



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9
ACAPULCO, GUERRERO**

**LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA ADSCRITOS A
LA U.M.F. No. 3 DE CHILPANCINGO GRO.**

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

PRESENTA:

DRA. MERCEDES ARACELI OJENDIZ HERNANDEZ



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.

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA ADSCRITOS A
LA UMF No. 3 DE CHILPANCINGO, GRO.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MERCEDES ARACELI OJENDIZ HERNÁNDEZ


AUTORIZACIONES:


DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO, GRO.


DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD


DRA. MARGARITA LIBRADA MORALES SUMANO
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD


DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS
ASESOR DE TEMA DE TESIS
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS.

**LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
SISTÉMICA ADSCRITOS A LA U.MF. No. 3 DE CHILPANCINGO
GRO.**

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

PRESENTA

DRA. MERCEDES ARACELI OJENDIZ HERNANDEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1102
H GRAL REGIONAL NUM 1, GUERRERO

FECHA 20/03/2012

DR. RODOLFO ZUÑIGA ANDRADE

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 3 DE CHILPANCINGO GRO.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1102-19

ATENTAMENTE

DR.(A). ALEJANDRO ROBERT URIBE
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1102

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS:

A Dios:

Gracias por permitirme realizar este sueño tan anhelado, porque él nos ha enseñado que el mundo está en manos de aquellos que tienen la perseverancia, el coraje de correr el riesgo para vivir su sueño. Gracias señor.

Al Dr. Rogelio Ramírez Ríos:

Gracias por sus palabras de aliento, por guiarnos y compartir sus conocimientos en esta profesión tan noble, por ser aigo y compañero incondicional, gracias por no dejarme a la deriva durante mi ciclo de formación.

A la Dra. Victoria Cueva Arana:

Por permitirme la oportunidad de realizar este posgrado, por su apoyo en todo momento, por compartir sus conocimientos y enseñanzas.

A mis amigos y compañeros:

A todos los amigos de mi residencia, a los amigos de la UMF #3, por su apoyo y palabras de aliento, por los momentos compartidos durante la formación de este ciclo como profesional de la salud.

DEDICATORIA:

A mis padres:

Quintila y Macario por su amor en todo momento y sobre todo por el apoyo a mi familia durante mi ausencia, por sus valores, por enseñarme la responsabilidad y amor por el trabajo, Gracias por otorgarme la herencia de la educación que me ha permitido desarrollarme en esta noble profesión.

A mi esposo:

Librado por su amor, comprensión y apoyo incondicional en nuestra convivencia diaria y con ello haber hecho posible la realización de esta obra.

A mis hijos:

Yareth Valeria, Librado Tadeo y Dayan Areli, y mi nieta, por sus palabras de aliento, amor y apoyo en la realización de este trabajo.

A mis hermanos:

Por compartir las alegrías y tristezas de la vida, por su apoyo incondicional y amor, por enseñarme que de la adversidad se puede resurgir con fortaleza.

Alguien en especial:

A mis suegros, cuñados (as) y sobrinos por su cariño incondicional.

RESUMEN

Título: La calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial sistémica adscritos a la U.M.F. No. 3 de Chilpancingo Gro.

Objetivo: Identificar la calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar de pacientes con hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 3 de Chilpancingo, Gro.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo en 234 pacientes con hipertensión arterial adscritos HGSZ/MF No. 3 de Chilpancingo, Gro., de julio - octubre del 2012. Previo consentimiento informado se aplicaron los cuestionarios de funcionalidad familiar (FF-Sil) y MINICHAL. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.11.0 para Windows, calculándose frecuencias simples y proporciones, análisis inferencial con medición de fuerza de asociación y prueba de significancia estadística.

Resultados: Encontramos peor nivel de salud dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas de calidad de vida 51.3-48.3%, asociado : disfunción familiar OR=43.68, hipertensos no controlados OR=26.40, estrato socioeconómico medio bajo, obrero OR=2.38, sexo femenino OR=1.84, mayores 40 años OR=1.08, solteros, viudo OR=0.59, sobrepeso, obesidad OR=1.42, secundaria, preparatoria OR=1.13, disfuncionalidad familiar asociado hipertensión no controlada OR=10.93 estadísticamente significativos

Conclusiones: Mala Calidad de vida: dimensión estado de ánimo, manifestaciones somáticas mayores 40 años peor nivel de salud, mujeres peor nivel salud que hombres.

Disfunción familiar, sexo femenino, edad mayor 40 años, factores peor nivel de salud dimensión manifestaciones somáticas, estado ánimo. Disfuncionalidad familiar incrementa hipertensión no controlada.

Ser casado, divorciado factor protector mejor calidad de vida.

Palabras clave: Hipertensión arterial, calidad de vida, funcionalidad familiar.

ABSTRACT

Title: Quality of life and their relationship with the functionality familiar in patients with hypertension assigned to UMF # 3 of Chilpancingo Gro.

Objective: To identify the quality of life and its relationship to family functioning of hypertension patients assigned to the Family Medicine Unit No. 3 of Chilpancingo, Gro.

Methods: Cross-sectional study in 234 patients with hypertension attached HGSZ / MF No. 3 of Chilpancingo , Guerrero , from July to October 2012. Prior informed consent of family test (FF- Sil) and MINICHAL applied. Statistical analysis was performed using SPSS v.11.0 for Windows , calculating simple frequencies and proportions, inferential analysis measuring strength of association and tests of statistical significance.

Results: We found health dimensions worst level of mood and somatic manifestations of 51.3-48.3 % quality of life , associated family dysfunction OR = 43.68 , uncontrolled hypertensive OR = 26.40 , low socioeconomic environment , labor OR = 2.38 , female OR = 1.84 , seniors 40 years OR = 1.08, single, widowed, OR = 0.59, overweight, obesity OR = 1.42, middle, high OR = 1.13, family dysfunction associated with uncontrolled hypertension OR = 10.93 statistically significant.

Conclusions: Poor Quality of Life: dimension mood, somatic manifestations 40 years older worst level health, level health women worse than men. Family dysfunction, female sex, age greater 40, factors worse health dimension level somatic manifestations, mood state. Family dysfunction increases uncontrolled hypertension. Being married, divorced protective factor better quality of life.

Key words: Hypertension, quality of life, family functionality.

INDICE

1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	24
3. Justificación.....	26
4. Objetivo General.....	27
4.1 Objetivos específicos.....	27
5. Hipótesis.....	27
6. Metodología.....	28
6.1. Tipo de estudio.....	28
6.2. Población lugar y tiempo de estudio.....	28
6.3. Tamaño de la muestra y tipo de muestra.....	28
6.4. Criterios de selección.....	28
6.5. Definición y Operacionalización de las variables.....	29
6.6. Descripción general del estudio.....	31
6.7. Método de recolección de datos.....	32
6.8. Organización de datos.....	32
6.9. Análisis estadístico.....	32
6.10. Consideraciones éticas.....	32
7. Resultados.....	34
8. Discusión.....	43
9. Conclusiones.....	46
10. Recomendaciones.....	47
11.-Referencia bibliográfica.....	48
12.- Anexos.....	52

1. MARCO TEÓRICO:

La Hipertensión arterial sistémica es un problema de salud pública de alta prevalencia e importante repercusión, que ocasiona complicaciones cardiovasculares y la muerte. Tiene una prevalencia ascendente y se distribuye ampliamente entre la población. Se le reconoce como un padecimiento con morbilidad y mortalidad propias y como elemento causal de aterosclerosis. Su efecto nocivo se potencia cuando se asocia con otros factores que incrementan el riesgo global. Se identifica una tendencia familiar, cuya expresión clínica está propiciada por algunos factores contribuyentes del estilo de vida. Es susceptible de modificación por medio de educación higiénica apropiada y el pronóstico se puede mejorar con tratamiento farmacológico.¹

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la diabetes son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención y control. Afectan con mayor intensidad a los grupos de población de escasos recursos y las poblaciones vulnerables, cuando se presentan empobrecen más a las personas y sus familias.²

En todo el mundo, ha quedado bien establecido que al menos el 33% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica no ha sido diagnosticado, por lo que los programas de salud tanto públicos como de organismos privados dedicados a la salud tuvieron un importante retroceso, y el número global de pacientes con hipertensión arterial sistémica no tratada y complicaciones derivadas de ella, aumentó considerablemente.³

Se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de hipertensión arterial en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Cada año alrededor del 1.5% de toda la población hipertensa muere por causas directamente relacionadas.⁴

El 95% de los pacientes con hipertensión arterial sistémica no tienen una etiología conocida y caen bajo el rubro de “causa primaria” frecuentemente asociada a obesidad, síndrome metabólico, resistencia a la insulina y tabaquismo, situaciones que incrementan el riesgo global total.⁵

Además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de esta enfermedad.³

Este problema de salud ha provocado efectos graves debido a los altos índices de incapacidad y/o invalidez que produce, ya que cada vez se registra más esta entidad clínica de magno impacto. El control de la presión arterial (PA) en niveles por debajo de 140/90 mmHg reduce la morbilidad y mortalidad atribuidas a la hipertensión arterial sistémica; al ocurrir una disminución de presión arterial aumenta la calidad de vida. La calidad de vida es un concepto indispensable para el desarrollo del individuo con una enfermedad crónica; medirla representa un problema social por las características de diversos estudios, en su mayoría ensayos clínicos para el impulso de fármacos individuales, los cuales hacen hincapié en el control de la presión arterial, pero con un mínimo interés en los efectos adversos que provocan éstos en la calidad de vida de los pacientes. Para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Actualmente la calidad de vida se ha convertido en un indicador importante para evaluar la efectividad de tratamientos y de intervenciones en el área de la salud. Es un parámetro utilizado para analizar el impacto de las enfermedades crónicas de las personas, cuyos indicadores miden el funcionamiento físico, social, emocional, sus repercusiones en los síntomas y la percepción del bienestar. Cada vez más la calidad de vida es un componente importante en la salud, cuando no puede ser observada en forma directa, se evalúa a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas, y en teoría,

se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. La hipertensión arterial sistémica no es una excepción, ya que Roca-Cusachs ha realizado importantes aportaciones para medir la Calidad de Vida con instrumentos válidos, fiables y específicos como es el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL), dicho instrumento fue desarrollado, validado y modificado en España por Roca-Cusachs y valoran aspectos de la enfermedad relacionados con la vida diaria de los pacientes afectados por la patología y la medicación constante, con un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89 y 0.96 respectivamente. Este instrumento contiene dos dimensiones: Estado de ánimo (EA) y manifestaciones somáticas (MS); se estima que es un instrumento específico con mejor validez. Existe una versión reducida del cuestionario CHAL conocido como MINICHAL. El objetivo del cuestionario MINICHAL es evaluar la calidad de vida en personas que padecen Hipertensión Arterial y el impacto del tratamiento antihipertensivo de forma factible en la práctica clínica habitual.(Badia y cols, 2002). El MINICHAL consta de 16 ítems del cuestionario CHAL (Roca- Cusachs., 1992) de 55 ítems que se realizó mediante la aplicación del modelo Rasch (Prieto y cols; 2002) para su uso en la práctica clínica (Badia y cols; 2002). El MINICHAL está formado por 16 ítems de los cuales 10 corresponden a la dimensión “Estado de Ánimo” (EA) y 6 a la dimensión “Manifestaciones Somáticas” (MS). Las preguntas hacen referencia a los últimos 7 días con cuatro posibles opciones de respuestas: 0= No, en absoluto; 1= Si, algo; 2= Si bastante; 3= Si, mucho. El rango de puntuación va de 0-15 (mejor nivel de salud) a 16-30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0-9 (mejor nivel de salud) a 10-18 (peor nivel de salud) en la segunda.⁶

