



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ESENCIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DEL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y CONSULTA EXTERNA DE NEFROLOGÍA Y CARDIOLOGÍA DEL
HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

DARÍO XAVIER DEL CORRAL GONZÁLEZ

NATHALY PAULINA GONZÁLEZ SIMBAÑA

DIRECTOR: DRA. MERY CAZA

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. PAMELA CABEZAS

QUITO, 2015

DEDICATORIA

A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero agradecer a mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. Esposa amada gracias por tu paciencia y comprensión hoy hemos alcanzado un triunfo más porque los dos somos uno y mis logros son tuyos.

Darío Del Corral

A Dios por todas la bendiciones recibidas y permitirme obtener un logro más en mi vida.

A mis padres y mis hermanas por su amor, confianza y el apoyo brindado en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi esposo por su amor, su comprensión, por sus palabras de aliento y por estar a mi lado en todo momento.

A mi amigo y compañero de tesis, por ser como un hermano para mí, por tu paciencia, tus consejos y por brindarme tu gran amistad.

Nathaly González

AGRADECIMIENTO:

Agradecemos a Dios por permitirnos llegar a cumplir una de las metas más importantes de nuestras vidas, acompañadas de la alegría y la salud de nuestros seres queridos.

A nuestra familia quienes con sus palabras de aliento nos motivaron a seguir adelante, por ser nuestra fuente de inspiración y ayudarnos a cumplir nuestros ideales. Gracias por fomentar en nosotros el deseo de superación y de triunfo en la vida.

A nuestros compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos seis años estuvieron a nuestro lado apoyándonos.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Ecuador y a sus docentes, en especial a la Dra. Mery Caza y a la Dra. Pamela Cabezas, por su valiosa tutoría en el proceso de realización de este trabajo de grado, que con su guía hemos alcanzado este último paso de nuestra formación.

Darío Del Corral y Nathaly González

TABLA DE CONTENIDOS:

| | |
|--|----|
| PRESENTACIÓN | 1 |
| DEDICATORIA..... | 2 |
| AGRADECIMIENTO:..... | 3 |
| TABLA DE CONTENIDOS: | 4 |
| LISTA DE CUADROS | 6 |
| LISTA DE FIGURAS..... | 7 |
| RESUMEN..... | 8 |
| ABSTRACT: | 10 |
| 1. CAPÍTULO I..... | 12 |
| 1.1. INTRODUCCIÓN | 12 |
| 1.2. PROBLEMA..... | 19 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN..... | 19 |
| 2. CAPÍTULO II..... | 21 |
| 2.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA | 21 |
| 2.1.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 21 |
| 2.1.2. FAMILIA..... | 28 |
| 2.1.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR..... | 35 |
| 3. CAPÍTULO III..... | 41 |
| 3.1. METODOLOGÍA | 41 |
| 3.1.1. OBJETIVOS..... | 41 |
| 3.1.2. HIPÓTESIS..... | 41 |
| 3.1.3. TIPO DE ESTUDIO | 41 |
| 3.1.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA: | 42 |
| 3.1.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 43 |
| 3.1.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 43 |
| 3.1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO | 44 |
| 3.1.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS | 45 |
| 3.2. ASPECTO BIOÉTICOS | 46 |
| 3.3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | 46 |

| | | |
|--------|--|----|
| 3.3.1. | LIMITACIONES..... | 46 |
| 3.3.2. | DELIMITACIÓN | 46 |
| 3.3.3. | RECURSOS NECESARIOS | 47 |
| 4. | CAPÍTULO IV..... | 48 |
| 4.1. | RESULTADOS..... | 48 |
| 4.1.1. | CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA..... | 48 |
| 5. | CAPÍTULO V..... | 68 |
| 5.1. | DISCUSIÓN | 68 |
| 6. | CAPÍTULO VI..... | 71 |
| 6.1. | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 71 |
| 7. | BIBLIOGRAFÍA | 73 |
| 8. | APÉNDICE | 79 |
| 8.1. | ANEXO 1..... | 79 |
| 8.2. | ANEXO 2..... | 80 |
| 8.3. | ANEXO 3..... | 81 |

LISTA DE CUADROS

| | |
|---|-------|
| TABLA #1: REPERCUSIONES SISTÉMICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 14 |
| TABLA #2: VARIABLES EVALUADAS EN EL CUESTIONARIO | 38 |
| TABLA #3: VALORACIÓN DE RESULTADOS..... | 39 |
| TABLA #4: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO | 39 |
| TABLA #5: CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONFIANZA Y “K” | 42 |
| TABLA #6: VARIABLES DEL PRESENTE ESTUDIO | 44-45 |
| TABLA #7: FUNCIONALIDAD FAMILIAR | 49 |
| TABLA #8: EDAD | 50 |
| TABLA #9: SEXO | 51 |
| TABLA #10: EDUCACIÓN..... | 52 |
| TABLA #11: ESTADO CIVIL | 53 |
| TABLA #12: VIVIENDA | 54 |
| TABLA #13: ETNIA | 55 |
| TABLA #14: CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL..... | 56 |
| TABLA #15: AÑOS DE DIAGNÓSTICO..... | 57 |
| TABLA #16: TRATAMIENTO | 58 |
| TABLA #17: REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO | 59 |
| TABLA #18: GRADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... | 60 |
| TABLA #19: NÚMERO DE CONTROLES..... | 61 |
| TABLA #20: MÉDICO TRATANTE | 62 |
| TABLA #21: TABLA DE CONTINGENCIA FUNCIONALIDAD*OBJETIVO DE PRESIÓN ARTERIAL... | 63-64 |
| TABLA #22: PRUEBA DE CHI-CUADRADO FUNCIONALIDAD*CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL.... | 64 |
| TABLA #23: TABLA DE CONTINGENCIA FUNCIONALIDAD*REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO | 66 |
| TABLA #24: PRUEBA DE CHI-CUADRADO FUNCIONALIDAD* REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO | 67 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA #1: TIPOS DE FAMILIAS ECUATORIANAS..... | 35 |
| FIGURA #2: FÓRMULA PARA CÁLCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 42 |
| FIGURA #3: FUNCIONALIDAD FAMILIAR | 49 |
| FIGURA #4: EDAD | 50 |
| FIGURA #5: SEXO | 51 |
| FIGURA #6: EDUCACIÓN..... | 52 |
| FIGURA #7: ESTADO CIVIL | 53 |
| FIGURA #8: VIVIENDA | 54 |
| FIGURA #9: ETNIA..... | 55 |
| FIGURA #10: CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL..... | 56 |
| FIGURA #11: AÑOS DE DIAGNÓSTICO | 57 |
| FIGURA #12: TRATAMIENTO | 58 |
| FIGURA #13: REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO..... | 59 |
| FIGURA #14: GRADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL..... | 60 |
| FIGURA #15: NÚMERO DE CONTROLES | 61 |
| FIGURA #16: MÉDICO TRATANTE..... | 62 |
| FIGURA #17: RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL. | 65 |
| FIGURA #18: RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO | 67 |

RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, poligénica y multifactorial, que se define como no controlada sí las cifras tensionales son $\geq 140/90$ mmHg en todos los pacientes entre 18 y 60 años y sí la presión arterial sistólica es ≥ 150 mmHg en pacientes >60 años. Debido a que existen pacientes hipertensos que no cumplen los objetivos de presión arterial y por lo tanto tienen mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, arteriales y retinianas y que mediante investigaciones previas se ha determinado que cuando una persona padece algún tipo de enfermedad crónica, la evolución y respuesta al tratamiento depende del funcionamiento familiar, nos hemos visto en la necesidad de investigar dicha asociación.

Objetivo: Establecer la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la HTA crónica en los pacientes de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del hospital General Enrique Garcés.

Metodología: Se realizó un estudio analítico transversal de casos clínicos, observacional y prospectivo, usando un cuestionario auto aplicable (FF-SIL) validado en Cuba; las variables a evaluar fueron: funcionalidad familiar, edad, sexo, raza, escolaridad, estado civil, vivienda, tiempo de evolución de la enfermedad, grado de HTA, control de su HTA, conocimiento de su HTA y refractariedad a su manejo. Los datos y variables se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 20 con una muestra de 240 permitiéndonos obtener un error máximo estimado de 5 %, con un nivel de confianza del 90%, y una p de 0,05.

Resultados: En los pacientes evaluados se observó un predominio del sexo femenino (65.4%), y el mayor número de casos se encontraron en edades mayores de 60 años (56%). El tipo de funcionalidad familiar más frecuente fue el moderadamente funcional en un 44,2%. Además se evidenció que de todos los pacientes con presión arterial controlada el 25,4% y 33,8%

correspondían a familias funcionales y moderadamente funcionales respectivamente y que sólo el 7,5% y 1,2% de los pacientes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales respectivamente controlan su presión arterial con el tratamiento administrado. Se realizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un valor de 14,587 y una p de 0,002 evidenciándose su significancia estadística.

Palabras clave: funcionalidad familiar, FF-SIL, hipertensión arterial, hipertensión arterial controlada y no controlada, hipertensión arterial refractaria.

Abstract:

Hypertension (HTA) is a chronic multifactorial disease, polygenic and defined as uncontrolled when the blood pressure values are $\geq 140/90$ mmHg in all patients between 18 and 60 years old and if the systolic blood pressure is ≥ 150 mmHg in patients > 60 years. Because there are hypertensive patients who did not meet the blood pressure goal and therefore have an increased risk of cardiovascular, cerebrovascular, renal, artery and retinal complications and previous research determinate that when a person has some kind of chronic disease, evolution and response to treatment depends on the family functioning, we have seen the need to investigate if this association is true.

Objective: Establish the relationship between the type of perception of family functionality and control of chronic hypertension in External Consultation and Hospitalization's patients of Internal Medicine, Nephrology and Cardiology's services in the General Hospital Enrique Garcés.

Methodology: We realized a cross-sectional, observational and prospective study of clinical cases by using a self-applied questionnaire (FF-SIL) validated in Cuba, the variables to be analyzed were: family functioning, age, sex, race, education, marital status, housing, duration of the disease, grade of hypertension, control of their hypertension, knowledge of their hypertension and refractory hypertension. Data and variables were processed by computer software SPSS 20 with a sample of 240 so as to have a maximum estimated 5% error, with a confidence level of 90%, and 0.5 p.

Results: In patients assessed we found a predominance of females (65.4%), and most cases were found in aged over 60 (56%). The most common type of family functioning was moderately functional by 44.2%. Of all the patients with controlled blood pressure 25.4% and 33.8% had moderately functional and functional families respectively and only 7.5% and 1.2% of patients had severely dysfunctional and dysfunctional families respectively control their blood pressure with

treatment administered. The chi-square test was performed with a value of 14.587 and 0.002 p demonstrating statistical significance.

Keywords: family functioning, FF-SIL, hypertension, controlled and uncontrolled hypertension, refractory hypertension.

1. CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La HTA es una enfermedad degenerativa sistémica crónica que se define como presión arterial sistólica igual o sobre los 140 mmHg y/o presión arterial diastólica igual o sobre los 90 mmHg, y que afecta a un 25% de la población adulta (60 millones en EEUU y 1000 millones en todo el mundo) y su proporción es mayor, conforme se incrementa la edad. (1, 2,3)

En la mayoría de los casos (95%), la HTA no depende de una causa única, sino que es de origen poligénico y multifactorial cuyas complicaciones son directamente proporcionales a los niveles de presión arterial. (3,4)

Se denomina HTA no controlada cuando no se cumplen cifras tensionales meta que son <150/90 para pacientes >60 años y <140/90 en pacientes entre 18 y 60 años que presenten o no enfermedad renal crónica o diabetes a pesar de recibir tratamiento y corresponde a tres tipos de pacientes:

- Aquellos que no tienen conocimiento de su hipertensión
- Los que tienen conocimiento de su hipertensión, pero no reciben tratamiento
- Los que tienen conocimiento y reciben tratamiento, pero aun así no logran normalizar su presión (1,5)

Mantener la presión arterial dentro de valores normales es necesario para la perfusión de los órganos. En general, la presión arterial es entendida por la siguiente ecuación:

- $\text{Presión Arterial} = \text{Gasto Cardíaco} \times \text{Resistencia Vascular Periférica}$

Los factores primarios en determinar elevaciones de la presión arterial son: sistema nervioso simpático, sistema renina angiotensina aldosterona, la volemia y además se asocian a un aumento del estrés oxidativo, resistencia a la insulina, inflamación vascular y disfunción endotelial. (18)

De acuerdo al JNC-8 el diagnóstico de hipertensión arterial se establece con la presencia en dos o más mediciones de una presión sistólica ≥ 140 o diastólica ≥ 90 mmHg y se clasifica de la siguiente manera. (1)

- Pre hipertensión: sistólica 120 a 139 mmHg o diastólica 80 a 89 mmHg
- Hipertensión:
 - Estadio 1: sistólica 140 ta 159 mmHg o diastólica 90 a 99 mmHg
 - Estadio 2: sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 100 mmHg (1)

Entre los factores de riesgo para desencadenar o tener HTA primaria se encuentran: edad (hombres de más de 45 años o mujeres de más de 55 años), obesidad, historia familiar (30% tendencia), raza (mayor riesgo en afroecuatorianos), número de nefronas disminuidas (hipoxia, drogas, deficiencia nutricional), dieta alta en sodio (>3000 mg/día), consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, diabetes y dislipidemia, rasgos de personalidad y depresión, hipovitaminosis D. (7)

Es el factor de riesgo tratable más fácil de reconocer de ictus o ataque isquémico transitorio, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad vascular periférica, disección aórtica, fibrilación auricular, nefropatía terminal, además contribuye significativamente a la retinopatía, coroidopatía y neuropatía óptica hipertensiva. (8, 9,20)

Se ha determinado que es el factor de riesgo mayormente modificable para enfermedad cardiovascular, siendo más común que el tabaquismo, dislipidemia o diabetes, los cuales son los

otros factores de riesgo mayores, su control requiere un adecuado manejo por parte del médico y la adherencia por parte del paciente y su familia. (4, 12,18)

La elevación de la presión arterial constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de emergencias, por lo que es importante identificar si se trata de una crisis hipertensiva que consiste en una elevación tensional aguda con cifras de PAD >120 mmHg (12) este término incluye las siguientes situaciones:

- **Emergencia hipertensiva:** situación en la que la elevación de la presión arterial se acompaña de una afección concomitante de órganos diana y exige un tratamiento inmediato para evitar la posibilidad de muerte o de consecuencias irreversibles. En esta situación, la aplicación de unas pautas de conducta adecuadas de manera inmediata puede suponer la salvación del individuo o evitar las lesiones irreversibles a las que pueda dar lugar:

TABLA # 1: REPERCUSIONES SISTÉMICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

| | |
|-------------------------------------|--|
| 1. REPERCUSIONES CEREBRALES: | ENCEFALOPATÍA HEMORRAGIA INTRACRANEAL INFARTOS LACUNARES |
| 2. REPERCUSIONES OCULARES: | ESPASMO ARTERIAL EDEMA DE PAPILA LESIONES AGUDAS |
| 3. REPERCUSIONES RENALES: | INSUFICIENCIA RENAL AGUDA |
| 4. REPERCUSIONES ESPECIALES: | PREECLAMPSIA ECLAMPSIA |
| 5. REPERCUSIONES CARDÍACAS: | EDEMA AGUDO DE PULMÓN INSUFICIENCIA CORONARIA |
| 6. REPERCUSIONES VASCULARES: | ANEURISMA DISECANTE DE AORTA |

Formato tomado del artículo: uptodate. (2013). Overview of hypertension in adults. Retrieved from http://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-inadults?Source=search_result&search=hypertension&selectedtitle=1~150

- Urgencia hipertensiva: situación en la que la elevación de la presión arterial no se acompaña de alteraciones que impliquen un compromiso vital inmediato y que, por lo tanto, permite su corrección en 24-48 horas con un agente oral.
- Falsa urgencia hipertensiva: son elevaciones tensionales que no producen daño en los órganos diana y son reactivas a situaciones de ansiedad, síndromes dolorosos o a procesos de cualquier otra naturaleza. La HTA se corrige al cesar el estímulo desencadenante y no requiere ningún tratamiento hipotensor específico.

