



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80**

**TESIS QUE PRESENTA
CARLOS IVAN SANDOVAL CORIA
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON EL
CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”**

**ASESOR:
DRA. MAYRA EDITH VIEYRALOPEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF N° 80**

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO, MARZO 2014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS QUE PRESENTA:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

CARLOS IVAN SANDOVAL CORIA

Residente de Tercer año de Medicina Familiar

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Michoacán

DR. EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ

Coordinador Auxiliar Médico en Educación

DR. RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ

Director de la Unidad de Medicina Familiar 80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 80

DR. JOSE RAMÓN SARABIA RAMÍREZ

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar UMF 80



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

TESIS QUE PRESENTA:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

CARLOS IVAN SANDOVAL CORIA

Residente de Tercer año de Medicina Familiar

DR. VICTOR MANUEL FARIÁS RODRÍGUEZ

Jefe de la División de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

Coordinador de la Especialidad en Medicina Familiar
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N°80, de Morelia Michoacán, México.

Investigador principal:

Dr. Carlos Ivan Sandoval Coria

Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Director de Tesis:

Dr. Rafael Villa Barajas

Coordinador de la Especialidad en Medicina Familiar
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Asesor:

Dra. Mayra Edith Vieyra López

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 80

Colaborador y Asesor Estadístico:

Mat. Carlos Gómez Alonso

Coordinador Analista “A”
Centro de Investigación Biomédica H.G.R. No. 1 IMSS

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



“2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano”

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA **03/12/2013**

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ

P R E S E N T E

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

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2013-1602-34

ATENTAMENTE

DR.(A). JORGE RICARDO FRAGA CORTÉS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

AGRADECIMIENTOS

Principalmente al IMSS por darme la oportunidad de ser parte de esta gran familia.

A las siguientes personas que sin ellas no hubiera sido posible el presente trabajo de investigación.

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

Coordinador de la Especialidad en Medicina Familiar
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ

Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud de la UMF 80

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Michoacán

DR. JOSE RAMÓN SARABIA RAMÍREZ

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar UMF 80

COLABORADOR Y ASESOR ESTADÍSTICO:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

Coordinador Analista “A”
Centro de Investigación Biomédica H.G.R. No. 1 IMSS

DEDICATORIA

A Dios, por fortalecer mi fé y demostrarme que con su ayuda todo se puede.

A mis padres Álvaro y Josefina por darme la vida, por inculcarme valores y principios sólidos en mi persona a través de su ejemplo, por su apoyo en las buenas y en las malas.

A mi querida y amada esposa Mireya Araceli, por ser el principal motor de mi vida para seguir siempre adelante y poder ofrecerle un futuro próspero después de tantas limitaciones, por recorrer y sufrir conmigo esta parte importante de mi vida, un camino en el que hubo muchas dificultades que sin ella hubiera sido muy difícil de superar, agradecerle el aceptarme como soy y corregirme cuando fue necesario, por todo lo que significa en mi vida, mi compañera fiel, el amor de mi vida con la que quiero estar siempre porque como ella no hay nadie.

A mi hijo Jafet por hacerme feliz y complementar la relación con mi esposa, por darme la oportunidad de ser padre y demostrarme que también de los hijos se aprende.

A mis compañeros que de alguna manera hicieron esto posible con sus consejos.

A mis profesores, principalmente a mi director de tesis que siempre dio tranquilidad en momentos difíciles de este proceso.

Gracias al IMSS por darme la oportunidad de crecer profesionalmente.

ÍNDICE

Contenido	Páginas
I. Resumen.....	9
II. Abstract.....	10
III. Abreviaturas y Glosario.....	11
IV. Relación de Cuadros y Figuras.....	12
V. Introducción.....	14
VI. Antecedentes.....	17
VII. Planteamiento del Problema.....	31
VIII. Justificación.....	33
IX. Hipótesis.....	35
Objetivos.....	35
X. Material y Métodos.....	37
Descripción del estudio.....	37
Población de estudio.....	37
Tamaño de la muestra.....	38
Criterios de Selección (inclusión, no inclusión y de exclusión).....	39
Operacionalización de las variables.....	40
Descripción operativa del estudio.....	43
Análisis estadístico.....	44
Consideraciones éticas.....	45
XI. Resultados.....	47
XII. Discusión.....	61
XIII. Conclusiones.....	66
XIV. Sugerencias.....	68
XV. Referencias bibliográficas.....	70
XVI. Relación de Anexos.....	76

Total de páginas: 80

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

I. RESUMEN

La hipertensión arterial sistémica (HAS), es de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. La familia, su funcionalidad y las relaciones entre sus miembros juegan un papel importante en la evolución de la enfermedad.

Objetivo: Determinar el grado de funcionalidad familiar y los factores familiares relacionados con el control de presión arterial en los pacientes de la UMF 80.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, transversal, observacional, prospectivo que comparó dos grupos de pacientes hipertensos (controlado y descontrolado), se les realizó un genograma estructural y dinámico, cuestionario FF-SIL para funcionamiento familiar, investigar condiciones bioquímicas., se utilizó χ^2 y t de student. La muestra fue obtenida mediante la fórmula para población finita resultando 44 pacientes.

Resultados: Finalmente dos grupos de 44 pacientes, 53 mujeres y 35 hombres, edad media fue de 53.59 ± 8.4 años, no hubo significancia estadística entre los grupos en cuanto a escolaridad, estado civil y ocupación. El IMC resultó significativo ($p=0.026$), también la comunicación y la armonía ($p=0.016$ y 0.006 respectivamente) al igual que los triglicéridos y el ácido úrico con un valor de $p<0.05$. El grupo controlado presentó mejor funcionalidad familiar (18.2%), y el grupo descontrolado más disfunción familiar (15.9%), sin resultados significativos. Relaciones muy estrechas 35.2%, conflictivas 22%. La mayoría de los pacientes en etapa de independencia con 44.3%.

Conclusiones: La funcionalidad familiar, la comunicación, la armonía, relaciones intrafamiliares conflictivas y muy estrechas sí están relacionadas con el control de la presión arterial.

Palabras clave: hipertensión, disfunción familiar, familia.

II. ABSTRACT

High blood pressure (HBP) is the most prevalent chronic diseases in Mexico. The family, its functionality and relationships between its members play an important role in the evolution of the disease.

Objective: To determine the level of family functioning and family factors related to blood pressure control in patients of the UMF 80.

Material and methods: A cross-sectional study, prospective observational comparing two groups of patients with hypertension (controlled and uncontrolled), they performed a structural and dynamic genogram, FF-SIL questionnaire to family functioning, investigate biochemical conditions., Is used χ^2 and t student. The sample obtained from the formula for finite population resulting 44 patients.

Results: Finally two groups of 44 patients, 53 women and 35 men, mean age was 53.59 ± 8.4 years, there was no statistical significance between the groups in terms of education, marital status and occupation. The BMI was significant ($p = 0.026$), also communication and harmony ($p = 0.016$ and 0.006 respectively) as well as triglycerides and uric acid with a value of $p < 0.05$. The control group had a higher percentage of family functioning (18.2%), and more family dysfunction uncontrolled group (15.9%), with no significant results. 35.2% very close relations, conflicting 22%. Most patients with stage 44.3% independence.

Conclusions: family functioning, communication, harmony, conflicting family relationships and very narrow itself are related to blood pressure control.

Keywords: hypertension, family dysfunction, family.

III. ABREVIATURAS Y GLOSARIO

cols: colaboradores

DE: Desviación estándar

DF: Distrito Federal

DM: Diabetes Mellitus

ECEA: Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto

ESF: Estudio de Salud Familiar

etc. etcétera

HAS: Hipertensión arterial sistémica

IMC: Índice de Masa Corporal

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IRC: Insuficiencia Renal Crónica

OMS: Organización Mundial de la Salud

pts: puntos

RENHATA: Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial

Sig: significancia

UMF No 80. Unidad de Medicina Familiar No. 80

2a: segunda

APGAR Familiar: Instrumento diseñado para evaluar la función familiar.

Familia: Grupo social primario 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 afinidad.

FF-SIL: instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar.

Función Familiar: Se refiere al conjunto de acciones que se llevan o no dentro la familia.

Genograma: representación gráfica que registra información de la familia por medio de símbolos.

Hipertensión arterial sistémica: Presión arterial mayor de 140/90 mmHg en más de dos tomas de acuerdo a las reglas establecidas para esta.

IV. CUADROS Y FIGURAS

Cuadro I. Fiabilidad del Instrumento FF-SIL de Funcionalidad Familiar.....	44
Cuadro II. Distribución por sexo y el control o descontrol de la hipertensión arterial.....	48
Cuadro III. Escolaridad en los dos grupos de estudio.....	49
Cuadro IV. Estado civil de los pacientes de acuerdo al control de la presión arterial....	50
Cuadro V. Ocupación más frecuente en los dos grupos de pacientes hipertensos.....	51
Cuadro VI. Variables antropométricas utilizando t de student.....	52
Cuadro VII. Grado de Funcionalidad Familiar en los pacientes con hipertensión arterial.....	53
Cuadro VIII. Dominios del FF-SIL y el control o descontrol de la tensión arterial.....	54
Cuadro IX. T de Student aplicada a las variables bioquímicas en pacientes hipertensos de acuerdo a su control.....	55
Cuadro X. Relaciones intrafamiliares utilizando Chi^2 comparando ambos grupos de estudio.....	56
Cuadro XI. Tipología Familiar.....	58
Figura 1. Distribución de la población portadora de hipertensión arterial y sexo.....	47
Figura 2. Etapa actual del ciclo vital.....	59

V. INTRODUCCIÓN

V. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) se incluye dentro de las enfermedades crónicas esenciales del adulto y como tal, es una de las enfermedades que causa mayor morbimortalidad en el adulto con un impacto económico y social importante en cualquier parte del mundo, ya que se trata de una patología no curable y que genera secuelas en su mayoría incapacitantes. La hipertensión arterial es la Enfermedad Crónica Esencial del Adulto (ECEA) de mayor prevalencia mundial. La prevalencia de HAS guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente estilo de vida, género y factores co-mórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y predisposición genética. Además, no sólo es la gravedad de la HAS, sino su interacción con estos factores, lo que determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco.