Varios estudios epidemiológicos demuestran que la combinación de factores de riesgo multiplica la posibilidad de tener un evento cardiovascular. Los datos mexicanos disponibles, entre los que destacan la prevalencia nacional de 30.5% de hipertensión arterial de entre 20- 69 años de edad.¹¹, 10.75% de diabetes mellitus, hipercolesterolemia superior a 200 mg/dL en 43% y 24.4% para obesidad,

representan un llamado de atención para intensificar las estrategias de prevención, detección, control y tratamiento de las enfermedades crónicas en México.⁷

La variabilidad de la presión y de las tasas de hipertensión entre ciertos grupos étnicos indica que el nivel de presión sanguínea es un rasgo heredable. La prevalencia aumentada de hipertensión en sujetos de raza negra (aproximadamente el doble que en blancos) y el curso más severo de esta enfermedad en esta población ha apoyado la hipótesis de que la genética tiene un papel fundamental en la regulación de la presión sanguínea.⁸

Hay dos formas de clasificar a la hipertensión arterial sistémica, por su etiología en primaria y secundaria, en donde no hay discusión y la clasificación por cifras en donde existen controversias importantes sobre todo entre la clasificación. La clasificación europea en su versión de 2003 y 2007, considera al igual que la norteamericana, como óptimas las cifras menores de 120/80 mmHg e hipertensión las que sean iguales o mayores a 140/90 mmHg. Esta clasificación tiene como principal ventaja poder realizar una estratificación del riesgo cardiovascular que tendrá cada enfermo sobre morbilidad y mortalidad a 10 años, razón por la cual tanto la Sociedad Internacional de Hipertensión como la Organización Mundial de la Salud, han adoptado esta clasificación y en México se utiliza adaptada y modificada, tomando en cuenta datos epidemiológicos recientes, entre los que resaltan que la incidencia de diabetes y obesidad están en constante crecimiento.⁹

La hipertensión primaria o esencial: Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, las resistencias arteriolas periféricas, el sistema renina-angiotensina aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina.^{3,1}

En la hipertensión arterial secundaria: Se identifica una causa orgánica, que puede ser renal, vascular, endocrina, del sistema nervioso central, físicas, inducida por

medicamentos, por tóxicos y por embarazo, lo anterior contenido en la norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-2009.³

La Sociedad Americana de Hipertensión (ASH, por sus siglas en inglés) propuso una nueva clasificación de hipertensión arterial. En ella se recalca la coexistencia de factores de riesgo que influyen en el tratamiento, como: sobrepeso, tabaquismo, dislipidemia, etc. El síndrome metabólico no puede separarse de estas alteraciones. Nuestra población tiene alto riesgo, con niveles medios de obesidad central, triglicéridos, colesterol HDL, etc., fuera del rango recomendado. El reto de los sistemas de salud en México, y del personal que participa en ellos, es insistir en las medidas no farmacológicas para reducir el riesgo.¹⁰

Clasificación del JNC de la hipertensión arterial

Tipo	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120 a 139	80 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	≥160	≥100

Clasificación de acuerdo a los niveles de presión arterial, Europea modificada en México.

Categoría	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Óptima	<120	<80
Fronteriza 1	120 a 129	80 a 84
Fronteriza 2	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	>180	>110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	<90

Aún cuando la hipertensión arterial sistémica curse asintomática, puede provocar daño cardiovascular que dependerá del grado de la presión arterial y de su asociación con otros factores de riesgo u otras enfermedades.³

El riesgo de morbilidad y mortalidad de la hipertensión arterial sistémica se relaciona con las cifras de presión arterial y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular, con otras enfermedades y con las complicaciones orgánicas que existan. Así, se ha establecido una estratificación de riesgo basado en el estudio Framingham, cuyas ecuaciones permiten calcular a 10 años el riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular, para el riesgo bajo, moderado, alto y muy alto < 15%, 15 a 20%, 20 a 30% y > 30%, respectivamente, y de acuerdo con la tabla europea SCORE de riesgo absoluto de muerte cardiovascular de las cuatro categorías de riesgo, en < 4%, 4 a 5%, 5 a 8 % y >8%.¹

Un factor de riesgo se entiende como un elemento o característica biológica, conducta o enfermedad que aumentan, con su presencia, las posibilidades de contraer una enfermedad cardiovascular, que puede llevar al paciente a la muerte, como el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca y muerte súbita. Este término fue empleado por primera vez en 1961, cuando se inició el estudio epidemiológico en la población de Framingham.⁵ La manifestación de un factor de riesgo incrementa la posibilidad de tener otro; la hipertensión arterial y la diabetes son los factores más significativos asociados con la prevalencia de hipercolesterolemia.⁷

El riesgo depende de las combinaciones de las cifras de presión arterial, de su antigüedad, de la asociación con otros factores de riesgo, con la presencia de daño orgánico sub-clínico o establecido y diabetes mellitus.¹¹

La Encuesta Nacional de Salud del 2012 (ENSA 2012) muestra la prevalencia en orden de frecuencia de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo 36.6%, hipertensión 30.0%, obesidad 24.4%, diabetes 10.8%.

Los factores de riesgo fuertemente asociados con un EVC en jóvenes son el tabaquismo, la hipertensión, la dislipidemia y la historia de eventos vasculares en familiares jóvenes.¹²

Los factores de riesgo se clasifican en:

Factores mayores. Los cuales son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipidemia.

Factores menores predisponentes son los que, estando presentes, denotan mayor riesgo, aunque resultan menos importantes que los mayores e incluyen a la obesidad, la inactividad física, la historia familiar de cardiopatía isquémica, la raza y los factores psicosociales.

Factores menores condicionales. Son los que se asocian a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular pero no tienen una evidencia definitiva de un papel causal porque su potencial aterogénico es menor en comparación con los factores mayores y porque su frecuencia en la población puede no ser suficientemente grande dentro de los estudios epidemiológicos. Estos factores son la hipertrigliceridemia, la hiperhomocistinemia, los factores de coagulación alterados tales como el fibrinógeno elevado, el inhibidor de la activación del plasminógeno y la lipoproteína (a).

Otra clasificación es sobre la base de si son modificables tales como el tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial o no modificables tales como herencia, género y edad.⁵

Las poderosas influencias socioculturales de la familia, el trabajo y la comunidad afectan el comportamiento individual y por tanto los niveles de factores de riesgo. Los hispanos tienen mayor prevalencia de factores de riesgo como diabetes, obesidad, anormalidades de los lípidos y sedentarismo.¹³

La Organización Mundial de la Salud en el informe sobre salud mundial 2002, señala como principales riesgos de salud poblacional a la obesidad, la inactividad física y a la baja ingesta de frutas y verduras, entre otros.¹⁴ Cada uno de los factores afecta de forma adversa, pero en conjunto su efecto se potencializa, por lo que siempre deben considerarse junto con la hipertensión arterial.¹⁵

TABAQUISMO

En México 122 personas entre 12 y 65 años de edad mueren a diario por causas que se vinculan con el tabaquismo. El tabaquismo es responsable de aproximadamente el 7% de los fallecimientos anuales reportados en el mundo. Al conocer esta cifra, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha designado al 31 de Mayo como el “Día mundial sin tabaco”. Dentro de sus efectos adversos a la salud encontramos enfermedades pulmonares y cardiovasculares, entre ellas el cáncer de laringe, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, infarto al miocardio e hipertensión arterial; en embarazadas se puede observar bajo peso del neonato y nacimientos prematuros.⁴⁵

La cuarta parte de la población fuma; existe un consumo *per capita* de 32 litros de etanol por año, uno de cada 10 mexicanos padece diabetes mellitus y el 70% padece sobrepeso u obesidad por tener muy malos hábitos nutricionales.⁵ El corregir este factor de riesgo puede disminuir hasta en un 60% las posibilidades de un evento coronario agudo.¹⁵ El cigarro mata a 6 millones de fumadores por año y ha llegado a ser un símbolo de amenaza a la humanidad, particularmente en los países subdesarrollados.⁵

Al tabaquismo se le ha asociado con la aceleración de padecimientos como la aterosclerosis, lo cual incrementa el riesgo de enfermedad coronaria y se ha confirmado que al suspender el hábito mejora la función cardiovascular.¹³

En la Encuesta Nacional de Salud 2000 en México, se encontró una prevalencia del 10% en diabetes mellitus y de 36.6% de tabaquismo. El uso de terapia de reemplazo con nicotina, ya sea como goma de mascar, parches, spray nasal, tabletas o inhaladores, en unión de consejos médicos, es el método de dejar de fumar recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es efectivo hasta en 45%.¹⁵

OBESIDAD

Hay un incremento notable en la prevalencia de hipertensión arterial sistémica al aumentar el índice de masa corporal (IMC). Con el índice de masa corporal (peso (kg)/ estatura al cuadrado (m^2)) se determina el sobrepeso, para sujetos de talla normal, cuando está entre 25 y 26.9; obesidad a partir de 27; para individuos de talla baja se consideran los límites 23 y 25, respectivamente. La obesidad relacionada con la hipertensión arterial y la resistencia a la insulina, es la de tipo central, establecida con el índice cintura/cadera (anormal cuando es mayor de 0.85 en la mujer y 0.95 en el hombre) o con la medición del perímetro abdominal >90 cm.^{14,16} Entre los distintos factores que influyen en el sobrepeso y la obesidad se cuentan los genéticos, psicosociales, nutricionales, metabólicos y endocrinos, que frecuentemente deben considerarse en forma conjunta. Se tiene conocimiento que el exceso de grasa corporal representa 25% de la causalidad, 30% de la transmisión cultural y 45% de otros factores ambientales no transmisibles; por lo tanto, la herencia cultural y la herencia genética son los elementos fundamentales que llevan a la obesidad.¹⁷ Hay un riesgo de 2.6 veces más de ser hipertenso si se es obeso.⁵

ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

La actividad física moderada o intensa reduce el riesgo de cardiopatías coronarias, hipertensión arterial, cáncer de colon, diabetes mellitus no insulino dependiente y la obesidad. Por lo contrario, el sedentarismo es uno de los principales factores que contribuyen al aumento de la obesidad en niños y adolescentes.¹⁸

EDAD

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia de hipertensión arterial sistémica se relaciona directamente con la edad, y a partir de los 50 años la prevalencia en la mujer es mayor. Los factores neuro hormonales y endocrinos han intentado explicar la menor prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la mujer antes de la menopausia.¹⁴ El incremento de la mortalidad se manifiesta en todos los grupos de edad, desde los 40 hasta los 80

años. Por cada 20 mmHg de incremento de la tensión sistólica o 10 mmHg de la diastólica el riesgo de cardiopatía isquémica se incrementa al doble.¹⁵

GENERO

La hipertensión diastólica es de predominio en el sexo masculino entre los 20 y 40 años para posteriormente distribuirse de manera similar en ambos sexos.²⁰ Inicialmente en el sexo masculino la prevalencia de hipertensión es superior (34.2%) que en el femenino (26.3%); al igual que lo informado en otros países.

