

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**FUNCION FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO PARA EL CONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN PACIENTES DEL CENTRO DE
SALUD "EMILIANO ZAPATA" DEL MUNICIPIO. DE ECATEPEC, 2012.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MC. HECTOR MANUEL FIGUEROA MORA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN

ASESOR DE TESIS

E. EN MF. GONZÁLO HERNÁNDEZ MAGALLÓN

REVISORES DE TESIS

E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA
M. EN I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS
M. EN C. JUAN JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO

TOLUCA, MÉXICO

2013

**FUNCION FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO PARA EL CONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN PACIENTES EN EL CENTRO DE
SALUD "EMILIANO ZAPATA" DEL MUNICIPIO DE ECATEPEC, 2012.**

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.	5
I.1.- Familia	5
I.1.1. Introducción	5
I.1.2. Definición de Familia	5
I.2.- Antecedentes.	6
I.3.- Evaluación de Funcionalidad familiar	7
I.4.- Hipertensión Arterial Sistémica	8
I.4.1.- Definición de Hipertension Arterial Sistémica	8
I.4.2.- Clasificacion de la Hipertensión Arterial	8
I.4.3.- Epidemiología de la Hipertensión Arterial Sistémica	10
I.4.4.- Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Sistémica	11
I.5.- Relacion de Hipertensión Arterial Sistémica con Funcionalidad Familiar	13
I.6.- Cuestionario FACES III	17
I.6.1.- Parámetros del Cuestionario FACES III	17
I.6.2.- Tabla de evaluación del FACES III	18
I.6.3.- Clasificación de la Función Familiar Según FACES III	18
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	19
II.1 Argumentación.	19
II.2 Pregunta de Investigación.	19
III. JUSTIFICACIONES.	20
III.1 Académica.	20
III.2 Científica.	20
III.3 Social.	20
III.4 Económica.	22
IV. HIPOTESIS.	22
IV.1 Elementos de la Hipotesis	23
IV.1 Unidades de Observación	23
IV.2 Variables.	23
IV.2.1 Variable Dependiente	23
IV.2.2 Variable Independiente	23
IV.3 Elementos Logicos de Relacion.	23
V. OBJETIVOS.	24
V.1 Objetivo General.	24
V.2 Objetivo Especificos	24
VI.- MÉTODO.	25
VI.1 Tipo de estudio	25
VI.2 Diseño de estudio.	25
VI.3 Operacionalización de Variables	25
VI.4 Universo de Trabajo.	26
VI.4.1 Criterios de inclusión.	26
VI.4.2 Criterios de exclusión.	27
VI.4.3 Criterios de eliminación.	27
VI.5 Instrumento de Investigación.	27

VI.5.1 Validación del Instrumento	27
VI.5.2 Aplicación del Instrumento	27
VI.6 Desarrollo del Proyecto	27
VI.7 Limite de Espacio.	28
VI.8 Limite de Tiempo.	28
VI.9 Diseño de análisis.	28
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.	29
VIII. ORGANIZACIÓN	29
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
X. CUADROS Y GRÁFICOS	32
XI. CONCLUSIONES	45
XII. RECOMENDACIONES	46
XIII. BIBLIOGRAFÍA	47
XIV.- ANEXOS	50

I. MARCO TEORICO.

I.1 Familia

I.1.1- Introducción:

La familia: Para hablar de familia nos tendremos que adentrar a la creación de la humanidad, pues se empezó a formar desde los inicios de la misma, por lo cual podemos optar por varios y múltiples ejemplos de familia así como múltiples definiciones, podemos ejemplificar los tipos de familia que han existido al correr del tiempo de la siguiente manera.

La familia consanguínea: Todos los abuelos y abuelas en los límites de la familia son esposos y esposas entre sí, lo mismo sucede con sus hijos, es decir con los padres y las madres: los hijos de éstos forman, a su vez, un tercer círculo de cónyuges comunes; y sus hijos, los biznietos de los primeros, el cuarto. En esta forma de familia solo los ascendientes y descendientes, los padres y los hijos están excluidos entre sí de los derechos y de los deberes del matrimonio.

La familia punalúa: fue la primera organización de la familia y consistió en excluir a los padres y los hijos del comercio sexual recíproco, el segundo fue la exclusión de los hermanos.

La familia sindiásmica: aparece en el límite del salvajismo y la barbarie, cuando las prohibiciones del matrimonio se hicieron más drásticas y complicadas, las uniones por grupo fueron sustituidas por la familia sindiásmica. En el régimen de matrimonio por grupos, o quizá antes, ya se formaban parejas conyugales para un tiempo más o menos largo, el hombre tenía una mujer principal entre sus numerosas, y era para ella el esposo principal entre todos los demás.

La familia Monogámica: Constituye la última etapa de la prehistoria de la humanidad y marca el principio de la civilización, se funda en el predominio del hombre; su fin expreso es el de procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible, esta se exige por que los hijos heredaran los bienes de su padre.

I.1.2.- Definiciones de familia:

Real Academia de la Lengua Española: “Grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes” y como “Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.

Derecho Civil: conjunto de personas, entre las cuales existen vínculos jurídicos independientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación.

Organización Mundial de la Salud (OMS): miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Censo canadiense: Consiste en un marido, una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo.

Censo Estadounidense: Grupo de 2 o mas personas que viven juntos y que tienen relación entre sí consanguíneamente, por el matrimonio o adopción.

Definición sociológica: Grupo social primario de a sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo dota a éste de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Podríamos continuar con las definiciones de familia, las cuales son bastas, según algunos autores o diferentes corrientes ideológicas. Pero estas son las principales.

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido tres tipos de familia:

Familia Nuclear: Es la unidad básica que se compone de esposo (padre), Esposa (madre) e hijos. Estos pueden ser descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados.

Familia extensa: se compone de mas de una unidad nuclear, se extiende mas allá de 2 generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluyen padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

Familia extensa compuesta: Familia compuesta por el padre, la madre, los hijos algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (compadres, amigos).

Según su funcionalidad encontramos 2 tipos de familias:

Funcionales: las cuales cumplen todas sus funciones, además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes, expresado éste en una mejor atención de problemas relacionales y de dinámica familiar en sus diferentes áreas, y según sus interacciones personales.

Disfuncionales: son las familias que en menor o mayor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tiene asignadas.

I.2.- Antecedentes.

La historia de la medicina familiar en el mundo comienza en Estados Unidos de Norteamérica con el informe del Ad Hoc Committee on Educaction for Family Practice of the American Medical Association Council on Medical Education, presidido por William R. Willard, que abogó por la formacion de la medicina familiar como especialidad. Para poder hablar de estado de salud adecuado se

necesita tener en cuenta el modo de vida del individuo, sus condiciones y su estilo de vida. El hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, el modo de vida familiar.¹

La familia es un sistema, el cual a su vez se subdivide en subsistemas: estas subdivisiones son: el subsistema conyugal (padre y madre) fraterno-filial (padres e hijos), y fraternal (hermanos) los cuales unidos forman parte de un todo y que para su correcto funcionamiento es necesario que existan interacciones. Todas las familias presentan características que las hacen diferentes ó parecidas unas a otras como son su composición, desarrollo, demografía, ocupación, integración. Pero hay otras características fundamentales para poder evaluar la dinámica familiar: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianzas, expresión de afectos, modos y normas de salud.²

La familia para su adecuada interacción exige el cumplimiento de las funciones básicas como son cuidado, afecto, status, socialización y reproducción.³

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos.³

Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Por lo que la disfunción familiar puede definirse como la incapacidad de la familia para cumplir con sus funciones básicas que le están encomendadas dentro del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno es decir, cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado mayor del mismo.⁴

I.3 Evaluación de Funcionalidad Familiar.

Para la evaluación de la funcionalidad familiar existen diversos enfoques: Tipología familiar de Cantor y Lehr (1975), niveles de funcionamiento de Beavers (1977), modelo de McMaster(1978), modelo de Esferas Básicas (Westley y Epstein), Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de Olson, Russell y Sprenkle, Universidad de Minnessotta (1979), Mc Cubbin, Larsen y Olson en 1981 desarrollaron el Modelo de Ajuste y Adaptabilidad Familiar. APGAR, Creado por Smilkstein en la Universidad de Washington en 1978. Inventario de Evaluación Familiar de California (CIFA) (1989, 1992, 1996). Escala de Evaluación Familiar de North Carolina (NCFASV 20). Escala de evaluación de la funcionalidad familiar de Joaquina Palomar. Escala de interacción familiar de Iowa, Melby (1990). Family Assessment Device(FAD), Self-report Family Inventory(SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale(FES), Family Functioning Index(FFI), Family Functioning

Questionnaire(FFQ), y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III). Escala de Estilo de funcionalidad familiar de Durst, Trivette y Deal (1990). Inventario Familiar de Evaluación Multidimensional, de Jacob y Windle (1999). Escala de evaluación global de funcionamiento relacional (GARF, EU). Modelo de funcionamiento familiar de Patricia Arés (1990). Modelo de evaluación psicológica de Patricia Arés (2002) Cuba. Prueba de evaluación de las relaciones interpersonales en la familia (FF – SIL, 1994. Cuba). Modelo teórico - metodológico de evaluación de la salud familiar (Isabel Louro Bernal, 2004. Cuba). Inventario de las características de familias en riesgo (ICFR, 2004. Cuba).⁵

I.4.- Hipertensión Arterial Sistémica

I.4.1 Definición de Hipertensión Arterial Sistémica.

La hipertensión arterial (HAS). Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS), el límite para definir a una persona como hipertensa, es más de 140 mm Hg en la presión sistólica y/o una elevación mayor de 90 mm Hg en la diastólica.⁶

I.4.2.- Clasificación de la Hipertensión Arterial.

Aunque la Norma Oficial Mexicana (NOM) se basa en el sexto Informe sobre Hipertensión Arterial (Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII)⁶, en el año 2006 se publicó el séptimo informe que clasifica la T/A en los adultos mayores de 18 años ⁷:

Estadio	Presión Sistólica	Presión Diastólica
Normal	Menor de 120 mmHg	Menor de 80 mmHg
Pre hipertensión	120-139 mmHg	80-89 mmHg
Estadio 1	140 – 159 mmHg	90 – 99 mmHg
Estadio 2	Mayor de 160 mmHg	Mayor de 110 mmHg

Sin embargo se deben tener en cuenta algunas recomendaciones antes de catalogar a una persona como portadora de HTA:

Es necesaria la confirmación de que la elevación de la presión arterial sea verdadera, es decir, descartar que factores externos pudieran ocasionar la elevación transitoria de la presión arterial en un momento dado, tales como esfuerzo físico o mental previo reciente, ingesta de café, té, o cualquier otra sustancia estimulante en por lo menos una hora previa a la toma de la presión arterial; el tipo de personalidad también debe considerarse (hay personas muy ansiosas o aprehensivas que al llegar al consultorio, el simple hecho de estar ahí, y ver o hablar con el médico les condiciona tal estrés que puede favorecer una elevación transitoria de la presión arterial, sin que necesariamente se trate de hipertensión arterial sostenida conocida como hipertensión de bata blanca. Cuando se detecten cifras de presión arterial limítrofes o levemente elevadas,

independientemente de la causa, debe ser un motivo de búsqueda intencionada para integrar el diagnóstico de Hipertensión Arterial. El monitoreo ambulatorio de la presión arterial es una alternativa útil para los casos limítrofes o con sospecha de HAS de bata blanca o reactiva. Así mismo, la enseñanza de la auto-medición de la presión arterial al paciente ha demostrado ser de utilidad, sin embargo, en algunos individuos puede despertar actitudes de ansiedad y obsesión.⁸