La hipertensión arterial descontrolada es la elevación sostenida de las presiones arteriales diastólicas, sistólicas o ambas, que puede tener manifestaciones menores de daño agudo a órgano blanco. La familia se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como familia a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción y matrimonio. La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades en las funciones varían de acuerdo con las etapas por la que pase su ciclo vital. La disfunción familiar es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, es cuando las interrelaciones entre los miembros de la familia son negativas, cuando no hay sensación de bienestar, hay violencia, falta de apoyo, soporte emocional, falta de comunicación y respeto, cuando las funciones familiares no son cumplidas y la dinámica familiar se ve afectada. Para el estudio de las familias se ha diseñado una estrategia clínica llamado Estudio de Salud

Familiar (ESF), dentro de esta herramienta se realiza un genograma que es una representación gráfica que registra información de la familia por medio de símbolos que permite recoger, registrar, relacionar, y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento dado de su evolución y utilizarlas para la resolución de problemas clínicos de los miembros de una familia, abarcando por lo menos tres generaciones.

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90's para evaluar cualitativamente la función familiar. Su aplicación es fácil y cómoda en la atención primaria tanto por médicos como por enfermeras, con relativamente corto tiempo de entrenamiento. Este cuestionario permite evaluar siete dominios: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, y adaptabilidad. Permite al investigador calificar a la familia como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar la funcionalidad familiar, conocer las relaciones intrafamiliares en dos grupos de pacientes previamente seleccionados con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica y determinar la relación con el control de su enfermedad.

VI. ANTECEDENTES

VI. ANTECEDENTES

La hipertensión arterial sistémica es de las consideradas o denominadas Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto, estas son la primera causa mundial de morbimortalidad en el adulto, además de que han demostrado un crecimiento exponencial en las últimas décadas. Su impacto económico-social es demoledor para cualquier sistema de salud, ya que se trata de enfermedades no curables, con secuelas en su mayoría incapacitantes.¹

La existencia de hipertensión arterial sistémica guarda estrecha relación con la edad, género y factores co-mórbidos, tales como la diabetes, obesidad, dislipidemia y tabaquismo. Así la forma, tipo y gravedad en que la hipertensión arterial interacciona con estos factores, determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco. En la primera gran cohorte nacional de seguimiento denominada Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENHATA) en el adulto en México concluyen: que hay una urgente necesidad de modificar los paradigmas de abordaje clínico-terapéutico en HAS en donde México tiene una distribución epidemiológica y geo-demográfica muy particular que requiere consideraciones especiales. La interacción con otros factores de riesgo es común y mutuamente sinérgica para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares mayores. La Hipertensión arterial sistémica es causa frecuente de atención hospitalaria y se confirma que también es factor de riesgo para desarrollar diabetes y sus complicaciones, la interacción con sobrepeso, obesidad y dislipidemia determina que el abordaje de estas enfermedades debe ser multidisciplinario.²

La hipertensión arterial sistémica es de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, ya que afecta al 30.8% de la población de entre 20-69 años de edad, es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales convirtiéndose en las complicaciones que han demostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. El costo de esta enfermedad y la de sus complicaciones es muy alto, siendo el objetivo del tratamiento evitar estas complicaciones, recuperar la esperanza y calidad de vida.³

Se ha estudiado a los pacientes con crisis hipertensivas en donde los resultados que se obtienen observan que la causa en su mayoría resulta por un fallo en el tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente. Lo anterior que hace pensar que las detenciones bruscas en el tratamiento farmacológico son la causa de la mayoría de las crisis⁴ en donde en funcionamiento familiar pudiera influir en estos incumplimientos terapéuticos. La mayoría de las crisis pueden evitarse con un tratamiento y educación médica adecuados en la consulta externa.

El control adecuado de las cifras de presión arterial en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida⁵ sin embargo uno de los principales problemas inherentes en su tratamiento es que la elevación de presión arterial no produce síntomas relevantes de manera habitual por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.⁶ Desde años atrás se ha intentado desarrollar estrategias para determinar cuales con los factores relacionados con el fracaso de la terapia antihipertensiva dentro de los que se mencionan son la falta de apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Se sabe que el 50% de los pacientes hipertensos abandonan el tratamiento al año de iniciado, esto se puede revertir con el apoyo afectivo de algún miembro de la familia del hipertenso. La participación de un miembro significativo de la familia del hipertenso reduce hasta en 57% la mortalidad por causas cardiovasculares comparada con controles.⁷

El manejo de la HAS incluye medidas de tratamiento farmacológico, cambios en el estilo de vida como ejercicio físico regular, modificaciones en su dieta, por lo que su control adecuado depende del apego que este se logre. Sin embargo, ya que se requiere de la adopción de un cambio permanente de estas acciones, el entorno familiar juega un papel importante y se puede modificar desfavorablemente, de manera que el apoyo de los familiares se vincula de forma directa con el apego al tratamiento en general.⁸

En la actualidad se están realizando importantes esfuerzos dirigidos a la prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial, los cuales requieren de apoyo multidisciplinario, por lo que es fundamental el reconocimiento de la influencia de

factores de índole psicosocial como lo es la familia.⁹ El médico no puede conformarse simplemente con diagnosticar la enfermedad, el intentar conocer el proyecto vital y la situación en que se ubica la persona enferma respecto a su familia, lo ayudará a dar la orientación más adecuada que haga posible el adaptarse a la nueva situación, promoviendo nuevas motivaciones, intereses y objetivos que implicará, en cierta forma, seguir viviendo pero “una vida distinta”. Los familiares del paciente son parte de la situación actual y el médico también forma parte, y muchas veces son los familiares quienes tienen que tomar las decisiones más importantes.¹⁰

En el reconocimiento general de un paciente debería ocupar un lugar absolutamente importante las diferentes relaciones que éste sostiene en el seno de su familia, en su trabajo y en su comunidad en general. En algunos estudios realizados los resultados coinciden y plantean que las disfunciones familiares ejercen una influencia negativa en la evolución de las enfermedades cardiovasculares.¹¹

Existen múltiples definiciones para la familia pero se puede concluir que es un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los que se desarrolla. La familia puede ser considerada como la célula nuclear de la sociedad. Pautas socioculturales, reglas, creencias, códigos de convivencia, valores, modos de relacionarse, estilos de vida, se transmiten a los hijos, que luego conformarán, por opuesto o similitud, nuevos grupos familiares, reproduciendo los cambios sociales del momento, garantizando así la continuidad de la cultura.

La familia como contexto social primario en el que ocurre y se resuelve el proceso salud enfermedad, ha sido y es motivo de preocupación desde las más diversas disciplinas. Son muchos los estudios sobre las relaciones existentes entre las características familiares y el desarrollo psicobiológico y social de cada uno de sus integrantes (fecundidad, desnutrición, morbimortalidad infantil, enfermedades mentales, psicósomáticas, utilización de los servicios de salud, etc.) La persona ha dejado de ser vista como un ser meramente biológico y han cobrado interés factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en el seno familiar y afectan de alguna

forma la salud de sus integrantes. La aparición de enfermedades no están determinadas solo por factores genéticos, los patrones de conducta familiares, sociales y ambientales son contribuyentes importantes que aumentarán o disminuirán la vulnerabilidad del individuo a padecerlas. La alta prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones, HAS, DM, obesidad etc, están determinados principalmente por los estilos de vidas, las pautas y creencias, que se generan en el seno familiar. Muchas son las investigaciones que han demostrado la influencia de la familia en el proceso de salud y enfermedad de sus integrantes, como por ejemplo la repercusión del estrés y el escaso apoyo familiar sobre el índice de mortalidad, la influencia de la familia sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de enfermedades coronarias y la repercusión del funcionamiento familiar sobre el curso de los problemas crónicos etc.¹²

Se ha visto que la familia funciona como una totalidad, es decir que es más que la suma de cada uno de los miembros que la componen. Las relaciones que se establecen no son unilaterales a la manera del funcionamiento causa-efecto, sino que funcionan retroalimentándose unos con otros. Si un miembro de la familia tiene un problema, no solo su problema afecta a los otros sino que a su vez su problema será resignificado según la reacción de los otros¹³. Los síntomas manifiestos forman parte de un amplio contexto familiar y psicosocial, de modo que síntomas y contexto se influyen mutuamente. Una intervención médica puede bastar para suprimir algún síntoma agudo y limitado al individuo, pero en muchos problemas médicos como en enfermedades crónicas, el contexto donde se desarrollan estos síntomas es importante para el tratamiento. Aquí el médico puede preguntarse como influyen los síntomas del paciente en su historia familiar y viceversa.¹³

Consideramos a la familia como un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por múltiples subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados. La enfermedad, cuando es crónica determina limitaciones que provocan alteraciones en el proyecto vital y que obligan a modificarlo.

Se ha dicho que la familia no es tan solo un conjunto de individuos que se relacionan entre sí, si no también una unidad que posee un significado emocional. Los patrones al interior de la familia provienen de generaciones anteriores y sientan las bases para las generaciones futuras. La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierta en terminal favorece que el paciente sea etiquetado, lo que afectará el tipo de relación interpersonal con los demás miembros de la familia y con su medio en general. Dicha relación puede evolucionar hasta llegar a situaciones de estrés crónico que lentamente pueden ocasionar el deterioro de la familia, pues durante el proceso de la enfermedad la familia sufre de igual manera que el paciente, por lo que es fundamental evaluar a esta red de apoyo social como proceso de la enfermedad.¹⁴

Se ha considerado a la familia como un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros de la familia repercute directamente en el bienestar del resto, haciendo que la familia se comporte como si fuera una unidad. La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación en la medida que cumpla sus funciones básicas.¹⁵ Tomando en cuenta que un criterio de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa, el sistema familiar es susceptible de ser evaluado a través de alguno de sus miembros o de la familia.¹⁶

La aparición de cualquier enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y su estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta a cada uno de sus integrantes.¹⁴ Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre los miembros de la familia se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar. Siendo sin duda alguna en la enfermedad crónica donde más se evidencia la relación entre lo biológico y lo social, ya que genera un alto grado de estrés, estructuralmente existe modificación sobre las jerarquías, territorios, límites, alianzas y coaliciones establecidas por la familia.¹⁷

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permiten revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.¹⁸

Se han realizado estudios en los que se ha investigado la relación de la funcionalidad familiar y el control de la presión arterial, con instrumentos que evalúan la percepción de la función familiar, pero la presente investigación a diferencia de las anteriores se obtendrá información que permitirá identificar procesos biológicos, emocionales y sociales a través de diferentes generaciones dándonos ventajas donde se nos permita evaluar las relaciones del entorno familiar y la enfermedad, identificar eventos de la vida que pueden afectar el control de la enfermedad y facilita la educación del paciente hacia su problemática.