De esta forma se define como hipertensión refractaria a la incapacidad de alcanzar el objetivo de control de la presión arterial a pesar de que incluya modificaciones del estilo de vida y de ser manejada con 3 o más fármacos diferentes a dosis adecuadas, incluido un diurético. Su prevalencia es de 21 – 25% de la población adulta general. Se debe comprobar que el paciente realizó un tratamiento terapéutico integral con una adherencia adecuada, ya que esta es la principal causa de hipertensión resistente. (12,18,19)

Debido a que la HTA primaria no puede curarse, a diferencia de la HTA secundaria como en el caso del hiperaldosteronismo primario; El control de la presión arterial requiere un tratamiento de por vida con fármacos prescritos, lo que es costoso y requiere un compromiso por parte del paciente con su patología a fin de llegar a los objetivos adecuados de control. (10,19)

Se han realizado diferentes estudios que muestran que tanto la longevidad, como la gripe o las afecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse adecuadamente, sino se evalúan las relaciones que las personas sostienen con la sociedad que los rodea. El modo de

enfrentan las situaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida, son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de diversos cuadros patológicos. (10,11,13)

Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes. (11)

En 1976 un grupo de expertos de la OMS, definió la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades. (21)

Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre. La comunicación, la afectividad, el desarrollo, la adaptabilidad, el apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. Si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, la evolución de ésta tiende a ser negativa. (13)

En toda familia se presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento. Si esta dinámica resulta adecuada y flexible, o sea, funcional, contribuirá a la armonía familiar y proporcionará a sus miembros la posibilidad de desarrollar sólidos sentimientos de identidad, seguridad y bienestar. (11)

La funcionalidad familiar es la manera de interactuar de los miembros de una familia, además se produce el funcionamiento familiar por la interacción de las dimensiones de cohesión (afecto) y adaptabilidad (autoridad), y que es facilitada u obstaculizada por la manera de comunicarse. (14)

El médico general debe ser capaz de determinar cuáles son los factores influyentes en la conducta del paciente, para favorecer cambios positivos en los estilos de vida inadecuados, como el tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, dieta inadecuada y estrés, los cuales favorecen a la elevación de sus cifras tensionales a pesar de un manejo farmacológico adecuado, en cuyo control deben estar implicados los programas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia, paciente y la comunidad. (21)

FF-SIL es un cuestionario diseñado por Ortega, De la Cuesta y Díaz en 1994, en la Universidad de la Habana Cuba, que se utiliza para determinar el funcionamiento familiar. Consiste en un cuestionario corto de 14 variables, en donde cada pregunta tiene 5 posibles respuestas que son: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos), casi siempre (5 puntos), del cual se obtiene el puntaje final que clasifica la funcionalidad familiar.

Pretende medir a través de las dimensiones siguientes:

- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones. (21)

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por variable y permite clasificar y hacer diagnóstico de la familia en cuatro tipos:

- De 70 a 57 puntos. Familia funcional
- De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional
- De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional
- De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional (21)

Esta prueba fue sometida en 1994 y en el año 2000 a varios procesos de validación por expertos que evidenciaron su confiabilidad y su validación. Por lo tanto, aporta información válida y confiable para medir los procesos relacionados con el dinamismo familiar. Se validó con α de Cron Bach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$).

Esta prueba fue utilizada en el 2011 en Tabasco en el estudio “Funcionalidad Familiar y Conducta de Riesgo en Adolescentes”, en donde la prueba se ajustó a las necesidades de conocer el ámbito de la funcionalidad familiar en estos jóvenes. También utilizado en el estudio

“Funcionamiento Familiar en Paciente Pediátricos con Epilepsia” publicado por la asociación oaxaqueña de psicología A. C. por Vargas y Sánchez en el 2008.

Este instrumento permite caracterizar las relaciones familiares, es sencillo, de bajo costo, fácil de comprender, puede ser aplicado por cualquier personal, mide lo que pretende medir, hace una valoración cuantitativa y cualitativa de las relaciones familiares. (11)

1.2. PROBLEMA

¿El tipo de funcionalidad familiar es un factor influyente en el control de la hipertensión arterial en pacientes diagnosticados de HTA en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna, Cardiología y Nefrología del Hospital Enrique Garcés de Quito en abril 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La salud familiar puede considerarse como la salud del conjunto de los miembros de la familia, en término de su funcionamiento efectivo, en la dinámica interaccional, en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, en el cumplimiento de las funciones para el desarrollo de sus integrantes propiciando el crecimiento y desarrollo individual, según las exigencias de cada etapa de la vida. (6)

Por lo que el presente trabajo de investigación pretende describir el nivel de percepción del funcionamiento familiar que existe en los pacientes que tienen diagnóstico de hipertensión arterial crónica. Dependiendo de los resultados se puede iniciar una estrategia para brindar el apoyo necesario a estas familias; puesto que por principio el médico general de atención primaria está comprometido con las personas más que con cuerpo de conocimiento, grupo de

enfermedades, o una técnica, y se esfuerza por comprender la enfermedad dentro de su contexto.

(11)

Lo antes expuesto nos hace reflexionar sobre la importancia de identificar los problemas de la salud familiar, con el fin futuro de realizar estrategias de intervención dirigidas a las áreas identificadas como debilitantes o desestabilizadoras; que permitan al médico en su práctica ofrecerle a la familia herramientas para enfrentar sus problemas.

2. CAPÍTULO II

2.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La HTA es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de las cifras tensionales causando el aumento del trabajo del corazón y lesión continua de las arterias, es decir las arterias se endurecen y se hacen menos elásticas. En el transcurso de un largo periodo de tiempo, el corazón se agranda y los vasos sanguíneos que van al corazón y a los pulmones quedan dañados.

Esta enfermedad está asociada a múltiples factores de riesgo, considerando para el presente estudio los siguientes:

Obesidad: los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial en comparación a un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la presión arterial y esto se hace más evidente en las personas mayores de 40 años y en las mujeres. (36)

Dieta: el elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la HTA. Así mismo el consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo de hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

Sedentarismo: la vida sedentaria en una persona aumenta la masa muscular y aumenta también los niveles de colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión en comparación con una persona que realiza actividad física con regularidad.

Tabaquismo: el tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. El tabaco también es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los

fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA en comparación con las personas que no fuman.

Alcohol: el consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1mmHg, y la PAD en 0.5mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6mmHg y PAD de 4.7mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total. (18)

La mayoría de los pacientes que sufren hipertensión primaria no presentan manifestación alguna y es una determinación casual la que descubre la elevación de la presión arterial. Si existen síntomas, los más comunes son: cefalea, mareos, trastornos de la visión, zumbidos y fatiga, si la HTA es avanzada y provoca lesiones, los síntomas se derivarán del órgano afectado, por otro lado la HTA secundaria presenta síntomas relacionados con la enfermedad que la provoca. (19)

El tratamiento de la HTA está caracterizado por el marcado impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de autocuidado que el individuo requiere para minimizar los factores de riesgo cardiovascular; Dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, se encuentran: la realización de ejercicio físico, adaptación a nuevos regímenes nutricionales, peso ideal, disminución del consumo de licor y del cigarrillo y la adherencia al tratamiento farmacológico. (37)

Si la persona tras efectuar adecuadamente cambios en sus estilos de vida, la presión arterial persiste elevada en controles periódicos sucesivos, debe contemplarse el abordaje farmacológico del proceso. En los fármacos antihipertensivos tenemos que buscar que reduzcan el

gasto cardíaco, la volemia, la resistencia periférica y, que contrarresten los mecanismos hipertensivos endógenos y sistema renina-angiotensina-aldosterona. (12)

Entre las complicaciones asociadas a presiones arteriales elevadas se han encontrado daños a órganos blancos, como corazón, riñón, cerebro, arterias y retina.

A nivel cardíaco, se produce un engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo, así como cierta rigidez que dificulta su llenado, comprometiendo ambos la irrigación del músculo miocárdico, favoreciendo, el deterioro de las arterias coronarias y la aparición de enfermedades isquémicas del corazón. (18)

En el riñón, se produce un deterioro de la vascularización renal, generándose una isquemia de sus unidades funcionales que, junto a la hipertensión transmitida a dichas unidades, generan una destrucción progresiva e irreversible.

En el sistema nervioso central se producirán enfermedades derivadas de fenómenos trombóticos (infartos cerebrales de forma episódica o crónica lo que puede llevar a una situación de demencia) o hemorrágicos (hemorragias cerebrales).

A nivel arterial la aterosclerosis, causa la mayoría de sus complicaciones, entre las cuales se encuentran la patología isquémica coronaria, el accidente cerebrovascular y las arteriopatías de los miembros inferiores. Por medio de alteraciones estructurales (remodelado, hipertrofia e hiperplasia), como funcionales (aumento de la rigidez y disminución de la elasticidad vascular), cambios que ocurren en los estadios tempranos de la hipertensión y aún antes que la elevación de

los valores tensionales (manifestación tardía de la enfermedad), con mínimos cambios posteriores en los grandes vasos, y casi sin cambios en los pequeños

Finalmente, la HTA provoca cambios en la retina, coroides y nervio óptico. Estos cambios pueden observarse por oftalmoscopia directa, fotografía o angiografía al visualizar los vasos retinianos, manifestándose con mayor frecuencia por estrechamientos localizados o generalizados de las arteriolas de la retina. En la hipertensión aguda o avanzada, puede ocasionarse un daño suficiente para que los vasos retinianos se obstruyan o se estensen. Se pueden observar infartos de las fibras nerviosas (exudados blandos o algodinosos), edema extravascular (exudados duros), hemorragias intrarretinianas y macroaneurismas arteriales.

2.1.1.1. Estrategias de tratamiento

Este apartado se divide en dos sub apartados: cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico.

Se resalta que los cambios en el estilo de vida deben estar en la base del manejo de la HTA, aunque no deben retrasar el inicio del tratamiento farmacológico. Se incorporan algunas novedades sobre la dieta, entre las que destacan: la necesidad de políticas de salud pública para reducir la sal de los alimentos, con la participación de gobiernos, industria alimentaria y público en general; consejos sobre dieta mediterránea, con frutas y verduras a diario y pescado al menos Dos veces por semana; datos sobre que la leche de soja parece que reduce la PA comparada con la leche de vaca desnatada, o que no hay evidencia definitiva para aconsejar o prohibir el café en los hipertensos. (44)

Se recalca la importancia de la abstinencia absoluta del tabaco, por su efecto vasoconstrictor.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se insiste en que los cinco principales grupos — diuréticos (tanto tiacídicos como indapamida y clortalidona), bloqueadores beta, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) — pueden utilizarse para inicio o mantenimiento del tratamiento, en monoterapia o combinación, con recomendación clase I, nivel de evidencia A. No se ha elaborado una clasificación general para la elección del fármaco.

No se apoya la superioridad, apuntada por algunos meta-análisis, de la clortalidona o la indapamida sobre la hidroclorotiazida, al no haber estudios aleatorizados directos entre los distintos diuréticos. (39)

2.1.1.2. Objetivos del tratamiento antihipertensivo

2.1.1.1.1. Reglas generales del tratamiento en hipertensos esenciales

Al indicar el tratamiento antihipertensivo se recomienda el cumplimiento de las siguientes reglas generales y objetivos:

- El objetivo fundamental del tratamiento antihipertensivo es disminuir la morbimortalidad cardiovascular (CV) y renal, descendiendo las cifras de PA y actuando sobre todos los factores de riesgo que contribuyen a elevar el riesgo CV global. Es imprescindible tratar el riesgo global y no solamente la PA.
- El tratamiento debe procurar mantener, o incluso mejorar, la calidad de vida del paciente.
- Se debe intentar alcanzar una cifra de presión arterial sistólica menor de 140 mmHg y una presión diastólica menor de 90 mmHg para todos los sujetos con hipertensión; la única

excepción son los adultos mayores de 60 años, en quienes puede aceptarse una presión sistólica menor de 150 mmHg.