La hipertensión arterial tiene especial importancia, no sólo por constituir una de las primeras causas de morbi-mortalidad, sino por las dificultades que enfrentan tanto el médico como el paciente para llevar a cabo apego a su tratamiento, lograr su control de cifras tensionales y retardar sus complicaciones.⁹

Se sabe que además de la toma de medicamentos, se requieren otras medidas de control, en primer lugar un régimen dietético adecuado, el control de peso en caso de sobrepeso u obesidad, una actividad física adecuada, entre otras. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica. Es decir, la atención médica del paciente hipertenso, se debe individualizar en cada uno de ellos, mejorando su calidad de vida, y estableciendo medidas que favorezcan el control de la enfermedad, y a su vez, tratar de mejorar al máximo las posibilidades que le permitan una mejor calidad de vida, a pesar de su padecimiento. En esto, incluimos a la familia como una parte fundamental de el adecuado control de cifras tensionales.⁹

La Hipertensión Arterial Sistémica (HTA) comenzó a ser estudiada en el siglo XIX, y los trabajos se orientaron principalmente al reconocimiento y descripción de las lesiones anatomopatológicas en distintos órganos paralelamente, los intentos para medir la presión arterial. Bright, en 1827, describió las lesiones renales y las relacionó con anomalías cardiovasculares.¹⁰

Potain en 1875, con un instrumento estimaba la presión sistólica a través de la compresión del pulso, Riva-Rucci describió por vez primera el manguito inflable con el cual podía medir la presión arterial sistólica en el brazo, y Korotkoff (1904) describió el método auscultatorio, con lo cual se logró medir la presión arterial diastólica.¹⁰

La posibilidad de medir en forma reiterada la presión arterial con un esfigmomanómetro abrió paso rápidamente a la comprobación de que la presión arterial elevada tenía consecuencias fatales; en 1913, Janeway reportó la causa de muerte en 212 individuos hipertensos: 33% por cardiopatía, 24% por accidente cerebrovascular y 23% por insuficiencia renal.¹⁰

A pesar de ésta y otras observaciones, no se generó en la comunidad médica una real preocupación por el aumento de la presión arterial hasta 1925, cuando las compañías de seguros de los EE.UU. publicaron su experiencia con 560.000 hombres asegurados, señalando por primera vez en forma significativa que la hipertensión arterial disminuía la expectativa de vida.¹⁰

Esta conclusión básica impactó en la comunidad médica y estimuló la puesta en marcha de programas de seguimiento a largo plazo con la finalidad de conocer la historia natural de la hipertensión arterial. Entre ellos, merecen destacarse tres estudios que incluyeron 1781 individuos de ambos sexos, con un rango de seguimiento entre 10 y 32 años; sus más importantes conclusiones publicadas en los años 50 fueron:

1. La hipertensión en gente joven implica un peor pronóstico.
2. A mayor presión menor expectativa de vida.
3. Cuando a la hipertensión se le asocia daño orgánico, el pronóstico es más sombrío.¹⁰

Promediando el siglo se pueden señalar 2 acontecimientos que sin lugar a duda marcarían un antes y un después en la historia de la hipertensión arterial.¹⁰

En 1948 comienza el Framingham HeartStudy, un estudio epidemiológico longitudinal en una población general para determinar la prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. Entre sus méritos más sobresalientes debe señalarse haber sido el primer estudio que destacó la naturaleza multifactorial de la enfermedad cardiovascular, sentando las bases para la prevención y haber demostrado en forma inequívoca la importancia de la presión sistólica elevada como factor de riesgo cardiovascular. Aún hoy, habiendo transcurrido más de medio siglo, sigue aportando datos valiosos al conocimiento de las patologías cardiovasculares. El otro acontecimiento de indudable importancia fue la posibilidad de disponer de terapéutica antihipertensiva oral: hidralazina y hexametonio; poco tiempo después se agregó reserpina y diuréticos tiazídicos.¹⁰

La relación demostrada entre hipertensión arterial y morbimortalidad cardiovascular unido a la disponibilidad de drogas efectivas para descender la presión arterial, fueron los fundamentos para la puesta en marcha de los estudios de investigación dirigidos a evaluar distintos aspectos del tratamiento, que dieron comienzo en la década del 70 y se continúan hasta la actualidad.¹⁰

I.4.3 Epidemiología de la Hipertensión Arterial Sistémica.

En las últimas 5 décadas se ha observado, un importante incremento en la incidencia de enfermedades no transmisibles, principalmente debido, al aumento en la esperanza de vida de la población en general, aunado a estilos de vida no saludables lo que ha constituido, un verdadero problema de salud para todos los países, y que se traduce, en el incremento de la morbi-mortalidad, y disminución potencial de años productivos de vida, la HAS tan solo en México afecta al 30.8% de la población de entre 20 y 69 años de edad.¹¹

La hipertensión arterial sistémica es uno de los padecimientos crónicos no transmisibles, con más prevalencia en México como en toda Latinoamérica a la que deben enfrentarse los médicos de la atención primaria de la salud (APS). En

la actualidad, afecta a más de 1 billón de personas en el mundo, y más que una enfermedad, es un factor de riesgo con fatales consecuencias cardiovasculares y cerebro-vasculares si no se controla, es un problema de salud pública, que ocasiona complicaciones renales, oftalmológicas y la muerte. Ante esta situación, es indispensable establecer lineamientos adecuados y uniformes de atención, que sólo se lograrán con el trabajo conjunto y ordenado, de un gran número de profesionales de la salud.¹²

Su sintomatología en la mayor parte de las veces en sus etapas iniciales no se presenta, pero conforme avanza el daño a órganos blanco va a ser más notorio. La hipertensión arterial es un padecimiento que se presenta en personas sedentarias, además de que su prevalencia se incrementa con la edad,¹³ influyen también factores genéticos y sujetos con exceso de grasa corporal. En México la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 reportó que aproximadamente 15 millones de adultos la padecen y que mueren 200 000 de ellos al año por complicaciones.¹⁴

La gran mayoría de los pacientes presenta hipertensión arterial primaria ó esencial la cual es de origen multifactorial y solo un pequeño porcentaje presenta hipertensión arterial secundaria a una causa determinada, por ejemplo feocromocitoma, hipertiroidismo.¹⁵

A pesar de los avances en cuanto a la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial, ésta sigue siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países. Por lo que se encuentra, desde hace años en la lista de afecciones a controlar, dada la alta morbi-mortalidad nacional y mundial. Aunque se dispone de fármacos eficaces para su tratamiento, y de numerosos programas científicos de formación y actualización, la realidad es que, solo se controla un porcentaje bajo de pacientes, según las cifras consideradas normales en la actualidad, por citar alguno, en los Estados Unidos de Norteamérica sólo una cuarta parte de los pacientes con HAS se encuentran controlados.¹⁵

1.4.4. Fisiopatología de la Hipertensión Arterial Sistémica.

Son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en el origen de la hipertensión arterial esencial: el incremento en la actividad del sistema nervioso parasimpático tal vez relacionado con la excesiva exposición al estrés psicosocial, es decir, el impacto de la vida moderna, el incremento de la producción de hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras, la alta ingesta de sodio, la inadecuada ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o inadecuada actividad del sistema renina angiotensina aldosterona, la deficiencia de vasodilatadores como las prostaciclina, el óxido nítrico y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kinina-kalikreína que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio, las anomalías en los vasos de resistencia: la disfunción endotelial el incremento del estrés oxidativo, la remodelación vascular y la reducción de la complacencia vascular.¹⁵

Genética. La hipertensión arterial esencial es un síndrome de compromiso multifactorial, poligénico y familiar, entre las raras formas de hipertensión arterial, la mayoría relacionadas con la regulación renal del sodio y el manejo del agua figuran: el síndrome de Liddle, el pseudohermafroditismo masculino y femenino, el síndrome de Gordon, la hipertensión debida a feocromocitoma, también hay relación con los genes del sistema renina angiotensina aldosterona como la variante M235T en el gen de angiotensinógeno, el cual se asocia con el incremento de los niveles de angiotensinógeno circulante y elevación de la presión arterial.¹⁵

Sistema nervioso simpático. El incremento de la actividad del sistema nervioso central incrementa la presión sanguínea y contribuye al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial a través de la estimulación del corazón, vasculatura periférica y riñones ocasionando el incremento del gasto cardíaco, incremento de las resistencias periféricas y en la retención de agua y sodio, un factor que pudiera contribuir a este mecanismo fisiopatológico es el desbalance autonómico.¹⁵

Reactividad vascular. Los pacientes hipertensos presentan una respuesta mayor a la infusión de norepinefrina que en los controles normotensos.¹⁵

La exposición al estrés incrementa la actividad simpática y su repetida activación induce vasoconstricción arteriolar, lo que origina hipertrofia vascular y en consecuencia incremento progresivo de las resistencias periféricas y de la presión arterial.¹⁵

Remodelación vascular y arterioesclerosis. Las resistencias periféricas elevadas en los pacientes hipertensos esta relacionadas con la disminución en el número de vasos y disminución en su luz sin incrementar el grosor de la pared arterial.¹⁵

La presión sistólica y la presión de pulso se incrementan con la edad, debido a la pérdida de elasticidad en las grandes arterias, la arterioesclerosis de estas arterias resulta en calcificación, depósitos de colágeno, hipertrofia de células musculares lisas, así como fragmentación de fibras elásticas de la capa media además de alteraciones funcionales debidas a disminución del óxido nítrico, el endurecimiento arterial contribuye a la ampliación de la presión diferencial o presión de pulso en los ancianos.¹⁵

Acido Úrico. La hiperuricemia se asocia con vasoconstricción renal y se correlaciona positivamente con la actividad de la renina plasmática.¹⁵

Angiotensina II y estrés oxidativo. La hipertensión arterial crea un círculo vicioso de retroalimentación donde la hipertensión activa el sistema, y este produce mayor hipertensión.¹⁵

Aldosterona. Mineralocorticoide que actúa en el epitelio renal y en otros epitelios incrementando la reabsorción de sodio y la excreción de potasio e iones hidrógeno, el agua retenida junto con el sodio causando expansión del volumen

extracelular, es el mineralocorticoide mas importante teniendo acciones autócrinas y paracrinas en el corazón y en la vasculatura estimulando la fibrosis intra y perivascular además de la fibrosis intersticial en el corazón.(15)

Endotelina. El estrés, la hipoxemia, las catecolaminas y la angiotensina II estimulan la producción vascular de las endotelinas , la endotelina 1 produce contracción de la vasculatura, contracción del mesangio, inhibición de la reabsorción de sodio y agua por la nefrona , además estimula la secreción de aldosterona por las glándulas adrenales, produciendo vasoconstricción de la arteriola renal aferente se postula que la endotelina participa en mecanismos que conducen a la hipertensión arterial, principalmente en pacientes con enfermedad renal crónica.¹⁵

Enfermedad renal microvascular. El desarrollo de la hipertensión arterial inicia con pequeños daños renales subclínicos que conducen a un desarrollo selectivo de una arteriopatía aferente y enfermedad túbulo intersticial. Estos factores resultan en vasoconstricción renal, la cual puede evolucionar a isquemia renal, El daño renal estimula la generación local de angiotensina II, la cual da lugar al desarrollo de enfermedad renal microvascular con efectos glomerulares manifiestos al incrementar la resistencia arteriolar eferente, además de reducir el coeficiente de ultrafiltración y reducir la excreción de sodio lo cual conduce a la hipertensión arterial.¹⁵

El estrés es también un factor importante para la descompensación de enfermedad, el investigador húngaro Hans Seyle en 1934, al estudiar el efecto de extracto ovárico en ratas descubrió el síndrome de adaptación general, el cual lo definió como el proceso bajo el cual el cuerpo confronta el estrés y consta de tres etapas universales : primero hay una señal de alarma a partir de la cual el cuerpo se prepara para la defensa o huída, una segunda etapa que consiste en la resistencia para poder sobrevivir a la primera, finalmente si la duración del estrés es suficientemente prolongada entra en la tercera etapa que es de agotamiento.¹⁶

I.5 Relación de Hipertensión Arterial Sistémica con Funcionalidad Familiar.