Genograma

Es una representación gráfica que registra información de la familia por medio de símbolos que permite recoger, registrar, relacionar, y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento dado de su evolución y utilizarlas para la resolución de problemas clínicos de los miembros de una familia, abarcando por lo menos tres generaciones de familiares así como también sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el "ciclo vital". Los familiogramas muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido los patrones familiares complejos y constituye una rica fuente de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto a lo largo del tiempo. Este instrumento ofrece una valiosa oportunidad para obtener y sistematizar información necesaria para el abordaje familiar: la estructura familiar, etapa del desarrollo evolutivo, crisis familiares

normativas, acontecimientos estresantes y apoyo familiar, problemas de salud crónicos, repetición de patrones familiares, aspectos laborales y relaciones entre sus miembros. Además nos permite conocer otros miembros de la familia en condiciones de vulnerabilidad, que no acceden al sistema de salud.¹⁹

Es importante recordar que el genograma aporta datos de tipo estático, constituyendo una “fotografía” de la familia. A pesar que se registra información sobre acontecimientos estresantes y las relaciones entre sus miembros, estos datos corresponden a un momento determinado.

Por otro lado, hay datos con una importante carga de subjetividad (como son las relaciones intrafamiliares) y que son aportados por un solo miembros de la familia (al que se le realiza el genograma). Un obstáculo potencial para su uso en atención primaria, es el tiempo que requiere su elaboración. Para realizar un genograma completo (con aspectos estructurales y funcionales) se necesita no menos de 30 minutos. Por este motivo, se recomienda, realizar el componente estructural a la mayoría de los pacientes, lo que nos permitirá identificar algunas características de la familia como el número de integrantes, los convivientes, edades, problemas de salud, fallecimientos recientes, aspectos laborales. En cambio, en situaciones donde se sospeche mayor estrés familiar (falta de adherencia a los tratamientos, pacientes hiperconsultadores, enfermedades crónicas degenerativas, transición en las etapas del desarrollo, crisis no esperadas, problemas sicosociales etc.) se aconseja una consulta programada a tal fin, a fin de investigar además, aspectos “funcionales” (relaciones interpersonales, adaptación a los cambios vitales y acontecimientos estresantes, presencia y calidad de apoyo social etc.) Es importante informar al paciente sobre el motivo de su realización, al construir el genograma suelen movilizarse sentimientos en el paciente y puede sentirse invadido en su intimidad. El familiograma puede ser realizado por cualquier miembro del equipo de salud.²⁰

El genograma funcional constituye el componente subjetivo en el familiograma, por lo que puede ser diferente según se lo realicen a distintos miembros de la misma familia. Es importante hacer los símbolos de otro color para diferenciarlos claramente de los

signos del genograma estructural. Su análisis puede explicar aspectos de la dinámica familiar que puedan estar generando o agravando los problemas del paciente. Facilita la identificación de personas significativas en el hogar a fin de identificar recursos familiares.²¹

Elaborar un genograma supone tres niveles: ^{22,23}

A. Trazado de la estructura familiar: La base del genograma es la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

B. Registro de la información sobre la familia: Información demográfica, funcionamiento y sucesos familiares críticos.

C. Descripción de las relaciones familiares. Estas descripciones están basadas en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia.

Deberá utilizarse siempre que la situación clínica sugiera una crisis o disfunción familiar. En estos casos actúa como instrumento diagnóstico que permite al médico contrastar hipótesis relacionadas con la contribución del sistema familiar al problema detectado. Igualmente está indicado su empleo en familias con pacientes crónicos, graves o terminales que requieren un apoyo específico. En síntesis esta herramienta se basa en la construcción de figuras que representen personas y líneas que describen sus relaciones. ²⁰

Un genograma correctamente diseñado además de los datos ya descritos anteriormente nos debe aportar datos sobre: Composición del hogar, constelación fraterna, configuraciones familiares inusuales, adaptación al ciclo vital, repetición de pautas a través de las generaciones, y sucesos de la vida.²⁴

Instrumento de Evaluación Familiar (FF-SIL)

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90's (De la cuesta de Pérez, validado en 1994 en Cuba la Habana) para evaluar cualitativamente la función familiar. Su aplicación es fácil y cómoda en la atención primaria tanto por médicos como por enfermeras, con relativamente corto tiempo de entrenamiento. Este cuestionario permite evaluar los siguientes dominios:

1. **Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
2. **Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. **Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa.
4. **Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
5. **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. **Roles:** cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
7. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

El cuestionario FF-SIL contiene 14 preguntas, a las que se les asigna una puntuación, y la suma de las respuestas totaliza un puntaje global que permite al investigador calificar a la familia como funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. La calificación se realiza 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).²⁵

El FF-SIL se califica de la siguiente manera:

Puntaje.	Condición Familiar
57 – 70	Funcional
43 – 56	Moderadamente Funcional
28 – 42	Disfuncional
14 – 27	Severamente Disfuncional

De las 7 variables o dominios que mide el Test con las 14 situaciones, dos de estas corresponden a cada uno de los dominios y a continuación se describe cuales son:

Numero de situaciones	Dominio que evalúa
1 y 8.....	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

El médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de observar y seguir el paso de la familia a lo largo de su ciclo vital, permitiéndole actuar anticipadamente sobre los problemas propios de cada etapa, estimulando cambios conductuales para su adaptación y actuando una vez establecida la crisis.

El enfermo que acude a consulta con descontrol de presión arterial se debe considerar y tener en mente aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que al ejercer una

influencia importante sobre el apego al tratamiento podrían ser la causa de la falla terapéutica.

Se define como Salud Familiar a la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social.

La evaluación de la familia se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento así como rehabilitación., este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso salud enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. Para lograr esta evaluación el médico familiar debe conseguir una estrategia de carácter clínico que incluya a los individuos y sus familias, bajo un efecto integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF).²⁶

El Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar diseñó un instrumento de evaluación práctica por un grupo de expertos en Medicina Familiar durante la 2a. reunión interinstitucional en 1998 en el DF para la actualización de las normas de este consejo denominado Guía de Estudio de la Salud Familiar.

El Estudio de la Salud Familiar es un marco de referencia para investigar el estado de salud de la familia e intervenir en él; por lo que no está dirigido únicamente a las familias con patología, motivo por el cual no se llama Historia Clínica Familiar. Se fundamenta en los principios filosóficos de la especialidad: a) Atención Primaria, Integral y Continua; b) Enfoque Preventivo y Educativo, c) Como eje de análisis la familia y objeto de atención: la salud familiar.

Las razones para estudiar a una familia pueden ser variadas: la presencia de enfermedades infectocontagiosas, enfermedades crónicas degenerativas, problemas

emocionales, problemas psicosociales, enfermedades psicosomáticas, crisis intercurrentes, etc. También se justifica en una familia aparentemente saludable y que requiera vigilancia de factores de riesgo como en los casos de: control de embarazo, control del niño sano, familia que acude a consejo por una crisis del desarrollo.

Estudios Relacionados

Se realizó un estudio descriptivo en el 2001 publicado en el 2004 para caracterizar la participación familiar y la relación médico familia en el control de la hipertensión arterial, en 153 familias de pacientes hipertensos en donde observaron que la mayoría de los pacientes hipertensos descontrolados pertenecían a familias disfuncionales y existía menor apoyo familiar.²⁷

En una unidad de Medicina Familiar del IMSS en León Guanajuato se estudió la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes, observando que la asociación encontrada entre algunos tipos de familia y la depresión en los adolescentes nos invita a recordar el papel de dicha institución social en el proceso de salud-enfermedad, por lo que el médico familiar debe buscar en forma oportuna las características estructurales y funcionales que pueden poner en riesgo la salud de la población, o bien, ayudar a que la enfermedad de un integrante de la familia la afecte lo menos posible.²⁸

En la ciudad de Tamaulipas en el 2009 en una unidad de Medicina Familiar se estudio la relación entre la disfunción familiar y en control del paciente con DM 2 en donde resulto que los pacientes con disfunción familiar tenían menor control de su enfermedad comparados con los que presentaban funcionalidad familiar adecuada, así como un menor nivel de conocimientos de su patología. Demuestran que el problema de la diabetes mellitus es más grave de lo que se considera, ya que el aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, desinterés o motivación para que un paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y esto lo lleve a un mejor control de su enfermedad. Además consideran necesario explorar el ámbito familiar recomendando seguir investigando en este sentido pues las

alteraciones en la dinámica familiar desempeñan un papel importante en el control de los pacientes con enfermedades crónicas.²⁹

En un ensayo realizado en el 2009 en México se comenta el papel del niño con alguna enfermedad crónica, particularmente alérgica, dentro de su sistema familiar respecto al control o cronicidad de la misma y concluyen que debe estudiarse el impacto de la familia en la cronicidad de la enfermedad alérgica, las exacerbaciones y repercusiones en el grado de control del padecimiento. En casos de difícil control de la enfermedad y cuando las medidas de control ambiental, la inmunoterapia y el tratamiento farmacológico no ofrecen las ventajas esperadas, debe estudiarse a la familia y brindar apoyo psicoterapéutico con personal capacitado.³⁰

En el 2010 Hinojos-Gallardo LC y cols., estudiaron la asociación entre el grado de gravedad de asma y la disfunción familiar medida a través de la escala de funcionamiento familiar. Su conclusión fue que existe una fuerte relación entre la disfunción familiar y el nivel de gravedad del asma. Por esta razón se propone incluir el estudio de este aspecto en los niños con asma, a fin de ofrecer un tratamiento más completo y disminuir la gravedad de la enfermedad.¹⁶

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México ya que afecta al 30.8% de la población de entre 20 a 69 años. Es un factor de riesgo importante para desarrollar complicaciones cardiovasculares, renales y la mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido en las últimas décadas, además de recordar que el costo económico del tratamiento de esta enfermedad es alto y más aún en presencia de complicaciones. A pesar de que el diagnóstico es fácil, más del 60% de los individuos afectados desconocen que la padecen y de los que reciben tratamiento solo un mínimo porcentaje con 19.2% están en control y el 80.8% con descontrol de las cifras tensionales². Uno de los problemas en su diagnóstico y tratamiento es que la elevación de la presión arterial de manera habitual no produce síntomas relevantes y el paciente tiene la falsa impresión de que la enfermedad se encuentra controlada o no está presente. Por otro lado la familia es el núcleo fundamental de toda sociedad y principal factor protector social, es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute directamente en el bienestar del resto, haciendo que la familia se comporte como si fuera una unidad. La familia disfuncional tiene dificultad en la transmisión cultural de los aprendizajes del sentido de pertenencia, de la lengua, de la higiene, de las costumbres y de las formas de relación entre las personas. La familia disfuncional no es capaz de evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptadas. Dentro de la familia la enfermedad crónica genera un alto grado de estrés, estructuralmente si existe una modificación sobre las jerarquías, territorios, límites y coaliciones establecidas por la familia. Las pautas de interacción y las funciones establecidas entre los miembros también se modifican a causa de que el enfermo adquiere la centralidad familiar. La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación.

