familia (Introducción al estudio de sus elementos). 1ª ed. México, Editores de Textos Mexicanos, 2008:
15. Lauro B.I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev. Cubana Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública.2005; 31(4).

16. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam. 1999; 1 (2): 45-57.
17. Gómez C. F.J., et al. *FACES III: alcances y limitaciones*. Arch. De Med Fam. UNAM. 1999
18. Real Diccionario de la lengua Española, http://www.buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta? TIP_BUS=0
19. Membrillo Luna A, y Cols. "Medicina Familiar", capítulo 10, *Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar*, edit. Corporativo Intermédica. México, 2008; 10, 227-283. 1ª edición.
20. Palomar-Lever J. *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis para obtener grado de doctor en psicología. UNAM, México 1998; 11-40.
21. David HO, Douglas HS, Candyce SR. *Circunplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications*. Family Process, 1979, 18 (1): 3-25.
22. Framo J. *The integration of marital therapy with sessions with family or origin*. Hand book of family therapy. Brunner Mazel. New York: 1981; 133-143.