Las causas de hipertensión secundaria más comunes en la mujer son por daño renal debido a enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico y la esclerosis sistémica.¹⁹

HIPERURICEMIA

El ácido úrico es un producto de degradación de las purinas y es degradado principalmente por una enzima hepática, la urato oxidasa. En sujetos con obesidad, resistencia a la insulina y dislipidemia (síndrome metabólico), la hiperuricemia frecuentemente ocurre ya que la insulina estimula la reabsorción no sólo de sodio, sino también, de ácido úrico. Estudios recientes sugieren que el tratamiento de la hiperuricemia (> 7 mg/dl en el hombre y > 6 mg/dl en la mujer) contribuye de forma significativa al buen control del paciente con hipertensión arterial.²¹

LA HIPERLIPIDEMIA FAMILIAR COMBINADA (HLFC)

Es la forma más común de las dislipidemias de origen genético. Tiene una prevalencia de 0.5 a 2% en la población general, y de 14% entre los sujetos con enfermedad cardiovascular prematura. Cabe destacar que la normalización espontánea del perfil de lípidos no significa la desaparición del riesgo cardiovascular.²² La hipercolesterolemia es la elevación de colesterol en sangre capilar > de 200 mg/dl. Las dietas ricas en grasas saturadas, la herencia y ciertos problemas metabólicos, como la diabetes mellitus, favorecen el incremento de la

concentración del colesterol sérico. En México la prevalencia de dislipidemias es de 28.8% en mujeres y 26.5% en hombres.¹⁶

Algunos trabajos, de la magnitud del estudio Framingham, han demostrado, de forma inequívoca, las repercusiones de los factores de riesgo cardiovascular en la expectativa de vida de los pacientes.¹⁵

GENÉTICA

La presión sanguínea es un rasgo cuantitativo multifactorial que muestra una distribución continua en la población general y múltiples líneas de evidencia demuestran la importancia de los factores genéticos en la variabilidad de la presión sanguínea. De este modo, la presión arterial puede considerarse un rasgo complejo con amplia variación fenotípica, que no sigue un patrón de transmisión hereditario mendeliano clásico (dominante o recesivo), sino que es un rasgo poligénico en el que la interacción de varios genes entre sí y con el ambiente resulta en diferentes fenotipos (variación en los niveles de la presión arterial). Dado el enorme impacto médico-social de la hipertensión, el reconocimiento de los genes implicados en la etiología del padecimiento permitirá: 1) Identificar a las personas en riesgo y prescribir estilos de vida saludables que prevengan la aparición de la enfermedad; 2) instaurar nuevos y mejores tratamientos enfocados a las causas moleculares de base más que a aliviar los síntomas; 3) ajustar la medicación de acuerdo al genotipo del sujeto, ya que, en la actualidad, los numerosos fármacos disponibles para el tratamiento de la hipertensión varían en su efectividad de individuo a individuo.⁸

De la Cruz, en México en el año 2001 establece en el análisis del déficit de autocuidado de los requisitos universales, puntos como: incumplimiento de la dieta, falta de interés por el peso ideal, consumo excesivo de sal, entre otros, que le crea la necesidad de proporcionar apoyo educacional al paciente como medida para conseguir un autocuidado suficiente y delimitar los problemas y la evolución de la hipertensión arterial sistémica.²³

La importancia del padecimiento radica en la repercusión sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, porque no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones. De ahí que las intervenciones higiénicas- farmacológicas sean tan importantes para disminuir así la morbilidad y mortalidad relacionada con ésta. Además, es indispensable incorporar la educación del enfermo como parte del tratamiento con el propósito de propiciar el auto cuidado, facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables.²³

La hipertensión arterial puede ser asintomática o tener síntomas inespecíficos como: cefalea, mareo, acufenos, fosfenos y escotomas, parestesias, angustia y depresión, que no guardan relación con los niveles de la presión arterial. Deben investigarse otros síntomas que expresan el daño de los órganos blanco o que orientan al diagnóstico de las formas secundarias.¹

La detección es la actitud de identificar a los individuos con alto riesgo de llegar a padecer la enfermedad, y a los que ya son hipertensos y no han sido diagnosticados. El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos, dos semanas después de la detección inicial, con cifras igual o superiores a 140/90 mmHg.¹ Los promedios de las cifras tensionales son mayores (135/85 mmHg) durante la actividad (7 am a 10 pm) que durante la fase de sueño y descanso (120/75 mmHg), en ésta fase el descenso es de alrededor de 10 a 20%. La pérdida de este ritmo circadiano correlaciona claramente con mayor número de eventos cardiovasculares.²⁴

Los exámenes de laboratorio deben realizarse con tres objetivos: investigar el impacto del proceso hipertensivo en diferentes órganos de choque, detectar causas probables de hipertensión secundaria y determinar la existencia de otros factores de riesgo.¹ Una causa secundaria debe siempre descartarse cuando el

comportamiento de la hipertensión arterial sistémica es no habitual (crisis hipertensivas paroxísticas, aparición grave en sujetos muy jóvenes, cambio en el patrón de comportamiento para volverse muy rebelde a tratamiento), o bien cuando el fenotipo del paciente nos sugiera alguna malformación congénita.²¹

Las guías internacionales recomiendan la identificación del daño a órgano blanco como parte importante en la evaluación del paciente con hipertensión arterial sistémica, por su utilidad como marcador clínico para prescribir un tratamiento y como factor pronóstico.²⁵

La hipertensión arterial es una patología muy importante por su capacidad para reducir sustancialmente la duración y calidad de vida de quien la sufre y generar complicaciones propias, principalmente cardíacas, renales y del sistema nervioso central, objetivo del tratamiento es evitar la expresión de la enfermedad, reducir las complicaciones causadas por ella e incrementar la duración y calidad de la vida. Si bien la mayor ventaja por la reducción del riesgo relativo se obtiene con el logro de las metas de presión arterial, se requiere ver al individuo como un todo e intervenir en forma global los factores de riesgo y las enfermedades coexistentes para obtener el máximo provecho. El tratamiento de la hipertensión arterial sistémica debe tener como pilar fundamental acciones que lleven al paciente en particular, a su familia y a la sociedad en lo general a adoptar estilos de vida sana.¹

El enfoque actual del manejo integral del paciente hipertenso debe estar dirigido al control del mayor número de factores de riesgo cardiovascular que sea posible, incluyendo micro albuminuria, dislipidemias, obesidad, tabaquismo y diabetes mellitus, además de prevenir y diagnosticar tempranamente las complicaciones de la HAS en consideración a que cada hora mueren 8 individuos por problemas cardiovasculares, independientemente del nivel económico, social o religión.⁵ Si bien el JNC-VII ha creado controversia por lo estricto de las cifras meta, es importante mencionar que lo que se obtiene con una cifra por debajo de 120/80 es un menor riesgo de enfermedad vascular cerebral, enfermedad coronaria, eventos cardiovasculares cerebrales y muerte.⁵

Entre 20 y 30% de los pacientes consideran que el costo de los medicamentos es un factor crucial que influye en el cumplimiento del tratamiento, por lo que aunado a la efectividad es un factor importante para tomar en cuenta.²⁶

Modificaciones del estilo de vida
Deben ser permanentes y recomendados a la población general como la única medida real de prevención primaria.
Se considera estilo de vida sana cuando se cumplen los siguientes enunciados:
Mantener el peso corporal en rangos normales.
Realizar actividad física dinámica (aeróbica) en forma regular, al menos 30-45 minutos continuos 4 a 5 veces por semana.
Ingestión de sodio menor a 6 g/día; aun cuando sólo 50% de los hipertensos son sensibles a la sal.
Evitar o restringir la ingestión de alcohol a no más de dos onzas de bebidas destiladas, dos vasos de vino de preferencia tinto o dos botellas de cerveza al día.
Evitar o suprimir el tabaquismo activo y pasivo (aunque se carece de demostración de causalidad con la hipertensión arterial, sí potencia su capacidad para producir daño orgánico y eventos cardiovasculares mayores cuando coexisten).
Dieta rica en potasio (si no hay daño renal).
Evitar el estrés sostenido

Coincidiendo con Friedemann y con Marín Reyes, en México en el 2001 refiere que la familia ejerce influencia en todos sus miembros para protegerlos de los cambios amenazantes, se ve reflejada esa relación directamente proporcional, es decir, entre más apoyo brinden los familiares, se verá reflejado en una mejor adherencia al tratamiento, ya sea de tipo farmacológico o no. Posiblemente esta situación esté influenciada por el hecho de que un gran porcentaje de personas hipertensas sean casadas, por lo tanto, tienen un apoyo tanto emocional, económico y de vigilancia en el tratamiento. Por otra parte, se reitera que los datos socio demográficos como edad, escolaridad, nivel socioeconómico, entre otros, y de acuerdo a algunos autores, no tiene ninguna relación para que el paciente hipertenso tenga una buena adherencia al tratamiento.²⁷

FAMILIA

La familia es una institución de la estructura social que cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada

de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de éste para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético morales y espirituales. El origen histórico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo de vida de cada época. Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia; si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias; si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de estas respuestas está en la historia familiar de cada uno.²⁸

La familia tiene la tarea de desarrollar determinadas funciones, tales como la biológica, la económica, la educativa en la formación de sus integrantes, contribuyendo a la formación de valores, a la socialización de sus miembros, a la educación, a la reproducción y a la satisfacción de necesidades económicas entre otros. Asimismo tiene la tarea de preparar a los individuos para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales.²⁹

Se reconocen como elementos básicos principalmente 2 características de la familia que le dan una naturaleza institucional: la primera por que establecen las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer, y la segunda porque determina el reconocimiento de los deberes y los derechos de los padres hacia los hijos.³⁰

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y

el grupo tiene una identidad propia.³¹ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”^{29,30} La Real Academia de la Lengua Española define “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.³⁰

El 1er Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud en México en el 2005 señala que “La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto constituido por un número de variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en el mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso de salud y enfermedad”.³⁰

Las funciones de la familia son:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: Interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

- Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y Ejercicio de la sexualidad: que explica la forma y manera de desarrollar y ejercer la sexualidad como función de la familia.^{30,31}

Los denominados tipos de familia, representan el modo como ésta se organiza en función a los miembros que la componen.