- Hay grupos de pacientes hipertensos con patologías concomitantes, como diabéticos, insuficientes renales con proteinuria, coronarios, etc., en los que las metas tensionales pueden ser más exigentes. En estos grupos de pacientes se recomienda el análisis particular caso por caso, pues frecuentemente son pacientes frágiles desde el punto de vista CV.
- En algunas de estas poblaciones particulares, un descenso excesivo de la PA puede ser riesgoso (p.ej., pacientes añosos y coronarios) o no contribuir al objetivo principal de disminuir la morbimortalidad cardiovascular.
- Dado que en mayores de 55 años la PAS adquiere mayor valor como factor de riesgo y que su control es más difícil que el de la PAD, en esos grupos etarios debemos acentuar el esfuerzo en el control sistólico.
- El descenso tensional tiene mayor impacto preventivo sobre el acv que sobre patología coronaria, sobre la cual otros factores de riesgo tienen papeles algo más predominantes.
- Se debe procurar alcanzar progresiva y gradualmente los objetivos tensionales terapéuticos dentro de los 3 meses de iniciado el tratamiento. Sin embargo, se debe considerar el riesgo individual de cada paciente, ya que en casos particulares puede resultar necesario un descenso tensional más precoz.
- Antes de establecer un tratamiento antihipertensivo es importante conocer la respuesta a posibles tratamientos previos (eficacia, efectos adversos).
- La elección de un antihipertensivo debe considerar tanto su eficacia terapéutica (descenso tensional) como sus efectos preventivos cardiovasculares y renales.
- La estrategia terapéutica que se elija debe tener en cuenta el costo.

- Considerar que la mayor parte de los antihipertensivos requieren un período de por lo menos 15-20 días para alcanzar su efecto máximo sobre las cifras de PA. En razón de esta característica se recomienda respetar este tiempo siempre que sea posible, antes de titular dosis.
- Se recomienda el uso de fármacos o formas farmacéuticas de acción prolongada que faciliten el tratamiento en una única dosis diaria para facilitar la adherencia. (42)

2.1.1.1.2. Indicaciones para iniciar el tratamiento antihipertensivo

La indicación del tratamiento antihipertensivo requiere previamente la estratificación del riesgo cv global del paciente. Los diferentes niveles de HTA y la evaluación del riesgo cv son importantes para optimizar la decisión sobre el inicio del tratamiento antihipertensivo, tanto en la oportunidad como en la elección de los fármacos para comenzar.

Debido a la escasa evidencia científica en algunos grupos de pacientes hipertensos, particularmente los considerados de riesgo bajo, las siguientes sugerencias representan la opinión de los participantes de este consenso. (42)

Como reglas generales se sugiere:

Se deben indicar cambios en el estilo de vida y corrección de factores de riesgo a todos los pacientes, independientemente del nivel de PA y de la estratificación de riesgo.

De acuerdo con el nivel de HTA y la estratificación del riesgo cardiovascular global podemos identificar grupos diferentes de pacientes para el inicio de tratamiento antihipertensivo:

- HTA nivel 1, riesgo bajo: si luego de tres meses de tratamiento con cambios en el estilo de vida no se alcanzan los objetivos terapéuticos (PA < 140/90 mm hg), se recomienda iniciar

tratamiento farmacológico con monoterapia. En los pacientes en los que los cambios al estilo de vida permitan alcanzar el objetivo terapéutico se recomienda realizar controles en forma semestral.

- HTA nivel 1 y 2, riesgo moderado: se recomienda iniciar tratamiento farmacológico con monoterapia o combinaciones farmacológicas y controlar al mes. Si no se alcanzan los objetivos terapéuticos, se deberá reevaluar el tratamiento farmacológico, ya sea aumentando las dosis o agregando una segunda o tercera droga al tratamiento inicial.
- HTA nivel 1, riesgo alto y muy alto: las indicaciones son semejantes a las señaladas en el punto anterior, con la diferencia de que el primer control luego de iniciado el tratamiento farmacológico debería realizarse más precozmente (1-4 semanas) en razón del riesgo del paciente.
- HTA nivel 2, riesgo alto y muy alto: se sugiere iniciar tratamiento con combinaciones farmacológicas y realizar el primer control dentro de la primera o segunda semana. En caso de no alcanzar el objetivo terapéutico se deberá reevaluar el tratamiento farmacológico aumentando la dosis de la combinación inicial o agregando una tercera droga. (42)

2.1.2. FAMILIA

2.1.2.1. Conceptualización de familia

Definir actualmente el concepto de familia parecería ser simple, pero no lo es en realidad debido a las transformaciones antropológicas que ha llevado a lo largo de la historia. Es al primer grupo humano al que pertenecemos, en donde se verán reflejadas las primeras conductas ante la sociedad, y como es de nuestro saber el núcleo de todas las sociedades. (27)

Según la declaración universal de los derechos humanos, le define como “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado”. (6)

Desde la perspectiva de medicina familiar, la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean sanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. (28)

Además para la definición de la familia se incluyen otros aspectos:

- Biológico: parentesco de consanguinidad que tenga cada miembro.
- Cultural: cada familia es diferente en cuanto a costumbres y tradiciones.
- Social: el ambiente en donde se aprenderá sus diferentes roles y funciones para el desarrollo de una sociedad.
- Jurídico: cada país crea leyes para proteger los diferentes tipos de familia en la construcción de la sociedad.

2.1.2.2. Generalidades sobre la familia

Los comportamientos y conductas que cada individuo tenga ante la sociedad dependerán del círculo familiar en el cual se desarrollaron. Con la evolución de la humanidad, la familia ha cambiado tanto en concepto, estructura, tipo y funcionalidad.

2.1.2.3. Tipos de familia

Según su estructura se han identificado los siguientes tipos de familias:

2.1.2.3.1. Tipos de familia por parentesco:

Familia nuclear:

Está formada por los que viven con el padre, la madre y los hijos de consanguinidad que sean solteros, también es llamado círculo familiar. Y esta a su vez se puede dividir de acuerdo al número de integrantes que lo conformen.

- Familia nuclear simple: es aquella familia en la que el padre y madre viven con 1 a 3 hijos.
- Familia nuclear numerosa: es aquella familia que el padre y madre conviven con 4 hijos o más. (29)

Familia monoparental:

Es aquella familia en la que el hijo o hijos viven con uno de sus padres ya sea mamá o papá y pueden dividirse en:

- Monoparental extendida: es la familia que viven los hijos con el padre o madre, más otras personas con parentesco por ejemplo una tía o abuela.
- Monoparental extendida compuesta: es la familia que viven el padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco por ejemplo tenemos la familia que vive con la mamá con sus hijos y padrastro. (28)

Familia extensa:

Es aquella familia que además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines; y se dividen en:

- Extensa compuesta: que es en la que habitan padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco (29)

Familia no parental:

Es aquella familia que los hijos no viven con ninguno de sus padres pero viven con familiares con vínculo de parentesco y ellos son los encargados de hacer las funciones y roles de sus padres. Por ejemplo tenemos que los tíos viven con los sobrinos, abuelo que se encargan de sus nietos o hermanos mayores que cuidan de sus hermanos menores. (27)

2.1.2.3.2. Tipos de familia sin parentesco:**Familia mono parental extendida sin parentesco:**

Es aquella familia que viven padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco

Grupos similares a una familia:

Son personas que habitan entre sí, sin que exista un vínculo de parentesco, pero realizan funciones de familia. Por ejemplo tenemos grupos de amigos que habitan en un departamento, religiosos y religiosas que habitan en un convento, personas de la tercera edad que habitan en asilos.

2.1.2.4. Nuevos estilos de vida personal-familiar originados por cambios sociales:

Por los cambios de la sociedad moderna se han originado nuevos grupos familiares o estilos familiares a las que tenemos:

- Persona que viva sola: es aquella que vive sin ningún familiar; es una persona independiente. Él o ella es su familia.
- Familia homosexual: es aquella familia que viven en matrimonio o unión libre gay ya sea hombre-hombre o mujer-mujer.
- Familia homosexual con hijos adoptivos: matrimonios o unión libre del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.

- Familia grupal: es la unión matrimonial de un hombre con varias mujeres, que cohabitan juntos y sin restricciones dentro del grupo.
- Familia comunal: conjunto de pareja monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales. (24)

2.1.2.5. Tipos de familia según lugar que habitan:

Familia rural:

Al hablar de familia rural, debemos analizar en el contexto que habitan y a las actividades que realizan. La gran mayoría de la familia rurales se dedican a las actividades de campo sea en la agricultura, ganadería e industria textil por lo que su nivel socioeconómico es menos que en las familias rurales por lo cual los adolescente se incorporan al mundo laboral desde temprana edad para ayudar a su familia causando en algunos adolescentes el abandono de los estudios de colegio o bachillerato. Y de igual manera debemos tomar en cuenta que la estructura de familias en zona rurales son más extensas en algunas ocasiones con mayor número de hijos por lo cual puede verse afectada la comunicación entre los padres e hijos adolescentes. (27)

Familia urbana:

Son aquellas familias que habitan en las ciudades más importantes de un país por lo que tienen facilidad de acceso a salud, tecnologías, y cualquier otro servicio ya sea de transporte o educacional. Este tipo de familia se caracteriza por ser menos numerosas mejor ingreso económico ya que en estas familias en muchas ocasiones papá y mamá trabajan. En estas familias dan más cabida al diálogo y comunicación entre padres e hijos adolescentes. Sin embargo hay varios factores que pueden impedirla. (22)

2.1.2.6. Dinámica familiar:

Al hablar de dinámica familiar primero se debe definir el concepto de dinámica, que se entiende como la interacción y proceso que se genera al interior de un grupo. Por lo que se podría interpretar que en la dinámica familiar se necesita la participación, apoyo e interacción de cada miembro que habita en la familia, para la realización de actividades, tareas, funciones, y obligaciones para un mejor funcionamiento familiar. Es además en donde sus paredes reflejarán seguridad emocional, amor y confianza en sus progenitores, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y les infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de sus integrantes. (23)

Dinámica familiar en la adolescencia

La adolescencia es un periodo de transformación especialmente caótico por los cambios que experimentan tanto físicos como psicológicos, marcando en el ciclo de vida familiar confusión, desequilibrio e inseguridades en cada uno de los miembros de la familia.

La dinámica familiar es de gran importancia para el adolescente porque le ayudará a que todas las dudas o confusiones se solucionen y servirá como terapia a toda la familia. La familia y en especial los padres constituyen el principal sistema de soporte para el adolescente.

Papá y mamá son los que van a brindar el apoyo emocional y protección a sus hijos adolescentes que son una de las funciones especialmente importantes durante la adolescencia a pesar de que ellos quieren su independencia y el desapego con los padres. Los muchachos y muchachas necesitan de la ceremonia y disponibilidad afectiva de los padres. Por lo que el padre y madre de familia en esta época deben ser lo más tolerantes y respetuosos con su forma de pensar. Por lo que se sugiere que en vez de ser jueces y castigadores es mejor ser amigos de sus hijos sin perder el respeto. (21)

Por lo tanto para que exista una buena dinámica familiar con el adolescente es importante la comunicación basando en la confianza y el diálogo mutuo, el respeto a sus formas de pensar y el afecto que se demuestren para disminuir la tensión intrafamiliar y vivir en armonía.

2.1.2.7. Familias ecuatorianas:

Es muy importante hablar acerca de las familias ecuatorianas ya que hablamos de la realidad de nuestro contexto. El Ecuador por ser un país pluricultural y pluri étnico nos encontramos con diversidad de familias ecuatorianas. (22)

Para hablar de evolución de la familia ecuatoriana es necesario hacer referencia a la forma que adoptan las comunidades en la era prehispánica para luego hacer un cambio en la era de la conquista española y su adaptación a la religión católica por lo que existen costumbres y tradiciones únicas en nuestro país. Lo que da origen a muchas pautas culturales en las actuales familias ecuatorianas. (22)

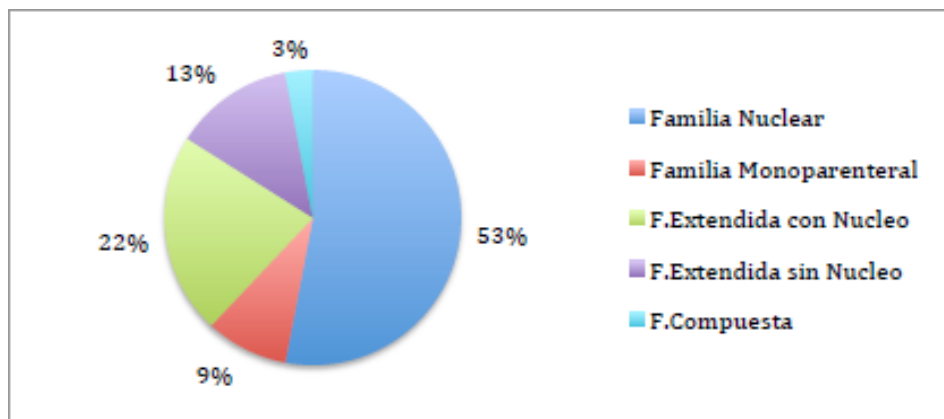
Y según la región en la que habitan también encontramos ciertas características por ejemplo en la región de la sierra las familias son más conservadores que la región costeña por lo que también nos indicarían una pauta diferente para la crianza de los hijos.

2.1.2.7.1. Estructura de la familia ecuatoriana:

Según la encuesta nacional de la niñez y adolescencia de la sociedad civil, 2010 de la UNICEF, la estructura de la familia ecuatoriana corresponde a familias nucleares padre, madre e hijos representando el 58% de familias en las zonas rurales del país. Tres de cada 10 niños/as del

país vive en hogares extendidos. Casi uno de cada 10 niños/as vive en hogares monoparentales, es decir, vive con su madre o su padre. El 11% y 12% de la niñez serrana y amazónica vive, especialmente, en este tipo de hogares.

FIGURA #1: Tipos de las familias ecuatorianas



Elaborada por: Del Corral D. & González N.

Fuente: Margarita Velasco, Alexandra Escobar, et col. Los niños y niñas del Ecuador a inicios del siglo XXI. CARE-Ecuador, UNICEF, 2010

2.1.3. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

2.1.3.1. Conceptualización de funcionalidad familiar:

Con la gran variedad de bibliografía revisada se puede decir que la funcionalidad familiar es el entorno en el que los miembros de la familia puedan convivir y realizar sus objetivos, tanto familiares, espirituales y personales. La funcionalidad familiar sirve como base de soporte para un individuo.

