

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1  
ZACATECAS, ZACATECAS.

# DINÁMICA FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. HÉCTOR SÁNCHEZ ESTUPIÑAN**

ZACATECAS, ZACATECAS

2005

m 347468



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# DINÁMICA FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

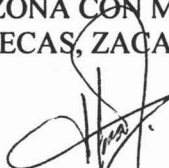
**DR. HÉCTOR SÁNCHEZ ESTUPIÑAN**

AUTORIZACIONES:



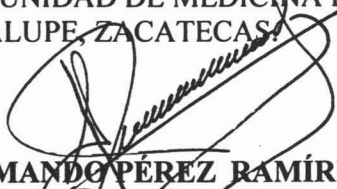
**DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1  
ZACATECAS, ZACATECAS.



**DR. JESÚS ALFONSO HERNANDEZ LARA**

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS  
MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4  
GUADALUPE, ZACATECAS.



**DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1  
ZACATECAS, ZACATECAS.

# DINÁMICA FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DR. HÉCTOR SÁNCHEZ ESTUPIÑAN**

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ARNULFO TRIGOYEN CORIA**

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
3. JUSTIFICACIÓN.	8
4. OBJETIVOS:	9
4.1 Objetivo general.	9
4.2 Objetivos específicos.	9
5. HIPÓTESIS:	10
5.1 Hipótesis general.	10
5.2 Hipótesis específicas.	10
6. METODOLOGÍA:	11
6.1 Tipo de estudio.	11
6.2 Población de estudio:	11
6.2.1 Población.	11
6.2.2 Lugar.	11
6.2.3 Tiempo.	11
6.3 Muestreo:	11
6.3.1 Tipo de muestra.	11
6.3.2 Tamaño de la muestra.	11
6.4 Criterios de selección:	12
6.4.1 Criterios de inclusión.	12
6.4.2 Criterios de exclusión.	12
6.5 Variables a recolectar:	12
6.5.1 Variable dependiente.	12
6.5.2 Variables independientes.	12

6.5.4	Operacionalización de variables.	13
6.6	Procedimientos para captar la información.	15
6.7	Consideraciones éticas.	16
7.	RESULTADOS.	17
8.	DISCUSIÓN.	24
9.	CONCLUSIONES.	26
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	27
11.	ANEXOS:	31
11.1	Anexo 1. Hoja de recolección de datos.	31
11.2	Anexo 2. Carta de consentimiento informado.	33

## 1. ANTECEDENTES

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad.<sup>1</sup>

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica. En un intento de ahondar en estas interacciones se refieren algunos parámetros como: a) Jerarquía, b) Alianzas, c) Límites, d) Roles, e) Redes de apoyo (La función básica de las redes de apoyo extrafamiliares consiste en las acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos y compensen las deficiencias del sistema familiar), f) Comunicación (Para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida de la familia, se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros), g) Flexibilidad (Se encuentra íntimamente relacionada con la anterior y permea todas las facetas de la estructura familiar).<sup>2</sup>

La dinámica familiar se entiende al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares ( adaptación social, cuidado y atención, afecto, reproducción y otorgamiento de estado). El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. En base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional en vez de referirse a ella como normal o patológica y esta funcionalidad hace que tenga la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.<sup>3-7</sup>

La gran diversidad de instrumentos, enfoques, propósitos y metodologías empleadas para desarrollarlos presentan un complejo panorama difícil de valorar por el médico familiar, pues debe indagar profusamente sobre estos aspectos para elegir los instrumentos que puedan ofrecerle mayor utilidad en su práctica diaria, FACES III Y APGAR (instrumentos estandarizados al español) permiten un buen acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar. Es imprescindible que el médico familiar evalúe las características de la familia, su estilo de vida, elementos conductuales, manejo del estrés y capacidad adaptativa, las cuales pueden ser de gran utilidad clínica en la práctica de la medicina familiar, brindando la oportunidad de establecer tanto guías para la orientación familiar, como posibles estrategias de tratamiento que requieran la participación de otros profesionales como los terapeutas familiares, sociólogos o psiquiatras.<sup>7-9</sup>

En la actualidad la medicina familiar dentro de los niveles de atención se ubica en el primer nivel, es decir atiende cerca del 80% de la población en un sistema médico de pago anticipado como lo es el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). En unidades denominadas Unidades de Medicina Familiar que efectúan envíos a segundo nivel (Hospitales regionales de Concentración).<sup>10-11</sup>