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias se identifican cinco ejes fundamentales:

1. En base a su estructura:

- a. Nuclear: formada por padre, madre e hijos.
- b. Extensa: formada por padre, madre, hijos y abuelos.
- c. Compuesta: Formada por padre, madre, hijos, abuelos y otros miembros consanguíneos o de carácter legal (tíos, primos, yernos, cuñados).

2. En base a su desarrollo:

- a. Primitiva: clan u organización tribal.
- b. Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- c. Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

3. En base a su integración:

- a. Integrada cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente.
- b. Semi-integrada: Cuando los cónyuges viven juntos y no cumplen sus funciones.
- c. Desintegrada: cuando falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

4. En base a su demografía:

- a. Urbana.
- b. Rural.
- c. Suburbana.

5. En base a su ocupación:

- a. Campesina
- b. Obrera
- c. Empleada.
- d. Profesional.
- e. Comerciante.^{30,31,32}

El Ciclo Vital de la Familia (CVF) es el conjunto de etapas de complejidad creciente que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución, y que varían según sus características sociales y económicas.³³

Las etapas del ciclo vital familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, transformarse en trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, fobias).

Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia.³³

En cada etapa del ciclo vital, la familia tiene que cambiar para adaptarse a las modificaciones estructurales, funcionales y de roles.³⁴

CVF de la OMS modificado por De la Revilla:

ETAPA	DESDE	HASTA
I. Formación	Matrimonio	Nacimiento del 1er. hijo
IIA. Extensión	Nacimiento del 1er. Hijo	El 1er. hijo tiene 20 años
IIB. Extensión completa	El 1er. hijo tiene 20 años	Nacimiento del último hijo El 1er. hijo abandona el hogar
III. Final de la extensión	Nacimiento del último hijo El 1er. hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar Muerte del primer cónyuge
IV. Contracción	El último hijo abandona el hogar	
V. Final de la contracción	Muerte del primer cónyuge (extinción)	Muerte del cónyuge superviviente
VI. Disolución		

En las familias genera un juego entre mantener el anterior status, esto es, mantener la homeostasis y/o transformarse para capacitarse y responder a las nuevas demandas. Las familias que tienen dificultades de adaptación en las transiciones de las etapas del ciclo pueden entrar en crisis, a las que Pittman denominó crisis de desarrollo, que son universales y previsibles, y generan alteraciones en la función familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros.³⁴

El recrudescimiento de las condiciones materiales de vida y trabajo, el mosaico de tipología familiar compleja, las estrategias de sobrevivencia familiar, el conflicto migratorio, los cambios en los patrones relacionales familiares, la formación de valores ético - morales en condiciones de crisis y la multiplicidad de roles que traen aparejadas las elevadas exigencias sociales, caracterizan la problemática de la familia.³⁵

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.³¹

La familia reconocida también como la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los individuos. Se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros, además de lo cual, si bien la existencia de relaciones familiares, de pareja y su funcionamiento adecuado contribuyen al bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y vulnerabilidad. Actualmente el funcionamiento familiar es reconocido como la categoría que integra todos los procesos psicológicos que ocurren en el seno de la familia y permite un adecuado desarrollo como grupo y de los individuos que la conforman.³⁶

Dinámica familiar es un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un

contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. Describe y analiza un conjunto amplio de características tales como: la propia definición de familia; los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar; las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de integración o disociación, proximidad o rechazo; sus roles, límites e interacciones; los subgrupos constituidos al interior del grupo familiar, así como funciones intrínsecas.^{30,37,38}

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a cada uno de sus integrantes. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional, esto hace que en la evaluación del grado de norma función o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existe en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta.³⁰

En la actualidad se cuenta con instrumentos de medición de la dinámica familiar, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización.³³ Uno de ellos es el test de funcionamiento familiar (FF-SIL), instrumento fácil y de efectividad comprobado, diseñado y valorado en la Habana, Cuba. Este instrumento fue sometido a varios procedimientos en el año 1994 y en el 2000 donde se evidenció su confiabilidad y validez para evaluar cuantitativamente y cualitativamente la funcionalidad familiar mediante las siguientes variables:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas (ítems 1 y 8).
2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (ítems 2 y 13).
3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. (Ítems 5 y 11).

4. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (Ítems 7 y 12).
5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (ítems 4 y 14).
6. Roles: cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (ítems 3 y 9).
7. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (ítems 6 y 10).³⁵

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL). Consta de 14 ítems:

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.
 2. En mi casa predomina la armonía.
 3. En mi familia 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 diferentes.
 8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás 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.
- De 70 a 57 puntos: familias funcionales.
De 56 a 43 puntos: familia moderadamente funcional.
De 42 a 28 puntos: familia disfuncional.

De 27 a 14 puntos: familia severamente disfuncional.³⁵

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas y cuantitativas, éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala cualitativa	Escala cuantitativa
Casi nunca	1 punto
Pocas veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Una vez aplicado el instrumento se conocerá el grado de disfuncionalidad familiar.³⁶

Instrucciones: 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: marcar con una X (cruz) su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

El funcionamiento familiar está más relacionado a propiedades sistémicas y transaccionales que a características intrapsíquicas individuales y su función primordial es la de mantener el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos, y su funcionamiento debe considerarse al ver cómo organiza su estructura y los recursos a su disposición.⁴¹

La presencia de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición.

Los cambios que se producen en la familia en relación con la enfermedad, dependen de las características de cada familia, como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia y su nivel socioeconómico.³⁹

Cuando se presenta una enfermedad aguda grave el grado de desajuste es muy grande, debido a la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos de tiempo. Si la enfermedad tiende a la cronicidad o se convierte en terminal lleva a considerar al paciente como “diferente” afectando la relación interpersonal con los miembros de la familia, que puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema familiar, que no sólo impacta en su funcionamiento, sino también en la evolución de la propia enfermedad.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, que va a depender del tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella, que llevan a generar respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa.⁴².

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica es un factor de riesgo modificable mayor y puede considerarse un síndrome más que una enfermedad en sí misma. Está demostrado que la frecuencia de ciertos problemas somáticos aumentan en grupos de sujetos hipertensos en relación con grupos normotensos. De otro lado, sujetos con presiones diastólicas superiores a 95 mmHg sufren más frecuentemente depresión emocional y problemas del sueño que los sujetos normotensos, constituye un problema grave de salud pública en el mundo; los adelantos en la detección oportuna, el tratamiento y el control de la enfermedad han logrado prolongar la vida de millones de personas; sin embargo, el cuidado no sólo debe enfocarse a retrasar la muerte, sino a promover la salud y la calidad de vida (CV) de las personas que viven con hipertensión arterial sistémica. Además ocasiona una carga financiera importante del presupuesto mundial destinado a la salud. Esto hace que la hipertensión surja como una amenaza de salud pública y un problema económico, ya que al asociarse con la diabetes mellitus tipo 2 incrementa la morbilidad y mortalidad cardiovascular, y acelera la progresión de nefropatía diabética hacia la enfermedad renal terminal, la cual es muy costosa en su tratamiento debido a la necesidad continua de diálisis o de trasplante renal. Dos análisis realizados en México, demostraron que el costo anual del tratamiento antihipertensivo puede llegar a representar hasta el 44.2% del salario mínimo en México.²⁶ De manera que la adherencia terapéutica es un tema fundamental para la salud de la población y la propia estabilidad familiar desde la perspectiva de la calidad de vida y de la funcionalidad familiar que afecta la economía de la unidad social. Por ello se ha estudiado desde diferentes aspectos la problemática de la baja adherencia al tratamiento, destacando entre otros factores, el papel de la familia y del médico familiar como red de apoyo social que favorece el cumplimiento de la terapéutica, tanto desde el punto de vista de apoyo afectivo, material y moral. El médico familiar debe detectar y orientar al paciente y a la familia sobre los retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las consecuencias de la hipertensión arterial no controlada demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, por ello es necesario explorar

otras alternativas que apoyen a la persona a mejorar su calidad de vida a través de una buena funcionalidad familiar y adecuada adherencia terapéutica, tomando como base la premisa de que la familia constituye la unidad de reproducción social y mantenimiento de la especie humana, y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica adscritos a la U.M.F. No. 3 de Chilpancingo, Guerrero?

3.JUSTIFICACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial. La hipertensión arterial es un problema de salud pública a nivel mundial que crece día a día, una de sus causas radica en la baja adhesión que tienen al tratamiento terapéutico, tan sólo la Organización Mundial de la Salud reporta que la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandona por completo la atención a partir del primer año del diagnóstico y, de los que permanecen bajo supervisión médica, sólo 50% toma al menos 80% de sus medicamentos prescritos. La relevancia de lo anterior estriba en el impacto económico y social, así como para los sistemas de salud, ya que se trata de una entidad no curable, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes con un alto grado de mortalidad por complicaciones, fenómeno que se ve reflejado en 16.7 millones de muertes al año por enfermedades cardiovasculares, cifra que equivale a la tercera parte de las muertes a escala mundial, en México representa un gasto del 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a 0.71% del producto interno bruto (PIB). Sin embargo, es preocupante que un porcentaje considerable de hipertensos sólo se adhiere al cumplimiento de medicamentos y dieta, pasando por alto cuestiones igual de importantes como el tabaquismo, alcoholismo y actividad física, lo que reafirma la tarea impostergable del profesional de la salud, de trabajar en programas que promuevan estilos de vida saludable y concienticen a las personas acerca de las complicaciones derivadas de la hipertensión arterial.²⁷Nuestro estudio proporcionara información del impacto que tiene la funcionalidad familiar para una mejor percepción de la calidad de vida en los pacientes en los que la presión arterial está bajo control, ya que se ha observado cambios en los perfiles de calidad de vida cuando los sujetos son informados de su hipertensión y realizan cambios en su dinámica familiar para mejorar la funcionalidad familiar de la unidad social. Igualmente, la aceptación del tratamiento puede estar afectada por la eficacia y cuán tolerables sean los fármacos antihipertensivos utilizados así como el apoyo familiar del paciente.

4. OBJETIVO:

Objetivo General:

Medir la calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar de pacientes con hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 3 de Chilpancingo, Gro.