2.1.3.2. Funciones de la familia:

La familia es el núcleo de la sociedad el cual determina la relación de un individuo con la sociedad y desarrollo emocional ya que los primeros educadores son los padres transmitiendo las enseñanzas como costumbres y valores para la vida cotidiana.

La familia tiene funciones definidas para la sociedad y para cada uno de los miembros en forma individual por lo que las funciones más relevantes son:

- **Función biológica:**

Es la más importante ya que se asocia a la supervivencia de la especie humana, a través de la procreación de seres lo que conlleva la obligación de proteger y cuidar de ellos, no sólo de su salud, sino de su seguridad y educación. Por lo que cada país tiene leyes y códigos para respetar esta función.

- **Función psicológica:**

Es la relación que tienen los miembros entre sí con el exterior, es de gran importancia para el comportamiento individual y balance de la personalidad y en todo aquello que el amor y el afecto tengan que ver. Identifica el apoyo en el ámbito emocional.

- **Función económica:**

Se orienta a proveer los alimentos, el abrigo y todos aquellos elementos necesarios para la subsistencia. Esta función está relacionada directamente con la producción de bienes de la familia y la economía nacional. La familia es el primer productor tanto agrícola, industrial, artesanal y comercial, etc.

- Función cultural:

La familia es el principal medio para transmitir a las nuevas generaciones la cultura conocida por los progenitores. Y enseñarle a vivir en sociedad como hábitos de higiene, hábitos de alimentación y trato correcto a los individuos.

- Función educativa o social:

Es la inserción de los hijos en la comunidad. La familia en las actividades diarias enseña a sus miembros los comportamientos que necesitan para vivir junto a los demás.

Modelación de los roles sexuales para enseñar a los hijos su responsabilidad grupal. (27)

2.1.3.3. Generalidades del FF-SIL:

Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL elaborado en 1994 por De la Cuesta, Pérez y Louro, que permite centrar la problemática dentro un sistema familiar.

2.1.3.3.1. Conceptualización de FF-SIL:

Es un instrumento creado para buscar e identificar en forma global como estiman el nivel de funcionamiento y unidad familiar los miembros de la familia.

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías:

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (27)

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no en una determinada familia. Correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario.

TABLA # 2: VARIABLES EVALUADAS EN EL CUESTIONARIO

| Nº de situaciones | Variables que mide |
|-------------------|--------------------|
| 1 y 8 | Cohesión |
| 2 y 13 | Armonía |
| 5 y 11 | Comunicación |
| 7 y 12 | Permeabilidad |
| 4 y 14 | Afectividad |
| 3 y 9 | Roles |
| 6 y 10 | Adaptabilidad |

Formato tomado por: De la Cuesta. D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento, 1994 [tesis]

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

TABLA # 3: VALORACIÓN DE RESULTADOS

| | | | | | |
|---------------------|------------|-------------|---------|--------------|--------------|
| Escala cualitativa | Casi nunca | Pocas veces | A veces | Muchas veces | Casi siempre |
| Escala cuantitativa | 1 pto. | 2 pto. | 3 pto. | 4 pto. | 5 pto. |

Formato tomado por: De la Cuesta. D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento, 1994 [tesis]

Cada una de las 14 situaciones que le son presentadas al usuario, deben ser respondidas con una X en la escala de valores cualitativas, según la percepción que tenga como miembro de la familia.

2.1.3.3.2. Valoración:

Una vez que se haya realizado el cuestionario se procederá a sumar los puntos, lo cual determinará en que categoría se encuentra el funcionamiento familiar:

TABLA # 4: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

| RESULTADO DEL CUESTIONARIO | PUNTAJE |
|----------------------------------|-------------------|
| Familia Funcional | De 70 a 57 puntos |
| Familia Moderadamente Funcional | De 56 a 43 puntos |
| Familia Disfuncional | De 42 a 28 puntos |
| Familia Severamente Disfuncional | De 27 a 14 puntos |

Formato tomado por: De la Cuesta. D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento, 1994 [tesis]

2.1.3.4. Tipo de Funcionalidad Familiar:

Familia funcional:

Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo.

Familia disfuncional:

Es una espacio donde no se valora al otro, no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que puede generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida.

3. CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1. OBJETIVOS

3.1.1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación entre el tipo de percepción de la funcionalidad familiar y el control de la HTA en los pacientes de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés.

3.1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el tipo de percepción de funcionalidad familiar que presentan los pacientes hipertensos
2. Identificar los pacientes con HTA controlada
3. Identificar los pacientes con HTA no controlada
4. Identificar los pacientes con HTA refractaria

3.1.2. HIPÓTESIS

El tipo de funcionalidad familiar afecta directamente el control adecuado de la presión arterial en pacientes de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés.

3.1.3. Tipo de estudio

Estudio analítico transversal observacional y prospectivo de casos con hipertensión arterial primaria en Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés.

3.1.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

FIGURA #2: FÓRMULA PARA CÁLCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Formato tomado de: <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.html>

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

K: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95,5 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%.

TABLA #5: CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONFIANZA Y “K”

| | | | | | | | |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|------|
| K | 1,15 | 1,28 | 1,44 | 1,65 | 1,96 | 2 | 2,58 |
| Nivel de confianza | 75% | 80% | 85% | 90% | 95% | 95,5% | 99% |

Formato tomado de: <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.html>

E: es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella

P: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

Q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

N: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Al tener un universo de 2000 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial primaria que son manejados en el Servicio de Medicina Interna, Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés. El tamaño de muestra para nuestro estudio fue de: 240 para tener así un error máximo estimado de 5 %, p de 0,05 y un nivel de confianza del 90%

3.1.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente mayores de 18 años con diagnóstico de HTA primaria de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés.
- Haber aceptado participar en este estudio, por medio del consentimiento informado
- Pacientes que convivan con su grupo familiar

3.1.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente menores de 18 años con diagnóstico de HTA primaria
- Pacientes que vivan solos
- Pacientes con diagnóstico de HTA secundaria o en investigación
- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

3.1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

TABLA # 6 VARIABLES DEL PRESENTE ESTUDIO

| VARIABLE | DEFINICIÓN | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR |
|--|---|--|--|---------------------------------------|
| 1. Funcionalidad familiar | Grado de funcionalidad de la familia percibida por el paciente usando escala FF-SIL | Cualitativa escala Individual Discreta | Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Muy disfuncional | FA % |
| 2. Edad | Edad de los pacientes con hipertensión refractaria | Cuantitativa | 18-28 29-38 39-48 49-58 >60 | FA % Moda Desviaciones estándar |
| 3. Sexo | | Cualitativa | Femenino Masculino | FA % |
| 4. Raza | | Cualitativa | Blanco Negro Mestizo Indígena | FA % |
| 5. Escolaridad | | Cualitativa | Básica Bachiller Universitario | FA % |
| 6. Dirección | | Cualitativo | Urbano Rural | FA % |
| 7. Estado civil | | Cualitativa | Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo | FA % |
| 8. Tiempo de evolución de HTA desde su diagnóstico | Tiempo que los pacientes hayan sido manejados luego de su diagnóstico | Cuantitativa | 0-5 6-10 11-15 16-20 >20 | FA % Moda Desviaciones estándar |

| | | | | |
|---|--|--------------|--|---------------------------------------|
| 9. Grado de HTA | Grado de HTA al momento del diagnóstico | Cualitativa | Pre hipertensión Grado 1 Grado 2 | FA % |
| 10. Meta de HTA | Pacientes con HTA que cumplen su objetivo de control | Cualitativa | Si No | FA % |
| 11. Número de controles médicos anuales | | Cuantitativa | 0-5 6-10 11-15 16-20 | FA % Moda Desviaciones estándar |
| 12. Profesional que controla HTA | Especialidad médica del profesional encargado del control del paciente | Cualitativa | Md. General Md. Internista Md. Cardiólogo Md. Nefrólogo | FA % |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

3.1.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se analizaron las respuestas de los pacientes a la escala de percepción de funcionalidad familiar, para determinar el nivel de funcionalidad familiar de cada paciente adulto del HEG y se valoró su relación con la HTA. Todos los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 20.

El cuestionario consistió en una serie de situaciones que pueden o no ocurrir en una familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las variables que mide el instrumento: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Además se valoraron los datos epidemiológicos de cada paciente en busca de la relación existente entre HTA controlada y no controlada con la funcionalidad familiar.

El control de la presión arterial se determinó mediante cifras tensionales anteriores tomadas de la historia clínica de los pacientes; Además, se realizó una toma de la presión arterial a todos pacientes en la sala de espera de Consulta Externa y en Hospitalización, utilizando la técnica establecida por la Organización Mundial de la Salud. Se utilizó un estetoscopio y un tensiómetro de mercurio calibrado y un brazalete de talla adecuada para cada paciente.

3.2. ASPECTO BIOÉTICOS

Todas las entrevistas realizadas a los pacientes del HEG fueron de manera anónima con el fin de proteger su identidad para que puedan expresarse con libertad y sin temores. Toda la información recopilada será única y exclusivamente con fines investigativos, por lo que se solicitó autorización al Comité de Ética del hospital y se entregó una hoja de consentimiento informado a los participantes del estudio

3.3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.3.1. Limitaciones

- Disponibilidad de información
- Disposición de los pacientes a contestar las preguntas
- Subjetividad de la información
- Potenciales fuentes de imprecisión del tensiómetro de mercurio

3.3.2. Delimitación

Haremos un análisis de los pacientes adultos de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés diagnosticados de HTA esencial utilizando un cuestionario autoaplicable de funcionalidad

familiar. Se incluirán pacientes adultos que no posean ninguna discapacidad mental para que puedan contestar las preguntas de la escala adecuadamente.

3.3.3. Recursos necesarios

Datos de los pacientes adultos de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés con diagnóstico de HTA esencial

Datos epidemiológicos de los pacientes a ser evaluados

Escala de percepción de funcionalidad familiar (FF-SIL)

Equipo para la toma de presión arterial: estetoscopio y tensiómetro de mercurio calibrado

4. CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Características de la población estudiada

Al tener un universo de 2000 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial esencial que son manejados anualmente en el Servicio de Medicina Interna, Cardiología y Nefrología del Hospital Enrique Garcés. El tamaño de muestra para nuestro estudio fue de: 240 para tener así un error máximo estimado de 5 %, p de 0,05 y un nivel de confianza del 90%.

4.1.1.1. Estadísticos descriptivos:

En este estudio se evidenció un predominio del sexo femenino (65.4%) en comparación con el sexo masculino (34.6%). En cuanto a la edad se encontró que la mayoría de pacientes tenía >60 años (56%), seguido en frecuencia de los pacientes con edad comprendida entre 49-59 años (27%). Se demostró que el 57,5% presentaba instrucción primaria, el 57,5% estaban casados, el 95,8% eran pacientes mestizos y el 78,3% de los pacientes se encontraba en el área urbana. El 49,6% presentaba al momento del diagnóstico una HTA GI mientras que el 44,6% presentaba una HTA GII.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento en este estudio se evidenció que el tiempo de diagnóstico más frecuente era de 0-5 años seguido de los pacientes con 6-10 años con 50,8% y 35% respectivamente. Además se demostró que el tipo de funcionalidad familiar más frecuente era el funcional y el moderadamente funcional con un porcentaje de 36,7% y 44,2% respectivamente, y sólo el 17,1% presentó disfuncionalidad familiar. Se encontró que el 67,9% de los pacientes llegaba al objetivo de tratamiento, siendo la monoterapia la más usada (56,3%)

seguida de la terapia doble con un 31,7% y solo el 10,4% presentaba una terapia triple donde incluía un diurético. De esta forma se evidencia un 3,8% de pacientes con HTA refractaria.

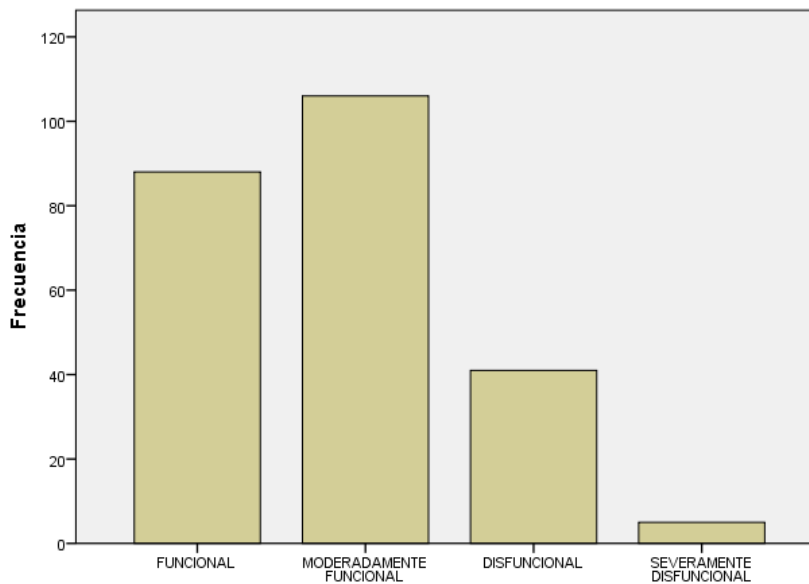
El 70,4% de los pacientes se realizaba un total de 0-5 controles anuales siendo manejadas en un 50,8% por un médico internista seguida de 22,9% por médicos generales.