Por lo anterior me lleva a la siguiente cuestión....

PREGUNTA:

¿Cómo se encuentra la funcionalidad familiar y que factores familiares influyen en el control de la presión arterial en los pacientes de la UMF 80?

VIII. JUSTIFICACIÓN

VIII. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial sistémica es un padecimiento muy frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública que a pesar de los avances científicos en su tratamiento, es uno de los padecimientos de mayor prevalencia a nivel mundial y de mayor número de complicaciones agudas y crónicas. En el tratamiento de la HAS se requiere la adopción permanente de apego al tratamiento farmacológico, ejercicio físico, dieta etc. El entorno familiar puede modificar favorable o desfavorablemente estas acciones, de manera que el apego terapéutico se vincula directamente con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. Si bien es cierto que la falta de apego al tratamiento, el no modificar el estilo de vida, las combinaciones inapropiadas de medicamentos, son de las principales causas de descontrol de la hipertensión arterial sistémica, no se ha dado la importancia a la función familiar en relación al control o descontrol de esta enfermedad crónica, ya que como se ha mencionado, la presencia de una enfermedad aguda o crónica en uno de los integrantes de la familia puede influir directamente sobre el funcionamiento del resto y viceversa, así como en el curso de la enfermedad. Con la realización del presente estudio se pretende investigar la funcionalidad familiar y los factores familiares relacionados con el control de la presión arterial, con el propósito de que los médicos del primer nivel de atención de nuestra unidad investiguen más allá de las causas ya conocidas de descontrol de hipertensión arterial y le den importancia al papel de la familia como parte del proceso de control de la enfermedad crónica. Así mismo concientizar a los pacientes participantes de la importancia del buen control de su padecimiento para evitar complicaciones agudas y crónicas, acción que obligadamente tiene que realizar todo médico ante su paciente. Concientizar a los médicos familiares de implementar estrategias educativas prácticas para lograr un mejor control de este padecimiento con el objetivo primordial de retrasar la progresión de la evolución natural de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

IX. HIPÓTESIS DE TRABAJO

IX. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La funcionalidad familiar y los factores familiares están relacionados con el control de la presión arterial.

Objetivo general

Determinar el grado de funcionalidad familiar y los factores familiares relacionados con el control de presión arterial en los pacientes de la UMF 80.

Objetivos específicos

- Conocer las relaciones entre los diferentes miembros de la familia mediante el genograma en los pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica.
- Identificar el dominio más alterado en los pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica mediante el instrumento FF-SIL.
- Relacionar las cifras de presión arterial con el grado de funcionamiento familiar.
- Investigar las condiciones bioquímicas del paciente portador de hipertensión arterial sistémica.

X. MATERIAL Y MÉTODOS.

X. MATERIAL Y MÉTODOS.

Descripción del estudio

- **Tipo de investigación:**
Observacional
- **Tipo de diseño:**
Descriptivo
- **Método de observación:**
Transversal
- **Temporalidad:**
Prospectivo

Tipo de muestreo no probabilístico.

Población de estudio.

Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 que acudieron a consulta, con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica y que cumplieron los criterios de selección.

Se formaron dos grupos de pacientes:

Grupo 1: Pacientes con descontrol de la presión arterial.

Grupo 2: Pacientes con control de la presión arterial.

Tamaño de la muestra

El número de pacientes se obtuvo tomando en cuenta el total de pacientes registrados en la UMF No. 80 con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, utilizando la fórmula para población finita como se muestra a continuación:

Fórmula:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra a obtener

N población finita ó número de casos

e error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes con Hipertensión Arterial Sistémica según censo de Población Adscrita es de $N = 34424$

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 15 % (0.15) en error de muestreo entre entrevistar a los 34424 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{34424}{1 + 34424(0.15)^2}$$

$$n = \frac{34424}{1 + 774.54}$$

$$n = \frac{34424}{775.54}$$

$$n = 44.38$$

$$n = 44$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Que estén adscritos y acudan a control a la UMF No. 80.

Hombres y mujeres de 30-69 años de edad.

Que tengan mínimo un año de diagnóstico de HAS.

Que no tengan complicaciones crónicas de hipertensión arterial.

Que no tengan diagnóstico de alguna otra enfermedad sistémica.

Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado.

2.-CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Pacientes con obesidad mórbida.

Pacientes con antecedente de disfunción familiar.

Que previamente hayan recibido terapia psicológica por algún padecimiento que así lo ameritó.

3.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no deseen continuar voluntariamente en el estudio.

Que las encuestas tengan datos incompletos.

Variable independiente

Función familiar: Se refiere al conjunto de acciones que se llevan o no dentro la familia

Variable dependiente:

Hipertensión arterial: Presión arterial mayor de 140/90 mmHg en mas de dos tomas de acuerdo a las reglas establecidas para esta.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DESCRIPCION DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
INDEPENDIENTE	Función Familiar	Se refiere al conjunto de acciones que se llevan a cabo o no dentro la familia	Mediante FF-SIL Funcional: 57-70 Moderadamente Funcional: 43-56 Disfuncional: 28-42 Severamente Disfuncional: 14-27	Cuantitativa
DEPENDIENTE	Hipertensión arterial sistémica	Presión arterial mayor de 140/90 mmHg en mas de dos tomas de acuerdo a las reglas establecidas para esta	En mmHg <140/90=controlada >140/90=descontrola	Cuantitativa
DOMINIOS DEL FF-SIL	Cohesión	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones	Mediante numero de situaciones Situación 1 Y 8	Cualitativa
	Armonía	Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia	Situación 2 y 13	Cualitativa
	Comunicación	Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa	Situación 5 y 11	Cualitativa
	Permeabilidad	Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones	Situación 7 y 12	Cualitativa
	Afectividad	Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas	Situación 4 y 14	Cualitativa
	Roles	Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar	Situación 3 y 9	Cualitativa
	Adaptabilidad	Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera	Situación 6 y 10	Cualitativa
	Genograma	Representación gráfica de la familia por medio de símbolos	Símbolos	Cualitativa

“Funcionamiento familiar y factores familiares relacionados con el control de la presión arterial”

	Relaciones intrafamiliares	Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia	1.- Muy estrecha 2.- Cercana 3.- Conflictiva 4.- Muy estrecha y conflictiva 5.- Distante 6.-Quiebre o Separación	Cualitativa
Variables clínicas				
	Edad	Término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Años	Cuantitativa numérica discreta
	Peso	Se refiere al volumen del cuerpo	Kilogramos (kg)	Cuantitativa numérica continua
	Talla	Longitud de un ser humano de la planta de los pies a la parte superior del cráneo	Metros (mts)	Cuantitativa numérica continua
	Índice de masa corporal	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, calculado mediante el índice de quetelet.	Metros ² (m ²)	Cuantitativa numérica continua
Variables socio demográficas				
	Ocupación	Actividad realizada por el (la) paciente dentro o fuera del hogar, de manera rutinaria	1.- Campesina 2.- Obrera 3.- Comerciante 4.- Técnica 5.- Profesional	Cualitativa
	Estado civil	Estado personal civilmente reconocido en el momento en que se realiza la historia clínica	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Divorciado 5.- Viudo	Cualitativa
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	1.- Ninguna 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Licenciatura	Cualitativa

“Funcionamiento familiar y factores familiares relacionados con el control de la presión arterial”

Variables bioquímicas				
	Glucosa sérica en ayuno	Concentración sérica total de glucosa medida en ayuno	mg/dl	Cuantitativa
	Acido úrico	Producto del metabolismo de las purinas	mg/dl	Cuantitativa
	Triglicéridos	Tipo de grasa presente en el torrente sanguíneo y en el tejido adiposo	mg/dl	Cuantitativa
	Colesterol total	Medida en sangre aproximada de todo el colesterol	mg/dl	Cuantitativa
	Creatinina	Producto de la degradación de la creatina	mg/dl	Cuantitativa
	Urea	Principal producto final del metabolismo de las proteínas	mg/dl	Cuantitativa

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Se presentó ante el comité local de Ética e Investigación en la UMF No. 80 de Morelia Mich., para posteriormente identificación de los pacientes con diagnóstico de HAS en los consultorios de la UMF No 80, se les invitó a participar en el estudio y aquellos que aceptaron, se les informó detalladamente sobre el estudio a realizar y firmaron el consentimiento informado (anexo 1).

Se formaron dos grupos de pacientes: un primer grupo de pacientes con HAS descontrolada y un segundo grupo de pacientes hipertensos controlados que cumplieron con los criterios de selección y se les realizó lo siguiente:

- ✓ Toma de presión arterial para clasificarlo como controlado o descontrolado.
 - ✓ Se realizó un genograma estructural y dinámico mediante el cual se identificaron las relaciones intrafamiliares clasificando a los pacientes de acuerdo a lo establecido en este instrumento de evaluación (anexo 2).
 - ✓ Se aplicó el cuestionario FF-SIL para evaluar la funcionalidad de las familias y de acuerdo a los resultados obtenidos se clasificaron en familias funcionales aquellas que obtuvieron un puntaje de 57-70 pts. moderadamente funcionales entre 43-56 pts. disfuncionales entre 28-42 pts. y familias severamente disfuncionales entre 14-27 pts. (anexo 3).
 - ✓ Se otorgó solicitud de laboratorio (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total y triglicéridos) con la finalidad de conocer algunas de las condiciones metabólicas que pudieron interferir con el control de los pacientes, estas valoraciones bioquímicas se realizaron durante la investigación y se tomaron los siguientes rangos de referencia para su normalidad: glucosa en ayuno menor de 110 mg/dl, creatinina sérica <1.3 mg/dl, urea entre 20-40 mg/dl, colesterol total <200 mg/dl, triglicéridos <150 mg/dl y ácido úrico <7 mg/dl.
 - ✓ Se extendió receta médica y se ajustó tratamiento en el grupo que lo ameritó.
- Al término del estudio se les dieron los resultados a los pacientes y se otorgó orientación sobre la importancia del control de la enfermedad, detección de las complicaciones y la relevancia del apego al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se reportaron con la media \pm desviación estándar (DE) para las variables continuas, mientras que las variables categóricas fueron reportadas en porcentajes. Las diferencias en las medias se analizaron con la prueba de t Student para muestras independientes y las diferencias en las variables categóricas con la prueba de chi cuadrada.