Objetivos Específicos:

- a) Identificar los grupos de edad y su relación con la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial.
- b) Identificar el sexo y su relación con la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial.
- c) Conocer los factores de riesgo que se relacionan con la calidad de vida y la funcionalidad familiar en pacientes con hipertensión arterial.

5. HIPOTESIS:

La calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial puede modificar la funcionalidad familiar hasta en un 60 %.

6. METODOLOGÍA:

6.1 Tipo de estudio.

Estudio transversal comparativo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población blanco fueron los pacientes con hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 3 de Chilpancingo, Gro. El estudio se realizó del mes de Julio al mes de Septiembre de 2012.

6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando 12 pacientes al azar de cada uno de los consultorios de ambos turnos hasta tener una muestra de 234 pacientes, calculada por medio de la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

n= tamaño de la muestra.

Z= nivel de confianza.

p= variabilidad positiva.

q= variabilidad negativa.

N= tamaño de la población.

E= precisión o el error.

6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- a. Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.
- b. Que aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio y previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a. Pacientes sin hipertensión arterial
- b. Embarazadas
- c. Con tratamiento quirúrgico.
- d. Que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- a. Los que respondieron el cuestionario de manera incompleta.
- b. Los que seleccionaron más de una opción en una pregunta y/o contestaron inadecuadamente.

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

Variable Dependiente:

VARIABLE	DEFINICION			
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Calidad de vida	Para la Organización Mundial de la Salud, la CV es la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto del sistema cultural y de los valores en que vive relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.	Mediante la aplicación del cuestionario MINICHAL. consta de 16 ítems. Las preguntas hacen referencia a los últimos 7 días con cuatro posibles opciones de respuestas: 0= No, en absoluto. 1= Si, algo. 2= Si, bastante. 3= Si, mucho.	Cuantitativa	Estado de ánimo: 0-15= Mejor nivel de salud. 16-30= Peor nivel de salud. Manifestaciones somáticas: 0-9= Mejor nivel de salud. 10-18= Peor nivel de salud
Funcionalidad familiar	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.	Mediante el cuestionario Test FF-SIL, consta de 14 ítems. Cada ítem proporciona una escala de 5 respuestas cualitativas y cuantitativas, tomando en cuenta cada cuando se desarrolla cada actividad a evaluar: a. Casi nunca 1 punto. b. Pocas veces 2 puntos. c. A veces 3 puntos. d. Muchas veces 4 puntos. e. Casi siempre 5 puntos. Obteniendo una puntuación máxima de 70 puntos y una mínima de 14 puntos que nos sirve para evaluar el grado de funcionalidad familiar.	Cuantitativa	1. Familia Funcional de 57 a 70 puntos. 2. Familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos. 3. Familia disfuncional de 28 a 42 puntos. 4. Familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos

VARIABLES Independientes:

DEFINICION				
VARIABLES	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO	INDICADOR
Grupos de edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Se Interrogará al paciente sobre los años cumplidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa	a. De 20 y 40 años. b. De 40 a 65 años. c. De 66-74 años. d. De 75-90 años. e. Más de 90 años.
Peso	Peso, volumen del cuerpo expresado en kilos.	Se realizará la medición utilizando báscula antropométrica y se calculara índice de masa corporal para diagnosticar sobrepeso u obesidad utilizando la formula $IMC = \text{peso kg}/\text{talla mts}^2$	Cuantitativa	Peso normal IMC 20.0-24.9 Sobrepeso IMC 25.0-29.9 Obesidad IMC igual o mayor de 30
Sexo	Características biológicas y físicas que distinguen al hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo.	El que se observa al entrevistado y al que respondan en la hoja de identificación de datos.	Cualitativa	1 .Femenino. 2 .Masculino
Estado civil	Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	El que refiera el entrevistado al momento de responder en la hoja de identificación de datos.	Cualitativa	1 .Soltero. 2 .Casado. 3 .Divorciado. 4 .Viudo.
Escolaridad	Periodo de tiempo en el que asistió o asiste actualmente a la escuela.	Se le interrogará el grado máximo de estudios.	Cualitativa	A. Primaria. B .Secundaria. C .Preparatoria. D .Licenciatura.
Estrato Socio-económico	Son condiciones en las que viven cada grupo familiar.	Se obtendrá mediante la aplicación del método de Graffar consta de 20 preguntas.	Cuantitativa	1) 4-6 puntos estrato socioeconómico alto 2) 07-09 estrato medio alto 3) 10-12 estrato medio bajo 4)13-16 estrato obrero 5) 17-20 estrato marginal.
Hipertenso Controlado	Con base a la guía de práctica clínica del IMSS se considera un control adecuado a los pacientes con cifras tensionales de menos de 140/90 o con los parámetros que su condición requiere.	Se obtendrá del registro de la hoja de control del paciente hipertenso contenida en expediente electrónico.	Cualitativa	1.- Controlado 2.- No controlado

6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud se realizó un estudio transversal comparativo en 234 pacientes con hipertensión arterial adscritos al UMF No. 3 de Chilpancingo, Gro. A todos se les proporcionó una carta de consentimiento informado (Anexo 1). Se llenó una cedula de recolección de datos con nombre, número de afiliación, edad, sexo, estado civil, escolaridad (Anexo 2), posteriormente se aplicó el cuestionario test de funcionalidad familiar el cual consta de 14 ítems, la calificación se realizó adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos); los puntos se sumaron y a esa puntuación total le correspondió un diagnóstico de funcionamiento familiar estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad; la puntuación se obtuvo por la suma de los ítems y se consideró: de 70 a 57 puntos familia funcional; de 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional; de 42 a 28 puntos familia disfuncional y de 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional (Anexo 3). Se formaron dos grupos, grupo A con familias funcionales y moderadamente funcionales y grupo B con familias disfuncionales y severamente disfuncionales. Posteriormente se aplicó en ambos grupos el cuestionario para la valoración de la calidad de vida (MINICHAL), consta de 16 ítems de los cuales 10 corresponden a la dimensión "Estado de ánimo" (EA) y 6 a la dimensión "Manifestaciones somáticas" (MS). Las preguntas hicieron referencia a los últimos 7 días, con cuatro opciones de respuesta y el rango de puntuación va de 0 (mejor nivel de salud) a 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0 (mejor nivel de salud) a 18 (peor nivel de salud) en la segunda dimensión (Anexo 4). Es un cuestionario pensado para ser auto administrado. Además se aplicó el método de Graffar para identificar el estrato socioeconómico de los pacientes que consta de 20 ítems distribuidos en cuatro variables, el puntaje fue del 1 a 5 y se indicaron los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Se sumaron las cantidades señaladas, calificando de la siguiente manera: estrato socioeconómico alto: 04-06, estrato socioeconómico

medio alto 07-09, estrato socioeconómico medio bajo 10-12, estrato socioeconómico obrero 13-16, estrato socioeconómico marginal 17-20.

Una vez contestados los cuestionarios se capturaron en una hoja de control y recolección de datos, donde se anotaron los datos de identificación y los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados para su análisis.

6.7 Método de recolección de datos:

Se aplicó mediante un método ocasional, con técnica de interrogatorio indirecto a través de un cuestionario.

6.8 Organización de datos:

Los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos de identificación, y los datos de los factores de riesgo para hipertensión arterial, y los resultados obtenidos del Test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL).

6.9 Análisis estadístico:

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows, se realizó un análisis univariado obteniendo frecuencias simples y porcentajes. Además se realizó análisis inferencial aplicando análisis de riesgo, obteniendo el valor de OR, IC 95%, y p.

6.10 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º., fracción VIII; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164;168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.

c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987. En su título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 17, clasificación I, investigación sin riesgo.

d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

Se solicitó consentimiento informado a los pacientes con hipertensión arterial que desearon participar, se les informo el objetivo del estudio y se brindó confidencialidad de los resultados.

7. RESULTADOS.

De la población estudiada, prevaleció el grupo de 41-65 años con (41.0 %, n=96), seguido de 66-74, (25.6 %, n=60), de 20-40, (19.7 %, n=6), de 75-90, (11.1%, n=26) y el de 91 y más (2.6 %, n=6). En cuanto al estado civil, sobresalió el casado con (53.4 %, n=125), seguido de divorciado (18.8 %, n=44), soltero (15.0%, n=35) y viudo (12.8 %, n= 30). El género femenino (59.0 %, n=138) y masculino (41.0 %, n=96). En relación al peso predominó el sobrepeso con 120 (51.3 %, n=120), peso normal 61 (26.1 %, n=61), y con obesidad (22.6 %, n= 53). Escolaridad, preparatoria (27.8 %, n=65), secundaria (26.5 %, n=62), licenciatura (25.6 %, n=60) y primaria 47 (20.1 %, n=47). Estrato socioeconómico, estrato obrero (31.6 %, n=74), medio bajo (29.9 %, n=70), medio alto (20.5 %, n=48), alto (12.8 %, n=30) y marginal (5.1 %, n=12). Funcionalidad familiar, destacaron las disfuncionales (56.0 %, n=131) y funcionales (44.0 %, n=103). Cuadro 1.

Cuadro 1. Características socio-demográficas de la población estudiada

Variable	N	%
Grupo de edad		
20-40	46	19.7
41-65	96	41.0
66-74	60	25.6
75-90	26	11.1
91 y más	6	2.6
Estado civil		
Soltero	35	15.0
Casado	125	53.4
Divorciado	44	18.8
Viudo	30	12.8
Sexo		
Masculino	96	41.0
Femenino	138	59.0
Peso IMC		
Normal	61	26.1
Sobrepeso	120	51.3
Obesidad	53	22.6
Escolaridad		
Primaria	47	20.1
Secundaria	62	26.5
Preparatoria	65	27.8
Licenciatura	60	25.6
Estrato socioeconómico		
Alto	30	12.8
Medio alto	48	20.5
Medio bajo	70	29.9
Obrero	74	31.6
Marginal	12	5.1
Funcionalidad familiar		
Funcional	103	44.0
Disfuncional	131	56.0

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida encontramos en la dimensión del estado de ánimo, mejor nivel de salud con (52.6 %, n=123) y peor nivel de salud con (47.4 %, n=111). En la dimensión de manifestaciones somáticas, mejor nivel de salud con (51.7 %, n=121) y peor nivel de salud con (48.3 %, n=113).^{Cuadro 2}

Cuadro 2. Dimensiones de la calidad de vida de la población estudiada

Variable	POBLACION	
	n	%
DIMENSION ESTADO DE ÁNIMO		
Mejor nivel de salud	123	48.7
Peor nivel de salud	111	51.3
DIMENSION MANIFESTACIONES SOMÁTICAS		
Mejor nivel de salud	121	51.7
Peor nivel de salud	113	48.3

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

Se encontró en la dimensión de estado de ánimo y en la dimensión de manifestaciones somáticas que exhibieron peor nivel de salud el sexo femenino casos (31.7 %, n=74), el sexo masculino manifestó mejor nivel de salud en las dos dimensiones, con (25.2 %, n=59) y (24.3 %, n=57) y con peor nivel de salud con (15.8 %, n= 37),(16.6 %, n=39).^{Cuadro 3}

Cuadro 3. Dimensiones de la calidad de vida y sexo

	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado de ánimo						
Mejor nivel de salud	59	25.2	64	27.3	123	52.6
Peor nivel de salud	37	15.8	74	31.7	111	47.4
Total	96	41.0	138	58.9	234	100.0
Manifestaciones somáticas						
Mejor nivel de salud	57	24.3	64	27.3	121	51.7
Peor nivel de salud	39	16.7	74	31.7	113	48.3
total	96	41.0	138	58.9	234	100.0

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En la dimensión del estado de ánimo expusieron mejor nivel de salud los que tienen sobrepeso con (27.3 %, n=64) seguido del normal con (15.3 %, n=36), y peor nivel también destaco el sobrepeso con (23.9 %, n=56), el normal con (10.6%, n=25). En la dimensión de manifestaciones somáticas se encontró que enunciaron mejor nivel de salud los pacientes con sobrepeso (26.9 %, n=63), con peso normal (14.9 %, n=35) y con obesidad (9.8 %, n=23) y peor nivel de salud con sobrepeso (24.3 %, n= 57), obesidad (12.8%, n=30) y con peso normal (11.1 %, n=26). Cuadro 4.