TABLA#7: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Funcional | 88 | 36,7 | 36,7 | 36,7 |
| | Moderadamente funcional | 106 | 44,2 | 44,2 | 80,8 |
| | Disfuncional | 41 | 17,1 | 17,1 | 97,9 |
| | Severamente disfuncional | 5 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #3: FUNCIONALIDAD FAMILIAR



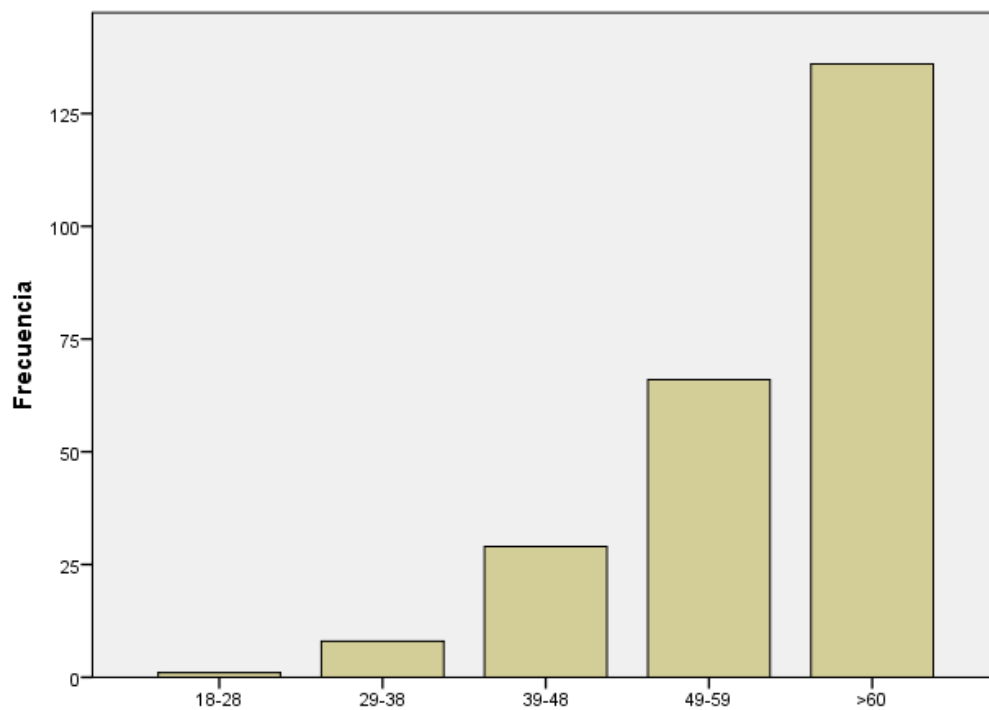
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA #8: EDAD

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | 18-28 | 1 | 0,4 | 0,4 | 0,4 |
| | 29-38 | 8 | 3,3 | 3,3 | 3,8 |
| | 39-48 | 29 | 12,1 | 12,1 | 15,8 |
| | 49-59 | 66 | 27,5 | 27,5 | 43,3 |
| | >60 | 136 | 56,7 | 56,7 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #4: EDAD



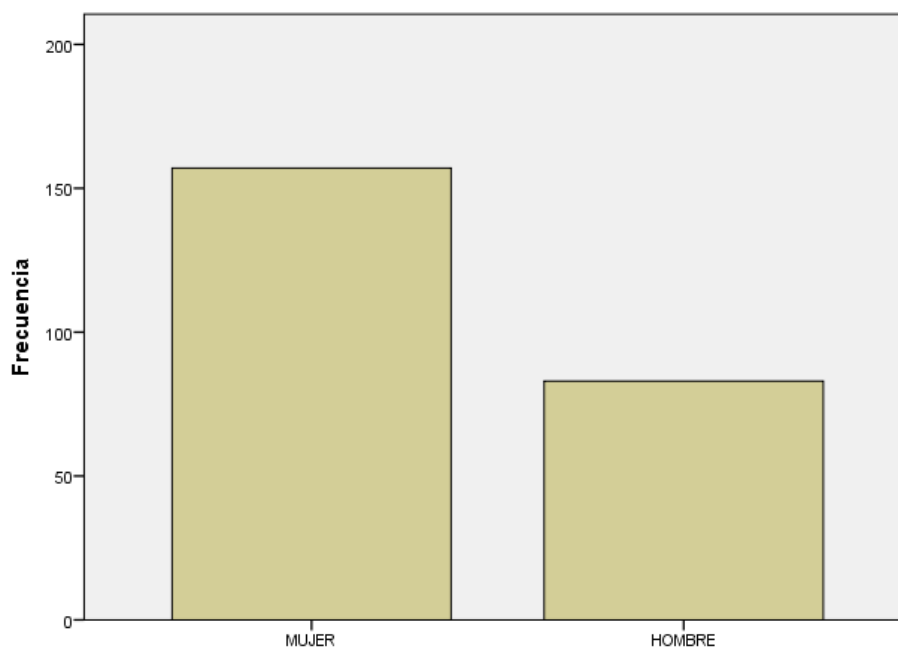
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA#9: SEXO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Mujer | 157 | 65,4 | 65,4 | 65,4 |
| | Hombre | 83 | 34,6 | 34,6 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA#5: SEXO



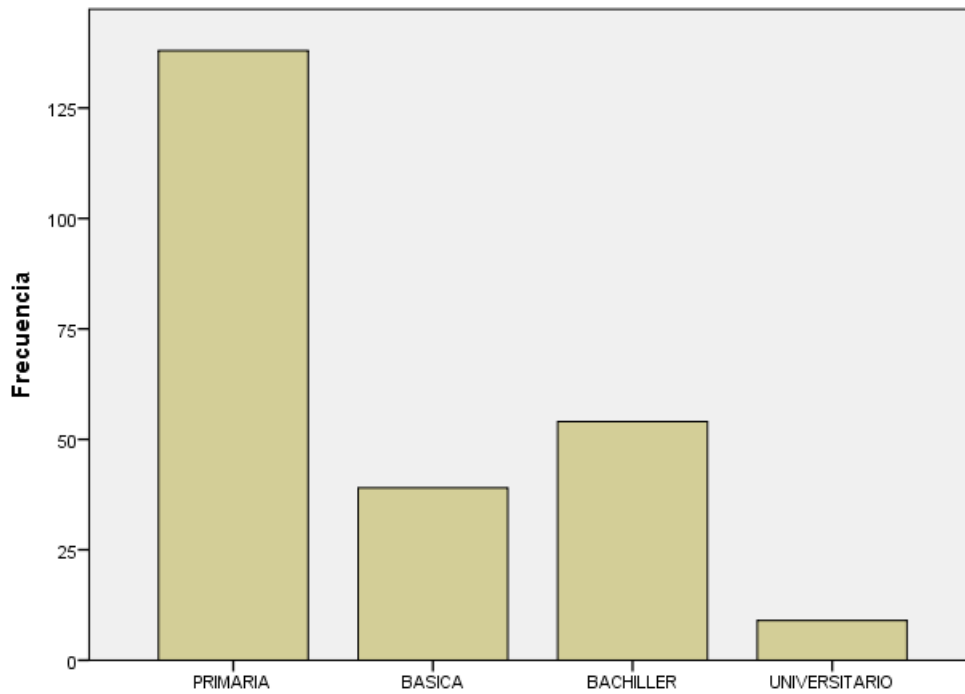
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA#10: EDUCACIÓN

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Primaria | 138 | 57,5 | 57,5 | 57,5 |
| | Básica | 39 | 16,3 | 16,3 | 73,8 |
| | Bachiller | 54 | 22,5 | 22,5 | 96,3 |
| | Universitario | 9 | 3,8 | 3,8 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #6: EDUCACIÓN



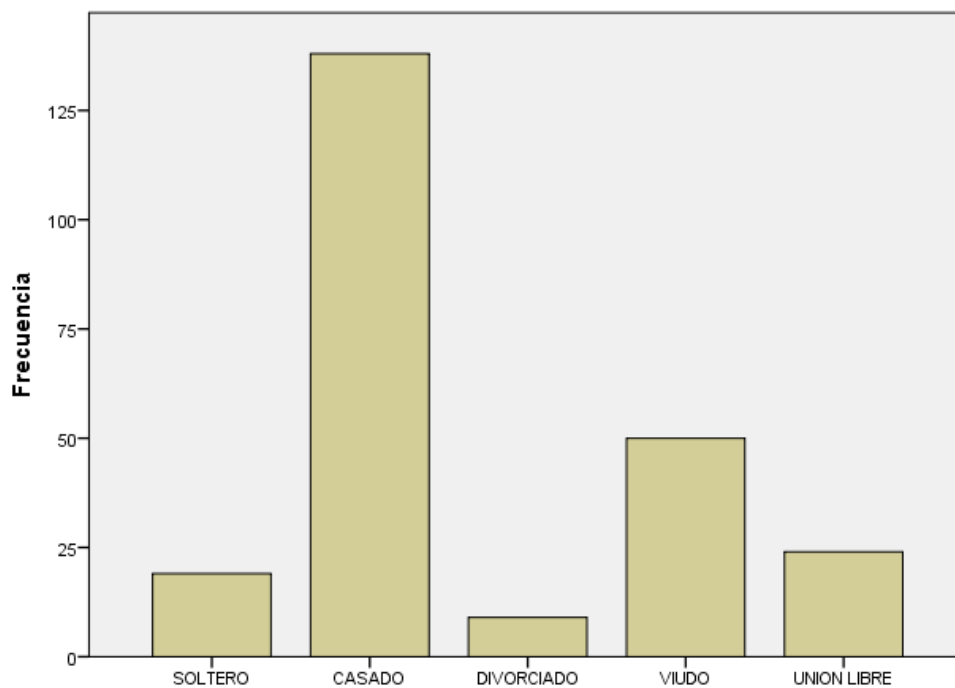
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA#11: ESTADO CIVIL

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Soltero | 19 | 7,9 | 7,9 | 7,9 |
| | Casado | 138 | 57,5 | 57,5 | 65,4 |
| | Divorciado | 9 | 3,8 | 3,8 | 69,2 |
| | Viudo | 50 | 20,8 | 20,8 | 90,0 |
| | Unión libre | 24 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #7: ESTADO CIVIL



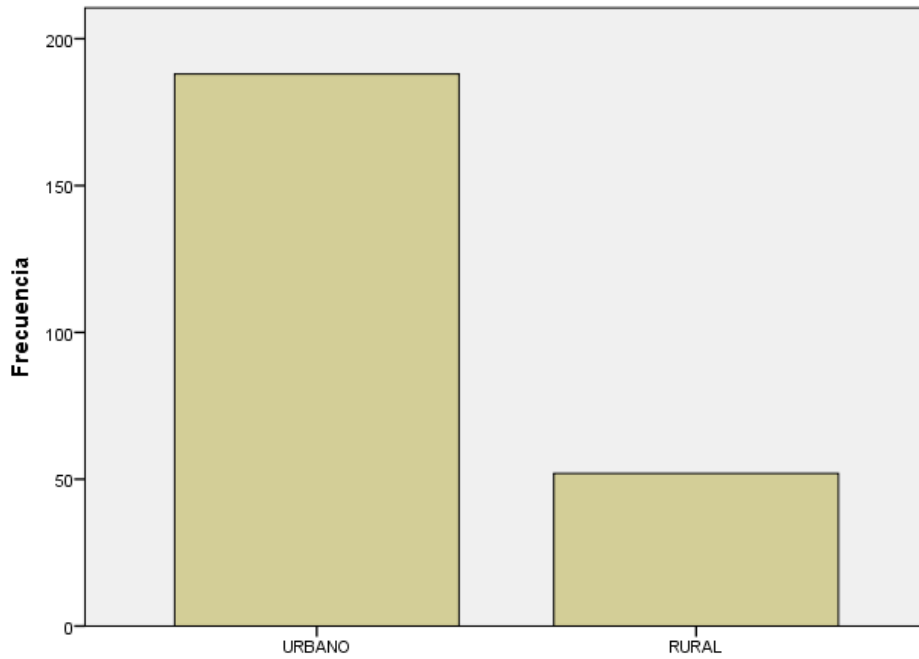
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA #12: VIVIENDA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Urbano | 188 | 78,3 | 78,3 | 78,3 |
| | Rural | 52 | 21,7 | 21,7 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA# 8: VIVIENDA



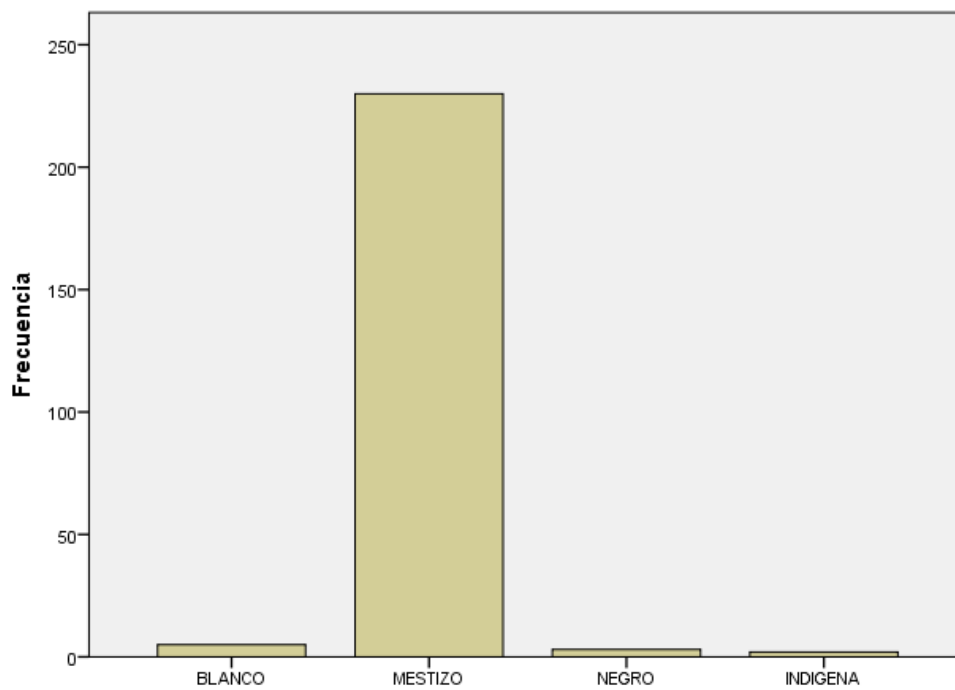
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA#13: ETNIA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Blanco | 5 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| | Mestizo | 230 | 95,8 | 95,8 | 97,9 |
| | Negro | 3 | 1,3 | 1,3 | 99,2 |
| | Indígena | 2 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA# 9: ETNIA