Se consideró una significancia estadística a un valor de $p < 0.05$.

El instrumento utilizado para evaluar la funcionalidad familiar fue validado mediante Alpha de Cronbach y el método de mitades (Cuadro I).

Para el análisis estadístico se utilizó el PASW Statistics 18.

Cuadro I. Fiabilidad del Instrumento FF-SIL de Funcionalidad Familiar

DOMINIOS	REACTIVOS	Alpha de Cronbach	Método de mitades
Cohesión	1 y 8	.597	
Armonía	2 y 13	.716	
Comunicación	5 y 11	.284	
Permeabilidad	7 y 12	.328	
Afectividad	4 y 14	.922	
Roles	3 y 9	.694	
Adaptabilidad	6 y 10	-.019	
G L O B A L	14	.854	.849

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, capítulo 1, Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría: observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. El presente estudio implicó un riesgo inferior al mínimo con aprobación del Comité Local de Investigación y los pacientes firmaron el consentimiento informado.

XI. RESULTADOS

XI. RESULTADOS

Se estudiaron pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de Morelia Mich., con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica, con un total de 88 pacientes divididos en dos grupos con 44 pacientes cada uno, un grupo con presión arterial controlada y otro descontrolada. Los resultados en cuanto a sexo fueron 35 (39.8%) hombres y 53 (60.2%) mujeres. La edad media fue de 53.59 ± 8.4 años, con una mínima de 34 y una máxima de 69 años.

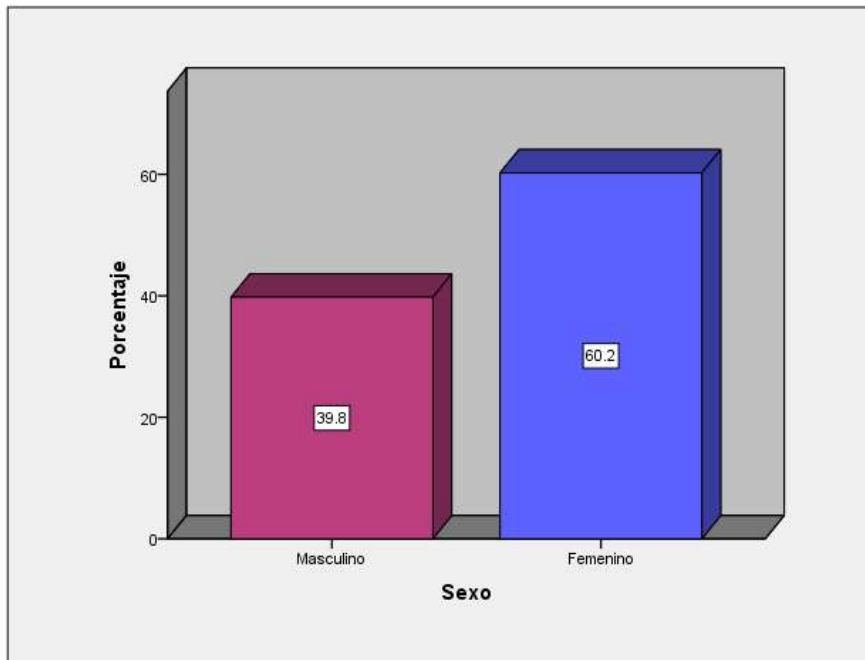


Figura No. 1. Distribución de la población portadora de hipertensión arterial y sexo.

En el cuadro No. II, se observa que el 50% de la población de estudio se encontró controlada y el otro 50% descontrolada, en el sexo masculino el porcentaje de control de la tensión arterial fue de 19.3%(17), para los controlados inferior al porcentaje del sexo femenino, en este fue de 30.7%(27), en los pacientes descontrolados fue a la inversa, el 29.5%(26) en el sexo femenino, superior al sexo masculino con el 20.5%(18).

Cuadro No. II. Distribución por sexo y el control o descontrol de la hipertensión arterial.

SEXO	HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
	Controlada		Descontrolada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
	Masculino	17	19.3	18	20.5	35
Femenino	27	30.7	26	29.5	53	60.2
Total	44	50	44	50	88	100

La escolaridad de los pacientes se presentó de la siguiente manera: ninguna 5 (5.7%), primaria 34 (38.6%), secundaria 24 (26.3%), bachillerato 17 (19.3%) y licenciatura 8 (9%), predominando la educación a nivel de primaria. La distribución de acuerdo grupo de control de presión arterial y escolaridad del paciente se presenta en el Cuadro III, no se encontró significancia estadística mediante χ^2 .

Cuadro III. Escolaridad en los dos grupos de estudio.

ESCOLARIDAD	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
	Controlada n = 44 F (%)	Descontrolada n = 44 F (%)	Chi ²	Sig.
Ninguna	2 (2.3)	3 (3.4)	1.801	.937
Primaria	16 (8.1)	18 (20.5)		
Secundaria	14 (15.9)	10 (11.4)		
Bachillerato	8 (9.1)	9 (10.2)		
Licenciatura	4 (4.5)	4 (4.5)		

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

El estado civil de los participantes se muestra en el cuadro IV, en donde se encontró que la mayoría son casados con un 77.2% (68) y el mismo porcentaje se encontraron controlados y descontrolados, el divorciado y el viudo presentaron un porcentaje bajo de descontrol, ambos el 2.3%(2), no se encontró significancia estadística con un valor de $p > 0.05$.

Cuadro IV. Estado civil de los pacientes de acuerdo al control de la presión arterial.

ESTADO CIVIL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
	Controlada n = 44 F (%)	Descontrolada n = 44 F (%)	Chi ²	Sig.
Soltero	1 (1.1)	---	4.29	.368
Casado	34 (38.6)	34 (38.6)		
Unión libre	---	3 (3.4)		
Divorciado	6 (6.8)	2 (2.3)		
Viudo	3 (3.4)	2 (2.3)		

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Los resultados al evaluar la ocupación se presenta a continuación: hogar 27 (30.7%), profesionista 7 (7.9%), comerciante 12 (13.7%), empleado 20 (22.7%), pensionado 9 (10.2%), obrero 10 (11.4%), desempleado 3 (3.4%), En los pacientes descontrolados predominó los dedicados al hogar con el 14.8%(13), en los empleados con el 10.2%(9), el 8%(7) para los obreros y el porcentaje de los descontrolados fue disminuyendo comerciantes, pensionados, profesionistas y desempleados, no se encontró significancia estadística con valor de $p > 0.05$.

Cuadro V. Ocupación más frecuente en los dos grupos de pacientes hipertensos.

OCUPACIÓN	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
	Controlada n = 44 F (%)	Descontrolada n = 44 F (%)	Chi ²	Sig.
Hogar	14 (15.9)	13 (14.8)	2.714	.844
Profesionista	4 (4.5)	3 (3.4)		
Comerciante	7 (8)	5 (5.7)		
Obrero	3 (3.4)	7 (8)		
Empleado	11 (12.5)	9 (10.2)		
Pensionado	5 (5.7)	4 (4.5)		
Desempleado	1 (1.1)	2 (2.3)		

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Para las medidas antropométricas se encontró que en el peso la media fue mayor en el grupo de pacientes descontrolados la cual fue de 74.56 ± 3.00 y en los controlados de 67.36 ± 2.10 , la talla fue homogénea y en el IMC fue mayor en el grupo de descontrolados, en esta comparación se encontró significancia estadística por $p < 0.05$.

Cuadro VI. Variables antropométricas utilizando t de student.

ANTROPOMETRÍA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
	CONTROLADA n = 44 $\bar{X} \pm E.E$	DESCONTROLADA n = 44 $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig.
Peso (kg)	67.36 ± 2.10	74.56 ± 3.00	-1.964	.056
Talla (mts)	1.62 ± 0.01	1.62 ± 0.01	-0.194	.847
IMC (m ²)	25.5 ± 0.60	28.06 ± 0.92	-2.313	.026*

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

En el cuadro VII, se relacionó la funcionalidad familiar y el control o descontrol de la presión arterial, encontrándose que en los pacientes descontrolados la disfuncionalidad familiar fue mayor con el 15.9%(14) que en los controlados, en ellos fue de 12.5%, los resultados en cuanto a las familia funcionales fue a la inversa el porcentaje fue más bajo en el paciente descontrolado con el 11.4%(10) y con el 18.2%(16) en el controlado, en esta comparación no se encontró significancia estadística el valor de $p>0.05$.

Cuadro VII. Grado de Funcionalidad Familiar en los pacientes con hipertensión arterial.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
	Controlada n = 44 F (%)	Descontrolada n = 44 F (%)	Chi ²	Sig.
Severamente Disfuncional	---	1 (1.1)	2.856	.414
Disfuncional	11 (12.5)	14 (15.9)		
Moderadamente Funcional	17 (19.3)	19 (21.6)		
Funcional	16 (18.2)	10 (11.4)		

* Cifra estadísticamente significativa ($p<0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Al evaluar los siete dominios del instrumento FF-SIL, se encontró significancia estadística en los dominios de: Armonía con una media más baja en el paciente descontrolado de 6.55 ± 0.47 y en el controlado fue de 8.23 ± 0.32 , comunicación en el descontrolado fue de 6.59 ± 0.49 y en el controlado de 8.09 ± 0.33 , en el resto de los dominios como: cohesión, permeabilidad, afectividad roles y adaptabilidad, todos tienen una media más baja en el grupo de pacientes hipertensos descontrolados pero sin significancia estadística.