Cuadro 4. Dimensiones de la calidad de vida y peso.

	Peso I.M.C.						total	
	Normal		Sobrepeso		obesidad			
Estado de ánimo	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejor nivel de salud	36	15.3	64	27.3	23	9.8	123	51.7
Peor nivel de salud	25	10.6	56	23.9	30	12.8	111	48.3
Total	61	26.0	120	51.2	53	22.6	234	100.0
Manifestaciones somáticas								
Mejor nivel de salud	35	14.9	63	26.9	23	9.8	121	51.7
Peor nivel de salud	26	11.1	57	24.3	30	12.8	113	48.3
Total	61	26.0	120	51.2	53	22.6	234	100.0

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En las dimensiones del estado de ánimo y manifestaciones somáticas y su relación con la hipertensión arterial destacaron con mejor nivel de salud los pacientes con hipertensión controlada (42.30%, n=99) y (41.45%, n=97), y peor nivel de salud con hipertensión arterial no controlada con (41.02%, n=96) Cuadro 5.

Cuadro 5. Dimensiones de la calidad de vida e hipertensión arterial.

	Hipertensión arterial					
	Controlada		No controlada		total	
Estado de ánimo	n	%	n	%	n	%
Mejor nivel de salud	99	42.3	24	10.2	123	51.7
Peor nivel de salud	15	6.4	96	41.0	111	48.2
Total	114	48.7	120	51.2	234	100.0
Manifestaciones somáticas						
Mejor nivel de salud	97	41.4	24	10.2	121	51.7
Peor nivel de salud	17	7.26	96	41.0	113	48.3
Total	114	48.7	120	51.2	234	100.00

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En las dos dimensiones de la calidad de vida estado de ánimo y manifestaciones somáticas exhibieron mejor nivel de salud los pacientes hipertensos con familia funcional (40.59%, n=95) y (40.17%, n=94) respectivamente, y con peor nivel de salud los pacientes hipertensos con familia disfuncional (44.01%, n=103) y (44.44%, n=104). Cuadro 6

Cuadro 6. Dimensiones de la calidad de vida y funcionalidad familiar.

Funcionalidad familiar						
	Funcional		Disfuncional		total	
Estado de ánimo	n	%	n	%	n	%
Mejor nivel de salud	95	40.5	28	11.9	123	51.7
Peor nivel de salud	8	3.4	103	44.0	111	48.2
Total	103	44.0	131	55.9	234	100.00
Manifestaciones somáticas						
Mejor nivel de salud	94	40.1	27	11.5	121	51.7
Peor nivel de salud	9	3.8	104	44.4	113	48.3
Total	103	44.0	131	55.9	234	100.00

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En la dimensión estado de ánimo en relación al estrato socioeconómico prevaleció con mejor nivel de salud el grupo medio bajo con (14.10%, n=33), el medio alto y el obrero con (13.24%, n=31) y con peor nivel de salud el obrero (18.37%, n=43). En la dimensión de manifestaciones somáticas predominó con mejor nivel de salud el medio bajo (13.67%, n=32), y con peor nivel de salud el obrero (18.37%, n=43). En la dimensión de manifestaciones somáticas expresaron mejor nivel de salud el estrato socioeconómico medio bajo (13.67 %, n=32) , obrero (13.24 %, n=31), medio alto (12.82 %, n=30) y alto (9.40 %, n=22) , marginal(2.56 %, n=6)y con peor nivel de salud el obrero (18.37 %, n=43), seguido del medio bajo (16.23 %, n=38), medio alto (7.69 %, n=18), alto (3.41 %, n=8) y marginal (2.56 %, n=6). Cuadro 7.

Cuadro 7. Dimensiones de la calidad de vida y estrato socio económico.

Estrato socio económico												
	Alto		Medio alto		Medio bajo		Obrero		Marginal		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado de ánimo												
Mejor nivel de salud	22	9.4	31	13.2	33	14.1	31	13.2	6	2.5	123	52.6
Peor nivel de salud	8	3.4	17	7.2	37	15.8	43	18.3	6	2.5	111	47.4
Total	30	12.8	48	20.5	70	29.9	74	31.6	12	5.1	234	100.0
Manifestaciones somáticas												
Mejor nivel de salud	22	9.4	30	12.8	32	13.6	31	13.2	6	2.5	121	51.7
Peor nivel de salud	8	3.4	18	7.6	38	16.2	43	18.3	6	2.5	113	48.3
Total	30	12.8	48	20.5	70	29.9	74	31.6	12	5.1	234	100.0

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En la dimensión del estado de ánimo y manifestaciones somáticas de la calidad de vida con respecto al estado civil, con mejor nivel de salud el casado (32.05 %, n=75), divorciado (8.54 %, n=20) soltero (7.26%, n=18) y viudo (3.41%, n=8), y peor nivel de salud casado (21.36 %, n=50), divorciado (10.25 %, n=24), viudo (9.40%, n=22) y soltero (7.2%, n=17). ^{Cuadro 8}

Cuadro 8. Dimensiones de la calidad de vida y estado civil

Estado civil										
	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Estado de ánimo										
Mejor nivel de salud	20	8.6	75	32.0	20	8.5	8	3.4	123	52.6
Peor nivel de salud	15	6.4	50	21.3	24	10.2	22	9.4	111	47.4
Total	35	15.0	125	53.4	44	18.8	30	12.8	234	100.0
Manifestaciones somáticas										
Mejor nivel de salud	18	7.6	75	32.0	20	8.5	8	3.4	121	51.7
Peor nivel de salud	17	7.2	50	21.3	24	10.2	22	9.4	113	48.3
Total	35	15.0	125	53.4	44	18.8	30	12.8	234	100.0

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En la dimensión de estado de ánimo manifestaron mejor nivel de salud el grupo de edad de 41-65 años con (21.3 %, n=50), 20-40 (13.6 %, n=32), 66-74 (13.2 %, n=31), 75-90 (4.2 %, n=10). Con peor nivel de salud de 41-65 predominó con (19.6 %, n=46), de 66-74 (12.3 %, n=29), de 20-40 (5.9 %, n=14), 75-90 (6.8 %, n=16). En la dimensión de manifestaciones somáticas con mejor nivel de salud el

grupo de 41-65 años con (21.3 %, n=50) y con peor nivel de salud el mismo grupo con (19.6 %, n=46), del grupo de 91 y más exhibió peor nivel de salud en las dos dimensiones de la calidad de vida (2.5 %, n=6). Cuadro 9

Cuadro 9. Dimensiones de la calidad de vida y edad en años.

Edad en años												
	20 - 44		41 - 65		66 - 74		75 - 90		91 y +		Total	
Estado de ánimo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejor nivel de salud	32	13.6	50	21.3	31	13.2	10	4.2	0	0	123	52.6
Peor nivel de salud	14	5.9	46	19.6	29	12.3	16	6.8	6	2.5	111	47.4
Total	46	19.6	96	41.0	60	25.5	26	11.1	6	2.5	234	100.0
Manifestaciones somáticas												
Mejor nivel de salud	30	12.8	50	21.3	31	13.3	10	4.2	0	0	121	51.7
Peor nivel de salud	16	6.8	46	19.6	29	12.3	16	6.8	6	2.5	113	48.3
Total	46	19.6	96	41.0	60	25.6	26	11.1	6	2.5	234	100.0

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

Se encontró que predominó con mejor calidad de vida en la dimensión de estado de ánimo el grupo con licenciatura con (17.09%, n=40) y (16.66%, n=39) y peor nivel de salud el grupo con secundaria (14.10%, n=32). En la dimensión de manifestaciones somáticas de la calidad de vida manifestaron mejor nivel de salud con nivel licenciatura (16.6 %, n=39), preparatoria (14.95 %, n=35), secundaria (12.39 %, n=29) y primaria (7.69 %, n=18), sobresalió el peor nivel de salud con secundaria (14.10 %, n=33), seguido de preparatoria (12.82 %, n=30), primaria (12.39 %, n=29) y licenciatura (8.97 %, n=21). Cuadro 10.

Cuadro 10. Dimensiones de la calidad de vida y escolaridad

Escolaridad										
	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		total	
Estado de ánimo	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mejor nivel de salud	18	7.6	30	12.8	35	14.9	40	17.0	123	51.7
Peor nivel de salud	29	12.3	32	13.6	30	12.8	20	8.5	111	48.3
Total	47	20.0	62	26.4	65	27.7	60	25.6	234	100.0
Manifestaciones somáticas										
Mejor nivel de salud	18	7.6	29	12.3	35	14.9	39	16.6	121	51.7
Peor nivel de salud	29	12.3	33	14.1	30	12.8	21	8.9	113	48.3
Total	47	20.0	62	26.4	65	27.7	60	25.6	234	100.0

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En relación a la dimensión de manifestaciones somáticas de la calidad de vida y factores asociados encontramos que los pacientes hipertensos con familia disfuncional tienen una mayor fuerza de asociación con 40.23 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud en la dimensión de manifestaciones somáticas, con $p=0.000$ estadísticamente significativo. Los hipertensos no controlados tienen una fuerza de asociación con 22.82 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud con $p=0.000$, estadísticamente significativo. Los pacientes hipertensos con estrato socioeconómico bajo tienen una fuerza de asociación con 2.33 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud con $p=0.002$ estadísticamente significativo. Los pacientes hipertensos femenino tienen una fuerza de asociación con 1.69 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud, con $p=0.05$, estadísticamente significativo. Los pacientes casados y divorciados son factor protector con 0.52 veces menor posibilidad de tener peor nivel con $p=0.02$, estadísticamente significativo. ^{Cuadro 11}

Cuadro 11. Dimensión de Manifestaciones somáticas de la calidad de vida y factores asociados.