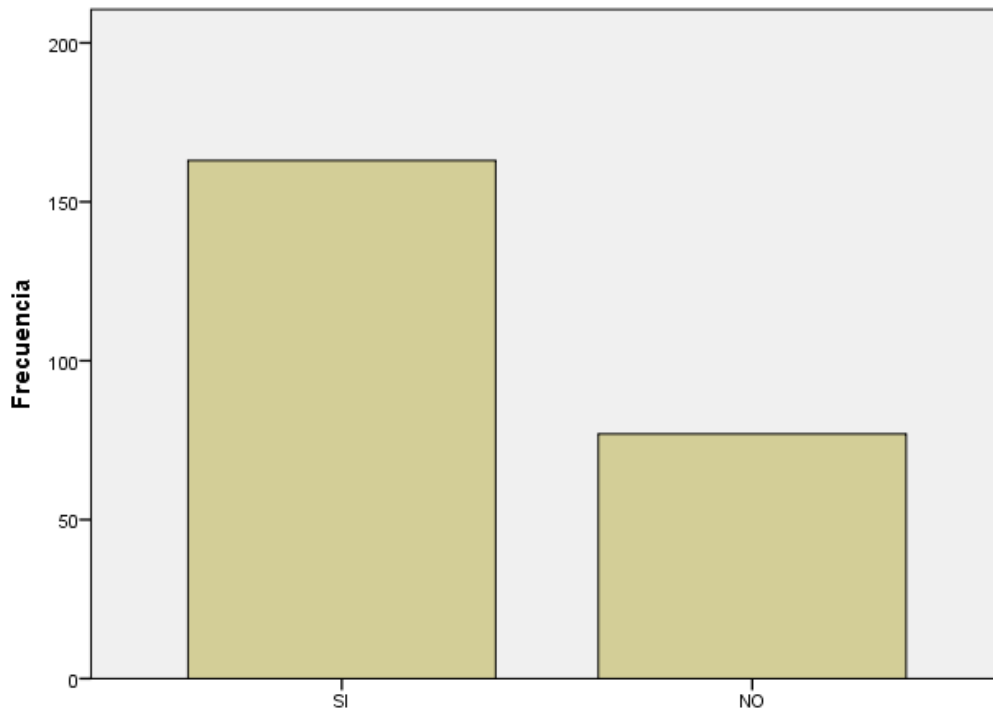
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA# 14: CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Si | 163 | 67,9 | 67,9 | 67,9 |
| | No | 77 | 32,1 | 32,1 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #10: CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL



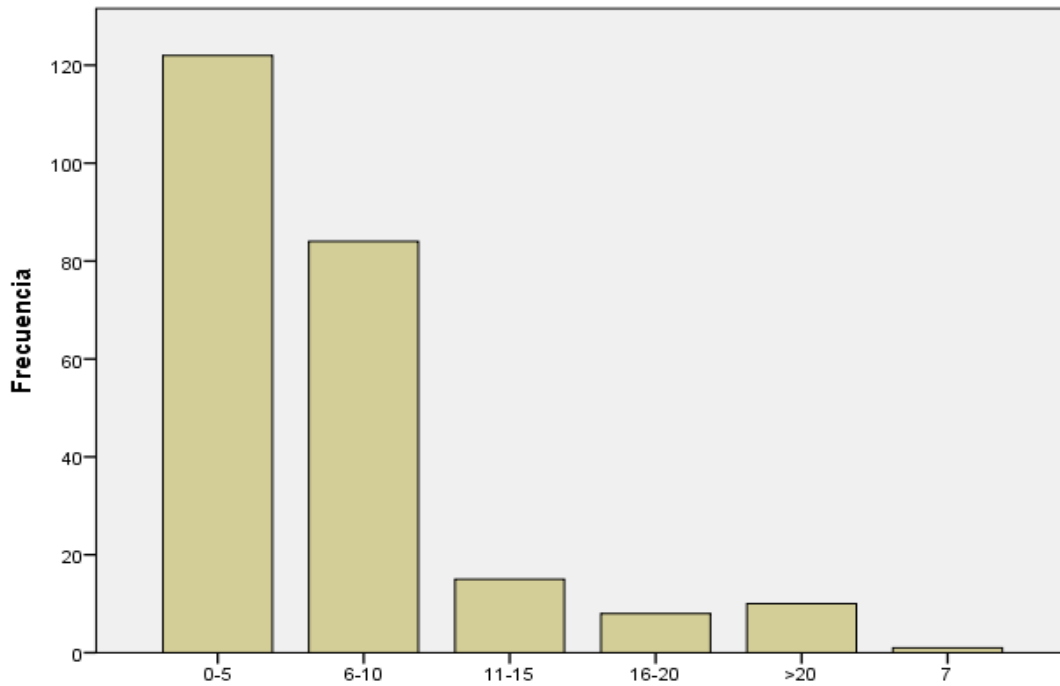
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA# 15: AÑOS DE DIAGNÓSTICO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | 0-5 | 122 | 50,8 | 50,8 | 50,8 |
| | 6-10 | 84 | 35,0 | 35,0 | 85,8 |
| | 11-15 | 15 | 6,3 | 6,3 | 92,1 |
| | 16-20 | 8 | 3,3 | 3,3 | 95,4 |
| | >20 | 10 | 4,2 | 4,2 | 99,6 |
| | 7 | 1 | ,4 | ,4 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #11: AÑOS DE DIAGNÓSTICO



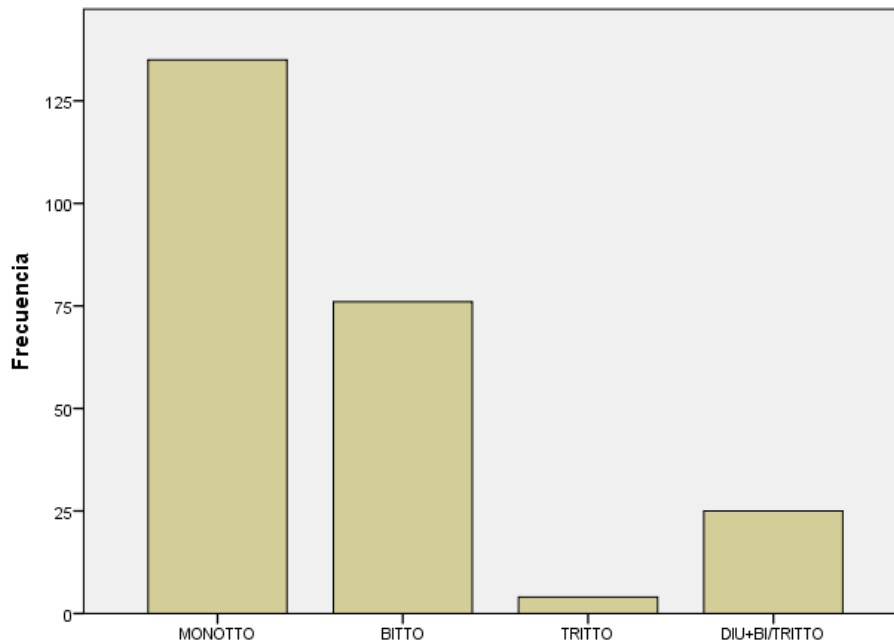
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA #16: TRATAMIENTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|---------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | Monotto | 135 | 56,3 | 56,3 | 56,3 |
| | Bitto | 76 | 31,7 | 31,7 | 87,9 |
| | Tritto | 4 | 1,7 | 1,7 | 89,6 |
| | Diu+bi/tritto | 25 | 10,4 | 10,4 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #12: TRATAMIENTO



Elaborada por: Del Corral D. & González N.

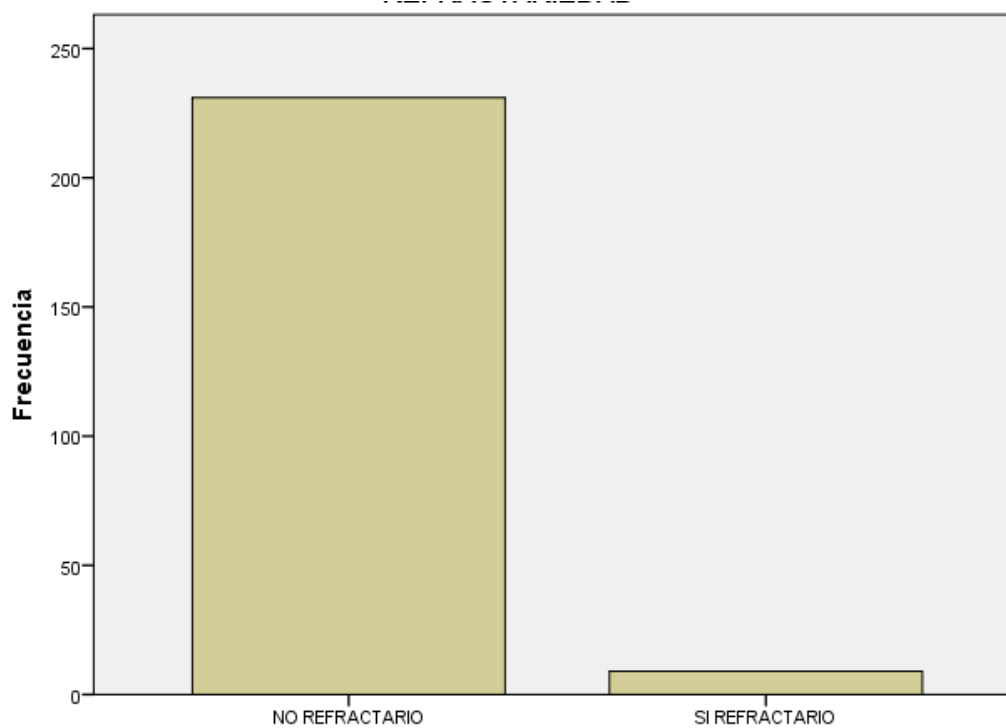
Monotto: mono tratamiento; bitto: tratamiento con dos fármacos; tritto: tratamiento con tres fármacos; diu+bi/tritto: tritto o bitto en el cual se incluya un diurético

TABLA #17: REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | No refractario | 231 | 96,3 | 96,3 | 96,3 |
| | Si refractario | 9 | 3,8 | 3,8 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #13: REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO



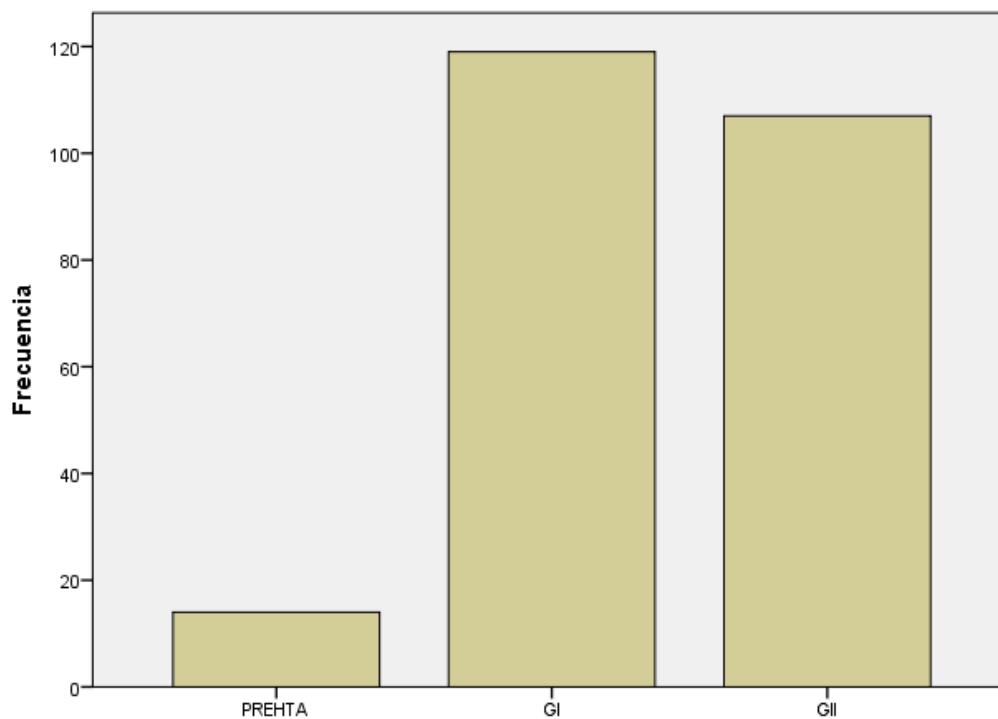
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA #18: GRADO DE HTA

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | PREHTA | 14 | 5,8 | 5,8 | 5,8 |
| | GI | 119 | 49,6 | 49,6 | 55,4 |
| | GII | 107 | 44,6 | 44,6 | 100,0 |
| | TOTAL | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #14: GRADO DE HTA



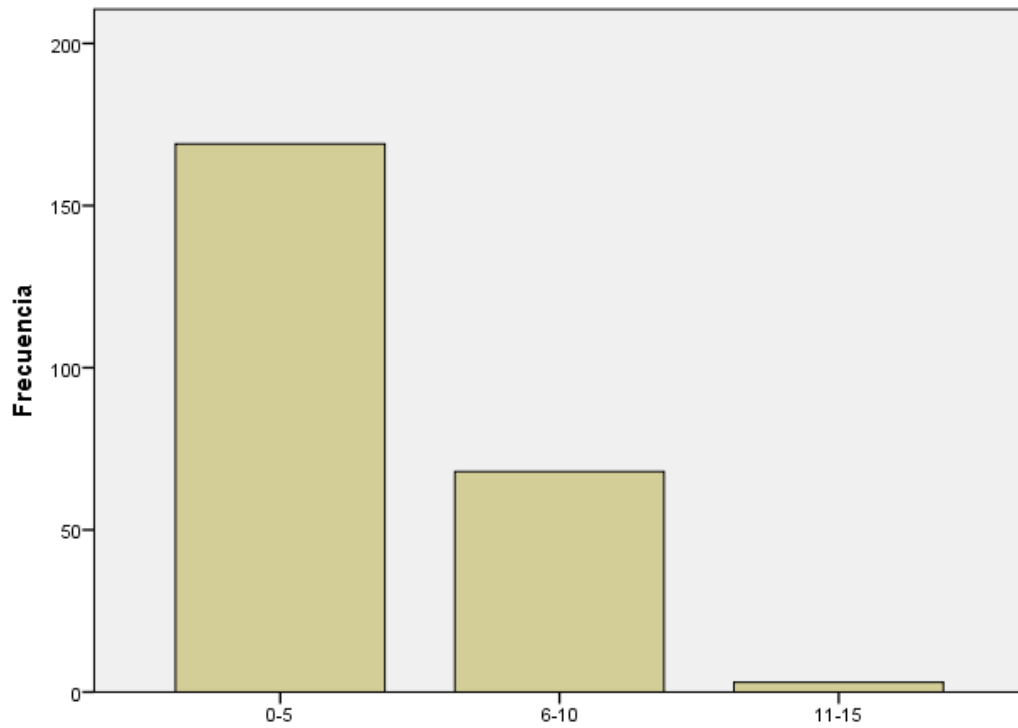
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA #19: NÚMERO DE CONTROLES