Cuadro VIII. Dominios del FF-SIL y el control o descontrol de la tensión arterial.

FF-SIL DOMINIOS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
	Controlada n = 44 $\bar{X} \pm E.E$	Descontrolada n = 44 $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig.
Cohesión	8.64 ± 0.39	7.91 ± 0.43	1.248	.219
Armonía	8.23 ± 0.32	6.55 ± 0.47	2.901	.006*
Comunicación	8.09 ± 0.33	6.59 ± 0.49	2.509	.016*
Permeabilidad	8.09 ± 0.37	8.05 ± 0.36	0.087	.931
Afectividad	7.05 ± 0.53	5.50 ± 0.56	1.991	.053
Roles	7.05 ± 0.44	6.55 ± 0.50	0.737	.465
Adaptabilidad	7.68 ± 0.37	7.14 ± 0.36	1.039	.305

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

En el cuadro No. IX, mostramos que las variables que resultaron con significancia estadística fue ácido úrico con una media de 6.38 ± 0.33 , en los pacientes con hipertensión descontrolada superior a los portadores de hipertensión controlada y triglicéridos en los pacientes hipertensos descontrolados sus media fue de 257.73 ± 29.19 , superior a los hipertensos controlados su media fue de 177.95 ± 17.44 , el resto de las variables no se encontró significancia estadística, la glucosa urea y creatinina con una medias homogéneas y el colesterol la media fue mayor en el grupo de hipertensión descontrolado pero sin significancia estadística..

Cuadro IX. T de Student aplicada a las variables bioquímicas en pacientes hipertensos de acuerdo a su control.

VARIABLE BIOQUIMICA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
	Controlada n = 44 $\bar{X} \pm E.E$	Descontrolada n = 44 $\bar{X} \pm E.E$	t	Sig.
Glucosa (mg/dl)	100.27 \pm 2.01	100.59 \pm 2.86	-0.091	.928
Urea (mg/dl)	28.82 \pm 1.90	29.49 \pm 1.45	-0.278	.782
Creatinina (mg/dl)	0.82 \pm 0.04	0.82 \pm 0.03	.000	1.00
Acido úrico (mg/dl)	5.24 \pm 0.33	6.38 \pm 0.33	-2.417	.020*
Colesterol total (mg/dl)	187.77 \pm 7.46	210.86 \pm 10.81	-1.758	.086
Triglicéridos (mg/dl)	177.95 \pm 17.44	257.73 \pm 29.19	-2.346	.024*

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

En cuanto a las relaciones intrafamiliares en los pacientes portadores de hipertensión arterial encontramos, en la relación muy estrecha fue mayor en los pacientes controlados con el 21.6%(19), en los descontrolados del 13.6%(12), la relación cercana fue igual con el 4.5%(4), en las relaciones conflictivas fue más elevada en los hipertensos descontrolados con el 17%(15) y de 8%(7) en los controlados, en la relación muy estrecha y conflictiva fue mayor en los controlados con el 9.1%(8) y de 6.8%(6) en los descontrolados, la relación distante fue del 4.5%(4) en los pacientes descontrolados mayor que los controlados con el 1.1%(1) y la relación de quiebre o separación fue con del 5.7%(5) en los controlados mayor que los descontrolados con un porcentaje de 3.4%(3), no se encontró significancia estadística. (Cuadro X).

Cuadro X. Relaciones intrafamiliares utilizando χ^2 comparando ambos grupos de estudio.

GENOGRAMA RELACIONES INTRAFAMILIARES	HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
	Controlada n = 44 F (%)		Descontrolada n = 44 F (%)		χ^2	Sig.
Muy estrecha	19	(21.6)	12	(13.6)	7.075	.215
Cercana	4	(4.5)	4	(4.5)		
Conflictiva	7	(8.0)	15	(17.0)		
Muy estrecha y conflictiva	8	(9.1)	6	(6.8)		
Distante	1	(1.1)	4	(4.5)		
Quiebre o separación	5	(5.7)	3	(3.4)		

* Cifra estadísticamente significativa ($p < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Los resultados encontrados en relación a la tipología familiar y la hipertensión arterial se muestran a continuación:

De acuerdo a su composición predominó la familia nuclear, en la simple el porcentaje fue discretamente mayor en los hipertensos descontrolados con el 19.3%(17) y del 18.2%(16), en los controlados, la nuclear numerosa el 17%(15) para el hipertenso controlado mayor que la del descontrolado la cual fue de 14.8%(13), siguiéndole la familia extensa el la cual el 11.4%(10) para el hipertenso descontrolado y del 8%(7) para el controlado, la reconstruida y la monoparental fueron las menos frecuentes, la primera fue homogénea y la segunda solo se encontró en los pacientes hipertensos controlados. De acuerdo a su desarrollo, la familia tradicional fue discretamente mayor en los pacientes descontrolados con el 28.4%(25) y del 25%(22) en el controlado, la familia moderna predominio en los pacientes hipertensos controlados con el 25%(22), superior al porcentaje de los descontrolados la cual fue del 21.6%(19), de acuerdo a su integración, predomino la familia integrada de la cual el 40.9%(36) correspondió al hipertenso descontrolado y el 35.2%(31) para el controlado, la familia desintegrada el porcentaje mas elevado se encontró en los pacientes controlados con el 14.8%(13) y del 9.1%(8) para los hipertensos descontrolados, de acuerdo a su demografía todos correspondieron a familias urbanas y el porcentaje fue idéntico, de a acuerdo a su ocupación predomino la familia obrera de la cual el 28.4%(25) fueron hipertensos descontrolados, porcentaje mayor que los controlados el cual fue de 26.1%(23), en segundo lugar fue la ocupación comerciante en donde el porcentaje para el hipertenso controlado y descontrolado fue idéntico y el profesionista ocupó el último lugar en el cual el 9.1%(8) fueron hipertensos controlados superior a los descontrolados los cuales fueron el 5.9%(4) Cuadro XI.

Cuadro XI. Tipología Familiar

TIPOLOGÍA	HIPERTENSION ARTERIAL			
	Controlada n= 44 F= (%)		Descontrolada n= 44 F= (%)	
De acuerdo a composición:				
Nuclear simple	16	(18.2)	17	(19.3)
Nuclear numerosa	15	(17.0)	13	(14.8)
Reconstituida	3	(3.4)	4	(4.5)
Monoparental	3	(3.4)	---	
Extensa	7	(8.0)	10	(11.4)
De acuerdo a su desarrollo:				
Tradicional	22	(25.0)	25	(28.4)
Moderna	22	(25.0)	19	(21.6)
De acuerdo a su integración:				
Integrada	31	(35.2)	36	(40.9)
Desintegrada	13	(14.8)	8	(9.1)
De acuerdo a su demografía:				
Urbana	22	(50.0)	22	(50.0)
De acuerdo a su ocupación:				
Obrera	23	(26.1)	25	(28.4)
Comerciante	13	(14.8)	13	(14.8)
Profesional	8	(9.1)	4	(5.9)

Al analizar el ciclo vital de la familia encontramos que predominó la fase de independencia en la cual el 12%(22) fueron hipertensos controlados y el 19.3%(17) descontrolados, en segundo lugar fueron las familias en fase de retiro de las cuales el 15.9%(14) fueron hipertensos descontrolados y el 13.6%(12) controlados y en fase de dispersión se encontró que el 14.8%(13) fueron hipertensos descontrolados y el 11.4%(10) controlados.

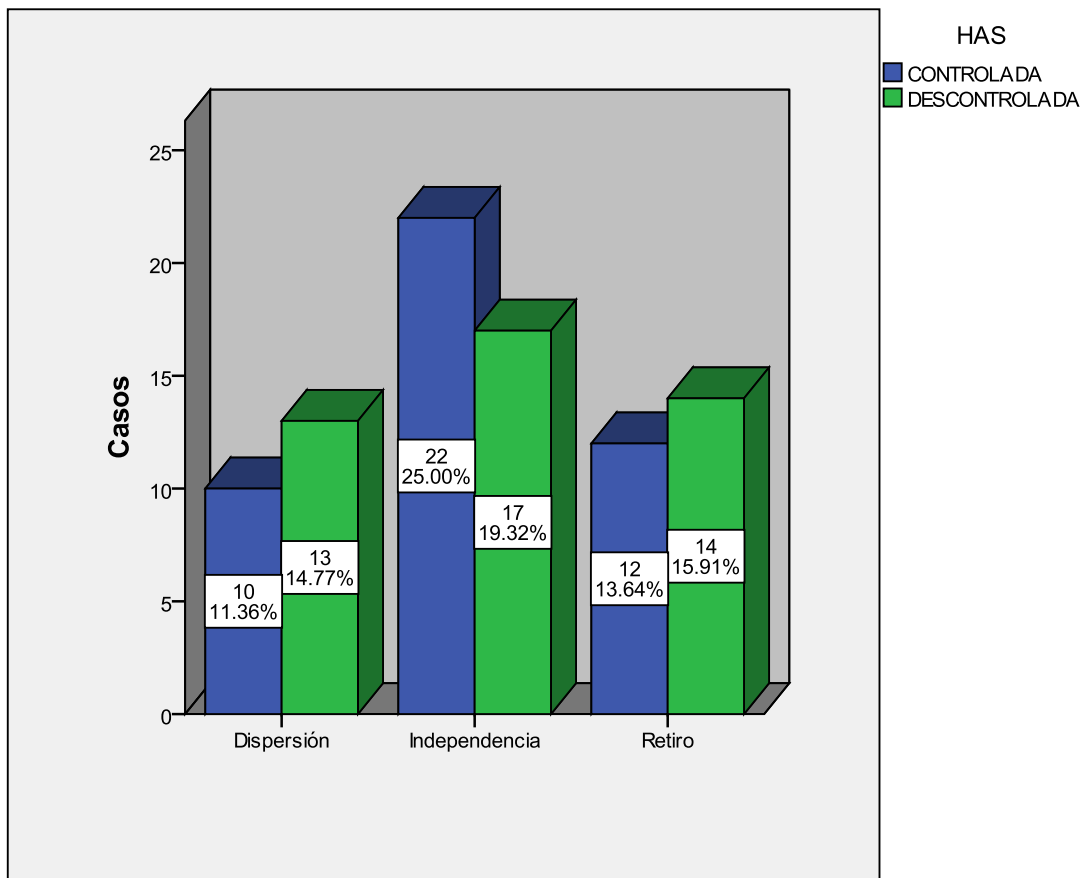


Figura 2. Etapa actual del ciclo vital e hipertensión arterial.