El enfoque tradicional de la atención médica dirige su atención a un individuo con una mínima consideración de la familia. Otros médicos guían su atención hacia un paciente en el contexto de su ambiente familiar, mientras que otros consideran a la familia como unidad de atención. Se analizan las relaciones de estas configuraciones familiares con las principales problemáticas de las familias y su significado clínico.<sup>12</sup> Otorgando la Atención Integral a la Salud Familiar, definiéndola esta como estudio de la familia desde los ámbitos psicológico, socio dinámico y social y desde las esferas biológica, psicológica y social, contemplando



funciones de asistencia, docencia e investigación y considerando 3 momentos del diagnóstico, pronóstico y manejo. Utilizando como medio la educación en la atención primaria a la salud en donde se intenta satisfacer las necesidades del individuo, familia y comunidad mediante procedimientos social, cultural y económicamente aceptable y funcional. En las enfermedades crónicas o con discapacidades se debe de hacer funcional el identificar al cuidador del sistema de apoyo al paciente y su viabilidad para ayudar con atención en este tiempo en particular.<sup>13-15</sup>

De esta forma, en el enfermo que acude a consulta con descontrol de la presión arterial (PA) deberían considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos al ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento podrían ser una de las causas de la falla terapéutica.<sup>16</sup>

La hipertensión arterial esencial (HAS) es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública. En la población urbana de México su prevalencia se estima en 25% y en la población rural varía de 13% al 21%.<sup>17-18</sup>

El control adecuado de las cifras de presión arterial (PA) en los pacientes con HAS aumenta su esperanza y calidad de vida.<sup>19, 20</sup> Sin embargo, uno de los problemas inherentes a su tratamiento es que la elevación de la PA no produce de manera habitual manifestaciones clínicas relevantes, por lo que el paciente puede tener la falsa impresión de que su enfermedad se encuentra controlada.<sup>21</sup>

De esta manera, el fracaso de la terapia antihipertensiva es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de

su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego.<sup>22-24</sup>

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo cardiovascular más importante y mejor reconocido. Pese a que en los últimos 30 años se han conseguido extraordinarios avances en su diagnóstico y tratamiento, el grado de control de este proceso es escaso en nuestro país. Sólo un 15 %-16% de la población hipertensa presenta cifras < 140/90 mmHg; entre los hipertensos que reciben tratamiento dicho grado de control únicamente alcanza al 29 % de los pacientes.<sup>27-28</sup>

En los años siguientes han aparecido los informes de las Guías Internacionales de mayor prestigio. El VI Informe del JNC hizo énfasis en la estratificación del riesgo cardiovascular y señaló la oportunidad de conseguir niveles de control de la PA más estrictos (< 130/85 mmHg) en presencia de diabetes, insuficiencia renal o insuficiencia cardíaca.<sup>28</sup> El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1999 destacó el pobre grado de control de la HTA en la mayoría de los países. La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de PA y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación de los estilos de vida más importantes demostró disminuir la PA, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso, la adopción de la dieta DASH, rica en potasio y calcio y reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol.<sup>29-35</sup> La modificación del estilo de vida reduce la PA, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, una dieta DASH de 1600 mg de sodio tiene un efecto similar a un tratamiento farmacológico simple. Combinaciones de dos o más cambios en el estilo de vida pueden significar mejores resultados. En México, como en otros países, la hipertensión arterial es problema nacional de salud y se piensa que esta condición crónica

tiende a incrementarse, si no se aplican medidas preventivas. En la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, centro oficial de notificación, se reportan 211,428 casos nuevos de hipertensión arterial en 1990 (OMS: 401-405, CIE-9); la misma fuente, a través del Sistema Nacional de Salud, en 1996 notificó por el mismo concepto 244,564 casos nuevos.<sup>36-38</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro país; por ejemplo, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, elaborada en 1993 por la entonces Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, reportó que aproximadamente 24% de la población de nuestro país era hipertensa. Sin embargo, y a pesar de que este dato es suficiente para resaltar su importancia epidemiológica, es necesario subrayar que los aspectos más relevantes de este padecimiento se reflejan en sus repercusiones sobre la esperanza y la calidad de vida del paciente hipertenso.

Es incuestionable que la HTA es un problema importante de salud pública en nuestro medio, no sólo por la disminución de la esperanza y la calidad de vida del paciente hipertenso, sino porque genera mortalidad y discapacidad en sujetos productivos. Sin embargo, 50% de los pacientes hipertensos no saben que portan la enfermedad y, por otra parte, se ha descubierto que 16% de los pacientes con tratamiento farmacológico son normotensos y su diagnóstico se realizó de manera precipitada con uno o dos registros de la presión arterial, incluso el mismo día

La importancia para el cuidado de ciertas patologías ya diagnosticadas radica en la necesidad de llevar a cabo un adecuado control de estas a través de las vías necesarias dentro de las cuales se considere a la familia como impulsora del cuidado en sus diferentes niveles de atención, especificando a la hipertensión arterial.

En México se considera como parte de las patologías que se encuentra dentro de la transición demográfica y epidemiológica con una prevalencia importante para su detección oportuna y su control adecuado, disminuyendo de esta manera los factores de riesgo que hacen posible que la mortalidad como consecuencia de esta disminuya.

