

Funcionamiento familiar de los pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración¹

Family functioning in hypertension patients with and without migration experience

Gabriela Esther Kanán Cedeño, María Elena Rivera Heredia,
Alain R. Rodríguez Orozco, Judith López Peñaloza,
Martha María Medellín Fontes y Pedro Caballero Díaz²

RESUMEN

Dado que la migración puede ser un evento estresante que impacta a la estructura familiar, el objetivo de esta investigación fue identificar las posibles diferencias en el funcionamiento familiar de las personas hipertensas en cuyas familias se ha tenido o no la experiencia de la migración. Participaron 674 personas con hipertensión del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Morelia (México), quienes respondieron una escala de funcionamiento familiar, así como al APGAR familiar. Se encontró que 45% de los participantes tienen algún familiar que ha migrado a los Estados Unidos. Quienes no han vivido la experiencia de migración reportan un mejor funcionamiento familiar que quienes tienen familiares migrantes. Se confirma el impacto de la migración en el funcionamiento familiar en las personas con hipertensión, lo cual implica retos para el desarrollo, aplicación y evaluación de estrategias de intervención en esta población.

Palabras clave: Funcionamiento familiar; Hipertensión; Migración; Salud; Mexicanos migrantes.

ABSTRACT

The experience of migration is considered a stressful life event that impacts family structure, so the purpose of this study sought to identify if there were differences in the family functioning of hypertense patients whose families have or have not the experience of migration. The participants were 674 patients diagnosed with hypertension from a Mexican government-sponsored health clinic. The participants responded a family functioning evaluation scale and the family APGAR questionnaire. The results show that 45.4% of the participants have the experience of having one of their relatives migrated to the United States of America. Patients without migrant relatives had higher scores in their family functioning than patients with migrant relatives, thus confirming the impact of migration in family functioning in hypertensive patients. These results present a challenge regards to the development, application, and evaluation of intervention strategies in this population.

Key words: Family functioning; Hypertension; Migration; Health; Mexican immigrants.

¹ Este trabajo fue realizado gracias al auspicio de la Coordinación de Investigación Científica (CIC) de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y al apoyo brindado por el Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Morelia Michoacán, aunado a la colaboración de Karen Melgoza, Bárbara Calderón, Ariana Alejandra Arredondo quienes realizaron su servicio social en este proyecto. Artículo recibido el 30 de abril y aceptado el 13 de septiembre de 2009.

² Escuela de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Fco. Villa s/n esq. Mariano de Jesús Torres, Col. Dr. Miguel Silva, Morelia, Mich., México, tel. (433)337-73-00, correo electrónico: gabyk28@msn.com.

La familia se entiende como un sistema vivo, formado por elementos y por las relaciones entre ellos, los cuales conforman una estructura que determinará su funcionamiento y evolución en el tiempo. La experiencia de la migración, al trastocar cualquier momento del ciclo vital de una familia, impacta su estructura y funcionamiento, por lo que se considera como un suceso estresante –independientemente de que sea percibido como positivo o negativo por el individuo o su familia– que va acompañado de múltiples procesos psicológicos de ajuste y adaptación (Durand y Massey, 2004; Farley, Galves, Dickinson y Díaz-Pérez, 2005), lo que puede asociarse con problemas en el funcionamiento y en la composición familiar que pueden desembocar en una crisis, ante la cual, para lograr una adaptación, la familia deberá poner en marcha mecanismos de autorregulación que le permitirán seguir funcionando; uno de estos mecanismos pueden ser la aparición de enfermedades (Fernández, 2004).

Las enfermedades no transmisibles representan aproximadamente 60% de las muertes en el mundo, y dentro de este grupo de enfermedades se encuentra la hipertensión arterial esencial, la cual es una de las más importantes enfermedades cardiovasculares debido al prolongado tiempo de evolución y a las complicaciones que puede generar, por lo que constituye un gran problema de salud pública ya que representa al tercer factor de riesgo en cuanto a mortandad por padecimientos crónicos en general (World Health Organization [WHO], 2003).

Dentro de los tipos de hipertensión identificables, la hipertensión arterial esencial (así llamada cuando se desconocen sus causas orgánicas) fue el padecimiento más frecuentemente diagnosticado durante el año 2001 y el principal motivo de consulta externa durante 2002 en México (IMSS, 2003; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2006). Se trata de una enfermedad física que puede estar asociada a factores psicológicos tales como el estrés, que se relaciona a su vez con el desarrollo de enfermedades psicosomáticas (Grosse, Díaz e Iguzquiza, 1995).