XII. DISCUSIÓN

XII. DISCUSIÓN

En este trabajo se estudiaron a 88 pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica, divididos en dos grupos con 44 pacientes, uno con presión arterial controlada y otro descontrolada, se les realizó un genograma estructural y dinámico para conocer algunos factores familiares como son: tipología familiar, relaciones familiares y etapa actual del ciclo vital, también se les evaluó la función familiar percibida por el paciente mediante el instrumento FF-SIL, finalmente investigaron algunos valores de laboratorio para comparar los resultados entre ambos grupos.

Existen muchos antecedentes en donde se evalúa la función familiar como un factor importante en el curso de las enfermedades crónicas, sin embargo la mayoría difiere en el instrumento utilizado para evaluar la función familiar, por mencionar un ejemplo en el 2006 se evaluó el funcionamiento familiar de pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento con diálisis peritoneal continua y ambulatoria mediante la escala de Espejel en donde encontraron que la función familiar no influyó en el tipo de diálisis utilizada, encontraron también que la mayoría pertenecían a familias nucleares, lo que mostró significancia fue la comunicación y la afectividad³¹, en el presente estudio el instrumento utilizado fue el FF-SIL y dentro de los dominios que evalúa también resultó significativa la comunicación, predominaron las familias nucleares y tampoco se demostró que la función familiar es significativa para el control de la presión arterial, sin embargo si se observó que los pacientes con familias funcionales la mayoría estaban controlados comparado con los descontrolados que percibían mayor disfunción familiar.

La Doctora Mendoza Poma también considera importante a la familia en el proceso generador y de rehabilitación en el proceso de la enfermedad y realizó un estudio descriptivo transversal en el personal de Salud del Hospital La Paz en donde evaluó a la función familiar mediante el instrumento APGAR³², reportando a la mayoría con buena función familiar (94%), a diferencia de los resultados obtenidos en nuestro trabajo en donde la mayoría consideró a sus familias como moderadamente funcionales, recordando que el instrumento utilizado fue diferente.

También hay estudios sobre funcionamiento familiar en pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia en el cual, coincide con nuestro estudio al utilizar el mismo instrumento (FF-SIL), pero los dominios más alterados en estos pacientes fueron la permeabilidad y la adaptabilidad³³, probablemente por las diferencias en cuanto a la población estudiada y a la diferente patología.

En pacientes embarazadas no ha sido la excepción el estudiar la funcionalidad familiar, como es el caso de la Dra. Pimentel en su artículo en donde determinó la frecuencia de disfunción familiar en mujeres con embarazo de alto riesgo obstétrico utilizando APGAR familiar, en el cual no demostró ser significativa la función familiar en relación al objetivo de estudio^{34,35}, a diferencia de otro artículo publicado más recientemente en el 2011 en donde se evaluó la funcionalidad familiar en pacientes gestantes y no gestantes mediante un análisis comparativo encontrando cifras significativas entre los grupos³⁶. Consideré necesario comentar lo anterior ya que este tipo de estudios demuestra la importancia que es la familia y su funcionalidad como objeto de estudio, que es lo que se pretende también nuestro trabajo de investigación.

En lo que respecta a tipología familiar hay un artículo dentro de la revista Archivos de Medicina Familiar que en la población mexicana prevalecen las familias nucleares, tradicionales, con núcleo integrado, urbanas estos resultados también encontrados en nuestra población de estudio, en este artículo también evalúan a la función familiar mediante FACES IV y concluyen que la comunicación directa predomina en las familias funcionales con lo que nuestro estudio apoya este hecho por los resultados obtenidos, aunque se haya aplicado un instrumento distinto en poblaciones diferentes³⁷.

Existe un estudio realizado en el año 2005 y publicado en el 2010, en donde determinaron la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de descompensación en pacientes crónicos diabéticos e hipertensos, utilizando APGAR para determinar la función familiar y encontraron una asociación significativa entre ambas variables³⁸, esto no se pudo probar en nuestro estudio ya que al aplicar las pruebas estadísticas para asociar la funcionalidad familiar con el control de la presión

arterial no resultaron significativas, sin embargo al evaluar los siete dominios de los que consta el instrumento FF-SIL, si hubo significancia estadística entre ambos grupos para la comunicación y la armonía a favor de los pacientes controlados

En relación al estudio de la importancia de la familia y su funcionalidad respecto a la Hipertensión arterial sistémica que es nuestra área de mayor interés también existen varios estudios publicados y no publicados, dentro de estos destacan algunos como por ejemplo el realizado en el IMSS y publicado en Salud Pública de México en el que se buscó determinar la asociación entre el apoyo familiar y el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial, donde concluyen que el apego al tratamiento se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo⁸, algo que esta muy relacionado con en el presente trabajo, pero a diferencia de este y que no se encuentra dentro de la literatura médica también se consideró a las relaciones dentro de la familia como objeto de estudio, y se observa en los resultados que las relaciones conflictivas predominaron en el grupo de pacientes descontrolados y las relaciones muy estrechas en el grupo controlado, que si bien es algo muy subjetivo, al trabajo de investigación aporta algo nuevo y diferente.

Otros estudios que consideran importante la participación familiar así como su funcionalidad en el control de la hipertensión arterial coinciden en que las familias disfuncionales y el descontrol de la hipertensión arterial al obtener los resultados estos fueron muy significativos^{14,27}., esto no se demostró en nuestra población de estudio al comparar los dos grupos de pacientes, ya que sí fueron mas frecuentes las familias con cierto grado de disfunción familiar en el grupo descontrolado pero no mostró cifras estadísticamente significativas, lo que nos sugiere considerar que depende mucho de la población de estudio y del instrumento utilizado, ya que en los estudios mencionados el instrumento ha sido diferente.

Tomando en cuenta todo lo anterior, la funcionalidad familiar a sido estudiada en muchas patologías con instrumentos diversos, en todas muestran resultados que apoyan el hecho de seguirla estudiando.

Nuestro estudio apoyó los resultados de otras publicaciones, además tomó en consideración las relaciones dentro del núcleo familiar y los resultados aunque no significativos muestran que estas sí pudieran influir en el control de la patología. Aunque sabemos que el control de la presión arterial depende de muchas otras cosas, este estudio nos sirve para considerar a la familia y todo lo que conlleva como parte fundamental del proceso de la enfermedad.

XIII. CONCLUSIONES

XIII. CONCLUSIONES

- La funcionalidad familiar y los factores familiares si se relacionan con el control de la presión arterial aunque los resultados no fueron significativos.
- Las relaciones conflictivas observadas mediante el genograma dinámico predominaron en el grupo de pacientes descontrolados y las relaciones muy estrechas en el grupo de pacientes controlados.
- Los dominios más alterados de los siete que avalúa el FF-SIL y que demostraron ser significativos entre ambos grupos fueron la comunicación y la armonía, esto quiere decir que los pacientes controlados tienen mejor comunicación y mejor armonía que los pacientes descontrolados.
- Los pacientes con descontrol de la presión arterial la mayoría tenía mayor grado de disfunción familiar comparado con los pacientes controlados en donde el mayor porcentaje consideraban a sus familias como funcionales.
- Las condiciones bioquímicas estudiadas demuestran que los pacientes con descontrol de la presión arterial tienen valores más elevados en todas las variables bioquímicas (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total y triglicéridos) que los pacientes controlados.

XIV. SUGERENCIAS

XIV. SUGERENCIAS

Con el presente estudio se recomienda a todo el personal de salud principalmente los médicos de primer nivel de atención que le den la importancia que se debe a las familias para el control y evolución de las enfermedades tanto crónicas como no crónicas, ya que como hemos visto es de vital importancia en todos los aspectos.

Así mismo continuar en la planeación de estrategias para mejorar el control específicamente de la presión arterial en este tipo de pacientes.

Tomar en consideración que si se sospecha de alguna disfunción familiar recordar que tenemos a nuestro alcance una gran diversidad de instrumentos para su evaluación, uno de ellos es el FF-SIL que es fácil y rápido de aplicar para tener una visión más amplia y específica del posible problema familiar.

Tenemos que seguir estudiando a nuestra población para una mejor atención con fines de prevención.

A toda la población en general y principalmente a la familia de enfermos crónicos, tratar de mantener una buena función familiar, adecuadas relaciones familiares, mejor comunicación, establecer redes sociales de apoyo.

Diseñar nuevos estudios de investigación en donde se involucren las familias.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mendoza González C. Guías del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. Arch Cardiol Mex. 2006; 76(2): 279-284.
2. Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG, Velázquez MO, Martínez RG, Méndez OA et al. Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENHATA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento. Arch Cardiol Mex. 2005; 75: 96-111.
3. Hernández AM, Lezana FM, Barriguete MJ, Mancha MC, Ortiz SG, García de León FA et al. Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. Rev Mex Cardiol. 2011; 22 Supl.1: 1A-21A.
4. Florat GG, García FR, Hernández VD, García BD. Crisis Hipertensivas. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2000; 14(2): 81-93.
5. Chávez-Dominguez R, Vega-Estens P, Larios-Saldaña A. La hipertensión arterial y otros factores de riesgo coronario en la atención del primer nivel. Arch Inst Cardiol Mex. 1993; 63: 425-434.
6. Figueroa-Castrejón G. Recordando al enemigo silencioso: La hipertensión arterial. Med Intern de Mex. 1995; 11: 79-82.
7. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction an incidence of hypertension. 2000; 35: 544-549.
8. Marín-Reyes F, Rodríguez-Moran M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pública Mex. 2001; 43: 336-339.

9. Moleiro O, García G. Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial. Rev de Psicología de la Universidad de Chile. 2004; 13(2): 101-109.
10. Borjes IJ. El enfermo y su situación vital. Gac Med Caracas. 2003; 111(2): 12-116.
11. Mendoza-Solis LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro L, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(1): 27-32.
12. De la Revilla L. La disfunción familiar. Aten Primaria. 1992; 10: 7-8.
13. Muñoz CF, Espinosa AJ, Portillo SJ, Rodríguez GG. La familia en la enfermedad terminal (II). Medicina de Familia. 2002; 4: 262-268.
14. Kanán CG, Rivera HM, Rodríguez OA, López PJ, Medellín FM, Caballero DP.
Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin experiencia de la migración. Psicol y Salud. 2010; 20(2): 203-212.
15. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica. 1994; 25:26-8.
16. Hinojos-Gallardo LC, Martínez-González I, Upton-Rivas IT, Cisneros-Castolo M. Disfunción familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos. Acta Pediatr Mex. 2010; 31(6):293-296.
17. Carter CH. Terapia familiar estructural. México: Amorrortu. 1997:10-30.
18. Saucedo-García JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS. 1991; 29(1):61-68.