Los sucesos diarios, lo cotidiano, nos obligan a adaptarnos con mayor o menor éxito a las situaciones estresantes, pero a veces, sin ser conscientes de ello, estamos ante estímulos que requieren de nosotros un gran esfuerzo, suponen una fuerte demanda y aquí nos enfrentamos a un estrés que es posible que provoque respuestas físicas y psicológicas que nos originen problemas de salud. Además el estrés puede incrementar la secreción de catecolaminas, aumentar la frecuencia cardíaca y la presión arterial.¹⁶

Por otra parte, es importante recordar que la HAS, es una enfermedad silenciosa que frecuentemente pasa inadvertida, a pesar de los riesgos que tienen los individuos de padecerla, sin ser controlada, que además están expuestos a sus complicaciones en forma temprana, por lo que es importante integrar el diagnóstico médico, iniciar el tratamiento integral es básico para el médico y se

cree que es importante identificar la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia, logrando que el médico familiar otorgue una atención más integral enfocándose no únicamente en el padecimiento físico del paciente, sino conocer el entorno familiar en que se encuentra el paciente y tomar como base la funcionalidad familiar. Los médicos de familia tienen a su disposición, para el manejo de los pacientes hipertensos estudios paraclínicos, tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico, el ejercicio, sesiones educativas para la salud, nutriólogos, certificados de incapacidad y derivación a segundo nivel, a pesar de todo esto, el control del paciente con hipertensión es por lo regular malo, lo cual se puede comprobar con los múltiples ingresos a urgencias por problemas y complicaciones relacionadas a la hipertensión.¹⁷

Cabe agregar, que la aparición de una enfermedad aguda, crónica ó terminal, en alguno de los miembros de la familia, puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento, como en su composición. Pudiendo considerar a la enfermedad como una crisis paranormativa, dada la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, y que se traduce e impacta, en cada uno de sus miembros.¹⁸

Además de otorgar atención médica la principal función del médico especialista en medicina familiar es la promoción a la salud y la prevención de enfermedades, así como tener el conocimiento de las familias que se encuentran bajo su cargo: tipo de familia, su funcionalidad, factores de riesgo no solo orgánicos sino también inherentes a las funciones de la familia. El médico de familia, por lo regular no realiza estudios de salud familiar, cuando éste debe ser la piedra angular para abordar las patologías de su población adscrita, detectar factores de riesgo ya sea genéticos, psicológicos sociales a los cuales están expuestos y de esta manera incidir para su modificación. Esta situación requiere, un apoyo importante por parte de la familia que lo ayude en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones, y en la ejecución de acciones adecuadas.¹⁹

Como padecimiento crónico, la HAS es un evento estresante, con altas probabilidades de ser, emocionalmente difícil para el enfermo. Por lo que, el apoyo familiar es clave para el control de las cifras tensionales del enfermo con HAS a través del apego al tratamiento y su cumplimiento. Este apoyo, tiene su base en las redes sociales, y deriva de las relaciones interpersonales familiares, o de parejas.²⁰

Así mismo, la familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, formado por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar vinculados por lazos, ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es la responsable, de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa, y depende del contexto en el que se ubique. Ahora bien, para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere una educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control de la hipertensión.²⁰

En medicina familiar, es importante, establecer el diagnóstico de salud de los grupos familiares, y debe considerarse que es más apropiado preocuparse por definir el grado de funcionalidad familiar. Es obligación del médico, fomentar en la familia, la idea de la autorresponsabilidad en la salud de éste colectivo y de sus miembros, así como, desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico familiar que no aproveche estas posibilidades no ejerce eficazmente sus funciones.²⁰

En cierta forma, la evaluación de la familia, es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede decir, es el proceso fundamental para realizar acciones preventivas de promoción a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejos y tratamientos, y en su caso, rehabilitación ó paliación a la enfermedad. Así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud, ó aparición de enfermedad, control y seguimiento entre sus miembros.²¹

Para reafirmar este criterio, nos apoyamos en la definición de salud, realizada por la Organización Mundial de Salud (OMS), donde se concibe a ésta, no sólo como ausencia de enfermedad física, sino también, como el bienestar psicológico y social. Además menciona, que uno de los fines principales de cada país, debe ser el incremento en el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud".²²

Sin embargo, para hacer un análisis del funcionamiento familiar, es necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. (por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo).²²

A su vez, considerar a la familia como sistema, implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se debe ver como una suma de individualidades, sino como, un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales, tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), siendo un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfunción de la familia como sistema. Así pues, el enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto, por el de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, siendo esto, lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares, y por tanto, a las posibles causas de disfunción familiar.²²

Siempre que aparece un síntoma, como puede ser por ejemplo la enuresis, ó la descompensación de una enfermedad crónica, éste puede ser tomado, como un indicador de una disfunción familiar, y hay que ver al paciente, no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.²³

Sin embargo, la familia como sistema, juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino también en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Esto va a depender, de si la familia es funcional ó no, y cuenta con los recursos adecuados de soporte social.²³

Por su parte, el modelo de medicina familiar actual, no tiene una delimitación clara entre aquellos problemas de salud individual de los miembros de la familia, y la salud del conjunto, ó del grupo familiar propiamente dicho.²³

Por lo anterior, se denomina familia funcional, cuando es capaz de cumplir sus funciones básicas que le están encomendadas de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre, y en relación con las demandas que percibe de su entorno, o cuando la familia, es capaz de manejar adecuadamente el estrés. A su vez, cuando una familia no puede ejercer estas funciones, utilizamos el término de familia disfuncional. Por tanto, cuando la familia pierde la capacidad funcional, ocurren alteraciones en el proceso salud enfermedad.²⁴

A la hora de hablar de función familiar, encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que la miden. Algunos autores plantean, que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros la refieren, como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. En suma, no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que se reajusta constantemente. Esto hace, que en la evaluación de la función familiar, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta, y solo se midan aspectos parciales. El mero hecho de utilizar un instrumento para detectar disfunción familiar, no garantiza por sí mismo la mejor salud de los pacientes y sus familias. Una vez establecido el diagnóstico debe intervenir sobre las familias, para lo cual, lo primero que hace falta son conocimientos, actitudes y habilidades para ello.²⁵

A partir de los años sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, se fundamentó en la denominada Teoría General de los Sistemas, que observa la interacción dinámica, lo que le acontece a uno, afecta al otro y al grupo.²⁵

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo que, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional, por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes, que dificultan el desarrollo

psicosocial de sus miembros, su adaptación, y la resolución de conflictos. Así pues, en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional, es de aproximadamente 77%.²⁶

De igual forma, debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares, y otras situaciones que modifican la dinámica familiar, ya que la cooperación, y la participación de todos los miembros de la familia, es necesaria para alcanzar de nuevo, el equilibrio de la salud familiar. El impacto de la función familiar sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables como en: la mortalidad de los viudos, el control de la presión arterial, ó diabetes, ó la adherencia a tratamientos.²⁷

I.6.- Cuestionario FACES III.

Uno de los modelos con mayor relevancia en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Rusell(1979), teniendo como respaldo este modelo, se desarrollo el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) en 1980. Desde ese momento han surgido cuatro versiones dentro de las cuales se encuentra el FACES III que evalúa la cohesión y la adaptabilidad. La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia en este caso) tienen entre sí y la adaptabilidad es la habilidad de dicho sistema para cambiar.²⁷

I.6.1.- Parámetros del cuestionario FACES III.

El FACES III es un instrumento de autoaplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.²⁷

Clasifica a la familia según la cohesión en: Disgregada 10 a 34, Semirrelacionada 35 a 40, Relacionada 41 a 45, Aglutinada 46 a 50.²⁷

De acuerdo a la adaptabilidad la familia puede ser: Caótica de 29 a 50, Flexible de 25 a 28, Estructurada 20 a 24 y Rígida 10 a 19.²⁷

Las respuestas que se obtengan, se sumarán y se tomaran como referencia para hablar de la funcionalidad familiar.²⁷

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares.²⁷

De acuerdo a Aquilino Polaino-Lorente, la escala FACES III fue creada para ser administrada a cualquier familia a todo lo largo del ciclo vital, desde los matrimonios recién formados sin hijos hasta los matrimonios mayores en etapa de retiro y cuyos hijos ya no viven en el hogar.²⁷

I.6.2 Tabla de Evaluación del FACES III.

		Cohesión			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Adaptabilidad	Caótica 29 a 50	Caóticamente Disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente Relacionada	Caóticamente Aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente Disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente Relacionada	Flexiblemente Aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente Disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente Relacionada	Estructuralmente Aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada	Rígidamente Semirrelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada

I.6.3.- Clasificación de la Función Familiar según la Escala FACES III

En este cuadro los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claro como disfunción leve y los espacios en blanco son familias funcionales.²⁸

Un estudio realizado por Marín y Col. en el año 2001 en Durango, de casos y controles en 80 pacientes mayores de 35 años con diagnóstico establecido de hipertensión arterial, encontraron que el apego al tratamiento se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo.²⁸

Rodríguez et al en el año 2004 realizó en el HGZ 53 del estado de México un estudio transversal para evaluar la disfunción familiar en 226 pacientes con insuficiencia renal crónica, utilizando la escala APGAR familiar y el Test de Holmes observó que el 41% de los pacientes pertenecían a una familia disfuncional y concluyeron que la funcionalidad familiar es un factor que influye en la asistencia del enfermo.²⁸

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1.- Argumentación.

La Hipertensión arterial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana en México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural es del 13 al 21%. El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con Hipertensión arterial sistémica aumenta su esperanza y calidad de vida.

Las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar en morbilidad y mortalidad del paciente adulto en todo el mundo y México no escapa a esta circunstancia. Se estima que existen en el mundo 600 millones de personas que padecen HTAS, de éstos, 420 millones (70%) corresponden a países en vías de desarrollo. La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad arterial coronaria y accidente vascular cerebral. Se calcula que ~ 1.5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a HTAS. Para poder generar estrategias de salud que confronten de manera directa y eficaz este grave problema de salud pública.

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

Cuando la familia se “enferma”, se utiliza el término de familia disfuncional por que ésta se hace ineficiente y no puede ejercer sus funciones; el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad, así como en el adecuado control de enfermedades crónicas-degenerativas, como la Hipertensión arterial. Se ha observado que los enfermos que perciben apoyo por parte de su red social tienen mayor cantidad de conductas de autocuidado, lo cual se ha vinculado con un mejor control, con cifras tensionales bajas.

Se ha demostrado en algunos estudios que la funcionalidad familiar es directamente proporcional al control de la hipertensión arterial sistémica, describiendo la literatura “las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control sobre las enfermedades cardiovasculares, refiriendo que las familias con cohesión familiar es más adecuado el control de las cifras de la tensión arterial”

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Es la función familiar un factor asociado en el descontrol de la Hipertensión Arterial?

III.- JUSTIFICACIONES.

III.1 Académica.