Otro factor a considerar en la hipertensión es la edad y la etapa del ciclo vital en que se encuentran el individuo y su familia. Si se toma en

cuenta que dicho padecimiento aumenta con la edad, será, por lo tanto, más frecuente en las personas de la tercera edad. Si se considera que en el año 2020 la esperanza de vida al nacer será de 85 años, cabe esperar un incremento de la demanda de atención médica de estos pacientes y un importante impacto en su calidad de vida y en la de sus familiares (Azcárate y Eraso, 2006).

Hipertensión arterial

Dado a que las enfermedades crónicas van en aumento y generan 60% de las muertes en el mundo, identificar los factores asociados a ellas es cada día más relevante. Hasta el momento se han encontrado diversos factores que incrementan el riesgo de padecerlas, entre los que destacan el bajo peso, el sexo sin protección, la hipertensión arterial y el consumo de tabaco y alcohol, entre otras (WHO, 2003). Sin duda, los trastornos hipertensivos tienen una gran relevancia no sólo debido a su alta incidencia, sino por su papel fundamental como factor de riesgo de los trastornos de tipo cardíaco, así como de los cerebro-vasculares. La hipertensión esencial constituye uno de los trastornos de mayor incidencia y se ubica entre las primeras causas de enfermedad en el mundo, calculándose que una disminución de 4% en una cifra media de presión arterial puede llegar a lograr un decremento de 15% de la mortalidad por accidentes cerebro-vasculares y de 9% por cardiopatía isquémica (Coutin, Borges, Batista y Feal, 2001).

La hipertensión arterial tiene en la sociedad un impacto incalculable en los sectores sanitario, económico y social, el cual sólo podrá reducirse si se avanza en el diagnóstico correcto, el tratamiento adecuado y el control óptimo de los pacientes. Entre las enfermedades no transmisibles, es sin duda una de las principales causas de muerte, y este dato sorprende no sólo en países en desarrollo con una relativa baja mortandad, como México, sino también en países desarrollados. En el mundo se calcula que este trastorno afecta aproximadamente a mil millones de personas (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2003; WHO, 2003).

Debido, por tanto, a la alta incidencia y prevalencia de la hipertensión, y a su carácter incapacitante e incluso mortal, su atención no debería

seguir centrándose en el tratamiento medicamentoso o farmacológico; es necesario detectar los mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales que influyen no sólo en el diagnóstico sino en su manejo y tratamiento. Hoy día se están realizando importantes esfuerzos dirigidos a la prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial, los cuales están requiriendo de acciones multidisciplinares, por lo que es fundamental el reconocimiento de la influencia de factores de índole psicosocial, como la familia (Moileiro y García, 2004).

La familia es, sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares (Minuchin, Rosban y Baker, 1987). Así, los síntomas somáticos que no mejoran con las medidas convencionales son muchas veces un reflejo de problemas ocultos relacionados con el entorno del paciente, y ese entorno suele ser el familiar. Pero no sólo en la familia se pueden gestar las enfermedades, sino que es el medio donde se puede comprender el problema y es un recurso de incalculable valor para atender estos problemas y a su vez enriquecer la salud desde una perspectiva biopsicosocial.

Familia y enfermedad

La familia es la institución social más antigua y es objeto de estudio de diferentes áreas de la psicología en los ámbitos educativo, social y clínico. Sería imposible estudiar la psicología humana sin hacer referencia a este grupo primario. Generalmente ha sido analizada como el contexto “de” y no como un objeto de estudio en sí misma (Muzio, 1998). La aparición de cualquier enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros (Téllez, 2007). De forma directa o indirecta, la presencia

de la enfermedad se ve reflejada en las esferas afectiva, física, económica y social de la familia.

Se han estudiado y considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar a la enfermedad. Algunas familias, a partir del manejo que dan a dicha situación crítica, logran crecer y fortalecerse; otras integran el síntoma como un elemento homeostático que favorece el equilibrio del sistema. Estas últimas favorecen la permanencia y cronificación de la enfermedad, produciéndose un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo (Kornblit, 1996).

