



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ/MF No. 9 CIUDAD GUZMAN, JALISCO**

**PERCEPCION DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
HIPERTENSOS DEL CONSULTORIO 4 DEL HOSPITAL GENERAL DE
SUBZONA # 15 DEL IMSS DE TAMAZULA DE GORDIANO, DE MAYO DEL
2011 A JULIO DEL 2012**

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

PRESENTA:

Reyna Fátima Juárez Magaña

CD. GUZMÁN, JALISCO

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEORICO	4
2.1.1 Definición de Hipertensión Arterial.	4
2.1.2 Epidemiología	4
2.1.3 Factores de riesgo.	5
2.1.4 Manifestaciones clínicas.	6
2.1.5 Diagnóstico	6
2.1.6 Tratamiento.	10
2.2.1 Funcionalidad Familiar.	14
2.2.2 Definición de Funcionalidad Familiar.	14
2.2.3 Importancia e Funcionalidad Familiar.	14
2.2.4 Métodos Diagnósticos.	15
2.3.1 APGAR familiar.	15
3. JUSTIFICACIÓN.	18
3.1 Magnitud.	18
3.2 Trascendencia.	18
3.3 Morbilidad.	19
3.4 Vulnerabilidad.	20
3.5 Tratamiento efectivo y control funcional.	20
3.6 Planteamiento del problema.	21
3.7 Pregunta de investigación.	22
4. OBJETIVOS.	22
4.1 Objetivo General.	22
4.2 Objetivo Especifico.	22
5. MATERIAL Y METODOS.	23
5.1 Diseño.	23
5.2 Universo.	23
5.3 Muestra.	23

5.4 Formula de Aplicación.	23
5.5 Análisis estadístico.	23
5.6 Criterio de selección.	23
5.7 Variables.	24
5.8 Aspectos éticos	27
5.9 Recursos.	27
6. CRONOGRAMA.	28
7. RESULTADOS.	29
8. DISCUSIÓN.	46
9. CONCLUSIÓN.	47
10. SUERENCIA.	48
11. BIBLIOGRAFÍA.	49
12. ANEXOS.	54

INTRODUCCIÓN.

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (30,29).

La enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. La hipertensión arterial esencial (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25%¹ y en la población rural varía de 13% al 21%.²⁻⁴

El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida; el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada sin estarlo en realidad.

De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego (40).

La enfermedad que tiende a la cronicidad que incluso se convierte en terminal favorece que el paciente sea etiquetado, lo que afectará el tipo de relación interpersonal con los demás miembros de la familia y con su medio en general. Dicha relación puede evolucionar hasta llegar a situaciones de estrés crónico que lentamente pueden ocasionar el deterioro familiar, pues durante el proceso de enfermedad la familia sufre de igual manera que el paciente, por lo que indiscutiblemente es necesario no perder de vista a la familia como red de apoyo y en el proceso de recuperación, y esto, sin duda, a partir del trabajo multidisciplinario en el campo de la salud. De aquí la importancia de evaluar el funcionamiento familiar, lo que permitirá conocer los recursos y limitaciones que tiene el propio sistema familiar, y en ello se incluye la capacidad para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y el manejo de las dificultades, la unión y el apoyo.

MARCO TEÓRICO:

Hipertensión arterial:

A) Definición:

Es definida como una elevación persistente de la presión arterial (PA) por encima de los límites considerados como “normales”, siendo en adultos precisada como la presencia de unas cifras de (PA) sistólica (PAS) igual o superior a 140 mmHg o de PA diastólica (PAD) iguales o superiores a 90 mmHg. O una PAS mayor a 130 mmHg. Y una PAD mayor a 90 mmHg. (1, 2, 3, 4,5) En pacientes diabéticos o con insuficiencia renal crónica (2). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. El diagnóstico se establece después de un promedio de dos o más tomas en diferente ocasión separada de varias semanas. (6, 7)

B) Epidemiología:

La hipertensión arterial puede considerarse cosmopolita, se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo. Se estima que mundialmente 691 millones de personas padecen esta enfermedad. En la mayoría de los países la prevalencia se encuentra entre un 15% y el 30%. La frecuencia de hipertensión arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de hipertensión arterial (1).

En México se puede establecer a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en el año 2006 una prevalencia global de hipertensión arterial en la población de 20 años o más de 30.8% (8), pero más de la mitad lo ignora (9).

Hipertensión es más frecuente en los adultos de raza negra (32%) y en los de raza blanca (23%) o mexicanos americanos (23%), y la morbilidad y la mortalidad son mayores entre los de raza negra (6).

En la epidemiología es fundamental conocer el grado de desarrollo de un país el cual se define, entre otras cosas, por su perfil de salud. Los países en vía de desarrollo como México, se encuentran en una etapa de transición epidemiológica derivada de cambios demográficos. En México, las variaciones demográficas han sido importantes, de tal suerte que en el periodo de 1950 a 1990 hubo un intenso crecimiento demográfico, con un incremento de 25 a casi 100 millones de habitantes. Esto resultó básicamente de una reducción en la tasa de mortalidad infantil, de 132 a 38 y de un incremento en la esperanza de vida al nacer, de 50 a

69 años. Estas modificaciones, aunadas a los cambios en el estilo de vida y al establecimiento prioritario de programas para la prevención y control de las enfermedades infectocontagiosas, conforman el perfil de salud de los países que comparten tales características con una preponderancia cada vez mayor de las enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedad cerebro-vascular, accidentes, etc. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en América Central y México, el incremento relativo en la mortalidad secundaria a este grupo de enfermedades fue de casi 56% de 1970 a 1980, a diferencia de lo sucedido en los otros dos países de Norteamérica en los cuales el incremento fue de sólo 0.4% (10, 11).

C) Factores de riesgo:

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen Biológico, Físico, Químico, Psicológico, Social, Cultural, etc. Que influyen más frecuentemente en los futuros candidatos a padecer una enfermedad. La observación en los resultados de los estudios epidemiológicos permitió la identificación de los factores de riesgo. La posibilidad de que una persona desarrolle presión alta se le conoce como factor de riesgo y el conocimiento de éste o estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial. Existen factores de riesgos modificables y no modificables.

- Factores modificables:

-Modificar el estilo de vida:

- a) control de peso: En caso de obesidad, favorecer una educación para disminuir el consumo de sodio a menos de 10 mmol/día (6g de NaCl). Practicar ejercicio en forma regular, de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos al día la mayor parte de la semana. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal se reducirá en una disminución de la presión arterial de 1.6 a 1.3 mmHg.
- b) Alcohol: puede producir elevación aguda de la presión arterial por una mediación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede ser persistente.
- c) Actividad física: el efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad de la insulina. El hacer ejercicio aumenta las proteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL), relaja los vasos sanguíneos.

- d) Ingesta de sodio: Al reducir la ingesta de sodio disminuye la presión arterial por la reducción de catecolaminas circulantes.
- e) Ingesta de potasio: El mecanismo antihipertensivo incluye un aumento de la natriuresis así como un efecto vasodilatador, al aumentar la actividad de la bomba Na⁺/K⁺- ATPasa. Los suplementos de potasio se dan en pacientes con hipocalcemia secundaria a tratamiento con diuréticos.
- f) Uso de tabaco: El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina.
- g) Consumo de cafeína en forma de café, té o refresco de cola, puede provocar elevaciones agudas de presión arterial.
- h) Cambio de la dieta: disminuir grasas sobresaturadas para reducir los niveles de colesterol (grasas de origen animal)

- Factores de riesgo no modificables:

- Historia familiar
- Sexo: el ser hombre aumento el riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial.
- Edad: entre los 35 y 40 años de edad.
- Raza: la raza negra es la de mayor incidencia. Actualmente por los cambios de estilo de vida y modificaciones en el ambiente está aumentando en las demás etnias (12)

D) MANIFESTACIONES CLINICAS:

La hipertensión esencial es asintomática (6,13), de ahí que algunos la denominen el “enemigo silencioso”.

Podríamos dividir los síntomas con que se presenta un hipertenso en tres grupos:

- 1) Los de la hipertensión arterial en sí misma.
- 2) Los de la enfermedad vascular hipertensiva.
- 3) Los de la enfermedad de base en el caso de la hipertensión secundaria.

En el primer grupo de síntomas se encuentra la cefalea, comúnmente localizada en región occipital, se presenta al despertar el paciente en la mañana y desaparece espontáneamente unas horas después. Otros síntomas presentes son: palpitaciones, tinnitus, fatiga fácil e impotencia sexual.