Variable		OR	IC95%	P
Peor condición	Mejor condición			
Funcionalidad familiar				
Disfuncional	funcional	40.23	16.98-98.30	0.000
Hipertensión arterial				
No controlada	Controlada	22.82	10.98-48.16	0.000
Estrato socioeconómico				
Obrero, medio bajo	Alto, medio alto y marginal	2.33	1.31-4.16	0.002
Sexo				
Femenino	Masculino	1.69	0.96-2.97	0.05
Estado civil				
Soltero, viudo	Casado, divorciado	0.52	0.28-0.97	0.02
Peso				
Sobrepeso, obesidad	Normal	1.36	0.73-2.56	0.30
Escolaridad				
Secundaria, preparatoria	Primaria, Licenciatura	1.12	0.65-1.94	0.66
Edad				
41-74	20-40, 75-90, y 91+	0.97	0.55-1.74	0.92

Fuente: Encuesta estructurada 2012.

En cuanto a la dimensión de estado de ánimo de la calidad de vida y factores asociados encontramos que los pacientes hipertensos con familia disfuncional tienen una mayor fuerza de asociación con 43.68 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud en la dimensión estado de ánimo, con $p= 0.000$ estadísticamente significativo. Los pacientes hipertensos no controlados tienen una fuerza de asociación con 26.40 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud, con $p= 0.000$, estadísticamente significativo. Los pacientes hipertensos con estrato socioeconómico medio bajo y obrero tienen una fuerza de asociación con 2.38 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud con $p= 0.001$, estadísticamente significativo. Los pacientes hipertensos femeninos tienen una fuerza de asociación con 1.84 veces más posibilidad de tener peor nivel de salud, con $p= 0.02$, estadísticamente significativo. Los pacientes hipertensos casados y divorciados tienen un factor protector con 0.59 veces menor posibilidad de tener peor nivel de salud, con $p= 0.07$, estadísticamente significativo. ^{Cuadro 12}

Cuadro 12. Dimensión de Estado de ánimo de la calidad de vida y factores asociados.

Variable		OR	IC 95%	P
Peor condición	Mejor condición			
Funcionalidad familiar				
Disfuncional	funcional	43.68	17.88-110.68	0.000
Hipertensión				
No controlada	controlada	26.40	12.41-57.14	0.000
Estrato socioeconómico				
Medio bajo y Obrero	Alto, medio alto y marginal	2.38	1.33-4.26	0.001
Sexo				
Femenino	Masculino	1.84	1.05-3.25	0.02
Estado civil				
Soltero, viudo	Casado, divorciado	0.59	0.32-1.09	0.07
Peso				
Sobrepeso, obesidad	Normal	1.42	0.76-2.68	0.24
Escolaridad				
Secundaria, preparatoria	Primaria, licenciatura	1.13	0.65-1.95	0.64
Edad				
41-74	20-40, 75-90, 91 y +	1.08	0.60-1.93	0.78

Fuente: encuesta estructurada 2012.

En funcionalidad familiar asociada a hipertensión resulto con disfuncionalidad familiar los hipertensos no controlados con fuerza de asociación de 10.93.^{Cuadro 13}

Cuadro 13. Funcionalidad familiar e hipertensión arterial

Funcionalidad familiar	Hipertensión		Total	
	Controlada	No controlada		
Funcional	81	22	103	OR 10.93
Disfuncional	33	98	131	IC95% 5.67-21.27
Total	114	120	234	p= 0.000

Fuente encuesta estructurada 2012.

8. DISCUSION:

Gómez Gómez MR y cols., llevo a cabo un estudio correlacional, de tipo transversal, prospectivo y abordaje cuantitativo en Mayo de 2009. La población de estudio fueron pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica adscritos a un Centro de Salud en el Municipio de Jiquipilco, Estado de México. La muestra no probabilística incluyó a 30 personas hombres y mujeres mayores de 18 años, registrados en el Centro de Salud, con diagnóstico de HAS controlada que no presentaban otro padecimiento, no encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo, ocupación y nivel educativo. Con una media en la dimensión Estado de ánimo de 20.60 %. La edad media fue de 57 ± 9 años.⁶

En nuestro estudio predominó el grupo de edad con mejor nivel de salud en la dimensión de estado de ánimo y manifestaciones somáticas el de 41-65 años, con 21.3 %. La edad no fue estadísticamente significativa. De acuerdo con este estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa de acuerdo a sexo, peso, y escolaridad coincidiendo con Gómez Gómez MR.

Melchiors et al. Realizó un estudio Transversal, no aleatorizado para describir el perfil de calidad de vida de los pacientes hipertensos y evaluar la validez competitiva del instrumento Minichal-Brasil. El período del estudio fue de enero a octubre de 2007 en la ciudad de Araucária, Brasil, en 191 pacientes adultos, encontró el 72,8%

mujeres con hipertensión diagnosticada y que utilizaban algún tratamiento antihipertensivo; IMC sobrepeso 38,9% y sólo 24,7% con el peso dentro de los patrones normales (IMC <25). Con la PA controlada 30,4%. En la evaluación de la calidad de vida el promedio fue de 69,7 SD = 19,2 IC 95% 66,9 - 72,4, en el dominio "estado de ánimo" de 69,1 (IC 95% 66,1 - 72,2) y en el dominio "manifestaciones somáticas" de 69,9 (IC 95% 66,5 - 73,2).⁴⁶

En nuestro estudio destacó el sobrepeso con mejor nivel de salud en las dos dimensiones con 27.3 % seguido del normal con 15.3 %, y peor nivel también sobresalió el sobrepeso con 23.9 %. Coincidiendo con Melchiors.

José Lauro de los Ríos Castillo et al. Efectuó un estudio comparativo, transversal, en el cual busca identificar, relacionar y tipificar sus posibles peculiaridades funcionales en 300 pacientes de la Clínica Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la capital del estado de San Luis Potosí en el 2005, para determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida observo que el sexo femenino prevaleció con un 70% , la edad entre 49 y 54 años (27% y 20%, respectivamente), el estado civil más común fue el de casados para 88%, En cuanto a nivel educativo encontró primaria incompleta 40%.⁴⁷

En nuestro estudio los casados y divorciados con OR 0.59 con menor posibilidad de tener peor nivel de salud, con $p= 0.07$ en contraste con el viudo, de acuerdo al nivel educativo prevaleció con mejor calidad de vida en las dos dimensiones de licenciatura con 17.09% y 16.66% respectivamente, en el estrato socioeconómico se encontró con mejor nivel de salud el grupo medio alto con 14.10 % y con peor nivel de salud el grupo obrero con 18.37%.coincidiendo en nuestros resultados de acuerdo a estado civil.

Olvera AS y col. Llevo a cabo un estudio descriptivo, transversal, correlacional del impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica aplicado a personas hipertensas de la consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH). Encontró que las mujeres ocuparon el 43.3% y los hombres el 56.6%. Predominaron con el 30% los sujetos de 55 a 64 años, con 23.3% el grupo de 65 a 74 años y de igual forma el de 75 a 84 años. En cuanto al estado civil, prevalecieron con el 63.3% los casados, y con el 23.3% los viudos. Asimismo, el 46.7% tiene un nivel socioeconómico bajo y sólo primaria33.3%.²⁷

En nuestro estudio se encontró prevalencia en el sexo femenino con mayor disfunción familiar y una percepción peor de su estado de ánimo en el grupo mayor de 41 años con 21.3%,coincidiendo con nuestros resultados.

Arturo Arcega Domínguez y col. Realizo un estudio transversal, para determinar la relación de algunos factores clínicos y psicosociales con la percepción global de la

calidad de vida de 173 pacientes registrados en el Servicio de Trabajo Social de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 de Puebla, Puebla en el 2005, hombres y mujeres de 18 a 60 años de edad, mujeres 73%. El promedio de edad de todo el grupo fue de 50.7 años (de = 9.04). El instrumento empleado para la evaluación de la percepción subjetiva de calidad de vida los hombres tuvieron en promedio, una calificación significativamente mayor respecto a las mujeres 69.5% vs. 62.8%.⁴⁸

En nuestro estudio predominó en las dos dimensiones de la calidad de vida con peor nivel de salud el sexo femenino con 31.7 %, en contraste con el sexo masculino que manifestó mejor nivel de salud 25.2 % y 24.3 % en las dos dimensiones, y con peor nivel de salud solo 15.8 % y 16.6 %, coincidiendo con nuestro estudio.

9. CONCLUSION:

La disfunción familiar incrementa la probabilidad de tener peor nivel de salud en ambas dimensiones de la calidad de vida y la hipertensión no controlada, en la dimensión del estado de ánimo con peor nivel de salud 51.3% y en la dimensión de manifestaciones somáticas 48.3%; con mejor nivel de salud 48.7 % en la dimensión de estado de ánimo y en manifestaciones somáticas 51.7 %, por lo que la hipótesis se comprobó ya que se encontró asociación de mala calidad de vida con disfunción familiar que incide de manera importante en el adecuado control de los pacientes hipertensos.

El grupo de edad de 41- 65 años tiene mayor riesgo de tener peor nivel de salud en ambas dimensiones de la calidad de vida: estado de ánimo y manifestaciones somáticas.

Ambas dimensiones de calidad de vida con peor nivel de salud se asocian a disfunción familiar, hipertensos no controlados, estrato socioeconómico medio bajo y obrero, sexo femenino.

Los factores de riesgo para una menor calidad de vida y una hipertensión arterial no controlada son familia disfuncional, sexo femenino, edad mayor de 40 años, viudo, estrato socioeconómico obrero.

El ser casado y divorciado es un factor protector para un mejor nivel de salud en ambas dimensiones de la calidad de vida.

Los resultados del presente estudio mostraron que el nivel de Calidad de Vida de los pacientes con hipertensión arterial es mala cuando se asocia a disfuncionalidad familiar debido a que la población presenta una hipertensión arterial no controlada. Esto implica la necesidad de planear estrategias dirigidas a mejorar su Calidad de Vida y funcionalidad familiar para disminuir los síntomas que afectan la habilidad para auto cuidarse.

10. RECOMENDACIONES:

Plantear intervenciones acordes a las condiciones de Calidad de Vida y funcionalidad familiar y, de este modo, disminuir el fracaso de los programas de atención en la salud de enfermedades crónicas degenerativas.