En la actualidad alrededor de 5.1 millones de personas tienen diabetes y 15.1 millones de mexicanos tienen algún grado de hipertensión arterial (ENSA 2000). Aunado a lo anterior el aumento de la esperanza de vida y la elevada frecuencia de los factores de riesgo determinan el incremento de la prevalencia de estas enfermedades y sus complicaciones.

III.2 Científica.

Los estudios epidemiológicos realizados en el campo de los trastornos cardiovasculares han permitido identificar, a través de metodologías correlacionales, un conjunto de variables denominadas "Factores de Riesgo" relacionadas con la mayor incidencia de dichos trastornos. Estos factores indican que las determinantes de las enfermedades de este tipo son complejas y multicausales.

Hipertensión arterial

La elevación de las cifras de Presión Arterial (PA) por encima de los valores normales es uno de los problemas de salud más frecuentemente observados en la población mexicana y con el cual se enfrenta diariamente el personal de salud.

A pesar de que desde la década de los 50's se sabía que la Hipertensión Arterial (HTA) intervenía en el aumento de la morbilidad cardiovascular en los países desarrollados, fueron los estudios realizados en las décadas de los 60's y 70's los que claramente mostraron la relación entre hipertensión y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos blanco: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos. Como consecuencia de este hecho se produjo un gran estímulo a la investigación en aspectos epidemiológicos y básicos, tales como sus mecanismos fisiopatológicos.

III.3 Social.

De acuerdo a datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud, entre 1994 y 1999, las enfermedades cardiovasculares y dentro de ellas la HTA se consideran como un problema de salud prioritario en América, con enormes repercusiones sociales y económicas. Esto es aún más evidente si se considera el hecho que más de un 30% de pacientes, cuando buscan atención médica por HTA o son detectados por el equipo de salud en centros de atención, ya presentan complicaciones y daño de los órganos blanco, lo que se explica en parte por ausencia de sintomatología en sus fases iniciales, de ahí su connotación de "asesino silencioso".

Las medidas dirigidas a toda la población con el objetivo de disminuir las cifras

medias de tensión arterial (prevención primaria) pueden tener efectos en la morbilidad de enfermedades asociadas a la HTA, por ejemplo: una disminución de un 4% en la cifra de tensión arterial se acompaña con la disminución del 9% de la mortalidad por cardiopatía isquémica y de un 20% por accidente vascular cerebral.

La hipertensión arterial incrementa el trabajo a que es sometido el corazón, aumenta el riesgo de accidente vascular cerebral, ataque cardíaco, enfermedad renal, etc. Cuando la hipertensión se acompaña de obesidad, tabaquismo, dislipidemias o diabetes, el riesgo aumenta notoriamente.

En la ENSA 2000 se ha demostrado que el control de la hipertensión se estima en una tasa de hipertensos conocidos del 14.3%, sin tratamiento 30.4% y una tasa de hipertensos controlados del 36%. Se señala además que sólo el 29% de los hipertensos esenciales mexicanos, tratados farmacológicamente, están controlados óptimamente (presión arterial menor de 140/90 mmHg).

Existe obesidad en el 46.3% de la población mexicana mayor de 20 años de edad, factor de riesgo que se asocia frecuentemente con la hipertensión arterial. Existe además diabetes mellitus en el 16.5% de los hipertensos.

Los principales factores causales relacionados con estas enfermedades son: dislipidemias, obesidad, tabaquismo, hipertensión, diabetes y resistencia a la insulina.

Uno de cada dos hipertensos desconocen su enfermedad; es una alteración progresiva, cuyo control requiere cambios permanentes en cuanto a actividad física, alimentación saludable y control de peso.

El interés por estudiar en forma sistémica y científica a las familias se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso salud-enfermedad, con este enfoque el individuo deja de ser visto como un ente exclusivamente biológico y los factores psicológicos y sociales cobran interés, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo. El buen funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de una enfermedad así como el adecuado control de enfermedades crónico-degenerativas.

La familia, como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorablemente o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales desempeñadas por el grupo familiar son de suma importancia. A carencia de estudios en nuestro medio sobre la funcionalidad familiar y el control de la hipertensión arterial se realiza la comparación en pacientes con buena o deficiente funcionalidad familiar y el control de las cifras tensionales.

III.4 Económica.

La Hipertensión Arterial Sistémica es una enfermedad crónica, multifactorial, compleja, en la cual las pérdidas económicas son de grandes dimensiones tanto económicas, sociales, psicológicas y Familiares. Ocasionando esto una enorme pérdida en todos los aspectos.

IV.- HIPOTESIS

La funcionalidad familiar se encuentra en relación con el control de enfermedades crónico-degenerativas como lo es la hipertensión arterial y cuando esta falla, se crea un ambiente el cual puede contribuir a que los parámetros de control decaigan, obteniendo como resultado un descontrol de la Hipertensión arterial sistémica, teniendo en cuenta otros factores como la edad, sexo y tipología familiar de los pacientes estudiados.

IV.1 Elementos de la Hipótesis

IV.1.1 Unidades de observación.

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial Sistémica en el Centro de Salud Emiliano Zapata, en el Municipio de Ecatepec de Morelos, Edo. De México.

IV.2 Variables

Factores Asociados

IV.2.1 Dependiente:

Factores Asociados
Hipertensión Arterial

IV.2.2 Independiente:

Hipertensión Arterial
Edad
Sexo
Tipología Familiar
Funcionalidad Familiar.

IV.3. Elementos Lógicos de relación:

Entre, Los, a.

V. OBJETIVOS.

V.1 Objetivo General

Identificar la disfuncionalidad familiar en los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica y su relación.

V.2 Objetivos Específicos:

Registro por Genero.

Registrar por rubros de edad.

Registrar la tipología Familiar.

Registrar los medicamentos antihipertensivos mas utilizados.

Registrar de los parámetros de Toma de Presión Arterial.

Determinar la relación entre los pacientes con control de la Presión Arterial sistémica y la funcionalidad familiar.

Determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y los pacientes con descontrol de Presión arterial.

Relacionar la funcionalidad Familiar con el control de la Hipertensión Arterial Familiar.

VI.- MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio.

Estudio observacional, descriptivo y transversal

VI.2 Diseño del estudio.

A cada una de las unidades de observación se les realizó el instrumento FACES III, se realizó revisión de expediente y tarjeta de control de pacientes con Hipertensión arterial sistémica. Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

VI.3 Operacionalización de variables.

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Tipo de medición	Indicadores	Item
Genero	Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales	Mujeres y Hombres	Cualitativa Nominal	1)Masculino 2)Femenino	1
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa discreta	1) 20 a 29 años 2) 30 a 39 años 3) 40 a 49 años 4) 50 a 59 años 5) 60 a 69 años 6) 70 a 79 años 7) mas de 80 años	2
Tipología Familiar	Unidad microsociaI totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura.	Tipo de familia en base a: Estructura Desarrollo Integración Demografía Ocupación	Cualitativa	1) Estructura - Nuclear - Extensa -Extensa Compuesta - Monoparental 2) Desarrollo - Primitiva - Tradicional - Moderna 3) Integración - Integrada - Semi-integrada - Desintegrada 4) Demografía - Urbana - Rural - Suburbana 5) Ocupación - Campesina - Obrera - Empleada - Profesional - Comerciante	3

Hipertensión arterial Sistémica	Elevación sostenida de la presión arterial sistólica y diastólica o ambas	Presión arterial mayor de 140/90	Cualitativa	1) Mayor de 149/90 2) Menor de 139/89	4
Familia Funcional	Sistema familiar que cumple mínimamente la tarea de procurar las condiciones para que todos sus miembros se puedan desarrollar de manera física, emocional, intelectual y social.	Familia que cumple sus roles adecuadamente	Cualitativa	1) flexiblemente Semirelacionada. 2) Flexiblemente Relacionada. 3) Estructuralmente relacionada. 4) Estructuralmente Relacionada.	5
Familia Disfuncional	Patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas	Familia que no cumple sus roles adecuadamente	Cualitativa	1) Caóticamente Disgregada. 2) Caóticamente Semirrelacionada. 3) Caóticamente relacionada. 4) Caóticamente Aglutinada. 5) Flexiblemente disgregada. 6) Flexiblemente aglutinada. 7) Estructuralmente Disgregada. 8) Estructuralmente Aglutinada. 9) Rígidamente Disgregada. 10) Rígidamente Semirelacionada. 11) Rígidamente Relacionada. 12) Rígidamente Aglutinada.	6

VI.4 Universo de Trabajo:

El estudio se realizó en el Centro de Salud Emiliano Zapata, perteneciente al municipio de Ecatepec de Morelos, en donde se estudio una población de 104 pacientes, formada por 104 hombres y mujeres de rango de edad de 27 a 83 años de edad.

VI.4.1.- Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes que acepten participar en el estudio.

Pacientes con diagnostico de Hipertensión arterial sistémica adscritos al Centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Que cuenten con una familia con mas de 1 integrante.

Que hayan acudido a control de Hipertensión arterial sistémica por mas de 3 meses en el centro de salud Emiliano zapata.

VI.4.2.- Criterios de exclusión:

Pacientes con Encuestas incompletas.
Pacientes con familiares individuales
Pacientes que no continúan con el control antihipertensivo.
Pacientes con discapacidad mental
Pacientes con complicaciones crónicas.
Pacientes con hospitalizaciones previas en el ultimo mes.
Pacientes con enfermedad psiquiátrica diagnosticada.

VI.4.3.- Criterios de eliminación:

Pacientes con Cuestionario incompleto.
Pacientes sin apego al tratamiento farmacológico.
Pacientes que no desean participar.

VI.5.- Instrumento de Investigación.

Se Utilizo el cuestionario de FACES III el cual fue aplicado a los pacientes con diagnostico de Hipertensión Arterial Sistémica, adscritos a la unidad. Y se reviso el expediente de la población estudiada.

VI.5.1.- Validación del instrumento.

En México se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor (Ponce-Rosas, Gómez-Clavelina, Terán-Trillo, Irigoyen-Coria y Landgrave-Ibáñez, 2002), Sin embargo, presentan unos índices de ajuste para el modelo de dos factores que paradójicamente estarían señalando “problemas de ajuste”. Pero sólo si se eliminan varios ítems y se realizan cambios en el contenido de la prueba.

VI.5.2.- Aplicación del instrumento.

Se aplicó el cuestionario de FACES III a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica adscritos al Centro de Salud “Emiliano Zapata”.
Desarrollo del proyecto.
El estudio se desarrollo en el Centro de Salud “Emiliano Zapata” perteneciente al Municipio de Ecatepec.

VI.6 Desarrollo del proyecto

Se solicitó la autorización para dicho estudio a las autoridades competente del centro de Salud en estudio.

Se realizó el cuestionario de recolección de datos a los Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.

Se le realizó toma de Tensión Arterial a los pacientes con cita para consulta de control de Hipertensión Arterial Sistémica con un esfigmomanómetro marca Riester debidamente calibrado y estetoscopio marca IOMED en el brazo izquierdo con un reposo mínimo de 5 minutos, misma que fue registrada como valor definitivo para clasificarla como controlada si la TAS fue igual o menor de 139 mmHg y/o TAD igual ó menor de 89 mmHg ó descontrolada si la TAS igual ó mayo de 140 mmHg y/o TAD igual o mayor a 90 mmHg.

Se compararon las mediciones de la presión arterial .

Se comparo el tipo de Funcionalidad familiar según la tabla de valoración del cuestionario FACES III. El cual es un instrumento tipo Likert que evalúa la funcionalidad familiar mediante dos dominios o dimensiones los cuales son a cohesión y adaptabilidad, consta de 20 ítems de los cuales los nones evalúan cohesión y los pares adaptabilidad, cada ítem tiene 5 opciones de respuesta con la siguiente puntuación:

1. Nunca. 2. Casi Nunca. 3. Algunas Veces. 4. Casi Siempre. 5. Siempre.

De acuerdo a la Cohesión las familias se clasifican en: Disgregada (10 a 34), Semirrelacionada (35 a 40), Relacionada (41 a 45), Aglutinada (46 a 50).