Síntomas relacionados con la enfermedad vascular hipertensiva serían: epistaxis, hematuria, visión borrosa, episodios de debilidad muscular en miembros o vértigos debidos a isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea debido a la insuficiencia cardiaca. Los síntomas de la enfermedad de base en el caso de las causas secundarias serían: poliuria, polidipsia y debilidad muscular debidos a hipopotasemia en pacientes con aldosteronismo primario o aumento de peso, labilidad emocional y facies características en el síndrome de Cushing. Cefalea episódica, palpitaciones, diaforesis y vértigos posturales en el feocromocitoma (1).

Un cuarto ruido cardiaco y una onda "P" mellada amplia en el electrocardiograma están entre los primeros signos de cardiopatía hipertensiva. La evidencia ecocardiográfica de hipertrofia ventricular izquierda puede aparecer más tarde. La disección aórtica o el aneurisma con fugas de este vaso pueden ser el primer signo de hipertensión o pueden complicar una hipertensión no tratada. La poliuria, nicturia, disminución de la capacidad renal de concentración, proteinuria, microhematuria, cilindruria y retención de nitrógeno son manifestaciones tardías de nefroesclerosis arteriolar. Los cambios retinianos pueden consistir en hemorragias retinianas. Exudado, edema papilar y accidentes vasculares. Sobre la base de los cambios retinianos, Keith, Wagener y Barker clasificaron la hipertensión en grupos que tienen importantes consecuencias pronósticas; grupo 1: contracción de las arteriolas retinianas únicamente; grupo 2: contracción y esclerosis de las arteriolas retinianas; grupo 3: hemorragias y exudados además de los cambios vasculares; grupo 4 (hipertensión maligna): edema papilar (6).

E) DIAGNOSTICO: El diagnóstico de la hipertensión esencial depende de la demostración repetida de una presión arterial sistólica y/o diastólica igual o mayor a 140/90 mmHg (6, 7), y de la exclusión de causas secundarias (6). Salvo cifras de presión arterial iguales o superiores a 180/110, no se debe hacer el diagnóstico de hipertensión arterial hasta haberlo confirmado en dos o más visitas posteriores. Realizar seguimiento posterior como se expresa en la siguiente tabla

PRESION ARTERIAL INICIAL (mmHg)

Sistólica	Diastólica	Seguimiento recomendado
<130	<85	Control a los 2 años
130 – 139	85 – 89	Control al año
140 – 159	90 – 99	Confirmar en dos meses
160 – 179	100 – 109	Evaluación en un mes
>180	> = 110	Evaluación inmediata En una semana según situación clínica.

(14)

Además de las cifras tensionales, los antecedentes y la exploración física del paciente son muy importantes, por lo que es imprescindible integrar una historia clínica completa.

Entre los datos que se deben investigar están: antecedentes familiares de hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, diabetes, dislipidemia, enfermedad renal, gota, muerte prematura, anomalías genéticas, alteraciones recientes del peso, disminución en la actividad física, tabaquismo, alcoholismo u otras toxicomanías, ingestión de sodio, grasas saturadas, colesterol y cafeína. Ambiente laboral, sedentarismo, endocrinopatías, menopausia y reemplazo hormonal, hipertensión durante el embarazo.

El siguiente paso es la exploración física, de los hallazgos en la misma tenemos: determinación del índice de masa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$), índice cintura / cadera (a normal cuando es mayor de 0.85 en la mujer y 0.95 en el hombre). Exploración del fondo de ojo para buscar cambios vasculares, que son expresión de la neurorretinopatía hipertensiva y de la retinopatía aterosclerótica. En el área precordial se buscarán datos sugerentes de crecimiento ventricular izquierdo, primer ruido acentuado en el foco aórtico, sin que haya soplos. La detección de la hipertensión se inicia con la apropiada medición de la presión arterial que debe realizarse en cada visita médica. Las mediciones repetidas determinarán la presión arterial elevada, con base en las siguientes medidas (1): el paciente

sentado en una silla cómoda, con el brazo apoyado y a la altura del corazón, sin haber fumado o tomado cafeína al menos 30 minutos previos a la medición. El paciente debe tener al menos 5 minutos de reposo (9,14).

Técnica adecuada de la toma de la tensión arterial:

El manguito debe tener el tamaño apropiado: su bolsa de aire debe cubrir al menos un 80% de la circunferencia del brazo. Esta es una causa frecuente de sobreestimación de PA en los obesos. El esfigmomanómetro de elección es el de mercurio. El manguito se hincha rápidamente hasta 250 mmHg o hasta la desaparición del pulso radial. Luego se deshincha a una velocidad de 2-3 mmHg/sg, leyendo la PA sistólica y diastólica en el momento de la aparición y desaparición total de los ruidos de Korotkoff.

Hay que medir la PA en ambos brazos y tomar la más elevada (14). Para integrar el diagnóstico de hipertensión arterial, se realiza cuando el promedio de 2 o más mediciones de la presión diastólica, en por lo menos 2 visitas es superior a 90 mmHg o cuando el promedio de dos o más mediciones de la presión sistólica es mayor a 140 mmHg.

Siempre se debe descartar Hipertensión Arterial Secundaria ya que menos del 5% de los pacientes hipertensos cursan con este tipo (9).

Se debe sospechar Hipertensión Arterial Secundaria en las siguientes circunstancias:

- 1.- Edad de aparición antes de los 20 años o después de los 50.
- 2.- presión arterial mayor de 180/110 en ausencia de historia familiar.
- 3.- Datos clínicos que sugieran Hipertensión Arterial Secundaria (historia familiar de enfermedad renal, PA variable con taquicardia y sudor, soplo abdominal, hipokalemia, etc.)
- 4.- Hipertensión arterial refractaria al tratamiento.
- 5.- Hipertensión arterial que se agrava de forma inexplicable.
- 6.- Hipertensión arterial acelerada o maligna.
- 7.- Hipertensión arterial de comienzo agudo (14).

Los exámenes de laboratorio que se deben considerar en los pacientes con hipertensión arterial son: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función hepática, perfil de lípidos, examen general de orina, filtrado glomerular en proteinuria de 24hrs; aunque muchas ocasiones pueden no ser específicas, ayudan a determinar si algún órgano blanco ha sufrido daño, o en

caso de sospecha de hipertensión secundaria, puedan servir de escrutinio para la misma.

Se deben solicitar estudios de gabinete, como el electrocardiograma, para valorar datos sugerentes de crecimiento ventricular izquierdo, y radiografía de tórax para confirmar el hallazgo (9).

F) TRATAMIENTO:

El objetivo de la terapia antihipertensiva en Salud Pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal (2). Todos los individuos con hipertensión arterial, excepto aquellos con diabetes o evidencia de daño a órgano blanco, deberán reducir sus cifras de presión arterial a menos de 140/90 mmHg (2, 3, 15); aquellos con diabetes mellitus o enfermedades renales el objetivo es reducir la presión arterial a menos de 130/80 mmHg (2,3). El tratamiento es integral modificando el estilo de vida ya mencionado con anterioridad y apego a tratamiento farmacológico.

FARMACOLOGICO: La mayoría de las autoridades aceptarían que los pacientes con Presión Arterial Sistólica media de 140 a 159 mmHg y/o Presión Arterial Diastólica de 90 a 94 mmHg deben recibir farmacoterapia antihipertensiva si los cambios en el estilo de vida no modifican la presión arterial (6).

La sociedad Británica de hipertensión recomienda tratar con drogas antihipertensivas valores tensionales iguales o mayores a 160 mmHg de sistólica y 90 mmHg de diastólica (16).

El tratamiento farmacológico se debe iniciar con las dosis más bajas, disponible del fármaco elegido, para intentar reducir sus efectos adversos (9, 17,18). Si la respuesta es favorable pero no se alcanza el objetivo terapéutico (presión arterial menor a 140/90 mmHg), se pueden utilizar diversas combinaciones que potencian los efectos de los antihipertensivos (10,19).

Existen diferentes grupos de medicamentos conocidos como antihipertensivos; algunos eliminan el exceso de líquido o sodio y otros disminuyen la constricción de los vasos. El tratamiento debe ser individualizado, puede modificarse con el tiempo de acuerdo a la respuesta del paciente (4).