Definitivamente, para poder estudiar a la familia en el contexto de la enfermedad, debe cambiarse la lente de su estudio, y así pasar de un modelo lineal a una perspectiva sistémica (Auerswald, 1986). Desde este enfoque, se conceptualiza a la familia como un sistema vivo, formado por sus elementos y por las relaciones entre estos. Todo sistema tiene una estructura que determina su funcionamiento y evolución en el tiempo (von Bertalanffy, 1968/1991). Sin duda, en cualquier familia hay problemas, los que sistémicamente se estudian de un modo relacional; de aquí que la persona que muestra el síntoma –en este caso la hipertensión arterial– sigue teniendo una relación con alguien más o con el mundo en general. Si la familia es el contexto natural para crecer y desarrollarse, también puede serlo para estancarse y sufrir (Minuchin, 2004).

Dentro del enfoque sistémico se sostiene que la conducta inusual o anormal por parte de alguno de los miembros de la familia puede relacionarse con problemas del interior de la organización familiar, la cual posee un complejo equilibrio. Esto es, el dolor que experimenta uno de los miembros es en ocasiones tolerado e incluso fomentado inadvertidamente por el resto de la familia; por ende, las relaciones entre los miembros familiares deben constituir el enfoque central del tratamiento. Si se reconoce que las relaciones con la familia primaria pueden funcionar como una valiosa fuente curativa, las posibilidades de éxito en la no cronicidad del síntoma serían significativas (Onnis, 1996).

La familia no es tan sólo un conjunto de individuos que se relacionan entre sí, sino también una unidad que posee un significado emocional. El todo supera la suma de las partes, es decir, los in-

dividuos que conforman la familia. La conducta y manera de ser de cada individuo reflejan la influencia del sistema familiar y, a su vez, influyen en dicho sistema. Los patrones al interior de la familia provienen de generaciones anteriores y sientan las bases para las generaciones futuras (Bowen, 1991). La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal favorece que el paciente sea etiquetado, lo que afectará el tipo de relación interpersonal con los demás miembros de la familia y con su medio en general. Dicha relación puede evolucionar hasta llegar a situaciones de estrés crónico que lentamente pueden ocasionar el deterioro familiar, pues durante el proceso de enfermedad la familia sufre de igual manera que el paciente, por lo que indiscutiblemente es necesario no perder de vista a la familia como red de apoyo y en el proceso de recuperación, y esto, sin duda, a partir del trabajo multidisciplinario en el campo de la salud (Pérez y Díaz, 2006).

De aquí la importancia de evaluar el funcionamiento familiar, lo que permitirá conocer los recursos y limitaciones que tiene el propio sistema familiar, y en ello se incluye la capacidad para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y el manejo de las dificultades, la unión y el apoyo. Algunos antecedentes de investigación de estos temas en la familia pueden encontrarse en los trabajos de Ortega, De la Cuesta y Dias (1999), Velasco y Sinibaldi (2001), Rivera y Andrade (2006), Velasco y Luna (2006), Andrade y Betancourt (2008) y Rodríguez, Kanán, Vázquez y cols. (2008), entre otros.

Entre los esfuerzos que se han realizado para hacer intervenciones psicológicas con pacientes hipertensos cabe mencionar el trabajo realizado por Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez-Sosa (2005), quienes utilizaron un enfoque cognitivo-conductual para su propuesta de intervención. En un estudio con igual número de pacientes hipertensos que de pacientes sanos, Marín y Rodríguez (2001) confirmaron que, dado que el manejo de la hipertensión arterial esencial incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, aquellos pacientes que demostraron un adecuado control de la enfermedad y apego a las recomendaciones médicas contaron con un mayor apoyo de sus familiares.

Un factor adicional de análisis de la hipertensión arterial es su asociación con otras enfermedades crónicas. Huerta, Bautista, Irigoyen y Arrieta (2005) hallaron diabetes mellitus, tabaquismo e hipercolesterolemia en una muestra de 246 pacientes hipertensos. Otros factores de riesgo menos graves, pero también presentes en esta población, fueron el sedentarismo, la menopausia y la obesidad.