De acuerdo a la adaptabilidad las familias se clasifican en: Caótica (29 a 50), Flexible (25 a 28), Estructurada (20 a 24), Rígida (10 a 19).

Las respuestas obtenidas fueron sumadas y se les asigno la puntuación correspondiente, tomándose éstas, como referencia para hablar del tipo de funcionalidad familiar.

VI.7 Límite de espacio.

El estudio se realizó en el Centro de Salud “Emiliano Zapata” ubicado en el municipio de Ecatepec.

VI.8 Limite de Tiempo.

El estudio se llevó a cabo del mes de marzo del 2012 al mes de septiembre del 2012.

VI.9 Diseño de análisis.

El tipo de análisis fue descriptivo utilizando proporciones. Resultados expresados en totales y porcentajes.

VII.- IMPLICACIONES ETICAS.

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la asociación médica mundial de Helsinki (1964), con las modificaciones de Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996) y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos de la OMS.

Por lo que apegado a instrumentos previos, se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo durante todo el proceso de la investigación, Se tomaron en cuenta las normas del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.- Título primero, capítulo único, artículo 3. Título segundo, Capítulo I, artículos 13 y 14. Título quinto, capítulo único, artículos 98-100,102.

Por lo que ninguno de los participantes desde el inicio hasta el término del presente estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación y en todo momento, garantizando la no maleficencia, el derecho de decisión personal, el respeto al anonimato, el respeto a las garantías y conocimiento del individuo sobre el estudio y su participación en el mismo.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: Figueroa Mora Héctor Manuel

Directores de Tesis: Dra. En Hum. María Luisa Pimentel Ramírez

PH. D. Mario Enrique Arceo Guzmán

Asesor de Tesis: E. En MF Gonzálo Hernández Magallón.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Se realiza encuesta a 104 pacientes con distribución de 83 de género femenino y 21 de género masculino (Tabla 1, Grafica 1), con edades que oscilan de los 27 años a los 87 años, con una media de 63 años, con una mayor incidencia en edades que comprenden de los 50 a los 79 años. (Tabla 2, Grafica 2)

En lo que respecta a la Tipología familiar se observa el predominio de la familia extensa compuesta con un 35%, (Tabla 3, Grafica 3), en el Desarrollo encontramos Moderna hasta en un 73%,(Tabla 4, Grafica 4) en cuanto a la Integración: Semi-integrada es la que encontramos con mayor incidencia en un 48%,(Tabla 5, Grafica 5) la tipología de acuerdo a Demografía: la Urbana se encuentra en la totalidad de las encuestas (Tabla 6, Grafica 6), en cuanto a la Ocupación: la Empleada es la que predomina. (Tabla 7, Grafica 7).

Los tratamientos mas utilizados en el Centro de Salud “Emiliano Zapata” son los Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, teniendo un total del 80% (Tabla 8, Grafica 8).

Los pacientes que se encuentran con control en la Hipertensión Arterial Sistémica son 46 con un porcentaje de 44%, (Tabla 9, Grafica 9), y la funcionalidad familiar que se encuentra según el instrumento FACES III son 26 familias, lo cual representa un 25% (Tabla 10, Grafica 10), Valorando las familias Funcionales respecto al adecuado control de la Hipertensión Arterial Sistémica el porcentaje es del 65 %, con contra de las familias con descontrol Hipertensivo las cuales encontramos solo en una minoría de 35% (Tabla 11, Grafica 11), Valorando el control de la Hipertensión Arterial Sistémica en relación con las familias Disfuncionales, se observa que el numero de pacientes controlados son un 37%, la disfunción Familiar y el descontrol Hipertensivo se encuentra en el 63% (Tabla 12, Grafica 12).

Las familias con disfuncionalidad familiar se encuentra con una incidencia de 2 a 1 en el diagnostico de Hipertensión Arterial Sistémica en comparación con familias con funcionalidad. Las familias con funcionalidad familiar adecuada presentan una incidencia de 2 a 1 en el control de la Hipertensión Arterial Sistémica, que aquellas que evalúan a su familia con cierto grado de disfunción familiar. Observando que es proporcional la funcionalidad familiar y el control de la Hipertensión Arterial Sistémica en comparación con las familias con disfunción familiar y con descontrol de la Hipertensión Arterial Sistémica en los pacientes que acuden a control(Tabla 13, Grafica 13).

La Funcionalidad familiar es factor agregado para el control de Hipertensión Arterial Sistémica en los pacientes que acuden a control en el Centro de Salud “Emiliano Zapata” en Ecatepec.

En la discusión encontramos un estudio realizado por Marín y Col. en el año 2001 en el estado de Durango, donde evaluaron la relación del apoyo familiar con el apego al tratamiento antihipertensivo, realizaron un estudio de casos y controles con 80 pacientes donde parearon edad, género, tiempo de evolución de la enfermedad, escolaridad, estado civil que encontró que el apoyo familiar se asocia con un buen apego al tratamiento farmacológico, concluyeron que el apego al tratamiento se vinculó de forma significativa con el apoyo que la familia otorga al enfermo, pero a diferencia de este estudio no se aplicó ningún instrumento para evaluar función familiar.

En el año 2004 Rodríguez-Ábrego et al realizó un estudio transversal descriptivo de la autopercepción de la disfunción familiar en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, estudiaron 226 pacientes encontrando que el 61% de ellos presentaba cierto grado de disfunción familiar.

En nuestro estudio, encontramos que los pacientes con cifras tensionales de descontrol, un 96.5 % se encuentran dentro de una familia con disfunción y de acuerdo a su magnitud, en pacientes hipertensos descontrolados con familia disgregada tuvo una r^2 de 0.642, y en pacientes hipertensos descontrolados con familia caótica de se encontró una r^2 de 0.675.

Fernández Ortega en el año 2004 en un artículo de revisión del impacto de la enfermedad en la familia refiere que la presencia de una enfermedad aguda crónica como la hipertensión arterial o terminal en algún miembro de la familia, puede representar un problema en el funcionamiento y composición de la familia.

Otro estudio, realizado por Azcarate y Col. En el año 2006 en una UMF del IMSS un diseño observacional, transversal y comparativo, al azar se utilizó tabla de números aleatorios, entre dos grupos de pacientes, uno en diálisis peritoneal continua 11(50%) y otro en diálisis peritoneal ambulatoria 11(50%), a diferencia de nuestro estudio emplearon la Escala de Funcionamiento Familiar, construida y validada por Espejel Acco, donde encontraron que el 36.3% de las familias con paciente en diálisis peritoneal ambulatoria tenía un funcionamiento familiar adecuado, en cambio en el grupo de diálisis peritoneal continua presentaron en el 63.5%, características de disfunción familiar.

X. CUADROS Y GRÁFICOS.

Tabla 1.

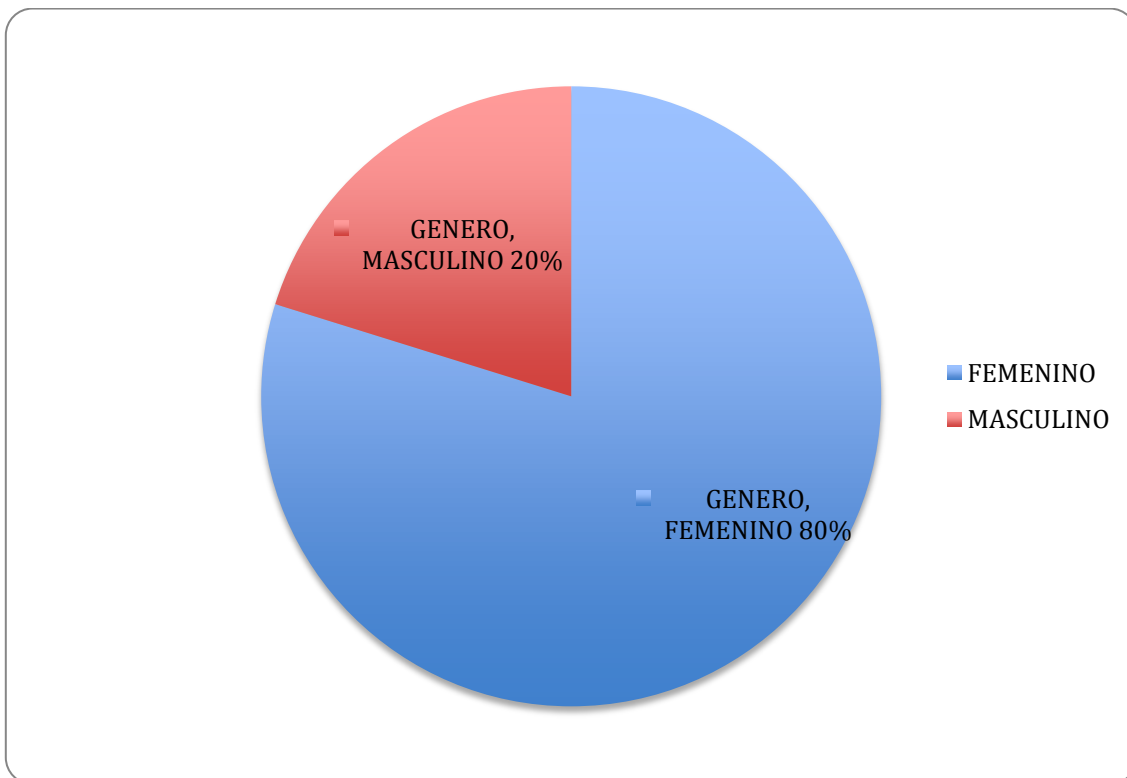
Distribución del total de la muestra por genero en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	83	80%
Masculino	21	20%
Total	104	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 1.

Porcentaje del total de la muestra por genero en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 2.

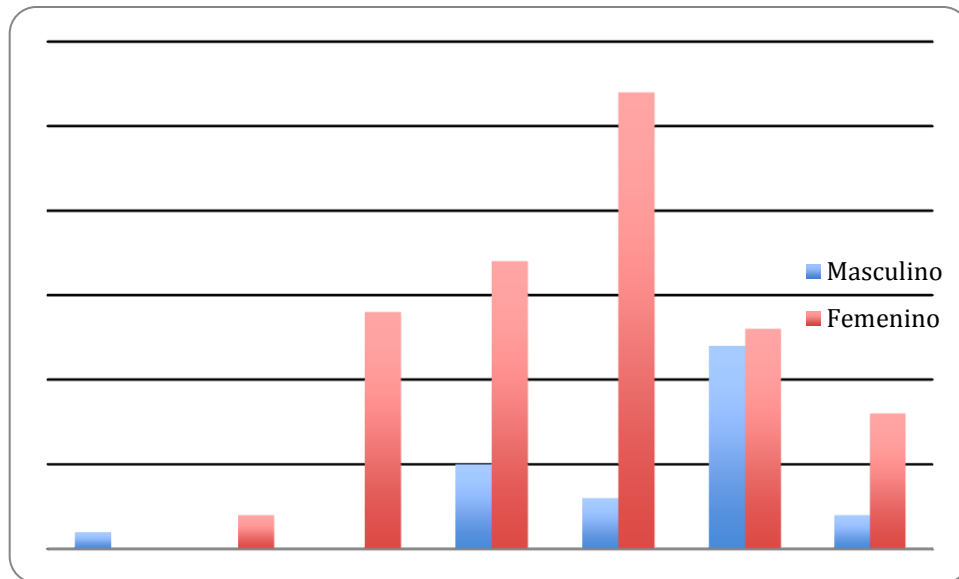
Distribución de la población de la muestra de acuerdo a edad y genero en pacientes del centro de Salud “Emiliano Zapata”, en Ecatepec en el 2012.