Precisamente en este rubro la familia deberá ser participe activo en el apego no solo farmacológico si no en el aspecto motivacional y de control periódico medico.

Es indudable que dentro del papel que desempeña dentro de la familia trasciende a un grado tal que su participación como paciente reflejen un control en el cual la calidad de vida se vea reflejada de una manera importante independientemente de que presente o no alguna Comorbilidad

La familia es el contexto social primario en el que se toman las decisiones referentes al cuidado de la salud, en gran parte, mediante la conformación de un modelo explicativo de la enfermedad del individuo.

El papel de la familia en la determinación del empleo de los servicios de salud y en la aceptación del tratamiento ha sido muy bien documentado en diversos escenarios. No sólo es la familia la que afecta a la experiencia de enfermedad del paciente, sino que la enfermedad del paciente tiene un profundo efecto sobre la familia. Las dos últimas décadas han visto como nuestro conocimiento sobre el papel de las familias en la salud y la enfermedad ha aumentado; esto ha llevado a numerosos autores a argumentar que el diagnóstico de una enfermedad crónica o que suponga una amenaza vital es una indicación para un enfoque de la asistencia médica orientado a la familia.

Por lo que nos preguntamos:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en el paciente hipertenso controlado y no controlado?

### 3. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es un padecimiento frecuente y constituye uno de los principales problemas de salud pública del mundo. En México su prevalencia se estima en un 25% en población urbana.

Un control adecuado de la tensión arterial aumenta la esperanza y calidad de vida. Sin embargo el fracaso de la terapia antihipertensiva se relacionan con la falta de apego al tratamiento.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. La familia funcional debería superar la crisis familiar representada por la pérdida de la salud de uno de sus miembros, en este caso padecer hipertensión arterial.

El conocimiento de la funcionalidad familiar en todos nuestros pacientes significaría ejercer una verdadera atención integral, permanente y continua. Aprovechando todos los recursos de apoyo familiares se obtendría un mayor apego y control de la hipertensión arterial de nuestros pacientes.

De no hacerlo así, continuaremos con esa visión biologista, fragmentaria y reduccionista, con los resultados hasta ahora obtenidos con pobre control de tensión arterial y apego al tratamiento de nuestros pacientes hipertensos.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar si la funcionalidad familiar es diferente en el paciente hipertenso controlado y en el no controlado.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar si son diferentes entre los pacientes controlados y no controlados las siguientes características:

- Sociodemográficas: Edad, sexo, lugar de residencia, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad.
- Familiares: tipo de familia según su composición, integración y desarrollo.

## 5. HIPÓTESIS

### 5.1 HIPÓTESIS GENERAL:

La funcionalidad familiar es diferente en el paciente hipertenso controlado y en el no controlado.

### 5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

Las siguientes características son diferentes entre los pacientes hipertensos controlados y no controlados:

4. Sociodemográficas: Edad, sexo, lugar de residencia, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad.
5. Familiares: tipo de familia según su composición, integración y desarrollo.



## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta analítica. (Observacional, descriptivo y trasversal, prospectivo).

### 6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

#### 6.2.1 POBLACIÓN:

Pacientes hipertensos adscritos al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS Zacatecas.

#### 6.2.2 LUGAR:

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 Zacatecas.

#### 6.2.3 TIEMPO:

Del 1° de diciembre de 2003 al 30 de mayo 2004.

### 6.3 MUESTREO:

#### 6.3.1 TIPO DE MUESTRA:

Se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de las personas que reunieron los criterios de selección y acudieron a la consulta externa de medicina familiar del HGZ/MF No. 1 Zacatecas a partir del 1 de diciembre hasta que se completo el tamaño de la muestra determinado, en mayo de 2004.

#### 6.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó mediante la fórmula para calcular una proporción en población infinita.

$$N = \frac{Z^2 P Q}{D^2} = \frac{(1.96)^2 (0.26) (0.74)}{(0.1)^2} = \frac{(3.84)(0.26)(1-0.26)}{(0.001)} = 249.6$$

Donde:

$n$  = total de la muestra de una población infinita.

$Z$  = nivel de confianza 95%:  $Z = 1.96$

$p$  = proporción de la prevalencia de HAS = 26%

$q$  = 1 - proporción de hipertensos:  $1 - 0.26 = 0.74$

$d$  = error aceptable 10% = 0.1

#### 6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

##### 6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes diagnosticados hipertensos en control con su medico familiar.

##### 6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes hipertensos que no acepten participar en el estudio

#### 6.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

##### 6.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Control del paciente hipertenso.

##### 6.5.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Tiempo de diagnóstico de hipertensión.
- Tratamiento.
- Comorbilidad.
- Funcionalidad familiar.

### 6.5.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

<b>Nombre:</b>	<b>Control de hipertensión.</b>
Definición conceptual:	Mantenimiento de cifras tensionales dentro de lo considerado normal..
Definición operacional:	Determinación de ambas cifras tensionales (diastólica y sistolica) menores de 130/90 mm/Hg.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Si, No.