Migración, hipertensión y familia

Hoy, la familia ha sufrido cambios relevantes y acelerados debido a la transición demográfica en el siglo XX, por lo que el modelo tradicional de organización y de sucesión familiar se ha visto significativamente afectado. De esta manera aparece la migración. En la actualidad, 2.9% de la población mundial (175 millones de personas) vive temporal o permanentemente fuera de sus países de origen, esto sin tomar en cuenta la migración de indocumentados, la cual cada día es mayor (Organización Internacional para las Migraciones, 2003). En México, se calcula que en 1,338 municipios de los 2,446 existentes se observan tasas de movilidad migratoria por encima de la media nacional, lo que representa un total de 23.8 millones de mexicanos (Romero, 2007). Aunque se encuentran migrantes mexicanos dispersos en todo el mundo, la mayoría de ellos se concentra en Estados Unidos, país con quien se tiene una tradición migratoria desde hace muchos años.

En los inmigrantes de origen mexicano de entre 18 a 64 años que residen en Estados Unidos se han identificado como causas de mortandad la hipertensión (9%) y la diabetes (4%). Las principales causas de muerte son el cáncer, las lesiones por accidentes y las enfermedades cardíacas. Entre los de 65 años en adelante se hallan la hipertensión (48%), la diabetes (30%) y los problemas cardíacos (11%), siendo las principales causas de muerte las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes, en ese orden (Wallace, Gutiérrez y Castañeda, 2008). Recientemente se ha incrementado el interés por conocer los problemas de salud de los migrantes y la atención a los mismos en ambos lados de la frontera (Iniciativa de Salud de las Américas, 2007).

Los estados de Michoacán, junto con Guanajuato, Zacatecas y San Luis Potosí, pertenecen a la llamada “zona de expulsión”, esto es, forman parte de la región que aporta un mayor número de migrantes a Estados Unidos (Corona, 2000). La corriente migratoria de mexicanos a ese país es en su mayoría masculina, con un rango de edad predominante de entre 20 y 29 años, con escolaridad promedio de secundaria incompleta, siendo más de la mitad de ellos jefes de hogar, con más de tres hijos, con alto sentido de responsabilidad y necesidad de trabajo.

En Michoacán, ocho de cada diez personas sufren hipertensión arterial; al analizar sus características, se encuentra que la proporción de varones hipertensos es mayor que la de mujeres, aunque son ellas quienes tienen un mayor conocimiento de que padecen dicha enfermedad. En cuanto a las causas de la misma, 29% de los encuestados reportó que uno de sus padres tuvo o tenía hipertensión y 6.3% que ambos padres la padecieron. Llama la atención que 53.3% no tenía antecedentes heredofamiliares de hipertensión. También se ha identificado que entre mayor es la escolaridad, menor es la prevalencia de la enfermedad (Encuesta Nacional de Salud) (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2000).

La migración reestructura de manera significativa las relaciones familiares y ocasiona el cambio de roles (Mummerf, 2003). Se le ha asociado con problemas académicos, conductuales o de salud que la reunificación familiar, cuando llega a ocurrir, no resuelve por sí sola (Fresneda, 2001). La experiencia de la migración impacta la estructura familiar, exige nuevas reconfiguraciones de la misma y un nivel mayor de complejidad en su vivencia y comprensión. Aparecen así las estructuras familiares transnacionales (Martínez, 2008) y la necesidad de integrar dimensiones multiculturales e interculturales (Mastropaolo, 1999).

Del total de migrantes, sólo 14% regresa, lo que trae como consecuencia familias fracturadas, con “miembros fantasma” o que viven permanentemente con la esperanza de la reunión. De ahí que la segunda causa de la migración sea la búsqueda de los familiares que partieron primero. En primer lugar se mantiene la búsqueda de mejores oportu-

nidades de empleo o salario (INEGI, 2005). Apunta Falicov (2001):

Las migraciones han contribuido a la emergencia de nuevas formas de familias: familias transnacionales, que viven literalmente en un lado y en otro [y] fragmentadas, sufriendo desventajas y también ventajas, tanto para aquellos miembros de la familia que se van como para los que se quedan en el país de origen. Estos últimos, inmigrantes por carácter transitivo, muchas veces van a consulta, pero como no se han ido, no necesariamente mencionan las pérdidas y por lo tanto los terapeutas no piensan frecuentemente que los síntomas presentados pueden estar relacionados con los cambios ocasionados por la partida de seres allegados.

En síntesis, uno de los sucesos de vida de gran impacto en el individuo y su familia es la separación de alguno de sus miembros, sobre todo cuando esta implica gran distancia física, incertidumbre y periodos prolongados de alejamiento. De ahí que la migración puede ser considerada como un suceso estresante de manifestaciones agudas y crónicas, por lo que puede asociarse con alteraciones en la presión arterial. Así, el objetivo de este trabajo fue identificar las posibles diferencias en el funcionamiento familiar de las personas hipertensas en cuyas familias se ha tenido o no la experiencia de la migración de alguno de sus integrantes.