Edad	Masculino	Femenino
20 a 29 años	1	0
30 a 39 años	0	2
40 a 49 años	0	14
50 a 59 años	5	17
60 a 69 años	3	27
70 a 79 años	12	13
Mas de 80 años	2	8
SubTotal	23	81

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 2.

Proporción de la muestra de acuerdo a edad y genero en pacientes del Centro de Salud “Emiliano Zapata” en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 3.

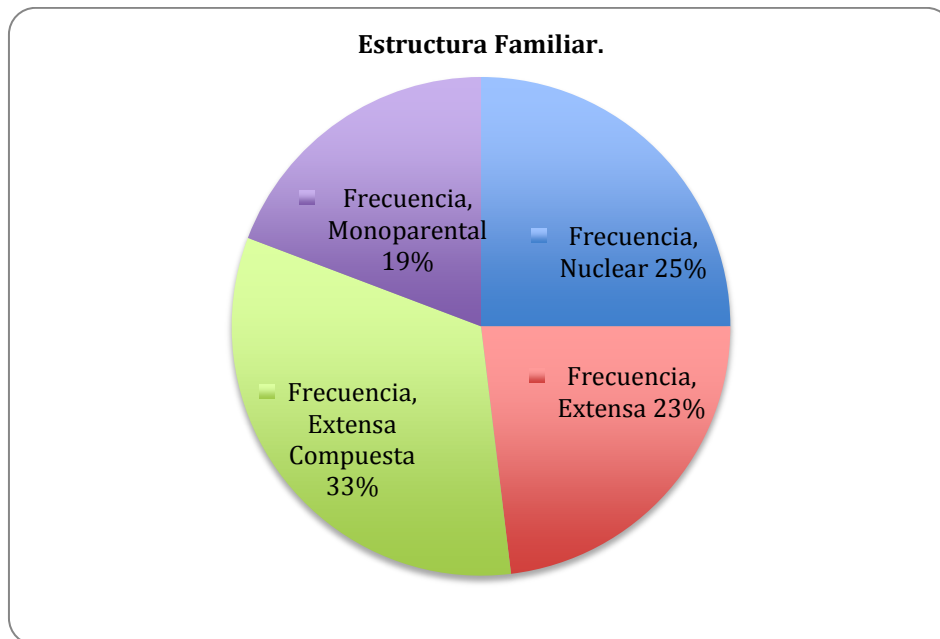
Distribución de la población de acuerdo a la Estructura familiar en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Estructura	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	26	25 %
Extensa	24	23 %
Extensa Compuesta	34	33 %
Monoparental	20	19 %
Total	104	100 %

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 3.

Prevalencia de la población de acuerdo a la Estructura familiar en pacientes del centro de Salud “Emiliano Zapata”, en Ecatepec en el 2012



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 4.

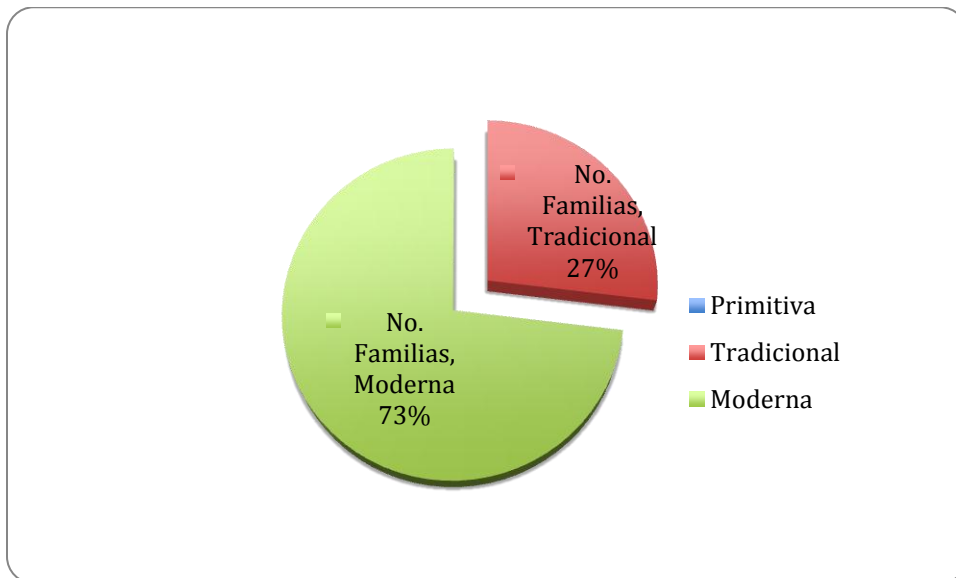
Distribución de la población de acuerdo a Desarrollo familiar en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
Primitiva	0	0 %
Tradicional	28	27 %
Moderna	76	73 %
Total	104	100 %

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 4.

Prevalencia de la población de acuerdo a desarrollo en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012

Tabla 5.

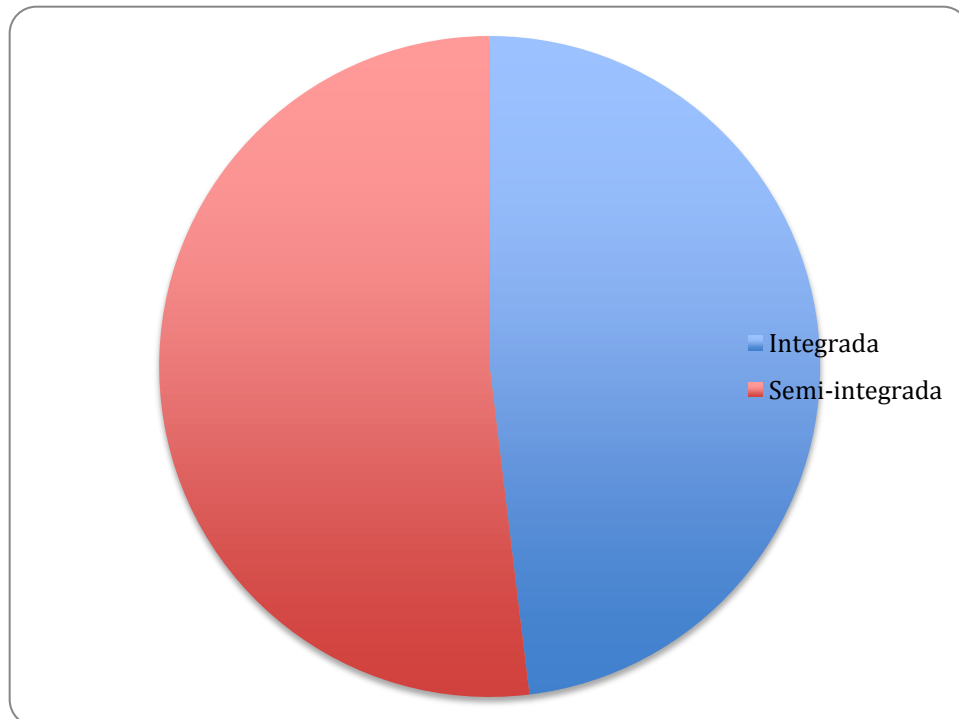
Distribución de la población de acuerdo a su integración en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Integración	Frecuencia	Porcentaje
Integrada	50	48 %
Semi-integrada	54	52 %
Total	104	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 5.

Prevalencia de la población de acuerdo a su integración en pacientes del Centro de Salud “Emiliano Zapata”, en Ecatepec 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 6.

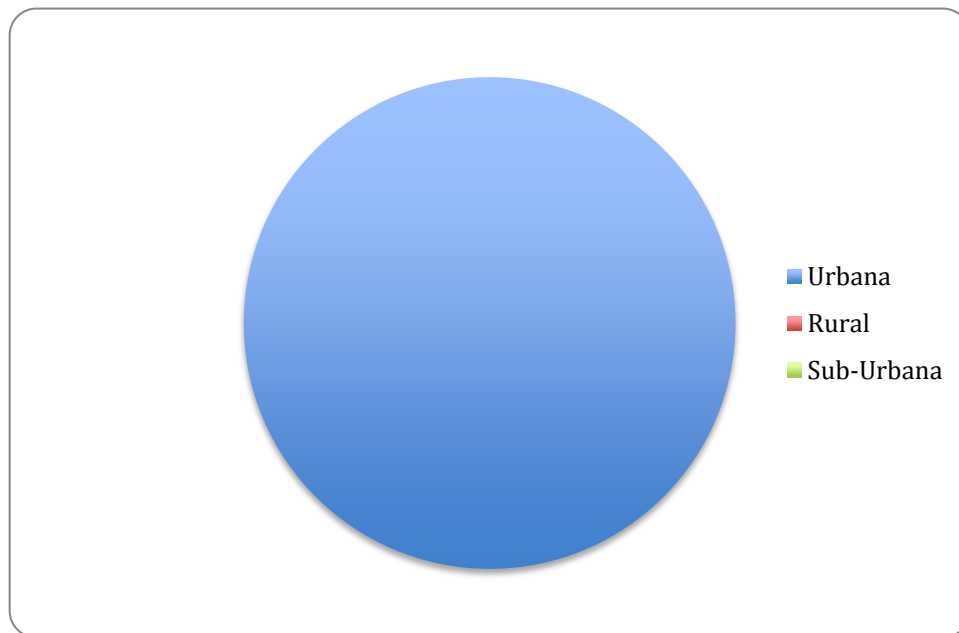
Distribución de acuerdo a Demografía en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Demografía	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	104	100 %
Rural	0	0 %
Sub-Urbana	0	0 %
Total	104	100 %

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 6.

Prevalencia de la tipología familiar de acuerdo a su Demografía en pacientes del centro de salud "Emiliano Zapata", en Ecatepec, 2012



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 7.

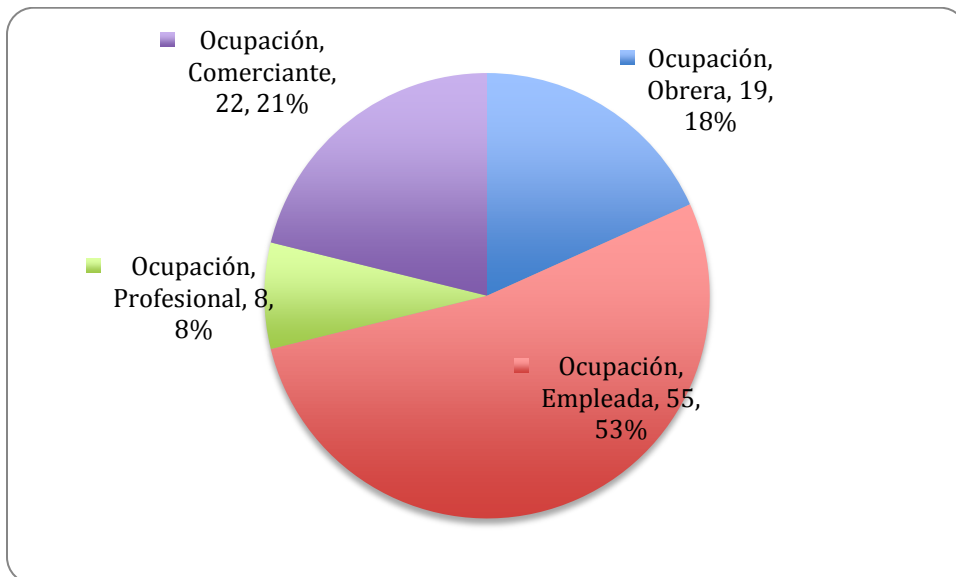
Distribución de la población de acuerdo a su Ocupación en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Campesina	0	0 %
Obrera	19	18 %
Empleada	55	53 %
Profesional	8	8 %
Comerciante	22	21 %
Total	104	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 7.