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | 0-5 | 169 | 70,4 | 70,4 | 70,4 |
| | 6-10 | 68 | 28,3 | 28,3 | 98,8 |
| | 11-15 | 3 | 1,3 | 1,3 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #15: NÚMERO DE CONTROLES



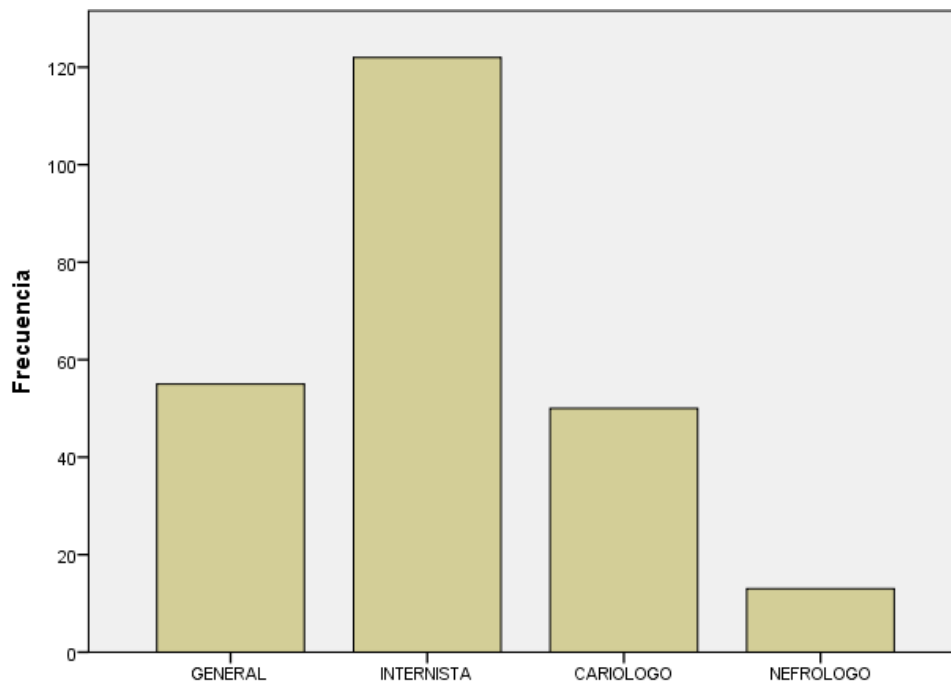
Elaborada por: Del Corral D. & González N.

TABLA #20: MÉDICO TRATANTE

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válidos | General | 55 | 22,9 | 22,9 | 22,9 |
| | Internista | 122 | 50,8 | 50,8 | 73,8 |
| | Cariologo | 50 | 20,8 | 20,8 | 94,6 |
| | Nefrologo | 13 | 5,4 | 5,4 | 100,0 |
| | Total | 240 | 100,0 | 100,0 | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #16: MÉDICO TRATANTE



Elaborada por: Del Corral D. & González N.

General = Postgradista

4.1.1.2. Correlaciones y significancia estadísticas:

Al realizar una tabla de contingencia entre la funcionalidad familiar y el control de presión arterial se encontró que el 25,4% y 33,8% de los pacientes con funcionalidad familiar funcional y moderadamente funcional controlan su presión arterial a diferencia de que sólo el 7,5% y 1,2% de los pacientes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales controlan su presión arterial con el tratamiento administrado.

Se realizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con un valor de 14,587 y un p de 0,002 evidenciándose su significancia estadística.

TABLA #21: TABLA DE CONTINGENCIA: FUNCIONALIDAD * CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

| | | | Objetivo Presión Arterial | | Total |
|---------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|--------|
| | | | Si | No | |
| Funcionalidad | Funcional | Recuento | 61 | 27 | 88 |
| | | % dentro de funcionalidad | 69,3% | 30,7% | 100,0% |
| | | % dentro de objetivo PA | 37,4% | 35,1% | 36,7% |
| | | % del total | 25,4% | 11,2% | 36,7% |
| | Moderadamente funcional | Recuento | 81 | 25 | 106 |
| | | % dentro de funcionalidad | 76,4% | 23,6% | 100,0% |
| | | % dentro de objetivo PA | 49,7% | 32,5% | 44,2% |
| | | % del total | 33,8% | 10,4% | 44,2% |
| | Disfuncional | Recuento | 18 | 23 | 41 |
| | | % dentro de funcionalidad | 43,9% | 56,1% | 100,0% |
| | | % dentro de objetivo PA | 11,0% | 29,9% | 17,1% |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-------|--------------------------|---------------------------|--------|--------|--------|
| | | % del total | 7,5% | 9,6% | 17,1% |
| | Severamente disfuncional | Recuento | 3 | 2 | 5 |
| | | % dentro de funcionalidad | 60,0% | 40,0% | 100,0% |
| | | % dentro de objetivo PA | 1,8% | 2,6% | 2,1% |
| | | % del total | 1,2% | 0,8% | 2,1% |
| Total | | Recuento | 163 | 77 | 240 |
| | | % dentro de funcionalidad | 67,9% | 32,1% | 100,0% |
| | | % dentro de objetivo PA | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % del total | 67,9% | 32,1% | 100,0% |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

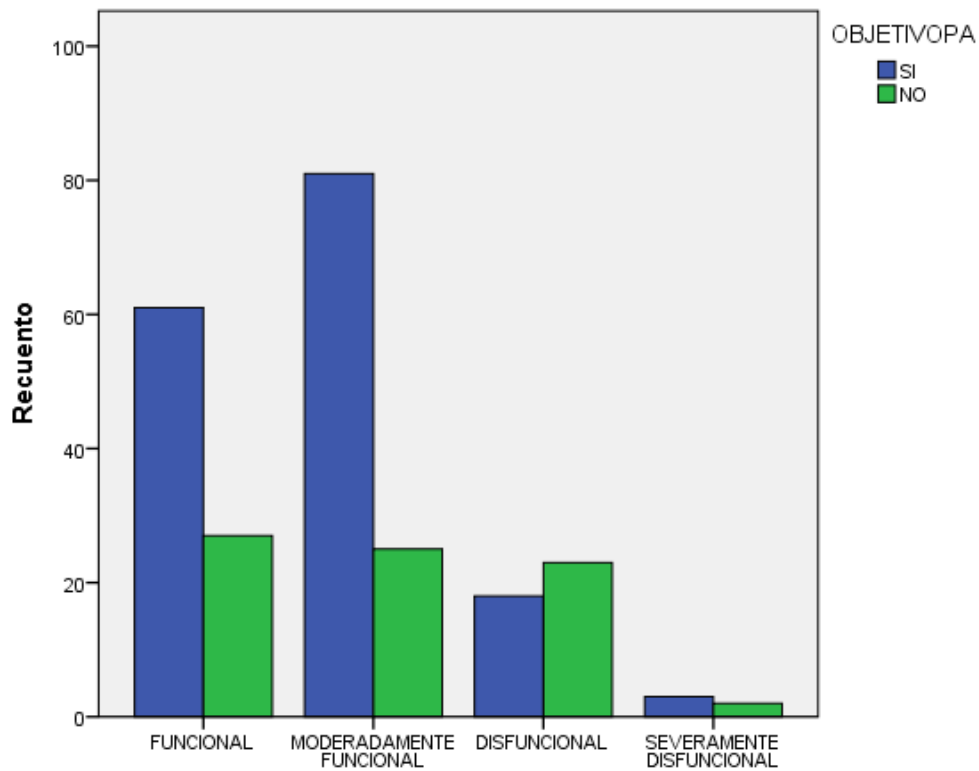
TABLA # 22: PRUEBAS DE CHI-CUADRADO FUNCIONALIDAD*CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL

| | Valor | Gl | Sig. Asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 14,587a | 3 | ,002 |
| Razón de verosimilitudes | 13,927 | 3 | ,003 |
| Asociación lineal por lineal | 4,494 | 1 | ,034 |
| N de casos válidos | 240 | | |

A. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,60.

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA #17: RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL



Elaborada por: Del Corral D. & González N.

Además se analizó la relación entre funcionalidad familiar y la evidencia de refractariedad o no al tratamiento evidenciándose que los pacientes con funcionalidad familiar funcional y moderadamente funcional presentaron refractariedad en un 0,8% en ambos casos, a diferencia de los pacientes con funcionalidad disfuncional y severamente disfuncional los cuales presentaron refractariedad en un 1,7% y 0,4% respectivamente.

Al analizar el Chi-cuadrado de Pearson se encontró un valor de 9,307 y una p de 0,025 por lo cual se determina su significancia estadística.

TABLA #23: TABLA DE CONTINGENCIA FUNCIONALIDAD * REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO

| | | | Refractariedad al Tratamiento | | Total |
|---------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------|--------|
| | | | No refractario | Si refractario | |
| Funcionalidad | Funcional | Recuento | 86 | 2 | 88 |
| | | % dentro de funcionalidad | 97,7% | 2,3% | 100,0% |
| | | % dentro de refractariedad | 37,2% | 22,2% | 36,7% |
| | | % del total | 35,8% | 0,8% | 36,7% |
| | Moderadamente funcional | Recuento | 104 | 2 | 106 |
| | | % dentro de funcionalidad | 98,1% | 1,9% | 100,0% |
| | | % dentro de refractariedad | 45,0% | 22,2% | 44,2% |
| | | % del total | 43,3% | 0,8% | 44,2% |
| | Disfuncional | Recuento | 37 | 4 | 41 |
| | | % dentro de funcionalidad | 90,2% | 9,8% | 100,0% |
| | | % dentro de refractariedad | 16,0% | 44,4% | 17,1% |
| | | % del total | 15,4% | 1,7% | 17,1% |
| | Severamente disfuncional | Recuento | 4 | 1 | 5 |
| | | % dentro de funcionalidad | 80,0% | 20,0% | 100,0% |
| | | % dentro de refractariedad | 1,7% | 11,1% | 2,1% |
| | | % del total | 1,7% | 0,4% | 2,1% |
| Total | Recuento | 231 | 9 | 240 | |
| | % dentro de funcionalidad | 96,2% | 3,8% | 100,0% | |
| | % dentro de refractariedad | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |
| | % del total | 96,2% | 3,8% | 100,0% | |

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

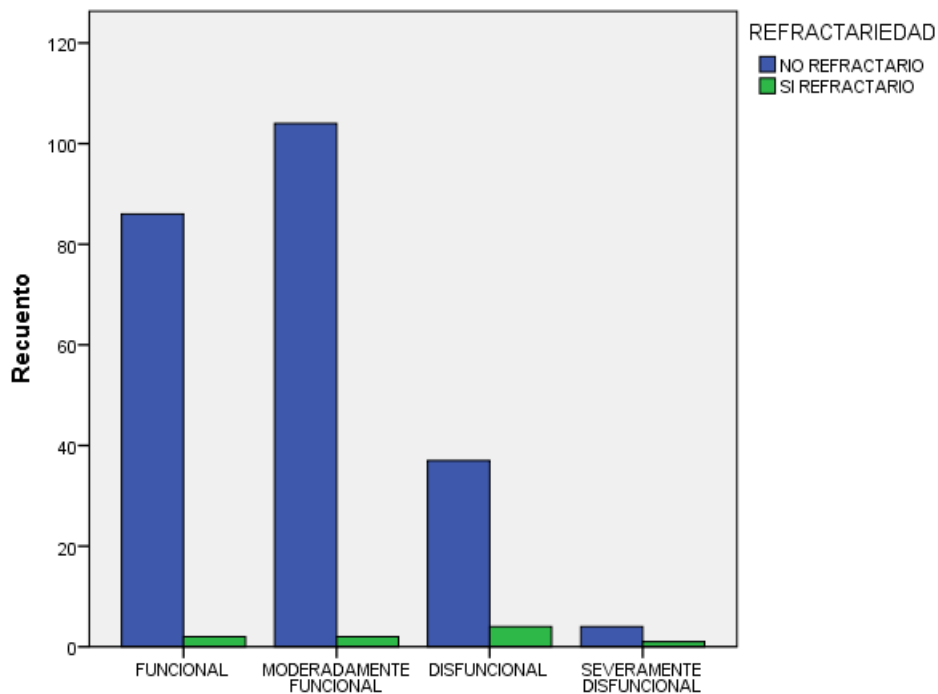
TABLA #24: PRUEBAS DE CHI-CUADRADO FUNCIONALIDAD FAMILIAR*REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO

| | Valor | Gl | Sig. Asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9,307 ^a | 3 | ,025 |
| Razón de verosimilitudes | 6,607 | 3 | ,086 |
| Asociación lineal por lineal | 5,589 | 1 | ,018 |
| N de casos válidos | 240 | | |

A. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

Elaborada por: Del Corral D. & González N.

FIGURA # 18: RELACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO



Elaborada por: Del Corral D. & González N.

5. CAPÍTULO V

5.1. DISCUSIÓN

Luego de analizar los datos obtenidos mediante las encuestas pudimos evidenciar un predominio del sexo femenino en este estudio con un 65,4, la prevalencia de instrucción primaria con un 57,5% y una edad comprendida >60 años en un 56,7%. La ubicación de la vivienda más común fue en el área urbana en un 78,3%, el 57,5% eran pacientes casados y el grupo étnico más habitual fue el de los mestizos con un 95,8%. El tipo de funcionalidad familiar más frecuente fue el moderadamente funcional con un 44,2%.

En cuanto al tiempo de diagnóstico el más frecuente fue de 0-5 años así como un manejo con monoterapia en un 56,3%, recibiendo sólo el 10,4% tratamiento con 3 o más medicamentos incluidos un diurético. Dándonos así un total de solo 3,8% de pacientes con HTA refractaria, llegando a cumplir el objetivo del tratamiento en cuanto al control de las presiones arteriales el 67,9% de todos los pacientes. Se evidenció una prevalencia casi similar en cuanto al grado de HTA siendo el GI el 49,6% y de GII el 44,6%. La mayoría de los pacientes recibieron en un 70,4% controles anuales entre 0-5/ año, siendo el médico internista en su mayoría el encargado de su manejo en un 50,8%.