DIURETICOS: Constituyen uno de los medicamentos de primera línea en el tratamiento de la HAS (4). Son baratos, efectivos, generalmente bien tolerados a dosis bajas (4,9) y han demostrado ser útiles en la prevención de eventos

cardiovasculares y cerebro vasculares (4). Los diuréticos inhiben la reabsorción en el túbulo contorneado proximal, en la porción ascendente del asa de Henle, o en el túbulo contorneado distal y túbulos colectores. Las tiazidas y diuréticos de asa aumentan la excreción urinaria de potasio pudiendo producir hipopotasemia. El efecto antihipertensivo a largo plazo, más que con la depleción de volumen, puede estar relacionado con la atenuación de la respuesta vascular o estímulos presores, quizás como una disminución del grosor de la pared y del contenido en sodio, lo que produciría una disminución del calcio libre intracelular (19). Los diuréticos tipo tiazidas han sido la base de la terapia antihipertensiva en la mayoría de los estudios. Los diuréticos aumentan la eficacia antihipertensiva de pautas de tratamiento con más de un fármaco, pueden ser usados para conseguir el control de presión arterial, y son más asequibles que otros agentes terapéuticos. A pesar de estos hallazgos permanecen infrautilizados (6).

Dentro del cuadro básico de la unidad se cuenta con la existencia de clortalidona, hidroclorotiazida, furosemida y espironolactona.

BETA BLOQUEADORES:

El efecto farmacológico está basado en el bloqueo de los receptores beta sobre los que actúan los neurotransmisores norepinefrina y epinefrina y su máxima eficacia antihipertensiva generalmente se alcanza a las 2-4 semanas de tratamiento (19). Son económicos, seguros y efectivos, tanto como monoterapia o en combinación. Están contraindicados a dosis altas en pacientes con insuficiencia cardíaca, deben evitarse en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bradiarritmias y bloqueo auriculoventricular. Su principal indicación es en pacientes con cardiopatía isquémica, taquiarritmias, embarazo y diabetes (4).

Dentro del cuadro básico de la unidad contamos con la existencia de metoprolol y propanolol.

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (IECA):

En la actualidad los IECA tienen una amplia aceptación como fármacos antihipertensivos de primera línea. Inhiben la enzima convertidora de angiotensina tanto a nivel sistémico como a nivel local (corazón, riñones, pared vascular, cerebro etc.) y por lo tanto la conversión de angiotensina I en angiotensina II. La disminución de formación de angiotensina I produce una disminución de la vasoconstricción mediada por la angiotensina II, así como una inhibición de la reabsorción de sodio y agua. Los IECA disponibles en la actualidad son eficaces en todos los tipos de hipertensión arterial (19). Su principal efecto secundario es la tos y hay que vigilar los niveles de potasio por el riesgo de aparición de hiperpotasemia (4, 9, 19).

Los IECA tienen además diversos efectos adicionales que contribuyen a mejorar el pronóstico, como son:

- 1.-No influyen en el metabolismo de lípidos.
- 2.-“Protección renal” esto es, disminución de la proteinuria en pacientes con hipertensión arterial primaria y diabetes mellitus.
- 3.- Disminución de la hipertrofia ventricular.
- 4.-Previenen el remodelado y dilatación ventricular en pacientes con infarto agudo al miocardio y en consecuencia disminuyen la morbilidad y mortalidad cardiovascular.
- 5.- Disminuye la morbilidad y mortalidad relacionada con la insuficiencia cardiaca.
- 6.- Aumentan la sensibilidad a la insulina.

Dentro del cuadro básico de la unidad, contamos con: captopril y enalapril.

BLOQUEADORES DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II (ATI I):

Recientemente van adquiriendo un protagonismo cada vez más importante en el tratamiento de la hipertensión arterial, ello en parte debido a la disminución de efectos secundarios (19,20). No bloquean la degradación de bradiquinina por lo que no producen tos. Son útiles en pacientes diabéticos con nefropatía y en pacientes con insuficiencia cardiaca (4,19). Su desventaja es el costo (4).

Actualmente no contamos con ellos dentro del cuadro básico de 1er nivel de atención, ya que solo se prescriben por especialidad de 2do nivel, pero si contamos con pacientes dentro de la unidad que llevan su control con este grupo de fármacos. Los más usados son el valsartan, losartán y telmisartan.

CALCIOANTAGONISTAS:

Son sustancias químicas heterogéneas cuya característica común es la inhibición de la entrada de los iones de calcio al interior celular (19,21). Presentan pocos efectos adversos y son eficaces en todos los grupos demográficos (9,19) y su efectividad ha sido demostrada en todos los grupos de hipertensión arterial primaria. Además, producen reducción de la hipertrofia cardiaca, incrementan algo la diuresis y natriuresis, siendo también fármacos antianginosos y “neutrales” metabólicamente (4,19).

Dentro del cuadro básico de la unidad contamos con: de nifedipino, verapamilo y amlodipino.

ALFA BLOQUEADORES:

Tienen efecto vasodilatador, no hay evidencia contundente sobre su utilidad para disminuir el riesgo cardiovascular en hipertensos, son útiles en combinación con beta bloqueadores para el tratamiento de pacientes con feocromocitoma. Pueden producir hipotensión ortostática en la primera dosis, particularmente en pacientes ancianos. Ofrece ventajas en pacientes dislipidémicos o con intolerancia a la glucosa así como en pacientes con hipertrofia prostática. El prototipo de esto es la prazocina (4).

TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS COMBINADOS:

La mayoría de los hipertensos requiere 2 o más medicaciones antihipertensiva para conseguir sus objetivos de Presión Arterial. Un segundo fármaco de diferente clase debería introducirse cuando la monoterapia en dosis adecuadas falla para conseguir el objetivo de presión arterial. Cuando la presión arterial es mayor de 20/10 mmHg sobre el objetivo, se debería considerar iniciar terapia con dos fármacos (2).

1.-Diuréticos y beta bloqueadores: es una combinación ampliamente aceptada. La razón para ello puede radicar en que ambos han demostrado por separado una reducción en la morbilidad y mortalidad, sin embargo, no es la asociación óptima desde el punto de vista farmacológico ya que los beta bloqueadores no producen retención hídrica que podría ser compensada por los diuréticos, ni los diuréticos inducen taquicardia que podría ser neutralizada por los beta bloqueadores.

2.-Diuréticos e IECA: esta asociación tiene una alta eficacia antihipertensiva lo cual puede ser inicialmente debida a una activación por parte del diurético del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona. Adicionalmente otra ventaja posible es el hecho de que la pérdida de potasio producida por un diurético proximal o de asa, puede ser compensada por efecto ahorrador de potasio de los IECA.

3.-IECA y beta bloqueantes: su combinación puede ser especialmente útil en pacientes hipertensos con enfermedad coronaria que han sufrido un infarto de miocardio (prevención secundaria).

1. Beta-bloqueadores y Calcio-antagonistas: su combinación está indicada por que los efectos inotrópicos negativos y de inhibición de la renina de los

beta-bloqueadores, balancean los efectos de taquicardia refleja y de estimulación del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona que ejercen los Calcio-antagonistas.

2. Diuréticos y Calcio-antagonistas: esta asociación no es considerada óptima dado que ambos fármacos tienen propiedades diuréticas y natriuréticas.
3. IECA y Calcio-antagonistas: las propiedades diuréticas y natriuréticas de los Calcio-antagonistas incrementa la eficacia antihipertensiva de los IECA (20).

Menos del 25% de los pacientes con hipertensión en los Estados Unidos tiene la presión controlada, principalmente debido a terapia inadecuada o incumplimiento del tratamiento (15).

Funcionalidad familiar:

- a) Definición: Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones o en su incumplimiento, se habla de una familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica (30).

- b) Importancia de la funcionalidad familiar:

*La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

*La familia tiene que cumplir con sus funciones básicas para que no se presenten los problemas de adaptación se evalúan a través de 5 aspectos fundamentales:

1.- Socialización, 2.- cuidado, 3.- afecto, 4.- reproducción, 5.- status, el funcionamiento familiar dependerá de si se cumple o no estas funciones. Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (30,29).

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. 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. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un “culpable”, sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema.

El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, 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.

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 (30).

c) Métodos diagnósticos :

Para medir la salud familiar se utiliza: el estudio de salud familiar que comprende como métodos más utilizados de evaluación de la familia; el apagar familiar, para obtener información de la familia del paciente a tratar en relación la funcionalidad de dicha familia (29).

Apagar familiar: es un instrumento diagnóstico para medir la percepción de la funcionalidad familiar del paciente con una patología en este caso hacemos mención a la hipertensión arterial consta de 5 reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para recibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado, con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa

un recurso para el paciente o si, por el contrario contribuye a su enfermedad (30).