<b>Nombre:</b>	<b>Sexo</b>
Definición conceptual:	Condición orgánica que distingue a los seres humanos.
Definición operacional:	Según refiere la persona en la encuesta.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Femenino, Masculino.

<b>Nombre:</b>	<b>Edad.</b>
Definición conceptual:	Tiempo que una persona ha vivido
Definición operacional:	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta
Escala de medición:	De razón.
Categorías:	---

<b>Nombre:</b>	<b>Estado civil.</b>
Definición conceptual:	Clase o condición a la cual esta sujeta la vida de la persona.

Definición operacional: Según refiera al momento de la encuesta

Escala de medición: Nominal

Categorías: soltero, casado, viudo, unión libre.

Nombre: **Tiempo de diagnóstico de hipertensión.**

Definición conceptual: Años transcurridos de diagnóstico de la enfermedad

Definición operacional: Según refiera al momento de la encuesta.

Escala de medición: De razón.

Categorías: ---

Nombre: **Tratamiento.**

Definición conceptual: Conjunto de medios que se emplean para curar enfermedades.

Definición operacional: Según el tratamiento que refiera la persona al momento de la encuesta.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Captopril, metoprolol, nifedipino, clortalidona etc.

Nombre: **Comorbilidad.**

Definición conceptual: Patología asociada a una enfermedad específica

Definición operacional: Según la cantidad de enfermedades asociadas

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Obesidad, diabetes, artritis reumatoide, cáncer etc.

Nombre: **Funcionalidad familiar.**

Definición conceptual:	Describe como es la comunicación entre los Miembros de su familia
Definición operacional:	De acuerdo al resultado de la aplicación del APGAR familiar.
Escala de medición:	Ordinal.
Categorías:	7-10 Funcional, 4-6 disfuncional moderado y 0-3 disfuncional severo

#### 6.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Una vez autorizado el protocolo por el Comité Local de Investigación del HGZ/MF No. 1 del IMSS Zacatecas, se procedió a entrevistar a los participantes en la consulta externa de medicina familiar recabando parte de los datos en una hoja de recolección de datos y otra parte se obtenía del expediente clínico.

Los instrumentos utilizados para determinar la dinámica familiar se utilizo el APGAR familiar, que es un instrumento que fue introducido en 1978 por Smilkestein para explorar la dinámica familiar y consta de 5 componentes y son adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución (anexo 1). El valor de cada componente es de 2-1 y cero puntos con un máximo de 10 con una valoración de 00-01 puntos disfunción severa en cuanto a dinámica familiar, 04-06 disfunción moderada en cuanto a dinámica familiar y 07-10 puntos familia funcional en relación a su dinámica familiar.

Una vez recabados todos los datos se capturaron en el programa Excel de Microsoft XP, posteriormente se analizó el programa SPSS ver. 10 para determinar estadística descriptiva, porcentajes o promedios con su desviación estándar dependiendo del tipo de variables. Para determinar diferencias  $X^2$  para datos

categoricos y t de Student para variables continuas, considerando el valor alfa en 0.05.

#### 6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Por la naturaleza del estudio no contraviene las disposiciones establecidas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones hasta la de Edimburgo Escocia en octubre del 2000. Así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

El respeto a la Autonomía fue mediante el consentimiento informado: fue solicitado y se guardara confidencialidad de los resultados.

El respeto a la Beneficencia es debido a que no existe riesgo alguno para el paciente al solo responder una encuesta.

El respeto a la Justicia es porque fue sometido a la autorización del Comité Local de Investigación.

## 7. RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 290 pacientes hipertensos, con un promedio de edad de  $59.8 \pm 13.1$  y rango de 25 a 93 años. El promedio del tiempo de evolución de la hipertensión arterial fue de  $8.1 \pm 5.4$  con un rango de 1 a 30 años. La prevalencia de la tensión arterial controlada fue de 42.1%. (n = 122). La cifra sistólica controlada fue en 138 (47.6%) y la diastólica en 66.9% (n = 96)

Predominó el sexo femenino con el 69.3% (n = 201), pero con un mejor control de la TA el sexo masculino en el 50.6% (n = 45) por 38.3% (n = 77) del femenino, aunque sin significancia estadística  $p = 0.051$ . (Cuadro 1)

Con residencia urbana fueron la mayoría con 249 (85.9%), los de residencia rural tuvieron un ligero mayor control de la TA, aunque sin significancia estadística  $p = 0.347$ . (Cuadro 2)

Predominó el nivel socioeconómico medio con 87.6% (n = 254), siendo ellos los de mejor control de TA en 111 (43.7%), los del nivel alto 38.5% y los de nivel bajo tuvieron menor control (26.1%), con diferencia estadísticamente significativa de  $p = 0.0002$ . (Cuadro 3)