Incrementar la adherencia terapéutica con el apoyo familiar y evitar las complicaciones a corto y largo plazo de la hipertensión arterial no controlada.

Realizar estudios futuros en México referentes a la calidad de vida y la funcionalidad familiar.

Promover la modificación de los estilos de vida en los niños y adolescentes detectados o con factores de riesgo para hipertensión y fortalecer las redes de apoyo de los pacientes.

11.- Referencias.

1. Moragrega J, Velázquez O, Chávez R. Actualización del Consenso Nacional de Hipertensión Arterial. *MedIntMex* 2006;22:44-78.
2. Córdova J, Manuel G, Hernández M. Plan de Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus, 2007-2012 y Sistema de Indicadores de Diabetes en México. *Revista Endocrinología y Nutrición* 2008;16(3):104-107
3. SS. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
4. Rosas M, Velázquez O, Pastelín G. Nueva visión de los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en México (Análisis por consolidación conjuntiva). *Arch Card Mex* 2004;74(2):164-178.
5. Jáuregui R. La hipertensión arterial sistémica; Conceptos Actuales. *Acta Medica Grupo Angeles* 2009;7:17-23.
6. Gómez M, García C, Gómez V. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex Enf Card* 2011;9:7-12.
7. Lara A, González A, Amancio O. Herramientas para predecir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: un análisis más del Estudio de las Seis Ciudades en México. *Med Int Mex* 2005;21:266-72.
8. Zenteno J, Kofman S. Aspectos genéticos de la hipertensión arterial. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2003;66(4):218-223.
9. Hernández H, Hernández H, Solache G. ¿En realidad sirven las guías sobre hipertensión arterial sistémica? Comentarios al respecto. *Rev Mex Card* 2008; 19(2):81-89.
10. Suarez R, Gutiérrez J. Prevalencia de hipertensión y síndrome metabólico en una muestra de población mexicana. *Med Int Mex* 2006;22:183-188.
11. Hernández H, Díaz E, Meaney E. Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. *Rev Mex Card* 2001;22(1):1-21.

12. Hernández F. Evento vascular isquémico en pacientes jóvenes. Arch Med UrgMex 2011;3(2):67-78.
13. Contreras R, Rendón P, Tufiño M. Factores de riesgo cardiovascular en población adulta de la Unidad de Medicina Familiar de Meoqui, Chih. Rev Mex Card 2008;19(1):7-15.
14. Lara A, Rosas M, Pastelin G. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. Arch Card Mex 2004;74(3):231-245.
15. Duarte J, Rubio J. Hipertensión arterial sistémica: de la adaptación a los riesgos. Med Int Mex 2005;21:198-205.
16. Pérez E, Soriano M, Lozano V. Factores de riesgo cardiovascular en población adulta aparentemente sana de la ciudad de Puebla. Rev Mex Enf Card 2008; 16(3):87-92.
17. Korbman R. Obesidad en adultos; Aspectos médicos, sociales y psicológicos. An Med (Mex) 2010;55(3):142-146.
18. Ortiz I, Ramos N. La nutrición y alimentación de los niños mexicanos; Segunda parte: sobrepeso-obesidad y riesgos inherentes. Rev Mex Ped 2008;75(5): 235-240.
19. Lomelí C, Rosas M, Mendoza C. Hipertensión arterial sistémica en la mujer. Arch Card Mex 2008;78(2):98-103.
20. Rosas M. La hipertensión arterial de México y su relación con otros factores de riesgo. Arch Card Mex 2003;73(1):137-140.
21. Rosas M, Pastelín G, Martínez J. Hipertensión arterial en México; Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Arch Card Mex 2004;74:134-157.
22. Zamora M, Aguilar C, Hernández S. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada. Revista de Endocrinología y Nutrición 2004;12(1):46-50.
23. Sanchez N. Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. RevMexEnferCardi 2006;14 (3):98-101

24. Contreras E, Zuluaga S. Monitoreo ambulatorio de presión arterial. *Rev Mex Card* 2010;21(1):25-30.
25. Fonseca S, Zúñiga G, García J. Disfunción diastólica en pacientes con hipertensión de bata blanca. *MedIntMex* 2006;22:85-92.
26. Parra J, Verdejo J, Lemus E. Costo-Efectividad del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial sistémica. *Rev Mex Card* 2009;20(3):141-148..
27. Olvera S, Salazar T. Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Rev Mex Enf Card* 2009;17(1-3):10-13.
28. Castellanos J, Rodríguez D, Sánchez F. Funcionamiento familiar en una comunidad. *Rev Med Electronica* 2007;29(5):1-5.
29. Ortiz M, Padilla M, Padilla E. Diseño de Intervención en Funcionamiento Familiar. *Rev Union Lat Psic* 2005;3:1-8.
30. Membrillo A, Fernández M, Quiróz J, Rodríguez J. Introducción al estudio de sus elementos. 1ra ed. México. Edit. ETM 2008.
31. Consenso Académico en Medicina Familiar. II. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam* 2005;7(1):15-19.
32. Suárez M. El médico familiar y la atención a la familia. *Rev Paceyña Med Fam* 2006;3(4):95-100.
33. Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Rev Med Fam* 2003;2(4):130-135.
34. De la Revilla L, Fleitas L, Prados M, De los RíosA, MarcosB, BailónE. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Rev Sem fyc* 1998;21(4):219-224.
35. Bernall. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Rev Cub Med Gen Integr* 2004;20(3):1-7.
36. Reyes A, Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Medisan* 2006;10(4):1-6.
37. Sinche E, Suárez M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. *Rev Rampa* 2006;1(1):38-47.
38. Mendoza L, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Arch Med Fam* 2006;8(1):27-32.

39. Sandoval L. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis hospital obrero No. 2 C.N.S. Rev Med Soc Cochabambina Med Fam 2009;1(1):7-13.
40. Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer 1999;5(3):1-4.
41. Álvarez A, Ayala A, Nuño A, Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). Rev Mex Med Fis Rehab 2005;17(3):71-76.
42. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004;47(6):251-254.
43. Reyes A, Garrido A, Torres L, Ortega P. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicología y Salud 2010;20(1):111-117.
44. Guía de hipertensión arterial en la consulta de enfermería 2003;5:51-59
http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_enfermeria/GAPTR-ConsEnf_guiahipertensionarterial.pdf
45. Koushyar K, Hernández A. Tabaquismo: factor de riesgo para enfermedad periodontal. Rev ADM 2010;67(3):101-13.
46. Melchioris A, Januário C, Pontarolo R, De Oliveira F, De Paula R. Calidad de vida en pacientes hipertensos Arq Bras Cardiol 2010; 94(3):343-349.
47. De los Ríos J, Barrios P, Ávila T. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética Rev Med Hosp Gen Mex 2005;68(3):142-154.
48. Árcega-Domínguez A, Lara C, Ponce S. Percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Rev Invest Clin 2005; 57(5):676-684.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha: Chilpancingo, Guerrero a _____ de _____ de 2012.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: La calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar de pacientes con hipertensión arterial de la Unidad de Medicina Familiar No. 3 de Chilpancingo, Gro.

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número: _____

El objetivo del estudio es: Identificar la calidad de vida y su relación con la funcionalidad familiar de pacientes con hipertensión arterial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 3 de Chilpancingo, Gro.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar un cuestionario y una cédula de identificación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No existe riesgo alguno, y los beneficios derivados al conocer la Funcionalidad Familiar y su relación con la Calidad de Vida servirá para implementar estrategias que mejoren la relación familiar y con ello la calidad de vida.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

DR. RODOLFO ZUÑIGA ANDRADE
MATRICULA 6948006

TESTIGO

TESTIGO

Número (s) telefónico (s) a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio. Dr. Rodolfo Zúñiga Andrade 4 45 53 40, Dra. Mercedes Araceli Ojendiz Hernández 4 87 00 12.

Anexo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 CHILPANCINGO, GRO.

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE
PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL, ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 3 DE
CHILPANCINGO, GRO.

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Chilpancingo, Gro., a ____ de _____ del 2012.

Nombre:	
Número de Afiliación:	
Edad:	Años _____
Sexo:	Femenino _____ Masculino _____
Estado civil:	Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado ___
Escolaridad:	Primaria ___ Secundaria ___ Preparatoria ___ Profesional ___
Peso	Normal ___ Sobrepeso ___ Obesidad ___
Hipertenso	Controlado ___ No controlado ___
Estrato socioeconómico	Alto ___ Medio alto ___ Medio bajo ___ Obrero ___ Marginal ___
Funcionalidad Familiar (test FF SIL)	Familia funcional: _____ Familia moderadamente funcional: _____ Familia disfuncional: _____ Familia severamente disfuncional: _____
Calidad de vida	Estado de ánimo: 0-15= Mejor nivel de salud. 16-30= Peor nivel de salud. Manifestaciones somáticas: 0-9= Mejor nivel de salud. 10-18= Peor nivel de salud

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 CHILPANCINGO, GRO.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL.

Instrucciones: A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
---	------------	-------------	---------	--------------	--------------

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia 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 diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás 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.					

La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y se considera:

70 a 57 puntos familia funcional

56 a 43 puntos familia moderadamente funcional

42 a 28 puntos familia disfuncional

27 a 14 puntos familia severamente disfuncional



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 3 CHILPANCINGO, GRO.

Cuestionario de calidad de vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL).

En los últimos 7 días.....

1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?
2. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?
3. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?
4. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?
5. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?
6. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
7. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?
8. ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?
9. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?
10. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
11. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?
12. ¿Se le han hinchado los tobillos?
13. ¿Ha notado que orina más a menudo?
14. ¿Ha notado sequedad de boca?
15. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?
16. ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?

¿Diría usted que su hipertensión y el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida?

Opciones de respuesta de los ítems:

No, en absoluto

Sí, algo

Sí, bastante

Sí, mucho.

0 = No, en absoluto; 1 = Sí, algo; 2 = Sí bastante; 3 = Sí, mucho.

El rango de puntuación va de 0-15 (mejor nivel de salud) a 16-30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y de 0-9 a 10-18 en la segunda.



Anexo 5

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE
LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA

FAMILIAR No. 3 CHILPANCINGO, GRO.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre	Edad	Sexo	Estado civil	peso	HAS		Escolaridad	Calidad de vida		Familia funcional	Familia disfuncional	Estrato socioeconómico
					C	N C		ea	ms			

Anexo 6

MÉTODO DE GRAFFAR

Variables	Puntaje	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica Media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

El método se basa en 4 variables, el puntaje va del 1 a 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable. Se suman las cantidades señaladas, calificando de la siguiente manera:
 Estrato socioeconómico alto: 04-06, estrato socioeconómico medio alto 07-09, estrato socioeconómico medio bajo 10-12, estrato socioeconómico obrero 13-16, estrato socioeconómico marginal 17-20.