Aunque existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad, son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los métodos ya existentes. Los más utilizados son:

- Índice de funcionalidad familiar (Pless y Satterwhite).
- Escala de evaluación familiar (Beavers y timberlawn).
- Clasificación triaxial de la familia (Tseng y Mc Demontt).
- Modelo de McMaster.
- Escala de eventos críticos (Thomas Holmes)
- Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar (Salinas y col).
- Escala de funcionamiento familiar (Espejel y col.)
- Apgar familiar(Gabriel Smikstein)
- Círculo familiar (Thrower, Bruce y Walton).
- FACES (David H. Olson).
- Evaluación del subsistema conyugal Chávez y Velazco) (30).

Los Indicadores para medir funcionamiento familiar más recomendados son los siguientes (se recomiendan buscar estos aspectos en cada estudio de salud familiar para determinar su funcionalidad) (29):

1.-Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

2.-Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía-pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales (29).

3.- Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con

las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. 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 rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. También en este indicador debe analizarse 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). Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres).

4.- Que en el sistema familiar se dé 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 o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

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. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas.

JUSTIFICACIÓN:

Magnitud:

Hipertensión Arterial Sistémica es probablemente la enfermedad crónica degenerativa más frecuente tanto en México como en toda Latino América. Su prevalencia fluctúa de un 10 a un 30 % de la población adulta (31). Se estima una prevalencia global de hipertensión en la población mexicana de 20 años o más 30.8% (32), esto es casi 15 millones de personas, pero más de la mitad lo ignora (9).

Trascendencia:

Hipertensión Arterial Sistémica es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía.

Numerosos estudios realizados han demostrado la asociación de HAS con el desarrollo de estas enfermedades más letales, por lo que su control reduce la morbilidad y mortalidad (26). Entre el 20 y 50% de las muertes (dependiendo de la edad) pueden estar relacionadas a HAS (4).

En el Hospital General de Subzona # 15 de la clínica del IMSS de Tamazula de Gordiano ocupa el primer lugar dentro de los diez primeros lugares de motivo de consulta.

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable más frecuente y se estima que causa un 6% de muertes en el ámbito mundial. La reducción de las cifras de presión arterial por debajo de los valores recomendados (< 140/90 mmHg) podría reducir un 50% la aparición de eventos cardiovasculares. Además, en presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, especialmente la diabetes mellitus, el control tanto de la presión arterial como del resto de factores de riesgo cardiovascular se hace aún más importante debido a que la asociación de HTA y diabetes mellitus incrementa de forma notable el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, afección renal o retinopatía diabética. Este hecho se ha recogido en las últimas guías de actuación(36)

Morbimortalidad:

La urgente necesidad de atender de manera específica y práctica los principales problemas de salud pública en nuestro país, hace necesaria la participación de todas las entidades relacionadas con la salud de México. Datos epidemiológicos nacionales recientemente publicados, enfatizan y dan cifras preocupantes de la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales (ECEA). En México en el año 2000 la prevalencia informada de HTAS entre los 20 y 69 años fue del 30.05%, es decir, más de 15 millones de mexicanos, en dicho grupo de edad (38).

En general, se puede afirmar que la prevalencia de todas las ECEA, denotan un crecimiento porcentual importante, sobre todo cuando se comparan con las informadas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC). Una grave consecuencia de este aumento en la prevalencia de ECEA, es el incremento exponencial en la tasa de sus complicaciones, ocupando ya, en la república mexicana, la primera causa de morbilidad y mortalidad del adulto entre 20 y 69 años. Una fracción muy importante del presupuesto destinado al sector salud, es sin duda, principalmente absorbido por las ECEA y sus complicaciones (e.g. aterotrombosis, cardiopatía hipertensiva, aterosclerosis o isquémica, insuficiencia renal terminal, insuficiencia cardíaca, ceguera, amputaciones, trastornos neuropsiquiátricos degenerativos, enfermedad pulmonar, enfermedad vascular cerebral, entre otros). Siendo además, las principales generadoras de incapacidad e invalidez, afectando tanto al grupo poblacional económicamente activo como al grupo de la tercera edad. El costo de su atención es multimillonario, y en general al tratarse de padecimientos no curables, sino únicamente controlables, requerirán generalmente de atención médica y tratamiento farmacológico de por vida. Así, siendo las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte en la población adulta de nuestro país, se hace imperativo intensificar la participación de todos los organismos involucrados en el sector salud. Por lo anterior, se ha convocado a los expertos tanto de área básica, clínica como epidemiológica del Instituto Nacional de Cardiología para participar en la generación de las “primeras guías y recomendaciones” para la detección control y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica esencial. El abordaje pretende ser simple y práctico para todo aquel médico que tenga que enfrentar al paciente hipertenso, sin sacrificar desde luego, los conocimientos científicos de vanguardia (38).

Vulnerabilidad:

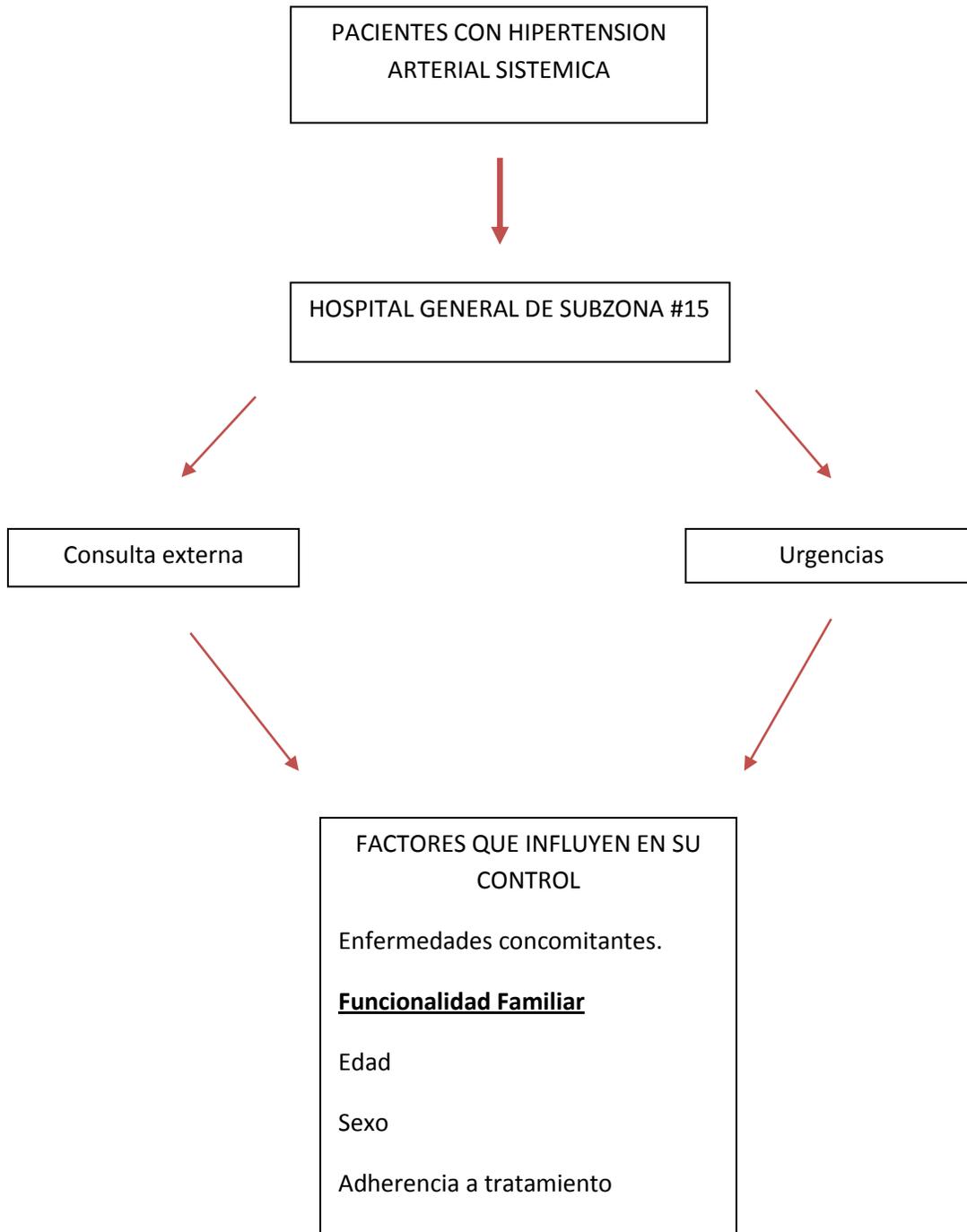
Las emociones y el estrés tienen una importante función adaptativa, sin embargo, bajo determinadas condiciones, el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión que pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial esencial (HTA). La hipertensión arterial constituye un problema socio sanitario de primer orden por su elevada incidencia y su pronóstico negativo. Dos problemas complican el estudio de este trastorno, su carácter multicausal, que determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial y su naturaleza procesal, que circunscribe la relevancia de los factores implicados a estadios específicos en la evolución de la patología. Todo ello plantea la necesidad de un abordaje multidisciplinario que incluya también los factores psicológicos (37).