Con escolaridad primaria fueron 247 (87.6%), y ellos tienen mayor control de TA con un 44.5% (n = 110), pero sin significancia estadística  $p = 0.271$ . (Cuadro 4)

Las características de la familia en cuanto a su composición casi de manera similar fue la nuclear y la extensa con 52.1% (n = 151) y 47.6% (n = 138) respectivamente, controlados de TA 67 (44.4) y 55 (39.9%) respectivamente, sin diferencia estadística  $p = 0.407$ . De acuerdo a su tipología predominó la familia obrera con 250 (86.2%) y respecto al control de la TA con la campesina 35 (12.1%) y profesional 5 (1.7%) sin significancia estadística,  $p = 0.628$ . En cuanto a su desarrollo la mayoría fue tradicional con 96.6% (n = 280), la familia moderna presentó mayor control con 5 (50%) que la tradicional con 117

(41.8%), pero sin significancia estadística,  $p = 0.747$ . Las familias se encontraban en su mayoría en la fase de retiro con 50.7% ( $n = 147$ ) y de independencia con 40% ( $n = 116$ ), ellas y las otras fases con un control del 42.2% de la TA,  $p = 0.866$ .

La funcionalidad familiar predominó con 97.2% ( $n = 282$ ) y solo con disfuncionalidad moderada el 2.8% ( $n = 8$ ), el control de la TA fue de 42.2% ( $n = 119$ ) y 37.5% ( $n = 3$ ) respectivamente sin diferencia estadística,  $p = 1.000$ .

A quienes se les ha indicado tratamiento no farmacológico 114 (39.3%), el control de la TA es similar en quienes si tienen tratamiento con cerca del 40% ambos. Comparando cuando no hay comorbilidad cuando se acompaña de una, dos o tres, no hay significancia estadística en cuanto a su control,  $p = 0.504$ . (Cuadro 11).



Cuadro 1. Distribución por sexo según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

SEXO	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	45	50.6	44	49.4	89	100.0
Femenino	77	38.3	124	61.7	201	100.0

Fuente: Encuesta.  $X^2 = 3.80$ , gl. 1,  $p = 0.051$ .

Cuadro 2. Distribución de la residencia según control de la tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

RESIDENCIA	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Urbana	102	41.0	147	59.0	249	100.0
Rural	20	48.8	21	51.2	41	100.0

Fuente: Encuesta.  $X^2 = 0.88$ , gl. 1,  $p = 0.347$ .

Cuadro 3. Distribución del nivel socioeconómico según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

NIVEL SOCIECONÓMICO	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Alto	5	38.5	8	61.5	13	100.0
Medio	111	43.7	143	56.3	254	100.0
Bajo	6	26.1	17	73.9	23	100.0

Fuente: Encuesta.  $X^2 = 16.86$ , gl. 2,  $p = 0.0002$ .

Cuadro 4. Distribución por escolaridad según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

ESCOLARIDAD	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	110	44.5	137	55.5	247	100.0
Secundaria	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Preparatoria	2	22.2	7	77.8	9	100.0
Profesional	2	33.3	4	66.7	6	100.0
Analfabeta	6	35.3	11	64.7	17	100.0

Fuente: Encuesta.  $X^2 = 5.15$ , gl. 4,  $p = 0.271$ .

Cuadro 5. Distribución del tipo de familia por su composición y según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

COMPOSICIÓN FAMILIAR	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Nuclear	67	44.4	84	55.6	151	100.0
Extensa	55	39.9	83	60.1	138	100.0
Extensa compuesta	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Encuesta.  $X^2 = 0.68$ , gl. 1,  $p = 0.407$ .

Cuadro 6. Distribución del tipo de familia por su tipología y según control de tensión arterial

de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

TIPOLOGIA	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Campechina	16	45.7	19	54.3	35	100.0
Obrera	103	41.2	147	58.8	250	100.0
Profesional	3	60.0	2	40.0	5	100.0

Fuente: Encuesta.  $X^2 = 0.93$ , gl. 2,  $p = 0.628$ .

Cuadro 7. Distribución del tipo de familia por su desarrollo y según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

DESARROLLO FAMILIAR	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Moderna	5	50.0	5	50.0	10	100.0
Tradicional	117	41.8	163	58.2	280	100.0

Fuente: Encuesta. Prueba exacta de Fisher  $p = 0.747$

Cuadro 8. Distribución de las fases del ciclo familiar y según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

FASES	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Expansión	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Dispersión	11	42.3	15	57.7	26	100.0
Independencia	49	42.2	67	57.8	116	100.0
Retiro y muerte	62	42.2	85	57.8	147	100.0

Fuente: Encuesta.  $X = 0.73$ , gl. 3,  $p = 0.866$ .