Prevalencia de la muestra de acuerdo a Ocupación en pacientes del Centro de Salud "Emiliano Zapata", en Ecatepec, 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 8.

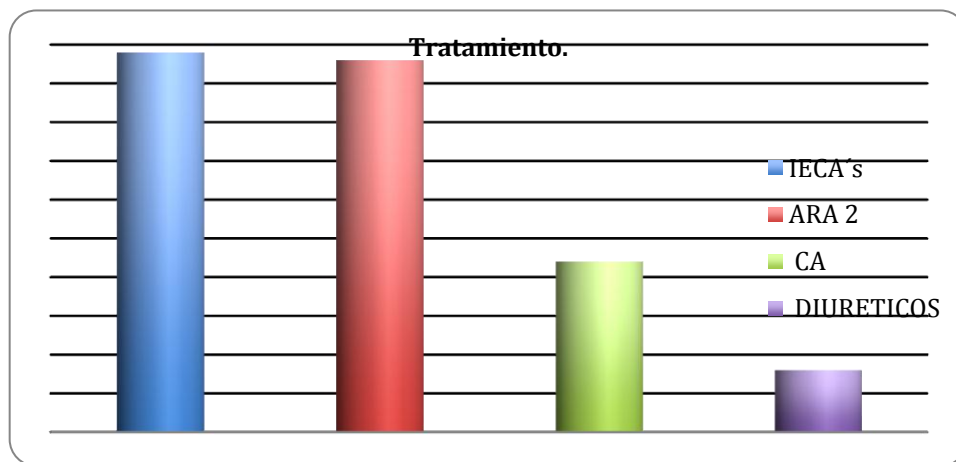
Distribución de la población de acuerdo a tratamiento en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina	49	39%
Antagonistas de los Receptores de la Angiotensina II	48	38%
Calcio Antagonistas	22	17%
Tiazídicos	8	6%
Total	124	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 8.

Prevalencia del tratamiento en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 9.

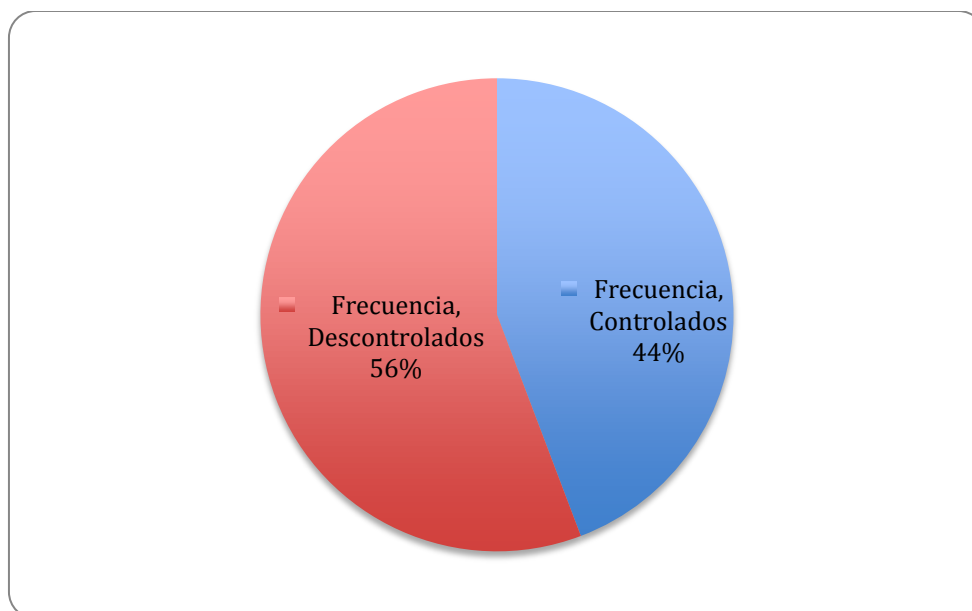
Distribución de la muestra de acuerdo a control y descontrol de sus cifras de tensión Arterial en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Hipertensión Arterial Sistémica	Frecuencia	Porcentaje
Controlados	46	44%
Descontrolados	58	56%
Total	104	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 9.

Prevalencia de la muestra de acuerdo a control y descontrol de sus cifras de tensión Arterial en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 10.

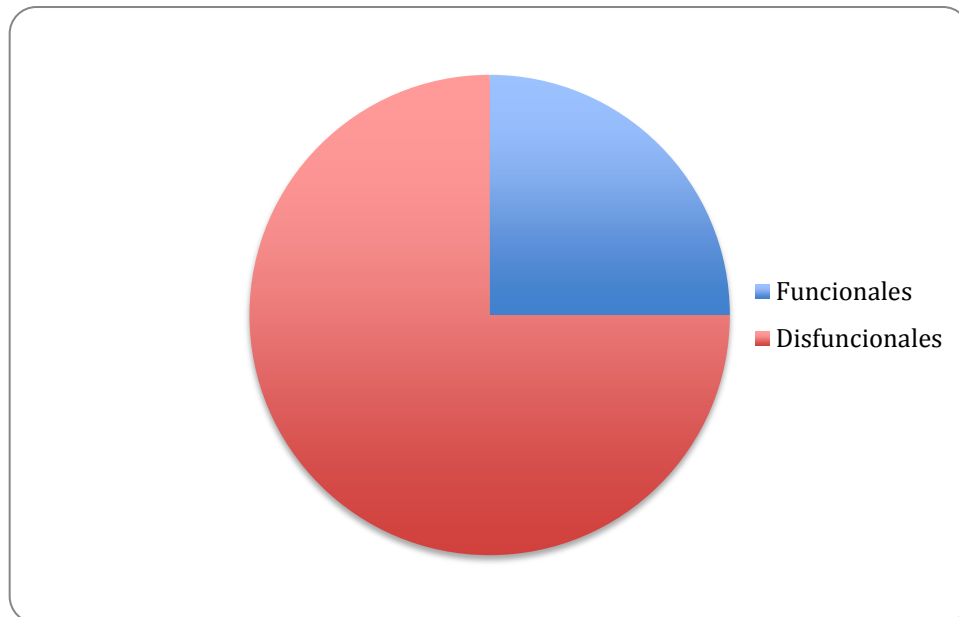
Distribución de la población de acuerdo con la funcionalidad familiar obtenido por FACES III en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Familias	Frecuencia	Porcentajes
Funcionales	26	25%
Disfuncionales	78	75%
Total	104	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Gráfica 10.

Prevalencia de la población de acuerdo con la funcionalidad familiar obtenido por FACES III en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012.

Tabla 11.

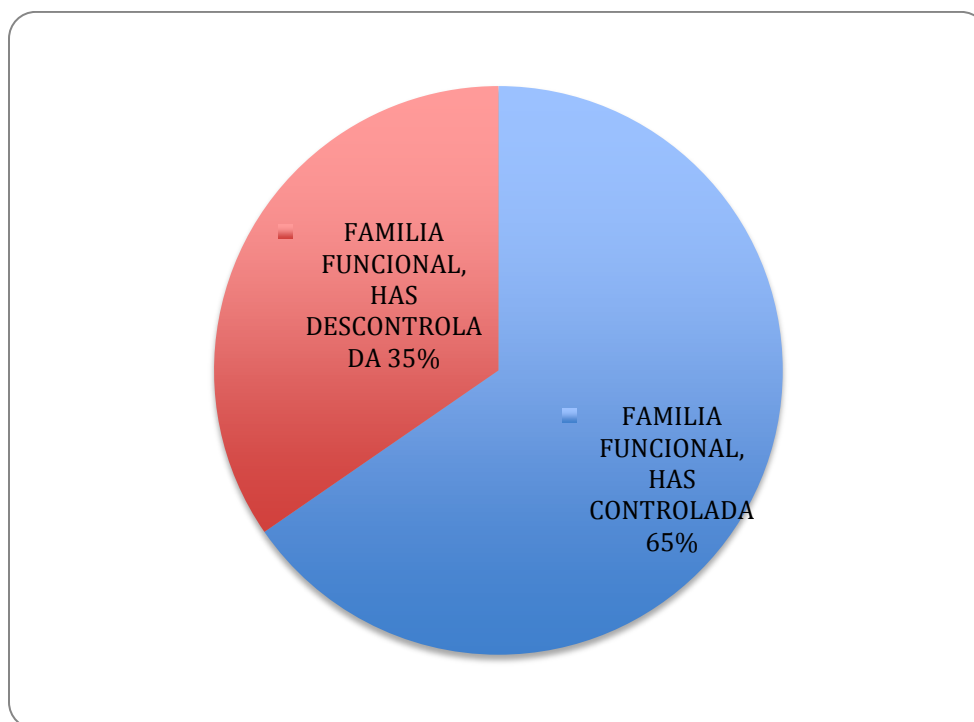
Proporción de descontrol de la hipertensión arterial sistémica en relación con la funcionalidad familiar obtenido por FACES III en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Familia Funcional	Frecuencia	Porcentaje
HAS Controlada	17	65%
HAS Descontrolada	9	35%
Total	26	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata y FACES III, 2012.

Gráfica 11.

Proporción de descontrol de la hipertensión arterial sistémica en relación con la funcionalidad familiar obtenido por FACES III en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata y FACES III, 2012.

Tabla 12.

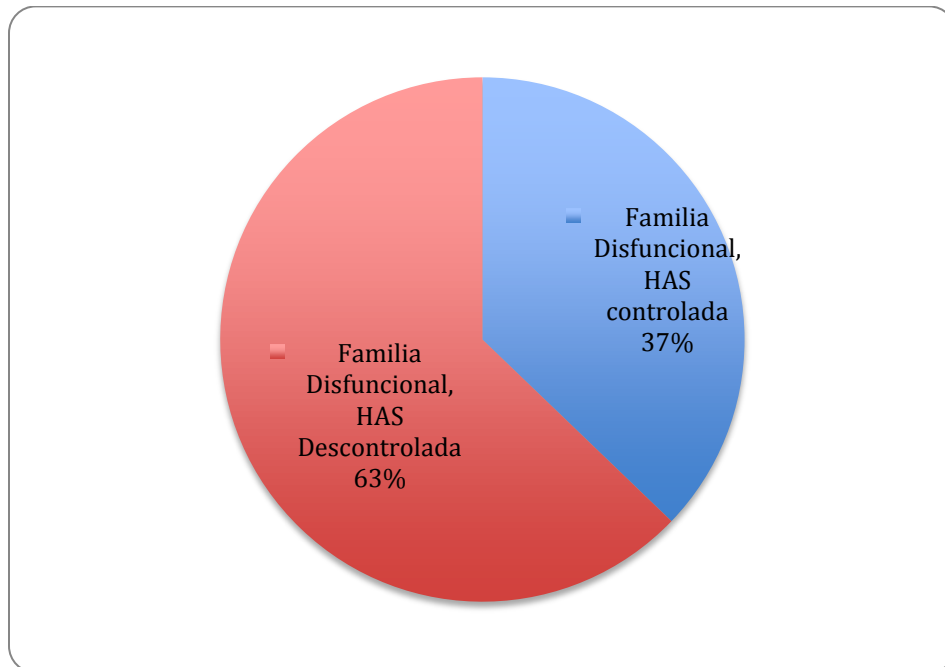
Proporción de descontrol de la hipertensión arterial sistémica en relación con la disfuncionalidad familiar obtenido por FACES III en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

Familia Disfuncional	Frecuencia	Porcentaje
HAS Controlada	29	37%
HAS Descontrolada	49	63%
Total	78	100%

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata y FACES III, 2012.