En comparación con el estudio de Castañeda Hernández María José; "Tipo de funcionalidad familiar más frecuente en pacientes con hipertensión arterial crónica no controlada. El Salvador-2013." En el cual el perfil del paciente promedio con hipertensión arterial crónica tratado en la consulta externa del hospital regional de Sonsonate del ISSS por Medicina Interna es un paciente del sexo femenino entre las edades de 55 a 64 años con nivel educativo básico, beneficiarias, de procedencia urbana con familia nuclear, que no padece de otras enfermedades y

que utiliza como tratamiento enalapril o losartán combinado con otro antihipertensivo. El tipo de percepción de funcionalidad familiar que se encontró con mayor frecuencia entre los pacientes hipertensos no controlados fue el tipo funcional (38.38 %); seguido por el moderadamente disfuncional (18.18 %). El tipo de percepción de funcionalidad familiar que se encontró con mayor frecuencia entre los pacientes hipertensos controlados fue el tipo funcional (36.36 %); seguido por el moderadamente disfuncional (4.04 %). Del total de pacientes incluidos en el estudio el 40.40% presentaron hipertensión arterial controlada y el 59.59% presentaron hipertensión arterial no controlada.

Al momento de analizar la relación entre la funcionalidad familiar y el cumplimiento del objetivo de tratamiento se encontró que el tipo de funcionalidad que más frecuentemente cumplía dicho objetivo era el moderadamente funcional en un 33,8% seguido del tipo funcional en un 25,4%. Al analizar la relación estadística con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se encontró un valor de 14,587 y una p de 0,002 con lo cual comprobamos su significancia estadística.

Además al analizar la relación entre la funcionalidad familiar y la presentación de HTA refractaria se encontró que el tipo de funcionalidad que más frecuentemente presentaba refractariedad era el disfuncional en un 1,7%; mientras que el moderadamente funcional y funcional presentaba una prevalencia de 0,8% cada uno. Al analizar la relación estadística con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se encontró un valor de 9,307 y una p de 0,025 con lo cual comprobamos su significancia estadística.

De esta forma se demuestra la hipótesis planteada previamente la cual decía: “el tipo de funcionalidad familiar afecta directamente sobre el control adecuado de presión arterial en

pacientes de Consulta Externa y Hospitalización del Servicio de Medicina Interna y Consulta Externa de Nefrología y Cardiología del Hospital General Enrique Garcés”.

6. CAPÍTULO VI

6.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que afecta a muchas personas a nivel mundial razón por la cual es necesario el conocimiento del funcionamiento familiar para realizar intervenciones en áreas que pueden ser modificadas y de esta manera ayudar en el control de la presión arterial.

El tipo de funcionalidad familiar más frecuente en los pacientes que cumplen los objetivos de control de la presión arterial y que no presentan refractariedad al manejo son las familias moderadamente funcionales seguidas por las familias funcionales.

Los resultados demostraron que la funcionalidad familiar afecta al manejo de la hipertensión arterial y se evidenció que los pacientes con familias disfuncionales y severamente disfuncionales tienen mayor probabilidad de no cumplir los objetivos de manejo de HTA.

Los pacientes atendidos en el Hospital Enrique Garcés acuden aproximadamente 5 veces al año al control de su presión arterial y son manejados en su mayoría por médicos internistas razón por la se debería ampliar el conocimiento del tema y así abordarlo de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Intervenir de manera holística en el manejo de los pacientes con hipertensión arterial, aplicando el cuestionario FF-SIL sobre todo en los que mantengan presiones arteriales no controladas para realizar un seguimiento adecuado con las diferentes especialidades médicas.

El médico debería ser capaz de desarrollar estrategias orientadas al manejo biopsicosocial de familias con diferentes tipos de funcionalidad familiar.

Valorar el control de presión arterial de los pacientes mediante técnicas más confiables como son el Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA).

Realizar estudios que valoren diferentes componentes familiares que afectan el control de la presión arterial de los pacientes del Hospital Enrique Garcés.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Ortiz, E. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507–520. doi:10.1001/jama.2014.284427
2. ESH/ESC Task force for the management of arterial hypertension. practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European society of hypertension (ESH) and the European society of cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2013; 31:1925.
3. Bell Santos Héctor. Hipertensión arterial conducente a enfermedad cerebrovascular por incumplimiento del plan medicamentoso. *MEDISAN* [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2015 Feb 02]; 15(2): 204-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200009&Ing=es.
4. Quiroga De Michelena M. Hipertensión arterial: aspectos genéticos. *An. Fac. med.* [revista en la Internet]. 2010, vol.71, n.4 [citado 2015-02-08], pp. 231-235. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000400004&Ing=es&nrm=iso. ISSN 1025-5583.
5. Dres. Valderrama AL, Gillespie C, Coleman S, Conocimiento y tratamiento de la hta no controlada en adultos. Informe NAHANES, EE. UU. | 08 OCT 12. *MMWR/September 4, 2012/Vol. 61*
6. Ramírez Lorena, Rangel Alexandra; Funcionamiento familiar y calidad de vida en la hipertensión arterial: relación con el síntoma familiar. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de psicología. 2009

7. Espinoza-Gómez F, Ceja-Espíritu G, Trujillo-Hernández B, Uribe-Araiza T, Abarca-de Hoyos P, Flores Vázquez DP. Análisis de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en Colima, México. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16(6):402–7
8. López Cormenzana J, Buonanotte C. Hipertensión arterial y accidente cerebrovascular en el anciano. *Neurol Arg*. 2012;4(1):18–21
9. Bosch X, Camafort Babkowski M, et al. Protocolos: Nuevos retos en fibrilación auricular. Sociedad Española de Medicina Interna y Elsevier España, S.L. 2012.p 6-33
10. De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P, et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:104-16
11. Castañeda Hernández María José; Tipo de funcionalidad familiar más frecuente en pacientes con hipertensión arterial crónica no controlada en el periodo de noviembre 2012 – abril 2013. postgrado de especialidades médicas. universidad de el salvador. 2013
12. Uptodate. (2013). Overview of hypertension in adults. Retrieved from http://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults?source=search_result&search=hypertension&selectedTitle=1~150
13. Kanan Cedeño Gabriela Esther; Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin experiencia de la migración. *Psicología y Salud*, Vol 20, Un 2:203-212, julio-diciembre 2010
14. Concha Toro M, Rodríguez Garcés C. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*. 2010, Vol. 19 (1): 41-50.
15. Meza Rojas H. Funcionamiento familiar y rendimiento escolar en alumnas del tercer grado de secundaria de una institución educativa del Callao. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima-Perú; 2010. p.7

16. Cabrera Díaz I, et al. Percepción del funcionamiento familiar de estudiantes de Logopedagogía. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud* 2012; 4(3)
17. de la Sierra A, Segura J, Banegas JR, et al. Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension* 2011; 57:898.
18. Hackam DG, Quinn RR, Ravani P, et al. The 2013 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol* 2013; 29:528.
19. Daugherty SL, Powers JD, Magid DJ, et al. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation* 2012; 125:1635.
20. Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* 2009; 302:401.
21. De la Cuesta. D. Funcionamiento familiar, construcción y validación de un instrumento, 1994 [Tesis]
22. Gloria Ardaya. El genero en la familia. Capitulo 4 del libro Rostros de la familia ecuatoriana. <http://www.flacso.org.ec/docs/antciuardaya.pdf>. Consultado en Febrero 2015.
23. Garcia---Ortega M. Atención Familiar. *Rev. Aten. Fam.*2008:15(3); 110---113.
24. Reynalte A. Disfuncionalidad familiar, 2010, Disponible: <http://disfuncionalidadfamiliar---v.blogspot.com/2010/11/que---es---el---apgar---familiar.html>. Consultado febrero 2015
25. Dra. Clara Eugenia Ramirez Lumbreras, Dr. Eduardo Mendez Espinosa, et colab. *Funcionalidad Familiar y Enfermedad Cronica Infantil*. 2009.
26. Alfonsina C. de Chavarria Derecho sobre la familia y el niño, San José Costa Rica 2004
27. Archivos en Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Vol 7 Supl 1 2005 pag 15---19

28. Valdivia C. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos Vol. 1, pp. 15---22
29. Dinamica Familiar y Comunitaria
<http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/fulltext/hogar/tema7.pdf>. Consultado en Marzo 2015
30. Parra S. y Prens M. Factores de riesgo modificables para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, en la población sana mayor de 45 años en la IPS Prosalco Medellín en el año 2010 [Tesis para optar el grado de Especialista en Gerencia en Salud Pública]. Medellín: Universidad CES; 2010.
31. Enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y discapacidad. Revista salud pública de Medellín.2011; (5): 61-73.
32. Pinedo E. Estilos de vida y autocuidado en el adulto mayor hipertenso, ESSALUD Hospital III. Chimbote, 2006 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería].Chimbote: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2006.
33. New.paho.org [Internet]. Bogotá: Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención biopsicosocial [Actualizado 2013 May. 26; citado 2013 Jun. 02]. Disponible en:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009.
34. Díaz A. y Lezama N. Hipertensión arterial y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores de la población Boca del Monte, Caira de Maturín Estado Monagas. Enero – Julio 2010 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Bolívar: Universidad de Oriente; 2010.
35. Lama A., Dextre J. y Basurco F. Hipertensión arterial. Boletín Epidemiológico Hospital San José – Callao. 2008; 1(15): 1-2.
36. Minsa.gob.pe [Internet]. Lima: Hipertensión Arterial [Actualizado 2013 May 22; citado 2013 Jun. 03]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=11258.

37. Canizález H., Díaz P., García R., García E. y Magaña D. Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que consultan en la unidad comunitaria de Salud Familiar del Cantón el Despoblado, Municipio de Santa Rosa de Guachipilín, Santa Ana, De Enero a Septiembre del 2011 [en línea]. El Salvador; 2011 [fecha de acceso 2012 Oct. 01]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>.
38. Flores B. y Gómez L. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial [Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2008.
39. Rodríguez M. Nivel de Autocuidado y Estilo de vida del adulto con Hipertensión Arterial del Policlínico El Porvenir 2010 [en línea]. La Libertad; 2010 [fecha de acceso 2012 Oct. 01].
Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59355691/7/VII-REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS>.
40. Palacios B. Apoyo Familiar y Autocuidado en el adulto mayor hipertenso [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Huaraz: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008.
41. Anguita M, Fernandez-Ortiz A, Worner F, Alonso A, Cequier A, Comin J, et al. La Sociedad Española de Cardiología y las guías de práctica clínica de la SEC: hacia una nueva orientación. Rev Esp Cardiol. 2011;64:795-96.
42. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2013;34:2159-219.

43. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burniere M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27:2121-58.
44. Anguita M, Alegria E, Barrios V, Casasnovas JA, Escobar C, Leon M, et al. Comentarios a las guías de práctica clínica sobre manejo de las dislipemias de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea de Aterosclerosis 2011. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:1090-5.

45. APÉNDICE

45.1. ANEXO 1

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y CONSULTA EXTERNA DE NEFROLOGÍA Y CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

NÚMERO DE ENTREVISTA _____

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

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

| | | Casi nunca 1 | Pocas veces 2 | A veces 3 | Muchas veces 4 | Casi siempre 5 |
|----|--|--------------------|---------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| 1 | De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia | | | | | |
| 2 | En mi casa predomina la armonía | | | | | |
| 3 | En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades | | | | | |
| 4 | Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana | | | | | |
| 5 | Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa | | | | | |
| 6 | Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos | | | | | |
| 7 | Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles | | | | | |
| 8 | Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan | | | | | |
| 9 | Se distribuye 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 respetadas por el núcleo familiar | | | | | |
| 14 | Nos demostramos el cariño que nos tenemos | | | | | |

Total: _____

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • De 70 a 57 puntos. Familia funcional • De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional • De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional | <ul style="list-style-type: none"> • De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional |
|---|---|

Familia: _____

45.2. ANEXO 2

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. EDAD: 18-28_____ 29-38_____ 39-48_____ 49-58_____ >60_____
2. SEXO: M____ F_____
3. ESCOLARIDAD: PRIMARIA____ BÁSICA_____ BACHILLER_____ UNIVERSITARIO_____
4. ESTADO CIVIL:
SOLTERO_____ CASADO_____ DIVORCIADO_____ VIUDO_____ U. LIBRE_____
5. ZONA DE VIVIENDA: URBANO_____ RURAL_____
6. RAZA: BLANCO_____ NEGRO_____ MESTIZO_____ INDÍGENA_____
7. TA: ____/____MMHG
8. TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:
0-5 AÑOS_____ 6-10 AÑOS_____ 11-15AÑOS_____ 16-20 AÑOS_____ >20 AÑOS_____
9. TRATAMIENTO UTILIZADO:
IECA_____ DIURÉTICOS_____ B-BLOQUEANTES_____
ARA_____ CALCIO- ANTAGONISTAS_____ A- BLOQUEANTES_____
10. GRADO HIPERTENSIÓN: PRE-HIPERTENSIÓN_____ I _____ II _____
11. NÚMERO DE CONTROLES ANULES : 0-5_____ 6-10_____ 11-15 _____
12. MÉDICO RESPONSABLE:
GENERAL_____ INTERNISTA_____ CARDIÓLOGO____ NEFRÓLOGO_____

45.3. ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MEDICA

TÍTULO DEL PROTOCOLO: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL CONTROLADA Y NO CONTROLADA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y CONSULTA EXTERNA DE NEFROLOGÍA Y CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, se le realizará una serie de preguntas con respecto a la percepción del funcionamiento familiar y posteriormente se realizará la toma de tensión arterial, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Objetivo y beneficios del estudio

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos: determinar el tipo de percepción de funcionalidad que presentan los pacientes hipertensos y la relación que existe entre la funcionalidad familiar y el control de la tensión arterial.

Aclaraciones

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador principal no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida a través de las encuestas que se le pasarán en las cuales tendrá que responder mediante escalas ya determinadas se obtiene una puntuación y es así mismo como se establece la prevalencia de las enfermedades en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Yo, _____, después de haber entendido el objetivo de este estudio y la forma en cómo se llevara a cabo acepto formar parte de este y que la información que yo proporcione sea utilizada para la realización de este estudio.

Firma de paciente: _____.