Cuadro 9. Distribución de la funcionalidad familiar según control de la tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Disfunción severa	0	0.0	0	0.0	0.0	100.0
Disfunción moderada	3	37.5	5	62.5	8	100.0
Familia funcional	119	42.2	163	57.8	282	100.0

Fuente: Encuesta. Prueba exacta de Fisher  $p = 1.000$ .

Cuadro 10. Distribución por tratamiento no farmacológico y según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Si	49	43.0	65	57.0	114	100.0
No	73	41.5	103	58.5	176	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 11. Distribución por comorbilidad y según control de tensión arterial de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

PATOLOGÍAS	HIPERTENSIÓN CONTROLADA		HIPERTENSIÓN DESCONTROLADA	
	N	%	N	%
Diabetes mellitus II (DMII)	21	17.3	18	11.3
DM II+Enfermedad gástrica (EG)	0	0.0	4	2.5
DMII+EG+sobrepeso (SP)	0	0.0	1	0.7
DMII+Osteoartrosis (OA)	2	1.6	5	3.1
DMII+OA+Cardiopatía (CP)	1	0.8	0	0.0
DMII+Dislipidemia (DL)	6	4.9	5	3.1
DMII+DL+CP	1	0.8	0	0.0
DMII+DL+SP	3	2.5	5	3.1
DMII+CP	1	0.8	4	2.5
DMII+SP	2	1.6	5	3.1
DMII+OTRAS	2	1.6	0	0.0
EG	11	9.0	12	7.7
EG+OA	3	2.5	1	0.7
EG +OA+SP	2	1.6	0	0.0
EG+DP	1	0.8	0	0.0
EG+SP	6	4.9	7	4.3
OA	7	5.7	10	6.0
OA+SP	2	1.6	1	0.7
CP	4	3.3	8	4.8
CP+OA	1	0.8	0	0.0
SP	28	23.1	43	25.6
OTROS	4	3.3	12	7.7
NINGUNA	14	11.5	22	13.1
TOTAL	122	100.0	168	100.0

Fuente: Encuesta.

Cuadro 12. Tratamiento farmacológico de los pacientes encuestados en la UMF No. 1 Zacatecas, Zac. en el 2004.

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAPTOPRIL	35	12.1
CAPTOPRIL, NIFEDIPINO	4	1.4
CAPTOPRIL, NIFEDIPINO Y DIURETICO	2	0.7
CAPTOPRIL Y METOPROLOL	5	1.7
CAPTOPTOPRIL, METOPROLOL Y DIURETICO	13	4.5
CAPTOPRIL Y DIURETICO	32	11.3
NIFEDIPINO	13	4.5
NIFEDIPINO Y METOPROLOL	2	0.7
NIFEDIPINO, METOPROLOL Y DIRUTEICO	1	0.3
NIFEDIPINO Y ENALAPRIL	1	0.3
NIFEDIPINO, ENALAPRIL Y DIRURETICO	3	1.0
NIFEDIPINO, VERAPAMILO Y DIURETICO	2	0.7
NIFEDIPINO Y DIRURETICO	19	6.6
METOPROLOL	21	7.2
METOPROLOL Y ENALAPRIL	3	1.0
METOPROLOL, ENALPRIL Y DIURETICO	3	1.0
METOPROLOL Y VERAPAMILO	2	0.7
METOPROLOL, VERAPAMILO Y DIURETICO	4	1.4
METOPROLOL, LOSARTAN Y DIURETICO	1	0.3
METOPROLOL Y DIURETICO	29	10.0
ENALAPRIL	14	4.8
ENALAPRIL Y DIURETICO	23	7.9
VERAPAMILO	8	2.8
VERPAMILO Y DIURETICO	39	13.4
LOSARTAN Y DIURETICO	10	3.4
TOTAL	290	100.0

Fuente: Encuesta.

## 8. DISCUSIÓN

A pesar de que en los últimos años se han logrado avances en el diagnóstico y tratamiento, la prevalencia del control de la hipertensión en nuestro estudio fue del 42.1%, la que consideramos elevada respecto al 29% de pacientes hipertensos bajo tratamiento reportada en otros estudios.<sup>27-28</sup>

El predominio de hipertensión en el sexo femenino con una relación de 2 a 1 respecto al masculino, difiere al resto de los estudios realizados ya que no muestran mayor frecuencia de algún sexo en especial; en nuestro estudio probablemente se debe a que la población femenina es la que acude más a consulta, se preocupan más por salud y son las que mejor aceptan su enfermedad. Sin embargo contrario a lo esperado el grado de control de la hipertensión fue menor que en el masculino, tal vez porque las mujeres tienen más factores estresantes en su vida diaria.

La residencia urbana fue mayor porque el estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 la cual se ubica en la capital del estado; el mayor control de la hipertensión fue en los de residencia rural, esto se debe probablemente a que es menor el ritmo de vida así como los factores estresantes.