MÉTODO

Participantes

En este estudio participaron 674 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, todos ellos pacientes de la Clínica 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Morelia (México), referidos por su médico tratante después de haber asistido a una sesión de control. De ellos, 81.2% fueron mujeres. El rango de edad varió entre 29 y 88 años, siendo la edad promedio 61.5 años. La mayor parte de ellos dijo estar casado (62.8%) o viudo (23.3%). El rango de escolaridad varió desde ninguna hasta la licenciatura; sin embargo, en su mayoría tenían estudios de educación primaria (47%).

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico especialmente diseñado para esta investigación, cinco indicadores sobre el nivel de satisfacción familiar denominados APGAR Familiar y la Escala de Funcionamiento Familiar (FFSIL). A continuación se describe cada uno de ellos.

Cuestionario sociodemográfico. Conformado por 27 reactivos de tipo mixto, aborda datos de identificación, información sobre el inicio, curso y tratamiento de la enfermedad, estructura, composición y dinámica familiar y experiencia migratoria en la familia.

APGAR Familiar. Esta prueba fue desarrollada por Smilkstein en 1978. Está conformado por cinco reactivos que evalúan cinco áreas: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución. Tiene tres opciones de respuesta. Se reporta en estudios previos un alfa de Cronbach de .84. La validación española con test-retest es superior a .75. En esta muestra la confiabilidad del APGAR Familiar, manejado como escala, es baja, por lo que no se le utilizó como escala (.53), sino que se retomaron los reactivos como indicadores de satisfacción familiar independientes.

Escala de Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Esta escala evalúa el funcionamiento familiar. Consiste en 14 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = casi nunca, 2 = pocas veces, 3 = a veces, 4 = muchas veces y 5 casi siempre). Evalúa las siguientes áreas: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad (López-Nicolás, 2007). La confiabilidad detectada en esta prueba fue de .71.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados previo acuerdo con la institución y con el consentimiento de los participantes, quienes fueron derivados por el médico después de confirmarse su diagnóstico como hipertensos. La forma de respuesta fue cara a cara, con un formato de entrevista cerrada, dentro de las instalaciones de la clínica. Se contó con la aprobación del protocolo de investigación por parte de la clínica del IMSS y con el consentimiento informado de los participantes, a quienes se aseguró en todo momento su integridad física y emocional.

Análisis de datos

Se realizaron análisis estadísticos de tipo descriptivo (frecuencias, porcentajes, rangos mínimos y máximos y medias) e inferencial (U de Mann Whitney y t de Student). Los datos se capturaron y procesaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión 15.0

RESULTADOS

De las 674 personas diagnosticadas con hipertensión arterial esencial que participaron en este estudio, 45.4% de ellas (306) tenía la experiencia de que alguno de sus familiares hubiera migrado a Estados Unidos. La mayoría de los familiares que habían migrado eran sus hijos (24.9%) y hermanos (14.7%).

El número de los familiares migrantes varió de una a siete personas (dos en promedio por familia). Los principales motivos por los cuales migraron se agruparon en el ámbito laboral: trabajo para mejorar su economía (19%) u ofrecimiento de trabajo (2.1%); en un ámbito más personal, se encontró que en 4.2% de la muestra el motivo fue el matrimonio.

Al utilizar los indicadores de satisfacción familiar mediante el APGAR Familiar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes habían vivido o no la experiencia de migración de alguno de sus familiares en cuatro de los cinco indicadores: apoyo ante las situaciones críticas, manejo y resolución de problemas, respeto por las decisiones individuales, expresión del afecto y cantidad del tiempo que pasan juntos. En cambio, en ambos grupos se hallaron puntajes asociados con cierto grado de insatisfacción en cuanto a la cantidad del tiempo que pasaban juntos en la familia (Tabla 1).

Aunque hubo diferencias significativas en el grado de satisfacción respecto a su ambiente familiar a favor de quienes no tenían la experiencia de la migración, en ambos grupos se apreció un perfil similar: el área de mayor satisfacción fue la del apoyo ante las situaciones, seguida por el respeto a las decisiones individuales, la expresión del afecto, el manejo y resolución de problemas y la cantidad de tiempo que pasaban juntos en la familia.