19. Rogers JC, Cohn PN. Impact of screening family genogram on first encounteres in primary care. *Family Practice*. 1987; 4:291-301.
20. Revilla L de la. El genograma para evaluar pacientes crónicos. En: Revilla L de la. *Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales*. Vol. I, Granada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 2001.
21. Navarro-García AM, Rodríguez-García R. Redes de apoyo en el anciano por medio del genograma y el ecomapa. *ATEN FAM*. 2010; 17(1).
22. Petra-Micu I, Espinoza-Flores RM, Esquivel-Soto J, Valle-Molina L. Análisis de la estructura familiar en un grupo de médicos internos de pregrado en la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8(2):75-82.
23. Navarro-García A, Ponce-Rosas R, Monroy-Caballero C, Trujillo-Benavides E, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F. Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. 2004; 6(3): 78-83.
24. Like RC, Rogers J, McGoldrick M. Reading and interpreting genograms: a systematic approach. *J Fam Part*. 1988; 16: 407-414.
25. Ortega VT, De la Cuesta FD, Días RC. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer*. 1999; 15(3):164-168.
26. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos de Medicina Familiar*. 2005; 7(1):15-19.
27. González Alfonso A, González Alfonso N, Vázquez González Y, González Alfonso L, Gómez Pacheco R. Importancia de la participación familiar en el control de la Hipertensión Arterial. *Medicentro*. 2004; 8(2): 1-7.

28. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(3):225-232.
29. Méndez López DM, Gómez López VM, García Ruíz ME, Pérez López JM, Navarrete Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS.* 2004; 42(4):281-284.
30. Rodríguez-Orozco AR, López-Peñaloza J, Kanán-Cedeño EG, Villalón-Santillán S, Caballero-Díaz P, Medellín-Fontes AA et al. El sistema familiar y el niño alérgico. Apuntes sobre el papel del síntoma en el funcionamiento familiar. *Revista Alergia México.* 2009; 56(6):217-222.
31. Azcarate-García E, Ocampo-Barrio P, Quiroz-Perez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar.* 2006; 8(2): 97-102.
32. Mendoza Poma MC. Disfunción familiar en el personal de salud del hospital La Paz en el año 2007. *Archivo del Hospital La Paz.* 2007; 5(2): 21-25.
33. Vargas-Mendoza JE, Sánchez-Vásquez I. Funcionamiento familiar de pacientes pediátricos con diagnóstico de epilepsia. *Centro Regional de Investigación en Psicología.* 2009; 3(1): 23-29.
34. Pimentel Sarzuri B. Ansiedad, Depresión y Funcionalidad Familiar en Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S, La Paz Bolivia. *Rev Pacea Med Fam.* 2007; 4(5): 15-19.
35. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM.* 2004; 47(1): 24-27.

36. García Rueda A, Martínez de Acosta CH. Efectividad de la funcionalidad familiar con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Av. Enferm.* 2011; 29(1): 75-86.

37. 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. *Archivos en Medicina Familiar.* 2006; 8(1): 27-32.

38. Concha Toro MC, Rodríguez Garcés CR. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria.* 2010; 19(1):41-50.

XVI. RELACION DE ANEXOS

XVI. RELACION DE ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON EL CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL

Registrado ante el Comité Local de Investigación en donde el objetivo del estudio es: **Determinar el grado de funcionalidad familiar y los factores familiares relacionados con el control de la presión arterial en los pacientes de la UMF No. 80.**

Se me ha informado ampliamente sobre mi participación en el estudio, que es lo siguiente:

Realización de un estudio de mi familia donde daré información confidencial de los integrantes de tres generaciones, de la misma manera daré respuesta a un cuestionario sobre mi familia actual y estoy de acuerdo en la toma de una muestra sanguínea donde se realizará determinaciones de: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total y triglicéridos.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plante acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, se me explica que los riesgos a los cuales me expondré son mínimos y que no se atentará contra mi integridad física ni psicológica, se me explica también los beneficios para el control de mi enfermedad, la participación de mi familia y para otros pacientes, se me tratará de cualquier situación de enfermedad que se me presente durante el periodo de estudio, se me otorgará el tratamiento de base y se me harán los ajustes que sean necesarios para el buen control de mi presión arterial. 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 seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Acepto: _____

Nombre y Firma de la paciente

DR. CARLOS IVAN SANDOVAL CORIA 98172265

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Testigos _____

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: 786-108-33-22

ANEXO 2: SIMBOLOGIA DEL FAMILIOGRAMA Y RELACIONES AFECTIVAS

□ Hombre

○ Mujer

Casados
 Febrero de 1985

Convivientes
 Unidos en julio de 1990

Divorciados
 Divorciados en mayo del 2005

Separados
 Separados en Agosto de 1990

Madre fallecida
 (nació en el 80 y murió el 2003)

Hijos (de 6 y 2 años)

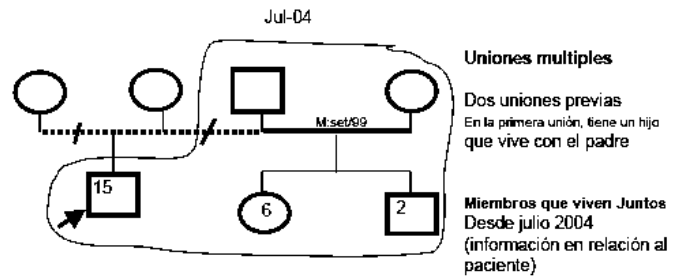
Un hijo adoptado y un embarazo

Un primer aborto inducido
Un segundo aborto espontáneo (circulo negro)
Un tercer embarazo muerto en el parto

Gemelos

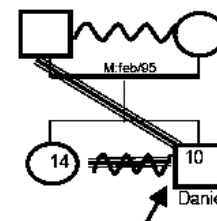


Persona identificado o Paciente
 Miembros que viven juntos



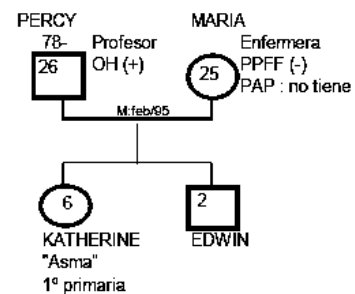
RELACIONES AFECTIVAS

- Muy estrecha
- Cercana
- Conflictiva
- Muy estrecha y conflictiva
- Distante
- Quiebre



DATOS DE MORBILIDAD Y DEMOGRAFICOS

LAS ABREVIATURAS DE ALGUNOS RIESGOS Y PATOLOGIAS, SON LAS QUE SE USAN HABITUALMENTE



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y EXAMEN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ TA: _____
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Tipología Fam.: _____
Etapa Actual del Ciclo Vital _____ Relaciones Familiares: _____
Glucosa: _____ Urea: _____ Cr: _____ CT: _____ TG: _____ Acido úrico _____

ANEXO 3

FF-SIL
Test de Percepción del Funcionamiento Familiar.
De la Cuesta, D., 1994

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Responda, anotando un número en la columna que corresponda a la frecuencia en que le pase a Usted, según la escala:

1= casi nunca, 2= pocas veces, 3= a veces, 4= muchas veces, 5= 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 este 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. _____

Total: _____

ANEXO 4. FORMATO PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR

GUÍA DE ESTUDIO DE LA SALUD FAMILIAR

1. Ficha de identificación:

- Nombre de la familia
- Integrantes de la familia: nombre, edad, parentesco, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de origen, religión.
- Domicilio
- Fecha de inicio del estudio
- Fecha de término del estudio

2. Justificación del estudio

3. Antecedentes de importancia

- **Biológicos:** heredofamiliares, patología de importancia, defunciones
- **Psicosociales:**
 - Historia de la familia
 - Crisis familiares: normativas y paranormativas

4. Situación actual de la familia

- Estructura familiar: familiograma (genograma).
- Tipología familiar
- Etapa actual del ciclo de vida familiar (ciclo vital familiar)
- Ámbito social:
 - Ámbito laboral
 - Ingreso familiar y su distribución:
 - Vivienda
 - Alimentación:
 - Recreación: individual y conjunta
 - Adicciones: tabaquismo, alcoholismo y otras.
 - Utilización de los servicios de salud y sociales
 - Participación comunitaria: grupos comunitarios, religiosos, asociaciones, clubes, etc.

- Ámbito biológico

-Enfermedades agudas y crónicas: su evolución, seguimiento, manejo médico. Señalar la participación de la familia.

-Actividades médico preventivas realizadas por la familia: planificación familiar, detección de padecimientos crónico-degenerativos, esquema de vacunaciones, odontología preventiva, control del embarazo, vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, higiene personal.

- Ámbito psicológico

-Funciones familiares básicas: socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus.

-Crisis familiares actuales: identificarlas, quienes las reconocen y las enfrentan, como lo hacen y si las consideran superables.

5. **Identificación y jerarquización conjunta de problemas:**

- Padecimientos crónico degenerativos, Inseguridad económica y social, Incumplimiento de roles, Duelo por muerte

6. **Explicitación de factores de riesgo individuales y familiares.** Indicados por el médico y el equipo de salud para su atención oportuna.

7. **Plan de manejo conjunto, enfatizando la educación y la prevención:** con acciones concretas, compromisos específicos de los miembros de la familia y el equipo de salud. las actividades educativas y preventivas son relevantes en este plan.

8. **Evolución y seguimiento:** se deben informar los avances hasta la fecha de presentación del estudio

9. **Pronóstico:** predecir la evolución de la situación hasta la fecha para estimar factores de riesgo.

10. **Comentarios:** establecer puntos de vista sobre la familia en estudio

11. **Historia clínica familiar:** se debe agregar la historia clínica del paciente si se considera indispensable para el estudio

12. **Anexos:** familiograma estructural, instrumentos y cuestionarios utilizados para valorar la funcionalidad familiar, se debe enlistar la bibliografía utilizada.