En cuanto al nivel socioeconómico predominó el nivel medio, debido que nuestra población derechohabiente supone una relación obrero-patronal y por lo menos tiene un trabajo, se presentó significativamente menor control de hipertensión en el nivel bajo, esto tal vez se deba a que sus relaciones laborales son temporales y los días de baja del IMSS, y durante ese tiempo no lleven adecuadamente su tratamiento.

Predomina ampliamente la escolaridad primaria en cuatro quintas partes, y contrario a lo esperado en ellos hay mayor control de la hipertensión, tal vez porque son más aquiescentes para seguir las indicaciones médicas y llevan mejor apego al tratamiento.

De las características de las familias no existen diferencias en cuanto al control de la hipertensión, y describen la conformación de las familias Zacatecanas, en que aún persiste la familia extensa en cerca de la mitad de los pacientes estudiados; la familia obrera, dado por las características de la institución en que solo atiende a personas con una relación laboral; y la persistencia de familias tradicionales en su gran mayoría, esto por que los pacientes que se entrevistaron fueron en la mayoría personas adultas o de la tercera edad que tenían la convicción de que el rol del hombre era el que debía aportar el gasto al hogar. El ciclo familiar de los pacientes hipertensos fue obviamente la mayor parte se encuentra en la fase de independencia y retiro, que va ligada a la aparición de hipertensión arterial en edades mayores.

Se encontró que casi la totalidad de las familias son funcionales, y no existió diferencia en el grado de control de la hipertensión, por lo que no podemos aseverar lo mencionado por otros autores respecto a que los pacientes con enfermedad crónica la perciben como un actor desestabilizador de la familia y afectan el nivel de apego del tratamiento.<sup>22-24.</sup>

Llama la atención en lo referente al tratamiento no médico, la dieta y el ejercicio, en que no se presentaron diferencias en el control de la hipertensión entre quienes lo llevaban a cabo y los que no, este resultado puede deberse en que su medición fue obtenida solo mediante una pregunta y cambiaría si se hubiese realizado de otra manera más acuciosa.

La comorbilidad más frecuente encontrada fue el sobrepeso, seguida de la diabetes mellitus, la osteoartritis y dislipidemias, que son factores producto de la edad, y hábitos

alimentarios, que favorecen la polifarmacia de estos pacientes y ello incide en pobre apego al tratamiento antihipertensivo y determina un pobre control antihipertensivo.

No encontramos estudios de la hipertensión con un enfoque de la familia, por lo que no hubo punto de comparación de nuestros resultados.



## 9. CONCLUSIONES

La prevalencia de hipertensión controlada fue del 42.1%, no existe diferencia estadísticamente significativa del control de la hipertensión entre familias funcionales y disfuncionales.

Se ratifica en este estudio, que a pesar de existir un amplio armamentarium terapéutico, el control de los pacientes hipertensos bajo tratamiento es bajo. Habría que efectuar un estudio para determinar los factores asociados al descontrol de la hipertensión arterial, considerando el apego al tratamiento, la polifarmacia, la comorbilidad; así como la valoración del APGAR familiar en todos los miembros de la familia, ya que al solo evaluar al paciente solo obtenemos una visión parcial de la funcionalidad familiar; también es conveniente investigar el apoyo social para el apego al tratamiento, ya que como se observó el predominio es en personas mayores en que inicia un deterioro cognoscitivo.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Minuchin S, Fishman HCh. Técnicas de terapia familiar. México DF: Editorial Paidós; 1996. p. 25-41.
- 2 Saucedo GJM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS 1991; 29: 61-67.
- 3 Jaime AH, Irigoyen CA, Fundamentos de medicina familiar. 1ª ed. México DF: Medicina Familiar Mexicana; 1982.
- 4 Taylor RB. Medicina de Familia, principios y práctica. 4a. Ed. Barcelona, España: Edit. Springer-Verlag Ibérica; 1995.
- 5 Chávez AH. El médico familiar en la atención primaria a la salud Rev Med IMSS 1995; 33:173-176.
- 6 DSM-IV. Guía de Uso. American Psychiatric Association. Ed. Masson: Barcelona; 1995.
- 7 Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2):45-57
- 8 Medalie J, Cole-Kelly K. The Clinical Importance of Defining Family. Am Fam Physician 2002; 65(7): 1277-1279.
- 9 American Psychiatric Association. DSM-IV, Guía de Uso. Barcelona; Masson: 1995.
- 10 Irigoyen CA, Gómez CFJ, y col. Modelo sistemático de atención médica familiar. Fundamentos de Medicina Familiar. 5a. Ed. México DF: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1998. p.151-174.