Tratamiento efectivo y control funcional:

El conocimiento de las regularidades y cambios en los estados psíquicos que se dan en el paciente hipertenso cobra una importancia extraordinaria no sólo para proporcionarle una atención integral en el tratamiento de esta enfermedad, sino para desarrollar estrategias preventivas. Muchas investigaciones han sido llevadas a cabo a fin de demostrar qué papel desempeñan los factores psicológicos y psicosociales en la etiología de la HTA. La mayoría de estos estudios se han centrado en variables como: características de personalidad, estrés, ansiedad, depresión, hostilidad y, más recientemente, la ira. Diversas investigaciones han tratado de desarrollar el perfil psicológico del paciente hipertenso, sin embargo, un gran número de autores ha concluido que el papel que se puede atribuir a las variables psicológicas en el desarrollo y /o mantenimiento de la HTA es confuso en la medida en que los resultados de las investigaciones no han permitido dilucidar si dichas variables son causa o consecuencia de la enfermedad, porque los sujetos incluidos en la mayoría de las investigaciones son pacientes hipertensos ya diagnosticados y sometidos en muchos casos a un tratamiento farmacológico antihipertensivo (37)

De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:



Por lo tanto la pregunta de investigación es:

¿Cuál es la percepción de la funcionalidad familiar en el paciente hipertenso que acude al consultorio 4 del HGSZ # 15 del IMSS de Tamazula de Gordiano Jalisco conforme a instrumentos de medición, como es el APGAR familiar?

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la percepción de funcionalidad familiar en el paciente hipertenso que acude a consultorio No. 4 de HGSZ # 15 del IMSS de Tamazula de Gordiano Jalisco.

Objetivos específicos:

- A) Determinar características sociodemográficas.
- B) Identificar características clínicas.
- C) Determinar el resultado del Test de percepción de funcionalidad familiar.
- D) Identificar tipología familiar.

Hipótesis:

No existe hipótesis por ser un trabajo exploratorio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- **Diseño:** Descriptivo, transversal, prospectivo.
- **Universo:** Todos los pacientes hipertensos del consultorio # 4 con un total de pacientes de **523**
- **Muestra:** Los pacientes hipertensos que acudan a la consulta del consultorio # 4 durante los meses de mayo del 2011 a mayo del 2012.
- **Por lo que se aplica la siguiente fórmula:**

$Z\alpha^2(p.q)$

$$n = \frac{Z\alpha^2(p.q) \cdot e^2}{n + \frac{e^2}{N}} \quad N = 523$$

$Z\alpha = 1.96, p=0.47 \quad q= 0.53 \quad e=0.08$

n= tamaño de muestra= 116

- **Análisis estadístico:**

Atendiendo a los objetivos planteados, en el presente protocolo, la descripción de las variables categóricas se realizaron con frecuencia simple y porcentaje, y la de las variables numéricas con media + desviación estándar. Se utilizará el programa estadístico EPI INFO 2000. Los resultados se expresaran en tablas de distribución de frecuencia.

- **Criterios de Selección:**

*Inclusión: Derechohabientes adscritos al HGSZ # 15 mayor de 18 años que presenten diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, y que se presenten a consulta en el periodo de estudio al consultorio # 4

*No inclusión: Pacientes que vivan solos, pacientes que neurológicamente psiquiátricamente no sean capaces de contestar la encuesta o que voluntariamente se nieguen.

- **Variables:**

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Estadística
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento, de un individuo.	Numérica	Años	Media \pm desviación estándar
Sexo	Condición orgánica de una persona, tipo de género.	Categórica	Se determinará por el agregado en el numero de afiliación	Frecuencia simple y %
Ocupación	Acción y efecto de ocuparse. (Trabajo, oficio, empleo y actividad).	Categórica	Ocupación del jefe de la familia, para determinar ocupación familiar	Frecuencia simple y %
Estado civil.	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace un vínculo con otro individuo de otro sexo o del mismo.	Categórica	Casado Soltero Viudo Unión libre	Frecuencia simple y %
Presión Arterial A) Sistólica B) Diastólica	Presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias.	Numérica	mm / Hg.	Media \pm desviación estándar
Antigüedad de diagnostico de HAS	Tiempo trascurrido desde que se hizo diagnostico de HAS hasta la fecha del estudio.	Numérica	Años	Media \pm desviación estándar
Tratamiento medico	Tipo de fármaco para el control de HAS	Categórica	Vía/ dosis	Frecuencia simple y %
Enfermedades concomitantes	Otras patologías asociadas,	Categórica	Si / No	Frecuencia simple y %

Índice de masa corporal	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. (*2). Peso/Talla ² = IMC	Numérica	K/Mts. ²	Media \pm desviación estándar
Test de percepción familiar(APGAR)	Cuestionario sociodinámico.	Numérica	Puntaje	Media \pm desviación estándar
		Categoría	Clasificación.	Frecuencia simple y %
Tipología de acuerdo a su composición.	Clasificación de la familia de acuerdo con su estructura, y dinámica (Duval)	Categoría	Nuclear Nuclear simple Nuclear extensa Reconstruida o binuclear. Monoparental. Monoparental extendida. Monoparental extendida compuesta. Extensa. Extensa compuesta. No parental. Persona que vive sola.	Frecuencia simple y %
Tipología de acuerdo a su Desarrollo	Clasificación de la familia de acuerdo con su estructura, y dinámica (Huerta)	Categoría	Moderna Tradicional. Primitiva.	Frecuencia simple y %

Tipología de acuerdo a su integración	Clasificación de la familia de acuerdo con su estructura, y dinámica (Huerta)	Categórica	Integrada. Semiintegrada. Desintegrada.	Frecuencia simple y %
Tipología de acuerdo a su ocupación	Clasificación de la familia de acuerdo con su estructura, y dinámica (Huerta)	Categórica	Campesina. Profesionista. Obrera.	Frecuencia simple y %
Tipología de acuerdo a su demografía.	Clasificación de la familia de acuerdo con su estructura, y dinámica (Huerta)	Categórica	Urbana. Rural.	Frecuencia simple y %
Tipología de acuerdo a su complicación del desarrollo	Clasificación de la familia de acuerdo con su estructura, y dinámica (Huerta)	Categórica	Interrumpida. Contraída. Reconstruida.	Frecuencia simple y %
Etapa del ciclo vital (Geyman 1980)	Etapa de transición en la cual cursa la familia del paciente durante el estudio, según Geyman	Categórica	*Fase de noviazgo o matrimonio. *Fase de expansión. *Fase de dispersión. *Fase de Independencia. *Fase de retiro y/o muerte.	Frecuencia simple y %

ASPECTOS ÉTICOS.

El protocolo será autorizado por el CLIS 1306 del HGR# 46 del IMSS en GDL. El presente protocolo está catalogado como con riesgo menor al mínimo por la Ley General de Salud de México en cuanto a la realización de la indagatoria de las características familiares.

Para obtener los datos de las variables clínicas y sociodemográficas constituyen parte de la historia clínica de los pacientes y por lo tanto del quehacer diario de la consulta.

Se solicitara consentimiento informado firmado por el paciente para realizar el estudio sobre todo para ejecutar el cuestionario de APGAR.

El presente estudio se apega a los preceptos emitidos en la convención de HELSINKY y sus enmiendas posteriores.

Recursos:

- Materiales:

- a) Hojas de papel t/ carta.
- b) Fotocopias.
- c) Bolígrafo.
- d) Impresora.
- e) Computadora.

- Humanos:

- a) Investigador principal: Dra. Irma Pérez Macedo.
- b) Investigadores asociados:

- Dr. Rafael Bustos Saldaña

- Estudiante del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales: Reyna Fátima Juárez Magaña.

Cronograma.