Tabla 1. Satisfacción familiar en pacientes hipertensos con y sin la experiencia de la migración.

SATISFACCIÓN FAMILIAR	Medias		Rangos promedio		U de Mann-Whitney	Z	Sig.
	Con migración	Sin migración	Con migración	Sin migración			
Apoyo ante las situaciones críticas	2.68	2.77	323.41	349.22	51991.0	-2.45	.014
Manejo y resolución de problemas	2.51	2.66	317.54	354.10	50196.5	-2.95	.003
Respeto por las decisiones individuales	2.67	2.76	324.76	348.10	52405.0	-2.10	.035
Expresión del afecto	2.64	2.73	323.37	349.25	51981.0	-2.24	.025
Cantidad de tiempo que pasan juntos	2.57	2.59	335.36	339.28	55648.0	-0.31	.752

En cuanto al funcionamiento familiar general, quienes no habían vivido la experiencia de migración evaluaron el funcionamiento familiar con puntajes significativamente más altos que quienes tenían familiares migrantes (promedio con migración = 3.96; promedio sin migración = 4.09; $t = -2.24$; $p = .025$). Se confirma así el impacto de la migración en el funcionamiento familiar en las personas con hipertensión.

DISCUSIÓN

Como se dijo antes, Michoacán es una de las entidades federativas de México consideradas como expulsoras, dada la importante participación de michoacanos en el conjunto de migrantes (Corona, 2000). Ello puede explicar la vivencia, tan común y cotidiana, de tener un familiar migrante, lo que se confirma con que cerca de la mitad de la muestra participante (45.4%) tenía por lo menos un familiar viviendo en Estados Unidos.

Cuando se mantiene como variable común en los participantes el tener como enfermedad crónica la hipertensión y se busca encontrar diferencias entre los grupos que puedan ser explicadas por alguna otra variable, llama la atención cómo, cuando hay la presencia de la experiencia de la migración en la familia, se encuentra una percepción de la satisfacción familiar claramente diferenciada. En general, las familias en las que no hay miembros migrantes evalúan con puntajes más altos los indicadores de satisfacción familiar del APGAR Familiar, lo que puede relacionarse con el sufrimiento y el dolor por el atraviesan las fami-

lias que, buscando mayor prosperidad económica al migrar, disminuyen su contacto con los miembros de la familia, por lo que se sienten menos satisfechos en cuanto al apoyo que dan a ésta en las situaciones críticas, el manejo y resolución de problemas, el respeto por las decisiones individuales y la expresión del afecto. Sin embargo, hay evidencia de que las familias que tienen algún migrante elevan el nivel de alfabetización y escolaridad de sus miembros, así como su sistema de apoyo social, dado que aquél tiene cónyuge y empleo en la mayoría de los casos (González, Bonilla, Jáuregui, Yamanis y Salgado de Snyder, 2007). Al parecer, se están logrando beneficios instrumentales y operativos, en detrimento de los relacionales. Por otro lado, el tiempo dedicado al trabajo parece generar insatisfacción tanto en quienes tienen la experiencia de la migración como en quienes no la tienen.

En coincidencia con lo mencionado anteriormente, al utilizar la FF-SIL se encontró que la percepción del funcionamiento global de la familia es más favorable cuando no hay experiencia de migración que cuando sí la hay, lo que coloca al tema de la migración como un problema social que se convierte en una variable diferenciadora de las familias, tal como ha ocurrido con otros problemas, si bien en el campo de la salud (Córdova, Andrade y Rodríguez, 2006; Rivera y Andrade, 2008).

En esta investigación se confirman los datos reportados por el INEGI (2006), en los que se señala que el principal motivo para migrar a Estados Unidos es el laboral, no necesariamente porque no tengan trabajo en México sino por tener un mejor ingreso; en sí, mencionan que se fueron

a buscar trabajo “para mejorar su economía”; 4.2% de los participantes dijeron que uno de los motivos para migrar fue el matrimonio, motivo que ocupó el segundo lugar de importancia en la muestra participante. Dadas las estrechas redes de los mexicanos de ambos lados de la frontera, con frecuencia estas se mantienen y fortalecen a través de vínculos informales y formales, como la unión libre o el matrimonio, lo que favorece la perspectiva de que se crean redes transnacionales (Falicov, 2001; Martínez, 2008; Mastropaolo, 1999), de ahí que el dicho popular de que “el amor no tiene fronteras” coincide con el sistema de creencias y valores.