- 11 Chávez AH. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev Med IMSS 1995; 33:173-176.
- 12 Medalie J, Cole-Kelly K. The Clinical Importance of Defining Family. Am Fam Physician 2002; 65(7): 1277-1279.
- 13 Chávez AH. La atención Integral en Medicina Familiar. Rev Med del IMSS 1995;33:167-171
- 14 Cole-Kelly JK. The Clinical Importance of Defining Family. Am Fam Physician 2002;65(7):1277-1279
- 15 World Health Organization. Nutrition for health and development. Progress and prospects on the Eve of the 21st century. WHO. 1999.
- 16 Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Ponce-Rosas ER. Pobreza y daños a la salud a nivel familiar. Arch Med Fam 1999; 1(1):27-34.
- 17 Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glicemia. Sal Pub Méx 1997; 39:44-47.
- 18 Chávez D, Vidal C. Definición, causas, clasificación (adultos) epidemiología y tasas de morbimortalidad. Rev Mex Cardiol 1995;6:10-14.
- 19 Chávez D, Vidal C. Definición, causas, clasificación (adultos) epidemiología y tasas de morbimortalidad. Rev Mex Cardiol 1995;6:10-14.
- 20 Vázquez-Valls E, García-de-Alba C, Arias-Merino DE, Parra-Carrillo JZ. Algunos aspectos de la presión arterial en el área rural de Jalisco. Sal Pub Mex 1981;23:83-92.
- 21 Guerrero-Romero F, Rodríguez-Morán M. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. Sal Pub Méx 1998; 40:339-346.

- 22 Chávez-Domínguez R, Vega-Estens P, Larios-Saldaña A. La hipertensión arterial y otros factores de riesgo coronario en la atención del primer nivel. Arch Inst Cardiol Mex 1993;63:425-434
- 23 Figueroa-Castrejón G. Recordando al enemigo silencioso: La hipertensión arterial. Med Intern Mex 1995; 11:79-82
- 24 Regimen adherence: A problematic construct in diabetes research. (editorial) Diabetes Care 1985; 8:300-301.
- 25 Schlenk E, Hart L. Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus. Diabetes Care 1984; 7:566-574.
- 26 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI): Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social (Cuaderno Número 11). Aguascalientes Ags.: INEGI; 1995.
- 27 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Méx.): Boletín Semanal. Sistema Único de Información Epidemiología 1997; 14:18-19
- 28 Coca-Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en España. 2001. Hipertensión 2002; 19:390-9
- 29 Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, de la Cruz Troca J, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly populations of Spain. J Hypertens 2002; 20:2157-64.
- 30 Joint National Committee on Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157:2413-46.

- 31 He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension* 2000; 35:544-549.
- 32 Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al, for the DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001; 344:3-10.
- 33 Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure. *Ann Intern Med* 2001; 135:1019-1028.
- 34 Chobanian AV, Hill M. National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: a critical review of current scientific evidence. *Hypertension* 2000; 35:858-863
- 35 Kelley GA, Kelley KS. Progressive resistance exercise and resting blood pressure. *Hypertension* 2000; 35:838-843.
- 36 Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure. *Ann Intern Med* 2002; 136:493-503.
- 37 Xin X, He J, Frontini MG, et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure. *Hypertension* 2001; 38:1112-1117.

11. ANEXOS

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HGZ CON MF NO. 1 ZACATECAS  
“DINAMICA FAMILIAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO”

folio \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_ / \_\_\_\_

APGAR familiar

Casi siempre

Algunas veces

Casi nunca

Me satisface que yo puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problema

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas direcciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me satisface la manera como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (ira, pena, amor etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_ tiene nietos. \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos casados? \_\_\_\_\_

¿Hasta que año estudio ¿? \_\_\_\_\_

¿En su casa quien vive? \_\_\_\_\_

¿Que religión profesa? \_\_\_\_\_

¿Tiene todos los servicios en su domicilio? \_\_\_\_\_

¿Desde cuando es hipertensa (so)? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma para la HAS ¿? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Presenta alguna enfermedad aparte de la HAS ¿? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11.2 Anexo 2. Consentimiento informado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ZACATECAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MF No. 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Siendo las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ OTORGO MI CONSENTIMIENTO, para participar en el proyecto de investigación sobre “La dinamica familiar en el paciente hipertenso”.

Con número de registro: \_\_\_\_\_

Que se llevará acabo en el Hospital general de Zona con MF no 1 Zacatecas. A partir del mes de \_\_\_\_\_ al mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Se me explica que tiene por objetivo este estudio determinar la dinámica familiar en el paciente hipertenso.

El procedimiento en el que intervendré, consta de dar respuesta a una cédula de recolección de datos y aceptar entrar al estudio comprometiéndome a responder en forma verídica a las preguntas se me realizan. Así mismo se me informa que puede retirarme del proyecto en el momento que lo decida lo cual no generará sanción o pérdida de los beneficios. Se me garantiza privacidad y confidencialidad de los resultados que se obtengan y no se me afectará moral o físicamente.

\_\_\_\_\_  
Aceptante

\_\_\_\_\_  
Testigo.

\_\_\_\_\_  
Testigo.

\_\_\_\_\_  
Dr. Héctor Sánchez Estupiñan