	Marzo del 2010 a Mayo del 2011	Mayo del 2011	Mayo del 2011 a Marzo del 2012	Junio del 2012	Julio del 2012	Agosto del 2012 a Octubre del 2012
Planeación	⊗					
Autorización		⊗				
Ejecución			⊗			
Análisis				⊗		
Interpretación					⊗	
Difusión						⊗

Resultados:

Edades estudiadas:

Se obtuvo un promedio de 66.5 ± 9.5 . La edad mínima fue de 27 años y la máxima de 100 años. La tabla # 1 nos muestra frecuencia de las edades de los entrevistados, la desviación estándar fue de 11.899

Tabla # 1: **Grupo de edades en los participantes del estudio**

GRUPOS DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
27 a 36	3	2.4%
37 a 46	4	3.4%
47 a 56	16	13.7%
57 a 66	29	25.5%
67 a 76	46	39.6%
77 a 86	17	14.6%
87 a 96	0	0%
97 a 100	1	0.8%
TOTAL	116	100%

Estado civil de los estudiados:

La tabla # 2 nos muestra la frecuencia del estado civil de los estudiados.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE SOLTERA	1	0.8 %
SOLTERO	12	10.4 %
VIUDO	22	18.9 %
CASADO	81	69.8 %
TOTAL	116	100 %

Sexo:

La tabla muestra la frecuencia de sexo en los estudiados.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	51	44.0%
FEMENINO	65	56.0%
TOTAL	116	100.0%

Ocupación:

La tabla muestra la frecuencia de la ocupación de los estudiados.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAÑERO	1	0.90%
OBRERO	1	0.90%
SIN OCUPACIÓN	1	0.90%
CHOFER	2	1.70%
MAESTRA	2	1.70%
COMERCIANTE	4	3.40%
EMPLEADO	5	4.30%
CAMPESIONO	16	13.80%
PENSIONADO	27	23.30%
AMA DE CASA	57	49.10%
TOTAL	116	100.00%

Clasificación de la Tensión Arterial Sistólica de los estudiados:

La tabla #5 muestra la frecuencia de la clasificación de la TAS de acuerdo a la clasificación del JNC-7 con una Desviación Estándar de 14.142

CLASIFICACIÓN DE PA	TENSION ARTERIAL SISTOLICA mmHg.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	<120	22	18.90%
PREHIPERTENSIÓN	120-130	67	57.70%
HTA: ESTADIO 1	140-159	19	16.60%
HTA: ESTADIO 2	>160	8	6.80%
TOTAL		116	100.00%

Clasificación de la Tención Arterial Diastólica de los estudiados.

La tabla # 6 muestra la frecuencia de la clasificación de la TAD de acuerdo a la clasificación del JNC-7, con una Desviación Estándar de 11.400.

CLASIFICACIÓN DE PRESION ARTERIAL	TENSION ARTERIAL DIASTOLICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	mmHg		
NORMAL	$\text{Y} < 80$	91	78.40%
PREHIPERTENSIÓN	$\text{Ó } 80-89$	3	2.50%
HAT ESTADIO 1	$\text{Ó } 90-99$	18	15.70%
HAT ESTADIO 2	$\text{Ó } > 100$	4	3.40%
TOTAL		116	100.00%

Clasificación del índice de masa corporal de acuerdo a la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La tabla #7 nos muestra la clasificación del IMC según la OMS. Se obtuvo un promedio de 30.42 %, con una desviación estándar de 6.33

TIPO DE PESO	IMC	NUMERO DE PERSONAS	PORSENTANJE
INFRAPESO	< 18.5	1	0.90%
NORMAL	18.5-24.9	16	13.18%
SOBREPESO	25.0-29.9	45	38.99%
OBESIDAD			
I GRADO	30.0-34.9	34	29.70%
II GRADO	35.0-39.9	11	9.48%
III GRADO	≥40	9	7.75%
TOTAL		116	100%

Patologías concomitantes:

La tabla # 8 nos muestra la frecuencia de las enfermedades concomitantes.

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BRONQUITIS	1	0.97%
CA. BASOCEL	1	0.97%
ESTREÑIMIENTO	1	0.97%
GASTRITIS	1	0.97%
HIPOTIROIDISMO	1	0.97%
LITIASIS RENAL	1	0.97%
NEOMUPATIA OBSTRUCTIVO	1	0.97%
RINITIS	1	0.97%
TUMORACION NO ESPECIFICA	1	0.97%
VERTIGO	1	0.97%
CIRROSIS HEPATICA	1	0.97%
GLAUCOMA	2	1.72%
OSTEOPOROSIS	2	1.72%
GONARTROSIS	3	2.98%
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	3	2.98%

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	3	2.98%
CARDIOPATIA	4	3.44%
HIPERPLASIA PROSTATICA	4	3.44%
OSTEARTROSIS	5	4.31%
DIABETES MELLITUS	17	13.02%
DISLIPIDEMIAS	18	15.01%
NINGUNA OTRA PATOLOGIA	21	18.10%
OBESIDAD	23	19.63%
TOTAL	116	100.00%

Grupo por años de antigüedad

La tabla # 9 nos muestra los diferentes grupos por años de antigüedad de padecer de HAS, con una Desviación Estándar de 7.387

AÑOS ANTIGÜEDAD	DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 A 5 AÑOS		28	24.10%
6 A 10 AÑOS		38	32.80%
11 A 15 AÑOS		18	15.50%

16 A 20 AÑOS	19	16.32%
21 A 25 AÑOS	5	4.30%
26 A 30 AÑOS	8	6.98%
TOTAL	116	100.00%

Grupo de fármacos antihipertensivos:

La tabla # 10 nos muestra los diferentes tipos de fármacos con los que los pacientes del estudio son medicados

TIPO DE FARMACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IECAS YBCCS	1	0.86%
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO DIHIDROPIRIDINICOS	2	1.72%
ARAI Y DIURETICOS	2	1.72%
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO NO DIHIDROPIRIDINICOS	8	6.89%
DIURETICOS TIAZIDICOS	10	8.65%
BETA-BLOQUEADORES	13	11.20%
IECAS Y DIURETICOS	15	12.93
ANTAGONISTAS ANGIOTENSINA II	26	22.41%
INHIBIDORES ECA	39	33.62%

TOTAL	116	100.00%
-------	-----	---------

Tipología familiar de los estudiados

La tabla # 11 muestra la tipología familiar de los pacientes estudiados

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTANJE
NUCLEAR SIMPLE	3	2.98%
NUCLEAR EXTENSA	20	17.04%
MONONUCLEAR SIMPLE	42	36.02%
MONONUCLEAR EXTENSA	51	43.96%
TOTAL	116	100.00%

Etapa del desarrollo de la familia de los estudiados

La tabla # 12 muestra la etapa del desarrollo en que se encuentran las familias de los estudiados.

ETAPA DEL DESARROLLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MODERNA	13	11.21%
TRADICIONAL	103	88.79%
TOTAL	116	100.00%

Integración familiar en la familia de los estudiados

La tabla #13 nos muestra la integración familiar de los estudiados

INTEGRACION FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESINTEGRADA	29	25%
INTEGRADA	87	75%
TOTAL	116	100%

Ocupación de la familia de los estudiados

La tabla # 14 nos muestra la ocupación de la familia de los estudiados

OCUPACION DE LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFECIONISTA	2	1.72%
COMERCIANTE	6	5.20%
CAMPESINA	54	46.54%
OBRERA	54	46.54%
TOTAL	116	100.00%

Demografía de la familia de los estudiados

La tabla #15 nos muestra el tipo de demografía de la familia de los estudiados

DEMOGRAFIA DE LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTANJE
RURAL	28	24.14%
URBANA	88	75.86%
TOTAL	116	100.00%

Ciclo vital de la familia de los estudiados

La tabla #16 nos muestra el ciclo vital de la familia de los estudiados

CICLO VITAL DE LA FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIDO VACIO	2	1.70%
INDEPENDENCIA	6	7.10%
MUERTE	14	10.10%
DISPERSION	35	30.20%
RETIRO	59	50.90%
TOTAL	116	100.00%

Resultados de la pregunta numero uno del cuestionario de APGAR aplicado a los estudiados

La tabla # 17 nos muestra los resultado de la pregunta uno

RESPUESTA	FRECUANCIA	PORCENTAJE
0	17	14.70%
1	49	37.20%
2	50	48.10%
TOTAL	116	100.00%

Resultados de la pregunta nuero dos del cuestionario del APGAR aplicado a los estudiados.