Para poder identificar si lo encontrado en pacientes hipertensos en torno al funcionamiento familiar cuando hay o no la experiencia de migración es similar (o en su caso, diferente) en las personas sanas o en quienes tienen otro tipo de problemas de salud, se tendrá que continuar investigando en esta línea de trabajo.

Asimismo, otras variables de estudio que aparecen como relevantes son la edad y la etapa del ciclo vital dado que hay evidencia reiterada de que en la medida en la que aumenta la edad aumentan los casos de hipertensión. En este trabajo no se controló dicha variable, la que se abordará en próximas investigaciones. También se encuentra cierta debilidad en el uso de indicadores construidos con un solo reactivo por área, como es el caso del APGAR Familiar, por lo que se recomienda utilizar instrumentos con mayor fortaleza que puedan

evaluar otras áreas del funcionamiento familiar y el grado de satisfacción con el ambiente familiar que puedan ser utilizados junto con el FF-SIL. No fue posible identificar tampoco el papel que la hipertensión desempeña en la familia, ni su contraparte, el rol de la familia en la presencia, permanencia y control de la hipertensión; sin embargo, fue posible analizar cómo la vivencia de la migración marca diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento y en la satisfacción familiar entre quienes han vivido o no la experiencia de la migración dentro de la familia.

Por lo tanto, se requiere desarrollar, aplicar y evaluar intervenciones orientadas a tener un mejor manejo de la experiencia de la migración en el individuo y su familia que permita elaborar su significado e impacto en la vida de las personas que la experimentan, aliviando las situaciones de tensión y estrés asociadas a ella. Se propone, por ende, desarrollar estrategias diseñadas a partir de los propios recursos y fortalezas de la familia que hagan posible que ésta pueda promover la salud integral en todos sus miembros.

Finalmente, y ante el incremento de la hipertensión en el mundo, en la región y en la localidad, es necesaria la participación de los especialistas en el campo de la salud para ampliar el conocimiento del tema y así abordarlo de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria. Este trabajo es un pequeño paso en el cumplimiento de esta gran meta.

REFERENCIAS

- Andrade P., P. y Betancourt, D. (2008). Factores individuales, familiares y sociales y conductas de riesgo en adolescentes. En P. Andrade P., D. Betancourt O. y J. L. Cañas (Comps.): *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 181-227). México: Colección Montebello, UNICACH y UNAM.
- Auerswald, E.H. (1986). Reflexiones sobre el pensamiento en terapia familiar. En H. C. Fishman, y B. L. Rosean (Eds.): *El cambio familiar: desarrollos de modelos* (pp. 27-41). Buenos Aires: Gedisa.
- Azcárate, M.L. y Eraso, A.I. (2006). La investigación operativa en las Ciencias de la Salud. *Anales del Sistema Sanitario*, 29(3). Disponible en línea: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/n3/revis2.html> (Recuperado el 8 de abril de 2008).
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo* (1ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Córdova A., A., Andrade P., P. y Rodríguez K., S.E. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122.
- Corona, R. (2000). Características del flujo laboral: continuidad y cambio. *Publicaciones de la CONAPO*. Disponible en línea: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/migra3/07.pdf> (Recuperado el 10 de octubre de 2007).
- Coutin, G., Borges, J., Batista, R. y Feal, P. (2001). El control de la hipertensión arterial puede incrementar la esperanza de vida. *Revista Cubana de Medicina*, 2(1), 28-36.