Gráfica 12.

Proporción de descontrol de la hipertensión arterial sistémica en relación con la funcionalidad familiar obtenido por FACES III en el centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata y FACES III, 2012.

Tabla 13.

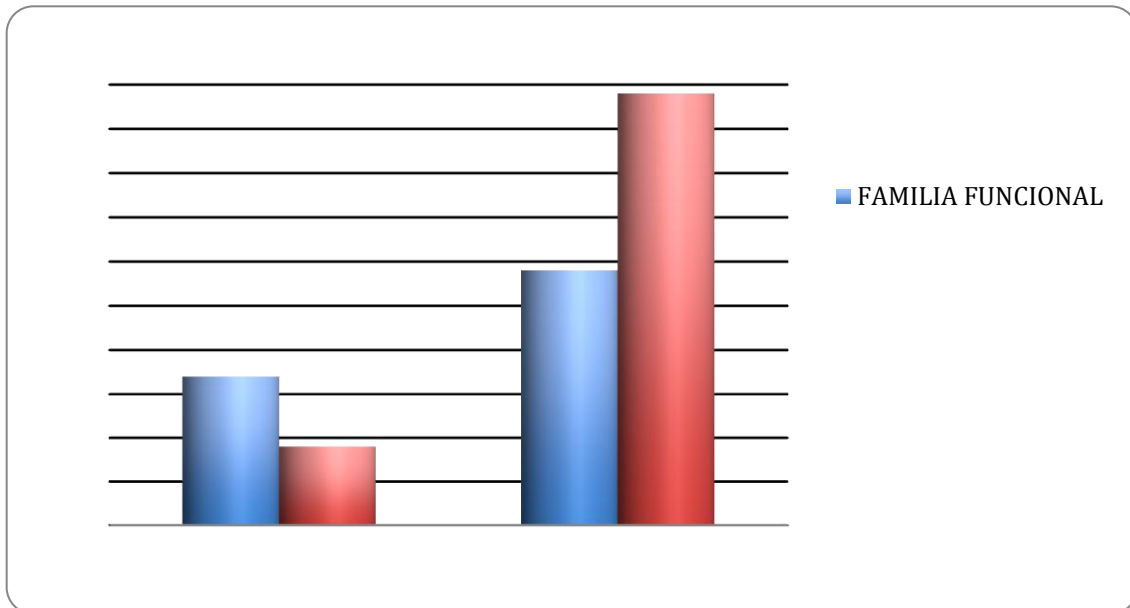
Distribución del total de la muestra de acuerdo a funcionalidad y disfuncionalidad familiar en relación con el control de la Hipertensión Arterial Sistémica en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.

	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR	TOTAL
HAS CONTROLADA	17 (16%)	29 (28%)	46 (44%)
HAS DESCONTROLADA	9 (9%)	49 (47%)	58 (56%)
TOTAL	26 (25%)	78 (75%)	104 (100%)

Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata y FACES III, 2012.

Gráfica 13.

Total de la muestra de acuerdo a funcionalidad y disfuncionalidad familiar en relación con el control de la Hipertensión Arterial Sistémica en pacientes del centro de Salud Emiliano Zapata, en Ecatepec en el 2012.



Fuente: Cuestionario realizado a la población de estudio del Centro de Salud Emiliano Zapata y FACES III, 2012.

XI.- CONCLUSIONES.

El promedio de la edad de los pacientes estudiados manifiesta el impacto de la enfermedad sobre una población económicamente activa con las implicaciones sociales y financieras que ellos con lleva, se sabe que no siempre los pacientes siguen las recomendaciones a las medidas preventivas y en algunas ocasiones debido a la falta de información en relación con el riesgo que significa la Hipertensión arterial, algunas veces por falta de información, por falta de empatía del medico tratante y por el desapego de la familia de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, eso y la disminución de las ganas de vivir por el hecho de no sentirse queridos por su familia de origen, hace que el descontrol hipertensivo sea mayor en los pacientes con familia disfuncional.

Los resultados son significativos en relación con las familias disfuncionales y el descontrol de la hipertensión arterial, pues se ha planteado que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en el desarrollo y control de las enfermedades cardiovasculares, algunos autores como Trief y Co. Refieren que cuando la cohesión familiar es buena es mas adecuado el control de la presión arterial

Cada familia tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico y modificar su estilo de vida.

En este estudio queda de manifiesto que un poco mas de la mitad de los pacientes con hipertensión arterial sistémica cursan con cifras tensionales que corresponden al mal control, lo que incrementa el riesgo de complicaciones agudas y crónicas propias de la enfermedad, demostrando que el descontrol de hipertensión arterial sistémica es grave ya que el aspecto emocional y la convivencia adecuada o inadecuada de la familia influye en la conducta, desinterés, o motivación para que un paciente sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad.

La necesidad de investigación en la dinámica familiar ya que esta desempeña un papel muy importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas. Algo que en México no ha sido elemento de mucha investigación, siendo necesario conocer la dinámica familiar en cada paciente, hecho que no es de preferencia en las consultas en ningún nivel de atención, aunque se ha demostrado que es necesaria la intervención familiar para el mejor control de los pacientes, la sobresaturación en los servicios de salud publica imposibilitan en gran parte buscar otras estrategias de tratamiento y no basándonos solamente en el tratamiento farmacológico. De Ahí la importancia de la necesidad de nuevos modelos de consultas de manera mas integral valorando a la familia como un aliado para control de enfermedades crónico degenerativas.

XII.- RECOMENDACIONES.

- 1.- Se observa que los pacientes con mejor control de la Hipertensión Arterial Sistémica se encuentran con una mejor funcionalidad familiar, por lo que es necesario que el Médico de primer contacto debe de ser hacer mas énfasis en la interacción familiar.
- 2.- El Médico de primer contacto debe de incluir a la familia del paciente haciéndole participe de la Enfermedad y del control.
- 3.- Incluir en la Formación médica estudiantil y médicos internos de Pregrado actividades donde se observe al paciente como parte de un grupo el cual puede ayudar en su mejoría en las diferentes patologías.

XIII.- BIBLIOGRAFIA

- 1 Herrera-Santí PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13:591-5.
- 2 Mendoza-Solís LA, Soler Huerta E, Sainz –Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Arch Med Fam 2006; 8:27-32.
- 3 Comité Organizador del Consenso de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam 2005; 7:15-19.
- 4 Varela RFJ, Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. Med Fam 2000; 1:141-44.
- 5 Pernas-Álvarez IA. Conocimiento, educación y valores. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Camagüey. 2006; 4: 1-24.
- 6 Muntner P, He J, Roccella EJ, Whelton PK. The Impact of JNC VI Guidelines on Treatment, Recommendations in the US Population. Hypertension 2002; 39; 897-902.
- 7 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA.2003; 19: 2560-2572.
- 8 Rosas M, Pastelín G, Vargas-Alarcón G, y Col. Guías clínicas para la detección, prevención, diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial sistémica en México (2008).Arch Cardiol Mex 2008; 78: 5-57.
- 9 Mosterd A, D'Agostino RB, Silbershatz H, et al. Trends in the prevalence of hypertension, antihypertensive therapy, and left ventricular hypertrophy from 1950 to 1989. N Engl Med 1999; 340:1221-7.
- 10 Kuschnir E, Resk J. ¿Qué enseñanzas nos han dejado 100 años de investigación en hipertensión arterial? Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba Argentina, 3er Congreso Internacional de Cardiología por Internet 2003.
- 11 Guerrero RJ, Rodríguez MM. Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados en la población rural marginada, Salud Pública Méx 1998; 40:339-345.
- 12 Del Noval GR, Armas RNB, Dueñas HA y col. Programa de control de la hipertensión arterial en el municipio plaza (CHAPLAZA). Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 21:5-6

- 13 Encuesta nacional de salud y nutrición 2000. Instituto nacional de salud pública. Primera Edición 2000; 7:105-114.
- 14 Hernández HH, Meaney ME, Navarro RJ. Actualización del consenso nacional de hipertensión arterial Med Int Mex. 2006; 22: 44-78.
- 15 Gamboa Raúl. Fisiopatología de la hipertensión arterial. Acta Med Per. 2006; 23: 76-82.
- 16 Ocaña-Méndez MC. Síndrome de adaptación general, la naturaleza de los estímulos estresantes. Escuela Abierta 1998; 2: 41-50.
- 17 Hyman DJ, Pavlik VN. Characteristics of patients with uncontrolled, on the United States. N Engl J. Med 2002;34: 544.
- 18 Fernández-Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004; 47:251-254.
- 19 Valadez-Figueroa I, Alfaro Noé, Centeno-Covarrubias G, Cabrera-Pivaral C, Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2 Inv Salud 2003; 5:3.
- 20 Ortega AA, Fernández VAT, Osorio PMF. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev. Cubana Med Gen Integr 2003; 19:0-0.
- 21 Rangel JL, Valerio L, Patiño J, y Col. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004; 47:24-26.
- 22 Herrera PMS. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13:591-595.
- 23 González BI. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000:16:508-512.
- 24 Gómez CFJ. Diagnóstico de salud familiar. Fundamentos de medicina familiar 7ª Ed. 2000:103-140.
- 25 Huerta MN, Valadés RB, Sánchez EL. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch Med Fam 2001; 3:95-98.
- 26 De la Revilla L, De los Ríos AM, La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Aten primaria 1994; 13:73-76.

27 Polaino-Lorente A, Martínez-Cano P. Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia (segunda edición). Universidad de Navarra. Ediciones Rialp S.A. 2003; 14: 238-264.

28 Ponce-Rosas E R, Gómez-Clavelina F J, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria A E, Landgrave-Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español. Aten primaria. 2002; 30:624-630.

29 Feintein A R. Tempest in a P-pot?. (Editorial). Hypertension 1985; 7: 313-318.

30 Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. salud pública de México 2001; 43: 336-339.

31 Rodríguez-Ábrego G, Rodríguez-Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004; 42:97-102.

32 Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Arch Med Fam 2006; 8:97-102.

XI.- ANEXOS

Escala FACES III (D H Olson, J Portner e Y Lavee). Versión en español (México) C. Gómez y C. Irigoyen

Nombre. _____

Edad. _____

Sexo. _____

Instrucciones :Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Describa a su familia:

- ___ 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
- ___ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- ___ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- ___ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- ___ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- ___ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- ___ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- ___ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- ___ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- ___ 10. Padres e hijos se ponen en acuerdo en relación con los castigos.
- ___ 11. Nos sentimos muy unidos.
- ___ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- ___ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- ___ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- ___ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.

- __16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- __17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- __18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- __19. La unión familiar es muy importante.
- __20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Nombre: _____

Sexo: M __F__ Peso: _____ talla: _____ IMC _____

Tipo de familia: estructura () Desarrollo () Integración () Demografía ()
Ocupación ()

Edad: _____ Estado civil: casad@ () Solter@ () Unión libre () Viud@ ()

Religión: _____ Tensión Arterial 1º _____ 2º _____
3ª _____

Padecimientos: HTA _____ DM _____ Dislipidemia _____ Colesterol _____

Triglicéridos _____ Ac. Úrico _____ I.R.A. _____ Apego al tratamiento: siempre:
() algunas veces () nunca()

Medicamento (s) que consume para su tratamiento:

Integrantes de la Familia

Nombre, parentesco, edad.

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

6.- _____

7.- _____

8.- _____