La tabla #18 nos muestra los resultado de la pregunta numero dos

RESPUESTA A PREGUNTA DOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	25	21.60%
1	33	28.40%
2	58	50.00%
TOTAL	116	100.00%

Resultados de la pregunta numero tres del cuestionario de APGAR aplicado en los estudiados

La tabla # 19 nos muestra los resultado obtenidos de la pregunta numero tres.

RESPUESTA A PREGUNTA TRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	16	13.80%
2	47	40.50%
3	53	45.70%
Total	116	100.00%

Resultados de la pregunta numero cuatro del cuestionario de APGAR aplicado a los estudiados

La tabla # 20 nos muestra los resultado obtenidos de la pregunta numero cuatro.

RESPUESTA A PREGUNTA CUATRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	19	16.40%
1	34	29.30%
2	63	54.30%

TOTAL	116	100.00%
-------	-----	---------

Resultados de la pregunta número cinco del cuestionario de APGAR aplicado a los estudiados

La tabla # 21 nos muestra los resultados obtenidos de la pregunta número cinco.

RESPUESTAS DE PREGUNTA CINCO	FRECUENCIA	PORCENTANJE
0	23	19.80%
1	51	44.00%
2	42	36.20%
TOTAL	116	100.00%

Puntaje del APGAR aplicado a los estudiados

La tabla # 22 nos muestra puntaje de APGAR aplicados a los 116 pacientes estudiados.

TOTAL DEL APGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
1	4	3.50%	

2	10	8.60%	
3	10	8.60%	
4	11	9.50%	
5	10	8.60%	
6	5	4.30%	
7	9	7.80%	
8	21	18.10%	
9	24	20.70%	
10	12	10.30%	
TOTAL	116	100.00%	

De acuerdo a la puntuación del APGAR

Puntuación: Casi siempre= 2 puntos; algunas ocasiones= 1 punto; y casi nunca = 0 puntos. EL Diagnostico Clínico: 8 a 10 puntos = Familia funcional. 4 a 7 puntos= Familia moderadamente funcional. 1 a 3 puntos = Familia severamente disfuncional.

Encontramos que existen

PUNTAJE	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA
1 A 3 PUNTOS	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	24 INDIVIDUOS

4 A 7 PUNTOS	MODERADAMENTE FUNCIONAL	35 INDIVIDUOS
8 A 10 PUNTOS	FAMILIA FUNCIONAL	57 INDIVIDUOS
TOTAL DE INDIVIDUOS ESTUDIADOS		116 INDIVIDUOS

DISCUSIÓN:

Existen antecedentes de estudios utilizando el APGAR Familiar como instrumento de medición dentro de la familia, esto es, aplicado a pacientes con patología Hipertensiva (35, 37, 39, 40), en los que se ha visto que el ambiente familiar dentro del que se ven involucrados, influye en gran medida al buen control de la

enfermedad así como a la modificación de la conducta tanto del enfermo, como del resto de los miembros del núcleo familiar, aspectos de vital importancia para su control, esto trae como consecuencia alteraciones en la dinámica familiar, de no saber manejar el binomio enfermo-enfermedad dentro de la familia.

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorguen al enfermo (35).

En comparación con otro estudio en pacientes hipertensos descontrolados encontraron una disfunción familiar predominantemente mayor (35, 37,39, 40) En nuestro estudio los resultados obtenidos mostraron que la gran mayoría de ellos presentaban control de cifras tensionales con funcionamiento familiar aceptable.

En nuestro estudio se observó que el 70% de los pacientes con cifras tensionales aceptables perciben en sus familias apoyo familiar, notaron demostraciones de afecto aceptable, percibieron también aceptable expresiones de afecto de los miembros de familia de los pacientes hipertensos estudiados, en diversos estudios ya mencionados (35, 37, 39, 40), encontraron que la mayoría de la población eran pacientes hipertensos descontrolados con disfunción familiar por lo que se reitera que en nuestro estudio nos demuestra que un enfermo con hipertensión arterial, debe entender su problema y afrontarlo, cada individuo lo hace de forma diferente echando mano de los recursos que tiene a su alcance en su entorno familiar, cuando esos recursos(condiciones funcionales de cada familia) , son facilitados por el conjunto familiar (Redes de apoyo) logra de muchas maneras superar y controlar la enfermedad, por lo tanto superar todos juntos la crisis que atraviesan con la enfermedad.

CONCLUSIÓN:

En el presente estudio, se estudiaron 116 paciente con hipertensión arterial, de los cuales mas de la mitad son mujeres, amas de casa en su gran mayoría están casados, y tienen una demografía urbana, más de la mitad tienen entre 47 años y 76 años, la mas mitad de los pacientes tienen sobrepeso y obesidad, la diabetes mellitus es la enfermedad concomitante mas frecuente entre los pacientes estudiados, la mitad de los pacientes tienen entre 1 y 10 años de antigüedad de su padecimiento, la mitad delos paciente se controlan con antagonistas de angiotensina II y con IECAS. Mas de la mitad de ellos tienen familias mononucleares, casi el total de los estudiados tienen familias tradicionales e integradas, la mitad de las familias con una ocupación campesina y la otra mitad de ocupación obrera, de igual manera más de la mitad son familias en etapa de retiro. Nuestro estudio demuestra que más de la mitad de los 116 pacientes estudiados con hipertensión arterial del consultorio 4 del HGSZ #15 tienen una percepción de un buen funcionamiento familiar.

SUGERENCIAS:

Al paciente: Nuevamente se reitera que la presencia de un enfermo crónico trae consigo alteraciones en la dinámica familiar, esto es una razón de peso para que el enfermo hipertenso no se controle de forma adecuada, ya que no percibe

apoyo familiar, sintiendo bajo afecto, poca capacidad de expresar cariño, y preocupación por cada miembro de la familia además de falta de demostración de emociones de bienestar como de emergencia.

Por lo que se recomienda que busque y refuerce redes de apoyo haciendo alianzas con miembros de su familia para que se inicie un proceso de adaptación y a una convivencia con la utilización de recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis, como los cambios de etapa de los diferentes ciclos vitales. Así como de diversos acontecimientos estresantes. Ser un enfermo con hipertensión en una familia disfuncional, es mucho mas difícil, ya que no recibe de apoyo adecuado por lo tanto le resulta mas difícil superar la crisis paranormativa. Por lo que también se recomienda, mejorar la comunicación con los demás integrantes del grupo familiar, optando por utilizar una comunicación directa, y digital.

Al personal medico: Se recomienda a todo el personal medico en especial a los de primer contacto, como medicina familiar, tomar en cuenta la importancia de identificar el entorno del paciente, indagar sobre la interrelación del enfermo con su familia, recordemos que la dinámica familiar, esta en constante cambio y por lo tanto debemos tener una constante comunicación con nuestros pacientes, para identificar cambios en la funcionalidad familiar de nuestra población adscrita. Otra recomendación no de menor importancia, es mantener una buena relación medico paciente para por poder así tener accesos a la información otorgada por el paciente para poder realizar nuestras intervenciones en tiempo y forma permitiendo mejores controles, y evitar secuelas.

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez MR. Hipertensión arterial.24/07/06 (on-line). Disponible en: www.monografias.com/trabajos10/confind/confind.shtml

2. Bravo TR. Séptimo informe del Joint Nacional Comité sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.24/07/06 (on-line) Disponible en: www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html
3. Guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la hipertensión arterial.24/07/06 (on-line). Disponible en: www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/GliasClinicas/EnfermedadesCrónicas/
4. López C. Hipertensión arterial sistémica.24/07/06 (on-line). Disponible en: www.cardiologia.org.mx/Pag-Inv1/boletin-HAS.htm
5. Aguirre AM, Montes RR, Soto R, Rusia J. Hipertensión arterial en el anciano. Revista de postgrado de la VIa cátedra de medicina. abril 2002; 24/07/06 (on-line) Disponible en: www.med.unne.edu.ar/revista/revista114/hipertension.htm
6. El manual merck.10. Madrid: Ediciones Harcourt, 1999:1635-1654.
7. Moliner P, J. Ramón. Domínguez Sardiña, Manuel. González Paradela, M^a Concepción. Alfaro Alonso. Hipertensión arterial. Guías clínicas 2004;4(34).24/07/06 (on-line).
mhtml:file://C:\WINDOWS.000\Escritorio\Guia de Hipertension Arterial.mht.
8. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006.11/09/07 (on-line) Disponible en: www.bvs.insp.mx/archivos/adultos_ensanut_2006.pdf.
9. Elizondo A S, Sánchez ZM, López ER. Hipertensión arterial. Diagnóstico y tratamiento. Med. Int. Mex. 2004;20: 130-139