- Durand, J. y Massey, D. (2004). *Crossing the border: research from the Mexican migration project*. New York: Russell Sage Foundation.
- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas Sistémicas*, 69. Disponible en línea: <http://www.redsistemica.com.ar/migracion2.htm> (Recuperado el 30 de agosto de 2008).
- Farley, T., Galves, A., Dickinson, M y Diaz, M. (2005) Stress, coping, and health: A comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and non-Hispanic whites. *Journal of Immigrant Health*, 7, 213-220.
- Fernández O., M.A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 47(6), 251-254.
- Fresneda S., J. (2001) Redefinición de las relaciones familiares en el proceso migratorio ecuatoriano a España. *Migraciones Internacionales*, 1(1), 135-144.
- González V., T., Bonilla F., P., Jáuregui O., B., Yamanis, T. y Salgado de Snyder, V.N. (2007). Well-being and family support among elderly rural Mexicans in the context of migration to the United States. *Journal of Aging Health*, 19, 334-355.
- Grosse, A., Díaz A. e Iguzquiza, O. (1995). *Estrés, vida y padecimiento humano*. Tucumán (Argentina): Ediciones el Graduado.
- Huerta V., D., Bautista S., L., Irigoyen C., A. y Arrieta P., R. (2005). Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 87-92.
- Iniciativa de Salud de las Américas (2007). *Migración, salud y trabajo. Datos frente a los mitos*. México: Universidad de California y Secretaria de Salud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2003). Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41, 441-448.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). *Migración* (versión electrónica). Disponible en línea: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/migracion.aspx?tema=P> (Recuperado el 23 de septiembre de 2007)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). *Estadísticas de mortalidad. Aguascalientes: México*. Disponible en línea: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/migracion.aspx?tema=P>.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2000). *Encuesta Nacional de Salud*. México: Autores.
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Disponible en línea: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>
- Kornblit, A. (1996). *Somática familiar, enfermedad orgánica y familia*. Barcelona: Gedisa.
- López N., J.J. (2007). *Cuestionario de Funcionamiento Familiar*. Disponible en línea: <http://terapiayfamilia.blogspot.com/2007/07/cuestionario-de-funcionamiento-familiar.html> (Recuperado el 20 de mayo de 2008).
- Marín R., F. y Rodríguez M., M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4), 336-339.
- Martínez R., D.T. (2008). *Tan lejos y tan cerca: la dinámica de los grupos familiares de migrantes desde una localidad michoacana en contexto transnacional*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Mastropaolo, L. (1999). Interculturalidad, trabajo de red, mediación familiar. Pensamiento sistémico en contextos cambiantes. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 5, 29-47.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S., Rosban, B. y Baker, L. (1987). *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moleiro, O. y García, G. (2004). Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 13(2), 101-109.
- Mummerf, F.G. (2003). Del metate al destape: trabajo asalariado y renegociación de espacios y relaciones de género. En H. Fowler-Salamini y M. K. Vaugitan (Eds.): *Mujeres del campo mexicano, 1850-1990*. México: El Colegio de Michoacán-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Muzio, P. (1998). *Hogar dulce hogar. Propuesta de un diseño teórico metodológico para intervención familiar en salud comunitaria*. La Habana: Grupo de Estudio de Familia.
- Onnis, L. (1996). *Terapia familiar de los trastornos psicomaticos*. Barcelona: Paidós.
- Organización Internacional para las Migraciones (2003). *Informe sobre las migraciones en el mundo en 2003*. Ginebra: Autor.
- Ortega V., T., De la Cuesta F., D. y Dias R., C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-168.
- Pérez, C. y Díaz, K. (2006). *Duelo en oncología y su repercusión en la salud familiar*. *Psicologiacientifica.com*, 1-11.
- Rivera H., M.E., y Andrade P., P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 23-40.

- Rivera H., M.E. y Andrade P., P. (2008). Conductas autodestructivas e intento suicida en los adolescentes. En P. Andrade P., D. Betancourt O. y J. L. Cañas M. (Comps.): *Investigaciones psicosociales en adolescentes* (pp. 89-110). México: UNAM-UNICACH.
- Riveros, A., Ceballos, A., Laguna, R. y Sánchez-Sosa, J.J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507.
- Rodríguez O., A.R., Kanán C., G., Vázquez R., M.E., León G., A., Barbosa S., C.E. y Tejeda C., R.G. (2008). Perfil organizativo funcional de la familia nuclear psicosomática con un hijo asmático. *Salud Mental*, 63-68.
- Romero O., J. (2007). Ejercicio de los derechos constitucionales a la salud de los migrantes en transito. *Memoria del Congreso Internacional de Migraciones Globales*. Mazatlán (México): Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Téllez A., T. (2007). *Manejo de la enfermedad en la familia. Reporte de experiencia profesional*. Tesis de maestría en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Velasco C., M.L. y Luna P., M.D. (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax.
- Velazco, M.L. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: El Manual Moderno.
- von Bertalanffy (1968/1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wallace, S.P., Gutiérrez V.F., Castañeda, X. (2008). Access to preventive services for adults of Mexican origin. *Journal of Immigrants Minor Health*, 10(4), 363-371.
- World Health Organization (2003). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Paris: Sadag.