10. GUERRA RA. *Temas de Medicina Interna "Hipertensión Arterial"*. Tomo I. México.Ed. Interamericana McGraw-Hill 1995: 3- 20.
- 11.Cruz CM.*Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. Archivos de Cardiología de México.* Vol. 71 Supl. 1/Enero-Marzo 2001:S192-S197.
- 12.Huerta RB, *Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Archivos de Cardiología de México.* Vol. 71 Supl. 1/Enero-Marzo 2001:S208-S210
- 13.Meaney E, Gaxiola S. Hipertensión arterial sistémica. México: Ferlini, Rosen y asociados, S. A de C. V, 2002: 3-92
- 14.Bejón J, Olaz F. Diagnóstico de hipertensión arterial.24/07/06 (on-line)
Disponible en:
www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple4a.html
- 15.Oparil S, Calhoun D. Managing the patient with hard to control hypertension. American family physician. March 1998; 57(5)r
- 16.Velásquez P, Rinesi J, Smigel M. Hipertensión arterial en el anciano. Revista de postgrado de la cátedra VIa medica 2001; 105: 13-16
- 17.Kaplan MN, Burton DR. Tratamiento de la hipertensión en el anciano. Rev Cubana Med 1999;38(2): 143-148.
- 18.Kaplan N, Treatment of hypertension: insights from the JNC V report. American family physician. October 1998; 58(6): 1292-1295.
- 19.Lezaun R. Tratamiento de la hipertensión arterial. 24/07/06 (on-line)
Disponible en:
www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple9ahtml

20. Kaplan N. Angiotensin II receptor antagonists in the treatment hypertension. American family physician. September 1999; 60(4)
21. Nadal M. Hipertensión arterial en el paciente de edad avanzada. 24/07/06 (on-line) Disponible en: www.medspain.com/n5_jun99/hta.htm
22. Cires PM, Peña MM, Achong LM, Ramos PL, Levi RM. Evaluación del control de pacientes hipertensos dispensariados en dos municipios de ciudad de la Habana. Revista cubana de medicina general integral. Octubre-diciembre 1995. 24/07/06 (on-line) Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_4_95/mgi04495.htm
23. Camacho SL, Uribe UL, García GL. Control de la presión arterial en un programa de hipertensión. Boletín de la sociedad peruana de medicina interna. 2001;14(2): 24/07/06 (on-line) www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v14n2/control.htm
24. Meana IJ, Parodi JC, Livia J. Utilización de medicamentos antihipertensivos en pacientes con hipertensión arterial. Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina. Diciembre-2005; 152: 8-12
25. Marín RF, Rodríguez MM. Apoyo Familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud pública de México. Julio-agosto 2001;43(4):
26. Pérez CD, Cordiés JL, Vázquez VA, Serrano VC. Hipertensión arterial. 24/07/06 (on-line) www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guiacubanadeatensionmedicaalhta.pdf

27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía técnica de PREVENIMSS HOMBRES de 20 a 59 años. 2005; 35.
28. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnostico de salud 2006 HGZ #9 cd. Guzmán, Jalisco.
29. Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Med Gen Integral 1997;13(6) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251997000600013&script=sci_abstract
30. Huerta GJ, Medicina Familiar, la familia en el proceso salud y enfermedad, México D.F. Ed. Alfíl S.A. de C.V. 2005 9-114
31. Bustos SR, Mesa SA, Bustos MA, Bustos MR, López HG, Gutiérrez HH. Hipertensión arterial en el paciente anciano del Occidente de México. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;20:5-6
32. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006.11/09/07 (on-line) Disponible en: www.bvs.insp.mx/archivos/adultos_ensanut_2006.pdf
33. Bejón J, Olaz F. Diagnóstico de hipertensión arterial.24/07/06 (on-line) Disponible en: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple4a.html
34. Sanchez R, Baglivo H. La importancia de la presión arterial sistólica en el riesgo cardiovascular. 24/07/06 (on-line) Disponible en: http://www.menarini.es/pdf-zip/MEMORIA_ACM2006.pdf.

35. Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada, 2007. Feb./07 pdf.(on-line) Disponible en http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/resumen.php?ID=1691
36. Editorial. La hipertensión en atención primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? Rev. Esp. Cardiol. 2005; 58:338-40. Vol. 58, núm. 04, Abril 2005 **Editoriales. Volumen**
37. Editorial. Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración, Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 2: 203-212, julio-diciembre de 2010
38. GUÍAS DE HIPERTENSIÓN, *Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento*, Arch. Cardio. Mex 2004; 74:134-157
39. González AA. IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, **Mediocentro 2004;8(2)**
- 40.-Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial *salud pública de México* Florentina Marín-Reyes, M.C. Martha Rodríguez-Morán, M.C., M. / vol.43, no.4, julio-agosto de 2001

ANEXOS

Anexo. (1) HOJA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO:

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO QUE ACUDE AL CONSULTORIO # 4 DEL HGSZ# 15 DEL IMSS DE TAMAZULA DE GORDIANO JALICO

El propósito de este estudio es descubrir la percepción de funcionalidad familiar en el paciente hipertenso. *DESCRIPCION DEL ESTUDIO.* Si tú decides participar en éste estudio formarás parte de los _____ pacientes en este hospital integrados a ésta investigación. El tiempo que dura tu participación en este estudio son de 30 a 40 minutos. Tiempo que tarda en recopilarse la información, de tu historia clínica y completar tu test, de funcionalidad familiar durante tu cita médica mensual. Durante éste periodo puedes decidir continuar o no con el estudio, informándonos que no deseas participar en este mismo, tú cuentas con la responsabilidad de dar de forma verídica la información que se te pide de manera lo más exacta posible.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el posible riesgo, o inconveniente, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. Co los siguientes, no existe ningún riesgo físico, ya que solo se maneja información personal, así como mi historia clínica, la cual se manejará de forma confidencial y únicamente tendrán acceso a ella los investigadores involucrados en el estudio, y el Comité de investigación. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso o responder cualquier pregunta, y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio o del test, o asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo del IMSS. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi participación en el mismo. La información y todos tus datos personales serán manejados con entera discreción por los médicos responsables del estudio, el Instituto Mexicano del Seguro Social, comité de Ética, y comité de investigación quienes revisaran éste estudio, para logras un mayor beneficio de los pacientes.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Si tú tienes alguna duda acerca de este estudio, de tu experiencia o de la información otorgada, puedes hablar con la Dra. Irma Pérez Macedo (3411181960) *CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO:* El día:_____ Yo,

_____ He leído, entendido en fácil lenguaje a cerca de esta información. El contenido de esta información me ha sido explicado, tengo la oportunidad de preguntar las dudas que tenga a cerca de este estudio y de este formato de consentimiento y recibiré las contestaciones que satisfagan estas interrogantes. He leído todas las páginas de este formato de consentimiento, he comprendido y estoy consciente de los riesgos descritos. Yo consciente, libre y voluntariamente autorizo este consentimiento y podre participar nuevamente en otro estudio de investigación si es mi decisión.

Dra. Irma Pérez Macedo.

Nombre del paciente que autoriza

Testigo.

Testigo.

Anexo (2) Cuestionario:

Cónsul. _____ Turno _____ Cd. Guzmán Jal. A ____ de _____ de 2011.

Numero de afiliación Nombre:.....Edad.....Sexo.....

Ocupación.....Edo.Civil.....Cifras de
 T/A.....IMC.....Enfermedades Concomitantes
 Antigüedad de diagnostico de
 HAS.....Tratamiento, farmacológicoTipo de
 familiaEtapa del desarrolloIntegración
 familiar.....Ocupación.....
 Demografía.....Desarrollo.....Etapa del ciclo vital.....

Cuestionario de Apgar Familiar	Casi siempre	Algunas ocasiones	Casi nunca
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de Mi familia cuando tengo un trastorno.			
Estoy satisfecho con la ayuda que la manera en que mi familia toma decisiones y comparte temas.			
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de realizar Nuevas actividades o de hacer cambios en mi estilo de vida.			
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa Afecto y responde a mis sentimientos.			
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo (espacio o Dinero que mi familia y yo pasamos juntos			

Puntuación: Casi siempre= 2 puntos; algunas ocasiones= 1 punto; y casi nunca = 0 puntos. **Diagnostico Clínico:** 8 a 10 puntos = Familia funcional.4 a 7 puntos=

Familia moderadamente funcional. 1 a 3 puntos = Familia severamente disfuncional.